



Programa Nacional  
de Acreditação  
em Saúde

QS Departamento da  
Qualidade na Saúde

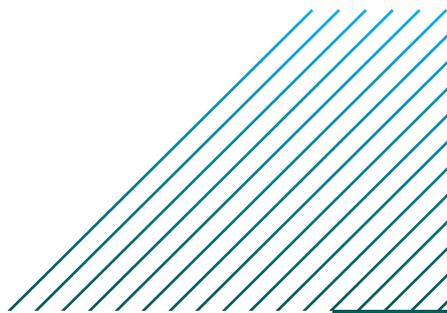
# Manual de Acreditação de Unidades de Saúde

GESTÃO CLÍNICA

Direção-Geral da Saúde  
[www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)



Ministério da Saúde



**1ª Edição**

Fevereiro 2011

**Edição e Adaptação**

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

**Concepção e paginação**

Cempalavras, Lda.

ISBN 978-972-675-193-9

**Adaptado de**

Manual de Estándares  
Programa de Acreditación de Unidades de Gestión Clínica  
sob autorização da  
Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía  
<http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/>



Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía  
**CONSEJERÍA DE SALUD**



Programa Nacional  
de Acreditação  
em Saúde

# Manual de Acreditação de Unidades de Saúde

GESTÃO CLÍNICA





## Mensagem do Director

O Serviço Nacional de Saúde caracteriza-se por disponibilizar uma ampla gama de prestação de cuidados de saúde, que inclui as tecnologias e os procedimentos clínicos que o conhecimento científico aconselha, de forma a que os seus meios e as suas actuações estejam orientados para a promoção da saúde, para todos os níveis de prevenção das doenças e para a segurança dos cuidados.

Os serviços prestadores de cuidados de saúde têm, assim, que possuir uma concepção integral da saúde, incorporando, num contexto de melhoria contínua da qualidade, as acções de promoção da saúde e de prevenção das doenças, da mesma forma que devem incorporar a prestação de cuidados curativos, reabilitadores ou de cuidados paliativos.

Os serviços dependentes do Ministério da Saúde, para garantirem os direitos constitucionais dos cidadãos, assim como as suas preferências e expectativas, têm o dever de potenciar a qualidade da prestação de cuidados de saúde. É, portanto, necessário continuar a difundir e rapidamente sedimentar uma cultura de melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados oferecidos pelas unidades do Serviço Nacional de Saúde e pelas que por ele são contratualizadas.

Por esta razão, foi criado o Departamento da Qualidade na Saúde, no âmbito da Direcção-Geral da Saúde, assumindo o papel central de coordenador da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde e tendo como uma das suas principais incumbências o dever de criar um programa nacional de acreditação em saúde, baseado num modelo sustentável e adaptável às características do sistema de saúde português, com o objectivo de garantir o reconhecimento da qualidade dos serviços prestadores de cuidados de saúde.

O processo de acreditação, não sendo um fim em si mesmo, promove o empenho voluntário dos profissionais de saúde na melhoria contínua e ajuda a consolidar, mais rapidamente, a cultura da qualidade integral no interior dos serviços. Por outro lado, através do reconhecimento público da qualidade e das melhorias conseguidas nos serviços prestadores de cuidados acreditados, confere aos cidadãos maior confiança no sistema de saúde.





Promover e garantir a qualidade e a melhoria contínua dos serviços de saúde, com rigor e respeito pela confidencialidade, é um imperativo de todos os que dedicamos a vida profissional ao serviço público dos cidadãos que nos procuram para receberem os cuidados globais, integrados e seguros que necessitam e a que têm direito. Cabe ao Departamento da Qualidade na Saúde desenvolver as ferramentas necessárias a uma melhor gestão da qualidade.

Foi neste sentido que foi adaptado à realidade portuguesa o presente Manual, suporte do Modelo de Acreditação de Unidades de Saúde da Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (Modelo ACSA), definido, por acordo entre os governos de Portugal e de Espanha, como modelo oficial de acreditação de unidades de saúde do sistema de saúde português.

Este Manual, concebido como uma ferramenta evolutiva de trabalho que guiará os profissionais de saúde durante o processo de acreditação dos serviços onde trabalham, define uma série de standards, que vão desde o respeito pela intimidade dos doentes até à análise dos eventos adversos.

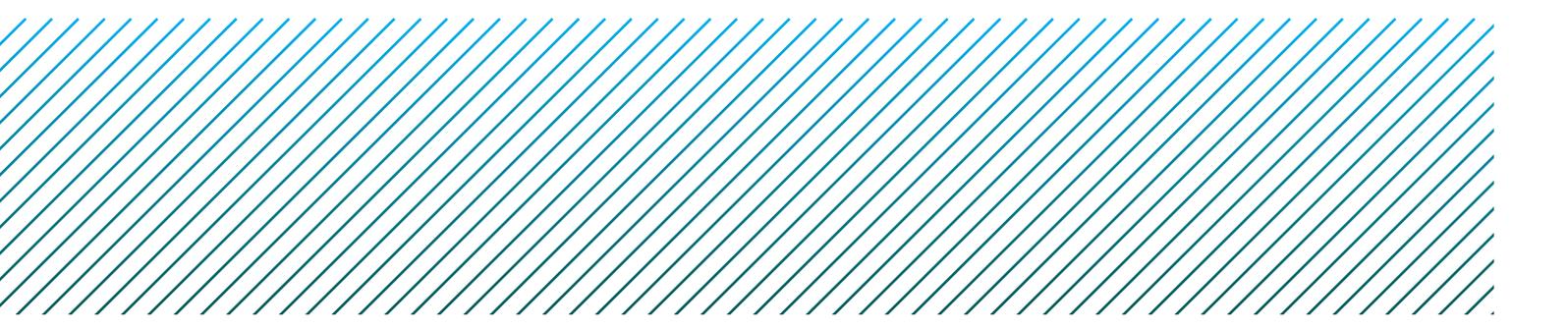
Espero que o presente Manual responda às expectativas dos serviços em processo de acreditação e estimule os profissionais que neles trabalham a atingirem objectivos cada vez mais ambiciosos, em busca da excelência na sua prática clínica.

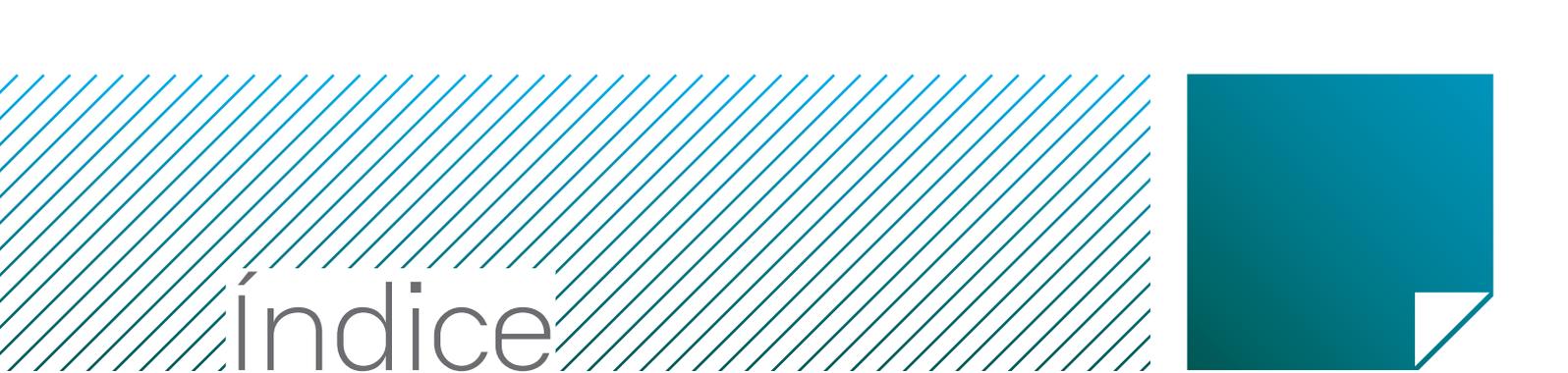


JOSÉ ALEXANDRE DINIZ  
Director do Departamento da Qualidade na Saúde



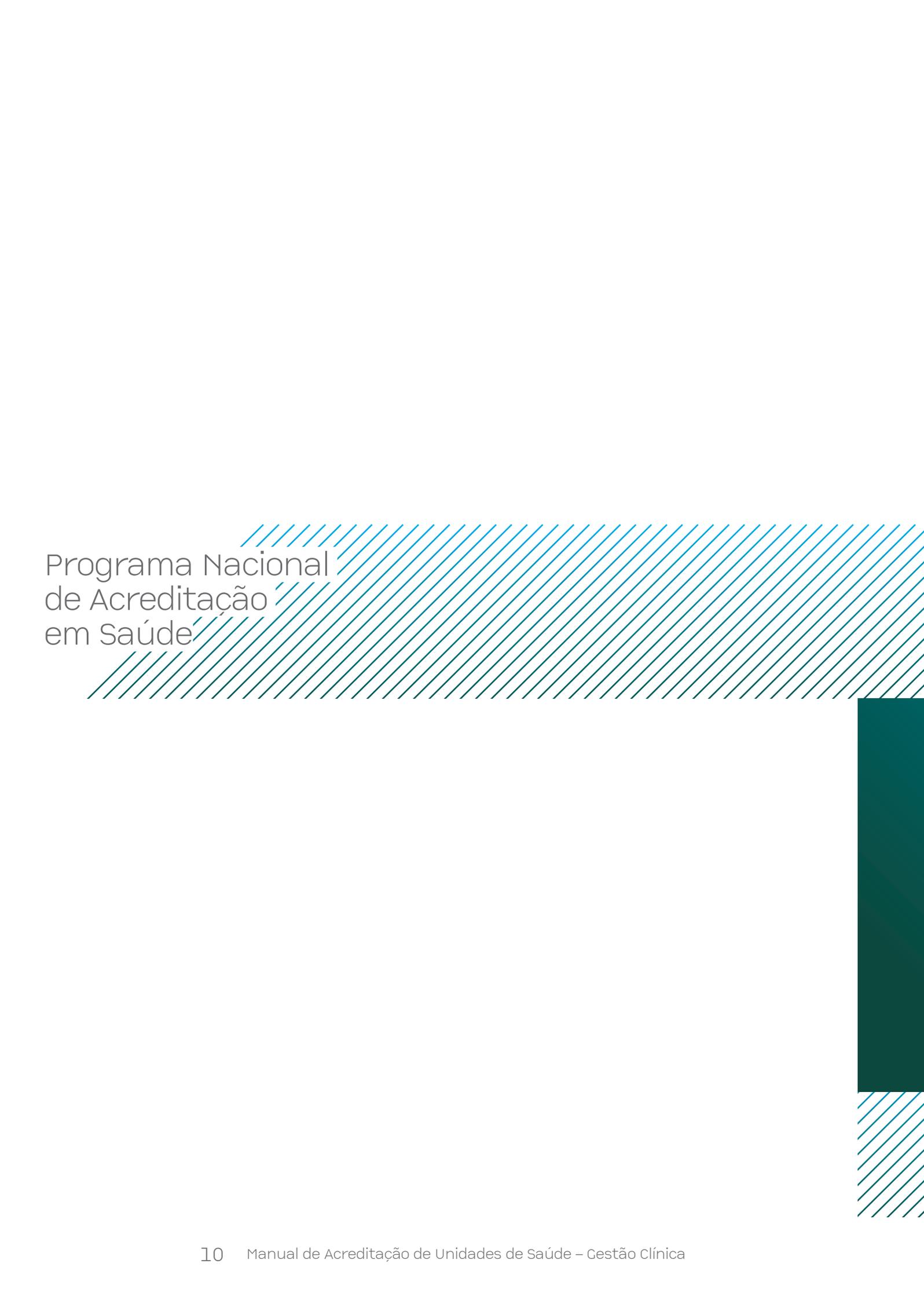
Manual de Acreditação  
de Unidades de Saúde  
– Gestão Clínica





# Índice

<b>1</b>	Introdução	10
<b>2</b>	Modelo de Acreditação	14
	Características do modelo	17
	Metodologia	18
	Standards	19
	Processo de Melhoria Contínua e Garantia da Qualidade	20
<b>3</b>	Programa de Acreditação de Unidades de Saúde – Gestão Clínica	22
	Níveis de acreditação	24
	Distribuição dos standards por grupos	25
	Resultados da acreditação	26
	Estrutura do Manual de Standards	28
	Fases do Programa de Acreditação	31
<b>4</b>	Standards do Programa de Acreditação de Unidades de Saúde – Gestão Clínica	38
	<b>I.</b> O cidadão, centro do sistema de saúde	41
	<b>1.</b> Utentes: satisfação, participação e direitos	41
	<b>2.</b> Acessibilidade e continuidade assistencial	45
	<b>3.</b> Documentação clínica	49
	<b>II.</b> Organização da actividade centrada no utente	52
	<b>4.</b> Gestão de planos e Processos Assistenciais Integrados	52
	<b>5.</b> Actividades de Promoção da Saúde e Programas de Saúde	54
	<b>6.</b> Direcção da Unidade de Gestão Clínica	56
	<b>III.</b> Os profissionais	60
	<b>7.</b> Os profissionais, desenvolvimento profissional e formação	60
	<b>IV.</b> Processos de Suporte	64
	<b>8.</b> Estrutura, equipamento e fornecedores	64
	<b>9.</b> Sistemas e tecnologias da informação e comunicação	68
	<b>10.</b> Sistema da Qualidade	71
	<b>V.</b> Resultados	76
	<b>11.</b> Resultados da Unidade de Gestão Clínica	76



Programa Nacional  
de Acreditação  
em Saúde

# 1 Introdução



## Unidades de Gestão Clínica

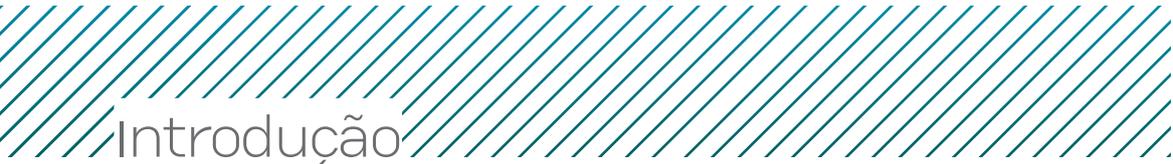
O presente Manual de standards tem como destinatários todos os serviços de saúde que se queiram candidatar ao Programa de Acreditação de Unidades de Saúde, nos quais a prestação de cuidados tenha em conta os pilares básicos da gestão clínica.

Adequa-se, por isso, a unidades funcionais dos Agrupamentos de Centros de Saúde e aos serviços hospitalares vocacionados para a prestação directa de cuidados, bem como a outras unidades prestadoras de cuidados de saúde em que a resposta às necessidades de grupos definidos de utentes se faça de acordo com o conjunto de standards que compõem este Manual.

Ao longo dos standards do Manual, por respeito com a versão original, falar-se-á de Unidades de Gestão Clínica. Não se trata, no entanto, de novas unidades orgânicas, mas, sim, de unidades que integrem na sua prática a gestão clínica.

Tratar-se-á, por isso, de uma organização dos cuidados mais descentralizada, centrada na pessoa e nas suas necessidades, direitos e expectativas, implicando todos os profissionais na gestão da sua prática clínica e do seu próprio desenvolvimento profissional, garantindo todos os níveis de prevenção, bem como a continuidade de cuidados em qualquer fase do processo assistencial.

Tratar-se-á, por isso, de uma organização dos cuidados sustentada na adesão às melhores práticas baseadas na evidência científica, incluindo as da segurança dos doentes e profissionais, comprometida com a melhoria dos processos assistenciais, com o estabelecimento de indicadores da qualidade relacionados com os resultados assistenciais e o uso racional de medicamentos e tecnologias, tendo como fim último a melhoria da eficácia, da efectividade e da eficiência da prática assistencial.



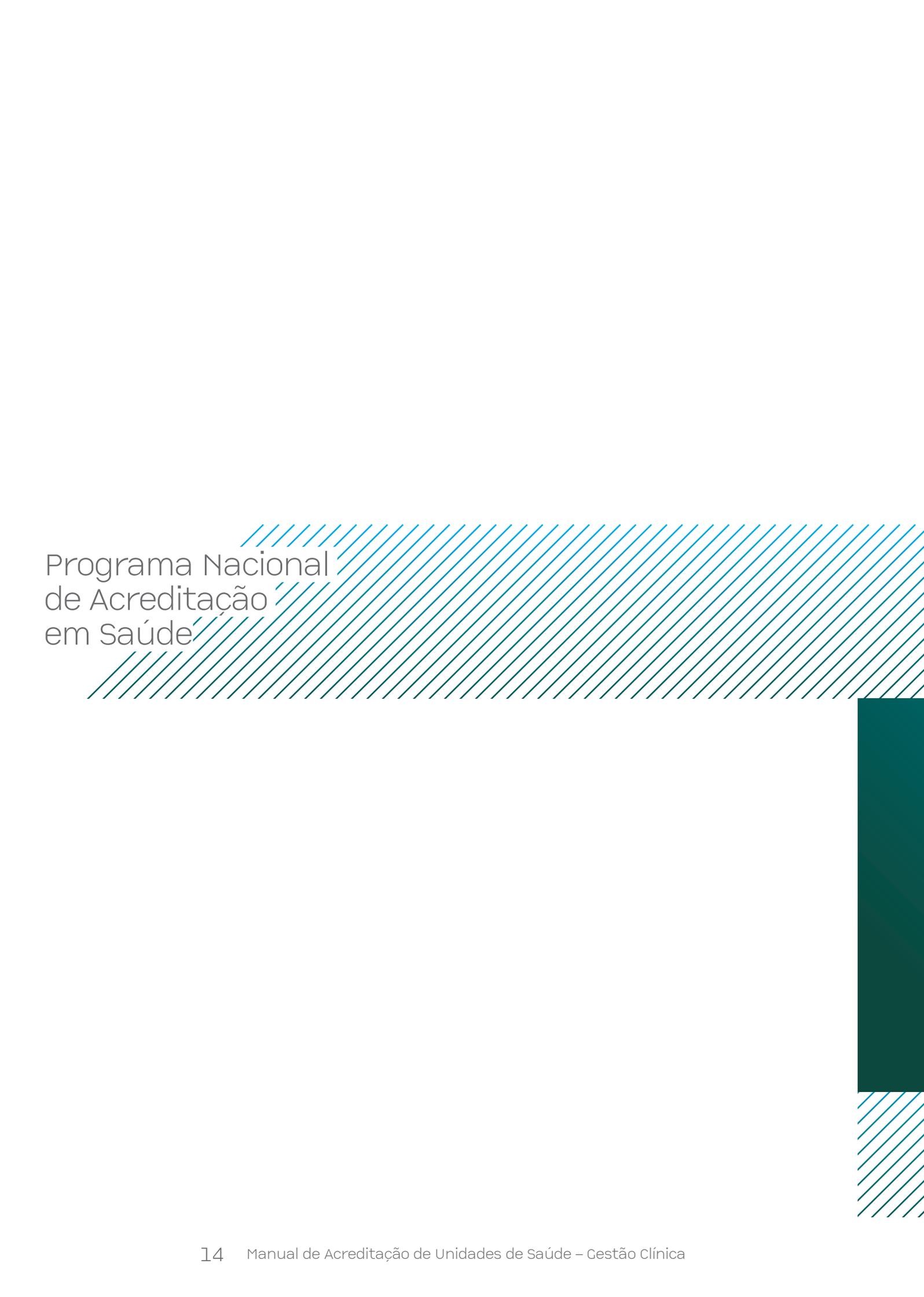
## Introdução

No âmbito da acreditação de unidades de saúde prevista no Programa Nacional de Acreditação em Saúde (PNAS), consideramos a **acreditação** como um processo mediante o qual se observa, avalia e reconhece em que medida os cuidados de saúde que se prestam aos cidadãos correspondem à Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde e ao modelo da qualidade adoptado tendo como objectivo favorecer e impulsionar a melhoria contínua da qualidade nas nossas unidades de saúde, na actuação dos profissionais e na sua formação, com o fim último de alcançar a excelência na prestação dos cuidados de saúde.

Sendo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados ao cidadão um elemento central da estratégia da qualidade que se tem vindo a desenvolver no Serviço Nacional de Saúde (SNS) a acreditação de unidades de saúde surge como uma metodologia de trabalho destinada a favorecer e impulsionar esses processos de melhoria contínua, de forma transversal e integrando todos os elementos do sistema.

Para isso definiram-se as ferramentas necessárias que permitem observar e reconhecer até que ponto as tecnologias, as instituições e os profissionais correspondem aos critérios de qualidade estabelecidos, criando-se assim padrões de referência que nos permitam avançar no caminho da melhoria contínua e da excelência.

Uma das acções prioritárias do Departamento da Qualidade na Saúde, que decorre da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, consiste em desenvolver um modelo de acreditação coerente, alinhado com esta estratégia e com as linhas de acção prioritárias dela decorrentes, destinado a todas as unidades integrantes do Serviço Nacional de Saúde. Como modelo nacional de acreditação foi adoptado o modelo ACSA da Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía que a seguir se descreve.



Programa Nacional  
de Acreditação  
em Saúde

## 2 Modelo de Acreditação



## Características do modelo

O Modelo Nacional de Acreditação em Saúde (modelo ACSA) tem uma série de características próprias:

- É **coerente** com a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde e com os planos e ferramentas de gestão que estão em desenvolvimento com vista à melhoria contínua do SNS, designadamente a gestão clínica, a gestão por processos incluindo os processos assistenciais integrados, a gestão por competências e a gestão do conhecimento.
- Tem como **referência**, entre outros, os diferentes Programas de Saúde, os processos assistenciais integrados, os processos de suporte, os contratos de gestão, as recomendações sobre as melhores práticas clínicas conhecidas, a segurança do utente e dos profissionais e as necessidades e expectativas dos cidadãos.
- Aborda a qualidade de uma forma **integral** através de programas de acreditação direccionados para as diferentes áreas que compõem os cuidados de saúde, nomeadamente: hospitais e centros hospitalares, serviços ou unidades de gestão clínica, unidades funcionais, farmácias, unidades de hemodiálise, centros de investigação, laboratórios clínicos, centros de formação contínua e programas de acreditação de competências profissionais, entre outros.
- Tem um carácter **progressivo**, pois identifica os passos que são dados progressivamente até à excelência. Trata-se de um processo dinâmico, contínuo e evolutivo, que reflecte não apenas o momento actual de desenvolvimento da qualidade na organização, como o seu potencial de evolução e crescimento.

Todos os Programas de Acreditação, que em conjunto irão constituir o Programa Nacional de Acreditação em Saúde (acreditação de unidades de saúde, acreditação de competências, acreditação da formação contínua, acreditação de páginas web), têm uma estrutura comum e cobrem as mesmas áreas-chave de gestão da qualidade, às quais correspondem cinco blocos de standards, a saber:

- O cidadão, centro do sistema de saúde
- Organização da actividade centrada no utente
- Os profissionais
- Os processos de suporte
- Os resultados

Dentro do processo de acreditação, a auto-avaliação assume um papel muito relevante.

Durante a fase de **auto-avaliação** os diferentes grupos profissionais identificam a posição actual em que se encontram, determinam qual o nível de cumprimento dos standards (nível de acreditação) que pretendem alcançar e planificam as actuações necessárias para o conseguir.

O processo de auto-avaliação permite a criação de um espaço de produção de consensos e de melhoria partilhada, no qual intervêm os diferentes actores: os profissionais, os gestores e os próprios cidadãos. Os profissionais analisam os standards e o seu propósito e reflectem, por exemplo, sobre “O que estamos a fazer?”, “Como o podemos demonstrar?”. Desta reflexão vão surgindo as evidências positivas que lhes caberá apresentar. Ou ainda: “Que resultados obtivemos?”, “Como os podemos melhorar?”. Surgirá desta análise a identificação de áreas de melhoria que irão desenvolver e apresentar.

A **avaliação externa** é comum a todos os processos de acreditação (quer se trate da acreditação de unidades de saúde, da acreditação das competências profissionais, da formação contínua e outros). Durante a fase de avaliação externa, que é realizada por equipas de avaliadores qualificados do Programa Nacional de Acreditação em Saúde, procede-se à observação e reconhecimento das evidências apresentadas com o objectivo de as confirmar. Localmente observam-se e avaliam-se as provas documentais, recolhem-se elementos de prova (constatações) por observação directa e através de entrevistas e analisam-se todos os aspectos relacionados com a gestão da segurança e a gestão da qualidade. Em função do grau de cumprimento dos standards avaliados será determinado o nível de acreditação obtido, os pontos fortes, as potencialidades e as áreas de melhoria.

Cada uma destas fases, com particular ênfase para a auto-avaliação, é sustentada por uma série de **aplicações informáticas** em ambiente web, desenvolvidas especificamente para o modelo ACSA, que permitem conduzir com segurança cada processo de acreditação, sempre com o apoio dos avaliadores qualificados do Programa Nacional de Acreditação em Saúde. Esta plataforma web constitui além do mais um poderoso meio de difusão de boas práticas e metodologias da qualidade identificadas no respectivo programa de acreditação.



## Standards

O modelo de acreditação parte de um conjunto de padrões de referência designados por standards, que servem de referencial para reconhecer a qualidade dos serviços e dos cuidados prestados ao cidadão e para orientar a escolha e introdução de metodologias de gestão da qualidade e o seu processo de melhoria contínua.

Os standards constituem um sistema em contínua evolução, para o qual contribui o próprio cidadão na medida em que se identificam e incorporam as suas próprias expectativas e necessidades. A sua definição, propósito, revisão e permanente actualização tomam em consideração e recebem contributos de diversas origens, que lhes servem de referência:

- Legislação vigente
- Plano Nacional de Saúde e Programas Nacionais de Saúde
- Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde
- Evidência científica, elementos de melhoria contínua e boas práticas
- Referências nacionais e internacionais

## Processo de Melhoria Contínua e Garantia da Qualidade

No Programa Nacional de Acreditação em Saúde ter-se-á sempre em conta que, **estar acreditado**, significa um reconhecimento externo e público de que a unidade de saúde acreditada cumpre os requisitos necessários para desenvolver e prestar cuidados de saúde de qualidade, em segurança e que implementou o seu próprio programa de melhoria da qualidade.

O percurso para a melhoria contínua implica toda a organização, desde os responsáveis máximos a todo o grupo de profissionais e colaboradores, que devem estar firmemente comprometidos neste processo. Toda a organização se encontra assim envolvida num processo de transformação progressivo e contínuo, que lhe permitirá evoluir para formas cada vez mais efectivas de alcançar os seus objectivos.

O Modelo de Acreditação é, decididamente, uma ferramenta metodológica útil para a estratégia da qualidade a implementar no Serviço Nacional de Saúde, pois permite comprovar em que medida as actividades se realizam de acordo com as orientações e normas da qualidade definidas e em permanente evolução, ao mesmo tempo que oferece às unidades de saúde, através de um processo de avaliação externa, a possibilidade de obterem o reconhecimento público de que cumpriram e demonstraram a adesão às normas da qualidade e, aos cidadãos, o acesso a esses resultados.

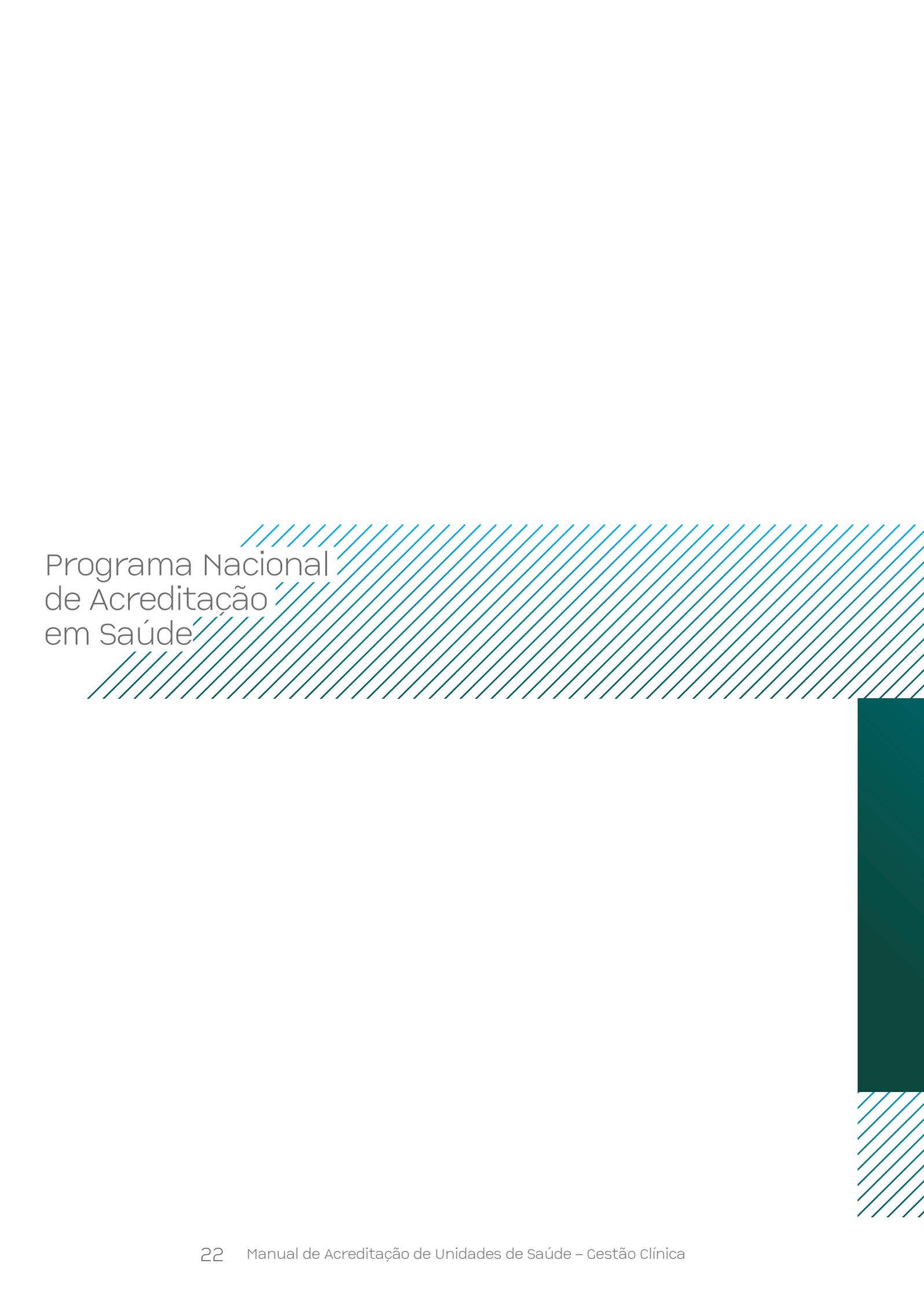
Cabe ainda dizer que, tendo em conta que a qualidade e a busca da excelência são processos dinâmicos, a acreditação não deve ser entendida como um fim em si mesmo, mas antes como uma oportunidade de estabelecer novos rumos e alternativas para melhorar a qualidade. É neste sentido que a acreditação deve reflectir não só a situação da Unidade de Saúde num determinado momento, mas também todo o potencial de melhorias e de desenvolvimento.

Este modelo da qualidade pretende reconhecer que a Unidade de Saúde está centrada e orientada tanto para a qualidade da prestação dos cuidados de saúde e dos processos de suporte, como também para a satisfação das expectativas e necessidades dos cidadãos e dos profissionais. Ao fazê-lo, garantirá os seus direitos, potenciando a segurança, motivando e reconhecendo a competência dos profissionais e produzindo resultados efectivos.



A aplicação do modelo de acreditação ACSA e o reconhecimento externo que lhe é inerente, associado à obtenção da acreditação, acrescenta valor à organização, porque:

- Dá garantias aos cidadãos e aos profissionais quanto à qualidade dos serviços prestados mediante uma avaliação baseada em critérios transparentes;
- Fornece ao cidadão informação sobre os seus direitos a fim de que ele possa ter elementos suficientes para ajuizar sobre a efectividade desses direitos;
- Consolida e amplia a visão dos profissionais sobre o seu próprio ambiente de trabalho e sobre os elementos da qualidade prioritários, através de uma aprendizagem organizativa e da gestão do conhecimento, potenciando o seu desenvolvimento e formação;
- Cria um ambiente de trabalho e práticas assistenciais seguras tanto para os utentes e cidadãos como para os profissionais e proporciona o respeito pelo meio ambiente;
- Desenvolve ferramentas de gestão e melhoria da qualidade de forma permanente, o que possibilita que seja instalada e se estenda aos profissionais uma cultura da qualidade, orientada para a avaliação contínua e proactiva em relação ao aparecimento de eventos adversos.



Programa Nacional  
de Acreditação  
em Saúde

Manual de Acreditação de Unidades de Saúde – Gestão Clínica

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



## Níveis de acreditação

Como já foi referido, o Modelo de Acreditação aplica-se a vários destinatários (hospitais e serviços hospitalares, unidades funcionais dos agrupamentos de centros de saúde, unidades de gestão clínica, outras unidades de saúde, competências profissionais, formação contínua, páginas web). Todos estes programas de acreditação têm um aspecto comum, uma vez que se desenvolvem com base numa progressão em diferentes níveis: **Bom, Ótimo e Excelente**, cada um mais complexo e exigente que o anterior e proporcionando a possibilidade de progressão na perspectiva da melhoria contínua.

Não se deve, no entanto, entender o último nível (excelente) como fase final ou última. Como consequência das melhorias que se produzirão devido às novas tecnologias, novas prestações, novas formas de organização e novas exigências dos cidadãos, será feita uma revisão periódica das normas e dos diferentes níveis, pois o que hoje poderá parecer um objectivo longínquo, poderá vir a ser uma área de melhoria e tornar-se realidade no futuro. Da mesma forma, a excelência de hoje pode ser um aspecto vulgar no futuro.

## Distribuição dos standards por grupos

A distribuição dos standards em três grupos de complexidade crescente permite à Unidade de Gestão Clínica (UGC) que entra em programa de acreditação identificar como se posiciona face aos mesmos e estabelecer prioridades para a sua abordagem, decidindo qual o nível de acreditação a que se propõe.

- Os standards do **Grupo I** (nos quais se incluem os standards classificados como obrigatórios e que têm de estar cumpridos para qualquer nível de acreditação) contemplam direitos consolidados dos cidadãos, aspectos ligados à segurança dos utentes e profissionais, princípios éticos que devem ser respeitados em todas as actuações da prestação de cuidados e os elementos estratégicos prioritários para o SNS.
- Os standards do **Grupo II** incluem elementos associados a um maior grau de desenvolvimento da organização: sistemas de informação, novas tecnologias, redesenho de processos e reorganização dos espaços e fluxos de trabalho.
- O **Grupo III** abarca standards que demonstram que a Unidade de Gestão Clínica cria inovação e desenvolvimento para a sociedade em geral.

TIPO DE STANDARD	Definição	Nº	%
<b>GRUPO I</b>			
	Direitos dos cidadãos, aspectos ligados à segurança dos utentes e profissionais, princípios éticos, elementos prioritários do SNS.	30	27%
<b>GRUPO I OBRIGATÓRIOS</b>			
	Standards cujo cumprimento é imprescindível para obter qualquer nível de acreditação.	35	31%
TOTAL Grupo I		65	58%
<b>GRUPO II</b>			
	Elementos associados a um maior grau de desenvolvimento da Unidade.	29	26%
<b>GRUPO III</b>			
	Standards que demonstram o carácter de topo que a Unidade atingiu através da inovação e do desenvolvimento que proporciona à sociedade.	18	16%
TOTAL		112	100%

 OBRIGATÓRIOS

 GRUPO I

 GRUPO II

 GRUPO III

Legenda

## Resultados da acreditação

O resultado do processo de acreditação pode ser um dos seguintes:

- A acreditação fica pendente, em **fase de estabilização dos standards obrigatórios**.

Esta situação mantém-se até que os planos de melhoria da Unidade de Gestão Clínica demonstrem que se cumprem os standards obrigatórios do Grupo I.

### Acreditação Nível Bom

A acreditação neste nível obtém-se se for atingido o cumprimento de mais de 70% dos standards do Grupo I, incluindo-se nesta percentagem a totalidade dos standards obrigatórios.

### Acreditação Nível Ótimo

A acreditação neste nível é alcançada quando se derem por cumpridos 100% dos standards do Grupo I e mais de 40% dos standards do Grupo II.

### Acreditação Nível Excelente

A acreditação neste nível é alcançada quando se derem por cumpridos 100% dos standards dos Grupos I e II e ainda 40% ou mais dos standards do Grupo III.

	Bom	Ótimo	Excelente
GRUPO I	> 70% Incluindo obrigatórios	100%	100%
GRUPO II		> 40%	100%
GRUPO III			> 40%

Uma vez obtida a acreditação de nível bom ou ótimo e transcorrido pelo menos um ano, a Unidade de Gestão Clínica pode optar por avançar voluntariamente para o nível seguinte de acreditação.



Na aplicação informática em ambiente web que suporta todo o processo existe um módulo específico para o acompanhamento dos processos de acreditação ao longo dos cinco anos da sua validade.

Os objectivos da **fase de acompanhamento** são:

- Consolidar os resultados obtidos e garantir que se mantém o cumprimento dos standards ao longo dos cinco anos de validade da acreditação;
- Manter o impulso para a melhoria contínua através da implementação das áreas de melhoria detectadas e da identificação de novas áreas de melhoria.

A partir do momento em que obtém a acreditação, a Unidade de Gestão Clínica tem à sua disposição a ficha de auto-avaliação para a fase de acompanhamento que se segue. Deste modo, ao longo de quatro anos a contar da data de acreditação, pode fazer a avaliação do acompanhamento relativamente aos seguintes aspectos:

- Análise das considerações prévias sobre modificações estruturais e organizativas que tenham ocorrido e possam afectar o âmbito da acreditação;
- Análise do cumprimento dos standards obrigatórios com o objectivo de garantir a manutenção do seu cumprimento ao longo do tempo;
- Actualização das áreas de melhoria levantadas durante a fase de auto-avaliação e que estejam pendentes de fecho;
- Actualização dos indicadores da actividade e dos processos assistenciais relativos aos dois últimos anos de exercício.

# Estrutura do Manual de Standards

O Manual de Standards para acreditação das Unidades de Gestão Clínica está estruturado em cinco blocos e onze critérios, como a seguir se indica:

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

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

## **II. Organização da actividade centrada no utente**

4. Gestão de Planos e Processos Assistenciais Integrados
5. Actividades de Promoção da Saúde e Programas de Saúde
6. Direcção da Unidade de Gestão Clínica

## **III. Os profissionais**

7. Os profissionais, desenvolvimento profissional e formação

## **IV. Processos de suporte**

8. Estrutura, equipamento e fornecedores
9. Sistemas e tecnologias da informação e comunicação
10. Sistema da Qualidade

## **V. Resultados**

11. Resultados da Unidade de Gestão Clínica

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

No Manual de Standards, este bloco constitui cerca de 32% do total dos standards, fazendo referência:

- Aos direitos, expectativas e participação dos utentes, profissionais e partes interessadas da Unidade de Gestão Clínica (UGC);
- Aos elementos relacionados com a privacidade, intimidade e acessibilidade aos recursos disponíveis;
- À inter-relação entre profissionais e diferentes níveis de cuidados de saúde;
- Às actuações interdisciplinares relativas à custódia e utilização da informação clínica e pessoal do utente.

Este bloco divide-se em três critérios:

- 1.** Utes: satisfação, participação e direitos
- 2.** Acessibilidade e continuidade assistencial
- 3.** Documentação clínica

## **II. Organização da actividade centrada no utente**

Este bloco de standards constitui cerca de 21% do total dos standards do Manual. Com eles aprofundam-se os aspectos relacionados com as actuações da Unidade de Gestão Clínica em referência aos Processos Assistenciais Integrados.

Este bloco divide-se em três critérios:

- 4.** Gestão de Planos e Processos Assistenciais Integrados
- 5.** Actividades de Promoção da Saúde e Programas de Saúde
- 6.** Direcção da Unidade de Gestão Clínica



## Estrutura do Manual de Standards

### **III. Os profissionais**

Este conjunto de standards constitui cerca de 13% de todos os standards e reflecte as práticas relacionadas com o acolhimento de profissionais, com a adequação dos recursos humanos às actividades da Unidade de Gestão Clínica, com a actualização das suas competências e com o desenvolvimento profissional, potenciando ainda a actividade de investigação da UCC. Este bloco tem um único critério:

**7.** Os profissionais, desenvolvimento profissional e formação

### **IV. Processos de suporte**

Este bloco de standards constitui cerca de 28% dos standards do Manual. Estes standards analisam a gestão da estrutura e das instalações da organização, os processos de compras, o equipamento e o seu controlo, a gestão da segurança, a funcionalidade destes processos, os quais são necessários para que se possam atingir os objectivos propostos, tanto para os utilizadores como para os profissionais. Analisam-se áreas relativas a novos avanços tecnológicos no âmbito das tecnologias de informação e comunicação, a protecção de dados pessoais, as estratégias de gestão de risco e os planos de qualidade específicos.

Este bloco inclui os seguintes critérios:

**8.** Estrutura, equipamento e fornecedores

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

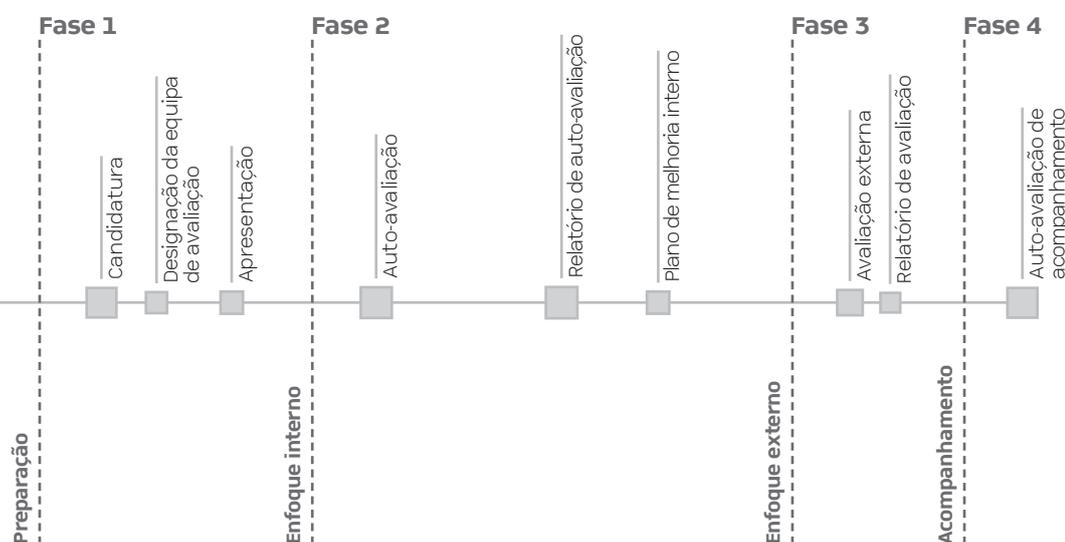
**10.** Sistema da Qualidade

### **V. Resultados**

Finalmente existe um grupo de standards que representa cerca de 6% do total e que avalia os resultados obtidos pela Unidade de Gestão Clínica relativamente à actividade realizada, à sua eficiência, à acessibilidade, à satisfação dos utentes e à qualidade técnico-científica. Este bloco inclui apenas um critério:

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

# Fases do Programa de Acreditação



## Fase 1

### Preparação. Candidatura à acreditação e visita de apresentação

O(a) director(a) ou responsável da Unidade de Gestão Clínica (UGC) solicita o início do processo de acreditação ao Departamento da Qualidade na Saúde (DQS) mediante o preenchimento do formulário de candidatura. A partir desse momento e uma vez aceite a candidatura, desencadeia-se a planificação conjunta de todo o processo.

Seguidamente o DQS designa um responsável do projecto e a Unidade de Gestão Clínica nomeará o seu responsável interno pelo processo de acreditação para facilitar o desenvolvimento do mesmo e a comunicação entre as duas entidades.

O passo seguinte consiste no planeamento e realização de uma visita à Unidade de Gestão Clínica para apresentação do modelo de acreditação à equipa designada pela UCC.

## Fase 2

### Enfoque interno: Auto-avaliação

A auto-avaliação foi concebida como o espaço onde se evidencia e comprova de forma permanente os avanços da organização na melhoria contínua da qualidade. Para isso, toma-se como referência os standards de acreditação.

Durante todo o tempo que dura esta fase, os profissionais da UCC vão levar a cabo o exercício de auto-avaliação, analisando e observando o que se está a fazer bem (isto é, as evidências positivas) e identificando as áreas de melhoria que é necessário implementar.

# Fases do Programa de Acreditação

## Objectivos da auto-avaliação

- Promover e difundir entre todos os profissionais este modelo da qualidade coerente com a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde;
- Facilitar o percurso da Unidade de Gestão Clínica no processo da qualidade e de melhoria contínua até à acreditação, mediante:
  - a identificação dos pontos fortes, com o propósito de os manter e inclusivamente melhorar, e das áreas de melhoria, a fim de as converter em pontos fortes;
  - a clarificação do propósito subjacente a cada standard e a disseminação do conhecimento sobre exemplos de boas práticas.
- Possibilitar o exercício de auto-avaliação periódica, dentro e fora dos ciclos de acreditação, para avaliar os progressos que se vão fazendo de forma contínua;
- Fomentar a gestão do conhecimento.

## Metodologia do ciclo PDCA

Seguindo a metodologia do ciclo PDCA de Deming (P de Plan=Planear; D de Do=Cumprir; C de Check=Avaliar; A de Act=Adequar), é possível para cada standard desenvolver um ciclo de melhoria contínua na própria aplicação informática. Deste modo evita-se que o cumprimento de um dado standard se transforme num acto estático ou pontual, associado apenas a um determinado momento da avaliação. Com a utilização do ciclo PDCA pretende-se que a organização analise e reveja, se necessário, a abordagem do standard, realize um planeamento prévio para o conseguir dar como cumprido, concretize o seu plano de acção e desenvolva acções para melhorar a sua implementação e desenvolvimento ao longo do tempo, logrando consolidá-lo de forma efectiva. A própria fase de estabilização dos standards não cumpridos não se dirige somente ao cumprimento desse standard, mas pressupõe a mobilização da Unidade de Gestão Clínica num processo de evolução permanente, que assegurará o seu cumprimento no futuro.

O quadro seguinte sintetiza o ciclo PDCA:

Fase	Descrição	
	Perfil de melhoria prévio	Antes de se iniciar o processo de acreditação, foi determinada a importância, para a organização, do propósito do standard.
<b>Planeamento</b> (Plan)	Delimita o objectivo e o sistema de informação	Definiram-se os indicadores que avaliam a concretização do standard.
	Planifica	Definiram-se as acções necessárias para cumprir o standard.
	Define funções	Determinaram-se as responsabilidades e os recursos humanos necessários para cumprir o standard.
	Comunica	Comunicou-se, a todos os implicados no processo, o plano para cumprir o standard.
	Adequa recursos	Definiram-se e alocaram-se todos os recursos necessários para cumprir o standard.
<b>Cumprimento</b> (Do)	Cumpre	São cumpridos os propósitos do standard, de acordo com o seu impacte e os indicadores definidos.
<b>Avaliação</b> (Check)	Avalia	Identificaram-se os desvios dos resultados obtidos.
<b>Adequação</b> (Act)	Corrige e melhora	Empreenderam-se as acções necessárias para eliminar os desvios observados.

### Etapas da auto-avaliação

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

**1.** A equipa directiva estabelece os objectivos e o plano de acções para a auto-avaliação da Unidade de Gestão Clínica.

Neste planeamento estabelece-se como se vai desenvolver o processo de auto-avaliação e a estratégia de comunicação, tanto interna como externa.

# Fases do Programa de Acreditação

**2.** É nomeado o responsável da Unidade de Gestão Clínica pelo processo de acreditação.

Esta nomeação é necessária, pois este responsável da UGC, que funcionará como pessoa-chave da organização para este processo, será o seu interlocutor com a Equipa de avaliadores do Programa Nacional de Acreditação em Saúde. Além de outras, estarão entre as suas principais funções as seguintes:

- Estabelecer o cronograma da auto-avaliação e zelar pelo seu cumprimento;
- Participar na selecção dos auto-avaliadores e dar-lhes suporte formativo;
- Marcar e dirigir as reuniões dos auto-avaliadores.

**3.** Selecção de auto-avaliadores e atribuição de standards.

Nesta etapa do processo define-se o grupo de avaliadores internos (auto-avaliadores), cujo número dependerá da dimensão da Unidade de Gestão Clínica. É desejável que este grupo de auto-avaliadores seja multiprofissional, permitindo potenciar a aprendizagem e possibilitar a criação de conhecimento organizativo. Dado o carácter dinâmico tanto dos standards como do próprio processo, esta equipa não deverá ter unicamente como objectivo o exercício de auto-avaliação pontual, mas deverá ainda trabalhar as áreas de melhoria e as recomendações que decorrem da avaliação externa. Para que este trabalho seja mais eficiente é recomendável que os standards sejam repartidos entre todos os profissionais que vão participar na auto-avaliação.

**4.** Formação dos auto-avaliadores e treino na aplicação informática.

O responsável do processo de acreditação da Unidade de Gestão Clínica proporciona a todos os auto-avaliadores:

- O Manual de Standards completo e a listagem de standards sobre os quais cada um se vai debruçar;
- O acesso à aplicação informática onde os diferentes auto-avaliadores ou grupos de auto-avaliadores poderão registar as evidências positivas, as áreas de melhoria e o grau de cumprimento de acordo com o ciclo PDCA.



O responsável por esse processo de acreditação tomará a seu cargo proporcionar formação suficiente para que os auto-avaliadores consigam operar a aplicação informática e fazer o seguimento do processo.

**5. Preenchimento das fichas de auto-avaliação.**

Sob a coordenação do responsável interno do processo de acreditação, o grupo de trabalho revê os standards e as fichas da aplicação informática. Este exercício de reflexão sobre como os standards se cumprem conduz à descrição das evidências positivas que o suportam. Caso não haja evidências que demonstrem o cumprimento do standard, o auto-avaliador deverá descrever as áreas de melhoria que a Unidade de Gestão Clínica vai ter de desenvolver para que o mesmo se possa dar como cumprido e estabilizado. A própria aplicação informática permite a inclusão de ficheiros anexos às evidências positivas e às áreas de melhoria.

**6. O grupo de auto-avaliação discute e partilha as evidências positivas e áreas de melhoria e finaliza a auto-avaliação.**

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

Depois da partilha dos resultados obtidos pelos diferentes grupos de auto-avaliadores, faz-se uma abordagem global às áreas de melhoria em busca de linhas de actuação comuns. Na própria aplicação informática é possível estabelecer prioridades, planificar acções e estabelecer responsáveis pelas áreas de melhoria.

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

Com as possibilidades que a aplicação informática oferece é possível convertê-la num sistema de gestão da melhoria contínua da própria Unidade de Gestão Clínica.

**9. Avalia-se e melhora-se o processo de auto-avaliação.**

Finalmente, o processo de auto-avaliação passa a ser encarado como uma forma de aprendizagem com o objectivo de lhe introduzir as melhorias necessárias e ao mesmo tempo preparar as sucessivas auto-avaliações. Existe na aplicação informática um módulo de resultados, o que facilita a planificação e seguimento das acções decorrentes da gestão da melhoria contínua da qualidade que tiveram origem na auto-avaliação.

# Fases do Programa de Acreditação

## **Fase 3**

### **Enfoque externo: A visita de avaliação**

Uma vez terminada a auto-avaliação, planifica-se de uma forma consensual, entre a direcção da UGC e a equipa de avaliadores do Programa Nacional de Acreditação em Saúde, a visita de avaliação externa. Os avaliadores do programa de acreditação encarregar-se-ão de estudar toda a informação constante na aplicação informática e proceder à sua verificação na visita de avaliação externa. Assim, ao longo desta fase, os avaliadores verificam o cumprimento dos standards a partir não só das evidências e áreas de melhoria referidas pela UGC durante a auto-avaliação, como também de outras evidências resultantes da visita, que podem ser documentais, decorrentes das entrevistas ou por observação directa.

### **Relatório**

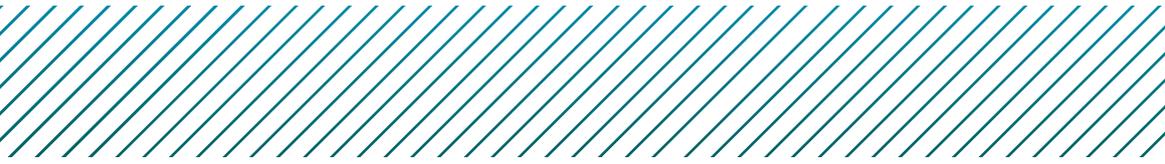
Concluída a visita de avaliação externa, a equipa de avaliadores do programa de acreditação elabora um relatório onde é especificado o grau de cumprimento dos diferentes standards. Este relatório é remetido à direcção da Unidade de Gestão Clínica.

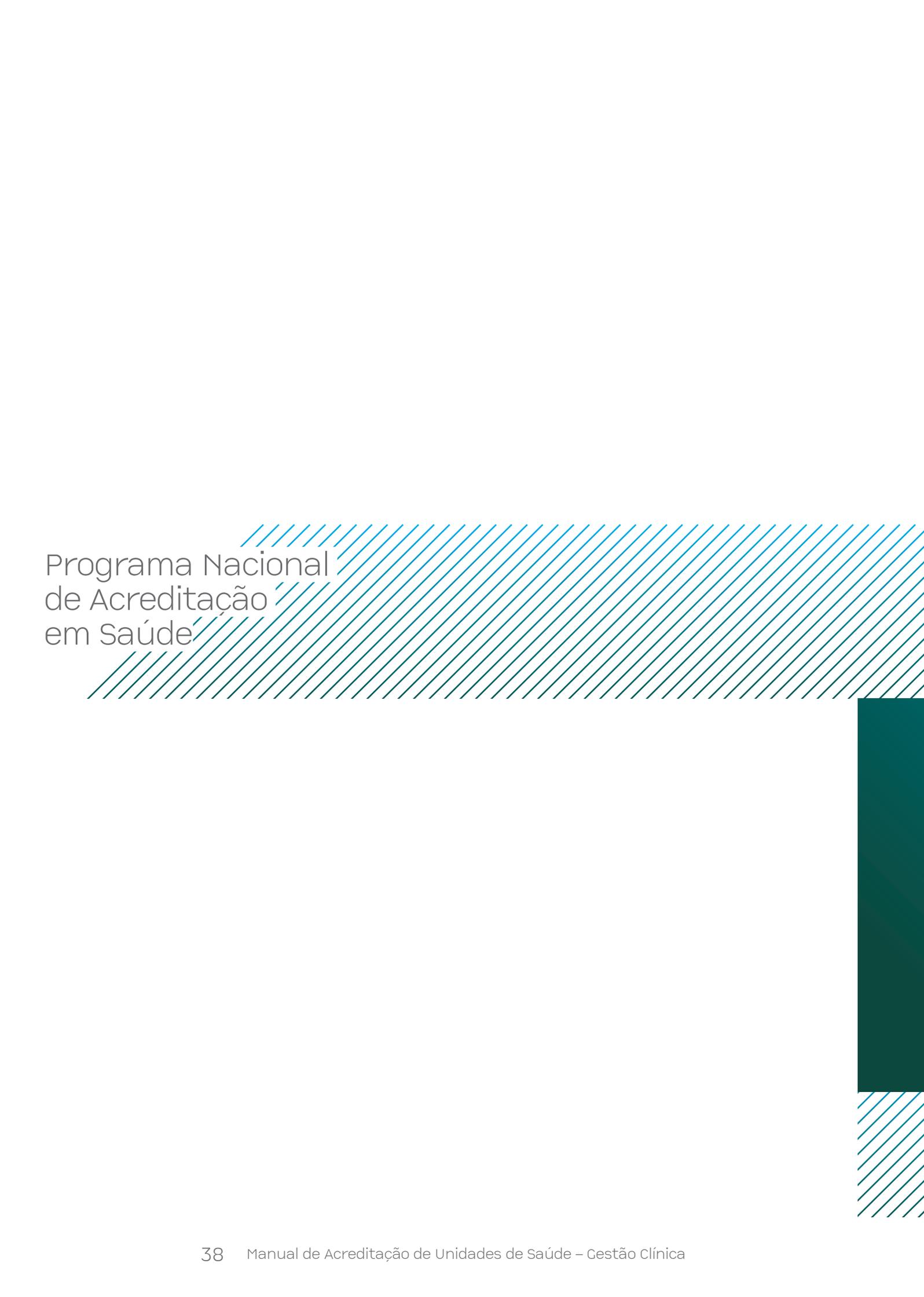
## **Fase 4**

### **Acompanhamento e colaboração entre a UGC e a Equipa de Acreditação**

Uma vez terminado o processo de acreditação, é estabelecido um sistema de colaboração entre a Unidade de Gestão Clínica e os avaliadores do programa, com o único objectivo de assegurar a estabilidade de cumprimento dos standards ao longo do tempo e por isso mesmo a manutenção do nível da qualidade.

As visitas de acompanhamento realizar-se-ão com a periodicidade definida em função dos resultados alcançados (tipicamente 2 e 4 anos) ou quando circunstâncias especiais o exigirem.





Programa Nacional  
de Acreditação  
em Saúde

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



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

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



## **II. Organização da actividade centrada no utente**

4. Gestão de Planos e Processos Assistenciais Integrados
5. Actividades de Promoção da Saúde e Programas de Saúde
6. Direcção da Unidade de Gestão Clínica



## **III. Os profissionais**

7. Os profissionais, desenvolvimento profissional e formação



## **IV. Processos de suporte**

8. Estrutura, equipamento e fornecedores
9. Sistemas e tecnologias da informação e comunicação
10. Sistema da Qualidade



## **V. Resultados**

11. Resultados da Unidade de Gestão Clínica

# I. O cidadão, centro do sistema de saúde

## 1. Utentes: satisfação, participação e direitos

### Definição do critério

Desenvolvimento de actuações e procedimentos para que a Unidade de Gestão Clínica e os cuidados de saúde prestados tenham em consideração as preferências do utente e respeitem os seus direitos.

### Intenção do critério

O cidadão é o centro do Sistema Nacional de Saúde. Por isso, as suas necessidades, os seus pedidos, as suas expectativas e a sua satisfação convertem-se em objectivos primordiais. A qualidade percebida pelo utente depende da satisfação das suas necessidades e expectativas.

Para conseguir alcançar a satisfação do utente é não só necessário identificar de que serviços o utente necessita, como também comunicar-lhe como os utilizar eficazmente, favorecendo a sua participação nas decisões relativas à sua saúde.

A intenção deste conjunto de standards sobre direitos, satisfação e participação do utente consiste em garantir que os cuidados de saúde prestados são personalizados e orientados para o utente e que esses cuidados de saúde não só garantem a efectividade clínica, como também respeitam as suas expectativas, colocando de facto o cidadão no centro do processo.

#### Standard S 01.01

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



**Propósito:** Garantir a difusão e o cumprimento dos direitos do utente.

#### Standard S 01.02

A Unidade de Gestão Clínica informa os utentes de todos os aspectos relacionados com o seu problema de saúde.



**Propósito:** Proporcionar aos utentes a informação necessária para poderem participar na tomada de decisões sobre o seu problema de saúde, sendo necessário implementar mecanismos que permitam ultrapassar barreiras de comunicação.

#### Standard S 01.03

A Unidade de Gestão Clínica respeita a intimidade dos utentes.



**Propósito:** Garantir o direito à privacidade e o respeito pela intimidade do utente durante a prestação dos cuidados de saúde.

### Legenda:



OBRIGATÓRIOS



GRUPO I



GRUPO II



GRUPO III

# I. O cidadão, centro do sistema de saúde

I. Utentes:  
satisfação,  
participação  
e direitos

**Standard**  
S 01.04

A Unidade de Gestão Clínica dispõe de procedimentos para a “substituição na tomada de decisões” (exercida por familiar, tutor ou representante legal) perante situações de incapacidade de um utente ou de um menor de idade que seja incapaz, intelectual ou emocionalmente, de compreender a abrangência das intervenções.



**Propósito:** Garantir que o processo de tomada de decisão é concordante com critérios estabelecidos e conhecidos pelos profissionais.

**Standard**  
S 01.05

A Unidade de Gestão Clínica aplica o procedimento legal estabelecido para que o utente manifeste a sua decisão de Vontade Vital Antecipada.



**Propósito:** Assegurar o direito do utente de tomar decisões sobre o seu próprio processo assistencial em relação à continuidade ou interrupção do suporte vital no fim da sua vida.

**NA**

Este Standard não é actualmente aplicável em Portugal

**Standard**  
S 01.06

Todos os profissionais da Unidade de Gestão Clínica conhecem e aplicam regras de boa prática relativas a comportamentos e atitudes na relação com os utentes.



**Propósito:** Melhorar a qualidade na relação profissional/utente.

**Standard**  
S 01.07

A Unidade de Gestão Clínica promove a tomada de decisão activa por parte do utente durante o processo de prestação dos cuidados de saúde, proporcionando-lhe para tal ferramentas de ajuda à tomada de decisão devidamente aferidas.



**Propósito:** Reduzir a passividade na tomada de decisões e o conflito de decisão e incrementar a participação e escolha informada do cidadão nas decisões sobre a sua saúde, utilizando ferramentas de ajuda que tenham sido disponibilizadas, tendo sempre em consideração o nível de informação desejado pelos cidadãos.



**Standard**  
S 01.08 A Unidade de Gestão Clínica informa o utente sobre o plano de cuidados de saúde previsto conforme a fase do processo em que se encontra.



**Propósito:** Fomentar a participação do utente na tomada de decisão partilhada no que diz respeito ao seu processo assistencial, proporcionando informação clara e compreensível (ultrapassando barreiras da linguagem e limitações sensoriais) sobre o plano assistencial previsto.

**Standard**  
S 01.09 A Unidade de Gestão Clínica dispõe e publica um guia para o utente com informações sobre o seu funcionamento.



**Propósito:** Proporcionar ao utente um melhor acesso à informação relativa ao funcionamento da Unidade de Gestão Clínica e da Instituição, à sua carteira de serviços, à articulação com outros níveis de prestação dos cuidados de saúde, para poder participar activamente na tomada de decisões sobre o seu processo assistencial e os seus direitos.

**Standard**  
S 01.10 A Unidade de Gestão Clínica consulta sempre que necessário e tem em consideração as recomendações da Comissão de Ética da Instituição.



**Propósito:** Pautar todas as actuações realizadas na Unidade de Gestão Clínica por princípios éticos.

**Standard**  
S 01.11 Os utentes que participam em projectos de investigação deram o seu consentimento informado, livre e esclarecido e foram previamente informados pela Unidade de Gestão Clínica dos riscos e benefícios, bem como das alternativas existentes no caso de não quererem participar.



**Propósito:** Garantir que os utentes que participam em projectos de investigação dispõem de informação suficiente para uma tomada de decisão informada, livre e esclarecida, que conhecem os riscos e benefícios relacionados com a sua participação e que conhecem as alternativas no caso de não quererem participar.

**Standard**  
S 01.12 A Unidade de Gestão Clínica estabeleceu um mecanismo de atribuição do médico/a ou enfermeiro/a responsável por cada utente, conhecendo os utentes o nome dos profissionais de saúde responsáveis pela prestação dos seus cuidados de saúde.



**Propósito:** Potenciar a relação entre profissional de saúde e utente, de modo a garantir a sua personalização e a promover a continuidade na prestação dos cuidados de saúde.

# I. O cidadão, centro do sistema de saúde

I. Utentes:  
satisfação,  
participação  
e direitos

## Standard S 01.13

A Unidade de Gestão Clínica facilita e promove a participação do utente no Inquérito de Satisfação relativo aos aspectos dos cuidados de saúde que presta e implementa as melhorias decorrentes dos resultados dos inquéritos.



**Propósito:** Dispor de uma ferramenta que permita, à Unidade de Gestão Clínica e respectiva Instituição, fazer uma avaliação permanente da satisfação dos utentes e utilizá-la como um elemento para a melhoria contínua.

## Standard S 01.14

Os profissionais da Unidade de Gestão Clínica têm um papel activo na captação de sugestões, queixas e reclamações obtidas por qualquer meio (verbais, escritas, via e-mail, Questionários de Satisfação ou similares, etc.), implementando as melhorias daí decorrentes que dependem do seu âmbito de responsabilidade.



**Propósito:** Identificação pelos profissionais das oportunidades de melhoria expressas por qualquer meio, sua veiculação adequada e implementação de melhorias.

## Standard S 01.15

Os utentes e familiares recebem e referem um trato correcto por parte de todos os profissionais da Unidade de Gestão Clínica.



**Propósito:** Melhorar a qualidade da relação entre profissional de saúde e utente.

## Standard S 01.16

A Unidade de Gestão Clínica dispõe de uma lista de procedimentos que requerem o consentimento informado, livre e esclarecido por parte do utente, arquivando no Processo Clínico, ou num sistema de registo similar, uma cópia assinada pelo utente, e avalia periodicamente, pelo menos uma vez por ano, o grau de cumprimento desse direito.



**Propósito:** Identificar os procedimentos de risco para o utente que necessitam de consentimento informado e adaptar a sua formulação à Carta dos Direitos e Deveres do Cidadão utente do SNS, garantindo o cumprimento desse direito.

## Standard S 01.17

Os indicadores de resultado (dos processos assistenciais e outros) que evidenciam a actuação dos profissionais da Unidade de Gestão Clínica são tornados públicos.



**Propósito:** Proporcionar ao cidadão informação que lhe permita conhecer a actuação dos profissionais, para que possa escolher com conhecimento de causa e exercer os seus direitos em tudo o que esteja relacionado com a prestação dos cuidados de saúde.

## 2. Acessibilidade e continuidade assistencial

### Definição do critério

Capacidade da Unidade de Gestão Clínica em satisfazer as necessidades dos utentes de forma equitativa e integral, no menor período de tempo possível. Baseia-se no conceito de processo assistencial integrado e único, entendido na perspectiva do cidadão.

### Intenção do critério

Mais do que uma simples coordenação, trata-se de ter uma visão partilhada da continuidade assistencial, na qual intervêm diversos profissionais em diferentes áreas de responsabilidade, que actuam em momentos distintos mas com um mesmo objectivo comum: a pessoa. Os standards relacionados com este critério avaliam, entre outros aspectos, a acessibilidade, a continuidade, a disponibilidade e a idoneidade assistencial, as quais potenciam a eficiência e a efectividade na prestação dos cuidados de saúde.

#### Standard S 02.01

A Unidade de Gestão Clínica tem a sua carteira de serviços claramente definida e a mesma encontra-se autorizada.



**Propósito:** Prestar cuidados de saúde em consonância com os recursos disponíveis na instituição e a carteira de serviços autorizada. Conhecimento, pelos profissionais, da respectiva carteira de serviços autorizada.

#### Standard S 02.02

A Unidade de Gestão Clínica tem implementados procedimentos que garantem a comunicação efectiva entre profissionais de diferentes níveis de prestação dos cuidados de saúde, facilitando deste modo a resolução de actuações no âmbito dos respectivos processos assistenciais.



**Propósito:** Garantir a continuidade e resolução do processo assistencial mediante a comunicação directa e definida entre profissionais do Sistema Nacional de Saúde.

#### Standard S 02.03

Os profissionais da Unidade de Gestão Clínica implicados num determinado processo de prestação dos cuidados de saúde utilizam os mesmos procedimentos standardizados e adaptados.



**Propósito:** Melhorar a coordenação entre profissionais para evitar a variabilidade da prática clínica.

# I. O cidadão, centro do sistema de saúde

## 2. Acessibilidade e continuidade assistencial

### Standard S 02.04

A Unidade de Gestão Clínica utiliza, para os processos assistenciais que não fazem parte da lista de processos assistenciais integrados aprovados para o SNS, guias de prática clínica, normas de orientação clínica e planos de cuidados estandardizados, partilhados com outros níveis de prestação dos cuidados de saúde, que incorporam critérios de custo/efectividade na sua implementação.



**Propósito:** Garantir que na implementação dos guias de prática clínica, normas de orientação clínica e planos de cuidados estandardizados se valoriza e se tem em consideração tanto a efectividade quanto os custos associados.

### Standard S 02.05

A Unidade de Gestão Clínica utiliza, para os processos assistenciais que não fazem parte da lista de processos assistenciais integrados aprovados para o SNS, guias de prática clínica, normas de orientação clínica e planos de cuidados estandardizados, partilhados com outros níveis de prestação dos cuidados de saúde, que incorporam as preferências dos utentes.



**Propósito:** Utilizar guias de prática clínica, normas de orientação clínica e planos de cuidados estandardizados que contemplem a participação dos cidadãos e as suas preferências como elemento-chave para a melhoria dos resultados.

### Standard S 02.06

A Unidade de Gestão Clínica tem implementadas acções coordenadas entre os distintos níveis de prestação dos cuidados de saúde, destinadas a gerir mais eficientemente os recursos disponíveis.



**Propósito:** Analisar e estabelecer de forma coordenada, pela Unidade de Gestão Clínica e pelas instituições com quem esta se articula, acções oportunas para aumentar a capacidade de resolução da rede assistencial, nomeadamente em relação ao local onde se devem situar as novas tecnologias, estabelecendo para isso prioridades.

### Standard S 02.07

A Unidade de Gestão Clínica tem estabelecidas, entre os diferentes níveis de prestação dos cuidados de saúde e as distintas unidades e serviços da instituição, as bases necessárias para a coordenação, o seguimento e a melhoria da efectividade da prescrição terapêutica.



**Propósito:** Existirem processos que permitam uma adequada gestão da prescrição farmacêutica, coordenando as acções dos profissionais nos diferentes níveis assistenciais e ao longo do tempo.

NA

Este Standard não é actualmente aplicável em Portugal



**Standard**  
S 02.08

A Unidade de Gestão Clínica assegura a continuidade do processo assistencial, sem hiatos na prestação dos cuidados de saúde, controlando as possíveis interfaces entre distintos profissionais, serviços ou instituições.



**Propósito:** A continuidade assistencial constitui um critério-chave e determinante na organização dos serviços. Esta deve ser concebida como uma visão contínua e partilhada da prestação dos cuidados de saúde, na qual intervêm diferentes equipas de profissionais.

O processo assistencial não deve ter hiatos ou interrupções nas diferentes fases:

- Acessibilidade aos cuidados primários, emergência, cuidados hospitalares;
- Processo assistencial (avaliação clínica, diagnóstico, planeamento de cuidados, tratamento);
- Transferência ou alta;
- Seguimento.

**Standard**  
S 02.09

A Unidade de Gestão Clínica implementa formas de organização da actividade, que melhoram a sua capacidade e os resultados da prestação dos cuidados de saúde.



**Propósito:** Desenvolver acções que permitam otimizar o tempo dos cidadãos nos cuidados de saúde, tais como consultas de acto único/alta resolução, telemedicina e outras.

**Standard**  
S 02.10

A Unidade de Gestão Clínica avalia e otimiza os tempos de resposta aos utentes nos diferentes processos de prestação dos cuidados de saúde e dá-os a conhecer aos cidadãos, à própria instituição e aos outros níveis de prestação dos cuidados de saúde.



**Propósito:** Existir uma monitorização dos principais tempos de resposta e do impacte das medidas de melhoria adoptadas e garantir a comunicação dos resultados.

**Standard**  
S 02.11

Os tempos de resposta para o utente dos diferentes processos assistenciais são cumpridos na Unidade de Gestão Clínica.



**Propósito:** Prestar os cuidados de saúde referentes aos diferentes processos assistenciais num período de tempo adequado às necessidades dos cidadãos e às características do próprio processo.

# I. O cidadão, centro do sistema de saúde

## 2. Acessibilidade e continuidade assistencial

### Standard S 02.12

A Unidade de Gestão Clínica dispõe de informação acerca das desprogramações (consultas, provas diagnósticas e terapêuticas, internamento) e adopta medidas destinadas a diminuí-las e a minimizar os seus efeitos negativos.



**Propósito:** Adoptar uma atitude de máximo respeito em relação ao tempo de espera dos utentes, eliminando as desprogramações evitáveis para que a prestação dos cuidados de saúde se realize no momento mais adequado e benéfico para o utente, mantendo uma gestão eficiente dos recursos da Instituição.

### Standard S 02.13

A Unidade de Gestão Clínica dispõe de sistemas de detecção e correcção precoce das demoras na prestação dos cuidados de saúde.



**Propósito:** Dispor de informação que permita antecipar e evitar a existência de demoras na prestação da assistência.

### 3. Documentação clínica

#### Definição do critério

Gestão eficiente de fontes e recursos referentes à informação clínica.

#### Intenção do critério

Os standards contemplados neste critério têm como intenção avaliar como se dá resposta às necessidades da informação clínica que acompanha o processo assistencial, assegurando a qualidade técnico-científica da mesma, a satisfação dos utentes e dos profissionais, com a maior eficácia e eficiência, favorecendo a descentralização e coordenação dos fluxos de informação clínica e incorporando a perspectiva do processo clínico digital único com uma arquitectura de história clínica bem definida.

#### Standard S 03.01

A Unidade de Gestão Clínica, juntamente com a respectiva Instituição, garante a existência de um número de processo clínico único por utente.



**Propósito:** Evitar a duplicação de processos clínicos para facilitar o acesso a toda a informação clínica do utente.

#### Standard S 03.02

O processo clínico mantém a mesma estrutura na Unidade de Gestão Clínica e na Instituição e o seu conteúdo está de acordo com as boas práticas clínicas ou normas em vigor.



**Propósito:** Garantir que a metodologia seguida para estruturar o processo clínico cumpre com as regras de boa prática clínica ou normas em vigor.

#### Standard S 03.03

A Unidade de Gestão Clínica aplica o regulamento da Instituição para a organização do processo clínico, nomeadamente em relação a:

- conteúdo
- listagem de documentos normalizados
- critérios de ordenação
- normas de registo



**Propósito:** Garantir o registo de toda a informação necessária no processo clínico, de modo a que se possa prestar a assistência aos utentes de forma uniforme e contínua, facilitando a identificação e a compreensão do seu conteúdo.

# I. O cidadão, centro do sistema de saúde

## 3. Documentação clínica

### Standard S 03.04

O processo clínico contém a informação necessária para apoiar e justificar as intervenções realizadas ao utente na Unidade de Gestão Clínica, facilitando a continuidade na prestação dos cuidados de saúde.



**Propósito:** O conteúdo do processo clínico deverá facilitar a tomada de decisão de forma a permitir estabelecer um plano assistencial baseado em actuações diagnósticas e/ou terapêuticas, assim como as alterações, se oportunas, em função da evolução clínica.

### Standard S 03.05

A Unidade de Gestão Clínica e a Instituição garantem a existência de um arquivo único de processos clínicos.



**Propósito:** Garantir que o processo clínico está disponível no momento de prestar a assistência, possibilitando o acesso a toda a informação relativa ao utente, independentemente do profissional ou do serviço onde foi atendido anteriormente.

### Standard S 03.06

A Unidade de Gestão Clínica garante de forma permanente a confidencialidade e a guarda de toda a informação clínica e dos dados pessoais.



**Propósito:** Implicar os profissionais na manutenção de um ambiente em que se assegura a todo o momento a confidencialidade e a guarda da informação clínica e dos dados pessoais dos utentes.



## II. Organização da actividade centrada no utente

### 4. Gestão de Planos e Processos Assistenciais Integrados

#### Definição do critério

Adequação da organização à implementação, desenvolvimento e monitorização dos processos assistenciais de acordo com critérios definidos, assim como a adaptação de cada um deles às características do local de prestação dos cuidados de saúde.

#### Intenção do critério

Desenvolver as linhas de acção decorrentes da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde na vertente gestão por processos assistenciais, colocando a ênfase da qualidade no elemento básico do Serviço Nacional de Saúde (SNS): o processo assistencial que se quer integrado, único e entendido do ponto de vista do cidadão.

Os processos assistenciais compreendem uma visão multidimensional que contempla elementos de continuidade da assistência na saúde, satisfação do cidadão, eficiência e evidência científica das decisões clínicas.

Para além disso, a sua contínua monitorização, assim como a correcta valorização da sua contribuição para a consecução dos objectivos do SNS devem constituir oportunidades para detectar situações susceptíveis de melhoria.

#### Legenda:



OBRIGATORIOS



GRUPO I



GRUPO II



GRUPO III

#### Standard

S 04.01

Estão identificadas e definidas as diferentes responsabilidades de actuação da Unidade de Gestão Clínica nos processos assistenciais.



**Propósito:** Identificar o âmbito de responsabilidade das actuações para levar a cabo uma correcta gestão por processos assistenciais, que podem ou não ser partilhados com outros níveis assistenciais. Nos casos em que a responsabilidade não seja partilhada, proceder à sua implementação cabal. Nos casos em que o âmbito de responsabilidade é limitado (por não pertencer à sua carteira de serviços), a Unidade de Gestão Clínica deve dar início ao processo assistencial adequado e orientar ou transferir os cuidados para o nível correspondente.

#### Standard

S 04.02

Os processos assistenciais contratualizados pela Unidade de Gestão Clínica estão descritos e documentados.



**Propósito:** Documentar o procedimento para a gestão de cada processo assistencial adaptado ao ambiente local e específico da organização com o fim de evitar a variabilidade da prática clínica. Esta documentação deve ser difundida e estar à disposição dos profissionais.



**Standard** S 04.03 Na adaptação dos processos assistenciais da Unidade de Gestão Clínica incorporam-se indicadores da qualidade da prescrição farmacêutica.



**Propósito:** Permitir, desde o seu início, detectar a variabilidade não desejada no decurso da prestação assistencial, incorporando indicadores da qualidade da prescrição farmacêutica.

**Standard** S 04.04 A Unidade de Gestão Clínica cumpre o plano da Instituição para a implementação dos processos.



**Propósito:** A implementação dos processos requer um conjunto de actuações que devem seguir uma ordem pré-estabelecida, um calendário onde se defina a data de início e o fim previsto, com o objectivo de otimizar ao máximo os recursos utilizados e coordenar os esforços dos profissionais envolvidos.

**Standard** S 04.05 A Unidade de Gestão Clínica avalia e melhora a gestão dos processos assistenciais ao longo do tempo.



**Propósito:** Desenhar procedimentos de avaliação que permitam a análise contínua de resultados dos processos implementados, que permitam avaliar se os mesmos se encontram dentro de limites pré-definidos e que permitam implementar acções que melhorem a gestão dos mesmos.

## II. Organização da actividade centrada no utente

### 5. Actividades de Promoção da Saúde e Programas de Saúde

#### Definição do critério

A medida em que a Unidade de Gestão Clínica se empenha em capacitar os cidadãos e comunidades de informação que lhes permita aumentar o seu conhecimento sobre as determinantes relativas à sua saúde, levando a práticas que visam a sua melhoria.

#### Intenção do critério

Os standards relativos aos programas e promoção da saúde avaliam o conjunto de acções implementadas pelos serviços de saúde orientadas para um desenvolvimento de melhores condições de saúde individual, colectiva e dos grupos de risco e incluem medidas preventivas e de educação sobre autocuidados.

#### Standard S 05.01

A Unidade de Gestão Clínica planeia as intervenções de acordo com as necessidades de saúde detectadas na população em matéria de cuidados, prevenção e promoção da saúde e tem em conta os processos assistenciais integrados e os Programas Nacionais de Saúde.



**Propósito:** Não limitar as intervenções em saúde exclusivamente à solução de um problema pontual, devendo incorporar a dimensão da promoção e educação para a saúde qualquer que seja o cenário. Utilizar uma abordagem integral, que abarque a promoção da saúde e a prevenção da doença, para dar resposta às necessidades detectadas.

#### Standard S 05.02

A Unidade de Gestão Clínica implementa programas de promoção da saúde que garantem a continuidade na prestação dos cuidados de saúde.



**Propósito:** Envolver todos os profissionais e instituições responsáveis pela prestação dos cuidados de saúde para garantir que as intervenções planeadas para os indivíduos, no âmbito da promoção da saúde, possam ser realizadas em todo o Sistema Nacional de Saúde.

#### Standard S 05.03

A Unidade de Gestão Clínica facilita informação sobre a oferta da carteira de serviços no que diz respeito à prevenção da doença e promoção da saúde.



**Propósito:** Divulgar os serviços de prevenção e promoção da saúde, de modo a contribuir para o aumento da cobertura e para a adesão dos cidadãos aos mesmos.



**Standard**  
S 05.04

A Unidade de Gestão Clínica desenvolve acções sobre a utilização segura e responsável do medicamento, dirigidas tanto aos profissionais como aos cidadãos.



**Propósito:** Estabelecer medidas para conseguir uma utilização mais eficaz, eficiente e segura dos medicamentos.

**Standard**  
S 05.05

A Unidade de Gestão Clínica identifica e empreende acções de apoio à família dos doentes e cuidadores.



**Propósito:** Valorizar o risco de sobrecarga dos cuidadores principais e tomar medidas que a previnam.

**Standard**  
S 05.06

A análise do conhecimento adquirido sobre as necessidades e características da população assistida é utilizada para a programação da formação contínua dos profissionais da Unidade de Gestão Clínica.



**Propósito:** Melhorar as competências dos profissionais, de modo a prestarem serviços mais personalizados à população.

**Standard**  
S 05.07

A Unidade de Gestão Clínica garante que as notificações das Doenças de Declaração Obrigatória são efectuadas de acordo com os requisitos legais e as determinações da Autoridade de Saúde.



**Propósito:** Colaboração activa dos profissionais na gestão da informação relativa aos Programas de Saúde Pública.

## II. Organização da actividade centrada no utente

### 6. Direcção da Unidade de Gestão Clínica

#### Definição do critério

Actividades desenvolvidas pela equipa directiva, chefias intermédias e responsáveis pelos processos, destinadas a facilitar e potenciar o trabalho dos profissionais quanto ao cumprimento dos objectivos da Unidade de Gestão Clínica e a melhorar os seus resultados.

#### Intenção do critério

Com o conjunto de standards deste critério, referente à Direcção, pretende-se comprovar como os dirigentes, chefias de serviços ou responsáveis dos processos se implicam directamente e estimulam a gestão da qualidade nas respectivas áreas de influência através dos seus comportamentos e decisões. E como desenvolvem e facilitam a consecução dos objectivos de acordo com a missão, visão e valores da organização.

#### Standard S 06.01

A Unidade de Gestão Clínica tem implementado um sistema de gestão participativa por objectivos.



**Propósito:** Dar resposta a critérios de estabelecimento de prioridades, definição de objectivos, revisão periódica do seu cumprimento, distribuição de incentivos e planos de desenvolvimento pessoal.

#### Standard S 06.02

Na gestão por objectivos, a Unidade de Gestão Clínica tem em conta elementos de planeamento estratégico (satisfação do cidadão, análise dos inquéritos, programas de saúde, etc.) que facilitam o seu desenvolvimento organizacional.



**Propósito:** Além dos aspectos formalmente contratualizados, incluir na gestão por objectivos outros elementos que potenciem a inovação e o desenvolvimento.

#### Standard S 06.03

A Direcção da Unidade de Gestão Clínica faculta ao órgão de gestão, com uma periodicidade previamente estabelecida, toda a informação necessária para a monitorização dos objectivos definidos e dos acordos contratualizados.



**Propósito:** Garantir o princípio da transparência.



**Standard**  
S 06.04

A Direcção da Unidade de Gestão Clínica definiu e estabeleceu uma política de incentivos para estimular os seus profissionais a alcançar níveis superiores de acreditação.



**Propósito:** A acreditação deve representar uma forma de promoção da qualidade e da melhoria contínua, assim como uma garantia para o cidadão.

**Standard**  
S 06.05

A Unidade de Gestão Clínica estabeleceu um procedimento, conhecido e aprovado pela administração da Instituição, no qual se define a eventual atribuição de incentivos individuais a outros profissionais fora da Unidade de Gestão Clínica, os quais tenham contribuído para alcançar os seus objectivos.



**Propósito:** Os objectivos da Unidade de Gestão Clínica estão integrados nos objectivos do Contrato Programa da Instituição e a Unidade de Gestão Clínica dispõe, para a sua consecução, de todo o apoio da Instituição e disponibilização de recursos. Os objectivos da Unidade de Gestão Clínica estão integrados nos objectivos do Contrato Programa da Instituição e a Unidade de Gestão Clínica dispõe, para a sua consecução, de todo o apoio da Instituição e disponibilização de recursos.

**NA**

Este Standard não é actualmente aplicável em Portugal

**Standard**  
S 06.06

A Direcção da Unidade de Gestão Clínica estabeleceu, em conjunto com o nível hierárquico de que depende, um plano de desenvolvimento a três anos para o Director a partir do perfil de competências definidas para o cargo.



**Propósito:** A Instituição define e desenvolve os diferentes níveis de Direcção, descrevendo as competências mais importantes correspondentes a cada cargo.

## II. Organização da actividade centrada no utente

### 6. Direcção da Unidade de Gestão Clínica

#### Standard S 06.07

A Unidade de Gestão Clínica considera as condições de conforto que afectam os cidadãos e utentes como variáveis da sua própria gestão, analisa as situações que contribuem para o conforto dos utentes e, face aos resultados obtidos, introduz correcções quando necessário.



**Propósito:** Aumentar o grau de satisfação dos utentes relativamente aos cuidados que lhes são prestados, incorporando em todos os processos da Unidade de Gestão Clínica as variáveis relacionadas com o conforto. Para isso será necessário estudar a situação real, adequando a organização dos serviços e estabelecendo objectivos relacionados com esta temática a partir da análise da informação disponível, tanto a que provém das reclamações como dos inquéritos de satisfação. A Unidade de Gestão Clínica considera como variáveis internas dos seus processos: os tempos de espera (para e entre consultas, provas diagnósticas, transferências, etc.), as visitas domiciliárias aos doentes, o respeito pela sua comodidade e descanso (horários e ruídos), o estado das instalações, as condições das instalações sanitárias, a iluminação, a higiene e limpeza, a roupa, a alimentação, a comunicação com os familiares (visitas e acesso telefónico) e a comunicação interna com os profissionais.

#### Standard S 06.08

A Unidade de Gestão Clínica dispõe de um procedimento para a resolução de ocorrências relacionadas com os serviços de hotelaria e manutenção.



**Propósito:** Definir e documentar as características requeridas para os serviços de hotelaria e de manutenção e comunicá-las aos profissionais. Registrar as ocorrências com estes serviços e tomar as medidas oportunas e necessárias para a sua resolução.

#### Standard S 06.09

A Direcção da Unidade de Gestão Clínica promove uma cultura de segurança.



**Propósito:** Identificar os elementos (organizativos, estruturais, etc.) que necessitam de melhoria, eliminando os factores de risco para impedir incidentes que afectem a segurança.

#### Standard S 06.10

A Unidade de Gestão Clínica analisa e gere todos os circuitos de informação referentes ao acesso dos cidadãos aos seus serviços.



**Propósito:** Garantir e otimizar as condições de acessibilidade à prestação dos cuidados de saúde, gerindo a informação transmitida aos cidadãos (tanto em documentação como marcações, atendimento telefónico, etc.), a adequação da sinalização e os recursos disponibilizados, com o objectivo de facilitar e melhorar as condições de conforto e acessibilidade dos cidadãos ao Sistema Nacional de Saúde.



**Standard**

**S 06.11**

A Unidade de Gestão Clínica implementa ações definidas no Plano Óptima.



**Propósito:** Garantir a implementação de ações definidas no Plano Óptima que favoreçam a igualdade entre profissionais.

**NA**

Este Standard não é actualmente aplicável em Portugal

# III. Os profissionais

## 7. Os profissionais, desenvolvimento profissional e formação

### Definição do critério

Planeamento e desenvolvimento das acções que garantam a permanente adequação dos profissionais aos postos de trabalho, respectivos perfis de competências e número de profissionais para a consecução dos objectivos propostos.

### Intenção do critério

As organizações devem dotar-se dos profissionais adequados para a prestação dos cuidados de saúde, mediante um correcto planeamento, orientação e integração e de acordo com as necessidades dos cidadãos. Simultaneamente devem facilitar aos profissionais os meios necessários para a sua actualização, adaptação e adequação às mudanças tecnológicas, reorganização funcional ou evolução do conhecimento.

Contemplam-se, entre outros, os seguintes aspectos: selecção e promoção; polivalência e adequação ao posto de trabalho; comunicação interna; motivação e incentivos; formação e desenvolvimento profissional.

#### Legenda:



OBRIGATÓRIOS



GRUPO I



GRUPO II



GRUPO III

#### Standard S 07.01

A Unidade de Gestão Clínica tem definidos os critérios para o planeamento do número de profissionais necessários, de acordo com os resultados dos seus processos de prestação dos cuidados de saúde e com a comparação com outras instituições similares do SNS que obtiveram os melhores resultados.



**Propósito:** Adequar a todo o momento o número de profissionais às necessidades, tendo como referência as unidades similares do SNS que obtiveram os melhores resultados.

#### Standard S 07.02

Na actividade assistencial que decorre da utilização dos processos assistenciais integrados implementados na Unidade de Gestão Clínica, estão identificados os recursos humanos partilhados com outras unidades e serviços, de forma a permitir otimizar a planificação e atribuição dos mesmos.



**Propósito:** Planear o número de profissionais necessários de acordo com a metodologia de gestão por processos, tendo em vista a sua optimização.



**Standard**  
S 07.03

A Unidade de Gestão Clínica planifica a dotação dos seus recursos humanos tendo em consideração o desenvolvimento social, organizacional e tecnológico (ou qualquer outro), de forma a permitir a sua rápida e eficiente adaptação a novas realidades.



**Propósito:** Considerar o desenvolvimento e o avanço tecnológico e organizacional (Telemedicina, Teletrabalho, etc.) no planeamento das necessidades de recursos humanos, quer em termos quantitativos quer qualitativos.

**Standard**  
S 07.04

A Unidade de Gestão Clínica define e mantém actualizados os perfis de competências dos seus profissionais, adequados aos distintos postos de trabalho e processos.



**Propósito:** Garantir a definição dos postos de trabalho necessários em função das competências que lhe são próprias e de acordo com a missão e os valores da Unidade de Gestão Clínica.

**Standard**  
S 07.05

A Unidade de Gestão Clínica define um procedimento e planifica as necessidades de formação dos seus profissionais de acordo não só com as necessidades individuais de desenvolvimento profissional identificadas, como também com as necessidades da própria Unidade de Gestão Clínica.



**Propósito:** Garantir que sejam elaborados Planos de Formação Contínua tendo em consideração as necessidades dos profissionais e da Unidade (pertinência do plano de formação).

**Standard**  
S 07.06

A Unidade de Gestão Clínica avalia a aplicabilidade ao posto de trabalho das novas competências adquiridas pelos seus profissionais através da formação contínua.



**Propósito:** Garantir que as actividades de formação realizadas pelos profissionais geram valor acrescentado (transferência de conhecimentos).

**Standard**  
S 07.07

A Unidade de Gestão Clínica avalia o grau de melhoria dos resultados assistenciais dos seus profissionais na sequência da realização de actividades de formação contínua.



**Propósito:** Orientar os planos de desenvolvimento e formação para a melhoria dos resultados assistenciais (impacte da formação).

## III. Os profissionais

7. Os profissionais, desenvolvimento profissional e formação

### Standard S 07.08

A Unidade de Gestão Clínica dispõe de uma metodologia de organização dos horários e do trabalho por turnos, de modo a que estes se adaptem às necessidades dos utentes e dêem resposta à carga de trabalho da actividade assistencial.



**Propósito:** Orientar a organização do trabalho para a satisfação das necessidades e expectativas dos utentes, em função das características da actividade assistencial desenvolvida pela Unidade de Gestão Clínica e de acordo com critérios de segurança.

### Standard S 07.09

A Unidade de Gestão Clínica avalia periodicamente as competências dos profissionais a fim de identificar as suas necessidades de formação e desenvolvimento.



**Propósito:** Avaliar as competências profissionais periodicamente para que os planos de desenvolvimento individual possam ser ajustados às competências (conhecimentos, aptidões e atitudes) necessárias ou que se prevê que venham a ser necessárias, bem como aos interesses de desenvolvimento individual de cada profissional.

### Standard S 07.10

A Unidade de Gestão Clínica elabora um Plano de Desenvolvimento Individual para os seus profissionais com a duração máxima de três anos.



**Propósito:** Disponibilizar a cada profissional um Plano de Desenvolvimento Individual em função dos perfis de competências. Avaliar e desenvolver os planos continuamente, cada um para um período máximo de três anos.

### Standard S 07.11

A Unidade de Gestão Clínica dispõe de procedimentos efectivos para promover a partilha do conhecimento na própria Unidade e com outras unidades e outras instituições.



**Propósito:** Dispor de ferramentas que facilitem a difusão do conhecimento entre os seus profissionais, tais como o recurso a técnicas que facilitem a sua divulgação, a formação através das redes informáticas, entre outras.

### Standard S 07.12

A Unidade de Gestão Clínica definiu os critérios para a utilização dos incentivos que lhe são atribuídos (não individuais nem remuneratórios).



**Propósito:** Garantir que os incentivos obtidos estão relacionados e têm repercussão sobre os objectivos estratégicos.

**Standard**  
S 07.13

Os projectos de investigação da Unidade de Gestão Clínica estão em concordância com as linhas estratégicas definidas pelo Ministério da Saúde.



**Propósito:** Unificar esforços de todo o SNS em matéria de investigação para a consecução de objectivos únicos previamente definidos.

**Standard**  
S 07.14

A Unidade de Gestão Clínica realiza projectos de investigação integrando diferentes níveis de prestação dos cuidados de saúde ou inter-serviços.



**Propósito:** Fomentar a participação e o relacionamento de diferentes organizações de saúde através da elaboração de projectos de investigação comuns, que se insiram nas linhas de investigação definidas pelo SNS.

## IV. Processos de suporte

### 8. Estrutura, equipamento e fornecedores

#### Definição do critério

Assegurar a existência e disponibilidade de espaços e equipamentos adequados para as actividades da Unidade de Gestão Clínica, garantindo um ambiente seguro e funcional para utentes e profissionais com vista a alcançar os objectivos da Unidade de Gestão Clínica e a respeitar o cumprimento da legislação em vigor.

#### Intenção do critério

As organizações de saúde devem procurar satisfazer certos aspectos relativos à qualidade, tais como a segurança, as acessibilidades, o conforto e o impacto no meio ambiente. Pretende-se desta forma garantir a segurança e minimizar o risco para a saúde dos utentes e dos profissionais, assim como da população em geral.

Os diferentes elementos (da qualidade) relativos à gestão dos edifícios, ao controlo dos equipamentos e dos fornecedores (tais como, prazos legais a cumprir, informação sobre as manutenções a realizar, capacitação dos recursos humanos intervenientes, controlo da actuação dos fornecedores, critérios de segurança ambiental, etc.) deverão atingir determinados níveis de cumprimento estipulados, para que se possa obter uma prestação de serviços de qualidade.

#### Legenda:



OBRIGATORIOS



GRUPO I



GRUPO II



GRUPO III

#### Standard S 08.01

Na Unidade de Gestão Clínica existem espaços com as condições adequadas para atender e prestar informações aos utentes.



**Propósito:** Proporcionar aos profissionais os meios necessários para garantirem aos utentes e doentes a adequada privacidade quando se prestam informações.

#### Standard S 08.02

A Unidade de Gestão Clínica cria condições para que os doentes recebam uma alimentação adequada aos seus hábitos culturais e religiosos e às suas preferências.



**Propósito:** Garantir aos doentes uma alimentação que esteja de acordo com os seus hábitos alimentares, culturais e religiosos; oferecer variedade e alternância de menus; permitir a sua escolha e adaptação aos horários habituais das refeições. Os pratos mantêm a temperatura adequada no momento em que são servidos.



**Standard**  
S 08.03 A Unidade de Gestão Clínica garante a existência de um ambiente livre de fumo nas suas instalações.



**Propósito:** Adotar medidas oportunas para proporcionar aos utentes um ambiente livre de fumo, com o objectivo de assegurar condições saudáveis de conforto e comodidade, quer aos doentes quer aos familiares, visitas e profissionais.

**Standard**  
S 08.04 A Unidade de Gestão Clínica possui procedimentos para controlo dos prazos de validade e das condições de conservação dos medicamentos e material de uso clínico, além de garantir o seu cumprimento.



**Propósito:** Garantir que os produtos e materiais utilizados em saúde (medicamentos, material de uso clínico, próteses, etc.) se encontram nas melhores condições para uma utilização segura.

**Standard**  
S 08.05 A Unidade de Gestão Clínica toma em consideração os aspectos básicos necessários para garantir a utilização segura dos equipamentos de diagnóstico e terapêutica.



**Propósito:** Definir e atribuir quem tem a responsabilidade pelas seguintes funções:

- Controlo do equipamento;
- Verificação periódica do estado do equipamento inventariado (identificação, tempo de vida útil, etc.);
- Verificação e comunicação do estado operacional do equipamento, assim como pelos circuitos internos de informação no caso de avaria ou incidentes relacionados com o funcionamento ou manutenção.

**Standard**  
S 08.06 A Unidade de Gestão Clínica inclui critérios de segurança nas especificações para a aquisição dos equipamentos de diagnóstico e terapêutica.



**Propósito:** Exigir e avaliar, de acordo com os requisitos técnicos aplicáveis, que em todos os fornecimentos de equipamento de diagnóstico e terapêutica:

- É fornecido o Manual do operador em língua portuguesa;
- É cumprido um programa de formação aos profissionais envolvidos;
- Encontra-se especificada a vida útil do equipamento;
- Foi definido o programa de manutenção e revisões técnico-legais, com prazos, requisitos técnicos e parâmetros a avaliar e critérios de aceitação.

## IV. Processos de suporte

### 8. Estrutura, equipamento e fornecedores

#### Standard S 08.07

A Unidade de Gestão Clínica garante que os utilizadores dos equipamentos de diagnóstico e terapêutica recebem a formação e a informação necessárias para a sua manutenção e utilização segura.



**Propósito:** Garantir a utilização segura do equipamento por parte dos profissionais, disponibilizando-lhes a documentação necessária (manuais operativos), bem como a formação adequada (formação dada pelo fabricante ou fornecedor e exigida na aquisição).

#### Standard S 08.08

A Unidade de Gestão Clínica garante o cumprimento do plano de manutenção dos equipamentos conforme definido pelo fabricante ou pelo serviço de manutenção.



**Propósito:** Garantir a segurança dos cidadãos e dos profissionais aquando da utilização de equipamentos de diagnóstico e terapêutica e estabelecer acções correctivas em caso de quebra da integridade e de não-cumprimento da totalidade dos requisitos definidos para os equipamentos, de não-cumprimento do plano de revisões previsto pelo fabricante ou pelos serviços de manutenção, ou outras situações detectadas durante a monitorização efectuada pelo responsável pelo controlo do equipamento.

#### Standard S 08.09

Aplicam-se os procedimentos específicos para o controlo da produção e armazenamento de resíduos perigosos produzidos durante a actividade da Unidade de Gestão Clínica, nos termos da legislação em vigor.



**Propósito:** Tomar as medidas necessárias para que os procedimentos relativos à gestão de resíduos de produtos perigosos sejam conhecidos e respeitados pelo pessoal envolvido, evitando assim que utentes, familiares, visitas, profissionais e restante população em geral possam vir a ser afectados por negligência na execução dos procedimentos, evitando também o consequente impacte ambiental indesejado que isso possa produzir.



**Standard**  
S 08.10

A Unidade de Gestão Clínica implementa, em conjunto com a Instituição ou as entidades competentes, um programa de formação e informação sobre a actuação perante catástrofes/emergências internas e externas, dirigido aos profissionais e utentes, onde se encontram definidas as responsabilidades e as actuações a seguir.



**Propósito:** Assegurar que existe um plano para a formação e treino de todos os profissionais, adequado às respectivas funções e responsabilidades, no âmbito da autoprotecção e Plano de Emergência, para assim alcançar um adequado nível de informação sobre os procedimentos a seguir em caso de emergência e para lhes dar a conhecer todas as medidas de segurança a adoptar em caso de catástrofes/emergências internas no exercício das suas funções.

**Standard**  
S 08.11

A Unidade de Gestão Clínica actualiza, em colaboração com a Instituição ou as entidades competentes, de forma periódica, o nível de conhecimento dos profissionais sobre o plano de actuação perante catástrofes externas e internas.



**Propósito:** Assegurar que existe um plano de formação e treino abrangendo todos os profissionais e adequado às respectivas funções e responsabilidades no âmbito do Plano de Emergência externa. Assegurar que os profissionais obtêm informação actualizada sobre a actuação a seguir em caso de emergência e dar-lhes a conhecer todas as medidas de segurança que terão de adoptar no exercício das suas funções.

## IV. Processos de suporte

### 9. Sistemas e tecnologias da informação e comunicação

#### Definição do critério

Desenvolvimento de sistemas e tecnologias de informação orientados para o cidadão, que sirvam de suporte aos processos assistenciais e não assistenciais.

#### Intenção do critério

Os standards contemplados neste critério pretendem avaliar de que forma a Unidade de Gestão Clínica dá resposta às necessidades de informação dos profissionais e dos utentes, informação essa suportada pelas TIC (Tecnologias de Informação e Comunicação), de modo a que seja assegurada a continuidade dos processos em todo o momento.

#### Standard S 09.01

O processo clínico, em suporte de papel ou digital, é o local onde se reúne toda a informação relativa à identificação do utente, ao diagnóstico, ao tratamento e aos cuidados prestados e onde se documenta a sua evolução e os resultados do tratamento.



**Propósito:** Utilizar um único meio/local para o registo da informação clínica relativa a um processo assistencial.

#### Standard S 09.02

A Unidade de Gestão Clínica dispõe de um sistema integrado com a base de dados central dos utentes, que lhe permite a recolha e análise dos dados relativos à evolução e resultados dos processos assistenciais nos quais intervém.



**Propósito:** A criação de novos sistemas para recolha de informação clínica deve estar condicionada à integração com os sistemas pré-existentes (bases de dados dos utentes, episódios de doença, etc.).

#### Standard S 09.03

O cartão de Utente/Cidadão e a Base de Dados de Utilizadores do Serviço Nacional de Saúde são os instrumentos pelos quais se identificam os utentes e a sua relação com o SNS.



**Propósito:** Promover a existência de uma única entrada de dados na recolha de informações para o sistema.



**Standard**  
S 09.04

A Unidade de Gestão Clínica dispõe de um meio formal (ascendente e descendente) de comunicação periódica dos resultados da sua actividade assistencial e dos resultados dos indicadores da qualidade.



**Propósito:** Aumentar a transparência da gestão, promovendo a tomada de decisão partilhada, a motivação e o envolvimento dos profissionais através do cumprimento dos objectivos. Reforçar, através da informação, as linhas prioritárias de actuação da Unidade de Gestão Clínica.

**Standard**  
S 09.05

A Unidade de Gestão Clínica dispõe dos recursos e de uma estrutura operacional que facilitam a identificação, pesquisa e recolha de informação científica para uma prática clínica actualizada.



**Propósito:** Facilitar aos profissionais a obtenção de forma rápida de informação científica relevante, tendo em vista uma melhoria da prática clínica.

**Standard**  
S 09.06

A Unidade de Gestão Clínica utiliza a informação resultante da análise comparativa da sua actividade com outras unidades para elaborar e aplicar os planos de melhoria, tendo em vista corrigir desvios significativos.



**Propósito:** Melhorar o processo de decisão tendo como comparação as melhores referências dentro do sector (técnicas de benchmarking).

**Standard**  
S 09.07

A Unidade de Gestão Clínica detém um sistema de informação integrado que garante a centralização da informação relativa ao utente.



**Propósito:** Promover a integração dos diferentes sistemas por forma a eliminar as incongruências da informação e a reduzir o esforço dedicado à sua actualização/manutenção.

## IV. Processos de suporte

9. Sistemas e tecnologias da informação e comunicação

### Standard S 09.08

A Unidade de Gestão Clínica facilita a transmissão da informação de saúde e dados dos utentes para bases de dados da própria instituição ou externas, desde que respeitando procedimentos internos e os requisitos legais.



**Propósito:** Padronizar os procedimentos para a partilha de informação, de acordo com a legislação e os regulamentos em vigor.

### Standard S 09.09

A Unidade de Gestão Clínica garante ao cidadão o cumprimento da lei vigente sobre protecção de dados pessoais.



**Propósito:** Estabelecer os mecanismos necessários para assegurar a conformidade com a legislação em vigor sobre protecção de dados pessoais (direitos dos utentes/cidadãos).

## 10. Sistema da Qualidade

### Definição do critério

Compromisso da Unidade de Gestão Clínica em submeter a sua actividade a um conjunto de princípios de gestão da qualidade, racionalmente interligados e interdependentes, que conduzam à melhoria contínua, tendo em conta as estratégias da qualidade definidas pelo Ministério da Saúde.

### Intenção do critério

O conjunto de normas e regras do sistema da qualidade pretende pôr em evidência que existe uma verdadeira dinâmica de melhoria contínua. Para isso, é necessário demonstrar que as actividades assistenciais e organizativas dos diferentes processos, serviços e organizações são planificadas, implementadas, avaliadas, corrigidas e continuamente melhoradas.

Preende-se avaliar o nível de conhecimento dos profissionais sobre o impacto das suas actuações, saber se têm em conta as necessidades dos utentes e se as suas decisões são clinicamente correctas e efectivas.

#### Standard S 10.01

A Unidade de Gestão Clínica leva a cabo acções específicas para prevenir os eventos potencialmente adversos.



**Propósito:** Identificar e eliminar os elementos estruturais e organizacionais que podem ser fonte de erros e de eventos adversos, tais como erros de medicação, de cirurgia no local errado, quedas dos utentes, automutilação, infecções hospitalares, entre outros.

#### Standard S 10.02

A Unidade de Gestão Clínica estabelece e aplica procedimentos seguros para identificação dos utentes perante situações de diagnóstico e/ou terapêutica de risco e antes da administração de medicamentos e hemoderivados.



**Propósito:** A identificação inadequada do utente é uma das fontes mais frequentes de erros na prestação da assistência na saúde. A identificação do quarto, o número da cama ou o diagnóstico não são elementos seguros para identificação dos utentes. Tem de haver mecanismos de verificação precisa e inequívoca, que no entanto não constituam violações ao direito à privacidade e à não discriminação.

## IV. Processos de suporte

### 10. Sistema da Qualidade

#### Standard S 10.03

A Unidade de Gestão Clínica regista e analisa os incidentes relacionados com eventos adversos, reais ou potenciais, e implementa as acções adequadas para prevenir a sua repetição.



**Propósito:** As informações sobre os incidentes que causaram ou poderiam ter causado um efeito adverso devem servir para tomar medidas que impeçam a sua recorrência futura. Para tal, deverá existir uma monitorização e análise ao longo do tempo.

#### Standard S 10.04

A Unidade de Gestão Clínica informa os utentes e seus familiares sobre os riscos potenciais, o uso seguro de dispositivos médicos e medidas de controlo da infecção.



**Propósito:** Envolver activamente os utentes e familiares em relação aos aspectos da segurança, quer na instituição de saúde quer no domicílio.

#### Standard S 10.05

A Unidade de Gestão Clínica utiliza indicadores da qualidade relativamente à prescrição de fármacos conhecidos e aprovados pela Instituição e cumpre com os acordos estabelecidos relacionados com o cumprimento destes indicadores.



**Propósito:** Dispor de indicadores da qualidade da prescrição farmacológica, que deverão estar em concordância com os acordos de gestão formalizados.

#### Standard S 10.06

A Unidade de Gestão Clínica dispõe de informação relativa a estudos de idoneidade da prescrição em grupos específicos de doentes e incorpora as recomendações desses estudos na sua prática clínica.



**Propósito:** Incorporar na sua prática clínica, a fim de possibilitar uma utilização mais racional dos medicamentos, recomendações baseadas em estudos de adequação da prescrição em grupos específicos de doentes, tais como doentes crónicos, polimedicados, entre outros.

#### Standard S 10.07

A Unidade de Gestão Clínica analisa a utilização da alta tecnologia disponível e a sua adequação às recomendações contidas nos guias de prática clínica/normas de orientação clínica e protocolos, tomando as medidas necessárias para melhorar a sua adequação.



**Propósito:** Garantir o acesso à alta tecnologia através de recomendações baseadas na evidência científica.



**Standard S 10.08** A Unidade de Gestão Clínica monitoriza a evolução dos objectivos contratualizados.



**Propósito:** A avaliação dos indicadores pré-estabelecidos deverá ser feita através de um sistema de monitorização e controlo periódico, que inclua sistemas de alarme no caso de eventuais desvios (previsões de consumo, prescrição por princípio activo dos medicamentos, etc.).

**Standard S 10.09** A Unidade de Gestão Clínica tem os processos e os respectivos indicadores da qualidade actualizados, permanentemente acessíveis e conhecidos pelos profissionais intervenientes.



**Propósito:** Proporcionar aos profissionais envolvidos na resolução dos processos as ferramentas de gestão da qualidade que lhes permitam conhecer e melhorar o seu desempenho.

**Standard S 10.10** Existe uma avaliação e revisão periódica da utilização e cumprimento das recomendações das normas de orientação clínica, guias de prática clínica e planos de cuidados standardizados, utilizados na Unidade de Gestão Clínica para os processos assistenciais que não estejam incluídos na lista de processos assistenciais integrados definidos para o SNS.



**Propósito:** Facilitar a implementação de guias de prática clínica/normas de orientação clínica e planos de cuidados standardizados. Para tal, dever-se-á dispor de um sistema de avaliação e revisão que valide a aceitação por parte dos profissionais e descreva as aptidões e atitudes necessárias a ter em consideração para a aplicação de cada guia da Unidade de Gestão Clínica.

## IV. Processos de suporte

### 10. Sistema da Qualidade

#### Standard S 10.11

A Unidade de Gestão Clínica realiza uma revisão periódica da qualidade dos guias de prática clínica e planos de cuidados estandardizados, que são utilizados na Instituição para os processos assistenciais que não estejam incluídos na lista de processos assistenciais integrados definidos para o SNS.



**Propósito:** Os guias implementados na Unidade de Gestão Clínica devem cumprir e estar de acordo com critérios básicos da qualidade. Os guias deverão ser previamente testados na Unidade de Gestão Clínica antes da sua adopção; deverá haver procedimentos escritos para a sua actualização; as principais recomendações deverão ser facilmente identificáveis; deverão existir planos para a sua implementação e critérios para monitorizar a sua aplicação. Os planos de cuidados estandardizados também deverão ter um plano de implementação e deverão ser elaborados de acordo com a metodologia CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem).

#### Standard S 10.12

Utilizam-se mecanismos e sistemas capazes de aumentar a adesão à utilização e ao cumprimento das recomendações das normas de orientação clínica, dos guias de prática clínica e dos planos de cuidados estandardizados, utilizados na Unidade de Gestão Clínica em relação aos processos assistenciais que não estejam incluídos na lista de processos assistenciais integrados definidos para o SNS.



**Propósito:** Melhorar a aplicabilidade dos guias de prática clínica/normas de orientação clínica e planos de cuidados estandardizados incorporando sistemas que facilitem o seu cumprimento por parte dos profissionais (mensagens, lembretes, alarmes electrónicos, uso de dispositivos móveis do tipo PDA, etc.).



## V. Resultados

### 11. Resultados da Unidade de Gestão Clínica

#### Definição do critério

Medidas de eficiência e efectividade da organização.

#### Intenção do critério

Os standards relacionados com os resultados assistenciais e económicos pretendem evidenciar os objectivos alcançados por uma determinada unidade, instituição ou, inclusivamente, uma área de saúde ou rede assistencial, através da gestão dos processos assistenciais.

Os resultados são as medidas da efectividade e eficiência da prestação dos serviços e da consecução de metas e objectivos. Estas medidas são financeiras e não financeiras (resultados da prestação dos cuidados de saúde).

As Unidades de Gestão Clínica devem demonstrar que monitorizam de forma constante e periodicamente os seus resultados assistenciais e económicos, que estes são revistos e que os comparam e utilizam para a introdução de medidas correctivas.

#### Legenda:



OBRIGATÓRIOS



GRUPO I



GRUPO II



GRUPO III

#### Standard S 11.01

Os Processos Assistenciais Integrados encontram-se implementados na Unidade de Gestão Clínica de acordo com o que é contratualizado em cada ano e através dos protocolos elaborados entre os diferentes níveis assistenciais.



**Propósito:** Adequar o funcionamento da Unidade de Gestão Clínica aos critérios definidos no Plano de Implementação dos Processos Assistenciais.

#### Standard S 11.02

Os objectivos propostos nas normas da qualidade dos Processos Assistenciais Integrados implementados na Unidade de Gestão Clínica são cumpridos e mantidos.



**Propósito:** Verificar, mediante o programa de monitorização, se se alcançam e mantêm os objectivos propostos no que diz respeito às normas da qualidade dos processos. As normas básicas da qualidade incluem elementos da qualidade intrínsecos ao processo e são irrenunciáveis.



**Standard**  
S 11.03 Os indicadores assistenciais contratualizados mantêm-se e são cumpridos pela Unidade de Gestão Clínica.



**Propósito:** Verificar através do programa de monitorização da Unidade de Gestão Clínica se os indicadores assistenciais são alcançados e se mantêm os objectivos propostos no que diz respeito aos indicadores-chave contratualizados.

**Standard**  
S 11.04 A Unidade de Gestão Clínica monitoriza outros indicadores de resultados para além dos que foram formalmente contratualizados.



**Propósito:** Completar a actividade de monitorização da Unidade de Gestão Clínica com a definição de novos indicadores que abordem outras dimensões da qualidade, como, por exemplo, prescrições farmacêuticas inapropriadas, complicações graves nos processos mais frequentes, intervenção sobre grandes frequentadores, entre outras.

**Standard**  
S 11.05 A Unidade de Gestão Clínica compara os seus resultados e/ou processos com os de outras instituições e com os que são considerados os melhores dentro da mesma área de actividade.



**Propósito:** Para poder empreender acções de melhoria adequadas e correctas, as Unidades de Gestão Clínica devem fazer uma análise comparativa que inclua a comparação dos seus resultados e processos com os de outras organizações consideradas as melhores no seu sector.

**Standard**  
S 11.06 A Unidade de Gestão Clínica dispõe de um procedimento sistematizado para identificar os principais pontos críticos que determinam a sua eficiência.



**Propósito:** Basear as acções de melhoria da eficiência em critérios e prioridades mediante uma análise da situação actual.

**Standard**  
S 11.07 A Unidade de Gestão Clínica efectua um seguimento periódico do grau de cumprimento do orçamento aprovado.



**Propósito:** Poder detectar os desvios de orçamento, com o fim de os corrigir, utilizando para isso um programa de monitorização.

**NA** Este Standard não é actualmente aplicável em Portugal



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

Direção-Geral da Saúde  
[www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)



Fevereiro 2011