



Instituto Politécnico de Coimbra
Instituto Superior de Contabilidade
e Administração de Coimbra



A implementação do SGQ no meio hospitalar e o papel da Auditoria Interna: o caso do HDFF, EPE

Ana Mafalda Correia Cunha e Costa

SCAC | 2019

Ana Mafalda Correia Cunha e Costa

A implementação do Sistema de Gestão da Qualidade no meio hospitalar e o papel da Auditoria Interna: Caso do Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE

Coimbra, abril de 2019



Instituto Politécnico de Coimbra
Instituto Superior de Contabilidade
e Administração de Coimbra

Ana Mafalda Correia Cunha e Costa

**A implementação do Sistema de Gestão da Qualidade no
meio hospitalar e o papel da Auditoria Interna: o caso do
Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE**

Trabalho de projeto submetido ao Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Coimbra para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de **Mestre em Auditoria em Instituições Públicas**, realizado sob a orientação da Professora Maria Georgina da Costa Tamborino Morais.

Coimbra, abril de 2019

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro ser a autora deste projeto, que constitui um trabalho original e inédito, que nunca foi submetido a outra Organização de ensino superior para obtenção de um grau acadêmico ou outra habilitação. Atesto ainda que todas as citações estão devidamente identificadas e que tenho consciência de que o plágio constitui uma grave falta de ética, que poderá resultar na anulação do presente projeto.

PENSAMENTO

“Para melhorar a qualidade de vida, melhore a qualidade dos seus pensamentos.”

Brian Tracy

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço aos meus queridos Pais (Maria Fernanda e José Eduardo) por me terem apoiado sempre na realização deste Projeto de Mestrado, e nunca, terem deixado de acreditar que eu iria conseguir, depois de tantos contratempos que existiram na minha vida.

Em segundo lugar um agradecimento muito especial à minha Orientadora, Amiga e Professora Maria Georgina da Costa Tamborino de Moraes, que nunca deixou que eu desistisse deste Projeto.

Em terceiro lugar agradeço ao meu Marido Daniel todo o apoio e compreensão demonstrada, pois desde que casamos, só ouvia dizer da minha parte, que tinha de elaborar o Projeto e terminar o Mestrado em Auditoria Empresarial e Pública.

Ainda quero agradecer, ao Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE., nas pessoas de Dr. Vítor Leonardo, Presidente do Conselho de Administração em 2006, por ter confiado em mim para a função de Auditora Interna, da Dr.^a Ana Paula Melo, Coordenadora do Gabinete da Qualidade e Gestão de Risco, por querer sempre a minha presença nas Equipas de Auditoria Interna da Qualidade e à Enf.^a Anabela Serra, Presidente da Comissão da Qualidade e Segurança do Doente, ter sempre reconhecido a importância da Auditora Interna do Hospital, nesta comissão. Assim como, a Todos os Membros do Conselho de Administração (mandato 2018-2020) pela importância que concedem ao Serviço de Auditoria Interna dentro do HDFF, EPE.

Um Bem-haja a Todos.

RESUMO

Este projeto insere-se no âmbito do Mestrado em Auditoria Empresarial e Pública, do Ramo em Auditoria em Instituições Públicas, do Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Coimbra. O objetivo principal consistiu na demonstração da implementação de um Sistema de Gestão da Qualidade em meio hospitalar e o importante contributo que a Auditoria Interna teve neste sistema.

Em primeiro lugar, pretendeu-se transmitir a ideia do que era a Qualidade em Saúde e como se realiza a sua gestão. De seguida, demonstrou-se a existência de duas Estratégias Nacionais para a Qualidade na Saúde, publicadas em Diário da República, como meio de orientação para as Comissões da Qualidade e Segurança do Doente, órgãos técnicos existentes nos Hospitais. Ainda nesta parte, mencionaram-se algumas entidades portuguesas ligadas à Gestão da Qualidade e a sua importância, nomeadamente IQS, APQ e DGS. Por fim, transmitiu-se a ideia, do que é um processo de Certificação e um processo de Acreditação, evidenciando assim, alguns organismos que promoveram nos Hospitais portugueses, o processo de Acreditação.

Em segundo lugar, referiu-se o papel da Auditoria Interna, descrevendo uma breve evolução histórica, de modo, a evidenciar a importância da prática profissional da Auditoria Interna, através de Normas profissionais e regras de conduta. No entanto, demonstrou-se a importância da Auditoria Interna, comprovando a sua atividade objetiva, sistemática, com o intuito de avaliar os procedimentos existentes no processo auditado, até obter prova da correspondência entre informações, e comunicar as conclusões aos auditados.

Por último, descreveu-se a implementação do SGQ no Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE, onde o Serviço de Auditoria Interna tem vindo a intervir, com a realização de auditorias internas, quer no âmbito da Qualidade (NP EN ISO 9001:2015) quer no âmbito das atribuições definidas no Decreto-Lei n.º18/2017, de 10/02, nomeadamente auditorias internas a áreas comuns (e.g. equipamentos). Bem como, na participação como Serviço observador, das auditorias externas no âmbito do modelo de Acreditação ACSA.

Palavras-chave: Sistemas de gestão de qualidade, Qualidade em Saúde, Certificação, Modelos de Acreditação, Auditoria interna, Melhoria Contínua.

ABSTRACT

This project is part of the master's in business and Public Auditing of the Public Auditing Branch of the Higher Institute of Accounting and Administration of Coimbra. The main objective was to demonstrate the implementation of a Quality Management System in a hospital setting and the important contribution that the Internal Audit has had in this system.

In the first place, it was intended to convey the idea of what Quality Health was and how it is managed. Secondly, two National Strategies for Quality in Health, published in the Republic Diary were demonstrated as a means of orientation for the Patient Quality and Safety Committees, existing technical organs in the Hospitals. Also, in this part, some Portuguese entities related to Quality Management and their importance, namely IQS, APQ and DGS, were mentioned. Finally, we conveyed the idea of what is a Certification process and an Accreditation process, thus evidencing, some agencies that promoted in the Portuguese Hospitals, the Accreditation process.

Secondly, the role of Internal Audit was described, describing a brief historical evolution, in order to highlight the importance of the professional practice of Internal Audit, through professional norms and rules of conduct. However, it was demonstrated the importance of the Internal Audit, proving its objective, systematic activity, with the purpose of evaluating the procedures in the audited process, until obtaining proof of the correspondence between information, and communicating the conclusions to the audited ones.

Finally, the implementation of the QMS was described in the Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE, where the Internal Audit Service has intervened, with the performance of internal audits, both in the scope of Quality (NP EN ISO 9001: 2015) and in the scope of the attributions defined in Decree-Law no. 18/2017 of 10/02, namely internal audits of common areas (eg equipment). As well as, in the participation as Observer Service, of the external audits within the scope of the ACSA Accreditation model.

Key words: Quality management systems, Quality in Health, Certification, Health Accreditation Models, Internal Audit, Continuous Improvement.

ÍNDICE GERAL

ÍNDICE DE QUADROS	xi
ÍNDICE DE FIGURAS	xii
LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS	xiii
INTRODUÇÃO	1
1 QUALIDADE EM SAÚDE.....	3
1.1. Definição da qualidade em saúde.....	3
1.2. Gestão da qualidade em saúde	6
1.3. Plano Nacional de Saúde Português.....	9
1.3.1. Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde	10
1.4. Entidades portuguesas ligadas à gestão da qualidade em saúde	15
1.4.1. Instituto da Qualidade em Saúde (IQS)	15
1.4.2. Qualigest /Associação Portuguesa da Qualidade.....	17
1.4.3. Direção-Geral da Saúde (DGS)	17
1.5. Modelos da acreditação aplicados à saúde.....	23
1.5.1. King's Fund Health Quality.....	25
1.5.2. Joint Commission International (JCI).....	26
1.5.3. Agencia de Calidad Sanitária de Andalusia (ACSA)	28
1.6. Normas ISO.....	37
1.6.1. Certificação pela NP EN ISO 9001:2015	38
2. AUDITORIA INTERNA.....	43
2.1. Definição da auditoria interna.....	47
2.2. Código de Ética, a sua aplicabilidade	49
2.3. Normas internacionais para a prática da auditoria interna.....	51
2.4. A importância da auditoria interna.....	52

3. A IMPLEMENTAÇÃO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE NO HDFF, EPE. E O PAPEL DA AUDITORIA INTERNA.....	56
3.1. Caraterização do HDFF, EPE.	56
3.1.1. Missão, Visão, Valores	60
3.1.2. Área de influência.....	61
3.1.3. Estrutura orgânica	62
3.1.4. Comissão da Qualidade e Segurança do Doente	65
3.1.5. Gabinete da Qualidade e Gestão de Risco	68
3.2. Sistema de Gestão da Qualidade do HDFF, EPE.....	76
CONCLUSÃO	84
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	86
LEGISLAÇÃO	89
APÊNDICES	91
APÊNDICE 1 – Plano de Auditoria Interna do GQGR - Norma ISO 9001:2015.....	92
APÊNDICE 2 - Lista de Verificação que contém a Norma.....	93
APÊNDICE 3 – Relatório da auditoria interna do GQGR – NP EN ISO 9001:2015	95
APÊNDICE 4 – Ficheiro em <i>excel</i> – Equipamentos médicos com manutenção preventiva.....	96
APÊNDICE 5 – Ficheiro convertido em <i>excel</i> – Mapa de manutenção por Serviço - IBERDATA	97
ANEXOS	98
ANEXO 1 – Decreto-Lei n.º 71/2012, de 21 de março - IPQ	99
ANEXO 2 – Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2004-2010	103
ANEXO 3 – Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020	106
ANEXO 4 - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020	110
ANEXO 5 - Decreto – Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro – Estatutos dos Hospitais, Centros Hospitalares e Institutos Portugueses de Oncologia, E. P. E.	119

ANEXO 6 – Despacho n.º 3635/2013, de 7 de março.....	146
ANEXO 7 - Regulamento da CQSD do HDFF, EPE.	148
ANEXO 8 – Regulamento do GQGR do HDFF, EPE	154
ANEXO 9 – CQSD - Plano de Ação do HDFF, EPE.....	164
ANEXO 10 – SGQ do HDFF, EPE – Suporte Documental (PQ. 01)	165
ANEXO 11 – SGQ do HDFF, EPE – Sistema de Documentação (PQ. 02).....	166
ANEXO 12 – SGQ do HDFF, EPE – Ações Corretivas e Preventivas (PQ. 03)	167
ANEXO 13 – SGQ do HDFF, EPE – Revisão e Planeamento (PQ. 04)	168
ANEXO 14 – SGQ do HDFF, EPE – Gestão de RH (PQ. 05).....	169
ANEXO 15 – SGQ do HDFF, EPE – Aprovisionamento (PQ. 06).....	170
ANEXO 16 – SGQ do HDFF, EPE – Produto Não Conforme (PQ. 07).....	171
ANEXO 17 – SGQ do HDFF, EPE – Gestão de Equipamentos (PQ. 08).....	172
ANEXO 18 – SGQ do HDFF, EPE – Auditoria Interna (PQ. 09).....	173
ANEXO 19 – SGQ do HDFF, EPE – Medições (PQ. 10).....	174
ANEXO 20 – Plano Anual de Auditorias Internas de 2018 – GQGR	175
ANEXO 21 – Certificado de Conformidade ISO 9001:2015 do HDFF, EPE.....	176
ANEXO 22 – Certificado de Qualidade Nível Bom – Modelo ACSA, dos Serviços Clínicos (Cirurgia Geral, Pediatria Geral e Medicina Interna) do HDFF, EPE.....	177

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1.1 - Estrutura do Manual de Acreditação	30
Quadro 1.2 - Oito princípios da gestão da qualidade.....	40
Quadro 2.1 - A Auditoria classificada segundo diferentes critérios	46
Quadro 2.2 - Decreto-Lei n.º 18/2017, 10/2 – Estatutos dos Hospitais, CH e IPO's	53
Quadro 2.3 - Estatutos dos Hospitais, CH e IPO's – SCI e comunicação de irregularidades	54
Quadro 3.1 – Atividade assistencial	58
Quadro 3.2 – Número de Consultas Externas.....	58
Quadro 3.3. – Indicadores económico-financeiros	59
Quadro 3.4 – Serviços do HDFF, EPE que possuem equipamentos médicos.....	73
Quadro 3.5 – Serviços do HDFF, EPE que possuem Manuais da Qualidade, independentemente sejam certificados ou não.....	78
Quadro 3.6 – Elementos estruturais do Sistema de Gestão de Qualidade do HDFF, EPE	80

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.1 – Os cinco blocos de standards das áreas-chave da gestão da qualidade em saúde	34
Figura 1.2 - Ciclo PDCA	39
Figura 3.1 – Capacidade instalada em 2016	57
Figura 3.2– Organograma do HDFF, E. P. E.....	62
Figura 3.3 – Os três grandes Processos existentes no SGQ do HDFF, EPE	81

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

- ACSA - Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia
- CQS – Comissão da Qualidade e Segurança
- CQSD - Comissão da Qualidade e Segurança do Doente
- DGQ - Divisão de Gestão da Qualidade
- DGS – Direção Geral da Saúde
- DL Decreto-Lei
- DQS – Departamento da qualidade na Saúde
- EN – *Europäische Norm*
- EPE – Entidade Pública Empresarial
- EUA – Estados Unidos da América
- EY – Ernest & Young
- GQGR – Gabinete da Qualidade e Gestão de Risco
- HPP – Hospital Público Privado
- IGAS – Inspeção-Geral das Atividades em Saúde
- IIA - *Institute of Internal Auditors*
- IPAI - Instituto Português de Auditoria Interna
- IPQ - Instituto Português da Qualidade
- IQS - Instituto da Qualidade em Saúde
- ISO – *International Organization for Standardization*
- JCI - *Joint Commission International*
- KF - *King's Fund*
- KFHQS - *King's Fund Health Quality Service*
- KPMG – *Klynveld, Peat, Marwick, Goerdeler* (a fusão da Peat Marwick International (PMI) e a Klynveld Main Goerdeler (KMG) e suas empresas membro individuais)

LED – *Light Emitting Diode*

MCQ – Melhoria Contínua da Qualidade

NLM - *National Library of Medicine*

NOC – Normas de orientação clínica

NP – Norma portuguesa

MQ – Manual da Qualidade

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

PAI – Processos Assistenciais Integrados

PDCA – *Plan, Do, Check, Act*

PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo da Infeção e Resistências Antimicrobianas

PQ – Procedimentos da Qualidade

PwC – *PricewaterhouseCoopers*

Rec – Recomendação

SA – Sociedade Anónima

SAI – Serviço de Auditoria Interna

SIADAP- Subsistema de Avaliação de Desempenho dos Serviços da Administração Pública

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SPA – Setor Público Administrativo

SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

SPQ - Sistema Português da Qualidade

UC SP – Unidade de Cuidados Saúde Personalizados

USF – Unidade Saúde Familiar

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

WHO - *World Health Organization*

INTRODUÇÃO

O projeto que se pretende apresentar tem como objetivo principal demonstrar a implementação, no Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE, do Sistema de Gestão da Qualidade e o papel da Auditoria Interna em todo este processo.

No primeiro capítulo, pretendeu-se evidenciar como foi definida até ao tempo atual, a Qualidade em Saúde, como esta tem sido gerida, quer pelo Estado quer pelas Unidades de Saúde. Dentro deste âmbito, pretendeu-se demonstrar os planos e estratégias nacionais para a Qualidade em Saúde, emanadas pelos organismos do Estado. Ao mesmo tempo, desejou-se mostrar, que entidades portuguesas se encontram ligadas ao SGQ, fazendo referência à Norma NP EN ISO 9001:2015, a qual permite a obtenção da Certificação do SQG, tão aplicada aos Serviços de saúde. Em paralelo, a este processo de Certificação, existiu e continua a existir, o processo de Acreditação, através da existência de vários modelos já implementados (*KF/HQS, JCI, ACSA*) em vários Hospitais portugueses. O leitor vai poder verificar, que a auditoria interna na sua essência, esteve sempre subjacente na norma da qualidade e no modelo de Acreditação. Esta presença prende-se com o facto, de que a realização de auditorias internas nos Serviços e/ou nas Instituições hospitalares, permitem a confirmação da aplicabilidade das boas práticas clínicas e organizacionais, bem como a avaliação dos processos e, conseqüentemente permitirem a monitorização para a verificação da melhoria contínua.

No segundo capítulo, introduziu-se a Auditoria Interna, começando com uma sucinta introdução histórica da evolução da Auditoria Interna, até aos nossos dias e de seguida demonstrar a importância desta função ou profissão em qualquer setor, por exemplo, o da saúde (DL n.º 18/2017, de 10/02), onde deve aplicar as Normas profissionais para a prática da profissão de Auditoria Interna (NIPPAI), bem com, o código de ética e as regras de conduta a que um profissional deve executar no exercício das suas funções, quer sozinho quer interligado com outros Serviços. Assim, o papel da Auditoria Interna é importantíssimo, porque permite a monitorização das áreas e dos Serviços auditados, para o aperfeiçoamento contínuo.

No terceiro e último capítulo, o leitor vai poder conhecer o HDFS, EPE, através da sua missão, visão e objetivos a que se propõe. Também, vai ter conhecimento da área de influência do Hospital e a toda a orgânica, através do organigrama evidenciado. Com esta primeira apresentação, parte-se para a divulgação de três Serviços do HDFS, EPE que

acompanharam a implementação do SGQ, foram eles, o Gabinete da Qualidade e Gestão de Risco, a Comissão da Qualidade e Segurança do Doente e o Serviço de Auditoria Interna. Os dois primeiros Serviços atuam ativamente na implementação de todo o SGQ dos Serviços propostos, ao processo de Certificação (através da NP EN ISO 9001:2015) e também ao processo de Acreditação (através do Modelo ACSA) e, o Serviço de Auditoria Interna atua na realização de auditorias internas aos Serviços Clínicos e Não Clínicos, assim como, realiza auditorias internas a áreas comuns de atuação destes três Serviços mencionados.

Por fim, o Serviço de Auditoria Interna teve um papel importante na implementação do SGQ no HDFF, EPE, porque contribuiu conjuntamente com o GQGR e a CQSD para a realização de auditorias internas que possibilitaram a obtenção deste sistema. O SAI poderia dar mais do seu contributo, relativamente à sua participação em mais Serviços certificados, mas este Serviço possui falta de recursos humanos. No entanto, sempre que pode e lhe é solicitada a sua participação, quer pelo GQGR quer pela CQSD, o SAI contribui. Neste momento e a curto prazo prevê-se que o Serviço de Auditoria Interna continue a contribuir com o GQGR e com a CQSD, quer na realização de auditorias internas quer na participação de atividades no âmbito do SGQ e do modelo ACSA.

1 QUALIDADE EM SAÚDE

No primeiro capítulo, começa-se por elucidar o que é a gestão da qualidade em saúde, toda a sua envolvimento e por fim, referir os sistemas de gestão da qualidade existentes nos hospitais portugueses, na sua grande maioria entidades públicas empresariais.

1.1. Definição da qualidade em saúde

A *National Library of Medicine* (NLM), no Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA, mencionam qualidade nos cuidados de saúde como “the levels of excellence which characterize the health service or health care provided based on accepted standards of quality.”¹ Em 1980, este departamento referia que a garantia da qualidade nos cuidados de saúde era através das “activities and programs intended to assure or improve the quality of care in either a defined medical setting or a program. The concept includes the assessment or evaluation of the quality of care; identification of problems or shortcomings in the delivery of care; designing activities to overcome these deficiencies; and follow-up monitoring to ensure effectiveness of corrective steps.”²

No ano de 1991, a *American Medical Association* definia qualidade clínica da seguinte forma “quality is the degree to which care services influence the probability of optimal patient outcomes”³.

Para a *World Health Organization* (WHO), através do seu documento “The world health report 2000 – Health systems: Improving performance”⁴, a qualidade “is a process of meeting the needs and expectations of patients and health service staff.”⁵

¹ Tradução livre – “os níveis de excelência que caracterizam o serviço de saúde ou a assistência à saúde prestados com base em padrões de qualidade aceites.”

² Tradução livre – “atividades e programas destinados a assegurar ou melhorar a qualidade do atendimento em um ambiente médico definido ou num programa. O conceito inclui a avaliação da evolução da qualidade do atendimento; identificação de problemas ou deficiências na entrega do cuidado; desenhar atividades para superar essas deficiências; e acompanhamento de monitorização, para garantir a eficácia das medidas corretivas.”

³ Tradução livre – “qualidade é o grau em que os serviços de cuidados influenciam a probabilidade de resultados ótimos para o paciente.”

⁴ Tradução livre – “O relatório mundial de Saúde 2000 - Sistemas de saúde: Melhorando o desempenho.”

⁵ Tradução livre – “é um processo de atendimento das necessidades e expectativas dos pacientes e da equipa de serviços de saúde.”

Mas, não foram só estas organizações a definirem qualidade na saúde. A Comissão de Ministros do Conselho da Europa⁶, através da Recomendação Rec (2001) 13 do Comité de Ministros aos Estados Membros, descrevia sobre o desenvolvimento de uma metodologia para a elaboração de diretrizes sobre as melhores práticas médicas, referindo o seguinte “**quality of medical practice** and good professional conduct is in the **interest of the individual patient**, who is today an active and well-informed participant in the health care process. It also **increases efficiency**, and this **contributes to cost containment** in health care.”⁷”

Em Portugal, através do Decreto-Lei n.º 71/2012, de 21 de março ([Anexo 1](#)), a “Qualidade” foi definida como “o conjunto de atributos e características de uma entidade ou produto que determinam a sua aptidão para satisfazer necessidades e expectativas da sociedade.” No mesmo diploma foi também definido “Sistema Português da Qualidade (SPQ), como o conjunto integrado de entidades e organizações inter-relacionadas e interagentes que, seguindo princípios, regras e procedimentos aceites internacionalmente, congrega esforços para a dinamização da qualidade em Portugal e assegura a coordenação dos três subsistemas — da normalização, da qualificação e da metrologia — com vista ao desenvolvimento sustentado do País e ao aumento da qualidade de vida da sociedade em geral.”

Todos os profissionais que executam funções nas organizações hospitalares assistem às variadíssimas formas, como estas podem ser avaliadas, “seja para satisfazer exigências legais, condições de classificação segundo a qualidade ou outro critério.”

No que diz respeito, à Acreditação, o site da *cmtecnologia*⁸ definiu como “um dos procedimentos mais comuns de avaliação do nível de qualidade da assistência de uma organização de saúde”, com “uma metodologia cuja realização é motivada por iniciativa da própria organização. Acontece de forma periódica e reservada, e baseia-se em padrões

⁶ *Council of Europe, Committee of Ministers (2001) Recommendation Rec (2001)13 of the Committee of Ministers to member states on developing a methodology for drawing up guidelines on best medical practices. (Adopted by the Committee of Ministers on 10 October 2001 at the 768th meeting of the Ministers’Deputies).

Em <https://wcd.coe.int/wcd/ViewDoc.jsp?id=228755&Site=COE>

⁷ Tradução livre – “A qualidade da prática médica e a boa conduta profissional são do interesse do paciente, que hoje é um participante ativo e bem informado no processo dos cuidados de saúde. Também aumenta a eficiência e isso contribui para a contenção de custos nos cuidados de saúde.”

⁸ Disponível em <https://www.cmtecnologia.com.br/qualidade-saude/>

e normas pré-estabelecidas.” Ainda no mesmo site, referiu que a Acreditação procura “a melhoria contínua da qualidade do atendimento hospitalar prestado a seus pacientes. O estabelecimento de um sistema de acreditação possui inúmeras vantagens, tais como, ampliação da segurança dos pacientes e profissionais, maior eficiência e efetividade do atendimento, desenvolvimento e aprimoramento contínuo do RH, aperfeiçoamento da utilização dos recursos financeiros e tecnológicos e a melhoria contínua da assistência.”

Da mesma forma, a *cmtecnologia*, mencionava que “as ISO também são vistas como um dos melhores e mais comuns procedimentos de avaliação do nível de qualidade da assistência das organizações de saúde.” E que as normas ISO tinham “como principal objetivo aprovar normas internacionais em todos os campos técnicos, nomeadamente normas técnicas, classificações de países e, normas de procedimentos e processos.” Em Portugal, as ISO são normas que se encontram em versão portuguesa das Normas Europeias e têm o mesmo regime que as versões oficiais, sendo a tradução para português da responsabilidade do Instituto Português da Qualidade (IPQ). As normas relativas à qualidade têm como principal referência a ISO 9000 e as normas ISO 9001, 9004 e 19011, “todas elas ligadas às orientações básicas para a implementação de sistemas de gestão de qualidade e diretrizes para auditorias”, como citou a *cmtecnologia*.

No entanto, é necessário e até importante referir, a diferença entre Certificação e Acreditação para que qualquer profissional que trabalhe nas instituições hospitalares ou noutras unidades de saúde saibam a sua distinção, assim como o utente. Ora, no site da *cmtecnologia*⁹, a Certificação “é o modelo pelo qual uma terceira parte dá garantia escrita de que determinado produto, processo ou serviço está em conformidade com os requisitos especificados” como são exemplos as normas ISO. A Acreditação “geralmente é desenvolvida com envolvimento das comunidades científicas, técnica e/ou clínica, que procuram definir as melhores práticas baseadas nos princípios de gestão e melhoria contínua da qualidade e segurança do utente.”

Segundo Morais & Martins (2013, p. 196), “atividade de Auditoria Interna para além de estar envolvida nas Auditorias da Certificação da Qualidade da entidade, deverá, ela própria procurar a sua certificação.” Relativamente, à Certificação do Serviço de

⁹ Disponível em <https://www.cmtecnologia.com.br/qualidade-saude/>

Auditoria Interna do HDFF, EPE, este ainda não se encontra totalmente preparado para atingir essa certificação.

1.2. Gestão da qualidade em saúde

O âmbito deste projeto recai na área da saúde, como referido ao longo deste capítulo, mais propriamente na área hospitalar e não na prestação de cuidados primários. Esta advertência tem como objetivo desenvolver a gestão da qualidade nos hospitais.

O site da *cmtecnologia*, a gestão da qualidade “pode ser definida como qualquer atividade coordenada para dirigir e controlar uma organização, no sentido de possibilitar a melhoria de produtos e/ou serviços.”¹⁰ O modelo de gestão de qualidade em qualquer organização permite que estas adquiram novas competências, nomeadamente aprender novos procedimentos, existirem atitudes diferenciadas e também haver uma interação entre o público interno e externo. Nos hospitais, regra geral existem vários modelos de gestão da qualidade, tais como: o *Lean*¹¹, os círculos de controlo de qualidade, entre outros.

Para melhor entendimento, do que pode ser a gestão da qualidade em saúde, pensemos por exemplo em determinados riscos organizacionais existentes nos hospitais, tais como a existência de desperdícios (demasiadas luzes acesas, excesso de água a verter das torneiras, gasto em papel imprimido das impressoras, entre outros) que poderão ser eliminados, nomeadamente com a substituição de luzes com sensores e/ou com LED's, as torneiras dos lavatórios possuírem, também, sensores ou temporizadores, que no imediato reduzam custos para a entidade hospitalar, e no que se refere ao papel imprimido, este pode ser reutilizável, utilizando folhas de rascunho ou ser imprimido quando for estritamente necessário, senão até se poderá visualizar no computador, no *tablet* ou no telemóvel.

¹⁰ Disponível em <https://www.cmtecnologia.com.br/qualidade-saude/>

¹¹ A metodologia Lean permite “melhorar os processos implementados num serviço, cujo principal objetivo é promover o sucesso das equipas, implementando a autonomia e responsabilidade dos seus colaboradores.” <https://www.blog-lideranca.pt/2017/12/19/metodologia-lean/>

Na área de gestão de doentes, um exemplo comum teve a ver com o aumento da qualidade no atendimento das consultas externas e no serviço de urgência, tornando-se necessário reduzir falhas, a implementando processos internos simples e concisos.

Mais uma vez, o site da *cmtecnologia*¹² traduziu a qualidade em saúde como um “conjunto de práticas relacionadas aos cuidados globais comuns em todos os âmbitos, desde a prevenção até à manutenção da qualidade.” Mas, “para atingir a qualidade em saúde costumam ser necessárias algumas ferramentas de gestão que irão auxiliar a organização de saúde a conquistar esse objetivo.” Em que, a “necessidade e a adoção de um sistema de gestão são uma decisão estratégica das organizações”, que procuram na qualidade “pequenas oportunidades que visam reduzir a complexidade desnecessária, o desperdício e o trabalho em vão.”

No contexto atual, poder-se-á referir que a gestão da qualidade na saúde, pode estar relacionada à sustentabilidade, pois as organizações “mais preparadas e com processos estruturados serão capazes de garantir aos seus utentes uma melhor assistência.” Todos esses processos organizados originam “mudanças na gestão das organizações, que passam a considerar a reestruturação e a inovação como caminhos para a obtenção da excelência, por meio de práticas mais racionais e focadas na procura dos clientes. No caso dos hospitais e organizações de saúde, por serem prestadoras de serviços de grande importância social, a prática de gestão de qualidade atua como um diferencial competitivo.”

Todos temos conhecimento, que atualmente, os hospitais possuem sistemas de avaliação da qualidade, adotados para alcançar a competitividade e a eficiência dos processos, de modo a cumprir a legislação e os requisitos de acreditação.

Duarte (2017, p.2) expressa que “com a finalidade de atingir os seus objetivos as organizações hospitalares têm de aperfeiçoar os seus métodos de gestão, inovar e racionalizar, de modo a proporcionar uma maior qualidade e rendibilidade dos recursos. Neste contexto, uma boa gestão hospitalar não passa apenas pelo esforço e dedicação dos profissionais de saúde, como médicos ou enfermeiros, mas sim por uma equipa organizada que trabalha em diversas vertentes com um mesmo objetivo comum.”

¹² Disponível em <https://www.cmtecnologia.com.br/qualidade-saude/>

Contudo, um desafio constante para o gestor na saúde “é compreender como se efetiva a qualidade e como ela é avaliada na área” refere o mesmo site da *cmtecnologia*.

Ainda referindo, o site *cmtecnologia*¹³, a avaliação da qualidade na área da saúde, originou que todos os profissionais começassem a “constatar que os serviços de saúde só se realizam a partir de uma boa revisão de processos, planeamento, acompanhamento e melhorias constantes (...)” devendo o gestor “entender o conceito de qualidade que dirige os processos assistenciais” e por sua vez, como é que estes são avaliados e por fim monitorizados, para a existência de uma melhoria contínua. Certamente, que “a acreditação e a certificação ISO são os procedimentos mais comuns de avaliação do nível de qualidade da assistência das instituições de saúde” e que tendo em consideração “as várias transformações tecnológicas em que as organizações foram submetidas, o gestor deve incentivar a partilha de informações.” Por certo, há que referir que numa organização, a gestão de pessoas é um elemento importantíssimo, porque são elas que se preocupam mais com a qualidade, e também são as dinamizadoras de todo este sistema da gestão da qualidade.

Segundo Duarte (2017, p. 2) “face às transformações sentidas na gestão, torna-se, portanto, oportuno que as organizações hospitalares passem a dar resposta não só ao cumprimento e controlo orçamental, como também a disponibilizar informação sobre a utilização eficiente dos recursos.”

Conclui-se, que se existirem cada vez mais Hospitais em Portugal, com uma qualidade excelente na prestação de cuidados de saúde, que obtiveram através de processos de Certificação ou de Acreditação, os utentes confiarão ser atendidos nessas mesmas entidades. E isto deve-se a um trabalho exaustivo, que partiu de todos os profissionais de saúde e que quiseram seguir as boas práticas e conseguiram cumprir com todos os procedimentos inerentes a modelos de certificação e/ou acreditação.

¹³ Disponível em <https://www.cmtecnologia.com.br/qualidade-saude/>

1.3. Plano Nacional de Saúde Português

Com a publicitação do Despacho n.º 14223/2009, de 24 de junho, foi mencionado que o Ministério da Saúde como coordenador do sistema de saúde português, tinha “como uma das suas missões potenciar a coesão e qualidade da prestação de cuidados de saúde, para garantir os direitos dos cidadãos na sua relação com o sistema de saúde.” Neste diploma legal foi, também, referido o Plano Nacional de Saúde 2004-2010, cujo propósito era a orientação estratégica e intervenção necessária para a melhoria da qualidade organizacional dos serviços de saúde. No entanto, a definição da estratégia nacional para a promoção da qualidade dos cuidados prestados pelas unidades do SNS, e até com este contratualizadas, era essencial para que as atividades inerentes à sua execução pudessem ser orientadas para os objetivos que presidiam à cultura de melhoria contínua da qualidade que se pretendia sedimentar e difundir.

O Plano Nacional de Saúde 2004-2010 desenvolvido pela DGS, através do seu Departamento da Qualidade na Saúde assumiu um papel central de coordenador da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, em que partilhou a missão, as prioridades, os valores e os princípios, que promovessem as relações com os destinatários e a realizações das ações que a concretizassem. Este plano nacional tinha um horizonte temporal de cinco anos, cuja necessidade futura era a adaptação às condições do tempo e lugar próprios.

Com a existência de uma Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde e com o Plano Nacional de Saúde 2004-2010 encontravam as condições ideais, para a qualificação das unidades prestadoras de cuidados de saúde e assim, criar-se um modelo de acreditação nacional, completamente adaptado à população e aos serviços a que se destinava, salientando que a adesão a esse modelo seria de caráter voluntário, por parte das unidades dos sistema de saúde.

Contudo, com o Despacho n.º 14223/2009, de 24 de junho, foram determinados cinco pontos essenciais para a Qualidade na Saúde em Portugal, os quais são aqui citados:

1. “Foi aprovada a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde;
2. O Departamento da Qualidade na Saúde tinha que criar um programa nacional de acreditação em saúde baseado num modelo de acreditação sustentável e adaptável às características do sistema de saúde português, com o objetivo de garantir a qualidade das organizações prestadoras de cuidados de saúde e assim,

promover o empenho voluntário na melhoria contínua, de modo a que fosse consolidado com a cultura da qualidade integral;

3. Era completamente voluntária a aplicação do um programa nacional de acreditação em saúde nas unidades prestadoras de cuidados do sistema de saúde;

4. A DGS tinha de promover formas de reconhecimento público da qualidade e melhorias conseguidas nas unidades prestadoras de cuidados de saúde acreditadas, que concedessem aos cidadãos e aos profissionais de saúde maior confiança no acesso aos cuidados;

5. Por fim, anualmente deveria ser enviado à DGS, o relatório de progresso da operacionalização da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde com vista à sua avaliação periódica.”

1.3.1. Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde

No site da DGS¹⁴ encontra-se referenciada a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, atualmente vigente, que “ao garantir e reforçar a anterior Estratégia Nacional 2009 - 2014, visa assegurar que as funções de governação, coordenação e ação local, centradas no doente, estão devidamente alinhadas pelo mesmo diapasão, com respeito pelas dimensões da efetividade, eficiência, acesso, segurança, equidade, adequação, oportunidade, continuidade e respeito pelo cidadão. Tem, assim, como principal missão, potenciar e reconhecer a qualidade e a segurança da prestação de cuidados de saúde, para garantir os direitos dos cidadãos na sua relação com o sistema de saúde.”

Anteriormente, à Estratégia que vigora, o Despacho n.º 14233/2009, de 24 de junho, anexava a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2004-2010 ([Anexo 2](#)) descrevendo em sete pontos, o seguinte:

- I. Enquadramento;
- II. Missão;
- III. Prioridades Estratégicas;
- IV. Destinatários;

¹⁴ <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/estrategia-nacional-para-a-qualidade-na-saude.aspx>

V. Valores;

VI. Princípios;

VII. Ação;

VIII. Horizonte temporal.

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015 – 2020 ([Anexo 3](#)), publicada através do Despacho n.º 5739/2015, de 27 de maio “pretende contribuir para o reforço da equidade como dimensão essencial do Serviço Nacional de Saúde, entendida como a garantia de que o acesso à prestação de cuidados de saúde se realiza em condições adequadas às necessidades, impondo o desafio, aos serviços prestadores de cuidados, de incorporarem, num quadro de melhoria contínua da qualidade e da segurança, as ações de promoção da saúde e de prevenção das doenças, da mesma forma que incorporam os cuidados curativos, de reabilitação e de palição.”

Antes da Estratégia 2015 – 2020, existiu a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2009 – 2014, que de acordo com os relatórios anuais de avaliação da implementação desta Estratégia, a nível nacional, existiu um avanço no âmbito da qualidade na saúde, dos quais se destacam:

- “A vasta elaboração de normas clínicas com a colaboração da Ordem dos Médicos e a respetiva verificação de conformidades da sua aplicação, através da realização de auditorias clínicas;
- O lançamento, a nível nacional, dos projetos da Organização Mundial de Saúde “Cirurgia Segura Salva Vidas”, em fase de implementação nos blocos operatórios e o “Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos”, denominado “Notific@”, para comunicação e gestão de incidentes e eventos adversos, ocorridos nas unidades prestadoras de cuidados de saúde, com base numa filosofia não punitiva;
- A integração dos programas de controlo de infeção e de resistência aos antibióticos num único programa nacional prioritário;
- A criação de regras para a identificação inequívoca dos doentes nos hospitais e para a sua adequada contenção física ou química;

- A criação de sistema de informação de apoio ao médico e ao doente com doença rara, como instrumento de melhoria da segurança clínica em emergência ou urgência;
- O início de recuperação do atraso verificado em matéria de acreditação dos serviços que prestam cuidados no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, através da implementação do modelo de acreditação de unidades de saúde do Ministério da Saúde.”

Independentemente, dos pontos atrás referidos, recuando a 2013, quando existiu a obrigatoriedade dos Hospitais, Unidades Locais de Saúde e Agrupamentos de Centros de Saúde possuírem uma Comissão da Qualidade e Segurança (CQS), “com o fim de se propagar em rede, contínua e permanente, a todos os profissionais de saúde, as melhores práticas clínicas e a interiorização da cultura de segurança.”

As Comissões da Qualidade e Segurança, de acordo com o Despacho n.º 5739/2015, de 27 de maio “estão obrigadas à elaboração de planos de ação anuais e respetivos relatórios, que explicitem o planeamento e as atividades desenvolvidas em respeito pelas prioridades definidas na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde.” No entanto, “os planos de ação anuais, elaborados segundo modelo definido pela Direção-Geral da Saúde, são anualmente homologados pelo Diretor-Geral da Saúde e devem ser incluídos nos contratos programa acordados com cada organização.”

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015 – 2020 redefiniu as suas prioridades estratégicas (5) e as ações (19) que destas decorrem, as quais são referidas aqui:

Prioridade 1. Melhoria da qualidade clínica e organizacional

1. Reduzir a variabilidade da prática clínica, nomeadamente através de normas clínicas nacionais e da disseminação das boas práticas.
2. Assegurar e verificar a qualidade das prescrições de tratamentos, medicamentos e meios complementares de diagnóstico.
3. Aumentar a integração dos níveis de prestação de cuidados, criando, por exemplo, orientações organizacionais de integração das respostas assistenciais às necessidades dos doentes no nível de prestação de cuidados onde se encontram,

assegurando, quando necessário, a sua referência adequada, informada e atempada.

4. Auditar regularmente os critérios da qualidade e segurança a que devem obedecer os serviços prestadores de cuidados de saúde.
5. Alinhar os incentivos financeiros dos prestadores de cuidados, institucional e individualmente, com o cumprimento de indicadores de qualidade e segurança do doente.
6. Identificar e disseminar boas práticas, privilegiando o seu intercâmbio.
7. Implementar mecanismos para a melhoria contínua da qualidade.
8. Promover a investigação clínica enquanto instrumento de melhoria da qualidade assistencial e institucional.

Prioridade 2. Aumento da adesão a normas de orientação clínica

9. Aumentar a clínica reflexiva, através do hábito de realização sistemática de auditorias clínicas internas e avaliação dos resultados a nível nacional.
10. Verificar o grau de conformidade de aplicação das normas clínicas nacionais, através de auditorias externas efetuadas por pares.

Prioridade 3. Reforço da segurança dos doentes

11. Implementar os objetivos estratégicos do Plano Nacional de Segurança do Doente.
12. Reforçar os mecanismos e melhorar as respostas ao reporte de efeitos adversos e acidentes em cuidados de saúde.

Prioridade 4. Monitorização permanente da qualidade e segurança

13. Avaliar a qualidade clínica e organizacional e da segurança dos doentes, através de painel de indicadores.
14. Criar sede de observação da qualidade e segurança dos cuidados prestados no Serviço Nacional de Saúde.
15. Auscultar a opinião do cidadão sobre a qualidade e o sistema de saúde.

Prioridade 5. Reconhecimento da qualidade das unidades de saúde

16. Auditar, certificar e propor a acreditação da qualidade da prestação dos cuidados de saúde primários, hospitalares, continuados e paliativos pelo modelo de acreditação do Ministério da Saúde.

Prioridade 6. Informação transparente ao cidadão e aumento da sua capacitação

17. Divulgar informação comparável de desempenho com enfoque em indicadores internacionalmente reconhecidos.
18. Promover a educação e a literacia em saúde para que tenhamos cidadãos mais saudáveis e doentes mais participativos na tomada de decisão.
19. Promover uma cultura de uso adequado das reclamações na perspetiva do utilizador, enquanto reclamante, e do prestador, enquanto alvo da reclamação, através da melhoria de um sistema nacional de avaliação de reclamações e de retorno informativo sobre as consequências da reclamação.

É através da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015 – 2020, que o Ministério da Saúde, entende valorizar, “a criação de condições, no Serviço Nacional de Saúde, que propiciem o reconhecimento da qualidade dos seus serviços com vista à sua acreditação.”

Assim, no Programa Nacional de Acreditação em Saúde português, “o processo de acreditação promove o empenho voluntário dos profissionais de saúde na melhoria contínua dos cuidados que são prestados ao cidadão ajudando a consolidar, mais rapidamente, a cultura da qualidade integral no interior dos serviços”, bem como “promover e garantir a qualidade e a melhoria contínua dos serviços de saúde” sendo “um imperativo de todos os que dedicam a sua vida profissional ao serviço público dos cidadãos que os procuram, para receberem os cuidados globais, integrados e seguros de que necessitam e aos quais têm direito.” ([Anexo 4](#))

Com o Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio, foi aprovada a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, impulsionada pelos pontos seguintes:

- Teve em conta os resultados alcançados nos 5 anos de implementação da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2004-2010;
- Houve a necessidade de adequar as ações propostas no Programa de Ação para a Saúde da União Europeia para 2014-2020;

- Existiram as recomendações da Revisão sobre a Qualidade dos Cuidados efetuada, em Portugal, pela OCDE;
- Por último, as recomendações inseridas no Relatório “Um Futuro para a Saúde – Todos temos um papel” da Fundação Calouste Gulbenkian.

Assim, o ponto V, da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 passou a designar-se “Ações”, que não são mais, que recomendações existentes em cada uma das “Prioridades Estratégicas” de 2015-2020.

1.4. Entidades portuguesas ligadas à gestão da qualidade em saúde

Em Portugal, a Direção-Geral da Saúde foi a entidade relacionada com a gestão da qualidade em saúde, que integrou a administração direta do Estado, no âmbito do Ministério da Saúde, de acordo com a alínea c), do artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro. Neste mesmo diploma, “são reforçadas as atribuições da Direção-Geral da Saúde, que passa a incluir a coordenação nos domínios do planeamento estratégico, da monitorização e avaliação da qualidade e acessibilidade aos cuidados de saúde prestados e das relações internacionais, acolhendo, desta forma, as atribuições até agora cometidas ao Alto Comissariado da Saúde.”

Tendo em consideração o reforço das atribuições da DGS, este organismo “reforça igualmente as suas competências no domínio da monitorização e controlo da qualidade e da segurança das atividades dos serviços de sangue e colheita, análise e manipulação de tecidos e células de origem humana em resultado da extinção da Autoridade para os Serviços do Sangue e da Transplantação.”

Nas subsecções seguintes, pretendeu-se elucidar o leitor deste projeto, relativamente, à existência de algumas entidades ligadas ao sistema de gestão da qualidade dos hospitais.

1.4.1. Instituto da Qualidade em Saúde (IQS)

O Instituto da Qualidade em Saúde, também designado IQS foi criado, através da Portaria n.º 288/99, de 27 de abril, possuía autonomia científica, técnica e administrativa, e funcionava na direta dependência da Direção-Geral da Saúde.

De acordo, com o seu regulamento, o IQS tinha como principais objetivos:

- “Promover a investigação e desenvolvimento de métodos, instrumentos e programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde”;
- “Promover o desenvolvimento de metodologias de certificação da qualidade das unidades promotoras de cuidados de saúde que permitam a sua acreditação”;
- “Promover o enquadramento da investigação e da formação profissional contínua”;
- “Prestar apoio técnico às instituições e profissionais de saúde, no âmbito da melhoria da qualidade da prestação de cuidados.”

Simultaneamente, o IQS teve como missão “promover a melhoria contínua do desempenho nos cuidados de saúde”, como visão, foi “ser reconhecido como a organização de referência no desenvolvimento da qualidade na saúde, assumindo-se como parceiro privilegiado, centro de recursos e conhecimento e polo dinamizador da política de qualidade em saúde” e como valores:

- “Transparência nos processos de decisão: Processos de decisão baseados em critérios explícitos e disponíveis;
- Desempenho norteado pela competência técnico-científica: Processos de decisão baseados na melhor evidência científica disponível;
- Compromisso com a melhoria contínua: Baseado na monitorização e revisão sistemática do desempenho;
- Respeito pelos princípios éticos: Integridade, participação e confidencialidade”.

Este Instituto contribuiu para a qualidade organizacional das instituições de saúde, através de programas e iniciativas que possuíam a colaboração de organismos internacionais, nomeadamente:

- Normas de orientação clínica (NOC);
- Qualigest;
- Programa de melhoria contínua da qualidade (MCQ);
- Qualidade organizacional Hospitalar – IQS e KF;

- Instrumento de Avaliação e Monitorização da Qualidade Organizacional (MoniQuor);
- Projeto de Qualificação dos Serviços de Aprovisionamento;
- Manual da Qualidade na Admissão e Encaminhamento.

Mais tarde, o IQS foi extinto, e atualmente a Direção Geral de Saúde (DGS) tornou-se a dinamizadora da atividade existente na área.

1.4.2. Qualigest /Associação Portuguesa da Qualidade

A designação Qualigest, sinónimo de Qualidade na Saúde tratou-se de uma “metodologia de acreditação em saúde” cujo “modelo de autoavaliação” foi “desenvolvido em parceria com a APQ, baseado no modelo de excelência da EFQM”. (Marques, 2010, p. 13)

Segundo Novo (2013, p.55) a Qualigest foi um “programa elaborado para a modernização global da gestão de serviços de saúde, com base em princípios de qualidade total” sendo o seu “objetivo fazer com que a administração, ou direção dos serviços de saúde, evoluíssem no sentido de uma gestão verdadeiramente integrada da qualidade nas diversas atividades e ao nível de todos os serviços.” Esta metodologia “serviu de instrumento de autoavaliação voluntária destinada à gestão de topo das instituições. A utilização (...) veio permitir a avaliação dos meios e dos resultados que os órgãos de gestão utilizam no cumprimento da sua missão de acordo com a gestão total da qualidade”.

Esta metodologia de acreditação em saúde “foi utilizada pela primeira vez em 1999 na sub-região de Aveiro, abrangendo todos os Centros de Saúde.” (Baylina, 2007)

1.4.3. Direção-Geral da Saúde (DGS)

A orgânica da Direção-Geral da Saúde foi definida através do Decreto-Regulamentar n.º 14/2012, de 26 de janeiro, que reforçou as atribuições da DGS incluindo “a coordenação do Ministério da Saúde nos domínios do planeamento estratégico, da monitorização e avaliação da qualidade e acessibilidade aos cuidados de saúde prestados e das relações internacionais, acolhendo, desta forma, as atribuições até agora cometidas ao Alto

Comissariado da Saúde. Paralelamente, a Direcção-Geral da Saúde recebe as atribuições da Autoridade para os Serviços do Sangue e da Transplantação nos domínios da qualidade, da segurança e da autorização de unidades, serviços e processos em relação às atividades de dádiva, colheita, análise, processamento, preservação, armazenamento e distribuição de sangue humano, de componentes sanguíneos, de órgãos, tecidos e células de origem humana.” Estas atribuições da DGS, já tinham sido citadas na alínea c), do artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de Dezembro, referente à Lei Orgânica do Ministério da Saúde.

A DGS é um serviço central do Ministério da Saúde, integrado na administração direta do Estado, dotado de autonomia administrativa, assume-se como um organismo de referência para todos aqueles que pensam e atuam no campo da saúde, sendo as suas principais áreas de intervenção, de acordo com o seu site¹⁵, centradas em:

- “Coordenar e desenvolver Planos e Programas de Saúde;
- Coordenar e assegurar a vigilância epidemiológica;
- Analisar e divulgar informação em saúde;
- Regular e garantir a qualidade em saúde;
- Gerir as emergências em Saúde Pública;
- Apoiar o exercício das competências da Autoridade de Saúde Nacional;
- Coordenar a atividade do Ministério da Saúde, no domínio das relações europeias e internacionais;
- Acompanhar o Centro de Atendimento do Serviço Nacional de Saúde;
- Coordenar e acompanhar o Subsistema de Avaliação de Desempenho dos Serviços da Administração Pública (SIADAP 1) do Ministério da Saúde.”

1.4.3.1. Departamento da Qualidade na Saúde

O Departamento da Qualidade na Saúde (DQS) teve a sua exigência legal em 16 de fevereiro de 2009, através da Portaria n.º 155/2009, publicada em Diário da República, n.º 28, de 10 de fevereiro.

¹⁵ www.dgs.pt

Este departamento integrado na DGS, em que no âmbito da sua autonomia técnica, detém competências nas áreas do planeamento e programação da política nacional para a Qualidade no sistema de Saúde, as quais se consubstanciam na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, já referido atrás.

Com a Portaria n.º 159/2012, de 22 de maio, o DQS foi considerado uma das quatro unidades orgânicas nucleares da Direção-Geral da Saúde. Neste diploma foram igualmente estabelecidos os números máximos de unidades orgânicas flexíveis e matriciais da DGS, bem com as competências das unidades orgânicas nucleares criadas e aqui supramencionadas:

- a) Departamento da Qualidade na Saúde;
- b) Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde;
- c) Direção de Serviços de Informação e Análise;
- d) Direção de Serviços de Coordenação das Relações Internacionais.

Quer na Portaria citada quer no *site* ¹⁶ encontram-se definidas as atribuições e competências do Departamento da Qualidade na Saúde (DQS), nomeadamente:

- “a) Emitir normas e orientações, quer clínicas quer organizacionais, incluindo programas na área da promoção da segurança do doente, em matéria de saúde pública e para melhoria da prestação de cuidados em áreas relevantes da saúde, nomeadamente nos cuidados de saúde primários, hospitalares, continuados e paliativos;
- b) Promover e coordenar o desenvolvimento, implementação e avaliação de instrumentos, atividades e programas de melhoria contínua da qualidade clínica e organizacional das unidades de saúde;
- c) Analisar, certificar e divulgar a qualidade da prestação de cuidados de saúde nos cuidados de saúde primários, hospitalares, continuados e paliativos, coordenando o sistema de qualificação das unidades de saúde;
- d) Gerir os sistemas de monitorização e perceção da qualidade dos serviços pelos utentes e profissionais de saúde, designadamente o sistema nacional de

¹⁶ https://www.dgs.pt/wwwbase/raiz/mlkImprimir_v3.aspx?codigoms=

- reclamações, sugestões e comentários dos utentes do Serviço Nacional de Saúde, designado «Sim Cidadão», e promover a avaliação sistemática da satisfação;
- e) Definir e monitorizar indicadores para avaliação do desempenho, acesso e prática das unidades do sistema de saúde na área da qualidade clínica e organizacional, incluindo a gestão do Portal da Transparência;
- f) Coordenar os fluxos de mobilidade de doentes portugueses no estrangeiro e de doentes estrangeiros em Portugal e avaliar o seu impacto no sistema de saúde;
- g) Autorizar unidades, serviços e processos em relação à dádiva, colheita, análise, processamento, preservação, armazenamento e distribuição de sangue humano, de componentes sanguíneos, de órgãos, tecidos e células de origem humana;
- h) Exercer as funções de autoridade competente atribuídas à Autoridade para os Serviços de Sangue e Transplantação na Lei n.º 12/2009, de 26 de março, e no Decreto-Lei n.º 267/2007, de 24 de julho, sem prejuízo da articulação com a Inspeção-Geral das Atividades em Saúde, em matéria de fiscalização e inspeção;
- i) Regulamentar e controlar o cumprimento dos padrões de qualidade e segurança das atividades relativas à dádiva, colheita, análise, processamento, preservação, armazenamento e distribuição de sangue humano, de componentes sanguíneos, de órgãos, tecidos e células de origem humana.”

As nove alíneas, do artigo 2.º, da Portaria n.º 159/2012, de 22 de maio, foram aqui transcritas, pela importância que cada uma delas possui para a qualidade na saúde, designadamente em todos processos existentes que subsistem em qualquer unidade de saúde. Isto é, para haver qualidade na saúde têm que existir estratégias clínicas e organizacionais que se interliguem, que definam circuitos de informação através de procedimentos, e que depois de implementados e desenvolvidos sejam auditados internamente para a permanência de uma melhoria contínua da qualidade clínica e organizacional, pois uma sem a outra, não refletem a excelência que todos os profissionais esperam que haja na qualidade de prestação de cuidados.

Posteriormente, através do Despacho n.º 7763/2012, de 5 de julho, foi criada a Divisão de Gestão da Qualidade (DGQ), unidade orgânica flexível, com equipas multidisciplinares, pertencente ao Departamento da Qualidade na Saúde.

De acordo, com o mesmo Despacho, a Divisão de Gestão da Qualidade passou a ter as seguintes competências:

- “a) Propor a emissão de orientações e normas técnicas com base na melhor evidência científica disponível e monitorizar a sua aplicação;
- b) Gerir o sistema de auditorias clínicas;
- c) Gerir rede de governação clínica;
- d) Gerir sistemas de monitorização e perceção da qualidade dos serviços pelos utentes e profissionais de saúde, designadamente o sistema nacional de reclamações, sugestões e comentários dos utentes do Serviço Nacional de Saúde, designado ‘Sim Cidadão’, e promover a avaliação sistemática da satisfação dos utentes e profissionais das unidades de saúde.
- e) Coordenar as medidas de prevenção e o controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde e das resistências aos antimicrobianos;
- f) Gerir a notificação de incidentes e de eventos adversos;
- g) Coordenar sistemas de monitorização e vigilância da doença, que permitam a gestão integrada da doença;
- h) Coordenar a gestão de projetos de prestação de cuidados de saúde complexos, com elevada diferenciação, acompanhando e avaliando a sua execução;
- i) Promover a racionalização da utilização dos recursos da saúde, propondo medidas de melhoria no controlo e tratamento da doença;
- j) Validar, divulgar e planear a expansão de experiências inovadoras na área da organização e prestação de cuidados de saúde;
- k) Avaliar os resultados em saúde, através do acompanhamento de centros de observação específicos, criados pela comunidade científica e ou académica nacional.”

Considerando estas doze alíneas, a opinião que prevalece é a importância da monitorização nos procedimentos inerentes às orientações e normas técnicas, e consequentemente, a tomada de medidas e/ou ações, que advém das recomendações das auditorias internas planeadas anualmente.

Com o passar dos anos e com a constante evolução na área da saúde, a Tutela sentiu necessidade de agregar alguns organismos dependentes da DGS, e assim reorganizar a respetiva estrutura nuclear desta Direção, como já mencionado anteriormente.

Assim, a Portaria n.º 247/2017, de 4 de agosto, procedia à primeira alteração à Portaria n.º 159/2012, de 22 de maio, mencionando que “por força da alteração orgânica da Direção-Geral da Saúde efetuada pelo Decreto-Lei n.º 69/2017, de 16 de junho”, tinha existido uma transferência de competências, de modo a “assegurar o funcionamento do Centro de Atendimento do Serviço Nacional de Saúde e do Centro de Contacto do Serviço Nacional de Saúde para a SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE.” e assim “determinada a alteração da estrutura matricial da Direção-Geral da Saúde, que” com esta nova portaria passava “a contemplar as áreas de apoio e acompanhamento à Autoridade de Saúde Nacional incluindo o Centro de Emergências em Saúde Pública, e de Avaliação e Gestão de Riscos Associados a Radiações.”

Assim, tendo em consideração, as competências e as atribuições definidas pela Portaria n.º 159/2012, de 22 de maio, o Departamento da Qualidade na Saúde, possuiu como instrumento essencial e adaptado à realidade portuguesa, o “Manual de Standards baseado no Modelo de Acreditação de Unidades de Saúde da *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia*” (também designado de Modelo ACSA INTERNATIONAL), definido como “modelo oficial de acreditação de unidades de saúde do Sistema de Saúde português.” Este modelo possui um manual, “que coloca a pessoa no centro do sistema de saúde e põe a tónica na acreditação da gestão clínica,” tendo sido “concebido como uma ferramenta evolutiva de trabalho, que guiará os profissionais de saúde durante o processo de acreditação dos serviços onde trabalham na procura da melhoria contínua,” e assim “atravessando todas as dimensões da qualidade em saúde.”

Por certo, que quaisquer cidadãos que se tenham deslocado a uma unidade de saúde em Portugal, e que tenham tido conhecimento que essa unidade foi reconhecida, por um modelo de acreditação, com normas internacionais, que exigiram uma constante melhoria nos processos clínicos, originando assim, um elevado nível de qualidade e segurança do

profissional e do utente, certamente conferiram “aos cidadãos maior confiança no sistema de saúde.”

1.5. Modelos da acreditação aplicados à saúde

Com frequência, no setor da saúde as palavras “certificação” e “acreditação” são enumeradas vezes referidas pelos profissionais dos Hospitais, podendo originar a dedução não muito correta de serem processos idênticos, mas não o são. Segundo Negrão (2014, p.10) a certificação e a acreditação “trata-se de processos distintos quer quanto aos objetivos quer no que se refere aos respetivos referenciais.”

Segundo o mesmo autor (2014, p.9) a certificação é considerada “uma atividade de avaliação da conformidade” e a acreditação “consiste na avaliação e reconhecimento da competência técnica de entidades para efetuar atividades específicas de avaliação da conformidade.” Assim, conclui-se, que a acreditação, citando Negrão é um processo “inteiramente voluntário, ou seja, a intenção de uma melhoria contínua está dependente da vontade própria e empenho dos profissionais, permitindo a transmissão de confiança, através do reconhecimento público da qualidade inerente a determinados processos técnicos, uma vez que compromete a existência de um mínimo de qualidade exigido a nível internacional.”

Quer na certificação quer na acreditação existem normas e modelos a seguir. Quanto à certificação, a norma subjacente foi a NP EN ISO 9001 (atualmente, em vigor a ISO 9001:2015) aplicada a qualquer organização seja industrial ou de serviços. Quanto à acreditação existem vários modelos relacionados com a saúde, nomeadamente: o *King’s Fund Health Quality Service (KFHQS)*, o *Joint Commission International (JCI)* e a *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA)*.

No entanto, para Negrão (201, p. 11) “merecem, entretanto, referência outras referências genéricas tais como a norma NP EN ISO 9001:2000, a qual especificava requisitos para um sistema de gestão da qualidade numa organização, tendo como base os princípios de gestão da qualidade expostos na ISO 9000. Fomenta a adoção de uma abordagem por processos e a importância da aproximação dos requisitos. Todos os requisitos desta norma são genéricos, sendo de fácil aplicação a todas as organizações. É utilizada na certificação de serviços, podendo ser aplicada a serviços de saúde. Uma vez que, é necessário adequar os princípios genéricos da norma à realidade da Saúde, Filipa Homem de Cristo,

integrante da equipa do DQS, elaborou o “Guia interpretativo para a aplicação da norma NP EN ISO 9001:2000 para serviços de saúde.”

Foi referido no site do SNS¹⁷, no que diz respeito aos programas de acreditação que até janeiro de 2017, o Ministério da Saúde possuía 156 entidades em processo de certificação, assim como pretendia recuperar de um atraso assinalável, a existência de mais serviços prestadores de cuidados de saúde, com modelos e programas de certificação e de acreditação em curso.

No mesmo site, foi mencionado que “o reconhecimento da qualidade clínica no Serviço Nacional de Saúde (SNS), de acordo com os padrões internacionais predefinidos, está a sofrer um forte impulso, constituindo-se uma prioridade estratégica do Ministério da Saúde, que tem como objetivo primordial ganhar, cada vez mais, a confiança dos cidadãos.”¹⁸ No entanto, no site do SNS verifica-se que “o processo de certificação e de acreditação promove o empenho voluntário dos profissionais de saúde na melhoria contínua dos cuidados que são prestados ao cidadão e contribui para incrementar a eficiência, reduzindo os custos da não qualidade.”

Nas notícias sobre “Programa de Acreditação – SNS” foi descrito que “um programa público de acreditação de unidades de saúde tutelado pelo Ministério da Saúde permite, por um lado, a articulação harmoniosa com os diferentes eixos prioritários da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, desenhada para promover e desenvolver a qualidade nas unidades de saúde do sistema de saúde português e, por outro, a possibilidade do Ministério da Saúde cumprir a obrigação de pugnar, ele próprio, pela melhoria da qualidade dos serviços que tutela e de a auditar continuamente por pares portugueses.”

Conclui-se assim, que o próprio site do SNS referiu que “este modelo, ao permitir, para além da acreditação de hospitais ou centros de saúde no seu todo, a acreditação por serviço hospitalar ou unidade de saúde familiar individualmente, introduz, nas instituições de saúde aderentes ao programa, um movimento de melhoria contínua da qualidade, com elevado potencial motivador nos restantes serviços.”

Relativamente aos modelos de acreditação, existem vários relacionados com a saúde, nomeadamente: o *King’s Fund Health Quality Service (KFHQS)*, o *Joint Commission*

¹⁷ <https://www.sns.gov.pt/noticias/2017/01/06/programa-de-acreditacao/>

¹⁸ idem

International (JCI) e a Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA). Em Portugal, várias foram as unidades de saúde acreditadas por estes modelos, e que mais à frente se identificam.

1.5.1. King's Fund Health Quality

O *King's Fund* (Fundo do Rei)¹⁹ foi criado em 1897 pelo Príncipe de Gales (*George Frederick Ernest Albert*) para permitir a contribuição e distribuição de fundos, com o objetivo de apoiar os hospitais de Londres. O objetivo principal era guardar dinheiro, através de um fundo, para os hospitais voluntários de Londres, que na época prestavam os únicos serviços de saúde disponíveis para a população desfavorecida da capital Londrina.

No início do século XX, mais precisamente em 1902, o Fundo Hospitalar do Príncipe de Gales para Londres (*the Prince of Wales Hospital Fund for London*) foi rebatizado de Fundo Hospitalar Rei Eduardo para Londres (*the King Edward's Hospital Fund for London*) após a ascensão ao trono ao Príncipe. Passado cinco anos, em 1907, o *King Edward's Hospital Fund for London* foi incluído numa lei do Parlamento, permitindo assim, desenvolver as suas atividades, como inspecionar hospitais e incentivar uma distribuição mais racional dos serviços de saúde em toda a capital londrina. Passou, também, assumir a responsabilidade por um serviço de camas de emergência e consequentemente, incitou os hospitais a abrirem os canais de pagamento como forma de aumentar a renda extra.

No final do século XX, o *The King's Fund* colheu e apoiou uma ampla gama de projetos de desenvolvimento para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde. Na década de 80, criou uma unidade de pesquisa e análise de políticas de saúde e lançou um respeitado serviço de auditoria para as organizações de saúde.

Atualmente e, com um mundo em constante mudança, o *The King's Fund* pretendeu garantir a melhor saúde e cuidado para todos, aumentando a qualidade em saúde permitiu desempenhar um papel primordial na formulação de políticas, no desenvolvimento de práticas eficazes e no apoio a indivíduos e organizações.

¹⁹ Tradução livre

Segundo Negrão (2014, p.10) “a metodologia do *Health Quality Service* assenta num conjunto de padrões e critérios desenvolvidos essencialmente para a realidade hospitalar. Este é utilizado como propósito de avaliar a qualidade dos serviços de saúde e divide-se em três categorias: obrigatórios para a acreditação, recomendações e padrões de excelência.”

Em Portugal, foram vários os Hospitais que obtiveram Acreditação, através do *KF/HQS*, nomeadamente:

- Hospital de São João (Porto);
- Hospital Pedro Hispano (Matosinhos);
- Hospital de Santa Cruz (Oeiras);
- Hospital Dr. José Maria Grande (Portalegre);
- Hospital Fernando Fonseca (Amadora/Sintra);
- Hospital São Teotónio (Viseu);
- Hospital Barlavento Algarvio (Portimão);
- Instituto Português de Oncologia do Porto;
- Instituto Português de Oncologia de Coimbra.

1.5.2. Joint Commission International (JCI)

A *Joint Commission*²⁰ foi fundada nos Estados Unidos da América (EUA), em 1951, organização independente, sem fins lucrativos, sendo o mais antigo e o maior órgão de definição de padrões e credenciamento em saúde deste país. Nos EUA, a *Joint Commission* avaliou e credenciou mais de 21.000 organizações e programas de assistência médica.

De acordo com o site, esta organização tem procurado melhorar continuamente os cuidados de saúde para o público, em colaboração com outras partes interessadas, de modo a avaliar as organizações de cuidados de saúde e inspirando-as a sobressair na prestação de cuidados seguros e eficazes da mais alta qualidade e valor.

²⁰ Site da JCI, disponível em https://www.jointcommission.org/about_us/history.aspx

Uma organização de saúde para adquirir e manter o selo de aprovação da *Joint Commission Gold* tem que passar por uma pesquisa *in loco*, através de uma equipa da *Joint Commission*, pelo menos a cada três anos.

Segundo Novo (2013, p. 35) a *Joint Commission International* foi o “modelo de acreditação da qual faz parte a segurança e qualidade da saúde através de procedimentos e criação de normas. A organização que escolhe a JCI como modelo de acreditação tem em conta as características sociais, políticas, religiosas e económicas da organização bem como do País onde se encontra.”

De acordo com a CBA/JCI²¹, há que referir, “o objetivo do programa é estimular a demonstração de uma melhoria contínua e sustentada nas instituições de saúde, através do emprego de padrões de consenso internacional, de Metas Internacionais de Segurança do Paciente, e de assistência ao monitoramento com indicadores. Além dos padrões contidos nesta quarta edição, a JCI desenvolveu padrões e programas de acreditação para:

- Cuidados Ambulatoriais
- Laboratórios de Análises Clínicas
- Centros de Atenção Primária
- Cuidados Continuados (atenção domiciliar, assistência à realização de atividades diárias, cuidados prolongados, cuidados em asilos)
- Instituições de Transporte Médico.”

Em Portugal, em ambiente hospitalar foram acreditados pela *JCI*, oito hospitais/centros hospitalares:

- Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE. – Covilhã;
- Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto-Douro, EPE. – Vila Real;
- Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE. - Guimarães;
- Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE., nomeadamente o Hospital Padre Américo – Vale do Sousa, EPE.;
- Centro Hospitalar de Leiria – Pombal, EPE., nomeadamente o Hospital de Santo André, EPE.;

²¹ CBA/JCI – Padrões de Acreditação da *Joint Commission International* para Hospitais – 4.^a edição 2011

- HPP Algarve – Hospital São Gonçalo de Lagos;
- HPP Hospital da Boavista, SA;
- HPP Hospital de Cascais – Dr. José de Almeida.

1.5.3. Agencia de Calidad Sanitária de Andalucia (ACSA)

Em agosto de 2009, através do Despacho n.º 69/2009, de 31 de agosto foi aprovado por deliberação da Ministra da Saúde, os designados Modelos de Acreditação ACSA (Andaluzia), considerado modelo oficial e nacional de acreditação das instituições de saúde portuguesas e de opção voluntária. (ACSS, 2011)

No entanto, o site da DGS²² referiu que “o processo de certificação é conduzido pelo Departamento da Qualidade na Saúde, da DGS, que possui como referência a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, legislada através do Despacho n.º 5613/2015, de 24 de junho e, os procedimentos documentados em vigor no Departamento.” Estratégia essa, que neste projeto, já foi mencionado na subseção 1.3.1.

Por conseguinte, no mesmo site “o certificado outorgado pelo DQS a um determinado serviço ou unidade de saúde assegura a conformidade com as especificações e os standards estabelecidos nos Manuais de Standards e demais requisitos do Modelo de Acreditação de Unidades de Saúde do Ministério da Saúde.” Assim, “a certificação circunscreve-se a um determinado âmbito de atuação, que está referido de forma clara e precisa no respetivo certificado, de modo que esta especificação seja proporcionada, sem ambiguidades, não só à organização-cliente como a outras partes interessadas.”

No site da DGS, é de referir, que “no âmbito do Modelo de Acreditação do Ministério da Saúde, a certificação de unidades de saúde poderá ser solicitada por todo o tipo de instituições prestadoras de cuidados de saúde integradas no Sistema de Saúde Português, sejam públicas ou privadas.”

²² Disponível em <https://www.dgs.pt/ms/8/pagina.aspx?js=0&codigoms=5521&codigono=02090249AAAAAAAAAAAAAA>
AA

Segundo Christo, F.H. (2010), o Modelo de Acreditação ACSA baseia-se em três tipos de gestão: 1.º) numa gestão de todos os processos; 2.º) numa gestão de competências acreditadas e; 3.º) numa gestão clínica com processos assistenciais integrados.

Assim, a acreditação de uma unidade de saúde pressupõe, “que essa organização conhece, adere, e pratica o respeito pelos direitos dos cidadãos e dos seus utentes e cria mecanismos que lhes facilitem o exercício desses direitos; que essa organização identifica, conhece, implementa, pratica boas práticas clínicas baseadas na melhor evidência científica e/ou validadas por entidades de referência do sector e as avalia; que as competências instaladas são as necessárias, adequadas e suficientes para o bom desempenho em todos os processos, e que se encontram em permanente desenvolvimento; que essa organização demonstre que a sua direção/gestão se rege por princípios de ética e transparência, de partilha de conhecimentos, de envolvimento dos profissionais, de trabalho em equipa efetivo, de gestão por objetivos e de benefícios partilhados; que essa organização demonstre que tem todos os requisitos básicos, estruturais, de instalações, de equipamentos, de segurança para o fim para que serve, e que os gere de forma eficaz e segura; que a organização demonstre que os sistemas de informação e comunicação entre profissionais e com as partes interessadas são eficazes e permitem a acessibilidade e continuidade de cuidados; que a organização demonstre que gere os seus processos de forma eficaz e eficiente, baseados nos princípios básicos da qualidade, da gestão da segurança, do respeito ambiental e dos preceitos legais; que a organização demonstre que gere os seus recursos de forma efetiva de modo a garantir que os resultados que está a obter são esperados e contratualizados, assegurando a sua sustentabilidade e os *outcomes* de saúde desejados,” e por último, “que o mapa de indicadores de qualidade e de gestão demonstram uma tendência positiva numa base de três anos consecutivos.” (Christo, F.H.,2010)

No site do Departamento da Qualidade na Saúde foi disponibilizado o “Manual de Acreditação das Unidades de Saúde²³”. “Este Manual, em especial, destina-se à acreditação daquilo que convencionámos designar por Unidades de Gestão Clínica. Não existindo no Serviço Nacional de Saúde (SNS) unidades orgânicas com esta terminologia,

²³ Manual de Acreditação das Unidades de Saúde, MS 1.02, 2ª Edição, junho 2014, Edição e Adaptação do Departamento da Qualidade na Saúde, adaptado de Manual de Estandares de Unidades de Gestión Clínica ME 5 1_06 sob autorização da Agência de Calidad Sanitaria de Andalucía, <http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria>

há que explicitar o que se entende por Unidades de Gestão Clínica no âmbito da acreditação de unidades de saúde segundo o modelo nacional e oficial do Ministério da Saúde (modelo ACSA). Não se trata, portanto, de novas unidades orgânicas, mas sim de unidades que integram na sua prática diária a gestão clínica tal como adiante explicitado.”

De acordo, com Christo, F. H. (2010), o Modelo de Acreditação ACSA possuía um manual cuja estrutura foi apresentada, conforme quadro 1.1.:

Quadro 1.1 - Estrutura do Manual de Acreditação

I – O Cidadão, como centro do Sistema de Saúde	1. Utentes: satisfação, participação e direitos (17) 2. Acessibilidade e continuidade na prestação de cuidados (13) 3. Documentação clínica (6)
II – Organização da atividade centrada no utente	4. Gestão dos processos (5) 5. Atividades de promoção e programas de saúde (7) 6. Direcção (11)
III – Profissionais	7. Profissionais, formação e desenvolvimento (14)
IV – Áreas de Suporte	8. Estrutura, equipamentos e fornecedores (11) 9. Sistemas e tecnologias de informação, comunicação (9) 10. Sistemas da qualidade (12)
V – Resultados	11. Resultados chave da organização (7)

Fonte: Christo, F.H., 2010

Assim, “os standards deste Manual e os padrões a eles associados têm total aplicação:

- Em unidades funcionais dos Agrupamentos de Centros de Saúde (UCSP, USF, UCC);
- Em serviços clínicos dos hospitais dedicados à prestação direta de cuidados de saúde ao doente;
- Em serviços hospitalares que prestam atendimento direto ao cliente;
- Em unidades de saúde especializadas na prestação de cuidados a grupos de doentes específicos.”

De acordo, com o Manual “a gestão clínica tal como aqui é entendida corresponde a:

- Uma organização de prestação de cuidados mais descentralizada e centrada na pessoa, nas suas necessidades e expectativas e nos direitos dos utentes;
- Uma organização que promove ativamente a participação dos utentes e seus cuidadores nas decisões sobre a sua saúde;
- Uma organização que motiva todos os profissionais de saúde a fazer uso das suas capacidades na gestão integrada da prática clínica e os implica nas respostas organizacionais que permitem responder à efetiva oferta de serviços correspondentes à sua carteira de serviços;
- Uma organização que promove a definição das competências profissionais para todas as atribuições de tarefas e todos os postos de trabalho, não apenas em termos de formação básica e formação contínua, mas também em termos de experiência, perícia e atitudes;
- Uma organização na qual o desenvolvimento profissional contínuo é estimulado e decorre da avaliação do desempenho diretamente relacionado com a estratégia da unidade para responder às necessidades de saúde identificadas na população de utentes que serve;
- Uma organização empenhada em garantir todos os níveis de prevenção, bem como a continuidade de cuidados em qualquer fase do processo assistencial;
- Uma organização de prestação de cuidados em que os profissionais de saúde e os seus responsáveis clínicos diretos se envolvem e comprometem com a avaliação interpares e com a sua própria autoavaliação;
- Uma organização de prestação de cuidados na qual se estabelecem objetivos assistenciais a partir dos seus processos assistenciais, objetivos esses que são monitorizados continuamente e cujas metas a unidade se compromete a cumprir.”

Tendo em consideração, o que foi referido do Manual, pode concluir-se que “tratar-se-á, por isso, de uma organização da prestação dos cuidados sustentada na competência profissional e na adesão às melhores práticas baseadas na evidência científica, incluindo as da segurança dos doentes e dos profissionais, comprometida com a implementação e melhoria dos processos assistenciais, com o estabelecimento de indicadores da qualidade relacionados com os resultados assistenciais e o uso racional de medicamentos e de

tecnologias da saúde, tendo como fim último a satisfação dos utentes e a melhoria da eficácia, da efetividade e da eficiência da prática assistencial.”

1.5.3.1. Caraterização do modelo ACSA

O modelo ACSA possui “uma série de características que lhe são próprias²⁴:

- É coerente com 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 expetativas dos cidadãos.
- Aborda a qualidade de uma forma integral através de programas de acreditação direcionados 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 reflete não apenas o momento atual de desenvolvimento da qualidade na organização, como o seu potencial de evolução e crescimento.”

24

<https://www.dgs.pt/ms/8/pagina.aspx?js=0&codigoms=5521&codigono=02090249AAAAAAAAAAAAAA>
AA

De acordo, com o “Documento Geral de Certificação de Unidades de Saúde” a certificação pode ser pedida “por unidades, entre outras, com a seguinte estrutura organizacional:

- Centros Hospitalares.
- Hospitais.
- Serviços especializados (farmácias hospitalares, imunohemoterapia, laboratórios clínicos, imagiologia, etc).
- Unidades funcionais dos cuidados de saúde primários.
- Unidades de convalescença de curta, média e longa duração integradas na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.
- Unidades de saúde integradas em parcerias público-privadas e unidades de saúde com contratos ou parcerias com o Serviço Nacional de Saúde.
- Unidades de saúde privadas.”

Atualmente, as unidades de saúde encontram-se adaptáveis ao Manual de Standards – ME 5 1_07 – Unidades de Gestão Clínica (também designado Manual de Standards), foi editado em setembro de 2017, como anteriormente referido, este Manual foi baseado no Modelo de Acreditação de Unidades de Saúde da *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia* - Modelo ACSA INTERNATIONAL.

O modelo ACSA expõe várias características, que lhe são próprias, designadamente:

- **Coerente** – encontra-se conexo com a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde e “com as ferramentas e normas de gestão clínica e organizacional desenvolvidas para o SNS.”²⁵
- **Referência** – utiliza “as determinações dos diferentes Programas de Saúde, a metodologia e conceitos dos Processos Assistenciais Integrados (PAI), as boas práticas da qualidade recomendadas para os processos de suporte e de gestão, as recomendações sobre as melhores práticas clínicas e as normas clínicas, as recomendações e normas sobre a segurança do utente e dos profissionais, as

²⁵ Manual de Standards, set.2017, pág. 14

determinações do Programa de Prevenção e Controlo da Infecção e Resistências Antimicrobianas (PPCIRA), as recomendações de carácter regulamentar e legal e a análise das necessidades, dos direitos e das expectativas dos cidadãos.”

- **Integral** – a qualidade inclui “as diferentes áreas e tipologias de unidades que compõem os cuidados de saúde (hospitais e centros hospitalares, serviços hospitalares (...)) entre várias outras.”
- **Progressivo** - o modelo ACSA têm este carácter, porque “identifica todos os passos que terão de ser dados, progressiva e sistematicamente, até à obtenção de um estado de verdadeira excelência organizacional.”
- **Dinâmico, contínuo e evolutivo** – é assim o processo da certificação, “que reflete não apenas o grau de desenvolvimento da qualidade na organização no momento atual, com todo o seu potencial de evolução e melhoria da qualidade.”

Depois de citadas estas características, no Manual de Standards é citada uma frase que, define corretamente a certificação pelo modelo ACSA. Ora, **“a certificação é um reconhecimento expresso e público de cumprimento dos requisitos necessários ao desenvolvimento de uma prestação de cuidados de qualidade pelas unidades de saúde, que implementaram uma linha de melhoria contínua.”**²⁶ Pode concluir-se que, a certificação trata-se de “uma ferramenta e não um fim em si mesma”, porque “facilita e impulsiona processos de melhoria e avaliação nas instituições.”

É de referir que “os diferentes Manuais de Standards cobrem as mesmas áreas-chave da gestão da qualidade em saúde, às quais correspondem os cinco blocos de standards que se encontram em todos eles.” Esses cinco blocos são evidenciados na figura 1.1.:

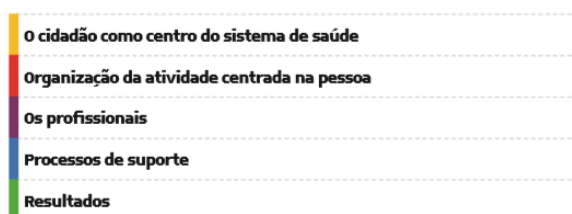


Figura 1.1 – Os cinco blocos de standards das áreas-chave da gestão da qualidade em saúde

Fonte: Manual ACSA

²⁶ Sublinhado e negrito são da autora do projeto.

A metodologia utilizada pelo Modelo de Acreditação do Ministério da Saúde (modelo ACSA) é a autoavaliação. A autoavaliação “assume um papel relevante, pois permite identificar aos envolvidos a sua posição atual face aos standards do modelo da qualidade, determinar onde querem chegar e planificar as ações necessárias para o conseguir, criando um espaço de produção de consensos e de melhoria partilhada na qual intervêm diferentes atores:

- Os gestores responsáveis da instituição²⁷, para que estejam reunidas as condições favoráveis à gestão clínica em termos de estrutura, recursos, tecnologias, condições de conforto e segurança das instalações, bem como enquanto elementos capazes de envolver diferentes sectores da organização e garantir a sustentabilidade das decisões estratégicas;
- Os gestores clínicos e restantes profissionais de saúde²⁸ como responsáveis pela avaliação interpares do seu desempenho, do ponto de vista clínico e da satisfação das necessidades e expectativas dos seus utentes e das respostas aos problemas de saúde da população que servem, baseando as escolhas na melhor evidência científica disponível.”

Numa instituição hospitalar, estes dois intervenientes, que são diferentes nas funções que exercem, interligam-se entre si, porque têm como função “identificar as áreas de melhoria necessárias e o plano de ações para a sua concretização.”²⁹

Identificam as áreas de melhorias e implementam planos de ação, através da metodologia do modelo ACSA, o processo de autoavaliação, “os profissionais de saúde analisam os standards e o seu propósito” preocupando-se sobre “o que se está a fazer” e “como se pode demonstrar”, resultando daí as **evidências positivas**, e sobre “que resultados se têm obtido e como se podem melhorar”, surgindo desta análise a identificação de **áreas de melhoria** que irão ser desenvolvidas e apresentadas.”

De acordo com o Manual de Standards, é na fase de autoavaliação que as competências profissionais e as boas práticas são identificadas e analisadas. O porquê de acontecer nesta

²⁷ Sublinhado da autora do Projeto

²⁸ Sublinhado da autora do Projeto

²⁹ Manual da ACSA, página 18

fase? Porque se se, implementarem as novas competências profissionais e/ou boas práticas no dia-a-dia, estas de certeza, que poder-se-ão evidenciar nos bons resultados de cada um, e conseqüentemente no serviço onde desempenham funções e assim atingir a organização num todo.

Outro método utilizado é a avaliação externa, considerado um “dos elementos comuns a todos os processos de certificação. É realizada por equipas de avaliadores qualificados do Modelo de Acreditação do Ministério da Saúde, que avaliam as evidências apresentadas durante os processos de certificação.”

A avaliação externa vai verificar o nível de certificação obtido pela unidade de saúde, em função do grau de cumprimento dos standards avaliados, e assim identificar “os pontos fortes e as áreas de melhoria da unidade de saúde.”

Neste processo de Acreditação Contudo, há que ter acesso à plataforma informática @Qredita, porque “cada uma destas fases do processo de certificação, em particular a autoavaliação, é sustentada por uma série de aplicações informáticas em ambiente web (...) que permite conduzir com segurança e com o apoio dos profissionais qualificados do Modelo de Acreditação do Ministério da Saúde cada processo de certificação.”

Em conclusão, este modelo colocou à disposição de qualquer Hospital, um conjunto de ferramentas de apoio ao processo de certificação, nomeadamente:

- **“Responsável do DQS:** *Profissional designado pelo DQS, após aceitação da candidatura, que fará o acompanhamento ao longo do tempo de todo o processo de certificação. A comunicação da Unidade de Gestão Clínica com este responsável é contínua e permanente (contactos telefónicos, comunicação eletrónica através da web, visita de apresentação, etc.).*
- **Plataforma @Qredita:** *Destinada a facilitar o desenvolvimento de todo o processo de certificação, especialmente a fase de autoavaliação, a Unidade dispõe da aplicação informática @Qredita em meio web. Esta permite que a Unidade de Gestão Clínica possa refletir sobre os standards da qualidade, colocar as evidências positivas necessárias e relacionadas com a sua atividade, identificar melhorias, colocar documentos, tirar dúvidas com o responsável do DQS e pesquisar o estado da sua certificação em qualquer fase do processo.*

- **Guia de utilização da aplicação informática @Qredita:** Documento de apoio destinado a proporcionar aos profissionais da Unidade de Gestão Clínica informação sobre a utilização e funcionalidades da aplicação que dá suporte ao processo de certificação.
- **Guia de apoio à autoavaliação:** Documento de apoio destinado a proporcionar aos profissionais da Unidade de Gestão Clínica ferramentas de trabalho, conselhos, orientações e soluções para que se possa realizar um adequado diagnóstico interno da situação e estabelecer um ponto de partida para iniciar o seu trabalho com vista à certificação.
- **Documento Geral de Certificação de Unidades:** Documento onde estão estabelecidas as regras para a concessão, manutenção e renovação da certificação de unidades de acordo com todos os Manuais de Standards definidos pela ACSA e traduzidos e adaptados pela DGS.
- **Glossário de termos:** Definição de termos utilizados no Manual de Unidades de Gestão Clínica.”³⁰

1.6. Normas ISO

Segundo o Instituto Português da Qualidade (IPQ) “uma norma é um documento estabelecido por consenso e aprovado por um organismo reconhecido, que fornece regras, linhas diretrizes ou características, para atividades ou seus resultados, que garanta um nível de ordem ótimo num dado contexto.”

Ora a aplicação de normas torna-se assim voluntária, por parte de qualquer organização e só se podem tornar obrigatórias, se existir legislação que determine o seu cumprimento.

Em Portugal, o Instituto Português da Qualidade (IPQ) é o organismo a nível nacional reconhecido para a Normalização. Bem como, é o organismo responsável pela coordenação, gestão geral e desenvolvimento do Sistema Português da Qualidade (SPQ). Neste âmbito, o IPQ é o responsável pelas atividades de Acreditação de Entidades, de Normalização e de Metrologia.

³⁰ Manual de Standards, 2017

As normas aplicadas a nível nacional são as possuem as seguintes nomenclaturas: NP, NP EN, NP EN ISO, NP HD, NP ENV, NP ISO, NP IEC e NP ISSO/IEC. Na grande maioria são conhecidas entre os profissionais da saúde e do meio hospitalar, como por exemplo:

- ISO 9001 – Certificação de Sistemas de Gestão da Qualidade;
- HACCP/ISO 2200 – Certificação da Segurança Alimentar;
- ISO 14001 – Certificação de Sistemas de gestão Ambiental;
- NP 4457 – Certificação do Sistema de Gestão da Investigação, Desenvolvimento e Inovação;

1.6.1. Certificação pela NP EN ISO 9001:2015

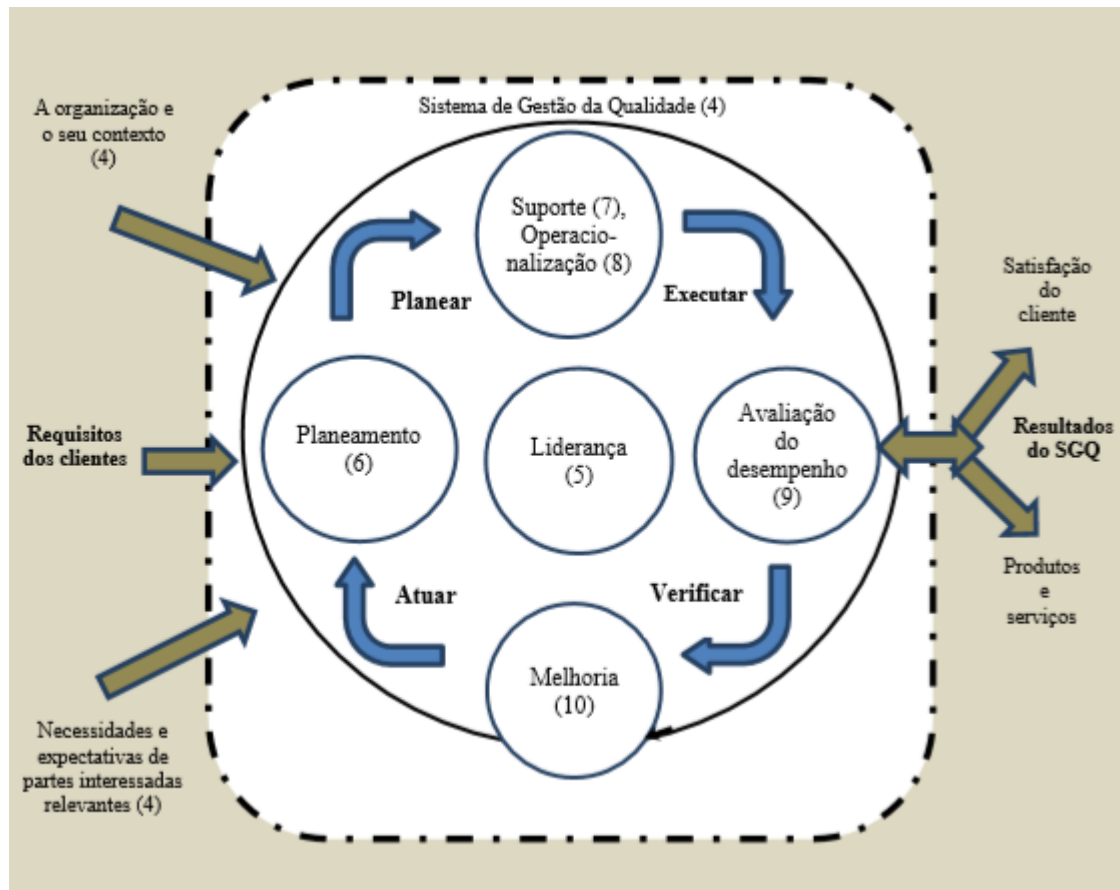
Em primeiro lugar, pretende-se explicar que a ISO 9001 foi considerada a norma que certifica os Sistemas de Gestão da Qualidade (SGQ) e por sua vez, definiu todos os requisitos para a implementação desse sistema. Na grande maioria das vezes, uma organização seja ela de que setor for, ao ter “adotado e desenvolvido um SGQ, foi uma decisão estratégica tomada que permitiu potenciar continuamente o desempenho geral e manter o foco na oferta de produtos e serviços de qualidade ao cliente.”³¹

Pois, a ISO 9001 com as suas ferramentas padronizadas, permitiu que fosse considerado um dos modelos mais seguros da implementação da Gestão da Qualidade numa organização, isto porque, apoia os seus objetivos e pretende que o cliente tenha plena confiança nos produtos e/ou serviços fornecidos. A ferramenta da qualidade mais célebre foi o ciclo PDCA (*Plan-Do-Check-Action*) que traduzido quer significar, planear-executar-verificar-atuar. Assim sendo, “**Planear** (plan)” tem a ver em “estabelecer os objetivos do sistema e os seus processos, bem como os recursos necessários para obter resultados de acordo com os requisitos do cliente e a políticas da organização e identificar e tratar riscos e oportunidades”; “**Executar** (do): implementar o que foi planeado”; “**Verificar** (check): monitorizar e (onde aplicável) medir os processos e os produtos e serviços resultantes por comparação com políticas, objetivos, requisitos e atividades

³¹ Site da SGS. Disponível em <https://www.sgs.pt/pt-pt/health-safety/quality-health-safety-and-environment/quality/quality-management-systems/iso-9001-certification-quality-management-systems>

planeadas e reportar os resultados”; “**Atuar** (act): empreender ações para melhorar o desempenho, conforme necessário.”³²

Este ciclo tornou-se bastante conhecido, sendo aplicado na melhoria contínua dos processos de gestão. O referido ciclo evidenciado pela figura 1.2.:



NOTA: Os números entre parêntesis fazem referência a seções nesta Norma.

Figura 1.2 - Ciclo PDCA

Fonte: Adaptado da NP EN 9001:2015, p.10

A norma ISO 9001 como já referido, tanto certifica produtos como serviços, independentemente do setor. Particularmente, no meio hospitalar tem sido prática comum os Laboratórios terem sido um dos primeiros serviços a serem acreditados e certificados, garantindo ao cliente uma maior confiança, nas análises clínicas realizadas. Neste exemplo dos Laboratórios, existem requisitos em comum entre a norma de referência da

³² Adaptado da NP EN ISO 9001:2015, p. 9 e 10

Accreditação de Laboratórios, a norma ISO/IEC 17025 e a norma ISO 9001 que tem servido de base para o desenvolvimento das normas de sistemas de gestão e respetiva certificação de empresas.

Corroborando o referido anteriormente, segundo Novo (2013, p.48 e 49) “a certificação das instituições de saúde é importante porque transmite aos utilizadores do serviço a concordância da organização com normas e regras estruturadas de acordo com os princípios da Gestão da Qualidade.” Bem como, mencionando o mesmo autor, que “quando uma instituição pretende obter a certificação ISO (*International Organization for Standardization*) é sujeita a um intenso escrutínio por parte de auditores devidamente especializados no sentido de verificarem o cumprimento face a um referencial escolhido para o processo de certificação.”

A norma ISO 9001 para além do ciclo PCDA, como uma das ferramentas importantes no seu sistema, possui ainda, oito princípios da gestão da qualidade inerentes a qualquer organização, que pretenda ser certificada. Para uma melhor compreensão dos oito princípios, aqui são descritos, através do quadro 1.2.:

Quadro 1.2 - Oito princípios da gestão da qualidade

Foco no cliente	Os trabalhadores da organização devem trabalhar para atender o cliente de forma satisfatória e agradável, pois sem os clientes a organização não obterá a sua fidelização.
Liderança	A organização deve ter solidez e estar por dentro dos avanços do mercado. Além disso, a organização deve oferecer as ferramentas necessárias para que todos os trabalhadores executem os processos com eficácia.
Compromisso das pessoas	Conforme explica o conceito de Gestão da Qualidade, a equipe de trabalho é um dos principais recursos da empresa.
Abordagem por processo	Trata-se da relação entre funcionários e as tarefas que são executadas na organização, além da relação entre a entrada e saída desses processos e a oferta de recursos para que a atividade seja bem desempenhada.
Contexto organizacional	Os processos devem ser visualizados como um sistema, onde tudo que faz parte do sistema interaja. A partir disso, os processos poderão ser avaliados e organizados.
Melhoria	Nesse princípio, a equipa adquire o conhecimento de como os processos devem ser realizados para atingirem a qualidade.
Tomada de decisão baseada em evidências	Através dos indicadores, das auditorias e análises feitas através do Sistema de Gestão da Qualidade, a gestão de topo poderá verificar as oportunidades e desafios da empresa, e assim tomar decisões que auxiliarão na melhoria dos serviços e produtos.
Gestão das relações	O raciocínio baseado no risco assegura que estes riscos são identificados, considerados e controlados ao longo do design e uso do sistema de gestão da qualidade.

Fonte: Elaboração própria, adaptado da NP EN 9001:2015, p.8

De acordo, com uma das linhas de orientação sobre processos, emanada pela organização ISO/IAF, “a secção 4.4 da ISO 9001 estabelece requisitos abrangentes para uma organização determinar e aplicar os processos necessários para o seu SGQ considerando também o ciclo PDCA (Plan – Do – Check – Act) para a melhoria contínua e integrando o “pensamento baseado no risco”.³³

Um Serviço hospitalar que queira ser certificado pela norma NP EN ISO 9001:2015, para além de ter que cumprir com todos os requisitos existentes na norma, tem que avaliar o desempenho dos requisitos. Essa avaliação está prevista, na norma, mais propriamente, no **ponto 9. Avaliação do Desempenho**, pois aqui o Serviço hospitalar vai determinar “o que deve ser monitorizado e medido, que métodos de monitorização, medição, análise e avaliação são necessários para assegurar resultados válidos, quando se deve proceder à monitorização e à medição e quando se deve proceder à análise e à avaliação dos resultados da monitorização e da medição.”³⁴ Uma ferramenta que auxilia nesta avaliação de desempenho são as auditorias internas, previstas no **ponto 9.2. da norma**, que ao serem “realizadas em intervalos planeados” vão “proporcionar informação sobre se o SGQ está em conformidade com os próprios requisitos da organização para o seu SGQ e com os requisitos da presente Norma”, assim como, poderem verificar se também “está eficazmente implementado e mantido.”³⁵ Para que, as auditorias internas corram como planeadas, a organização (o Hospital) “deve:

- a) planear, estabelecer, implementar e manter um programa de auditorias que inclua frequência, métodos, responsabilidades, requisitos de planeamento e reporte, o qual deve ter em consideração a importância dos processos envolvidos, alterações que tenham impacto na organização e os resultados das auditorias anteriores;
- b) definir os critérios da auditoria e o âmbito para cada auditoria;
- c) seleccionar auditores e conduzir auditorias de modo a assegurar a objetividade e a imparcialidade do processo de auditoria;
- d) assegurar que os resultados da auditoria são comunicados à gestão relevante;
- e) empreender as correções e as ações corretivas apropriadas sem atrasos indevidos;

³³ISO/IAF. Disponível em

<http://www.lipq.pt/PT/Normalizacao/FerramentasPME/Documents/DocumentosISO/Doc10%20-%20ISO%209001%20-%20Processos.pdf>

³⁴ NP EN ISO 9001:2015, 9. Avaliação do Desempenho, 9.1. Monitorização, medição, análise e avaliação

³⁵ NP EN ISO 9001:2015, 9.2. Auditoria interna

- f) reter informação documentada como evidência da implementação do programa de auditoria e dos resultados.”

Por último, os resultados das auditorias internas devem ser comunicados, quer à Direção do Serviço quer à gestão de topo (Conselho de Administração), de modo a desencadear as ações corretivas para eliminar as não conformidades e implementar as oportunidades de melhoria, continuando o processo de melhoria contínua.

Conclui-se, que uma organização que queira certificar vários serviços, os oito princípios do sistema de gestão da qualidade têm que estar bem definidos. É de extrema importância, que os recursos existentes num Hospital, nomeadamente os recursos humanos possuam uma interligação entre si, na aplicação das boas práticas. Nada se faz sozinho, o trabalho em equipa é fundamental para que um Hospital, possa prestar cuidados de saúde com qualidade. Essa qualidade vai-se refletir na fidelização dos utentes, na confiança entre as partes (Fornecedores => Hospital => Utes, que vai permitir que essas partes continuem a fornecer o Hospital ou os utentes recorram ao mesmo para serem prestados cuidados de saúde), haja uma gestão eficaz e eficiente dos recursos, permitir uma otimização dos processos para alcançar os resultados esperados, existir uma motivação das pessoas na sua participação na melhoria permanente do desempenho e por último, gerar valor para o Hospital e para as partes interessadas.

Portanto, nenhum ciclo respeitante à implementação do SGQ nos Serviços do Hospital, para a obtenção da certificação pela NP EN ISO 9001:2015, ficou completo sem ter havido uma monitorização, através da realização de auditorias internas, que permitiram assim, a continuidade do sistema, em busca da melhoria contínua.

2. AUDITORIA INTERNA

Segundo, Valencio & Nogueira (2013, p.20) “são vários os indícios de que a auditoria, remonta acerca de 4000 a.C, em que já eram feitas auditorias na Babilónia, China e Egipto. Nesses tempos as auditorias relacionavam-se com a cobrança de impostos e com o controlo dos stocks de alimentação.”

Em 1314, de acordo com Silva (2016, p.4), “o cargo de Auditor do Tesouro é criado em Inglaterra e é neste mesmo país que a auditoria passa por grandes desenvolvimentos.”

No século XIX, a 11 de dezembro de 1854 foi fundado *The Institute of Chartered Accountants of Scotland (ICAS)*³⁶ considerado como o primeiro corpo profissional do mundo de Revisores Oficiais de Contas. E em 1880 foi criada *Institute of Chartered Accountants in England and Wales (ICAEW)*³⁷, um instituto relacionado com a profissão de contabilista, reunindo os profissionais de negócios mais famosos e os líderes empresariais de Londres, cuja missão do instituto era garantir a confiança nos negócios através dos seus membros, consideradas pessoas do mais alto nível empresarial.

Ainda, segundo Silva (2016, p.4) “no decorrer desta década, na França é criada a figura do Comissário de contas, em Itália é reconhecida a figura do auditor independente e na Alemanha é promulgado um código com referências específicas da revisão das contas.”

Como se pode verificar, a figura do auditor era muito relacionada às contas, à contabilidade, isto é, prevalecia a figura de auditor financeiro.

Entretanto, segundo o mesmo autor vão surgindo organismos ou associações que introduzem os “primeiros documentos técnicos sobre auditoria”, nomeadamente em 1887, “o *American Institute of Accountants (AIA)*, e teve o seu sucessor em 1957, o *American Institute of Certified Public Accountants (AICPA)*, que foi decisivo para a prática de auditoria, pois foi este o primeiro órgão a publicar normas de auditoria em 1948.”

Em 1929, surge a Grande Depressão, também conhecida mundialmente, como a Crise de 1929, causada por uma grande depressão económica que somente terminou com a 2.^a Guerra Mundial. A Crise de 1929 foi considerada a pior a mais longa recessão económica que existiu em pleno século XX, provocando altas taxas de desemprego, quedas drásticas

³⁶ Site www.icas.com

³⁷ Site www.icaew.com

do PIB de diversos países e na produção industrial, bem como nos preços das ações. Esta queda brutal dos preços das ações, foi conhecido como o *Crash* da Bolsa de Valores de Nova Iorque, dia em que milhares de acionistas perderam, de um momento para o outro, todo o dinheiro que possuíam em bolsa. Para Silva (2016, p.5) foi “após este *Crash* criado nos EUA, o *May Committee* cujo objetivo consiste na imposição de regras de auditoria e de contabilidade para todas as empresas que possuíssem ações para negociação na Bolsa de Valores, e que segundo Taborda (2015, p.13) “tornava-se assim obrigatória a auditoria independente das demonstrações financeiras dessas empresas, procurando a proteção dos investidores.”

Ainda na década de 30, era segundo Taborda (2015, p.14) “criada nos EUA a *Securities and Exchange Commission (SEC)* com o intuito de restabelecer a confiança dos investidores através da criação de um sistema de supervisão governamental para instituir padrões para a responsabilidade legal do auditor.”

Mais uma vez, estamos a assistir à existência de auditorias financeiras, que consequentemente passaram a ser certificadas legalmente em Portugal, através da figura do Revisor Oficial de Contas.

Em 1941, segundo Silva (2016, p.6) “é criada a entidade responsável pela criação, divulgação e promoção de melhores práticas de auditoria interna, o *Institute of Internal Auditors (IIA)*.” E em 1951, “surgiu a *Union Européenne des Experts Comptables Economiques et Financiers (UEC)* através de um acordo assinado por várias entidades profissionais representantes de vários países da Europa, sendo que Portugal estava entre os vários países.”

Com o evoluir da economia mundial e com o avanço tecnológico, existiu um grande desenvolvimento nas empresas e consequentemente uma maior complexidade destas. Isto originou uma maior preocupação sobre a credibilidade da informação financeira.

Devido a esta grande preocupação sobre a informação financeira, surgiu a necessidade de serem criados organismos que publicassem normas que auxiliassem a preparação das demonstrações financeiras, assim foi, segundo Silva (2016, p.6) “criado o *International Accounting Standards Committee (IASC)* em junho de 1973, que mais tarde, em 2001 passou a *International Accounting Standards Board (IASB)*. Em 1977 é criada a *International Federation of Accountants (IFAC)* e a primeira norma de auditoria por esta lançada data de 1980.

A definição de auditoria evoluiu ao longo de vários anos, tendo em conta a dimensão das organizações e a complexidade destas. Antigamente, associava-se à palavra auditoria, segundo Silva (2016, p. 1) “a deteção de erros, irregularidades e fraudes, mas com o decorrer do tempo, o seu papel começou a abranger também outras áreas, como é o caso, mais especificamente, da Auditoria Interna.”

Em pleno século XXI tornou-se comum ouvir e também referir a palavra auditoria, quer seja nas auditorias realizadas pelas designadas “*Big Four*”³⁸, pelo Tribunal de Contas ou pelas Entidades Pública Empresariais.

Ultimamente, através da comunicação social, tem se ouvido mencionar que, o Tribunal de Contas realizou auditoria no setor da saúde, no setor dos transportes, *et cetera.*, aqui são realizadas auditorias externas, sendo este, um órgão de soberania a sua grande preocupação, tem a ver com o controlo do dinheiro e valores públicos, garantindo a boa gestão dos mesmos, contribuindo para “a clarificação da natureza do controlo, através da consagração expressa da apreciação da gestão, segundo critérios de economicidade, eficiência e eficácia, bem como da possibilidade de realização de auditorias de qualquer tipo ou natureza.”³⁹

Foi interessante observar como a palavra auditoria se tornou tão mencionada nos tempos atuais. Qualquer entidade que possua situações que não cumpram as boas práticas, os códigos de conduta, os códigos de ética deontológica ou que também indiciem fraudes, corrupções ou outro tipo de irregularidades, sugere a realização de auditorias internas para conhecer os factos que originaram tais infrações.

Segundo Morais & Martins (2013, p.20-23) existem vários tipos de auditorias, que “*podem ser classificadas atendendo a diferentes critérios*”, nomeadamente, “*quanto ao conteúdo e afins*”, que incluem “*uma vasta gama de auditorias, financeiras e não financeiras, tendo, estas últimas, registado um maior desenvolvimento e diversificação, dependendo do seu objetivo.*”. Sucintamente, o exposto anteriormente foi explanado para melhor compreensão, através do quadro 2.1:

³⁸ KPMG, EY, PwC e Deloitte.

³⁹ Site do tribunal de Contas. Disponível em https://www.tcontas.pt/pt/apresenta/actualidade/sit_act.pdf

A implementação do Sistema de Gestão da Qualidade no meio hospitalar e o papel da Auditoria Interna: o caso do HDFS, EPE

Quadro 2.1 - A Auditoria classificada segundo diferentes critérios

<u>Quanto ao conteúdo e fins</u>	<u>Auditoria das demonstrações financeiras</u> : consiste num exame às demonstrações financeiras com o objetivo de expressar uma opinião sobre a conformidade, ou não, de acordo com os critérios pré-estabelecidos, os princípios contabilísticos geralmente aceites e as normas de contabilidade. Os resultados da auditoria são comunicados a uma vasta gama de utilizadores.
	<u>Auditoria de conformidade</u> : consiste na verificação do cumprimento, pela entidade auditada, das condições, regras e regulamentos especificados por diversas fontes, externas ou internas. Os resultados de uma Auditoria deste tipo são, geralmente, comunicados à autoridade que estabeleceu os critérios a cumprir.
	<u>Auditoria operacional</u> : consiste numa revisão sistemática das áreas operacionais da entidade, com o objetivo de avaliar a economia, eficiência e eficácia das atividades e, ou operações. Os resultados de uma Auditoria deste tipo são comunicados somente à entidade que a solicitou.
	<u>Auditoria de gestão</u> : consiste na avaliação da “performance” da entidade e o desempenho dos gestores.
	<u>Auditoria estratégica</u> : consiste na avaliação da conformidade das decisões com as políticas estratégicas previamente estabelecidas.
	Qualquer destes tipos de Auditoria pode ser desenvolvida pela atividade de auditoria interna.
<u>Quanto à amplitude</u>	<u>Auditoria geral</u> : envolve a entidade na sua globalidade.
	<u>Auditoria parcial</u> : envolve apenas a uma parte da entidade. Pode referir-se a uma atividade, operação ou um projeto.
<u>Quanto à frequência</u>	<u>Auditoria permanente</u> : realizada de forma regular, permitindo um acompanhamento continuado.
	<u>Auditoria ocasional</u> : realizada de forma esporádica, por solicitação pontual.
<u>Quanto ao período temporal</u>	<u>Auditoria da informação histórica</u> : o objeto é o conjunto da informação histórica, cuja auditoria é elaborada “à posteriori”.
	<u>Auditoria da informação previsional ou prospetiva</u> : o objeto é o conjunto da informação previsional ou prospetiva, cuja auditoria é elaborada “à priori”. Baseia-se em técnicas de avaliação acerca da validade de previsões.
<u>Quanto à obrigatoriedade</u>	<u>Auditoria de fonte legal</u> : baseada em normativo legal. Por exemplo, em Portugal, a revisão legal de contas é uma auditoria exclusivamente financeira de fonte legal (regulamentada pelo código das Sociedades Comerciais (CSC) – Decreto – Lei n.º 76-A/2006 e Estatutos da Ordem dos Revisores Oficiais de Contas – Decreto – Lei n.º 224/2008, de 20 de novembro), sendo obrigatória. Nos hospitais E.P.E. as auditorias internas são obrigatórias (Decreto - Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro).
	<u>Auditoria de fonte contratual</u> : baseada num contrato de prestação de serviços, sendo facultativa.
<u>Quanto ao sujeito que a efetua</u>	<u>Auditoria externa</u> : se efetuada por profissionais externos não subordinados à entidade. Normalmente são auditorias ocasionais.
	<u>Auditoria interna</u> : se efetuada por quadros da entidade ou não, normalmente organizados num departamento, subordinados à autoridade máxima. São sempre auditorias permanentes.

Fonte: Elaboração própria, adaptado de Morais & Martins (2013, p.20-23)

2.1. Definição da auditoria interna

Em 1941, em Nova Iorque, foi criado o *Institute of Internal Auditors* (IIA), organização sem fins lucrativos de Auditoria Interna, “*que contribuiu para o desenvolvimento da atividade dos auditores internos a nível mundial.*” A auditoria interna foi definida pelo IIA, como uma atividade independente, de garantia e de consultoria, destinada a aumentar a qualidade e melhorar as operações de uma organização. Assim, acompanha a organização na consecução dos seus objetivos, através de uma abordagem sistemática e disciplinada, para a avaliação e melhoria da eficácia dos processos de gestão de riscos, controlo e governação (tradução livre).

O Instituto Português de Auditoria Interna, também designado por IPAI, traduziu auditoria interna como “uma atividade independente, de garantia (*assurance*) e de consultoria, destinada acrescentar valor e a melhorar as operações de uma organização. Ajuda a organização a alcançar os seus objetivos, através de uma abordagem sistemática e disciplinada na avaliação e melhoria da eficácia dos processos de gestão de risco, de controlo e de governação.”

A auditoria interna, segundo Tabora (2015, p. 15), foi definida “como uma técnica de controlo de gestão que incide na análise, verificação e avaliação das atividades da entidade e da eficácia e conformidade do funcionamento de outras técnicas de controlo.” Quando se refere ao Serviço de Auditoria Interna, o mesmo autor esclarece que “consiste num serviço criado pela (e para a) própria entidade, contribuindo para o auxílio do órgão de gestão no cumprimento dos objetivos organizacionais.”

Vários, são os autores, Rubio, A., Silva, J. & Guimarães (2014, Revista) que definem “a função da auditoria interna como contínua, ela atua na organização para garantir e preservar a ‘saúde’ da mesma, pois somente através de exames periódicos e sucessivos é que poderá apresentar um parecer/relatório confiável, seguro, completo”.

Para Pinheiro (2010, p. 23), “a função da auditoria interna dentro de uma organização passa por efetuar um plano de ações de auditoria em função do risco, solucionar problemas e efetuar as devidas recomendações tendo em conta a relação entre o custo que essas recomendações acarretam e o respetivo benefício.” O que quer isto dizer, é que uma entidade deve em primeiro lugar identificar os riscos existentes em cada serviço, avaliá-los e de seguida realizar uma auditoria interna, de modo a concluir onde se devem

implementar medidas. Estas, podem ser preventivas, corretivas e/ou detetivas, para minimizar riscos que afetem, a eficiência, a eficácia e a economia de qualquer entidade.

Entretanto, para as autoras Moraes & Martins (2013, p. 309), “a auditoria interna é hoje uma atividade com responsabilidade social, enfrentando um constante desafio devido às mudanças das entidades, ao desenvolvimento e surgimento de novas tecnologias, às diferentes e novas áreas de atuação. O seu principal objetivo é acrescentar valor à organização e o sucesso da sua atividade depende sempre da competência e boa utilização dos recursos, das decisões adequadas e da transparência de informação.”

Mas, segundo Almeida (2017, p.19), “a auditoria interna é uma função de avaliação independente, tradicionalmente efetuada por profissionais que são funcionários da organização, estabelecida dentro da mesma com o intuito de examinar e avaliar as suas atividades. Como parte de uma organização, o objetivo de uma auditoria interna é assistir os seus membros no desempenho efetivo das suas funções, sendo-lhes fornecido análises, avaliações, recomendações, conselhos e informações relacionadas com as atividades analisadas.”

No que diz respeito, ao Sistema de Gestão da Qualidade, pode-se fazer o paralelismo com a norma NP EN ISO 9001:2015, que refere no seu ponto 9. “Avaliação do desempenho”, subponto “9.2. Auditoria Interna: proporcionar informação sobre se o sistema de gestão da qualidade está em conformidade e eficazmente implementado e mantido (quem faz a avaliação se tal sucede é a revisão pela gestão). Continua-se assim, com as auditorias internas para avaliar o desempenho da entidade e só através destas verificar se o SGQ está a ser corretamente cumprido, e por fim permitir uma melhoria contínua por parte dos Serviços e Hospital num todo.

No âmbito geral, a auditoria interna foi sempre uma análise de processos, que não foram ou não são mais, que etapas definidas para averiguar a conformidade e eficiência da gestão e, assim melhorar esses mesmos processos, e consequentemente os controlos internos existentes na organização.

2.2. Código de Ética, a sua aplicabilidade

Qualquer organização seja pública ou privada deve possuir um código de ética para que os seus trabalhadores saibam quais os princípios a manter na função que exercem dentro da organização que os contratou.

Ora, o mesmo acontece, com os profissionais da auditoria interna, aquelas pessoas que exercem a função de auditores internas dentro da organização que os contratou, independentemente do vínculo contratual.

De acordo, com o *IIA*⁴⁰ todos os seus membros possuam ou não as certificações profissionais, “devem aplicar e manter os seguintes princípios:

1. Integridade

A Integridade dos auditores internos estabelece confiança e, portanto, fornece a base para a confiança em seu julgamento.

2. Objetividade

Os auditores internos exibem o mais alto nível de objetividade profissional na recolha, avaliação e comunicação de informações sobre a atividade ou processo que está sendo examinado. Os auditores internos fazem uma avaliação equilibrada de todas as circunstâncias relevantes e não são indevidamente influenciados por seus próprios interesses ou por outros na formação de julgamentos.

3. Confidencialidade

Os auditores internos respeitam o valor e a propriedade das informações que recebem e não divulgam informações sem a devida autoridade, a menos que haja uma obrigação legal ou profissional de fazê-lo.

4. Competência

Os auditores internos aplicam os conhecimentos, habilidades e experiência necessários no desempenho dos serviços de auditoria interna.”

Estes princípios são considerados Regras de Conduta que os auditores internos no exercício da sua função devem cumprir. Assim, o *IIA* no seu site descreve essas regras:

⁴⁰ Site do IIA. Disponível em <https://na.theiia.org/standards-guidance/mandatory-guidance/Pages/Code-of-Ethics.aspx>

"1. Integridade

Auditores internos:

- 1.1. Deverá realizar seu trabalho com honestidade, diligência e responsabilidade.
- 1.2. Deverá observar a lei e fazer divulgações esperadas pela lei e pela profissão.
- 1.3. Não deve conscientemente ser parte de qualquer atividade ilegal ou se envolver em atos que sejam desacreditáveis para a profissão de auditoria interna ou para a organização.
- 1.4. Deve respeitar e contribuir para os objetivos legítimos e éticos da organização.

2. Objetividade

Auditores internos:

- 2.1. Não deve participar em qualquer atividade ou relacionamento que possa prejudicar ou presumir que prejudique sua avaliação imparcial. Essa participação inclui as atividades ou relacionamentos que possam estar em conflito com os interesses da organização.
- 2.2. Não aceitará nada que possa prejudicar ou presumir que prejudique seu julgamento profissional.
- 2.3. Devem divulgar todos os fatos relevantes conhecidos que, se não divulgados, podem distorcer o relato de atividades sob revisão.

3. Confidencialidade

Auditores internos:

- 3.1. Deve ser prudente no uso e proteção das informações adquiridas no curso de suas funções.
- 3.2. Não usará informações para qualquer ganho pessoal ou de qualquer maneira que seja contrário à lei ou que prejudique os objetivos legítimos e éticos da organização.

4. Competência

Auditores internos:

- 4.1. Envolver-se apenas nos serviços para os quais eles tenham o conhecimento, habilidades e experiência necessários.

4.2. Deverá realizar serviços de auditoria interna de acordo com as *Normas Internacionais para a Prática Profissional de Auditoria Interna*.

4.3. Melhorará continuamente sua proficiência e a eficácia e qualidade de seus serviços.

Portanto, aqui foi descrito toda a conduta ética e deontológica que um profissional de auditoria interna deve possuir.

2.3. Normas internacionais para a prática da auditoria interna

A prática da auditoria interna possui normas que são aplicáveis em todo o mundo, designadas de Normas Internacionais para a Prática Profissional de Auditoria Interna (NIPPAI), que segundo Morais & Martins (2013, p. 55), “registaram uma reforma substancial em outubro de 2008 e revistas em outubro de 2012.” Estas normas internacionais, quer isto dizer, que quem pratica a profissão de auditor interna, aplica as mesmas normas quer em Portugal quer nos EUA ou noutro país qualquer. Para isso, segundo as mesmas autoras “o desenvolvimento e emissão de normas é um processo contínuo, sujeito previamente a uma consulta e discussão exaustiva, a nível internacional, antes da sua emissão. É sempre publicada uma versão rascunho, na página *Web* do *IIA*, a fim de serem obtidos os comentários e sugestões.”

No site do *IIA*, “os propósitos das Normas são:

1. Orientar a aderência com os elementos mandatórios da Estrutura Internacional de Práticas Profissionais.
2. Fornecer uma estrutura para a execução e promoção de um amplo espectro de serviços de auditoria interna de valor agregado.
3. Estabelecer as bases para a avaliação de desempenho da auditoria interna.
4. Promover a melhoria dos processos e operações organizacionais.”⁴¹

⁴¹ Site do *IIA*. Normas Internacionais para a Prática Profissional de Auditoria Interna. Disponível em <https://na.theiia.org/translations/PublicDocuments/IPPF-Standards-2017-Portuguese.pdf>

Mas, á que referir, que é descrito no IIA, que “as Normas são um conjunto de requisitos obrigatórios, com base em princípios consistidos de:

- Declarações dos requerimentos fundamentais para a prática profissional de auditoria interna e para a avaliação da eficácia do desempenho que são internacionalmente aplicáveis às organizações e aos indivíduos.
- Interpretações esclarecendo termos ou conceitos contidos nas Normas.”

Portanto, qualquer auditor interno no exercício das suas funções deve ter em consideração as NIPPAI e o Código de Ética, estando assim em conformidade “com todos os elementos obrigatórios da Estrutura Internacional de Práticas Profissionais.”

2.4. A importância da auditoria interna

A auditoria interna tem por fim, desenvolver planos de ação que auxiliem a administração de uma organização a atingir os seus objetivos, através da avaliação dos controlos internos, quer sejam contabilísticos, económico-financeiros quer operacionais da organização.

A importância da existência da auditoria interna numa organização, permite efetuar a revisão, a avaliação e a monitorização dos controlos internos, de modo a verificar o cumprimento das políticas definidas pela administração da organização e se, estas foram ou não conformes com a legislação existente.

Além disso, a auditoria interna depende das informações existentes do controlo interno, porque se focaliza em examinar os procedimentos documentais existentes e verificar se estes foram cumpridos no dia-a-dia, dando assim conhecimento à gestão do que se passa efetivamente na organização.

Com um mundo totalmente globalizado, e com enormes avanços tecnológicos, a competitividade no mercado é cada vez mais acentuada, sendo de extrema importância o papel da auditoria interna para melhorar todos os processos e toda a segurança nas informações das organizações, de forma a capacitar a gestão de topo na tomada de decisões assertivas. O Serviço de Auditoria Interna está diretamente ligado ao Conselho

de Administração, para fornecer maior segurança nas informações, e contribuir para um melhor desempenho nas atividades de toda a organização.

No final de 2005, foi legislado para os hospitais E. P. E. a função de auditor interno, através do Decreto –Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro, cujo ponto n.º 1 referia “No hospital E. P. E. deve existir um auditor com a devida qualificação, designado pelo conselho de administração, a quem compete proceder ao controlo interno nos domínios contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos.” Este Decreto –Lei foi tendo alterações ao longo destes anos, e de função de auditoria interna passou a designar-se um Serviço de Auditoria Interna, constituído por um Diretor e no mínimo por três técnicos superiores, de acordo com o Decreto-Lei n.º 244/2012, de 9 de novembro.

Mas, no início de 2017, foram estabelecidos os novos Estatutos dos Hospitais, Centros Hospitalares e Institutos Públicos de Oncologia, EPE., através do Decreto – Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro ([Anexo 5](#)), sendo referido no artigo 19.º, o Serviço de Auditoria Interna com as suas competências e funções, da qual se transcreve neste projeto, através do quadro 2.2.:

Quadro 2.2 - Decreto-Lei n.º 18/2017, 10/2 – Estatutos dos Hospitais, CH e IPO's

Decreto – Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro
<u>Artigo 19.º - Serviço de Auditoria Interna</u>
<i>1 — Ao serviço de auditoria interna compete a avaliação dos processos de controlo interno e de gestão de riscos, nos domínios contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos, contribuindo para o seu aperfeiçoamento contínuo.</i>
<i>2 — Ao serviço de auditoria interna compete em especial:</i>
<i>a) Fornecer ao conselho de administração análises e recomendações sobre as atividades revistas para melhoria do funcionamento dos serviços;</i>
<i>b) Receber as comunicações de irregularidades sobre a organização e funcionamento do hospital, E. P. E., apresentadas pelos demais órgãos estatutários, trabalhadores, colaboradores, utentes e cidadãos em geral;</i>
<i>c) Elaborar o plano anual de auditoria interna;</i>
<i>d) Elaborar anualmente um relatório sobre a atividade desenvolvida, em que se refiram os controlos efetuados, as anomalias detetadas e as medidas corretivas a adotar;</i>
<i>e) Elaborar o plano de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas e os respetivos relatórios anuais de execução.</i>
<i>(...)</i>
<i>11 — No âmbito da sua atividade, o serviço de auditoria interna colabora com a ACSS, I. P., a Administração Regional de Saúde respetiva e a IGAS.</i>
<i>12 — O plano anual de auditoria e o relatório anual de auditoria são aprovados e submetidos pelo conselho de administração às entidades referidas no n.º 8, respetivamente, até 15 de dezembro e 15 de março de cada ano.</i>
<i>13 — O plano de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas e os respetivos relatórios anuais de execução são aprovados e submetidos pelo conselho de administração ao conselho de prevenção da corrupção e aos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde.</i>
<i>14 — O serviço de auditoria interna depende, em termos orgânicos, do presidente do conselho de administração.</i>
<i>15 — No sentido de obter informação adequada para o desenvolvimento das suas competências, o serviço de auditoria interna tem acesso livre a registos, documentação, computadores, instalações e pessoal do hospital, E. P. E., com exceção dos registos clínicos individuais dos utentes.</i>

Fonte: Elaboração própria, adaptado do diploma citado

Nos Hospitais EPE., o Serviço de Auditoria Interna (SAI), deve possuir uma estreita relação com o Conselho de Administração (CA), no que se refere à existência de um Sistema de Controlo Interno eficaz e eficiente, e à existência de um Regulamento interno de comunicação de irregularidades, previsto no artigo 20.º do Decreto – Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, porque o SAI deve avaliar o conjunto de estratégias, as políticas, os processos, as regras e procedimentos que estejam estabelecidos no Hospital e o CA deve assegurar a implementação das medidas propostas pelo SAI depois de avaliado o Sistema de Controlo Interno.

Para uma melhor compreensão do que atrás referido, transcreve-se o artigo 20.º do diploma já referido, para o seguinte quadro 2.3:

Quadro 2.3 - Estatutos dos Hospitais, CH e IPO's – SCI e comunicação de irregularidades

Decreto – Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro
<u>Artigo 20.º - Sistema de controlo interno e de comunicação de irregularidades</u>
1 — O hospital E. P. E., dispõe de um sistema de controlo interno e de comunicação de irregularidades, competindo ao conselho de administração assegurar a sua implementação e manutenção e ao auditor interno a responsabilidade pela sua avaliação.
2 — O sistema de controlo interno compreende o conjunto de estratégias, políticas, processos, regras e procedimentos estabelecidos no hospital E. P. E., com vista a garantir: a) Um desempenho eficiente da atividade que assegure a utilização eficaz dos ativos e recursos, a continuidade, segurança e qualidade da prestação de cuidados de saúde, através de uma adequada gestão e controlo dos riscos da atividade, da prudente e correta avaliação dos ativos e responsabilidades, bem como da definição de mecanismos de prevenção e de proteção do serviço público contra atuações danosas; b) A existência de informação financeira e de gestão que suporte as tomadas de decisão e os processos de controlo, tanto no nível interno como no externo; c) O respeito pelas disposições legais e regulamentares aplicáveis, bem como pelas normas profissionais e deontológicas aplicáveis, pelas regras internas e estatutárias, regras de conduta e de relacionamento, orientações tutelares e recomendações aplicáveis de entidades externas como o Tribunal de Contas.
3 — O sistema de controlo interno tem por base um adequado sistema de gestão de risco, um sistema de informação e de comunicação e um processo de monitorização que assegure a respetiva adequação e eficácia em todas as áreas de intervenção.
4 — Mediante proposta do serviço de auditoria interna, deve ser aprovado pelo conselho de administração do hospital E. P. E., um regulamento que defina as regras e procedimentos de comunicação interna de irregularidades, através do qual possam ser descritos factos que indiciem: a) Violação de princípios e disposições legais, regulamentares e deontológicas por parte dos membros dos órgãos estatutários, trabalhadores, fornecedores de bens e prestadores de serviços no exercício dos seus cargos profissionais; b) Dano, abuso ou desvio relativo ao património do hospital E. P. E., ou dos utentes; c) Prejuízo à imagem ou reputação do hospital E. P. E.

Fonte: Elaboração própria, adaptado do diploma citado

Conclui-se, que o Serviço de Auditoria Interna, através do exposto em diploma legal, foi, é, e será, sempre muito importante para a entidade hospitalar, porque avalia todo o Sistema de Controlo Interno (SCI), da qual pode emitir recomendações para o Conselho de Administração implementar. Ou seja, o SAI partindo da avaliação do SCI do Hospital e da identificação de riscos organizacionais, deve auditar atividades, processos, procedimentos, *et cetera* quer sejam da gestão económico-financeira quer sejam da gestão da qualidade, para poder emitir soluções ou recomendações ao CA, de modo que este implemente no Hospital e por fim, se faça uma monitorização para uma melhoria contínua de toda a organização em si.

3. A IMPLEMENTAÇÃO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE NO HDFS, EPE. E O PAPEL DA AUDITORIA INTERNA

3.1. Caracterização do HDFS, EPE.

Em 5 de dezembro de 1839, foi fundada a primeira unidade de tratamentos hospitalares, que surgiu integrada na Santa Casa da Misericórdia.

O atual Edifício Hospitalar, encontra-se construído em terrenos cedidos em 1839, para a instalação de Pavilhões para a Colónia Balnear, mas que em 1959 foram cedidos, a título precário e gratuito, para a construção do Sanatório Hélio-Marítimo da Figueira da Foz.

A Junta Distrital de Coimbra, em 1970, propôs que o Edifício Hospitalar fosse cedido ao Ministério da Saúde e Assistência, situação que ocorreu em março de 1971, com a criação do Centro Hospitalar de Coimbra, que integrava o Hospital Ortopédico e de Recuperação e o designado Sanatório Hélio-Marítimo.

Em março de 1972, por despacho do secretário de Estado da Saúde e Assistência, o Hospital Concelhio da Figueira da Foz, a funcionar na Santa Casa da Misericórdia, foi qualificado de Hospital Distrital.

O edifício do Hospital Ortopédico e de Recuperação, que esteve encerrado mais de dez anos após a sua construção, foi desvinculado do Centro Hospitalar de Coimbra, em novembro de 1974 e convertido em Hospital Distrital Polivalente. Assim, foi possível a fusão da ex-casa da Mãe (Maternidade) ao ex-Hospital da Misericórdia, o que permitiu um suporte jurídico indispensável à regularização da situação.

Em maio de 1975 procedeu-se à transferência de todos os serviços da Santa Casa da Misericórdia para o estabelecimento hospitalar.

Passados vinte e sete anos, mais precisamente a 10 de dezembro de 2002, o Hospital Distrital da Figueira da Foz, SPA passa a sociedade anónima (S.A.), mas com capitais exclusivamente públicos e assim permanece até 2005.

Através do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro, de sociedade anónima é convertido a entidade pública empresarial, e passa a designar-se Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE, também designado de HDFS, EPE.

O HDFS, EPE situa-se na Gala, Freguesia de São Pedro, Concelho da Figueira da Foz.

De acordo, com o Relatório e Contas de 2016⁴², aprovado pelos acionistas (Ministério da Saúde e Ministérios das Finanças) e publicado, quer site do HDFF, EPE quer no portal do SNS, o Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE possuiu um modelo organizativo que “assenta numa filosofia departamental, com uma lotação de 154 camas, distribuídas por Área Cirúrgica (70), Área Médica (63), pediatria e Unidade de Internamento de Curta Duração (12).”

No que diz respeito, à “capacidade instalada conta ainda com 43 gabinetes de Consulta Externa, 1 sala de pequena cirurgia da Consulta Externa, 1 sala de Bloco Operatório – Cirurgia Urgente, 2 sala de Bloco Operatório – Cirurgia Convencional, 1 sala de Bloco Operatório – Cirurgia de Ambulatório, 1 sala de pequena cirurgia da Urgência, 3 camas e 10 cadeirões em Hospital de Dia e 3 camas da Unidade de Recobro.”

No referido Relatório e Contas de 2016, a lotação em termos de número de camas no HDFF, EPE estava distribuída, como evidencia a figura 3.1.:

Serviço	Lotação (N.º Camas)
Especialidade	
Área Cirúrgica	
Cirurgia Geral	28
Ortopedia	32
Especialidades Cirúrgicas	
Ginecologia	4
Oftalmologia	1
Otorrino	1
Urologia	4
Área Médica	
Medicina Interna	38
Especialidades Médicas	
Cardiologia	4
Gastrenterologia	2
Neurologia	4
Oncologia Médica	3
Pneumologia	12
Pediatria	
Pediatria	8
Pediatria Neonatal	1
Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD)	
	12
	154

Figura 3.1 – Capacidade instalada em 2016

Fonte: Relatório e Contas de 2016, p. 20

⁴² Relatório e Contas do HDFF, EPE do ano 2016 encontra-se publicado no site do Hospital. Disponível em http://www.hdfigueira.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/12/2018/12/Relatorio-e-Contas-2016_dez18.pdf

O HDFS, EPE possui “Urgência Médico-Cirúrgica, com urgência de adultos e de pediatria, funciona 24/24 horas e integra a VMER.”

No ano de 2016, a atividade assistencial do Hospital, distribuiu-se, como se evidencia no quadro 3.1.:

Quadro 3.1 – Atividade assistencial

Indicador	2013	2014	2015	2016	Var. % 2015-2016
N.º Doentes Saídos	6.135	6.190	6.301	6.102	-3,2%
N.º Doentes Saídos por cama	39	40	41	40	-2,2%
Dias de Internamento (Dtes saídos)	42.663	42.552	44.918	44.627	-0,6%
Demora Média (dias)	6,98	6,87	7,13	7,34	0,21
Taxa de Ocupação (%)	74,9%	75,7%	79,1%	79,7%	0,6%
Taxa de Mortalidade (%)	7,7%	6,6%	6,9%	7,8%	0,9%
N.º Doentes Intervencionados	4.286	4.764	5.151	5.301	2,9%
N.º Episódios de Urgência	71.679	71.088	72.451	75.470	4,2%
N.º Sessões Hdia	5.966	6.510	7.150	8.055	12,7%

Fonte: Relatório e Contas de 2016, p. 22

O quadro 3.1. resume a atividade do HDFS, EPE, nas suas grandes áreas de produção: internamento, bloco operatório, urgência e hospital de dia, à exceção das consultas externas. No que diz respeito, ao **internamento**⁴³ foram tratados 6.102 doentes (houve uma diminuição de 3,2% face a 2015); relativamente ao **n.º de doentes intervencionados** foram 5.301 (o que correspondeu a 7.098 intervenções cirúrgicas); quanto ao **n.º de episódios de urgências** foram atendidos 75.470 doentes (sendo 27,8% da Urgência Pediátrica e 72,2% da Urgência Geral) e por último, o **n.º de sessões de Hospital de Dia** foram de 8.055, realizadas a 2.961 doentes (correspondeu a uma média de 32 sessões por dia útil). Em 2016, as **Consultas Externas** foram realizadas 95.466 consultas, como demonstra o quadro 3.2.:

Quadro 3.2 – Número de Consultas Externas

Indicador	2013	2014	2015	2016	Var. % 2015-2016
Primeiras Consultas Médicas	23.756	26.360	28.412	30.487	7,3%
Consultas Médicas Subsequentes	57.299	57.764	60.862	59.852	-1,7%
Consultas Não Médicas	2.316	2.960	3.491	5.127	46,9%
Total de Consultas:	83.371	87.084	92.765	95.466	2,9%

Fonte: Relatório e Contas de 2016, p. 34

⁴³ Sublinhado a autora do projeto, para se distinguirem as áreas de produção

A implementação do Sistema de Gestão da Qualidade no meio hospitalar e o papel da Auditoria Interna: o caso do HDFS, EPE

Quanto à atividade financeira, o HDFS, EPE apresentou os resultados expostos no quadro 3.3.:

Quadro 3.3. – Indicadores económico-financeiros

Indicadores Económico - Financeiros			
Indicadores	2014	2015	2016
Contas de Resultados			
Volume de negócios	27.973.545,54 €	25.387.460,31 €	26.921.148,79 €
Subsídios à Exploração	72.448,94 €	82.873,60 €	90.552,50 €
Resultados Operacionais	3.173.803,55 €	383.343,41 €	222.948,29 €
EBITDA	3.885.091,87 €	958.549,69 €	828.756,54 €
Resultados Financeiros	0,00 €	4,03 €	29,14 €
Resultado Líquido do Exercício	2.738.910,97 €	375.876,84 €	203.038,69 €
Meios Líquidos Brutos Exploração	4.287.335,43 €	1.050.409,41 €	841.208,05 €
Meios Líquidos Brutos Totais	4.998.623,75 €	1.625.615,69 €	1.447.016,30 €
Meios Líquidos Líquidos	3.852.442,85 €	1.042.942,84 €	821.298,45 €
Estrutura do Balanço*			
Ativo Não Corrente	9.124.117,25 €	9.086.994,80 €	9.029.170,62 €
Ativo Corrente	10.516.232,77 €	11.797.270,49 €	14.093.771,82 €
Ativo Total	19.640.350,02 €	20.884.265,29 €	23.122.942,44 €
Capital Próprio	4.149.278,70 €	4.557.128,40 €	4.737.059,47 €
Passivo Não Corrente	488.690,82 €	446.696,81 €	281.696,81 €
Passivo Corrente	15.002.380,50 €	15.880.440,08 €	18.104.186,16 €
Passivo Total	15.491.071,32 €	16.327.136,89 €	18.385.882,97 €
Rácios de Situação ou Estrutura			
Fundo de Manéio	(4.486.147,73 €)	(4.083.169,59 €)	(4.010.414,34 €)
Liquidez Geral	0,70	0,74	0,78
Liquidez Reduzida	0,67	0,70	0,74
Endividamento Total (%)	0,76	0,76	0,78
Endividamento Remunerado (%)	0,00	0,00	0,00
Rácios de Gestão ou Atividade			
Prazo Médio Recebimento de Utentes (dias)	140	149	148
Prazo Médio Pagamento (dias) ***	236	133	164
Rotação do Ativo	1,42	1,22	1,16
Prazo Médio de Rotação de Inventários (dias)	33,3	44,7	59,4
Rácios de Solvabilidade e Autonomia			
Autonomia Financeira	0,21	0,22	0,20
Imobilização dos Capitais Permanentes	0,45	0,50	0,52
Solvabilidade Geral	0,27	0,28	0,26
Rácio de Rendibilidade			
Rendibilidade Líquida da Prestação de Serviços (%)	0,10	0,01	0,01
EBITDA em percentagem do Volume Negócios (%)	0,14	0,04	0,03
Rendibilidade do Ativo (%)	0,20	0,05	0,01
Rendibilidade dos Capitais Próprios (%)	0,66	0,08	0,04
Outros Rácios			
Valor Acrescentado Bruto (VAB)	20.677.368,16 €	17.918.041,41 €	18.666.752,62 €
Prestações de Serviços per Capita****	43.504,74 €	38.524,22 €	41.100,99 €
VAB/per Capita****	32.157,65 €	27.189,74 €	28.498,86 €
Peso dos CMVMC nos Proveitos Operacionais	14,9%	17,9%	16,9%
Peso dos Custos c/Pessoal nos Proveitos Operacionais	55,8%	62,2%	64,1%
Acréscimo de Dívida Vencida a fornecedores externos (relativo a dez n-1)	(3.029.809,21 €)	873.519,11 €	(28.430,97 €)

* Os valores de balanço para o ano de 2014, foram re-expressos com os efeitos da transição de POCMS para SNC e com os impactos dos erros nos termos na NCRF 4.
 ** Conversão de Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde (POCMS) para Sistema de Normalização Contabilística.
 *** De acordo com a RCM n.º 34/2008, de 22 de fevereiro, com as alterações introduzidas pelo Despacho n.º 9870/2009, de 13 de abril.
 **** Foi considerado o pessoal em "ETC", excluindo os que pertencem ao quadro mas em funções noutras instituições.

Fonte: Relatório e Contas de 2016, p. 23

No que se refere aos recursos humanos do HDFS, EPE, a 31 de dezembro de 2016, “o hospital tinha um total de 608 efetivos, 42 trabalhadores independentes, 13 trabalhadores

afetos a empresas externas e ainda 2 protocolos.” Sendo, “do total de efetivos, 48,5% possuíam contrato em funções públicas e 44,2% contrato individual de trabalho.”⁴⁴

3.1.1. Missão, Visão, Valores

A Missão do HDFS, EPE tem a ver com “a prestação de cuidados de saúde diferenciados, de qualidade, em articulação com os cuidados de saúde primários e demais hospitais integrados na rede do Serviço Nacional de Saúde, utilizando adequadamente os seus recursos humanos e materiais de acordo com os princípios de eficácia e eficiência, procurando a melhoria contínua dos cuidados tendo em conta as necessidades e as expectativas dos utentes.”

Quanto à visão “o Hospital e os seus profissionais exercem a sua atividade, através de procedimentos e atitudes assentes em práticas humanistas e princípios estruturais, num quadro de permanente e atuante disponibilidade, de dignificação humana e profissional, de responsabilização e de diálogo. Tornar o Hospital numa unidade de referência na região pela prestação de cuidados de saúde diferenciados e de qualidade e autossustentável económico-financeiramente, com urgência médico-cirúrgica.”

O HDFS, EPE ainda possui como valores e princípios:

- a) Respeito pela dignidade humana, diversidade cultural e pelos direitos dos utentes;
- b) Universalidade no acesso a cuidados de saúde e equidade no tratamento;
- c) Primazia à pessoa do utente;
- d) Honestidade, sinceridade e franqueza no relacionamento com os utentes, seus familiares e entre os profissionais;
- e) Elevados padrões de humanização, qualidade e competência técnica e científica dos serviços prestados;
- f) Espírito de equipa, integridade, confidencialidade, privacidade e cordialidade;
- g) A mudança como motor do desenvolvimento, focada nos seus profissionais;

⁴⁴ Relatório e Contas do HDFS, EPE do ano 2016, p. 62

- h) Eficácia e eficiência na utilização de todos os recursos ao seu dispor;
- i) Respeito pela tradição histórica e cultural do HDFF, EPE assumindo cada profissional o dever de contribuir positivamente para o seu engrandecimento;
- j) Responsabilidade social; e
- k) Respeito pelo ambiente.”

3.1.2. Área de influência

A área de influência do HDFF, EPE “abrange os concelhos da Figueira da Foz e de Montemor-o-Velho e parcialmente, os concelhos de Soure, Cantanhede, Mira e Pombal, sem prejuízo do disposto pelas redes de referência hospitalar, no contexto do Serviço Nacional de Saúde (SNS).”

Além disso, “o HDFF, EPE encontra-se integrado na rede de prestadores de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde devendo, portanto, assumir os compromissos no contexto do SNS, garantir o cumprimento das leis de base para a saúde e alcançar as metas e objetivos estabelecidos com a Tutela.”

Assim, “a base de atuação do Hospital é centrada no doente, pois tem como objetivo central a prestação de cuidados de saúde de qualidade à população em geral, acessíveis em tempo oportuno. Pretende-se, igualmente, garantir a sustentabilidade económica e financeira do Hospital, através da promoção da eficiência na utilização dos recursos e da eficácia nos resultados.”

É de referir que “a política de qualidade do Hospital assenta na melhoria contínua dos cuidados, que deverá ser adequada às necessidades e expectativas dos utentes.”

No que diz respeito, ao “desenvolvimento da atividade do Hospital estão presentes os critérios subjacentes à rede de referência dos doentes, à continuidade de cuidados, à articulação funcional com os cuidados de saúde primários e outras instituições do Serviço Nacional de Saúde, tendo-se como objetivo garantir um melhor acesso aos cuidados de saúde, mais qualidade na prestação, maior satisfação dos utentes, aumento de eficiência e, conseqüentemente, melhores resultados em saúde e a sustentabilidade do HDFF, EPE.”

Contudo, “dado que a região Centro do país é caracterizada por múltiplas unidades de saúde públicas e privadas que concorrem diretamente com o Hospital, é fundamental a

Para um melhor entendimento do organograma do HDFF, EPE passa-se a explicar a estrutura organizacional deste Hospital.

O HDFF, EPE possui três áreas:

- Serviços prestadores de cuidados;
- Serviços de suporte à prestação de cuidados;
- Serviços de gestão e logística.

No que diz respeito, aos Serviços prestadores de cuidados, “desenvolvem as suas atividades nas seguintes linhas de produção: internamento, urgência médico-cirúrgica, hospital de dia, ambulatório cirúrgico, consulta externa e serviço domiciliário.

A estrutura organizacional do HDFF, EPE é composta pelos seguintes serviços:

- Medicina Interna;
- Cirurgia Geral;
- Ortopedia;
- Pediatria;
- Especialidades Cirúrgicas (Ginecologia/Obstetrícia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Dermatologia e Urologia);
- Especialidades Médicas (Pneumologia, Neurologia, Cardiologia, Gastrenterologia e Oncologia Médica);
- Anestesiologia;
- Medicina Física e Reabilitação.”

No HDFF, EPE “existem também **unidades funcionais** que resultam da agregação especializada de recursos humanos e tecnológicos, com ganhos de qualidade técnica e assistencial, podendo existir por agregação de recursos de um único serviço ou por congregar recursos oriundos de diversos serviços. São elas:

- Unidade funcional de cirurgia de ambulatório;
- Unidade funcional de hospital de dia;
- Unidade de internamento de curta duração;
- Unidade funcional de serviço domiciliário.”

Relativamente, aos Serviços de suporte à prestação de cuidados, são:

- Bloco operatório;
- Imagiologia;
- Medicina laboratorial;
- Serviços farmacêuticos;
- Serviço de esterilização;
- Unidade de nutrição e dietética;
- Unidade hospitalar de gestão de inscitos para cirurgia;
- Equipa de gestão de altas;
- Unidade de consulta a tempo e horas;
- Serviço social;
- Gabinete do utente.

Por fim, os Serviços de gestão e logística, são:

- Serviço de gestão de doentes;
- Serviço segurança, higiene e saúde no trabalho;
- Gabinete da qualidade e gestão de risco;
- Arquivo clínico e administrativo;
- Serviço de gestão financeira;
- Serviço de aprovisionamento;
- Serviço de gestão de recursos humanos;
- Serviços gerais;
- Serviço de instalações e equipamentos;
- Gabinete de gestão de sistemas de informação;
- Gabinete jurídico e contencioso;
- Gabinete de planeamento e controlo de gestão;
- Gabinete de formação contínua e biblioteca;
- Gabinete de comunicação e imagem.

3.1.4. Comissão da Qualidade e Segurança do Doente

Este órgão de apoio técnico, referido na estrutura orgânica do HDFF, EPE. possui um Regulamento Interno, aprovado em Conselho de Administração, a 5 de fevereiro de 2013.

A Comissão da Qualidade e Segurança do Doente do HDFF, EPE. foi constituída, de acordo com o Despacho n.º 3635/2013, de 7 de março ([Anexo 6](#)), trata-se de um órgão de caráter consultivo nomeado pelo Conselho de Administração, de acordo com o art.º 25.º do Regulamento Interno do Hospital Distrital da Figueira da Foz, aprovado em 5 de fevereiro de 2013, e com autonomia técnica.

Esta Comissão, como mencionado no seu Regulamento é constituída por uma equipa pluridisciplinar com o máximo de cinco elementos de diferentes setores profissionais, integrando-a por inerência um membro do Gabinete da Qualidade e Gestão de Risco (GQGR), o Coordenador do Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA) e o Auditor Interno. É presidida pelo Presidente do Conselho de Administração ou por outro profissional de reconhecido mérito em que ele delegue. Tem como órgão executivo desta Comissão, o Gabinete da Qualidade e Gestão de Risco (GQGR) e o mandato dos membros da CQSD tem a duração de três anos. ([Anexo 7](#))

Atualmente, no site⁴⁵ do HDFF, EPE, está publicada a renomeação da Comissão para a Qualidade e Segurança do Doente, que ocorreu em 8 de novembro de 2018, sendo constituída por trabalhadores que integram os Serviços atrás referidos.

De acordo com o Regulamento Interno da CQSD, a **Missão**⁴⁶ pressupõe “a promoção e o desenvolvimento da qualidade e da segurança de forma a satisfazer os objetivos estratégicos do HDFF, EPE, dinamizando, sustentando e coordenando o processo de organização e produção de cuidados com base na melhoria contínua da qualidade.” Assim como, a **Visão**⁴⁷ deve “ser reconhecida pelo seu funcionamento e organização bem estruturados e que trabalha em articulação com os vários Serviços para a prestação de cuidados de saúde de excelência e satisfação do utente.” Por fim, os seus **Valores**⁴⁸ “subjacentes à sua prática são, de acordo com o Regulamento Interno:

⁴⁵ <http://www.hdfigueira.min-saude.pt/category/servicos/comissoes-de-apoio-tecnico/>

⁴⁶ Sublinhado da autora do projeto

⁴⁷ Sublinhado da autora do projeto

⁴⁸ Sublinhado da autora do projeto

- a) Respeito pela dignidade humana, diversidade cultural e pelos direitos dos utentes;
- b) Universalidade no acesso a cuidados de saúde e equidade no tratamento;
- c) Primazia à pessoa do utente;
- d) Honestidade, sinceridade e franqueza no relacionamento com os utentes e seus familiares e entre os seus profissionais;
- e) Elevados padrões de humanização, qualidade e competência técnica e científica dos serviços prestados;
- f) Espírito de equipa, integridade, confidencialidade, privacidade e cordialidade;
- g) A mudança como motor do desenvolvimento, focada nos seus profissionais;
- h) Eficácia e eficiência na utilização de todos os recursos ao seu dispor;
- i) Responsabilidade social;
- j) Respeito pelo ambiente;
- k) Simplicidade e funcionalidade.”

É relevante referir que no seu Regulamento, “a CQSD, no âmbito da promoção e desenvolvimento da política de qualidade e segurança do doente e também tendo em conta as orientações da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde e do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes para o período 2015-2020, tem as seguintes atribuições:

- a) Definir a política da Qualidade e Segurança do HDFS, EPE e os respetivos critérios de avaliação da sua implementação;
- b) Promover o acesso universal e equitativo à prestação de cuidados de saúde seguros e de qualidade;
- c) Colaborar na definição dos objetivos estratégicos do HDFS, EPE;
- d) Colaborar com o Encarregado da Proteção de Dados (EPD), na elaboração do código de conduta, enquanto instrumento adequado a assegurar a consciencialização para os temas da privacidade e proteção de dados, bem como na monitorização do seu cumprimento;
- e) Fazer um levantamento regular das necessidades dos utentes e profissionais não satisfeitas, através da aplicação de um questionário de satisfação e respetivo tratamento de dados;

- f) Promover a informação, comunicação e cooperação entre os serviços/profissionais, através de reuniões periódicas (4 por ano) do seu órgão executivo - GQGR - com os seus interlocutores, da pasta na intranet e outras vias consideradas pertinentes;
- g) Impulsionar a identificação e monitorização de indicadores de qualidade que permitam a avaliação e planeamento de ações a desenvolver, de acordo com os objetivos estratégicos do Hospital;
- h) Promover uma articulação regular com o Agrupamento dos Centros de Saúde do Baixo Mondego;
- i) Dinamizar todas e quaisquer ações de sensibilização que possam contribuir para a qualidade e segurança do utente;
- j) Criar grupos de trabalho, sempre que se considere necessário, para tratamento de assuntos específicos.”

Como elemento constituinte da CQSD, o Serviço de Auditoria Interna, através da figura do Auditor Interno, participou nas seguintes atividades que foram referenciadas no Plano de Atividades de 2018:

- a) Auxiliou a divulgar, pelos profissionais intervenientes, as normas da DGS ou de outras entidades, quando aplicável – recai na **Prioridade 1 – Melhoria da qualidade clínica e organizacional**, da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020;
- b) Sugeriu algumas formações, que recaíssem no âmbito da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, que deveriam ser obrigatórias para todos os trabalhadores do HDFS, EPE - recai na **Prioridade 1 – Melhoria da qualidade clínica e organizacional, pontos 3 e 7**, da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020;
- c) Sugeriu alguns indicadores estratégicos, para que a Comissão sensibilizasse o Conselho de Administração a integrar na contratualização interna, esses indicadores, como indicadores da qualidade - recai na **Prioridade 1 – Melhoria da qualidade clínica e organizacional, ponto 5**, da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020;

- d) Participou no levantamento dos critérios a auditar, para além do que já é habitual realizar - recai na **Prioridade 2 – Aumento da adesão a normas de orientação clínica, ponto 9**, da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020;
- e) Participou na análise de posters, no âmbito da realização de campanha de sensibilização junto dos profissionais - recai na **Prioridade 6 – Informação transparente ao cidadão e aumento da sua capacitação, ponto 18**, da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020;
- f) Participou também, na promoção da segurança da comunicação, através da análise de posters para as campanhas de sensibilização e informação para os utentes - recai na **Prioridade 6 – Informação transparente ao cidadão e aumento da sua capacitação, ponto 18**, da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020.

Portanto, o Serviço de Auditoria Interna conseguiu ter a perceção das melhorias contínuas que foram surgindo nos Serviços, através destas atividades e, que por sua vez, se refletiram no dia a dia do HDFS, EPE.

3.1.5. Gabinete da Qualidade e Gestão de Risco

De acordo com, o n.º 4 do artigo 1.º do Regulamento da CQSD, do HDFS, EPE., o Gabinete da Qualidade e Gestão de Risco (GQGR) é considerado o órgão executivo desta Comissão.

Neste Regulamento ([Anexo 8](#)) são definidas as competências do Coordenador do GQGR, nomeadamente:

- “a) Elaborar o seu Regulamento Interno;
- b) Coordenar e divulgar a política de qualidade e segurança do doente, definida pela Tutela, pelo Conselho de Administração e pela CQSD;
- c) Coordenar a estratégia de gestão de risco global, planeando e integrando a gestão do risco clínico e a gestão do risco não clínico;

- d) Assegurar a humanização dos serviços prestados, promovendo a centralidade do utente no sistema, o respeito pela vida e pela morte bem como a dignidade e solidariedade humanas e institucionais;
- e) Realizar, promover e monitorizar projetos de qualidade e segurança do doente, estudos, auditorias, inquéritos e outras informações relevantes, não descurando as questões da privacidade e proteção de dados pessoais;
- f) Apoiar e acompanhar ações de melhoria da qualidade e segurança do doente, equipas de projetos da qualidade e prestação de serviços nesta área;
- g) Promover a articulação com outras comissões e serviços, relativamente aos aspetos da qualidade e segurança do doente;
- h) Colaborar na definição e avaliação de indicadores da qualidade e de segurança do doente;
- i) Sensibilizar e formar os profissionais e outros intervenientes, no âmbito da gestão da qualidade e segurança do doente;
- j) Elaborar e divulgar documentos, estratégias e políticas relativas ao Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ), à Certificação /Acreditação e à gestão do risco do HDFF, EPE, bem como, apoiar a sua monitorização nos Serviços;
- k) Colaborar na elaboração do Relatório e Plano de Atividades Anual da Comissão para a Qualidade e Segurança do Doente e noutros sempre que solicitado.”

Em conclusão, a CQSD e o GQGR articulam-se e colaboram entre si, no âmbito do Sistema de Qualidade no Hospital, ao planearem auditorias internas, que promovam a melhoria contínua dos Serviços do HDFF, EPE. Para que isso aconteça, o GQGR elabora todos os anos, um Plano de Ação do HDFF, EPE. ([Anexo 9](#)), que se encontra de acordo, com o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020.

3.1.5.1. A interação do Serviço de Auditoria Interna com o GQGR

A interação entre o Serviço de Auditoria Interna e o Gabinete da Qualidade e Gestão de Risco existe desde a criação deste, em 2009. Nesse ano, o HDFF, EPE dava os primeiros passos para a implementação de um Sistema de Gestão da Qualidade nalguns Serviços Clínicos e Não Clínicos do Hospital. Um dos primeiros passos foi a formação intensiva

sobre a ISO 9001, oferecida a dezoito trabalhadores de diversos Serviços. Esse grupo de trabalhadores possibilitou a criação de uma Bolsa de Auditores Internos da Qualidade no HDFF, EPE, cujo objetivo seria realizar auditorias internas no âmbito da Qualidade, aos Serviços que se tinham proposto a este tipo de Certificação.

Assim, o SAI acompanhou e participou nas auditorias internas que estavam planeadas anualmente pelo GQGR, facto que se deve, à vontade expressa, dos vários Conselhos de Administração e do próprio Gabinete da Qualidade e Gestão de Risco. Esta participação ativa nas auditorias internas da Qualidade, pelo Serviço de Auditoria Interna, independentemente, deste Serviço estar abrangido pelas funções inerentes ao artigo 19.º do Decreto – Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, permitiu um valor acrescentado relativamente à informação que possuía, nomeadamente ficando com mais evidências dos pontos fortes e fracos dos Serviços do Hospital. Pois, o SAI ao ter conhecimento destes pontos fracos e fortes, podia e devia contribuir, através das suas auditorias internas realizadas (implícitas nas funções do diploma atrás citado) também a estes Serviços, recomendar soluções, sobre as quais implicassem planos de ação que permitissem a melhoria contínua do Serviço auditado e conseqüentemente do HDFF, EPE.

Durante estes anos todos, o Serviço de Auditoria Interna acompanhado por Auditores Internos, afetos à Bolsa realizou auditorias internas no âmbito da NP EN ISO 9001:2015 aos seguintes Serviços:

- Serviço de Imagiologia (um dos primeiros Serviços de Suporte à Prestação de Cuidados a possuir a Certificação, no âmbito da ISO 9001);
- Serviço Social;
- Serviço de Aprovisionamento;
- Gabinete de Gestão de Sistemas de Informação;
- Gabinete da Qualidade e Gestão de Risco;
- Medicina Física e de Reabilitação.

Por exemplo, a auditoria interna ao GQGR realizada a 23 de novembro de 2018, teve os procedimentos seguintes:

- envio do Plano de Auditoria para o Serviço auditado ([Apêndice 1](#));
- no dia da auditoria interna, fez-se acompanhar da Lista de Verificação, que constou da transcrição da NP EN ISO 9001:2015 para ficheiro *word*, constando anotações de questões que se pretendeu colocar ao Responsável da Qualidade e

aos Colaboradores, que estiveram naquele dia a exercer as suas funções como profissionais de saúde ([Apêndice 2](#));

- depois da auditoria realizada, a equipa auditora reuniu-se para chegar a conclusões e emitir o Relatório de auditoria interna, no âmbito da Qualidade ([Apêndice 3](#));
- por fim, a Equipa Auditora reúne-se novamente com o Serviço auditado para comunicar as Não Conformidades ou Oportunidades que foram evidenciadas no decurso da auditoria.

Durante estes dez anos, houve sempre, uma área que se destacou na interação existente entre estes dois Serviços, foi a do **Imobilizado**. A área do Imobilizado, incluiu sempre diversos processos que podiam ser auditados internamente numa entidade. Como se sabe, o imobilizado existente num Hospital corresponde contabilisticamente aos ativos da entidade, que são representados por bens e direitos adquiridos pelo Hospital para manter a sua atividade essencial, a prestação de cuidados de saúde, em pleno funcionamento, designadamente:

- os edifícios (onde o Hospital está instalado);
- os terrenos (onde se localiza o Edifício e as áreas envolventes);
- os equipamentos médicos (aparelhos tensão arterial, bombas infusoras e perfusoras, desfibriladores, TAC ⁴⁹, aparelhos de Raio-X, outros tipos de equipamentos médicos específicos das Especialidades Cirúrgicas e Médicas existentes nos Hospitais);
- os móveis (secretárias, cadeiras, estantes, macas, bancos);
- os utensílios (instrumentos cirúrgicos, ferramentas);
- os veículos automóveis;
- *et cetera*.

⁴⁹ TAC é uma tomografia axial computadorizada é um exame que utiliza um equipamento com Raios-X para obter dados de vários segmentos do corpo (aquisições “de volume”) que depois são processados por um computador para obter imagens de secções do corpo no plano transversal ou noutros planos. Fonte: <http://www.imi.pt/pt/content/17-servios/83-o-que-a-tac?main=18¤t=69>

Atualmente, de acordo com o novo Sistema de Normalização Contabilística da Administração Pública (SNC -AP)⁵⁰, a designação correta desta área são **Ativos Intangíveis (imóveis)** e **Ativos Fixos Tangíveis (móveis)**.

Esta **área dos Ativos**⁵¹ (antiga designação, imobilizado) também se encontra explicito na norma NP EN ISO 9001:2015, no ponto 7.1.3. Infraestrutura - “A organização deve determinar, providenciar e manter a infraestrutura necessária para a operacionalização dos seus processos e para obter a conformidade dos produtos e serviços. **Nota:** A infraestrutura pode incluir:

- a) edifícios e meios associados;
- b) equipamentos, incluindo hardware e software;
- c) recursos de transportes;
- d) tecnologia de informação e comunicação.”

É nesta área particularmente, que o Serviço de Auditoria Interna intervém ao realizar auditorias internas planeadas pelo Gabinete da Qualidade e Gestão de Risco, permitindo conhecer, mais pormenorizadamente, outras realidades existentes nos Serviços do HDFS, EPE, que no âmbito das suas funções, isto é, através do artigo 19.º do Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, só conhecia uma parte dos factos. Isto porque, o SAI ao realizar as suas auditorias internas, na maioria das vezes, é através de amostras aleatórias quantificáveis e não num todo. As auditorias internas no âmbito do diploma referido, prevê no seu Plano Anual de Auditoria (alínea c), do n.º 2, do artigo 19.º), pelo menos quatro áreas por ano a auditar e somente por meio de amostragem se conseguiu sempre atingir o objetivo planeado.

No Plano Anual de Auditoria Internas elaborado pelo GQGR para o ano 2018, no Risco Não clínico, área dos Equipamentos foram planeadas duas auditorias semestrais, cuja equipa foi construída por um elemento do Serviço de Auditoria Interna e um elemento do Serviço de Instalações e Equipamentos. Estas auditorias internas são realizadas ao processo de manutenção e organiza-se da seguinte maneira:

⁵⁰ Setor Público, incluiu-se as Entidades Públicas Empresarias (EPE), o Normativo aplicável aos períodos que se iniciavam a partir de 01/01/2018.

⁵¹ Sublinhado da autora do Projeto.

- Existe um ficheiro em *excel* designado “Listagem – Equipamentos”, onde estão registados todos os equipamentos médicos sugeridos a manutenção preventiva sejam estes pertencentes a Serviços Certificados ou não, pela NP EN ISO 9001:2015. Neste ficheiro, além da descrição do equipamento médico, encontra-se registado, o n.º inventário, a marca, o modelo, o n.º série ([Apêndice 4](#));
- Amostragem aleatória é realizada pelas ferramentas do *Excel*, onde foram selecionados 5 a 10 equipamentos por Serviço, pois existem Serviços, como o Bloco Operatório, as Urgências e as Consultas externas que têm muitos equipamentos afetos, e verificarem-se somente 5 equipamentos é muito pouco. De seguida evidenciam-se os Serviços no HDFF, EPE que possuem equipamentos médicos que necessitam de manutenção preventiva, quadro 3.4:

-

Quadro 3.4 – Serviços do HDFF, EPE que possuem equipamentos médicos

1	Bloco Operatório
2	Cirurgia de Ambulatório
3	Consultas Externas, inclui todas as especialidades
4	Especialidades Cirúrgicas (Ginecologia/Obstétrica, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Dermatologia e Urologia)
5	Especialidades Médicas (Pneumologia, Neurologia, Cardiologia, Gastroenterologia e Oncologia Médica)
6	Cirurgia Geral
7	Ortopedia
8	Pediatria
9	Medicina Interna
10	Medicina Física e de Reabilitação
11	Serviços Farmacêuticos
12	Urgência Geral
13	Urgência Pediátrica
14	Unidade de Internamento de Curta Duração
15	Imagiologia
16	Medicina Laboratorial

Fonte: Elaboração própria.

- Os equipamentos selecionados aleatoriamente são primeiro verificados no Plano de manutenção da empresa que presta o serviço ([Apêndice 5](#)), por exemplo, o equipamento designado Eletrobisturi, marca CONMED, modelo 60-8005-002, n.º série 09AG0132, com o n.º de inventário do HDFF 11382, pertence ao Bloco Operatório. De acordo, com o Plano de manutenção da empresa IBERDATA são realizadas duas verificações preventivas, nos meses de março e setembro de 2018. Assim, se processou para os restantes equipamentos selecionados aleatoriamente;
- Sem avisar os Serviços, a Equipa Auditora deslocou-se aos Serviços dos equipamentos selecionados e foi verificar se estes possuíam a manutenção preventiva, que se evidencia através de uma etiqueta da empresa que é colada no equipamento. Essa etiqueta, contém o n.º de inventário do equipamento, se foi uma manutenção preventiva ou corretiva (esta última é realizada pela empresa externa, quando algum aparelho avaria fora do plano e origina, na maior parte das vezes, um pedido de orçamento, para a sua reparação), a data da verificação e a futura data, e a rubrica do Técnico de Manutenção externa.

Nestas auditorias podem existir condicionalismo, por exemplo, os equipamentos não se encontrarem naquele momento no Serviço onde está localizado, ou por o doente se ter deslocado para outro Serviço (Bloco, Imagiologia) ou ter havido um empréstimo entre Serviços do HDFF, EPE.

No que diz respeito, aos três Serviços que possuem a Acreditação pelo modelo ACSA, o Serviço de Auditoria Interna participou em janeiro de 2019, na Auditoria Externa realizada pela DGS, ao Serviço de Medicina Interna. A Auditoria Externa iniciou com uma reunião de abertura estando presentes:

- Responsável do DQS (tratava-se de um Médico, designado)
- Diretora do Serviço da Medicina Interna;
- Enfermeiro Chefe do Serviço da Medicina Interna;
- Administrador Hospitalar com o pelouro do Serviço da Medicina Interna;
- Coordenadora do GQGR;
- Presidente da CQSD;
- Auditor Interno.

De seguida, o Responsável do DQS, aqui como Auditor Externo comunicou alguns pontos que tinha analisado na plataforma informática @Qredita, porque o processo de Acreditação pelo modelo ACSA foi todo registado *online*, como o próprio modelo obriga. Isto quer dizer, que toda a informação, inerente aos cinco blocos deste modelo, foi carregada na plataforma informática, para que posteriormente, o Responsável do DQS analise tal informação e no dia da auditoria externa ao Hospital, comunique e/ou esclareça alguns pontos que não ficaram bem elucidativos e que possam não cumprir na íntegra, o que o modelo ACSA exige.

Como referido, na subsecção 1.5.3. este modelo ACSA encontra-se muito voltado para os profissionais de saúde, para a aplicação das boas práticas clínicas e como estes elementos se interrelacionam entre si, com o objetivo de existir sempre, qualidade e segurança do doente. Os recursos humanos e a sua autoavaliação foram também, mencionados pelo Auditor Externo.

Posteriormente, ao referido anteriormente, o Responsável do DQS foi visitar as instalações do Serviço de Medicina Interna, para possuir evidência da informação registada *online*.

Finalmente, realizou-se a reunião de fecho.

3.2. Sistema de Gestão da Qualidade do HDFF, EPE.

Desde 2008, que o HDFF, EPE. tem promovido a melhoria contínua da qualidade através da consolidação dos processos de Acreditação, de Certificação, do LEAN-KAIZEN e do processo transversal de implementação do Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) aprovado em todos os Serviços, do Hospital (Manual da Qualidade, 7.^a edição, GQGR, HDFF, EPE).

O HDFF, EPE possui um Manual da Qualidade (MQ), que já se encontra na sua 7.^a edição. Este manual “cumpre com os requisitos dos referenciais da qualidade adotados, nas suas atividades diárias” e “demonstra como estes referenciais são aplicados a todas as atividades relevantes do Hospital, identificando as políticas e procedimentos utilizados no Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ), implementado, com base na filosofia de Melhoria Contínua da Qualidade.” No Hospital, independentemente dos Serviços existentes no organigrama da entidade hospitalar estejam ou não Certificados, “a conformidade com o SGQ é obrigatória para todos os colaboradores do HDFF, EPE, como garantia e promoção da satisfação de todos os utentes e dos profissionais.”

No que diz respeito, ao âmbito do Sistema de Gestão da Qualidade, “no HDFF, EPE promove-se a melhoria contínua da qualidade através da consolidação dos processos de Acreditação, de Certificação, do processo LEAN-KAIZEN e do Processo transversal de implementação do SGQ aprovado no Hospital, em todos os Serviços.”

No **Processo de Acreditação**, através do **modelo ACSA, da DGS**, encontram-se em processo de acreditação três Serviços Clínicos, designadamente, Medicina Interna, Cirurgia Geral e Pediatria Geral (inclui três áreas de produção, o internamento, as consultas externas e a urgência pediátrica). Estes Serviços Clínicos aderiram voluntariamente ao processo de Acreditação, através do modelo ACSA, da Direção Geral de Saúde. Em janeiro de 2017, estes três Serviços foram acreditados com a classificação de Bom. Como, já mencionado em todo o documento, este processo de Acreditação não foi estanque, pois no passado mês de janeiro, o HDFF, EPE teve a Auditoria Externa de Acompanhamento, por parte do Departamento da Qualidade e Saúde, da Direção Geral da Saúde, aos Serviços de Pediatria, Cirurgia Geral e Medicina Interna.

No **Processo de Certificação através da NP EN ISO 9001:2015** encontram-se certificados pelas atividades de: Serviço de Especialidades Cirúrgicas, Serviço de

Especialidades Médicas, Hospital de Dia, Medicina Física e de Reabilitação, Serviço de Esterilização, Serviço Social, Serviço Farmacêuticos, Serviço de Imagiologia, Serviço de Gestão de Recursos Humanos, Serviços Gerais, Serviço de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho, Serviço de Medicina Laboratorial e Serviço de Aproveitamento.

No **Processo LEAN-KAIZEN** encontram-se integrados o Bloco Operatório, os Serviços Farmacêuticos e o Serviço de Cirurgia Geral.

O Sistema de Gestão de Qualidade (SGQ) implementado no HDFS, EPE, tem como referenciais o Regulamento Interno, os princípios das boas práticas de prestação de cuidados e os referenciais específicos da Qualidade, nomeadamente os processos de Acreditação (modelo ACSA), da Certificação (ISO 9001) e do LEAN-KAIZEN.

Mas estes processos são monitorizados através de auditorias internas, por Auditores Internos pertencentes ao GQGR do HDFS, EPE, assim como, por Auditorias Externas efetuadas por empresas acreditadas, que se deslocam ao Hospital, para realizar auditorias aos processos já referidos anteriormente.

Ora, aqui se encontra novamente um exemplo da importância da auditoria interna, no que se refere à monitorização dos processos da SGQ através de auditorias internas, tendo sido, implicitamente, aplicadas as NIPPAI, nomeadamente a “**1310 – Requisitos do Programa de Garantia da Qualidade e Melhoria**”⁵², o programa de garantia de qualidade e melhoria deve incluir tanto avaliações internas quanto externas”, tendo sido também, aplicada a norma “**1311 – Avaliações internas**, estas devem incluir: monitorização contínua do desempenho da atividade de auditoria interna e autoavaliações ou avaliações periódicas realizadas por outras pessoas da organização com conhecimento suficiente das práticas de auditoria interna.” Portanto, “a monitorização contínua é uma parte integrante da rotina diária de supervisão, revisão e avaliação da atividade de auditoria interna.”

No HDFS, EPE, o Sistema de Gestão de Qualidade (SGQ) “abrange as atividades desenvolvidas nos seguintes Serviços, cujos Manuais da Qualidade (MQ)” foram elaborados pelos seguintes Serviços, como se pode visualizar pelo quadro 3.5.:

⁵² Normas Internacionais para a Prática Profissional de Auditoria Interna (NIPPAI), janeiro 2017, p. 7

A implementação do Sistema de Gestão da Qualidade no meio hospitalar e o papel da Auditoria Interna: o caso do HDFF, EPE

Quadro 3.5 – Serviços do HDFF, EPE que possuem Manuais da Qualidade, independentemente sejam certificados ou não

Áreas	Serviços
Serviços de Prestação de Cuidados	Serviço de Pediatria (PED) Serviço de Especialidades Médicas (EM) Serviço de Especialidades Cirúrgicas (EC) Hospital de Dia (HDIA) Medicina Física e de Reabilitação (MFR) Serviço de Medicina Interna (MI) Serviço de Cirurgia Geral (CIR) Serviço de Ortopedia (ORT) Serviço de Consulta Externa (CEXT) Serviço Domiciliário (DOM) Serviço de Urgência Geral (URG) Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD) Unidade Funcional de Hospital de Dia da Diabetes (HDIAD) Serviço de Imagiologia (IMA) Medicina Laboratorial (ML) Serviços Farmacêuticos (SF) Serviço de Bloco Operatório (BO) Unidade de Cirurgia do Ambulatório (UCA) Serviço de Esterilização (SE) Serviço Social (SS) Unidade de Nutrição e Dietética (UND) Gabinete de Gestão de Serviços de Informação (GGSI)
Serviços de Gestão e Logística	Gabinete da Qualidade e Gestão de Risco (GQGR) Serviço de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho (SHST) Serviço de Gestão de Recursos Humanos (GRH) Serviços Gerais (SG) Gabinete de Planeamento e Controlo de Gestão (GCG) Gestão de Doentes (GD) Arquivo Clínico (ARQC) Gabinete de Gestão Financeira (GF) Serviço de Aprovisionamento (APR) Serviço de Instalações e Equipamentos (SIE) Gabinete Jurídico e Contencioso (GJC)
Órgãos de Apoio Técnico	Comissão para a Qualidade e Segurança do Doente (CQSD) Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA) Comissão de Ética (CE) Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) Comissão de Consulta Oncológica (CCO)
Outros Órgãos	Gabinete de Comunicação e Imagem (GCI) Gabinete de Formação Contínua e Biblioteca (GFCB)

Fonte: Elaboração própria, adaptado ao Manual da Qualidade (MQ.7), GQGR.

No Manual da Qualidade (MQ.7) foi referido, que no âmbito do Sistema da Gestão da Qualidade, o HDFF, EPE, “considera o Utente, a Tutela e os Serviços como partes interessadas relevantes, para o SGQ. A Política da Centralidade do Utente na Prestação de cuidados, a Satisfação do utente, as reclamações e notificações, conhecidas, bem como, a contratualização dos indicadores de desempenho, com a Tutela, constitui o pilar de melhoria contínua do SGQ.”

O Sistema de Gestão da Qualidade existente no HDFF, EPE possui dez elementos estruturais, que se encontram formalizados em Procedimentos da Qualidade (PQ), cujo seu enquadramento concedem o cumprimento dos referenciais já mencionados. Esses elementos estruturais encontram-se exemplificados em anexos a este projeto e divididos da seguinte forma:

- Sistema Documental ([Anexo 10](#));
- Comunicação ([Anexo 11](#));
- Ações Corretivas e Preventivas ([Anexo 12](#));
- Revisão e Planeamento do Sistema de Gestão da Qualidade ([Anexo 13](#));
- Gestão dos Recursos Humanos ([Anexo 14](#));
- Aprovisionamento ([Anexo 15](#));
- Produto Não Conforme ([Anexo 16](#));
- Gestão de Equipamentos ([Anexo 17](#));
- Auditorias Internas da Qualidade ([Anexo 18](#));
- Medições ([Anexo 19](#)).

Os dez elementos estruturais são apresentados no quadro 3.6. para melhor visualização e compreensão dos mesmos.

:

A implementação do Sistema de Gestão da Qualidade no meio hospitalar e o papel da Auditoria Interna: o caso do HDFF, EPE

Quadro 3.6 – Elementos estruturais do Sistema de Gestão de Qualidade do HDFF, EPE

Elementos Estruturais	Procedimentos da Qualidade
Sistema Documental	O funcionamento do sistema de gestão da qualidade está apoiado num sistema documental que se pretende da máxima consistência e simplicidade, para isso, dispõe de um procedimento documentado (PQ.01) onde é definida a estrutura, gestão e controlo dos documentos e registos.
Comunicação	A melhoria do funcionamento do HDFF, EPE está apoiada em instrumentos de registo e análise da informação relevante. Para o efeito desenvolveu procedimentos documentados que descrevem os suportes utilizados para uma efetiva comunicação, quer interna quer externa (PQ.02).
Ações Corretivas e Preventivas	De modo a eliminar as causas de não conformidades, evitar a sua recorrência ou simplesmente para as prevenir, foram definidos e documentados instrumentos de gestão para o efeito (PQ.03)
Revisão e Planeamento do Sistema de Gestão da Qualidade	De modo a assegurar a capacidade de renovação e otimização do sistema, este é periodicamente revisto, sendo definidos e planeados objetivos consistentes com a política da qualidade e com os processos desenvolvidos (PQ.04).
Gestão dos Recursos Humanos	Encontra-se documentada a forma como são identificadas e mantidas atualizadas, as exigências dos postos de trabalho, as competências de todos os seus funcionários assegurando a perfeita compatibilidade entre ambos. Procede também à determinação das necessidades de formação, a sua realização e respetiva avaliação da eficácia (PQ.05).
Aprovisionamento	O HDFF, EPE dispõe de procedimentos documentados que enquadram a metodologia de seleção, avaliação e reavaliação dos seus fornecedores, dos processos de compra, verificação dos materiais e das operações de armazenamento e gestão de stocks (PQ.06).
Produto Não Conforme	Os materiais comprados são verificados, de acordo com a importância que possam ter nos processos nos quais estão integrados, antes da sua utilização. Os serviços produzidos são cuidadosamente verificados de modo a evitar eventuais não conformidades. O processamento do produto não conforme está documentado em procedimento próprio (PQ.07).
Gestão de Equipamentos	O estado de operacionalidade dos equipamentos utilizados é monitorizado e identificado. São realizadas e registadas, de um modo planificado, as verificações, manutenções e calibrações consideradas adequadas (PQ.08).
Auditorias Internas da Qualidade	O SGQ do HDFF, EPE é, de forma planeada, auditado de acordo com a metodologia descrita em procedimento próprio (PQ.09).
Medições	O HDFF, EPE dispõe de procedimentos documentados que enquadram um sistema de medições. Este sistema visa integrar, de um modo estruturante, os dados relevantes provenientes dos diversos processos, de forma a avaliar a sua eficácia e melhoria (PQ.10).

Fonte: Elaboração própria, adaptado ao Manual da Qualidade (MQ.7), GQGR.

A referir, que o Manual da Qualidade (MQ.7) menciona os processos existentes no HDFS, EPE, que são três:

1. “Processo de Gestão”;
2. “Processo de Realização do Produto”;
3. “Processo de Monitorização”.

Na figura 3.3. obtém-se uma melhor perceção dos três processos existentes no SGQ do HDFS, EPE:

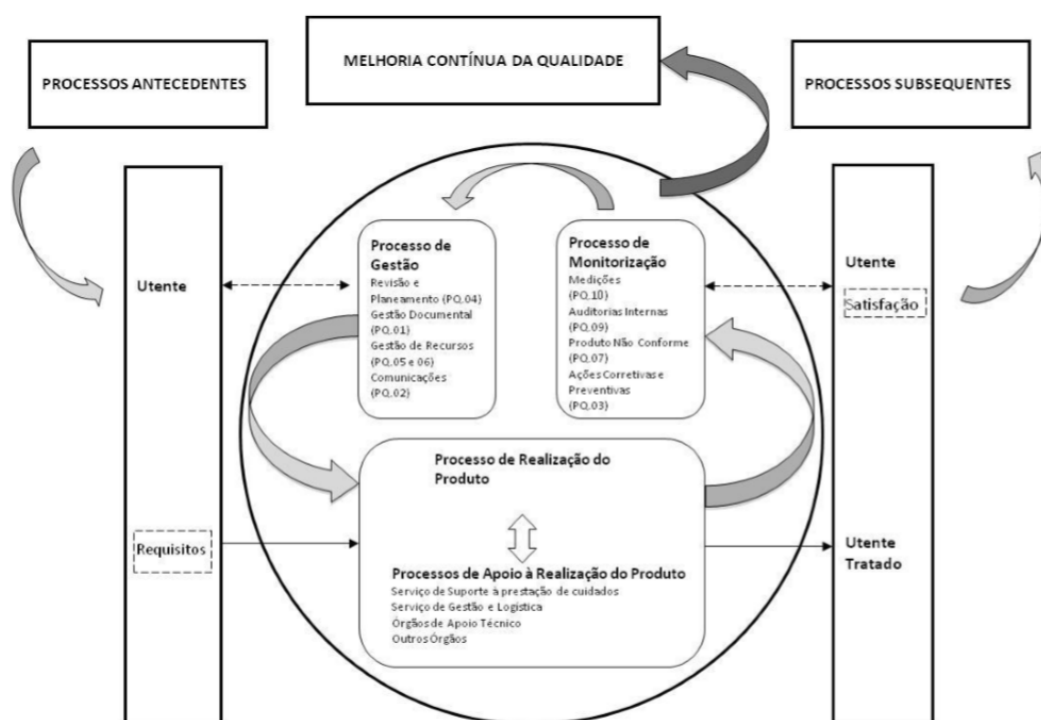


Figura 3.3 – Os três grandes Processos existentes no SGQ do HDFS, EPE

Fonte: Manual da Qualidade (MQ.7), GQGR

Na parte 3, do Manual da Qualidade (MQ.7) foi referido que estes processos “interagem de forma dinâmica sendo monitorizados através de indicadores.”

De seguida, referem-se as entradas e as saídas das atividades inerentes aos três grandes processos existentes no Sistema de Gestão da Qualidade do HDFS, EPE.

Então, no que se refere, ao **Processo de Gestão**, citado no MQ.7, a entrada das suas atividades são:

- a. “Orientação da Tutela”;
- b. “Necessidade de elaboração/alteração de documentos”;
- c. “Informações relativas ao desempenho dos processos”;
- d. “Necessidade de recursos (humanos, técnicos e consumíveis)”;
- e. “Eficácia das ações para tratar riscos e oportunidades”;
- f. “Informação das partes interessadas relevantes”.

Ainda, no mesmo **processo de gestão**, o MQ.7 mencionou a saída das atividades, que são:

- a. “Definição da metodologia operativa”;
- b. “Controlo dos documentos e registos”;
- c. “Provisão de recursos (humanos, equipamentos e compras)”.

No que diz respeito, ao **Processo de Realização e de Apoio à Realização**, o MQ.7 referiu “as entradas e as saídas encontram-se definidas nos Manuais da Qualidade de cada um dos Serviços do HDFF, EPE.” Foi citado no quadro 3.5. os Serviços do HDFF, EPE que possuem Manuais da Qualidade.

Por fim, relativamente, ao **Processo de Monitorização**, o MQ.7 mencionou as entradas das atividades, que são:

- a. “Resultados de auditorias”;
- b. “Avaliação de desempenho dos processos”;
- c. “Avaliação do retorno da informação do cliente”;
- d. “Medições”.

Ainda, no **processo de monitorização**, o MQ.7 também referiu, a saída das atividades, que são:

- a. “Ações de melhoria”;
- b. “Ações corretivas”;
- c. “Definição de objetivos”.

Assim foi definido no HDFS, EPE, os processos inerentes ao SGQ, de acordo com a NP EN ISO 9001:2015, para os Serviços que voluntariamente se propuseram a serem certificados, e que devem cumprir com os processos definidos.

Durante estes dez anos, os diversos Conselhos de Administração foram sensibilizados, quer pelo GQGR quer pela CQSD para as vantagens e importância de ser implementado um SGQ no HDFS, EPE, tendo sido aceite por todos, apesar das implicações económico-financeiras. Mas a mais-valia da implementação deste sistema e a implicação positiva, quer para os Serviços do Hospital quer para os utentes, foi sempre o fator decisivo.

Mas a persistência do GQGR para a implementação do SGQ, através de reuniões com todos os Serviços Clínicos e Não Clínicos, demonstrando as vantagens que o Sistema de Gestão da Qualidade teria para cada Serviço e por sua vez, para o próprio HDFS, EPE foi decisória. As reuniões originaram a que diversos Serviços quisessem, assim, implementar o SGQ e também por terem conhecimento da importância deste processo, através dos Serviços "vizinhos" que anteriormente se encontravam com a certificação.

O GQGR tem tido um papel preponderante na implementação do SGQ no HDFS, EPE. Para uma monitorização do sistema, este gabinete, todos os anos, elabora o seu Plano Anual de Auditorias Internas ([Anexo 20](#)), incluindo auditorias internas quer no âmbito da NP EN ISO 9001:2015 quer no âmbito do processo de Acreditação (modelo ACSA), com o objetivo de supervisionar os Serviços Certificados e Acreditados. Mais uma vez, se tem demonstrado, que as auditorias internas realizadas permitiram sempre, uma melhoria contínua dos Serviços e, uma maior sensibilização, por parte dos profissionais que trabalham nos Serviços, para os pontos fracos que ainda possam existir, sendo estes colmatados, através das medidas preventivas e/ou corretivas implícitas nos planos de ação a implementar, de modo, a que esses pontos fracos se tornem pontos fortes ou até mesmo, oportunidades de melhoria contínua.

Com muito orgulho, que o HDFS, EPE possui um Certificado de Conformidade, através da NP EN ISO 9001:2015 ([Anexo 21](#)), em que se encontram certificados pelas atividades quatorze Serviços Clínicos e Não Clínicos e, possui através do Modelo ACSA, a Certificação da Qualidade de Nível Bom, nos três Serviços Clínicos ([Anexo 22](#)).

CONCLUSÃO

Finalizado o projeto, este permitiu, em primeiro lugar, aprofundar as matérias teóricas, de Auditoria Interna e de Auditoria de Sistemas de Qualidade e, em segundo lugar, analisar o que efetivamente se realiza na prática ao nível da auditoria interna. Pois, o que foi descrito neste projeto, teve como objetivo evidenciar resumidamente a realidade hospitalar, quando esta, voluntariamente, quer implementar processos de Certificação e posteriormente processos de Acreditação.

Aqui, pôde-se ter conhecimento dos diversos organismos ligados ao Sistema da Gestão da Qualidade, bem como, às diversas Instituições internacionais ligadas à Acreditação das Instituições da Saúde, quer públicas quer privadas. Que permitiram a muitos Hospitais, em Portugal, possuírem a Acreditação.

Com este projeto, verificou-se novamente, que a Auditoria Interna é uma função importantíssima para os Sistemas de Gestão da Qualidade dos Hospitais. E ainda, se constatou que não existe qualidade nas prestações de cuidados, se não existirem auditorias internas, que permitam verificar se os procedimentos inerentes a processos de Certificação ou Acreditação estão a ser cumpridos. Ora, as auditorias internas realizadas nos Hospitais, permitem verificar se os procedimentos, afetos a Normas da Qualidade (ISO 9001:2015) e a Normas de Standards de Acreditação (Modelo ACSA), estão a ser obedecidos pelo profissionais de saúde, e se não estiverem, essas auditorias internas vão propor soluções, de acordo com as normas, para que sejam implementadas ações, por parte dos Serviços ou de atividades certificadas, que melhorem os seus procedimentos. Com o objetivo de existir uma melhoria contínua das práticas da qualidade, para que o utente possa ter plena confiança no Hospital, onde decidiu ser tratado ou pelo qual, teve que entrar numa situação de emergência.

Qualquer Hospital que voluntariamente adira a processos de Certificação (neste caso NP EN ISO 9001:2015) e a processos de Acreditação (aqui o Modelo ACSA, adotado pela DGS) para uma melhoria contínua da prestação de cuidados e de procedimentos organizacionais, terão sempre de realizar auditorias internas ou externas, para obterem a classificação de Serviços Certificados ou de Acreditados.

O papel das auditorias internas, realizadas no âmbito dos Sistemas de Gestão da Qualidade dos Hospitais, quer seja para obtenção da Certificação quer para obtenção de Acreditação, podem ser classificadas de auditorias de conformidade e gestão (quanto ao

conteúdo e fins), auditorias parciais (quanto à amplitude), auditorias permanentes (quanto à frequência) e auditorias de fonte contratual (quanto à obrigatoriedade). Ou seja, enquadram-se perfeitamente, nas auditorias de conformidade, quanto ao seu conteúdo e fins, porque terão que verificar o cumprimento de todos os pontos inerentes à NP EN ISO 9001:2015, bem como aos cinco blocos de *standards* intrínsecos ao Modelo de Acreditação ACSA (*Agencia de Calidad Sanitária de Andalucía*), pois só assim, é que os Serviços e/ou os Hospitais estão aptos a receber a certificação ISO ou a Acreditação, pelas entidades com quem estabeleceram estes critérios a cumprir.

Também, ficou bem esclarecedor, que os processos de Certificação e de Acreditação são distintos e, têm objetivos e referenciais completamente diferenciados. Mas, o mais evidente destes dois processos, é que no processo de certificação, o Serviço em si é o centro das atenções, enquanto no processo de Acreditação (modelo ACSA) a pessoa é que é o centro do sistema de saúde e, que a acreditação do Serviço depende muito da gestão clínica.

Por fim, foi demonstrado a implementação do SGQ no HDFS, EPE, através de atividades executadas e procedimentos implementados, quer pelo GQGR quer pela CQSD, bem como a relação existente com o Serviço de Auditoria Interna e, o contributo que este Serviço tem prestado ao longo dos anos, para o SGQ por via do conhecimento profundo que o SAI tem da entidade, dos seus processos, da sua cultura e dos seus recursos.

Posso concluir, que com este projeto foi dada a oportunidade, de evidenciar como foi criada a interligação das auditorias internas, quer no âmbito da qualidade quer ao abrigo do Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, evitando assim redundâncias e otimizando os recursos existentes. No entanto, a única limitação na interligação existente entre o Serviço de Auditoria Interna e o GQGR, ao longo destes anos, tem sido a existência de um único elemento a exercer funções no SAI, e assim, não permitir maior envolvimento com todos os Serviços em processo de Certificação e Acreditação e somente com alguns, como foi referido na secção 3.1.5.1. Contudo, por se tratar de um sistema de qualidade, este pressupõe sempre a melhoria contínua e que o sistema em si esteja sempre em desenvolvimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CBA/JCI (2011). *Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais* – 4.^a edição 2011. Disponível em 15/01/2018 em https://www.jcrinc.com/assets/1/14/EBJCIH14B_Sample_Pages.pdf
- CM Tecnologia. (2018). *As medidas essenciais da gestão de qualidade em saúde*. Brasil. Disponível em 01/02/2018 em <https://www.cmtecnologia.com.br/qualidade-saude/>
- DGS (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016. 3.3. Eixo Estratégico. Qualidade em Saúde*. Disponível em 17/01/2018 em http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2012/02/0024_-_Qualidade_em_Sau%CC%81de_2013-01-17_.pdf
- DGS (2018). *Comissão da Qualidade e Segurança do Doente*. Disponível em 05/02/2018 em <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/autoridade-conselho-e-comissoes.aspx>
- DGS (2018). *Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde*. Disponível em 06/02/2018 em <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/estrategia-nacional-para-a-qualidade-na-saude.aspx>
- Duarte, M. S. (2017). *A Importância da Auditoria Interna para uma Gestão Eficiente e Eficaz em Instituições Hospitalares do Setor Público*. Luis Fonseca, PhD, Professor ISEP-IPP, Presidente DRN APQ. Disponível em 28/03/2018 em http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/10957/1/Mariana_Duarte_MA_2017.pdf
- Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde. (2017). *Manual de Standards. Unidades de Gestão Clínica. ME 5 1_07*. Edição e Adaptação Departamento da Qualidade na Saúde. Direção Geral da Saúde
- Fonseca, Luís. (2015) Diapositivos sobre a Semana da Qualidade. Disponível em 14/04/2018 em http://apolo.dps.uminho.pt/eventos/sem_qual2015/sem_qualidade_luis_fonseca.pdf
- Fragata, J. (2011). *Segurança dos Doentes*. Lisboa. Edições Lidel
- Francis, D. & Woodcock, M. (2008). *Auditoria da Eficácia Organizacional*. Lisboa. Monitor – Projectos e Edições, Lda.

IIA (2018). *Definições de Auditoria Interna*. (2018). Disponível em 24/03/2018 em <https://na.theia.org/standards-guidance/mandatory-guidance/Pages/Definition-of-Internal-Auditing.aspx>

IPQ (2018). *Grupo de Práticas de Auditoria ISO 9001 – Linhas de orientação em: Processos*. Disponível em 05/04/2019 em <http://www1.ipq.pt/PT/Normalizacao/FerramentasPME/Documents/DocumentosISO/Doc10%20-%20ISO%209001%20-%20Processos.pdf>

Joint Commission International (2014). *Guia de Processo de Avaliação de Hospital para Acreditação da Joint Commission International. Incluindo padrões de hospital de centro médico acadêmico*, 5.^a edição. Disponível em 10/11/2018 em <https://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/jci-accredited-organizations/>

Machado de Almeida, B. J. (2017). *Manual de Auditoria Financeira. Uma análise integrada baseada no risco*. 2.^a Ed., Lisboa. Escolar Editora.

Marques, J. A. N. (2010). *A Qualidade dos Serviços de Saúde A percepção dos colaboradores da ULS da Guarda à luz do Modelo da EFQM*. Universidade da Beira Interior. Ciências Sociais e Humanas. Disponível em 28/11/2018 em <https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/2912/1/TESE%20N%C3%A9rcio.pdf>

Metodologia LEAN. (2017). Disponível em 12/01/2019 em <https://www.blog-lideranca.pt/2017/12/19/metodologia-lean/>

Morais, G. & Martins, I. (2013). *Auditoria Interna: Função e Processo*. 4.^a Ed., Lisboa: Áreas Editora.

Negrão, M. J. G. C. R. (2014). *Modelos de Qualidade na Saúde: O Processo de Acreditação na USF CelaSaúde*. Faculdade de Economia. Universidade de Coimbra. 9 a 11. Disponível em 20/01/2018 em <https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/34174/1/Modelos%20de%20Qualidade%20na%20Saude.pdf>

NP EN ISO 9001:2015. Certificação do Sistema de Gestão da Qualidade.

Novo, T. C. (2013). *Implementação e Integração do Modelo de Acreditação da Joint Commission International na Unidade de Imagiologia do Hospital Privado da Boavista*. Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto. Disponível em 27/01/2018 em http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/4731/1/DM_TeresaNovo_2013.pdf

Pinheiro, J. L. (2014). *Auditoria Interna. Auditoria Operacional Manual Prático para Auditores*. 3.^a Ed., Lisboa, Reis dos Livros.

Recomendação Rec (2001) 13 do Comitê de Ministros aos Estados membros sobre o desenvolvimento de uma metodologia para elaboração de diretrizes sobre as melhores práticas médicas. Disponível em 16/02/2018 em https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016804f8e51

Relatório e Contas (2016). *Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE*. Disponível em 16/03/2018 em http://www.hdfigueira.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/12/2018/12/Relatorio-e-Contas-2016_dez18.pdf

Rubio, A., Silva, J. & Guimarães, T. (2014). Auditoria Interna e sua Importância para as Organizações. *Revista Saberes da FAPAN* (2.^a Edição). Dezembro 2014. Disponível em 07/02/2018 em http://fapan.edu.br/media/files/2/2_118.pdf.

SGS (2018). *ISO 9001:2015*. SGS. Disponível em 29/12/2018 em <https://www.sgs.pt/pt-pt/news/2015/09/publicacao-iso-9001>

Silva, A. M. (2016). *A Evolução da Auditoria Interna em Portugal: Estudo Comparativo*. Instituto Politécnico de Lisboa. Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Lisboa. Disponível em 13/01/2018 em <https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/7230/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf>

Silva, M. G. (2013). *Gestão da Qualidade em Cuidados de Saúde*. Lisboa. Edições Monitor.

Simões, J. (2009). *Retrato Político da Saúde. Dependência do Percurso e Inovação em Saúde: Da Ideologia ao Desempenho*. 2.^a Reimpressão. Coimbra. Edições Almedina SA.

Valencio, M. & Ngueve, F. (2013). *A ética e a deontologia na auditoria empresarial*. Bloogminton. AuthorHouse.

LEGISLAÇÃO

Lei n.º 12/2009, de 26 de março - Regime jurídico da qualidade e segurança relativa ao tratamento de tecidos e células origem humana (ver atualmente **Lei n.º 99/2017, 25/08**)

Decreto-Lei n.º 69/2017, de 16 de junho - Procede à transferência de atribuições da DGS para a SPMS

Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro – Estatutos dos Hospitais, Centros Hospitalares e Institutos de Oncologia, EPE

Decreto-Lei n.º 80/2014, de 15 de maio – 1.ª alteração ao DL n.º 71/2012, de 21/03

Decreto-Lei n.º 71/2012, de 21 de março – Orgânica do Instituto Português da Qualidade

Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro – Orgânica do ministério da Saúde

Decreto-Lei n.º 224/2008, de 20 de novembro - No uso da autorização legislativa concedida pela Lei n.º 36/2008, de 4 de Agosto, altera o Estatuto da Ordem dos Revisores Oficiais de Contas, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 487/99, de 16 de Novembro, transpondo parcialmente para a ordem jurídica interna a Diretiva n.º [2006/43/CE](#), do Parlamento Europeu e do Conselho, de 17 de Maio, relativa à revisão legal das contas anuais e consolidadas

Decreto-Lei n.º 267/2007, de 24 de julho - Estabelece o regime jurídico da qualidade e segurança do sangue humano e dos componentes sanguíneos, respetivas exigências técnicas, requisitos de rastreabilidade e notificação de reações e incidentes adversos (...)

Decreto-Lei n.º 76-A/2006, de 29 de março - Atualiza e flexibiliza os modelos de governo das sociedades anónimas, adota medidas de simplificação e eliminação de atos e procedimentos notariais e registais e aprova o novo regime jurídico da dissolução e da liquidação de entidades comerciais. (desatualizada ver **DL n.º 250/2012, 23/11**)

Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro - Transforma em entidades públicas empresariais os hospitais com a natureza de sociedade anónima, o Hospital de Santa Maria e o Hospital de São João e cria o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E. P. E., o Centro Hospitalar de Setúbal, E. P. E., e o Centro Hospitalar do Nordeste, E. P. E., e aprova os respetivos Estatutos. (desatualizada, ver **DL n.º 18/2017, 10/2**)

Portaria n.º 247/2017, de 4 de agosto – 1.ª alteração à Estrutura Nuclear da DGS

Portaria n.º 258/2014, 12 de dezembro – 1.ª alteração ao DL n.º 23/2013, de 15/01

Portaria n.º 23/2013, de 24 de janeiro – Estatutos do Instituto Português da Qualidade

Portaria n.º 159/2012, de 22 de maio – Estrutura Nuclear e unidades orgânicas flexíveis da DGS

Portaria n.º 155/2009, de 10 de fevereiro - Altera as Portarias ns.º [644/2007](#), de 30 de Maio, que estabelece a estrutura nuclear da Direcção-Geral da Saúde e as competências das respetivas unidades orgânicas, [646/2007](#), de 30 de Maio, que aprova os Estatutos da Administração Central do Sistema de Saúde, I. P., e [660/2007](#), de 30 de Maio, que fixa o número máximo de unidades orgânicas flexíveis e a dotação máxima de chefes de equipas multidisciplinares da Direcção-Geral da Saúde

Decreto-Regulamentar n.º 14/2012, de 26 de janeiro – Missão e atribuições da DGS

Portaria n.º 288/99, de 27 de abril – Regulamento do Instituto da Qualidade em Saúde

Despacho n.º 9416/2016, de 22 de julho – DGS com a colaboração das várias Ordens Profissionais envolvidas nas Normas de Orientação em Saúde

Despacho n.º 5739/2015, de 27 de maio - Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde - Determina a divulgação trimestral de indicadores de qualidade das entidades do Serviço Nacional de Saúde, de acordo com quadro anexo ao presente despacho

Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio – Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020

Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020

Despacho n.º 7763/2012, de 5 de junho – Criação das unidades orgânicas flexíveis e equipas multidisciplinares da DGS

Despacho n.º 69/2009, de 31 de agosto – Aprova o Modelo da Andaluzia (ACSA) como Modelo Oficial e Nacional de Acreditação das Instituições de Saúde

Despacho n.º 14223/2009, de 24 de junho – Estratégia Nacional da Qualidade em Saúde 2004-2010

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Plano de Auditoria Interna do GQGR - Norma ISO 9001:2015



GABINETE DA QUALIDADE E GESTÃO DO RISCO

PLANO DE AUDITORIA INTERNA

SERVIÇO A AUDITAR:	<u>GABINETE QUALIDADE E GESTÃO RISCO</u>	DATA:	<u>23-11-2018</u>
OBJETIVO:	Avaliar a conformidade do SGQ e sua documentação; Verificar se o SGQ está implementado e mantido. Verificar a eficácia do SGQ no cumprimento dos objetivos e da Missão do Serviço		
FINALIDADE:	Cumprimento dos requisitos da norma de referência e outros legais e regulamentares aplicáveis.		
ÂMBITO:	<u>Missão do Serviço e valências abrangidas</u>		
DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA:	<u>NORMA ISO 9001:2015, MQ, PQUA, PQ, MQ IMA E OUTROS PERTINENTES</u>		
AUDITOR COORDENADOR:	<u>Ana Mafalda Costa (AMC)</u>	AUDITOR TÉCNICO:	<u>Paulo Mendes (PM)</u>
LINHAS DE ORIENTAÇÃO DA AUDITORIA:	<u>Norma ISO 9001:2015; Documentos transversais; Manuais de boas práticas</u>		

HORA	PROCESSO/ATIVIDADE	REQUISITOS A AUDITAR	INTERLOCUTOR
09.30H	Reunião de abertura.	Norma ISO 9001:2015	
9.35H- 11.30H	Organização e o seu contexto; Partes interessadas - necessidades e expectativas; Âmbito do SGQ; SGQ e respetivos processos; Liderança e compromisso; Política	4.1;4.2;4.3;4.4;5.1;5.2;5.3	A definir na reunião de abertura
	Ações para tratar riscos e oportunidades; Objetivos da qualidade e planeamento para os atingir; Planeamento das alterações; Recursos; Competências; Conscencialização; Comunicação; Informação documentada	6.1;6.2;7.1;7.2;7.3; 7.4;7.5;	
	Planeamento e controlo operacional; Requisitos para produtos e serviços; Controlo dos processos, produtos e serviços de fornecedores externos; Produção e prestação do serviço; Libertação de produtos e serviços;Controlo de saídas não conformes	8.1;8.2;8.4;8.5; 8.6;8.7;	
	Conclusão da auditoria	9.1;9.2;9.3;10.1;10.2;10.3	
11.30H -12.30H	Reunião da equipa auditora		AMC+ PM
14.30H	Reunião de fecho		A definir na reunião de abertura
	Conclusão da auditoria		

GENERALIDADES:

- A equipa auditora ajustará o seu horário de trabalho, na medida do possível, ao do Serviço.
- Para a realização da auditoria, entrevistar-se-ão todos os setores envolvidos nas atividades do Sistema e cujas responsabilidades se encontram descritas no MQ do Serviço e nos Procedimentos aplicáveis.

APÊNDICE 2 - Lista de Verificação que contém a Norma



GABINETE DA QUALIDADE E GESTÃO DE RISCO

LISTA DE VERIFICAÇÃO - NP EN ISO 9001 : 2015

SERVIÇO A AUDITAR: **GABINETE DA QUALIDADE E GESTÃO DE RISCO**

EQUIPA AUDITOR (Rubrica e Nº MEC):

Dr.ª Ana Mafalda Costa _____

Dr. Paulo Mendes _____

DATA: 23/11/2018

A implementação do Sistema de Gestão da Qualidade no meio hospitalar e o papel da Auditoria Interna: o caso do HDFS, EPE




NOME DO SERVIÇO

LISTA DE VERIFICAÇÃO - NP EN ISO 9001 : 2015

Nº	Requisito	Avaliação da Conformidade	
		S/N/ NA	Constatações, evidências, observações, não-conformidades
	<p>PREPARAÇÃO DA AUDITORIA</p> <p>Fontes consultadas para enquadramento dos pontos abaixo e estabelecer pistas a seguir em auditoria</p> <p>- Contexto da Organização (req. 4.1)</p> <p>Questões internas</p> <p>Questões externas</p> <p>- Partes interessadas relevantes (req. 4.2)</p> <p>Requisitos relevantes</p> <p>- Âmbito do SGQ e da certificação</p> <p>Eventuais diferenças do âmbito do SGQ vs âmbito da certificação</p> <p>Não aplicabilidade de requisitos</p> <p>Limites e exclusões ao âmbito (atividades, geográfico, etc...)</p> <p>Eventuais questões a clarificar relativamente a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - atividades - produtos - sites 		

APÊNDICE 3 – Relatório da auditoria interna do GQGR – NP EN ISO 9001:2015

(7603)



GABINETE DE QUALIDADE E GESTÃO DE RISCO
RELATÓRIO DE AUDITORIA INTERNA

1. DADOS GERAIS

NORMA DE REFERÊNCIA: ISO 9001:2015 SERVIÇO AUDITADO: GABINETE DE QUALIDADE E GESTÃO DE RISCO
TIPO DE AUDITORIA INTERNA: Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ)
CRITÉRIOS AUDITADOS: NORMA ISO 9001:2015 (exceção do requisito 8.3); Manual da Qualidade; Documentos Transversais; Legislação aplicável e Manuais de Boas Práticas
AUDITOR COORDENADOR: Ana Mafalda Costa AUDITOR TÉCNICO: Paulo Mendes
DATA: 23 de novembro de 2018 HORA: 09.00H - 14.30H

2. METODOLOGIA UTILIZADA

Verificação e análise de documentação. Recolha de evidências através de entrevista aos colaboradores. O conjunto de constatações registadas, basearam-se num processo de informação por amostragem, pelo que, podem existir eventuais não conformidades que não tenham sido detetadas em auditoria.

3. APRECIÇÃO GERAL/CONCLUSÕES

A auditoria decorreu num ambiente construtivo e de colaboração, sendo de salientar a disponibilidade demonstrada pelos profissionais que participaram ativamente na mesma. De ressaltar o empenho evidenciado pelos profissionais abordados, no que respeita à implementações dos processos de qualidade. Os dados relativos aos controlos de qualidade aplicáveis foram evidenciados. O serviço deve dar resposta às não conformidades e oportunidades de melhoria resultantes das auditorias internas anteriores. A equipa auditora agradece a colaboração dispensada e manifesta a sua disponibilidade para prestar os esclarecimentos complementares considerados necessários.

4. RESUMO DAS CONSTATAÇÕES

As constatações poderão ser NÃO CONFORMIDADES (NC) e OBSERVAÇÕES (O).

NC 1 7.1.3	O Serviço necessita de melhores condições infra-estruturais. Ex.: O Serviço já há algum tempo que se situa em contentores onde existem diferenças de temperatura extremas. No Inverno, os gabinetes são demasiado frios, o efeito sonoro da chuva e do vento nas estruturas metálicas dos contentores tornam-se ruidosos e incómodos. O Serviço já sofreu infiltrações decorrentes das atuais infraestruturas, colocando em perigo o arquivo documental existente. No Verão, os gabinetes são extremamente quentes e os equipamentos de ar condicionado existentes não funcionam.
---------------	--

5. ANEXOS AO RELATÓRIO (quando aplicável)

Lista de Presenças

ASSINATURA E Nº MECANOGRÁFICO

Auditor Coordenador: 8468 Auditor Técnico: 1282
Serviço Auditado: _____

L10.2

A implementação do Sistema de Gestão da Qualidade no meio hospitalar e o papel da Auditoria Interna: o caso do HDFS, EPE

APÊNDICE 4 – Ficheiro em excel – Equipamentos médicos com manutenção preventiva

A	B	C	D	E	F	G
SERVIÇO	EQUIPAMENTO	MARCA	MODELO	SÉRIE	NBR	S
1 BLOCO OPERATÓRIO	DESINFETADOR	ARTEMA	CARDIO AID 50	1297485	3347	
2 BLOCO OPERATÓRIO	GARROTE	WALMAR	1D 104475	1323	3345	
3 BLOCO OPERATÓRIO	ASPIRADOR ELÉTRICO	MEDLA	DOMINANT 50	2039466	3956	
4 BLOCO OPERATÓRIO	CANDEIRO CIRÚRGICO	HERAULUS	HANALUX OSLO	5500-3234	3948	
5 BLOCO OPERATÓRIO	Microscópio Óptico	Kar-I Kaps	VA 160	5089	4145	
6 BLOCO OPERATÓRIO	Shaver	Smith&Nephew	Dyonics EP-1	7M0225	4149	
7 BLOCO OPERATÓRIO	CANDEIRO CIRÚRGICO	HERAULUS	OSLO	4851252	4221	
8 BLOCO OPERATÓRIO	GARROTE	WALMAR	1D 104475	1291	4250	
9 BLOCO OPERATÓRIO	ELECTROBISTURI	BARD/EMES	SYSTEM 5000 power plus	28548007	4285	
10 BLOCO OPERATÓRIO	ELECTROBISTURI	BARD/EMES	SYSTEM 5000 POWER PLUS	28548001	4285	
11 BLOCO OPERATÓRIO	OSULUM TRO	RILEY III	3402	990680563	9359	
12 BLOCO OPERATÓRIO	ELECTROBISTURI	HUAJONG	GENERATOR 3000	6104051212	9425	
13 BLOCO OPERATÓRIO	ELECTROBISTURI	CONMED	60-8005-002	09A00132	11382	
14 BLOCO OPERATÓRIO	BOMBA INFUSORA	BRAUN	INFUSOMAT FMS	42375	18321	
15 BLOCO OPERATÓRIO	SERINGA PERIFUSORA	BRAUN 351 1 009	PERFUSOR COMPACT	90085	200558	
16 BLOCO OPERATÓRIO	SERINGA PERIFUSORA	BRAUN	PERFUSOR SPACE	59935	202359	
17 BLOCO OPERATÓRIO	SERINGA PERIFUSORA	BRAUN 351 3 007	PERFUSOR SPACE	145528	207558	
18 BLOCO OPERATÓRIO	SERINGA PERIFUSORA	BRAUN	PERFUSOR COMPACT	231193	209355	
19 BLOCO OPERATÓRIO	SERINGA PERIFUSORA	BRAUN	PERFUSOR SPACE	450046	211561	
20 BLOCO OPERATÓRIO	SERINGA PERIFUSORA/PCA (2/3)	BRAUN	PERFUSOR SPACE	457365	211560	
21 BLOCO OPERATÓRIO	SERINGA PERIFUSORA/PCA (3/3)	BRAUN	PERFUSOR SPACE	457364	211567	
22 BLOCO OPERATÓRIO	SERINGA PERIFUSORA/PCA (3/3)	BRAUN	PERFUSOR SPACE	457364	211567	
BLOCO OPERATÓRIO - SAIA 3	CANDEIRO CIRÚRGICO	SURGIRIS	S601	sn		12454
BLOCO OPERATÓRIO - SAIA 3	MARCAJESA CIRÚRGICA	UNIVERSIS	STERIS FT TAMB690220A	15003	SN	6416
C. AMBULATORIO	MONITOR SINAIS VITAIS	CRITIKON	DINAMAP 8301	8101-9588		8366
C. AMBULATORIO	BISTURI ELÉTRICO	ERBE	ICC-350	A-1048		9381
C. AMBULATORIO	CANDEIRO CIRÚRGICO	PRESTIGE	PT 2221	12973261		18326
C. AMBULATORIO	DESINFETADOR	ARTEMA	CARDIO AID 100	12132309		20274
C. AMBULATORIO	MONITOR SINAIS VITAIS	BIONET	BM3-PLUS	D2H0700136		203947
C. AMBULATORIO	MONITOR SINAIS VITAIS	BIONET	BM3-PLUS	D21120026		208463
C. AMBULATORIO	MESA OPERATÓRIA DE COMANDO ELÉTRICO MARCA MERIVAARA , MODELO PRATICO II	MERIVAARA	PRACTICO II	130830-13419		208573
C. AMBULATORIO	GARROTE PNEUMÁTICO ELÉTRICO C/SUPOORTE RODADO MARCA DAESUNG , MODELO DTS 2000S	DAESUNG	DTS 2000S	-		208585
C. AMBULATORIO	ESTUFA DE AQUECIMENTO DE SOROS MODELO EXPORT 2431/V	-	EXPORT	-		208683
C. AMBULATORIO	CADEIRA DE TERAPIA HEMO.SÉRIE REDONDO 4 MOTORES ACTUALWAY COM BRAÇOS E MESA ABS	ACTUALWAY	H2284	6812		208685
C. AMBULATORIO	CADEIRA DE TERAPIA HEMO.SÉRIE REDONDO 4 MOTORES ACTUALWAY COM BRAÇOS E MESA ABS	ACTUALWAY	H2284	6662		208685
C. AMBULATORIO	CADEIRA DE TERAPIA HEMO.SÉRIE REDONDO 4 MOTORES ACTUALWAY COM BRAÇOS E MESA ABS	ACTUALWAY	H2284	6817		208888
C. AMBULATORIO	CADEIRA DE TERAPIA HEMO.SÉRIE REDONDO 4 MOTORES ACTUALWAY COM BRAÇOS E MESA ABS	ACTUALWAY	H2284	6813		208887
C. AMBULATORIO	CADEIRA DE TERAPIA HEMO.SÉRIE REDONDO 4 MOTORES ACTUALWAY COM BRAÇOS E MESA ABS	ACTUALWAY	H2284	6818		208687
C. AMBULATORIO	CADEIRA DE TERAPIA HEMO.SÉRIE REDONDO 4 MOTORES ACTUALWAY COM BRAÇOS E MESA ABS	ACTUALWAY	H2284	6815		208688
C. AMBULATORIO	CADEIRA DE TERAPIA HEMO.SÉRIE REDONDO 4 MOTORES ACTUALWAY COM BRAÇOS E MESA ABS	ACTUALWAY	H2284	6814		208689
C. AMBULATORIO	CADEIRA DE TERAPIA HEMO.SÉRIE REDONDO 4 MOTORES ACTUALWAY COM BRAÇOS E MESA ABS	ACTUALWAY	H2284	6816		208690
C. AMBULATORIO	AQUECEDOR DE SANGUE E SORO C/INDICAÇÃO E CONTROLO DIGITAL DE TEMPERATURA	BESTMAN	BFW-1000	-		209744
C. AMBULATORIO	FRIGORIFICO COM PORTA DE VIDRO DE 118L MARCA HAIER	HAIER	HYC-118A	ED99DE0000EG2L001		209964
CARDIOLOGIA - A.C.D. TERAPEUTICA	MONITOR DE PRESSÃO ARTERIAL	SPACELABS HEALTHCARE	90207	207099452		91577
CARDIOLOGIA - A.C.D. TERAPEUTICA	MONITOR DE PRESSÃO ARTERIAL	SPECLABS	90207-30	207020964		9938
CARDIOLOGIA - A.C.D. TERAPEUTICA	DESINFETADOR	PHARMEDIC	DGT-6	11060007166		207736
CARDIOLOGIA - A.C.D. TERAPEUTICA	PROVA DE ESFORÇO	QUINTON Q-STRESS	TMS5	EXG120X0501		207738
CARDIOLOGIA - A.C.D. TERAPEUTICA	ELECTROCARDIOGRAFO	CARDIOVIT	Chiller CARDIOVIT FT-1	1060002444		211294
CARDIOLOGIA - A.C.D. TERAPEUTICA	ELECTROCARDIOGRAFO	CARDIOVIT	Chiller CARDIOVIT FT-1	1060002445		211295
CARDIOLOGIA OAB.11 - A.C.D. TERAPEUTICA	BALANCA P/ADULTO C/CRAVEIRA	SECA	mod.700	5,700366+12		202204
CARDIOLOGIA OAB.11 - A.C.D. TERAPEUTICA	MONITOR TENSÃO ARTERIAL	WELCH-ALLYN	SPOT - REF-5200-103A	201007358		205669
CARDIOLOGIA OAB.12 - A.C.D. TERAPEUTICA	MONITOR TENSÃO ARTERIAL	WELCH-ALLYN	SPOT VITAL - REF-5200-103A	201007356		205666
CIRURGIA - INTERNAMENTO	DESINFETADOR	ARTEMA SW	CARDIO-AID 50	12900241		17638
CIRURGIA - INTERNAMENTO	BOMBA INFUSORA	BRAUN	INFUSOMAT FMS	67495		200169
CIRURGIA - INTERNAMENTO	ESTAÇÃO PUNHOZ LABINCÓPOPOS	HEINE	N2200	ND		201396
CIRURGIA - INTERNAMENTO	MONITOR DE SINAIS VITAIS	WELCH ALLYN	SPOT VS	200617039		201852
CIRURGIA - INTERNAMENTO	SISTEMA DE ELEVAÇÃO	INVACARE	3000S00-D1CAO-0125	1,09018E+13		201887
CIRURGIA - INTERNAMENTO	MONITOR DE SINAIS VITAIS	BIONET	BM3-PLUS	D21200021		203943
CIRURGIA - INTERNAMENTO	MONITOR DE SINAIS VITAIS	BIONET	BM3-PLUS	D21200022		203944
CIRURGIA - INTERNAMENTO	MONITOR DE SINAIS VITAIS	BIONET	BM3-PLUS	D21200024		203945
CIRURGIA - INTERNAMENTO	MONITOR DE SINAIS VITAIS	BIONET	BM3-PLUS	D21200027		203948
CIRURGIA - INTERNAMENTO	BOMBA INFUSORA	BRAUN	INFUSOMAT FMS	67941		204927
CIRURGIA - INTERNAMENTO	MONITOR DE SINAIS VITAIS	WELCH ALLYN	SPOT	201015541		207184
CIRURGIA - INTERNAMENTO	MONITOR DE SINAIS VITAIS	WELCH ALLYN	SPOT	201015542		207185
CIRURGIA - INTERNAMENTO	MONITOR DE SINAIS VITAIS	WELCH ALLYN	PROPAGLT	KA021264		207186
CIRURGIA - INTERNAMENTO	MONITOR DE SINAIS VITAIS	WELCH ALLYN	PROPAGLT	KA021235		207187
CIRURGIA - INTERNAMENTO	MONITOR DE SINAIS VITAIS	WELCH ALLYN	PROPAGLT	KA0 21266		207188
CIRURGIA - INTERNAMENTO	MONITOR DE SINAIS VITAIS	WELCH ALLYN	PROPAGLT	KA0 21213		207189
CIRURGIA - INTERNAMENTO	MONITOR DE SINAIS VITAIS	CONTEC	CMS6000	AV1211200030		208046
CIRURGIA - INTERNAMENTO	BOMBA INFUSORA	BRAUN	INFUSOMAT FMS	17767		208255
CIRURGIA - INTERNAMENTO	FRIGORIFICO	HAIER	HYC68A	E0716E0000EG2P003		209236
CIRURGIA - INTERNAMENTO	MONITOR DE SINAIS VITAIS	CONTEC	CMS8000	AX161E000297		209509
CIRURGIA - INTERNAMENTO	BOMBA INFUSORA	BRAUN	INFUSOMAT FMS	46977		209511
CIRURGIA - INTERNAMENTO	BOMBA INFUSORA	BRAUN	INFUSOMAT FMS	69485		209963
CIRURGIA - INTERNAMENTO	MÁQUINA DE LAVAR ARRASTEDEIRAS	LD 21	ECO 25	8530LDVLD2100		S/N
ESP. MÉDICAS	LAVADOR DE ARRASTEDEIRAS	AIC	Eco 20	2006/111		nd
MEDICINA - INTERNAMENTO	LAVADOR " ESTERILIZADOR " DESINFETADOR DE ARRASTEDEIRAS	A.J.COSTA	LAVAPOR ECO 25	64		200730
ORTOPEDIA - INTERNAMENTO	LAVADOR/ESTERILIZADOR DE ARRASTEDEIRAS	AIC	ECO 25	0,06776283		202191
MEDICINA LABORATORIAL	AUTOCLAVE DE CAPAC 75 LIT	UNICLAVE	88 DE	ND		16966
BLOCO OPERATÓRIO	AUTOCLAVE COM FLASH	SCICAN	STATIME 5000 S	140708800021		202513
URGÊNCIA	LAVADOR/ESTERILIZADOR DE ARRASTEDEIRAS	A.J.COSTA	LAVAPOR ECO 25	65		200731
ESTERILIZAÇÃO	AUTOCLAVE ESTERILIZACAO "ESTERILIZADOR DE VAPOR"	J.S.M.	490L 2PD PNV	ND		200541
ESTERILIZAÇÃO	AUTOCLAVE ESTERILIZACAO "ESTERILIZADOR DE VAPOR"	PROHS	490L 2PD PNVG	ND		manut. incluída
ESTERILIZAÇÃO	GERADOR	J.S.M.	3 GR	ND		S/N
ESTERILIZAÇÃO	GERADOR	J.S.M.	3 GR	ND		S/N
ESTERILIZAÇÃO	ESTERILIZADOR DE PLASMA	RENOSEM	D50	DD50130352		209684
ESTERILIZAÇÃO	ESTERILIZADOR DE PLASMA	RENOSEM	S1300	S1300DG27		S/N
ESTERILIZAÇÃO	MAQ LAVAR/DESINFECTAR MATERIAL CIRURGICO	MIELE	G-627826	53080889		19566
ESTERILIZAÇÃO	MÁQUINA DE LAVAR E DESINFECTAR MATERIAL CIRURGICO	MIELE	G-7826	62782622P		208124
ESTERILIZAÇÃO	MÁQUINA LAVAR	MIELE	G7882 CD	ND		209513
ESTERILIZAÇÃO	MÁQUINA DE SELAR MANGA	HAWO	2010 DC	450306		207471
ESTERILIZAÇÃO	MÁQUINA DE SELAR MANGA	HAWO	2010 DC	450307		207472
ESTERILIZAÇÃO	MÁQUINA DE SELAR	PMS	PM101	C1506017		S/N
ESTERILIZAÇÃO	ESTUFA	MEMMERT	TYP B10	800011		S/N
ESTERILIZAÇÃO	BANHO ULTRA-SONS " TINA ULTRASSÓNICA " C/CAPACIDADE 20 LITROS	SELECTA	3000841	405042		18202
ESTERILIZAÇÃO	BANHO ULTRA-SONS " TINA ULTRASSÓNICA " C/CAPACIDADE 6 LITROS	J.P.SELECTA,	ULTRASONS-H	481260		201444
ESTERILIZAÇÃO	DESCALCIFICADOR	ERIE	S41V94J/30	E81326		S/N
ESTERILIZAÇÃO	MÁQUINA LAVAR E DESINFECTAR E SECAR MATERIAL CIRURGICO C/ CAPACIDADE DE 6 CESTOS.	SMEG	WD4060	6021301851		209233
ESTERILIZAÇÃO	INCLINADORA DE ATTEST DE LEIURA RÁPIDA PARA INDICADORES BIOLÓGICOS DE VAPOR	3M	290	224273		208206
ESTERILIZAÇÃO	TERMOHIGRÓMETRO	REGIN	HTRN-D	11001127098		S/N
ESTERILIZAÇÃO	MÁQUINA DE ETIQUETAR C/ LINHAS DE TEXTO	INTERLOCK	MONARCH	ND		208115
ESTERILIZAÇÃO	MÁQUINA DE ETIQUETAR C/ LINHAS DE TEXTO	INTERLOCK	MONARCH	ND		208116
ESTERILIZAÇÃO	MÁQUINA DE APLICAÇÃO DE ETIQUETAS PARA PLASMA	ND	MONARCH	ND		208238
ESTERILIZAÇÃO	MÁQUINA DE SELAR SACOS	AUDION	SEALKID 6215K	1,01014E+12		208237
ESTERILIZAÇÃO	ESTERILIZADOR	PROHS	490L 2PDN	N/D		S/N

APÊNDICE 5 – Ficheiro convertido em excel – Mapa de manutenção por Serviço - IBERDATA

MapaManutenção-PorServiço-IBERDATA - A guardar...						MAPA DE MANUTENÇÃO ANUAL 2018 - HOSPITAL DISTRIAL FIGUEIRA DA FOZ											
SERVIÇO	EQUIPAMENTO	MARCA	MODELO	NºSÉRIE	NºINV	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
BLOCO OPERATÓRIO	ESTETOFONENDOSCOPIO ERKA-METER	PANASCOPE	2		458											1	
BLOCO OPERATÓRIO	GARROTE	WALMAR	10-104475	1339	3945											1	
BLOCO OPERATÓRIO	OSCILOMETRO	RIESTER	1402	990680563	9358											1	
BLOCO OPERATÓRIO	ESTETOFONENDOSCOPIO ERKA-METER	LITTMANN	3M		5407											1	
BLOCO OPERATÓRIO	APARELHOS VARIOS	PLEXIVAL	940,01	6G010130	732											1	
BLOCO OPERATÓRIO	MARQUESA	STERIS	ESDEYEST	409203017					1						1		
BLOCO OPERATÓRIO	ELECTROBISTURI	HARMONIC	GENERATOR 3000	GN4051221	9406			1						1			
BLOCO OPERATÓRIO	ELECTROBISTURI	BIRTCHE	SYSTEM 4400	10463004	4227			1						1			
BLOCO OPERATÓRIO	ELECTROBISTURI	BARD/EMS	SYSTEM 5000 POWER PLUS.	28548001	4286			1						1			
BLOCO OPERATÓRIO	ELECTROBISTURI	CONMED	SYSTEM 5000 POWER PLUS.	09AG0132	11382			1						1			
BLOCO OPERATÓRIO	TRANSFER	JSM							1								
BLOCO OPERATÓRIO	TRANSFER	JSM							1								
BLOCO OPERATÓRIO - ANESTESIA	TERMOMETROS	BRAUN	PR04000	10101008360	18115						1						
BLOCO OPERATÓRIO - CORREDOR	ELECTROBISTURI	ERBE	ICC350	70128000	779			1									
BLOCO OPERATÓRIO - SAL 1	MARQUESA CIRÚRGICA	KMC			4284				1						1		
BLOCO OPERATÓRIO - SALA 1	CANDEEIRO CIRÚRGICO	PRESTIGE	DKK	9941936	418						1						1
BLOCO OPERATÓRIO - SALA 1	ESTAÇÃO PUNHOS LARINCOSPÓPIOS	HEINE	NT 200														1
BLOCO OPERATÓRIO - SALA 1	MONITOR DE SINAIS VITAIS	DATEX OHMEDA	S/5	M0019PN3460107	201765		1						1				
BLOCO OPERATÓRIO - SALA 2	ELECTROBISTURI	COVIDIEN	FORCE TRIADE	T3D34987EX					1					1			
BLOCO OPERATÓRIO - SALA 2	CANDEEIRO CIRÚRGICO	SURGIRIS	S601	04-01-94 / 04-01-95													1
BLOCO OPERATÓRIO - SALA 3	GARROTE	WALMAR	10-104475	1291	426											1	
BLOCO OPERATÓRIO - SALA 3	MONITOR DE SINAIS VITAIS	DATEX ENGSTROM	D-VNC15-00-03	1768802			1						1				
BLOCO OPERATÓRIO - SALA 3	ESTAÇÃO PUNHOS LARINCOSPÓPIOS	HEINE	NT200														1
BLOCO OPERATÓRIO - SALA 3	VENTILADOR ANESTESIA	DATEX OHMEDA	S/5 AVANCE	ANBN00640						1						1	
BLOCO OPERATÓRIO - SALA 3	CANDEEIRO CIRÚRGICO	SURGIRIS	S601		12454												1
BLOCO OPERATÓRIO - SALA 3	MARQUESA CIRÚRGICA	UNIVERSIS	STERIS IT TAB6090220A	15003					1					1			
BLOCO OPERATÓRIO - SALA 3	ELECTROBISTURI	BARD/EMS	SYSTEMS000	28548002	4285			1						1			
C. AMBULATÓRIO	DESFIBRILHADOR	ARTEMA	CARDIO AID 100	12132309	18326	1						1					
C. AMBULATÓRIO	VENTILADOR ANESTESIA	DAMECA	10590	9716001	428						1						1
C. AMBULATÓRIO	AQUECEDOR LEITO	WARM TOUCH	501-5800	30270						1							
C. AMBULATÓRIO	AQUECEDOR LEITO	WARM TOUCH	501-5800	31271						1							
C. AMBULATÓRIO	BALANÇA ANALÓGICA	SECA	761	2761079019619	18215				1						1		
C. AMBULATÓRIO	MACA	FAVERO	9BR0011	8005398005	204526										1		
C. AMBULATÓRIO	MONITOR SINAIS VITAIS	BIONET	BM3-PLUS	BMP0411033	200102		1						1		1		
C. AMBULATÓRIO	MONITOR SINAIS VITAIS	BIONET	BM3-PLUS	BMP0411053	200103		1						1		1		
C. AMBULATÓRIO	MONITOR SINAIS VITAIS	BIONET	BM3-PLUS	BMP0411024	200104		1						1		1		

ANEXOS

ANEXO 1 – Decreto-Lei n.º 71/2012, de 21 de março - IPQ

1316

Diário da República, 1.ª série — N.º 58 — 21 de março de 2012

ANEXO

Mapa de cargos de dirigentes

(a que se refere o artigo 11.º)

Designação dos cargos dirigentes	Qualificação dos cargos dirigentes	Grau	Número de lugares
Diretor	Direção intermédia de 1.º grau	1.º	1

Decreto-Lei n.º 71/2012

de 21 de março

No âmbito do Compromisso Eficiência, o XIX Governo Constitucional determinou as linhas gerais do Plano de Redução e Melhoria da Administração Central (PREMAC), afirmando que o primeiro e mais importante impulso do Plano deveria, desde logo, ser dado no processo de preparação das leis orgânicas dos ministérios e dos respetivos serviços.

Trata-se de algo absolutamente estruturante, por um lado, para o início de uma nova fase da reforma da Administração Pública, no sentido de a tornar eficiente e racional na utilização dos recursos públicos e, por outro, para o cumprimento dos objetivos de redução da despesa pública a que o país está vinculado. Com efeito, mais do que nunca, a concretização simultânea dos objetivos de racionalização das estruturas do Estado e de melhor utilização dos seus recursos humanos é crucial no processo de modernização e de otimização do funcionamento da Administração Pública.

Importava decididamente repensar e reorganizar a estrutura do Estado, no sentido de lhe dar uma maior coerência e capacidade de resposta no desempenho das funções que deverá assegurar, eliminando redundâncias e reduzindo substancialmente os seus custos de funcionamento.

Neste contexto, foi aprovada a Lei Orgânica do Ministério da Economia e do Emprego (MEE), pelo Decreto-Lei n.º 126-C/2011, de 29 de dezembro, que procede à reestruturação do Instituto Português da Qualidade, I. P., (IPQ, I. P.), serviço da administração indireta do Estado que tem por missão a coordenação do sistema português da qualidade e de outros sistemas de qualificação regulamentar que lhe forem conferidos por lei, a promoção e a coordenação de atividades que visem contribuir para demonstrar a credibilidade da ação dos agentes económicos, bem como o desenvolvimento das atividades necessárias à sua função de laboratório nacional de metrologia.

O IPQ, I. P., assume-se, deste modo, como um agente privilegiado de mudança no país, ao nível da economia interna e da competitividade internacional.

Detentor da primeira experiência em Portugal na formulação de um sistema nacional da qualidade, integrando os três subsistemas — da normalização, da metrologia e da qualificação, segundo os princípios e metodologias universalmente aceites —, ao IPQ, I. P., incumbe criar e disponibilizar a infraestrutura indispensável para potenciar a prática de melhores processos e métodos de gestão pela qualidade. Constituindo a qualidade, a par da inovação, um vetor determinante da competitividade indispensável para o crescimento sustentado da economia, o IPQ, I. P., enquanto instituto público inserido na estrutura do MEE, é responsável pela gestão e coordenação do Sistema Por-

tuguês da Qualidade (SPQ), devendo prosseguir a sua missão em perfeita sintonia com os objetivos de construção de um Portugal moderno e de melhoria da qualidade de vida dos cidadãos.

Assim:

Ao abrigo do disposto no n.º 1 do artigo 16.º da Lei n.º 3/2004, de 15 de janeiro, e nos termos da alínea a) do n.º 1 do artigo 198.º da Constituição, o Governo decreta o seguinte:

Artigo 1.º

Natureza

1 — O Instituto Português da Qualidade, I. P., abreviadamente designado por IPQ, I. P., é um instituto público, integrado na administração indireta do Estado, dotado de autonomia administrativa e financeira e património próprio.

2 — O IPQ, I. P., prossegue atribuições do Ministério da Economia e do Emprego (MEE), sob superintendência e tutela do respetivo ministro.

3 — A definição das orientações estratégicas e a fixação de objetivos para o IPQ, I. P., no domínio da metrologia científica, bem como o acompanhamento da sua execução, são articulados entre os membros do Governo responsáveis pelas áreas da economia e da ciência.

Artigo 2.º

Jurisdição territorial e sede

1 — O IPQ, I. P., é um organismo central com jurisdição sobre todo o território nacional.

2 — O IPQ, I. P., tem sede no Monte da Caparica, no concelho de Almada.

Artigo 3.º

Missão e atribuições

1 — O IPQ, I. P., tem por missão a coordenação do sistema português da qualidade e de outros sistemas de qualificação regulamentar que lhe forem conferidos por lei, a promoção e a coordenação de atividades que visem contribuir para demonstrar a credibilidade da ação dos agentes económicos, bem como o desenvolvimento das atividades necessárias à sua função de laboratório nacional de metrologia.

2 — O IPQ, I. P., é o Organismo Nacional de Normalização e a Instituição Nacional de Metrologia.

3 — São atribuições do IPQ, I. P.:

a) Gerir, coordenar e desenvolver o Sistema Português da Qualidade (SPQ), numa perspetiva de integração de

todas as componentes relevantes para a melhoria da qualidade de produtos, de serviços e de sistemas da qualidade e da qualificação de pessoas;

b) Promover o desenvolvimento do SPQ, com vista ao incremento da qualidade, contribuindo para o aumento da produtividade, competitividade e inovação nos setores público e privado;

c) Garantir e desenvolver a qualidade através do estabelecimento de protocolos e parcerias estratégicas com entidades públicas, privadas e da economia social, bem como com infraestruturas científicas e tecnológicas que, voluntariamente ou por inerência de funções, congreguem esforços para definir princípios e meios que tenham por objetivo padrões de qualidade;

d) Promover e dinamizar comissões setoriais e outras estruturas da qualidade integradas no SPQ, preparando e gerindo o calendário das respetivas ações, encontros e reuniões;

e) Instituir as marcas identificadoras do SPQ e assegurar a respetiva gestão;

f) Garantir a realização e dinamização de prémios de excelência, como forma de reconhecimento e afirmação das organizações;

g) Promover e desenvolver ações de formação e de apoio técnico no domínio da qualidade, designadamente no âmbito da qualificação, da normalização e da metrologia;

h) Desenvolver atividades de cooperação e de prestação de serviços a entidades nacionais e estrangeiras interessadas no domínio da qualidade;

i) Propor ao membro do Governo da tutela medidas conducentes à definição de políticas nacionais relativas ao SPQ no âmbito da normalização, qualificação e metrologia, nos domínios voluntário e regulamentar;

j) Promover a elaboração de normas portuguesas e de documentos normativos, garantindo a coerência e atualidade do acervo normativo nacional;

k) Qualificar e reconhecer como organismos de normalização setorial (ONS) as entidades públicas ou privadas nas quais o IPQ, I. P., delegue funções de normalização técnica em setores de atividade específicos;

l) Coordenar e acompanhar os trabalhos de normalização nacional desenvolvidos no âmbito da rede de ONS, comissões técnicas de normalização e outras entidades qualificadas no âmbito do SPQ;

m) Assegurar e promover a representação e a participação de Portugal como membro das organizações, comités, grupos de trabalho e outras instâncias de âmbito europeu e internacional, no âmbito das suas atribuições e competências e as obrigações daí decorrentes;

n) Gerir o sistema de notificação prévia de regulamentos técnicos e de normas, no âmbito da União Europeia e da Organização Mundial de Comércio, de acordo com a legislação aplicável;

o) Promover o ajustamento da legislação nacional às normas nacionais, europeias e internacionais, nomeadamente assegurando a transposição de diretivas comunitárias na sua área de competências;

p) Assegurar o cumprimento dos procedimentos das diretivas comunitárias no que diz respeito à qualificação, notificação à Comissão Europeia e manutenção atualizada da base de dados europeia dos organismos notificados no âmbito de cada diretiva;

q) Acompanhar iniciativas e programas comunitários que tenham implicações no seu âmbito de atividade;

r) Gerir o Laboratório Nacional de Metrologia (LNM), nas suas componentes científica e aplicada, assegurando

a realização, manutenção e desenvolvimento dos padrões nacionais das unidades de medida e a sua rastreabilidade ao Sistema Internacional (SI), promovendo a disseminação dos valores das unidades SI no território nacional;

s) Assegurar e gerir o sistema de controlo metroológico legal dos instrumentos de medição, reconhecer entidades competentes para o exercício delegado desse controlo, sempre que tal se revele necessário para garantir a efetiva cobertura a nível nacional, e coordenar a rede constituída por aquelas entidades;

t) Assegurar a implementação, articulação e inventariação de cadeias hierarquizadas de padrões de medida, promover o estabelecimento de redes de laboratórios metroológicos acreditados e a realização de comparações interlaboratoriais nacionais;

u) Assegurar a representação de Portugal como membro das organizações de metrologia europeias e internacionais e as obrigações daí decorrentes, nomeadamente a participação nos respetivos trabalhos, a comparação de padrões, a rastreabilidade ao SI e em projetos de investigação e desenvolvimento;

v) Gerir o Museu de Metrologia e promover a recolha, preservação, estudo e divulgação do espólio metroológico com interesse histórico.

4 — Para prossecução das suas atribuições, o IPQ, I. P., deve promover a articulação e colaboração com os serviços e organismos do MEE e de outros ministérios nas respetivas áreas de atuação, bem como com outras entidades nacionais e internacionais, de natureza pública ou privada.

Artigo 4.º

Definições

Para efeitos do disposto no artigo anterior, entende-se por:

a) «Sistema Português da Qualidade (SPQ)» o conjunto integrado de entidades e organizações inter-relacionadas e interatuantes que, seguindo princípios, regras e procedimentos aceites internacionalmente, congrega esforços para a dinamização da qualidade em Portugal e assegura a coordenação dos três subsistemas — da normalização, da qualificação e da metrologia —, com vista ao desenvolvimento sustentado do País e ao aumento da qualidade de vida da sociedade em geral;

b) «Subsistema da metrologia» o subsistema do SPQ que garante o rigor e a exatidão das medições realizadas, assegurando a sua comparabilidade e rastreabilidade, a nível nacional e internacional, e a realização, manutenção e desenvolvimento dos padrões das unidades de medida;

c) «Subsistema da normalização» o subsistema do SPQ que enquadra as atividades de elaboração de normas e outros documentos de caráter normativo de âmbito nacional, europeu e internacional;

d) «Subsistema da qualificação» o subsistema do SPQ que enquadra as atividades da acreditação, da certificação e outras de reconhecimento de competências e de avaliação da conformidade, no âmbito do SPQ;

e) «Qualidade» o conjunto de atributos e características de uma entidade ou produto que determinam a sua aptidão para satisfazer necessidades e expectativas da sociedade.

Artigo 5.º

Órgãos

São órgãos do IPQ, I. P.:

- a) O conselho diretivo;
- b) O fiscal único.

Artigo 6.º

Conselho diretivo

1 — O conselho diretivo do IPQ, I. P., é composto por um presidente e por dois vogais.

2 — Sem prejuízo das competências conferidas por lei ou que nele sejam delegadas ou subdelegadas, compete ao conselho diretivo, no âmbito da orientação e gestão do IPQ, I. P.:

- a) Deliberar sobre a participação do IPQ, I. P., em outras entidades, nos termos previstos no artigo 12.º, nomear os representantes nessas entidades e coordenar as respetivas atividades;
- b) Deliberar sobre a celebração de contratos, protocolos ou outros instrumentos jurídicos de tipo contratual a outorgar pelo IPQ, I. P., sem prejuízo do cumprimento dos procedimentos e formalidades legalmente exigíveis;
- c) Deliberar sobre a aquisição, oneração ou alienação de quaisquer direitos e bens, móveis ou imóveis, sem prejuízo do cumprimento dos procedimentos e formalidades legalmente exigíveis;
- d) Assegurar as relações internacionais do IPQ, I. P., e a sua representação nas comissões, grupos de trabalho ou atividades de organismos estrangeiros ou internacionais;
- e) Praticar os demais atos que se tornem necessários à prossecução das atribuições do IPQ, I. P.

3 — O presidente do conselho diretivo pode delegar ou subdelegar competências nos vogais.

Artigo 7.º

Fiscal único

O fiscal único é designado e tem as competências previstas na lei-quadro dos institutos públicos.

Artigo 8.º

Organização interna

A organização interna do IPQ, I. P., é a prevista nos respetivos estatutos.

Artigo 9.º

Receitas

1 — O IPQ, I. P., dispõe das receitas provenientes de dotações que lhe forem atribuídas no Orçamento do Estado.

2 — O IPQ, I. P., dispõe ainda das seguintes receitas próprias:

- a) O produto da prestação de serviços e da alienação de bens;
- b) O produto resultante da edição ou venda de publicações;
- c) O produto de aplicações financeiras no Tesouro;

d) Os rendimentos de bens próprios e os provenientes da sua atividade;

e) Os subsídios, subvenções, participações, doações e legados concedidos por quaisquer entidades;

f) Os valores previstos em contratos-programa anuais e plurianuais celebrados com o MEE, com outros ministérios ou com outras entidades para a execução de funções determinadas;

g) As quantias cobradas pela participação no SPQ de entidades públicas, mistas ou privadas;

h) As quantias devidas pelo uso de certificados e marcas nacionais da qualidade, bem como de certificados e marcas internacionais de conformidade que o IPQ, I. P., represente;

i) O produto de taxas, multas, coimas e outros valores de natureza pecuniária que por lei lhe sejam consignados;

j) Quaisquer outras receitas que lhe sejam atribuídas por lei, contrato ou outro título.

3 — Os saldos das receitas referidas no número anterior, verificados no final de cada ano, transitam para o ano seguinte, nos termos previstos no decreto-lei de execução orçamental anual.

Artigo 10.º

Despesas

Constituem despesas do IPQ, I. P., as que resultem de encargos decorrentes da prossecução das respetivas atribuições.

Artigo 11.º

Património

O património do IPQ, I. P., é constituído pela universalidade de bens, direitos e obrigações de que seja titular.

Artigo 12.º

Participação em outras entidades

A criação, participação na criação, aquisição ou aumento de participação em entes de direito privado por parte do IPQ, I. P., apenas se pode verificar em situações excecionais quando, cumulativamente, seja fundamentadamente demonstrada a imprescindibilidade para a prossecução das suas atribuições e seja obtida autorização prévia dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da tutela, nos termos do artigo 13.º da Lei n.º 3/2004, de 15 de janeiro.

Artigo 13.º

Execução das dívidas

1 — Os créditos devidos ao IPQ, I. P., ficam sujeitos ao regime de processo de execução fiscal.

2 — Para cobrança coerciva dos créditos referidos no número anterior, constitui título executivo a certidão de dívida emitida pelo IPQ, I. P., acompanhada de cópia dos contratos ou outros documentos a ele referentes.

Artigo 14.º

Norma revogatória

É revogado o Decreto-Lei n.º 142/2007, de 27 de abril.

Artigo 15.º

Entrada em vigor

O presente decreto-lei entra em vigor no 1.º dia do mês seguinte ao da sua publicação.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 9 de fevereiro de 2012. — *Pedro Passos Coelho* — *Vitor Louçã* *Rabaça Gaspar* — *Alvaro Santos Pereira*.

Promulgado em 14 de março de 2012.

Publique-se.

O Presidente da República, ANÍBAL CAVACO SILVA.

Referendado em 15 de março de 2012.

O Primeiro-Ministro, *Pedro Passos Coelho*.

MINISTÉRIO DA AGRICULTURA, DO MAR,
DO AMBIENTE E DO ORDENAMENTO DO TERRITÓRIO

Portaria n.º 65/2012

de 21 de março

A delimitação da Reserva Ecológica Nacional (REN) para a área do concelho de Moura foi aprovada pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 113/96, de 27 de julho, e alterada pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 94/2006, de 4 de agosto.

A Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Alentejo apresentou, nos termos do disposto no n.º 2 do artigo 41.º do Decreto-Lei n.º 166/2008, de 22 de agosto, uma proposta de alteração da delimitação da REN para o concelho de Moura, enquadrada no procedimento de elaboração do Plano de Pormenor para a unidade operativa T13 Moura-Ardila/Herdade da Defesa de S. Brás.

A Comissão Nacional da Reserva Ecológica Nacional pronunciou-se favoravelmente sobre a delimitação proposta, nos termos do disposto no artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 93/90, de 19 de março, aplicável por via do aludido n.º 2 do artigo 41.º, sendo que o respetivo parecer se encontra consubstanciado em ata da reunião daquela Comissão, realizada em 9 de junho de 2011, subscrita pelos representantes que a compõem.

Sobre a referida delimitação foi ouvida a Câmara Municipal de Moura.

Em resultado do presente procedimento de alteração da REN de Moura, bem como da entrada em vigor do Plano de Pormenor para a unidade operativa T13 Moura-Ardila/Herdade da Defesa de S. Brás, será desencadeada a alteração por adaptação da planta de condicionantes do Plano Diretor Municipal de Moura, nos termos do disposto no artigo 97.º, n.º 1, alínea a), do Decreto-Lei n.º 380/99, de 22 de setembro, na sua redação atual.

Assim, considerando o disposto no n.º 2 do artigo 41.º do Decreto-Lei n.º 166/2008, de 22 de agosto, manda o Governo, pelo Secretário de Estado do Ambiente e do Ordenamento do Território, no uso das competências delegadas pela Ministra da Agricultura, do Mar, do Ambiente e do Ordenamento do Território, através do despacho n.º 12412/2011, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 181, de 20 de setembro de 2011, com a redação que lhe foi conferida pela declaração de retificação n.º 1810/2011, publicada no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 227, de 25 de novembro de 2011, o seguinte:

Artigo 1.º

Objeto

É aprovada a alteração da delimitação da Reserva Ecológica Nacional do concelho de Moura, com as áreas a incluir e a excluir identificadas na planta e nos quadros anexos à presente portaria, que dela fazem parte integrante.

Artigo 2.º

Consulta

A referida planta, os quadros anexos e a memória descritiva do presente processo podem ser consultados na Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Alentejo (CCDR do Alentejo), bem como na Direção-Geral do Ordenamento do Território e Desenvolvimento Urbano (DGOTDU).

Artigo 3.º

Produção de efeitos

A presente portaria produz os seus efeitos com a entrada em vigor do Plano de Pormenor para a unidade operativa T13 Moura-Ardila/Herdade da Defesa de S. Brás.

O Secretário de Estado do Ambiente e do Ordenamento do Território, *Pedro Afonso de Paulo*, em 7 de março de 2012.

QUADROS ANEXOS

Alteração da Reserva Ecológica Nacional do concelho de Moura

Áreas a incluir (número de ordens)	Áreas da REN a incluir	Fundamentação
11	Faixa de proteção à albufeira — 100 m.	REN delimitada pelo POAAP
12	Faixa de proteção à albufeira — 100 m.	REN delimitada pelo POAAP
13	Faixa de proteção à albufeira — 100 m.	REN delimitada pelo POAAP
14	Faixa de proteção à albufeira — 100 m.	REN delimitada pelo POAAP
15	Faixa de proteção à albufeira — 100 m.	REN delimitada pelo POAAP
16	Faixa de proteção à albufeira — 100 m.	REN delimitada pelo POAAP
17	Faixa de proteção à albufeira — 100 m.	REN delimitada pelo POAAP
18	Faixa de proteção à albufeira — 100 m.	REN delimitada pelo POAAP
19	Faixa de proteção à albufeira — 100 m.	REN delimitada pelo POAAP

ANEXO 2 – Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2004-2010

Diário da República, 2.ª série — N.º 120 — 24 de Junho de 2009

24667

28 — Posicionamento remuneratório: Tendo em conta o disposto no n.º 1 no artigo 55.º da Lei n.º 12-A/2008, de 27 de Fevereiro, o posicionamento do trabalhador recrutado numa das posições remuneratórias da categoria é objecto de negociação com a entidade empregadora pública, que terá lugar imediatamente após o termo do procedimento concursal.

29 — Nos termos do disposto no n.º 1 do artigo 19.º da Portaria n.º 83-A/2009, de 22 de Janeiro, o presente Aviso será publicitado na Bolsa de Emprego Público, www.bep.gov.pt, no primeiro dia útil seguinte à publicação no *Diário da República*, na página electrónica da Secretaria-Geral do Ministério das Obras Públicas, Transportes e Comunicações, www.sg.moptc.pt, e por extracto, no prazo máximo de três dias úteis, contado da mesma data, em jornal de expansão nacional.

16 de Junho de 2009. — O Secretário-Geral, *Santos Cardoso*.
201918472

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Gabinete da Ministra

Despacho n.º 14223/2009

O Ministério da Saúde, no seu papel de coordenador do sistema de saúde português, tem como uma das suas missões potenciar a sua coesão e a qualidade da prestação de cuidados de saúde, para garantir os direitos dos cidadãos na sua relação com o sistema de saúde.

O Plano Nacional de Saúde 2004-2010 aponta como orientação estratégica e intervenção necessária a melhoria da qualidade organizacional dos serviços de saúde, pelo que a definição da estratégia nacional para a promoção da qualidade dos cuidados prestados pelas unidades do Serviço Nacional de Saúde e com ele contratualizadas é essencial para que as actividades inerentes à sua execução possam ser orientadas para os objectivos que presidem à cultura de melhoria contínua da qualidade que se pretende sedimentar e difundir.

Neste projecto, a desenvolver pela Direcção-Geral da Saúde, o Departamento da Qualidade na Saúde assume o papel central de coordenador da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, partilhando a sua missão, as suas prioridades, os seus valores e princípios e promovendo as relações com os destinatários e a realização das acções que a concretizam.

Como todas as estratégias e apesar de ser definida tendo em conta um horizonte temporal de cinco anos, é necessário admitir a necessidade futura de adaptação às condições do tempo e lugar próprios.

Para a qualificação das unidades prestadoras de cuidados de saúde opta-se por criar um modelo de acreditação nacional que seja adaptado à população e serviços a que se destina. Não obstante, salienta-se o carácter voluntário de adesão das unidades do sistema de saúde a esta metodologia.

A transparência do conhecimento corresponde ao exercício da responsabilidade, devendo as unidades prestadoras de cuidados do sistema de saúde colaborar com o Departamento da Qualidade na Saúde na prossecução e realização das iniciativas promovidas no âmbito da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde.

Assim, determino:

1 — É aprovada a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde que consta no anexo do presente despacho, do qual faz parte integrante.

2 — O Departamento da Qualidade na Saúde da Direcção-Geral da Saúde deve criar um programa nacional de acreditação em saúde, baseado num modelo de acreditação sustentável e adaptável às características do sistema de saúde português, com o objectivo de garantir a qualidade das organizações prestadoras de cuidados de saúde e promover o seu empenho voluntário na melhoria contínua, consolidando a cultura da qualidade integral.

3 — A aplicação do programa nacional de acreditação em saúde nas unidades prestadoras de cuidados do sistema de saúde é voluntária.

4 — A Direcção-Geral da Saúde deve promover formas de reconhecimento público da qualidade e melhorias conseguidas nas unidades prestadoras de cuidados de saúde acreditadas, concedendo deste modo aos cidadãos e aos profissionais de saúde maior confiança no acesso aos cuidados.

5 — Anualmente, deve ser enviado a este Gabinete o relatório de progresso da operacionalização da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, com vista à sua avaliação periódica.

8 de Junho de 2009. — A Ministra da Saúde, *Ana Maria Teodoro Jorge*.

ANEXO

Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde

I — Enquadramento

A Lei de Bases da Saúde estabelece que o Serviço Nacional de Saúde engloba o conjunto de serviços de saúde sob tutela da Administração do Estado, que integram todas as prestações de cuidados de saúde que são responsabilidade dos poderes públicos, para cumprimento do direito à protecção da saúde, consignado na Constituição da República Portuguesa.

O Serviço Nacional de Saúde caracteriza-se por dispor de uma ampla gama de prestação de cuidados de saúde, que inclui as tecnologias e os procedimentos clínicos que o conhecimento científico aconselha, para combater as doenças e as suas consequências na saúde humana.

O sistema de saúde português é constituído pelo Serviço Nacional de Saúde, por todas as entidades públicas e privadas e, ainda, por todos os profissionais de saúde que com este estabelecem acordos, contratos e convenções para a prestação de cuidados de saúde.

O Plano Nacional de Saúde 2004-2010 na identificação que faz da situação actual quanto à qualidade em saúde, identifica uma escassa cultura de qualidade associada a um défice organizacional dos serviços de saúde, assim como a falta de indicadores de desempenho e de apoio à decisão e o insuficiente apoio estruturado às áreas de diagnóstico e decisão terapêutica.

A Lei de Bases da Saúde estabelece a universalidade da cobertura dos serviços prestadores de cuidados de saúde como uma das características básicas do sistema de saúde português, determinando que os serviços públicos de saúde se estendam a toda a população.

Estabelece, ainda, a equidade como princípio geral do sistema de saúde, entendida como a garantia de que o acesso à prestação de cuidados de saúde se realize em condições de igualdade efectiva. Confere, por último, especial relevância ao facto de que os meios e as acções do sistema de saúde estejam, prioritariamente, orientados para a promoção da saúde e para a prevenção das doenças. Tal facto, implica uma concepção integral da saúde e impõe o desafio, aos serviços prestadores de cuidados de saúde, de incorporar, num quadro de melhoria contínua da qualidade, as acções de promoção da saúde e de prevenção das doenças, da mesma forma que incorporam a prestação de cuidados curativos, reabilitadores ou de cuidados paliativos.

O Ministério da Saúde, no seu papel de coordenador do sistema de saúde português, tem, assim, como uma das suas missões potenciar a sua coesão e a qualidade da prestação de cuidados de saúde, para garantir os direitos dos cidadãos na sua relação com o sistema de saúde.

Consolidadas, que estão, a cobertura territorial e a universalidade da prestação de cuidados de saúde, os desafios da qualidade e da segurança surgem, em primeiro plano, como uma das principais prioridades do sistema de saúde português.

II — Missão

A evolução recente da prática clínica, fruto da influência anglo-saxónica e da mudança de paradigma na relação dos profissionais de saúde com os utilizadores do sistema de saúde levou à radicação do conceito de autonomia do ser humano, deduzido da Declaração Universal dos Direitos do Homem, face aos poderes político, administrativo, jurídico, académico e religioso, criando a noção de autonomia do doente face ao poder do profissional de saúde.

Esta noção deu lugar ao compromisso deontológico, que é uma autolimitação do poder do profissional de saúde, criando um novo paradigma de relação entre duas pessoas autónomas e livres — o profissional de saúde e o utilizador do sistema que o procura. Médicos, enfermeiros, psicólogos, farmacêuticos e outros profissionais de saúde, assim como administradores e gestores do sistema, vivem no interior de uma cultura idiossincrática com linguagem e rituais próprios, actuando diariamente perante pessoas autónomas, cada vez menos a eles submetidos, com o direito reconhecido de participarem nas decisões que lhes dizem respeito e com a liberdade de as aceitarem ou recusarem, depois de convenientemente informados.

A Organização Mundial de Saúde, reflectindo sobre os direitos do doente, afirma que os doentes têm o direito de ser completamente informados, nomeadamente sobre os procedimentos clínicos que lhe são propostos, juntamente com os riscos e benefícios potenciais de cada procedimento. Este aspecto faz um apelo particular às virtudes tradicionais dos médicos, principalmente ao «*bom senso*» e à «*prática exemplar*», que eram para Aristóteles a sabedoria prática num contexto moral.

Por outro lado, a Organização Mundial de Saúde chama, também, a atenção para que se estabeleça e implemente, em cada Estado membro, uma estratégia nacional para a qualidade e segurança em saúde, que

tenha particular atenção na necessidade da tomada de medidas sustentáveis a longo prazo. Tal estratégia deve ter em vista a criação de conhecimento sobre os problemas em matéria da qualidade, bem como das suas soluções e ser implementada, de forma sistemática, de acordo com as realidades regionais e locais.

Os códigos deontológicos defendem a qualidade dos cuidados prestados, impondo um cuidado de permanente actualização da cultura científica e da preparação técnica — daí as hierarquias técnicas — para que os profissionais de saúde se obriguem à prestação dos melhores cuidados ao seu alcance, agindo com correcção, no exclusivo intuito de promover ou restituir a saúde e suavizar o sofrimento, no pleno respeito pela dignidade da pessoa.

Assim, os cuidados de saúde são hoje prestados num palco diversificado de interesses em conflito, numa mudança tecnológica permanente e sob um escrutínio público sem precedentes, sendo o nível de exigência dos utilizadores do sistema de saúde cada vez maior, tal como é a expectativa de bons resultados terapêuticos.

Neste contexto, as eventuais falhas ou erros ocorridos no contexto da prestação de cuidados de saúde, são potencialmente interpretados, pelos cidadãos, num quadro de eventual culpa, numa sociedade com cada vez maior consciência social.

A gestão eficiente dos recursos disponíveis, cada vez mais escassos para dar resposta a um volume crescente da procura de cuidados de saúde, não obsta a que se exija um nível da qualidade da prestação cada vez mais elevado, mesmo considerando que vivemos uma época de enormes desafios para os gestores dos sistemas de saúde e para os profissionais que neles trabalham.

Bem consciente desta preocupação, o Ministério da Saúde optou por criar, no âmbito da Direcção-Geral da Saúde, o Departamento da Qualidade na Saúde, sucedâneo do Instituto da Qualidade em Saúde e da Agência da Qualidade na Saúde, com a missão de:

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

III — Prioridades estratégicas

O Departamento da Qualidade na Saúde, com existência legal desde o dia 16 de Fevereiro de 2009 (Portaria n.º 155/2009, publicada no *Diário da República*, n.º 28, de 10 de Fevereiro de 2009) e integrado na Direcção-Geral da Saúde, no âmbito da sua autonomia técnica, detém competências nas áreas do planeamento e programação da política nacional para a qualidade no sistema de saúde, as quais se consubstanciam na presente Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, que adopta as seguintes prioridades estratégicas de actuação:

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

Para a implementação destas prioridades estratégicas, o Departamento da Qualidade na Saúde é apoiado cientificamente por um conselho consultivo.

IV — Destinatários

A melhoria da qualidade na saúde tanto serve o cidadão, considerado individualmente, como serve o profissional de saúde:

O cidadão, como protagonista dos serviços que integram o sistema de saúde e como cliente, como utilizador e como proprietário desses serviços;

O profissional de saúde, como responsável pelo desenvolvimento de um trabalho com capacidade técnica, seguro, qualificado e preparado para a modificação que o seu papel tem sofrido e continuará a sofrer nas próximas décadas.

V — Valores

O Departamento da Qualidade na Saúde pauta a sua actuação com base nos valores da:

- Responsabilidade;
- Confidencialidade;
- Transparência.

VI — Princípios

O Departamento da Qualidade na Saúde rege-se, ainda, pelos seguintes princípios:

- Orientação para o cidadão;
- Objectividade;

- Compromisso;
- Inovação;
- Evidência científica;
- Melhoria contínua;
- Qualidade;
- Procura da excelência.

VII — Acção

O Departamento da Qualidade na Saúde encontra-se perante o enorme desafio de reconstruir um edifício de grande volume e abrangência, adaptado às exigências actuais da população portuguesa e do contexto europeu onde se insere a mobilidade de doentes e os cuidados de saúde transfronteiriços, em que o denominador comum é a orientação para uma prática clínica baseada na evidência científica, que assegure os melhores e mais seguros cuidados aos cidadãos.

O desenho das acções a serem desenvolvidas pelo Departamento da Qualidade na Saúde teve em consideração os seguintes pressupostos:

- 1) Os cuidados de saúde primários, os cuidados hospitalares e os cuidados continuados são constituídos por organizações complexas, onde é gerida uma grande variedade de conhecimentos na luta contra as doenças, no estudo das suas causas e das suas consequências e que evoluíram a grande velocidade em poucas décadas;
- 2) Os profissionais de saúde estão submetidos a uma exigência de actualização de conhecimentos, que necessita do contributo de importantes esforços profissionais e institucionais, para enfrentarem o importante desafio de distinguirem os aspectos que têm que ser incorporados na prática clínica, na organização dos cuidados ou na gestão das instituições, à luz das melhores e mais recentes evidências científicas;
- 3) A promoção e a garantia da qualidade e a sua melhoria contínua são as bases fundamentais para garantir satisfatoriamente esta exigência;
- 4) O processo de acreditação, uma vez concluído com êxito, significa que algo é digno de crédito;
- 5) Neste contexto, a criação e implementação de um programa independente de acreditação em saúde, de âmbito nacional, tem como objectivo reconhecer oficialmente a qualidade das organizações prestadoras de cuidados de saúde em que assenta o sistema de saúde português e promover o seu empenho voluntário na melhoria contínua, consolidando a cultura da qualidade integral;
- 6) Acreditar, significará o reconhecimento público, por parte do Ministério da Saúde, das melhorias da qualidade conseguidas nos serviços prestadores de cuidados de saúde, dando um maior grau de confiança aos cidadãos.

No processo de busca da excelência é necessário estabelecer exigências, que formalizem os mecanismos que as instituições de saúde e os seus profissionais terão que utilizar para assegurar que os cuidados de saúde que prestam aos cidadãos, respondem aos critérios da qualidade definidos pelo Departamento da Qualidade na Saúde.

Tais exigências obrigam o Departamento da Qualidade na Saúde a desenvolver as seguintes acções:

- 1) Divulgar normas de orientação clínica, que ajudem os profissionais de saúde a utilizarem melhores práticas profissionais nas diferentes áreas de actuação;
- 2) Implementar sistema de indicadores nacionais que permitam monitorizar os níveis da qualidade clínica e da qualidade organizacional das unidades prestadoras de cuidados do sistema de saúde;
- 3) Criar um sistema nacional de notificação de incidentes e de eventos adversos, não punitivo mas, antes, educativo na procura da aprendizagem com o erro;
- 4) Divulgar normas de procedimento que evitem as causas mais frequentes que põem em risco a segurança dos doentes, principalmente o erro clínico, o erro cirúrgico e o erro medicamentoso;
- 5) Coordenar o controlo organizado das infecções associadas aos cuidados de saúde;
- 6) Adoptar e adaptar um modelo nacional e independente de acreditação e implementá-lo oficialmente através de um programa nacional de acreditação em saúde;
- 7) Conceber, acompanhar e avaliar novos modelos experimentais de gestão das doenças mais prevalentes, mais incapacitantes e mais onerosas;
- 8) Estabelecer critérios e regras para a criação de unidades prestadoras de cuidados de saúde altamente diferenciadas e de referência nacional e internacional;
- 9) Acompanhar e avaliar projectos de saúde nas áreas da inovação e da investigação;

10) Criar mecanismos de gestão dos fluxos de doentes estrangeiros que recebem cuidados de saúde em Portugal e de doentes portugueses que recebem cuidados de saúde em centros diferenciados no estrangeiro;

11) Criar pontos focais de informação ao cidadão, para que, com transparência, estes possam estar mais habilitados a fazer escolhas informadas na utilização dos serviços prestadores de cuidados de saúde;

12) Implementar sistemas de monitorização periódica do grau de satisfação dos utilizadores do sistema de saúde e dos seus profissionais;

13) Avaliar e orientar as reclamações e sugestões dos cidadãos.

VIII — Horizonte temporal

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde visa, num horizonte temporal de médio e de longo prazo, a promoção da aproximação à excelência na prestação de cuidados de saúde, através da garantia da sua qualidade e da sua melhoria contínua, para benefício dos cidadãos utilizadores do sistema de saúde e satisfação dos seus profissionais.

A evolução da operacionalização da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde é tornada pública anualmente.

Pretende, assim, através da sua implementação num prazo de 5 anos e da sua consolidação ao fim de 10 anos, uma abordagem integral, que venha a permitir a garantia generalizada da qualidade dos diferentes elementos que intervêm na prestação de cuidados de saúde.

201917524

Administração Central do Sistema de Saúde, I. P.

Contrato (extracto) n.º 132/2009

Extracto do contrato-programa no âmbito do Serviço Nacional de Saúde

Nos termos do n.º 2 do artigo 165.º da Lei n.º 64-A/2008, de 31 de Dezembro, dá-se conhecimento que foi celebrado a 27 de Março de 2009 entre a Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P., a Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. e a Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE integrado no Serviço Nacional de Saúde, o acordo modificativo para 2009, relativo ao contrato-programa para o triénio de 2007-2009, o qual foi homologado por despacho de 18 de Maio de 2009 do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. O valor global do contrato é de 88.325.070,02 Euros para o ano de 2009.

28 de Maio de 2009. — O Presidente do Conselho Directivo, *Manuel Teixeira*.

201922473

Contrato (extracto) n.º 133/2009

Extracto do contrato-programa no âmbito do Serviço Nacional de Saúde

Nos termos do n.º 2 do artigo 165.º da Lei n.º 64-A/2008, de 31 de Dezembro, dá-se conhecimento que foi celebrado a 27 de Março de 2009 entre a Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P., a Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. e a Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE integrado no Serviço Nacional de Saúde, o acordo modificativo para 2009, relativo ao contrato-programa para o triénio de 2007-2009, o qual foi homologado por despacho de 18 de Maio de 2009 do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. O valor global do contrato é de 77.961.935,10 Euros para o ano de 2009.

28 de Maio de 2009. — O Presidente do Conselho Directivo, *Manuel Teixeira*.

201922521

Administração Regional de Saúde do Centro, I. P.

Deliberação (extracto) n.º 1769/2009

Por deliberação do Conselho Directivo de 06/05/2009, da Administração Regional de Saúde do Centro, I. P.:

Autorizada a progressão na categoria de Assistente Graduado da carreira médica de clínica geral, com efeitos desde 06 de Janeiro de 2009, ao abrigo do artigo 23 do Dec.-Lei 73/90 de 06 de Março, na redacção que lhe foi dada pelo Dec.-Lei n.º 210/91 de 12/06 e na Circular Normativa n.º 3/92 de 15/01 do Departamento de Recursos Humanos da Saúde, ao Dr. Luis Manuel Ferreira Elias Lopes — Centro de Saúde de Ilhavo.

(Isento de fiscalização prévia do TC)

27 de Maio de 2009. — O Presidente do Conselho Directivo, *João Pedro Pimentel*.

201921696

Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I. P.

Deliberação (extracto) n.º 1770/2009

O Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I. P., por deliberação de 28/05/2009 (acta n.º 38), revogou a anterior deliberação de 11/11/2008 (Acta n.º 9) publicada no DR 2.ª série n.º 53, de 17/03/2009, em que autorizava a concessão do regime de horário acrescido à Enfermeira, Sílvia Maria Macedo Pacheco Tavares, em regime de contrato de trabalho a termo resolutivo, nesta ARS, Centro de Saúde de Quinta da Lomba, USF da Quinta da Lomba.

9 de Junho de 2009. — O Presidente do Conselho Directivo, *Rui Gentil de Portugal e Vasconcelos Fernandes*.

201917613

Despacho (extracto) n.º 14224/2009

Por despacho do Presidente Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I. P., de 30 de Abril de 2009, foi autorizada ao abrigo do n.º 5 do artigo 47.º, do Decreto-Lei n.º 100/99, de 31 de Março, a licença sem vencimento de longa duração, à assistente técnica, Elisabete Maria Reis Baroneira, pertencendo ao quadro de pessoal da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. Centro de Saúde de Odivelas, com efeitos a partir de 05 de Março de 2009.

6 de Maio de 2009. — O Presidente do Conselho Directivo, *Rui Gentil de Portugal e Vasconcelos Fernandes*.

201917013

Despacho (extracto) n.º 14225/2009

Por despacho do Vice-Presidente do Conselho Directivo desta ARSLVT, I.P. de 05/06/2009, no uso de competência delegada, foi autorizada a Mobilidade Interna sob a forma de Mobilidade Intercarreiras à Enfermeira Graduada, Nair Maria Rodrigues Gameiro, do Mapa de Pessoal desta ARS, Agrupamento de Centros de Saúde da Grande Lisboa VIII — Sintra Mafra, Centro de Saúde de Sintra, para o exercício de funções na carreira de técnica superior, no mesmo Agrupamento, Centro de Saúde de Mafra.

Esta mobilidade produz efeitos à data da publicação no DR, e terá a duração máxima de 1 ano.

17 de Junho de 2009. — O Presidente do Conselho Directivo, *Rui Gentil de Portugal e Vasconcelos Fernandes*.

201921299

INFARMED — Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P.

Aviso n.º 11296/2009

Por deliberação do Conselho Directivo da Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. de 03-06-2009:

Ana Bela Braga Beirão e Helena Paula Loureiro Candeias Baião, Técnicas Superiores de Saúde, do mapa de pessoal deste Instituto — autorizado o regime de horário acrescido, pelo período de um ano, com efeitos a 15-07-2009.

3 de Junho de 2009. — O Presidente do Conselho Directivo, *Vasco Jesus Maria*. — O Vice-Presidente, *Helder Mota Filipe*. — O Vogal, *António Neves*.

201921355

Aviso n.º 11297/2009

Por despacho de 08-06-2009, no uso de competência delegada, de harmonia com o disposto no artigo 8.º do Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, autorizo a sociedade H.P.A. — Clínica de Diálise, Lda., com sede social na Rua Manuel Febrero, n.º 85, 2800-455 Almada, a adquirir directamente aos produtores, grossistas e importadores substâncias estupefacientes, psicotrópicas e seus preparados, para uso exclusivo dos seus doentes em tratamento regular de substituição da função renal, nas suas instalações, sitas na mesma morada, sendo esta autorização válida por um ano a partir da data desta publicação, e considerando-se renovada por igual período, se o INFARMED nada disser até 90 dias antes do termo do prazo.

15 de Junho de 2009. — O Vice-Presidente do Conselho Directivo, *Helder Mota Filipe*.

201921566

ANEXO 3 – Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020

13550

Diário da República, 2.ª série — N.º 102 — 27 de maio de 2015

O recrutamento efetua-se pela ordem decrescente da ordenação final dos candidatos colocados em situação de requalificação e, esgotados estes os restantes candidatos.

k) O júri é constituído pelos seguintes elementos:

Presidente: Mestre Rui Dias Fernandes, Vogal do Conselho Diretivo;
1.º Vogal Efetivo: Dra. Marina Alexandra de Almeida Rana, Chefe de Divisão;
2.º Vogal Efetivo: Eng.º António José Afonso Pires Carochio — Diretor de Departamento;
1.º Vogal Suplente: Dra. Carla Martinha de Carvalho Rebelo — Técnica Superior;
2.º Vogal Suplente: Dr. Carlos Francisco Silva do Adro — Técnico Superior.

O presidente do júri será substituído nas ausências ou impedimentos pelo primeiro vogal efetivo.

l) Nos termos da alínea f) do n.º 3 do artigo 19.º da Portaria n.º 83-A/2009, de 22 de janeiro alterada e republicada pela Portaria n.º 145-A/2011, de 6 de abril, os candidatos têm acesso às atas do júri, onde constam os parâmetros de avaliação e respetiva ponderação de cada um dos métodos de seleção a utilizar, a grelha classificativa e o sistema de valoração final do método, desde que as solicitem.

m) Os candidatos admitidos serão convocados, através de notificação do dia, hora e local para realização dos métodos de seleção, nos termos previstos no artigo 32.º e por uma das formas previstas nas alíneas a), b), c) ou d) do n.º 3 da Portaria n.º 83-A/2009, de 22 de janeiro alterada e republicada pela Portaria n.º 145-A/2011, de 6 de abril.

n) Exclusão e notificação dos candidatos:

De acordo com o preceituado no n.º 1 do artigo 30.º da referida Portaria, os candidatos excluídos serão notificados por uma das formas pre-

vistas nas alíneas a), b), c) ou d) do n.º 3 do artigo 30.º para a realização da audiência dos interessados nos termos do Código do Procedimento Administrativo.

o) Em cumprimento da alínea h) do artigo 9.º da Constituição da República Portuguesa, a Administração Pública, enquanto entidade empregadora, promove ativamente uma política de igualdade de oportunidades entre homens e mulheres no acesso ao emprego e na progressão profissional, providenciando escrupulosamente no sentido de evitar toda e qualquer forma de discriminação.

p) O presente aviso será publicado na Bolsa de Emprego Público (www.bep.gov.pt), até ao terceiro dia útil seguinte à data presente publicação no *Diário da República* e na página eletrónica do IPMA, I. P.

30 de abril 2015. — O Presidente do Conselho Diretivo, *Jorge Miguel Alberto de Miranda*.

208646381

Declaração de retificação n.º 399/2015

Conforme previsto pelo Anexo II do Regulamento (CE) n.º 854/2004 de 29 de abril, em conjugação com o artigo 3.º da Portaria n.º 1421/2006, de 21 de dezembro, e tendo em conta os resultados das ações de monitorização e controlo realizadas, o Conselho Diretivo do IPMA, I. P., atualizou a classificação das zonas de produção de moluscos bivalves vivos em Portugal continental através do Despacho n.º 4022/2015, de 17 de março de 2015, publicado no DR (2.ª série), N.º 78 de 22 de abril.

Torna-se agora necessário proceder a uma retificação ao referido Despacho n.º 4022/2015.

Assim:

Onde se lê:	Código	Deve ler-se:	Código
Ria Formosa, Olhão, Regueira de Água Quente — Alto da Farroba.	OLH1	Ria Formosa, Olhão	OLH1
Ria Formosa, Olhão, Barrinha — Marim	OLH2	Ria Formosa, Olhão	OLH2
Ria Formosa, Olhão, Fortaleza — Areais	OLH3	Ria Formosa, Olhão	OLH3
Ria Formosa, Olhão, Ilhote Negro — Garganta	OLH4	Ria Formosa, Olhão	OLH4
Ria Formosa, Olhão, Lameirão — Culatra	OLH5	Ria Formosa, Olhão	OLH5
Ria Formosa, Fuzeta, Murteira — Ilha da Fuzeta	FUZ1	Ria Formosa, Fuzeta	FUZ1
Ria Formosa, Tavira, Quatro-Água — Torre d'Aires	TAV2	Ria Formosa, Tavira	TAV2
Ria Formosa, Cacela-Fábrica	VT1	Ria Formosa, Cacela	VT1

Notas explicativas

A classificação das zonas de produção de moluscos bivalves está baseada em critérios bacteriológicos (*Escherichia coli*), de acordo com a tabela de classes seguinte:

Classe	Teor de <i>Escherichia coli</i> /100g	Observações
A	Inferior ou igual a 230	—
B	Superior a 230 e inferior ou igual a 4600	Pelo menos em 90 % das amostras e nenhuma exceder 46000.
C	Superior a 4600 e inferior ou igual a 46000	—
Proibida	Mais de 46000	—

Classe A — Os bivalves podem ser apanhados e comercializados para consumo humano direto.

Classe B — Os bivalves podem ser apanhados e destinados a depuração, transposição ou transformação em unidade industrial.

Classe C — Os bivalves podem ser apanhados e destinados a transposição prolongada ou transformação em unidade industrial.

Proibida — Interditada a captura de moluscos bivalves
Não Classificada — Interditada a captura de moluscos bivalves por insuficiência de dados.

As classes indicadas acima têm por base o Regulamento (CE) n.º 853/2004 de 29 de abril, e suas alterações, e o Regulamento (CE) n.º 2073/2005 de 15 de novembro, e suas alterações. Os teores de contaminantes químicos estabelecidos no Regulamento (CE) n.º 1881/2006 de 19 de dezembro, e suas alterações.

As classificações indicadas nas tabelas com sinal “*” são designadas como “Classificações provisórias” e correspondem a classificações baseadas num número limitado de amostras.

15 de maio de 2015. — O Presidente do Conselho Diretivo, *Jorge Miguel Alberto de Miranda*.

208646405

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Gabinete do Secretário de Estado Adjunto
do Ministro da Saúde

Despacho n.º 5613/2015

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2009-2014, aprovada pelo Despacho n.º 14223/2009, publicado no *Diário da República*, 2.ª série n.º 120, de 24 de junho de 2009, entendida como uma estratégia global e integrada, disseminada por todo o sistema de saúde, com respeito pelos valores da responsabilidade e transparência, atingiu o seu quinto e último ano de implementação.

Considerando os resultados alcançados nos cinco anos de implementação da Estratégia 2009-2014 e atendendo à sua necessária adequação às ações propostas no Programa de Ação para a Saúde da União Europeia para 2014-2020, às recomendações da Revisão sobre a Qualidade dos Cuidados efetuada, em Portugal, pela OCDE e às recomendações inseridas no Relatório “Um Futuro para a Saúde – Todos temos um papel”

da Fundação Calouste Gulbenkian, importa agora definir a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020.

Assim, a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 pretende contribuir para o reforço da equidade como dimensão essencial do Serviço Nacional de Saúde, entendida como a garantia de que o acesso à prestação de cuidados de saúde se realiza em condições adequadas às necessidades, impondo o desafio, aos serviços prestadores de cuidados, de incorporarem, num quadro de melhoria contínua da qualidade e da segurança, as ações de promoção da saúde e de prevenção das doenças, da mesma forma que incorporam os cuidados curativos, de reabilitação e de palição.

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 tem em conta a alteração progressiva dos padrões demográfico e epidemiológico das diferentes regiões do País, o desenvolvimento tecnológico e farmacológico que ocorre de forma rápida e onerosa, a enorme produção de novas evidências científicas e a tendência de aumento da despesa global no setor da saúde, assim como, intensifica a melhoria da segurança dos cuidados de saúde, com a criação de um Plano Nacional para a Segurança dos Doentes. Por outro lado, reforça a necessidade de expansão da acreditação de instituições e unidades prestadoras de cuidados de saúde e da continuidade no investimento, até agora feito, na melhoria da qualidade clínica e da qualidade organizacional.

Assim, determino:

1 — É aprovada a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 que consta do anexo ao presente despacho e dele faz parte integrante.

2 — A Direção-Geral da Saúde deve apresentar a este Gabinete um relatório anual do progresso da operacionalização da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020.

22 de maio de 2015. — O Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, *Fernando Serra Leal da Costa*.

ANEXO

Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020

I — Enquadramento

A qualidade e a segurança no sistema de saúde são uma obrigação ética porque contribuem decisivamente para a redução dos riscos evitáveis, para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde, das escolhas da inovação, da equidade e do respeito com que esses cuidados são prestados.

A qualidade em saúde, definida como a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão. Por outro lado, qualquer contexto económico-financeiro exige uma melhoria da eficiência e da efetividade da prestação de cuidados de saúde, uma vez que estas são pilares da qualidade em saúde. Assim, a qualidade, intimamente ligada à segurança dos cuidados, é uma garantia de sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde e do sistema de saúde Português.

Acresce o facto da mobilidade europeia de doentes e de prestadores de cuidados de saúde posicionar o sistema de saúde numa lógica de livre concorrência com os sistemas de saúde dos outros Estados-membros europeus. Os cidadãos nacionais e estrangeiros, atualmente mais informados, exigem, cada vez mais, transparência e esclarecimento sobre os benefícios e riscos dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos que lhes são propostos e sobre os serviços de saúde cuja qualidade se encontra reconhecida. Do mesmo modo, os compradores de serviços clínicos aumentam a exigência de garantia da qualidade e da segurança aos prestadores de cuidados de saúde com quem contratam, de forma a reduzirem o risco de danos com repercussão em custos de indemnização.

Neste contexto, foi aprovada a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2009-2014, pelo Despacho n.º 14223/2009, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 120, de 24 de junho de 2009, como uma estratégia global e integrada, disseminada por todo o sistema de saúde, com respeito pelos valores da responsabilidade e transparência, que atingiu o seu quinto e último ano de implementação.

Considerando os relatórios anuais de avaliação da implementação da Estratégia 2009-2014 a nível nacional, publicados pela Direção-Geral da Saúde, e as respetivas discussões públicas, também ocorridas anualmente, evidencia-se o avanço entretanto ocorrido no âmbito da qualidade na saúde, destacando-se em particular:

a) A vasta elaboração de normas clínicas com a colaboração da Ordem dos Médicos e a respetiva verificação de conformidades da sua aplicação, através da realização de auditorias clínicas;

b) O lançamento, a nível nacional, dos projetos da Organização Mundial de Saúde "Cirurgia Segura Salva Vidas", em fase de implementação

nos blocos operatórios e o "Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos", denominado "Notific@", para comunicação e gestão de incidentes e eventos adversos, ocorridos nas unidades prestadoras de cuidados de saúde, com base numa filosofia não punitiva;

c) A integração dos programas de controlo de infeção e de resistência aos antibióticos num único programa nacional prioritário;

d) A criação de regras para a identificação inequívoca dos doentes nos hospitais e para a sua adequada contenção física ou química;

e) A criação de sistema de informação de apoio ao médico e ao doente com doença rara, como instrumento de melhoria da segurança clínica em situação de emergência ou urgência;

f) O início de recuperação do atraso verificado em matéria de acreditação dos serviços que prestam cuidados no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, através da implementação do modelo de acreditação de unidades de saúde do Ministério da Saúde.

No entanto, ao longo dos cinco anos percorridos daquela Estratégia, verificaram-se constrangimentos em garantir que nos serviços prestadores de cuidados de saúde se concretizassem, de forma estruturada, algumas das políticas definidas a nível nacional para a qualidade, com continuidade e sustentabilidade. Constatou-se que a gestão da qualidade nos serviços de saúde decorreu, em alguns casos, de forma espontânea e pouco coerente, verificando-se que existem algumas instituições prestadoras de cuidados que têm decidido o que querem e como querem em termos da qualidade na saúde.

Assim, através do Despacho n.º 3635/2013, de 7 de março, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, foram criadas as comissões da qualidade e segurança em todos os hospitais, unidades locais de saúde e agrupamentos de centros de saúde, com o fim de se propagar em rede, contínua e permanente, a todos os profissionais de saúde, as melhores práticas clínicas e a interiorização da cultura de segurança. Estas comissões estão obrigadas à elaboração de planos de ação anuais e respetivos relatórios, que explicitem o planeamento e as atividades desenvolvidas em respeito pelas prioridades definidas na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde. Os planos de ação anuais, elaborados segundo modelo definido pela Direção-Geral da Saúde, são anualmente homologados pelo Diretor-Geral da Saúde e devem ser incluídos nos contratos programa acordados com cada instituição.

A reflexão sobre os resultados alcançados nos cinco anos de implementação da Estratégia 2009-2014 dão conhecimento e experiência suficientes para aconselhar a sua atualização para os próximos cinco anos e adequação às ações propostas no Programa de Ação para a Saúde da União Europeia para 2014-2020, às recomendações da Revisão sobre a Qualidade dos Cuidados efetuada, em Portugal, pela OCDE e às recomendações inseridas no Relatório "Um Futuro para a Saúde – Todos temos um papel" da Fundação Calouste Gulbenkian.

Assim, a nova versão da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 pretende contribuir para o reforço da equidade como dimensão essencial do Serviço Nacional de Saúde, entendida como a garantia de que o acesso à prestação de cuidados de saúde se realiza em condições adequadas às necessidades, impondo o desafio, aos serviços prestadores de cuidados, de incorporarem, num quadro de melhoria contínua da qualidade e da segurança, as ações de promoção da saúde e de prevenção das doenças, da mesma forma que incorporam os cuidados curativos, de reabilitação e de palição.

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 obriga a que as ações que dela decorram, em ambientes altamente mutáveis como os da saúde, tenham em conta a alteração progressiva dos padrões demográfico e epidemiológico das regiões do País, o desenvolvimento tecnológico e farmacológico que ocorre de forma rápida e onerosa, a enorme produção de novas evidências científicas e a tendência de aumento da despesa global no setor da saúde.

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 mantém e reforça os destinatários da Estratégia 2009-2014. Redefine as suas prioridades estratégicas e as ações que destas decorrem, através do reforço acentuado da melhoria da segurança dos cuidados de saúde, com a criação de um Plano Nacional para a Segurança dos Doentes, que dela faz parte integrante. Por outro lado, reforça a necessidade de expansão da acreditação de instituições e unidades prestadoras de cuidados de saúde e da continuidade no investimento, até agora feito, na melhoria da qualidade clínica e da qualidade organizacional.

A prioridade dada pela presente Estratégia à segurança dos doentes inscreve-se no quadro de uma política pública de luta contra os incidentes de segurança associados à prestação de cuidados de saúde no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, respeitando a Recomendação do Conselho da União Europeia, de 9 de junho de 2009. Esta prioridade deve ser considerada como uma orientação do Ministério da Saúde, que visa reforçar, de forma particular, os dispositivos concretos de melhoria contínua da qualidade e da segurança dos cuidados de saúde.

A evidência tem demonstrado que as unidades de saúde que negligenciam a cultura interna de segurança e, consequentemente, o investimento em boas práticas clínicas têm um risco dez vezes maior de ocorrência de

incidentes. No entanto, a qualidade na saúde não se deve circunscrever, apenas, à noção de garantia da segurança.

O Ministério da Saúde entende, ainda, valorizar, através da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, a criação de condições, no Serviço Nacional de Saúde, que propiciem o reconhecimento da qualidade dos seus serviços com vista à sua acreditação. A prioridade dada à acreditação de serviços e unidades prestadoras de cuidados do Serviço Nacional de Saúde radica no atraso, verificado em Portugal, no reconhecimento público da qualidade atingida nas organizações prestadoras de cuidados, através de uma avaliação objetiva efetuada por pares, que reforce a confiança dos cidadãos nacionais e estrangeiros.

Apesar de a OCDE considerar que “Portugal tem uma arquitetura da qualidade robusta que, ao contrário de muitos países da OCDE, cobre todo o sistema de saúde”, como consta da Revisão Sobre a Qualidade dos Cuidados de Saúde em Portugal de 2015, e do recente relatório do Estudo de Satisfação dos Utentes do Sistema de Saúde Português ter demonstrado que 83% da população inquirida considera que a qualidade dos serviços prestados pelo Sistema de Saúde correspondeu à sua expectativa, ainda é necessário, no caminho da melhoria contínua, aumentar a responsabilização pela qualidade de todos os patamares do sistema e aumentar o envolvimento dos profissionais e das lideranças.

II — Missão

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 visa assegurar que as funções de governação, coordenação e ação local, centradas no doente, estão devidamente alinhadas pelo mesmo diapasão, com respeito pelas dimensões da efetividade, eficiência, acesso, segurança, equidade, adequação, oportunidade, continuidade e respeito pelo cidadão.

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 tem, assim, como principal missão potenciar e reconhecer a qualidade e a segurança da prestação de cuidados de saúde, para garantir os direitos dos cidadãos na sua relação com o sistema de saúde.

III — Prioridades Estratégicas

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 adota as seguintes prioridades estratégicas de atuação:

a) Enfoque nas intervenções locais, nos serviços, unidades prestadores e instituições;

- b) Melhoria da qualidade clínica e organizacional;
- c) Aumento da adesão a normas de orientação clínica;
- d) Reforço da segurança dos doentes;
- e) Reforço da investigação clínica;
- f) Monitorização permanente da qualidade e segurança;
- g) Divulgação de dados comparáveis de desempenho;
- h) Reconhecimento da qualidade das unidades de saúde;
- i) Informação transparente ao cidadão e aumento da sua capacitação.

IV — Destinatários

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 tem como destinatários o cidadão, como protagonista que justifica os serviços que integram o sistema de saúde, como cliente, como utilizador e como proprietário do Serviço Nacional de Saúde. Tem, também, como destinatários, os profissionais de saúde, independentemente do seu nível de responsabilidade, desde a gestão, à coordenação e à operacionalização dos cuidados de saúde. A estratégia de qualidade é um instrumento inclusivo de todos os intervenientes na cadeia de prestação de cuidados de saúde e uma ferramenta que pretende responsabilizar e distinguir as melhores práticas.

V — Ação

Mais qualidade e segurança no sistema de saúde implicam um maior esforço de governação dos decisores e maior envolvimento dos profissionais de saúde. Requer esforço de integração dos diferentes níveis de prestação de cuidados de saúde, de forma a serem melhoradas as áreas da promoção da saúde e prevenção da doença, dos cuidados antecipatórios e da identificação precoce de fatores de risco. Requer, ainda, o controlo de grupos populacionais de risco e/ou sujeitos a situações de maior vulnerabilidade e o incentivo às práticas integradas de diagnóstico, tratamento e recuperação mais custo-efetivas.

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, no respeito pelo Plano Nacional de Saúde 2012-2016, interceta os programas nacionais prioritários de saúde e articula com as ações complementares e concertadas das instituições centrais, regionais e locais sob tutela do Ministério da Saúde.

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 obriga ao reforço das seguintes ações no âmbito do sistema de saúde:

Prioridades	Ações
Melhoria da qualidade clínica e organizacional.	1. Reduzir a variabilidade da prática clínica, nomeadamente através de normas clínicas nacionais e da disseminação das boas práticas. 2. Assegurar e verificar a qualidade das prescrições de tratamentos, medicamentos e meios complementares de diagnóstico. 3. Aumentar a integração dos níveis de prestação de cuidados, criando, por exemplo, orientações organizacionais de integração das respostas assistenciais às necessidades dos doentes no nível de prestação de cuidados onde se encontram, assegurando, quando necessário, a sua referenciação adequada, informada e atempada. 4. Auditar regularmente os critérios da qualidade e segurança a que devem obedecer os serviços prestadores de cuidados de saúde. 5. Alinhar os incentivos financeiros dos prestadores de cuidados, institucional e individualmente, com o cumprimento de indicadores de qualidade e segurança do doente. 6. Identificar e disseminar boas práticas, privilegiando o seu intercâmbio. 7. Implementar mecanismos para a melhoria contínua da qualidade. 8. Promover a investigação clínica enquanto instrumento de melhoria da qualidade assistencial e institucional.
Aumento da adesão a normas de orientação clínica	9. Aumentar a clínica reflexiva, através do hábito de realização sistemática de auditorias clínicas internas e avaliação dos resultados a nível nacional. 10. Verificar o grau de conformidade de aplicação das normas clínicas nacionais, através de auditorias externas efetuadas por pares.
Reforço da segurança dos doentes	11. Implementar os objetivos estratégicos do Plano Nacional de Segurança do Doente. 12. Reforçar os mecanismos e melhorar as respostas ao reporte de efeitos adversos e acidentes em cuidados de saúde.
Monitorização permanente da qualidade e segurança	13. Avaliar a qualidade clínica e organizacional e da segurança dos doentes, através de painel de indicadores. 14. Criar sede de observação da qualidade e segurança dos cuidados prestados no Serviço Nacional de Saúde. 15. Auscultar a opinião do cidadão sobre a qualidade e o sistema de saúde.

Prioridades	Ações
Reconhecimento da qualidade das unidades de saúde	16. Auditar, certificar e propor a acreditação da qualidade da prestação dos cuidados de saúde primários, hospitalares, continuados e paliativos pelo modelo de acreditação do Ministério da Saúde
Informação transparente ao cidadão e aumento da sua capacitação.	17. Divulgar informação comparável de desempenho com enfoque em indicadores internacionalmente reconhecidos. 18. Promover a educação e a literacia em saúde para que tenhamos cidadãos mais saudáveis e doentes mais participativos na tomada de decisão. 19. Promover uma cultura de uso adequado das reclamações na perspetiva do utilizador, enquanto reclamante, e do prestador, enquanto alvo da reclamação, através da melhoria de um sistema nacional de avaliação de reclamações e de retorno informativo sobre as consequências da reclamação.

VI — Operacionalização

Para melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados prestados pelo Serviço Nacional de Saúde, todos os recursos disponíveis são imprescindíveis, principalmente num contexto de escassez, devendo os mesmos ser aproveitados, pelos cidadãos e pelos profissionais de saúde, numa lógica de complementaridade, para que se faça melhor e se obtenham melhores resultados a custo mais baixo.

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 impõe, assim, uma diferenciação positiva a todos os que utilizam ou trabalham para o sistema de saúde, obrigando ao total empenho das Direções Clínicas e o forte compromisso das Comissões da Qualidade e Segurança na implementação da presente Estratégia, nomeadamente na redução de custos que não acrescentam valor, na redução de desperdícios e redundâncias, na uniformização de procedimentos, ganhos de eficiência e obtenção de melhores resultados.

A evolução da operacionalização da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, coordenada pela Direção-Geral da Saúde, é tornada pública anualmente e vigora até 2020.

208671734

Administração Regional de Saúde do Centro, I. P.

Despacho (extrato) n.º 5614/2015

Por despacho, no uso de competência delegada — ponto 1.13 da Deliberação n.º 1661/2014, de 29 de agosto — do Diretor Executivo do Agrupamento de Centros de Saúde de Dão Lafões, de 14 de abril de 2015, nos termos e ao abrigo do disposto no n.º 1 do artigo 23.º da Lei n.º 35/2014, de 20 de junho, foi autorizada, ao médico, António Manuel Martins Tavares Gomes, do mapa de pessoal do mesmo Agrupamento, a acumulação de funções, no Lar de Idosos da Santa Casa da Misericórdia de Viseu; no Lar de Idosos da Fundação Mariana Seixas, em Viseu; no Lar de Idosos da Fundação Joaquim dos Santos, em Torredeita; como Perito de Avaliação de Incapacidades, no Centro Distrital de Segurança Social de Viseu e com Consultório Privado, em Viseu.

7 de maio de 2015. — O Presidente do Conselho Diretivo da ARS Centro, I. P., José Manuel Azenha Teresa.

208643302

Despacho (extrato) n.º 5615/2015

Por despacho, no uso de competência delegada — ponto 1.13 da Deliberação n.º 1661/2014, de 29 de agosto — do Diretor Executivo do Agrupamento de Centros de Saúde de Dão Lafões, de 23 de abril de 2015, nos termos e ao abrigo do disposto no n.º 1 do artigo 23.º da Lei n.º 35/2014, de 20 de junho, foi autorizada a acumulação de funções privadas, nas firmas Scornete — Fios e Redes LDA, em S. Pedro do Sul e Laboral Care — Medicina Higiene e Segurança do Trabalho, em Viseu e ainda como Perito Médico de Avaliação de Incapacidades no Centro Distrital de Segurança Social, em Viseu, ao Assistente Graduado em Medicina Geral e Familiar, José António Meneses Frazão, a exercer funções na Unidade de Saúde Familiar Montemuro, Castro Daire, do ACES Dão Lafões.

7 de maio de 2015. — O Presidente do Conselho Diretivo da ARS Centro, I. P., José Manuel Azenha Teresa.

208643781

Despacho (extrato) n.º 5616/2015

Por despacho, no uso de competência delegada — ponto 1.13 da Deliberação n.º 1661/2014, de 29 de agosto — do Diretor Executivo

do Agrupamento de Centros de Saúde de Dão Lafões, de 27 de abril de 2015, nos termos e ao abrigo do disposto no n.º 1 do artigo 23.º da Lei n.º 35/2014, de 20 de junho, foi autorizada a acumulação de funções privadas de enfermagem na Unidade de Cuidados Continuados da Santa Casa da Misericórdia de Vouzela, à enfermeira Maria Irene Gomes Batista, a exercer funções na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Castro Daire, do ACES Dão Lafões.

7 de maio de 2015. — O Presidente do Conselho Diretivo da ARS Centro, I. P., José Manuel Azenha Teresa.

208643976

Despacho (extrato) n.º 5617/2015

Por despacho, no uso de competência delegada — ponto 1.13 da Deliberação n.º 1661/2014, de 29 de agosto — do Diretor Executivo do Agrupamento de Centros de Saúde de Dão Lafões, de 14 de abril de 2015, nos termos e ao abrigo do disposto no n.º 1 do artigo 23.º da Lei n.º 35/2014, de 20 de junho, foi autorizada, à médica em Medicina Geral e Familiar, Teresa Alexandra Gonçalves Monteiro Camurça, do mapa de pessoal do mesmo Agrupamento, a acumulação de funções, na Empresa, Teresa Camurça, Serviços Médicos LDA, em Viseu.

7 de maio de 2015. — O Presidente do Conselho Diretivo da ARS Centro, I. P., José Manuel Azenha Teresa.

208642955

Despacho (extrato) n.º 5618/2015

Por despacho, no uso de competência delegada — ponto 1.13 da Deliberação n.º 1661/2014, de 29 de agosto — do Diretor Executivo do Agrupamento de Centros de Saúde de Dão Lafões, de 27 de abril de 2015, nos termos e ao abrigo do disposto no n.º 1 do artigo 23.º da Lei n.º 35/2014, de 20 de junho, foi autorizada a acumulação de funções privadas de enfermagem na Casa de Saúde S. Mateus, em Viseu, ao enfermeiro Bruno Miguel Lopes Rodrigues, a exercer funções na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, de Castro Daire, do ACES Dão Lafões.

7 de maio de 2015. — O Presidente do Conselho Diretivo da ARS Centro, I. P., José Manuel Azenha Teresa.

208643895

Administração Regional de Saúde do Alentejo, I. P.

Aviso n.º 5785/2015

Findo o prazo de recrutamento de pessoal médico, com a especialidade de cirurgia geral, que concluiu o respetivo internato médico na 2.ª época de 2014, cujo aviso de abertura foi publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 28, de 10 de fevereiro de 2015, aviso n.º 1572-B/2015, torna-se pública a lista de classificação final, homologada em 11/05/2015, pelo Presidente do Conselho Diretivo, da ARS Alentejo:

Lista de Classificação Final

- 1 — Carina Isabel Guerreiro Jorge Castanho Vaz — 17,1 valores;
- 2 — Ricardo Alexandre Sequeira França — 16,3 valores;
- 3 — Miguel Semão Vaz Ferreira (a);
- 4 — Patrícia Susana da Cunha Botelho (a).

a) Candidato excluído por falta de comparência à entrevista.

ANEXO 4 - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020

3882-(2)

Diário da República, 2.ª série—N.º 28—10 de fevereiro de 2015



PARTE C

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Gabinete do Secretário de Estado Adjunto
do Ministro da Saúde

Despacho n.º 1400-A/2015

De acordo com o Plano Nacional de Saúde 2012-2016, o acesso a cuidados de saúde de qualidade, durante todo o tempo e em todos os níveis da prestação, é um direito fundamental do cidadão, a quem é reconhecida toda a legitimidade para exigir qualidade nos cuidados que lhe são prestados, sendo que a segurança é um dos elementos fundamentais da qualidade em saúde. A segurança é um dado essencial para a confiança dos cidadãos no sistema de saúde e no Serviço Nacional de Saúde (SNS) em particular.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 inscreve-se no quadro de uma política pública contra os fatores contribuintes para a ocorrência de incidentes de segurança associados à prestação de cuidados de saúde no âmbito do SNS.

Este Plano respeita a Recomendação do Conselho da União Europeia, de 9 de junho de 2009, sobre a segurança dos doentes, e decorre da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, passando a integrá-la, devendo ser considerado como uma orientação do Ministério da Saúde, que visa reforçar, de forma particular, os dispositivos concretos de melhoria contínua da qualidade e da segurança dos cuidados de saúde, para benefício dos doentes utilizadores do Serviço Nacional de Saúde e dos seus profissionais.

Importa referir que a ocorrência de incidentes de segurança durante a prestação de cuidados de saúde está intimamente ligada quer ao nível de cultura de segurança existente nas instituições que prestam estes cuidados, quer à sua organização, havendo evidência que demonstra que o risco de ocorrerem aumenta dez vezes nas instituições que negligenciam o investimento nas boas práticas de segurança dos cuidados de saúde. As consequências nefastas resultantes de incidentes ocorridos na prestação de cuidados de saúde têm repercussão humana, física e emocional, nos doentes e nas suas famílias, mas também têm repercussões estratégicas na reputação do SNS e na sua economia. Os incidentes são raros, no entanto, contribuem para um risco global significativo pelo efeito numérico de acumulação e são sempre dramáticos para o doente, para os profissionais envolvidos e para o SNS.

Há, no entanto, que ter em consideração que a qualidade dos cuidados de saúde não se resume à garantia da sua segurança. O conceito de qualidade na saúde assenta em várias dimensões, como a pertinência dos cuidados, a sua segurança, a sua aceitabilidade e acessibilidade e a sua prestação no momento adequado. Assenta, ainda, na garantia da continuidade dos cuidados e na sua eficiência e efetividade.

A necessidade de se enfatizar, de modo particular, a segurança dos doentes através do presente Plano, não deve fazer esquecer a necessidade de serem garantidas as outras dimensões da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde.

Cada serviço prestador de cuidados de saúde é, em si mesmo, um sistema muito complexo e instável, que requer uma forte e permanente capacidade de adaptação à multiplicidade de patologias, de atos e de percursos diagnósticos e terapêuticos, requerendo, por este motivo, uma gestão atenta e inovadora dos numerosos aspetos humanos, técnicos e organizacionais associados à prestação de cuidados de saúde. Neste tipo de ambiente, a gestão dos riscos associados aos cuidados obriga a uma abordagem global, coletiva, organizada e permanentemente acompanhada. A eficácia desta abordagem global assenta na implicação ativa de três grandes funções estreitamente ligadas entre si: a função de governação, a função de acompanhamento e a função operacional.

Assim:

Ao abrigo do disposto no artigo 1.º, nas alíneas a) e b) do artigo 2.º, no artigo 7.º, na alínea c) do n.º 1 do artigo 12.º do Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro, do artigo 5.º, artigo 6.º do Regime Jurídico da Gestão Hospitalar, aprovado pela Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro, determino:

1. Aprovo o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, anexo ao presente despacho do qual faz parte integrante.

2. O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 integra a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde.

3. O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 é coordenado, a nível nacional, pelo Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde.

4. Compete aos órgãos máximos de gestão dos serviços e entidades públicas prestadoras de cuidados de saúde, designadamente os agrupamentos de centros de saúde, os estabelecimentos hospitalares, independentemente da sua designação, e as unidades locais de saúde, alocar recursos, validar as ações programadas e monitorizar os resultados da gestão dos riscos associados aos cuidados de saúde.

5. Cada unidade de saúde deve assegurar, através da respetiva comissão da qualidade e segurança, criada nos termos do Despacho n.º 3635/2013, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 47, de 7 de março, a implementação e acompanhamento das ações identificadas no plano e o cumprimento dos calendários estabelecidos, assegurando a boa gestão dos recursos envolvidos.

6. Aos profissionais prestadores diretos de cuidados de saúde compete assegurar o cumprimento das ações estabelecidas nos planos de ação de cada unidade de saúde.

7. A Direção-Geral da Saúde deve apresentar relatórios anuais sobre a execução e os resultados do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020.

2 de fevereiro de 2015. — O Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, *Fernando Serra Leal da Costa*.

ANEXO

PLANO NACIONAL PARA A SEGURANÇA DOS DOENTES 2015-2020

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 visa, principalmente, apoiar os gestores e os clínicos do Serviço Nacional de Saúde na aplicação de métodos e na procura de objetivos e metas que melhorem a gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde, uma vez que a melhoria da segurança dos doentes é uma responsabilidade de equipa, que mobiliza as competências individuais de cada um dos seus elementos e implica a gestão sistémica de todas as atividades.

O ciclo de melhoria contínua da qualidade aplicado à segurança dos doentes deve identificar os riscos, avaliá-los e hierarquizá-los, identificando as ações de melhoria a desencadear. A gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde deve, assim, assentar nestes princípios fundamentais. Por um lado, requer a identificação das ações preventivas que já existem e a avaliação das medidas tomadas. Por outro lado, requer a tomada de medidas reativas e corretoras após a ocorrência de incidentes. Sublinha-se, portanto, a estreita complementaridade existente entre uma análise *a priori*, que é enriquecida a partir de análises *a posteriori*, colocando em evidência falhas não identificadas como fatores e perigos contribuintes para a ocorrência de incidentes de segurança.

O presente Plano, concebido com base numa visão transversal do Serviço Nacional de Saúde, obriga ao envolvimento das responsabilidades de governação, de coordenação e da prática operacional da prestação de cuidados, visando a convergência metodológica dos diversos dispositivos existentes que contribuem para a gestão dos riscos associados à prática dos cuidados.

A gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde é, assim, um processo coletivo, que tem como objetivo garantir a maior segurança possível dos doentes, evitando incidentes, que podem ser frequentes, por vezes graves e frequentemente evitáveis, suscetíveis de comprometerem a qualidade do Serviço Nacional de Saúde. A causa destes incidentes de segurança raramente está associada à falta de competência técnica dos profissionais, mas ligada a defeitos de organização, de coordenação ou de comunicação, que revelam baixo índice de cultura sistémica de segurança e de política institucional de identificação de riscos específicos.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 deve ser assumido por cada estabelecimento prestador de cuidados de saúde, através da respetiva adaptação à sua organização.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 visa, através de ações transversais, como a cultura de segurança, a partilha do conhecimento e da informação e de ações dirigidas a problemas específicos, melhorar a prestação segura de cuidados de saúde em todos os níveis de cuidados, de forma integrada e num processo de melhoria contínua da qualidade do Serviço Nacional de Saúde.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, visa atingir os seguintes objetivos estratégicos:

1. Aumentar a cultura de segurança do ambiente interno.
2. Aumentar a segurança da comunicação.
3. Aumentar a segurança cirúrgica.
4. Aumentar a segurança na utilização da medicação.
5. Assegurar a identificação inequívoca dos doentes.
6. Prevenir a ocorrência de quedas.
7. Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão.
8. Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes.
9. Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos.

Para serem atingidos tais objetivos, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 obriga a que as Comissões da Qualidade e Segurança dos hospitais e agrupamentos de centros de saúde inscrevam nos seus planos de ação anuais atividades que visem alcançar os seguintes objetivos estratégicos:

OBJETIVO ESTRATÉGICO 1

AUMENTAR A CULTURA DE SEGURANÇA DO AMBIENTE INTERNO

A melhoria da cultura de segurança do ambiente interno das instituições prestadoras de cuidados de saúde é um imperativo e uma prioridade consignada na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde.

A Organização Mundial de Saúde e o Conselho da União Europeia recomendam aos Estados-Membros a avaliação da perceção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança da instituição onde trabalham, como condição essencial para a introdução de mudanças nos seus comportamentos e para o alcance de melhores níveis de segurança e de qualidade nos cuidados que prestam aos doentes.

A cultura de segurança de uma instituição prestadora de cuidados de saúde é, segundo a Organização Mundial de Saúde, para além de um estilo e de uma competência de gestão, um produto de valores individuais e de grupo, de atitudes, de perceções e de padrões de comportamento, que determinam o compromisso dessa instituição para com a segurança dos doentes.

Uma instituição que presta cuidados de saúde detém um ambiente próprio, através do qual influencia os que a frequentam e se deixa por eles

influenciar. Ou seja, os utentes e os profissionais são, simultaneamente, agentes e destinatários da mudança e, portanto, da própria cultura de segurança da instituição.

A Organização Mundial de Saúde e o Conselho da União Europeia recomendam, ainda, o desenvolvimento de planos de formação graduada, pós-graduada e contínua, que potenciem a aprendizagem sobre a melhoria da cultura interna de segurança dos doentes.

A avaliação da cultura de segurança dos doentes, em Portugal, irá decorrer anualmente, em anos alternados, para os hospitais, já ocorrido em 2014, e para os agrupamentos de centros de saúde, em 2015.

De acordo com o relatório preliminar da avaliação da cultura de segurança dos doentes nas instituições hospitalares, verifica-se que os resultados não são muito díspares daqueles que são descritos internacionalmente. Em Portugal, as dimensões com maior potencial de melhoria a curto prazo são as seguintes:

Dimensão 3, *Apoio à segurança do doente pela gestão*

Dimensão 8, *Frequência da Notificação*

Dimensão 9, *Trabalho entre unidades*

Dimensão 10, *Dotação de profissionais*

Dimensão 12, *Resposta ao erro não punitiva*

É necessário, contudo, garantir que as direções clínicas, os conselhos clínicos e de saúde e as comissões da qualidade e segurança promovam a adesão dos seus profissionais à avaliação da cultura de segurança dos doentes, uma vez que, em 2014, a taxa de adesão nacional foi de 18,3%.

Assim, compete à Direção-Geral da Saúde definir os valores-padrão das taxas de adesão das instituições à avaliação da cultura de segurança dos doentes e dos valores-padrão nacionais para as várias dimensões. À Administração Central do Sistema de Saúde compete incluir os valores-padrão nas metas dos contratos programa das instituições prestadoras de cuidados de saúde.

Metas para o final de 2020:

- 1) Attingir uma taxa de adesão nacional à avaliação da cultura de segurança $\geq 90\%$.
- 2) Attingir uma média nacional ponderada de todas as dimensões do questionário da avaliação da cultura de segurança do doente $\geq 50\%$.

Na persecução destas metas, devem ser desenvolvidas as seguintes ações:

Ações	Calendarização						Responsável
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
Participar na avaliação da cultura de segurança do doente nos hospitais.		X		X		X	Hospitais do Serviço Nacional de Saúde, Centros Hospitalares, Unidades Locais de Saúde e entidades convencionadas
Participar na avaliação da cultura de segurança do doente nos cuidados de saúde primários.	X		X		X		Agrupamentos de centros de saúde e unidades locais de saúde
Monitorizar a adesão das instituições	X	X	X	X	X	X	Direção-Geral da Saúde
Implementar medidas de melhoria nos hospitais de acordo com os resultados obtidos.	X		X		X		Hospitais, Centros Hospitalares, Unidades Locais de Saúde do Serviço Nacional de Saúde e entidades convencionadas
Implementar medidas de melhoria nos cuidados de saúde primários de acordo com os resultados obtidos.		X		X		X	Agrupamentos de centros de saúde e unidades locais de saúde
Desenvolver plano de formação de serviço na área da segurança dos doentes.		X	X	X	X	X	Instituições prestadoras de cuidados de saúde
Incluir a média nacional ponderada de todas as dimensões do questionário da avaliação da cultura de segurança do doente nos contratos programa.		X	X	X	X	X	Administração Central do Sistema de Saúde

OBJETIVO ESTRATÉGICO 2

AUMENTAR A SEGURANÇA DA COMUNICAÇÃO

Sendo a comunicação um pilar fundamental para a segurança do doente, em especial quando existe transferência de responsabilidade da prestação de cuidados de saúde, como é o caso das transições, como as mudanças de turno e as transferências ou altas dos doentes, as instituições prestadoras de cuidados de saúde devem implementar procedimentos normalizados para assegurar uma comunicação precisa e atempada de informações entre os profissionais de saúde, evitando lacunas na comunicação, que podem causar quebras graves na continuidade de

cuidados e no tratamento adequado, potenciando, assim, os incidentes com dano para o doente.

De acordo com o diagnóstico de situação, realizado no âmbito dos Planos de Atividades das Comissões da Qualidade e Segurança para 2015 nas instituições prestadoras de cuidados de saúde, o número médio nacional de auditorias internas sobre a transferência de informação nas transições de cuidados é de 5 auditorias/ano.

As tecnologias de informação e comunicação desempenham, neste contexto, uma função estruturante fundamental, não apenas entre diferentes instituições prestadoras de cuidados, nacionais, europeias ou internacionais, mas, também, entre serviços da mesma instituição ou profissionais do mesmo serviço.

Os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde devem assegurar o diálogo seguro entre sistemas eletrónicos de informação e a integração de múltiplos desses sistemas, tanto na instituição, como entre instituições.

Com a recente criação das comissões da qualidade e segurança nos hospitais e nos agrupamentos de centros de saúde, constituiu-se, pela primeira vez, a malha de uma rede nacional promotora da partilha interprofissional, interinstitucional e entre nível de cuidados, do conhecimento na área da qualidade e da segurança dos doentes. As mencionadas comissões, ao longo dos vários níveis de cuidados da mesma área geográfica ou de referência, têm a obrigação de comunicar entre si, veiculando a informação necessária e desenvolvendo atividades conjuntas que promovam a melhoria contínua da qualidade e a sua monitorização.

Quando se fala de comunicação na saúde não se pode deixar de falar, também, na difusão de orientações e de normas nacionais de boa prática profissional.

A comunicação na saúde está, também, intimamente associada à transversalidade. De facto, deve atravessar toda a organização do Serviço Nacional de Saúde, de modo a que a informação disponibilizada aos profissionais de saúde e aos cidadãos permita a comparação entre produtos, técnicas, práticas profissionais, estruturas ou modelos de organização.

O Conselho da União Europeia recomenda que os doentes sejam informados e integrados na equipa que lhes presta cuidados de saúde. Só assim poderão ser corresponsabilizados quer pela sua saúde, quer pelo controlo da evolução da sua doença. Se não forem ativamente implicados no processo de prestação de cuidados, os doentes não poderão, também eles, contribuir para a segurança dos cuidados de saúde que lhes são prestados.

A legislação portuguesa consagra ao cidadão o direito a ser informado sobre o seu estado de saúde, sobre as alternativas de tratamento que lhe são propostas e sobre a evolução provável do seu estado de saúde.

Os cidadãos têm igualmente direito à informação sobre as normas e as boas práticas de segurança em vigor no Serviço Nacional de Saúde e sobre os mecanismos e procedimentos de reclamação e vias de recurso que se encontram à sua disposição.

Este processo de informação e esclarecimento do cidadão, que implica a execução de planos de comunicação, encontra-se previsto em várias normas da Direção-Geral da Saúde, procurando garantir que, para além de receber informação sobre os riscos e benefícios potenciais de cada procedimento diagnóstico ou terapêutico que lhe é dirigido, o

doente dê o seu consentimento informado, esclarecido e livre para a sua prestação.

As instituições de saúde devem disponibilizar informação simples, objetiva e descodificada, facilmente entendível pelos cidadãos, contribuindo para o reforço da sua confiança no serviço público de saúde, ao terem possibilidade de aumentar o conhecimento sobre o seu funcionamento e os seus resultados.

As instituições de saúde devem, igualmente, promover ações locais de sensibilização e de informação ao cidadão, em especial nas áreas da prevenção e controlo da infeção, da resistência aos antibióticos, do uso seguro da medicação e do consentimento informado.

Um cidadão melhor informado tem mais possibilidade de gerir as suas expectativas face aos cuidados que pretende ou necessita receber do Serviço Nacional de Saúde e, por outro lado, se essa informação for transmitida, pela ação dos profissionais de saúde, em capacitação, mais possibilidade terá de participar ativamente na melhoria do desempenho e dos resultados da prestação de cuidados.

Mas a comunicação na saúde tem limites. Os limites estão na fiabilidade, isenção e independência da informação a disponibilizar. E os limites estão, também, na legibilidade e aceitabilidade, adequação e bondade dessa informação. Ou seja, os limites estão na qualidade da informação. Só é legível e aceitável a informação entendível por qualquer profissional de saúde ou qualquer cidadão. Só é adequada a informação que não viole dados protegidos por lei ou dados clínicos que violem a vida privada. Só é bondosa a informação que permite aos profissionais de saúde e aos cidadãos opções informadas e esclarecidas.

Metas para o final de 2020:

- 1) 90% dos sistemas informáticos dos Serviços de Urgência e dos Serviços de Internamento das instituições hospitalares intercomunicam.
- 2) 100% das instituições prestadoras de cuidados de saúde têm plano de contingência de recuperação das aplicações e dados/processo clínico dos doentes em situações extremas (*disaster recovery*).
- 3) 100% das instituições prestadoras de cuidados de saúde têm de garantir disponibilidade do sistemas de informação superior a 99,9%, para garantir que não ocorram paragens de funcionamento.
- 4) 90% dos Agrupamentos de Centros de Saúde têm acesso às notas de alta das entidades hospitalares de referência.

Na persecução destas metas, devem ser desenvolvidas as seguintes ações:

Ações	Calendarização						Responsável
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
Executar ações de sensibilização e de informação ao cidadão	X	X	X	X	X	X	Instituições prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde e com ele convenionadas
Realizar auditorias internas à transferência de informação nas transições, transferências e altas dos doentes.		X	X	X	X	X	Instituições prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde e com ele convenionadas
Integrar os sistemas informáticos internos das instituições prestadoras de cuidados de saúde.			X	X	X	X	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
Assegurar a intercomunicação dos sistemas informáticos entre as várias instituições prestadoras de cuidados de saúde.				X	X	X	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
Publicar norma sobre procedimentos seguros na transição de cuidados.		X					Direção-Geral da Saúde

OBJETIVO ESTRATÉGICO 3

AUMENTAR A SEGURANÇA CIRÚRGICA

A garantia da segurança cirúrgica é uma preocupação mundial. A Organização Mundial da Saúde estima que, pelo menos, metade dos incidentes decorrentes da prestação de cuidados de saúde ocorre durante o ato cirúrgico, num universo em que o número de cirurgias *major*, realizadas no mundo, é superior ao número de nascimentos. Estima, ainda, que 50% das complicações associadas à prática cirúrgica são evitáveis.

É no bloco operatório que parece constatar-se um dos ambientes de trabalho mais complexos da prestação de cuidados de saúde.

A tecnologia sofisticada, de acordo com o procedimento cirúrgico a realizar e a multidisciplinaridade a que obriga, constituída por anestésistas, cirurgiões, enfermeiros e outros técnicos, obriga a uma interação perfeita num contexto de elevada complexidade.

Como a segurança cirúrgica não era reconhecida como um problema de saúde pública e os sistemas de informação, quando existentes, não

permitted monitorizar os procedimentos nem avaliar os resultados e, ainda, como não existia padronização dos procedimentos de garantia da segurança cirúrgica na maioria dos países, a Organização Mundial da Saúde estabeleceu, em 2007, o projeto "Cirurgia Segura Salva Vidas".

Este projeto pretende promover o compromisso político e a vontade clínica para que a intervenção concertada, em questões determinantes da segurança cirúrgica, seja concretizável. Pretende-se, desta forma, e sistematicamente, melhorar a identificação correta do doente, do procedimento e do local cirúrgico, implementar práticas anestésicas universalmente aceites, prevenir a infeção do local cirúrgico e, de forma abrangente, melhorar o trabalho em equipa e a comunicação entre os elementos da equipa cirúrgica.

Neste âmbito, a Organização Mundial da Saúde identificou dez objetivos básicos para a segurança cirúrgica, concretizáveis através da adoção de uma estratégia global, tornada visível pela adoção da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica.

Esta Lista torna-se o meio agregador, através do qual a equipa cirúrgica pode validar, numa sequência de atividades, o modo de assegurar cuidados seguros perioperatórios sistemáticos e, desta forma, minimi-

zar os riscos de ocorrência de incidentes. Com a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, os profissionais podem, assim, determinar um momento operacional onde se centram na execução da sua prática profissional.

É de referir que a Organização Mundial da Saúde identificou três momentos-chave para a equipa utilizar a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica: antes da indução da anestesia, antes da incisão da pele e antes do doente sair da sala de operações.

A Organização Mundial de Saúde recomenda, ainda, que sejam estabelecidas e desenvolvidas rotinas de vigilância da capacidade cirúrgica, do seu volume e dos seus resultados, monitorizando-se e avaliando-se a segurança cirúrgica e indica um conjunto de estatísticas de nível básico, intermédio ou avançado, que podem ser adotadas de acordo com a maturidade dos sistemas de informação existentes.

A Direção-Geral da Saúde emitiu normas que visam reforçar a adoção das orientações da Organização Mundial de Saúde para a segurança cirúrgica, como o padrão mínimo de qualidade clínica, disponibilizando a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, o Índice de Apgar Cirúrgico, o Manual de Implementação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica e as Orientações para a Cirurgia Segura.

A Direção-Geral da Saúde recomendou, portanto, que os hospitais devem desenvolver estratégias de dinamização, de melhoria do trabalho em equipa e da comunicação das equipas cirúrgicas, devendo assegurar a realização de auditorias internas de acompanhamento e avaliação.

No entanto, apesar do Serviço Nacional de Saúde não dispor, ainda, de evidência robusta sobre o nível de segurança cirúrgica dos blocos operatórios, pode constatar-se, pelo diagnóstico de situação realizado no âmbito dos Planos de Atividades das Comissões da Qualidade e Segurança para 2015, que a taxa de não conformidade da utilização da lista de verificação de segurança cirúrgica nos hospitais é de cerca de 20%.

Na verdade, os dados nacionais existentes, por não estarem agregados, devido a constrangimentos informáticos, dificultam a caracterização objetiva da realidade nacional, impossibilitando o retorno fidedigno

da informação aos Hospitais, Centros Hospitalares e Unidades Locais de Saúde.

Por outro lado, tem-se constatado uma baixa adesão a este projeto por parte de alguns hospitais, o que reflete que não o têm encarado como uma prioridade nacional. Refira-se, a título de exemplo, que no 1.º semestre de 2014 apenas seis das 47 entidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde com valências cirúrgicas e uma entidade convencionada enviaram, à Direção-Geral da Saúde, relatório da monitorização da implementação do projeto “Cirurgia Segura Salva Vidas”.

A monitorização e avaliação da implementação deste objetivo estratégico assenta em indicadores de processo e de resultado definidos pelo Ministério da Saúde, sendo obrigatório, em todos os procedimentos cirúrgicos, o registo da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica e do Apgar Cirúrgico nos sistemas de informação locais.

Os hospitais devem, ainda, reportar semestralmente à Direção-Geral da Saúde a taxa de não conformidade da utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, a taxa de infeção do local cirúrgico, bem como as taxas de incidentes cirúrgicos com dano, ou seja, aquelas relativas às cirurgias realizadas ao lado cirúrgico errado, ao procedimento ou ao doente errados, ou em que tenha ocorrido retenção de objetos estranhos no local cirúrgico ou, ainda, em caso de morte intraoperatória.

A taxa de registo de utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica é um indicador da segurança cirúrgica que deve integrar, sempre, os contratos programa das organizações hospitalares.

Metas para o final de 2020:

- 1) Utilizar em 95% das cirurgias a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica.
- 2) Reduzir a taxa de não conformidade da utilização da lista de verificação de segurança cirúrgica em 5% face ao ano anterior.
- 3) Reduzir anualmente em 1% a taxa de incidentes cirúrgicos inadmissíveis.

Na persecução destas metas, devem ser desenvolvidas as seguintes ações:

Ações	Calendarização						Responsável
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
Disponibilizar o sistema de registo da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica em todos os blocos operatórios. Registar a utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica.	X	X	X	X	X	X	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde Hospitais do Serviço Nacional de Saúde, Centros Hospitalares, Unidades Locais de Saúde e entidades convencionadas
Auditar, mensalmente, a utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica em, pelo menos, 10% do total de cirurgias efetuadas no mês homólogo ao ano anterior.	X	X	X	X	X	X	Hospitais do Serviço Nacional de Saúde, Centros Hospitalares, Unidades Locais de Saúde e entidades convencionadas
Incluir a taxa de registo de utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica institucional nos contratos programa		X	X	X	X	X	Administração Central do Sistema de Saúde

OBJETIVO ESTRATÉGICO 4

AUMENTAR A SEGURANÇA NA UTILIZAÇÃO DA MEDICAÇÃO

A toma de medicamentos, prescritos pelo médico ou em automedicação, é um ato comum no quotidiano da população.

A literatura internacional refere que 82% da população adulta toma, pelo menos, um medicamento e 29% toma cinco ou mais medicamentos. Estima-se, ainda, que ocorram, anualmente, inúmeras consultas em serviços de urgência devido a incidentes relacionados com a medicação, com elevados custos financeiros decorrentes de incidentes com medicamentos.

A polimedicação é, portanto, uma realidade frequente na sociedade dos nossos dias, resultado da presença de inúmeras comorbidades associadas à doença crónica, em especial no doente idoso.

O medicamento, apesar do fim a que se destina ser benéfico, pode apresentar efeitos colaterais ou reações intermedicamentosas, existindo, ainda, probabilidade acrescida de ocorrência de incidentes.

A Organização Mundial de Saúde estima que entre 8% e 10% dos doentes internados em cuidados intensivos e cerca de 13% dos doentes em ambulatório são vítimas de incidentes, devido a práticas pouco seguras na utilização da medicação, gerando encargos financeiros avultados para os sistemas de saúde.

A abordagem internacional defendida para uma utilização segura do medicamento exige uma diminuição da prevalência dos incidentes, através da adoção de medidas estruturais e processuais de prevenção, implicando mudanças organizacionais e comportamentais, quer dos profissionais envolvidos e da população em geral, quer das instituições, direta ou indiretamente, envolvidas.

De facto, pretende-se que o medicamento correto seja administrado ao doente correto, na dose e vias corretas e à hora certa, e que os efeitos que se verifiquem sejam os previstos, devendo o doente receber a informação adequada e necessária sobre o medicamento e tratamento a efetuar.

Se por um lado as instituições prestadoras de cuidados de saúde devem adotar boas práticas relativamente à validação ou dupla-validação de procedimentos, ao reforço da atenção na preparação e administração de medicação, à correta documentação e à monitorização da terapêutica, por outro, os cidadãos devem ser ativamente envolvidos na utilização da medicação e os profissionais devem assegurar a reconciliação da terapêutica nos momentos de transferência e de transição de cuidados do doente.

As instituições devem implementar especificamente estratégias que assegurem o uso seguro dos medicamentos de alto risco, ou seja, aqueles medicamentos que têm um risco potencial de causar danos graves ou até mesmo fatais no curso da sua utilização, bem como dos medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto semelhante, conhecidos como medicamentos “Look-alike” e “Sound-alike” ou simplesmente medicamentos LASA.

Estimulando a adesão dos profissionais e cidadãos à notificação de incidentes e de reações adversas a medicamentos, a instituição está indiretamente a impulsionar a utilização segura da medicação.

Em Portugal, tanto os profissionais como o cidadão podem reportar, em portais disponíveis *online*, as reações adversas a medicamentos (Portal RAM, disponível em www.infarmed.pt) e os incidentes (Notific@, disponível em www.dgs.pt) que ocorram numa instituição de saúde e que envolvam a medicação.

De acordo com os dados do sistema nacional de notificação de incidentes, 13% do total de incidentes notificados são incidentes de medicação.

Apesar de disponibilizada informação a profissionais de saúde e ao cidadão sobre o medicamento e a sua correta utilização, é necessário reforçar as orientações nacionais para as instituições prestadoras de cuidados de saúde. Existe, ainda, a necessidade de garantir a adequada comunicação entre os sistemas de informação, para que, nos momentos das transições e transferências de cuidados, seja reforçada a comunicação eficaz de informação sobre a medicação do doente, apoiando o profissional de saúde na reconciliação terapêutica.

A reconciliação terapêutica é um processo de verificação da lista completa da medicação de cada doente, que deverá ser realizada sempre que existe uma nova prescrição de medicação, através da confrontação da prescrição atual de medicamentos face à já existente. Sempre que houver discrepâncias, estas devem ser discutidas entre os médicos prescritores, de forma que seja selecionada a medicação mais adequada à situação clínica do doente. Todas as alterações efetuadas devem ser devidamente registadas no processo do doente.

A Organização Mundial da Saúde recomenda a reconciliação terapêutica nas admissões, nas transferências entre serviços e nas altas,

ou seja, nestes momentos, a lista completa da medicação do doente, com denominação, dose, frequência e via de administração, deve ser sempre revista.

A reconciliação terapêutica permite reduzir a omissão, a duplicação ou a prescrição incorreta de medicação nas transições e transferências de cuidados e, reduzir, assim, os incidentes com medicação.

As instituições prestadoras de cuidados de saúde, para além de implementarem as boas práticas emanadas pela Direção-Geral da Saúde, devem, igualmente, assegurar auditorias internas aos procedimentos, reportando periodicamente à Direção-Geral da Saúde, os resultados dessas auditorias.

Neste objetivo estratégico, os responsáveis locais pela segurança na utilização da medicação são as direções clínicas, os conselhos clínicos e de saúde, as comissões da qualidade e segurança, os médicos, os enfermeiros, os farmacêuticos, os técnicos de farmácia, os assistentes operacionais e, ainda, o doente e o cuidador.

Metas para o final de 2020:

- 1) 90% das instituições prestadoras de cuidados de saúde implementou práticas seguras de medicação de acordo com os normativos nacionais.
- 2) Reduzir 50% em cada ano, face ao ano anterior, o número de ocorrências relacionadas com erro de medicação nas instituições do Serviço Nacional de Saúde ou com ele convencionado.

Na persecução destas metas, devem ser desenvolvidas as seguintes ações:

Ações	Calendarização						Responsáveis
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
Publicar normas sobre práticas seguras da medicação	X	X					Direção-Geral da Saúde
Desenvolver sistema de informação para a reconciliação terapêutica das instituições do Serviço Nacional de Saúde.	X	X	X				Direção-Geral da Saúde Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
Implementar a intercomunicação entre o Portal das Reações Adversas a Medicamentos e o Notific@.	X	X					Direção-Geral da Saúde INFARMED Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
Implementar práticas seguras no âmbito dos medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes.	X	X	X	X	X	X	Hospitais do Serviço Nacional de Saúde, Centros Hospitalares, Unidades Locais de Saúde e entidades convencionadas
Implementar práticas seguras no âmbito dos medicamentos de alto risco.		X	X	X	X	X	Hospitais do Serviço Nacional de Saúde, Centros Hospitalares, Unidades Locais de Saúde e entidades convencionadas
Implementar práticas seguras no âmbito da reconciliação terapêutica.				X	X	X	Instituições prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde e com ele convencionado
Assegurar informatização de sistema de alertas para reações medicamentosas.	X		X		X		Serviços Partilhados do Ministério da Saúde INFARMED
Auditar, semestralmente, as práticas seguras da medicação		X	X	X	X	X	Instituições prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde e com ele convencionado

OBJETIVO ESTRATÉGICO 5

ASSEGURAR A IDENTIFICAÇÃO INEQUÍVOCA DOS DOENTES

O elevado número de doentes e de profissionais da saúde envolvidos na prestação de cuidados de saúde e a necessidade de resposta imediata às situações agudas ou de crise, como as de urgência ou emergência, potenciam a probabilidade de ocorrência de incidentes relacionados com a identificação dos doentes.

A literatura internacional e os sistemas de notificação de incidentes de segurança atestam que a identificação incorreta do doente pode resultar na troca de tratamentos invasivos ou potencialmente perigosos, como são exemplos a troca de medicação, de transfusões de sangue, de análises clínicas e de intervenções cirúrgicas.

De facto, nos serviços prestadores de cuidados de saúde, a identidade dos doentes deve ser sempre confirmada através de dados fidedignos, como é o caso do nome, da data de nascimento e do número único de processo clínico na instituição, sendo prática segura o recurso a, pelo menos, dois destes dados. O número do quarto ou da cama de um

doente internado não pode ser considerado um dado de identificação fidedigno.

A identificação inequívoca do doente deve, sempre, ocorrer antes de qualquer intervenção, quer ela diga respeito ao diagnóstico, ao tratamento ou à prestação de serviços de apoio. Mas a identificação inequívoca do doente deve ir mais longe e assegurar, igualmente, a correta correspondência da intervenção a realizar com o doente. Deve ocorrer, por exemplo, antes da realização de exames radiológicos, da administração de medicamentos, sangue ou componentes do sangue, antes da colheita de sangue ou de outros espécimes para análise, antes de tratamentos oncológicos ou de qualquer ato cirúrgico, bem como antes da prestação de um serviço de apoio, como é o caso de servir uma refeição. Assim, deve também ser verificada a correta correspondência do doente com a rotulagem de medicamentos, recipientes e meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

Quando a instituição prestadora de cuidados de saúde utiliza a pulseira como meio de identificação do doente, esta deve ser consultada antes de qualquer procedimento, sendo necessário que haja uma validação dos dados do doente aí inscritos antes da sua colocação.

Quanto mais graves puderem vir a ser as consequências para o doente relativamente a uma identificação equivocada, mais normalizados devem ser os procedimentos internos a realizar. Por exemplo, nas transfusões de sangue, deve ser verificada tanto a dispensa correta de sangue com a requisição do doente, como a correspondência do tipo de sangue com o do doente. Além disso, a verificação do procedimento deve ser realizada por duas pessoas ou então utilizar-se um sistema informático que assegure a correta identificação através da leitura de códigos de barras no dispositivo eletrónico de identificação do doente.

A prestação segura de cuidados de saúde fica comprometida caso a identificação correta do doente ou a correspondência deste ao ato a que é submetido não sejam devidamente realizados. Por esta razão, várias têm sido as organizações internacionais a apelarem para que os países desenvolvam estratégias que minimizem os riscos inerentes à identificação dos doentes.

A Organização Mundial de Saúde recomenda que sejam adotadas estratégias nacionais que promovam a normalização de boas práticas nesta área, nomeadamente a utilização de sistemas com códigos de barras ou utilização de pulseiras de identificação de doentes e, ainda, que seja providenciada informação e formação específica tanto aos profissionais de saúde, como ao cidadão em geral.

As instituições devem implementar e auditar com regularidade as boas práticas e os protocolos internos que assegurem a identificação inequívoca do doente e a verificação entre a identificação do doente e o procedimento a realizar.

No âmbito do diagnóstico de situação realizado nos Planos de Atividades das Comissões da Qualidade e Segurança para 2015, verificou-se que as entidades prestadoras de cuidados de saúde realizam, em média, 8 auditorias internas/ano às práticas de identificação inequívoca do doente.

Por outro lado, é fundamental que existam notificações dos incidentes que ocorram na instituição e que esta seja capaz de responder de forma rápida e estruturada por forma a evitar a sua repetição. Devem ainda ser elaborados ou revistos com regularidade, os procedimentos internos relativos à identificação do doente nos processos de passagem de turno, transferência ou altas dos doentes.

Em Portugal, a Direção-Geral da Saúde recomendou às instituições prestadoras de cuidados de saúde os mecanismos e procedimentos a adotar para a identificação inequívoca dos doentes. Para que esta prática seja implementada de forma generalizada a nível nacional é necessário que sejam empreendidas as seguintes ações:

Metas para o final de 2020:

95% das instituições prestadoras de cuidados de saúde implementarem práticas seguras da identificação dos doentes.

Na persecução desta meta, devem ser desenvolvidas as seguintes ações:

Ações	Calendarização						Responsável
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
Implementar práticas seguras no âmbito da verificação entre a identificação do doente e o procedimento a realizar.	X						Instituições prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde e com ele convencionado
Auditar, semestralmente, a validação prévia entre a identificação do doente e a colheita de sangue ou outros espécimes para análise e a identificação correta do doente na rotulagem.		X					Instituições prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde e com ele convencionado
Auditar, semestralmente, a validação prévia entre a identificação do doente e a administração de sangue e seus componentes e a identificação correta do doente na rotulagem.			X				Instituições prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde e com ele convencionado
Auditar, semestralmente, a validação prévia entre a identificação do doente e a administração de medicamentos.				X			Instituições prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde e com ele convencionado
Auditar, semestralmente, a validação prévia entre a identificação do doente e a administração de tratamentos oncológicos.					X		Hospitais do Serviço Nacional de Saúde, Centros Hospitalares, Unidades Locais de Saúde e entidades convencionadas

OBJETIVO ESTRATÉGICO 6

PREVENIR A OCORRÊNCIA DE QUEDAS

As quedas ocorrem devido à perda de equilíbrio ou à incapacidade em recuperá-lo. Ocorrem em todas as faixas etárias, contudo, é na população mais idosa que a prevalência do risco de queda e os danos daí resultantes têm sido maiores.

As quedas estão na origem de uma significativa morbilidade ou mortalidade, sendo uma das principais causas de internamento hospitalar. O seu impacto pode ser enorme e com consequências pessoais, familiares e sociais, para além das implicações financeiras para os serviços de saúde.

As quedas representam, portanto, um grave problema de saúde pública e requerem, na maioria das vezes, cuidados médicos. A literatura internacional refere que as quedas são a causa subjacente de cerca de 10 a 15% de todos os episódios que ocorrem aos serviços de urgência. A maioria dos diagnósticos relacionados com quedas nas admissões hospitalares são as fraturas da anca, os traumatismos cranianos e as lesões dos membros superiores. Estima-se, ainda, que a estadia hospitalar varie entre quatro a 15 dias e que cerca de 20% da população idosa com fratura da anca provocada por uma queda, morra após um ano.

As quedas têm, assim, um pesado impacto económico nas famílias, na comunidade e na sociedade. O seu impacto financeiro nos sistemas de saúde está a aumentar em todo o mundo. Em 2006, estimava-se que o custo médio por cada episódio de queda com dano, envolvendo uma pessoa com idade igual ou superior a 65 anos, era de cerca de 2 900 euros.

As quedas podem, também, originar estados de dependência, perda de autonomia, confusão, imobilização e depressão, que conduzem a restrições variadas nas atividades do dia-a-dia.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, entre 28 a 35% da população com idade igual ou superior a 65 anos de idade sofre uma queda todos os anos, aumentando esta prevalência para 32 a 42% na população com idade superior a 70 anos de idade. Refere, ainda, que a prevalência de quedas na população residente em lares é superior àquela que vive na comunidade. Entre 30 a 50% da população residente em instituições de cuidados continuados de longa duração sofre uma queda por ano e cerca de 40% experiência mais do que uma queda.

Em Portugal, de acordo com os dados do sistema nacional de notificação de incidentes, 21% do total de incidentes notificados são incidentes relacionados com quedas.

Ainda segundo a Organização Mundial da Saúde, os fatores de risco associados às quedas podem ser multifatoriais e refletem a multiplicidade de determinantes da saúde que, direta ou indiretamente, afetam o bem-estar. Estes fatores podem ser biológicos, como é o caso da idade e condições de saúde agudas ou crónicas, comportamentais, socioeconómicos, como é o caso do isolamento social, fraca rede de apoio social, baixos rendimentos e, por último, ambientais, como é o caso, nomeadamente, dos perigos existentes no ambiente envolvente, na inexistência de estruturas de apoio à mobilidade ou nas barreiras à mobilidade no espaço físico.

Quanto mais fatores de risco uma pessoa tiver, maior é o risco de queda. Alguns fatores de risco podem ser alterados, mas nem todos podem ser eliminados.

O envelhecimento da população é uma realidade nacional, o que faz prever que esta problemática se venha a acentuar.

A estratégia de intervenção que deve ser adotada consiste na prevenção de quedas, designadamente na avaliação e monitorização do risco da sua ocorrência, investindo-se, assim, na melhoria da qualidade de vida dos doentes e, simultaneamente, na redução dos custos para a sociedade em geral e o sistema de saúde em particular.

A prevenção de quedas deve incluir a avaliação dos fatores de risco multifatoriais, a comunicação e a educação sobre o risco de quedas, a implementação de medidas ou ações preventivas e/ou corretoras do ponto de vista institucional e a execução de intervenções individualizadas.

De facto, deve haver uma avaliação dos fatores de risco de todos os cidadãos no momento de entrada em serviços prestadores de cuidados de saúde, sempre que seja clinicamente indicado, após qualquer alteração notória dos fatores de risco e após uma queda. É, também, necessário que o resultado dessa avaliação seja comunicado à própria pessoa, à família e à equipa prestadora de cuidados de saúde e que os doentes sejam educados/habilitados sobre as melhores ações/estratégias a serem implementadas na prevenção das quedas. As ações preventivas devem ser asseguradas sempre que ocorra transferência do doente para outro local de permanência, seja outro serviço, outra instituição ou a sua própria residência.

As instituições prestadoras de cuidados de saúde devem desenvolver planos para a gestão da prevenção das quedas, investigar as causas das que ocorrem na instituição e realizar auditorias internas regulares, para identificar os fatores contribuintes e prevenir a recorrência das mesmas.

As intervenções individualizadas devem ser realizadas em relação aos doentes com maior risco de quedas.

Em Portugal, não existe uma política nacional consensualizada de intervenção nesta matéria, realidade esta que urge rapidamente mudar. A Direção-Geral da Saúde deve emitir orientações nacionais nesta área e as instituições prestadoras de cuidados de saúde devem implementá-las de forma sistemática e reportar com regularidade a monitorização dessa implementação.

Metas para o final de 2020:

- 1) 95% das instituições prestadoras de cuidados de saúde implementaram práticas para a prevenção e redução da ocorrência de quedas.
- 2) Reduzir 50% em cada ano, face ao ano anterior, o número de quedas nas instituições do Serviço Nacional de Saúde ou com ele convencionado.

Na persecução destas metas, devem ser desenvolvidas as seguintes ações:

Ações	Calendarização						Responsável
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
Publicar norma sobre a prevenção e redução da ocorrência de quedas.		X					Direção-Geral da Saúde
Implementar estratégia de intervenção para a prevenção e redução de quedas.			X	X			Instituições prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde e com ele convencionado
Auditar, semestralmente, as práticas para a prevenção e redução de quedas.			X	X	X	X	Instituições prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde e com ele convencionado

OBJETIVO ESTRATÉGICO 7

PREVENIR A OCORRÊNCIA DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

As úlceras de pressão são um problema de saúde pública mundial e um indicador da qualidade dos cuidados prestados.

As úlceras de pressão, em particular, e as feridas crónicas, em geral, causam sofrimento, aumentam a prevalência de infeções, diminuem a qualidade de vida dos doentes e dos seus cuidadores podendo, em situações extremas, levar à morte.

Para além do impacto na qualidade de vida das pessoas, as úlceras de pressão estão na origem do aumento de dias de internamento e de readmissões hospitalares e, por conseguinte, do aumento dos encargos para os serviços de saúde.

As úlceras de pressão podem ocorrer não só em doentes geriátricos, mas em todos os doentes com algum ou todos os fatores de risco associados. Estes fatores não se limitam à imobilidade, frequentemente associada à permanência numa cama hospitalar, mas incluem fatores como o estado nutricional, a integridade da pele, a idade e o nível de oxigenação do sangue. Uma úlcera de pressão pode começar a desenvolver-se em qualquer contexto assistencial, incluindo num bloco operatório ou numa unidade de cuidados intensivos.

Apesar da evidência internacional indicar que cerca de 95% das úlceras de pressão são evitáveis através da identificação precoce do grau de risco, é reconhecido que a utilização dessas práticas não é sistemática nas unidades prestadoras de cuidados de saúde.

De acordo com o *International Pressure Ulcer Prevalence Survey* realizado em 2011, um em cada dez doentes em hospital de agudos desenvolve uma úlcera de pressão. Em unidades de cuidados continuados, o risco aumenta para cerca de um em cada quatro doentes. Neste estudo, a taxa de prevalência global de úlceras de pressão foi de 10,8% e a taxa de prevalência de úlceras associadas aos cuidados de saúde hospitalares foi de 4,5%. Em unidades de cuidados continuados a taxa de prevalência foi de 8,4%. Verificou-se, igualmente, que em doentes com idade igual ou superior a 80 anos de idade, a taxa de prevalência de úlceras adquiridas em hospital ascendeu a 7,3%, e nos doentes com idade igual ou superior a 90 anos, ascendeu para 9,6%.

De acordo com o *National Pressure Ulcer Advisory Panel*, verifica-se uma variação entre os 400 euros e os 56 mil euros por tratamento de úlcera. Estes custos não incluem, contudo, os custos humanos relativos à dor, à debilidade, à baixa qualidade de vida e, inclusivamente, à própria ameaça de vida.

A prevenção de úlceras de pressão é um desafio organizacional, pois requer uma abordagem interdisciplinar e adaptada ao risco específico de cada doente, sendo, também, necessário existir uma cultura organizacional que promova o trabalho em equipa e a comunicação eficaz.

De facto, as instituições prestadoras de cuidados de saúde devem ter sistemas e estruturas de governação para a prevenção e a gestão de úlceras de pressão, designadamente, a implementação de procedimentos e protocolos baseados na melhor evidência e a avaliação do risco e sistemas de notificação para identificar, investigar e atuar com prontidão para reduzir a frequência e a severidade das úlceras de pressão. As instituições devem, igualmente, implementar planos de gestão do tratamento da úlcera de pressão e de comunicação/educação ao doente e ao cuidador.

A identificação de fatores de risco deve realizar-se utilizando um dos instrumentos de avaliação recomendados pelas entidades internacionais, como é o caso, entre outras, da escala de *Braden* e da escala de *Norton*.

A regularidade da avaliação da pele está relacionada com o risco de desenvolvimento de úlceras de pressão no momento da admissão na instituição prestadora de cuidados de saúde, durante a sua estadia e ainda antes da alta.

O risco de desenvolver uma úlcera de pressão deve estar devidamente registado no processo clínico do doente, assim como o seu tratamento.

A informação clínica transmitida nos momentos das mudanças de turno, transferências de cuidados e altas deve ser, regular e internamente, auditada.

Em Portugal, a Direção-Geral da Saúde emitiu, em 2011, orientações sobre a avaliação do risco de desenvolvimento de úlcera de pressão nos doentes, em todos os contextos assistenciais, tendo disponibilizado, para o efeito, a Escala de *Braden*: Versão Adulto e Pediátrica (*Braden Q*), bem como os respetivos critérios de avaliação do risco no adulto e na criança.

É necessário que as instituições realizem, de forma sistemática, a avaliação do risco, a prevenção e o tratamento das úlceras de pressão, de acordo com a realidade institucional, e que realizem auditorias internas para assegurar a melhoria contínua destas práticas. Os resultados destas auditorias devem ser reportados à Direção-Geral da Saúde, que deve proceder à revisão das orientações nacionais em vigor.

Metas para o final de 2020:

- 1) 95% das instituições prestadoras de cuidados de saúde implementaram práticas para avaliar, prevenir e tratar úlceras de pressão.

2) Reduzir em 50% face a 2014 o número de úlceras de pressão adquiridas nas instituições do Serviço Nacional de Saúde ou com ele convencionado.

Na persecução destas metas, devem ser desenvolvidas as seguintes ações:

Ações	Calendarização						Responsável
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
Publicar Norma	X	X					Direção-Geral da Saúde Instituições prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde e com ele convencionado
Implementar práticas para avaliar, prevenir e tratar úlceras de pressão	X	X	X	X	X	X	
Auditar, semestralmente, as práticas para a avaliação, prevenção e tratamento de úlceras de pressão.		X	X	X	X	X	Instituições prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde e com ele convencionado

OBJETIVO ESTRATÉGICO 8

ASSEGURAR A PRÁTICA SISTEMÁTICA DE NOTIFICAÇÃO, ANÁLISE E PREVENÇÃO DE INCIDENTES

A Organização Mundial de Saúde e a Comissão Europeia recomendam aos Estados Membros o desenvolvimento de sistemas de notificação de incidentes de segurança, independentes dos sistemas de reclamações e ou disciplinares, que promovam a aprendizagem com o erro e a consequente implementação de ações de melhoria. Recomendam, ainda, que seja garantida a confidencialidade ao notificador e o anonimato da informação notificada e reportada.

A notificação de incidentes de segurança é considerada como uma das ferramentas para identificar os riscos, perigos e vulnerabilidades de uma organização, sendo a que melhor possibilita a partilha de aprendizagens com o erro.

Contudo, outras estratégias, como reuniões com profissionais de saúde ou com os doentes e familiares, a análise de registos clínicos, as auditorias internas e os sistemas de alertas de segurança, entre outras iniciativas, devem ser estabelecidas para que as vulnerabilidades da instituição, que poderão dar origem a incidentes de segurança, possam ser proativamente identificadas e minimizadas.

A subnotificação de incidentes de segurança é uma realidade internacional, sendo, portanto, necessário melhorar, nas instituições prestadoras de cuidados, o nível da cultura de notificação e de aprendizagem com o erro.

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde determina a criação de "um sistema nacional de notificação de incidentes, não punitivo mas, antes, educativo na procura da aprendizagem com o erro".

Neste sentido, a Direção-Geral da Saúde tem vindo a desenvolver várias iniciativas de promoção do sistema nacional de notificação de incidentes, lançado em 2012, através da publicação de normas e orientações, de manuais de apoio para os profissionais de saúde e para o cidadão e publicação de *newsletters* com reporte do progresso do sistema.

O sistema de notificação de incidentes de segurança é designado, atualmente, por "notific@", tendo sido requalificado em 2014, através da integração de melhorias na sua estrutura e na organização de conteúdos.

O apoio à notificação por parte dos dirigentes das instituições prestadoras de cuidados de saúde, reforçando o propósito da aprendizagem organizacional com os incidentes em detrimento da identificação da autoria desses incidentes, é fundamental para aumentar a segurança dos doentes. Só assim cada instituição pode desenhar um plano interno dos riscos clínicos e não clínicos existentes que permita implementar medidas preventivas de ocorrência de incidentes de segurança.

Do mesmo modo, é fundamental que seja dada informação de retorno ao notificador sobre a análise da notificação realizada e a descrição da implementação das respetivas medidas corretoras levadas a cabo, para que a causa que motivou o incidente não se volte a repetir. Estas medidas, por uma questão de transparência e de aumento de confiança nos serviços de saúde, devem ter visibilidade pública.

Metas para 2020:

Aumentar, em 20%/ano, o n.º de notificação de incidentes de segurança no notific@.

Na persecução desta meta, devem ser desenvolvidas as seguintes ações:

Ações	Calendarização						Responsável
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
Promover a adesão dos profissionais à notificação de incidentes no Notific@.	X	X	X	X	X	X	Instituições prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde e com ele convencionado
Analisar as causas dos incidentes	X	X	X	X	X	X	Instituições prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde e com ele convencionado
Implementar medidas preventivas de recorrência de incidentes	X	X	X	X	X	X	Instituições prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde e com ele convencionado
Auditar, semestralmente, as práticas realizadas na análise de incidentes.		X		X		X	Instituições prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde e com ele convencionado

OBJETIVO ESTRATÉGICO 9

PREVENIR E CONTROLAR AS INFEÇÕES E AS RESISTÊNCIAS AOS ANTIMICROBIANOS

As infeções associadas aos cuidados de saúde dificultam o tratamento adequado do doente e são causa de significativa morbilidade e mortalidade, bem como de consumo acrescido de recursos hospitalares e comunitários. No entanto, cerca de um terço são, seguramente, evitáveis.

O controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde está associado à prevenção da resistência aos antimicrobianos. Os antimicrobianos revolucionaram, a partir da década de 40, o tratamento dos doentes com infeções, contribuindo, significativamente, para a redução da mortalidade. Contudo, o seu uso maciço, e frequentemente inadequado,

promoveu a emergência e seleção de bactérias resistentes e multirresistentes, existindo evidência de associação, consistente e estatisticamente relevante, entre o nível de consumo de classes específicas de antibióticos e a resistência bacteriana a essas mesmas classes. É crescente, a nível mundial, a resistência aos antimicrobianos, existindo bactérias apenas suscetíveis a poucos antibióticos e, como tal, causadoras de infeções de tratamento extremamente difícil.

Assim, o antibiótico, essencial para a realização, em segurança, de muitas intervenções e processos de saúde e determinante do aumento da esperança de vida verificado na segunda metade do século XX, passou a estar ameaçado de perda de eficácia. Há que reduzir a pressão antibiótica, prevenindo todas as infeções evitáveis, não usando antibióticos quando não existe infeção bacteriana e reduzindo a duração da terapêutica ao mínimo indispensável para curar a infeção e evitar a recidiva.

De acordo com os dados de vigilância epidemiológica da European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net), Portugal apresenta uma taxa elevada de resistência bacteriana aos antimicrobianos, e encontra-se também entre os países europeus com a taxa mais elevada de *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina, de *Enterococcus faecium* resistente à vancomicina e de *Acinetobacter* com resistência combinada a antimicrobianos. Nos países do leste e sul da Europa, incluindo Portugal, é crescente a resistência de *Klebsiella spp* a cefalosporinas de terceira geração e de *Escherichia coli* a quinolonas.

A taxa de *Enterobacteriaceae* resistente a carbapenemes é ainda baixa em Portugal, mas preocupantemente crescente, como decorre dos dados da EARS-Net e também do estudo de prevalência 2011-2012.

De acordo com os dados do diagnóstico de situação realizado nos Planos de Atividades das Comissões da Qualidade e Segurança para 2015, verifica-se, em 2014, uma percentagem média nacional de doentes com colonização ou infeção por microrganismo problema ou alerta de cerca de 1,3%.

Portugal apresenta evidentes distorções no que diz respeito ao consumo de antimicrobianos, designadamente um consumo excessivo de quinolonas na comunidade, um elevado consumo hospitalar de carbapenemes, uma excessiva duração da profilaxia antibiótica cirúrgica e, provavelmente, uma excessiva prescrição e duração de terapêutica antimicrobiana.

A taxa de infeção hospitalar em Portugal é mais elevada do que a média europeia e há infeções do local cirúrgico, como a cesariana e a infeção do local cirúrgico associada a cirurgia da vesícula biliar que apresentam tendência crescente.

A taxa de infeção e o uso de antimicrobianos em unidades de cuidados continuados são elevados, nomeadamente a taxa de infeção e o uso de antibióticos associados a lesões da pele e tecidos moles e à presunção do diagnóstico de infeção urinária.

A adesão dos hospitais portugueses à vigilância epidemiológica de infeção associada a cuidados de saúde é ainda pouco significativa, sobretudo em termos de vigilância de infeção do local cirúrgico.

Na realidade, controlo de infeção e prevenção de resistências aos antimicrobianos são duas faces da mesma moeda, com estratégias de

intervenção comuns e/ou complementares, o que justificou, em 2013, a fusão do programa da prevenção e do controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde e do programa da prevenção das resistências aos antibióticos, no Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos, conforme Despacho do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde n.º 2902/2013, de 22 de fevereiro.

Os objetivos gerais deste Programa prioritário são a redução da taxa de infeção associada aos cuidados de saúde, a promoção do uso correto de antimicrobianos e a diminuição da taxa de microrganismos com resistência a antimicrobianos, objetivos estes que decorrem das recomendações dos organismos internacionais de referência, como é o caso da Organização Mundial de Saúde e do Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças. O Despacho n.º 15423/2013, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, vem determinar a estrutura orgânica deste Programa, a nível central, regional e local, bem como as respetivas competências, expressando a estratégia global de intervenção que visa envolver os vários níveis de prestação.

Das estratégias específicas de intervenção adotadas pelo Programa destacam-se a informação/educação dos profissionais e cidadãos, a vigilância epidemiológica das infeções, da resistência aos antimicrobianos e do consumo de antibióticos e a normalização das estruturas e dos procedimentos e práticas clínicas. Neste âmbito, têm sido publicadas, pela Direção-Geral da Saúde, várias Normas e Orientações, nomeadamente sobre vigilância epidemiológica das resistências aos antimicrobianos, sobre a duração da terapêutica antibiótica, sobre a prevenção da infeção do local cirúrgico e sobre precauções básicas do controlo da infeção.

Metas para o final de 2020:

- 1) Atingir uma taxa de prevalência de infeção hospitalar de 8%.
- 2) Reduzir em 50% face a 2014, o consumo de antimicrobianos.
- 3) Atingir uma taxa de MRSA de 20%.
- 4) Reduzir em 50% face a 2014, o consumo de carbapenemes.
- 5) Reduzir em 50% face a 2014, o consumo de quinolonas.

Na persecução destas metas, devem ser desenvolvidas as seguintes ações:

Ações	Calendarização						Responsável
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
Monitorizar as infeções associadas a cuidados de saúde, o consumo de antibióticos em ambulatório e em meio hospitalar e a resistência a antibióticos.	X	X	X	X	X	X	Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos
Reportar anualmente à Direção-Geral da Saúde os resultados das monitorizações realizadas.	X	X	X	X	X	X	Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos

208415077

ANEXO 5 - Decreto – Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro – Estatutos dos Hospitais, Centros Hospitalares e Institutos Portugueses de Oncologia, E. P. E.

694

Diário da República, 1.ª série — N.º 30 — 10 de fevereiro de 2017

classificação, desde que cumpram os critérios de aprovação estabelecidos pela presente alteração.

2 — Nos concursos para os cargos de chefia previstos nas alíneas a) e b) do n.º 1 do artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 557/99, de 17 de dezembro, com a redação dada pelo presente decreto-lei, abertos após a entrada em vigor do presente decreto-lei e durante o ano de 2017, podem candidatar-se trabalhadores que não possuam o curso de chefia tributária a que alude o proémio do n.º 1 daquele artigo.

3 — Sem prejuízo do disposto no número anterior, os trabalhadores que sejam nomeados para cargos de chefia tributária e que não sejam detentores do curso de chefia tributária frequentam, ainda assim, o curso de chefia tributária durante os dois primeiros anos de exercício de funções em comissão de serviço ou, em caso de impossibilidade por causa que não lhes seja imputável, no mais breve prazo, cessando a respetiva comissão de serviço caso não obtenham aprovação no referido curso.

Artigo 4.º

Norma revogatória

São revogados a alínea c) do n.º 1 do artigo 15.º, os n.ºs 5 e 6 do artigo 30.º e os n.ºs 4 a 6 do artigo 32.º do Decreto-Lei n.º 557/99, de 17 de dezembro, alterado pelos Decretos-Leis n.ºs 299/2001, de 22 de novembro, 237/2004, de 18 de dezembro, 36/2008, de 29 de fevereiro, 212/2008, de 7 de novembro, e pela Lei n.º 64-B/2011, de 30 de dezembro.

Artigo 5.º

Entrada em vigor

O presente decreto-lei entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 15 de dezembro de 2016. — Augusto Ernesto Santos Silva — Mário José Gomes de Freitas Centeno.

Promulgado em 31 de janeiro de 2017.

Publique-se.

O Presidente da República, MARCELO REBELO DE SOUSA.

Referendado em 6 de fevereiro de 2017.

O Primeiro-Ministro, António Luís Santos da Costa.

SAÚDE

Decreto-Lei n.º 18/2017

de 10 de fevereiro

O XXI Governo Constitucional estabelece, no seu Programa, a prioridade às pessoas e no que concerne à área da Saúde, entre outros, o objetivo de melhorar a governação do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Neste âmbito visa-se obter mais e melhores resultados face aos recursos disponíveis, ou seja, aumentar a eficiência do SNS, tendo em vista a melhoria dos instrumentos de governação do SNS, através de medidas como: (i) o reforço da capacidade do

SNS através da alocação dos recursos humanos, técnicos e financeiros adequados; (ii) o aperfeiçoamento do atual modelo de contratualização dos serviços, introduzindo incentivos associados à melhoria da qualidade, eficiência e equidade dos serviços, inseridos nos contratos de gestão; (iii) o reforço da autonomia e da responsabilidade dos gestores do SNS e das unidades prestadoras de serviços; e (iv) a clarificação das funções de acionista, financiador, regulador e prestador dentro do SNS, terminando com as ambiguidades derivadas de sobreposições de várias funções.

Neste âmbito, a Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro, que aprovou o regime jurídico da gestão hospitalar, tem cerca de 14 anos, importando proceder à sua revisão para o adequar à realidade atual.

O Decreto-Lei n.º 188/2003, de 20 de agosto, veio desenvolver o regime jurídico dos hospitais do setor público administrativo, integrados na rede de prestação de cuidados de saúde, justifica igualmente a sua revisão, pese embora o número reduzido de entidades no universo do SNS a que é atualmente aplicado.

Também ao abrigo do regime constante daquela lei o Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro, aprovou o regime jurídico e os estatutos das unidades de saúde com a natureza de entidades públicas empresariais. Este decreto-lei foi, ainda, objeto de sucessivas alterações salientando-se a operada pelo Decreto-Lei n.º 12/2015, de 26 de janeiro, que nele incorporou os estatutos das Unidades Locais de Saúde com a natureza de entidades públicas empresariais (ULS, E. P. E.), e que carece igualmente de revisão.

Nestes termos, entende o Governo ser necessário concentrar num único diploma o regime jurídico das entidades que integram o SNS afetas à rede de prestação de cuidados de saúde e aprovar as especificidades estatutárias daquelas entidades.

Assim, em cumprimento do previsto no programa do Governo, com vista entre outros aspetos, a melhorar a articulação entre os diferentes níveis de cuidados, designadamente os cuidados de saúde hospitalares, os cuidados de saúde primários e os cuidados continuados integrados e paliativos, bem como a necessidade de gerar ganhos de eficiência e de eficácia no sistema e uma maior profissionalização e capacitação das equipas o presente decreto-lei constitui um instrumento fundamental para a reforma da prestação de cuidados de saúde que aposte no relançamento do SNS, salientando-se os seguintes aspetos: (i) a nível organizativo a possibilidade de serem criados Centros de Responsabilidade Integrada com vista a potenciar os resultados da prestação de cuidados de saúde, melhorando a acessibilidade dos utentes e a qualidade dos serviços prestados, aumentando a produtividade dos recursos aplicados; (ii) a nível da gestão uma maior capacitação dos conselhos de administração e dos órgãos de gestão intermédia cujos membros deverão possuir formação específica relevante em gestão em saúde e experiência profissional adequada; (iii) o conselho de administração passa a integrar um elemento proposto pelo membro do Governo responsável pela área das finanças; (iv) a integração no conselho de administração, no caso das unidades locais de saúde, de um vogal proposto pela respetiva Comunidade Intermunicipal, ou pela respetiva área Metropolitana; (v) os processos com vista à nomeação de diretores de serviço devem ser alvo de aviso público, de modo a permitir a manifestação de interesse individual em nome da transparência e da igualdade de oportunidades.

Assim:

Ao abrigo do disposto no Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, alterado pela Lei n.º 75-A/2014, de 30 de setembro, e nos termos da alínea a) do n.º 1 do artigo 198.º da Constituição, o Governo decreta o seguinte:

CAPÍTULO I

Disposições gerais

Artigo 1.º

Objeto e âmbito

1 — O presente decreto-lei estabelece os princípios e regras aplicáveis às unidades de saúde que integram o Serviço Nacional de Saúde (SNS) com a natureza de entidade pública empresarial, aprova as especificidades estatutárias e os seus Estatutos, em conformidade com os anexos I, II e III ao presente decreto-lei e do qual fazem parte integrante.

2 — O presente decreto-lei estabelece os princípios e regras aplicáveis às unidades de saúde que integram o SNS integrados no setor público administrativo, aprova as especificidades estatutárias e os seus Estatutos, em conformidade com os anexos I e IV ao presente decreto-lei e do qual fazem parte integrante.

3 — O presente decreto-lei aplica-se às entidades integrantes SNS afetas à rede de prestação de cuidados de saúde.

4 — Para os efeitos do número anterior, considera-se que a rede de prestação de cuidados de saúde abrange os estabelecimentos do SNS, constituídos como hospitais, centros hospitalares e unidades locais de saúde, bem como os estabelecimentos que prestam cuidados aos utentes do SNS e outros serviços de saúde, nos termos de contratos celebrados em regime de parcerias público-privadas, ao abrigo do disposto no capítulo IV.

Artigo 2.º

Natureza jurídica

As entidades referidas no artigo anterior podem assumir uma das seguintes figuras jurídicas:

a) Entidades públicas, dotadas de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial;

b) Entidades públicas, dotadas de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial;

c) Entidades privadas com quem sejam celebrados com contratos que tenham por objeto a realização de prestações de saúde através de um estabelecimento de saúde integrado ou a integrar no SNS, em regime de parcerias público-privadas.

Artigo 3.º

Exercício da atividade

1 — A capacidade jurídica das entidades referidas no artigo anterior abrange todos os direitos e obrigações necessários à prossecução dos seus fins.

2 — O exercício da atividade das entidades referidas no artigo anterior está sujeito a licenciamento, nos termos da legislação aplicável.

Artigo 4.º

Princípios gerais na prestação de cuidados de saúde

A prestação de cuidados de saúde pelas entidades do SNS obedece aos seguintes princípios:

a) Livre acesso e circulação no SNS observados os princípios definidos para a rede de referência técnica em articulação com os cuidados de saúde primários;

b) Promoção da qualidade dos cuidados de saúde num contexto da humanização e de respeito pelos direitos dos utentes;

c) Garantia dos direitos de acesso dos utentes a cuidados de saúde de qualidade em tempo adequado;

d) Cumprimento das normas de ética e deontologia profissionais.

e) Valorização da educação para a saúde, a literacia e os autocuidados, de forma a permitir que os cidadãos tenham um papel cada vez mais ativo na gestão da sua saúde.

Artigo 5.º

Princípios específicos na prestação de cuidados de saúde

As entidades pertencentes ao SNS pautam a sua atuação pelos seguintes princípios:

a) Desenvolvimento da sua atividade de acordo com instrumentos de gestão previsional, nomeadamente planos estratégicos plurianuais, planos de atividade, e orçamentos anuais e plurianuais;

b) Garantia aos utentes da prestação de cuidados de saúde de qualidade mediante utilização eficiente dos recursos;

c) Desenvolvimento de uma gestão criteriosa no respeito pelo cumprimento dos objetivos face à política de saúde definida pelo Governo;

d) Financiamento das suas atividades e resultados através de mecanismos de contratualização com o Estado, com base, designadamente, nos seguintes instrumentos:

i) Tabelas de preços e acordos em vigor no SNS;

ii) Modelos de capitação ajustada pelo risco, desenvolvidos com base nas características da população da área de referência;

iii) Transferências do Orçamento do Estado no caso dos hospitais integrados no setor público administrativo;

e) Promoção da articulação funcional da rede de prestação de cuidados de saúde hospitalares com as redes de prestação de cuidados de saúde primários e de cuidados continuados integrados;

f) Gestão partilhada de recursos no âmbito do SNS, de forma a maximizar a utilização da capacidade instalada em cada entidade;

g) Adesão aos mecanismos de compras centralizadas ou outros mecanismos centralmente definidos visando a obtenção de poupanças para o SNS.

Artigo 6.º

Podere do Estado

1 — O membro do Governo responsável pela área da saúde exerce em relação às entidades referidas nas alíneas a) e b) do artigo 2.º e na parte das áreas e atividade, centros e serviços integrados em rede, os seguintes poderes:

a) Definição das normas e critérios de atuação hospitalar;

b) Definição das diretrizes a que devem obedecer os planos e programas de ação, bem como a avaliação da qualidade dos resultados obtidos nos cuidados prestados à população;

c) Acesso a todas as informações julgadas necessárias ao acompanhamento da atividade;

d) Determinação da restrição da autonomia gestora na situação de desequilíbrio económico-financeiro;

e) Determinação de auditorias e inspeções ao seu funcionamento, nos termos da legislação aplicável.

2 — Sem prejuízo da prestação de outras informações legalmente exigíveis, as entidades referidas no artigo 2.º fornecem, para efeitos de acompanhamento e controlo, ao membro do Governo responsável pela área da saúde os seguintes elementos:

a) Os documentos de prestação de contas, de acordo com o sistema de normalização contabilística que lhes for legalmente aplicável;

b) Informação sobre o desempenho económico-financeiro e sobre a atividade realizada.

Artigo 7.º

Órgãos

As entidades referidas no artigo 2.º compreendem órgãos de administração, de fiscalização, de apoio técnico e de consulta.

Artigo 8.º

Informação pública

O Ministério da Saúde divulga os resultados da avaliação das entidades referidas no artigo 2.º que integram a rede de prestação de cuidados de saúde, mediante um conjunto de indicadores que evidencie, designadamente, o seu desempenho assistencial e a respetiva eficiência.

Artigo 9.º

Centros de Responsabilidade Integrada

1 — As entidades referidas na alínea b) do artigo 2.º podem organizar-se através de Centros de Responsabilidade Integrada (CRI).

2 — Os CRI são estruturas orgânicas de gestão intermédia que visam potenciar os resultados da prestação de cuidados de saúde, melhorando a acessibilidade dos utentes e a qualidade dos serviços prestados, aumentando a produtividade dos recursos aplicados, contribuindo, para uma maior eficácia e eficiência.

3 — Para alcançar os objetivos referidos no número anterior, os CRI constituem-se através de formas de organização flexíveis direcionadas para dar respostas céleres e de qualidade às necessidades dos utentes.

Artigo 10.º

Organização interna dos Centros de Responsabilidade Integrada

1 — Os CRI são constituídos por equipas multidisciplinares integrando médicos, enfermeiros, assistentes técnicos, assistentes operacionais, gestores e administradores hospitalares e outros profissionais de saúde, de acordo com a área ou áreas de especialidade.

2 — As equipas multidisciplinares referidas no número anterior são nomeadas pelo conselho de administração da respetiva entidade por um período de três anos, e são constituídas por profissionais que desenvolvem a sua atividade em regime de exclusividade de funções, salvo em situações excecionais autorizadas pelo conselho de administração.

3 — O regulamento interno do CRI é aprovado pelo conselho de administração no ato da nomeação prevista no número anterior, de acordo com o modelo definido pelo membro do Governo responsável pela área da saúde.

4 — Os CRI asseguram preferencialmente a produção adicional no âmbito do Sistema Integrado de Gestão do Acesso.

Artigo 11.º

Funcionamento dos Centros de Responsabilidade Integrada

1 — Os CRI são criados por deliberação do conselho de administração, após aprovação do plano apresentado pelos diretores de serviços ou departamentos proponentes.

2 — Os CRI orientam a sua atividade de acordo com os seguintes princípios:

a) Descentralização de competências e de responsabilidades por parte dos conselhos de administração das entidades referidas na alínea b) do artigo 2.º nestas estruturas de gestão intermédia;

b) Sustentabilidade, que concilia a concretização dos objetivos contratados, o controlo dos custos e o reconhecimento dos profissionais;

c) Transparência, que se traduz no registo das várias etapas dos processos, na publicação de resultados e em auditorias internas e externas anuais clínicas e administrativas publicadas no site da instituição;

d) Cooperação e solidariedade entre os elementos que constituem o CRI, e de cada CRI perante a restante instituição;

e) Articulação, com as demais estruturas e serviços da instituição;

f) Avaliação, que deve ser objetiva, transparente e contratualizada entre as partes, com repercussão no CRI em toda a equipa que o constitui;

g) Mérito e objetivação do reconhecimento, que resulta da avaliação de cada elemento, traduzindo-se no respetivo reconhecimento público;

h) Comportamento ético, deontológico e sentido de serviço público, cabendo a cada profissional do CRI a salvaguarda da legalidade e do interesse público, a defesa dos interesses do doente, a prossecução do melhor desempenho do CRI e da instituição em que se integra, devendo agir com honestidade, lisura e de acordo com a deontologia e as boas práticas;

i) Definição clara dos objetivos quantificados, programados e calendarizados;

j) Controlo da utilização dos recursos humanos e materiais que lhe estão afetos;

k) Contratualização através da celebração, entre os diretores do CRI e o conselho de administração, de contratos-programa anuais que fixam os objetivos e os meios necessários para os atingir e definem os mecanismos de avaliação periódica, que incluem, entre outros, o plano de atividades anual do CRI, o projeto de orçamento-programa anual, o plano de investimentos e o plano de formação e investigação;

l) O contrato-programa referido na alínea anterior deve ter em conta os objetivos gerais do hospital e os definidos

pela tutela, nomeadamente, no que respeita aos indicadores de produção, de serviço e de qualidade assistencial estabelecidos no contrato-programa da entidade.

Artigo 12.º

Financiamento dos Centros de Responsabilidade Integrada

Os CRI são financiados através de uma linha específica a ser incluída no contrato programa a celebrar entre o Estado e as entidades referidas na alínea b) do artigo 2.º nos termos e condições definidas naquele contrato.

Artigo 13.º

Centros Académicos Clínicos

1 — As entidades referidas no artigo 2.º podem participar na criação de estruturas integradas de atividade assistencial, ensino e investigação médica, com instituições de ensino superior e de investigação, públicas ou privadas, sob a forma de consórcios ou de associações, tendo como principal objetivo o avanço e a aplicação do conhecimento e da evidência científica para a melhoria da saúde.

2 — As estruturas adotam a denominação de centros académicos clínicos ou outra apropriada.

3 — A criação sob a forma de consórcio é objeto de aprovação por portaria conjunta dos membros do Governo responsáveis pelas áreas da saúde e da ciência, tecnologia e ensino superior, ouvido o Conselho Nacional dos Centros Académicos Clínicos.

4 — A portaria a que se refere o número anterior fixa igualmente as regras gerais de funcionamento do consórcio.

Artigo 14.º

Centros de Referência

1 — As entidades referidas no artigo 2.º podem candidatar-se ao reconhecimento de um ou mais Centros de Referência, nos termos legalmente previstos.

2 — O reconhecimento como Centro de Referência é formalizado por despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde, sob proposta da Comissão Nacional para os Centros de Referência.

3 — Os Centros de Referência possuem regulamento interno, a criar no prazo máximo de seis meses, a aprovar pelo membro do Governo responsável pela área da saúde.

CAPÍTULO II

Entidades públicas empresariais

SECÇÃO I

Disposições gerais

Artigo 15.º

Objeto e âmbito

1 — As entidades identificadas nos mapas I e II do anexo I ao presente decreto-lei, revestem a natureza de entidades públicas empresariais, adiante designadas abreviadamente por E. P. E., integradas no SNS, e obedecem ao regime previsto no presente decreto-lei e na demais legislação que lhe for aplicável.

2 — Os Estatutos das E. P. E., integradas no SNS, que abrangem hospitais, centros hospitalares, institutos de oncologia e unidades locais de saúde, constam dos anexos II e III ao presente decreto-lei.

Artigo 16.º

Capital estatutário

1 — O capital estatutário das E. P. E., integradas no SNS é o fixado nos mapas I e II do anexo I ao presente decreto-lei.

2 — O capital estatutário das E. P. E., integradas no SNS é detido pelo Estado.

Artigo 17.º

Registos

O presente decreto-lei e os seus anexos constituem título bastante para todos os efeitos legais, designadamente os de registo.

SECÇÃO II

Regime jurídico

Artigo 18.º

Natureza e regime

1 — As E. P. E., integradas no SNS são pessoas coletivas de direito público de natureza empresarial dotadas de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, nos termos do regime jurídico do setor público empresarial.

2 — As E. P. E., integradas no SNS regem-se pelo regime jurídico aplicável às entidades públicas empresariais, com as especificidades previstas no presente decreto-lei e nos seus Estatutos, constantes dos anexos II e III ao presente decreto-lei, bem como nos respetivos regulamentos internos e nas normas em vigor para o SNS que não contrariem as normas aqui previstas.

3 — O regime fixado no presente decreto-lei e nos Estatutos a ele anexos tem caráter especial relativamente ao disposto no regime jurídico do setor público empresarial, que é subsidiariamente aplicável, com as devidas adaptações.

4 — As E. P. E., integradas no SNS aplicam-se as especificidades estatutárias previstas no anexo I ao presente decreto-lei, designadamente quanto à denominação, sede e capital estatutário.

Artigo 19.º

Superintendência

1 — Compete ao membro do Governo responsável pela área da saúde:

a) Definir os objetivos e as estratégias das E. P. E., integradas no SNS;

b) Emitir orientações, recomendações e diretivas específicas para prossecução da atividade operacional das E. P. E., integradas no SNS;

c) Definir normas de organização e de atuação hospitalar.

2 — O membro do Governo responsável pela área da saúde pode delegar os poderes referidos no número anterior nos conselhos diretivos da Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. (ACSS, I. P.), e da Administração Regional de Saúde territorialmente competente.

Artigo 20.º

Tutela setorial e financeira

1 — Compete ao membro do Governo responsável pela área da saúde:

a) Exigir todas as informações julgadas necessárias ao acompanhamento da atividade das E. P. E., integradas no SNS, sem prejuízo da prestação de outras legalmente exigíveis;

b) Determinar auditorias e inspeções ao funcionamento das E. P. E., integradas no SNS, de acordo com a legislação aplicável;

c) Homologar os regulamentos internos das E. P. E., integradas no SNS;

d) Praticar outros atos que, nos termos da lei, careçam de autorização prévia ou aprovação tutelar.

2 — Compete ao membro do Governo responsável pela área das finanças:

a) Aprovar os planos de atividade e orçamento;

b) Aprovar os documentos anuais de prestação de contas;

c) Autorizar a aquisição e venda de imóveis, bem como a sua oneração, mediante parecer prévio do conselho fiscal e do revisor oficial de contas ou do fiscal único, consoante o modelo adotado;

d) Autorizar a realização de investimentos, quando as verbas globais correspondentes não estejam previstas nos orçamentos aprovados e sejam de valor superior a 2 % do capital estatutário, mediante parecer favorável do conselho fiscal e do revisor oficial de contas ou do fiscal único, consoante o modelo adotado;

e) Autorizar os aumentos e reduções do capital estatutário;

f) Autorizar os demais atos que, nos termos da legislação aplicável, necessitem de aprovação tutelar.

3 — Compete aos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde:

a) Determinar a restrição da autonomia gestora em caso de desequilíbrio financeiro;

b) Autorizar cedências de exploração de serviços hospitalares bem como a constituição de associações com outras entidades públicas para a melhor prossecução das atribuições das E. P. E., integradas no SNS;

c) Autorizar a participação das E. P. E., integradas no SNS em sociedades anónimas que tenham por objeto a prestação de cuidados de saúde, nos termos do regime jurídico do setor público empresarial, cujo capital social seja por eles maioritariamente detido;

d) Autorizar, sem prejuízo do disposto na alínea anterior, para a prossecução dos objetivos estratégicos, a participação das E. P. E., integradas no SNS no capital social de outras sociedades, nos termos do regime jurídico do setor público empresarial.

Artigo 21.º

Capacidade

1 — A capacidade jurídica das E. P. E., integradas no SNS abrange todos os direitos e obrigações necessários ou convenientes à prossecução do seu objeto e das suas atribuições.

2 — É da exclusiva competência das E. P. E., integradas no SNS a cobrança das receitas e taxas provenientes da sua atividade.

Artigo 22.º

Órgãos

1 — As entidades referidas na alínea b) do artigo 2.º dispõem dos órgãos previstos nos Estatutos constantes do anexo II ao presente decreto-lei.

2 — As Unidades Locais de Saúde, E. P. E. (ULS, E. P. E.), dispõem dos órgãos previstos nos Estatutos constantes do anexo III ao presente decreto-lei.

Artigo 23.º

Organização interna

1 — As E. P. E., integradas no SNS organizam-se de acordo com as normas e critérios técnicos genéricos definidos pela tutela em função das suas atribuições e áreas de atuação específicas, devendo os respetivos regulamentos internos prever a estrutura orgânica com base em serviços agregados em departamentos e englobando unidades funcionais, bem como estruturas orgânicas de gestão intermédia.

2 — Nas E. P. E., integradas no SNS existe um serviço de auditoria interna, que é dirigido por um auditor nos termos dos Estatutos anexos ao presente decreto-lei.

SECÇÃO III

Regime financeiro

Artigo 24.º

Controlo financeiro

Sem prejuízo do disposto na legislação aplicável às empresas públicas em matéria de controlo financeiro e deveres especiais de informação e controlo, devem as E. P. E., integradas no SNS submeter aos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde:

a) Os planos de atividades e orçamento, em conformidade com o contrato programa celebrado;

b) Os documentos anuais de prestação de contas, até ao final do mês de março de cada ano;

c) Os relatórios trimestrais de execução orçamental, onde constem os indicadores de atividade, económico-financeiros, de recursos humanos e outros definidos pelos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde.

Artigo 25.º

Financiamento

1 — As E. P. E., integradas no SNS são financiadas nos termos da base XXXIII da Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, alterada pela Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro, devendo o financiamento refletir as necessidades de saúde da população abrangida e permitir um adequado planeamento da oferta de cuidados de saúde.

2 — O pagamento dos atos e serviços das E. P. E., integradas no SNS pelo Estado é feito através de contratos-programa plurianuais a celebrar com a ACSS, I. P., e a

Administração Regional de Saúde territorialmente competente, no qual se estabelece o seguinte:

- a) A atividade contratada;
- b) Os objetivos e as metas qualitativas e quantitativas;
- c) A calendarização das metas referidas na alínea anterior;
- d) Os meios e instrumentos para prosseguir os objetivos, designadamente de investimento;
- e) Os indicadores para avaliação do desempenho dos serviços e do nível de satisfação dos utentes e as demais obrigações assumidas pelas partes, tendo como referencial os preços praticados no mercado para os diversos atos clínicos.

3 — Para efeitos do disposto no número anterior, o financiamento deve consubstanciar um instrumento indutor da excelência clínica, satisfação dos utentes e da comunidade e do desempenho das instituições.

4 — A celebração dos contratos-programa é precedida de autorização dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, tomando-se eficazes com a sua assinatura, sem prejuízo da sua publicação na 2.ª série do *Diário da República*.

5 — O financiamento das ULS, E. P. E., é realizado por capitação ajustada pelo risco calculado com base nas características da população da área de referência.

Artigo 26.º

Modelo de acompanhamento

O modelo de acompanhamento do contrato-programa e os instrumentos de monitorização, acompanhamento e avaliação do desempenho assistencial de base populacional são propostos pela ACSS, I. P., e aprovados pelo membro do Governo responsável pela área da saúde.

SECÇÃO IV

Recursos humanos

Artigo 27.º

Trabalhadores

1 — Os trabalhadores das E. P. E., integradas no SNS estão sujeitos ao regime do contrato de trabalho, nos termos do Código do Trabalho, bem como ao regime constante dos diplomas que definem o regime legal de carreira de profissões da saúde, demais legislação laboral, normas imperativas sobre títulos profissionais, instrumentos de regulamentação coletiva de trabalho e regulamentos internos.

2 — As E. P. E., integradas no SNS devem prever anualmente uma dotação global de pessoal, através dos respetivos orçamentos, considerando os planos de atividade.

3 — Sem prejuízo do disposto no n.º 3 do artigo 31.º, as E. P. E., integradas no SNS não podem celebrar contratos de trabalho para além da dotação referida no número anterior.

Artigo 28.º

Processos de recrutamento

1 — Os processos de recrutamento devem assentar na adequação dos profissionais às funções a desenvolver e assegurar os princípios da igualdade de oportunidades, da imparcialidade, da boa-fé e da não discriminação, bem

como da publicidade, exceto em casos de manifesta urgência devidamente fundamentada.

2 — Os diretores de departamento e de serviço de natureza assistencial são nomeados de entre médicos, inscritos no colégio da especialidade da Ordem dos Médicos correspondente à área clínica onde vão desempenhar funções e, preferencialmente, com evidência curricular de gestão e com maior graduação na carreira médica.

3 — Sem prejuízo do disposto no n.º 1, os procedimentos com vista à nomeação de diretor de serviço devem ser objeto de aviso público, de modo a permitir a manifestação de interesse individual.

Artigo 29.º

Regime transitório dos trabalhadores com vínculo de emprego público

1 — Os trabalhadores com vínculo de emprego público que, à data da entrada em vigor do presente decreto-lei, estejam providos em postos de trabalho dos mapas de pessoal das unidades de saúde a que se refere o presente capítulo, mantêm integralmente o seu estatuto jurídico, sem prejuízo do disposto na Lei n.º 35/2014, de 20 de junho.

2 — Os mapas de pessoal das unidades de saúde referidas no número anterior mantêm-se com caráter residual, exclusivamente para efeitos de desenvolvimento da carreira daqueles trabalhadores, sendo os respetivos postos de trabalho a extinguir quando vagarem, da base para o topo.

3 — Mantêm-se válidos os concursos de pessoal que estejam pendentes e os estágios e cursos de especialização em curso à data da entrada em vigor do presente decreto-lei.

4 — Os trabalhadores a que se refere o presente artigo podem optar a todo o tempo pelo regime do contrato de trabalho nos termos dos artigos seguintes.

Artigo 30.º

Opção pelo contrato de trabalho

A opção definitiva pelo regime do contrato de trabalho é feita, individual e definitivamente, mediante acordo escrito com o conselho de administração, tornando-se efetiva, para todos os efeitos legais, a cessação do vínculo de emprego público com a sua publicação no *Diário da República*, data em que o contrato de trabalho a celebrar com a E. P. E., integrada no SNS passa a produzir efeitos.

Artigo 31.º

Regime de proteção social

1 — Sem prejuízo do disposto no n.º 1 do artigo 29.º, o regime de proteção social dos trabalhadores das E. P. E., integradas no SNS é o regime geral da segurança social.

2 — Relativamente aos trabalhadores que, nos termos do artigo 29.º, não tenham optado pelo regime do contrato de trabalho e que, mantenham o regime de proteção social convergente (RPSC), as E. P. E., integradas no SNS asseguram o pagamento das contribuições a título de entidade empregadora, para a Caixa Geral de Aposentações, I. P., e para a ADSE, quando aplicável.

3 — Ao pessoal previsto no número anterior integrado no RPSC é aplicável o Decreto-Lei n.º 503/99, de 20 de novembro, bem como no Decreto-Lei n.º 118/83, de 20 de novembro, para os organismos dotados de autonomia administrativa e financeira.

CAPÍTULO III

Hospitais do setor público administrativo

SECÇÃO I

Estabelecimentos públicos

Artigo 32.º

Objeto e âmbito

1 — São hospitais do setor público administrativo, previstos na alínea a) do artigo 2.º, adiante designados abreviadamente por hospitais SPA, os identificados no mapa III do anexo I ao presente decreto-lei.

2 — São aprovados os Estatutos, constantes do anexo IV ao presente decreto-lei, dos hospitais SPA.

Artigo 33.º

Regime aplicável

1 — Os hospitais abrangidos pelo presente capítulo regem-se pelas normas constantes do regime jurídico dos institutos públicos, sem prejuízo das especificidades previstas no presente decreto-lei.

2 — Sem prejuízo do disposto no número anterior, o financiamento é realizado através de transferências do Orçamento do Estado.

Artigo 34.º

Trabalhadores

Os trabalhadores que prestam serviço nos hospitais SPA regem-se pelas normas aplicáveis aos trabalhadores que exercem funções públicas.

CAPÍTULO IV

Entidades de saúde com quem sejam celebrados contratos que tenham por objeto a realização de prestações de saúde através de um estabelecimento de saúde integrado ou a integrar no Serviço Nacional de Saúde em regime de parcerias público-privadas.

Artigo 35.º

Regime

1 — As entidades privadas, com ou sem fins lucrativos, com quem sejam celebrados contratos que tenham por objeto a realização de prestações de saúde através de um estabelecimento de saúde integrado ou a integrar no SNS em regime de parcerias público-privadas, regem-se:

a) No caso de revestirem a natureza de entidades privadas com fins lucrativos, pelos respetivos estatutos e pelas disposições do Código das Sociedades Comerciais;

b) No caso de revestirem a natureza de entidades privadas constituídas sob a forma de sociedade de responsabilidade limitada nos termos da lei comercial, nas quais o Estado ou outras entidades públicas possam exercer, isolada ou conjuntamente, de forma direta ou indireta, influência dominante, pelos respetivos estatutos e pelas disposições do Regime Jurídico do Setor Público Empresarial e do Código das Sociedades Comerciais;

c) No caso de revestirem a natureza de entidades privadas sem fins lucrativos, pelo disposto nos respetivos diplomas orgânicos e pela lei aplicável.

2 — O disposto no número anterior não prejudica o cumprimento das disposições gerais constantes do capítulo I, que lhe sejam aplicáveis face à sua natureza e ao contrato celebrado.

CAPÍTULO V

Disposições finais e transitórias

Artigo 36.º

Hospitais com ensino universitário e politécnico

1 — Até à revisão do regime jurídico aplicável aos hospitais com ensino universitário e politécnico, continuam a aplicar-se as normas atualmente em vigor que não sejam incompatíveis com a natureza e o regime dos hospitais integrados na rede de prestação de cuidados de saúde.

2 — Os hospitais previstos no número anterior devem implementar um sistema contabilístico que permita identificar custos e proveitos associados à atividade de ensino superior.

Artigo 37.º

Mandatos e comissões de serviço

1 — A entrada em vigor do presente decreto-lei não implica a cessação dos mandatos membros dos conselhos de administração e das comissões de serviço em curso, os quais mantêm a duração e o cargo inicialmente definido, mantendo-se em funções até à sua substituição.

2 — Sem prejuízo do disposto no número anterior, os mandatos dos membros dos conselhos de administração das ULS, E. P. E., cessam na data da entrada em vigor do presente decreto-lei, mantendo-se os titulares em funções até à sua substituição.

3 — Os fiscais únicos em mandato ou em exercício de funções à data da entrada em vigor do presente decreto-lei mantêm-se em funções até ao final do respetivo mandato ou até à designação de novo titular.

Artigo 38.º

Regulamentos internos

Os regulamentos internos das E. P. E., integradas no SNS devem ser elaborados e submetidos a homologação do membro do Governo responsável pela área da saúde no prazo de 120 dias a contar da data de entrada em vigor do presente decreto-lei.

Artigo 39.º

Norma revogatória

São revogados:

- a) O artigo 2.º e o anexo à Lei n.º 27/2002, de 08 de novembro, com exceção dos artigos 10.º e 13.º;
- b) O Decreto-Lei n.º 188/2003, de 20 de agosto, alterado pelo Decreto-Lei n.º 183/2015, de 31 de agosto, com exceção dos artigos 20.º a 27.º, 29.º, 35.º e 36.º;
- c) O Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 12/2015, de 26 de janeiro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 183/2015, de 31 de agosto, com exceção dos n.ºs 1 e 2 do artigo 1.º

Artigo 40.º

Produção de efeitos

O presente decreto-lei produz efeitos a 1 de janeiro de 2017.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 15 de dezembro de 2016. — *Augusto Ernesto Santos Silva* — *Mário José Gomes da Freitas Cereno* — *Adalberto Campos Fernandes*.

Promulgado em 24 de janeiro de 2017.

Publique-se.

O Presidente da República, *MARCELO REBELO DE SOUSA*.

Referendado em 6 de fevereiro de 2017.

O Primeiro-Ministro, *António Luís Santos da Costa*.

ANEXO I

(a que se referem o n.º 1 do artigo 1.º e o n.º 4 do artigo 18.º)

Especificidades estatutárias

MAPA I

(a que se referem o n.º 1 do artigo 15.º e o n.º 1 do artigo 16.º)

Designação	Sede	Capital estatutário (euros)
Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E. P. E.	Av. Movimento das Forças Armadas- Barreiro	99 030 000,00
Centro Hospitalar Cova da Beira, E. P. E.	Quinta do Alvito — Covilhã	50 120 930,00
Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, E. P. E.	Rua Dr. Cândido de Pinho — Santa Maria da Feira	29 930 000,00
Centro Hospitalar de Lisboa Norte, E. P. E.	Av. Professor Egas Moniz — Lisboa	256 863 333,33
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E. P. E.	Estrada do Forte do Alto do Duque — Lisboa	133 293 333,33
Centro Hospitalar de S. João, E. P. E.	Alameda Professor Hernâni Monteiro — Porto	115 000 000,00
Centro Hospitalar de Setúbal, E. P. E.	Rua Camilo Castelo Branco — Setúbal	209 192 791,00
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E. P. E.	Av. da Noruega — Lordelo — Vila Real	59 953 000,00
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E. P. E.	Rua Ceceção Fernandes — Vila Nova de Gaia	60 882 000,00
Centro Hospitalar do Algarve, E. P. E.	Rua Leão Penedo — Faro	154 434 888,00
Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E. P. E.	Av. Artur Ravara — Aveiro	97 184 651,00
Centro Hospitalar do Médio Ave, E. P. E.	Largo Domingos Moreira — Santo Tirso	43 342 791,00
Centro Hospitalar do Porto, E. P. E.	Largo Professor Abel Salazar — Porto	144 704 000,00
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E. P. E.	Av. Bissaya Barreto — Praceta Prof. Mota Pinto — Coimbra	71 279 540,00
Centro Hospitalar Leiria, E. P. E.	Rua das Olhalvas, Pousos — Leiria	29 930 000,00
Centro Hospitalar Lisboa Central, E. P. E.	Rua José António Serrano — Lisboa	230 955 635,33
Centro Hospitalar Médio Tejo, E. P. E.	Av. Xanana Gusmão — Torres Novas	86 954 419,00
Centro Hospitalar Povoas de Varzim/Vila do Conde, E. P. E.	Largo da Misericórdia — Povoas de Varzim	31 350 602,00
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, E. P. E.	Avenida do Hospital Padre Americo — Guilhufe	59 080 000,00
Centro Hospitalar Tondela/Viseu, E. P. E.	Av. Rei D. Duarte — Viseu	39 900 000,00
Hospital da Senhora da Oliveira Guimarães, E. P. E.	R. dos Cutileiros, Creixomil — Guimarães	67 230 000,00
Hospital de Magalhães Lemos, E. P. E.	R. Prof. Alvaro Rodrigues, Aldoar — Porto	20 000 000,00
Hospital de Santarém, E. P. E.	Av. Bernardo Santarém — Santarém	56 192 791,00
Hospital Distrital Figueira da Foz, E. P. E.	Gala — Figueira da Foz	27 050 000,00
Hospital Espírito Santo de Évora, E. P. E.	Largo do Sr. da Pobreza — Évora	31 002 535,00
Hospital Garcia de Orta, E. P. E.	Av. Torrado da Silva — Almada	132 819 535,00
Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, E. P. E.	IC19 — Amadora	18 200 000,00
Hospital Santa Maria Maior, E. P. E. — Barcelos	Campo da República — Barcelos	22 589 302,00
Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil (IPO), E. P. E.	Av. Bissaya Barreto 98 — Coimbra	23 650 000,00
Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil (IPO), E. P. E.	R. Prof. Lima Basto, Lisboa	54 880 000,00
Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil (IPO), E. P. E.	R. Dr. António Bernardino de Almeida — Porto	41 400 000,00

MAPA II

(a que se referem o n.º 1 do artigo 15.º e o n.º 1 do artigo 16.º)

Designação	Sede	Capital estatutário (euros)
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E. P. E.	Rua Dr. Eduardo Torres, Senhora da Hora, Matosinhos	33 854 419,00
Unidade Local de Saúde do Norte Alentejo, E. P. E.	Avenida de Santo António, Portalegre	29 399 907,00

Designação	Sede	Capital estatutário (euros)
Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E. P. E.	Estrada de Santa Luzia, Viana do Castelo	57 270 523,00
Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E. P. E.	Rua do Dr. António Fernando Covas Lima, Beja	81 508 063,00
Unidade Local de Saúde da Guarda, E. P. E.	Avenida da Rainha D. Amélia, Guarda	26 577 236,00
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, E. P. E.	Avenida de Pedro Álvares Cabral, Castelo Branco	14 116 000,00
Unidade Local de Saúde do Nordeste, E. P. E.	Avenida do Abade do Baçal, Bragança	67 540 000,00
Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, E. P. E.	Monte do Gilbardinho, EN 261, Santiago do Cacem	17 900 000,00

MAPA III

(a que se refere o n.º 1 do artigo 32.º)

Designação	Sede
Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro — Rovisco Pais	Quinta da Fonte Quente — Tocha
Centro Hospitalar Oeste	Rua Diário de Notícias — Caldas da Rainha
Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa	Av. do Brasil — Lisboa
Hospital Arcebispo João Crisóstomo — Cantanhede	R. Padre Américo — Cantanhede
Hospital Dr. Francisco Zagalo — Ovar	Av. Dr. Nunes da Silva — Ovar
Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto	Tv. Larga 2 — Lisboa

ANEXO II

(a que se referem o n.º 1 do artigo 1.º, o n.º 2 do artigo 15.º, o n.º 2 do artigo 18.º e o n.º 1 do artigo 22.º)

ESTATUTOS DOS HOSPITAIS, CENTROS HOSPITALARES E INSTITUTOS PORTUGUESES DE ONCOLOGIA, E. P. E.

CAPÍTULO I

Princípios gerais

Artigo 1.º

Natureza e duração

1 — O hospital E. P. E., o centro hospitalar E. P. E., e o instituto português de oncologia, doravante designados por hospital E. P. E., é uma pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, nos termos do regime jurídico do setor público empresarial

2 — O hospital E. P. E., é constituído por tempo indeterminado.

Artigo 2.º

Objeto

1 — O hospital E. P. E., tem por objeto principal a prestação de cuidados de saúde, a todos os cidadãos em geral, designadamente:

- a) Aos utentes do Serviço Nacional de Saúde;
- b) As entidades externas que com ele contratualizem a prestação de cuidados de saúde;
- c) Aos cidadãos estrangeiros não residentes no âmbito da legislação nacional e internacional em vigor.

2 — O hospital E. P. E., tem, também, por objeto desenvolver atividades de investigação, formação e ensino,

sendo a sua participação na formação de profissionais de saúde dependente da respetiva capacidade formativa, podendo ser objeto de contratos-programa em que se definam as respetivas formas de financiamento.

Artigo 3.º

Atribuições

As atribuições do hospital E. P. E., constam dos seus regulamentos internos, são fixadas de acordo com a política de saúde a nível nacional e regional e com os planos estratégicos superiormente aprovados e são desenvolvidas através de contratos-programa, em articulação com as atribuições das demais instituições do sistema de saúde.

Artigo 4.º

Capital estatutário

1 — O capital estatutário do hospital E. P. E., é o fixado no anexo I do decreto-lei que aprova os presentes Estatutos.

2 — O capital estatutário é detido pelo Estado e é aumentado ou reduzido por despacho do membro do Governo responsável pela área das finanças.

CAPÍTULO II

Órgãos

Artigo 5.º

Órgãos

São órgãos do hospital E. P. E.:

- a) O conselho de administração;
- b) O conselho fiscal, o revisor oficial de contas ou uma sociedade de revisores oficiais de contas, caso se encontrem abrangidas pelo regime constante da Lei n.º 148/2015, de 9 de setembro; ou
- c) O fiscal único; e
- d) O conselho consultivo.

SECÇÃO I

Conselho de administração

Artigo 6.º

Composição e mandato

1 — O conselho de administração é composto pelo presidente e um máximo de quatro vogais, que exercem funções executivas, em função da dimensão e complexidade do hospital E. P. E., incluindo um diretor clínico, um enfermeiro-diretor e um vogal proposto pelo membro do Governo responsável pela área das finanças.

2 — Os membros do conselho de administração são designados de entre individualidades que reúnam os requisitos previstos no Estatuto do Gestor Público e possuam preferencialmente evidência curricular de formação específica em gestão em saúde e experiência profissional adequada, sendo o diretor clínico um médico, e o enfermeiro-diretor um enfermeiro.

3 — A designação dos membros do conselho de administração observa o disposto nos artigos 12.º e 13.º do Estatuto do Gestor Público.

4 — O mandato dos membros do conselho de administração tem a duração de três anos renovável, uma única vez, permanecendo aqueles no exercício das suas funções até à designação dos novos titulares, sem prejuízo da renúncia a que houver lugar.

Artigo 7.º

Competências do conselho de administração

1 — Compete ao conselho de administração garantir o cumprimento dos objetivos básicos, bem como o exercício de todos os poderes de gestão que não estejam reservados a outros órgãos, e em especial:

a) Propor os planos de atividades anuais e plurianuais e respetivos orçamentos, bem como os demais instrumentos de gestão previsional legalmente previstos, e assegurar a respetiva execução;

b) Celebrar contratos-programa externos e internos;

c) Definir as linhas de orientação a que devem obedecer a organização e o funcionamento do hospital E. P. E., nas áreas clínicas e não clínicas, de novos serviços, sua extinção ou modificação;

d) Definir as políticas referentes a recursos humanos, incluindo as remunerações dos trabalhadores e dos titulares dos cargos de direção e chefia;

e) Autorizar a realização de trabalho extraordinário e de prevenção dos trabalhadores do hospital E. P. E., independentemente do seu estatuto, bem como autorizar o respetivo pagamento;

f) Designar o pessoal para cargos de direção e chefia;

g) Aprovar o regulamento disciplinar do pessoal e as condições de prestação e disciplina do trabalho;

h) Apresentar os documentos de prestação de contas, nos termos definidos na lei;

i) Aprovar e submeter a homologação do membro do Governo responsável pela área da saúde o regulamento interno e fazer cumprir as disposições legais e regulamentares aplicáveis;

j) Decidir sobre a realização de ensaios clínicos e terapêuticos, ouvida a comissão de ética, sem prejuízo do cumprimento das disposições aplicáveis;

k) Acompanhar e avaliar sistematicamente a atividade desenvolvida pelo hospital E. P. E., designadamente responsabilizando os diferentes setores pela utilização dos meios postos à sua disposição e pelos resultados atingidos, nomeadamente em termos da qualidade dos serviços prestados;

l) Tomar conhecimento e determinar as medidas adequadas, se for caso disso, sobre as queixas e reclamações apresentadas pelos utentes;

m) Decidir sobre a admissão e gestão do pessoal;

n) Autorizar a aplicação de todas as modalidades de regimes de trabalho legalmente admissíveis;

o) Exercer a competência em matéria disciplinar prevista na lei, independentemente da relação jurídica de emprego;

p) Acompanhar a execução do orçamento, aplicando as medidas destinadas a corrigir os desvios em relação às previsões realizadas;

q) Assegurar a regularidade da cobrança das dívidas e autorizar a realização e o pagamento da despesa do hospital E. P. E.;

r) Tomar as providências necessárias à conservação do património afeto ao desenvolvimento da sua atividade e autorizar as despesas inerentes, previstas no plano de investimentos.

2 — Sem prejuízo do disposto no número anterior e em normas especiais, o conselho de administração detém, ainda, as competências legalmente atribuídas aos titulares dos cargos de direção superior do 1.º grau da administração central do Estado, relativamente aos trabalhadores da Administração Pública.

3 — O conselho de administração pode delegar as suas competências nos seus membros ou demais pessoal de direção e chefia, incluindo os diretores dos Centros de Responsabilidade Integrada, com exceção das previstas nas alíneas a) a j) do n.º 1, definindo em ata os limites e condições do seu exercício.

Artigo 8.º

Presidente do conselho de administração

1 — Compete ao presidente do conselho de administração:

a) Coordenar a atividade do conselho de administração e dirigir as respetivas reuniões;

b) Garantir a correta execução das deliberações do conselho de administração;

c) Submeter a aprovação ou a autorização dos membros do Governo competentes todos os atos que delas careçam;

d) Representar o hospital E. P. E., em juízo e fora dele e em convenção arbitral, podendo designar mandatários para o efeito constituídos;

e) Exercer as competências que lhe sejam delegadas.

2 — O presidente do conselho de administração é substituído nas suas ausências e impedimentos pelo vogal por si designado.

Artigo 9.º

Diretor clínico

Ao diretor clínico compete a direção de produção clínica do hospital E. P. E., que compreende a coordenação da assistência prestada aos doentes e a qualidade, correção e prontidão dos cuidados de saúde prestados, designadamente:

a) Coordenar a elaboração dos planos de ação apresentados pelos vários serviços e departamentos de ação médica a integrar no plano de ação global do hospital;

b) Assegurar uma integração adequada da atividade médica dos departamentos e serviços, designadamente através de uma utilização não compartimentada da capacidade instalada;

c) Propor medidas necessárias à melhoria das estruturas organizativas, funcionais e físicas dos serviços de ação médica, dentro de parâmetros de eficiência e eficácia reconhecidos, que produzam os melhores resultados face às tecnologias disponíveis;

d) Aprovar as orientações clínicas relativas à prescrição de medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica, bem como os protocolos clínicos adequados às patologias mais frequentes, respondendo perante o conselho de administração pela sua adequação em termos de qualidade e de custo-benefício;

e) Propor ao conselho de administração a realização, sempre que necessário, da avaliação externa do cumprimento das orientações clínicas e protocolos mencionados, em colaboração com a Ordem dos Médicos e instituições de ensino médico e sociedades científicas;

f) Desenvolver a implementação de instrumentos de garantia de qualidade técnica dos cuidados de saúde, em especial no que diz respeito aos indicadores de desempenho assistencial e segurança dos doentes, reportando e propondo correção em caso de desvios;

g) Decidir sobre conflitos de natureza técnica entre serviços de ação médica;

h) Decidir as dúvidas que lhe sejam presentes sobre deontologia médica, desde que não seja possível o recurso, em tempo útil, à comissão de ética;

i) Participar na gestão do pessoal médico, designadamente nos processos de admissão e mobilidade interna, ouvidos os respetivos diretores de serviço;

j) Velar pela constante atualização do pessoal médico;

k) Acompanhar e avaliar sistematicamente outros aspetos relacionados com o exercício da medicina e com a formação dos médicos.

Artigo 10.º

Enfermeiro-diretor

Compete ao enfermeiro-diretor a coordenação técnica da atividade de enfermagem do hospital E. P. E., velando pela sua qualidade, e, sem prejuízo do disposto em sede do regulamento interno, designadamente:

a) Coordenar a elaboração dos planos de ação de enfermagem apresentados pelos vários serviços a integrar no plano de ação global do hospital E. P. E.;

b) Colaborar com o diretor clínico na compatibilização dos planos de ação dos diferentes serviços de ação médica;

c) Contribuir para a definição das políticas ou diretivas de formação e investigação em enfermagem;

d) Definir padrões de cuidados de enfermagem e indicadores de avaliação dos cuidados de enfermagem prestados;

e) Elaborar propostas referentes à gestão do pessoal de enfermagem, designadamente participar no processo de admissão e de mobilidade dos enfermeiros;

f) Promover e acompanhar o processo de avaliação do pessoal de enfermagem;

g) Propor a criação de um sistema efetivo de classificação de utentes que permita determinar necessidades em cuidados de enfermagem e zelar pela sua manutenção;

h) Elaborar estudos para determinação de custos e benefícios no âmbito dos cuidados de enfermagem;

i) Acompanhar e avaliar sistematicamente outros aspetos relacionados com o exercício da atividade de enfermagem e com a formação dos enfermeiros.

Artigo 11.º

Funcionamento do conselho de administração

1 — O conselho de administração reúne, pelo menos, semanalmente e, ainda, sempre que convocado pelo presidente ou por solicitação de dois dos seus membros ou do órgão de fiscalização.

2 — As regras de funcionamento do conselho de administração são fixadas pelo próprio conselho na sua primeira reunião e constam do regulamento interno do hospital E. P. E.

3 — O presidente do conselho de administração tem voto de qualidade.

4 — Das reuniões do conselho de administração devem ser lavradas atas, a aprovar na reunião seguinte.

Artigo 12.º

Vinculação

O hospital E. P. E., obriga-se pela assinatura, com indicação da qualidade, de dois membros do conselho de administração ou de quem esteja legitimado para o efeito, nos termos do n.º 3 do artigo 7.º

Artigo 13.º

Estatuto dos membros

1 — Aos membros do conselho de administração aplica-se o Estatuto do Gestor Público, sem prejuízo do disposto nos presentes Estatutos e no respetivo diploma de aprovação.

2 — O membro do conselho de administração, que exerce as funções de diretor clínico, pode, a título excepcional e no âmbito do mesmo estabelecimento de saúde, cujo órgão máximo integra, exercer atividade médica, de natureza assistencial, de forma remunerada, mediante autorização, por despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde.

3 — A remuneração prevista no número anterior corresponde a uma percentagem da remuneração da respetiva categoria correspondente ao lugar ou posto de trabalho de origem, calculada em função do número de horas semanais efetivamente prestadas, não podendo exceder 50 % da remuneração que compete ao exercício de funções de gestão.

4 — Caso o médico não esteja integrado na carreira especial médica a remuneração prevista no número anterior tem por referência a primeira posição remuneratória da categoria de assistente graduado e é calculada em função do número de horas semanais efetivamente prestadas, não podendo exceder 50 % da remuneração que compete ao exercício de funções de gestão.

5 — O exercício da atividade médica prevista no n.º 3 depende de requerimento do interessado e da verificação de comprovado interesse para o serviço.

Artigo 14.º

Dissolução do conselho de administração

Para além das situações previstas no n.º 1 do artigo 24.º do Estatuto do Gestor Público, o conselho de administração pode ser dissolvido em caso de grave deterioração da qualidade dos serviços prestados, quando não for provocada por razões alheias ao exercício das funções pelos gestores.

SECÇÃO II

Órgão de fiscalização

Artigo 15.º

Conselho fiscal e revisor oficial de contas

1 — Nas E. P. E., abrangidas pelo regime constante da Lei n.º 148/2015, de 9 de setembro a fiscalização e controlo da legalidade da gestão financeira e patrimonial é exercida por um conselho fiscal e por um revisor oficial de contas ou por uma sociedade de revisores oficiais de contas que não seja membro daquele órgão, obrigatoriamente de entre os auditores registados na Comissão do Mercado de Valores Mobiliários.

2 — O conselho fiscal é constituído por três membros efetivos e por um suplente, sendo um deles o presidente do órgão.

3 — Os membros do conselho fiscal são nomeados por despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, por um período de três anos, renovável por uma única vez.

4 — O revisor oficial de contas é nomeado por despacho conjunto dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, sob proposta fundamentada do Conselho Fiscal, tendo o mandato a duração de três anos, renovável por uma única vez.

5 — A remuneração do conselho fiscal é fixada no despacho a que se refere o n.º 3, atendendo ao grau de complexidade e de exigência inerente ao exercício do respetivo cargo e tendo em conta os critérios de classificação do hospital E. P. E., fixados na resolução do Conselho de Ministros a que se refere o n.º 4 do artigo 28.º do Estatuto do Gestor Público.

6 — Cessando o mandato do conselho fiscal e do revisor oficial de contas, mantém-se os titulares em exercício de funções até à designação de novos ou à declaração ministerial de cessação de funções.

Artigo 16.º

Competências

1 — O conselho fiscal tem as competências, os poderes e os deveres estabelecidos na lei e nos presentes Estatutos.

2 — Ao conselho fiscal compete, especialmente, sem prejuízo das demais competências que lhe sejam atribuídas por lei:

- a) Dar parecer sobre o relatório de gestão;
- b) Acompanhar com regularidade a gestão através de balancetes e mapas demonstrativos da execução orçamental;
- c) Manter o conselho de administração informado sobre os resultados das verificações e dos exames a que proceda;
- d) Propor a realização de auditorias externas, quando tal se mostre necessário ou conveniente;
- e) Pronunciar-se sobre qualquer outro assunto em matéria de gestão económica e financeira que seja submetido à sua consideração pelo conselho de administração;
- f) Dar parecer sobre a aquisição, arrendamento, alienação e oneração de bens imóveis;
- g) Dar parecer sobre a realização de investimentos e a contração de empréstimos;

h) Elaborar relatórios da sua ação fiscalizadora, incluindo um relatório anual global;

i) Pronunciar-se sobre assuntos que lhe sejam submetidos pelo conselho de administração, pelo Tribunal de Contas e pelas entidades que integram o controlo estratégico do sistema de controlo interno da administração financeira do Estado.

3 — Compete ao revisor oficial de contas o dever de proceder a todos os exames e verificações necessários à revisão e certificação legais das contas, bem como exercer as seguintes funções:

a) Verificar da regularidade dos livros, registos contabilísticos e documentos que lhe servem de suporte;

b) Verificar, quando o julgue conveniente e pela forma que entenda adequada, a extensão da caixa e as existências de qualquer espécie de bens ou valores pertencentes à empresa ou por ela recebidos em garantia, depósito ou outro título;

c) Verificar a exatidão dos documentos de prestação de contas;

d) Verificar se os critérios valorimétricos adotados pelo hospital E. P. E., conduzem a uma correta avaliação do património e dos resultados.

4 — Com base nos relatórios trimestrais elaborados pelo conselho de administração, o conselho fiscal e o revisor oficial de contas devem emitir um relatório sucinto que reflita os controlos efetuados e as eventuais anomalias detetadas, bem como os eventuais desvios verificados em relação aos orçamentos e a identificação das respetivas causas, o qual deve ser enviado aos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde.

5 — Com base na proposta de plano de atividades e orçamento apresentada pelo conselho de administração, o conselho fiscal e o revisor oficial de contas devem emitir um relatório e parecer ao mesmo, o qual deve ser enviado aos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde.

Artigo 17.º

Fiscal único

1 — O fiscal único é o órgão responsável pelo controlo da legalidade, da regularidade e da boa gestão financeira e patrimonial do hospital E. P. E.

2 — O fiscal único é designado por despacho do membro do Governo responsável pela área das finanças, obrigatoriamente de entre os auditores registados na Comissão do Mercado de Valores Mobiliários.

3 — O fiscal único não pode ter exercido atividades remuneradas no próprio hospital E. P. E., ou nas entidades de direito privado por este participadas, nos últimos três anos antes do início das suas funções, e não pode exercer atividades remuneradas no hospital E. P. E., fiscalizado ou nas entidades de direito privado acima referidas, durante o período de duração do seu mandato, bem como nos três anos subsequentes ao termo das suas funções.

4 — O mandato do fiscal único tem a duração de três anos, renovável apenas uma vez.

5 — O fiscal único tem um suplente, que observa o disposto nos números anteriores.

6 — Cessando o mandato, o fiscal único mantém-se em exercício de funções até à designação de novo titular ou à declaração ministerial de cessação de funções.

7 — A remuneração do fiscal único é fixada no despacho a que se refere o n.º 2, atendendo ao grau de complexidade e de exigência inerente ao exercício do respetivo cargo e tendo em conta os critérios de classificação do hospital E. P. E., fixados na resolução do Conselho de Ministros a que se refere o n.º 4 do artigo 28.º do Estatuto do Gestor Público.

Artigo 18.º

Competências

1 — O fiscal único tem as competências, os poderes e os deveres estabelecidos na lei e nos presentes Estatutos.

2 — Ao fiscal único compete, especialmente:

- a) Verificar a regularidade dos livros, registos contabilísticos e documentos que lhe servem de suporte;
- b) Dar parecer sobre o relatório de gestão do exercício e certificar as contas;
- c) Acompanhar com regularidade a gestão através de balancetes e mapas demonstrativos da execução orçamental;
- d) Manter o conselho de administração informado sobre os resultados das verificações e dos exames a que proceda;
- e) Propor a realização de auditorias externas, quando tal se mostre necessário ou conveniente;
- f) Pronunciar-se sobre qualquer outro assunto em matéria de gestão económica e financeira que seja submetido à sua consideração pelo conselho de administração;
- g) Dar parecer sobre a aquisição, arrendamento, alienação e oneração de bens imóveis;
- h) Dar parecer sobre a realização de investimentos e a contração de empréstimos;
- i) Elaborar relatórios da sua ação fiscalizadora, incluindo um relatório anual global;
- j) Elaborar relatórios sobre os relatórios trimestrais de execução orçamental;
- k) Pronunciar-se sobre assuntos que lhe sejam submetidos pelo conselho de administração, pelo Tribunal de Contas e pelas entidades que integram o controlo estratégico do sistema de controlo interno da administração financeira do Estado;
- l) Verificar se os critérios valorimétricos adotados pelo hospital E. P. E., conduzem a uma correta avaliação do património e dos resultados.

SECÇÃO III

Serviço de auditoria interna

Artigo 19.º

Serviço de auditoria interna

1 — Ao serviço de auditoria interna compete a avaliação dos processos de controlo interno e de gestão de riscos, nos domínios contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos, contribuindo para o seu aperfeiçoamento contínuo.

2 — Ao serviço de auditoria interna compete em especial:

- a) Fornecer ao conselho de administração análises e recomendações sobre as atividades revistas para melhoria do funcionamento dos serviços;

- b) Receber as comunicações de irregularidades sobre a organização e funcionamento do hospital E. P. E., apresentadas pelos demais órgãos estatutários, trabalhadores, colaboradores, utentes e cidadãos em geral;

- c) Elaborar o plano anual de auditoria interna;

- d) Elaborar anualmente um relatório sobre a atividade desenvolvida, em que se refiram os controlos efetuados, as anomalias detetadas e as medidas corretivas a adotar;

- e) Elaborar o plano de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas e os respetivos relatórios anuais de execução.

3 — A direção do serviço de auditoria interna compete a um auditor interno, que exerce as respetivas funções pelo período de três anos, renovável por iguais períodos, até ao limite máximo de três renovações consecutivas ou interpoladas e que é apoiado tecnicamente nas suas funções por um máximo de três técnicos auditores.

4 — O auditor interno é recrutado pelo conselho de administração, de entre individualidades que reúnam os seguintes requisitos:

- a) Qualificação técnica, competências e experiência em auditoria;

- b) Inscrição no organismo nacional que regule a atividade de auditoria interna.

5 — Os técnicos que integram o serviço de auditoria interna devem possuir curso superior adequado ao exercício das suas funções.

6 — Não pode ser recrutado como auditor interno ou técnico do serviço de auditoria interna quem tenha exercido funções de administração no próprio hospital E. P. E., nos últimos três anos, ou em relação ao qual se verifiquem outras incompatibilidades e impedimentos previstos na lei, sendo aplicável, com as necessárias adaptações, o disposto no artigo 414.º-A do Código das Sociedades Comerciais.

7 — O auditor interno exerce as respetivas funções a tempo inteiro, de acordo com as normas internacionais para a prática profissional de auditoria interna e gestão de riscos.

8 — O conselho de administração comunica à Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. (ACSS, I. P.), à Direção-Geral do Tesouro e Finanças, à Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (IGAS) e à Inspeção-Geral de Finanças a identidade do auditor interno e as datas de início e termo de funções.

9 — A não renovação ou cessação antecipada de funções do auditor interno, ocorre por deliberação fundamentada do conselho de administração, precedida de comunicação ao membro do Governo responsável pela área da saúde, ou de quem, para o efeito, detenha poderes delegados.

10 — A retribuição mensal ilíquida do auditor interno, incluindo suplementos remuneratórios, não pode ser superior a 85 % do vencimento mensal ilíquido estabelecido para o vogal do conselho de administração.

11 — No âmbito da sua atividade, o serviço de auditoria interna colabora com a ACSS, I. P., e a IGAS.

12 — O plano anual de auditoria e o relatório anual de auditoria são aprovados e submetidos pelo conselho de administração às entidades referidas no n.º 8, respetivamente, até 15 de dezembro e 15 de março de cada ano.

13 — O plano de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas e os respetivos relatórios anuais de execução são aprovados e submetidos pelo conselho de administração ao conselho de prevenção da corrupção e aos membros

do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde.

14 — O serviço de auditoria interna depende, em termos orgânicos, do presidente do conselho de administração.

15 — No sentido de obter informação adequada para o desenvolvimento das suas competências, o serviço de auditoria interna tem acesso livre a registos, documentação, computadores, instalações e pessoal do hospital, com exceção dos registos clínicos individuais dos utentes.

Artigo 20.º

Sistema de controlo interno e de comunicação de irregularidades

1 — O hospital E. P. E., dispõe de um sistema de controlo interno e de comunicação de irregularidades, competindo ao conselho de administração assegurar a sua implementação e manutenção e ao auditor interno a responsabilidade pela sua avaliação.

2 — O sistema de controlo interno compreende o conjunto de estratégias, políticas, processos, regras e procedimentos estabelecidos no hospital E. P. E., com vista a garantir:

a) Um desempenho eficiente da atividade que assegure a utilização eficaz dos ativos e recursos, a continuidade, segurança e qualidade da prestação de cuidados de saúde, através de uma adequada gestão e controlo dos riscos da atividade, da prudente e correta avaliação dos ativos e responsabilidades, bem como da definição de mecanismos de prevenção e de proteção do serviço público contra atuações danosas;

b) A existência de informação financeira e de gestão que suporte as tomadas de decisão e os processos de controlo, tanto no nível interno como no externo;

c) O respeito pelas disposições legais e regulamentares aplicáveis, bem como pelas normas profissionais e deontológicas aplicáveis, pelas regras internas e estatutárias, regras de conduta e de relacionamento, orientações tutelares e recomendações aplicáveis de entidades externas como o Tribunal de Contas.

3 — O sistema de controlo interno tem por base um adequado sistema de gestão de risco, um sistema de informação e de comunicação e um processo de monitorização que assegure a respetiva adequação e eficácia em todas as áreas de intervenção.

4 — Mediante proposta do serviço de auditoria interna, deve ser aprovado pelo conselho de administração do hospital E. P. E., um regulamento que defina as regras e procedimentos de comunicação interna de irregularidades, através do qual possam ser descritos factos que indiciem:

a) Violação de princípios e disposições legais, regulamentares e deontológicas por parte dos membros dos órgãos estatutários, trabalhadores, fornecedores de bens e prestadores de serviços no exercício dos seus cargos profissionais;

b) Dano, abuso ou desvio relativo ao património do hospital E. P. E., ou dos utentes;

c) Prejuízo à imagem ou reputação do hospital E. P. E.

SECÇÃO IV

Conselho consultivo

Artigo 21.º

Composição do conselho consultivo

1 — O conselho consultivo tem a seguinte composição:

a) Uma personalidade de reconhecido mérito, nomeada pela Comunidade Intermunicipal ou pela Área Metropolitana onde se situe a sede dos respetivos centros hospitalares ou dos respetivos hospitais, que preside;

b) Uma personalidade de reconhecido mérito, nomeada pelo membro do Governo responsável pela área da saúde;

c) Um representante da respetiva Administração Regional de Saúde;

d) Um representante dos utentes, designado pela respetiva associação ou por equivalente estrutura de representação;

e) Um representante eleito pelos trabalhadores do hospital E. P. E.;

f) Um representante dos prestadores de trabalho voluntário no hospital E. P. E., entre estes eleito, quando existam;

g) Dois elementos, escolhidos pelo conselho de administração do hospital E. P. E., que sejam profissionais de saúde sem vínculo ao mesmo.

2 — Compete ao presidente do conselho consultivo promover a designação dos respetivos membros.

3 — Os membros do conselho de administração e do órgão de fiscalização podem ter assento no conselho consultivo, sem direito de voto.

4 — O mandato dos membros do conselho consultivo tem a duração de três anos, sem prejuízo da possibilidade da sua substituição, a todo o tempo, pelas entidades que os designaram ou elegeram.

5 — O exercício do cargo de membro do conselho consultivo não é remunerado, sendo as ajudas de custo a que houver lugar suportadas pelos organismos públicos que designaram os seus representantes e, nos restantes casos, suportadas pelo hospital E. P. E.

Artigo 22.º

Competências do conselho consultivo

Compete ao conselho consultivo:

a) Apreciar os planos de atividade de natureza anual e plurianual;

b) Apreciar todas as informações que tiver por necessárias para o acompanhamento da atividade do hospital E. P. E.;

c) Emitir recomendações tendo em vista o melhor funcionamento dos serviços a prestar às populações, tendo em conta os recursos disponíveis.

Artigo 23.º

Funcionamento do conselho consultivo

1 — O conselho consultivo reúne, pelo menos, uma vez por semestre e as suas deliberações são tomadas por maioria simples e constam de ata, tendo o presidente voto de qualidade.

2 — As reuniões são convocadas pelo presidente com a antecedência mínima de cinco dias úteis, devendo ser indicados na convocatória a data, a hora e o local em que se realizam, bem como a respetiva ordem de trabalhos.

3 — Se à hora indicada não existir quórum, a reunião efetua-se uma hora depois, podendo o conselho deliberar por maioria dos votos dos membros presentes.

4 — As demais regras de funcionamento do conselho consultivo são definidas em regulamento próprio, o qual deve incluir a previsão da substituição dos seus membros em situações de falta ou impedimento.

SECÇÃO V

Comissões de apoio técnico

Artigo 24.º

Comissões de apoio técnico

1 — As comissões de apoio técnico são órgãos de caráter consultivo que têm por função colaborar com o conselho de administração, por sua iniciativa ou a pedido daquele, nas matérias da sua competência.

2 — Em cada hospital E. P. E., são constituídas:

- a) A comissão de ética;
- b) A comissão de qualidade e segurança do doente;
- c) O grupo de coordenação local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos;
- d) A comissão de farmácia e terapêutica.

3 — Sem prejuízo do disposto no número anterior, podem ser criadas pelo conselho de administração outras comissões de apoio técnico que, nos termos da lei, da atividade do hospital e da *legis artis*, se justifiquem, devendo a sua estrutura, composição e funcionamento constar do regulamento interno.

4 — Compete ao conselho de administração, sob proposta do diretor clínico, a designação do presidente e dos membros das comissões de apoio técnico.

CAPÍTULO III

Avaliação, controlo e prestação de contas

Artigo 25.º

Instrumentos de gestão previsional

A gestão financeira e patrimonial do hospital E. P. E., rege-se, designadamente, pelos seguintes instrumentos de gestão previsional:

- a) Planos de atividades anuais e plurianuais, de investimento e financeiros, com um horizonte de três anos;
- b) Orçamento anual de investimento;
- c) Orçamento anual de exploração, desdobrado em orçamento de proveitos e orçamento de custos;
- d) Orçamento anual de tesouraria;
- e) Balanço previsional;
- f) Contratos-programa externos;
- g) Contratos-programa internos.

Artigo 26.º

Reservas e fundos

1 — O hospital E. P. E., deve fazer as reservas julgadas necessárias, sem prejuízo da obrigação relativa à existência de:

- a) Reserva legal;
- b) Reserva para investimentos.

2 — Uma percentagem não inferior a 20 % dos resultados de cada exercício apurado de acordo com as normas contabilísticas vigentes é destinada à constituição da reserva legal.

3 — A reserva legal pode ser utilizada para cobrir eventuais prejuízos de exercício.

4 — Integram a reserva para investimentos, entre outras receitas:

- a) A parte dos resultados apurados em cada exercício que lhe for anualmente destinado;
- b) As receitas provenientes de participações, dotações, subsídios, subvenções ou quaisquer compensações financeiras de que o hospital E. P. E., seja beneficiário e destinadas a esse fim.

5 — Sem prejuízo da constituição das reservas referidas no n.º 1, os resultados de cada exercício têm o destino que venha a ser determinado por despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde.

Artigo 27.º

Contabilidade

O hospital, E. P. E., adota o sistema contabilístico que lhe for aplicável por lei.

Artigo 28.º

Documentos anuais de prestação de contas

Os instrumentos de prestação de contas do hospital E. P. E., a elaborar anualmente com referência a 31 de dezembro de cada ano, são, designadamente, os seguintes:

- a) Relatório de gestão e contas do exercício;
- b) Certificação legal de contas;
- c) Relatório e parecer do conselho fiscal e do revisor oficial de contas ou do fiscal único, consoante o modelo de fiscalização adotado.

ANEXO III

(a que se referem o n.º 1 do artigo 1.º, o n.º 2 do artigo 15.º, o n.º 2 do artigo 18.º e o n.º 1 do artigo 22.º)

ESTATUTOS DAS UNIDADES LOCAIS DE SAÚDE, E. P. E.

CAPÍTULO I

Princípios gerais

Artigo 1.º

Natureza e duração

1 — A Unidade Local de Saúde, E. P. E. (ULS, E. P. E.), é uma pessoa coletiva de direito público de natureza em-

presarial dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, nos termos do regime jurídico do setor público empresarial.

2 — A ULS, E. P. E., é constituída por tempo indeterminado.

Artigo 2.º

Objeto

1 — A ULS, E. P. E., tem por objeto principal a prestação de cuidados de saúde, a todos os cidadãos em geral, designadamente:

- a) Aos utentes do Serviço Nacional de Saúde (SNS);
- b) As entidades externas que com ele contratualizem a prestação de cuidados de saúde;
- c) Aos cidadãos estrangeiros não residentes no âmbito da legislação nacional e internacional em vigor.

2 — A ULS, E. P. E., também tem por objeto:

- a) Assegurar as atividades de serviços operativos de saúde pública e os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde na área geográfica por ela abrangida;
- b) Desenvolver atividades de investigação, formação e ensino, sendo a sua participação na formação de profissionais de saúde dependente da respetiva capacidade formativa, podendo ser objeto de contratos-programa em que se definam as respetivas formas de financiamento.

Artigo 3.º

Atribuições

As atribuições da ULS, E. P. E., constam dos seus regulamentos internos, são fixadas de acordo com a política de saúde a nível nacional e regional e com os planos estratégicos superiormente aprovados e são desenvolvidas através de contratos-programa, em articulação com as atribuições das demais instituições do sistema de saúde.

Artigo 4.º

Capital estatutário

- 1 — O capital estatutário da ULS, E. P. E., é o fixado no anexo I do decreto-lei que aprova os presentes Estatutos.
- 2 — O capital estatutário é detido pelo Estado.

CAPÍTULO II

Órgãos

Artigo 5.º

Órgãos

São órgãos da ULS, E. P. E.:

- a) O conselho de administração;
- b) O conselho fiscal e revisor oficial de contas ou sociedade de revisores oficiais de contas, caso se encontrem abrangidas pelo regime constante da Lei n.º 148/2015, de 9 de setembro; ou
- c) O fiscal único; e
- d) O conselho consultivo.

SECÇÃO I

Conselho de administração

Artigo 6.º

Composição e mandato

1 — O conselho de administração é composto pelo presidente e um máximo de cinco vogais, que exercem funções executivas, incluindo até dois diretores-clínicos e, um enfermeiro-diretor, sendo um dos vogais proposto pelo membro do Governo responsável pela área das finanças, e outro pela Comunidade Intermunicipal, ou pela Área Metropolitana, consoante a localização da ULS, E. P. E., em causa.

2 — Os membros do conselho de administração são designados de entre individualidades que reúnam os requisitos previstos no Estatuto do Gestor Público e possuam preferencialmente evidência curricular ou formação de gestão em saúde, sendo diretor clínico um médico e enfermeiro-diretor um enfermeiro.

3 — A designação dos membros do conselho de administração observa o disposto nos artigos 12.º e 13.º do Estatuto do Gestor Público.

4 — O mandato dos membros do conselho de administração tem a duração de três anos renovável, uma única vez, permanecendo aqueles no exercício das suas funções até à designação dos novos titulares, sem prejuízo da renúncia a que houver lugar.

Artigo 7.º

Competências do conselho de administração

1 — Compete ao conselho de administração garantir o cumprimento dos objetivos em geral, bem como o exercício de todos os poderes de gestão que não estejam reservados a outros órgãos, e em especial:

- a) Propor os planos de atividades anuais e plurianuais e respetivos orçamentos, bem como os demais instrumentos de gestão previsional legalmente previstos e assegurar a respetiva execução;
- b) Celebrar contratos-programa externos e internos de harmonia com o disposto no artigo 34.º do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro;
- c) Definir as linhas de orientação a que devem obedecer a organização e o funcionamento da ULS, E. P. E., nas áreas clínicas e não clínicas, propondo a criação de novos serviços, sua extinção ou modificação;
- d) Definir as políticas referentes aos recursos humanos, incluindo as remunerações dos trabalhadores e dos titulares dos cargos de direção e chefia;
- e) Autorizar a realização de trabalho extraordinário e de prevenção dos trabalhadores da ULS, E. P. E., bem como autorizar o respetivo pagamento, nos termos da lei;
- f) Designar o pessoal para cargos de direção e chefia;
- g) Aprovar o regulamento disciplinar do pessoal e as condições de prestação e disciplina do trabalho;
- h) Apresentar os documentos de prestação de contas, nos termos definidos na lei;
- i) Aprovar e submeter a homologação do membro do Governo responsável pela área da saúde o regulamento interno e fazer cumprir as disposições legais e regulamentares aplicáveis;

j) Decidir sobre a realização de ensaios clínicos e terapêuticos, ouvida a comissão de ética, sem prejuízo do cumprimento das disposições aplicáveis;

k) Contratar com entidades públicas, privadas e do setor social a prestação de cuidados de saúde, sem prejuízo de acordos de âmbito regional ou nacional estabelecidos com o SNS para o mesmo efeito;

l) Prestar colaboração ao INFARMED — Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P., no âmbito do licenciamento de farmácias e armazenistas de medicamentos;

m) Desenvolver um processo de contratualização interna com o objetivo de acompanhar e avaliar sistematicamente a atividade desenvolvida pela ULS, E. P. E., designadamente responsabilizando os diferentes setores pela utilização eficiente dos meios postos à sua disposição e pelos resultados atingidos, nomeadamente em termos da qualidade dos serviços prestados e da garantia da sustentabilidade económico-financeira da instituição;

n) Tomar conhecimento e determinar as medidas adequadas, se caso disso, sobre as queixas e reclamações apresentadas pelos utentes, sem prejuízo das demais competências de outras entidades em matéria de tratamento de reclamações;

o) Decidir sobre a admissão e gestão do pessoal;

p) Autorizar a aplicação de todas as modalidades de regimes de trabalho legalmente admissíveis;

q) Exercer a competência em matéria disciplinar prevista na lei, independentemente da relação jurídica de emprego;

r) Acompanhar a execução do orçamento, aplicando as medidas destinadas a corrigir os desvios em relação às previsões realizadas;

s) Assegurar a regularidade da cobrança das dívidas e autorizar a realização e o pagamento da despesa da ULS, E. P. E.;

t) Tomar as providências necessárias à conservação do património afeto ao desenvolvimento da sua atividade e autorizar as despesas inerentes, previstas no plano de investimentos.

2 — Sem prejuízo do disposto no número anterior e em normas especiais, o conselho de administração detém, ainda, as competências legalmente atribuídas aos titulares dos cargos de direção superior de 1.º grau da administração central do Estado, relativamente aos trabalhadores em regime de contrato de trabalho em funções públicas.

3 — O conselho de administração pode delegar as suas competências nos seus membros ou demais pessoal de direção e chefia, incluindo os diretores dos Centros de Responsabilidade Integrada, com exceção das previstas nas alíneas a) a m) do n.º 1, definindo em ata os limites e condições do seu exercício.

Artigo 8.º

Presidente do conselho de administração

1 — Compete ao presidente do conselho de administração:

a) Coordenar a atividade do conselho de administração e dirigir as respetivas reuniões;

b) Garantir a correta execução das deliberações do conselho de administração;

c) Submeter a aprovação ou a autorização dos membros do Governo competentes todos os atos que delas careçam;

d) Representar a ULS, E. P. E., em juízo e fora dele e em convenção arbitral, podendo designar mandatários para o efeito constituídos;

e) Exercer as competências que lhe sejam delegadas.

2 — O presidente do conselho de administração é substituído nas suas ausências e impedimentos pelo vogal por si designado.

Artigo 9.º

Diretor clínico

1 — Ao diretor clínico compete a direção de atividade assistencial da ULS, E. P. E., que compreende a coordenação da assistência prestada aos doentes e a qualidade, correção e prontidão dos cuidados de saúde prestados, designadamente:

a) Coordenar a elaboração dos planos de ação apresentados pelos vários serviços e departamentos de atividade clínica no âmbito hospitalar e das unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários, a integrar no plano de ação global da ULS, E. P. E.;

b) Assegurar uma integração adequada da atividade clínica no âmbito hospitalar e das unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários, designadamente através de uma utilização e alocação da capacidade instalada de forma concertada e tecnicamente eficiente;

c) Propor medidas necessárias à melhoria das estruturas organizativas, funcionais e físicas dos serviços de atividade clínica no âmbito hospitalar e das unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários, dentro de parâmetros de eficiência e eficácia reconhecidos, que produzam os melhores resultados face às tecnologias disponíveis;

d) Aprovar as orientações clínicas relativas à prescrição de medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica, bem como os protocolos clínicos adequados às patologias mais frequentes, respondendo perante o conselho de administração pela sua adequação em termos de qualidade e de custo-benefício;

e) Propor ao conselho de administração a realização, sempre que necessário, da avaliação externa do cumprimento das orientações clínicas e protocolos mencionados, em colaboração com a Ordem dos Médicos e instituições de ensino médico e sociedades científicas;

f) Desenvolver a implementação de instrumentos de garantia de qualidade técnica dos cuidados de saúde, em especial no que diz respeito aos indicadores de desempenho assistencial e segurança dos doentes, reportando e propondo correção em caso de desvios;

g) Decidir sobre conflitos de natureza técnica decorrentes da ação médica;

h) Decidir as dúvidas que lhe sejam presentes sobre deontologia médica, desde que não seja possível o recurso, em tempo útil, à comissão de ética;

i) Participar na gestão do pessoal médico, designadamente nos processos de admissão e mobilidade interna, ouvidos os respetivos dirigentes;

j) Velar pela constante atualização do pessoal médico;

k) Acompanhar e avaliar sistematicamente outros aspetos relacionados com o exercício da medicina, investigação e com a formação dos médicos;

l) Desenvolver e analisar estatísticas de saúde.

Artigo 10.º

Enfermeiro-diretor

Compete ao enfermeiro-diretor a coordenação técnica da atividade de enfermagem da ULS, E. P. E., velando pela sua qualidade, e, sem prejuízo do disposto em sede do regulamento interno, designadamente:

- a) Coordenar a elaboração dos planos de ação de enfermagem apresentados pelos vários serviços a integrar no plano de ação global da ULS, E. P. E.;
- b) Colaborar com o diretor clínico na compatibilização dos planos de ação dos diferentes serviços e departamentos, tendo em vista a garantia da efetividade dos cuidados prestados;
- c) Contribuir para a definição das políticas ou diretivas de formação e investigação em enfermagem;
- d) Definir padrões de cuidados de enfermagem e indicadores de avaliação dos cuidados de enfermagem prestados;
- e) Elaborar propostas referentes à gestão do pessoal de enfermagem, designadamente participar no processo de admissão e de mobilidade dos enfermeiros;
- f) Promover e acompanhar o processo de avaliação do pessoal de enfermagem;
- g) Propor a criação de um sistema efetivo de classificação de utentes que permita determinar necessidades em cuidados de enfermagem e zelar pela sua manutenção;
- h) Elaborar estudos para determinação de custos e benefícios no âmbito dos cuidados de enfermagem;
- i) Acompanhar e avaliar sistematicamente outros aspetos relacionados com o exercício da atividade de enfermagem e com a formação dos enfermeiros.

Artigo 11.º

Funcionamento do conselho de administração

- 1 — O conselho de administração reúne, pelo menos, semanalmente e, ainda, sempre que convocado pelo presidente ou por solicitação de dois dos seus membros ou do órgão de fiscalização.
- 2 — As regras de funcionamento do conselho de administração são fixadas pelo próprio conselho na sua primeira reunião e constam do regulamento interno da ULS, E. P. E.
- 3 — O presidente do conselho de administração tem voto de qualidade.
- 4 — Das reuniões do conselho de administração devem ser lavradas atas, a aprovar na reunião seguinte.

Artigo 12.º

Vinculação

A ULS, E. P. E., obriga-se pela assinatura, com indicação da qualidade, de dois membros do conselho de administração ou de quem esteja legitimado para o efeito, nos termos do n.º 3 do artigo 6.º dos presentes Estatutos.

Artigo 13.º

Estatuto dos membros

1 — Aos membros do conselho de administração aplica-se o estatuto do gestor público, sem prejuízo do disposto nos presentes Estatutos e no respetivo diploma de aprovação.

2 — O membro do conselho de administração, que exerce as funções de diretor clínico, pode, a título excepcional e no âmbito do mesmo estabelecimento de saúde, cujo órgão máximo integra, exercer atividade médica, de natureza assistencial, de forma remunerada, mediante autorização, por despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde.

3 — A remuneração prevista no número anterior corresponde a uma percentagem da remuneração da respetiva categoria correspondente ao lugar ou posto de trabalho de origem, calculada em função do número de horas semanais efetivamente prestadas, não podendo exceder 50 % da remuneração que compete ao exercício de funções de gestão.

4 — Caso o médico não esteja integrado na carreira especial médica a remuneração prevista no número anterior tem por referência a primeira posição remuneratória da categoria de assistente graduado e é calculada em função do número de horas semanais efetivamente prestadas, não podendo exceder 50 % da remuneração que compete ao exercício de funções de gestão.

5 — O exercício da atividade médica prevista no n.º 2 depende de requerimento do interessado e da verificação de comprovado interesse para o serviço.

Artigo 14.º

Dissolução do conselho de administração

Para além das situações previstas no n.º 1 do artigo 24.º do Estatuto do Gestor Público, o conselho de administração pode ser dissolvido em caso de grave deterioração da qualidade dos serviços prestados, quando não for provocada por razões alheias ao exercício das funções pelos gestores.

SECÇÃO II

Órgão de fiscalização

Artigo 15.º

Conselho fiscal e revisor oficial de contas

1 — Nas ULS, E. P. E., abrangidas pelo regime constante da Lei n.º 148/2015, de 9 de setembro a fiscalização e controlo da legalidade da gestão financeira e patrimonial é exercida por um conselho fiscal e por um revisor oficial de contas ou por uma sociedade de revisores oficiais de contas que não seja membro daquele órgão, obrigatoriamente de entre os auditores registados na Comissão do Mercado de Valores Mobiliários.

2 — O conselho fiscal é constituído por três membros efetivos e por um suplente, sendo um deles o presidente do órgão.

3 — Os membros do conselho fiscal são nomeados por despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, por um período de três anos, renovável por uma única vez.

4 — O revisor oficial de contas é nomeado por despacho conjunto dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, sob proposta fundamentada do Conselho Fiscal, tendo o mandato a duração de três anos, renovável por uma única vez.

5 — A remuneração do conselho fiscal é fixada no despacho a que se refere o n.º 3, atendendo ao grau de complexidade e de exigência inerente ao exercício do respetivo cargo e tendo em conta os critérios de classificação

da ULS, E. P. E., fixados na resolução do Conselho de Ministros a que se refere o n.º 4 do artigo 28.º do Estatuto do Gestor Público.

6 — Cessando o mandato do conselho fiscal e do revisor oficial de contas, mantém-se os titulares em exercício de funções até à designação de novos ou à declaração ministerial de cessação de funções.

Artigo 16.º

Competências

1 — O conselho fiscal tem as competências, os poderes e os deveres estabelecidos na lei e nos presentes Estatutos.

2 — Ao conselho fiscal compete, especialmente, sem prejuízo das demais competências que lhe sejam atribuídas por lei:

- a) Dar parecer sobre o relatório de gestão;
- b) Acompanhar com regularidade a gestão através de balancetes e mapas demonstrativos da execução orçamental;
- c) Manter o conselho de administração informado sobre os resultados das verificações e dos exames a que proceda;
- d) Propor a realização de auditorias externas, quando tal se mostre necessário ou conveniente;
- e) Pronunciar-se sobre qualquer outro assunto em matéria de gestão económica e financeira que seja submetido à sua consideração pelo conselho de administração;
- f) Dar parecer sobre a aquisição, arrendamento, alienação e oneração de bens imóveis;
- g) Dar parecer sobre a realização de investimentos e a contração de empréstimos;
- h) Elaborar relatórios da sua ação fiscalizadora, incluindo um relatório anual global;
- i) Pronunciar-se sobre assuntos que lhe sejam submetidos pelo conselho de administração, pelo Tribunal de Contas e pelas entidades que integram o controlo estratégico do sistema de controlo interno da administração financeira do Estado.

3 — Compete ao revisor oficial de contas o dever de proceder a todos os exames e verificações necessários à revisão e certificação legais das contas, bem como exercer as seguintes funções:

- a) Verificar a regularidade dos livros, registos contabilísticos e documentos que lhe servem de suporte;
- b) Verificar, quando o julgue conveniente e pela forma que entenda adequada, a extensão da caixa e as existências de qualquer espécie de bens ou valores pertencentes à empresa ou por ela recebidos em garantia, depósito ou outro título;
- c) Verificar a exatidão dos documentos de prestação de contas;
- d) Verificar se os critérios valorimétricos adotados pela ULS, E. P. E., conduzem a uma correta avaliação do património e dos resultados.

4 — Com base nos relatórios trimestrais elaborados pelo conselho de administração, o conselho fiscal e o revisor oficial de contas devem emitir um relatório sucinto que reflita os controlos efetuados e as eventuais anomalias detetadas, bem como os eventuais desvios verificados em relação aos orçamentos e a identificação das respetivas

causas, o qual deve ser enviado aos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde.

5 — Com base na proposta de plano de atividades e orçamento apresentada pelo conselho de administração, o conselho fiscal e o revisor oficial de contas devem emitir um relatório e parecer ao mesmo, o qual deve ser enviado aos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde.

Artigo 17.º

Fiscal único

1 — O fiscal único é o órgão responsável pelo controlo da legalidade, da regularidade e da boa gestão financeira e patrimonial da ULS, E. P. E.

2 — O fiscal único é designado por despacho do membro do Governo responsável pelas áreas das finanças, obrigatoriamente de entre os auditores registados na Comissão do Mercado de Valores Mobiliários.

3 — O disposto nos números anteriores não prejudica a aplicação do regime aplicável à fiscalização das entidades de interesse público previstas na Lei n.º 148/2015, de 9 de setembro.

4 — O fiscal único não pode ter exercido atividades remuneradas na ULS, E. P. E., respetiva, ou nas entidades de direito privado por esta participada, nos últimos três anos antes do início das suas funções, e não pode exercer atividades remuneradas na ULS, E. P. E., ou nas entidades de direito privado acima referidas durante o período de duração do seu mandato, bem como nos três anos subsequentes ao termo das suas funções.

5 — O mandato do fiscal único tem a duração de três anos, renovável apenas uma vez.

6 — O fiscal único tem um suplente, que observa o disposto nos números anteriores.

7 — Cessando o mandato, o fiscal único mantém-se em exercício de funções até à designação de novo titular ou à declaração ministerial de cessação de funções.

8 — A remuneração do fiscal único é fixada no despacho a que se refere o n.º 2, atendendo ao grau de complexidade e de exigência inerente ao exercício do respetivo cargo e tendo em conta os critérios de classificação da ULS, E. P. E., fixadas na resolução do Conselho de Ministros a que se refere o n.º 4 do artigo 28.º do Estatuto do Gestor Público.

Artigo 18.º

Competências

1 — O fiscal único tem as competências, os poderes e os deveres estabelecidos na lei e nos presentes Estatutos.

2 — Ao fiscal único compete, especialmente:

- a) Verificar a regularidade dos livros, registos contabilísticos e documentos que lhe servem de suporte;
- b) Dar parecer sobre o relatório de gestão do exercício e certificar as contas;
- c) Acompanhar com regularidade a gestão através de balancetes e mapas demonstrativos da execução orçamental;
- d) Manter o conselho de administração informado sobre os resultados das verificações e dos exames a que proceda;
- e) Propor a realização de auditorias externas quando tal se mostre necessário ou conveniente;

f) Pronunciar-se sobre qualquer outro assunto em matéria de gestão económica e financeira que seja submetido à sua consideração pelo conselho de administração;

g) Dar parecer sobre a aquisição, arrendamento, alienação e oneração de bens imóveis;

h) Dar parecer sobre a realização de investimentos e a contração de empréstimos;

i) Elaborar relatórios da sua ação fiscalizadora, incluindo um relatório anual global;

j) Elaborar relatórios sobre os relatórios trimestrais de execução orçamental;

k) Pronunciar-se sobre assuntos que lhe sejam submetidos pelo conselho de administração, pelo Tribunal de Contas e pelas entidades que integram o controlo estratégico do sistema de controlo interno da administração financeira do Estado;

l) Verificar se os critérios valorimétricos adotados pela ULS, E. P. E., conduzem a uma correta avaliação do património e dos resultados.

SECÇÃO III

Serviço de auditoria interna

Artigo 19.º

Serviço de auditoria interna

1 — Ao serviço de auditoria interna compete a avaliação dos processos de controlo interno e de gestão de riscos, nos domínios contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos, contribuindo para o seu aperfeiçoamento contínuo.

2 — Ao serviço de auditoria interna compete em especial:

a) Fornecer ao conselho de administração análises e recomendações sobre as atividades revistas para melhoria do funcionamento dos serviços;

b) Receber as comunicações de irregularidades sobre a organização e funcionamento da ULS, E. P. E., apresentadas pelos demais órgãos estatutários, trabalhadores, colaboradores, utentes e cidadãos em geral;

c) Elaborar o plano anual de auditoria interna;

d) Elaborar anualmente um relatório sobre a atividade desenvolvida, em que se refiram os controlos efetuados, as anomalias detetadas e as medidas corretivas a adotar;

e) Elaborar o plano de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas e os respetivos relatórios anuais de execução.

3 — A direção do serviço de auditoria interna compete a um auditor interno, que exerce as respetivas funções pelo período de três anos, renovável por iguais períodos, até ao limite máximo de três renovações consecutivas ou interpoladas e que é apoiado tecnicamente nas suas funções por um máximo de três técnicos auditores.

4 — O auditor interno é recrutado pelo conselho de administração, de entre individualidades que reúnam os seguintes requisitos:

a) Qualificação técnica, competências e experiência em auditoria;

b) Inscrição no organismo nacional que regule a atividade de auditoria interna.

5 — Os técnicos que integrem o serviço de auditoria interna devem possuir curso superior adequado ao exercício das suas funções.

6 — Não pode ser recrutado como auditor interno ou técnico do serviço de auditoria interna quem tenha exercido funções de administração na própria ULS, E. P. E., nos últimos três anos, ou em relação ao qual se verifiquem outras incompatibilidades e impedimentos previstos na lei, sendo aplicável, com as necessárias adaptações, o disposto no artigo 414.º-A do Código das Sociedades Comerciais.

7 — O auditor interno exerce as respetivas funções a tempo inteiro, de acordo com as normas internacionais para a prática profissional de auditoria interna e gestão de riscos.

8 — O conselho de administração comunica à Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. (ACSS, I. P.), à Administração Regional de Saúde respetiva, à Direção-Geral do Tesouro e Finanças, à Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (IGAS) e à Inspeção-Geral de Finanças a identidade do auditor interno e as datas do início e do termo de funções.

9 — A não renovação ou cessação antecipada de funções do auditor interno ocorre por deliberação fundamentada do conselho de administração, precedida de comunicação ao membro do Governo responsável pela área da saúde, ou a quem, para o efeito, detenha poderes delegados.

10 — A retribuição mensal ilíquida do auditor interno, incluindo suplementos remuneratórios, não pode ser superior a 85 % do vencimento mensal ilíquido estabelecido para o vogal do conselho de administração.

11 — No âmbito da sua atividade, o serviço de auditoria interna colabora com a ACSS, I. P., a Administração Regional de Saúde respetiva e a IGAS.

12 — O plano anual de auditoria e o relatório anual de auditoria são aprovados e submetidos pelo conselho de administração às entidades referidas no n.º 8, respetivamente, até 15 de dezembro e 15 de março de cada ano.

13 — O plano de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas e os respetivos relatórios anuais de execução são aprovados e submetidos pelo conselho de administração ao conselho de prevenção da corrupção e aos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde.

14 — O serviço de auditoria interna depende, em termos orgânicos, do presidente do conselho de administração.

15 — No sentido de obter informação adequada para o desenvolvimento das suas competências, o serviço de auditoria interna tem acesso livre a registos, documentação, computadores, instalações e pessoal da ULS, E. P. E., com exceção dos registos clínicos individuais dos utentes.

Artigo 20.º

Sistema de controlo interno e de comunicação de irregularidades

1 — A ULS, E. P. E., dispõe de um sistema de controlo interno e de comunicação de irregularidades, competindo ao conselho de administração assegurar a sua implementação e manutenção e ao auditor interno a responsabilidade pela sua avaliação.

2 — O sistema de controlo interno compreende o conjunto de estratégias, políticas, processos, regras e procedimentos estabelecidos na ULS, E. P. E., com vista a garantir:

a) Um desempenho eficiente da atividade que assegure a utilização eficaz dos ativos e recursos, a continuidade,

segurança e qualidade da prestação de cuidados de saúde, através de uma adequada gestão e controlo dos riscos da atividade, da prudente e correta avaliação dos ativos e responsabilidades, bem como da definição de mecanismos de prevenção e de proteção do serviço público contra atuações danosas;

b) A existência de informação financeira e de gestão que suporte as tomadas de decisão e os processos de controlo, tanto no nível interno como no externo;

c) O respeito pelas disposições legais e regulamentares aplicáveis, bem como pelas normas profissionais e deontológicas aplicáveis, pelas regras internas e estatutárias, regras de conduta e de relacionamento, orientações tutelares e recomendações aplicáveis de entidades externas como o Tribunal de Contas.

3 — O sistema de controlo interno tem por base um adequado sistema de gestão de risco, um sistema de informação e de comunicação e um processo de monitorização que assegure a respetiva adequação e eficácia em todas as áreas de intervenção.

4 — Mediante proposta do serviço de auditoria interna, deve ser aprovado pelo conselho de administração da ULS, E. P. E., um regulamento que defina as regras e procedimentos de comunicação interna de irregularidades, através do qual possam ser descritos factos que indiciem:

a) Violação de princípios e disposições legais, regulamentares e deontológicas por parte dos membros dos órgãos estatutários, trabalhadores, fornecedores de bens e prestadores de serviços no exercício dos seus cargos profissionais;

b) Dano, abuso ou desvio relativo ao património da ULS, E. P. E., ou dos utentes;

c) Prejuízo à imagem ou reputação da ULS, E. P. E.

SECÇÃO IV

Conselho consultivo

Artigo 21.º

Composição do conselho consultivo

1 — O conselho consultivo tem a seguinte composição:

a) Uma personalidade de reconhecido mérito, nomeada pela Comunidade Intermunicipal da sua área de referência primária, ou pela área metropolitana que preside;

b) Uma personalidade de reconhecido mérito, nomeada pelo membro do Governo responsável pela área da saúde;

c) Um representante da respetiva Administração Regional de Saúde;

d) Um representante dos utentes, designado pela respetiva associação ou por equivalente estrutura de representação;

e) Um representante do centro distrital de segurança social da área de abrangência da ULS, E. P. E., designado pelo conselho diretivo do Instituto de Segurança Social;

f) Um representante das instituições particulares de solidariedade social, designado, anualmente, pelo órgão executivo de associação representativa das mesmas, em regime de rotatividade;

g) Um representante dos trabalhadores da ULS, E. P. E., eleito pelos trabalhadores;

h) Um representante das escolas ou agrupamentos de escolas, designado pelo delegado regional de educação;

i) Um representante das Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) instaladas na área territorial da competência de cada ULS, E. P. E., a indicar pela Comissão Nacional de Proteção das Crianças e Jovens em Risco, à qual compete providenciar pela efetiva representação de todas as CPCJ e a correspondente comunicação e articulação;

j) Um representante dos prestadores de trabalho voluntário na ULS, E. P. E., entre estes eleito, quando existam;

k) O Delegado de Saúde regional;

l) Dois profissionais de saúde, sem vínculo à ULS, E. P. E., designados pelo conselho de administração.

2 — Compete ao presidente do conselho consultivo promover a designação dos respetivos membros.

3 — Os membros do conselho de administração e do órgão de fiscalização podem ter assento no conselho consultivo, sem direito de voto.

4 — O mandato dos membros do conselho consultivo tem a duração de três anos, sem prejuízo da possibilidade da sua substituição, a todo o tempo, pelas entidades que os designaram ou elegeram.

5 — O exercício do cargo de membro do conselho consultivo não é remunerado, sendo as ajudas de custo a que houver lugar suportadas pelos organismos públicos que designaram os seus representantes e, nos restantes casos, suportadas pela ULS, E. P. E.

Artigo 22.º

Competências do conselho consultivo

Compete ao conselho consultivo:

a) Propor o desenvolvimento de estratégias de intervenção conjuntas e concertadas entre a ULS, E. P. E., e outros parceiros locais e comunitários com responsabilidade política e social no âmbito da saúde, nomeadamente promoção de hábitos de vida saudáveis, prevenção da doença e reintegração dos utentes na comunidade;

b) Analisar os fatores sociais preponderantes que influenciam o estado de saúde da população e propor ações de intervenção da ULS, E. P. E., junto da comunidade, concertadas com outras organizações locais;

c) Apreciar os planos de atividade de natureza anual e plurianual;

d) Apreciar todas as informações que tiver por necessárias para o acompanhamento das atividades da ULS, E. P. E.;

e) Emitir recomendações tendo em vista o melhor funcionamento dos serviços a prestar às populações, tendo em conta os recursos disponíveis.

Artigo 23.º

Funcionamento do conselho consultivo

1 — O conselho consultivo reúne, pelo menos, uma vez por semestre e as suas deliberações são tomadas por maioria simples e constam de ata, tendo o presidente voto de qualidade.

2 — As reuniões são convocadas pelo presidente com a antecedência mínima de cinco dias úteis, devendo ser indicados na convocatória a data, a hora e o local em que se realizam, bem como a respetiva ordem de trabalhos.

3 — Se à hora indicada não existir quórum, a reunião efetua-se uma hora depois, podendo o conselho deliberar por maioria dos votos dos membros presentes.

4 — As demais regras de funcionamento do conselho consultivo são definidas em regulamento próprio, o qual deve incluir a previsão da substituição dos seus membros em situações de falta ou impedimento.

SECÇÃO V

Comissões de apoio técnico

Artigo 24.º

Comissões de apoio técnico

1 — As comissões de apoio técnico são órgãos de caráter consultivo que têm por função colaborar com o conselho de administração, por sua iniciativa ou a pedido daquele, nas matérias da sua competência.

2 — Nas ULS, E. P. E., são constituídas:

- a) A Comissão de Integração de Cuidados de Saúde;
- b) A comissão de ética;
- c) A comissão de qualidade e segurança do doente;
- d) O grupo de coordenação local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos;
- e) A comissão de farmácia e terapêutica.

3 — Sem prejuízo do disposto no número anterior, podem ser criadas pelo conselho de administração outras comissões de apoio técnico que, nos termos da lei, da atividade da ULS, E. P. E., e das regras da arte, se justifiquem, devendo a sua estrutura, composição e funcionamento constar do regulamento interno.

4 — Compete ao conselho de administração, sob proposta do diretor clínico, a designação do presidente e dos membros das comissões de apoio técnico.

CAPÍTULO III

Estrutura organizacional

Artigo 25.º

Unidades funcionais, serviços e departamentos

1 — A ULS, E. P. E., é constituída por unidades funcionais, serviços e departamentos de atividade clínica no âmbito hospitalar, complementares de diagnóstico e terapêutica e de apoio.

2 — Para efeitos do número anterior:

- a) As unidades funcionais são agregações especializadas de recursos humanos e tecnológicos que atuam em intercooperação com as demais entidades funcionais, podendo ser integradas em serviços ou departamentos ou partilhadas por serviços ou departamentos distintos;
- b) Os serviços funcionam autonomamente ou integrados em departamentos.

3 — As unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários devem seguir, com as necessárias adaptações, o regime e a estrutura definidos no Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, e no Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, integrando um departamento próprio.

4 — Para efeitos do disposto do número anterior, o diretor do departamento exerce as competências que lhe forem delegadas pelo conselho de administração, ao qual reporta diretamente, sendo-lhe aplicável o estatuto remuneratório do diretor-executivo dos Agrupamentos de Centros de Saúde previsto no Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro.

5 — A ULS, E. P. E., pode adotar formas complementares de organização funcional, nomeadamente que induzam maior articulação e coordenação entre profissionais a nível dos programas de saúde, de doenças ou de utentes específicos.

6 — A estrutura, organização e funcionamento da ULS, E. P. E., consta de regulamento interno.

CAPÍTULO IV

Avaliação, controlo e prestação de contas

Artigo 26.º

Instrumentos de gestão previsional

A gestão financeira e patrimonial da ULS, E. P. E., rege-se, designadamente, pelos seguintes instrumentos de gestão previsional:

- a) Planos de atividades anuais e plurianuais, de investimento e financeiros, com um horizonte de três anos;
- b) Orçamento anual de investimento;
- c) Orçamento anual de exploração, desdobrado em orçamento de proveitos e orçamento de custos;
- d) Orçamento anual de tesouraria;
- e) Balanço previsional;
- f) Contratos-programa externos e internos.

Artigo 27.º

Reservas e fundos

1 — A ULS, E. P. E., deve fazer as reservas julgadas necessárias, sem prejuízo da obrigação relativa à existência de:

- a) Reserva legal;
- b) Reserva para investimentos.

2 — Uma percentagem não inferior a 20 % dos resultados de cada exercício apurado de acordo com as normas contabilísticas vigentes é destinada à constituição da reserva legal.

3 — A reserva legal pode ser utilizada para cobrir eventuais prejuízos de exercício.

4 — Integram a reserva para investimentos, entre outras receitas:

- a) A parte dos resultados apurados em cada exercício que lhe for anualmente destinado;
- b) As receitas provenientes de participações, dotações, subsídios, subvenções ou quaisquer compensações financeiras de que a ULS, E. P. E., seja beneficiário e destinadas a esse fim.

5 — Sem prejuízo da constituição das reservas referidas no n.º 1, os resultados de cada exercício têm o destino que venha a ser determinado por despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde.

Artigo 28.º

Contabilidade

A ULS, E. P. E., adota o sistema contabilístico que lhe for aplicável por lei.

Artigo 29.º

Documentos anuais de prestação de contas

Os instrumentos de prestação de contas da ULS, E. P. E., a elaborar anualmente com referência a 31 de dezembro de cada ano, são, designadamente, os seguintes:

- a) Relatório de gestão e contas do exercício;
- b) Certificação legal de contas;
- c) Relatório e parecer do conselho fiscal e do revisor oficial de contas ou do fiscal único, consoante o modelo adotado.

ANEXO IV

(a que se referem o n.º 2 do artigo 1.º e o n.º 2 do artigo 32.º)

ESTATUTOS DOS HOSPITAIS DO SETOR PÚBLICO ADMINISTRATIVO

CAPÍTULO I

Princípios gerais

Artigo 1.º

Natureza e duração

1 — O hospital do setor público administrativo (hospital SPA) é um instituto público de regime especial, nos termos da lei, integrado na administração indireta do Estado, dotado de autonomia administrativa e financeira e património próprio.

2 — O hospital SPA é constituído por tempo indeterminado.

Artigo 2.º

Fins

1 — O hospital SPA tem como principal fim a prestação de cuidados de saúde, a todos os cidadãos em geral, designadamente:

- a) Aos utentes do Serviço Nacional de Saúde;
- b) As entidades externas que com ele contratualizem a prestação de cuidados de saúde;
- c) Aos cidadãos estrangeiros não residentes no âmbito da legislação nacional e internacional em vigor.

2 — O hospital SPA também tem por objeto desenvolver atividades de investigação, formação e ensino, sendo a sua participação na formação de profissionais de saúde dependente da respetiva capacidade formativa, podendo ser objeto de contratos-programa em que se definam as respetivas formas de financiamento.

Artigo 3.º

Atribuições

1 — Os hospitais SPA têm como atribuições a prestação de cuidados de saúde, de acordo com a política de saúde

a nível nacional e regional e com os planos estratégico superiormente aprovados.

2 — Os hospitais SPA intervêm de acordo com as áreas de influência e desenvolvem a sua atividade através de contratos-programa, em articulação com as atribuições das demais instituições do sistema de saúde.

CAPÍTULO II

Organização

Artigo 4.º

Órgãos

São órgãos do hospital SPA:

- a) O conselho diretivo;
- b) O fiscal único;
- c) O conselho consultivo.

SECÇÃO I

Conselho diretivo

Artigo 5.º

Composição e mandato

1 — O conselho diretivo é composto pelo presidente e por um máximo de quatro vogais, que exercem funções executivas, incluindo um diretor clínico e um enfermeiro-diretor.

2 — Os membros do conselho diretivo são designados de entre individualidades que possuam preferencialmente evidência curricular ou formação de gestão em saúde, sendo o diretor clínico um médico, e o enfermeiro-diretor um enfermeiro.

3 — O mandato dos membros do conselho diretivo tem a duração de três anos e é renovável, por uma única vez, permanecendo aqueles no exercício das suas funções até à designação dos novos titulares, sem prejuízo da renúncia a que houver lugar.

Artigo 6.º

Competências do conselho diretivo

Compete ao conselho diretivo garantir o cumprimento dos objetivos básicos, bem como o exercício de todos os poderes de gestão que não estejam reservados a outros órgãos, e em especial:

- a) Elaborar os planos anuais e plurianuais de atividade e respetivos orçamentos, bem como os demais instrumentos de gestão previsional legalmente previstos, e assegurar a respetiva execução;
- b) Celebrar contratos-programa externos e internos;
- c) Definir as linhas de orientação a que devem obedecer a organização e o funcionamento do hospital SPA nas áreas clínicas e não clínicas, incluindo a criação de novos serviços, sua extinção ou modificação;
- d) Praticar os atos respeitantes ao pessoal nos termos previstos na lei e nos Estatutos;
- e) Autorizar a realização de trabalho extraordinário e de prevenção dos trabalhadores do hospital SPA, independentemente do seu estatuto, bem como autorizar o respetivo pagamento;

f) Apresentar os documentos de prestação de contas, nos termos definidos na lei;

g) Aprovar e submeter o regulamento interno a homologação do membro do Governo responsável pela área da saúde e fazer cumprir as disposições legais e regulamentares aplicáveis;

h) Decidir sobre a realização de ensaios clínicos e terapêuticos, ouvida a comissão de ética, sem prejuízo do cumprimento das disposições aplicáveis;

i) Acompanhar e avaliar sistematicamente a atividade desenvolvida pelo hospital SPA, designadamente responsabilizando os diferentes setores pela utilização dos meios postos à sua disposição e pelos resultados atingidos, nomeadamente em termos da qualidade dos serviços prestados;

j) Tomar conhecimento e determinar as medidas adequadas, se for caso disso, sobre as queixas e reclamações apresentadas pelos utentes;

k) Decidir sobre a admissão e gestão do pessoal;

l) Autorizar a aplicação de todas as modalidades de regimes de trabalho legalmente admissíveis;

m) Exercer a competência em matéria disciplinar prevista na lei;

n) Acompanhar a execução do orçamento, aplicando as medidas destinadas a corrigir os desvios em relação às previsões realizadas;

o) Assegurar a regularidade da cobrança das dívidas e autorizar a realização e o pagamento da despesa do hospital SPA;

p) Tomar as providências necessárias à conservação do património afeto ao desenvolvimento da sua atividade e autorizar as despesas inerentes, previstas no plano de investimentos.

Artigo 7.º

Presidente do conselho diretivo

1 — Compete ao presidente do conselho diretivo:

a) Coordenar a atividade do conselho de diretivo e dirigir as respetivas reuniões;

b) Garantir a correta execução das deliberações do conselho diretivo;

c) Submeter a aprovação ou a autorização dos membros do Governo competentes todos os atos que delas careçam;

d) Representar o hospital SPA em juízo e fora dele e em convenção arbitral, podendo designar mandatários para o efeito constituídos;

e) Exercer as competências que lhe sejam delegadas;

f) Exercer as competências legalmente atribuídas aos titulares dos cargos de direção superior do 1.º grau da administração central do Estado.

2 — O presidente do conselho diretivo é substituído nas suas ausências e impedimentos pelo vogal por si designado.

Artigo 8.º

Diretor clínico

Ao diretor clínico compete a direção de produção clínica do hospital SPA, que compreende a coordenação da assistência prestada aos doentes e a qualidade, correção e prontidão dos cuidados de saúde prestados, designadamente:

a) Coordenar a elaboração dos planos de ação apresentados pelos vários serviços e departamentos de ação médica a integrar no plano de ação global do hospital;

b) Assegurar uma integração adequada da atividade médica dos departamentos e serviços, designadamente através de uma utilização não compartimentada da capacidade instalada;

c) Propor medidas necessárias à melhoria das estruturas organizativas, funcionais e físicas dos serviços de ação médica, dentro de parâmetros de eficiência e eficácia reconhecidos, que produzam os melhores resultados face às tecnologias disponíveis;

d) Aprovar as orientações clínicas relativas à prescrição de medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica, bem como os protocolos clínicos adequados às patologias mais frequentes, respondendo perante o conselho de administração pela sua adequação em termos de qualidade e de custo-benefício;

e) Propor ao conselho diretivo a realização, sempre que necessário, da avaliação externa do cumprimento das orientações clínicas e protocolos mencionados, em colaboração com a Ordem dos Médicos e instituições de ensino médico e sociedades científicas;

f) Desenvolver a implementação de instrumentos de garantia de qualidade técnica dos cuidados de saúde, em especial no que diz respeito aos indicadores de desempenho assistencial e segurança dos doentes, reportando e propondo correção em caso de desvios;

g) Decidir sobre conflitos de natureza técnica entre serviços de ação médica;

h) Decidir as dúvidas que lhe sejam presentes sobre deontologia médica, desde que não seja possível o recurso, em tempo útil, à comissão de ética;

i) Participar na gestão do pessoal médico, designadamente nos processos de admissão e mobilidade interna, ouvidos os respetivos diretores de serviço;

j) Velar pela constante atualização do pessoal médico;

k) Acompanhar e avaliar sistematicamente outros aspetos relacionados com o exercício da medicina e com a formação dos médicos.

Artigo 9.º

Enfermeiro-diretor

Compete ao enfermeiro-diretor a coordenação técnica da atividade de enfermagem do hospital SPA, velando pela sua qualidade, e, sem prejuízo do disposto em sede do regulamento interno, designadamente:

a) Coordenar a elaboração dos planos de ação de enfermagem apresentados pelos vários serviços a integrar no plano de ação global do hospital SPA;

b) Colaborar com o diretor clínico na compatibilização dos planos de ação dos diferentes serviços de ação médica;

c) Contribuir para a definição das políticas ou diretivas de formação e investigação em enfermagem;

d) Definir padrões de cuidados de enfermagem e indicadores de avaliação dos cuidados de enfermagem prestados;

e) Elaborar propostas referentes à gestão do pessoal de enfermagem, designadamente participar no processo de admissão e de mobilidade dos enfermeiros;

f) Promover e acompanhar o processo de avaliação do pessoal de enfermagem;

g) Propor a criação de um sistema efetivo de classificação de utentes que permita determinar necessidades em cuidados de enfermagem e zelar pela sua manutenção;

- h) Elaborar estudos para determinação de custos e benefícios no âmbito dos cuidados de enfermagem;
- i) Acompanhar e avaliar sistematicamente outros aspetos relacionados com o exercício da atividade de enfermagem e com a formação dos enfermeiros.

Artigo 10.º

Funcionamento do conselho diretivo

- 1 — O conselho diretivo reúne, pelo menos, semanalmente e, ainda, sempre que convocado pelo presidente ou por solicitação de dois dos seus membros ou do fiscal único.
- 2 — As regras de funcionamento do conselho diretivo são fixadas pelo próprio conselho na sua primeira reunião e constam do regulamento interno do hospital SPA.
- 3 — O presidente do conselho diretivo tem voto de qualidade.
- 4 — Das reuniões do conselho diretivo devem ser lavradas atas, a aprovar na reunião seguinte.

Artigo 11.º

Vinculação

O hospital SPA obriga-se pela assinatura, com indicação da qualidade, de dois membros do conselho diretivo ou de quem esteja legitimado para o efeito, nos termos do n.º 2 do artigo 7.º

Artigo 12.º

Estatuto dos membros

- 1 — Aos membros do conselho diretivo é aplicável o regime fixado no Estatuto do Gestor Público e, subsidiariamente, o previsto na lei quadro dos institutos públicos.
- 2 — O membro do conselho diretivo que exerce as funções de diretor clínico, pode, a título excecional e no âmbito do mesmo estabelecimento de saúde, cujo órgão máximo integra, exercer atividade médica, de natureza assistencial, de forma remunerada, mediante autorização, por despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde.
- 3 — A remuneração prevista no número anterior corresponde a uma percentagem da remuneração da respetiva categoria correspondente ao lugar ou posto de trabalho de origem, calculada em função do número de horas semanais efetivamente prestadas, não podendo exceder 50 % da remuneração que compete ao exercício de funções de gestão.
- 4 — Caso o médico não esteja integrado na carreira especial médica a remuneração prevista no número anterior tem por referência a primeira posição remuneratória da categoria de assistente graduado e é calculada em função do número de horas semanais efetivamente prestadas, não podendo exceder 50 % da remuneração que compete ao exercício de funções de gestão.
- 5 — O exercício da atividade médica prevista no n.º 3 depende de requerimento do interessado e da verificação de comprovado interesse para o serviço.

Artigo 13.º

Dissolução do conselho diretivo

O conselho diretivo pode ser dissolvido por despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde nos termos da lei-quadro dos institutos públicos.

SECÇÃO II

Fiscal único

Artigo 14.º

Fiscal único

1 — O fiscal único é o órgão responsável pelo controlo da legalidade, da regularidade e da boa gestão financeira e patrimonial do hospital SPA.

2 — O fiscal único é designado por despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, obrigatoriamente de entre os auditores, revisores oficiais de contas e sociedade revisoras oficiais de contas, registados na Comissão do Mercado de Valores Mobiliários.

3 — O fiscal único não pode ter exercido atividades remuneradas no próprio hospital SPA ou nas entidades de direito privado por este participadas, nos últimos três anos antes do início das suas funções, e não pode exercer atividades remuneradas no hospital SPA fiscalizado ou nas entidades de direito privado acima referidas, durante o período de duração do seu mandato, bem como nos três anos subsequentes ao termo das suas funções.

4 — O mandato do fiscal único tem a duração de cinco anos, renovável apenas uma vez.

5 — Cessando o mandato, o fiscal único mantém-se em exercício de funções até à designação de novo titular ou à declaração ministerial de cessação de funções.

6 — A remuneração do fiscal único é fixada no despacho de designação a que se refere o n.º 2, atendendo ao grau de complexidade e exigência inerente ao exercício do cargo.

7 — Os critérios de avaliação do grau de complexidade e exigência a que se refere o número anterior são fixados e enquadrados por despacho do membro do Governo responsável pela área das finanças.

Artigo 15.º

Competências

O fiscal único tem as competências, os poderes e os deveres estabelecidos na lei-quadro dos institutos públicos e nos presentes Estatutos.

SECÇÃO III

Serviço de auditoria interna

Artigo 16.º

Serviço de auditoria interna

1 — Ao serviço de auditoria interna compete a avaliação dos processos de controlo interno e de gestão de riscos, nos domínios contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos, contribuindo para o seu aperfeiçoamento contínuo.

2 — Ao serviço de auditoria interna compete em especial:

a) Fornecer ao conselho diretivo análises e recomendações sobre as atividades revistas para melhoria do funcionamento dos serviços;

b) Receber as comunicações de irregularidades sobre a organização e funcionamento do hospital SPA apresentadas

pelos demais órgãos estatutários, trabalhadores, colaboradores, utentes e cidadãos em geral;

c) Elaborar o plano anual de auditoria interna;

d) Elaborar anualmente um relatório sobre a atividade desenvolvida, em que se refiram os controlos efetuados, as anomalias detetadas e as medidas corretivas a adotar.

3 — A direção do serviço de auditoria interna compete a um auditor interno, que exerce as respetivas funções pelo período de três anos, renovável por iguais períodos, até ao limite máximo de três renovações consecutivas ou interpoladas e que é apoiado tecnicamente nas suas funções por um máximo de três técnicos auditores.

4 — O auditor interno é recrutado pelo conselho diretivo, de entre individualidades que reúnam, os seguintes requisitos:

a) Qualificação técnica, competências e experiência em auditoria;

b) Inscrição no organismo nacional que regule a atividade de auditoria interna.

5 — Os técnicos que integrem o serviço de auditoria interna devem possuir curso superior adequado ao exercício das suas funções.

6 — Não pode ser recrutado como auditor interno ou técnico do serviço de auditoria interna quem tenha exercido funções de administração no próprio hospital SPA, nos últimos três anos, ou em relação ao qual se verifiquem outras incompatibilidades e impedimentos previstos na lei, sendo aplicável, com as necessárias adaptações, o disposto no artigo 414.º-A do Código das Sociedades Comerciais.

7 — O auditor interno exerce as respetivas funções a tempo inteiro, de acordo com as normas internacionais para a prática profissional de auditoria interna e gestão de riscos.

8 — O conselho diretivo comunica à Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. (ACSS, I. P.), e à Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (IGAS) e à Inspeção-Geral de Finanças a identidade do auditor interno e as datas de início e termo de funções.

9 — A cessação antecipada de funções do auditor interno, é comunicada às entidades referidas no n.º 8 e ao membro do Governo responsável pela área da saúde, ou a quem, para o efeito, detenha poderes delegados.

10 — A retribuição mensal ilíquida do auditor interno, incluindo suplementos remuneratórios, não pode ser superior a 85 % do vencimento mensal ilíquido estabelecido para o vogal do conselho diretivo.

11 — No âmbito da sua atividade, o serviço de auditoria interna colabora com a ACSS, I. P., e com a IGAS.

12 — O plano anual de auditoria e o relatório anual de auditoria são aprovados e submetidos pelo conselho diretivo às entidades referidas no n.º 8, respetivamente, até 15 de dezembro e 15 de março de cada ano.

13 — O serviço de auditoria interna depende, em termos orgânicos, do presidente do conselho diretivo.

14 — No sentido de obter informação adequada para o desenvolvimento das suas competências, o serviço de auditoria interna tem acesso livre a registos, documentação, computadores, instalações e pessoal do hospital, com exceção dos registos clínicos individuais dos utentes.

Artigo 17.º

Sistema de controlo interno e de comunicação de irregularidades

1 — O hospital SPA dispõe de um sistema de controlo interno e de comunicação de irregularidades, competindo ao conselho diretivo assegurar a sua implementação e manutenção e ao auditor interno a responsabilidade pela sua avaliação.

2 — O sistema de controlo interno compreende o conjunto de estratégias, políticas, processos, regras e procedimentos estabelecidos no hospital SPA com vista a garantir:

a) Um desempenho eficiente da atividade que assegure a utilização eficaz dos ativos e recursos, a continuidade, segurança e qualidade da prestação de cuidados de saúde, através de uma adequada gestão e controlo dos riscos da atividade, da prudente e correta avaliação dos ativos e responsabilidades, bem como da definição de mecanismos de prevenção e de proteção do serviço público contra atuações danosas;

b) A existência de informação financeira e de gestão que suporte as tomadas de decisão e os processos de controlo, tanto no nível interno como no externo;

c) O respeito pelas disposições legais e regulamentares aplicáveis, bem como pelas normas profissionais e deontológicas aplicáveis, pelas regras internas e estatutárias, regras de conduta e de relacionamento, orientações tutelares e recomendações aplicáveis de entidades externas como o Tribunal de Contas.

3 — O sistema de controlo interno tem por base um adequado sistema de gestão de risco, um sistema de informação e de comunicação e um processo de monitorização que assegure a respetiva adequação e eficácia em todas as áreas de intervenção.

4 — Mediante proposta do serviço de auditoria interna, deve ser aprovado pelo conselho diretivo do hospital SPA um regulamento que defina as regras e procedimentos de comunicação interna de irregularidades, através do qual possam ser descritos factos que indiciem:

a) Violação de princípios e disposições legais, regulamentares e deontológicas por parte dos membros dos órgãos estatutários, trabalhadores, fornecedores de bens e prestadores de serviços no exercício dos seus cargos profissionais;

b) Dano, abuso ou desvio relativo ao património do hospital SPA ou dos utentes;

c) Prejuízo à imagem ou reputação do hospital SPA.

SECÇÃO IV

Conselho consultivo

Artigo 18.º

Composição do conselho consultivo

1 — O conselho consultivo tem a seguinte composição:

a) Uma personalidade de reconhecido mérito, nomeada pela Comunidade Intermunicipal ou pela Área Metropolitana onde se situe a sede do hospital SPA, que preside;

b) Uma personalidade de reconhecido mérito, nomeada pelo membro do Governo responsável pela área da saúde;

- c) Um representante da respetiva Administração Regional de Saúde;
- d) Um representante dos utentes, designado pela respetiva associação ou por equivalente estrutura de representação;
- e) Um representante eleito pelos trabalhadores do hospital SPA;
- f) Um representante dos prestadores de trabalho voluntário no hospital SPA, entre estes eleito, quando existam;
- g) Dois elementos, escolhidos pelo conselho diretivo do hospital SPA, que sejam profissionais de saúde sem vínculo ao mesmo.

2 — Compete ao presidente do conselho consultivo promover a designação dos respetivos membros.

3 — O mandato dos membros do conselho consultivo tem a duração de três anos, sem prejuízo da possibilidade da sua substituição, a todo o tempo, pelas entidades que os designaram ou elegeram.

4 — O exercício do cargo de membro do conselho consultivo não é remunerado, sendo as ajudas de custo a que legalmente possa haver lugar suportadas pelos organismos públicos que designaram os seus representantes e, nos restantes casos, suportadas pelo hospital SPA.

Artigo 19.º

Competências do conselho consultivo

Compete ao conselho consultivo:

- a) Apreciar os planos de atividade de natureza anual e plurianual;
- b) Apreciar todas as informações que tiverem por necessárias para o acompanhamento da atividade do hospital SPA;
- c) Emitir recomendações tendo em vista o melhor funcionamento dos serviços a prestar às populações, tendo em conta os recursos disponíveis.

Artigo 20.º

Funcionamento do conselho consultivo

1 — O conselho consultivo reúne, pelo menos, uma vez por ano e as suas deliberações são tomadas por maioria simples e constam de ata, tendo o presidente voto de qualidade.

2 — As reuniões são convocadas pelo presidente com a antecedência mínima de cinco dias úteis, devendo ser indicados na convocatória a data, a hora e o local em que se realizam, bem como a respetiva ordem de trabalhos.

3 — Se à hora indicada não existir quórum, a reunião efetua-se uma hora depois, podendo o conselho deliberar por maioria dos votos dos membros presentes.

4 — As demais regras de funcionamento do conselho consultivo são definidas em regulamento próprio, o qual deve incluir a previsão da substituição dos seus membros em situações de falta ou impedimento.

CAPÍTULO III

Serviços e departamentos

Artigo 21.º

Estrutura dos serviços, departamentos e unidades funcionais

1 — O hospital estrutura-se em serviços, departamentos e unidades funcionais.

2 — O serviço é a unidade básica da organização, funcionando autonomamente ou de forma agregada em departamentos.

3 — As unidades funcionais são agregações especializadas de recursos humanos e tecnológicos, integradas em serviços ou departamentos ou partilhadas por departamentos e serviços distintos.

4 — São serviços do hospital:

- a) Serviços de ação médica;
- b) Serviços complementares de diagnóstico e terapêutica;
- c) Serviços de apoio.

5 — Para os efeitos dos números anteriores, a respetiva estrutura, organização e funcionamento constam do regulamento interno do hospital SPA.

CAPÍTULO IV

Gestão económico-financeira

Artigo 22.º

Regime orçamental e financeiro

O hospital SPA encontra-se sujeito ao regime orçamental e financeiro dos serviços e fundos autónomos

Artigo 23.º

Contabilidade

O hospital SPA adota o sistema contabilístico que lhe for aplicável por lei.

I SÉRIE



**DIÁRIO
DA REPÚBLICA**

Depósito legal n.º 8814/85 ISSN 0878-9963

Diário da República Eletrónico:

Endereço Internet: <http://dre.pt>

Contactos:

Correio eletrónico: dre@incm.pt

Tel.: 21 781 0870

Fax: 21 394 5750

ANEXO 6 – Despacho n.º 3635/2013, de 7 de março

8528

Diário da República, 2.ª série — N.º 47 — 7 de março de 2013

NOTA CURRICULAR

Maria Adelaide dos Santos Neves, natural de Lisboa, nascida a 28 de abril de 1956. Tem como habilitações literárias o Curso Geral do Comércio.

Ingressou na Função Pública, carreira administrativa em 1978, para o quadro da Junta Nacional dos Produtos Pecuários, transitou sucessivamente para, Instituto Regulador e Orientador dos Mercados Agrícolas, Instituto dos Mercados Agrícolas e Indústria Agroalimentar, e Gabinete de Planeamento do Ministério da Agricultura.

Requisitada para o gabinete do Secretário-Geral do Ministério da Ciência de 1998 a 2000.

Destacada para o Gabinete do Ministro da Agricultura e do Desenvolvimento Rural e Pescas de 2001 a 2002, Gabinete do Ministro da Agricultura, Desenvolvimento Rural e Pescas de 2002 a 2004, Gabinete do Ministro da Agricultura, Pescas e Florestas de 2004 a 2005, Gabinete do Ministro da Agricultura, do Desenvolvimento Rural e das Pescas de 2005 a 2009, Gabinete da Secretária de Estado do Ordenamento do Território e das Cidades de 31/10/2009 a 20/6/2011, em 21/6/2011 retomou ao lugar de origem, Gabinete de Planeamento e Políticas.

206799355

Despacho n.º 3633/2013

1 – Ao abrigo do disposto na alínea c) do n.º 1 do artigo 3.º, nos n.ºs 1, 2 e 3 do artigo 11.º e no artigo 12.º do Decreto-Lei n.º 11/2012, de 20 de janeiro, designo o mestre José Carlos de Sousa Uva Patrício Paul, como técnico especialista no meu gabinete, para exercer funções da área da sua especialidade, com efeitos a partir de 1 de fevereiro de 2013.

2 – Para efeitos do disposto no n.º 6 do artigo 13.º do referido Decreto-Lei, o estatuto remuneratório do designado é equivalente ao estabelecido para o cargo de adjunto.

3 – Nos termos da alínea b) do n.º 3 do artigo 7.º do citado diploma legal, o designado fica autorizado a desempenhar as atividades compreendidas na respetiva especialidade profissional, respeitadas as condições fixadas na mesma disposição legal.

4 – Para efeitos do disposto no artigo 12.º do mesmo Decreto-Lei, a nota curricular do designado é publicada em anexo ao presente despacho.

5 – Publique-se no Diário da República e promova-se a respetiva publicitação na página eletrónica do Governo.

15 de fevereiro de 2013. — O Secretário de Estado das Florestas e Desenvolvimento Rural, *Francisco Ramos Lopes Gomes da Silva*.

NOTA CURRICULAR

José Carlos de Sousa Uva Patrício Paul, nasceu em Senbal em 1970, é licenciado em Engenharia Florestal pelo Instituto Superior de Agronomia (1994) e Mestre em Gestão de Recursos Naturais (1998) pelo mesmo Instituto.

Iniciou a sua atividade profissional na área da investigação, tendo trabalhado em diversos projetos de I&D internacionais nos domínios da deteção remota e dos incêndios florestais. José Carlos de Sousa Uva desempenhou funções de Administrador Executivo (abril 2006 a dezembro 2008) da Metacortex S.A., empresa de consultoria técnica e de gestão nos domínios da floresta e dos recursos naturais. Associou-se à equipa da Metacortex em janeiro de 2004, tendo assumido a direção da Unidade de Recursos Florestais e Geomática. Nesta empresa foi coordenador de diversos trabalhos de consultoria de planeamento e ordenamento de espaços florestais, entre os quais se destaca a coordenação de vários Planos Regionais de Ordenamento Florestal, a componente florestal do Plano Nacional para as Alterações Climáticas e a coordenação de diversos planos nas áreas da Defesa da Floresta Contra Incêndios e do Planeamento de Emergência de Proteção Civil. Foi ainda responsável pelo 1.º Inventário Florestal da Região Autónoma da Madeira e pelo Inventário Florestal da Guiné-Bissau. Antes de iniciar a sua atividade como consultor, foi assessor contratado na Direção-Geral das Florestas (março 2000 – agosto 2002), onde foi responsável pelo Inventário Florestal Nacional e membro da Equipa de Especialistas em Avaliação de Recursos Florestais da *United Nations – Economic Committee for Europe / Food and Agriculture Organization (UN-ECE/FAO)*. É autor e co-autor de 39 publicações técnico-científicas e membro da Ordem dos Engenheiros, tendo sido eleito para o triénio 2007-2010 como vogal do Conselho Nacional do Colégio de Engenharia Florestal. Desde dezembro de 2010, desempenhou as funções de Assessor/Especialista no Gabinete do Secretário de Estado das Florestas e Desenvolvimento Rural, sendo o responsável pela coordenação do 6.º Inventário Florestal Nacional.

206799014

Gabinete do Secretário de Estado da Alimentação e da Investigação Agroalimentar

Despacho n.º 3634/2013

1 – Ao abrigo do disposto no n.º 2 do artigo 3.º, nos n.ºs 1, 2 e 3 do artigo 11.º e no artigo 12.º do Decreto-Lei n.º 11/2012, de 20 de janeiro, designo, para exercer as funções de apoio auxiliar ao meu gabinete, Virgínia da Conceição Martins dos Santos Lopes, assistente operacional da Secretaria-Geral do Ministério da Agricultura, do Mar, do Ambiente e do Ordenamento do Território, com efeitos a partir de 1 de fevereiro de 2013.

2 – Os encargos com a remuneração do designado são assegurados pelo serviço de origem e pelo orçamento do meu gabinete, nos termos do n.º 14 do artigo 13.º do referido decreto-lei.

3 – Para efeitos do disposto no artigo 12.º do mesmo decreto-lei, a nota curricular da designada é publicada em anexo ao presente despacho.

4 – Publique-se no Diário da República e promova-se a respetiva publicitação na página eletrónica do Governo.

12 de fevereiro de 2013. — O Secretário de Estado da Alimentação e da Investigação Agroalimentar, *Alexandre Nuno Vaz Baptista de Vieira e Brito*.

Nota curricular

Nome: Virgínia da Conceição Martins Santos Lopes

Data de nascimento: 26-09-1952

Habilitações académicas: 12.º Ano

Atividade profissional: Assistente Operacional do Quadro da Secretaria-Geral do MAMAOT.

Anteriormente exerceu as seguintes funções: Assistente Operacional no Gabinete de Apoio do Secretário de Estado das Florestas e do Desenvolvimento Rural de 28-06-2011 a 31-01-2013; Assistente Operacional no Gabinete de Apoio do Secretário de Estado do Ambiente de 14-05-2005 a 20-06-2011; Auxiliar Administrativa no Gabinete de Apoio do Ministro do Ambiente e do Ordenamento do Território de 17-07-2004 a 12-03-2005; no Gabinete de Apoio do Secretário do Ambiente e do Ordenamento do Território de 24-05-2004 a 17-07-2004, no Gabinete de Apoio do Secretário de Estado do Ambiente de 8-04-2002 a 21-05-2004; no Gabinete de Apoio do Ministro do Ambiente e do Ordenamento do Território de 25-10-1999 a 6-04-2002; no Gabinete de Apoio da Ministra do Ambiente de 28-10-1995 a 25-10-1999; no Gabinete de Apoio da Ministra do Ambiente e Recursos Naturais de 11-06-1993 a 28-10-1995; no Gabinete de Apoio da Secretária de Estado Adjunta do Ministro do Ambiente e Recursos Naturais de 5-11-1991 a 11-06-1993; no Gabinete de Apoio do Secretário de Estado do Ambiente e Defesa do Consumidor de 9-01-1990 a 31-10-1991; no Gabinete de Apoio do Secretário de Estado do Ambiente e dos Recursos Naturais de 8-11-1985 a 9-01-1990; no Gabinete de Apoio do Secretário de Estado do Ambiente de 18-06-1983 a 17-08-1985.

As funções que desempenhou no apoio aos gabinetes acima citados, foram diversas tais como, apoio a reuniões, recebendo e encaminhando as pessoas à sala de reuniões, fotocópias e encadernações de brochuras necessárias ao Gabinete, digitalização de documentos, expedição de correio, responsável por pequenas compras do fundo maneio, contactos com assistência técnica das máquinas de cópias, deslocações a embaixadas para vistos de deslocações ao Estrangeiro, arquivo de documentos, pesquisa na internet de legislação de apoio aos adjuntos e assessores do gabinete, conferência de estoques de material de escritório reservado ao gabinete.

Formação complementar: Curso de Atendimento ao Público, a Qualidade e a Imagem da Organização (INA) Curso de Dactilografia (Escola Vitória) Formação de inglês (100 horas) no Instituto de Emprego e Formação Profissional de Lisboa.

206796925

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde

Despacho n.º 3635/2013

O Programa do XIX Governo Constitucional define como objetivo estratégico na área da saúde continuar a melhorar a qualidade e o acesso efetivo dos cidadãos aos cuidados de saúde, quer ao nível da organização, quer ao nível da prestação.

O Plano Nacional de Saúde 2012-2016 encontra-se também orientado para a qualidade clínica.

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, aprovada pelo Despacho n.º 14223/2009, publicado no Diário da República, 2.ª série,

n.º 120, de 24 de junho de 2009, consagra que, no processo de busca da excelência, é necessário estabelecer exigências, que formalizem os mecanismos que as instituições de saúde e os seus profissionais terão que utilizar para assegurar que os cuidados de saúde que prestam aos cidadãos respondem aos critérios da qualidade definidos pelo Departamento da Qualidade na Saúde. Tais exigências obrigam o Departamento da Qualidade na Saúde a desenvolver ações, designadamente no domínio da qualidade clínica e organizacional das unidades prestadoras de cuidados do sistema de saúde e da segurança dos doentes.

Esta estratégia inclui a melhoria da qualidade clínica e organizacional, a informação transparente ao cidadão, a segurança do doente, a qualificação e acreditação nacional de unidades de saúde, a gestão integrada da doença e a inovação, bem como a avaliação e orientação das reclamações e sugestões dos cidadãos utilizadores dos serviços de saúde.

Nos termos do Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro, que aprovou a Lei Orgânica do Ministério da Saúde, a Direção-Geral da Saúde tem como uma das suas atribuições promover o desenvolvimento, implementação, coordenação e avaliação de instrumentos, atividades e programas de segurança dos doentes e de melhoria contínua da qualidade clínica e organizacional das unidades de saúde, definindo-se ainda no Decreto-Regulamentar n.º 14/2012, de 26 de janeiro, como atribuição da Direção-Geral da Saúde, a emissão de normas e orientações, quer clínicas quer organizacionais, o desenvolvimento e a promoção da execução de programas para melhoria da prestação de cuidados em áreas relevantes da saúde, nomeadamente dos cuidados de saúde primários, hospitalares, continuados e paliativos.

Neste contexto, compete ao Departamento da Qualidade na Saúde, unidade orgânica nuclear da Direção-Geral da Saúde, emitir normas e orientações, quer clínicas quer organizacionais para melhoria da prestação de cuidados em áreas relevantes da saúde, nomeadamente nos cuidados de saúde primários, hospitalares, continuados e paliativos; promover e coordenar o desenvolvimento, implementação e avaliação de instrumentos, atividades e programas de melhoria contínua da qualidade clínica e organizacional das unidades de saúde e analisar, certificar e divulgar a qualidade da prestação de cuidados de saúde nos cuidados de saúde primários, hospitalares, continuados e paliativos, coordenando o sistema de qualificação das unidades de saúde.

Considerando, neste âmbito, que o Serviço Nacional de Saúde assenta na garantia da sua sustentabilidade através da qualidade e segurança dos cuidados que presta à população, é indispensável definir uma estrutura de governação que responsabilize e operacionalize os diferentes níveis da prestação de cuidados pela implementação da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde. Pretende-se que haja uma estruturação que permita que as recomendações, orientações e normas técnicas, elaboradas no âmbito da melhoria contínua da qualidade e emitidas pela Direção-Geral da Saúde, encontrem o eco adequado nas instituições do Serviço Nacional de Saúde e se propaguem em rede, contínua e permanente, a todos os profissionais na sua prática clínica diária. Da mesma forma, pretende-se que haja uma recolha sistemática de informação sobre o grau de implementação da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde em cada instituição.

Assim:

ao abrigo do disposto no artigo 1.º, nas alíneas a) e b) do artigo 2.º, no artigo 7.º, na alínea c) do n.º 1 do artigo 12.º do Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro, do artigo 5.º, artigo 6.º do Regime Jurídico da Gestão Hospitalar, aprovado pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, determino:

1. Todos os serviços e entidades públicas prestadoras de cuidados de saúde, designadamente os agrupamentos de centros de saúde, os estabelecimentos hospitalares, independentemente da sua designação, e as unidades locais de saúde, devem elaborar um plano de ação anual, que explicita as atividades e o planeamento que a instituição pretende desenvolver atentas as prioridades estratégicas e ações definidas na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, segundo um modelo definido pelo Departamento da Qualidade na Saúde.

2. O plano de ação, devidamente aprovado pelos serviços e entidades referidos no n.º 1, é remetido, para homologação, ao Diretor-geral da Saúde até ao fim do ano anterior a que o plano diga respeito.

3. No quadro do plano de ação anual, deve ser elaborado um relatório anual de atividades que explicita os resultados das atividades desenvolvidas, segundo um modelo definido pelo Departamento da Qualidade na Saúde, o qual deverá ser enviado, até ao fim do 1.º trimestre do ano civil seguinte a que o relatório se refira, ao Diretor-geral da Saúde.

4. Este relatório é aprovado pelo conselho de administração ou conselho clínico da respetiva unidade de saúde.

5. O plano de ação e o relatório de atividades dos serviços e entidades referidos no n.º 1, devidamente homologados e aprovados são tomados acessíveis ao público, através do site oficial das respetivas instituições assim como dos sites oficiais da Administração Regional de Saúde territorialmente competente e da DGS.

6. Cada unidade de saúde deve assegurar, através da criação de uma comissão ou de comissões já existentes na área da qualidade e segu-

rança, a promoção, monitorização, facilitação e integração de todas as atividades previstas no plano de ação anual referido no n.º 1.

7. As comissões referidas no n.º anterior devem ter um regulamento próprio, aprovado pelo conselho de administração ou conselho clínico, podendo ter subcomissões, mas devem abranger todas atividades relacionadas com a qualidade e segurança.

8. O regulamento das comissões referidas no n.º 6 atende as seguintes orientações:

a) A comissão tem uma composição multiprofissional, e é presidida por um profissional de reconhecido mérito;

b) O presidente da comissão responsável pelo controlo das infeções associadas a cuidados de saúde deve pertencer a esta comissão, devendo a atividade desta comissão estar enquadrada no plano de ação;

c) As atividades desenvolvidas pelos gabinetes do utente e do cidadão estão igualmente enquadradas por esta comissão;

d) As comissões devem estar na dependência direta do conselho de administração ou conselho clínico.

9. As comissões dos hospitais ou centros hospitalares devem articular-se com as comissões dos ACEs que referenciem para essas unidades, para o desenvolvimento de atividades conjuntas que promovam a monitorização e melhoria da qualidade. Estas atividades conjuntas devem fazer parte obrigatória dos planos de ação. As reuniões conjuntas destas comissões devem ter uma periodicidade mínima trimestral.

10. As ARS têm a responsabilidade de implementar, a nível regional, a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde.

11. O Departamento da Qualidade na Saúde deverá ter uma reunião trimestral com os membros dos Conselhos de Diretivos das ARS com competências na área da implementação da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde.

12. O Departamento da Qualidade na Saúde constituirá com os presidentes das comissões referidas no n.º 6 uma rede permanente para disseminação das orientações da DGS, para estimular sinergias a todos os níveis e para a obtenção de um retorno fidedigno e regular sobre a implementação da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde a nível de cada instituição.

13. O Departamento da Qualidade na Saúde deverá ter uma reunião anual com os presidentes de todas as comissões, com a participação dos membros dos Conselhos de Diretivos das ARS com competências na área da implementação da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde.

14. Os objetivos do plano de ação devem ser incluídos nos contratos programas acordados com cada instituição.

15. O presente despacho produz efeitos à data da sua publicação.

27 de fevereiro de 2013. — O Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, *Fernando Serra Leal da Costa*.

206793766

Administração Regional de Saúde do Centro, I. P.

Aviso n.º 3332/2013

Procedimento concursal comum para recrutamento de trabalhadores sem relação jurídica de emprego público constituída, para preenchimento de 122 postos de trabalho da carreira especial de enfermagem do mapa de pessoal da Administração Regional de Saúde do Centro, I. P.

Nos termos do disposto no n.º 6 do artigo 6.º e no artigo 50.º da Lei n.º 12-A/2008, de 27 de fevereiro, torna-se público que, por deliberação do Conselho Diretivo de 14 fevereiro de 2013, proferida ao abrigo de competência própria, se encontra aberto, pelo prazo de 10 dias úteis, a contar da data da publicação do presente aviso, procedimento concursal comum, tendo em vista o preenchimento de 122 (cento e vinte e dois) postos de trabalho da carreira de Enfermagem, na área de Enfermagem, na modalidade de relação jurídica de emprego público, titulada por contrato de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado, do mapa de pessoal da ARS do Centro, IP, para os Agrupamentos de Centros de Saúde.

1 — Identificação e caracterização do posto de trabalho e atividades a cumprir:

1.1 — O conteúdo funcional da categoria de enfermeiro é inerente às respetivas qualificações e competências em enfermagem, compreendendo plena autonomia técnico-científica, conforme previsto no n.º 1 do artigo 9.º, do Decreto-Lei n.º 248/2009, de 22 de setembro.

2 — Local de trabalho:

As funções serão exercidas nas instalações da ARS do Centro, I. P., de acordo com a seguinte distribuição:

Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Mondego: 23 postos de trabalho.

ANEXO 7 - Regulamento da CQSD do HDFS, EPE.



COMISSÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO DOENTE

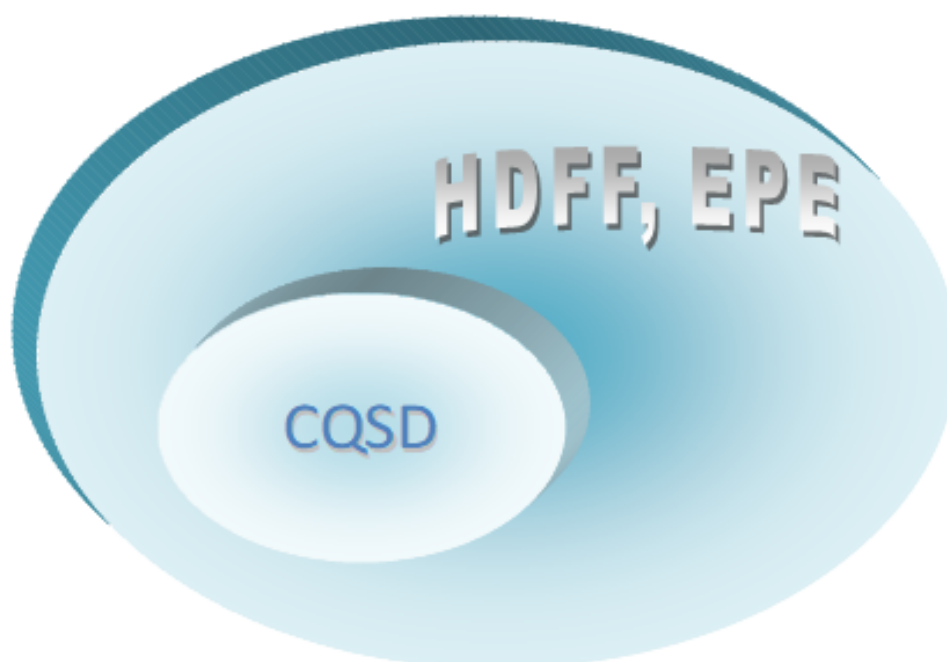
REG.CQSD.2

REGULAMENTO

Aprovação:

Data: 23 de Outubro de 2018

Modificações: Atualização do documento





ÍNDICE

Natureza, Constituição e Mandato.....	3
Missão, Visão e Valores.....	3
Funcionamento	4
Regime de trabalho	4
Atribuições e competências	4
Dos Órgãos	5
Reuniões ordinárias.....	6
Reuniões extraordinárias.....	7
Deveres dos membros.....	7
ANEXO 1 - COMISSÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO DOENTE NO ORGANIGRAMA DO HFFF, EPE.....	8
ANEXO 2 - ORGANIGRAMA DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE DO HFFF, EPE	9



COMISSÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO DOENTE

REG.CQSD.2

REGULAMENTO

O Regulamento da Comissão de Qualidade e Segurança do Doente (CQSD) está elaborado de acordo com o Despacho n.º 3635/2013, de 7 de Março, com o Regulamento Interno do HDFF, EPE aprovado pelo CA e outras orientações legais aplicáveis.

Artigo 1.º

NATUREZA, CONSTITUIÇÃO E MANDATO

1. A CQSD é um órgão de caráter consultivo e de apoio nomeado pelo Conselho de Administração (CA), de acordo com o art.º 25.º do Regulamento Interno do Hospital Distrital da Figueira da Foz, aprovado em 5 de fevereiro de 2013, e com autonomia técnica;
2. É constituída por uma equipa pluridisciplinar com o máximo de cinco elementos de diferentes setores profissionais, integrando-a por inerência o Coordenador do Gabinete da Qualidade e Gestão de Risco (GQGR) e o Auditor Interno, bem como, para cumprimento do Despacho referido, o Coordenador do Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA) e o profissional com responsabilidades na área do Gabinete do Cidadão;
3. É presidida pelo Presidente do Conselho de Administração ou por outro profissional de reconhecido mérito em que ele delegue;
4. O órgão executivo desta Comissão é o GQGR;
5. O mandato dos membros da CQSD tem a duração de três anos.

Artigo 2.º

MISSÃO, VISÃO E VALORES

1. Tem como **missão** a promoção e o desenvolvimento da qualidade e da segurança da prestação de cuidados de saúde, de forma a garantir os direitos dos utentes do HDFF, EPE em articulação com os objetivos estratégicos do Hospital, dinamizando, sustentando e coordenando o processo de organização e produção de cuidados com base na centralidade do utente, na melhoria contínua da qualidade, na equidade, eficiência e efetividade;
2. Tem como **visão** ser reconhecida pelo seu funcionamento e organização bem estruturados e que trabalha em articulação com os vários Serviços para a prestação de cuidados de saúde de excelência e satisfação do utente.
3. Os **valores** subjacentes à sua prática são, de acordo com o Regulamento Interno:
 - a) Respeito pela dignidade humana, diversidade cultural e pelos direitos dos utentes;
 - b) Universalidade no acesso a cuidados de saúde e equidade no tratamento;
 - c) Primazia à pessoa do utente;
 - d) Honestidade, sinceridade e franqueza no relacionamento com os utentes e seus familiares e entre os seus profissionais;



COMISSÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO DOENTE

REG.CQSD.2

REGULAMENTO

- e) Elevados padrões de humanização, qualidade e competência técnica e científica dos serviços prestados;
- f) Espírito de equipa, integridade, confidencialidade, privacidade e cordialidade;
- g) A mudança como motor do desenvolvimento, focada nos seus profissionais;
- h) Eficácia e eficiência na utilização de todos os recursos ao seu dispor;
- i) Responsabilidade social;
- j) Respeito pelo ambiente;
- k) Simplicidade e funcionalidade.

Artigo 3.º

FUNCIONAMENTO

O organigrama (em anexo) evidencia a estrutura da qualidade implementada, suas relações com GQGR e restantes Serviços.

Poderão entrar em contacto com a CQSD através de correio electrónico: com.qualidadeseq.doente@hdfigueira.min-saude.pt, ou por telefone – extensão 522 / 824. Os pedidos de apoio deverão ser agendados previamente.

Artigo 4.º

REGIME DE TRABALHO

Os membros da CQSD desempenham a sua atividade, no âmbito da Comissão, cumulativamente com as funções hospitalares que exercem no Hospital ou a tempo inteiro se nomeados dessa forma.

Artigo 5.º

ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS

1. Atribuições:

A CQSD, no âmbito da promoção e desenvolvimento da política de qualidade e segurança do doente e também tendo em conta as orientações da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde e do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes para o período 2015-2020, tem as seguintes atribuições:

- a) Definir a política da Qualidade e Segurança do HDFF, EPE e os respetivos critérios de avaliação da sua implementação;
- b) Promover o acesso universal e equitativo à prestação de cuidados de saúde seguros e de qualidade;
- c) Colaborar na definição dos objetivos estratégicos do HDFF, EPE;
- d) Colaborar com o Encarregado da Proteção de Dados (EPD), na elaboração do código de conduta, enquanto instrumento adequado a assegurar a consciencialização para os temas da privacidade e proteção de dados, bem como na monitorização do seu cumprimento;

e) Fazer um levantamento regular das necessidades dos utentes e profissionais não satisfeitas, através da aplicação de um questionário de satisfação e respetivo tratamento de dados;

f) Promover a informação, comunicação e cooperação entre os serviços/profissionais, através de reuniões periódicas (4 por ano) do seu órgão executivo - GQGR - com os seus interlocutores, da pasta na intranet e outras vias consideradas pertinentes;

g) Impulsionar a identificação e monitorização de indicadores de qualidade que permitam a avaliação e planeamento de ações a desenvolver, de acordo com os objetivos estratégicos do Hospital;

h) Promover uma articulação regular com o Agrupamento dos Centros de Saúde do Baixo Mondego;

i) Dinamizar todas e quaisquer ações de sensibilização que possam contribuir para a qualidade e segurança do utente;

j) Criar grupos de trabalho, sempre que se considere necessário, para tratamento de assuntos específicos.

2. Competências:

São competências da CQSD:

- a) Elaborar o seu regulamento interno a aprovar pelo CA;
- b) Apresentar proposta anual do plano de atividades;
- c) Elaborar o relatório de atividades até final do 1º trimestre de cada ano;
- d) Contribuir para a melhoria das condições de receção, acolhimento, informação e apoio aos utentes e seus acompanhantes;
- e) Promover ações de informação/formação e outras iniciativas que visem melhorar os cuidados de saúde;
- f) Colaborar na apresentação, ao CA, de propostas de solução para os problemas identificados pelo GQGR, promovendo a sua execução;
- g) Participar nas reuniões convocadas pelo CA ou outras consideradas relevantes;
- h) Colaborar com o Gabinete de Formação Contínua (GFC) na realização de ações de formação e sensibilização dos colaboradores.

Artigo 6.º

DOS ÓRGÃOS

1. Presidente da CQSD

Competências:

- a) Representar a CQSD;
- b) Convocar e presidir às reuniões da Comissão, bem como estabelecer a respetiva ordem de trabalhos;

c) Acompanhar o desenvolvimento dos trabalhos, distribuindo tarefas pelos seus membros e estabelecer contactos com instituições ou cidadãos, cuja colaboração se afigure indispensável à efetiva prossecução dos objetivos fixados;

d) Dar conhecimento aos seus membros, dos trabalhos ou projetos que estão a ser desenvolvidos pela Direção Geral da Qualidade, no âmbito da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde;

e) Delegar num dos membros algumas das suas funções, em caso de impossibilidade.

2. Coordenador do GQGR

Competências:

a) Elaborar o seu Regulamento Interno;

b) Coordenar e divulgar a política de qualidade e segurança do doente, definida pela Tutela, pelo Conselho de Administração e pela CQSD;

c) Coordenar a estratégia de gestão de risco global, planeando e integrando a gestão do risco clínico e a gestão do risco não clínico;

d) Assegurar a humanização dos serviços prestados, promovendo a centralidade do utente no sistema, o respeito pela vida e pela morte bem como a dignidade e solidariedade humanas e institucionais;

e) Realizar, promover e monitorizar projetos de qualidade e segurança do doente, estudos, auditorias, inquéritos e outras informações relevantes, não descurando as questões da privacidade e proteção de dados pessoais;

f) Apoiar e acompanhar ações de melhoria da qualidade e segurança do doente, equipas de projetos da qualidade e prestação de serviços nesta área;

g) Promover a articulação com outras comissões e serviços, relativamente aos aspetos da qualidade e segurança do doente;

h) Colaborar na definição e avaliação de indicadores da qualidade e de segurança do doente;

i) Sensibilizar e formar os profissionais e outros intervenientes, no âmbito da gestão da qualidade e segurança do doente;

j) Elaborar e divulgar documentos, estratégias e políticas relativas ao Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ), à Certificação /Acreditação e à gestão do risco do HDFS, EPE, bem como, apoiar a sua monitorização nos Serviços;

k) Colaborar na elaboração do Relatório e Plano de Atividades Anual da Comissão para a Qualidade e Segurança do Doente e noutros sempre que solicitado.

Artigo 7.º

REUNIÕES ORDINÁRIAS

1. A CQSD reunirá, em local a designar, com uma periodicidade trimestral, preferencialmente na primeira segunda-feira do terceiro mês do trimestre, das 09:00h às 10:00h podendo ser prolongada se a ordem de trabalho o justificar. Em caso de feriado ou impossibilidade, a reunião passará para a semana anterior ou posterior;

ANEXO 8 – Regulamento do GQGR do HDFF, EPE



GABINETE DA QUALIDADE E GESTÃO DO RISCO

REG.GQGR.5

REGULAMENTO

Aprovação: CA - 05/12/18 - ATA N.º 42

Data: 2 de novembro de 2018

Modificações: Constituição do GQGR; Atribuições, Competências e Responsabilidades; Regime de trabalho; Operacionalização do GQGR; Anexos.



ÍNDICE

NATUREZA, CONSTITUIÇÃO E MANDATO	3
MISSÃO, VISÃO E VALORES	3
FUNCIONAMENTO	3
REGIME DE TRABALHO	4
ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS	4
DOS ÓRGÃOS.....	5
REUNIÕES ORDINÁRIAS	6
REUNIÕES EXTRAORDINÁRIAS.....	6
DEVERES DOS MEMBROS	7
ANEXO I - ORGANIGRAMA DA DINÂMICA OPERACIONAL DO GQGR	8
ANEXO II - ORGANIGRAMA DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE DO GQGR	9
ANEXO III - PROCESSO GERAL DE GESTÃO DO RISCO	10

O Regulamento do Gabinete da Qualidade e Gestão de Risco (GQGR) está elaborado de acordo com o Regulamento Interno do HDFS, EPE, o Regulamento da Comissão para a Qualidade e Segurança do Doente (CQSD) e outras orientações legais aplicáveis.

Artigo 1.º

NATUREZA, CONSTITUIÇÃO E MANDATO

1. O GQGR é o órgão executivo da CQSD;
2. É constituído por uma equipa pluridisciplinar, proposta pelo seu Coordenador, que integra vários grupos profissionais, nomeadamente farmacêuticos, médicos, enfermeiros e técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica e homologada pelo Conselho de Administração (CA);
3. O GQGR é coordenado por um profissional com perfil e competências adequados, sob proposta do Presidente da CQSD, de acordo com o Regulamento Interno do HDFS, EPE, em vigor;
4. A dinâmica operacional é assegurada, pelos membros que integram o Gabinete, pelos colaboradores que constituem os grupos de trabalho existentes e por uma bolsa de auditores internos do HDFS, EPE com qualificação para realizarem as auditorias internas nos diferentes setores definidos nomeadamente, Qualidade, Gestão do Risco Clínico (GRC) e Gestão de Risco não Clínico (GRnC). Sempre que se justifique, as avaliações efetuadas no âmbito do Risco Clínico e não Clínico, podem ser asseguradas por profissionais que não pertencem à bolsa de auditores não tendo, por esse motivo, formação no referencial da Norma ISO, ACSA ou outro em vigor.

Artigo 2.º

MISSÃO, VISÃO E VALORES

1. O GQGR tem como missão executar o Plano de Atividades da CQSD, fazendo cumprir os requisitos aplicáveis em todas as suas ações, a promoção da melhoria contínua dos cuidados de saúde prestados aos utentes, o controlo do risco clínico e não clínico, tendo em vista um ambiente seguro para os utentes e colaboradores;
2. Tem como visão ser reconhecido pela excelência dos resultados obtidos, interna e externamente, na consolidação das condições inerentes para uma prestação de cuidados seguros e de qualidade;
3. Os valores que orientam a sua atividade assentam nos pilares da transparência, confidencialidade, ética e deontologia, honestidade, sinceridade, franqueza e respeito no relacionamento com o utente e seus familiares, bem como, com os colaboradores.

Artigo 3.º

FUNCIONAMENTO

1. O organigrama evidencia a dinâmica operacional do GQGR e a sua interação com a CQSD (Anexo I).
2. O GQGR, na sua dinâmica operacional com todos os Serviços do HDFS, EPE, garante o processo de Certificação e Acreditação dos Serviços do âmbito, impulsionando a sua extensão a todos os outros Serviços, bem como, a implementação e normalização do Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ)

aprovado no Hospital. O SGQ do GQGR encontra-se definido no Anexo II;

3. No âmbito da Gestão do Risco, os setores da GRC e a GRnC interagem com todos os Serviços do Hospital. Esta interação é facilitada através do trabalho desenvolvido pelos membros do Gabinete dos Auditores;

4. O contacto com o GQGR pode ser feito através de correio eletrónico – gqgr@hdfigueira.min-saude.pt ou pelo telefone fixo - extensão 522, 864 (967128577) ou 822 (960480248). Todas as solicitações/reuniões devem ser agendadas previamente.

Artigo 4.º

REGIME DE TRABALHO

1. Os membros do GQGR desempenham a sua atividade, no âmbito da qualidade, cumulativamente com as funções hospitalares que exercem no Hospital ou a tempo inteiro se nomeados dessa forma;

2. Aos auditores que não têm funções de chefia são-lhes atribuídas podem, no caso de o Serviço permitir, ter 3 horas por escala, para trabalho no âmbito das auditorias internas e acompanhamento dos Serviços. Em situação de auditoria, poder-se-á disponibilizar, para além do tempo da realização da auditoria, o tempo considerado necessário para preparação e elaboração do relatório da mesma.

Artigo 5.º

ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS

1. Atribuições:

O GQGR, no âmbito da promoção e desenvolvimento da sua Missão e tendo em conta as orientações e diretivas da CQSD, tem as seguintes atribuições:

a) Colaborar nos Processos de SGQ do HDFS, EPE, Certificação e/ou Acreditação através da implementação das suas estratégias, diretivas e da monitorização de processos e resultados;

b) Elaborar o Plano Anual de Auditorias Internas (PAAI) no âmbito da Qualidade, Risco Clínico e não Clínico, promovendo a sua execução;

c) Acompanhar e apoiar os Serviços na:

- Operacionalização e tratamento administrativo dos processos de certificação, de acreditação e na globalidade, do SGQ de todos os Serviços;
- Realização de auditorias internas e externas da qualidade;
- Resolução de ações corretivas levantadas pelas auditorias internas e externas;

d) Contribuir, em colaboração com a CQSD para desenvolver o acervo documental quer transversal do Hospital quer do GQGR, mantendo-o normalizado e atualizado;

e) Desenvolver/implementar os instrumentos adequados para que sejam definidas, para cada tipo de risco, estratégias de prevenção, minimização ou transferência do risco, de acordo com Processo Geral de Gestão do Risco (Anexo III), comunicando com e consultando as partes interessadas, definindo o contexto externo e interno, avaliando os perigos, monitorizando e revendo de forma sistemática os mesmos através da sua identificação e análise;

- f) Gerir os incidentes ocorridos, promovendo entre os profissionais a prática sistemática de registo e notificação interna (I.17) e na plataforma NOTIFIC@, a análise das causas e sua monitorização, com vista à melhoria contínua da qualidade e segurança do utente;
- g) Promover formação sobre Qualidade, Gestão do Risco e Segurança do Doente;
- h) Desenvolver ações para a implementação, manutenção e avaliação das Medidas de Autoproteção do HDFF, EPE em articulação com os Serviços e entidades externas, para a elaboração do Plano de Segurança Interno e Plano de Emergência Externo (PEE), bem como a respetiva operacionalização;
- i) Colaborar com os Serviços na atualização dos Mapas de Risco;
- j) Elaborar e manter atualizado o Mapa de Risco global do Hospital;
- k) Criar grupos de trabalho, sempre que se considere necessário, para tratamento de assuntos específicos;
- l) Avaliar a satisfação dos Serviços para com o desempenho do Gabinete.

2. Competências:

- a) Elaborar o seu Regulamento interno a aprovar pelo CA;
- b) Realizar a Revisão e Planeamento, até final do 1º trimestre de cada ano;
- c) Elaborar propostas de solução para problemas identificados e analisá-los em reunião da CQSD;
- d) Participar nas reuniões convocadas pelo CA ou outras consideradas relevantes;
- e) Colaborar com o Gabinete de Formação Contínua (GFC) na realização de ações de formação e sensibilização dos colaboradores.

Artigo 6.º

DOS ÓRGÃOS

1. Coordenador do GQGR

Competências:

- a) Elaborar e manter atualizado o seu Regulamento Interno;
- b) Representar o GQGR;
- c) Coordenar e divulgar a Política de Qualidade e Segurança do Doente definida pela Tutela, pelo Conselho de Administração e pela CQSD;
- d) Coordenar a estratégia de Gestão do Risco global e sua implementação;
- e) Sensibilizar e formar os profissionais e outros intervenientes, no âmbito da gestão da qualidade e segurança do doente;
- f) Promover o mapeamento dos riscos dos Serviços e do HDFF,EPE;
- g) Monitorizar a atualização dos Mapas de Risco e as ações implementadas para reduzir os riscos a um nível aceitável;
- h) Promover, acompanhar e monitorizar projetos de qualidade e segurança do doente, estudos,



GABINETE DA QUALIDADE E GESTÃO DO RISCO

REG.GQGR.5

REGULAMENTO

auditorias, implementação de questionários e outras ações tidas como relevantes para os processos definidos pelo GQGR;

- i) Promover a articulação com outras Comissões e Serviços relativamente aos aspetos da qualidade e segurança do utente;
- j) Colaborar na definição e avaliação de indicadores da qualidade e de segurança do utente, para monitorizar os processos;
- k) Elaborar e divulgar documentos, estratégias e políticas relativas ao Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ), à Certificação /Acreditação e à gestão do risco do HDFF, EPE, bem como, apoiar a sua monitorização nos Serviços;
- l) Validar ou delegar a validação dos relatórios das Auditorias Internas antes de serem entregues aos Serviços;
- m) Coordenar e dinamizar os setores das áreas Clínica, não Clínica e Qualidade, bem como, os grupos de trabalho organizados, no âmbito da prevenção do risco nas diversas áreas de intervenção;
- n) Colaborar na elaboração do Relatório e Plano de Atividades Anual da Comissão para a Qualidade e Segurança do Doente e noutros sempre que solicitado.

Artigo 7.º

REUNIÕES ORDINÁRIAS

1. Os membros do GQGR reúnem, no Gabinete ou em local a designar, com uma periodicidade mensal, preferencialmente na primeira sexta-feira de cada mês, das 12:30h às 13:30h podendo ser o horário prolongado, se a ordem de trabalhos o justificar. Em caso de feriado ou impossibilidade da maioria dos membros, a reunião passará para a semana anterior ou posterior;
2. As alterações ao dia e hora fixados deverão ser comunicados por correio eletrónico ou, excecionalmente, por telefone a todos os membros, em devido tempo de modo a garantir o seu conhecimento;
3. Podem ser convocados, para as reuniões do GQGR, os Auditores do Sistema de Gestão da Qualidade e outros profissionais que efetuem auditorias, os interlocutores da Qualidade dos Serviços ou outros colaboradores do HDFF, EPE, sempre que o Coordenador do GQGR entender pertinente;
4. Os trabalhos iniciam-se com a presença da maioria simples dos membros convocados;
5. De cada reunião é lavrada uma ata que, em reunião posterior, será submetida à apreciação e assinada pelos membros presentes.

Artigo 8.º

REUNIÕES EXTRAORDINÁRIAS

1. Estas podem ser convocadas pelo seu coordenador ou a pedido de algum dos seus membros, devendo haver indicação expressa dos assuntos a tratar;
2. A sua realização deverá acontecer nos 15 dias seguintes ao da sua convocatória.



GABINETE DA QUALIDADE E GESTÃO DO RISCO

REG.GQGR.5

REGULAMENTO

Artigo 9.º

DEVERES DOS MEMBROS

São deveres dos membros:

1. Comparecer às reuniões ordinárias ou extraordinárias agendadas;
2. Participar ativamente nas mesmas, bem como no Plano Anual de Atividades do GQGR;
3. Assinar as atas das reuniões em que estiveram presentes;
4. Colaborar na elaboração da Revisão e Planeamento anual;
5. Rubricar sempre os relatórios das auditorias, conforme MQ.GQGR;
6. Assumir a missão do Gabinete, defendendo-a, implementando-a e divulgando-a.

Figueira da Foz, 2 de novembro de 2018,

A Coordenadora do Gabinete da Qualidade e Gestão do Risco

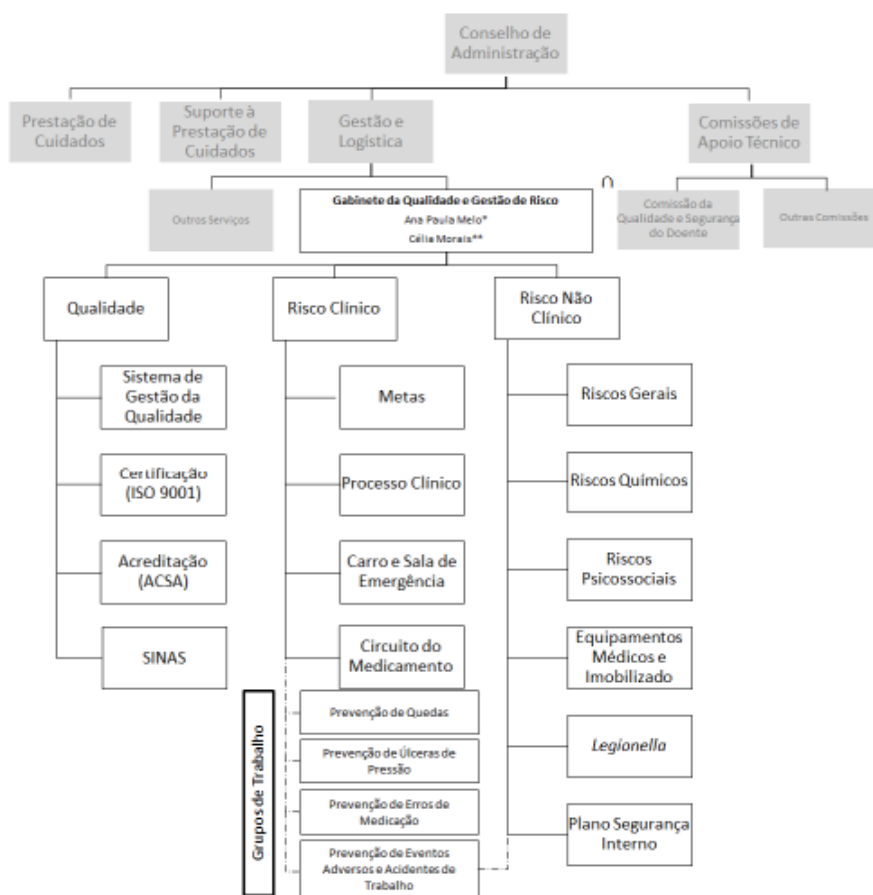
Assinatura _____ MEC. Nº _____

A implementação do Sistema de Gestão da Qualidade no meio hospitalar e o papel da Auditoria Interna: o caso do HDFS, EPE



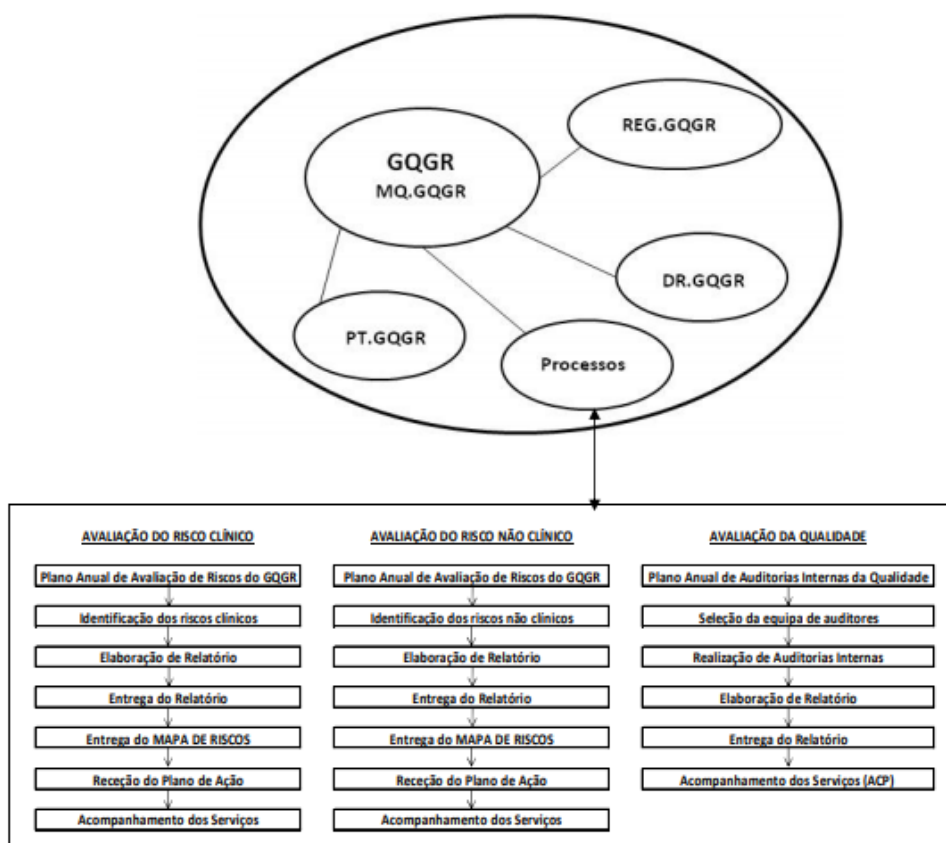
GABINETE DA QUALIDADE E GESTÃO DO RISCO
REG.GQGR.5
REGULAMENTO

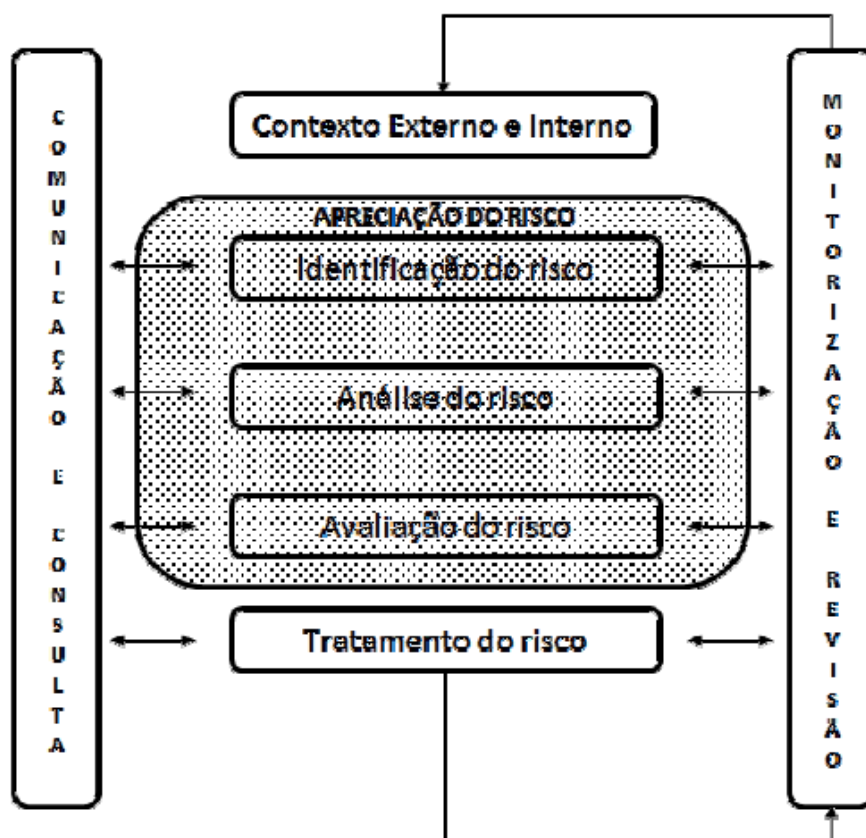
ANEXO I - ORGANIGRAMA DA DINÂMICA OPERACIONAL DO GQGR



* Coordenador/Responsável da Qualidade
 ** Substituto do Coordenador/Responsável da Qualidade

ANEXO II - ORGANIGRAMA DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE DO GQGR





]

ANEXO 9 – CQSD - Plano de Ação do HDFS, EPE.

The screenshot displays a web interface for the Quality Management System (CQSD). The main heading is "Relatórios em elaboração" (Reports in progress). Below this, there is a search bar and a form for creating a report. The form includes fields for "Ano" (Year), "Evidência" (Evidence), "ARS" (Accreditation), "Tipo de unidade" (Unit type), "Utilizador" (User), and "E-mail". A "PLANO DE ATIVIDADES" (Activity Plan) section is also visible, with a question "Preenchimento do Plano de Atividades concluído?" (Activity Plan completion?).

A notification box at the top right states: "www.dgs.pt diz: O seu registo foi concluído com sucesso. O processo está neste momento disponível para análise por parte da respetiva ARS. Obrigado pela sua colaboração." (www.dgs.pt says: Your registration was completed successfully. The process is now available for analysis by the respective ARS. Thank you for your collaboration.)

The right sidebar shows a navigation menu for "Comissões Qualidade e Segurança" (Quality and Safety Commissions), with options like "Iniciar Preenchimento" (Start completion), "Relatório/Plano em Elaboração" (Report/Plan in progress), "Relatório/Plano em Validação pela ARS" (Report/Plan in validation by ARS), "Relatório/Plano Validado pela ARS" (Report/Plan validated by ARS), "Relatório/Plano Homologado pelo DG" (Report/Plan homologated by DG), and "Relatórios/Planos de Anos Anteriores" (Reports/Plans of previous years).

The main content area shows a "Relatório de atividades / Plano de Ação" (Activity Report / Action Plan) for the period "1 de janeiro a 31 de dezembro do ano anterior" (1st January to 31st December of the previous year). It includes a section for "Aprovações e Homologações" (Approvals and Homologations) with a checkbox for "Plano de Ação aprovado, assinado pelo responsável máximo da instituição (Presidente do Conselho de Administração/Diretor Executivo) e com o respetivo selo" (Action Plan approved, signed by the maximum responsible of the institution (President of the Board of Directors/Executive Director) and with the respective seal). The date of approval is set to "2019-01-30".

ANEXO 10 – SGQ do HDFS, EPE – Suporte Documental (PQ. 01)



PQ.01.3

CONTROLO DE DOCUMENTOS E REGISTOS

Aprovação: CA 17/12/2015, ATA Nº 48

Data: 26 de outubro de 2015

Modificações: Atualização do documento: responsabilidades, siglas dos Serviços, confidencialidade dos dados e alteração da data para regularizar a documentação do SGQ.

OBJECTIVO: Definir a metodologia de organização e controlo dos documentos do Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) e os registos gerados, incluindo documentos de origem externa.

RESPONSABILIDADES:

AÇÃO	CA	DT	CGQGR	RQS	GS	C
Elaborar a Documentação	●	●	●	●	●	○
Aprovar: Manual da Qualidade (MQ), Regulamentos (REG), Procedimentos da Qualidade (PQ), Documentos de Referência (DR) e Procedimentos Técnicos (PT)	●				●	
Aprovar Impressos transversais (I)	●					
Aprovar Impressos específicos dos Serviços (I. Código do Serviço)					●	
Validação dos MQ e PT dos Serviços		★			★	
Codificar e controlar todos os documentos			●	●	●	
Disponibilizar todos os documentos e distribuí-los			●			○
Documentação em discussão (DOC. EM DISCUSSÃO) na intranet						○

LEGENDA: ● Responsabilidade ★ Validação ○ Colaboração

SIGLAS: C - Colaboradores; CA - Conselho de Administração; CGQGR - Coordenador do gabinete da qualidade e gestão do risco;

GS – Gestão de Serviço (Direção/Coordenação/Enf. Chefe/Responsável de Serviço); DT - Direções Técnicas (Diretor Clínico e Enfermeira Diretora); RQS - Responsável da Qualidade do Serviço.

DESCRIÇÃO:

A assinatura/rubrica de toda a documentação elaborada e produzida no hospital, que tenha de ser assinada, deve ser acompanhada, obrigatoriamente, de número mecanográfico.

1. Tipo e Codificação de Documentos

Os documentos podem ser transversais à organização ou específicos de cada Serviço, devendo ser dada prioridade ao suporte digital dos mesmos. Consideram-se transversais os documentos elaborados por Serviços/Comissões/Gabinetes cujo âmbito seja de aplicação geral no Hospital. A sua impressão deve ser limitada apenas a situações absolutamente necessárias.

Política da Qualidade (POL.QUA. Edição)

Descreve a filosofia que o Hospital quer seguir no âmbito da prestação de cuidados ao utente, com base na Melhoria Contínua e num Sistema de Gestão da Qualidade, indo ao encontro das orientações estratégicas nacionais da Direção Geral da Saúde e seu Departamento da Qualidade.

ANEXO 11 – SGQ do HDFS, EPE – Sistema de Documentação (PQ.02)



PQ.02.2

SISTEMA DE COMUNICAÇÃO

Aprovação: CA – 26/11/15 – ATA Nº 45

Data: 19 de outubro de 2015

Modificações: Atualização do documento – formas de comunicação e Manual Multilinguístico.

Objetivos

Definir o enquadramento, competências, suportes, circuitos e processamento da comunicação / informação no HDFS, EPE;

Descrever o modo de atuação onde existe comunicação com o cliente.

Responsabilidades

Todo o profissional tem o dever e a responsabilidade de informar e de se manter informado.

A informação pode ser emitida ou recebida através de diferentes meios abaixo descritos.

Meio de comunicação	CA	Gestão	RQS	AT	GCI	C
Reuniões	●	●	●	○		
Circular Informativa/Circular Normativa	●			○		
Folha de Comunicação Interna e Externa	●	●	●	○		
Folha de Ocorrências	●	●	●			
Reclamações	●	●	●			
Newsletter					●	○

LEGENDA: ● Responsabilidade ○ Colaboração

SIGLAS: AT – Assistente Técnico; CA - Conselho de Administração; Gestão – Direção/Coordenação/

Enf.Chefe/Responsável de Serviço; RQS - Responsável da Qualidade do Serviço; GCI - Gabinete de Comunicação e Imagem, C - Colaborador.

Descrição

As vias de comunicação utilizadas no HDFS, EPE são a oral e escrita. Esta última pode ser em suporte informático ou de papel, caminhando o Hospital para a total informatização clínica.

Para dar resposta às necessidades de comunicação com utentes de outras nacionalidades e/ou portadores de incapacidade visual ou auditiva, o Hospital dispõe de algumas ferramentas que possibilitam ultrapassar estas situações. Nalguns destes casos, para além de se poder utilizar a linha direta da Direção Geral da Saúde (DGS), foi elaborado um Manual Multilinguístico, adaptado do Manual Inglês utilizado pela Cruz Vermelha em situações de emergência, com questões e palavras simples, em 38 línguas, incluindo o português, para melhor comunicação entre o profissional e o utente. Encontra-se disponível, em suporte informático nos Serviços e dois exemplares em suporte de papel, um na Admissão do Serviço de Urgência e outro na Admissão da Consulta Externa,

ANEXO 12 – SGQ do HDFS, EPE – Ações Corretivas e Preventivas (PQ. 03)



PQ.03.1

AÇÕES CORRETIVAS E PREVENTIVAS

Aprovação: CA – 03/03/2014 – ATA Nº 9

Data: 3 de julho de 2013

Modificações:

Objetivos

Descrever o procedimento geral para a realização de Ações Corretivas e Preventivas (ACP's).

Responsabilidades

A abertura e processamento das ACP's são realizados e monitorizados pelo Responsável da Qualidade, sempre com o conhecimento da Gestão do Serviço.

O planeamento das ACP's e a monitorização da sua implementação são realizados pelo Responsável da Qualidade, juntamente com a Gestão e/ou colaborador responsável da área implicada.

A verificação da eficácia das ações é feita pela Gestão do Serviço.

Descrição:

A oportunidade de melhorar pode surgir através de: notificação de Ocorrências, análise das Medições, análise das Reclamações, Auditorias, Revisões do Sistema de Gestão da Qualidade e resultados dos Inquéritos de Satisfação.

- Planeamento

Para além das origens mencionadas anteriormente, a oportunidade da abertura de uma ACP pode ser identificada por qualquer colaborador do Serviço, que a deve apresentar ao Responsável da Qualidade para poder ser analisada, classificada e, eventualmente, abrir uma ACP.

Após a descrição da não conformidade (ou risco de existência de uma não conformidade, no caso de uma ação preventiva), são analisadas as possíveis causas que a fundamentam.

O Responsável da Qualidade atribui à ação uma numeração sequencial por ano civil.

- Execução

- Encerramento

O Responsável da Qualidade deverá verificar a implementação da ação.

A Gestão do Serviço juntamente com o Responsável da Qualidade deverão verificar a eficácia da ação e fazer um juízo crítico sobre os resultados da mesma.

No final de cada ano, caso se considere que os fundamentos e objetivos propostos não foram alcançados, a ação deverá ser encerrada e aberta uma nova.

Pag. 1/1

I.01.1

ANEXO 13 – SGQ do HDFS, EPE – Revisão e Planeamento (PQ. 04)



PQ.04.2

REVISÃO E PLANEAMENTO

Aprovação: CA – 06/07/2017 – ATA Nº 26

Data: 4 de julho de 2017

Modificações: Atualização de acordo com as orientações da Norma ISO.

Objetivos

Descrever a metodologia a utilizar na revisão do desempenho anual do Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) do Serviço e planeamento da sua evolução (relatório anual e plano de ação).

Responsabilidade

A recolha e organização dos dados para a realização da revisão do SGQ são realizadas pelo Responsável da Qualidade, sendo a sua redação final da responsabilidade da Gestão do Serviço.

Descrição

A revisão e o planeamento (I.38) são dois tempos distintos mas complementares e intimamente articulados.

A revisão e planeamento são elaborados anualmente abrangendo todo o SGQ, embora possa, sempre que seja alterada a definição dos processos do Sistema ou por outro motivo que a Gestão do Serviço considere oportuno, focar apenas alguns aspetos particulares do mesmo em revisões e planeamentos extraordinários.

Processo	Área	Rever	Planear
GESTÃO	Recursos humanos	Grau/nível de otimização dos recursos humanos, eficácia da atribuição e separação de responsabilidades, a suficiência de formação e a eficácia das acções de formação realizadas.	Alteração e/ou atribuição de funções, novos recrutamentos e necessidades de formação.
	Recursos técnicos	Grau/nível de otimização e adequação dos meios técnicos. Cumprimento das operações de manutenção e monitorização planeadas.	Necessidade de alteração de planos de equipamentos e aquisição de novos recursos.
	Sistema Documental	Adequação da documentação existente quer em termos de processos descritos quer do grau de detalhe e conteúdo dos mesmos. Estado de revisão dos documentos.	Planeamento da revisão documental. Necessidade de alteração do grau de detalhe e/ou conteúdo dos documentos.

[Pag. 1/3]

1.01.1

ANEXO 14 – SGQ do HDFS, EPE – Gestão de RH (PQ. 05)



PQ.05.1

GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS

Aprovação: CA 09/10/2014, ATA Nº 36

Data: 18 de Setembro de 2014

Modificações:

Objetivo

Identificar a metodologia de gestão de Recursos Humanos no Hospital.

Responsabilidades

GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS	CA	GRH	GS	RQ	C	GF
Seleção e Recrutamento		●				
Definição de postos de trabalho e reconhecimento de competências		●	●			
Integração	●		●			
Elaboração do dossier do pessoal		●				
Elaboração da ficha de colaborador			●	●		
Atualização dos dados do colaborador		●	●	●	●	
Planeamento de necessidades de formação			●	●		●
Comprovação da Eficácia da Formação			●			●

LEGENDA: ● Responsabilidade ○ Conhecimento

CA - Conselho de Administração; GS - Direção/Coordenação/Enf.Chefe/Responsável de Serviço; GRH- Gestão de Recursos Humanos do HDFS, EPE; RQ - Responsável da Qualidade; C - Colaborador; GF - Gabinete de Formação Contínua e Biblioteca

Descrição

A Gestão de Recursos Humanos engloba várias áreas que a seguir se descrevem:

1 - Seleção e Recrutamento

A GRH define a política da seleção e recrutamento dos vários profissionais e a GS define a dotação do Serviço e as qualificações do pessoal a integrar, dando conhecimento fundamentado ao Conselho de Administração do HDFS, EPE.

2 – Definição dos postos de trabalho e reconhecimento de competências

A GS define e formaliza em documentos de referência (DR's) as funções a exercer em cada setor ou atividade específica.

Para que um colaborador possa desempenhar uma função terá de ser reconhecido como apto para tal, pelo Serviço de Gestão de Recursos Humanos do HDFS, EPE (DR transversal) e pela Gestão do Serviço em DR específico. Este reconhecimento baseia-se na escolaridade, conhecimento e experiência das atividades a desenvolver, formação e saber fazer.

{Pag. 1/3}

I.01.1

ANEXO 15 – SGQ do HDFS, EPE – Aprovisionamento (PQ. 06)



PQ.06.2

APROVISIONAMENTO

Aprovação: CA – 23/11/17 – ATA Nº 43

Data: 13 de Novembro de 2017

Modificações: Atualização do documento, nomeadamente em relação aos fornecedores.

Objetivos:

Descrever a avaliação e seleção de Fornecedores, o circuito de compra de um produto, sua receção e verificação, bem como, o armazenamento.

Responsabilidades:

DESCRIÇÃO	CA	GS	APR	C
Avaliação e seleção de Fornecedores Externos	●	●	●	
Requisição, receção e verificação do produto		●	●	●
Armazenamento		●	●	●

LEGENDA: ● Responsabilidade

SIGLAS CA - Conselho de Administração; GS - Direção/Coordenação/Enf.Chefe/Responsável de Serviço; APR - Serviço de Aprovisionamento; C - Colaborador designado pela GS.

Descrição:

O CA/GS/APR devem, de acordo com as responsabilidades atribuídas, planejar, implementar e controlar os processos para a aquisição de um produto/serviço, de forma a satisfazer os requisitos para o seu fornecimento, definir critérios para a sua aceitação e proceder ao seu armazenamento de acordo com as condições definidas pelo produto/serviço. Devem ter em conta os riscos subjacentes que possam inviabilizar o seu não cumprimento, em qualquer das fases deste planeamento e desenvolver ações que mitiguem, ou seja, reduzam a um nível aceitável, estes potenciais riscos.

Desta forma, também de acordo com as responsabilidades que lhes são atribuídas, devem fazer a avaliação periódica dos fornecedores internos ou externos.

Avaliação e Seleção de Fornecedores

Os critérios de avaliação e seleção dos fornecedores integram a adequação e qualidade dos produtos/serviços em confronto com o valor económico das propostas e o grau de satisfação e fiabilidade atribuídos à Empresa fornecedora.

Os critérios de avaliação em que se baseia a seleção dos fornecedores são diferentes para os vários tipos de fornecedores.

ANEXO 16 – SGQ do HDFS, EPE – Produto Não Conforme (PQ. 07)



PQ.07.1

PRODUTO NÃO CONFORME

Aprovação: CA 09/10/2014, ATA Nº 36

Data: 3 de dezembro de 2013

Modificações:

Objectivo:

Descrever o tratamento e controlo dos produtos não conformes de modo a prevenir a sua utilização ou entrega involuntárias.

Responsabilidade:

As responsabilidades encontram-se definidas no quadro seguinte:

PRODUTO NÃO CONFORME	CA	GS	RQS	C
----------------------	----	----	-----	---

LEGENDA: ● Responsabilidade

SIGLAS: CA - Conselho de Administração; GS – Direção/Coordenação/Enf.Chefe/Responsável de Serviço;
RQS - Responsável da qualidade do Serviço; C- Colaborador do Serviço

Descrição:

O produto não conforme é o resultado insatisfatório de um processo. São produtos que não cumprem com os requisitos ou padrões especificados/esperados.

Estes podem ser identificados em várias fases: na receção do produto, durante a produção (produto em processo), produto acabado e produto após ser entregue ao cliente.

Esta identificação pode surgir na sequência de uma auditoria com levantamento de não conformidades, através de uma ocorrência (I.10) ou reclamação (PQ.02; I.15), no âmbito da insatisfação dos cuidados prestados ou da ineficácia do processo ou resultado.

O produto não conforme após ser identificado, deve ser controlado.

No HDFS, EPE, existem essencialmente 3 tipos de produtos que poderão estar não conforme:

- Utente que ultrapasse a demora média prevista no Serviço;
- Processo Clínico;
- Materiais, Consumíveis e Dispositivos Médicos.

Controlo do produto não conforme

Utente que ultrapasse a demora média no Serviço

Encontram-se nesta definição todo o utente que adquira uma infeção hospitalar, que tenha necessidade de cuidados acrescidos derivados de uma queda, que adquira ou agrave úlcera de pressão ou ao qual não tenha sido prestada a assistência recomendada pelas normas e orientações médicas e de enfermagem.

ANEXO 17 – SGQ do HDFS, EPE – Gestão de Equipamentos (PQ. 08)



PQ.08.1

GESTÃO DE EQUIPAMENTOS

Aprovação: CA 09/10/2014, ATA Nº 36

Data: 8 de Julho de 2014

Modificações:

Objectivo

Descrever o método de gestão dos equipamentos abrangendo a aceitação e implementação de um novo equipamento, controlo da operacionalidade e eventual desactivação.

Responsabilidades

GESTÃO DE EQUIPAMENTOS	CA	GS	RQS	SA	SIE	RS
Escolha e implementação de novo equipamento	●	●		●		
Gestão dos equipamentos			●		●	○

LEGENDA: ● Responsabilidade ○ Colaboração

SIGLAS: CA - Conselho de Administração; GS – Gestão de Serviço (Direção/Coordenação/Enf. Chefe/Responsável de Serviço); RQS - Responsável da Qualidade do Serviço; SA – Serviço de Aprovisionamento; SIE – Serviço de Instalações e Equipamento; RS – Responsável de Setor.

Descrição

No Serviço de Aprovisionamento:

Todos os equipamentos são catalogados pelo Aprovisionamento, sendo-lhes atribuído um n.º de inventário.

Sempre que houver uma alteração da localização do equipamento, a Gestão do Serviço deve informar o Aprovisionamento para que a mesma fique registada.

No SIE:

Todas as reparações e deslocações de equipamento devem ser solicitadas ao SIE através de uma requisição própria (Mod.118). Excetuam-se os equipamentos informáticos, devendo neste caso reportar-se a avaria ou deslocação ao Serviços de Sistemas de Informação.

Nos Serviços:

Processo de Equipamentos

Todos os equipamentos estão referenciados em impresso próprio - Listagem e ficha de equipamentos (I.24) - e possuem registos de intervenção técnica e documentação.

Este impresso identifica o equipamento assim como o plano das operações necessárias para este manter um bom estado de operacionalidade.

ANEXO 18 – SGQ do HDFS, EPE – Auditoria Interna (PQ. 09)



PQ.09.2

AUDITORIA INTERNA

Aprovação: CA – 14/04/16 – ATA Nº 15

Data: 22 de fevereiro de 2016

Modificações: Atualização do documento para a área da acreditação.

Objetivo:

Descrever o planeamento e execução de Auditorias Internas da Qualidade e outras.

Responsabilidade:

- O planeamento das Auditorias Internas é da responsabilidade do Gabinete da Qualidade e Gestão de Risco (GQGR) juntamente com a Gestão de cada Serviço.
- A realização das Auditorias Internas da Qualidade é da responsabilidade da equipa auditora nomeada pelo GQGR. Esta integra-se numa lista de Auditores Internos por Serviço aprovada pelo Conselho de Administração.
- A realização de outras Auditorias Internas são da responsabilidade, dependendo do seu âmbito, quer do GQGR quer da Gestão dos Serviços.
- Em todos os casos anteriores, o GQGR deve dar conhecimento à Auditora Interna do Hospital.

As responsabilidades atrás descritas encontram-se definidas no quadro seguinte:

Auditorias Internas	CA	AI	Gestão	RQS	EA	GQGR
Planeamento das auditorias internas		○	●	●		●
Realização das auditorias internas da qualidade		○	●		●	●
Lista de Auditores	●					
Realização de outras auditorias internas		○	●			●

LEGENDA: ● Responsabilidade ○ Conhecimento

SIGLAS AI - Auditora Interna; CA- Conselho de Administração do HDFS, EPE; EA - Equipa auditora; Gestão - Direção/Coordenação/Enf.Chefe/Responsável de Serviço; GQGR - Gabinete da Qualidade e Gestão do Risco; RQS - Responsável da Qualidade do Serviço.

Descrição:

A Auditoria Interna da Qualidade tem como finalidade:

- A determinação da conformidade do Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) com as disposições planeadas e com os requisitos da norma/modelo em uso;
- A verificação da implementação e eficácia do SGQ.

As outras Auditorias Internas que se mostrem necessárias para o processo de certificação/acreditação do sistema em uso e para o bom funcionamento do Hospital, têm como finalidade a avaliação e identificação dos riscos subjacentes à atividade clínica e não clínica.

As Auditorias já formalizadas neste âmbito são as seguintes:

ANEXO 19 – SGQ do HDFS, EPE – Medições (PQ. 10)



PQ.10.1

MEDIÇÕES

Aprovação: CA – 03/03/14 – ATA Nº 9

Data: 11 de julho de 2013

Modificações:

Objectivos

Identificar os indicadores derivados da política da Qualidade e dos processos, nas várias áreas que integram a norma de referência em uso;

Monitorizar os resultados do desempenho do Serviço;

Demonstrar a adequação e eficácia do Sistema de Gestão da Qualidade.

Responsabilidade

A identificação dos diversos indicadores é da responsabilidade de todos os colaboradores, sob a orientação do Responsável da Qualidade de cada Serviço; este recolhe e organiza os dados disponíveis e analisa-os com a Gestão do Serviço.

Descrição

Para além dos indicadores descritos neste procedimento, o Sistema de Gestão da Qualidade é ainda monitorizado através das Auditorias Internas da Qualidade, do acompanhamento das Acções Correctivas e Acções Preventivas, das Reclamações e, de uma forma global, através da Revisão anual do seu Sistema.

Indicadores derivados da Política da Qualidade:

Objetivo	Indicador	Origem dos Dados	Metodologia	Acompanhamento
Prestar cuidados de saúde diferenciados e de qualidade	Indicadores derivados do Processo	-	-	Anual
Assegurar o cumprimento dos requisitos aplicáveis	Requisitos	Relatórios de Auditorias ou inspecções (SS, Adm. Fiscal, etc.)	Contagem de NC pelo não cumprimento de requisitos aplicáveis	Anual

ANEXO 21 – Certificado de Conformidade ISO 9001:2015 do HDFS, EPE



Certificado de Conformidade
Certificate of Registration
PT12/03875

O Sistema de Gestão da Organização
Hospital Distrital da Figueira da Foz, E. P. E.

Gala – S. Pedro
3094-001 FIGUEIRA DA FOZ

foi auditado e cumpre com os requisitos da norma
NP EN ISO 9001:2015



Peias atividades de:
Serviço de Especialidades Cirúrgicas; Serviço de Especialidades Médicas; Hospital de Dia; Medicina Física e de Reabilitação; Serviço de Esterilização; Serviço Social; Serviços Farmacêuticos; Serviço de Imagiologia; Serviço de Gestão de Recursos Humanos; Serviços Gerais; Serviço de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho; Serviço de Medicina Laboratorial e Serviço de Aprovisionamento.

Este certificado é válido desde
This certificate is valid from
07 de fevereiro de 2018 até 26 de janeiro de 2021,
07th February 2018 until 26th January 2021, and remains valid subject to satisfactory surveillance audits
Auditoria de Renovação a realizar antes de 26 de novembro de 2020
Renewal audit due before 26th November 2020
Versão 6. Certificado pela SGS desde janeiro de 2012
Issue 6. Certified with SGS since January 2012

A auditoria que levou à emissão deste certificado teve início em 04 de dezembro de 2017
The audit leading to this certificate commenced on 04th December 2017
A data de validade do certificado anterior foi até 26 de janeiro de 2018
Previous issue certificate validity date was until 26th January 2018



IPAC
accreditação
A0003
Certificação
Sistemas de Gestão

Autorizado por:
Authorized by


Luis Neves
Direção de Certificação
Certification Management


Isabel Berger

SGS ICS – Serviço Internacional de Certificação
Pólo Tecnológico de Lisboa, 5 piso 0 – 1500-546 Lisboa
T: 217104200 F: 217157527

Pág. 1 de 1
Page 1 of 1



Este documento foi emitido pela Comissão de acordo com as Condições Gerais de Serviço disponíveis em <http://www.sgsgroup.com> e em português. Qualquer referência às cláusulas referidas aos links de suporte, especificações, normativas e parâmetros. A autoridade deste documento poderá ser verificada em <http://www.sgsgroup.com/certificados>. Qualquer alteração não autorizada, adulteração ou falsificação do conteúdo ou qualquer outro documento é ilegal e os transgressores poderão ser alvo de todas as ações legais possíveis.

ANEXO 22 – Certificado de Qualidade Nível Bom – Modelo ACSA, dos Serviços Clínicos (Cirurgia Geral, Pediatria Geral e Medicina Interna) do HDFS, EPE



DGS
Direção-Geral da Saúde



**Departamento
da Qualidade na Saúde**

Certifica que o

SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL
HOSPITAL DISTRITAL FIGUEIRA DA FOZ, EPE
ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO, IP

com o nº de projeto 2015/039, cumpre, no âmbito do Modelo de Certificação do Ministério da Saúde e à data de emissão do presente certificado, os standards definidos no Manual de Standards de Unidades de Saúde - Gestão Clínica ME 5 1_06, aplicáveis à sua carteira de serviços de cuidados de saúde hospitalares, sita na Rua Gala, 3094 - 001 Figueira da Foz.

CERTIFICAÇÃO DA QUALIDADE DE NÍVEL BOM

Resolução do Comité de Certificação datada de 25 de janeiro de 2017.

Lisboa, 25 de janeiro de 2017



ISQua
Accreditation
STANDARDS



Diretor do Departamento da Qualidade na Saúde
José Alexandre Diniz

O presente certificado com código 015/05/17 tem uma validade de cinco anos a partir da data da Resolução, salvo se ocorrerem alterações nas condições que levaram à sua emissão.



ACSA
Internacional

A Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia (ACSA) acreditada pela International Society for Quality in Health Care (ISQua Accredited Organisation) declara que este processo de certificação foi desenvolvido de acordo com o Modelo de Certificação da ACSA na sua versão internacional, respetando todos os procedimentos nele estabelecidos, tendo a avaliação sido efetuada por avaliadores qualificados no âmbito do Programa de Formação da ACSA (ISQua Accredited Surveyor Training Programme).

Diretor da ACSA
Antonio Torres Olivera 



Certifica que o

SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

HOSPITAL DISTRITAL DA FIGUEIRA DA FOZ, EPE

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO, IP

com o nº de projeto 2015/040, cumpre, no âmbito do Modelo de Certificação do Ministério da Saúde e à data de emissão do presente certificado, os standards definidos no Manual de Standards de Unidades de Saúde - Gestão Clínica ME 5 1_06, aplicáveis à sua carteira de serviços de cuidados de saúde hospitalares, sita na Gala, 3094 - 001 Figueira da Foz.

CERTIFICAÇÃO DA QUALIDADE DE NÍVEL BOM

Resolução do Comité de Certificação datada de 25 de janeiro de 2017.

Lisboa, 25 de janeiro de 2017



Diretor do Departamento da Qualidade na Saúde

José Alexandre Diniz

O presente certificado com código 014/05/17 tem uma validade de cinco anos a partir da data da Resolução, salvo se ocorrerem alterações nas condições que levaram à sua emissão.



A Agência de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) acreditada pela International Society for Quality in Health Care (ISQua Accredited Organisation) declara que este processo de certificação foi desenvolvido de acordo com o Modelo de Certificação da ACSA na sua versão internacional, respeitando todos os procedimentos nele estabelecidos, tendo a avaliação sido efetuada por avaliadores qualificados no âmbito do Programa de Formação da ACSA (ISQua Accredited Surveyor Training Programme).

Diretor da ACSA
Antonio Torres Olivera