



QUALIDADE

MANUAL DE GESTÃO DA QUALIDADE PARA CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

FICHA TÉCNICA

Identificação do Projecto

Qual_Idade - Pedido de Financiamento 2004/EQUAL/A3/AD/194

Entidade Interlocutora

SCML (Santa Casa da Misericórdia de Lisboa)

Parceria de Desenvolvimento

CEQUAL (Centro de Formação Profissional para a Qualidade), IPQ (Instituto Português da Qualidade), SCMAV (Santa Casa da Misericórdia de Arruda dos Vinhos) e UMP (União das Misericórdias Portuguesas)

Designação do Produto

Gestão da Qualidade em Unidades de Cuidados Continuados Integrados
I. Manual da Qualidade Tipo/ II. Manual de Instrumentos

Parceiros Responsáveis pelo Produto

CEQUAL (Centro de Formação Profissional para a Qualidade) - Manual da Qualidade
IPQ (Instituto Português da Qualidade) - Manual de Instrumentos
UMP (União das Misericórdias Portuguesas)

Projecto Qual_Idade (Sede)

Gabinete de Projectos Inovadores
Direcção de Acção Social
Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

Largo Trindade Coelho
1200-470 Lisboa
Telefone: 213230574 / Fax: 213235005
Email: umpqualidade@gmail.com



UNIÃO EUROPEIA
Fundo Social Europeu



Índice

Enquadramento

Volume I - Manual da Qualidade Tipo

Exemplo 3 - Santa Casa da Misericórdia de Esposende

Volume II - Manual de Instrumentos

Enquadramento

O envelhecimento constitui, para as sociedades contemporâneas desenvolvidas, uma questão cada vez mais central, assumindo reflexos, consequências e implicações num espectro cada vez mais amplo e diverso de dimensões da vida social. Com efeito, o envelhecimento, que é “à partida simplesmente demográfico, de transformação das estruturas de população por idade e sexo, transformou-se em problema de economia e de organização social.” (Guillemard, 1991).

Da centralidade do envelhecimento nas sociedades actuais, decorre, antes de mais, um aumento da complexidade e diversidade analítica, que se traduz num confronto de abordagens paradigmáticas, designadamente ao nível dos conceitos utilizados, da construção dos objectos de investigação, dos próprios entendimentos acerca do processo de envelhecimento, e das metodologias de intervenção que, no seu conjunto, traduzem o modo como as sociedades lidam com um fenómeno de importância crescente.

As características das mudanças demográficas iniciadas nos séculos XIX e XX, e cujos contornos se consolidam e expandem neste início de século, nomeadamente no que concerne ao aumento da esperança de vida, e no que respeita à quebra generalizada dos níveis de fecundidade e à redução do número médio de filhos por casal, colocam importantes questões do ponto de vista da própria estrutura demográfica e ao nível da sustentabilidade e solidariedade geracional (problemas que portanto obrigam a reflectir sobre os modos de organização económica da sociedade). Mas estas mudanças demográficas invocam também questões que se prendem com a organização das respostas sociais dirigidas ao cidadão idoso e, nesse âmbito, opções relacionadas com a sua qualidade de vida, os seus direitos e o reconhecimento da liberdade de opções quanto aos diferentes modelos de envelhecimento e estilos de vida.

As mudanças demográficas em causa traduzem-se essencialmente num maior peso da população idosa face ao total da população. Segundo a hipótese média de projecção da população mundial das Nações Unidas, a proporção de jovens continuará a diminuir e atingirá os 21% do total da população em 2050. A contrário, a proporção da população mundial com 65 ou mais anos regista uma tendência crescente de aumento, passando de 5,3% para 15,6% do total da população entre 1960 e 2050. Note-se, nestes termos, que para os países desenvolvidos estas transformações assumem um significado muito mais amplo e profundo, suscitando questões e desafios que - apesar de tudo - não se colocam com a mesma pertinência e acuidade nos países com estruturas etárias menos envelhecidas.

Em Portugal, de acordo com os dados fornecidos pelo INE, entre 1960 e 2001 o envelhecimento demográfico traduziu-se num decréscimo de cerca de 36% da população jovem e num incremento em cerca de 140% da população idosa. A proporção da população idosa, que representava 8% do total da população em 1960, duplicou em 2001, passando para 16%. As projecções demográficas estimam que esta proporção volte a duplicar nos próximos 50 anos, representando por isso os idosos, em 2050, cerca de 32% do total da população residente no nosso país. Em valores absolutos, a população idosa aumentou quase um milhão

de indivíduos, entre 1960 e 2001, passando de 708.570, para 1.702.120 (dos quais 715.073 do sexo masculino e 987.047 do sexo feminino). Num período, sublinhe-se, em que o total da população residente cresceu de modo muito menos expressivo, encontrando-se hoje numa fase de tendencial estagnação.

Com o aumento da idade, tende a aumentar também o grau de dependência, embora existam percursos de envelhecimento muito diferenciados. Todavia, a perda progressiva de autonomia e a redução das capacidades físicas e cognitivas são um dado adquirido. Com efeito, a percentagem de indivíduos com limitações é superior para maiores níveis etários. Estudos internacionais apontam para que mais de 30% das pessoas com idade superior a 65 anos sofra de algum tipo de incapacidade, sendo que relativamente a indivíduos com idade inferior a 65 anos, esta percentagem não atinge os 5%. O número de pessoas idosas com limitações na sua vida diária é, hoje em dia, muito significativo. Estima-se que cerca de um terço dos idosos com 65 ou mais anos precisam de ajuda para realizar as suas actividades de vida diária e calcula-se portanto que existam cerca de 600.000 idosos em todo o país, com algum nível de dependência. As consequências de um envelhecimento bem sucedido constituem por isso grandes oportunidades e desafios para a sociedade.

Uma intervenção continuada e adaptada a cada caso específico, em termos de apoio e cuidados, é por estas razões um factor decisivo na preservação das capacidades físicas, cognitivas e relacionais do cidadão idoso, o que sublinha a necessidade da qualidade dos serviços de apoio social e de saúde. Cabe assim às organizações prestadoras de cuidados um papel preponderante, sendo necessário ter um conhecimento profundo da população a quem se presta os cuidados, bem como da população candidata a essa prestação.

Foi com base neste conjunto de preocupações que surgiu o Projecto Qual_Idade, candidatado e aprovado pela Iniciativa Comunitária EQUAL em 2005. O projecto foi apreciado no contexto de cinco grandes prioridades, face às quais seria enquadrado no Eixo 3 (Empregabilidade, Adaptabilidade, Espírito Empresarial, Igualdade e Requerentes de Asilo), e na Medida 3.2: *“Fomentar a capacidade de adaptação das empresas e dos trabalhadores às transformações económicas e estruturais, assim como promover a utilização das tecnologias de informação e comunicação e de outras novas tecnologias”*.

Um dos objectivos centrais do projecto, e que a parceria procurou estivesse presente durante todo o processo de desenvolvimento das suas actividades e produtos, consistiu no esforço em contribuir para a conciliação de três princípios que se consideram fundamentais na qualificação de respostas sociais. Por um lado, o **princípio da normatividade**, segundo o qual se procura facilitar e fundamentar a adopção e incorporação dos normativos produzidos pelas entidades públicas competentes, no quadro das políticas de qualificação de cada sector. Por outro, o **princípio da adaptabilidade**, que consagra a premência de que as estratégias de desenvolvimento de processos e sistemas da qualidade garanta a preservação da especificidade de cada organização, nomeadamente no que se refere aos seus traços identitários, inserção territorial e escala. Por último, um **princípio de transversalidade**, que traduz a preocupação em que os produtos resultantes do projecto sejam facilmente

apropriáveis por entidades com distinta natureza jurídica (organizações públicas, privadas e da economia social).

Na base destes princípios encontra-se o entendimento de que:

- a) Todos os processos de qualificação de respostas sociais devem estar fundamentados no cumprimento de orientações de **política pública** e no enquadramento legal em vigor, por forma a que, independentemente da natureza jurídica de cada instituição, esteja salvaguardado o quadro de direitos do cliente;
- b) As estratégias e orientações subjacentes às políticas de qualificação de respostas sociais, estabelecidas pelos respectivos organismos públicos competentes, devem salvaguardar a **identidade institucional** das organizações, valorizando assim os seus capitais de experiência e conhecimento, bem como a adequabilidade das suas respostas ao meio em que se inserem;
- c) Os processos de implementação de sistemas de gestão e avaliação da qualidade devem ser perspectivados enquanto **meios estratégicos** para atingir objectivos que são mais profundos e imateriais, designadamente no que respeita à promoção da democraticidade, transparência e participação no modo como são organizadas e desenvolvidas as diferentes respostas sociais.

O Projecto Qual_Idade desenvolveu as suas actividades nas respostas sociais Apoio Domiciliário, Lar de Idosos e Cuidados Continuados Integrados (resposta social a que respeita o presente documento, constituído pelo Manual da Qualidade Tipo para Cuidados Continuados Integrados e o respectivo Manual de Instrumentos), e desenvolveu-se em 3 Acções:

- Acção 1 - Fase de Diagnóstico em que se procurou conhecer e confirmar os dinamismos do envelhecimento em Portugal; aprender com as experiências de outros países que, enfrentando primeiro este fenómeno, já desenvolveram esforços e encontraram soluções de Qualidade; mobilizar parceiros estratégicos capazes de construir instrumentos que permitam o foco permanente da actividade no Cliente/Utente, nas suas necessidades e na avaliação da sua satisfação; analisar toda a legislação nacional que regulamenta as respostas sociais Lar de Idosos, Apoio Domiciliário e Cuidados Continuados Integrados; recolher informações no terreno. Neste sentido, o diagnóstico contemplou a visita a equipamentos de 6 Santas Casas da Misericórdia - Arruda dos Vinhos, Fundão, Lagos, Lisboa, Mora e Vila do Conde. Do trabalho realizado na Acção 1 resultou um Relatório de Diagnóstico e um Plano de Acções a empreender na Acção 2.
- Acção 2 - Fase de Desenvolvimento, em que de acordo com a estratégia definida, o trabalho desenvolvido teve por base os Modelos de Avaliação da Qualidade do Instituto da Segurança Social para as respostas sociais Apoio Domiciliário e Centro de Dia e o Modelo de Avaliação da Qualidade das Unidades de Internamento e Outras Respostas de Cuidados às Pessoas Idosas e às Pessoas em Situação de Dependência, do Instituto da Qualidade em Saúde (IQS). Foi efectuado o estudo da adaptabilidade dos modelos de referência, visando simultaneamente confrontar a situação e as características das organizações

prestadoras de cuidados, em cada resposta social, com as exigências dos próprios referenciais, e, por outro, identificar instrumentos e elementos cuja relevância suscita a necessidade de incorporação ou complemento, em relação aos próprios modelos de referência, por forma a facilitar a incorporação e adaptação das orientações de qualificação das diferentes respostas sociais. No que se refere ao caso concreto da resposta social Cuidados Continuados Integrados, depois de analisado o Modelo do IQS e de realizado o estudo da sua adaptabilidade, e dado que este modelo não possui quaisquer instrumentos associados ou exemplos de documentos a adoptar pelas organizações, procedeu-se à elaboração do Manual da Qualidade e dos documentos, procedimentos documentados e instruções de trabalho que se verificou serem necessários à sua implementação. No seu conjunto, os documentos apresentados no Manual de Instrumentos decorrem de três fontes: a documentação elaborada pelo Projecto Qual_Idade, no decurso do trabalho desenvolvido em gabinete e na Unidade de Cuidados Continuados da Santa Casa da Misericórdia de Arruda dos Vinhos; os recursos documentais elaborados e disponibilizados pelo Grupo Misericórdias Saúde (GMS); e os contributos da Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados.

- Acção 3 - Fase de Disseminação, que, tal como o nome indica, teve como objectivo promover a disseminação dos produtos desenvolvidos no âmbito da Acção 2, de acordo com uma lógica de apropriação, incorporação e divulgação nas práticas das organizações dos produtos concebidos, com vista à melhoria sustentada dos processos e da prestação dos serviços, através de um acompanhamento programado e continuado das entidades incorporadoras dos produtos. Participaram como alvos de disseminação as Santas Casas da Misericórdia de Águeda, Esposende e Portimão, das quais foram também recolhidos contributos que permitiram actualizar e melhorar os produtos finais do Projecto.

Os produtos desenvolvidos pelo Projecto Qual_Idade traduzem deste modo uma forte preocupação para que se constituam enquanto recursos úteis para as diferentes organizações, procurando-se que os mesmos assumam uma clara **dimensão pedagógica**. Aliás, tendo em vista uma **incorporação** que concilie a normatividade com a adequação dos sistemas de gestão e avaliação da qualidade à natureza e especificidade de cada organização, os produtos procuram estimular o potencial de **adaptabilidade** dos diferentes instrumentos e componentes que os constituem.

Foi também a preocupação em conciliar os princípios de normatividade e da adaptabilidade, bem como assegurar a natureza pedagógica e o potencial de apropriação dos produtos, que a Parceria de Desenvolvimento do Projecto Qual_Idade, a par com as respectivas entidades reguladoras, assumiu a necessidade de se constituir a partir da integração de três dimensões, que se consideram essenciais no desenvolvimento de políticas e estratégias de qualificação de respostas sociais:

- **Dimensão reguladora e regulamentar**, assegurada pelo Instituto de Segurança Social

(ISS), Instituto da Qualidade em Saúde (IQS) e Direcção Geral de Saúde (DGS) ¹;

- **Dimensão normalizadora e técnica**, assegurada pelo Instituto Português da Qualidade (IPQ) e pelo Centro de Formação Profissional para a Qualidade (CEQUAL);
- **Dimensão empírica**, decorrente da participação da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML, entidade interlocutora junto da Iniciativa Comunitária EQUAL), da Santa Casa da Misericórdia de Arruda dos Vinhos (SCMAV) e da União das Misericórdias Portuguesas (UMP).

Na elaboração dos produtos do Projecto Qual_Idade, foram tidos em conta os princípios EQUAL, a saber:

- **Inovação**: Princípio concretizado através da criação de práticas e procedimentos que vêm suportar e complementar os Modelos de Referência (do ISS no caso de um futuro Modelo para a resposta social Lar de Idosos, e para o já existente relativo ao Apoio Domiciliário, e do IQS no caso dos Cuidados Continuados Integrados), procurando-se que os mesmos consubstanciassem uma abordagem pedagógica e de apropriação, não se limitando a formas de implementação directa, pouco sensíveis à realidade de cada entidade ou organização;
- **Empowerment**: Princípio assegurado, sempre que tal se afigurou possível, desejável e adequado, pela participação dos beneficiários finais e utilizadores dos Manuais, desde os níveis da Gestão de Topo até ao nível dos Trabalhadores de Serviços Gerais (passando pelas diferentes categorias funcionais, hierárquicas e profissionais). A sua participação foi estimulada não só no sentido de serem ouvidas as suas opiniões e contributos para a construção da documentação em causa, mas também como agentes do processo de experimentação, aquando da validação de impressos (como a “Ficha de Controlo e Avaliação das Refeições”, ou o “Questionário de Avaliação do Grau de Satisfação dos Utentes Internados”, por exemplo);
- **Adequabilidade**: Os manuais foram elaborados com base na experiência profissional dos beneficiários finais e na sua realidade. A documentação e instrumentos apresentados, que assumem uma natureza pedagógica, procuram dar resposta relativamente flexível aos modos de cumprimento dos requisitos dos Modelos de Referência e, simultaneamente, às condições e necessidades dos utilizadores, com base na sua experiência profissional diária, potenciando a cultura e práticas já existentes;
- **Utilidade**: Os manuais permitem facilitar, de modo flexível, a operacionalização de processos de implementação de Sistemas de Gestão e Avaliação da Qualidade, documentando práticas e procedimentos por forma a contribuir para a melhoria dos serviços prestados;
- **Acessibilidade**: A acessibilidade é assegurada através de uma linguagem o mais simples e concreta que é possível, nomeadamente na construção de Instruções de Trabalho e

¹ Entidades externas à Parceria de Desenvolvimento.

Questionários de Avaliação do Grau de Satisfação, onde se tornam facilmente perceptíveis os seus objectivos para os utilizadores e destinatários. A forma como os manuais estão construídos permite a fácil adopção da documentação e dos instrumentos disponibilizados.

- **Igualdade:** Na elaboração dos manuais foram tidos em conta os pressupostos da igualdade de género e de oportunidades, da participação activa e da responsabilidade social das pessoas envolvidas no trabalho de terreno, no quadro do reconhecimento da universalidade dos direitos humanos. Toda a documentação e instrumentos elaborados são de aplicação a toda e qualquer pessoa que se revele apta para as práticas profissionais em causa, valorizando a discriminação positiva, e considerando que se trata de uma realidade profissional em que existe um maior predomínio do sexo feminino. A linguagem utilizada respeita o Princípio da Igualdade de Género e está de acordo com as regras da Língua Portuguesa. Isto significa que, quando se entendeu que a leitura e percepção dos conteúdos poderiam, de alguma forma, ser prejudicados pela utilização de uma “linguagem de género”, se optou pela utilização do “masculino singular ou plural” que na Língua Portuguesa se utiliza para exprimir uma ou mais pessoas de sexos diferentes.
- **Transferibilidade:** Procura assegurar-se através da fácil apropriação e aplicação a qualquer equipamento ou serviço, no quadro das respostas sociais abrangidas pelo Projecto. A documentação e os instrumentos apresentados são também suficientemente flexíveis para permitir a sua adaptação às especificidades próprias de cada Organização, nunca deixando de respeitar os requisitos exigidos pelos respectivos Modelos de Referência.

Em suma, o Projecto Qual_Idade visou 4 grandes objectivos:

- ✓ A implementação de políticas e processos de qualificação de equipamentos e serviços das respostas sociais Lar de Idosos, Apoio Domiciliário e Cuidados Continuados Integrados;
- ✓ A adopção de metodologias que garantam o envolvimento e participação de todos os agentes e a consolidação do processo de mudança;
- ✓ Conciliar a adopção dos princípios normativos subjacentes às políticas públicas de qualificação de respostas sociais com a realidade específica das organizações e a sua identidade;
- ✓ Facilitar e modernizar os processos de gestão da informação, racionalizando processos e promovendo a eficácia e eficiência.

Sem pôr em causa todo o trabalho realizado até agora, a UMP sustenta que o sistema de financiamento da Segurança Social aos Lares de Idosos, recentemente consagrado no Protocolo de Cooperação celebrado entre o Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social e

a União das Misericórdias Portuguesas, mudou significativamente, impondo um conjunto de alterações profundas das relações entre os diferentes agentes que intervêm nesta resposta social. O desenvolvimento exponencial da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e as sucessivas alterações introduzidas pela Unidade de Missão em sede de qualidade, implicou a não validação do documento por esta entidade.

Assim, face aos novos quadros legais, na Acção 3 - Disseminação - a UMP defende que o documento agora apresentado deve ser entendido como um exercício, com o qual globalmente concorda, mas a necessitar de ajustes e adaptações.

Iª PARTE
MANUAL DA QUALIDADE TIPO

Introdução

O Manual da Qualidade Tipo (MQ Tipo) para a valência de Cuidados Continuados Integrados é um Produto desenvolvido no âmbito das actividades do Projecto QUAL_IDADE para as Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI).

O MQ Tipo, tem como objectivo facilitar a implementação de um Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) para esta valência. Foram utilizados como referenciais para a sua concepção, as orientações contidas no Modelo de Avaliação da Qualidade das Unidades de Internamento e Outras Respostas de Cuidados às Pessoas Idosas e às Pessoas em Situação de Dependência do IQS, as orientações emanadas pela Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI), a norma NP EN ISO 9001 - Sistemas de Gestão da Qualidade - Requisitos, a norma NP EN ISO 9000 e a Legislação aplicável ao Sector, nomeadamente:

- Portaria nº 376/2008, de 23 de Maio;
- Portaria n.º 189/2008, de 19 de Fevereiro;
- Declaração de Rectificação nº 101/2007, de 29 de Outubro;
- Despacho Normativo nº34/2007, de 19 de Setembro;
- Portaria nº 1087-A/2007, de 5 de Setembro;
- Resolução do Conselho de Ministros nº 168/2006, de 18 de Dezembro;
- Despacho nº 19 040/2006, de 19 de Setembro;
- Decreto-Lei nº 101/2006 de 06 de Junho.

A incorporação e consequente validação do MQ Tipo decorreram na UCCI da Santa Casa da Misericórdia de Águeda e na UCCI da Santa Casa da Misericórdia de Portimão envolvendo as pessoas com responsabilidade nos serviços supracitados.

Este trabalho efectivo no terreno mostrou-se essencial para constatar a pertinência, adaptabilidade e transferibilidade do MQ Tipo, criado na segunda fase do projecto QUAL_IDADE, tendo sido clara a forma como a sua aplicação possibilita a implementação do SGQ e facilita o cumprimento dos requisitos aplicáveis.

Por opção dos responsáveis da UCCI da Santa Casa da Misericórdia de Esposende, o MQ foi objecto de melhoria e organizado de acordo com os requisitos do referencial NP EN ISO 9001.

O Manual da Qualidade é o documento mais importante da hierarquia da documentação de um Sistema de Gestão da Qualidade.

O MQ Tipo reflecte, ao longo do seu texto, todos os requisitos acima referidos e ainda contém exemplos de aplicação prática dos mesmos à Valência UCCI da Santa Casa da Misericórdia de Águeda e da UCCI da Santa Casa da Misericórdia de Portimão.

O Manual da UCCI da Santa Casa da Misericórdia de Esposende está em anexo a este Manual, proporcionando assim mais um exemplo de aplicação, na óptica da melhoria efectuada no produto original, à luz da NP EN ISO 9001.

No Manual da Qualidade deverão ser incluídas informações acerca da Instituição, tais como designação, localização e meios de comunicação. Pode também ser incluída informação adicional, tal como breve descrição da sua experiência, história e dimensão.

As Unidades que adoptem o presente MQ devem complementá-lo e adaptá-lo, de acordo com as orientações fornecidas ao longo do texto, de modo a reflectir a sua realidade concreta. Importa, no entanto, salientar que a adaptação a efectuar por cada *Unidade* deve restringir-se às suas particularidades, não esquecendo nunca os princípios orientadores do referenciais aplicáveis, que não devem ser retirados do texto, nem adaptados.

Foram ainda integradas no texto do MQ Tipo as orientações para que cada *Unidade com a valência de Cuidados Continuados Integrados* possa fazer as adaptações necessárias (estas instruções encontram-se destacadas em caixas de texto sombreadas, e devem ser retiradas aquando da elaboração do MQ da *Unidade de Cuidados Continuados Integrados* em questão).

Para uma futura implementação do MQ Tipo e seu subsequente desdobramento em Processos-Chave, Processos de Suporte, Procedimentos, Instruções de Trabalho e outros documentos que integram um Sistema de Gestão da Qualidade eficaz e consistente, devem ser asseguradas determinadas condições, antes da implementação.

Após a implementação, o SGQ deve ser monitorizado e actualizado, periodicamente. Assim, é necessário que as condições abaixo se mantenham ao longo do tempo, em cada *Unidade de Cuidados Continuados Integrados*.

Condições a assegurar

O MQ Tipo é um documento técnico que quando transposto e aplicado à realidade de cada *Unidade de Cuidados Continuados Integrados*, funciona como o “mapa de estradas” que sintetiza o SGQ e o relaciona com os requisitos, a legislação e com a restante documentação de suporte.

As *Unidades de Cuidados Continuados Integrados* deverão ter em conta alguns aspectos essenciais:

1. **Comprometimento da Gestão:** A decisão de implementar um SGQ deverá ser tomada, conscientemente pela Mesa Administrativa e pela Direcção da UCCI para proporcionar a legitimidade que este projecto exige e de acordo com a norma NP EN ISO 9001.
A implementação de um SGQ implica mudanças organizacionais que só serão concretizadas com o comprometimento da Gestão, relativo à Qualidade.
2. **Nomeação do Responsável pela Qualidade na Unidade:** Após a decisão de implementar o SGQ, a Mesa Administrativa da Misericórdia nomeia formalmente um Responsável pela Qualidade que, independentemente de outras funções, deve assegurar o funcionamento do Sistema de Gestão da Qualidade.

Esta nomeação deve ser formalizada e documentada (por exemplo, constar em acta ou no capítulo de Promulgação do MQ) e deve conferir a responsabilidade e autoridade necessárias para que o Responsável pela Qualidade possa desempenhar adequadamente as suas funções.

3. **Conhecer e Adquirir os Documentos de Referência:** Antes de iniciar a implementação do SGQ, a Unidade de Cuidados Continuados Integrados deverá conhecer os documentos de referência e legislação aplicáveis e que permitirão o enquadramento para a construção do Sistema.
4. **Focalização no Cliente:** Promover continuamente a identificação e compreensão das necessidades (actuais e futuras) do Cliente/Utente, de forma a satisfazê-las e mesmo excedê-las. Entender o conceito alargado de Cliente/utente (ou parte interessada), como por exemplo, satisfazer as necessidades da família e comunidade envolvente, através da prestação de um serviço de Qualidade.
5. **Tomar Decisões com Base em Factos e Dados Concretos:** Para que este princípio se verifique, as *Unidades de Cuidados Continuados Integrados* devem estruturar a recolha e tratamento de dados que possibilitem monitorizar os processos e o SGQ, continuamente e de forma fidedigna. Para tal será necessário assegurar:
 - a) O planeamento da recolha, tratamento e análise de dados do SGQ;
 - b) A formação dos colaboradores, para que percebam a importância do correcto preenchimento dos registos, pois o conteúdo dos mesmos irá fornecer os dados a tratar e analisar posteriormente;
 - c) O acompanhamento periódico dos Indicadores de Desempenho dos Processos;
 - d) A clarificação para todos os colaboradores dos conceitos relacionados com não conformidades, reclamações, acções correctivas e preventivas, que devem ser encarados como oportunidades de melhoria e não como penalizações; assim, é muito importante que as não conformidades sejam correctamente registadas e recebam o tratamento adequado.
6. **Promover a Participação dos Colaboradores:** Os documentos de suporte ao SGQ devem ser elaborados com a participação dos colaboradores envolvidos nas diferentes actividades, numa óptica de *empowerment* e para assegurar que os documentos reflectem as práticas da *Unidade*; esta metodologia potencia o sentido de pertença dos colaboradores face ao SGQ e facilita a implementação eficaz do SGQ.
7. **Envolvimento e Responsabilização de Todos:** Promover a consciencialização dos colaboradores, a todos os níveis, sobre a importância do contributo de cada um para a satisfação do utente. Criar nos colaboradores o sentido de responsabilização relativamente ao trabalho executado.
8. **Manter Relações Mutuamente Benéficas com os Fornecedores e Parceiros:** A eficácia das relações estabelecidas com os fornecedores e parceiros contribui de forma crítica para a criação de valor. Assim, a relação com os fornecedores é um aspecto importante da Gestão da Qualidade, que deve ser formalizado.
9. **Promover a Melhoria Contínua:** O desempenho global das *Unidades de Cuidados Continuados Integrados* deve promover permanentemente a melhoria contínua.

- 10. Igualdade de Oportunidades:** A actividade desenvolvida nas *Unidades de Cuidados Continuados Integrados* deve valorizar, respeitar e promover a igualdade de género, a multiculturalidade, a inclusão, a cidadania e a universalidade dos direitos humanos, devendo assegurar a equidade no acesso e tratamento dos Clientes/Utentes.

Implementação

A implementação do Sistema de Gestão da Qualidade deve ser faseada. A metodologia abaixo indicada aponta as linhas gerais de actuação:

1. Diagnóstico

Efectuar um diagnóstico para identificar:

- Levantamento das práticas existentes;
- Análise das discrepâncias face ao referencial normativo e à legislação aplicável;
- Identificação dos recursos humanos e materiais necessários à adaptação e reformulação das práticas no sentido de estas darem resposta aos requisitos aplicáveis;

O diagnóstico é o ponto de partida para o trabalho que se descreve a seguir.

2. Planeamento das Actividades:

A partir do diagnóstico deverá ser elaborado um Plano de Acção para a implementação do SGQ, que contemple as actividades a desenvolver, responsáveis, prazos e ponto de situação.

3. Sensibilização e Formação:

No sentido de colmatar as de novas necessidades de competência geradas pelo projecto e de potenciar a participação dos grupos-alvo nos contextos organizacionais, devem ser promovidas acções de sensibilização e de formação sobre temas específicos relacionados com a qualidade.

Estas acções devem ser planeadas e concretizadas em diferentes momentos do projecto, de acordo com os objectivos pedagógicos e público - alvo a atingir. Salienta-se ainda que a formação deve ser desdobrada na *Unidade de Cuidados Continuados Integrados* de modo a abranger **todos** os colaboradores. O Responsável pela Qualidade deve assegurar a formação interna sobre o MQ, Processos-Chave, de Suporte e restante documentação de suporte ao Sistema de Gestão da Qualidade implementado. Esta formação interna tem como principal objectivo clarificar aspectos relacionados com o SGQ junto de todos os colaboradores, esclarecer dúvidas sobre a documentação aplicável a cada colaborador e recolher sugestões de melhoria. Exemplos de acções de formação a assegurar:

- Sensibilização para a Segurança, Higiene e Saúde Ocupacional;
- Sensibilização para a Qualidade para Dirigentes das Organizações Sociais;
- A Aplicação de um Sistema de Gestão da Qualidade NP EN ISO 9000 e ISS;
- Sensibilização para a Higiene e Segurança Alimentar.

4. Concepção da Estrutura Documental de Suporte ao Sistema de Gestão da Qualidade:

Com base no diagnóstico, bem como nos referenciais aplicáveis (normas e legislação), deverá ser concebida a estrutura que contempla as categorias de documentos necessários para suportar o funcionamento do Sistema de Gestão da Qualidade (ilustrado na pirâmide da estrutura documental no MQ - Tipo - Parte II, Capítulo 3).

Assim, cada Unidade de Cuidados Continuados Integrados torna o seu SGQ demonstrável, normalizando os procedimentos para a prestação de um serviço mais consistente. As fases subsequentes deste trabalho serão a implementação no terreno, as auditorias internas e as acções correctivas daí decorrentes.

A implementação do SGQ, para além do referido nos pontos anteriores, poderá ser optimizada através da sua Implementação em Rede, ou seja, em mais do que uma Unidade ou Instituição com a valência de Cuidados Continuados Integrados. Deste modo, rentabilizam-se os recursos e potencia-se o processo de troca de experiências/informações/ documentos.

Estrutura do Manual

O MQ-Tipo encontra-se com a seguinte estrutura:

Índice e promulgação: Inclui o índice do MQ e o texto que promulga oficialmente o Manual na *Unidade*, formaliza a nomeação do Responsável pela Qualidade, constituindo-se como documento orientador a ser cumprido por todos os colaboradores no exercício das suas funções.

Parte I - Introdução (até ao Capítulo 4): A apresentação da *Unidade de Cuidados Continuados Integrados*, o campo de aplicação do MQ, a documentação de referência e a legislação aplicável; o glossário da qualidade e principais abreviaturas utilizadas na UCCI.

O Manual da Qualidade deverá incluir o campo de aplicação do Sistema de Gestão da Qualidade, detalhes e justificação de qualquer exclusão, os procedimentos documentados ou referência aos mesmos e uma descrição dos processos e suas interacções.

O índice do Manual da Qualidade deve listar o número e o título de cada secção, bem como a sua localização paginada.

Deve estar no manual evidência de verificação, aprovação, estado de revisão e data. Onde possível, deverá ser identificada a natureza da alteração no documento ou em anexos apropriados.

O título e/ou campo de aplicação do Manual da Qualidade deverão definir a Instituição à qual se aplica. O manual deverá mencionar os referenciais de gestão da qualidade em que se baseia.

Parte II - Critérios de Gestão da Qualidade em Cuidados Continuados Integrados: Estes Capítulos encontram-se organizados de acordo com os critérios do Modelo para Avaliação da Qualidade das Unidades de Internamento e Outras Respostas de Cuidados às Pessoas Idosas e às Pessoas em Situação de Dependência do IQS.

Cada Capítulo descreve, sucintamente, a forma como os critérios se encontram implementados na UCCI e remete para outros documentos do SGQ onde estão descritos os detalhes.

Se a Instituição optar por incluir a Política da Qualidade no Manual, este poderá conter uma declaração daquela e dos seus objectivos. As metas da qualidade efectivas para ir ao encontro desses objectivos poderão estar especificadas noutra parte da documentação do Sistema de Gestão da Qualidade, conforme a Instituição determine. A Política da Qualidade deverá incluir um compromisso de agir em conformidade com os requisitos e de melhorar continuamente a eficácia do Sistema de Gestão da Qualidade.

Os objectivos decorrem da Política da Qualidade da Instituição e são para ser atingidos. Quando os objectivos estão quantificados, tornam-se metas e são mensuráveis.

O Manual da Qualidade deverá descrever a estrutura da Instituição. Responsabilidades, autoridades e inter-relações poderão ser indicadas através de organogramas, fluxogramas e/ou descrições de funções. Estes poderão ser incluídos ou referidos no Manual da Qualidade.

O Manual da Qualidade deverá descrever o Sistema de Gestão da Qualidade e sua implementação na Instituição, incluindo descrições dos processos e suas interações, bem como os procedimentos documentados ou referência aos mesmos.

A Instituição deverá documentar o seu Sistema de Gestão da Qualidade, seguindo a sequência do fluxo do processo ou da estrutura da norma, modelo/referencial seleccionado ou qualquer outra sequência apropriada à Instituição. Poderá ser útil fazer referências cruzadas entre a norma seleccionada e o Manual da Qualidade.

O Manual da Qualidade deverá reflectir os métodos que a Instituição utiliza para satisfazer a sua Política e os seus objectivos.

Parte III - Tabelas e Registos Complementares: Tabela de correspondência entre os requisitos do Modelo do IQS e a documentação de suporte ao sistema de Gestão da Qualidade (Capítulo 9); tabela de registo das alterações ao MQ relativamente às edições anteriores (Capítulo 10).

A seguir, encontra-se o MQ Tipo com as instruções para que cada *Unidade de Cuidados Continuados Integrados* possa fazer as adaptações necessárias (destacadas em caixas de texto).

Controlo do Manual

Esta tabela tem o objectivo de evidenciar a aprovação do MQ através das rubricas de quem elaborou, verificou e aprovou o documento (no original). O controlo das cópias também é efectuado em cada cópia do MQ, através da identificação de Cópia Controlada, nº e data ou de Cópia Não Controlada.

Elaborado por:	
Verificado por:	
Aprovado por:	
Data:	
Edição	
Cópia	☐ Controlada ☐ Não Controlada
Cópia Nº	
Data	

Índice do Manual de Qualidade

O Manual de Qualidade deverá possuir um Índice, que permita localizar os diferentes componentes que o integram. Segue-se, neste caso a estrutura da paginação do Manual da Qualidade Tipo.

Promulgação

Iª Parte

Introdução

1. Apresentação da Instituição
2. Apresentação da Unidade de Cuidados Continuados Integrados20
3. Campo de Aplicação, Documentação de Referência e Legislação Aplicável28
4. Termos e Abreviaturas33

IIª Parte

Crítérios de Gestão da Qualidade em Cuidados Continuados Integrados

- Introdução: Modelo de Gestão da Qualidade44

Meios

1. Liderança e Estratégia45
2. Pessoas65
3. Parcerias e Recursos99
4. Processos Chave129

Resultados

5. Satisfação dos Utilizadores146
6. Satisfação dos Colaboradores149
7. Impacte na Sociedade152
8. Resultados de Desempenho155

IIIª Parte

Tabelas e Registos Complementares

9. Correspondência entre o Modelo de Avaliação da Qualidade das Unidades de Internamento e Outras Respostas de Cuidados às Pessoas Idosas e às Pessoas em Situação de Dependência, IQS e a Documentação do SGQ.....158
10. Registo das Alterações ao MQ164

1. Promulgação

A promulgação do MQ tem o objectivo de evidenciar o comprometimento da Direcção. Torna o Manual oficialmente válido para ser aplicado à UCCI e de cumprimento obrigatório por todos os colaboradores. É neste ponto do MQ que se formaliza a nomeação do Responsável da Qualidade.

A/o _____ (*designação do órgão dirigente*) da/o _____ (*nome da entidade*), e a Direcção da UCCI de _____ (*nome da Unidade*), assumem a Qualidade como um factor determinante para a intervenção na Comunidade.

Este Manual refere os meios adoptados para assegurar a Qualidade adequada aos serviços prestados, de modo a satisfazer os Clientes/Utentes da UCCI e outras partes interessadas.

Constitui o suporte material para os processos e procedimentos dos SERVIÇOS e para a execução do conjunto de acções inerentes ao Sistema de Gestão da Qualidade.

Compete à Direcção fazer observar, a todos os níveis, o cumprimento das determinações que constam deste Manual e que satisfazem os requisitos estabelecidos e a legislação em vigor.

O Responsável pela Qualidade na UCCI de _____ (*nome da Unidade*), Sr(a). _____ (*nome da pessoa responsável*), possui a responsabilidade e autoridade necessárias para garantir a eficácia do Sistema, respondendo directamente à Direcção nesta matéria.

As determinações que constam deste Manual são de cumprimento obrigatório por todos os colaboradores da UCCI de _____ (*nome da Unidade*), no âmbito do seu campo de actuação.

Este documento é revisto anualmente pela/o _____ (*designação do órgão dirigente*) e pela Direcção, em colaboração com o Responsável pela Qualidade quanto à sua adequação e actualizado sempre que se torne necessário.

A/o _____ (*designação do órgão dirigente*), e a Direcção manifestam o seu compromisso para com a Qualidade, e em conformidade, promulgam a presente edição do Manual da Qualidade da UCCI. de _____ (*nome da Unidade*).

A(o) _____ (*designação do órgão dirigente*),

A Direcção,

EXEMPLO A

Santa Casa da Misericórdia De Águeda - Casa de Repouso Dr António Breda e D. Lea Breda.

Promulgação

A Mesa Administrativa da Santa Casa da Misericórdia de Águeda e a Direcção da Casa de Repouso Dr. António Breda e Lea Breda assumem a Qualidade como um factor determinante para a intervenção na Comunidade, nomeadamente, à UCCI.

Este Manual refere os meios adoptados para assegurar a Qualidade adequada aos serviços prestados, de modo a satisfazer os clientes/utentes da valência UCCI e outras partes interessadas.

Constitui o suporte material para os processos e procedimentos dos Serviços e para a execução do conjunto de acções inerentes ao Sistema de Gestão da Qualidade.

Compete à Direcção da CRALB fazer observar, a todos os níveis, o cumprimento das determinações que constam deste Manual e que satisfazem os critérios do Modelo de Avaliação da Qualidade das Unidades de Internamento e Outras Respostas de Cuidados às Pessoas Idosas e às Pessoas em Situação de Dependência do IQS e da legislação em vigor.

O Responsável pela Qualidade na Unidade de Cuidados Continuados Dr. António Breda, Dra. Paula Sousa, possui a responsabilidade e autoridade necessárias para garantir a eficácia do Sistema, respondendo directamente à Mesa Administrativa nesta matéria.

As determinações que constam deste Manual são de cumprimento obrigatório por todos os colaboradores da UCCAB, no âmbito do seu campo de actuação.

Este documento é revisto anualmente pela Mesa Administrativa e pela Direcção da CRALB, em colaboração com o Responsável pela Qualidade quanto à sua adequação e actualizado sempre que se torne necessário.

A Mesa Administrativa e a Direcção da CRALB manifestam o seu compromisso para com a Qualidade, e em conformidade, promulgam a presente edição do Manual da Qualidade da UCCAB.

A Mesa Administrativa,

A Direcção da Casa de Repouso Dr. António Breda e Lea Breda,

EXEMPLO B

Santa Casa da Misericórdia de Portimão - Unidade de Cuidados Continuados Integrados

Promulgação

A Mesa Administrativa da Santa Casa da Misericórdia de Portimão, e a Direcção da UCCI de Convalescença e Média Duração e Reabilitação, assumem a Qualidade como um factor determinante para a sua intervenção na Comunidade em que se insere, nomeadamente mo que respeita à UCCI.

Este Manual refere os meios utilizados para assegurar a Qualidade adequada aos serviços prestados, de modo a satisfazer os Clientes/Utentes desta valência e outras partes interessadas. Constitui-se ainda como suporte material para os processos e procedimentos dos SERVIÇOS e para a execução do conjunto de acções inerentes ao Sistema de Gestão da Qualidade.

Compete à Direcção fazer observar, a todos os níveis, o cumprimento das determinações que constam deste Manual e que satisfazem os critérios do Modelo de Avaliação da Qualidade das Unidades de Internamento e Outras Respostas de Cuidados às Pessoas Idosas e às Pessoas em Situação de Dependência do IQS e da legislação em vigor.

O Responsável pela Qualidade na UCCI de Convalescença e Média Duração e Reabilitação, Sr. João Correia, possui a responsabilidade e autoridade necessárias para garantir a eficácia do Sistema, respondendo directamente à Mesa Administrativa nesta matéria.

As determinações que constam deste Manual são de cumprimento obrigatório por todos os colaboradores da UCCI de Convalescença e Média Duração e Reabilitação, no âmbito do seu campo de actuação.

Este documento é revisto anualmente pela Mesa Administrativa, em colaboração com o Responsável pela Qualidade e com a Direcção da UCCI, sendo ainda actualizado sempre que tal se revele necessário.

A Mesa Administrativa e a Direcção manifestam o seu compromisso para com a Qualidade, e em conformidade, promulgam a presente edição do Manual da Qualidade da UCCI de Convalescença e Média Duração e Reabilitação.

A Mesa Administrativa,

A Direcção,

Iª Parte

Introdução

1. Apresentação da Instituição e do Equipamento

1.1- Apresentação da Instituição

Breve apresentação do Equipamento onde a UCCI está inserida, de forma a fazer um enquadramento da valência na Instituição.

Alguns elementos devem ser tidos em consideração, nomeadamente:

- **Caracterização da Instituição:** Quanto à sua natureza jurídica, dimensão, características, forma de Instituição, filosofia e objectivos de intervenção, etc.;
- **Caracterização do meio envolvente:** Características demográficas, económicas, sociais e culturais do contexto em que se insere a Instituição, com destaque para elementos relevantes no que concerne à UCCI.

Organograma da (*nome da Instituição*)

Inserir o Organigrama em vigor na Instituição em que a UCCI se integra, de forma a ilustrar as relações hierárquicas existentes entre as diversas áreas.

EXEMPLO A

Santa Casa da Misericórdia De Águeda - Casa de Repouso Dr António Breda e D. Lea Breda.

Iª Parte

Introdução

1. Apresentação da Santa Casa da Misericórdia de Águeda e da Casa de Repouso Dr. António Breda e Lea Breda

1.1- Apresentação da Santa Casa da Misericórdia de Águeda

Herdeira da “ Albergaria de Águeda “ (já existente em 1449), do “Hospital do Lugar de Águeda” (1533) e do “ Hospital de Nossa Senhora da Boa Morte “ (1721), a Santa Casa da Misericórdia de Águeda (SCMA), foi instituída em 12 de Novembro de 1859, tendo sido seus fundadores:

- José Ribeiro de Sousa Figueiredo, Joaquim Mariano de Sousa Ribeiro, António de Sousa Tondela, Vitorino António Martins, António Ferreira de Almeida Freitas, António de Melo e Padre João Baptista de Figueiredo Breda.

A sua primeira Mesa Administrativa (1859-1863) foi constituída por:

- Provedor: João António Pereira de Carvalho
- Mesários: António Ferreira Sucena, José da Silva Ruela, Joaquim José Maria de Almeida, Jacinto Rodrigues Breda, Tomaz António de Figueiredo e João de Pinho e Freitas.

Inicialmente, dedicou-se à Área da Saúde, no antigo Hospital de Nossa Senhora da Boa Morte, situado na Rua do Barril, em Águeda, que viria a ser vendido em 1901. Em 1904 já estava parcialmente construído o actual edifício do “ Hospital - Asylo Conde de Sucena “, tendo a Mesa Administrativa aí reunido pela primeira vez, em 08 de Setembro de 1907, sob a presidência do Benemérito e então Provedor da SCMA, José Rodrigues de Sucena - 1º Conde de Sucena. Terminada a construção do “ Hospital -Asylo Conde de Sucena”, o seu Benemérito fundador foi forçado a ausentar-se do país.

Enquanto não ocorreu a inauguração e abertura do Hospital, esteve nele instalado, a partir de 1917, por requisição do Ministério da Guerra, o Sanatório Militar de Águeda, destinado ao repouso dos soldados vindos do Corpo Expedicionário Português, em França, tendo sido directores, entre outros, o Dr. Eugénio Ribeiro, o Dr. Albano Pereira e, em 1921, o então alferes miliciano médico Dr. António Pereira Pinto Breda. Este último, que, nesse tempo já se distinguia como cirurgião, conhecendo bem as dificuldades provenientes da falta dum hospital, foi propositadamente a Paris falar com o Conde de Sucena para que este procedesse à inauguração do Hospital.

O regresso do Conde de Sucena a Portugal deu-se em Maio de 1922 e em Junho desse mesmo ano foi celebrada a escritura de doação de raiz do edifício, ocorrendo a sua abertura e inauguração em 15 de Agosto de 1922. O usufruto ficou a pertencer ao filho do doador - 2º Conde de Sucena - que o legou à SCMA por escritura celebrada em 30 de Maio de 1949, subscrita pelo doador, 2º Conde de Sucena e pelo Provedor da Santa da Misericórdia Dr. Fausto Luís de Oliveira.

Dispunha o Hospital, então já pertencente à SCMA, de três enfermarias gerais, doze quartos particulares e um sector de isolamento e compunham o seu corpo clínico os médicos Dr. Joaquim Carvalho e Silva, Dr. António Pereira Pinto Breda e Dr. Benjamim Camossa, apoiados por um corpo de enfermagem constituído por quatro Irmãs Religiosas da Ordem de S. Vicente de Paulo, que o Dr. António Pereira Pinto Breda tinha trazido expressamente de França.

Acomodava ainda uma secção asilar, localizada no rés-do-chão do edifício, com 24 camas para idosos de ambos os sexos, “ pobres e velhos sem outro socorro”, que ali eram recolhidos, assistidos e tratados, sem qualquer contrapartida.

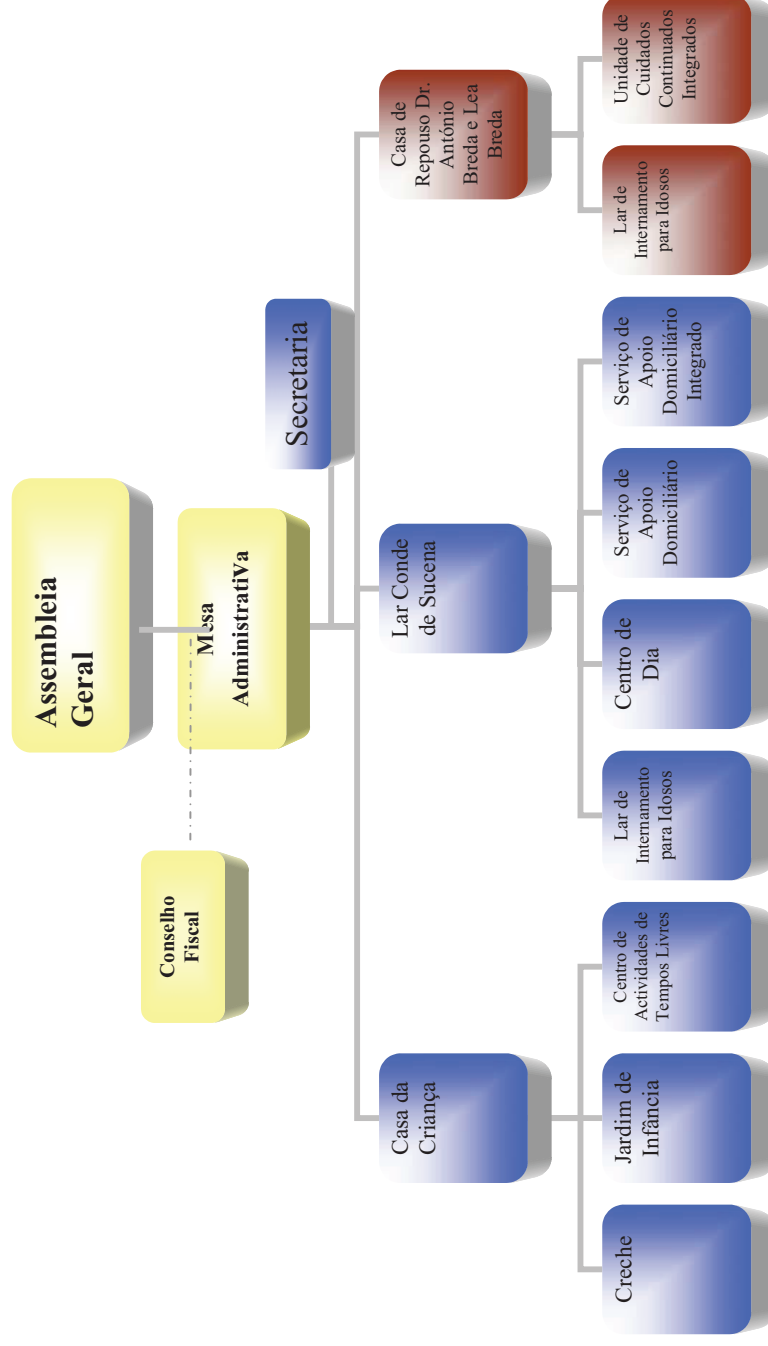
Em 10 de Setembro de 1976, o Hospital foi oficializado, separando-se da SCMA, embora o edifício e as estruturas continuassem e continuem a pertencer a esta Instituição. A 4 de Maio de 1987, passou a designar-se por Hospital Distrital de Águeda.

A separação do Hospital e da Santa Casa, motivando administrações, quadros de pessoal e estruturas diferentes, determinou a necessidade de ser criado um Lar onde fossem acolhidos os “pobres e velhos sem outro socorro”.

A Mesa Administrativa da SCMA, que ao tempo liderava os destinos da Instituição e da qual era Provedor Alfredo dos Anjos Ferreira, mandou fazer o respectivo projecto, que, depois de submetido à aprovação da Direcção - Geral da Assistência Social, para efeitos de comparticipação, foi aprovado tendo em vista a construção de um Lar para Pessoas Idosas, com 45 camas, a erigir em terrenos junto do edifício do Hospital. Este Lar foi inaugurado em 07 de Julho de 1980 e a sua lotação foi alterada, sucessivamente, para 60, 90 e 105 camas, lotação esta que ainda hoje mantém. Detém o nome de Lar Conde de Sucena , em homenagem ao grande Benemérito José Rodrigues de Sucena (1º Conde de Sucena).

Mais tarde, a 05 de Julho de 1997, inaugurou, solenemente, a Casa da Criança e em 28 de Fevereiro de 2005, iniciou a actividade da Casa de Repouso Dr. António Breda e Lea Breda.

Organograma das Respostas Sociais da Santa Casa da Misericórdia de Águeda



1.2- Apresentação da Casa de Repouso Dr. António Breda e Lea Breda

A Casa de Repouso Dr. António Breda e Lea Breda (CRABLB) resultou duma doação do casal Breda do seu solar e terrenos anexos em Barrô, à Santa Casa da Misericórdia de Águeda, a 5 de Julho de 1987. Propriedade e residência de três gerações de médicos distintos, dos quais o Dr. António Breda foi o último, é uma construção singular situada, em Barrô, numa zona de tranquilidade e harmonia da natureza, onde o olhar se estende pelo verdejante Vale do Cértima, mesmo às portas da cidade de Águeda e até às serranias do Buçaco e Caramulo



Imponente empreendimento, todo pintado de branco, caracteriza-se pela interligação da casa antiga, que manteve a sua traça original, com um moderno edifício composto por:



- Recepção;
- Cinco alas de quartos;
- Salas de estar;
- Refeitório;
- Ginásio;
- Sala de Tempos Livres;
- Capela;
- Cabeleireiro;
- E todos os demais espaços funcionais imprescindíveis aos serviços nele prestados.

A Casa de Repouso Dr. António Breda e Lea Breda proporciona a quem nela está internado ou a quem, simplesmente, a visita, uma sensação de liberdade, conforto e bem-estar. Os seus espaços são amplos e cheios de luz. É neste ambiente que funciona o “Lar Madame Breda” (Lar de Internamento para Idosos) e a “Unidade de Cuidados Continuados Dr. António Breda”, assim denominados em homenagem aos respectivos patronos.

A sua actividade iniciou a 28 de Fevereiro de 2005, com a inauguração do Lar Madame Breda com um Acordo de Cooperação celebrado com o Centro Distrital de Segurança Social de Aveiro para 26 idosos.

A Unidade de Cuidados Continuados Dr. António Breda (UCCAB) entrou em funcionamento um pouco mais tarde, a 1 de Julho de 2005, através de um Acordo de Cooperação tripartido entre a Administração Regional de Saúde do Centro, o Hospital Distrital de Águeda e a Santa Casa da Misericórdia de Águeda, com capacidade para 20 camas.





Desde 24 de Outubro de 2006, a UCCAB passou a estar inserida no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), com a tipologia de Convalescença, que cessaria a 28 de Setembro de 2007, e a tipologia de Média Duração e Reabilitação.



A 14 de Junho de 2008, assinou um Acordo de Cooperação para a tipologia de Longa Duração e Manutenção, com início de actividade a 16 de Junho do mesmo ano.



A Casa de Repouso Dr. António Breda e Lea Breda tem, no conjunto das suas respostas sociais, capacidade para 78 pessoas.

EXEMPLO B

Santa Casa da Misericórdia de Portimão - Unidade de Cuidados Continuados Integrados

I Parte - Introdução

1. Apresentação da Instituição e do Equipamento

1.1. Apresentação da Instituição

A Santa Casa da Misericórdia de Portimão, Instituição fundada no ano de 1585 e constituída na ordem do direito canónico, tem como objectivo a prática de actos de solidariedade social e de culto católico, em harmonia com o seu espírito tradicional, informado pelos princípios da doutrina e moral cristãs. Juridicamente reconhecida como associação em 1928, adquiriu personalidade jurídica como Instituição Particular de Solidariedade Social em 1991, sendo então reconhecida como Pessoa Colectiva de Utilidade Pública².

Do enquadramento histórico mais recente da Misericórdia de Portimão, destacam-se:

- Em 1997, a inauguração do Complexo Social Coca Maravilhas onde se situam as valências na área da infância (Berçário, Creche, Jardim de Infância e ATL) e idosos (Lar Residência, Lar Social, Apoio Domiciliário e Centro de Dia).
- Em 2004, a inauguração do remodelado Parque de Saúde da Misericórdia de Portimão, onde, actualmente funcionam a Unidade de Convalescença e a Unidade de Média Duração e Reabilitação no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

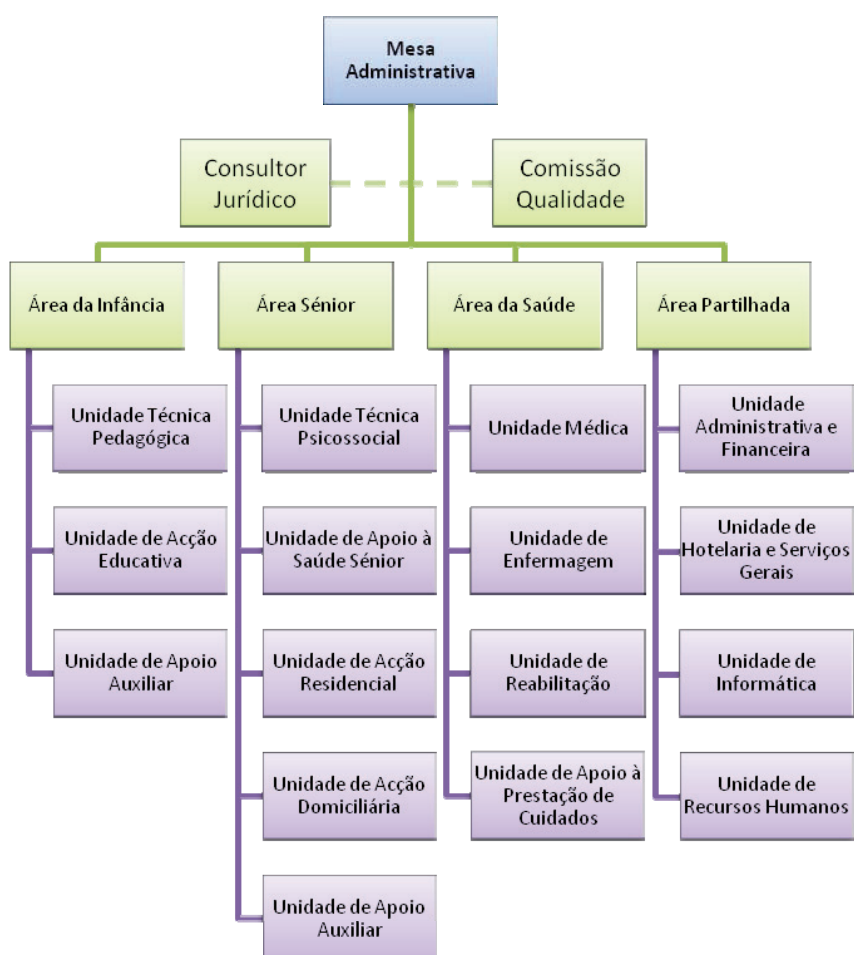
A Misericórdia tem a sua sede na cidade de Portimão, Município de referência no Algarve, pólo âncora do Barlavento Algarvio, caracteriza-se por uma economia fundamentalmente assente no turismo e nos serviços. A cidade de Portimão é um contexto urbano em pleno crescimento e desenvolvimento, com uma crescente demanda social transversal a diversas áreas, da infância aos mais seniores, do apoio social e comunitário à prestação de cuidados de saúde.

A Economia Social é a razão da Existência da Instituição, com a visão orientada para a melhoria da prestação dos serviços gerados pelas valências actuais da Instituição.

² D.R. n.º62, 3ª Série de 15-03-1994.

A actual Mesa Administrativa actua com base nos princípios da solidariedade, equidade e equilíbrio financeiro, enquanto motor para a resolução das necessidades sentidas pelo colectivo.

Organograma da Santa Casa da Misericórdia de Portimão



2. Apresentação da Unidade de Cuidados Continuados

Neste ponto, a UCCI deve fazer a sua apresentação, evolução histórica, regras e condições gerais de funcionamento e outros aspectos que considere relevantes, conforme exemplificado abaixo.

Dados de Identificação da UCCI

Morada:	
Telefone:	
Fax:	
Email:	
Número de Alvará:	
Número de Contribuinte:	

Histórico e Evolução da UCCI

Descrever a evolução histórica da Unidade.

Organograma da (nome da UCCI)

O organograma da UCCI, a ser inserido aqui, deve clarificar a relação hierárquica de forma a facilitar a compreensão dos colaboradores, bem como ilustrar o posicionamento do Responsável pela Qualidade na hierarquia, de forma consistente com a autoridade e responsabilidade que lhe foram conferidas no texto da Promulgação.

Cada Equipamento deverá rever a sua estrutura hierárquica, no sentido de preservar a ligação directa do Responsável pela Qualidade aos órgãos de decisão, nomeadamente Mesa Administrativa/Direcção da UCCI.

A estratificação a considerar na elaboração de um organograma deverá ser adaptada à realidade de cada UCCI.

Sugere-se ainda que seja visualizável no organograma o relacionamento/ dependência com outros serviços internos da Instituição, como por exemplo, a gestão de cozinhas/refeitórios, lavandaria, serviços de saúde, de limpeza, segurança, compras, manutenção, recrutamento de Recursos Humanos ou outros.

Caracterização da UCCI

A prestação de Cuidados Continuados Integrados nesta Instituição é assegurada por:

- (A) Unidades de internamento;
- (B) Unidades de ambulatório;
- (C) Equipas hospitalares;
- (D) Equipas domiciliárias.

Constituem **unidades de internamento**:

- Unidades de convalescença;
- Unidades de média duração e reabilitação;
- Unidades de longa duração e manutenção;
- Unidades de cuidados paliativos.

Constitui **unidade de ambulatório** a unidade de dia e de promoção de autonomia.

São **equipas hospitalares**:

- Equipas de gestão de altas;
- Equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos.

São **equipas domiciliárias**:

- Equipas de CCI;
- Equipas comunitárias de suporte em Cuidados Paliativos.

(Baseado no DR - Dec.-Lei n.º 101/2006)

EXEMPLO A

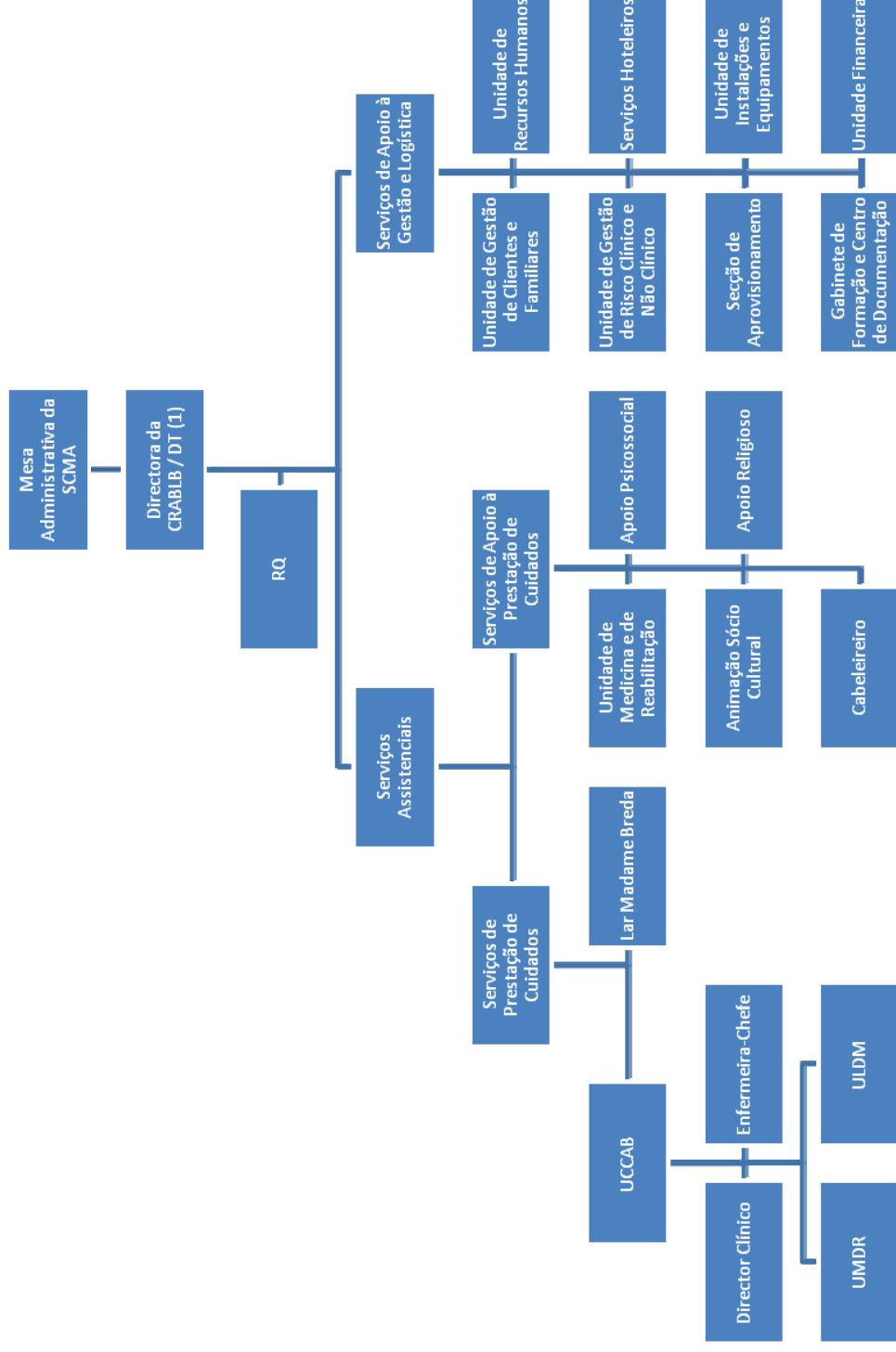
Santa Casa da Misericórdia De Águeda - Casa de Repouso Dr António Breda e D. Lea Breda.

2. Apresentação da Unidade de Cuidados Continuados Dr. António Breda

Dados de Identificação da UCCAB

Morada:	Rua Dr. Mateus Pereira Pinto, nº 26
Telefone:	234 690 200
Fax:	234 690 209
Email:	crbreda@iol.pt
Website:	
Número de Alvará:	70/05
Número de Contribuinte:	500 766 789

Organograma da Casa de Repouso Dr. António Breda e Lea Breda (onde a UCCAB está inserida)



(1) DT – A Direcção Técnica da UCCAB é assegurada pela Directora da CRABLB, de acordo com os requisitos da legislação em VÍGOR.

 Unidades Funcionais partilha de recursos com a sede

Caracterização da UCCI

A prestação de Cuidados Continuados Integrados nesta Instituição é assegurada por:

- Duas unidades de internamento;

Constituem **unidades de internamento**:

- Unidade de média duração e reabilitação;
- Unidade de longa duração e manutenção;

EXEMPLO B

Santa Casa da Misericórdia de Portimão - Unidade de Cuidados Continuados Integrados

2. Apresentação da Unidade de Cuidados Continuados

Dados de Identificação da UCCI

Morada:	Parque de Saúde da Misericórdia de Portimão, Av. S. João de Deus, 8500-508 Portimão
Telefone:	282430040
Fax:	282430049
Correio electrónico:	scmp@mail.ptprime.pt
Licença de Utilização/Funcionamento	
Número de Contribuinte:	501226320
Nº de Acordo/Data de Assinatura	

Histórico e Evolução da UCCI

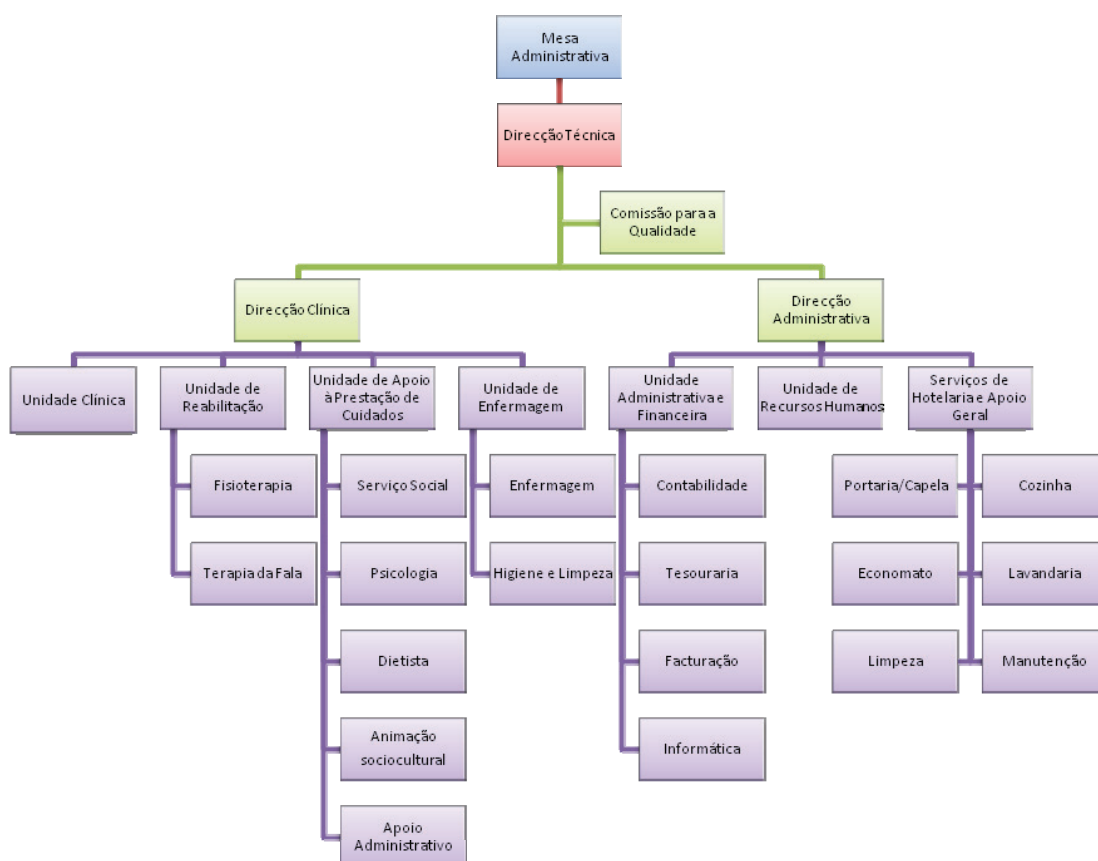
O actual Parque de Saúde vem dar continuidade à tradição centenária da Santa Casa da Misericórdia de Portimão de prestação de cuidados de saúde. Depois de várias localizações na cidade onde a Irmandade cumpriu a sua função de cuidar dos enfermos, em 1973 foi inaugurado o Hospital da Misericórdia de Portimão, constituindo esse edifício a base do actual Parque de Saúde.

Entre 1974 e 1999, o Estado utilizou aquele edifício para aí instalar o Hospital Distrital de Portimão, integrado no Serviço Nacional de Saúde. Com a inauguração do Hospital do Barlavento Algarvio, e posterior devolução do Hospital Distrital à Santa Casa da Misericórdia, iniciou-se o processo de recuperação, reabilitação e equipamento do Parque de Saúde da SCMP. Nesse contexto, a Santa Casa da Misericórdia de Portimão procurou sempre ser um parceiro empenhado no sucesso do projecto de implantação de uma rede de Cuidados Continuados, dedicando boa parte do espaço disponível a esta nova realidade. Assim, logo

após a inauguração das renovadas instalações, no âmbito do Protocolo de Cooperação celebrado, em Maio de 2004, entre o Ministério da Saúde e a União das Misericórdias Portuguesas, a Santa Casa da Misericórdia de Portimão constitui-se como a única Instituição no Algarve a integrar essa experiência, em parceria com o Hospital Distrital de Faro e o Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio. Posteriormente, com a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, foi uma vez mais a SCMP pioneira no Algarve, transportando para a Rede durante o período das experiências piloto o saber, as práticas, os sucessos e os erros porque tinha já passado.

Hoje, como desde 2004, a área dos Cuidados Continuados constitui-se como uma das principais apostas da SCMP quer no serviço que pode prestar aqueles que dela necessitam, quer na sua relação com o Estado.

Organograma das Unidades de Cuidados Continuados Integrados da Santa Casa da Misericórdia de Portimão



Caracterização da UCCI

As UCCI constituem uma valência da Santa Casa da Misericórdia de Portimão, integradas no Parque de Saúde da Misericórdia de Portimão, com autonomia técnica e administrativa.

A prestação de Cuidados Continuados Integrados nesta Instituição é assegurada por duas unidades de internamento, sendo uma de Convalescença, com lotação de 19 camas, e outra de Média Duração e Reabilitação, com lotação de 26 camas.

A intervenção realizada na UCCI da SCMP engloba um corpo multidisciplinar de profissionais, nomeadamente da área da Medicina, Enfermagem, Serviço Social, Psicologia, Fisioterapia, Nutrição e Alimentação, e Animação sociocultural. Para além da intervenção directa ao cliente/utente, suportam ainda a intervenção das UCCI os Serviços Administrativos e Financeiros e os Serviços de Hotelaria e Apoio Geral.

Actualmente, as UCCI da SCMP contam com a presença regular de aproximadamente 100 colaboradores, entre pessoal contratado e prestadores de serviços.

3. Campo de Aplicação, Documentação de Referência e Legislação Aplicável

Referir o âmbito do sistema de gestão da qualidade, ou seja, os processos/serviços aos quais o sistema é aplicável. É importante clarificar que um sistema de gestão da qualidade aplicável à UCCI não integra outras valências que o Equipamento possa ter.

3.1- Campo de Aplicação

O Sistema de Gestão da Qualidade aplica-se ao âmbito: “prestação de cuidados de saúde a Clientes/Utentes com perda de funcionalidade ou situação de dependência, em qualquer idade, que se encontrem afectados na estrutura anatómica ou nas funções psicológica ou fisiológica, com limitação acentuada na possibilidade de tratamento curativo de curta duração, susceptível de correcção, compensação ou manutenção e que necessite de cuidados complementares e interdisciplinares de saúde, de longa duração.”

A prestação de Cuidados Continuados Integrados de Saúde integra os seguintes processos-chave:

- Admissão e Acolhimento do Cliente/utente;
- Prestação de Cuidados;
- Alta.

3.2- Documentação de Referência e Legislação Aplicável

Mencionar aqui os documentos de referência e legislação aplicáveis à UCCI, cujos requisitos serão considerados na elaboração do MQ e na concepção de todo o sistema de gestão da qualidade e restante documentação de suporte.

Referir os documentos de forma genérica, por exemplo remeter para a “legislação em vigor”, pois o MQ deverá ser complementado pela lista de documentos de origem externa, onde estão descritos os documentos, datas, versões, edições em vigor e que são de cumprimento obrigatório pela UCCI. Esta metodologia facilita a manutenção da actualização do MQ a este nível, não estando sujeito às sucessivas alterações da legislação em vigor.

O presente Manual da Qualidade da UCCI foi elaborado de acordo com as orientações contidas no Modelo de Avaliação da Qualidade das Unidades de Internamento e Outras Respostas de Cuidados às Pessoas Idosas e às Pessoas em Situação de Dependência do IQS, norma NP EN ISO 9001 - Sistemas de gestão da qualidade - Requisitos, Modelo de Excelência da EFQM e na Legislação aplicável ao Sector nomeadamente:

- Portaria nº 376/2008, de 23 de Maio;
- Portaria n.º 189/2008, de 19 de Fevereiro;
- Declaração de Rectificação nº 101/2007, de 29 de Outubro;
- Despacho Normativo nº34/2007, de 19 de Setembro;

- Portaria nº 1087-A/2007, de 5 de Setembro;
- Resolução do Conselho de Ministros nº 168/2006, de 18 de Dezembro;
- Despacho nº 19 040/2006, de 19 de Setembro;
- Decreto-Lei nº 101/2006 de 06 de Junho.

EXEMPLO A

Santa Casa da Misericórdia De Águeda - Casa de Repouso Dr António Breda e D. Lea Breda.

3.1- Campo de Aplicação

O Sistema de Gestão da Qualidade aplica - se ao âmbito: do conjunto de intervenções sequenciais de saúde e/ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social.

A prestação de Cuidados Continuados Integrados integra os seguintes processos - chave:

- Admissão na UCCAB;
- Acolhimento;
- Prestação de cuidados;
- Alta.

3.2- Documentação de Referência e Legislação Aplicável

O presente Manual da Qualidade da UCCAB foi elaborado de acordo com as orientações contidas no Modelo de Avaliação da Qualidade das Unidades de Internamento e Outras Respostas de Cuidados às Pessoas Idosas e às Pessoas em Situação de Dependência da IQS, norma NP EN ISO 9001 - Sistemas de gestão da qualidade - Requisitos, Modelo de Excelência da EFQM, Decreto-Lei nº 101/2006 de 06 de Junho e na restante Legislação, em vigor, aplicável ao Sector.

EXEMPLO B**Santa Casa da Misericórdia de Portimão - Unidade de Cuidados Continuados Integrados****3.1. Campo de Aplicação**

O Sistema de Gestão da Qualidade aplica-se ao âmbito: “prestação de cuidados de saúde a Clientes/Utentes com perda de funcionalidade ou situação de dependência, em qualquer idade, que se encontrem afectados na estrutura anatómica ou nas funções psicológica ou fisiológica, com limitação acentuada na possibilidade de tratamento curativo de curta duração, susceptível de correcção, compensação ou manutenção e que necessite de cuidados complementares e interdisciplinares de saúde, de longa duração.”

A prestação de Cuidados Continuados Integrados de Saúde integra os seguintes processos-chave:

- Admissão e Acolhimento;
- Prestação de Cuidados;
- Alta.

3.2. Documentação de Referência e Legislação Aplicável

No âmbito da concepção do presente Manual foram utilizados como referenciais:

- As orientações emanadas pela Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI);
- O Modelo de Avaliação da Qualidade das Unidades de Internamento e Outras Respostas de Cuidados às Pessoas Idosas e às Pessoas em Situação de Dependência, elaborado pelo Instituto da Qualidade em Saúde (IQS);
- A norma NP EN ISO 9001 - Sistemas de Gestão da Qualidade - Requisitos;
- A série de normas NP EN ISO 9000, normas internacionais utilizadas como vocabulário e modelo para a concepção e implementação de Sistemas de Gestão da Qualidade em diversos países.

Por força do seu poder vinculativo, foi ainda considerada toda a Legislação aplicável a este sector de actividade, particularmente:

- Portaria nº 376/2008, de 23 de Maio;
- Portaria n.º 189/2008, de 19 de Fevereiro;
- Declaração de Rectificação nº 101/2007, de 29 de Outubro;
- Despacho Normativo nº34/2007, de 19 de Setembro;

- Portaria nº 1087-A/2007, de 5 de Setembro;
- Resolução do Conselho de Ministros nº 168/2006, de 18 de Dezembro;
- Despacho nº 19 040/2006, de 19 de Setembro;
- Decreto-Lei nº 101/2006 de 06 de Junho.

4. Termos e Abreviaturas

De forma a uniformizar a linguagem entre todos os colaboradores, foram inseridos aqui exemplos de definições relacionadas com a qualidade, mais relevantes para a actividade da UCCI. É também referenciada a norma NP EN ISO 9000 onde estão definidos os restantes termos relacionados com a gestão da qualidade.

Os principais termos relacionados com o Sistema de Gestão da Qualidade são os referenciados na norma NP EN ISO 9000 - Sistemas de Gestão da Qualidade - Fundamentos e vocabulário, nos referenciais normativos e na legislação aplicável, bem como os utilizados no sector de actividade.

A tabela a seguir contém um resumo dos principais termos utilizados:

TERMO	DEFINIÇÃO
Acção correctiva	Acção para eliminar a causa de uma não-conformidade
Acção preventiva	Acção para eliminar a causa de uma potencial não-conformidade
Cliente/utente	Instituição ou pessoa que recebe um produto
Competência	Capacidade demonstrada de aplicar conhecimentos e de saber fazer
Correcção	Acção para eliminar uma não-conformidade
Documento	Informação e respectivo meio de suporte
Fornecedor	Instituição ou pessoa que fornece um produto
Gestão da qualidade	Actividades coordenadas para dirigir e controlar uma Instituição no que respeita à qualidade
Melhoria contínua	Actividade permanente com vista a incrementar a capacidade para satisfazer requisitos
Não-conformidade	Não satisfação de um requisito
Objectivo da qualidade	Algo que se procura obter ou atingir relativo à qualidade
Partes Interessadas	Todos os que têm interesse na Instituição, nas suas actividades e nas suas realizações. São exemplos de partes interessadas as indicadas em 5.2 deste Manual.
Planeamento da qualidade	Parte da gestão da qualidade orientada para o estabelecimento dos objectivos da qualidade e para a especificação dos Processos Chave e dos recursos relacionados, necessários para atingir esses objectivos
Política da Qualidade	Conjunto de intenções e de orientações de uma Instituição relacionadas com a qualidade, formalmente expressas pela gestão de topo
Procedimento	Modo especificado de realizar uma actividade e/ou um processo
Processo - Chave	Processo é um conjunto de actividades interrelacionadas e interactuantes que transformam entradas em saídas; processo - chave é o processo que tem impacto directo na satisfação dos requisitos dos Clientes/Utentes.
Processo de Suporte	São considerados processos de suporte os que têm impacto indirecto na satisfação dos requisitos do Cliente/utente e demais partes interessadas, mas necessários ao desenvolvimento dos processos-chave.
Produto	Resultado de um processo

Qualidade	Grau de satisfação de requisitos, dado por um conjunto de características intrínsecas
Registo	Documento que expressa resultados obtidos ou fornece evidência das actividades realizadas
Requisito	Necessidade ou expectativa expressa, geralmente implícita ou obrigatória
Satisfação dos Clientes/utentes	Percepção dos Clientes/utentes quanto ao grau de satisfação dos seus requisitos
Sistema de Gestão da Qualidade	Sistema de gestão para dirigir e controlar uma Instituição no que respeita à qualidade
Cliente/utente	Pessoa que recebe um serviço ou produto

A tabela seguinte tem o objectivo de definir o significado das abreviaturas utilizadas na UCCI para que todos os colaboradores possam dispor de uma linguagem comum e para que as abreviaturas possam ser utilizadas nos restantes documentos do sistema.

O exemplo a seguir deverá ser revisto e adaptado à realidade da UCCI.

Abreviaturas utilizadas na UCCI de _____ (*nome da Unidade UCC*):

ABREVIATURAS	DESCRIÇÃO
AD	Administrativo
ANI	Animadora Sociocultural
AR	Apoio Religioso
AS	Assistente Social
CG	Cuidados Geriátricos
CP	Cuidador Principal
CR	Cuidados de Reabilitação
D	Direcção da Unidade de Cuidados Continuados
DC	Director Clínico
DG	Director Geral
DIE	Dietista
DMM	Dispositivos de Monitorização e Medição
DS	Director de Serviços
DT	Director Técnico
EA	Equipa de Auditoria
EC	Enfermeiro Chefe
EG	Encarregada Geral
ENF	Enfermeiro
Ed.	Edição
ER	Empregado de Refeitório
ES	Encarregada de Sector
EST	Estagiário
ET	Equipa Técnica

MF	Médico Fisiatra
FST	Fisioterapeuta
GAS	Gabinete de Apoio Social
GP	Gestor do Processo
GU	Gabinete do Utente
HACR	Higiene Alimentar, Copa e Refeitório
HL	Higiene e Limpeza
IMP	Impresso
IT	Instrução de Trabalho
LE	Lista de Espera
MA	Mesa Administrativa
MD	Médico
ABREVIATURAS	DESCRIÇÃO
NUT	Nutricionista
MOD	Modelo
MQ	Manual da Qualidade da Unidade de Cuidados Continuados
PASC	Programa de Actividades Socioculturais
PASO	Plano de Actividades Sócio-ocupacionais
PC	Processo Chave
PDI	Plano de Desenvolvimento Individual
PI	Processo Individual
PIC	Plano Individual de Cuidados
POR	Porteiro
PR	Procedimento
PRS	Processo Social
PS	Processo Suporte
PSI	Psicólogo
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
RH	Recursos Humanos
RQ	Responsável pela Qualidade
SCM	Santa Casa da Misericórdia
S	Segurança
SG	Serviços Gerais
SGQ	Sistema de Gestão da Qualidade
TFST	Técnico de Fisioterapia
TO	Terapeuta Ocupacional
TSG	Trabalhador de Serviços Gerais
SR	Serviço Religioso
TSS	Técnico de Serviço Social
UCCI	Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Saúde
UCP	Unidade de Cuidados Paliativos

VOL	Voluntário
------------	-------------------

EXEMPLO A

Santa Casa da Misericórdia De Águeda - Casa de Repouso Dr António Breda e D. Lea Breda.

4. Termos e Abreviaturas

Os principais termos relacionados com o Sistema de Gestão da Qualidade são os referenciados na norma NP EN ISO 9000 - Sistemas de Gestão da Qualidade - Fundamentos e vocabulário, nos referenciais normativos e na legislação aplicável, bem como os utilizados no sector de actividade.

A tabela a seguir contém um resumo dos principais termos utilizados:

TERMO	DEFINIÇÃO
Acção correctiva	Acção para eliminar a causa de uma não-conformidade
Acção preventiva	Acção para eliminar a causa de uma potencial não-conformidade
Cliente/utente	Instituição ou pessoa que recebe um produto
Competência	Capacidade demonstrada de aplicar conhecimentos e de saber fazer
Correcção	Acção para eliminar uma não-conformidade
Documento	Informação e respectivo meio de suporte
Fornecedor	Instituição ou pessoa que fornece um produto
Gestão da qualidade	Actividades coordenadas para dirigir e controlar uma Instituição no que respeita à qualidade
Melhoria contínua	Actividade permanente com vista a incrementar a capacidade para satisfazer requisitos
Não-conformidade	Não satisfação de um requisito
Objectivo da qualidade	Algo que se procura obter ou atingir relativo à qualidade
Partes Interessadas	Todos os que têm interesse na Instituição, nas suas actividades e nas suas realizações. São exemplos de partes interessadas as indicadas em 5.2 deste Manual.
Planeamento da qualidade	Parte da gestão da qualidade orientada para o estabelecimento dos objectivos da qualidade e para a especificação dos Processos Chave e dos recursos relacionados, necessários para atingir esses objectivos
Política da Qualidade	Conjunto de intenções e de orientações de uma Instituição relacionadas com a qualidade, formalmente expressas pela gestão de topo
Procedimento	Modo especificado de realizar uma actividade e/ou um processo
Processo - Chave	Processo é um conjunto de actividades interrelacionadas e interactuantes que transformam entradas em saídas; processo - chave é o processo que tem impacto directo na satisfação dos requisitos dos Clientes/Utentes.
Processo de Gestão	Os Processos de Gestão são os processos com impacto indirecto na satisfação dos clientes/utentes, e demais partes interessadas, mas necessários ao desenvolvimento dos processos-chave, à gestão das actividades e do SGQ. São comuns a toda a CRABLB, independentemente da valência.
Produto	Resultado de um processo

Qualidade	Grau de satisfação de requisitos, dado por um conjunto de características intrínsecas
Registo	Documento que expressa resultados obtidos ou fornece evidência das actividades realizadas
Requisito	Necessidade ou expectativa expressa, geralmente implícita ou obrigatória
Satisfação dos Clientes/utentes	Percepção dos Clientes/Utentes quanto ao grau de satisfação dos seus requisitos
TERMO	DEFINIÇÃO
Sistema de Gestão da Qualidade	Sistema de gestão para dirigir e controlar uma Instituição no que respeita à qualidade
Cliente/utente	Pessoa que recebe um produto

Abreviaturas utilizadas na UCCAB:

ABREVIATURAS	DESCRIÇÃO
AAM	Auxiliar de Acção Médica
AC	Animadora Cultural
BA	Banhos Assistidos
CR	Casa de Repouso
CRABLB	Casa de Repouso Dr. António Breda e Lea Breda
DC	Director Clínico
DIR	Director da CRABLB
DMM	Dispositivos de Monitorização e Medição
DS	Director de Serviços
DT	Director Técnico
EA	Equipa de Auditora
EC	Enfermeiro Chefe
ECL	Equipa Coordenadora Local
ECR	Equipa Coordenadora Regional
Ed.	Edição
ENF	Enfermeiro
ER	Empregado de Refeitório
EST	Estagiário
ET	Equipa Técnica
FS	Fisiatra
FIS	Fisioterapeuta
GM	Gabinete Médico
GP	Gestor do Processo
GTEM	Gabinete de Trabalho da Equipa Multidisciplinar
IT	Instrução de Trabalho
MA	Mesa Administrativa
MD	Médico

MTZ	Matriz
MQ	Manual da Qualidade
NUT	Nutricionista
PASC	Programa de Actividades Socioculturais
PATO	Plano de Actividades de Terapia Ocupacional
PC	Processo Chave
PI	Processo Individual
PIC	Plano Individual de Cuidados
ABREVIATURAS	DESCRIÇÃO
PR	Procedimento
PRS	Processo Social
PG	Processo Gestão
PSI	Psicólogo
REC	Recepcionista
RH	Recursos Humanos
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
RQ	Responsável pela Qualidade
RT	Responsável de Turno
SCMA	Santa Casa da Misericórdia de Águeda
SEC	Secretaria
SG	Serviços Gerais
SGQ	Sistema de Gestão da Qualidade
SP	Sub-processo
SR	Serviço Religioso
ST	Sala de Tratamento
TF	Terapia da Fala
TO	Terapeuta Ocupacional
TSG	Trabalhador de Serviços Gerais
TSS	Técnico Superior de Serviço Social
UCCAB	Unidade de Cuidados Continuados Dr. António Breda
UCCI	Unidade de Cuidados Continuados Integrados
ULDM	Unidade de Longa Duração e Reabilitação
UMDR	Unidade de Média Duração e Reabilitação
UMCCI	Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados
VOL	Voluntário

EXEMPLO B

Santa Casa da Misericórdia de Portimão - Unidade de Cuidados Continuados Integrados

4. Termos e Abreviaturas

Os principais termos relacionados com o Sistema de Gestão da Qualidade são os referenciados na norma NP EN ISO 9000 - Sistemas de Gestão da Qualidade - Fundamentos e vocabulário, nos referenciais normativos e na legislação aplicável, bem como os utilizados no sector de actividade.

A tabela a seguir contém um resumo dos principais termos utilizados:

TERMO	DEFINIÇÃO
Acção correctiva	Acção para eliminar a causa de uma não-conformidade
Acção preventiva	Acção para eliminar a causa de uma potencial não-conformidade
Cliente/utente	Instituição ou pessoa que recebe um produto
Competência	Capacidade demonstrada de aplicar conhecimentos e de saber fazer
Correcção	Acção para eliminar uma não-conformidade
Documento	Informação e respectivo meio de suporte
Fornecedor	Instituição ou pessoa que fornece um produto
Gestão da qualidade	Actividades coordenadas para dirigir e controlar uma Instituição no que respeita à qualidade
Melhoria contínua	Actividade permanente com vista a incrementar a capacidade para satisfazer requisitos
Não-conformidade	Não satisfação de um requisito
Objectivo da qualidade	Algo que se procura obter ou atingir relativo à qualidade
Partes Interessadas	Todos os que têm interesse na Instituição, nas suas actividades e nas suas realizações. São exemplos de partes interessadas as indicadas em 5.2 deste Manual.
Planeamento da qualidade	Parte da gestão da qualidade orientada para o estabelecimento dos objectivos da qualidade e para a especificação dos Processos Chave e dos recursos relacionados, necessários para atingir esses objectivos
Política da Qualidade	Conjunto de intenções e de orientações de uma Instituição relacionadas com a qualidade, formalmente expressas pela gestão de topo
Procedimento	Modo especificado de realizar uma actividade e/ou um processo
Processo - Chave	Processo é um conjunto de actividades interrelacionadas e interactuantes que transformam entradas em saídas; processo - chave é o processo que tem impacto directo na satisfação dos requisitos dos Clientes/Utentes.

Processo de Suporte	São considerados processos de suporte os que têm impacto indirecto na satisfação dos requisitos do Cliente/utente e demais partes interessadas, mas necessários ao desenvolvimento dos processos-chave.
Produto	Resultado de um processo
Qualidade	Grau de satisfação de requisitos, dado por um conjunto de características intrínsecas
Registo	Documento que expressa resultados obtidos ou fornece evidência das actividades realizadas
Requisito	Necessidade ou expectativa expressa, geralmente implícita ou obrigatória
Satisfação dos Clientes/utentes	Percepção dos Clientes/Utentes quanto ao grau de satisfação dos seus requisitos
Sistema de Gestão da Qualidade	Sistema de gestão para dirigir e controlar uma Instituição no que respeita à qualidade
Cliente/utente	Instituição ou pessoa que recebe um produto

Abreviaturas utilizadas na UCCI da Santa Casa da Misericórdia de Portimão:

ABREVIATURAS	DESCRIÇÃO
AD	Administrativo
ANI	Animadora Sociocultural
AR	Apoio Religioso
AS	Assistente Social
CG	Cuidados Geriátricos
CP	Cuidador Principal
CR	Cuidados de Reabilitação
CSHA	Chefe de Serviços de Hotelaria e Apoio Geral
D	Direcção da Unidade de Cuidados Continuados
DA	Director Administrativo
DC	Director Clínico
DG	Director Geral
DIE	Dietista
DMM	Dispositivos de Monitorização e Medição
DS	Director de Serviços
DT	Director Técnico
EA	Equipa de Auditoria

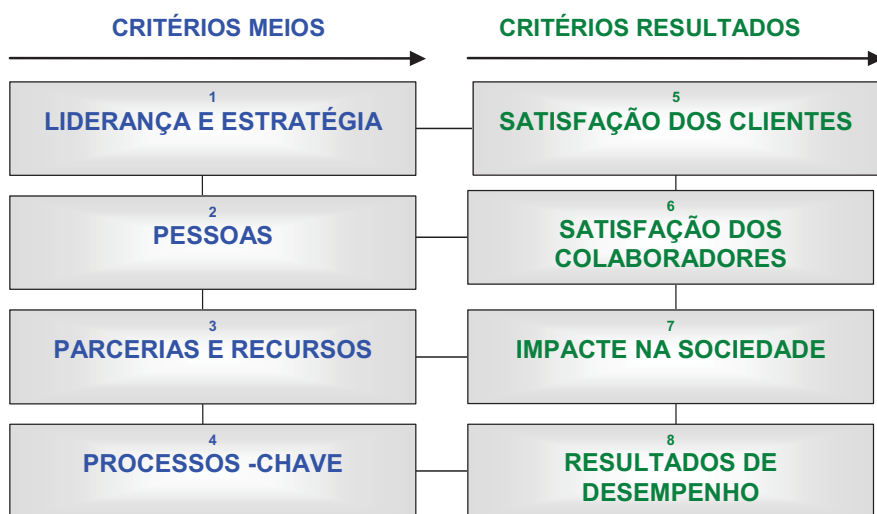
EG	Encarregada Geral
ENF	Enfermeiro
Ed.	Edição
ER	Empregado de Refeitório
ERP	Enfermeiro Responsável
ES	Encarregada de Sector
EST	Estagiário
ET	Equipa Técnica
FS	Fisioterapeuta
GAS	Gabinete de Apoio Social
GP	Gestor do Processo
GU	Gabinete do Cliente/utente
HACR	Higiene Alimentar, Copa e Refeitório
HL	Higiene e Limpeza
ABREVIATURAS	DESCRIÇÃO
IMP	Impresso
IT	Instrução de Trabalho
LE	Lista de Espera
MA	Mesa Administrativa
MD	Médico
MF	Médico Fisiatra
NUT	Nutricionista
MOD	Modelo
MQ	Manual da Qualidade da Unidade de Cuidados Continuados
PASC	Programa de Actividades Socioculturais
PASO	Plano de Actividades Sócio-ocupacionais
PC	Processo Chave
PDI	Plano de Desenvolvimento Individual
PI	Processo Individual
PIC	Plano Individual de Cuidados
POR	Porteiro
PR	Procedimento
PRS	Processo Social
PS	Processo Suporte

PSI	Psicólogo
PSMP	Parque de Saúde da Misericórdia de Portimão
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
RH	Recursos Humanos
RQ	Responsável pela Qualidade
SCM	Santa Casa da Misericórdia
S	Segurança
SG	Serviços Gerais
SGQ	Sistema de Gestão da Qualidade
TE	Terapeuta
TF	Terapeuta da Fala
TO	Terapeuta Ocupacional
TSG	Trabalhador de Serviços Gerais
SCMP	Santa Casa da Misericórdia de Portimão
SR	Serviço Religioso
ABREVIATURAS	DESCRIÇÃO
TSS	Técnico de Serviço Social
UCCI	Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Saúde
UCP	Unidade de Cuidados Paliativos
VOL	Voluntário

IIª Parte

Gestão da Qualidade

A seguir ilustra-se o Modelo de Avaliação da Qualidade do IQS com os seus 8 critérios e a respectiva explicação.



Critérios - Meios

Como a UCCI:

1. Formula, implementa e revê a sua estratégia e a converte em planos e acções
2. Gere, desenvolve e liberta o potencial dos seus Colaboradores
3. Planeia e gere as suas parcerias externas e seus recursos internos de uma forma eficaz e eficiente
4. Concebe, gere e melhora os seus processos de modo a gerar valor para os seus Clientes/Utentes

Critérios - Resultados

O que a UCCI está a alcançar relativamente:

5. À satisfação dos seus Clientes/Utentes
6. À satisfação dos seus Colaboradores
7. À satisfação das necessidades e expectativas da comunidade em que se insere
8. Ao desempenho planeado

1. Liderança, Planeamento e Estratégia

A partir deste ponto, os critérios e requisitos do Modelo de Avaliação da Qualidade do IQS e dos demais documentos de referência aplicáveis são descritos e sintetizados, devendo ser adaptados para descrever como cada UCCI os aplica na prática.

1.1- Declarações da Direcção

Seguidamente, encontram-se exemplos das declarações da Direcção que cada UCCI deve adaptar. Para demonstrar o seu comprometimento com a Qualidade, a Direcção deve elaborar, aprovar e formalizar estas declarações. As declarações da Direcção incluem a Missão, Visão, Valores e Política de Gestão.

A Direcção assume e manifesta o seu comprometimento com o SGQ através do conjunto de declarações abaixo: Missão, Visão, Valores e Política de Gestão.

Estas declarações são avaliadas e revistas periodicamente de forma a que se mantenham actualizadas e adequadas.

A Direcção definiu a seguinte estratégia de divulgação para a Missão, Visão, Valores e Política de Gestão, de forma a dar conhecimento das mesmas aos seus Colaboradores, Clientes/Utentes e demais partes interessadas.

- Todos os Colaboradores têm acesso ao MQ da UCCI, onde estão documentadas a Missão, Visão, Valores e Política de Gestão.
- Afixação destas declarações nas instalações da UCCI

Missão

Missão: enquadramento da UCCI na razão da existência da Instituição.

A UCCI identifica-se e assume o seu papel no cumprimento da Missão sugerida pelos artigos 4º e 5º do Dec.-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho:

“Prestar Cuidados Continuados Integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência, tendo como finalidade a reabilitação, a readaptação e a reintegração social, tal como a provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida, mesmo em situações irrecuperáveis.”

Os cuidados prestados assentam nos paradigmas da recuperação global e da manutenção, entendidos como o processo activo e contínuo e têm como objectivos específicos:

- *“A melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e/ou de apoio social;*
- *O apoio, o acompanhamento e o internamento tecnicamente adequados à respectiva situação;*

- A melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social;
- O apoio aos familiares ou prestadores informais na respectiva qualificação e na prestação dos cuidados;
- A articulação e coordenação com outros serviços, sectores e níveis de diferenciação;

Visão

Visão: quais são as perspectivas da UCCI e onde a mesma pretende chegar.

Nota: ter em conta a estratégia do Equipamento para a UCCI a pelo menos 5 anos.

Promover a resposta social de forma sustentada, integrado numa rede de parceiros sociais e outras partes interessadas que, em sintonia, antecipem necessidades e expectativas com vista à sua satisfação.

Valores

Valores: são os princípios-base pelos quais a UCCI pauta a sua actividade.

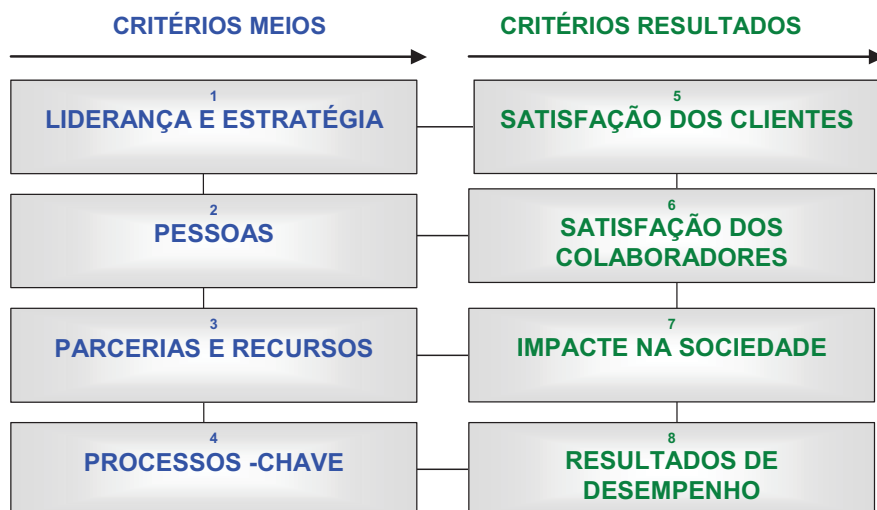
A UCCI observa, no desenvolvimento da sua actividade, os seguintes princípios e valores:

- Humanização dos cuidados - garantia do respeito pela dignidade humana, nomeadamente no que concerne ao direito dos Clientes/Utentes à sua privacidade, à confidencialidade da informação clínica, à preservação da sua identidade, à não discriminação e ao cabal esclarecimento dos Clientes/Utentes sobre a sua situação de saúde, para que possam decidir de forma livre e consciente sobre a concretização do que lhes é proposto;
- Ética assistencial - observância dos valores éticos e deontológicos que enquadram o exercício da actividade dos diferentes grupos profissionais;
- Qualidade e eficiência - articula o objectivo de elevado nível de qualidade e racionalidade técnica com a promoção da racionalidade económica e da eficiência;
- Envolvimento da família - facilita, incentiva e apoia a participação da família, elemento determinante da relação humanizada, na definição e desenvolvimento do plano individual de cuidados do Cliente/utente;
- Continuidade e proximidade de cuidados - resposta às necessidades de cuidados numa perspectiva articulada de intervenção em *Rede*, mantendo, sempre que possível, os Clientes/Utentes dentro do seu enquadramento social e comunitário;
- Rigor e transparência - relacionamento rigoroso e transparente com todos os interlocutores, consolidando assim a credibilidade institucional;
- Responsabilização e hierarquização - promoção de uma cultura de responsabilização, comprometendo dirigentes, profissionais de saúde e demais colaboradores que desempenhem funções na UCCI no sentido de um escrupuloso cumprimento das normas, regras e procedimentos definidos;

- h) Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade - assunção do trabalho de equipa como um dos pilares fundamentais para a melhoria contínua da qualidade e obtenção de ganhos em saúde;
- i) Autonomia administrativa - desenvolvimento de uma gestão técnica e administrativa da UCCI autónoma das outras valências da Misericórdia, com meios e orçamentos específicos.

EXEMPLO A

Santa Casa da Misericórdia De Águeda - Casa de Repouso Dr António Breda e D. Lea Breda.
Gestão da Qualidade



Critérios - Meios

Respeitam ao modo como a UCCAB:

1. Formula, implementa e revê a sua estratégia e a converte em planos e acções
2. Capta, gere, desenvolve e liberta o potencial dos seus Colaboradores
3. Planeia e gere as suas parcerias externas e seus recursos internos para cumprir a sua missão e os objectivos que se propôs atingir;
4. Define, organiza, gere e melhora os seus processos de modo a gerar valor para os seus Cliente/utentes

Critérios - Resultados

Correspondem ao que a UCCAB está a alcançar relativamente:

5. À satisfação dos seus Cliente/utentes
6. À satisfação dos seus Colaboradores
7. À satisfação das necessidades e expectativas da comunidade em que se insere
8. Ao desempenho planeado

1. Liderança, Planeamento e Estratégia

1.1- Declarações da Mesa Administrativa e da Direcção da Casa de Repouso Dr. António Breda e Lea Breda

A Mesa Administrativa e a Direcção da Casa de Repouso Dr. António Breda e Lea Breda assumem e manifestam o seu comprometimento com o SGQ através do conjunto de declarações abaixo: Missão, Visão, Valores e Política de Gestão.

Estas declarações são avaliadas e revistas periodicamente de forma a que se mantenham actualizadas e adequadas.

A Mesa Administrativa e a Direcção da Casa de Repouso Dr. António Breda e Lea Breda definiram a seguinte estratégia de divulgação para a Missão, Visão, Valores e Política de Gestão, de forma a dar conhecimento das mesmas aos seus Colaboradores, Clientes/utentes e demais partes interessadas.

- Todos os Colaboradores têm acesso ao MQ da UCCAB, onde estão documentadas a Missão, Visão, Valores e Política de Gestão.
- Afixação destas declarações nas instalações da UCCAB, em local visível para colaboradores e cliente/utentes.

A UCCAB como parte integrante da CRABLB assume como suas estas declarações.

Missão

CUIDAR COM HUMANIZAÇÃO

Visão

Ser uma resposta social de referência pela prestação de serviços humanizados.

Valores

A CRABLB orienta a sua actividade pelos seguintes valores:

- Humanização
- Personalização
- Caridade
- Dignidade
- Ética
- Inovação
- Formação
- Qualidade

EXEMPLO B

Santa Casa da Misericórdia de Portimão - Unidade de Cuidados Continuados Integrados

II PARTE - GESTÃO DA QUALIDADE



Critérios - Meios

Respeitam ao modo como a UCCI:

1. Formula, implementa e revê a sua estratégia e a converte em planos e acções;
2. Capta, gere, desenvolve e liberta o potencial dos seus Colaboradores;
3. Planeia e gere as suas parcerias externas e seus recursos internos para cumprir a sua missão e objectivos que se propôs atingir;
4. Define, organiza, concebe, gere e melhora os seus processos de modo a gerar valor para os seus Clientes/Utentes.

Critérios - Resultados

Correspondem ao que a UCCI está a alcançar relativamente:

5. À satisfação dos seus Clientes/Utentes;
6. À satisfação dos seus Colaboradores;
7. À satisfação das necessidades e expectativas da comunidade em que se insere;
8. Ao desempenho planeado.

1. Liderança, Planeamento e Estratégia

1.1. Declarações da Direcção

A Direcção assume e manifesta o seu comprometimento com o SGQ através do conjunto de declarações abaixo: Missão, Visão, Valores e Política de Gestão.

Estas declarações são avaliadas e revistas periodicamente para que se mantenham actualizadas e adequadas.

A Direcção definiu a seguinte estratégia de divulgação para a Missão, Visão, Valores e Política de Gestão, de forma a dar conhecimento das mesmas aos seus Colaboradores, Clientes/Utentes e demais partes interessadas.

- Todos os Colaboradores têm acesso ao MQ da UCCI, onde estão documentadas a Missão, Visão, Valores e Política de Gestão.
- Afixação destas declarações nas instalações da UCCI, em local visível para todos os *stakeholders*.

Missão

A UCCI identifica-se e assume o seu papel no cumprimento da Missão sugerida pelos Artigos 4.º e 5º do Dec -Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho:

“Prestar Cuidados Continuados Integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência, tendo como finalidade a reabilitação, a readaptação e a reintegração social, tal como a provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida, mesmo em situações irreversíveis.”

Os cuidados prestados assentam nos paradigmas da recuperação global e da manutenção, entendidos como o processo activo e contínuo e têm como objectivos específicos:

- *“A melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e/ou de apoio social;*
- *O apoio, o acompanhamento e o internamento tecnicamente adequados à respectiva situação;*
- *A melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social;*
- *O apoio aos familiares ou prestadores informais na respectiva qualificação e na prestação dos cuidados;*
- *A articulação e coordenação com outros serviços, sectores e níveis de diferenciação.*

Visão

Promover a resposta social de forma sustentada, integrado numa rede de parceiros sociais e outras partes interessadas que, em sintonia, antecipem necessidades e expectativas com vista à sua satisfação.

Valores

A UCCI observa, no desenvolvimento da sua actividade e administração, os seguintes princípios e valores:

- a) Humanização dos cuidados - garantia do respeito pela dignidade humana, nomeadamente no que concerne ao direito dos Clientes/Utentes à sua privacidade, à confidencialidade da informação clínica, à preservação da sua identidade, à não discriminação e ao cabal esclarecimento dos Clientes/Utentes sobre a sua situação de saúde, para que possam decidir de forma livre e consciente sobre a concretização do que lhes é proposto;
- b) Ética assistencial - observância dos valores éticos e deontológicos que enquadram o exercício da actividade dos diferentes grupos profissionais;
- c) Qualidade e eficiência - articula o objectivo de elevado nível de qualidade e racionalidade técnica com a promoção da racionalidade económica e da eficiência;
- d) Envolvimento da família - facilita, incentiva e apoia a participação da família, elemento determinante da relação humanizada, na definição e desenvolvimento do plano individual de cuidados do Cliente/Utente;
- e) Continuidade e proximidade de cuidados - resposta às necessidades de cuidados numa perspectiva articulada de intervenção em *Rede*, mantendo, sempre que possível, os Clientes/Utentes dentro do seu enquadramento social e comunitário;
- f) Rigor e transparência - relacionamento rigoroso e transparente com todos os interlocutores, consolidando assim a credibilidade institucional;
- g) Responsabilização e hierarquização - promoção de uma cultura de responsabilização, comprometendo dirigentes, profissionais de saúde e demais colaboradores que desempenhem funções na UCCI no sentido de um escrupuloso cumprimento das normas, regras e procedimentos definidos;
- h) Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade - assunção do trabalho de equipa como um dos pilares fundamentais para a melhoria contínua da qualidade e obtenção de ganhos em saúde;
- i) Autonomia administrativa - desenvolvimento de uma gestão técnica e administrativa da UCCI autónoma das outras valências da *Misericórdia*, com meios e orçamentos específicos.

1.2- Política de Gestão da UCCI

A Política de Gestão formaliza o compromisso que a Direcção da Unidade assume para com a Qualidade, Satisfação dos Clientes/Utentes, Segurança, Higiene e Saúde. Deve incluir referências aos colaboradores, parceiros, fornecedores, e outros intervenientes, bem como o compromisso com o cumprimento dos requisitos dos referenciais aplicáveis e com a melhoria contínua. A Política deve ser redigida de forma a enquadrar o estabelecimento face aos Objectivos e outras Metas a alcançar.

A humanização dos serviços é um dos fundamentos da UCCI. A UCCI está orientada para servir pessoas no respeito dos Valores definidos, na certeza de contribuir com a sua Missão e Visão para:

- *Melhorar a qualidade de vida das pessoas e famílias;*
- *Apoiar na reabilitação da doença e na recuperação da saúde por período estabelecido;*
- *Contribuir como unidade de apoio e formação a familiares do doente;*
- *Participar como unidade integrada na rede de Cuidados de Saúde, recebendo e encaminhando os doentes em função das suas necessidades;*
- *Assegurar as condições de Higiene, Segurança e Saúde a todos os intervenientes na prestação do serviço;*
- *Actuar de forma a prevenir e controlar a infecção hospitalar.*

A UCCI promove o envolvimento dos seus Colaboradores, onde todos são pessoalmente responsáveis pela implementação desta Política e mantém relações de parceria com as outras unidades da rede de cuidados de saúde para a sustentabilidade da resposta social.

A UCCI é assim veículo de apoio à comunidade, no sentido de promover os cuidados adequados para a reabilitação dos doentes e na promoção da saúde.

A UCCI declara o seu compromisso com o cumprimento dos requisitos legais e outros referenciais aplicáveis e com a melhoria contínua do seu SGQ.

EXEMPLO A

Santa Casa da Misericórdia De Águeda - Casa de Repouso Dr António Breda e D. Lea Breda.

A humanização dos serviços é um dos fundamentos da CRABLB.

A CRABLB está orientada para servir pessoas no respeito dos Valores definidos, na certeza de contribuir com a sua Missão e Visão para:

- Assegurar a identificação, a satisfação e a antecipação das necessidades expressas e implícitas dos clientes/utentes e familiares;
- Melhorar a qualidade de vida dos clientes/utentes e famílias;
- Fomentar a inovação, a criatividade e a gestão participativa de forma a melhorar continuamente a eficácia dos processos e do Sistema de Gestão da Qualidade;
- Cumprir os requisitos normativos, legais e regulamentares aplicáveis;
- Promover um ambiente de trabalho seguro e saudável e um clima institucional que potencie a satisfação e realização dos colaboradores;
- Exercer junto de todas as partes interessadas uma atitude socialmente responsável.

A CRABLB promove o envolvimento dos seus Colaboradores, onde todos são pessoalmente responsáveis pela implementação desta Política e mantém relações de parceria com outras entidades para a sustentabilidade da resposta social.

EXEMPLO B

Santa Casa da Misericórdia de Portimão - Unidade de Cuidados Continuados Integrados

1.2. Política de Gestão da UCCI

O Sistema de Gestão da Qualidade implementado na UCCI visa, através da eficácia dos seus processos internos, de uma estrutura de recursos humanos organizada, competente e motivada, e do rigoroso cumprimento de todos os requisitos legais:

- Criar valor para os Clientes/Utentes e suas famílias, assegurando a satisfação das suas necessidades expressas e potenciais;
- Fomentar a inovação e a criatividade de forma a melhorar continuamente a qualidade e segurança dos serviços, processos e métodos de trabalho;
- Promover um ambiente de trabalho seguro e saudável e um clima organizacional que potencie a satisfação e realização dos colaboradores;
- Incentivar a gestão participativa para que sejam encontradas as soluções mais efectivas e eficientes para a cadeia de valor;
- Exercer junto de todas as partes interessadas uma atitude socialmente responsável.

No respeito pelos princípios e valores preconizados, a UCCI promove o envolvimento dos seus Colaboradores, onde todos são pessoalmente responsáveis pela implementação desta Política e mantém relações de parceria com outras unidades e equipas da RNCCI, tendo em vista o desenvolvimento de sinergias através, nomeadamente, da partilha de recursos, de conhecimento e experiências, de modo a promover a melhoria contínua da qualidade e a sustentabilidade da UCCI.

A UCCI revê-se como estrutura de apoio à comunidade, que assegura a continuidade de cuidados humanizados, numa perspectiva de proximidade. Deste modo, a UCCI declara o seu compromisso com o cumprimento dos requisitos legais e outros referenciais aplicáveis e com a melhoria contínua do seu SGQ.

1.3- Objectivos da UCCI

Implementar e sistematizar o planeamento facilita a gestão da UCCI e cria a possibilidade de avaliar a performance da valência através da definição e acompanhamento de objectivos.

Os objectivos deverão reflectir e ser consistentes com a Missão, Visão, Valores e Política de Gestão. Devem ser concretos, mensuráveis e limitados num determinado intervalo de tempo, permitindo assim, o seu acompanhamento.

Os objectivos devem ser desdobrados em planos de actividades de forma a definir acções a implementar para a sua concretização, responsáveis, prazos e ponto de situação.

Para o cumprimento da sua Missão, Visão e Política de Gestão, a UCCI estabelece anualmente objectivos estratégicos e operacionais, que são desdobrados em actividades que permitem a sua concretização.

Estes objectivos são estabelecidos com base na análise de informação relevante, nomeadamente:

- *Relatório de Actividades do ano anterior*
- *Orientações estratégicas da Misericórdia*
- *Outras informações susceptíveis de gerar melhorias, como por exemplo, directrizes da UMCCI e orientações emanadas pela União das Misericórdias Portuguesas, entre outros.*

A definição dos objectivos específicos da UCCI cabe à Direcção da Unidade, que deve garantir o alinhamento com os objectivos Institucionais.

EXEMPLO A

Santa Casa da Misericórdia De Águeda - Casa de Repouso Dr António Breda e D. Lea Breda.

1.3- Objectivos da UCCAB

A UCCAB define Objectivos da Qualidade mensuráveis decorrentes de:

- Orientações estratégicas da Mesa Administrativa;
- Política da Qualidade;
- Desempenho da UCCAB, avaliado através dos indicadores estabelecidos;
- Requisitos dos Cliente/utentes e requisitos estatutários e regulamentares;
- Melhoria Contínua do Sistema, processos e serviços.
- Outras informações susceptíveis de gerar melhorias, como por exemplo, directrizes da UMCCI e orientações emanadas pela União das Misericórdias Portuguesas, entre outros.

Os Objectivos da Qualidade são elaborados pela Mesa Administrativa em conjunto com a Direcção da CRABLB; participam também, activamente, o Responsável pela Qualidade, o Director Clínico e a Enfermeira-Chefe.

EXEMPLO B

Santa Casa da Misericórdia de Portimão - Unidade de Cuidados Continuados Integrados

1.3. Objectivos da UCCI

Para o cumprimento da sua Missão, Visão e Política de Gestão, a UCCI estabelece anualmente objectivos estratégicos e operacionais, que são desdobrados em actividades que permitem a sua concretização.

Estes objectivos são estabelecidos com base na análise de informação relevante, nomeadamente:

- *Relatório de Actividades do ano anterior*
- *Orientações estratégicas da Misericórdia*
- *Outras informações susceptíveis de gerar melhorias, como por exemplo, directrizes da UMCCI e orientações emanadas pela União das Misericórdias Portuguesas, entre outros.*

A definição dos objectivos específicos da UCCI cabe à Direcção da Unidade, que deve garantir o alinhamento com os objectivos Institucionais.

Constituem objectivos específicos da UCCI:

- a) A melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e/ou de apoio social;
- b) O apoio, o acompanhamento e o internamento tecnicamente adequados à respectiva situação;
- c) A melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social;
- d) O apoio aos familiares ou prestadores informais, na respectiva qualificação e na prestação dos cuidados;
- e) A articulação com outras unidades, organismos e entidades da Rede, de forma a garantir a continuidade de cuidados, a satisfação das necessidades das pessoas em situação de dependência e a optimização da utilização dos recursos.

1.4- Planeamento de Actividades

É estabelecido um Plano de acção, com periodicidade definida, que descreve pormenorizadamente os objectivos a atingir, as actividades a desenvolver, os responsáveis pelas mesmas e o cronograma previsto. A aprovação do Plano proposto pela Direcção da Unidade é da responsabilidade da Mesa Administrativa da Misericórdia, que o integra no Plano global da Instituição.

O acompanhamento e monitorização intercalar do Plano é da responsabilidade da Direcção da Unidade, que articula com a DT. As actividades que nas avaliações intercalares apresentem desvios face ao planeado devem ser alvo de medidas correctivas.

EXEMPLO A

Santa Casa da Misericórdia De Águeda - Casa de Repouso Dr António Breda e D. Lea Breda.

1.4- Planeamento de Actividades

Os objectivos são documentados num Plano de Actividades e Conta de Exploração Previsional para o ano seguinte, para apresentação, discussão e aprovação na Reunião da Assembleia Geral.

A partir deste Plano aprovado, o Responsável da Qualidade elabora a MATRIZ GLOBAL DE GESTÃO da UCCAB, que contempla processos, objectivos, indicadores e metas alcançadas ao longo do período considerado, e que é acompanhada periodicamente, revista e actualizada sempre que aplicável, de forma a reflectir a realização dos Objectivos definidos e as Metas a atingir.

O Plano de Actividades e Conta de Exploração Previsional também estabelece as linhas de orientação sobre os seguintes aspectos (decorrentes do regular funcionamento do SGQ):

- Formação
- Manutenção das Infraestruturas
- Calibrações/verificações
- Auditorias
- Actividades decorrentes da execução dos Processos-Chave

Novas acções/actividades ou qualquer alteração ao Plano estabelecido é alvo de adenda, aprovada em acta de reunião da Mesa Administrativa, e incorporada na referida Matriz Global de Gestão da UCCAB.

É realizado um seguimento adequado da Matriz Global de Gestão, de forma a assegurar o integral funcionamento do SGQ enquanto se executam as acções/alterações planeadas com impacto no Sistema.

EXEMPLO B

Santa Casa da Misericórdia de Portimão - Unidade de Cuidados Continuados Integrados

1.4. Planeamento de Actividades

É estabelecido um Plano de Acção, com periodicidade definida, que descreve pormenorizadamente os objectivos a atingir, as actividades a desenvolver, os responsáveis pelas mesmas e o cronograma previsto. A aprovação do Plano proposto pela Direcção da Unidade é da responsabilidade da Mesa Administrativa da Misericórdia, que o integra no Plano global da Instituição.

O acompanhamento e monitorização intercalar do Plano é da responsabilidade da Direcção da Unidade que articula com a DT, quando estas não forem coincidentes. As actividades que nas avaliações intercalares apresentem desvios face ao planeado devem ser alvo de medidas correctivas ou, caso se verifique que por motivos alheios à UCCI os objectivos não são atingíveis, será necessário reformulá-los de forma fundamentada.

1.5- Relatório de Actividades

É elaborado um Relatório de Actividades, com periodicidade definida, que descreve pormenorizadamente o grau de cumprimento do Plano de Acção.

A construção do Relatório é da responsabilidade da Direcção da Unidade, que articula com a DT e, a sua aprovação, é da responsabilidade da Mesa Administrativa da Misericórdia.

No Relatório de Actividades é incluído um anexo (Relatório da Qualidade), que serve de base para a Revisão do SGQ. Esta revisão inclui a avaliação de oportunidades de melhoria e a necessidade de alterações ao SGQ. Os dados de entrada, abaixo designados, são sistematizados pelo RQ no **Relatório da Qualidade**, de forma a fazer o balanço do SGQ do ano anterior.

O processo de revisão ao SGQ é realizado a partir dos seguintes dados de entrada:

- A Política da Qualidade
- Relatórios de auditorias da qualidade internas e externas
- Reclamações
- Satisfação dos Clientes/Utentes
- Não-conformidades
- Indicadores de desempenho dos processos
- Relatórios de acções correctivas e preventivas
- Seguimento das acções resultantes das anteriores revisões ao SGQ
- Concretização dos objectivos definidos
- Alterações que possam afectar o SGQ
- Existência de recursos adequados e eficazes
- Necessidades e recomendações da SCM em que a UCCI está inserida, ISS ou outras entidades do sector de actividade
- Sugestões de melhoria ao Sistema da Qualidade dadas pelos colaboradores
- Avaliação de fornecedores
- Resultados das parcerias estabelecidas
- Desempenho dos colaboradores

O Relatório da Qualidade é analisado em reunião entre a Mesa Administrativa, o RQ e a Direcção da UCCI. Estas reuniões são registadas em actas, bem como as decisões tomadas, relativas a:

- Melhoria da eficácia do SGQ e dos seus processos;
- Melhoria do produto relacionada com requisitos do cliente/utente;
- Necessidades de recursos.

A Revisão pela Gestão é a base para o estabelecimento do Plano de Actividades do ano seguinte da UCCI.

EXEMPLO A

Santa Casa da Misericórdia De Águeda - Casa de Repouso Dr António Breda e D. Lea Breda.

1.5- Relatório de Actividades

A Mesa Administrativa e a Direcção da Casa de Repouso Dr. António Breda e Lea Breda realizam anualmente uma Revisão ao SGQ de modo a assegurar a sua adequação e eficácia. Esta revisão inclui a avaliação de oportunidades de melhoria e a necessidade de alterações ao SGQ.

O processo de revisão ao SGQ é realizado a partir dos seguintes dados de entrada:

- A Política da Qualidade
- Relatórios de auditorias da qualidade internas e externas
- Reclamações
- Satisfação dos Clientes/Utentes
- Não-conformidades
- Indicadores de desempenho dos processos
- Relatórios de acções correctivas e preventivas
- Seguimento das acções resultantes das anteriores revisões ao SGQ
- Concretização dos objectivos definidos
- Alterações que possam afectar o SGQ
- Existência de recursos adequados e eficazes
- Necessidades e recomendações da SCMA, ISS ou outras entidades do sector de actividade
- Sugestões de melhoria ao Sistema da Qualidade dadas pelos colaboradores
- Avaliação de fornecedores
- Resultados das parcerias estabelecidas
- Desempenho dos colaboradores

Estes dados são sistematizados pelo RQ no **Relatório da Qualidade**, de forma a fazer o balanço do SGQ do ano anterior.

O Relatório da Qualidade é analisado em reunião entre a Mesa Administrativa, o RQ e a Direcção da CRABLB, sempre que aplicável podem ser convocados o DC e a Enfermeira-Chefe. Estas reuniões são registadas em actas, bem como as decisões tomadas, relativas a:

- Melhoria da eficácia do SGQ e dos seus processos;
- Melhoria do produto relacionada com requisitos do cliente/utente;
- Necessidades de recursos.

A Revisão pela Gestão é a base para o estabelecimento do **Plano de Actividades e Conta de Exploração Provisional da SCMA**, para o ano seguinte, o qual será apresentado à Assembleia-Geral.

EXEMPLO B**Santa Casa da Misericórdia de Portimão - Unidade de Cuidados Continuados Integrados****1.5. Relatório de Actividades**

É elaborado um Relatório de Actividades, com periodicidade definida, que descreve pormenorizadamente o grau de cumprimento do Plano de Acção.

A construção do Relatório é da responsabilidade da Direcção da Unidade, que articula com a DT e a sua aprovação é da responsabilidade da Mesa Administrativa da Misericórdia

2. Gestão das Pessoas

A UCCI cumpre os requisitos legais aplicáveis quanto à gestão dos seus Recursos Humanos.

É desenvolvida e difundida uma política de gestão dos Recursos Humanos baseada no planeamento e na estratégia estabelecida para Misericórdia e, consequentemente para a UCCI.

São analisadas regularmente as carências presentes e futuras ao nível dos Recursos Humanos, tendo em conta as necessidades e expectativas do Cliente/utente, as competências necessárias para as satisfazer e a evolução da actividade da UCCI.

Para tal, estão definidos perfis e funções para os Colaboradores da UCCI.

2.1- Perfil de Funções

A tabela seguinte define os requisitos mínimos de competência para que os recursos humanos desempenhem as suas funções da maneira mais adequada.

A competência está desdobrada em habilitações académicas, formação complementar e experiência. Os requisitos descritos reflectem a legislação e devem integrar outros requisitos que a UCCI considere necessários para os seus recursos humanos. Esta tabela deve ser permanentemente actualizada de acordo com as novas necessidades de competência que surjam.

A UCCI cumpre o estabelecido na legislação em vigor. Contudo, são ainda definidos os seguintes requisitos mínimos de competência:

Função	Formação Académica	Formação Específica	Experiência Profissional
DC	Médico		
EC	Enfermeiro ou Licenciado em Enfermagem		
Terapeuta	As exigidas pela área de intervenção		
Estagiário	As exigidas pela função que vai desempenhar		
(...)			

EXEMPLO A

Santa Casa da Misericórdia De Águeda - Casa de Repouso Dr António Breda e D. Lea Breda.

2. Gestão das Pessoas

A UCCAB cumpre os requisitos legais aplicáveis quanto à gestão dos seus Recursos Humanos.

A gestão dos Recursos Humanos na UCCAB é baseada no planeamento e na estratégia estabelecida pela Mesa Administrativa.

São analisadas regularmente as carências presentes e futuras ao nível dos Recursos Humanos, tendo em conta as necessidades e expectativas do Cliente/utente.

Para tal, estão definidos os perfis e as funções para os Colaboradores da UCCI.

2.1- Perfil de Funções

A UCCAB cumpre o estabelecido na legislação em vigor.

A equipa de colaboradores da UCCAB possui a competência considerada necessária para desempenhar as suas funções. Essa competência é definida por requisitos mínimos nas seguintes vertentes:

- Formação académica
- Formação específica
- Experiência profissional
- Atributos pessoais

Os perfis mínimos requeridos para cada função estão descritos nas respectivas “Definições de Funções”.

A adequação e melhoria da competência do pessoal no desempenho das suas actividades são asseguradas através de formação contínua, realizada e registada.

A UCCAB promove a formação de todo o seu pessoal através da frequência em acções de formação interna e externa, planificada para o ano.

A formação dos colaboradores é realizada de acordo com o **PR 2 - Formação**.

EXEMPLO B

Santa Casa da Misericórdia de Portimão - Unidade de Cuidados Continuados Integrados

2. Gestão das Pessoas

A UCCI cumpre os requisitos legais aplicáveis à gestão dos seus Recursos Humanos. É desenvolvida e difundida uma política de gestão dos Recursos Humanos baseada no planeamento e na estratégia estabelecida para a Misericórdia e consequentemente para a UCCI.

É regularmente feito um ponto da situação relativamente aos Recursos Humanos, no âmbito do qual é avaliada a necessidade de reestruturação e/ou reforço das equipas no curto e no médio prazo, tendo em conta as necessidades e expectativas do Cliente/utente, as competências necessárias para as satisfazer, as variações registadas na actividade e as especificidades que lhe são inerentes.

Para tal, estão definidos os perfis e funções dos Colaboradores da UCCI.

2.1. Perfil de Funções

A UCCI cumpre o estabelecido na legislação em vigor. Contudo, são ainda definidos os seguintes requisitos mínimos de competência:

Função	Formação Académica	Formação Específica	Experiência Profissional
DT	Licenciatura em Medicina	-	> a 10 anos
DC	Licenciatura em Medicina		> a 8 anos
MF	Licenciatura em Medicina	Fisiatra	> a 6 anos
ERP	Licenciatura ou Bacharelato em Enfermagem		> a 6 anos
TE	Licenciatura ou Bacharelato em Fisioterapia, Terapia Ocupacional ou Terapia da Fala	-	-
E	Licenciatura ou Bacharelato em Enfermagem	-	-
DIE	Licenciatura em Dietética ou Nutrição	-	-
PSI	Licenciatura em Psicologia	Psicologia Clínica	-
AS	Licenciatura em Serviço Social	-	-
AD	O exigido por Lei	-	-

2.2- Descrição de Funções

Para cada função, deve estar definido o superior hierárquico, as principais responsabilidades e a substituição em caso de impedimento. A descrição de funções documentada com este conteúdo clarifica, para todos os colaboradores, estes aspectos fundamentais.

O conteúdo funcional dos colaboradores está definido com base na legislação aplicável aos Cuidados Continuados e restantes acordos, aplicáveis a cada Instituição.

A Descrição de Funções pode ser integrada no MQ como abaixo se exemplifica.

Em alternativa, a UCCI pode optar por criar um modelo de impresso para elaborar as descrições de funções, preenchendo o mesmo para cada uma das funções existentes na Unidade e arquivando-os, por exemplo, no cadastro do colaborador. Esta alternativa tem a vantagem de evidenciar a tomada de conhecimento de cada colaborador relativamente à sua descrição de funções, através da assinatura do próprio.

A estrutura hierárquica da UCCI, que define a linha de autoridade formal, não colide com a hierarquia funcional, que decorre das autonomias das profissões de saúde.

A delegação de responsabilidades deve ser definida previamente, constando das Descrições de Funções, na rubrica “Substituição em caso de impedimento”.

Administrador (caso exista)

Superior Hierárquico: Mesa Administrativa da Misericórdia ou de acordo com o previsto no organograma

Substituição em caso de impedimento: nomear um responsável

Responsabilidades:

- Zelar pela execução das deliberações do Conselho Directivo;
- Coordenar a elaboração dos Planos de Actividades anuais da UCCI e respectivos Orçamentos, submetê-los à aprovação da Mesa Administrativa e acompanhar a sua execução, detectando eventuais desvios e implementando as medidas correctivas necessárias;
- Propor as medidas necessárias à melhoria da orgânica, funcionamento e articulação dos serviços;
- Assegurar a regularidade da cobrança das receitas e do pagamento das despesas da UCCI;
- Fornecer à Mesa Administrativa da Misericórdia os elementos necessários para o Balanço Mensal;
- Zelar pela conservação do património afecto à UCCI e tomar as medidas necessárias para o efeito;

- Praticar uma política de informação e comunicação que permita à Mesa Administrativa, aos colaboradores e à população que utiliza os serviços da UCCI, um conhecimento correcto e abrangente dos aspectos fundamentais do funcionamento da mesma;
- Promover activamente uma política de formação contínua para todos os colaboradores ao serviço da UCCI;
- Submeter a despacho e nas condições determinadas, os assuntos que careçam de autorização da Mesa Administrativa da Misericórdia;
- Autorizar todas as despesas de conservação e reparação das instalações e equipamentos que sejam indispensáveis ao normal e conveniente funcionamento da UCCI, dentro dos limites definidos pela Mesa Administrativa;
- Autorizar, sob proposta da Direcção Técnica, a aquisição de produtos farmacêuticos, de material de consumo clínico e equipamentos necessários ao normal funcionamento dos serviços, assim como a introdução de novos produtos, desde que daí resultem ganhos qualitativos e económicos comprovados.
- Exercer todas as demais competências que a Mesa Administrativa da Misericórdia nele delegar.

Director Técnico

Superior Hierárquico: **Definir de acordo com o previsto no organograma**

Substituição em caso de impedimento: **nomear um responsável.**

Responsabilidades:

- Promover a melhoria contínua dos cuidados e serviços prestados, coordenando o planeamento e a avaliação de processos, de resultados e da satisfação dos Clientes/Utentes em relação à actividade da unidade;
- Estabelecer o modelo de gestão adequado ao bom funcionamento da Unidade;
- Coordenar e supervisionar os profissionais da unidade, designadamente através da promoção de reuniões;
- Definir as funções e responsabilidades de cada profissional, bem como as respectivas substituições nas suas faltas e impedimentos;
- Implementar um programa de formação adequado à unidade e facultar o acesso de todos os profissionais à frequência de acções de formação, inicial e contínua, bem como desenvolver um programa de integração dos profissionais em início de funções na unidade;

Director Clínico

Superior Hierárquico: **Definir de acordo com o previsto no organograma**

Substituição em caso de impedimento: **nomear um responsável.**

Responsabilidades:

- Coordenar a assistência prestada aos doentes e assegurar o funcionamento dos serviços de saúde prestados na UCCI.
- Dirigir a acção médica e garantir a qualidade, correcção e prontidão dos cuidados de saúde.
- Fomentar a ligação, articulação e colaboração entre a acção médica e a acção de outros profissionais de saúde, de forma a maximizar os resultados, atendendo aos recursos disponíveis;
- Compatibilizar, do ponto de vista técnico e em articulação com os restantes profissionais, o plano de acção a apresentar pela UCCI no âmbito da prestação de cuidados;
- Detectar eventuais pontos de estrangulamento no plano assistencial global da UCCI, propondo, em tempo útil, a implementação de medidas correctivas adequadas;
- Resolver os conflitos de natureza técnica e as dúvidas sobre deontologia médica que lhe sejam presentes;
- Promover os princípios da qualidade técnica, da eficácia e da eficiência;
- Estabelecer com a equipa multidisciplinar da UCCI o plano de intervenção definido para cada Cliente/utente e acompanhar a implementação do mesmo durante o internamento;
- Garantir o registo de toda a informação referente ao Cliente/utente no processo clínico individual e a sua disponibilização no âmbito do Acordo.

Enfermeiro Responsável

Superior Hierárquico: **Definir de acordo com o previsto no organograma**

Substituição em caso de impedimento: **nomear um responsável.**

Responsabilidades:

- Orientar e coordenar tecnicamente a actividade dos profissionais de Enfermagem e Auxiliares de Acção Médica da UCCI, garantindo a qualidade técnica dos cuidados prestados e assegurando a articulação e complementaridade entre profissionais e Unidades.
- Compatibilizar, do ponto de vista técnico e em articulação com os restantes profissionais, o plano de acção a apresentar pela UCCI no âmbito da prestação de cuidados;
- Propor a admissão de pessoal de enfermagem e pessoal auxiliar, considerando o interesse institucional, e participar no processo de recrutamento e selecção;
- Proceder à avaliação anual do desempenho do pessoal sob a sua direcção.

- Promover a formação, actualização e valorização profissional dos Enfermeiros e do pessoal auxiliar.
- Assegurar a implementação do plano de intervenção definido para cada Cliente/utente pela equipa multidisciplinar;
- Garantir a efectivação do registo de todos os cuidados prestados ao Cliente/utente e outra informação relevante;
- Acompanhar e avaliar sistematicamente o exercício da actividade dos profissionais, zelando pela observância dos princípios da qualidade técnica, da eficácia e da eficiência.

Médico

Superior Hierárquico: **Definir de acordo com o previsto no organograma**

Substituição em caso de impedimento: os médicos substituem-se entre si

Responsabilidades:

- Organizar e manter actualizado o processo clínico de cada cliente/utente, nomeadamente a tabela terapêutica;
- Acompanhar com regularidade todos os doentes da UCCI, desde a sua entrada até à sua alta;
- Informar os familiares dos Clientes/Utentes sobre a evolução do estado de saúde do cliente/utente;
- Articular com médicos de especialidade e outros profissionais, fornecendo a informação necessária a uma prestação de cuidados efectiva;
- Requisitar meios auxiliares de diagnóstico;
- Efectuar exames médicos e fazer diagnósticos;
- Prescrever e avaliar a terapêutica medicamentosa adequada às diferentes doenças, afecções e lesões do organismo;

Enfermeiro

Superior Hierárquico: **Definir de acordo com o previsto no organograma**

Substituição em caso de impedimento: os enfermeiros substituem-se entre si

Responsabilidades:

- Prestar cuidados de enfermagem aos doentes;
- Colaborar com os médicos e outros técnicos de saúde no exercício da sua profissão;
- Preparar atempadamente a medicação dos Clientes/Utentes;
- Administrar os medicamentos e tratamentos prescritos pelo médico;
- Providenciar que os doentes sejam vistos pelo médico sempre que necessário.

Fisioterapeuta

Superior Hierárquico: **Definir de acordo com o previsto no organograma**

Substituição em caso de impedimento: **Definir**

Responsabilidades:

- Tratar e/ou prevenir perturbações do funcionamento músculo-esquelético, cardiovascular, respiratório e neurológico, actuando igualmente, no domínio da saúde mental;
- Avaliar, planear e executar programas específicos de intervenção utilizando entre outros meios, o exercício físico, técnicas específicas de reeducação da postura e do movimento, terapias manipulativas e outras;
- Desenvolver acções e colaborar em programas no âmbito da promoção e educação para a saúde.

Terapeuta da Fala

Superior Hierárquico: **Definir de acordo com o previsto no organograma**

Substituição em caso de impedimento: **Definir**

Responsabilidades:

- Avaliar e estabelecer um Plano de Intervenção para tratar problemas referentes à comunicação humana e perturbações associadas.
- Desenvolver actividades no âmbito da prevenção, avaliação e tratamento das perturbações da comunicação humana, englobando não só todas as funções associadas à compreensão e expressão da linguagem oral e escrita mas também outras formas de comunicação não verbal.

Terapeuta Ocupacional

Superior Hierárquico: **Definir de acordo com o previsto no organograma**

Substituição em caso de impedimento: **Definir**

Responsabilidades:

- Avaliar, tratar e habilita indivíduos com disfunção física, mental, de desenvolvimento, social ou outras.
- Promover a capacidade dos doentes de escolher, organizar e desempenhar, de forma satisfatória, ocupações que estes considerem significativas.
- Habilitar para a ocupação de forma a promover a saúde e o bem-estar;
- Prevenir a incapacidade através de estratégias adequadas com vista a proporcionar ao indivíduo o máximo de desempenho e autonomia nas suas funções pessoais, sociais e profissionais.

Psicólogo

Superior Hierárquico: **Definir de acordo com o previsto no organograma**

Substituição em caso de impedimento: **Definir**

Responsabilidades:

- Prestar apoio psico
- lógico aos Clientes/Utentes;
- Articular com o Técnico de Serviço Social o apoio psicossocial a prestar aos

Clientes/Utentes;

- Promover a formação dos Colaboradores da UCCI, familiares, voluntários, conforme aplicável;

Técnico do Serviço Social

Superior Hierárquico: **Definir de acordo com o previsto no organograma**

Substituição em caso de impedimento: **Definir**

Responsabilidades:

- Estudar e definir normas gerais, esquemas, regras de actuação da Assistência Social na Instituição, regras essas que servirão de base ao Plano de acção anual, e remetê-las à apreciação e aprovação;
- Articular com o Psicólogo o apoio psico - social a prestar aos Clientes/Utentes;
- Proceder à análise de problemas de Assistência Social directamente relacionados com os serviços da Instituição;
- Assegurar e promover a colaboração com a Assistência Social de Outras Instituições ou Entidades;
- Ajudar os Clientes/Utentes a resolver adequadamente os problemas de adaptação e readaptação social, fomentando uma decisão responsável;
- Proceder ao acolhimento de novos Clientes/Utentes, fazer o seu acompanhamento, promovendo a sua melhor integração;
- Estudar os recursos existentes na comunidade e formas de comunicação com a Família.

Animador Sócio - Cultural

Superior Hierárquico: **Definir de acordo com o previsto no organograma**

Substituição em caso de impedimento: **Definir**

Responsabilidades:

- Elaborar o Plano de Actividades Sócio-Culturais, de acordo com as necessidades do Cliente/utente e submetê-lo à aprovação;
- Coordenar as actividades sociais, culturais, recreativas e ocupacionais;
- Manter os registos que evidenciem a realização e o acompanhamento das actividades.

Assistente Administrativo

Superior Hierárquico: **Definir de acordo com o previsto no organograma**

Substituição em caso de impedimento: **Definir**

Responsabilidades:

- Executa tarefas relacionadas com o expediente geral da UCCI.
- Recepciona e regista a correspondência e encaminha-a para os respectivos serviços ou destinatários.
- Efectua o processamento de texto de memorandos, cartas/ofícios, relatórios, notas informativas e outros documentos

- Arquiva, prepara e confere a documentação de apoio à actividade da UCCI.
- Regista e actualiza, manualmente ou utilizando aplicações informáticas específicas da área administrativa, dados necessários à gestão da UCCI.

Auxiliar de Acção Médica

Superior Hierárquico: **Definir de acordo com o previsto no organograma**

Substituição em caso de impedimento: os Auxiliares substituem - se entre si

Responsabilidades:

- Assegura o serviço de mensageiro e procede à limpeza específica dos serviços de acção médica.
- Prepara e lava o material dos serviços técnicos.
- Procede ao acompanhamento e transporte de doentes em camas, macas, cadeiras de rodas ou a pé, dentro e fora do hospital.
- Assegura o serviço externo e interno de transporte de medicamentos e produtos de consumo corrente necessários ao funcionamento dos serviços.
- Procede à recepção, arrumação de roupas lavadas e à recolha de roupas sujas e suas entregas.
- Prepara refeições ligeiras nos serviços e distribui dietas.
- Colabora na prestação de cuidados de higiene e conforto aos doentes sob orientação do pessoal de enfermagem.
- Transporta e distribui as balas de oxigénio e os materiais esterilizados pelos serviços de acção médica.

Ajudante de Enfermaria

Superior Hierárquico: **Definir de acordo com o previsto no organograma**

Substituição em caso de impedimento: **Definir**

Responsabilidades:

- Desempenha tarefas sob orientação da enfermagem
- Colabora na prestação de cuidados de higiene e conforto e de alimentação dos Clientes/Utentes.
- Procede ao acompanhamento e transporte dos doentes em camas, macas, cadeiras de rodas ou a pé, dentro e fora do estabelecimento.
- Assegura o transporte de medicamentos e produtos de consumo corrente necessários ao regular funcionamento do serviço.
- Procede à recepção de roupas lavadas e entrega de roupas sujas e entrega na lavandaria.

Trabalhador de Serviços Gerais

Superior Hierárquico: **Definir de acordo com o previsto no organograma**

Substituição em caso de impedimento: **Definir**

Responsabilidades:

- Procede à limpeza e arrumação das instalações.
- Assegura o transporte de alimentos e outros artigos, serve refeições em refeitórios.
- Desempenha funções de estafeta e procede à distribuição de correspondência e valores por protocolo.
- Efectua o transporte de cadáveres e desempenha outras tarefas não específicas que se enquadrem no âmbito da sua categoria profissional.

Recepcionista/Telefonista

Superior Hierárquico: **Definir de acordo com o previsto no organograma**

Substituição em caso de impedimento: **Definir**

Responsabilidades:

- Presta serviço numa central telefónica, transmitindo aos telefones internos as chamadas recebidas e estabelecendo ligações internas ou para o exterior.
- Responde a pedidos de informações telefónicas.
- Recebe Clientes/Utentes e visitas e orienta o público, transmitindo indicações dos respectivos departamentos ou unidades.
- Assiste na portaria, recebendo e atendendo visitantes que pretendam encaminhar-se para qualquer secção ou atendendo outros visitantes com orientação das suas visitas e transmissão de indicações várias.

Vigilante/Guarda

Superior Hierárquico: **Definir de acordo com o previsto no organograma**

Substituição em caso de impedimento: **Definir**

Responsabilidades:

- Assegura a defesa, vigilância e conservação das instalações e valores que lhe estejam confiados.
- Regista entradas e saídas das pessoas, veículos e mercadorias.

Estagiário

Superior Hierárquico:

Responsabilidades:

- Cumprir o Plano do Estágio sob supervisão de um orientador;
- Elaborar o Relatório do estágio.

Voluntário

Superior Hierárquico: Responsável pela Área do Voluntariado (definir)

Responsabilidades:

- Observar as normas que regulam o funcionamento da UCCI.
- Actuar de forma diligente, isenta e solidária.
- Participar em programas de formação.
- Zelar pela boa utilização dos recursos materiais.
- Colaborar com os profissionais da UCCI.

- Garantir regularidade.
- Ter permanentemente em atenção as necessidades do próximo.
- Utilizar identificação.

Outras funções ...

EXEMPLO A

Santa Casa da Misericórdia De Águeda - Casa de Repouso Dr António Breda e D. Lea Breda.

2.2- Descrição de Funções

A relação hierárquica está estabelecida e ilustrada no Organigrama da Casa de Repouso. (Capítulo 1).

As responsabilidades, autoridade e delegação de competências estabelecidas na UCCAB encontram-se detalhadas nas respectivas “Definições de Funções”.

Os Processos e os procedimentos em vigor detalham as responsabilidades e autoridade aplicáveis a cada caso.

Para cada Processo está designado um Gestor, cujas principais responsabilidades são:

- Assegurar a disponibilidade dos recursos necessários ao processo;
- Assegurar a disponibilidade da documentação de suporte necessária;
- Identificar as necessidades de formação dos recursos humanos intervenientes no processo;
- Assegurar que os dados necessários à monitorização e medição do processo são registados correctamente;
- Tratar os dados e acompanhar a evolução dos indicadores de desempenho do processo;
- Implementar as acções correctivas e preventivas aplicáveis ao processo;
- Identificar as oportunidades de melhoria.

Matriz de Responsabilidades

PROCESSO	GESTOR DO PROCESSO
PG 4 Gestão da Qualidade	RQ
PG 5 Responsabilidade da Gestão	MA
PG 6.1 Gestão das Pessoas	DIR
PG 6.2 Gestão das Infraestruturas	DIR
PC 7.9 Admissão na UCCAB	DT
PC 7.10 Acolhimento	TSS
PC 7.11 Prestação de Cuidados	DC
PC 7.12 Alta	DC
PG 8 Medição, Análise e Melhoria	RQ

EXEMPLO B

Santa Casa da Misericórdia de Portimão - Unidade de Cuidados Continuados Integrados

2.2. Descrição de Funções

A estrutura hierárquica da UCCI, que define a linha de autoridade formal, não colide com a hierarquia funcional, que decorre das autonomias das profissões de saúde e outras.

Sempre que necessário, o superior hierárquico pode delegar num ou mais subordinados a autoridade para a execução de tarefas do seu pelouro. No entanto, a sua responsabilização no resultado final das mesmas, não é delegável.

Provedor

Substituição em caso de impedimento: Vice-provedor

Responsabilidades:

- Zelar pela execução das deliberações da Mesa Administrativa;
- Coordenar a elaboração dos Planos de Actividades anuais da UCCI e respectivos Orçamentos, submetê-los à aprovação da Mesa Administrativa e acompanhar a sua execução, detectando eventuais desvios e implementando as medidas correctivas necessárias;
- Propor as medidas necessárias à melhoria da orgânica, funcionamento e articulação dos serviços;
- Assegurar a regularidade da cobrança das receitas e do pagamento das despesas da UCCI;
- Fornecer à Mesa Administrativa da Misericórdia os elementos necessários para o Balanço Mensal;
- Zelar pela conservação do património afecto à UCCI e tomar as medidas necessárias para o efeito;
- Praticar uma política de informação e comunicação que permita à Mesa Administrativa, aos colaboradores e à população que utiliza os serviços da UCCI, um conhecimento correcto e abrangente dos aspectos fundamentais do funcionamento da mesma;
- Promover activamente uma política de formação contínua para todos os colaboradores ao serviço da UCCI;
- Submeter a despacho e nas condições determinadas, os assuntos que careçam de autorização da Mesa Administrativa da Misericórdia;

- Autorizar todas as despesas de conservação e reparação das instalações e equipamentos que sejam indispensáveis ao normal e conveniente funcionamento da UCCI, dentro dos limites definidos pela Mesa Administrativa;
- Autorizar, sob proposta da Direcção Técnica, a aquisição de produtos farmacêuticos, de material de consumo clínico e equipamentos necessários ao normal funcionamento dos serviços, assim como a introdução de novos produtos, desde que daí resultem ganhos qualitativos e económicos comprovados.
- Exercer todas as demais competências que a Mesa Administrativa da Misericórdia nele delegar.

Director Técnico

Superior Hierárquico: **Mesa Administrativa**

Substituição em caso de impedimento: **Director Administrativo**

Responsabilidades:

- Promover a melhoria contínua dos cuidados e serviços prestados, coordenando o planeamento e a avaliação de processos, de resultados e da satisfação dos Clientes/Utentes em relação à actividade da unidade;
- Estabelecer o modelo de gestão adequado ao bom funcionamento da Unidade;
- Coordenar e supervisionar os profissionais da unidade, designadamente através da promoção de reuniões;
- Definir as funções e responsabilidades de cada profissional, bem como as respectivas substituições nas suas faltas e impedimentos;
- Implementar um programa de formação adequado à unidade e facultar o acesso de todos os profissionais à frequência de acções de formação, inicial e contínua, bem como desenvolver um programa de integração dos profissionais em início de funções na unidade;

Director Clínico

Superior Hierárquico: **Director Técnico**

Substituição em caso de impedimento: **Médico nomeado**

Responsabilidades:

- Coordenar a assistência prestada aos doentes e assegurar o funcionamento dos serviços de saúde prestados na UCCI.
- Dirigir a acção médica e garantir a qualidade, correcção e prontidão dos cuidados de saúde.

- Fomentar a ligação, articulação e colaboração entre a acção médica e a acção de outros profissionais de saúde, de forma a maximizar os resultados, atendendo aos recursos disponíveis;
- Compatibilizar, do ponto de vista técnico e em articulação com os restantes profissionais, o plano de acção a apresentar pela UCCI no âmbito da prestação de cuidados;
- Detectar eventuais pontos de estrangulamento no plano assistencial global da UCCI, propondo, em tempo útil, a implementação de medidas correctivas adequadas;
- Resolver os conflitos de natureza técnica e as dúvidas sobre deontologia médica que lhe sejam presentes;
- Promover os princípios da qualidade técnica, da eficácia e da eficiência;
- Estabelecer com a equipa multidisciplinar da UCCI o plano de intervenção definido para cada Cliente/utente e acompanhar a implementação do mesmo durante o internamento;
- Garantir o registo de toda a informação referente ao Cliente/utente no processo clínico individual e a sua disponibilização no âmbito do Acordo.

Enfermeiro Responsável

Superior Hierárquico: Director Clínico

Substituição em caso de impedimento: Por delegação conforme cada caso.

Responsabilidades:

- Orientar e coordenar tecnicamente a actividade dos profissionais de Enfermagem e Auxiliares de Acção Médica da UCCI, garantindo a qualidade técnica dos cuidados prestados e assegurando a articulação e complementaridade entre profissionais e Unidades.
- Compatibilizar, do ponto de vista técnico e em articulação com os restantes profissionais, o plano de acção a apresentar pela UCCI no âmbito da prestação de cuidados;
- Propor a admissão de pessoal de enfermagem e pessoal auxiliar, considerando o interesse institucional, e participar no processo de recrutamento e selecção;
- Proceder à avaliação anual do desempenho do pessoal sob a sua direcção.
- Promover a formação, actualização e valorização profissional dos Enfermeiros e do pessoal auxiliar.
- Assegurar a implementação do plano de intervenção definido para cada Cliente/utente pela equipa multidisciplinar;

- Garantir a efectivação do registo de todos os cuidados prestados ao Cliente/utente e outra informação relevante;
- Acompanhar e avaliar sistematicamente o exercício da actividade dos profissionais, zelando pela observância dos princípios da qualidade técnica, da eficácia e da eficiência.

Médico

Superior Hierárquico: Director Clínico

Substituição em caso de impedimento: os médicos substituem-se entre si.

Responsabilidades:

- Organizar e manter actualizado o processo clínico de cada cliente/utente, nomeadamente a tabela terapêutica;
- Acompanhar com regularidade todos os doentes da UCCI, desde a sua entrada até à sua alta;
- Informar os familiares dos Clientes/Utentes sobre a evolução do estado de saúde do cliente/utente;
- Articular com médicos de especialidade e outros profissionais, fornecendo a informação necessária a uma prestação de cuidados efectiva;
- Requisitar meios auxiliares de diagnóstico;
- Efectuar exames médicos e fazer diagnósticos;
- Prescrever e avaliar a terapêutica medicamentosa adequada às diferentes doenças, afecções e lesões do organismo;

Enfermeiro

Superior Hierárquico: Enfermeiro Responsável

Substituição em caso de impedimento: os enfermeiros substituem-se entre si

Responsabilidades:

- Prestar cuidados de enfermagem aos doentes;
- Colaborar com os médicos e outros técnicos de saúde no exercício da sua profissão;
- Preparar atempadamente a medicação dos Clientes/Utentes;
- Administrar os medicamentos e tratamentos prescritos pelo médico;
- Providenciar que os doentes sejam vistos pelo médico sempre que necessário.

Fisioterapeuta

Superior Hierárquico: Fisioterapeuta Coordenador

Substituição em caso de impedimento: Fisioterapeuta a designar

Responsabilidades:

- Tratar e/ou prevenir perturbações do funcionamento músculo-esquelético, cardiovascular, respiratório e neurológico, actuando igualmente, no domínio da saúde mental;
- Avaliar, planear e executar programas específicos de intervenção utilizando entre outros meios, o exercício físico, técnicas específicas de reeducação da postura e do movimento, terapias manipulativas e outras;
- Desenvolver acções e colaborar em programas no âmbito da promoção e educação para a saúde.

Terapeuta da Fala

Superior Hierárquico: Fisioterapeuta Coordenador

Substituição em caso de impedimento: a designar

Responsabilidades:

- Avaliar e estabelecer um Plano de Intervenção para tratar problemas referentes à comunicação humana e perturbações associadas.
- Desenvolver actividades no âmbito da prevenção, avaliação e tratamento das perturbações da comunicação humana, englobando não só todas as funções associadas à compreensão e expressão da linguagem oral e escrita mas também outras formas de comunicação não verbal.

Terapeuta Ocupacional

Superior Hierárquico: Fisioterapeuta Coordenador

Substituição em caso de impedimento: a designar

Responsabilidades:

- Avaliar, tratar e habilita indivíduos com disfunção física, mental, de desenvolvimento, social ou outras.
- Promover a capacidade dos doentes de escolher, organizar e desempenhar, de forma satisfatória, ocupações que estes considerem significativas.
- Habilitar para a ocupação de forma a promover a saúde e o bem-estar;
- Prevenir a incapacidade através de estratégias adequadas com vista a proporcionar ao indivíduo o máximo de desempenho e autonomia nas suas funções pessoais, sociais e profissionais.

Psicólogo

Superior Hierárquico: Director Clínico

Substituição em caso de impedimento: a designar

Responsabilidades:

- Prestar apoio psicológico aos Clientes/Utentes;
- Articular com o Técnico de Serviço Social o apoio psico - social a prestar aos Clientes/Utentes;
- Promover a formação dos Colaboradores da UCCL, familiares, voluntários, conforme aplicável;

Assistente Social

Superior Hierárquico: Director Clínico

Substituição em caso de impedimento: a designar

Responsabilidades:

- Estudar e definir normas gerais, esquemas, regras de actuação da Assistência Social na Instituição, regras essas que servirão de base ao Plano de acção anual, e remetê-las à apreciação e aprovação;
- Articular com o Psicólogo o apoio psico - social a prestar aos Clientes/Utentes;
- Proceder à análise de problemas de Assistência Social directamente relacionados com os serviços da Instituição;
- Assegurar e promover a colaboração com a Assistência Social de Outras Instituições ou Entidades;
- Ajudar os Clientes/Utentes a resolver adequadamente os problemas de adaptação e readaptação social, fomentando uma decisão responsável;
- Proceder ao acolhimento de novos Clientes/Utentes, fazer o seu acompanhamento, promovendo a sua melhor integração;
- Estudar os recursos existentes na comunidade e formas de comunicação com a Família.
- Colaborar com os técnicos de saúde, com vista à preparação da alta do doente;
- Coordenação do grupo de voluntariado;
- Promover a selecção e formação dos voluntários em conjunto com o psicólogo e outros profissionais caso seja necessário;
- Aprofundar a formação específica, contínua e progressiva de todos os voluntários;

Animador Sócio -Cultural

Superior Hierárquico: Director Clínico

Substituição em caso de impedimento: os animadores substituem-se entre si.

Responsabilidades:

- Elaborar o Plano de Actividades Sócio-Culturais, de acordo com as necessidades do Cliente/utente e submete-lo à aprovação;
- Coordenar as actividades sociais, culturais, recreativas e ocupacionais;
- Manter os registos que evidenciem a realização e o acompanhamento das actividades.

Assistente Administrativo

Superior Hierárquico: Director Clínico

Substituição em caso de impedimento: os administrativos substituem-se entre si

Responsabilidades:

- Executa tarefas relacionadas com o expediente geral da UCCI.
- Recepciona e regista a correspondência e encaminha-a para os respectivos serviços ou destinatários.
- Efectua o processamento de texto de memorandos, cartas/ofícios, relatórios, notas informativas e outros documentos
- Arquiva, prepara e confere a documentação de apoio à actividade da UCCI.
- Regista e actualiza, manualmente ou utilizando aplicações informáticas específicas da área administrativa, dados necessários à gestão da UCCI.
- Responde a pedidos de informações telefónicas, transmite aos telefones internos as chamadas recebidas e estabelece ligações internas ou para o exterior.

Auxiliar de Acção Médica

Superior Hierárquico: Enfermeiro Responsável

Substituição em caso de impedimento: os Auxiliares substituem-se entre si.

Responsabilidades:

- Assegura o serviço de mensageiro e procede à limpeza específica dos serviços de acção médica.
- Prepara e lava o material dos serviços técnicos.
- Procede ao acompanhamento e transporte de doentes em camas, macas, cadeiras de rodas ou a pé, dentro e fora do hospital.
- Assegura o serviço externo e interno de transporte de medicamentos e produtos de consumo corrente necessários ao funcionamento dos serviços.

- Procede à recepção, arrumação de roupas lavadas e à recolha de roupas sujas e suas entregas.
- Prepara refeições ligeiras nos serviços e distribui dietas.
- Colabora na prestação de cuidados de higiene e conforto aos doentes sob orientação do pessoal de enfermagem.
- Transporta e distribui as balas de oxigénio e os materiais esterilizados pelos serviços de acção médica.
- Efectua o transporte de cadáveres e desempenha outras tarefas não específicas que se enquadrem no âmbito da sua categoria profissional.
- Procede à limpeza e arrumação das Unidades de Cuidados Continuados.

Trabalhador Auxiliares

Superior Hierárquico: Chefe de Serviços de Hotelaria e Apoio Geral

Substituição em caso de impedimento: substituem-se entre si

Responsabilidades:

- Assegura o transporte de alimentos e outros artigos, serve refeições em refeitórios;
- Recolha e distribuição de roupa.

Estagiário

Superior Hierárquico: em função da área.

Responsabilidades:

- Cumprir o Plano do Estágio sob supervisão de um orientador;
- Elaborar o Relatório do estágio.

Voluntário

Superior Hierárquico: Assistente Social

Responsabilidades:

- Observar as normas que regulam o funcionamento da UCCI.
- Actuar de forma diligente, isenta e solidária.
- Participar em programas de formação.
- Zelar pela boa utilização dos recursos materiais.
- Colaborar com os profissionais da UCCI.
- Garantir regularidade.
- Ter permanentemente em atenção as necessidades do próximo.

- Utilizar identificação.

Para cada Processo está definido um Gestor, cujas principais responsabilidades são:

- Assegurar a disponibilidade dos recursos necessários ao processo;
- Assegurar a disponibilidade da documentação de suporte necessária;
- Identificar as necessidades de formação das pessoas que intervêm no processo;
- Assegurar que os dados necessários à monitorização e medição do processo são registados correctamente;
- Tratar os dados e acompanhar a evolução dos indicadores de desempenho do processo;
- Implementar as acções correctivas e preventivas aplicáveis ao processo;
- Identificar as oportunidades de melhoria.

Matriz de Responsabilidades

PROCESSO	GESTOR DO PROCESSO
PS 4 Gestão da Qualidade	RQ
PS 5 Responsabilidade da Gestão	MA
PS 6.1 Gestão das Pessoas	DA
PS 6.2 Gestão das Infraestruturas	DA
PC 01 Admissão e Acolhimento do Cliente/utente	DC
PC 02 Prestação de Cuidados	DC
PC 03 Alta	DC
PS 8 Medição, Análise e Melhoria	RQ

2.3- Recrutamento, Selecção e Integração

Neste ponto do MQ, cada UCCI deve descrever como efectua o recrutamento, selecção e integração de novos colaboradores.

A integração de Colaboradores na UCCI decorre em 3 fases distintas e complementares, a saber:

- Recrutamento
- Selecção
- Integração

Recrutamento

A manifestação da necessidade é divulgada nos Órgãos de Comunicação Locais (ou outros) sempre que a UCCI entenda necessário reforçar os Recursos Humanos de algumas das suas áreas funcionais.

Procura-se manifestar o perfil do candidato pretendido, a área de desempenho funcional para a qual é recrutado, bem como os dados essenciais, nomeadamente os relacionados com a experiência profissional e/ou outras habilitações académicas/profissionais.

Selecção

A selecção de candidatos compreende dois momentos: a análise curricular e a entrevista.

Da análise criteriosa dos *currícula* dos candidatos, tendo em conta a manifestação da necessidade, é efectuada uma triagem que identifica aqueles que parecem reunir as condições suficientes para passar à segunda fase do processo de selecção - a entrevista.

Os candidatos apurados para entrevista são informados da data e local da realização da mesma. Nesta, procura-se conhecer melhor o interveniente, compreender as suas motivações e identificar o conhecimento explícito da área funcional para a qual está a ser seleccionado, no sentido de se garantir a adequação à função.

Da análise das entrevistas, é registado o parecer do responsável pela selecção com os pontos fundamentais da decisão sobre o(s) candidato(s) escolhido(s).

Todos os candidatos são informados da decisão resultante da entrevista, e o candidato ou candidatos apurados são informados da data em que se devem apresentar na UCCI e da documentação legal necessária para o estabelecimento do vínculo laboral.

Integração

O novo colaborador integrado tem acesso ao Manual da Qualidade da UCCI, bem como a outra documentação que se considere relevante para o desempenho das funções, de forma a facilitar a transmissão das regras básicas da UCCI e do SGQ implementado.

A integração é da responsabilidade da DT e do RQ. A transmissão do conhecimento efectua-se privilegiando sobretudo a formação no posto de trabalho, incluindo temas tais como segurança

contra incêndios, controlo da infeção, higiene saúde e segurança entre outros e no respeito dos Valores, da Missão, Visão e Política da Qualidade da UCCI.

*De seguida encontram-se exemplos de documentos que podem constituir o Cadastro dos Colaboradores.
De notar que as Descrições de Funções, caso não constem do respectivo capítulo do MQ, devem integrar o Cadastro do respectivo Colaborador.*

A UCCI possui um cadastro dos Colaboradores, organizado individualmente e mantido permanentemente actualizado, que inclui os seguintes documentos:

- Elementos de identificação do Colaborador;
- Contactos pessoais e de familiares
- Síntese do *Curriculum Vitae*, que inclui informações sobre as habilitações académicas, formação profissional complementar e experiência, bem como cópias das cédulas profissionais, sempre que aplicável;
- Código de Ética assinado pelo Colaborador;
- Contrato de trabalho;
- Descrição de Funções.

EXEMPLO A

Santa Casa da Misericórdia De Águeda - Casa de Repouso Dr António Breda e D. Lea Breda.

2.3- Recrutamento, Selecção e Integração

A integração de Colaboradores na UCCAB decorre em 3 fases distintas e complementares, de acordo com os procedimentos definidos para a CRABLB, a saber:

- Recrutamento
- Selecção
- Integração

Recrutamento

A manifestação da necessidade é divulgada ao Instituto do Emprego e da Formação Profissional ou nos Órgãos de Comunicação Locais, sempre que a UCCAB entenda necessário reforçar algumas das suas áreas funcionais.

Estão definidos requisitos mínimos (ver 2.1) para o candidato pretendido, de acordo com a área de desempenho funcional para a qual é recrutado.

Selecção

A selecção de candidatos compreende dois momentos: a análise curricular e a entrevista.

Da análise criteriosa dos *currícula* dos candidatos, tendo em conta a manifestação da necessidade, é efectuada uma triagem que identifica aqueles que parecem reunir as condições suficientes para passar à segunda fase do processo de selecção - a entrevista.

Os candidatos apurados para entrevista são informados da data e local da realização da mesma. Nesta, procura-se conhecer melhor o interveniente, compreender as suas motivações e identificar o conhecimento explícito da área funcional para a qual está a ser seleccionado, no sentido de se garantir a adequação à função.

Da análise das entrevistas, é registado o parecer do responsável pela selecção com os pontos fundamentais da decisão sobre o(s) candidato(s) escolhido(s).

Os candidatos são informados da decisão resultante da entrevista, e o candidato ou candidatos apurados são informados da data em que se devem apresentar na UCCAB e da documentação legal necessária para o estabelecimento do vínculo laboral.

Integração

O novo colaborador tem acesso ao Manual da Qualidade da UCCI, assim como outra documentação que se considere relevante ao desempenho das funções, por forma a facilitar a transmissão das regras básicas da UCCI e do SGQ implementado.

A integração é da responsabilidade da DIR e do RQ. A transmissão do conhecimento efectua-

se privilegiando sobretudo a formação no posto de trabalho, incluindo temas tais como segurança contra incêndios, controlo da infecção, higiene saúde e segurança entre outros e no respeito dos Valores, da Missão, Visão e Política da Qualidade da UCCI.

A UCCAB, em articulação com a Unidade de Recursos Humanos, possui um cadastro dos Colaboradores, organizado individualmente, devidamente actualizado e que inclui os seguintes documentos:

- Elementos de identificação do Colaborador;
- Síntese do *Curriculum Vitae*, que inclui informações sobre as habilitações académicas, formação profissional complementar e experiência, bem como cópias das cédulas profissionais, sempre que aplicável;
- Contactos pessoais;
- Ficha de Funcionário;
- Código de Ética assinado pelo Colaborador;
- Contrato de trabalho;
- Descrição de Funções.

EXEMPLO B

Santa Casa da Misericórdia de Portimão - Unidade de Cuidados Continuados Integrados

2.3. Recrutamento, Selecção e Integração

A integração de Colaboradores na UCCI decorre em 3 fases distintas e complementares, a saber:

- Recrutamento
- Selecção
- Integração

Recrutamento

A manifestação da necessidade poderá ser divulgada nos Órgãos de Comunicação Locais (ou outros) sempre que a UCCI entenda necessário reforçar os recursos humanos de algumas das suas áreas funcionais. A Misericórdia de Portimão recebe diariamente candidaturas de várias áreas, que organiza na sua base de dados interna para eventual selecção. Quando não existam perfis desejados na base de dados da Misericórdia, procede-se a contactos com os parceiros institucionais.

Procura-se definir o perfil do candidato pretendido, a área de desempenho funcional para a qual é recrutado, bem como os dados essenciais, nomeadamente os relacionados com a experiência profissional e/ou outras habilitações académicas/profissionais.

Selecção

A selecção de candidatos compreende dois momentos: a análise curricular e a entrevista.

Da análise criteriosa dos *currículos* dos candidatos, tendo em conta a manifestação da necessidade, é efectuada uma triagem que identifica aqueles que parecem reunir as condições suficientes para passar à segunda fase do processo de selecção - a entrevista.

Os candidatos apurados para entrevista são informados da data e local da realização da mesma. Nesta, procura-se conhecer melhor o interveniente, compreender as suas motivações e identificar o conhecimento explícito da área funcional para a qual está a ser seleccionado, no sentido de se garantir a adequação à função.

Da análise das entrevistas, é registado o parecer do responsável pela selecção com os pontos fundamentais da decisão sobre o (s) candidato (s) escolhido (s).

Todos os candidatos são informados da decisão resultante da entrevista, e o candidato ou candidatos apurados são informados da data em que se devem apresentar na UCCI e da documentação legal necessária para o estabelecimento do vínculo laboral.

Integração

O novo colaborador tem acesso ao Manual da Qualidade da UCCI, assim como a outra documentação que lhe permita conhecer a Instituição, as regras de funcionamento e informação relevante para o desempenho das funções, de forma a facilitar a sua integração.

A integração é da responsabilidade do DT, do RQ e do responsável hierárquico directo. A transmissão do conhecimento efectua-se privilegiando sobretudo a formação no posto de trabalho, incluindo temas tais como segurança contra incêndios, controlo da infecção, segurança, higiene e saúde no trabalho, e no respeito dos Valores, da Missão, Visão e Política da Qualidade da UCCI.

A UCCI possui um cadastro dos Colaboradores, organizado individualmente, devidamente actualizado e que inclui os seguintes documentos:

- Elementos de identificação do Colaborador;
- Contactos pessoais e de familiares
- Síntese do *Curriculum Vitae*, que inclui informações sobre as habilitações académicas, formação profissional complementar e experiência, bem como cópias das cédulas profissionais, sempre que aplicável;
- Código de Ética assinado pelo Colaborador;
- Contrato de trabalho;
- Descrição de Funções.

2.4- Desenvolvimento de Competências

O MQ é sempre um documento de base genérico; toda e qualquer exposição detalhada deverá obedecer a um encadeamento de documentos em cascata, remetendo-se para procedimentos ou instruções de trabalho que detalham a informação.

Como exemplo, o Manual refere a importância da formação dos colaboradores. Para desenvolver esta temática, o procedimento de Formação define o modo de proceder para identificar as necessidades de formação, planear e proporcionar a formação aos colaboradores, que vá ao encontro das necessidades identificadas. Este procedimento define de igual modo os mecanismos utilizados pela UCCI na avaliação da eficácia da formação (neste aspecto faz a ponte com a avaliação de desempenho dos colaboradores, quando aplicável) e os registos associados à formação, que irão proporcionar as evidências da implementação deste procedimento na prática.

A UCCI assegura continuamente a actualização e formação dos seus Colaboradores. A identificação de necessidades e avaliação da formação decorrem de acordo com o procedimento **PR-Formação**.

EXEMPLO A

Santa Casa da Misericórdia De Águeda - Casa de Repouso Dr António Breda e D. Lea Breda.

2.4- Desenvolvimento de Competências

A UCCI assegura continuamente a actualização e formação dos seus Colaboradores. A identificação de necessidades e avaliação da formação decorrem de acordo com o procedimento **PR 2 -Formação**.

EXEMPLO B

Santa Casa da Misericórdia de Portimão - Unidade de Cuidados Continuados Integrados

2.4. Desenvolvimento de Competências

O capital humano é há muito reconhecido como factor verdadeiramente diferenciador das organizações, constituindo-se como elemento crítico de sucesso para os resultados alcançados. Assim, o desenvolvimento de competências transversais (relacionais, linguísticas, etc) e de competências técnicas específicas, que facilitem a inovação e permitam a adaptação dos colaboradores às alterações introduzidas pela evolução tecnológica e pelas modificações dos modelos organizativos, assume importância fulcral para a criação de valor para o cliente/utente.

Reconhecendo a importância da formação para o desempenho dos profissionais que ali exercem a sua actividade, a UCCI promove a criação, desenvolvimento e gestão de competências individuais que, ao serem mobilizadas, se transformam em competências organizacionais, que permitirão melhorar o aproveitamento e rentabilização dos recursos humanos, desenvolver um sistema efectivo de incentivo pelo reconhecimento dos desempenhos e facilitar a mobilidade interna dos colaboradores, através do desenvolvimento de novos perfis profissionais.

Uma vez que a formação deve responder às necessidades específicas de cada colaborador e dos diversos grupos de colaboradores, não só em termos de conteúdo e de enunciação, mas também nos formatos de aprendizagem definidos, a UCCI procede à identificação de necessidades existentes, que leva ainda em linha de conta o desenvolvimento preconizado para a Instituição.

Terminada a formação é efectuada uma avaliação dos resultados da mesma, no sentido de aferir a sua eficácia e a eficiência. Neste processo, que se pretende que seja uma reflexão sobre a globalidade do processo de formação, são identificadas as diferenças entre os objectivos esperados e resultados alcançados

O levantamento de necessidades e a avaliação da formação são efectuados de acordo com o procedimento **PR02 - Formação**.

2.5- Mecanismos de Avaliação das pessoas

São considerados os mecanismos de avaliação que incidem sobre o Colaborador, relativamente à sua satisfação nas actividades onde participa e a prestação desenvolvida.

Avaliação da satisfação

Conforme descrito no Capítulo 6 deste Manual, o Colaborador é instado a pronunciar-se quanto à sua satisfação/motivação, condições de trabalho, desempenho, desenvolvimento de competências e envolvimento activo na Instituição. São construídos indicadores que medem a satisfação das actividades desenvolvidas, com periodicidade anual, no sentido de gerar informação útil para a tomada de decisões por parte da Gestão. São ainda consideradas as sugestões de melhoria apresentadas pelos Colaboradores, qualquer que seja o suporte utilizado.

Avaliação do desempenho

Na UCCI, são definidos, os objectivos de desempenho a alcançar por pessoas e equipas de trabalho, num determinado período de tempo, findo o qual há lugar à avaliação dos contributos de cada um para a prossecução dos objectivos organizacionais. Os Colaboradores são, então, avaliados com base em dois factores que se complementam entre si: a competência demonstrada e a atitude pessoal. Enquanto o primeiro é caracterizado em função do perfil/descrição de funções definido para o Colaborador, o segundo é função da vontade pessoal para atingir objectivos e desempenhos superiores, sua identificação com valores institucionais, motivação demonstrada. A avaliação da eficácia da formação é também levada em consideração.

EXEMPLO A

Santa Casa da Misericórdia De Águeda - Casa de Repouso Dr António Breda e D. Lea Breda.

2.5- Mecanismos de Avaliação das pessoas

Os mecanismos de avaliação aqui considerados são os que incidem sobre o Colaborador e no âmbito dos quais se pretende avaliar:

- A sua satisfação quanto às actividades que desenvolve e em relação à globalidade da Instituição em que está inserido
- O seu desempenho face aos objectivos fixados.

Avaliação da satisfação

Conforme descrito no Capítulo 6 deste Manual, o Colaborador é instado a pronunciar-se quanto à sua satisfação/motivação, condições de trabalho, desempenho, desenvolvimento de competências, e envolvimento activo na Instituição. São construídos indicadores que medem a satisfação das actividades desenvolvidas, com periodicidade anual, no sentido de gerar informação útil para a tomada de decisão por parte da gestão. São ainda consideradas as sugestões de melhoria apresentadas pelos Colaboradores, qualquer que seja o suporte utilizado.

Avaliação do desempenho

Na UCCI, são definidos os objectivos de desempenho a alcançar por pessoas e equipas de trabalho.

O Colaborador é avaliado relativamente a cinco dois factores complementares: a pontualidade, a assiduidade, o profissionalismo, a disponibilidade e o relacionamento.

O profissionalismo é caracterizado em função do perfil/descrição de funções definido para o Colaborador. Também é levada em consideração a avaliação da eficácia da formação.

A disponibilidade e o relacionamento são caracterizados em função da vontade pessoal para atingir objectivos e desempenhos superiores, identificação com valores institucionais e motivação demonstrada.

EXEMPLO B

Santa Casa da Misericórdia de Portimão - Unidade de Cuidados Continuados Integrados

2.5. Mecanismos de Avaliação das pessoas

Os mecanismos de avaliação aqui considerados são os que incidem sobre o Colaborador e no âmbito dos quais se pretende avaliar:

- A sua satisfação quanto às actividades que desenvolve e em relação à globalidade da Instituição em que está inserido
- O seu desempenho face aos objectivos fixados.

Avaliação da satisfação

Conforme descrito no Capítulo 6 deste Manual, o Colaborador é instado a pronunciar-se quanto à sua satisfação/motivação, condições de trabalho, desempenho, desenvolvimento de competências e envolvimento activo na Instituição. São construídos indicadores que medem o grau de satisfação com periodicidade anual, no sentido de gerar informação útil para a tomada de decisão por parte da gestão. Neste processo são ainda consideradas as sugestões de melhoria apresentadas pelos Colaboradores, qualquer que seja o suporte utilizado.

Avaliação do desempenho

A avaliação do desempenho enquadra-se no plano da gestão de desempenhos, que contribui para melhorar a comunicação entre níveis hierárquicos, para promover o desenvolvimento pessoal dos colaboradores, para os motivar e para o desenvolvimento de uma cultura de gestão orientada para resultados.

Na UCCI, são definidos, os objectivos de desempenho a alcançar por pessoas e equipas de trabalho, num determinado período de tempo, findo o qual há lugar à avaliação dos contributos de cada um para a prossecução dos objectivos organizacionais. Os Colaboradores são, então, avaliados com base em dois factores que se complementam entre si: a competência demonstrada e a atitude pessoal. Enquanto o primeiro é caracterizado em função do perfil/descrição de funções definido para o Colaborador, o segundo é função da vontade pessoal para atingir objectivos e desempenhos superiores, sua identificação com valores institucionais, motivação demonstrada. A avaliação da eficácia da formação é também levada em consideração.

3. Parcerias e Recursos

3.1- Gestão de Parcerias Externas

Descrever como cada UCCI celebra as suas parcerias com outras entidades/ organizações.
O Modelo de Avaliação da Qualidade do IQS define como requisito, a avaliação periódica do cumprimento dos protocolos de parceria estabelecidos. Assim, cada UCCI deve remeter para o Relatório de Actividades, no qual é incluída uma rubrica para relatar os resultados destas parcerias.

A UCCI estabelece parcerias com outras entidades/organizações de forma a maximizar a cooperação e o desenvolvimento de sinergias, melhorando assim a sua capacidade para dar uma cada vez melhor resposta no âmbito da sua actividade.

O estabelecimento das parcerias é realizado de acordo com a seguinte metodologia:

- Identificação das necessidades e das capacidades da UCCI constantes do Plano de acção;
- Identificação das necessidades, dos recursos e potenciais parceiros existentes na comunidade;
- Celebração dos protocolos com cada um dos parceiros, que definem a intervenção dos mesmos, a duração da parceria e as respectivas responsabilidades;
- Avaliação periódica do cumprimento dos protocolos de parceria estabelecidos.

Existe uma rubrica no Relatório de Actividades da UCCI onde são relatados os resultados destas parcerias.

EXEMPLO A

Santa Casa da Misericórdia De Águeda - Casa de Repouso Dr António Breda e D. Lea Breda.

3. Parcerias e Recursos

3.1- Gestão de Parcerias Externas

A UCCI estabelece parcerias com outras entidades/organizações de forma a incrementar a sua capacidade de dar uma resposta cada vez melhor no âmbito da sua actividade.

O estabelecimento das parcerias é realizado de acordo com a seguinte metodologia:

- Identificação das necessidades e das capacidades da UCCI constantes do Plano de Actividades e Conta de Exploração Previsional;
- Identificação dos recursos e potenciais parceiros existentes na comunidade;
- Celebração dos protocolos com cada um dos parceiros, no âmbito dos quais se define a intervenção de cada um, as responsabilidades respectivas e a duração da parceria;
- Avaliação periódica do cumprimento dos protocolos de parceria estabelecidos.

Existe uma rubrica no Relatório da Qualidade (ver 1.5) onde são relatados os resultados destas parcerias.

EXEMPLO B

Santa Casa da Misericórdia de Portimão - Unidade de Cuidados Continuados Integrados

3. Parcerias e Recursos

3.1. Gestão de Parcerias Externas

A UCCI estabelece parcerias com outras entidades/organizações de forma a maximizar a cooperação e o desenvolvimento de sinergias, melhorando assim a sua capacidade para dar uma cada vez melhor resposta no âmbito da sua actividade.

O estabelecimento das parcerias é realizado de acordo com a seguinte metodologia:

- Identificação das necessidades e das capacidades da UCCI constantes do Plano de acção;
- Identificação das necessidades, dos recursos e potenciais parceiros existentes na comunidade;
- Celebração de protocolos com cada um dos parceiros, no âmbito dos quais se define a intervenção de cada um, as responsabilidades respectivas e a duração da parceria;
- Avaliação periódica do cumprimento dos protocolos estabelecidos.

Actualmente, a UCCI da SCMP desenvolve parcerias com as seguintes entidades:

- Complexo Social Coca Maravilhas da SCMP;
- Hospital de São Camilo;
- Laborcórdia, Laboratório da Misericórdia, Lda;
- Centro de Saúde de Portimão;
- Igreja Matriz de Portimão.

Existe uma rubrica no Relatório de Actividades da UCCI onde são relatados os resultados destas parcerias.

3.2- Gestão de Recursos Financeiros

A UCCI deve descrever quais são os mecanismos e procedimentos a adoptar para orçamentar e obter os recursos necessários. Abaixo está um exemplo de como dar resposta à provisão de recursos. Este exemplo deve ser adaptado de forma a descrever a realidade de cada UCCI.

Anualmente aquando do estabelecimento do Plano de Acção são identificadas os recursos necessários à concretização das actividades. Os objectivos e metas definidos são, então, materializados num orçamento, em que constam as receitas e as despesas previsíveis para esse período e que é aprovado pela Mesa Administrativa da Misericórdia.

Sempre que aplicável, este orçamento é submetido à aprovação da Entidade de Tutela. Durante o ano, qualquer necessidade pontual de recursos é analisada caso a caso, no sentido de se avaliar a sua cabimentação orçamental.

Anualmente são elaborados o Relatório de Actividades e Contas, em que se evidenciam os principais indicadores da actividade desenvolvida e se apresentam as demonstrações financeiras e respectivos anexos (Balanço, Demonstração de Resultados, Demonstração de Fluxos de Caixa).

São mantidos pelos serviços centrais documentos actualizados que evidenciam a regularização da situação tributária e contributiva da UCCI, de acordo com a legislação em vigor.

EXEMPLO A

Santa Casa da Misericórdia De Águeda - Casa de Repouso Dr António Breda e D. Lea Breda.

3.2- Gestão de Recursos Financeiros

Tendo em conta as orientações estratégicas estabelecidas pela Mesa Administrativa, a Direcção da CRABLB identifica, anualmente, com base nas necessidades detectadas na UCCAB, os recursos necessários.

A necessidade de recursos é analisada em reunião com o Responsável pela Qualidade, no âmbito da Revisão anual ao SGQ, ficando documentada no Relatório da Qualidade que é levado à Mesa para aprovação.

Após esta aprovação, o planeamento da aquisição vem expresso no **Plano de Actividades e Conta de Exploração Provisional da SCMA** e são desenvolvidas, ao longo do ano, as acções necessárias para obter estes recursos. Quaisquer alterações ou necessidades pontuais de recursos são analisadas caso a caso pela Direcção e aprovadas pela Mesa Administrativa.

A Provisão de Recursos na UCCAB está relacionada com as compras, o que decorre de acordo com o procedimento PR 5 - Gestão das Compras.

Anualmente é elaborado o Relatório e Contas do Exercício e Parecer do Conselho Fiscal Relatório de Actividades e Contas, em que se evidenciam os principais indicadores da actividade desenvolvida e se apresentam as demonstrações financeiras e respectivos anexos (Balanço, Demonstração de Resultados, Demonstração de Fluxos de Caixa).

São mantidos pelos serviços centrais documentos actualizados que evidenciam a regularização da situação tributária e contributiva da UCCI, de acordo com a legislação em vigor.

EXEMPLO B**Santa Casa da Misericórdia de Portimão - Unidade de Cuidados Continuados Integrados****3.2. Gestão de Recursos Financeiros**

Anualmente aquando do estabelecimento do Plano de Acção são identificadas os recursos necessários à concretização das actividades. Os objectivos e metas definidos são, então, materializados num orçamento, em que constam as receitas e as despesas previsíveis para esse período e que é aprovado pela Mesa Administrativa da Misericórdia.

Durante o ano, qualquer necessidade pontual de recursos é analisada caso a caso, no sentido de se avaliar a sua cabimentação orçamental.

Anualmente são elaborados o Relatório de Actividades e Contas, em que se evidenciam os principais indicadores da actividade desenvolvida e se apresentam as demonstrações financeiras e respectivos anexos (Balanço, Demonstração de Resultados, Demonstração de Fluxos de Caixa).

São mantidos pelos serviços administrativos documentos actualizados que evidenciam a regularização da situação tributária e contributiva da UCCI, de acordo com a legislação em vigor.

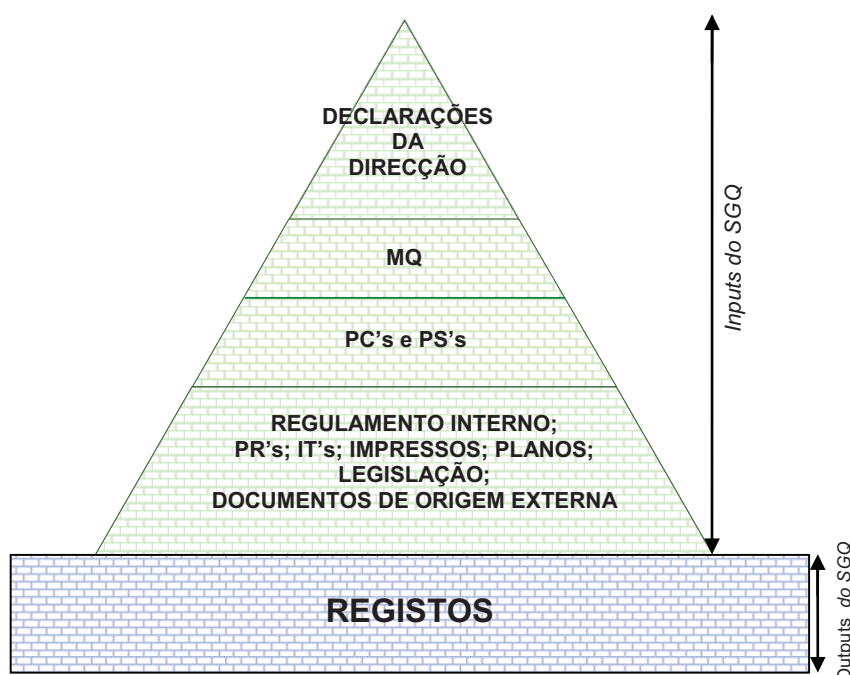
3.3- Gestão da Informação

A documentação de suporte do SGQ tem como principal objectivo torná-lo demonstrável. Para tal, deve ser concebida documentação com abrangência e níveis de pormenor diferenciados. A figura de pirâmide proporciona uma ilustração das categorias e níveis dos documentos e facilita a compreensão pelos colaboradores da UCCI. Os níveis superiores correspondem a documentos generalistas que remetem para outros documentos de níveis inferiores, os quais pormenorizam os assuntos em causa (por exemplo, o MQ remete para vários PC's, PS's e PR's; um PC/PS/PR remete para várias IT's). Na base da pirâmide estão os documentos que, depois de preenchidos, proporcionam as evidências da eficácia do SGQ - os registos.

O SGQ está descrito em documentação de suporte cujos objectivos são:

- Comunicar aos seus Colaboradores a Missão, Visão, Valores e Política de Gestão;
- Comunicar aos seus Colaboradores os requisitos do SGQ, os processos e os procedimentos aplicáveis;
- Descrever e suportar a implementação do SGQ;
- Fornecer uma referência para a realização das auditorias internas;
- Garantir a continuidade das práticas de gestão da qualidade em períodos de mudança;
- Fornecer uma base documental para a formação do pessoal nos aspectos da qualidade;
- Apresentar o SGQ a entidades exteriores, tornando-o demonstrável;
- Demonstrar a conformidade do SGQ com os requisitos, em situações contratuais.

As diferentes categorias de documentos de suporte ao SGQ estão sintetizadas na Estrutura Documental abaixo:



Descrição das categorias de documentos que integram a Estrutura Documental:

1. **Declarações da Direcção:** Missão, Visão, Valores e Política da Qualidade.
2. **MQ:** O Manual da Qualidade é o documento que descreve o SGQ e o relaciona com os requisitos e legislação aplicáveis; proporciona uma visão global do SGQ implementado e remete os detalhes para as outras categorias de documentos.
3. **PS e PC:** As Fichas dos Processos descrevem cada Processo (de Suporte ou Chave) em termos de entradas, actividades, saídas, responsáveis e outros documentos relacionados com o Processo.

4. Outros documentos

- **REGULAMENTO INTERNO:** Regras de Funcionamento pelas quais a UCCI se rege. (Cada UCCI deve construir o seu Regulamento Interno obedecendo aos conteúdos definidos pela legislação em vigor).
- **PR's:** Procedimentos são documentos que descrevem o modo de proceder para as actividades de gestão da Qualidade.
- **IT's:** Instruções de Trabalho descrevem pormenorizadamente o modo de proceder para realizar as actividades específicas da UCCI.
- **IMPRESSOS:** são os modelos nos quais os documentos e registos serão elaborados.
- **PLANOS:** documentam o planeamento aplicável ao SGQ e definem as acções, responsáveis, cronograma e ponto de situação.
- **LEGISLAÇÃO E DOCUMENTOS DE ORIGEM EXTERNA:** são documentos de suporte necessários ao SGQ mas de origem externa à UCCI, por exemplo normas, manuais de instruções das Unidades; é importante assegurar a actualização destes documentos.

5. REGISTOS: são os documentos que proporcionam as evidências de que o SGQ está implementado e que é eficaz.

Está implementado na UCCI um procedimento para elaborar, aprovar e distribuir os documentos de suporte ao SGQ. Os registos estão identificados e preservados durante um tempo de retenção definido.

Estas actividades estão documentadas no **PR - Controlo dos Documentos e dos Registos**.

Informação e Comunicação com o Cliente/utente

Para a comunicação e informação com o Cidadão/Utilizador, a tabela abaixo reúne uma série de exemplos que poderão ser adaptados de acordo com a realidade de cada UCCI.

A UCCI utiliza os seguintes meios de informação e comunicação:

Meio	Descrição	Documento de Suporte
Identificação dos Colaboradores	Os Colaboradores que contactam com o Cliente/utente são portadores do seguinte material de identificação: Cartão com fotografia e/ou indumentária apropriada às funções desempenhadas (exemplo código de cores/padrões) na UCCI	IT - Identificação e Fardamento de Colaboradores
Atendimento e actividades com impacto no Utilizador	Toda a actividade da UCCI que tem impacto directo na satisfação dos requisitos do Cliente/utente está descrita sob a forma de processos-chave. Cada PC descreve as particularidades da informação e comunicação com os Clientes/utentes conforme aplicável. As informações a disponibilizar para o Cliente/utente sobre acesso à UCCI, critérios de admissão e alta, entre outras, estão descritos no Guia de Acolhimento do Cliente/utente Internado.	- PC 's - Guia de Acolhimento do Cliente/utente Internado - IT - Regras de Conduta dos Colaboradores
Informação disponível na UCCI	Estão disponíveis em local visível e para consulta do Cliente/utente um conjunto de documentos, tais como Mapa de Ementas; Mapa de Pessoal e respectivo horário; identificação da Direcção Técnica entre outros de acordo com o exigido no Modelo para Avaliação da Qualidade IQS e com a legislação em vigor.	Modelo para Avaliação da Qualidade das Unidades de Internamento e Outras Respostas de Cuidados às Pessoas Idosas e às Pessoas em Situação de Dependência
Avaliação da Satisfação dos Cliente/utente, recolha de sugestões e Reclamações	Está definida uma metodologia para avaliação periódica da satisfação e tratamento de reclamações do Cliente/utente que integra reuniões da Equipa Técnica, contacto directo com o Utilizador, a existência do Livro de Reclamações (de acordo com a legislação em vigor) e a implementação das acções correctivas necessárias à prevenção da reocorrência.	Livro de Reclamações IT - Avaliação da Satisfação do Cliente/utente e Tratamento de Reclamações

Informação e Comunicação Internas

Para assegurar que a comunicação interna decorre de forma eficaz convém que a UCCI defina os meios a utilizar. A tabela a seguir fornece um conjunto de exemplos de meios de comunicação interna que devem ser adaptados de acordo com a realidade de cada UCCI.

A UCCI utiliza os seguintes meios:

Meio	Descrição	Documento de Suporte
Quadro mural	Afixação de informação relevante e actualizada	Acta de Reunião
Reuniões internas	Periodicamente, entre outras, são realizadas reuniões entre: - os Colaboradores da UCCI; - os Colaboradores e respectivos superiores hierárquicos;	Informação Interna Requisição Interna (Utilizar os modelos em vigor na

	os Colaboradores e a Direcção; com o objectivo trocar informação relevante sobre os Cliente/utente, analisar problemas e resultados obtidos.	Instituição)
Informação/ Requisição Interna	Impresso utilizado para transmitir informações relevantes que necessitam de suporte escrito, recolher sugestões de melhoria dos Colaboradores, requisitar materiais, etc.	
Registos	Existe um conjunto de registos que evidenciam os serviços prestados ao Utilizador e o funcionamento do SGQ, estes registos asseguram a transmissão contínua de informações relevantes entre os diversos intervenientes.	Registos vários
Solicitação de Manutenção	Solicitação aos Serviços de Manutenção da Instituição de Reparações a serem levadas a cabo na UCCI (instalações e equipamentos)	Folha de Reparação (Utilizar os modelos em Vigor na Instituição)
Trabalho em Rede	Comunicação e troca de informação entre os colaboradores sobre assuntos de interesse para a actividade da UCCI; Comunicação e troca de informação com outras valências ou sectores da Instituição	E-mail

EXEMPLO A

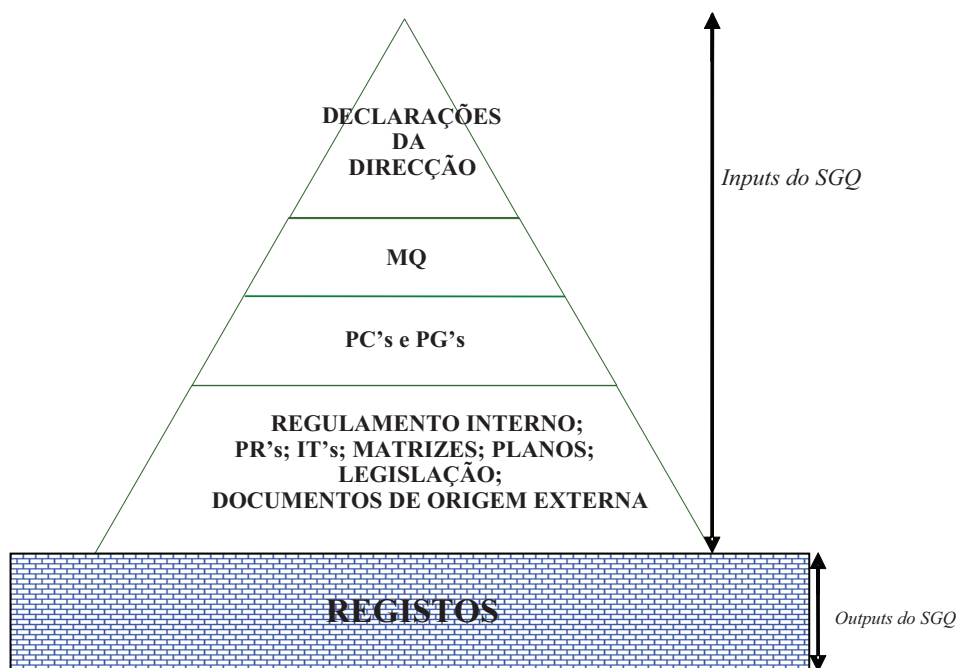
Santa Casa da Misericórdia De Águeda - Casa de Repouso Dr António Breda e D. Lea Breda.

3.3- Gestão da Informação

O SGQ está descrito em documentação de suporte cujos objectivos são:

- Comunicar aos seus Colaboradores a Missão, Visão, Valores e Política de Gestão;
- Comunicar aos seus Colaboradores os requisitos do SGQ, os processos e os procedimentos aplicáveis;
- Descrever e suportar a implementação do SGQ;
- Fornecer uma referência para a realização das auditorias internas;
- Garantir a continuidade das práticas de gestão da qualidade em períodos de mudança;
- Fornecer uma base documental para a formação do pessoal nos aspectos da qualidade;
- Apresentar o SGQ a entidades exteriores, tornando-o demonstrável;
- Demonstrar a conformidade do SGQ com os requisitos, em situações contratuais.

As diferentes categorias de documentos de suporte ao SGQ estão sintetizadas na Estrutura Documental abaixo:



Descrição das categorias de documentos que integram a Estrutura Documental:

1. **Declarações da Direcção:** Missão, Visão, Valores e Política da Qualidade.
2. **MQ:** O Manual da Qualidade é o documento que descreve o SGQ e o relaciona com os requisitos e legislação aplicáveis; proporciona uma visão global do SGQ implementado e remete os detalhes para as outras categorias de documentos.
3. **PG e PC:** As Fichas dos Processos descrevem cada Processo (de Gestão ou Chave) em termos de entradas, actividades, saídas, responsáveis e outros documentos relacionados com o Processo.
4. **Outros Documentos:**
 - **Regulamento Interno** Regras de Funcionamento pelas quais a UCCAB se rege.
 - **PR:** Os Procedimentos são documentos que descrevem o modo de proceder para as actividades de gestão da Qualidade.
 - **IT:** As Instruções de Trabalho descrevem pormenorizadamente o modo de proceder para realizar as actividades específicas da UCCI.
 - **Matrizes:** São os modelos nos quais os documentos e registos serão elaborados.
 - **Planos:** Documentam o planeamento aplicável ao SGQ e definem as acções, responsáveis, cronograma e ponto de situação.
 - **Legislação e Documentos de Origem Externa:** São documentos de suporte necessários ao SGQ mas de origem externa à UCCAB, por exemplo normas, manuais de instruções dos equipamentos; é importante assegurar a actualização destes documentos.
5. **Registos:** Documentos que proporcionam as evidências de que o SGQ está implementado e que é eficaz.

Está implementado na UCCAB um procedimento para elaborar, aprovar e distribuir os documentos de suporte ao SGQ. Os registos estão identificados e preservados durante um tempo de retenção definido.

Estas actividades estão documentadas no **PR 1 - Controlo dos Documentos e dos Registos**.

Informação e Comunicação com o Cliente/utente

A UCCAB utiliza os seguintes meios de informação e comunicação:

Objectivo	Descrição	Documento de Suporte
Identificação dos Colaboradores	Os Colaboradores que contactam com o cliente/utente são portadores do seguinte material de identificação: cartão com fotografia e indumentária apropriada às funções desempenhadas (código de cores)	IT Identificação e Fardamento
Atendimento e actividades com impacto no Cliente/utente	Toda a actividade da UCCAB que tem impacto directo na satisfação dos requisitos dos Clientes/utentes está descrita sob a forma de processos chave. Cada PC descreve as particularidades da informação e comunicação com os Cliente/utentes conforme aplicável.	PC 7.9 a PC 7.12
Informação sobre a Instituição	<i>Website</i> da SCMA, com informações sobre as diversas respostas sociais que a constituem.	
Informação disponível na UCCAB para o Clientes/utente	Estão disponíveis em local visível e para consulta do cliente/utente um conjunto de documentos, tais como Mapa de Ementas; Horário de atendimento de visitas; Mapa de Pessoal e respectiva carga horária; identificação da Direcção Técnica e Direcção Clínica, Organograma e Regulamento Interno, entre outros de acordo com a legislação em vigor.	Regulamento Interno (RI) Guia de Acolhimento da UCCAB
Recolha de sugestões dos Cliente/utentes	São utilizados os seguintes meios: reuniões da Equipa Técnica, contacto directo com Cliente/utentes e familiares; Caixa de Sugestões.	MTZ
Avaliação da satisfação dos Clientes/utentes	Está definida a metodologia para avaliação periódica da satisfação dos Cliente/utentes: reuniões da Equipa Técnica, contacto directo com o Cliente/utente, questionários.	IT
Reclamações	Está definida a metodologia para o tratamento de reclamações, que integra a existência do Livro de Reclamações (de acordo com a legislação em vigor) e a implementação das acções correctivas necessárias à prevenção da recorrência.	Livro de Reclamações e IT

Informação e Comunicação Internas

A UCCAB utiliza os seguintes meios:

Meio Utilizado	Responsável	Objectivos	Documentos de Suporte
Comunicados	MA	Comunicação e troca de informação entre a MA e os colaboradores sobre assuntos de interesse para a actividade da CRALB e SCMA	Modelo em vigor na SCMA
Correio Electrónico	MA; DIR	Comunicação e troca de informação entre todos os colaboradores sobre	Não aplicável

		assuntos de interesse para a actividade da CRABLB e SCMA	
Quadro de informação	DIR; RQ	Informação geral da UCCAB e do Sistema de Gestão da Qualidade.	Não aplicável
Reuniões internas	DT	Comunicação e troca de informação entre a DT e os colaboradores sobre assuntos de interesse para a actividade da UCCAB	MTZ.
Livro de Passagem de Serviço	DIR	Comunicação e troca de informação entre todos os colaboradores sobre assuntos relevantes diários para assegurar a continuidade dos serviços da CRABLB	Livro de Passagem de Serviço
Circulares Internas	DIR	Comunicação e troca de informação entre a DIR e os colaboradores sobre assuntos de interesse para a actividade da CRABLB	MTZ.

EXEMPLO B

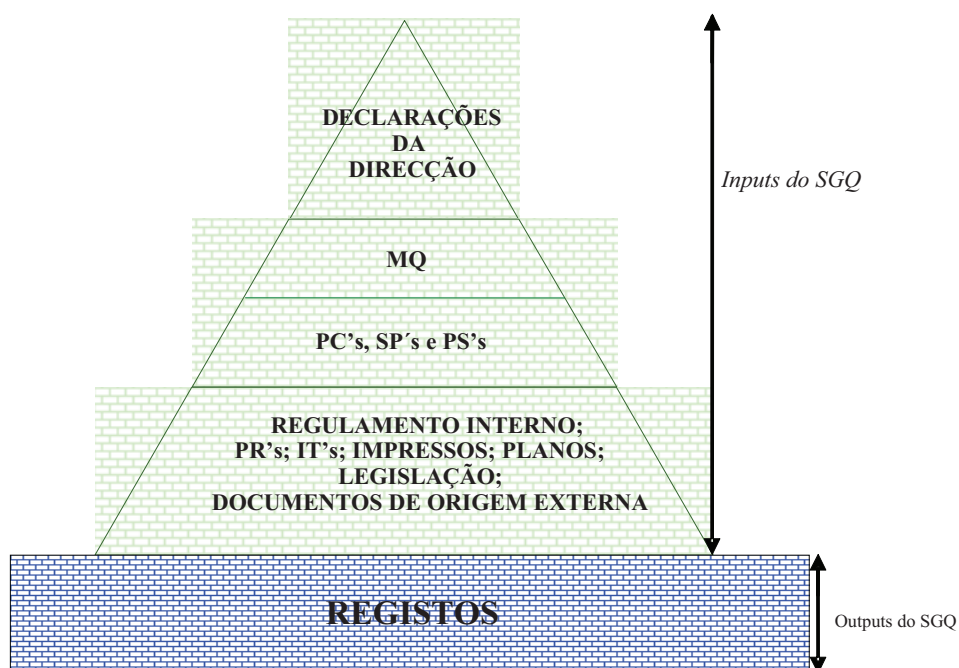
Santa Casa da Misericórdia de Portimão - Unidade de Cuidados Continuados Integrados

3.3. Gestão da Informação

O SGQ está descrito em documentação de suporte cujos objectivos são:

- Comunicar aos seus Colaboradores a Missão, Visão, Valores e Política de Gestão;
- Comunicar aos seus Colaboradores os requisitos do SGQ, os processos e os procedimentos aplicáveis;
- Descrever e suportar a implementação do SGQ;
- Fornecer uma referência para a realização das auditorias internas;
- Garantir a continuidade das práticas de gestão da qualidade em períodos de mudança;
- Fornecer uma base documental para a formação do pessoal nos aspectos da qualidade;
- Apresentar o SGQ a entidades exteriores, tornando-o demonstrável;
- Demonstrar a conformidade do SGQ com os requisitos, em situações contratuais.

As diferentes categorias de documentos de suporte ao SGQ estão sintetizadas na Estrutura Documental abaixo:



Descrição das categorias de documentos que integram a Estrutura Documental:

1. **Declarações da Direcção:** Missão, Visão, Valores e Política da Qualidade.
2. **MQ:** O Manual da Qualidade é o documento que descreve o SGQ e o relaciona com os requisitos e legislação aplicáveis; proporciona uma visão global do SGQ implementado e remete os detalhes para as outras categorias de documentos.
3. **PC, SP e PS:** As Fichas dos Processos descrevem cada Processo (Chave, Sub-processo e de Suporte) em termos de entradas, actividades, saídas, responsáveis e outros documentos relacionados com o Processo.

4. Outros documentos

- **REGULAMENTO INTERNO:** Regras de Funcionamento pelas quais a UCCI se rege. (Cada UCCI deve construir o seu Regulamento Interno obedecendo aos conteúdos definidos pela legislação em vigor).
- **PR's:** Procedimentos são documentos que descrevem o modo de proceder para as actividades de gestão da Qualidade.
- **IT's:** Instruções de Trabalho descrevem pormenorizadamente o modo de proceder para realizar as actividades específicas da UCCI.
- **IMPRESSOS:** são os modelos nos quais os documentos e registos serão elaborados.
- **PLANOS:** documentam o planeamento aplicável ao SGQ e definem as acções, responsáveis, cronograma e ponto de situação.
- **LEGISLAÇÃO E DOCUMENTOS DE ORIGEM EXTERNA:** são documentos de suporte necessários ao SGQ mas de origem externa à UCCI, por exemplo normas e manuais de instruções das Unidades; é importante assegurar a actualização destes documentos.

5. REGISTOS: são os documentos que proporcionam as evidências de que o SGQ está implementado e que é eficaz.

Está implementado na UCCI um procedimento para elaborar, aprovar e distribuir os documentos de suporte ao SGQ. Os registos estão identificados e preservados durante um tempo de retenção definido.

Estas actividades estão documentadas no **PR01 - Controlo dos Documentos e dos Registos**.

Informação e Comunicação com o Cliente/utente

A UCCI utiliza os seguintes meios de informação e comunicação:

Meio	Descrição	Documento de Suporte
Identificação dos Colaboradores	Os Colaboradores que contactam com o Cliente/utente são portadores do seguinte material de identificação: Cartão com fotografia e/ou indumentária apropriada às funções desempenhadas (exemplo código de cores/padrões) na UCCI	IT - Identificação e Fardamento de Colaboradores
Atendimento e actividades com impacto no Utilizador	Toda a actividade da UCCI que tem impacto directo na satisfação dos requisitos do Cliente/utente está descrita sob a forma de processos-chave. Cada PC descreve as particularidades da informação e comunicação com os Cliente/utente conforme aplicável. As informações a disponibilizar para o Cliente/utente sobre acesso à UCCI, critérios de admissão e alta, entre outras, estão descritos no Guia de Acolhimento do Cliente/utente Internado.	- PC 's - Guia de Acolhimento do Cliente/utente Internado - IT - Regras de Conduta dos Colaboradores
Informação disponível na UCCI	Estão disponíveis em local visível e para consulta do Cliente/utente um conjunto de documentos, tais como Mapa de Ementas; Mapa de Pessoal e respectivo horário; identificação da Direcção Técnica entre outros de acordo com o exigido no Modelo para Avaliação da Qualidade IQS e com a legislação em vigor.	Modelo para Avaliação da Qualidade das Unidades de Internamento e Outras Respostas de Cuidados às Pessoas Idosas e às Pessoas em Situação de Dependência
Avaliação da Satisfação dos Cliente/utente, recolha de sugestões e Reclamações	Está definida uma metodologia para avaliação periódica da satisfação e tratamento de reclamações do Cliente/utente que integra reuniões da Equipa Técnica, contacto directo com o Utilizador, a existência do Livro de Reclamações (de acordo com a legislação em vigor) e a implementação das acções correctivas necessárias à prevenção da reocorrência.	Livro de Reclamações IT - Avaliação da Satisfação do Cliente/utente e Tratamento de Reclamações

Informação e Comunicação Internas

A UCCI utiliza os seguintes meios:

Meio	Descrição	Documento de Suporte
Quadro mural	Afixação de informação relevante e actualizada	Acta de Reunião
Reuniões internas	Periodicamente, entre outras, são realizadas reuniões entre: - os Colaboradores da UCCI; - os Colaboradores e respectivos superiores hierárquicos - os Colaboradores e a Direcção; com o objectivo trocar informação relevante sobre os	Circular Interna Requisição Interna (Utilizar os modelos em vigor na Instituição)

	Cliente/utente, analisar problemas e resultados obtidos.	
Circular Interna	transmitir informações relevantes que necessitam de suporte escrito, recolher sugestões de melhoria dos Colaboradores, etc.	
Requisição Interna	Impresso utilizado para requisitar materiais	
Registos	Existe um conjunto de registos que evidenciam os serviços prestados ao Utilizador e o funcionamento do SGQ, estes registos asseguram a transmissão contínua de informações relevantes entre os diversos intervenientes.	Registos vários
Solicitação de Manutenção	Solicitação aos Serviços de Manutenção da Instituição de Reparações a serem levadas a cabo na UCCI (instalações e equipamentos)	Requisição de Obra
Trabalho em Rede	Comunicação e troca de informação entre os colaboradores sobre assuntos de interesse para a actividade da UCCI; Comunicação e troca de informação com outras valências ou sectores da Instituição	E-mail

3.4- Gestão das Instalações, Equipamentos e Materiais

A UCCI, possui inventário do seu património, e o mesmo é mantido actualizado.

Para gerir adequadamente os materiais na UCCI é necessário que os mesmos sejam mantidos nas condições ideais de preservação.
Entende-se por preservação o assegurar de um conjunto de condições para que os materiais e produtos (e que incluem os produtos/partes constituintes dos serviços) sejam mantidos nas condições adequadas à sua utilização.
Este requisito está interligado com outros requisitos, por exemplo a manutenção das condições ambientais de armazenamento (temperatura, humidade, limpeza) e a correcta identificação dos produtos.
Para implementar a preservação do produto na UCCI, devem ser elaboradas Instruções de Trabalho que descrevam os cuidados a ter no manuseamento, embalagem, armazenamento e protecção dos produtos utilizados na prestação dos serviços.

Os Materiais da UCCI são preservados através da definição de metodologias para a sua identificação, manuseamento, embalagem, armazenamento e protecção. Entre outros, são exemplos de materiais a preservar, os alimentos, medicamentos, produtos para a prestação de cuidados de saúde, produtos de higiene pessoal, produtos de limpeza. Cada Processo-Chave define os cuidados de preservação a considerar para os produtos, conforme aplicável.

No parágrafo a seguir, o MQ refere os fornecedores, considerados parceiros determinantes para a qualidade do serviço a prestar. Assim, os fornecedores de bens e serviços devem ser seleccionados, aprovados e avaliados de acordo com a sua capacidade para cumprir com os requisitos da UCCI.
O controlo a exercer sobre os fornecedores deve ser definido proporcionalmente ao impacto que o bem ou serviço terá no cliente/utente, por exemplo, os fornecedores de partes integrantes dos Processos devem ser considerados Críticos e deve ser proporcionada evidência de que os mesmos cumprem com os requisitos definidos pela UCCI, por exemplo através do estabelecimento de contratos e acordos da qualidade de fornecimento.
Todos os aspectos relacionados com as compras devem ser descritos num Procedimento para o qual o MQ remete (Gestão das Compras) de forma a assegurar continuamente a qualificação dos fornecedores.

A aquisição de produtos/serviços/equipamentos é efectuada de forma a assegurar que os mesmos estão em conformidade com os requisitos e regulamentação aplicável. Para o desenvolvimento das actividades relacionadas com as compras, a UCCI recorre aos serviços centrais da SCM, que efectua as aquisições de acordo com as necessidades da Unidade e no cumprimento do **PR - Gestão das Compras**.

Relativamente às instalações e equipamentos, convém que a UCCI identifique os requisitos aplicáveis aos mesmos e que providencie o seu cumprimento para que estes recursos proporcionem uma prestação de serviços adequada. Como exemplo, deverão ser considerados aspectos da legislação aplicada às instalações e equipamentos e outros aspectos que sejam necessários para assegurar a conformidade dos serviços prestados. Deverão ser tomados em conta os aspectos relacionados com a manutenção das instalações e equipamentos, preventiva ou não.

As instalações e os equipamentos da UCCI cumprem os requisitos da legislação em vigor e são levados em consideração diversos aspectos tais como:

- Estrutura arquitectónica
 - Instalações;
 - Meio físico e espaço envolvente;
 - Acessos;
 - Apoio à mobilidade;
- Instalações técnicas eléctricas e mecânicas
 - Autoprodução de energia eléctrica em situação de falha da rede;
 - Gases medicinais e sistemas de aspiração;
 - Meios e processos de esterilização e desinfeção;
 - Serviço de alimentação;
 - Serviço de tratamento de roupa;
- Instalações/equipamentos de águas e esgotos
 - Identificação e manutenção de redes.

A manutenção de instalações/equipamentos é realizada conforme definido num Plano de Controlo das Instalações/Equipamentos.

Cada equipamento sujeito a este controlo possui uma Ficha de Cadastro do Equipamento que para além de informações sobre o equipamento, fornecedor, assistência técnica, contém os registos das intervenções de manutenção/reparação. São seguidas as instruções de utilização, manuseamento e limpeza contidas nos manuais de cada equipamento.

São considerados DMM's (Dispositivos de Monitorização e Medição) todos os equipamentos que fornecem resultados de medições relativos aos serviços prestados pela UCCI, que afectam a conformidade dos mesmos. Os DMM's deverão ser verificados e/ou calibrados por laboratórios acreditados para o efeito e que assegurem a utilização de padrões rastreáveis a padrões internacionais.

Se os equipamentos forem utilizados como Dispositivos de Monitorização e Medição e se for aplicável proceder à sua calibração ou ensaio, cumpre-se o definido no **PR-Controlo dos Dispositivos e Monitorização e Medição**.

EXEMPLO A

Santa Casa da Misericórdia De Águeda - Casa de Repouso Dr António Breda e D. Lea Breda.

3.4- Gestão das Instalações, Equipamentos e Materiais

A UCCAB, possui inventário do seu património, e o mesmo é mantido actualizado.

Os Materiais da UCCAB são preservados através da definição de metodologias para a sua identificação, manuseamento, embalagem, armazenamento e protecção. Entre outros, são exemplos de materiais a preservar, os alimentos, medicamentos, produtos para a prestação de cuidados de saúde, produtos de higiene pessoal, produtos de limpeza. Cada Processo-Chave define os cuidados de preservação a considerar para os produtos, conforme aplicável.

A aquisição de produtos/serviços/equipamentos é efectuada de forma a assegurar que os mesmos estão em conformidade com os requisitos e regulamentação aplicável.

O processo de compras inclui 3 vertentes:

- Avaliar e seleccionar Fornecedores, bem como qualificar os fornecedores através da avaliação contínua da sua prestação
- Informar o Fornecedor sobre os requisitos do produto encomendado
- Verificar (através de inspecções e ensaios) se o produto comprado cumpre os requisitos especificados

As compras são realizadas de acordo com o estabelecido no **PR 5 - Gestão das Compras**.

As instalações e os equipamentos da UCCI cumprem os requisitos da legislação em vigor e são levados em consideração diversos aspectos tais como:

- Estrutura arquitectónica
 - Instalações;
 - Meio físico e espaço envolvente;
 - Acessos;
 - Apoio à mobilidade;
- Instalações técnicas eléctricas e mecânicas
 - Autoprodução de energia eléctrica em situação de falha da rede;
 - Gases medicinais e sistemas de aspiração;
 - Meios e processos de esterilização e desinfecção;
 - Serviço de alimentação;
 - Serviço de tratamento de roupa;
- Instalações/equipamentos de águas e esgotos
 - Identificação e manutenção de redes.

A manutenção de instalações/equipamentos é realizada conforme definido num Plano de Manutenção das Infraestruturas.

Cada equipamento sujeito a este controlo possui uma Ficha de Cadastro do Equipamento que para além de informações sobre o equipamento, fornecedor, assistência técnica, contém os registos das intervenções de manutenção/reparação. São seguidas as instruções de utilização, manuseamento e limpeza contidas nos manuais de cada equipamento.

Se os equipamentos forem utilizados como Dispositivos de Monitorização e Medição e se for aplicável proceder à sua calibração ou ensaio, cumpre-se o definido no **PR 6 -Controlo dos Dispositivos e Monitorização e Medição**.

EXEMPLO B

Santa Casa da Misericórdia de Portimão - Unidade de Cuidados Continuados Integrados

3.4. Gestão das Instalações, Equipamentos e Materiais

A UCCI, possui inventário do seu património, e o mesmo é mantido actualizado.

Os Materiais da UCCI são preservados através da definição de metodologias para a sua identificação, manuseamento, embalagem, armazenamento e protecção. Entre outros, são exemplos de materiais a preservar, os alimentos, medicamentos, produtos para a prestação de cuidados de saúde, produtos de higiene pessoal, produtos de limpeza. Cada Processo-Chave define os cuidados de preservação a considerar para os produtos, conforme aplicável.

A aquisição de produtos/serviços/equipamentos é efectuada de forma a assegurar que os mesmos estão em conformidade com os requisitos e regulamentação aplicável. Para o desenvolvimento das actividades relacionadas com as compras, a UCCI recorre aos serviços centrais da SCM, que efectua as aquisições de acordo com as necessidades da Unidade e no cumprimento do **PS1.GC.01PR 05- Gestão das Compras**.

As instalações e os equipamentos da UCCI cumprem os requisitos da legislação em vigor e são levados em consideração diversos aspectos tais como:

- Estrutura arquitectónica
 - Instalações;
 - Meio físico e espaço envolvente;
 - Acessos;
 - Apoio à mobilidade;
- Instalações técnicas eléctricas e mecânicas
 - Autoprodução de energia eléctrica em situação de falha da rede;
 - Gases medicinais e sistemas de aspiração;
 - Meios e processos de esterilização e desinfectação;
 - Serviço de alimentação;
 - Serviço de tratamento de roupa;
- Instalações/equipamentos de águas e esgotos
 - Identificação e manutenção de redes.

A manutenção de instalações/equipamentos é realizada conforme definido num Plano de Controlo das Instalações/Equipamentos.

Cada equipamento sujeito a este controlo possui uma Ficha de Cadastro do Equipamento que para além de informações sobre o equipamento, fornecedor, assistência técnica, contém os registos das intervenções de manutenção/reparação. São seguidas as instruções de utilização, manuseamento e limpeza contidas nos manuais de cada equipamento.

Se os equipamentos forem utilizados como Dispositivos de Monitorização e Medição e se for aplicável proceder à sua calibração ou ensaio, cumpre-se o definido no **PR06 - Controlo dos Dispositivos e Monitorização e Medição**.

3.5- Gestão do Risco

Por princípio, a UCCI adopta medidas preventivas e proactivas de forma a identificar e minimizar os perigos e riscos associados à sua actividade.

Todos os Colaboradores da UCCI recebem formação adequada no que respeita a Higiene, Segurança e Saúde, controlo da Infecção e Gestão de Resíduos e Segurança contra incêndios (podendo incluir, conforme aplicável, treino de combate a incêndios e exercícios práticos de simulação). São mantidos os registos, de acordo com o **PR - Formação**.

Higiene, Segurança e Saúde

Na Política de Gestão da UCCI está definido o compromisso relativo à Higiene, Segurança e Saúde.

A UCCI possui um plano de Higiene, Segurança e Saúde, que cumpre os requisitos legais aplicáveis, materializado numa Matriz que identifica os principais factores de Risco, a avaliação dos mesmos para o pessoal, residentes e visitantes, e as actividades subjacentes, bem como os documentos relacionados, nomeadamente instruções de trabalho e registos.

O Relatório de Actividades da UCCI comporta um capítulo referente à Higiene, Segurança e Saúde, de acordo com a legislação em vigor.

Controlo da Infecção e Gestão de Resíduos

De acordo com as orientações emanadas pela Direcção Geral da Saúde (através da Circular Normativa nº 17, que define o Plano Operacional de Controlo da Infecção para as Unidades de Cuidados Continuados Integrados), a Misericórdia nomeou um responsável, que tem como missão prevenir e controlar as infecções associadas a cuidados de saúde na UCCI. Esta nomeação está formalizada em acta de reunião.

Nesta perspectiva, são alvo de uma política e registo particular as situações relacionadas com úlceras de pressão, infecções respiratórias e urinárias, algalias, entre outras, dado o seu elevado potencial para propagação da infecção.

A UCCI desenvolve a sua actividade de forma a prevenir e controlar a infecção, nomeadamente através da definição de circuitos de sujos e limpos, da identificação dos procedimentos adequados a adoptar pelos profissionais, da determinação de métodos e técnicas de desinfecção e esterilização eficazes, da correcta gestão dos resíduos.

Cada Processo-Chave e documentação associada, refere os cuidados a ter na prevenção e controlo da infecção, conforme aplicável.

A separação e eliminação de resíduos da UCCI respeitam a legislação em vigor, estando disponíveis os contentores adequados à natureza dos resíduos gerados. Estas actividades estão descritas na **IT - Separação e Eliminação de Resíduos**.

Segurança Contra Incêndios

Os aspectos da segurança contra incêndios na UCCI, também são considerados no Plano de Controlo das Instalações/Equipamentos, conforme aplicável. Em particular, são considerados:

- Acesso das viaturas de combate a incêndios;
- Sinalética de emergência e Instruções de Evacuação;
- Saídas de emergência;
- Manutenção aos Sistemas e Equipamentos contra incêndio.

Está definido um responsável para esta área e existem evidências de que todas as Instalações cumprem os requisitos legais de segurança contra incêndios. O equipamento adequado para a detecção e combate ao fogo está disponível e claramente sinalizado na UCCI

Segurança

A Direcção da UCCI é responsável por assegurar que seja implementada uma estratégia de segurança que pode incluir aspectos tais como:

- Vigilância;
- Segurança em período nocturno;
- Sistemas de alarmes e de ligação às autoridades;
- Controlo dos acessos;
- Identificação dos colaboradores;
- Horários de visitas e de funcionamento;
- Circuitos fechados de televisão;
- Segurança dos chaveiros.

Estes aspectos também são considerados no Plano de Controlo das Instalações/Equipamentos ou detalhados em Instruções de Trabalho, conforme aplicável.

EXEMPLO A

Santa Casa da Misericórdia De Águeda - Casa de Repouso Dr António Breda e D. Lea Breda.

3.5- Gestão do Risco

A postura da UCCAB é a adopção de medidas preventivas e proactivas de forma a identificar e minimizar os perigos e riscos associados à sua actividade.

Todos os Colaboradores da UCCI recebem formação adequada no que respeita a Higiene, Segurança e Saúde, controlo da Infecção e Gestão de Resíduos e Segurança contra incêndios (podendo incluir, conforme aplicável, treino de combate a incêndios e exercícios práticos de simulação). São mantidos os registos, de acordo com o **PR 2 - Formação**.

Higiene, Segurança e Saúde

A UCCAB possui um plano de Higiene, Segurança e Saúde, que cumpre os requisitos legais aplicáveis, materializado numa Matriz que identifica os principais factores de Risco, a avaliação dos mesmos para o pessoal, residentes e visitantes, e as actividades subjacentes, bem como os documentos relacionados, nomeadamente instruções de trabalho e registos.

O Relatório da Qualidade, que serve de base à revisão do SGQ, comporta uma rubrica referente à Higiene, Segurança e Saúde, de acordo com a legislação em vigor.

Controlo da Infecção e Gestão de Resíduos

A Unidade de Risco Clínico e Não Clínico tem como missão prevenir e controlar as infecções associadas a cuidados de saúde na UCCAB (delineando, para tal, um Plano Operacional de Prevenção e Controlo da Infecção), bem como identificar outros perigos e riscos decorrentes das actividades desenvolvidas na CRABLB,

Integram esta Unidade a Directora Técnica, um Médico e um Enfermeiro, podendo ser nomeados outros profissionais, conforme aplicável.

Na UCCAB, o Plano Operacional de Prevenção e Controlo da Infecção, é assegurado na prática pelo conjunto de IT's que garantem que as actividades são desenvolvidas de forma a prevenir e controlar a infecção, em situações como:

- Definição de circuitos de sujos e limpos;
- Identificação das boas práticas a adoptar pelos profissionais;
- Determinação de métodos e técnicas de desinfecção e esterilização eficazes;
- Situações relacionadas com úlceras de pressão;
- Infecções respiratórias e urinárias;

- Algaliações;
- Correcta gestão dos resíduos.

A nomeação do Médico e do Enfermeiro responsáveis pela gestão do Plano é formalizada em acta de reunião da Mesa Administrativa.

Segurança Contra Incêndios

Os aspectos da segurança contra incêndios na CRALB, também são considerados no Plano de Manutenção das Infraestruturas, conforme aplicável. Em particular, são considerados:

- Acesso das viaturas de combate a incêndios;
- Sinalética de emergência e Instruções de Evacuação;
- Saídas de emergência;
- Manutenção aos Sistemas e Equipamentos contra incêndio.

A Directora da CRALB é a responsável pela segurança contra incêndios e existem evidências de que todas as Instalações cumprem os requisitos legais de segurança contra incêndios. O equipamento adequado para a detecção e combate ao fogo está disponível e claramente sinalizado na CRALB.

Segurança

A Mesa Administrativa é a responsável por assegurar que seja implementada uma estratégia de segurança que pode incluir aspectos tais como:

- Controlo dos acessos;
- Identificação dos colaboradores;
- Horários de visitas e de funcionamento;
- Circuito de Vídeo-Vigilância;
- Segurança dos chaveiros.

Estes aspectos também são considerados no Plano de Manutenção das Infraestruturas, ou detalhados em Instruções de Trabalho, conforme aplicável.

EXEMPLO B

Santa Casa da Misericórdia de Portimão - Unidade de Cuidados Continuados Integrados

3.5. Gestão do Risco

Por princípio, a UCCI adopta medidas preventivas e proactivas de forma a identificar e minimizar os perigos e riscos associados à sua actividade.

Todos os Colaboradores da UCCI recebem formação adequada no que respeita a Higiene, Segurança e Saúde, Controlo da Infecção, Gestão de Resíduos e Segurança contra Incêndios (podendo incluir, conforme aplicável, treino de combate a incêndios e exercícios práticos de simulação). São mantidos os registos, de acordo com o **PR02 - Formação**.

Higiene, Segurança e Saúde

Na Política de Gestão da UCCI está definido o compromisso relativo à Higiene, Segurança e Saúde.

A UCCI possui um plano de Higiene, Segurança e Saúde, que cumpre os requisitos legais aplicáveis, materializado numa Matriz que identifica os principais factores de Risco, a avaliação dos mesmos para o pessoal, residentes e visitantes, e as actividades subjacentes, bem como os documentos relacionados, nomeadamente instruções de trabalho e registos.

O Relatório de Actividades da UCCI comporta um capítulo referente à Higiene, Segurança e Saúde, de acordo com a legislação em vigor.

Controlo da Infecção e Gestão de Resíduos

De acordo com as orientações emanadas pela Direcção Geral da Saúde, através da Circular Normativa nº 17, que define o Plano Operacional de Controlo da Infecção para as Unidades de Cuidados Continuados Integrados, a Misericórdia nomeou um responsável que tem como missão prevenir e controlar as infecções associadas a cuidados de saúde na UCCI.

Nesta perspectiva, são alvo de uma política e registo particular as situações relacionadas com úlceras de pressão, infecções respiratórias e urinárias, algalias, entre outras, dado o seu elevado potencial para propagação da infecção.

A UCCI desenvolve a sua actividade de forma a prevenir e controlar a infecção, nomeadamente através da definição de circuitos de sujos e limpos, da identificação dos procedimentos adequados a adoptar pelos profissionais, da determinação de métodos e técnicas de desinfecção e esterilização eficazes, da correcta gestão dos resíduos.

Cada Processo-Chave e documentação associada, refere os cuidados a ter na prevenção e controlo da infecção, conforme aplicável. A separação e eliminação de resíduos da UCCI respeitam a legislação em vigor, estando disponíveis os contentores adequados à

natureza dos resíduos gerados. Estas actividades estão descritas na IT - **Separação e Eliminação de Resíduos**.

Segurança Contra Incêndios

Os aspectos da segurança contra incêndios na UCCI, também são considerados no Plano de Controlo das Instalações/Equipamentos, conforme aplicável. Em particular, são considerados:

- Acesso das viaturas de combate a incêndios;
- Sinalética de emergência e Instruções de Evacuação;
- Saídas de emergência;
- Manutenção aos Sistemas e Equipamentos contra incêndio.

Está definido um responsável para esta área e existem evidências de que todas as Instalações cumprem os requisitos legais de segurança contra incêndios. O equipamento adequado para a detecção e combate ao fogo está disponível e claramente sinalizado na UCCI.

Segurança

A Direcção da UCCI é responsável por assegurar que seja implementada uma estratégia de segurança que pode incluir aspectos tais como:

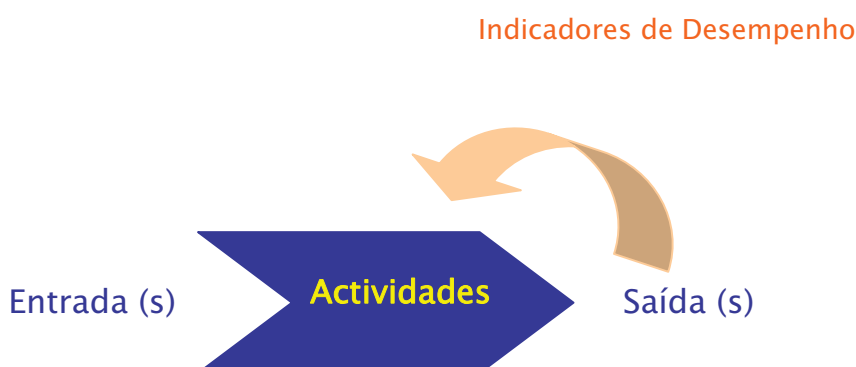
- Vigilância;
- Segurança em período nocturno;
- Sistemas de alarmes e de ligação às autoridades;
- Controlo dos acessos;
- Identificação dos colaboradores;
- Horários de visitas e de funcionamento;
- Circuitos fechados de televisão;
- Segurança dos chaveiros.

Estes aspectos também são considerados no Plano de Controlo das Instalações/Equipamentos ou detalhados em Instruções de Trabalho, conforme aplicável.

4. Processos Chave

*Neste Capítulo, o MQ apresenta o conceito de processo.
A caracterização de cada processo e a interligação dos Processos-Chave e dos Processos de Suporte identificados na UCCI são apresentados nas páginas a seguir.
O MQ remete a descrição detalhada de cada processo para outros documentos de suporte, nomeadamente PC's e PS's.*

Um processo é um conjunto de actividades relacionadas que transformam elementos de Entrada em elementos de Saída, que são os produtos ou serviços. Para tal, são utilizados recursos.



São considerados processos-chave os processos com impacto directo na capacidade da UCCI satisfazer o Cliente/utente e demais partes interessadas; são os processos que acrescentam valor.

São considerados processos de suporte aqueles que têm impacto indirecto na satisfação dos requisitos do Cliente/utente e demais partes interessadas, mas necessários ao desenvolvimento dos processos-chave.

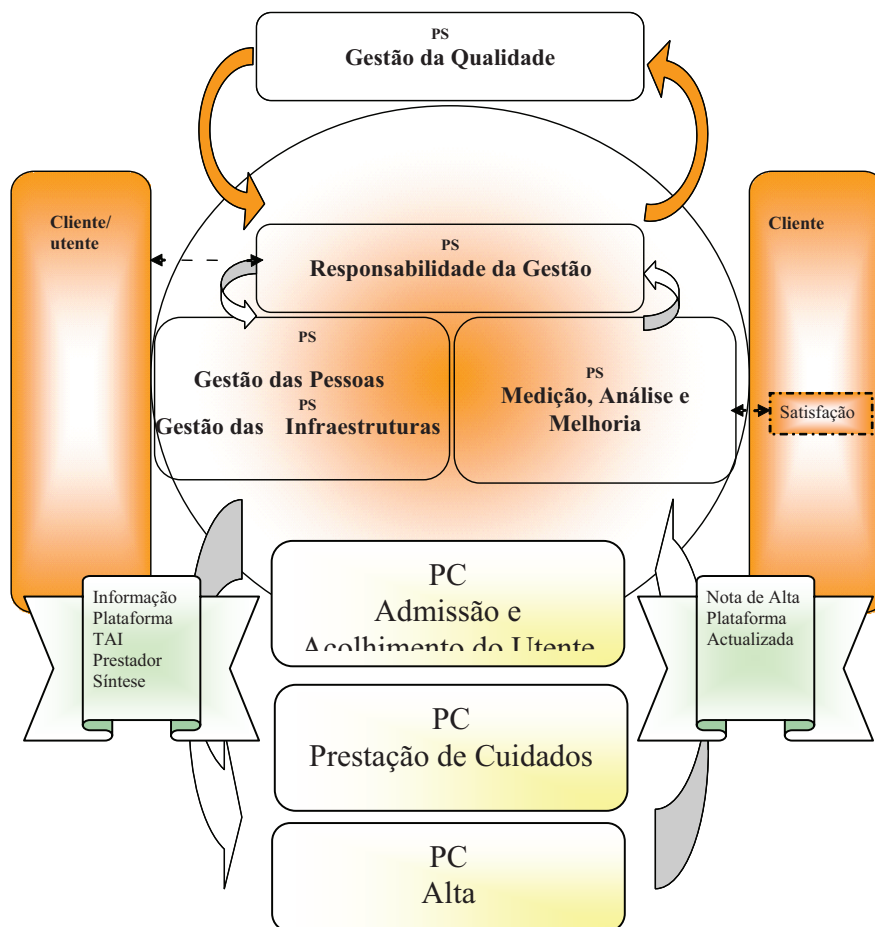
A tabela a seguir identifica e caracteriza os processos-chave da UCCI:

Processos		Entradas	Saídas	Gestor do Processo	Documentos de Suporte
Processos Chave	Admissão e Acolhimento do Cliente/utente	• Informação da "Plataforma" da RNCCI • TAI • Prestador Síntese	• Cliente admitido • "Plataforma" actualizada • Plano Individual de Cuidados		PC
	Prestação de Cuidados	• cliente/utente admitido • "Plataforma" actualizada • Plano Individual	• Registos • PIC Actualizado		PC

		Cuidados			
	Alta	- Registos - PIC Actualizado	- Nota de Alta "Plataforma" actualizada		PC

Processos		Entradas	Saídas	Gestor do Processo	Documentos de Suporte
Processos de Suporte	Gestão da Qualidade	Requisitos dos Utentes, Legislação em Vigor e Normas de Referência	Sistema de Gestão da Qualidade		PS
	Responsabilidade da Gestão	Missão e Valores	- Política e Objectivos - Descrição de Funções - Organigrama - Necessidades de Recursos		PS
	Gestão das Pessoas	Funções a desempenhar na UCCI	Registos		PS
	Gestão das Infraestruturas	- Plano de Manutenção - Cadastro de infraestruturas	Registos		
	Medição, Análise e Melhoria	- Indicadores dos Processos - Dados do SGQ	- Relatórios de Auditoria - Registos		PS

Sequência e Interacção dos Processos



Seguidamente estão descritos os requisitos para que os processos-chave sejam conduzidos sob condições controladas, fazendo referência, por exemplo, às Instruções de Trabalho associadas aos processos e que descrevem pormenorizadamente o modo de proceder para a execução de cada actividade. São ainda referidas as actividades de monitorização e medição, bem como o acompanhamento dos Indicadores de Desempenho, Auditorias Internas, Melhoria, Acções Correctivas e Acções Preventivas de forma a promover a melhoria contínua do SGQ.

A UCCI assegura que os Processos-Chave são conduzidos sob condições controladas, nomeadamente através das seguintes acções:

- Disponibilidade de documentos de suporte e de Instruções de Trabalho;
- Utilização de instalações, equipamentos, bens e serviços adequados;
- A disponibilidade e utilização de Dispositivos de Monitorização;
- Qualificação e formação dos recursos humanos;
- Implementação das actividades de monitorização e medição.

Monitorização e Medição

São realizadas actividades de monitorização e medição com o objectivo de:

- Demonstrar a conformidade do serviço prestado;
- Assegurar a conformidade do SGQ;
- Melhorar continuamente a eficácia do SGQ.

Os Processos Chave são submetidos a monitorização e medição com objectivos e indicadores de desempenho definidos.

Os Processos de Suporte são monitorizados através das auditorias internas de acordo com o programa estabelecido anualmente.

São exemplo das actividades de análise e monitorização a avaliação da satisfação dos Clientes/utentes, as auditorias e a análise de dados gerados no funcionamento do SGQ.

A UCCI efectua auditorias internas ao seu SGQ, de acordo com o programa de auditorias internas estabelecido, segundo o procedimento **PR - Auditorias Internas**.

A monitorização e medição de processos é aplicada de forma a assegurar que cada processo define os controlos necessários a executar durante o desenvolvimento das actividades (determinados nos documentos que orientam cada processo, tais como, PC's, IT's e PR's associados).

Este controlo destina-se a garantir que os processos são capazes de atingir os resultados esperados. Se tal não suceder são lançadas as correcções e acções correctivas aplicáveis.

A monitorização e medição do serviço prestado aplica-se às saídas dos processos - chave, e é efectuada de acordo com as orientações definidas nos PC's.

São também efectuadas inspecções de recepção aos produtos comprados de forma a assegurar a sua conformidade.

Esta monitorização e medição tem por objectivo verificar se os produtos cumprem os requisitos exigidos. São mantidos registos que evidenciam a conformidade do produto.

*A seguir o MQ refere o tratamento a dar às não conformidades.
Considera-se não conformidade a não satisfação de um requisito do sistema, seja ele normativo, legislativo ou requisito do Cliente/utente.
Também são consideradas não conformidades aquelas com origem nos fornecedores, produtos considerados não conformes e outras não conformidades internas decorrentes da actividade da UCCI.*

Controlo das não conformidades

A ocorrência de não conformidades no serviço prestado pela UCCI aos seus Clientes/utentes

(Ex, falhas na prestação dos cuidados definidos, reclamações fundamentadas) ou a identificação de produtos que não cumpram com os requisitos (Ex: Produtos/bens com validade expirada, ou de diferente especificação em situações de compra) são objecto de registo e correcção de acordo com o procedimento **PR - Não-Conformidades, Acções Correctivas e Preventivas**.

Os dados a recolher e analisar estão definidos na Matriz Global de Gestão, que agrupa todo o conjunto de indicadores e do estado do conhecimento actual sobre os resultados de desempenho que o Lar está a alcançar.

A análise dos dados deve ser realizada com responsabilidades e periodicidade definidas para que sejam tomadas as acções necessárias face a desvios na concretização dos resultados planeados.

A implementação do sistema de gestão da qualidade culmina com a criação desta cultura de medição dos resultados de forma sistemática através do ciclo PDCA:

- *Planear*
- *Executar*
- *Controlar os resultados e*
- *Tomar as acções adequadas face aos resultados,*

sendo este o caminho para a melhoria contínua de acordo com o modelo postulado por Deming.

Análise dos Dados

A UCCI obtém informação sobre a Qualidade através da recolha e tratamento de dados de forma a avaliar e melhorar continuamente os seus serviços, processos e SGQ.

A análise dos dados resultantes da avaliação do SGQ, da avaliação do desempenho de fornecedores, da medição da satisfação dos clientes/utentes, da monitorização e medição de produtos e processos, do tratamento e análise dos indicadores de desempenho é efectuada de acordo com a Matriz Global de Gestão.

A Misericórdia deve demonstrar que promove a melhoria contínua do Sistema de Gestão implementado. Essa melhoria tem por base a análise da eficácia, da avaliação da política para a qualidade em vigor, dos objectivos inicialmente propostos, dos resultados decorrentes das auditorias (internas ou externas), e de todo o conjunto de informação decorrente de actividades correctivas, preventivas ou de melhoria.

De acordo com o descrito acima, no “Controlo das Não Conformidades”, o tratamento de uma não conformidade pressupõe uma acção imediata de forma a corrigi-la (correcção).

Podem ser necessárias acções mais aprofundadas que incluem a identificação e eliminação das causas da não conformidade para prevenir a sua repetição (acções correctivas).

Para as potenciais não conformidades ou outras potenciais situações indesejáveis, a melhoria está assente nas acções preventivas: identificação e eliminação das causas das potenciais não conformidades para prevenir a sua ocorrência.

Neste capítulo o MQ remete para um procedimento documentado onde são descritas todas as actividades relacionadas com a identificação, registo e tratamento das não conformidades.

Melhoria

A UCCI melhora continuamente o desempenho do SGQ, tendo como orientação de base a visão estabelecida, a Política de Gestão, os Objectivos da Qualidade, os resultados das auditorias, a análise de dados e a Revisão pela Gestão.

O processo de melhoria contínua tem como principais objectivos:

- Introduzir melhorias internas na Instituição, nos aspectos físicos, logísticos, condições de trabalho dos colaboradores, condições de conforto e comodidade dos clientes/utentes e meio envolvente;
- Melhorar os métodos de trabalho;
- Melhorar continuamente o Sistema de Gestão da Qualidade.

No âmbito da revisão anual ao SGQ, para além da análise dos dados referidos acima, são solicitadas aos colaboradores sugestões para a melhoria do mesmo. A Mesa Administrativa, em conjunto com a Direcção, identifica as oportunidades de melhoria e define os respectivos projectos a serem implementados.

Para as não - conformidades detectadas e de acordo com o seu impacto e gravidade são identificadas as causas e lançadas acções correctivas, por forma a evitar a sua recorrência.

Através da monitorização e medição dos processos e da análise de dados são identificados potenciais problemas a eliminar através de acções preventivas. As acções preventivas são implementadas com o objectivo de prevenir a ocorrência destas potenciais situações indesejáveis.

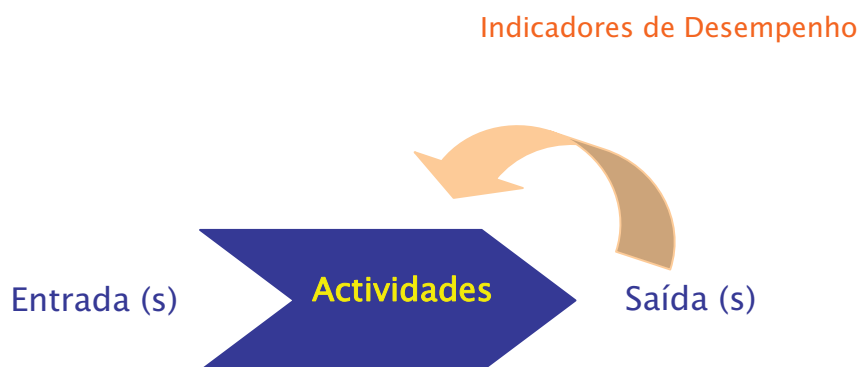
As Acções Correctivas ou Acções Preventivas são implementadas conforme estabelecido no procedimento **PR - Não-Conformidades, Acções Correctivas e Preventivas**.

EXEMPLO A

Santa Casa da Misericórdia De Águeda - Casa de Repouso Dr António Breda e D. Lea Breda.

4. Processos Chave

Um processo é um conjunto de actividades relacionadas que transformam elementos de Entrada em elementos de Saída, que são os produtos ou serviços. Para tal, são utilizados recursos.



São considerados processos-chave os processos com impacto directo na capacidade da UCCI para satisfazer o cliente/utente e demais partes interessadas; são os processos que acrescentam valor.

São considerados processos de gestão aqueles que têm impacto indirecto na satisfação dos requisitos do cliente/utente e demais partes interessadas, mas necessários ao desenvolvimento dos processos-chave.

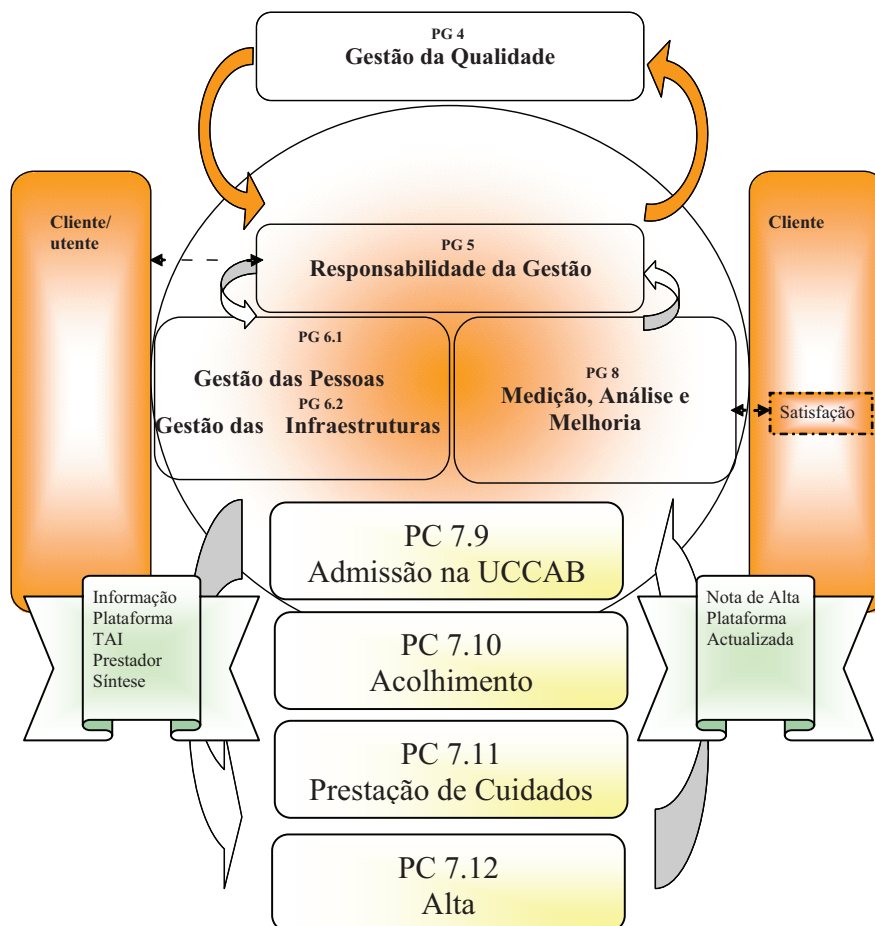
A tabela a seguir identifica e caracteriza os processos-chave da UCCAB:

Processos		Entradas	Saídas	Gestor do Processo	Documentos de Suporte
Processos Chave	Admissão na UCCAB	• Informação da “Plataforma” da RNCCI • TAI • Prestador Síntese	• Informação do Cliente • Informação Clínica • Informação de Enfermagem • Informação Social • Cliente/utente admitido • “Plataforma” actualizada	DT	PC 7.9
	Acolhimento	• Informação do Cliente/utente • Informação Clínica • Informação de Enfermagem • Informação Social • Cliente/utente admitido • “Plataforma” actualizada	• Plano Individual de Cuidados	TSS	PC 7.10
	Prestação de Cuidados	• Plano Individual Cuidados	• Registos • PIC Actualizado	DC	PC 7.11
	Alta	• Registos • PIC Actualizado	• Nota de Alta • “Plataforma” actualizada	DC	PC 7.12

Processos		Entradas	Saídas	Gestor do Processo	Documentos de Suporte
Processos de Gestão	Gestão da Qualidade	• Requisitos dos Clientes/utentes, Legislação em Vigor e Normas de Referência	• Sistema de Gestão da Qualidade	RQ	PG 4
	Responsabilidade da Gestão	• Missão e Valores	• Política e Objectivos • Definição de Funções • Organigrama • Necessidades de Recursos	MA	PG 5
	Gestão das Pessoas	• Funções a desempenhar na UCCAB	• Registos	DIR	PG 6.1
	Gestão das Infraestruturas	• Plano de Manutenção • Cadastro de infraestruturas	• Registos	DIR	PG 6.2
	Medição, Análise e Melhoria	• Indicadores dos Processos • Dados do SGQ	• Relatórios de Auditoria • Registos	RQ	PG 8

Sequência e Interação dos Processos

A sequência e interacção dos processos estão ilustradas na figura a seguir:



A UCCAB assegura que os Processos-Chave são conduzidos sob condições controladas, nomeadamente através das seguintes acções:

- Disponibilidade de documentos de suporte e de Instruções de Trabalho;
- Utilização de instalações, equipamentos, bens e serviços adequados;
- A disponibilidade e utilização de Dispositivos de Monitorização e Medição;
- Qualificação e formação dos recursos humanos;
- Implementação das actividades de monitorização e medição.

Monitorização e Medição

São realizadas actividades de monitorização e medição com o objectivo de:

- Demonstrar a conformidade do serviço prestado;
- Assegurar a conformidade do SGQ;
- Melhorar continuamente a eficácia do SGQ.

Os Processos Chave são submetidos a monitorização e medição com objectivos e indicadores de desempenho definidos.

Os processos de gestão são monitorizados através das auditorias internas de acordo com o programa estabelecido anualmente.

São exemplo das actividades de análise e monitorização a avaliação da satisfação dos Clientes/utentes, as auditorias e a análise de dados gerados no funcionamento do SGQ.

A UCCAB efectua auditorias internas ao seu SGQ, de acordo com o programa de auditorias internas estabelecido, segundo o procedimento **PR 4 - Auditorias Internas**.

A monitorização e medição de processos é aplicada de forma a assegurar que cada processo define os controlos necessários a executar durante o desenvolvimento das actividades (determinados nos documentos que orientam cada processo, tais como, PC's, IT's e PR's associados).

Este controlo destina-se a garantir que os processos são capazes de atingir os resultados esperados. Se tal não suceder são lançadas as correcções e acções correctivas aplicáveis.

A monitorização e medição do serviço prestado aplica-se às saídas dos processos - chave, e é efectuada de acordo com as orientações definidas nos PC's.

São também efectuadas inspecções de recepção aos produtos comprados de forma a assegurar a sua conformidade.

Esta monitorização e medição tem por objectivo verificar se os produtos cumprem os requisitos exigidos. São mantidos registos que evidenciam a conformidade do produto.

Controlo das não conformidades

A ocorrência de não conformidades no serviço prestado pela UCCAB aos seus Clientes/utentes (Ex, falhas na prestação dos cuidados definidos, reclamações fundamentadas) ou a identificação de produtos que não cumpram com os requisitos (Ex: Produtos/bens com validade expirada, ou de diferente especificação em situações de compra) são objecto de registo e correcção de acordo com o procedimento **PR 3 - Não-Conformidades, Acções Correctivas e Preventivas**.

Análise dos Dados

A UCCAB obtém informação sobre a Qualidade através da recolha e tratamento de dados de forma a avaliar e melhorar continuamente os seus serviços, processos e SGQ.

A análise dos dados resultantes da avaliação do SGQ, da avaliação do desempenho de fornecedores, da medição da satisfação dos clientes/utentes, da monitorização e medição de produtos e processos, do tratamento e análise dos indicadores de desempenho é efectuada de acordo com a Matriz Global de Gestão.

Melhoria

A UCCAB melhora continuamente o desempenho do SGQ, tendo como orientação de base a visão estabelecida, a Política da Qualidade, os Objectivos da Qualidade, os resultados das auditorias, a análise de dados e a Revisão pela Gestão.

O processo de melhoria contínua tem como principais objectivos:

- Introduzir melhorias internas na Instituição, nos aspectos físicos, logísticos, condições de trabalho dos colaboradores, condições de conforto e comodidade dos clientes/utentes e meio envolvente;
- Melhorar os métodos de trabalho;
- Melhorar continuamente o Sistema de Gestão da Qualidade.

No âmbito da revisão anual ao SGQ, para além da análise dos dados referidos acima, são solicitadas aos colaboradores sugestões para a melhoria do mesmo. A MA, em conjunto com a Direcção, identifica as oportunidades de melhoria e define os respectivos projectos a serem implementados.

Para as não - conformidades detectadas e de acordo com o seu impacto e gravidade são identificadas as causas e lançadas acções correctivas, por forma a evitar a sua recorrência.

Através da monitorização e medição dos processos e da análise de dados são identificados potenciais problemas a eliminar através de acções preventivas. As acções preventivas são implementadas com o objectivo de prevenir a ocorrência destas potenciais situações indesejáveis.

As Acções Correctivas ou Acções Preventivas são implementadas conforme estabelecido no procedimento **PR 3 - Não-Conformidades, Acções Correctivas e Preventivas**.

EXEMPLO B

Santa Casa da Misericórdia de Portimão - Unidade de Cuidados Continuados Integrados

4. Processos Chave

Um processo é um conjunto de actividades relacionadas que transformam elementos de Entrada em elementos de Saída, que são os produtos ou serviços. Para tal, são utilizados recursos.



São considerados processos - chave os processos com impacto directo na capacidade da UCCI para satisfazer o Cliente/utente e demais partes interessadas; são os processos que acrescentam valor.

São considerados processos de suporte, aqueles que têm impacto indirecto na satisfação dos requisitos do Cliente/utente e demais partes interessadas, mas necessários ao desenvolvimento dos processos - chave.

A tabela a seguir identifica e caracteriza os processos-chave da UCCI:

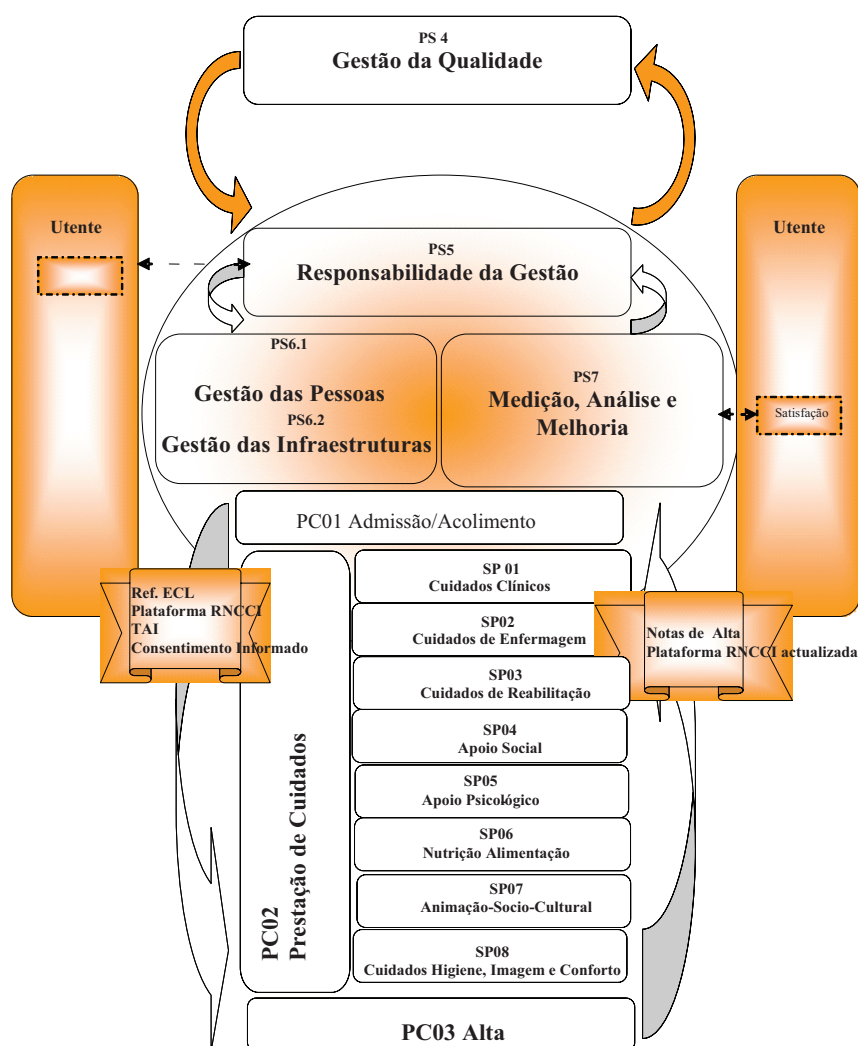
Processos	Entradas	Saídas	Gestor do Processo	Documento de Suporte

Processos Chave	Admissão/Acolhimento	- Referenciação da ECL (transferência do Hospital de Agudos ou Apoio Domiciliário Integrado) - Informação da Plataforma da RNCCI - Nota de Alta Clínica ou Nota Clínica de referência - Nota de Alta de Enfermagem - Informação Social - Consentimento Informado ou Termo de Aceitação de Internamento	- Plataforma da RNCCI actualizada - MAB actualizado - Processo Individual do Cliente/utente actualizado - Quadro de Internamento actualizado - Agenda de Serviço actualizada.	DC	PC01
	Prestação de Cuidados	- Referenciação da ECL - Nota de Alta Médica - Nota de Alta de Enfermagem - Informação Social - Consentimento Informado	- SP01 - SP02 - SP03 - SP04 - SP05 - SP06 - SP07 - SP08	DC	PC02
	Alta	- SP01 - SP02 - SP03 - SP04 - SP05 - SP06 - SP07 - SP08 - Informação inicial da ECL - Comunicação à ECL - PIU (Diário Clínico; Dados de Enfermagem; Informação Social; Processo de Reabilitação)	- Apoio Domiciliário Integrado - Domicílio - Transferência - Mudança de Tipologia de Rede - PII.SPI.06 - Folha de Informação Médica - Comunicação à ECL - Informação da Plataforma da RNCCI actualizada	DC	PC03

Sub-processos		Entradas	Saídas	Gestor do Processo	Documento de Suporte
Sub-processos	Cuidados Clínicos	• Informação inicial da ECL • PCII.SP2.01-Colheita de dados de Enfermagem • PCII.SP2.04 • PCII.SP2.05 • PCII.SP2.07 • PCII.SP2.08 • PCII.SP2.10- Notas de Enfermagem • PCII.SP2.011.	• Processo Individual do Cliente/utente actualizado • Folha de Rosto • SP02 • SP03 • SP04 • SP05 • SP06 • SP07 • SP08	MD	SP01
	Cuidados de Enfermagem	SP01; PIU	• Processo Individual do Cliente/utente actualizado • Plano Individual de Cuidados • MAB actualizado	ERP	SP02
	Cuidados de Reabilitação	SP01; SP02; PIU; Diário Clínico	• Processo Individual do Cliente/utente actualizado • Folha de Reabilitação actualizada	MF	SP03
	Apoio Social	• PIU • Diário Clínico	• Processo Individual do Cliente/utente actualizado • Registos	AS	SP04
	Apoio Psicológico	• PIU • Diário Clínico	• Processo Individual do Cliente/utente actualizado • Registos	PSI	SP05
	Nutrição e Alimentação	• PIU • Diário Clínico	• Processo Individual do Cliente/utente actualizado • Registos	DIE	SP06

	Animação Sócio-Cultural	• PIU • Diário Clínico	• Processo Individual do Cliente/utente actualizado • Registos	PSI	SP07
	Cuidados de Higiene, Imagem e Conforto	• PIU • Diário Clínico	• Processo Individual do Cliente/utente actualizado • Registos	ERP	SP08
Processos de Suporte	Gestão da Qualidade	• Requisitos dos Clientes/Utentes, Legislação em Vigor e Normas de Referência	• Sistema de Gestão da Qualidade		PS 4
	Responsabilidade da Gestão	• Missão e Valores	• Política e Objectivos • Descrição de Funções • Organigrama • Necessidades de Recursos		PS 5
	Gestão das Pessoas	• Funções a desempenhar na UCCI	• Registos		PS 6.1
	Gestão das Infraestruturas	• Plano de Manutenção • Cadastro de infraestruturas	• Registos		PS 6.2
	Medição, Análise e Melhoria	• Indicadores dos Processos • Dados do SGQ	• Relatórios de Auditoria • Registos		PS7

Sequência e Interação dos Processos



A UCCI assegura que os Processos-Chave são conduzidos sob condições controladas, nomeadamente através das seguintes acções:

- Disponibilidade de documentos de suporte e de Instruções de Trabalho;
- Utilização de instalações, equipamentos, bens e serviços adequados;
- A disponibilidade e utilização de Dispositivos de Monitorização;
- Qualificação e formação dos recursos humanos;
- Implementação das actividades de monitorização e medição.

Estão definidos Indicadores de Desempenho e Objectivos para cada Processo-Chave. O Gestor do Processo é o responsável por assegurar que os dados serão recolhidos, tratados e que a informação daí resultante é analisada. O Gestor do Processo acompanha periodicamente a concretização dos objectivos definidos e informa a DT e a Mesa Administrativa (ou Direcção/Administração). Esta metodologia está sintetizada na Matriz Global de Gestão.

Os Processos de Suporte, bem como o restante SGQ são monitorizados periodicamente, através da realização de auditorias internas, de acordo com um programa pré-estabelecido. As actividades relacionadas com as auditorias encontram-se descritas no **PR 03- Auditorias Internas**.

As reclamações e outras situações de não conformidades são tratadas com a implementação das correcções e das acções correctivas aplicáveis, de forma a eliminar as causas e prevenir a sua repetição.

A UCCI dispõe de livro de reclamações que, de acordo com a legislação em vigor, (explicar o tratamento dado às reclamações apresentadas pelos doentes: envio à ERS,...)

A UCCI também identifica situações que potencialmente podem originar não conformidades e implementa as acções preventivas adequadas à eliminação das suas causas, de forma a evitar a ocorrência das não conformidades.

Estas actividades inserem-se no âmbito da melhoria do SGQ e encontram-se documentadas no **PR 04 - Reclamações, Não Conformidades, Acções Correctivas e Preventivas**.

5. Satisfação dos Utilizadores

Os Capítulos 5, 6, 7 e 8 do MQ correspondem aos “Critérios Resultados” do Modelo do IQS. Estes critérios dizem respeito ao que a UCCI está a alcançar relativamente a:

- Satisfação dos seus Clientes/Utentes,*
- Satisfação dos seus colaboradores,*
- Satisfação das necessidades e expectativas da comunidade em que se insere,*

Os dados a recolher e analisar para avaliar os resultados estão definidos na Matriz Global de Gestão, que agrupa todo o conjunto de indicadores e do estado do conhecimento actual sobre os resultados de desempenho que a UCCI está a alcançar.

A análise dos dados deve ser realizada com responsabilidades e periodicidade definidas para que sejam tomadas as acções necessárias face a desvios na concretização dos resultados planeados.

A implementação do sistema de gestão da qualidade culmina com a criação desta cultura de medição dos resultados de forma sistemática através de:

- Planear*
- Executar*
- Controlar os resultados e*
- Tomar as acções adequadas face aos resultados, sendo este o caminho para a melhoria contínua, de acordo com o modelo postulado por Deming.*

A UCCI possui um conjunto de mecanismos para avaliar a satisfação do Cliente/utente, a saber:

Os dados a recolher e analisar para avaliar a satisfação do Cliente/utente podem ser provenientes de inquéritos, reclamações/sugestões, ou outras fontes pertinentes.

Qualquer reclamação deve ter um tratamento adequado com vista à verificação da implementação da respectiva acção correctiva (independentemente de ter sido registada no Livro de Reclamações ou num impresso próprio).

Questionários periódicos de avaliação da satisfação, contactos regulares da UCCI com o Cuidador Principal e outros familiares, a análise de reclamações/sugestões e as reuniões entre Colaboradores da UCCI. A IT ... **descreve a Avaliação da Satisfação do Utilizador e o Tratamento de Reclamações.**

A Matriz Global de Gestão agrupa todo o conjunto de indicadores e do estado do conhecimento actual da satisfação do Cliente/utente, permitindo aferir o cumprimento de objectivos pré-estabelecidos para a UCCI.

Os dados recolhidos e analisados são alvo de avaliação comparativa através de actividades de *benchmarking* interno e externo. (Avaliação interna, da progressão anual de desempenho/satisfação e avaliação com outras entidades análogas).

Os resultados de satisfação do Cliente/utente são divulgados interna e externamente, envolvendo Colaboradores, Doentes, Famílias e outras partes interessadas.

EXEMPLO A

Santa Casa da Misericórdia De Águeda - Casa de Repouso Dr António Breda e D. Lea Breda.

5. Satisfação dos Utilizadores

A UCCAB possui um conjunto de mecanismos para avaliar a satisfação do Cliente/utente, a saber:

Questionários de avaliação da satisfação na Alta, contactos regulares da equipa da UCCAB com o Cuidador Principal e outros familiares, a análise de reclamações/sugestões e as reuniões entre Colaboradores. A IT ... **descreve a Avaliação da Satisfação do Utilizador e o Tratamento de Reclamações.**

A Matriz Global de Gestão agrupa todo o conjunto de indicadores e do estado do conhecimento actual da satisfação do Cliente/utente, permitindo aferir o cumprimento de objectivos pré-estabelecidos para a UCCI.

A Matriz Global de Gestão agrupa todo um conjunto de indicadores, que caracteriza a situação actual no que respeita à satisfação do Cliente/utente, permitindo aferir o cumprimento de objectivos pré-estabelecidos para a UCCAB.

Os dados recolhidos e analisados são alvo de avaliação comparativa através de actividades de *benchmarking* interno e externo. (Avaliação interna, da progressão anual de desempenho/satisfação e avaliação com outras entidades análogas).

Os resultados de satisfação do Cliente são divulgados interna e externamente, envolvendo Colaboradores, Clientes/utentes, Famílias e outras partes interessadas.

EXEMPLO B

Santa Casa da Misericórdia de Portimão - Unidade de Cuidados Continuados Integrados

5. Satisfação dos Utilizadores

A UCCI possui um conjunto de mecanismos para avaliar a satisfação do Cliente/utente, a saber:

Questionários periódicos de avaliação da satisfação, contactos regulares da UCCI com o Cuidador Principal e outros familiares, a análise de reclamações/sugestões e as reuniões entre Colaboradores são os instrumentos utilizados pela UCCI que assume a satisfação dos Clientes/Utentes como filosofia de trabalho. A instrução de Trabalho PS5.GS 01.IT07 descreve a Avaliação da Satisfação do Utilizador e o Tratamento de Reclamações.

A Matriz Global de Gestão agrupa todo um conjunto de indicadores, que caracteriza a situação actual no que respeita à satisfação do Cliente/utente, permitindo aferir o cumprimento de objectivos pré-estabelecidos para a UCCI.

Os dados recolhidos e analisados são alvo de avaliação comparativa através de actividades de *benchmarking* interno e externo. (Avaliação interna, da progressão anual de desempenho/satisfação e avaliação com outras entidades análogas).

Os resultados de satisfação do Cliente/utente são divulgados interna e externamente, envolvendo Colaboradores, Doentes, Famílias e outras partes interessadas.

6. Satisfação dos Colaboradores

*Relativamente à satisfação dos colaboradores, estão descritos abaixo os mecanismos de avaliação da satisfação utilizados pela UCCI.
Os dados a recolher e analisar sobre esta matéria estão definidos na Matriz Global de Gestão, que agrupa todo o conjunto de indicadores e do estado do conhecimento actual sobre a satisfação dos colaboradores e demais resultados.*

A UCCI possui um conjunto de mecanismos para avaliar a satisfação das pessoas, e o Colaborador é convidado a pronunciar-se quanto à sua satisfação/motivação, desempenho, desenvolvimento de competências, e envolvimento na Instituição, através das reuniões periódicas com o grupo de trabalho.

Também são consideradas as sugestões de melhoria apresentadas pelos Colaboradores, qualquer que seja o suporte utilizado.

São ainda medidos e avaliados outros aspectos relacionados indirectamente com a satisfação dos Colaboradores, tais como:

- Absentismo;
- Baixa por doença;
- Rotatividade do pessoal;
- Número de Horas de Formação.

A Matriz Global de Gestão agrupa todo o conjunto de indicadores e do estado do conhecimento actual da satisfação das pessoas.

Os dados recolhidos e analisados são alvo de avaliação comparativa através de actividades de *benchmarking* interno e externo. (Avaliação interna, da progressão anual de desempenho/satisfação e avaliação com outras entidades análogas).

Os resultados de satisfação das pessoas são divulgados aos Colaboradores da UCCI.

EXEMPLO A

Santa Casa da Misericórdia De Águeda - Casa de Repouso Dr António Breda e D. Lea Breda.

6. Satisfação dos Colaboradores

A UCCI possui um conjunto de mecanismos para avaliar a satisfação das pessoas, que são convidados a pronunciarem-se quanto à sua satisfação/motivação, desempenho, desenvolvimento de competências, e envolvimento na Instituição, através das reuniões periódicas com o grupo de trabalho e dos questionários aplicados anualmente.

Também são consideradas as sugestões de melhoria apresentadas pelos Colaboradores, qualquer que seja o suporte utilizado.

São ainda medidos e avaliados aspectos indirectamente relacionados com a satisfação dos Colaboradores, tais como:

- Absentismo;
- Baixa por doença;
- Rotatividade do pessoal;
- Número de Horas de Formação.

A Matriz Global de Gestão agrupa todo o conjunto de indicadores e do estado do conhecimento actual relacionado com a satisfação das pessoas.

Os dados recolhidos e analisados são alvo de avaliação comparativa através de actividades de *benchmarking* interno e externo. (Avaliação interna, da progressão anual de desempenho/satisfação e avaliação com outras entidades análogas).

Os resultados de satisfação das pessoas são divulgados aos Colaboradores da UCCAB.

EXEMPLO B

Santa Casa da Misericórdia de Portimão - Unidade de Cuidados Continuados Integrados

6. Satisfação dos Colaboradores

A UCCI possui um conjunto de mecanismos para avaliar a satisfação das pessoas, entre elas os Colaboradores, que são convidados a pronunciar-se quanto à sua satisfação/motivação, desempenho, desenvolvimento de competências, e envolvimento na Instituição, através das reuniões periódicas com o grupo de trabalho.

Também são consideradas as sugestões de melhoria apresentadas pelos Colaboradores, qualquer que seja o suporte utilizado.

São ainda medidos e avaliados outros aspectos indirectamente relacionados com a satisfação dos Colaboradores, tais como:

- Absentismo;
- Baixa por doença;
- Rotatividade do pessoal;
- Número de Horas de Formação.

A Matriz Global de Gestão agrupa todo o conjunto de indicadores e o estado do conhecimento actual relacionado com a satisfação das pessoas.

Os dados recolhidos e analisados são alvo de avaliação comparativa através de actividades de *benchmarking* interno e externo. (Avaliação interna, da progressão anual de desempenho/satisfação e avaliação com outras entidades análogas).

Os resultados de satisfação das pessoas são divulgados aos Colaboradores da UCCI.

7. Impacte na Sociedade

Neste capítulo do MQ cada UCCI descreve como procura envolver a comunidade, promovendo e participando em actividades de interesse mútuo. Pela própria natureza da sua actividade, a UCCI tem impacto não só nos seus Clientes/Utentes, mas também sobre todo um conjunto de outras partes interessadas, por exemplo famílias, rede de vizinhança e comunidade em geral. O estabelecimento de parcerias, actividades de carácter cultural e/ou formativo e o voluntariado são exemplos do impacte na comunidade.

A UCCI pela natureza da sua actividade, contribui para a melhoria da qualidade de vida da Comunidade Local; as actividades da UCCI são divulgadas à comunidade através dos meios de comunicação externa, nomeadamente as associadas à Rede de Cuidados Continuados Integrados de Saúde da qual a UCCI faz parte.

O fomento da participação de acções de voluntariado, a inserção de estagiários e o estabelecimento de relações de parcerias da rede nas actividades da UCCI também tem impacte na sociedade.

A Matriz Global de Gestão refere indicadores do estado do conhecimento actual do impacto da UCCI na sociedade.

A actividade é gerida de modo a que os resíduos gerados pela UCCI causem o menor impacto possível na Comunidade Local. Assim, estão implementados os procedimentos de Higiene, Segurança, separação e eliminação de resíduos, de acordo com a legislação em vigor.

A acessibilidade à UCCI é assegurada através de adaptações arquitectónicas das instalações de modo a facilitarem o acesso ao Cliente/utente e a outras partes interessadas.

EXEMPLO A

Santa Casa da Misericórdia De Águeda - Casa de Repouso Dr António Breda e D. Lea Breda.

7. Impacto na Sociedade

A UCCAB, pela natureza da sua actividade contribui para a melhoria da qualidade de vida da Comunidade Local; as actividades da UCCAB são divulgadas à comunidade através dos meios de comunicação externa, nomeadamente as associadas à Rede de Cuidados Continuados Integrados de Saúde da qual a UCCAB faz parte.

O fomento da participação de acções de voluntariado, a inserção de estagiários e o estabelecimento de relações de parcerias da rede nas actividades da UCCAB também tem impacte na sociedade.

A Matriz Global de Gestão refere indicadores do estado do conhecimento actual do impacto na sociedade.

A actividade da UCCAB é gerida de modo a que os resíduos gerados causem o menor impacto possível na Comunidade Local. Assim, estão implementados os procedimentos de Higiene, Segurança, separação e eliminação de resíduos, de acordo com a legislação em vigor.

A acessibilidade à UCCAB é assegurada através de adaptações arquitectónicas das instalações de modo a facilitarem o acesso ao Cliente/utente e a todas as partes interessadas.

EXEMPLO B**Santa Casa da Misericórdia de Portimão - Unidade de Cuidados Continuados Integrados****7. Impacto na Sociedade**

A UCCI pela natureza da sua actividade contribui para a melhoria da qualidade de vida da Comunidade Local; as actividades da UCCI são divulgadas à comunidade através dos meios de comunicação externa, nomeadamente as associadas à Rede de Cuidados Continuados Integrados de Saúde da qual a UCCI faz parte.

O fomento da participação de acções de voluntariado, a inserção de estagiários e o estabelecimento de relações de parcerias da rede nas actividades da UCCI também tem impacte na sociedade.

A Matriz Global de Gestão refere indicadores do estado do conhecimento actual do impacte da UCCI na sociedade.

A actividade da UCCI é gerida de modo a que os resíduos gerados pela UCCI causem o menor impacto possível na Comunidade Local. Assim, estão implementados os procedimentos de Higiene, Segurança, separação e eliminação de resíduos, de acordo com a legislação em vigor.

A acessibilidade à UCCI é assegurada através de adaptações arquitectónicas das instalações de modo a facilitarem o acesso ao Cliente/utente e outras partes interessadas.

8. Resultados de Desempenho

Neste capítulo o MQ refere a importância de aferir o cumprimento dos objectivos estabelecidos, através da recolha e análise de dados.

Os dados a recolher e analisar estão definidos numa Matriz Global de Gestão, que agrupa todo o conjunto de indicadores e do estado do conhecimento actual sobre os resultados de desempenho que a UCCI está a alcançar.

A análise dos dados deve ser realizada com responsabilidades e periodicidade definidas para que sejam tomadas as acções necessárias face a desvios na concretização dos resultados planeados.

A implementação do Sistema de Gestão da Qualidade culmina com a criação desta cultura de medição dos resultados de forma sistemática, através de:

- Planear*
- Executar*
- Controlar os resultados e*
- Tomar as acções adequadas face aos resultados, sendo este o caminho para a melhoria contínua, de acordo com o modelo postulado por Deming.*

A UCCI possui um conjunto de indicadores que estão integrados na Matriz Global de Gestão permitindo aferir o cumprimento dos objectivos pré-estabelecidos.

Os dados recolhidos, incluindo os financeiros, são analisados e alvo de avaliação comparativa através de actividades de *benchmarking* interno e externo. (Avaliação interna, da progressão anual do desempenho e avaliação com outras entidades análogas).

Os resultados de Desempenho são divulgados interna e externamente, envolvendo Colaboradores, Doentes, Famílias e outras partes interessadas.

EXEMPLO A

Santa Casa da Misericórdia De Águeda - Casa de Repouso Dr António Breda e D. Lea Breda.

8. Resultados de Desempenho

A UCCAB possui um conjunto de indicadores que estão integrados na Matriz Global de Gestão permitindo aferir o cumprimento dos objectivos pré-estabelecidos.

Os dados recolhidos, incluindo os financeiros, são analisados e alvo de avaliação comparativa através de actividades de *benchmarking* interno e externo. (Avaliação interna, da progressão anual do desempenho e avaliação com outras entidades análogas).

Os resultados de Desempenho são divulgados interna e externamente, envolvendo Colaboradores, Clientes/utentes, Famílias e outras partes interessadas, conforme aplicável.

EXEMPLO B**Santa Casa da Misericórdia de Portimão - Unidade de Cuidados Continuados Integrados****8. Resultados de Desempenho**

A UCCI possui um conjunto de indicadores que estão integrados na Matriz Global de Gestão permitindo aferir o cumprimento dos objectivos pré-estabelecidos para a UCCI.

Os dados recolhidos, incluindo os financeiros, são analisados e alvo de avaliação comparativa através de actividades de *benchmarking* interno e externo. (Avaliação interna, da progressão anual do desempenho e avaliação com outras entidades análogas).

Os resultados de Desempenho são divulgados interna e externamente, envolvendo Colaboradores, Doentes, Famílias e outras partes interessadas.

IIIª Parte

Tabelas e Registos Complementares

9. Tabela de Correspondência do IQS com a Documentação do SGQ

Apresenta-se de seguida a Tabela de Correspondência entre o Modelo de Avaliação da Qualidade das Unidades de Internamento e Outras Respostas de Cuidados às Pessoas Idosas e às Pessoas em Situação de Dependência - IQS e a Documentação do SGQ

No exemplo abaixo, estão apresentadas as correspondências entre o Modelo do IQS e os documentos de suporte ao SGQ.

Cada UCCI deve complementar a tabela com os seus documentos e respectivos códigos. Esta tabela de correspondência facilita o enquadramento dos requisitos do Modelo face aos documentos do SGQ que os descrevem. À medida que for concebida documentação (Processos, Procedimentos), deverá ser incluída na tabela de correspondência.

CRITÉRIO DO MODELO		DOCUMENTOS DO SGQ			
		MQ	PC	PS	PR
1	Liderança e Estratégia	Parte II, Cap. 1			
2	Pessoas	Parte II, Cap. 2			
3	Parcerias e Recursos	Parte II, Cap. 3			
3.1	Gestão de Parcerias Externas	Parte II, Cap. 3.1			
3.2	Gestão de Recursos Financeiros	Parte II, Cap. 3.2			
3.3	Gestão da Informação	Parte II, Cap. 3.3			
3.3.1	Informação e Comunicação com o Utilizador	Parte II, Cap. 3.3.1			
3.3.2	Informação e Comunicação Internas	Parte II, Cap. 3.3.2			
3.3.3	Registos	Parte II, Cap. 3.3.3			
3.4	Gestão das Instalações, Equipamentos e Materiais	Parte II, Cap. 3.4			
3.5	Gestão do Risco	Parte II, Cap. 3.5			
3.5.1	Higiene Segurança e Saúde	Parte II, Cap. 3.5.1			
3.5.2	Controlo da Infecção e Gestão de Resíduos	Parte II, Cap. 3.5.2			
3.5.3	Segurança contra Incêndios	Parte II, Cap. 3.5.3			
3.5.4	Segurança	Parte II, Cap. 3.5.4			

4	Processos-Chave	Parte II, Cap. 4			
4.1	Candidatura	Parte II, Cap. 4			
4.2	Avaliação das necessidades do Utilizador	Parte II, Cap. 4			

CRITÉRIO DO MODELO		DOCUMENTOS DO SGQ			
		MQ	PC	PS	PR
4.3	Plano Individual de Cuidados	Parte II, Cap. 4			
4.4	Contrato	Parte II, Cap. 4			
4.5	Prestação dos Cuidados	Parte II, Cap. 4			
4.5.1	Generalidades	Parte II, Cap. 4			
4.5.2	Cuidados de Saúde	Parte II, Cap. 4			
4.5.2.1	Assistência Médica	Parte II, Cap. 4			
4.5.2.2	Cuidados de Enfermagem	Parte II, Cap. 4			
4.5.2.3	Assistência Medicamentosa	Parte II, Cap. 4			
4.5.3	Apoio Psico-Social	Parte II, Cap. 4			
4.5.4	Animação Sócio - Ocupacional	Parte II, Cap. 4			
4.5.5	Promoção da Interacção Familiar/Conviventes Directos	Parte II, Cap. 4			
4.5.6	Reabilitação e Terapia Ocupacional	Parte II, Cap. 4			
4.6	Medição, Análise e Melhoria	Parte II, Cap. 4			
5	Satisfação dos Utilizadores	Parte II, Cap. 5			
6	Satisfação dos Colaboradores	Parte II, Cap. 6			
7	Impacto na Sociedade	Parte II, Cap. 7			

EXEMPLO A

Santa Casa da Misericórdia De Águeda - Casa de Repouso Dr António Breda e D. Lea Breda.

IIIª Parte

Tabelas e Registos Complementares

9. Tabela de Correspondência do IQS com a Documentação do SGQ

Apresenta-se de seguida a Tabela de Correspondência entre o Modelo de Avaliação da Qualidade das Unidades de Internamento e Outras Respostas de Cuidados às Pessoas Idosas e às Pessoas em Situação de Dependência - IQS e a Documentação do SGQ

CRITÉRIO DO MODELO		DOCUMENTOS DO SGQ			
		MQ	PC	PG	PR
1	Liderança e Estratégia	Parte II, Cap. 1		PG 5	
2	Pessoas	Parte II, Cap. 2		PG 6.1	PR 2
3	Parcerias e Recursos	Parte II, Cap. 3		PG 5	
3.1	Gestão de Parcerias Externas	Parte II, Cap. 3.1		PG 5	PR 5
3.2	Gestão de Recursos Financeiros	Parte II, Cap. 3.2		PG 5	
3.3	Gestão da Informação	Parte II, Cap. 3.3		PG 4	PR 1
3.3.1	Informação e Comunicação com o Utilizador	Parte II, Cap. 3.3.1			
3.3.2	Informação e Comunicação Internas	Parte II, Cap. 3.3.2			
3.3.3	Registos	Parte II, Cap. 3.3.3		PG 4	PR 1
3.4	Gestão das Instalações, Equipamentos e Materiais	Parte II, Cap. 3.4		PG 6.2	PR 5; PR 6
3.5	Gestão do Risco	Parte II, Cap. 3.5			
3.5.1	Higiene Segurança e Saúde	Parte II, Cap. 3.5.1			
3.5.2	Controlo da Infecção e Gestão de Resíduos	Parte II, Cap. 3.5.2			
3.5.3	Segurança contra Incêndios	Parte II, Cap. 3.5.3			
3.5.4	Segurança	Parte II, Cap. 3.5.4			
4	Processos-Chave	Parte II, Cap. 4	PC 7.9 a PC 7.12		
4.1	Candidatura				
4.2	Avaliação das necessidades do Utilizador	Parte II, Cap. 4	PC 7.9; PC 7.10		

CRITÉRIO DO MODELO		DOCUMENTOS DO SGQ			
		MQ	PC	PG	PR
4.3	Plano Individual de Cuidados	Parte II, Cap. 4	PC 7.10		
4.4	Contrato	Parte II, Cap. 4	PC 7.9		
4.5	Prestação dos Cuidados	Parte II, Cap. 4	PC 7.11		
4.5.1	Generalidades	Parte II, Cap. 4	PC 7.11		
4.5.2	Cuidados de Saúde	Parte II, Cap. 4	PC 7.11		
4.5.2.1	Assistência Médica	Parte II, Cap. 4	PC 7.11		
4.5.2.2	Cuidados de Enfermagem	Parte II, Cap. 4	PC 7.11		
4.5.2.3	Assistência Medicamentosa	Parte II, Cap. 4	PC 7.11		
4.5.3	Apoio Psico-Social	Parte II, Cap. 4	PC 7.11		
4.5.4	Animação Sócio - Ocupacional	Parte II, Cap. 4	PC 7.11		
4.5.5	Promoção da Interacção Familiar/Conviventes Directos	Parte II, Cap. 4	PC 7.11		
4.5.6	Reabilitação e Terapia Ocupacional	Parte II, Cap. 4	PC 7.11		
4.6	Medição, Análise e Melhoria	Parte II, Cap. 4		PG 8	PR 3; PR 4
5	Satisfação dos Utilizadores	Parte II, Cap. 5		PG 8	
6	Satisfação dos Colaboradores	Parte II, Cap. 6		PG 8	
7	Impacto na Sociedade	Parte II, Cap. 7		PG 8	

EXEMPLO B

Santa Casa da Misericórdia de Portimão - Unidade de Cuidados Continuados Integrados

III PARTE - TABELAS E REGISTOS COMPLEMENTARES

1. Tabela de Correspondência do IQS com a Documentação do SGQ

Apresenta-se de seguida a Tabela de Correspondência entre o Modelo de Avaliação da Qualidade das Unidades de Internamento e Outras Respostas de Cuidados às Pessoas Idosas e às Pessoas em Situação de Dependência - IQS e a Documentação do SGQ

CRITÉRIO DO MODELO		DOCUMENTOS DO SGQ			
		MQ	PC	PS	PR
1	Liderança e Estratégia	Parte II, Cap. 1		PS 5	
2	Pessoas	Parte II, Cap. 2		PS 6.1	
3	Parcerias e Recursos	Parte II, Cap. 3		PS 5	
3.1	Gestão de Parcerias Externas	Parte II, Cap. 3.1		PS 5	
3.2	Gestão de Recursos Financeiros	Parte II, Cap. 3.2		PS 5	
3.3	Gestão da Informação	Parte II, Cap. 3.3		PS 4	PR01
3.3.1	Informação e Comunicação com o Utilizador	Parte II, Cap. 3.3.1			PCI02IT01
3.3.2	Informação e Comunicação Internas	Parte II, Cap. 3.3.2			SP01; PS3.GHR0 1.IT05
3.3.3	Registos	Parte II, Cap. 3.3.3		PS 4	PR01
3.4	Gestão das Instalações, Equipamentos e Materiais	Parte II, Cap. 3.4		PS 6.2	
3.5	Gestão do Risco	Parte II, Cap. 3.5		PS 5	
3.5.1	Higiene Segurança e Saúde	Parte II, Cap. 3.5.1		PS 6.1	
3.5.2	Controlo da Infecção e Gestão de Resíduos	Parte II, Cap. 3.5.2		PS 5	
3.5.3	Segurança contra Incêndios	Parte II, Cap.		PS 5	

		3.5.3			
3.5.4	Segurança	Parte II, Cap. 3.5.4		PS 5	
4	Processos-Chave	Parte II, Cap. 4	PC01 a PC03		
4.1	Candidatura	Parte II, Cap. 4			
4.2	Avaliação das necessidades do Utilizador	Parte II, Cap. 4	PC01 a PC03		

CRITÉRIO DO MODELO		DOCUMENTOS DO SGQ			
		MQ	PC	PS	PR
4.3	Plano Individual de Cuidados	Parte II, Cap. 4	PC01		
4.4	Contrato	Parte II, Cap. 4	PC01		
4.5	Prestação dos Cuidados	Parte II, Cap. 4	PC02		
4.5.1	Generalidades	Parte II, Cap. 4	PC02		
4.5.2	Cuidados de Saúde	Parte II, Cap. 4	PC02		
4.5.2.1	Assistência Médica	Parte II, Cap. 4	PC02		
4.5.2.2	Cuidados de Enfermagem	Parte II, Cap. 4	PC02		
4.5.2.3	Assistência Medicamentosa	Parte II, Cap. 4	PC02		
4.5.3	Apoio Psico-Social	Parte II, Cap. 4	PC02		
4.5.4	Animação Sócio - Ocupacional	Parte II, Cap. 4	PC02		
4.5.5	Promoção da Interacção Familiar/Conviventes Directos	Parte II, Cap. 4	PC02		
4.5.6	Reabilitação e Terapia Ocupacional	Parte II, Cap. 4	PC02		
4.6	Medição, Análise e Melhoria	Parte II, Cap. 4		PS07	PR03
5	Satisfação dos Utilizadores	Parte II, Cap. 5		PS07	PS5.GS01. IT07
6	Satisfação dos Colaboradores	Parte II, Cap. 6		PS07	
7	Impacto na Sociedade	Parte II, Cap. 7		PS07	

Registo das Alterações ao MQ

A tabela a seguir é um registo das alterações sequenciais ao Manual e que originam novas edições.

O objectivo é manter o registo do conteúdo das alterações ao texto do Manual a cada nova edição, de forma a facilitar a identificação pelos colaboradores das modificações introduzidas face à edição anterior.

Na 1ª edição (ver exemplo seguinte), ainda não há alterações e a tabela é preenchida com a palavra "Aprovação". A partir da 2ª edição, o conteúdo das alterações é aí registado.

Edição	Data	Alterações
1		Aprovação
2		*****

EXEMPLO 3
SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE ESPOSENDE

A Santa Casa da Misericórdia de Esposende, no decurso das actividades que conduziram à presente edição do Manual da Qualidade procedeu a uma acção de melhoria sobre o Modelo original entendendo que esta pode conduzir a um reconhecimento do seu Sistema de Gestão da Qualidade, por entidades terceiras, tendo adoptado a arquitectura e linguagem plasmadas na Versão Portuguesa da EN ISO 9001:2000. Esta opção, resultado da reflexão internamente promovida, potencia o carácter dinâmico dos documentos produzidos e permite aos mesmos a concretização de uma matriz de acção extensiva a todas as valências da Organização, desde a infância à terceira-idade, passando pela saúde. Adicionalmente, esta matriz possibilita um desenvolvimento das actividades a médio prazo, conducentes ao objectivo de certificação em todas as áreas de actuação da Misericórdia. No actual quadro, importa ainda salientar que os contributos traduzidos por outros referenciais, designadamente de acreditação, podem e devem ser devidamente incorporados numa filosofia de complemento e aperfeiçoamento, considerando as especificidades de cada área de intervenção. Daqui se depreende que o modelo adoptado e os documentos de suporte gerados constituem não um fim, mas antes um princípio de sistematização da Qualidade e para a Qualidade que pretendemos atingir na nossa Instituição. Que a "Senhora do Manto Grande" permita a todas as Misericórdias a concretização destes Desafios.



MANUAL DE GESTÃO

Elaborado	Comissão da Qualidade
Aprovado	Conselho de Administração do Hospital Valente Ribeiro



PARTE I

SECÇÕES INTRODUTÓRIAS

CAP. 0 - ÍNDICE

PARTE I - SECÇÕES INTRODUTÓRIAS

Capítulo	Descrição	Página
0	Índice	3
	Promulgação	4
1	Apresentação da Santa Casa da Misericórdia de Esposende	5
	Apresentação do Hospital Valentim Ribeiro	7
2	Âmbito da Aplicação do Sistema de Gestão	9
	Legislação Aplicável e Documentos de Referência	10
3	Glossário	11
	Abreviaturas	12

PARTE II- SECÇÕES OPERACIONAIS

Capítulo	Descrição	Página
4	Sistema de Gestão	13
5	Responsabilidade da Gestão	17
6	Gestão de Recursos - Humanos, Instalações e Equipamentos	23
7	Cuidados Continuados Integrados	25
8	Avaliação e Desenvolvimento	29

PARTE III - SECÇÕES COMPLEMENTARES

Capítulo	Descrição	Página
9	Matriz de Correspondência	32
10	Listagem de Documentação Complementar	34

CAP. 0 - PROMULGAÇÃO

O Hospital Valentim Ribeiro, propriedade da Santa Casa da Misericórdia de Esposende, orienta a sua actividade na procura constante da melhoria dos seus serviços tentando promover a satisfação das necessidades da comunidade onde se encontra inserido.

As Misericórdias que há mais de 500 anos se dedicam também à Saúde incorporam na sua origem uma das “14 Obras de Misericórdia” que manda “Cuidar dos Enfermos” e que S. Francisco Xavier ilustrou de forma cuidada nas palavras que dirigiu de Goa, a S. Inácio de Loyola, em 1542:

“Haveis de saber que nesta terra e em todos os mais lugares de cristãos, há uma companhia de homens muito honrados, que têm cargo de amparar toda a gente necessitada, assim os naturais cristãos como os que novamente se convertem. Esta companhia de homens portugueses se chama a Misericórdia; é coisa de admiração ver o serviço que estes homens bons fazem a Deus Nosso Senhor em favorecer todos os necessitados”.

S. Francisco Xavier - Ano de 1542

Assim como no passado, também no presente as Misericórdias continuam a abraçar esta Missão através de uma estratégia que prima pela aposta na Qualidade potenciando a melhoria do bem-estar das nossas comunidades.

Este Manual refere os meios adoptados para assegurar a Qualidade dos serviços prestados pelo **Hospital Valentim Ribeiro nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados**, de modo a satisfazer os seus Clientes. Constitui-se como suporte material para os processos e procedimentos ao nível da prestação de serviços e para a execução do conjunto de acções inerentes ao Sistema de Gestão da Qualidade.

Compete ao Conselho de Administração fazer observar, em todos os níveis, o cumprimento das determinações que constam neste Manual da Qualidade e que satisfazem os critérios do referencial ISO 9001:2000 e demais legislação aplicável.

O Responsável da Qualidade do Hospital Valentim Ribeiro possui a autoridade necessária para garantir a eficácia do Sistema, respondendo directamente ao Conselho de Administração nesta matéria e é o representante da Gestão para a Qualidade.

As determinações que constam deste Manual são de cumprimento obrigatório para todos os colaboradores do Hospital Valentim Ribeiro, no âmbito da sua intervenção.

A promulgação do presente Manual consiste na sua aprovação pelo Conselho de Administração e publicação na *intranet*.

A Qualidade é uma preocupação constante de todos os colaboradores, competindo a cada um dos elementos envolvidos no Sistema de Gestão da Qualidade observar o cumprimento das determinações inscritas neste Manual.

O Conselho de Administração assegura a implementação e manutenção dos requisitos necessários ao Sistema de Gestão da Qualidade através da nomeação do Responsável da Qualidade e respectiva delegação de competências.

Este documento é revisto anualmente pelo Conselho de Administração, em colaboração com o Responsável da Qualidade, no que concerne à sua adequação, sendo ainda actualizado sempre que se torne necessário.

O Conselho de Administração do Hospital Valentim Ribeiro manifesta o seu compromisso para com a QUALIDADE nos CUIDADOS de SAÚDE, e em conformidade, promulga a presente edição do Manual de Gestão.

Esposende, Hospital Valentim Ribeiro, aos ____ de _____ de dois mil e ____ .

O Conselho de Administração do Hospital Valentim Ribeiro

CAP. 1 - APRESENTAÇÃO DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE ESPOSENDE

A Santa Casa da Misericórdia de Esposende é a mais antiga instituição de carácter social do concelho de Esposende, tendo sido criada em 1579. É uma das fundadoras da União das Misericórdias Portuguesas e presta, neste momento, serviços nas áreas de educação de infância, terceira idade e saúde.

A Santa Casa da Misericórdia de Esposende tem, no desenvolvimento da sua actividade, consolidado as suas infra-estruturas, detendo cada uma das valências edifícios próprios e de raiz.

No que concerne às populações alvo, esta Santa Casa presta serviços a toda a população nas áreas já mencionadas, com particular incidência ao nível da infância e terceira idade. Contudo, a sua acção estende-se geograficamente de uma forma mais vasta, designadamente ao nível dos cuidados de saúde, demonstrando-se uma forte tendência no apoio aos concelhos limítrofes, nomeadamente Barcelos, Viana do Castelo e Póvoa do Varzim.

Esta Santa Casa, para além do Centro de Apoio Social Ernestino Miranda e da Creche Jardim-de-infância Santa Isabel, é também proprietária do Hospital Valentim Ribeiro. Embora com relativa autonomia entre as várias valências, existem determinados serviços e recursos que são partilhados por todas numa lógica de economia de escala que contribui para uma gestão parcimoniosa dos recursos.

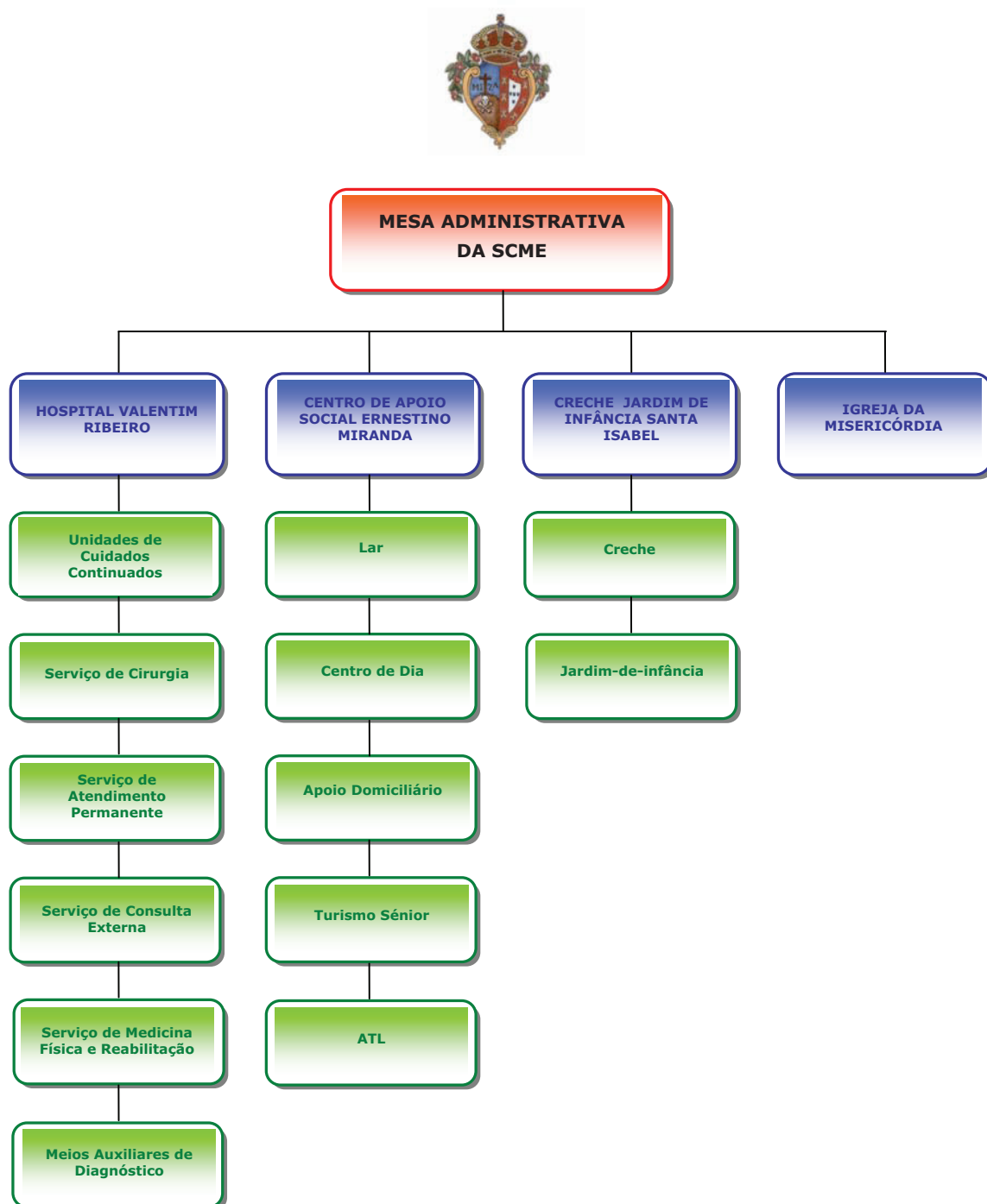
A Santa Casa da Misericórdia de Esposende (SCME) é uma Irmandade secular que se insere no que actualmente se designa por Sector Social. É uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) e detém o estatuto de Utilidade Pública. Sendo razoável assumir que o Sector Social se reveste de um carácter parapúblico, a SCME abraça um conjunto de Missões em estreita colaboração com o Sector Público e com a Comunidade onde está inserida, numa lógica de mútuo compromisso assente no princípio da complementaridade.

Os **Órgãos Sociais** da SCME são compostos da seguinte forma:

- **Mesa da Assembleia-Geral** - É constituída por 1 Presidente e 2 Secretários e reúne ordinariamente 2 vezes por ano.
- **Conselho de Administração** - É constituída por 7 elementos efectivos e 3 elementos suplentes, presidida pelo(a) Provedor(a) da Santa Casa da Misericórdia e reúne ordinariamente uma vez por mês. Este é o colégio executivo para as grandes opções políticas e estratégicas da Instituição.
- **Conselho Fiscal** - É constituído por 3 elementos efectivos e 3 elementos suplentes e reúne ordinariamente de três em três meses.



CAP. 1 - APRESENTAÇÃO DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE ESPOSENDE



CAP. 1 - APRESENTAÇÃO DO HOSPITAL VALENTIM RIBEIRO

O Hospital Valentim Ribeiro foi inaugurado em 1916, sendo propriedade da Santa Casa da Misericórdia de Esposende. Volvidos aproximadamente 60 anos de existência (1975), este Hospital foi Nacionalizado.

Durante o período de Nacionalização, este Hospital desempenhou funções de hospital concelhio, tendo sido vários os intentos que a SCME promoveu no sentido da sua (re)apropriação. Este objectivo alcançou êxito no ano de 1995, ano em que este Hospital, após o seu encerramento temporário por falta de condições de funcionamento (ainda sobre responsabilidade do Estado Português), reabriu já nas mãos da SCME. Esta Instituição herdou assim a difícil tarefa de equipar totalmente um hospital e colocá-lo em funcionamento através dos recursos de que dispunha.

O Hospital Valentim Ribeiro (HVR) dispõe, no âmbito da sua actividade, de uma capacidade instalada capaz de traduzir cobertura ao nível do internamento e ambulatório. Para além da medicina geral e familiar, conta com mais de 20 especialidades médicas apoiadas por diversas áreas de diagnóstico e terapêutica.

O Hospital Valentim Ribeiro é ainda prestador da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) desde 2006, tendo integrado a fase das experiências piloto e dispondo de uma Unidade de Convalescença e uma Unidade de Média Duração e Reabilitação.

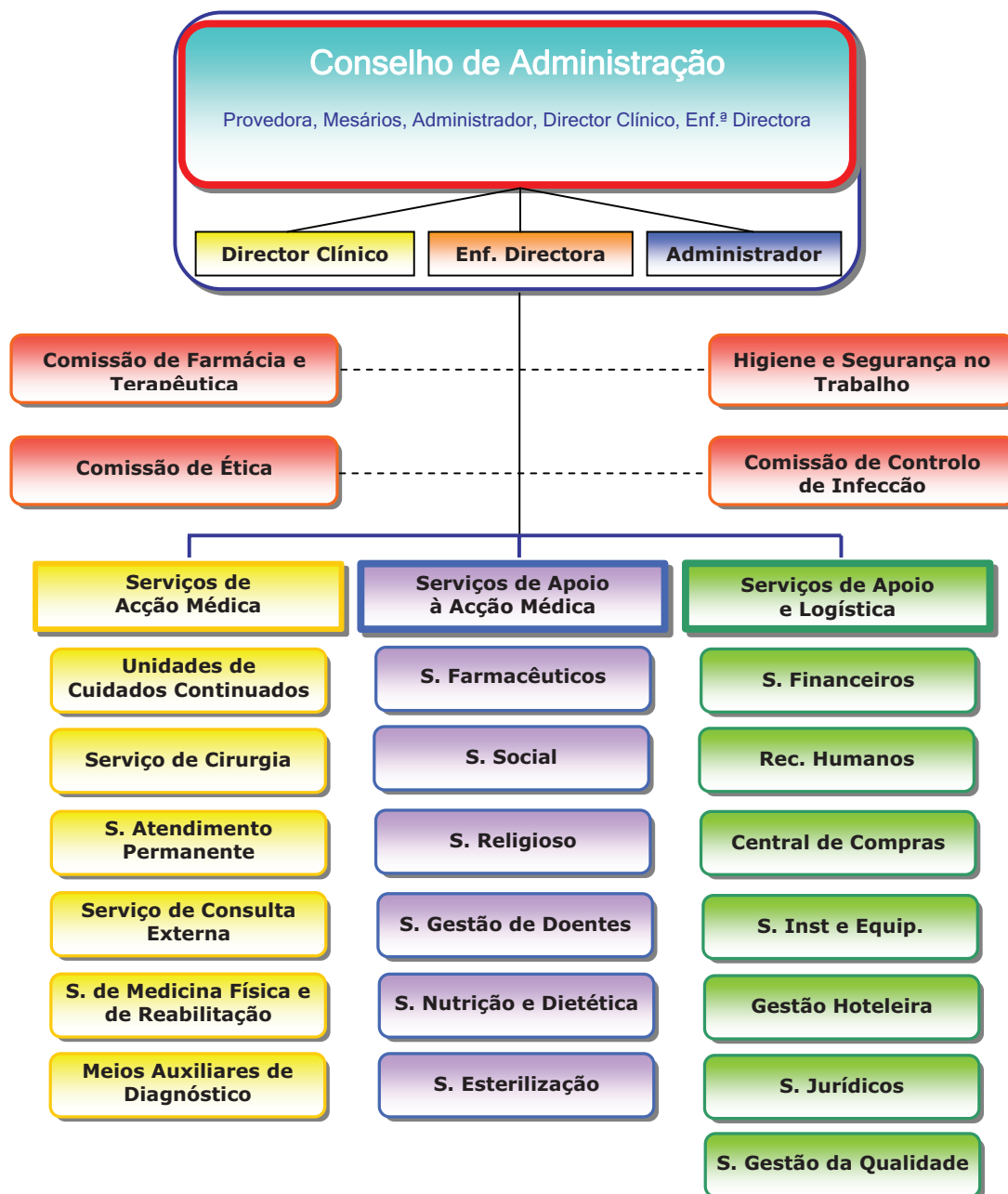
À luz de outros hospitais e unidades de saúde, este Hospital estabeleceu, no decurso da sua actividade, variados acordos com os subsistemas de saúde e entidades seguradoras, de onde se destaca o acordo com o Serviço Nacional de Saúde, sendo sua responsabilidade a cobertura diária do ambulatório durante o período nocturno (das 20.00h até às 08.00h) e ainda nos dias de feriado e fins-de-semana, através do seu Serviço de Atendimento Permanente.

Os hospitais de referência (hospitais de apoio da rede pública) do Hospital Valentim Ribeiro são o Hospital de Santa Maria Maior (Barcelos) e o Hospital de S. Marcos (Braga).

Tendo como prioridade assumida a prestação de cuidados de saúde verdadeiramente humanizados, pretende-se que a todos quantos solicitem assistência, possam corresponder serviços especializados e capacitados para uma cobertura, o mais completa possível, dos anseios dos Clientes, com elevados padrões de Qualidade, eficiência e dignidade ao mais baixo custo de execução. Todos os elementos deverão ser envolvidos nesta filosofia de actuação, promovendo-se ainda um clima de trabalho que potencie um harmonioso desenvolvimento profissional e pessoal. A sua gestão deverá assentar numa adequada organização, pressupondo o planeamento e avaliação das actividades e uma parcimoniosa utilização dos recursos.



CAP. 1 - APRESENTAÇÃO DO HOSPITAL VALENTIM RIBEIRO



CAP. 2 - ÂMBITO DE APLICAÇÃO DO SISTEMA DE GESTÃO

Em 2006, através da publicação do Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho é criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados com vista a instituir um novo nível intermédio de cuidados de saúde e de apoio social entre os de base comunitária e os de internamento hospitalar. Esta Rede é constituída por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde, e ou apoio social, e de cuidados e acções paliativas, com origem nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo os hospitais, os centros de saúde, os serviços distritais e locais da segurança social, a rede solidária e as autarquias locais. Neste mesmo ano o Hospital Valério Ribeiro constituiu duas Unidades de Cuidados Continuados, uma dedicada à tipologia de Convalescença e outra dedicada à tipologia de Média Duração e Reabilitação.

O Sistema de Gestão da Qualidade aplica-se às Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) do Hospital Valério Ribeiro que têm como objectivo geral a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência, designadamente as pessoas com perda transitória de autonomia, as pessoas idosas com dependência funcional, os doentes com patologia crónica múltipla e as pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida.

As UCCI do HVR integram os seguintes Processos - Chave:

- PC 7.1 - Admissão;
- PC 7.2 - Elaboração e Acompanhamento do PIC;
- PC 7.3 - Nutrição e Alimentação;
- PC 7.4 - Cuidados de Higiene, Imagem e Conforto;
- PC 7.5 - Prestação de Cuidados de Saúde;
- PC 7.6 - Serviços de Apoio Psicossocial.

CAP. 2 - LEGISLAÇÃO APLICÁVEL E DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

- Visitas e Acompanhamento Familiar a Doentes Internados - Direcção Geral de Saúde, Janeiro de 2000
- Boletim do Trabalho e Emprego, Dezembro de 2001, 1ª série, Vol. 68, nº 47, Lisboa.
- Decreto Lei que cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados - Decreto-Lei n.º 101/2006
- Despacho que aprova os Projectos Piloto - Despacho n.º 17 516/2006
- Despacho que aprova a criação de equipas de coordenação regional e local - Despacho n.º 19 040/2006
- Despacho Normativo da comparticipação da Segurança Social - Despacho normativo n.º 12/2006
- Resolução do Conselho de Ministros que cria a Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados - Resolução do Conselho de Ministros n.º 168/2006
- Decreto-Lei n.º 178_2006 de 05 de Setembro
- Portaria nº 1408_2006 de 18 de Dezembro
- Despacho que actualiza os Projectos Piloto - Despacho n.º 1281/2007
- Portaria nº 320_2007 de 23 de Março
- Plano Operacional de Controlo da Infecção na UCCI - Direcção Geral de Saúde, Setembro de 2007
- Procedimentos para Análise e Avaliação de Instalações para Cuidados Continuados, Direcção Geral das Instalações e Equipamentos da Saúde, Fevereiro de 2007, Ministério da Saúde
- Unidades que constituem a RNCCI Janeiro 2008 - Despacho n.º 1408/2008
- Portarias de preços - Portaria n.º 1087-A/2007, de 5 de Setembro, Portaria nº 189/2008 de 19 de Fevereiro
- Livro de Reclamações - Portaria n.º 70/2008
- Regulamento Interno do HVR
- Regulamento Interno da Unidade de Convalescença
- Regulamento Interno da Unidade de Média Duração e Reabilitação
- Gestão de Resíduos:
- Carta de Direitos do Doente Internado - Direcção Geral de Saúde,
- Higienização do Ambiente nas Unidades de Saúde - Recomendações de Boas Práticas - Plano Nacional de Controlo da Infecção
- Recomendações para o Controlo do Ambiente - Princípios Básicos - Plano Nacional de Controlo da Infecção

CAP. 3 - GLOSSÁRIO

Os principais termos relacionados com o Sistema de Gestão da Qualidade são os referenciados na norma NP EN ISO 9000 - Sistemas de Gestão da Qualidade - Fundamentos e vocabulário, nos referenciais normativos e na legislação aplicável, bem como os utilizados no sector de actividade.

A tabela a seguir contém um resumo dos principais termos utilizados:

TERMO	DEFINIÇÃO
Acção correctiva	Acção para eliminar a causa de uma não-conformidade
Acção preventiva	Acção para eliminar a causa de uma potencial não-conformidade.
Cliente	Organização ou pessoa que recebe um produto.
Competência	Capacidade demonstrada de aplicar conhecimentos e de saber fazer.
Correcção	Acção para eliminar uma não-conformidade.
Documento	Informação e respectivo meio de suporte.
Fornecedor	Organização ou pessoa que fornece um produto.
Gestão da Qualidade	Actividades coordenadas para dirigir e controlar uma organização no que respeita à Qualidade.
Melhoria contínua	Actividade permanente com vista a incrementar a capacidade para satisfazer requisitos.
Não-conformidade	Não satisfação de um requisito.
Objectivo da Qualidade	Algo que se procura obter ou atingir relativo à Qualidade.
Partes Interessadas	Todos os que têm interesse na Organização, nas suas actividades e nas suas realizações. São exemplos de partes interessadas as indicadas em 5.2 deste Manual.
Planeamento da Qualidade	Parte da gestão da Qualidade orientada para o estabelecimento dos objectivos da Qualidade e para a especificação dos Processos - Chave e dos recursos relacionados, necessários para atingir esses objectivos.
Política da Qualidade	Conjunto de intenções e de orientações de uma organização relacionadas com a Qualidade, como formalmente expressa pela gestão de topo.
Procedimento	Modo especificado de realizar uma actividade e/ou um processo
Processo - Chave	Processo é um conjunto de actividades interrelacionadas e interactivas que transformam entradas em saídas; processo - chave é o processo que tem impacto directo na satisfação dos requisitos dos Clientes.
Produto	Resultado de um processo.
Qualidade	Grau de satisfação de requisitos, dado por um conjunto de características intrínsecas.
Registo	Documento que expressa resultados obtidos ou fornece evidência das actividades realizadas.
Requisito	Necessidade ou expectativa expressa, geralmente implícita ou obrigatória.
Satisfação dos Clientes	Percepção dos Clientes quanto ao grau de satisfação dos seus requisitos.
Sistema de Gestão da Qualidade	Sistema de gestão para dirigir e controlar uma organização no que respeita à Qualidade.

CAP.3 - ABREVIATURAS

SCME	Santa Casa da Misericórdia de Esposende
HVR	Hospital Valentin Ribeiro
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
UMCCI	Unidade Missão para os Cuidados Continuados Integrados
UCCI	Unidade de Cuidados Continuados Integrados
UC	Unidade de Convalescença
UMDR	Unidade de Média Duração e Reabilitação
PIC	Processo Individual de Cuidados
RQ	Responsável da Qualidade
IQS	Instituto da Qualidade em Saúde

CAP. 4 - SISTEMA DE GESTÃO

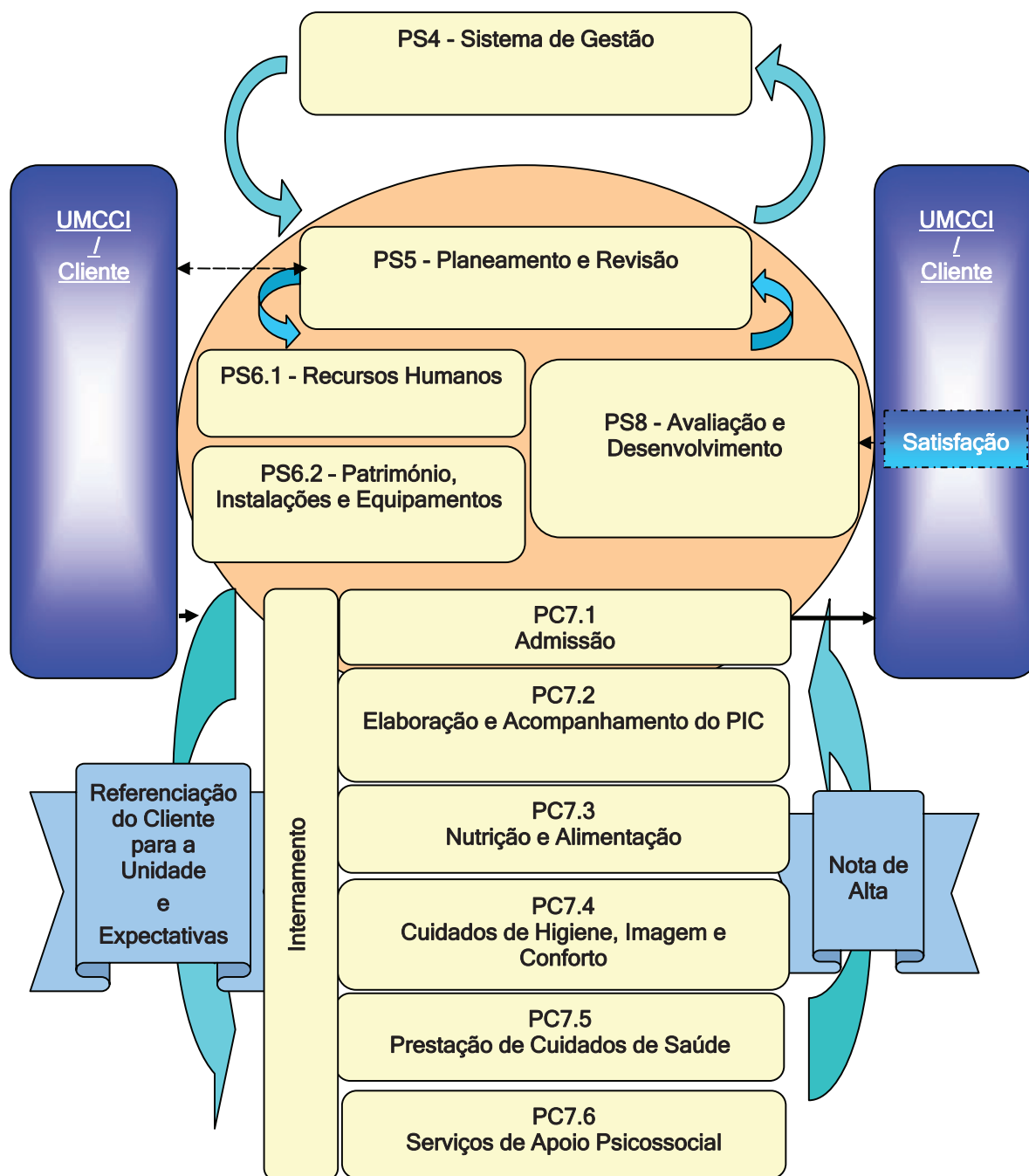
São considerados processos - chave os processos com impacto directo na capacidade da UCCI para satisfazer o Cliente e demais partes interessadas; são os processos que acrescentam valor.

São considerados processos de suporte aqueles que têm impacto indirecto na satisfação dos requisitos do Cliente e demais partes interessadas, mas necessários ao desenvolvimento dos processos - chave.

		Entradas	Saídas	Gestor do Processo	Documentos de Suporte
Processos Chaves	Admissão	Referenciação do Cliente através da plataforma da RNCCI	Registos da Admissão		PC 7.1
	Elaboração e Acompanhamento do PIC	Processo de Admissão	Registo do PIC		PC 7.2
	Nutrição e Alimentação	PIC	Registos		PC 7.3
	Cuidados de Higiene, Imagem e Conforto	PIC	- Registos - Alta		PC 7.4
	Prestação de Cuidados de Saúde	PIC	- Registos das intervenções - Alta		PC 7.5
	Apoio Psicossocial	- PIC - Processo Individual - Planeamento das Intervenções	- Registos - Alta		PC 7.6
Processos de Suporte	Sistema de Gestão	- Objectivos e Orientações do C.A. - Requisitos dos Clientes - Legislação em Vigor e Normas de Referência	Sistema de Gestão		PS 04
	Planeamento e Revisão	- Objectivos e Orientações do C.A. - Requisitos dos Clientes - Missão e Visão do HVR	- Política e Objectivos - Planeamento anual de actividades		PS 05
	Recursos Humanos	- Identificação de necessidades - Funções a Desempenhar no HVR - Cadastro de pessoal	- Registo de formação - Avaliação de desempenho		PS 06.1
	Património, Instalações e Equipamentos	Inventário de bens	- Registos de Intervenções - Actualização de Inventário		PS 06.2
	Avaliação e Desenvolvimento	- Indicadores de processos - Dados do Sistema de Gestão	- Relatórios e outros registos de monitorização - Melhoria - Revisão pela Gestão		PS 08

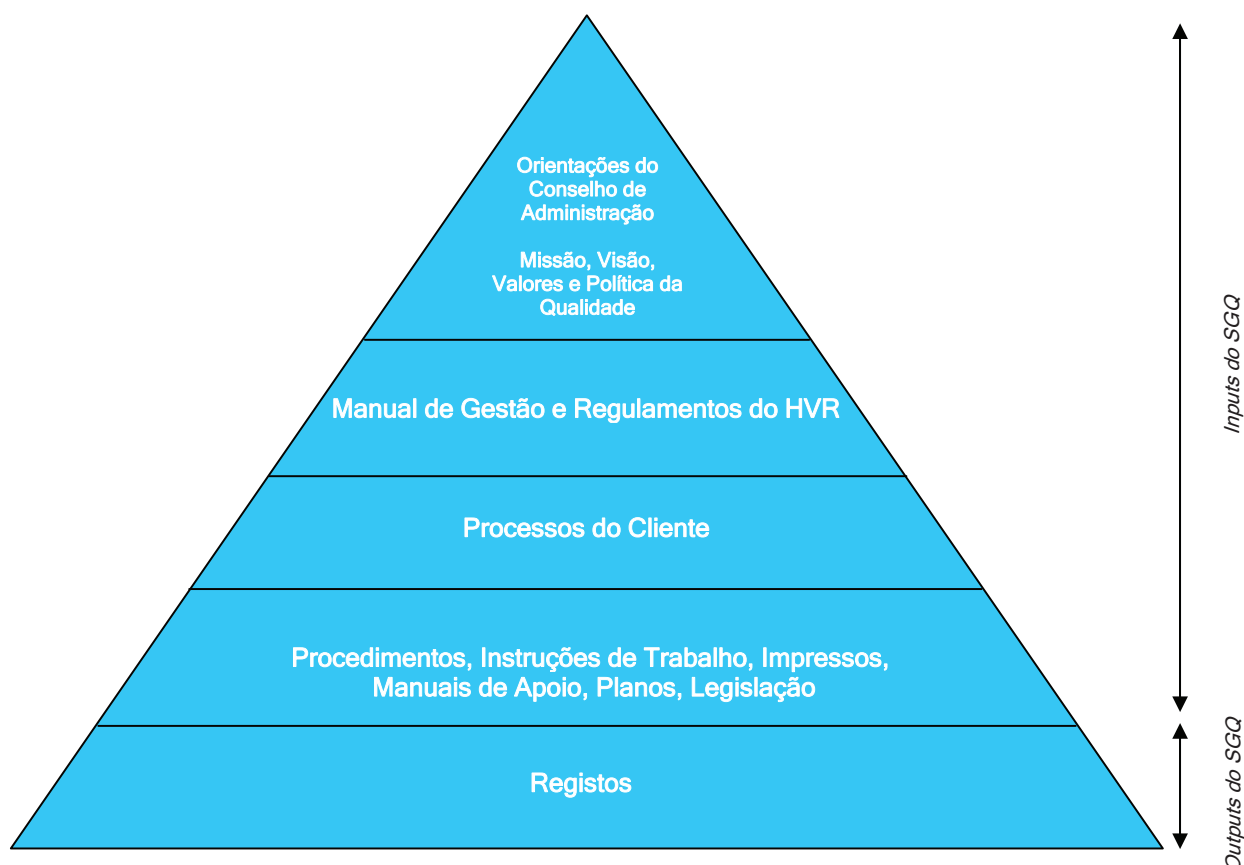
CAP. 4 - SISTEMA DE GESTÃO

Os Modelo de Avaliação das UCCI's do HVR complementam o Modelo ISO de Gestão da Qualidade da Organização, com a interligação dos processos - chave numa abordagem por processos, a saber:



CAP. 4 - SISTEMA DE GESTÃO

As diferentes categorias de documentos de suporte ao SGQ estão sintetizadas na Estrutura Documental abaixo:



Descrição das categorias de documentos que integram a estrutura documental, com detalhe descritivo em cascata:

1. **Política da Qualidade:** Determina os resultados a alcançar e apoia o HVR na aplicação dos seus recursos para atingir esses resultados. Proporciona o enquadramento para estabelecer e rever os objectivos da Qualidade.
2. **Manual de Gestão:** É o documento que descreve e apresenta o Sistema de Gestão e o relaciona com os requisitos e legislação aplicável; proporciona uma visão global do Sistema de Gestão implementado e remete os detalhes para as outras categorias de documentos. Contém a Missão, Visão e a Política da Qualidade dos serviços prestados nas UCCIs do HVR.
3. **Regulamentos do HVR:** São os documentos validados pelo Conselho de Administração que estabelecem a organização interna e o funcionamento dos serviços prestados na UCCIs do HVR;
4. **Processos:** As fichas dos processos descrevem cada processo em termos de entradas, saídas, actividades, responsáveis e documentos associados.

CAP. 4 - SISTEMA DE GESTÃO

5. **Procedimentos:** São documentos que descrevem as actividades, sempre que estas não tenham sido definidas em manual ou processo.
6. **Instruções de Trabalho:** Descrevem pormenorizadamente o modo de proceder para realizar as actividades específicas.
7. **Impressos:** Suporte matricial de documentos e registos.
8. **Manuais de Apoio:** Conjunto de documentos destinados a complementar a informação a fornecer a um público específico (colaboradores) ou a regulamentar um conjunto de actividades específicas.
9. **Planos:** Estruturação do planeamento aplicável ao Sistema de Gestão que define as acções responsáveis, cronograma e ponto da situação.
10. **Legislação e documentos de origem externa:** São documentos de suporte necessários ao Sistema de Gestão mas de origem externa, por exemplo, leis e normas, manuais de instruções dos equipamentos, entre outros.
11. **Registos:** São os documentos que proporcionam as evidências do funcionamento do Sistema de Gestão. Possuem informação diversa tal como os resultados de actividades realizadas no HVR.

Estas actividades estão documentadas no **PR 01 - Controlo dos Documentos e dos Registos**.

O **Processo 4 - Sistema de Gestão** apresenta as entradas e saídas resultantes da aplicação do Sistema de Gestão na Organização. Suporta o referencial normativo no que concerne ao capítulo 4 - Sistema de Gestão da Qualidade e o cumprimento dos requisitos em matéria de gestão documental e controlo de registos.

CAP. 5 - RESPONSABILIDADE DE GESTÃO

5- Na actualidade, a temática da Qualidade está intrinsecamente associada às actividades de Gestão das Organizações.

A **Qualidade** como vector estratégico diferenciador, **começa** na gestão eficaz e eficiente do Hospital (conseguir os objectivos com menos recursos), **implica** uma estratégia de trabalho em parceria e uma política adequada, impõe a simplificação de processos e procedimentos, **passa** pela satisfação e motivação dos três pólos associados: Fornecedores, Instituição e Clientes, proporcionando o funcionamento simbiótico gerador de bem-estar do circuito de prestação de cuidados.

5.1 Comprometimento da Gestão

O Conselho de Administração do HVR manifesta o seu compromisso com o SGQ através de várias acções:

- Periodicamente, são realizadas reuniões entre a Administração e representantes dos colaboradores nas áreas funcionais, onde são analisados assuntos de interesse para actividade do Hospital. Um tema permanente nestas reuniões é a Gestão da Qualidade e para tal são apresentados documentos do SGQ, informações sobre a evolução da Qualidade no HVR e são recolhidas as sugestões dos colaboradores;
- A Política da Qualidade e a sua revisão é um tema das reuniões anteriores e a sua divulgação é liderada pelo Conselho de Administração;
- Anualmente são definidos objectivos da Qualidade cuja concretização é acompanhada pelo Conselho de Administração;
- Anualmente é feita uma revisão formal ao SGQ de acordo com o estabelecido na secção 5.6 deste Manual;
- A Conselho de Administração analisa as necessidades de recursos e decide de acordo com os objectivos do HVR.

5.2 Focalização no Cliente

O HVR surge como resposta à falta de equipamentos de saúde destinados a prover apoio às necessidades expressas pelos Clientes, nomeadamente nas áreas de prestação de determinados cuidados de saúde, de que são exemplo os cuidados continuados. Deste modo o HVR focaliza as suas acções no seguinte universo:

- O Cliente;
- O Responsável do Cliente / Cuidador do Cliente;
- Os Familiares;
- Outros intervenientes próximos ao Cliente.

É de salientar que existem outras partes interessadas que se relacionam com a actividade do HVR, designadamente:

- A Misericórdia onde o HVR está inserido;
- UMCCI;
- O Instituto da Segurança Social;
- O Ministério da Saúde;
- Outros Parceiros Institucionais;
- Fornecedores;
- Colaboradores;
- Voluntários;
- A Comunidade envolvente ao HVR;
- A Sociedade em Geral.

CAP. 5 - RESPONSABILIDADE DE GESTÃO

O objectivo fundamental do HVR é a satisfação dos Clientes. Para concretizá-lo, o Conselho de Administração, em conjunto com os seus colaboradores, definiram um conjunto de Processos - Chave com impacto directo na identificação de necessidades e expectativas com vista à melhoria contínua. Consideraram-se ainda os requisitos estatutários e regulamentares aplicáveis. Esses Processos - Chave, a sua sequência e interacção são apresentados no Capítulo 4.

O desempenho destes processos, directamente ligados ao cumprimento dos requisitos dos Clientes são revistos e melhorados com base em indicadores de desempenho e nos resultados de auditorias internas.

5.3 MISSÃO, VISÃO, VALORES E POLÍTICA DA QUALIDADE

MISSÃO

Prestar cuidados de saúde e psicossociais qualificados, humanizados e personalizados assentes numa política de melhoria contínua e focalizados na satisfação dos Clientes.

VISÃO

HVR - Ser um Hospital de referência nacional em termos de satisfação dos Clientes e em determinadas áreas de diferenciação, promovendo a eficiência e eficácia na aplicação dos recursos disponibilizados.

UCCI - Apostamos na excelência técnicoprofissional, promovendo a multidisciplinaridade e potenciando a criação de ambientes terapêuticos que nos possibilitem o desenvolvimento de actividades em todas as tipologias previstas para a RNCCI, quer ao nível do internamento, quer ao nível do ambulatório, garantindo assim a cobertura das necessidades da comunidade no que respeita a este tipo de cuidados de saúde.

VALORES

4. As UCCI têm como princípios basilares de acção o respeito pelos fundamentais direitos:

- Dignidade;
- Liberdade;
- Igualdade;
- Solidariedade
- Cidadania;
- Justiça,

Que se concretizam:

a) **Pela humanização dos cuidados** - garantia do respeito pela dignidade humana, nomeadamente no que concerne ao direito dos Clientes à sua privacidade, à confidencialidade da informação clínica, à preservação da sua identidade, à não discriminação e ao cabal esclarecimento dos Clientes sobre a sua situação de saúde, para que possam decidir de forma livre e consciente sobre a concretização do que lhes é proposto;

b) **Pela ética assistencial** - observância dos valores éticos e deontológicos que enquadram o exercício da actividade dos diferentes grupos profissionais;

c) **Pela Qualidade e eficiência** - articula o objectivo de elevado nível de Qualidade e racionalidade técnica com a promoção da racionalidade económica e da eficiência;

CAP. 5 - RESPONSABILIDADE DE GESTÃO

- d) **Pelo envolvimento da família** - facilita, incentiva e apoia a participação da família, elemento determinante da relação humanizada, na definição e desenvolvimento do plano individual de cuidados do Cliente;
- e) **Pela continuidade e proximidade de cuidados** - resposta às necessidades de cuidados numa perspectiva articulada de intervenção em *Rede*, mantendo, sempre que possível, os Clientes dentro do seu enquadramento social e comunitário;
- f) **Pelo rigor e transparência** - relacionamento rigoroso e transparente com todos os interlocutores, consolidando assim a credibilidade institucional;
- g) **Pela responsabilização** - promoção de uma cultura de responsabilização, comprometendo dirigentes, profissionais de saúde e demais colaboradores que desempenhem funções na UCCIC, no sentido de um escrupuloso cumprimento das normas, regras e procedimentos definidos;
- h) **Pela multidisciplinaridade e interdisciplinaridade** - assunção do trabalho de equipa como um dos pilares fundamentais para a melhoria contínua da Qualidade e obtenção de ganhos em saúde.

Política da Qualidade do HVR:

O HVR integra na sua Missão o desenvolvimento de actividades de melhoria contínua da Qualidade assim como o seu reconhecimento externo através de uma certificação.

A humanização dos serviços é um dos fundamentos do HVR. O Hospital está orientado para servir pessoas no respeito dos Valores definidos, na certeza de contribuir com a sua Missão e Visão para a construção de uma estratégia da Qualidade com os seguintes princípios:

- Orientar as actividades no sentido de satisfazer as necessidades dos Clientes;
- Melhorar continuamente os serviços e infra-estruturas da Instituição consoantes as necessidades dos Clientes e profissionais;
- Oferecer um serviço com elevados padrões de Qualidade, considerando os vários referenciais existentes na área da saúde, nomeadamente o “Manual para a avaliação de Qualidade das unidades de internamento e outras respostas de cuidados às pessoas idosas e às pessoas em situação de dependência” do IQS;
- Envolver os colaboradores na melhoria dos serviços prestados e assegurar a sua formação adequada, bem como promover a comunicação a todos os níveis;
- Garantir que os princípios estabelecidos na presente política de Qualidade são do conhecimento de todos os colaboradores e que são incorporadas nas suas intervenções profissionais;
- Sustentabilidade económica e financeira promovendo a eficiência na utilização dos recursos e a eficiência nos resultados.

5.4 Planeamento

Para o cumprimento da sua Missão, Visão, Valores e Política de Gestão da Qualidade, o HVR estabelece anualmente actividades de planeamento.

O planeamento inclui os seguintes passos:

Definição de Objectivos da Qualidade mensuráveis decorrentes de:

- Orientações estratégicas do HVR;
- Política da Qualidade;
- Desempenho do HVR, avaliado através dos indicadores estabelecidos;

CAP. 5 - RESPONSABILIDADE DE GESTÃO

- Requisitos dos Clientes e requisitos estatutários e regulamentares;
- Melhoria contínua do sistema, processos e serviços.

Os Objectivos da Qualidade são elaborados pela Conselho de Administração e documentados na MATRIZ GLOBAL DE GESTÃO.

A MATRIZ GLOBAL DE GESTÃO é acompanhada periodicamente, revista e actualizada sempre que aplicável de forma a reflectir a realização dos Objectivos definidos e as Metas a atingir.

Decorrente do regular funcionamento do SGQ é elaborado no início de cada ano um Plano Anual de Actividades que, entre outras, estabelece as linhas de orientação sobre os seguintes aspectos:

- Actividades operacionais decorrentes da execução dos Processos - Chave;
- Formação;
- Manutenção das Infra-estruturas;
- Verificações;
- Auditorias.

Novas acções/actividades ou qualquer alteração ao Plano estabelecido é alvo de adenda a incorporar no referido Plano Anual de Actividades.

É realizado um seguimento adequado do Plano Anual de Actividades, de forma a assegurar o integral funcionamento do SGQ enquanto se executam as acções/alterações planeadas com impacto no Sistema.

5.5 Responsabilidade, Autoridade e Comunicação

A relação hierárquica está estabelecida e ilustrada no Organigrama do HVR (Capítulo 1 do MGQ).

As responsabilidades, autoridade e delegação de competências estabelecidas no HVR encontram-se detalhadas nos respectivos Manuais específicos de função e, em particular, nas descrição de funções incluídas no ficheiro de "Recursos Humanos - Cadastro e Funções"

Para cada Processo está designado um Gestor, cujas principais responsabilidades são:

- Assegurar a disponibilidade dos recursos necessários ao processo;
- Assegurar a disponibilidade da documentação de suporte necessária;
- Identificar as necessidades de formação dos recursos humanos intervenientes no processo;
- Assegurar que os dados necessários à monitorização e medição do processo são registados correctamente;
- Tratar os dados e acompanhar a evolução dos indicadores de desempenho do processo;
- Implementar as acções correctivas e preventivas aplicáveis ao processo;
- Identificar as oportunidades de melhoria;

Matriz de Responsabilidades

Processo	Gestor do Processo
PS 5 Planeamento e Revisão	
PS 6.1 Recursos Humanos	
PS 6.2 Património, Instalações e Equipamentos	
PC 7.1 Admissão	
PC 7.2 Elaboração e Acompanhamento do PIC	
PC 7.3 Nutrição e Alimentação	
PC 7.4 Cuidados Higiene, Imagem e Conforto	
PC 7.5 Prestação de Cuidados de Saúde (actividades médicas, de enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional e terapia da fala)	
PC 7.6 Serviços de Apoio Psicossocial	
PS 8 Avaliação e Desenvolvimento	

CAP. 5 - RESPONSABILIDADE DE GESTÃO

Comunicação Interna

O HVR utiliza um conjunto de meios de **comunicação interna**, que se descrevem a seguir:

Meio utilizado	Responsável	Destinatários	Objectivos
Quadro de informação		Todos os colaboradores	Informação geral do HVR e do Sistema de Gestão da Qualidade.
Notações internas de avaliação		Todos os colaboradores	Avaliação do Desempenho dos Colaboradores.
Reuniões internas		Todos os colaboradores, conforme aplicável	Informações sobre assuntos específicos; troca de impressões; recolha de sugestões; formação interna; divulgação da Política, objectivos e desempenho do SGQ.
Comunicações internas		Todos os colaboradores, conforme aplicável	Comunicação e troca de informação entre o Conselho de Administração e os colaboradores sobre assuntos de interesse para a actividade do HVR.

5.6 Revisão pela Gestão

A Conselho de Administração do HVR realiza anualmente uma Revisão ao SGQ de modo a assegurar a sua adequação e eficácia. Esta revisão inclui a avaliação de oportunidades de melhoria e a necessidade de alterações ao sistema implementado.

O processo de revisão ao SGQ é realizado a partir dos seguintes dados de entrada:

- Política da Qualidade;
- Objectivos UCCL;
- Relatórios de Auditorias anteriores Internas e Externas;
- Reclamações;
- Resultados dos questionários de satisfação dos Clientes;
- Indicadores de desempenho dos processos;
- Relatórios de acções Correctivas e Preventivas;
- Acções para dar continuidade a intervenções resultantes das revisões anteriores;
- Existência de recursos adequados e eficazes;
- Sugestões de melhoria do SGQ dadas pelos colaboradores;
- Indicadores de desempenho dos colaboradores;
- Avaliação dos fornecedores;
- Outras alterações e/ou recomendações que possam afectar o SGQ implementado.

Estes dados são sistematizados pelo RQ no Balanço/Relatório de Actividades que faz o balanço do SGQ no ano anterior.

O Balanço/Relatório de Actividades é analisado em reunião entre o Conselho de Administração do HVR e RQ. Estas reuniões são registadas em actas, bem como as decisões tomadas, relativas a:

- Melhoria da eficácia do SGQ e dos seus processos;
- Melhoria do serviço prestado relacionada com requisitos do Cliente;
- Necessidades de recursos.

CAP. 5 - RESPONSABILIDADE DE GESTÃO

A Revisão pela Gestão é a base para o estabelecimento do Plano Anual de Actividades para o ano seguinte.

O **Processo 5 - Planeamento e Revisão** apresenta as entradas e saídas resultantes da aplicação do Sistema de Gestão na Organização. Suporta o referencial normativo no tocante ao capítulo 5 - Responsabilidade da Gestão e o cumprimento dos requisitos em matéria de Comprometimento do Conselho de Administração, Focalização no Cliente, Política da Qualidade, Planeamento, Responsabilidades e Revisão pela Gestão.

CAP. 6 - GESTÃO DE RECURSOS - HUMANOS, INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS

A Gestão de Recursos é nos dias de hoje uma ferramenta indispensável ao sucesso de qualquer Organização; O HVR, não sendo excepção, faz *jus* dessa máxima. O rigor e a transparência dos actos de gestão são então o mote para fazer melhor, mais célere, com os recursos disponíveis.

Importa considerar três aspectos fundamentais: O património da Instituição, as pessoas que integram o HVR e o 'Saber Fazer', fruto de um século de actividade na área da Saúde.

6.1 Provisão de Recursos

O Conselho de Administração do HVR define anualmente os recursos, tendo em conta as orientações estratégicas por si estabelecidas, e as necessidades detectadas no Hospital. Estas necessidades são analisadas em reunião com o RQ, no âmbito da Revisão anual ao SGQ, documentadas e aprovadas pelo Conselho de Administração. Após esta aprovação, o planeamento da aquisição vem expresso no Plano Anual de Actividades e são desenvolvidas as acções necessárias para obter estes recursos. Quaisquer alterações ou necessidades pontuais de recursos são analisadas e aprovadas casuisticamente pelo Conselho Administração.

A Provisão de Recursos no HVR está relacionada com as compras, o que decorre de acordo com o procedimento **PR 02 Gestão das Compras**.

6.2 Recursos Humanos

A equipa de colaboradores do HVR possui a competência considerada necessária para desempenhar as suas funções. Essa competência é definida por requisitos mínimos nas seguintes vertentes:

- Formação académica;
- Formação específica;
- Experiência profissional.

Os **requisitos mínimos** definidos para os Recursos Humanos do HVR são os constantes nos respectivos conteúdos funcionais.

A adequação e melhoria da competência do pessoal no desempenho das suas actividades são asseguradas através de formação contínua, realizada e registada.

O HVR promove a formação de todo o seu pessoal através da frequência em acções de formação interna e externa, planificada para o ano.

A formação dos colaboradores é realizada de acordo com o **PR 01 Formação**.

6.3 Infra-estrutura

O HVR efectuou um levantamento da infra-estrutura existente, indispensável para a prestação da sua Missão no âmbito dos cuidados de saúde.

Esta infraestrutura é constituída por:

- Edificações e áreas envolventes pertença da SCME;
- Mobiliário administrativo;
- Mobiliário hospitalar ;
- Equipamento hospitalar;
- Meios de protecção contra incêndios;
- Software e hardware informático;
- Redes de comunicação;
- Ar condicionado e aquecimento central;

CAP. 6 - GESTÃO DE RECURSOS - HUMANOS, INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS

- Material Clínico;
- Material de Restauração;
- Ajudas Técnicas;
- Outros equipamentos de suporte à actividade hospitalar.

Estas infra-estruturas encontram-se identificadas e, quando aplicável, são registadas as actividades de manutenção, nomeadamente as intervenções sofridas e o historial das mesmas.

6.4 Ambiente de Trabalho

O ambiente de trabalho é o adequado para a prestação de cuidados de saúde, tendo sido identificados como principais factores:

- Condições de higiene e limpeza;
- Gestão de resíduos;
- Gestão do risco;
- Desinfecção;
- Desinfestação;
- Higiene e segurança alimentar;
- Controlo de infecção hospitalar;
- Manutenção da temperatura de conforto.

A gestão das infra-estruturas e do ambiente de trabalho é suportada ainda nos seguintes documentos:

- **PS 6.2 Património, Instalações e Equipamentos;**
- Manual de Boas Práticas da Área Alimentar;
- Plano operacional de controlo de infecção hospitalar;
- Higienização do ambiente nas unidades de saúde - recomendações de boas praticas;
- Recomendações para controlo do ambiente - princípios básicos;
- Instruções de Higiene e Limpeza.

CAP. 7 - CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

7.1. Planeamento dos Cuidados Continuados Integrados no HVR

O HVR efectua o planeamento das actividades inerentes aos processos conforme já abordado em 5.4 (Planeamento).

As actividades de suporte aos cuidados continuados integrados são planeadas no final de cada ano e projectadas para o ano seguinte, respeitando condicionalismos e variáveis de sustentabilidade, casuísticas, legais, políticas e sociais, que estratificam prioridades e investimentos a desenvolver em cada vertente dos serviços prestados. Ao nível dos cuidados, o planeamento incide nas actividades preparatórias de cada processo (ex.: planeamento de aquisições ou de selecção de fornecedores, planeamento de rotinas).

As actividades são objecto de um plano geral (enquadrado no Plano Anual de Actividades) e de planos específicos para cada serviço a prestar enquadrado nos Processos - Chave nas UCCI. Os planos específicos são estabelecidos numa escala temporal (mês, semana, dia) para corresponder ao ajuste entre o serviço projectado e aquele que é efectivamente realizado e que só pode ser definido após a caracterização das necessidades do Cliente admitido.

7.2 Processos Relacionados com o Cliente

Os processos relacionados com o Cliente são os processos de Prestação do Serviço e incluem as seguintes vertentes:

- Aquando da referenciação do Cliente para a unidade os requisitos específicos de cada acordo com as diferentes entidades estão documentados nos diferentes protocolos;
- Durante o contacto com o Cliente, aquando da admissão, são identificadas as suas expectativas e necessidades (explícitas ou implícitas);
- Respeito pelos requisitos estatutários e regulamentares próprios à natureza do serviço prestado;
- Conceito de cuidados continuados integrados.

Antes do HVR assumir o compromisso com o Cliente para a prestação do serviço nos Cuidados Continuados Integrados, assegura que:

- Do levantamento das necessidades do Cliente é determinada a exequibilidade do tipo de cuidados continuados a prestar e dos recursos disponíveis;
- O contrato estabelecido com o Cliente é claro quanto à natureza do serviço de cuidados continuados a prestar;

Definido o internamento na UCCI, este é suportado por um conjunto de Processos-Chave. A cada um destes corresponde um conjunto de actividades que se encontram descritas, em pormenor, na documentação específica (PC's)

Os técnicos das UCCI do HVR efectuem a revisão do serviço a prestar em função de alterações das necessidades do Cliente detectadas aquando da admissão, assegurando que:

- As novas necessidades estão definidas;
- Os meios a disponibilizar estão disponíveis;
- A UCCI dá resposta às novas necessidades detectadas.

CAP. 7 - CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

A UCCI utiliza os seguintes meios de comunicação com o Cliente:

Meio	Descrição	Documento de Suporte
Identificação dos Colaboradores	Os Colaboradores que contactam com o Cliente são portadores do seguinte material de identificação: Cartão com fotografia e/ou indumentária apropriada às funções desempenhadas (exemplo código de cores/padrões) na UCCI	IT - Identificação e Fardamento de Colaboradores
Atendimento e actividades com impacto no Utilizador	Toda a actividade da UCCI que tem impacto directo na satisfação dos requisitos do Cliente está descrita sob a forma de Processos - Chave. Cada PC descreve as particularidades da informação e comunicação com os Cliente conforme aplicável. As informações a disponibilizar para o Cliente sobre acesso à UCCI, critérios de admissão e alta, entre outras, estão descritos no Guia de Acolhimento do Cliente Internado.	- PC 's - Guia de Acolhimento do Cliente Internado - IT - Regras de Conduta dos Colaboradores
Informação disponível na UCCI	Estão disponíveis em local visível e para consulta do Cliente um conjunto de documentos, tais como Mapa de Ementas; Mapa de Pessoal e respectivo horário; identificação da Direcção Técnica entre outros de acordo com o exigido no Modelo para Avaliação da Qualidade IQS e com a legislação em vigor.	Modelo para Avaliação da Qualidade das Unidades de Internamento e Outras Respostas de Cuidados às Pessoas Idosas e às Pessoas em Situação de Dependência
Avaliação da Satisfação dos Cliente, recolha de sugestões e Reclamações	Está definida uma metodologia para avaliação periódica da satisfação e tratamento de reclamações do Cliente que integra reuniões da Equipa Técnica, contacto directo com o Utilizador, a existência do Livro de Reclamações (de acordo com a legislação em vigor) e a implementação das acções correctivas necessárias à prevenção da reocorrência.	Livro de Reclamações IT - Avaliação da Satisfação do Cliente e Tratamento de Reclamações

7.3. Concepção e Desenvolvimento na UCCI

A concepção e desenvolvimento da prestação do serviço de Cuidados Continuados Integrados encontra-se particularizada nos Processos-Chave onde ocorre.

Ao nível do planeamento da concepção e desenvolvimento, cada processo descreve as etapas estabelecidas, bem como todas as revisões/verificações/validações e responsabilidades em função da complexidade da actividade considerada.

São consideradas e periodicamente revistas, quanto à sua adequação, as razões para o desencadeamento de actividades de concepção e desenvolvimento considerando:

- A funcionalidade e desempenho dos serviços;
- A legislação e regulamentação das UCCI;
- A aprendizagem adquirida em situações anteriores bem como outras informações essenciais à concepção e desenvolvimento.

Consideram-se como resultados da concepção e desenvolvimento o conjunto de soluções produzidas tendo em atenção os seguintes aspectos:

- O valor obtido com a alteração realizada;
- O conjunto de critérios de validação/aceitação do serviço a prestar;
- A informação adequada quanto à natureza das alterações ao serviço a prestar;
- O conjunto suplementar de dados necessários à avaliação do seu eficaz desempenho;
- A especificidade e as características intrínsecas ao serviço a prestar que são essenciais para a satisfação do Cliente.

CAP. 7 - CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

7.4. Aquisição de Bens e Serviços

As compras de bens e serviços para uso nas UCCI incluem 4 vertentes:

- Definição do produto ou serviço a adquirir e comunicação à Central das Compras sobre a sua necessidade;
- Informar, através de requisição interna, a Central de Compras sobre os requisitos dos produtos ou serviços a adquirir;
- Verificar, desde a recepção até ao fim do ciclo (quando aplicável), se o produto ou serviço comprado cumpre os requisitos especificados;
- Avaliar a Qualidade do serviço prestado pelo sector das compras (fornecedor interno) e dos produtos ou serviços disponibilizados (fornecedor externo), inclusive subcontratados.

As compras são realizadas de acordo com o estabelecido no **PR 02 Gestão de Compras**.

7.5. Prestação dos Cuidados de Saúde

Controlo da Prestação dos Serviços na UCCI

A prestação de serviços na UCCI é realizada sob condições controladas destinadas a garantir que o internamento vá ao encontro das necessidades do Cliente. Estas condições controladas abrangem:

- Âmbito e abrangência dos serviços da UCCI, descritos neste Manual de Gestão;
- Documentos que suportam as boas práticas operacionais e regras de actuação das UCCI, com um sistema de controlo definido;
- Infra-estrutura e equipamentos adequados à actividade das UCCI;
- Utilização de Dispositivos de Monitorização e Medição sempre que destes resulte valor para a actividade desenvolvida;
- Implementação de actividades de Monitorização e Medição do Sistema de Gestão, processos e serviços prestados;
- Acompanhamento regular do serviço prestado pelas UCCI.

Validação de Processos

Considera-se que a validação de Processos é aplicável nas UCCI's a:

- PC 7.2 Elaboração e acompanhamento do PIC;
- PC 7.3 Nutrição e Alimentação;
- PC 7.5 Prestação de Cuidados de Saúde;
- PC 7.6 Serviços de Apoio Psicossocial;

Uma vez que a sua saída não pode ser verificada e assim, quaisquer problemas ou deficiências apenas se manifestam após o produto estar em utilização (no caso das refeições) ou o serviço ter sido prestado (no caso da Elaboração e Acompanhamento do PIC, da Prestação de Cuidados de Saúde e de Apoio Psicossocial).

Para assegurar que estes processos estão aptos para atingir os resultados, o HVR implementou as seguintes acções:

- Os colaboradores intervenientes nestes processos possuem a competência necessária;
- Existe um plano de formação que assegura continuamente a actualização das competências dos colaboradores;
- Estão disponíveis documentos de suporte à execução das actividades;
- São mantidos os registos das actividades desenvolvidas (por exemplo PIC e seu Acompanhamento);
- Todos os Clientes das UCCI são diariamente acompanhados pela Equipa Técnica e toda a evolução do seu estado é monitorizada e registada.

Para além das acções supra descritas, todos os processos são alvo de auditorias internas por forma a verificar e demonstrar a aptidão dos mesmos para atingir os resultados planeados.

CAP. 7 - CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

Identificação e Rastreabilidade

As UCCI's efectuem a correcta identificação do serviço prestado através de meios adequados à sua natureza, nomeadamente através dos registos produzidos aquando do cumprimento dos planos de actividades especificados em cada processo.

A rastreabilidade dos serviços prestados é conseguida através da análise dos registos acima descritos.

Propriedade do Cliente

Consideram-se propriedade do Cliente todos os produtos de sua pertença que o acompanham na Admissão e todos aqueles que posteriormente venham a ser entregues no HVR.

O HVR verifica, identifica e salvaguarda a propriedade do Cliente.

São considerados:

- A propriedade dos Clientes (valores, objectos pessoais, consumíveis) é identificada e conservada por forma a garantir a sua correcta preservação.
- Toda a informação do Cliente é tratada pela UCCI de forma a assegurar a confidencialidade;

Qualquer dano ou extravio de propriedade do Cliente é imediatamente comunicado ao mesmo e ao seu responsável.

Preservação

O HVR tem procedimentos implementados que definem os critérios de arrumação dos produtos alimentares, medicamentos e consumíveis em zonas de armazenagem diferenciadas e identificadas, com regras de rotação de stocks segundo os prazos de validade e as datas de aquisição.

Procede-se, ainda, à verificação periódica dos stocks para avaliar a deterioração e/ou o *terminus* do prazo de validade de qualquer produto mantido em armazém, Boas Práticas na Área Alimentar, desinfestações, higiene e limpeza.

7.6. Controlo dos Dispositivos de Monitorização e Medição

Tendo em conta os requisitos do serviço da UCCI já descritos, o HVR possui um conjunto de dispositivos de medição e monitorização destinados a acompanhar a evolução dos processos.

São considerados DMM's sujeitos a calibração todos os que pela sua natureza permitam aferir leituras ou parâmetros de metrologia legal. Nesse contexto, os DMM's do HVR, sujeitos a calibração e/ou verificação periódica, são controlados de acordo com as regras definidas no **PR 05 Controlo dos DMM's**.

Na pasta *04 - Dispositivos de Monitorização e Medição* encontra-se toda a informação relevante acerca dos DMM's em utilização nas UCCI e a respectiva listagem de equipamentos.

CAP. 8 - AVALIAÇÃO E DESENVOLVIMENTO

O Sistema de Gestão da Qualidade implementado no HVR para as UCCI's está enquadrado segundo o modelo de abordagem por processos, conforme sugestão directa do referencial normativo; da utilização dos vários processos-chave e de suporte resulta invariavelmente, pela sua génese, um conjunto de indicadores que funcionam *per si* como impulsionadores para a melhoria, através da demanda do máximo valor, ou seja, do rendimento máximo, do coeficiente máximo, em suma, até ser esgotado o potencial de crescimento do indicador e evoluir para a concepção de novos, em espiral contínua de melhoria. No presente capítulo, são objecto de análise os elementos passíveis de constituir valor na evolução contínua do Sistema de Gestão implementado.

8.1 Generalidades

As actividades de monitorização e medição são realizadas com o objectivo de:

- Demonstrar a conformidade do serviço prestado nas UCCI's;
- Assegurar a conformidade e melhorar continuamente o SG;

Os Processos-Chave são submetidos a monitorização e medição com objectivos e indicadores de desempenho definidos.

Os processos de suporte são monitorizados através das auditorias internas de acordo com plano estabelecido anualmente.

A melhoria do Sistema de Gestão do HVR é conseguida através da monitorização e medição, da análise dos dados, da consequente informação obtida e da implementação das acções necessárias, de acordo com o exposto no **PS 08 - Avaliação e Desenvolvimento**.

8.2 Monitorização e Medição

Uma das actividades de monitorização e medição dirige-se à satisfação dos Clientes. Esta medição é realizada através do tratamento de sugestões, reclamações e entrevistas com os Clientes e famílias.

O HVR efectua auditorias internas ao seu SG, segundo o procedimento **PR 06 - Auditoria Interna**.

A monitorização e a medição dos processos são aplicadas de forma a assegurar que cada processo possui os controlos necessários na execução das actividades.

Este controlo destina-se a garantir que os processos são capazes de atingir os resultados esperados. Se tal não suceder são lançadas as correcções e acções correctivas aplicáveis.

São também efectuadas inspecções aos produtos comprados e aos serviços adquiridos de forma a assegurar a sua conformidade. Esta monitorização e medição tem por objectivo verificar se as aquisições cumprem os requisitos exigidos.

São mantidos registos que evidenciam a conformidade dos serviços prestados pelo HVR.

8.3 Controlo de Não - Conformidades

A ocorrência de não conformidades no serviço prestado pelo HVR aos seus Clientes (ex: falhas na prestação dos cuidados definidos, reclamações fundamentadas) ou a identificação de produtos que não cumpram com os requisitos (ex: produtos/bens com validade expirada) são objecto de registo e correcção de acordo com o procedimento **PR 04 - Reclamações, Não - Conformidades, Acções Correctivas e Preventivas**.

CAP. 8 - AVALIAÇÃO E DESENVOLVIMENTO

8.4 Análise de Dados

O HVR obtém informação sobre a Qualidade através da recolha e tratamento de dados por forma a avaliar e melhorar continuamente os seus serviços, processos e SG.

A análise dos dados resultantes da avaliação do SG, da avaliação do desempenho de fornecedores, da medição da satisfação dos Clientes, da monitorização e medição de produtos e processos, do tratamento e análise dos indicadores de desempenho é efectuada de acordo com a Matriz Global de Gestão.

8.5 Melhoria

O HVR melhora continuamente o desempenho do SG implementado nas UCCI's, tendo como orientação de base a sua Visão Estratégica, Política de Gestão, os Objectivos a atingir, os Resultados das Auditorias, a Análise de Dados e a Revisão pelo Conselho de Administração.

O processo de melhoria contínua no HVR tem como principais objectivos:

- Introduzir melhorias internas na organização do Hospital, nomeadamente ao nível dos aspectos físicos, logísticos, condições de trabalho dos colaboradores, condições de conforto e comodidade dos Clientes e meio envolvente;
- Melhorar os métodos de trabalho e a prestação do serviço;
- Melhorar continuamente o Sistema de Gestão.

No âmbito da revisão anual ao SG, para além da análise dos dados supra referenciados, são solicitadas aos colaboradores sugestões para a melhoria do mesmo. O Conselho de Administração identifica as oportunidades de melhoria e define os respectivos projectos a serem implementados.

Para as Não - Conformidades detectadas e de acordo com o seu impacto e gravidade, são identificadas as causas e lançadas acções correctivas por forma a evitar a sua recorrência.

Através da monitorização e medição dos processos e da análise de dados são identificados potenciais problemas a eliminar através de acções preventivas. As acções preventivas são implementadas no HVR com o objectivo de prevenir a ocorrência destas potenciais situações indesejáveis.

As acções correctivas ou preventivas são implementadas no HVR e monitorizadas quanto à sua eficácia conforme estabelecido no procedimento **PR 04 - Reclamações, Não - Conformidades, Acções Correctivas e Preventivas**.

CAP. 9 - MATRIZ DE CORRESPONDÊNCIA

Correlação entre o referencial normativo e a documentação de *Input* do SG implementado no HVR nas UCCI's.

REQUISITOS ISO 9001	MG	PC, PS	PR
4. SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
4.1 REQUISITOS GERAIS	4.1	PS04 Sistema de Gestão	
4.2 REQUISITOS DE DOCUMENTAÇÃO	4.2		
4.2.3 CONTROLO DE DOCUMENTOS	4.4		PR 01 Controlo dos Documentos e dos Registos
4.2.4 CONTROLO DOS REGISTOS	4.5		
5. RESPONSABILIDADE DA GESTÃO			
5.1 COMPROMETIMENTO DA GESTÃO	5.1	PS 05 Planeamento e Revisão	
5.2 FOCALIZAÇÃO NO CLIENTE	5.2		
5.3 POLÍTICA DA QUALIDADE	5.3		
5.4.1 OBJECTIVOS DA QUALIDADE	5.4		
5.4.2 PLANEAMENTO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE	5.4		
5.5 RESPONSABILIDADE, AUTORIDADE E COMUNICAÇÃO	5.5		
5.5.1 RESPONSABILIDADE E AUTORIDADE	5.5		
5.5.2 REPRESENTANTE DA GESTÃO	5.5		
5.5.3 COMUNICAÇÃO INTERNA	5.5		
5.6 REVISÃO PELA GESTÃO	5.6		
6. GESTÃO DE RECURSOS			
6.1 PROVISÃO DE RECURSOS	6.1	PS 06.1 Recursos Humanos	
6.2 RECURSOS HUMANOS	6.2		PR 03 Formação
6.2.2 COMPETÊNCIA, CONSCIENCIALIZAÇÃO E FORMAÇÃO	6.2		
6.3 INFRA-ESTRUTURA	6.3	PS 06.2 Património, Instalações e Equipamentos	
6.4 AMBIENTE DE TRABALHO	6.4		
7. REALIZAÇÃO DO PRODUTO			
7.1 PLANEAMENTO DA REALIZAÇÃO DO PRODUTO	7.1	PC 7.1 a PC 7.6	
7.2 PROCESSOS RELACIONADOS COM O CLIENTE	7.2		
7.2.1 DETERMINAÇÃO DOS REQUISITOS RELACIONADOS COM O PRODUTO			
7.2.2 REVISÃO DOS REQUISITOS RELACIONADOS COM O PRODUTO			
7.2.3 COMUNICAÇÃO COM O CLIENTE			
7.3 CONCEPÇÃO E DESENVOLVIMENTO	3.1 ; 7.3		
7.4 COMPRAS	7.4		PR 02 Gestão de Compras
7.4.1 PROCESSO DE COMPRA	7.4		
7.4.2 INFORMAÇÃO DE COMPRA	7.4		
7.4.3 VERIFICAÇÃO DO PRODUTO COMPRADO	7.4		
7.5 PRODUÇÃO E FORNECIMENTO DO SERVIÇO	7.5		
7.5.1 CONTROLO DA PRODUÇÃO E DO FORNECIMENTO DO SERVIÇO	7.5		
7.5.2 VALIDAÇÃO DOS PROCESSOS DE PRODUÇÃO E DE FORNECIMENTO DO SERVIÇO	7.5		
7.5.3 IDENTIFICAÇÃO E RASTREABILIDADE	7.5		

CAP. 9 - MATRIZ DE CORRESPONDÊNCIA

REQUISITOS ISO 9001	MG	PC, PS	PR
7.5.4 PROPRIEDADE DO CLIENTE	7.5		
7.5.5 PRESERVAÇÃO DO PRODUTO	7.5		
7.6 CONTROLO DOS DISPOSITIVOS DE MONITORIZAÇÃO E MEDIÇÃO	7.6		PR 05 Controlo dos DMM's
8. MEDIÇÃO, ANÁLISE E MELHORIA		PS 08 Avaliação e Desenvolvimento	
8.1 GENERALIDADES			
8.2 MONITORIZAÇÃO E MEDIÇÃO	8.2		
8.2.1 SATISFAÇÃO DO CLIENTE	8.2		
8.2.2 AUDITORIA INTERNA	8.2		PR 06 Auditoria Interna
8.2.3 MONITORIZAÇÃO E MEDIÇÃO DOS PROCESSOS	8.2		
8.2.4 MONITORIZAÇÃO E MEDIÇÃO DO PRODUTO	8.2		
8.3 CONTROLO DO PRODUTO NÃO-CONFORME	8.3		PR 04 Reclamações, Não-Conformidades, Acções Correctivas e Acções Preventivas
8.4 ANÁLISE DE DADOS	8.4		
8.5 MELHORIA	8.5		
8.5.1 MELHORIA CONTÍNUA	8.5		
8.5.2 ACÇÕES CORRECTIVAS	8.5		
8.5.3 ACÇÕES PREVENTIVAS	8.5		

Listagem de Processos - Chave

Código	Descrição
PC 7.1	Admissão
PC 7.2	Elaboração e Acompanhamento do PIC
PC 7.3	Nutrição e Alimentação
PC 7.4	Cuidados de Higiene, Imagem e Conforto
PC 7.5	Cuidados de Saúde (actividades médicas, de enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional e terapia da fala)
PC 7.6	Serviços de Apoio Psicossocial

Listagem de Processos de Suporte

Código	Descrição
PS 4	Sistema de Gestão
PS 5	Planeamento e Revisão
PS 6.1	Recursos Humanos
PS 6.2	Património, Instalações e Equipamentos
PS 8	Avaliação e Desenvolvimento

Listagem de Procedimentos

Código	Descrição
PR 01	Controlo dos Documentos e dos Registos
PR 02	Gestão das Compras
PR 03	Formação
PR 04	Reclamações, Não Conformidades, Acções Correctivas e Preventivas
PR 05	Controlo dos Dispositivos de Monitorização e Medição
PR 06	Auditorias Internas

IIª PARTE
MANUAL DE INSTRUMENTOS

Índice

Apresentação	1
1. A Documentação do Sistema de Gestão da Qualidade	3
2. O Processo	4
3. Procedimentos Documentados	9
3.1. Estrutura e Formato	9
3.2. Conteúdo	9
3.3. Procedimentos Documentados para UCCI	10
Procedimento: Controlo dos Documentos e Registos	11
Impresso: Documentação do Sistema de Gestão da Qualidade	15
Impresso: Mapa de Controlo de Documentos de Origem Externa	16
Impresso: Mapa de Controlo de Registos	17
Procedimento: Não conformidades, Acções Correctivas e Preventivas	18
Impresso: Registo de Não Conformidade, Acção Correctiva e Preventiva	21
Procedimento: Formação	23
Impresso: Identificação das Necessidades de Formação	26
Impresso: Plano de Formação	27
Impresso: Registo da Acção de Formação	28
Impresso: Ficha de Avaliação da Acção de Formação	29
Impresso: Registo Individual de Formação	31
Impresso: Ficha de Avaliação de Desempenho	32
Procedimento: Auditorias Internas	35
Impresso: Programa de Auditorias	37
Impresso: Relatório de Auditoria Interna	38
Procedimento: Gestão das Compras	39
Impresso: Lista de Fornecedores Aprovados	43
Impresso: Acordo da Qualidade do Fornecimento	44
Impresso: Qualificação de Fornecedores	46
Impresso: Ficha de Controlo e Avaliação das Refeições	48
4. Instruções de Trabalho	49
4.1. Estrutura e Formato	49
4.2. Instruções de Trabalho para UCCI	50

Instrução de Trabalho: Avaliação da Satisfação dos Clientes/Utentes e Tratamento das Reclamações	52
Impresso: Registo Anual de Reclamações	53
Instrução de Trabalho: Integração do Colaborador	54
Impresso: Manual de Integração	55
Impresso: Ficha de Descrição de Funções	56
Instrução de Trabalho: Regras de Conduta dos Colaboradores	58
Impresso: Código de Ética	60
Impresso: Normas aplicáveis aos horários dos Enfermeiros	61
Impresso: Horário do Pessoal	64
Instrução de Trabalho: Acolhimento do Cliente/Utente	65
Impresso: Guia de Acolhimento	66
Impresso: Lista de Pertences do Cliente/Utente	67
5. Impressos	68
Impresso: Plano de Actividades	69
Impresso: Matriz Global de Gestão	70
Impresso: Cronograma do Plano de Actividades	72
Impresso: Relatório de Actividades	73
Impresso: Controlo das Infraestruturas	74
Impresso: Requisição de Transportes	75
Impresso: Sugestões de Melhoria	76
Impresso: Programa Anual de Actividades Socioculturais dos Clientes/Utentes	77
Impresso: Registo Geral de Participação nas Actividades Socioculturais	78
Impresso: Registo de Circulação da Roupa na UCCI	79
Impresso: Registo de Higienização das Instalações	80
Impresso: Registo de Visitas a Clientes/Utentes	81
Impresso: Registo de Entradas e Saídas de Clientes/Utentes	82
Impresso: Registo de Mudança de Fralda	83
Impresso: Registo de Posicionamento e Hidratação	85
Impresso: Diário Clínico do(a) Cliente/Utente	86
Impresso: Registo de Medicação	87
Impresso: Inventário de Medicamentos da UCCI	88
Impresso: Stock de Materiais de Enfermagem da UCCI	89
Impresso: Processo de Enfermagem	94
Impresso: Colheita de dados de Enfermagem	98
Impresso: Índice de Katz	102

Impresso: Relatório do Serviço Social	105
Impresso: Relatório de Fisiatria	106
Impresso: Nota de Alta/Transferência de Enfermagem	107
Impresso: Informação de Alta de Cliente/Utente - À ECL	111
Impresso: Declaração de Levantamento de Cadáver	112
Impresso: Plano de Emergência Interno	113
Impresso: Regulamento Interno	114
Impresso: Lista de Documentos da UMCCI	115
Impresso: Documentos do Grupo Associativo de Investigação em Feridas -GAIF	117
6. Modelos de Questionários de Avaliação do Grau de Satisfação	119
Impresso: Questionário de Avaliação do Grau de Satisfação dos Clientes/Utentes Internados	120
6.1. Avaliação do Grau de Satisfação dos Familiares	122
Impresso: Questionário de Avaliação da Satisfação dos Familiares	123
6.2. Avaliação do Grau de Satisfação dos Colaboradores	125
Impresso: Questionário de Avaliação da Satisfação dos Colaboradores	126
Bibliografia	128

Apresentação

O presente Manual tem como objectivo, por um lado, fornecer os documentos e instrumentos de suporte ao Manual da Qualidade Tipo, e por outro, os documentos e instrumentos que irão complementar o Modelo de Avaliação da Qualidade das Unidades de Internamento e Outras Respostas de Cuidados às Pessoas Idosas e às Pessoas em Situação de Dependência, do Instituto da Qualidade em Saúde (IQS).

Na elaboração do presente Manual foi tida em consideração a documentação elaborada pelo Grupo Misericórdias Saúde e as orientações da Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados.

O Modelo do IQS foi produzido de acordo com base na norma NP EN ISO 9001:2000 - Sistemas de Gestão da Qualidade: Requisitos e no Modelo de Excelência da *European Foundation for Quality Management* (EFQM). Rege-se pelos Princípios da Gestão da Qualidade e baseia-se numa filosofia de melhoria contínua da Qualidade. Foi nesse sentido que toda a documentação e instrumentos de suporte à implementação do Modelo foram elaborados.

Assim, o presente Manual de Instrumentos faz uma primeira breve abordagem à documentação do Sistema de Gestão da Qualidade de uma organização, como complemento ao que consta do Manual da Qualidade Tipo.

O capítulo seguinte é dedicado ao “Processo” com alguns exemplos práticos de como este se pode estruturar.

Nos dois capítulos seguintes são abordados os Procedimentos Documentados e as Instruções de Trabalho. Em ambos os casos são dadas orientações sobre a sua elaboração relativamente a estruturas, formatos e conteúdos. Para além dos procedimentos documentados exigidos pela Norma ISO 9001, constam também outros considerados úteis ao desenvolvimento do Sistema de Gestão da Qualidade. Cada Organização poderá criar os procedimentos documentados que entender necessários para a prossecução das suas actividades.

No que diz respeito às Instruções de Trabalho, foram incluídas neste Manual as Instruções de Trabalho que resultaram da experimentação no terreno do Modelo de Referência do IQS. O Manual inclui também os impressos que suportam os Procedimentos e as Instruções de Trabalho, e outros resultantes do trabalho de terreno realizado e que foram considerados necessários ao desenvolvimento da actividade diária de uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados.

Por fim, é dada atenção à Avaliação do Grau de Satisfação de Clientes/Utentes, Familiares e Colaboradores, com a inclusão do Questionário de Avaliação da Satisfação dos Clientes/Utentes, do Questionário de Avaliação da Satisfação dos Familiares e do Questionário de Avaliação da Satisfação dos Colaboradores.

Todos os instrumentos incluídos no presente Manual poderão ser alterados ou adaptados de acordo com a realidade de cada organização. De salientar que os documentos exigidos pelo Modelo de

Referência do IQS e pela NP EN ISO 9001 quando não aplicados de acordo com os requisitos, podem incorrer em não-conformidades ao Sistema de Gestão da Qualidade.

O presente Manual de Instrumentos foi submetido à apreciação da Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados.

1. A Documentação do Sistema de Gestão da Qualidade

A implementação de um Sistema de Gestão da Qualidade numa organização requer um conjunto de documentação que assegure o seu eficaz desenvolvimento e manutenção. Neste sentido é importante que os requisitos e o conteúdo da documentação do Sistema de Gestão da Qualidade remetam para os referenciais da qualidade que se propõem satisfazer.

Cada organização tem a possibilidade de escolher o modo de documentar o seu Sistema de Gestão da Qualidade, sendo que a documentação varia de acordo com as actividades desenvolvidas, a complexidade dos processos e suas interacções, a dimensão da organização e a competência do pessoal. Cada organização deve desenvolver a quantidade de documentação necessária para demonstrar a eficácia do planeamento, da operação, do controlo e da melhoria contínua do Sistema de Gestão da Qualidade e dos seus processos.

A Norma NP 4433 - Linhas de Orientação para a Documentação do Sistema de Gestão da Qualidade, fornece as linhas de orientação para auxiliar qualquer organização a documentar o seu Sistema de Gestão da Qualidade, assegurando que o mesmo é eficaz e se mantém ajustado às necessidades específicas da organização. Importa aqui referir que os requisitos da Norma não se destinam a fins de certificação/registo, mas apenas a estabelecer um sistema documentado de acordo com o requerido pela Norma ISO 9001 - Sistemas de Gestão da Qualidade: Requisitos.

A estrutura da documentação utilizada no Sistema de Gestão da Qualidade pode ser descrita como uma hierarquia, sendo que a mesma depende das circunstâncias da organização e facilita a distribuição, manutenção e a compreensão da documentação³.

A documentação do Sistema de Gestão da Qualidade poderá estar em qualquer tipo de suporte, papel ou electrónico. Algumas das vantagens da utilização de suporte electrónico são:

- a) Em qualquer altura, o pessoal apropriado tem acesso à mesma informação actualizada;
- b) Os acessos e as alterações são facilmente efectuados e controlados;
- c) A distribuição é imediata e facilmente controlada, com a possibilidade de impressão em papel;
- d) Há acesso remoto aos documentos;
- e) A remoção de documentos obsoletos é simples e eficaz.

Assim, e de acordo com a NP 4433, um Sistema de Gestão da Qualidade proporciona à organização os seguintes benefícios:

- a) Descrever o Sistema de Gestão da Qualidade da organização;
- b) Proporcionar informação a grupos multifuncionais para que estes possam compreender melhor as interrelações;

³ Ver Volume I - Manual da Qualidade Tipo

- c) Comunicar aos colaboradores o comprometimento da gestão para com a qualidade;
- d) Ajudar os colaboradores a compreender o seu papel na organização, dando-lhes assim um sentido acrescido do propósito e da importância do seu trabalho;
- e) Proporcionar um entendimento mútuo entre colaboradores e a gestão;
- f) Proporcionar uma base das expectativas quanto ao desempenho do trabalho;
- g) Declarar como se devem fazer as coisas por forma a atingir os requisitos especificados;
- h) Proporcionar evidência objectiva de que os requisitos especificados foram atingidos;
- i) Proporcionar um enquadramento claro e eficiente da operação;
- j) Proporcionar uma base para a formação de novos empregados e para a actualização periódica de colaboradores actuais;
- k) Proporcionar uma base de ordenação e de equilíbrio da organização;
- l) Proporcionar consistência nas operações baseada em processos documentados;
- m) Proporcionar uma base para a melhoria continua;
- n) Proporcionar a confiança dos clientes/utentes baseada em sistemas documentados;
- o) Demonstrar às partes interessadas as capacidades existentes na organização;
- p) Proporcionar um enquadramento claro dos requisitos para os fornecedores;
- q) Proporcionar uma base para auditar o Sistema de Gestão da Qualidade;
- r) Proporcionar uma base para avaliar a eficácia e a adequação contínua do Sistema de Gestão da Qualidade.

2. O Processo

Processo é uma sequência de actividades que utilizam recursos definidos e que transformam **entradas** em **saídas**. As entradas de um processo são geralmente as saídas de outro processo.

Definição do Processo

- 1) Identificar os requisitos do cliente/utente (o que o cliente/utente necessita e espera da saída do processo);
- 2) Identificar os participantes no processo (pessoas que realizam tarefas do processo; não inclui o responsável pelo processo);
- 3) Definir as fronteiras, ou seja, o primeiro e o último passo do processo (definir as fronteiras ajuda a clarificar quem são os fornecedores e os clientes/utentes do processo);
- 4) Definir as entradas do processo e quais os seus fornecedores (as entradas são tudo aquilo que

vai ser transformado para gerar a saída: materiais, informação, etc.; os fornecedores são as pessoas ou as organizações que fornecem as entradas dos processos);

- 5) Identificar o responsável pelo processo (pessoa responsável pelo processo e pela sua saída; é quem toma as decisões chave e distribui recursos aos participantes no processo; é a pessoa que responde pelo processo; é quem despende mais tempo com o processo, o que está mais próximo do cliente/utente e o que tem mais capacidade para melhorar o processo);
- 6) Identificar as partes interessadas do processo (todos os que não sendo fornecedores, clientes/utentes ou donos, estão interessados no resultado do processo, tais como, directores de outros serviços, entidades oficiais, etc.)
- 7) Identificar as actividades e as saídas do processo;
- 8) Definir indicadores de desempenho (informações quantitativas que se destinam à observação periódica de uma determinada grandeza e da sua evolução relativamente a objectivos pré-determinados).

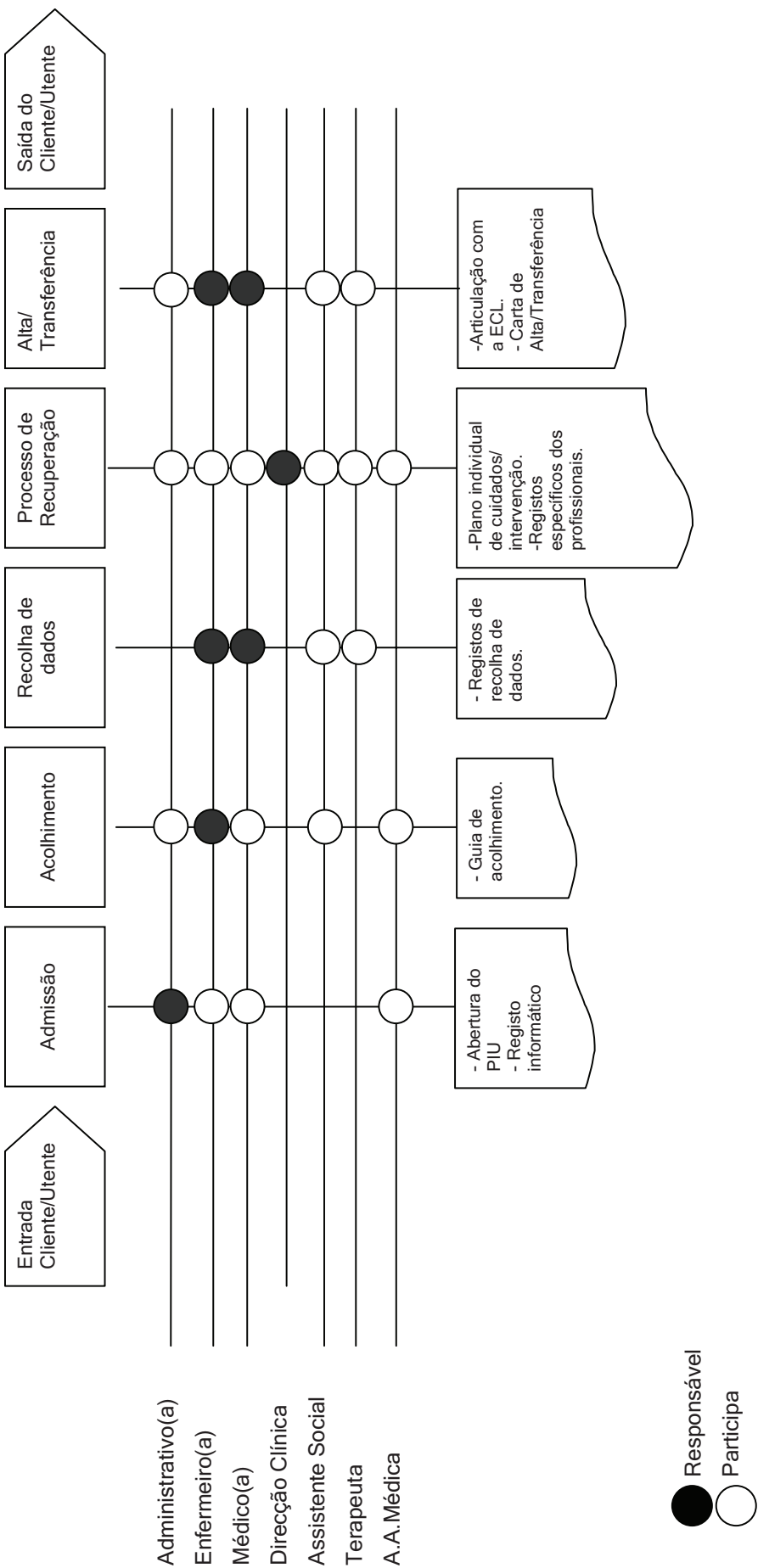
Desenvolvimento do Processo

O processo deve ser executado de acordo com a documentação definida, utilizando as pessoas competentes e as infra-estruturas adequadas.

O processo deve ser monitorizado e medido. **Monitorizar** para ajustar ou controlar através da observação e de ensaios em intervalos definidos; **medir** para obter os valores concretos. Estas acções devem constar de um plano de monitorização e medição, o qual deve estar actualizado e onde deve constar a descrição escrita do sistema de controlo do produto/serviço e do processo.

Os Cuidados Continuados Integrados consistem num "conjunto de intervenções integradas de saúde e apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global, entendida como um processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa, independentemente da idade, que se encontra em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social", pelo que todos os processos de uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados pressupõem uma **intervenção integrada, multidisciplinar e interdisciplinar**.

Fluxograma - Exemplo de Processos numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados



Logótipo da Organização	P 0 - PROCESSO DE
-------------------------	--------------------------

Missão:

Entradas	Saídas
-----------------	---------------

Recursos:

Indicadores de Desempenho:

Interacções:

Documentos Associados:

Principais Actividades:

1. **Objectivo e Campo de Aplicação:** Dar resposta às necessidades e expectativas do(a) Cliente/Utente com vista à elaboração do Plano Individual de Cuidados; Aplica-se a todas as admissões.

2. **Gestor do Processo:** Director(a) Clínico(a)

Entradas	Informação de Admissão Informação Clínica Informação de Enfermagem Informação Social										
Actividades	Responsáveis								Documentos		
	MD	FS	FST	TO	ENF	GAS	AD	AAM			
Acolhimento do cliente/utente	○				●	○		○	Guia de Acolhimento do Cliente/Utente Internado IT.XX - Acolhimento do Cliente/Utente IMP.XX - Plano Individual de Cuidados		
Promoção da interação familiar/conviventes directos					○	●					
Registo no Ficheiro de cidadãos/utilizadores						○	●		Registo informático		
Avaliação das Necessidades do cliente/utente	●	○	○	○	○	○			Informação Clínica, Informação de Enfermagem e Informação Social		
Plano Individual de Cuidados	●	○	○	○	○	○		○	IT.XX - Construção e Acompanhamento do PIC IMP.XX - Plano Individual de Cuidados IMP.XX - Índice do Plano Individual de Cuidados		
Registo de terapêutica e pertences	●	○	○	○	○	○		○	IMP.XX - Relação de Bens do Cliente/Utente		
Saídas	Plano Individual de Cuidados Processo Individual										
Indicadores de Desempenho	- N.º de alterações ao PIC; - N.º de altas a pedido.										

Legenda: ● Responsável ○ Participa

MD - Médico FS - Fisiatra

GAS - Gabinete de Apoio Social

ENF - Enfermeiro

AD - Administrativo

AAM - Auxiliar de Acção Médica

3. Procedimentos Documentados

Os procedimentos documentados dizem respeito ao modo especificado de realizar uma actividade ou um processo. Quando um procedimento está estabelecido, documentado, implementado e mantido utiliza-se a designação de “procedimento documentado”. A Norma ISO 9001 requer a obrigatoriedade de procedimentos documentados para alguns dos seus requisitos:

- 4.2.3 Controlo dos documentos
- 4.2.4 Controlo dos registos
- 8.2.2 Auditoria interna
- 8.3 Controlo do produto não conforme
- 8.5.2 Acções correctivas
- 8.5.3 Acções preventivas

Além destes requisitos, a organização pode estabelecer a necessidade de desenvolver outros procedimentos documentados devido à complexidade dos seus processos e à informação contida nos mesmos, ou para facilitar a operacionalização do seu sistema de gestão.

3.1. Estrutura e Formato

A organização deverá definir a estrutura e o formato dos procedimentos documentados (em suporte papel ou electrónico) considerando formas como texto, fluxogramas, tabelas ou suas combinações, ou qualquer outro método apropriado, de acordo com as necessidades da organização. Os procedimentos documentados deverão conter a informação necessária e ser identificados de forma única.

Os procedimentos documentados poderão fazer referência a instruções de trabalho que definam como se realiza uma actividade. Geralmente, os procedimentos documentados descrevem actividades que envolvem várias funções, enquanto as instruções de trabalho se aplicam a tarefas próprias de uma função.

3.2. Conteúdo

Cabeçalho

O cabeçalho deverá identificar claramente o procedimento documentado e inclui o logótipo da organização, o número atribuído ao procedimento de acordo com o mapa da documentação do Sistema de Gestão da Qualidade, o número da edição e o número de páginas.

Objectivo e campo de aplicação

Deverá ser definido o objectivo do procedimento documentado e descrito o campo de aplicação referindo as áreas incluídas e as excluídas.

Responsabilidade e Autoridade

A responsabilidade e a autoridade das pessoas e/ou das funções organizacionais deverão ser identificadas, bem como as suas inter-relações no contexto dos processos e das actividades descritos no procedimento. Esta informação poderá ser apresentada sob a forma de fluxogramas, textos descritivos ou quadros, consoante seja mais apropriado tendo em vista a clareza.

Descrição das Actividades

O nível de pormenor poderá variar, dependendo da complexidade das actividades, dos métodos utilizados, dos níveis de competência e da formação das pessoas que sejam necessários para a realização das actividades. Conforme aplicável poderão ser considerados os seguintes aspectos:

- a) Definição das necessidades da organização, dos seus clientes/utentes e dos seus fornecedores;
- b) Descrição dos processos sob a forma de textos e/ou fluxogramas relacionados com as actividades requeridas;
- c) Definição das actividades, quem as desempenha ou por que função organizacional, porquê, quando, onde e como;
- d) Descrição dos controlos do processo e dos controlos de actividades identificadas;
- e) Definição dos recursos necessários para a realização das actividades, designadamente pessoal, formação, equipamento e materiais;
- f) Definição da documentação apropriada às actividades requeridas;
- g) Definição das entradas e das saídas do processo;
- h) Definição das medições a fazer.

Registos

Cada actividade deve indicar quais os documentos, impressos e registos associados. Em procedimento próprio deverá ser explicitado o método de preenchimento, arquivo e manutenção dos registos.

Verificação, Aprovação e Revisão

Deverá estar indicada evidência da verificação e da aprovação, do estado e da data de revisão do procedimento documentado.

3.3- Procedimentos Documentados para Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI)

Em seguida são apresentados alguns procedimentos documentados considerados relevantes para a implementação do referencial em causa. De modo a facilitar a adopção dos procedimentos apresentados foram também incluídos neste capítulo os impressos que lhes estão associados.

1. Objectivo e Campo de aplicação

Descrever o modo de proceder para o controlo dos documentos e dos registos. Aplica-se a todos os documentos de suporte e registos relacionados com o Sistema de Gestão da Qualidade.

2. Modo de Proceder, Responsabilidades e Documentos associados

N.º	Actividades	Responsabilidades	Documentos/ Registos
1	Pedido de elaboração ou revisão de documentos	Todos os colaboradores	
2	Elaboração dos documentos	Responsável pela Qualidade	
3	Codificação dos Documentos	Responsável pela Qualidade	
4	Verificação dos Documentos	Direcção Técnica	
5	Aprovação dos Documentos	Direcção	IMP. Documentação Sistema de Gestão da Qualidade
6	Remoção dos Obsoletos	Responsável pela Qualidade	IMP. Documentação Sistema de Gestão da Qualidade
7	Revisão dos Documentos	Responsável pela Qualidade	
8	Distribuição e Arquivo dos Documentos	Responsável pela Qualidade	IMP. Documentação Sistema de Gestão da Qualidade IMP. Informação Interna
9	Controlo da Documentação Externa	Responsável pela Qualidade	IMP. Mapa de controlo de documentos de origem externa
10	Controlo dos Registos	Responsável pela Qualidade	IMP. Mapa de controlo de registos
11	Backup's	Direcção	

3. Descrição das actividades

N.º	Descrição
1	Qualquer colaborador, ao detectar a necessidade de elaborar ou rever um documento, comunica o facto ao Responsável pela Qualidade (RQ). Os documentos relacionados com o SGQ só podem ser elaborados/revistos pelo RQ.

IMP.

Verificação:

Revisão:

11

Aprovação:

Data: ____/____/____

Data: ____/____/____

2	O Documento é elaborado. Estão definidos os Impressos próprios para que os documentos do SGQ sejam elaborados.
3	É atribuído o código a cada documento: PC 04. X: Processo Chave 4. N.º sequencial, por exemplo PC 05, PC 06 PR XX: Procedimento n.º sequencial, exemplo PR 01, PR 02 IT XX: Instrução de Trabalho. N.º sequencial, por exemplo IT 01, IT 02 IMP.XX.N: Impresso. N.º sequencial. Edição, exemplo IMP.01.1; nos impressos o n.º da edição faz parte do código e é alterado sempre que o impresso for alvo de revisões. Contudo, quando um impresso é referido ao longo de um texto, o n.º da edição é omitido pois refere-se sempre à última edição em vigor. Exemplo "... registar no IMP.05 ..."
4	Após a elaboração os documentos são sujeitos a verificação quanto à coerência com a estrutura documental definida e aos requisitos do SGQ.
5	Os documentos do SGQ são aprovados pela Direcção. A aprovação é a autorização para um documento entrar em vigor e o mesmo deve ser cumprido a partir desta data. O registo da aprovação dos documentos é feito no rodapé do original de cada documento. Para os Impressos, a evidência da sua aprovação fica no verso do original de cada impresso através da rubrica e data de aprovação. Após aprovação do documento, é actualizado o IMP. Documentação Sistema de Gestão da Qualidade, de forma a que todos os colaboradores possam saber, a todo o momento, quais os documentos em vigor.
6	A substituição de documentos por novas edições ou por falta de aplicação torna os mesmos obsoletos. Na primeira página do original obsoleto faz-se constar de modo ostensivo a palavra OBSOLETO. Este original é arquivado pelo RQ em pasta própria identificada como OBSOLETOS, para manter o histórico do SGQ. As cópias dos documentos obsoletos são destruídas pelo RQ . O IMP. Documentação do Sistema de Gestão da Qualidade é actualizado.

7	A revisão periódica dos documentos do SGQ tem o objectivo de manter a sua adequabilidade e actualização; os documentos podem ser alvo de análise crítica e se forem considerados actuais, não são efectuadas alterações, e esta revisão fica documentada em acta. Quando a revisão de um documento implicar alterações ao texto, o procedimento é o seguinte: • As alterações são efectuadas, o n.º da edição (no cabeçalho) é alterado e o conteúdo das alterações fica registado no próprio documento, destacado a bold/ negrito. Procede-se novamente à assinatura do original nos campos Elaborado, Verificado e Aprovado. • No original obsoleto, o texto alterado é destacado a marcador fluorescente. IMPRESSOS - No impresso revisto altera-se no rodapé o n.º da edição e no original obsoleto, o texto alterado é destacado a marcador fluorescente.
8	A distribuição assegura que os utilizadores de cada documento têm acesso para consulta; a distribuição das cópias controladas fica definida no IMP. Documentação Sistema de Gestão da Qualidade. Os documentos são distribuídos acompanhados de uma Informação Interna, e os destinatários das cópias controladas assinam em como tomaram conhecimento. O RQ mantém em arquivo todas as Informações Internas.
9	Os documentos de origem externa com impacto no SGQ também são controlados e listados pelo RQ no IMP. Mapa de controlo de documentos de origem externa. A documentação externa é arquivada e mantida actualizada pelo RQ, que dá conhecimento aos colaboradores que necessitam da mesma para executar o seu trabalho e rubricam o próprio documento em como tomaram conhecimento. Cada actualização da documentação externa implica a revisão do IMP. Mapa de controlo de documentos de origem externa, e a substituição do documento obsoleto no arquivo de Documentação Externa. Ao documento tornado obsoleto é aposta a palavra OBSOLETO na primeira folha e é guardado na pasta OBSOLETOS, se aplicável.

10	O IMP. Mapa de controlo de registos, faz a identificação dos registos do SGQ e indica o critério de compilação, tempo de retenção e responsável. Este mapa é actualizado pelo RQ, sempre que for alterado o controlo existente dos registos ou surgirem novos registos. Os registos são preenchidos a tinta de forma legível e sem rasuras. Em caso de correcção, coloca-se um tracejado de modo a deixar visível o texto, rubrica-se e coloca-se a data da correcção. Os registos depois de gerados serão arquivados em condições adequadas que evitem a sua deterioração. O tempo de retenção é considerado o período mínimo de tempo durante o qual o registo deve ser conservado. Quando não existam requisitos específicos que o impeçam, os registos são arquivados em suportes diferentes de papel. Após o término do tempo de retenção definido, os registos são destruídos fisicamente ou por formatação (registos em suporte informático), pelos respectivos responsáveis.
11	São efectuados back up's diários de forma a assegurar toda a informação contida no Sistema Informático. O sistema informático está protegido com passwords que permitem o acesso diferenciado de cada utilizador. Existem diferentes níveis de acesso consoante as actividades que cada utilizador tem de desempenhar no Sistema de Informação.

Código	Descrição	Edição n.º	Distribuição Controlada			
MQ	Manual da Qualidade	1				
Processos-Chave						
PC 01		1				
PC 02		1				
PC 03		1				
Processos de Suporte						
PS 01		1				
PS 02		1				
Procedimentos documentados						
PR 01		1				
PR 02		1				
Instruções de Trabalho						
IT 01		1				
IT 02		1				
Impressos						
IMP.01		1				
IMP.02		1				

(Logótipo da Organização)

Mapa de Controlo de Documentos de Origem Externa

Data:

Página:

Nome do Documento	Código	Data	Breve Descrição

Modelo/Impresso/Registo	Designação	Arquivo			
		Responsável	Localização	Duração	Compilação

1. Objectivo e Campo de Aplicação

Estabelecer o modo de proceder para o controlo dos produtos/serviços que não satisfazem os requisitos por forma a impedir o seu uso inadvertido, bem como para eliminar as causas das não conformidades detectadas/potenciais, através da implementação de acções correctivas/preventivas, por forma a prevenir a sua repetição/ocorrência. Aplica-se a todas as não conformidades detectadas/potenciais.

2. Modo de Proceder, Responsabilidades e Documentos associados:

N.º	Actividade	Responsabilidades	Documentos/Registos
1	Identificação, registo e caracterização das Não Conformidades	Qualquer colaborador Responsável pela Qualidade	IMP.Registo de Não Conformidades, Acções Correctiva/Preventiva Livro de Ocorrências
2	Decisão	Direcção Técnica/Responsável pela Qualidade	
3	Análise das causas/causas potenciais	Direcção Técnica/Responsável pela Qualidade	
4	Definição das acções correctivas/preventivas	Colaboradores envolvidos	
5	Implementação das Acções Correctivas/Preventivas	Colaboradores envolvidos	
6	Acompanhamento	Responsável pela Qualidade	
7	Avaliação da eficácia	Direcção Técnica/Responsável pela Qualidade	

3. Descrição das Actividades

N.º	Descrição
-----	-----------

1	O colaborador que detecta a existência de não conformidades identifica-as no IMP. - Registo de Não Conformidades, Acções Correctivas/Preventivas. Este registo acompanha todas as acções relacionadas com este Procedimento. Quando o produto/serviço não conforme é detectado após a entrega/prestação ao Cliente/utente é lançada imediatamente uma acção correctiva por forma a impedir os efeitos reais ou potenciais da não conformidade. As não conformidades podem ter origem: - Nos fornecedores - Não conformidades internas, detectadas no desenvolvimento da actividade da Organização (ocorrências registadas nos Livros de Ocorrências, produtos, serviços que não satisfazem os requisitos) - Nas Auditorias da Qualidade (as auditorias internas são tratadas conforme o PR - Auditorias Internas) - Reclamações, as quais são tratadas conforme a IT - Avaliação da Satisfação do Cliente/utente e Tratamento de Reclamações Origem das Acções Preventivas: As acções preventivas são acções de melhoria, com os objectivos de: evitar o aparecimento de causas potenciais de não conformidades; avaliar riscos nos diferentes sectores da UCCI (ex.: infecções, úlceras de pressão, quedas, violência, fugas); introduzir melhorias internas na organização da Organização, nos aspectos ambientais, físicos, logísticos, condições de trabalho dos colaboradores, condições de conforto e comodidade dos clientes/utentes; melhorar os métodos de trabalho e melhorar continuamente o Sistema da Qualidade. Têm origem em: - Acções Correctivas - Auditorias da Qualidade - Reclamações - Análise dos dados do Sistema da Qualidade - Sugestões dos colaboradores - Sugestões de entidades do sector. O IMP. Registo de Não Conformidades, Acções Correctivas/Preventivas é entregue ao RQ ou à DT para análise conjunta entre ambos.
---	---

2	O RQ e a DT analisam e decidem sobre a resolução da não conformidade e o destino a dar ao produto não conforme: eliminação, correcção, devolução ao fornecedor (no caso de ser um produto). O produto não conforme é segregado e assinalado com uma placa “Não Conforme”, sempre que aplicável. Face à gravidade dos efeitos e se for decidido evitar a sua repetição é lançada uma acção correctiva. O produto corrigido entra no circuito normal de processamento e é alvo de reverificações para demonstrar conformidade com os requisitos. Estas decisões são registadas no IMP. Registo de Não Conformidades, Acções Correctivas/Preventivas. O RQ e a DT analisam periodicamente todas as não conformidades que tiveram correcção imediata e tomam acções correctivas quando consideram aplicável, face ao número, tipo, efeitos e incidência das mesmas.
3	O RQ e a DT, em conjunto com os colaboradores envolvidos (quando aplicável), analisam as causas da não conformidade/não conformidade potencial e registam no Registo de Não Conformidades, Acções Correctivas/Preventivas. Esta análise é feita com base na consulta de dados e registos da qualidade, sempre que possível. Cópias dos documentos consultados são anexadas ao IMP. Registo de Não Conformidades, Acções Correctivas/Preventivas. Podem também ser utilizadas reuniões para este efeito.
4	São determinadas acções a implementar no sentido de eliminar as causas das não conformidades/não conformidades potenciais e de assegurar a não repetição/não ocorrência das mesmas. As acções correctivas/preventivas a tomar, os responsáveis pela sua implementação e os prazos para tal são registados no IMP. Registo de Não Conformidades, Acções Correctivas/Preventivas.
5	Implementar as acções correctivas/preventivas definidas e registar o ponto de situação da implementação no IMP. Registo de Não Conformidades, Acções Correctivas/Preventivas (ponto 4 - coluna “Conclusão” da tabela). Os responsáveis pela implementação assinam e registam a data de conclusão (ponto 5).
6	O RQ acompanha a implementação das acções definidas, e regista no IMP. Registo de Não Conformidades, Acções Correctivas/Preventivas.

Procedimento(Logótipo da
Organização)**Não Conformidades, Acções Correctivas e Preventivas** Edição:Página: de

7	O RQ e a DT revêem as acções correctivas/preventivas implementadas no sentido de assegurar a sua adequabilidade e eficácia. Esta revisão é documentada através de uma rubrica para o efeito no IMP. Registo de Não Conformidades, Acções Correctivas/Preventivas e decorre após um período de tempo previamente definido. Se a acção implementada não obteve sucesso, analisar as causas e decidir sobre novas acções.
----------	--

IMP.

Verificação:

Revisão:

21

Aprovação:

Data: ____/____/____

Data: ____/____/____

**Registo de Não Conformidade,
Acções Correctiva/ Preventiva**

N.º:

(Logótipo da
Organização)

Fornecedor () Interna ()

Auditoria () Reclamação ()

1. Identificação:

Caracterização do Produto/ Serviço

Descrição da Não Conformidade:

Detectado por: _____ Data: ____ / ____ / ____

DT: _____ RQ: _____

2. Decisão:

Descrição da Resolução da Não Conformidade:

Responsável: _____ Data: ____ / ____ / ____

Necessário implementar acção correctiva? Não () Sim ()

DT: _____ RQ: _____ Data: ____ / ____ / ____

3. Análise das Causas/Causas Potenciais:

Métodos ☐ Materiais ☐ Pessoas ☐ Equipamentos ☐ Factores Ambientais ☐

Responsáveis _____ Data ____ / ____ / ____

4. Acção Correctiva/Preventiva:

Acção Correctiva/Preventiva	Responsável Implementação	Prazo	Conclusão

5. Conclusão da Implementação: ____ / ____ / ____ **Responsáveis:** _____

**Registo de Não Conformidade,
Acções Correctiva/ Preventiva**

N.º:

(Logótipo da
Organização)

Fornecedor () Interna ()

Auditoria () Reclamação ()

6. **Acompanhamento** (verificar se a acção correctiva/preventiva foi implementada):

RQ: _____ *Data:* ____/____/____

7. **Eficácia da Implementação** (verificar se a acção **correctiva** implementada teve êxito e se a não conformidade não se repete/verificar se a acção **preventiva** implementada teve êxito e se a não conformidade potencial não ocorre):

A análise da eficácia vai ser realizada _____ meses após a implementação.

DT: _____ *RQ:* _____ *Data:* ____/____/____

1. Objectivo e Campo de Aplicação

Estabelecer o procedimento para garantir continuamente a competência, formação adequada a nível técnico, ético e legal e actualização de todos os colaboradores no desempenho das suas funções. Aplica-se a todas as actividades inerentes ao processo de formação de cada indivíduo, desde o levantamento das necessidades de formação à avaliação da eficácia da formação.

2. Modo de Proceder, Responsabilidades e Documentos associados

N.º	Actividades	Responsabilidades	Documentos/ Registos
1	Necessidades de formação	Direcção Técnica	IMP. Avaliação de desempenho IMP. Identificação das necessidades de formação
2	Analisar as fontes de informação sobre formação	Direcção Técnica	
3	Planear a formação	Responsável pela Qualidade	IMP. Plano de Formação
4	Aprovar o Plano de Formação	Direcção	IMP. Plano de Formação
5	Preparar a formação	Direcção Técnica	
6	Frequentar a acção de formação	Participante	IMP. Registo da Acção de Formação IMP. Avaliação da Acção de Formação
7	Avaliar a formação	Participante Direcção Técnica	IMP. Avaliação de desempenho IMP. Avaliação da Acção de Formação Certificado
8	Apresentar resumo da Acção	Participante	IMP. Informação Interna
9	Registar a formação e avaliação da eficácia	Responsável pela Qualidade	IMP. Ficha de Registo Individual de Formação Manuais Certificados

3. Descrição das actividades

N.º	Descrição
1	Levantamento anual das necessidades de formação pela Direcção Técnica (DT), com base nas competências que é necessário adquirir, na formação já ministrada e com base na Avaliação de Desempenho. Faz-se circular uma informação interna onde cada colaborador indica as áreas

	onde necessita de formação. Preenchimento do IMP. Identificação das necessidades de formação. Ao longo do ano as necessidades de formação são reavaliadas mediante informação recebida pontualmente de diversas fontes.
2	Identificar fontes de informação (Entidades de formação, outras instituições do sector, parcerias). Divulgação de acções de formação. A formação interna é igualmente planeada. As acções seleccionadas nesta análise são aprovadas para integrar o Plano de Formação, para destinatários definidos, sendo a aprovação justificada mediante os objectivos pedagógicos.
3	Elaboração do Plano de Formação (IMP.). À medida que é recebida informação pontual sobre formação, o Plano de Formação é actualizado. As actualizações (formação não planeada) são aprovadas caso a caso.
4	A Direcção aprova o Plano de Formação (planeada e não planeada).
5	Inscrição do(s) participante(s) e confirmação das datas, local e horário.
6	Frequência da acção de formação e recepção do Certificado. Quando a formação é realizada na Organização, preenche-se o IMP. Registo da Acção de Formação e o IMP. Avaliação da Acção de Formação.
7	Anualmente, e aquando da avaliação de desempenho e do levantamento das necessidades de formação avalia-se se a competência foi adquirida pelo formando ou se é necessário dar continuidade ao processo de formação na mesma matéria. Quando a formação é realizada na Organização é analisado o IMP. Avaliação da Acção de Formação e entregue ao formando o certificado de participação na acção de formação. O modelo de certificado deve incluir o nome do participante, a entidade formadora, a designação da acção de formação, a data, duração e os módulos e/ou programa do curso se aplicável. Para que a formação seja eficaz é necessário proceder à avaliação da formação. Para avaliar continuamente a sua eficácia podem ser utilizados outros mecanismos: – Auto-avaliações realizadas pelos formandos; – Avaliações realizadas pelos formadores, coordenadores pedagógicos, supervisores, Direcção Técnica, relativamente ao grau de consecução dos objectivos pedagógicos, bem como de eventuais aspectos a melhorar relativamente a actividades pelas quais se responsabilizam; – Avaliações realizadas por agentes externos, sempre que para tal sejam solicitados, por exemplo, por familiares dos clientes/utentes; – Análise das reclamações; – Análise da avaliação da satisfação dos clientes/utentes; – Auditorias internas; – Registo de ocorrências e não conformidades;

	– Contacto directo com os clientes/utentes, familiares e colaboradores. No que respeita à avaliação dos conhecimentos adquiridos pelo formando, podem ser utilizados os seguintes instrumentos: – Testes escritos; – Inquéritos por entrevista; – Inquéritos por questionário. Estes instrumentos permitem aferir como os novos conhecimentos foram adquiridos pelos formandos e vão ser um indicador muito importante para a avaliação de desempenho. Observações Todos os registos de avaliação da eficácia de formação devem ser mantidos pela Organização.
8	O participante apresenta um resumo da acção de formação aos demais colaboradores em reunião interna, quando solicitado pela DT. É efectuado o registo da reunião em impressos próprios para o efeito.
9	Arquivar cópia do certificado no dossier da Formação, preencher o IMP. - Ficha de Registo Individual de Formação e manter em arquivo os Manuais de apoio à formação.

Acção de Formação	População Alvo	Objectivo da Formação	Formadores	Aprovada	
				Sim	Não

(Logótipo da
Organização)

Registo da Acção de Formação

Identificação da Formação	
Entidade Formadora:	_____
Designação da Acção:	_____
Número da Acção:	_____
Duração:	_____
Local:	_____

Sumário

Lista de Presenças	Rubrica

Formador(a): _____ Data: ____/____/____

Acção: _____

Módulo: _____

Formador/a: _____

Data(s): _____

Este questionário destina-se a avaliar os CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS e a PRESTAÇÃO DO MONITOR da Acção de Formação acima designada. Os dados serão anónimos e estritamente confidenciais, pelo que agradecemos o máximo de sinceridade nas suas respostas. Elas serão muito importantes para a melhoria futura dos nossos serviços.

Gratos pela atenção dispensada.

A- Conteúdos Programáticos

	Mau	Medíocre	Fraco	Suficiente	Bom	Muito bom
1. Interesse dos assuntos dados						
2. Adequação dos temas						
3. Equilíbrio da distribuição do tempo pelos temas						

B- Métodos

	Mau	Medíocre	Fraco	Suficiente	Bom	Muito bom
1. Adequação dos meios utilizados						
2. Aproveitamento das potencialidades do grupo						
3. Compreensão (meios utilizados)						
4. Instalações						
5. Meios Audiovisuais						

C- Monitoria

	Mau	Medíocre	Fraco	Suficiente	Bom	Muito bom
1. Motivação (temas dados)						
2. Clareza nas intervenções						
3. Participação dos formandos						
4. Linguagem acessível a todos os formandos						
5. Pontualidade do formador/a						

D- Organização

	Mau	Medíocre	Fraco	Suficiente	Bom	Muito bom
1. Duração do curso						
2. Organização dos temas pelo formador/a						
3. Documentação distribuída						
4. Acompanhamento técnico-pedagógico pela entidade						

E- Avaliação Global

	Mau	Medíocre	Fraco	Suficiente	Bom	Muito bom
No geral a acção foi						

F - A acção de formação correspondeu aos objectivos inicialmente propostos?

Sim

☐

Não

☐

Porquê?

Comentários/Sugestões

(Logótipo da Organização)

Registo Individual de Formação

[illegible]

Ficha de Avaliação de Desempenho

(Logótipo da
Organização)

Data da Avaliação _/_/__	Período da Avaliação De _/_/__ a _/_/__	Tempo na Função _____	Função _____	Idade _____
-----------------------------	--	--------------------------	-----------------	----------------

Nome do Colaborador/a: _____	Resposta social/Área _____
---------------------------------	-------------------------------

Avaliação dos Objectivos

Não satisfatório(NS) - Objectivo não atingido; **Satisfatório(S)** - Objectivo atingido; **Bom(B)** - Excedeu o objectivo até 20%; **Excelente(E)** - Excedeu 21% a 50%; **Excepcional (EX)** - Excedeu + 50%

Descrição dos objectivos	NS	S	B	E	EX	Descrição do Resultado Obtido

Avaliação de Competências e Comportamentos

Competências e Comportamentos	Não Satisfatório	Satisfatório	Bom	Excelente	Excepcional	Não Aplicável
Capacidade de realização face ao cumprimento dos objectivos, motivação e iniciativa						
Promove comunicação aberta						

Ficha de Avaliação de Desempenho

(Logótipo da Organização)

Dependência, confiança, disponibilidade e interesse pela Organização							
Habilidade para se relacionar e apoiar os outros							
Capacidade de adaptação, flexibilidade e melhoria contínua							
Orientação para o cliente/utente e serviço à comunidade (acções de voluntariado)							
É produtivo/a em quantidade e qualidade de trabalho							
Contribui para a resolução de problemas e tomada de decisão							
Capacidade e espírito de trabalho em equipa							
Capacidade de liderança							
Assiduidade							
Pontualidade							

Classificação Final:

Classificação final somativa do desempenho tendo em conta a pontuação atribuída na Avaliação dos Objectivos e na Avaliação de Competências e Comportamentos - Classificar como Não Satisfatório, Satisfatório, Bom, Excelente ou Excepcional	

(Logótipo da
Organização)

Ficha de Avaliação de Desempenho

Considerações do/a Responsável pela Avaliação de Desempenho. Desenvolvimento pessoal e profissional. Necessidades de Formação a incluir na Ficha de Identificação das Necessidades de Formação.		
Assinatura: _____	Data: ____/____/____	Função: _____
Comentários do/a colaborador/a:		
Assinatura: _____	Data: ____/____/____	

1. Objectivo e Campo de Aplicação

Definir as actividades necessárias ao planeamento e realização de auditorias internas de modo a constatar objectivamente a aplicação, adequação e eficácia do Sistema de Gestão da Qualidade.

2. Modo de Proceder, Responsabilidades e Documentos associados

N.º	Actividades	Responsabilidades	Documentos/ Registos
1	Elaborar o Programa de Auditorias	Responsável pela Qualidade	IMP. Programa de Auditorias
2	Aprovar o Programa de Auditorias	Direcção	IMP. Programa de Auditorias
3	Nomear Equipa Auditora (EA)	Direcção Técnica	
4	Preparação da Auditoria	EA	
5	Realização da Auditoria e Elaboração do Relatório Análise do Relatório	EA Responsável pela Qualidade e Direcção Técnica	IMP. Relatório de Auditoria Interna IMP. Registo de Não Conformidades, Acções Correctiva / Preventiva.
6	Acções Correctivas	Responsável pela Qualidade	PR Não Conformidades, Acções Correctivas e Preventivas.
7	Avaliação da Eficácia	Responsável pela Qualidade	PR Não Conformidades, Acções Correctivas e Preventivas.

3. Descrição das actividades

N.º	Descrição
1	Anualmente é elaborado o Programa de Auditorias - IMP. Programa de Auditorias. As auditorias podem ser totais (ao SGQ, pelo menos 1 por ano) ou parciais (a processos), e são planeadas em função do estado e da importância dos processos, bem como dos resultados das auditorias anteriores.
2	O Programa é analisado e aprovado. Sempre que aplicável o Programa é revisto e alterado.
3	Nomear a Equipa Auditora (EA), com auditores internos ou externos. Nesse caso, a Direcção Técnica procede à sua selecção e contratação. Os auditores internos não auditam o seu próprio trabalho.

IMP.

Verificação:

Revisão:

36

Aprovação:

Data: ____/____/____

Data: ____/____/____

	Qualificação de Auditores: Requisitos mínimos para a qualificação de auditores internos e externos: Formação: Gestão da Qualidade e normas da série ISO 9000: 14 horas Auditorias da Qualidade: 14 horas Realização de no mínimo 1 auditoria como auditor observador que complete 10 horas de duração (tempo de preparação, execução da auditoria e elaboração do relatório). Experiência Profissional: 1 ano de experiência. Se um auditor externo for certificado, dispensa os demais requisitos para qualificação. As pessoas designadas como auditores que não possuam estes requisitos mínimos devem receber a formação necessária no espaço de 1 ano.
4	Preparar a auditoria, informar a(s) área(s) a auditar da data e hora de realização. Seleccionar as Listas de Verificação a utilizar.
5	A auditoria é realizada com base nos documentos do Sistema da Qualidade, nos documentos de referência e legislação aplicáveis. Os resultados das auditorias são documentados em impresso próprio para o efeito - IMP. Relatório de Auditoria Interna. Quando a auditoria é realizada por entidade externa, o relatório poderá ser elaborado no seu próprio modelo. O Relatório é entregue ao RQ que o analisa em conjunto com o DT, identifica as constatações da auditoria que devem ser tratadas como não conformidades e as regista no IMP. Registo de Não Conformidades, Acções Correctiva/Preventiva.
6	Sempre que aplicável, são preparadas e implementadas acções correctivas na sequência de não conformidades detectadas nas auditorias, que são tratadas e registadas segundo o PR Não Conformidades, Acções Correctivas e Preventivas.
7	Verificar se as acções correctivas foram implementadas, e analisar se foram eficazes. Registar esta análise segundo o PR Não Conformidades, Acções Correctivas e Preventivas.

Programa de Auditorias

Ano:

Revisão:

Página de

(Logótipo da Organização)

Processo/ Função a auditar	Objectivo	Responsável	Doc. Referência	Equipa Auditora	Datas Previstas	Ponto de Situação	Validação	
							Rubrica	Data

Data da Auditoria ____/____/____

Local da Auditoria: _____

Duração da Auditoria: das ____ às ____ horas

Equipa Auditora:

Objectivo/Âmbito da Auditoria:

(Processo(s), Requisito(s) a auditar)

Documentação de Referência:

Resumo da Auditoria

▪ Pontos fortes

▪ Oportunidades de melhoria

▪ Não conformidades constatadas

Equipa Auditora: _____ Data: ____/____/____

1. Objectivo e Campo de Aplicação

Definir o procedimento para assegurar que os produtos e serviços adquiridos satisfazem os requisitos especificados. Este procedimento aplica-se a: Consumíveis (luvas, batas, máscaras), Ajudas Técnicas, Equipamento informático, Carrinhas, Consumíveis de escritório, Refeições, Utensílios de cozinha, Serviços (assistência técnica, calibração, formação, consultoria, lavandaria).

2. Modo de Proceder, Responsabilidades e Documentos Associados

N.º	Actividades	Responsabilidades	Documentos/ Registos
1	Necessidades de aquisição de produtos/serviços	Colaboradores	
2	Requisitar os produtos/serviços Sugerir o Fornecedor	Requisitante	Requisição Interna
3	Verificar a adequação da Requisição Interna	Responsável pelo Sector requisitante	Requisição Interna
4	Encaminhar a Requisição Interna para o RCD	Requisitante	Requisição Interna
5	Seleccionar e aprovar o Fornecedor	Secretaria Direcção	IMP. Lista de Fornecedores Aprovados; IMP. Acordo da Qualidade de Fornecimento
6	Encomendar	Secretaria	Fax Encomenda ou Requisição Interna
7	Receber e verificar os produtos/serviços (1.ª verificação)	Secretaria	Fax Encomenda ou Requisição Interna Versus documentos que acompanham os produtos/serviços
8	Entregar ao requisitante	Secretaria	
9	Verificar os produtos/serviços (2.ª verificação)	Requisitante	Documentos que acompanham os produtos/serviços; IMP. Ficha de Controlo e Avaliação das Refeições
10	Registar as não conformidades	Secretaria ou Requisitante	IMP. Registo de Não Conformidade, Acção Correctiva/Preventiva; PR Não Conformidades, Acções Correctivas e Preventivas

IMP.

Verificação:

Revisão:

40
Aprovação:

Data: ____/____/____

Data: ____/____/____

11	Arquivar a documentação	Secretaria	
12	Avaliar os fornecedores	Responsável pela Qualidade	IMP. Qualificação de Fornecedores

3. Descrição das Actividades

N.º	Descrição
1	Qualquer colaborador que detecte a necessidade de um produto informa a Direcção Técnica, que autoriza ou remete para avaliação da Direcção.
2	Os produtos/serviços são requisitados à Secretaria, que procede à encomenda aos fornecedores. A UCCI requisita de forma a caracterizar inequivocamente o produto/serviço a adquirir. A requisição é efectuada por escrito no IMP. Requisição Interna, e especifica o produto/serviço, referências, modelo, tamanho, quantidade e fornecedor pretendido.
3	A Requisição Interna é verificada quanto à sua adequação, pelo Responsável pelo Sector requisitante, que rubrica a mesma.
4	Encaminhar a Requisição Interna preenchida e rubricada para a Secretaria.
5	Os actuais fornecedores revelaram no seu histórico capacidade para integrar a Lista de Fornecedores Aprovados (LFA). Consideram-se dois tipos de fornecedores, de acordo com o efeito do produto comprado nos Processos Chave: • Fornecedores Críticos, que são os que fornecem produtos ou serviços que integram actividades dos Processos-Chave (têm impacto directo no cumprimento dos requisitos dos clientes/utentes e dos requisitos regulamentares aplicáveis). • Fornecedores Comuns, sem impacto directo no cumprimento de requisitos dos clientes/utentes. Se houver fornecedor aprovado (ver IMP. Lista de Fornecedores Aprovados), referir o fornecedor pretendido na Requisição Interna. Se não existir fornecedor na Lista de Fornecedores Aprovados (LFA) a selecção tem em atenção os seguintes critérios: - Apreciação da oferta do fornecedor para averiguar se corresponde aos produtos e serviços pretendidos, o que pode incluir a análise de catálogos, solicitação de amostras; - Se forem certificados ISO 9001 poderão integrar de imediato a LFA, sendo-lhes pedida cópia do certificado para conferir o âmbito e validade; - Se não for certificado é efectuada uma avaliação de acordo com os critérios seguintes: reputação, condições de campanha, entrega de documentos que evidenciem o controlo, conforme aplicável; - Se for recomendado por outras Instituições da mesma área;

IMP.

Verificação:

Revisão:

41

Aprovação:

Data: ____/____/____

Data: ____/____/____

	e) Análise do IMP. Acordo da Qualidade de Fornecimento. Se cumprirem os critérios indicados podem integrar a LFA, que é aprovada pela Direcção.
6	A Secretaria procede à encomenda, elaborando um documento que contenha todas as informações constantes na Requisição Interna, de forma a caracterizar inequivocamente os produtos/serviços requeridos. Este documento é enviado por FAX ou E-mail ao fornecedor. Para as encomendas telefónicas, a Secretaria regista, data e rubrica na própria Requisição Interna em como a encomenda foi solicitada ao fornecedor.
7	A Secretaria recebe os produtos entregues e efectua a 1.^a verificação mediante os documentos do fornecedor (Guia de Remessa e/ou Nota de Encomenda do fornecedor) e os documentos que serviram de base para efectuar a encomenda (Fax, E-mail, Encomenda ou Requisição Interna). Posteriormente o fornecedor envia a factura e a Secretaria verifica a sua conformidade antes de a encaminhar para pagamento.
8	A Secretaria entrega os produtos ao requisitante; no caso de serviços, estes são prestados directamente ao requisitante.
9	O requisitante procede à verificação dos produtos/serviços recebidos, mediante os documentos que acompanham os produtos/serviços, rubricando-os. Estes documentos ficam na posse do Responsável pelo Sector requisitante. Sempre que aplicável, no caso das refeições, é celebrado um Acordo da Qualidade de Fornecimento sendo assim da responsabilidade do fornecedor assegurar a conformidade. Na altura do levantamento e da entrega das refeições, o colaborador responsável por estas tarefas verifica visualmente o produto: aspecto, temperatura, odor e quantidade, de acordo com o IMP. Ficha de Controlo e Avaliação das Refeições.
10	Os produtos são conferidos face aos documentos que os acompanham. A seguir é feita uma análise final, conferindo com as facturas. No caso de existirem não conformidades, estas são registadas e tratadas conforme o PR Não Conformidades, Acções Correctivas e Preventivas. Mediante as não conformidades registadas e a análise do desempenho dos fornecedores efectuada pelo Responsável pela Qualidade, procede-se à avaliação anual dos fornecedores, informando a Direcção para decidir sobre a continuidade do fornecedor na LFA para o ano seguinte. Os resultados anteriores fazem parte do Relatório de Actividades. Anualmente os Fornecedores são informados sobre o seu desempenho Para os restantes fornecedores são apenas tratadas as não conformidades à medida que surgem.
11	A Secretaria mantém um arquivo de todo o processo relacionado com as compras.

12	Actividades (rubrica Balanço do Sistema de Gestão da Qualidade) e em função do tipo de fornecedores. Para Fornecedores Críticos, são quantificados os deméritos totais acumulados para cada fornecedor, considerando as não conformidade detectadas ao longo do ano e a informação sobre o desempenho dos fornecedores recebida dos Responsáveis dos Sectores e da Secretaria. Em função da pontuação são qualificados os fornecedores (IMP. Qualificação de Fornecedores). Anualmente os mesmos são informados da sua qualificação. NÍVEIS IQF (Índice da Qualidade de Fornecedores): A - IQF maior que 80% - fornecedor sem reservas B - IQF entre 50 e 80 (inclusive) - fornecedor com necessidade de melhorias C - IQF menor que 50% - outros fornecedores (análise casuística) Para fornecedores Comuns não é feita a qualificação. No entanto, sempre que forem detectadas não conformidades é preenchido de imediato o IMP. Registo de Não Conformidade, Acção Correctiva/Preventiva e emitida uma reclamação por escrito ao fornecedor em questão. Nesta altura, o RQ ainda analisa as não conformidades por fornecedor e a sua permanência na LFA em função da gravidade das não conformidades em causa. Com base nos resultados anteriores e durante a apresentação do Relatório de Actividades à Direcção, esta decide substituir ou não os fornecedores, sendo a LFA revista, se aplicável.
----	--

(Logótipo da
Organização)

Lista de Fornecedores Aprovados

Edição:

Página: de

Fornecedor (CR)	Produto/ Serviço	Contacto	Qualificação

Legenda: CR - Fornecedor Crítico

(Aprovado pela Direcção)

Fornecedor:		Produto/Serviço:	
Morada:			
Telf.:	Fax:	Email:	
Responsável pela Qualidade:		Direcção Técnica:	

A UCCI assegura a confidencialidade de toda a informação abaixo facultada.

1.

A Empresa é Certificada? (se sim, favor enviar cópia do certificado)

Não:

Sim:

Norma:

Entidade:

2. Se assinalou SIM em 1:

O Sistema da Qualidade implementado e certificado inclui todo o âmbito do trabalho sub-contratado?

Não:

Sim:

3. Se assinalou Não em 1:

A Empresa está em fase de implementação do sistema? Possui outra qualificação?

Não:

Sim:

Norma/Documento(s) de Referência:

Entidade:

4. (Não necessita de responder a partir deste ponto se assinalou SIM às questões 1 e 3).

A Empresa assegura para todo o âmbito da sub-contratação:

Nº	Questão	SIM	NÃO	Comentários
4.1				
4.2				
4.3				

Requisitos a assegurar nos fornecimentos:

Se após a avaliação do presente questionário for considerada necessária, por parte da UCCI, uma auditoria de 2.ª parte, a Empresa declara que aceita a sua realização.

Concordamos com as condições deste acordo e comprometemo-nos a comunicar alterações significativas que potencialmente possam influenciar estes dados.

Representante do Fornecedor (Assinatura e Função)

Data

Representante da UCCI (Assinatura e Função)

Data

AVALIAÇÃO FINAL DO FORNECEDOR

(Ter em conta as respostas ao questionário e o desempenho histórico, se aplicável)

RQ: / /

DT: / /

Aprovação do Fornecedor:

D: / /

IDENTIFICAÇÃO

Fornecedor

Produto/Serviço

1.AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

Total de fornecimentos		X	
Fornecimentos sem NC		(40)	
Fornecimentos com menos de 3 NC		(-5)	
Fornecimentos com mais de 3 NC		(-25)	
		Total	

2. CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

Com facilidade de pagamento		(10)	
Pronto Pagamento		(-5)	
		Total	

3. PREÇO

Inferior à concorrência		(15)	
Igual à concorrência		(10)	
Superior à concorrência		(-5)	
Sem parâmetro de comparação		(10)	
		Total	

4. PRAZO DE ENTREGA

Conforme acordado		(20)	
Atrasos sem implicações para a UCCI		(-5)	
Atrasos com implicações para a UCCI		(-15)	
		Total	

5. MANUTENÇÃO E AVARIAS

Resposta atempada e eficaz	_____	(15)	_____
Resposta lenta, mas eficaz	_____	(-5)	_____
Resposta ineficaz	_____	(-10)	_____
Sem parâmetro de avaliação		(10)	_____
		Total	_____

QUALIFICAÇÃO

Índice de Qualificação de Fornecedores:

Total dos totais: _____

Total de fornecimentos: _____

IQF=

$$\frac{\text{Total dos Totais}}{\text{Total de Fornecimentos}}$$

IQF =

Nota: em fornecimentos contínuos considera-se um fornecimento mensal (12/ano)

NÍVEL:

RQ: _____ Data: ____ / ____ / ____

NÍVEIS

A - IQF maior que 80%

B - IQF entre 50 e 80% (inclusive)

C - IQF menor que 50%

Fornecedor sem reservas

Fornecedor com necessidade de melhorias

Outros fornecedores (análise casuística)

Data: _____

Almoço	Jantar
Quantidade Muito ☐ Pouco ☐ Adequado ☐	Quantidade Muito ☐ Pouco ☐ Adequado ☐
Odor Característico ☐ Com Alteração ☐	Odor Característico ☐ Com Alteração ☐
Temperatura Baixa ☐ Adequada ☐	Temperatura Baixa ☐ Adequada ☐
Aspecto geral Bom ☐ Mau ☐ Intermédio ☐	Aspecto geral Bom ☐ Mau ☐ Intermédio ☐
As refeições estão identificadas? Sim ☐ Não ☐	As refeições estão identificadas? Sim ☐ Não ☐
As refeições correspondem à ementa? Sim ☐ Não ☐	As refeições correspondem à ementa? Sim ☐ Não ☐
As refeições incluem pão? Sim ☐ Não ☐	As refeições incluem pão? Sim ☐ Não ☐
Pão N.º de Entradas: _____ N.º de Sobras: _____	Pão N.º de Entradas: _____ N.º de Sobras: _____
Houve devolução de refeições? (Uma refeição completa inclui: sopa, prato principal, acompanhamento e/ou salada, sobremesa) Sim ☐ Número de refeições devolvidas? _____ Não ☐	Houve devolução de refeições? (Uma refeição completa inclui: sopa, prato principal, acompanhamento e/ou salada, sobremesa) Sim ☐ Número de refeições devolvidas? _____ Não ☐
Observações:	Observações:
Rubrica do Responsável _____	Rubrica do Responsável _____

Nota: Aplicável nas situações em que as cozinhas se situam na Instituição.

4. Instruções de Trabalho

As instruções de trabalho são descrições detalhadas de como realizar tarefas podendo ser ou não documentadas. Podem assumir a forma de descrições escritas detalhadas, fluxogramas, matrizes, modelos, notas técnicas incorporadas em desenhos, especificações, manuais de instruções de equipamentos, imagens, vídeos, listas de comprovação ou suas combinações.

As instruções de trabalho deverão descrever quaisquer materiais, equipamentos e documentação a utilizar.

4.1. Estrutura e Formato

As instruções de trabalho devem descrever a realização de todo o trabalho e dar a correcta informação das actividades a serem executadas. A sua estrutura pode ser diferente das dos procedimentos da qualidade. Estes podem incluir ou referir as instruções de trabalho.

Assim, deverão ser desenvolvidas e mantidas instruções de trabalho que descrevam a realização de todo o trabalho que poderia ser prejudicado pela ausência de tais instruções

As instruções de trabalho devem ter um título e uma identificação única.

A estrutura, formato e nível de pormenor das instruções de trabalho deverão ser ajustados às necessidades do pessoal da organização e depender da complexidade do trabalho, dos métodos usados, da formação ministrada e das competências e qualificações desse pessoal.

Cabeçalho

O cabeçalho deverá identificar claramente a Instrução de Trabalho e inclui o logótipo da Organização, o número atribuído à Instrução de Trabalho de acordo com o mapa da documentação do Sistema de Gestão da Qualidade, o número da edição e o número de páginas.

Objectivo e campo de aplicação

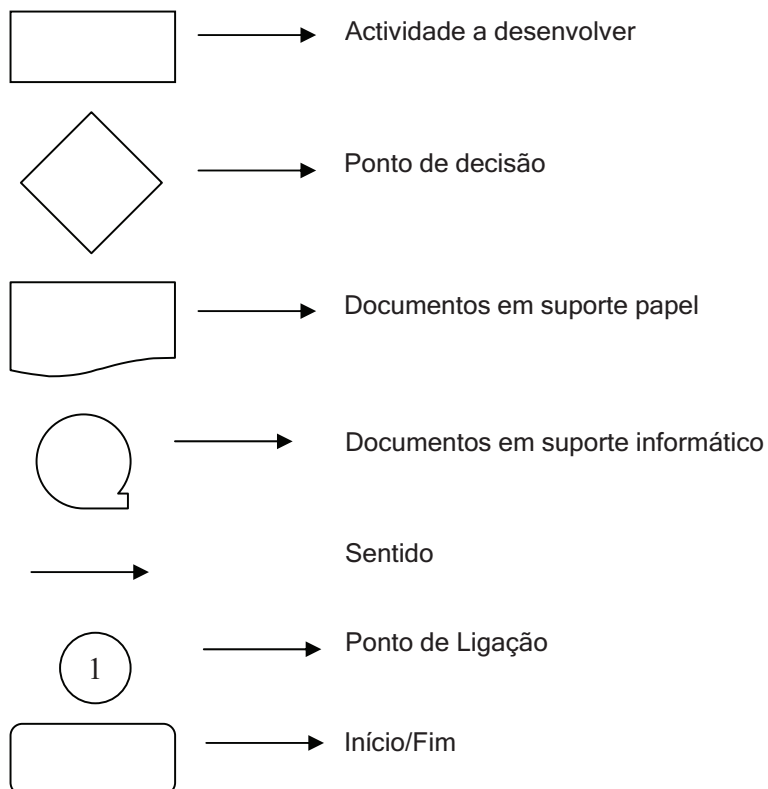
Deverá ser definido o objectivo da Instrução de Trabalho e descrito o seu campo de aplicação.

Modo de proceder

As instruções de trabalho deverão descrever actividades críticas e deverão evitar pormenores que não acrescentem controlo sobre as actividades. A formação pode reduzir a necessidade de instruções pormenorizadas, desde que as pessoas envolvidas disponham da informação necessária para executar correctamente as suas tarefas.

Qualquer que seja o formato ou a combinação de formatos escolhida, as instruções deverão figurar na ordem ou sequência das operações, reflectindo com exactidão os requisitos e as actividades relevantes. Para reduzir confusão e incerteza, deverá ser estabelecido e mantido um formato ou uma estrutura consistentes.

Por exemplo, se se recorrer a um fluxograma, a simbologia a utilizar deverá ser a seguinte:



Verificação, Aprovação e Revisão

A organização deverá evidenciar claramente a verificação e a aprovação das instruções de trabalho, bem como o seu estado e data de revisão.

Registos

Sempre que aplicável, uma Instrução de Trabalho pode fazer referência a impressos que depois de devidamente preenchidos darão origem a registos.

O método de preenchimento, arquivo e manutenção dos registos consta do Procedimento de Controlo de Documentos e Registos.

Identificação das Alterações

Onde possível, deverá ser identificada a natureza da alteração, no próprio documento.

4.2 Instruções de Trabalho para Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI)

Cada Unidade de Cuidados Continuados Integrados elaborará as Instruções de Trabalho que considere necessárias ao desenvolvimento do seu Sistema de Gestão da Qualidade e à prossecução das suas actividades diárias.

Tal como no capítulo dedicado aos Procedimentos Documentados, também aqui são incluídos os impressos associados a cada Instrução de Trabalho de modo a facilitar a sua adopção.

1. Objectivo e Campo de Aplicação

Definir o procedimento a adoptar para o tratamento das reclamações em relação aos serviços prestados, bem como para avaliar a satisfação das partes interessadas com os serviços da Organização. Aplica-se a todas as reclamações e acções que permitam avaliar a satisfação dos clientes/utentes internados.

2. Modo de Proceder

2.1 Avaliação da Satisfação

Anualmente é entregue um Questionário de Avaliação da Satisfação dos Clientes/Utentes, solicitando que o mesmo seja preenchido pelo próprio ou pela pessoa responsável.

Depois de entregue ao Responsável pela Qualidade (RQ) é realizada uma primeira análise a todos os questionários preenchidos no sentido de identificar sugestões ou factores de insatisfação que justifiquem uma actuação imediata; Neste caso o RQ articula imediatamente com a Direcção. Anualmente é realizado o tratamento estatístico do inquérito e implementadas as acções de melhoria identificadas.

Na sequência desta avaliação, é afixado um agradecimento aos clientes/utentes, juntamente com um resumo do tratamento estatístico do inquérito.

2.2 Tratamento de Reclamações:

1. Após a recepção de uma reclamação, a mesma é analisada no sentido de ser ou não aceite e de se resolver o problema de imediato se for possível, ou de acordar com o cliente/utente uma resolução posterior.
2. Se o cliente/utente pretender registar a reclamação no Livro de Reclamações: facultar o Livro e comunicar à Direcção que procede de acordo com a legislação em vigor.
3. As demais reclamações são comunicadas ao RQ, que registam no IMP. Não Conformidade, Acção Correctiva/ Preventiva.
4. Para as reclamações registadas no Livro, tira-se uma fotocópia que será entregue à Direcção e/ou RQ, que registam e anexam a mesma ao IMP. Não Conformidade, Acção Correctiva/ Preventiva.
5. Todas as reclamações são analisadas no sentido de serem identificadas as suas causas e serem implementadas, sempre que aplicável, as acções correctivas que impeçam a sua repetição, de acordo com o Procedimento - Não Conformidades, Acções Correctivas e Preventivas.
6. O RQ mantém um registo actualizado das reclamações recebidas e do seu ponto de situação no IMP. Registo Anual de Reclamações.

IMP.

Verificação:

Revisão:

52
Aprovação:

Data: ____/____/____

Data: ____/____/____

N.º NC ou LR N.º	Ano	Data	Motivo	Data de Fecho

NC: Não conformidade LR: Livro de reclamações

1. Objectivo e Campo de Aplicação: Definir o procedimento a adoptar para a integração dos colaboradores aquando da sua admissão na Organização. Aplica-se a todas as acções que levem à integração do novo colaborador na Organização.

2. Modo de Proceder

2.1 Admissão do Colaborador

No primeiro dia de trabalho do colaborador está presente a Direcção Técnica, que desenvolve as seguintes acções:

- Dá a conhecer ao novo colaborador os objectivos, missão, visão, valores, serviços prestados e a forma de funcionamento da Organização;
- Entrega ao novo colaborador o Manual de Integração e o Regulamento Interno;
- Comunica ao colaborador as Regras de Conduta dos Colaboradores da Organização, constantes da Instrução de Trabalho com a mesma designação, bem como o Código de Ética que é assinado pelo colaborador;
- Entrega ao colaborador a Ficha de Descrição de Funções, que preenche os dados que lhe dizem respeito, e que depois é arquivada no Processo Individual do Colaborador;
- A Direcção Técnica ou a pessoa a quem for delegada essa responsabilidade, faz uma visita pelas instalações e apresenta o colaborador aos seus novos colegas.

2.2 Formação inicial

Sempre que se considerar necessário é ministrada ao novo colaborador a formação inicial indispensável ao bom desempenho das suas funções. Esta formação pode ser dada em sala ou em contexto real de trabalho, devendo ser mantidos os registos da formação - preenchimento dos Impressos “Registo da Acção de Formação”, “Avaliação da Acção de Formação” (quando aplicável) e “Ficha de Registo Individual de Formação”.

Observações

O Manual de Integração e o Regulamento Interno devem ser revistos sempre que existam alterações na Organização, nos serviços da Organização e nos seus procedimentos operacionais.

(Folha de Rosto)

1. Introdução/Objectivos do Manual de Integração
2. Mensagem da Direcção
3. Apresentação da Organização
 - Breve historial
 - Missão, Visão e Valores
 - Cultura da Organização
 - A sede da Organização
 - Estrutura da Organização
 - Órgãos sociais
 - Organograma de gestão funcional
 - Como chegar à Organização
 - Contactos da Organização
 - Informações gerais
4. Normas e Procedimentos
5. Relações de Trabalho
 - Direitos dos/as colaboradores/as
 - Deveres dos/as colaboradores/as
 - Direitos da Organização
 - Deveres da Organização
 - Processo de Admissão
 - Horários de Trabalho
 - Férias
 - Feriados
 - Faltas
 - Retribuição
6. Benefícios Sociais
 - Refeitório
 - Subsídio de doença
 - Seguro de acidentes de trabalho
 - Higiene e segurança no trabalho
 - Serviço de medicina no trabalho
 - Formação profissional
7. Informações Úteis para Colaboradores Estrangeiros
 - Obtenção do número fiscal de contribuinte
 - Vistos consulares e permanência em Portugal

(Logótipo da
Organização)

Ficha de Descrição de Funções

Função: _____

Dados Biográficos		
Nome:		
Morada:		
Telefone:		
Data de Nascimento:		
Filiação:		
Naturalidade:		
Freguesia:	Concelho:	Distrito:
Estado Civil:		
Dados Profissionais		
Habilitações Literárias:		
Experiência Profissional:		
Formação Complementar:		
Categoria Profissional:		
Data de Admissão:		
Dados Pessoais		
N.º BI	Local de emissão:	Data de emissão:
NIF:		
N.º de Beneficiário:		
NIB da conta bancária:		
Grupo Sanguíneo:		

(Logótipo da
Organização)

Ficha de Descrição de Funções

Função: _____

Agregado Familiar					
Nome	Grau de Parentesco		Contacto em caso de urgência		
Evolução na Organização					
Data de Admissão:					
Tipo de contrato					
Progressão na Categoria					
Evolução do ordenado					
Função desempenhada					
Superior hierárquico:					
Quem se encontra na sua dependência:					
Quem assume as suas funções em caso de ausência:					
Principais responsabilidades:					
Autoridade:					

Tomei conhecimento,

O titular da função _____ Em ____/____/____

Entrega de Vestuário	Peças de roupa entregues	Confirmação de recebimento
Ocorrências		

1. Objectivo e Campo de Aplicação

Definir as regras de conduta e comportamento adequados que devem ser adoptadas pelos colaboradores da Unidade de Cuidados Continuados Integrados. Aplica-se a todos os colaboradores da Unidade de Cuidados Continuados Integrados.

2. Modo de Proceder:

Para além do definido no “Código de Ética”, as seguintes regras são adoptadas pelos colaboradores da Unidade de Cuidados Continuados Integrados de forma a manter uma apresentação e comportamento profissionais durante a execução dos serviços.

A) Regras Gerais:

- Assegurar a privacidade, a autonomia possível, a dignidade e a confidencialidade de cada cliente/utente;
- Estabelecer uma relação empática com cada cliente/utente;
- Promover a aquisição de competências pessoais ao cliente/utente;
- Explicar e justificar (sempre que necessário), as tarefas que vão realizar, solicitando a sua colaboração;
- Não transmitir aos clientes/utentes situações de conflitos entre colegas e restante Equipa Técnica;
- Não transmitir problemas pessoais ou de trabalho ao cliente/utente/família/representante;
- Não transmitir informações confidenciais sobre outros clientes/utentes.

B) Regras de apresentação na UCCI:

- Apresentação sóbria e limpa;
- Vestuário e calçado adequado e confortável;
- Usar as batas e os cartões de identificação;
- Não utilizar acessórios pessoais nem maquilhagem em excesso;
- Usar os cabelos apanhados;
- Utilizar os aventais, luvas descartáveis e máscaras faciais, quando necessário.

C) Regras de comportamento das Auxiliares de Acção Médica:

- Tratar o cliente/utente pelo nome;
- Equipar-se para iniciar as tarefas;
- Lavar as mãos frequentemente;
- Adoptar uma atitude tranquila, paciente e de diálogo permanente com o cliente/utente enquanto executa as tarefas, ser prática e dinâmica nas funções que vai desempenhar e estar atenta a detalhes;
- Utilizar um tom de voz calmo;
- Desligar o telemóvel pessoal;
- Manter o telemóvel de serviço no modo silencioso e não falar ao telemóvel excepto em situações de emergência;
- Não comer, não fumar nem mascar pastilha elástica enquanto estiver a desempenhar as suas funções.

As Auxiliares de Acção Médica são coordenadas através de horários definidos mensalmente pela DT.

O desenvolvimento do trabalho das Auxiliares de Acção Médica é efectuado de acordo com os horários definidos no Impresso Horário do Pessoal.

Comprometo-me a respeitar, relativamente aos clientes/utentes do/a _____(nome da Organização), os seguintes aspectos:

- A privacidade e a dignidade
- A identidade pessoal e a intimidade privada e familiar
- Os costumes e o estilo de vida
- A inviolabilidade da correspondência
- A confidencialidade de todas as informações fornecidas pelo cliente/utente
- A origem étnica, cultura, religião, língua, crenças, orientações e convicções.

Asseguro confidencialidade sobre as actividades desenvolvidas e sobre os dados e informações individuais e familiares das pessoas a que tenho acesso, inclusive quando deixar de ter relações laborais com _____(nome da Organização).

____/____/____

(assinatura)

As normas que se seguem fundamentam-se no D.L. nº 437/91 de 19 de Novembro e 412/98 de 8 de Novembro e na Circular Normativa nº 18/92 de 30 de Julho, da Direcção Geral dos Hospitais.

O Enfermeiro-Chefe ou Enfermeiro Responsável deverá elaborar os horários de modo a submetê-lo à aprovação do Provedor ou da Direcção Técnica, no início da segunda semana que se encontra a decorrer, a fim de serem afixados com duas semanas de antecedência da sua entrada em vigor, excepto quando orientações superiores assim o impeçam.

Os regimes de horários praticados são:

- Tempo completo - 35 horas semanais;
- Horário acrescido - 42 horas semanais;
- Tempo parcial -??

O horário diário estabelecido é:

- No turno da manhã de 8 horas ou de 4 horas (M ou M4);
- No turno da tarde de 8 horas ou de 4 horas (T ou T4);
- No turno da noite de 8 horas.

Horário de Tempo completo - 35 horas semanais:

Neste regime de horário, os enfermeiros têm direito a um total de 8 folgas por horário, que correspondem a 2 dias de folga por cada semana de trabalho (uma folga semanal e uma folga complementar), acrescidas das compensações de horas, quer em dias inteiros de descanso (CH) quer em meios dias de trabalho (de acordo com a política da instituição), de forma a não exceder as 140 horas nas 4 semanas.

Em caso de gozo de período de férias ou licença, o cálculo do nº de horas que o enfermeiro deverá fazer naquele horário em questão, é feito tendo em conta que numa semana incompleta de trabalho, se contam os dias efectivos de trabalho como sendo de 7 horas (uma vez que 35h. semanais correspondem a 5 dias de trabalho e 2 dias de folga). Isto sem prejuízo do gozo dos feriados, que recaiam nos dias úteis durante o período de férias, e da apresentação do Enfermeiro no primeiro dia útil após as férias.

Horário Acrescido - 42 horas semanais:

Este regime deve traduzir na prática um aumento do número de efectivos, o que se reflecte no número de turnos disponíveis.

Os enfermeiros têm direito a um total de 4 folgas por horário, que correspondem a 1 dia de folga semanal (Fs) por cada semana de trabalho, acrescidas das compensações de horas em dias inteiros de descanso(CH) ou em meios dias de trabalho, necessárias para que o número de horas a trabalhar nas 4 semanas não exceda as 168 horas.

Em caso de gozo de férias o cálculo do número de horas, que o enfermeiro deverá fazer naquele horário em questão, é feito tendo em conta que um dia efectivo de trabalho representa 7 horas, e uma semana representa 6 dias de trabalho. Isto, sem prejuízo do gozo dos feriados que recaiam em dias úteis e da apresentação no primeiro dia útil após as férias.

Princípios a atender na elaboração do horário:

- Ter em conta o final do horário anterior;
- Entre os turnos deverá mediar, no mínimo, um intervalo de 16 horas, excepto por pedido do trabalhador, devidamente fundamentado e que não traga prejuízo ao serviço;
- Deve existir pelo menos um fim-de-semana livre para o horário de 35 horas e 1 domingo para o horário de 42 horas.
- Não devem existir dias de trabalho isolados;
- Não devem existir mais de 2 noites por semana, seguidas ou interpoladas;
- Não podem vigorar mais de 6 dias consecutivos de trabalho;
- No caso de trabalho por turnos, não deve haver mais de que 1 dia de descanso (folga ou compensação de horas) antes da noite, excepto se for a única forma de dar um fim-de-semana livre nesse horário (nota: os dias de descanso devem ser colocados depois da noite, para permitir a reequilíbrio fisiológico do padrão sono/vigília);
- Nos dias de feriado não se marca folga ou compensação de horas, mas sim o gozo do feriado do próprio dia, que será assinalado com Fé;
- A distribuição dos turnos deve ser equitativa, quer em relação ao número de tardes e noites na sua globalidade, quer dos turnos que recaiam no fim-de-semana.
- As actividades desenvolvidas pelos Enfermeiros, como os períodos de formação ou a participação em eventos científicos, deverão ser assinaladas no horário, com a respectiva legenda.

Depois de elaborado, o horário deve ser analisado nas duas vertentes: horizontal e vertical.

Horizontal - a fim de que sejam garantidos os dias de descanso (folgas e compensações de horas) a que cada um tem direito, de acordo com a legislação e a política da instituição, e assegurada uma distribuição equitativa das tardes e noites.

Vertical - para verificar se todos os turnos se encontram cobertos de acordo com as cargas de trabalho previstas, de modo a assegurar os cuidados de enfermagem necessários em cada turno.

A aferição do número de horas de trabalho reporta-se ao conjunto das 4 semanas e a compensação das horas em excesso, se as houver, é traduzida em dias completos (CH) ou em meios dias de trabalho (meias manhãs ou meias tardes), conforme a política da instituição. Aconselha-se no entanto que, para um horário de 42 horas semanais, o enfermeiro possa gozar até 3 dias de compensações de horas (CH), totalizando assim 7 dias de descanso nas 4 semanas do horário (4 folgas semanais mais 3 dias de compensação de horas). Para um horário de 35 horas semanais, aconselha-se que o número de CH não exceda os 2 dias, totalizando assim, no máximo, 10 dias de descanso nas 4 semanas do horário (4 folgas semanais, 4 folgas complementares e 2 CH).

Se o horário não permitir a compensação de horas em excesso através de dias inteiros de descanso (CH) ou em meios-dias de trabalho, as horas pendentes serão objecto de aferição no horário seguinte.

As horas efectuadas no horário em questão, deverão constar na coluna “Horário programado” e as horas que irão transitar para o horário seguinte, na coluna “Aferição de horas”.

Símbolos a utilizar na elaboração do horário:

M - Manhã (das 8 às 16h.)

M/ ou M4 - Meia manhã (das 8 às 12h.)

T - Tarde (das 16 às 24h.)

T/ ou T4 - Meia tarde (4 horas)

N - Noite (das 24 às 8h.)

Fe - Feriado do próprio dia, ou compensação de feriado atrasado.

Tol- Tolerância do próprio dia, ou compensação de tolerância.

Fs - Folga semanal (a qual deve ser marcada no dia de descanso que estiver mais próximo do Domingo, da respectiva semana).

F - Folga complementar.

CH- Compensação de horas.

S e D - sábado e domingo em período de férias ou licença.

L (de licença) - férias, casamento, maternidade, etc.

Os estágios, a formação e outras situações especiais devem ser devidamente assinalados no horário, com a respectiva legenda.

1. **Objectivo e Campo de Aplicação:** Definir o procedimento a adoptar para o acolhimento inicial e integração do cliente/utente aquando da sua admissão na Organização. Aplica-se a todas as acções respeitantes ao acolhimento inicial e integração do cliente/utente na Organização.

2. **Modo de Proceder:**

No primeiro dia de admissão do cliente/utente na Organização, está presente a Direcção Técnica que desenvolve as seguintes acções:

- Presta os esclarecimentos necessários;
- Evidencia a importância da participação da(s) pessoa(s) próxima(s) do cliente/utente;
- Recorda as regras de funcionamento da Unidade de Cuidados Continuados Integrados;
- Entrega ao cliente/utente ou familiar o Guia de Acolhimento;
- Dá a conhecer o Regulamento Interno;
- Entrega ao cliente/utente o impresso “Lista de Pertences do Cliente/Utente” que depois de preenchido é arquivado no Processo Individual do Cliente/Utente;
- A Direcção Técnica ou a pessoa a quem for delegada essa responsabilidade, faz uma visita pelas instalações com o cliente/utente e/ou familiar;
- Se, durante o período estabelecido para a integração do cliente/utente na Organização, se verificarem reclamações ou ocorrências que evidenciem a inadaptabilidade do cliente/utente, estas são registadas no Impresso “Registo de Não Conformidade Acção Correctiva/Preventiva”, e segue-se o disposto no Procedimento “Não Conformidades, Acções Correctivas e Preventivas”.

(Folha de Rosto)

1. Mensagem da Direcção
2. O que é o Guia de Acolhimento?
3. A Organização
 - Breve historial
 - Missão, Visão e Valores
 - Cultura da Organização
 - A sede da Organização
 - Estrutura da Organização
 - Organograma de gestão funcional
 - Como chegar à Organização
 - Contactos da Organização
 - Informações gerais
4. Direitos e Deveres
 - Direitos dos Clientes/Utentes
 - Deveres dos Clientes/Utentes
 - Direitos da Organização
 - Deveres da Organização
5. Participação dos familiares no Acolhimento do Cliente/Utente

(Logótipo da
Organização)

Lista de Pertences do Cliente/Utente

Bens pessoais	Quantidade	Data de Entrega	Assinaturas		Data de Devolução	Assinaturas		Observações
			Cliente/ Utente	Organização		Cliente/ Utente	Organização	

5. Impressos

Os impressos apresentados aplicam-se a qualquer Unidade de Cuidados Continuados Integrados. Uma vez que não se encontram directamente associados a um Procedimento Documentado ou a uma Instrução de Trabalho tomou-se a opção de os incluir em capítulo próprio.

Tal como já foi referido anteriormente, os restantes impressos elaborados no âmbito do Projecto Qual_Idade e que fazem parte integrante deste Manual foram colocados junto aos Procedimentos Documentados e às Instruções de Trabalho a que dizem respeito de modo a facilitar a apreensão e adopção dos mesmos.

Os impressos podem ser utilizados em suporte papel ou em suporte informático. Qualquer dos modelos apresentados podem ser transformados em ficheiros informáticos caso se verifique uma maior facilidade na utilização e gestão dos mesmos.

No final será incluída uma lista com alguns dos documentos elaborados e disponibilizados pela Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados.

(Logótipo da
Organização)

Plano de Actividades

Ano: _____

Data: ____/____/____

(Folha de Rosto)

1 - Introdução

2 - População Alvo

3 - Objectivos (Impresso: Matriz Global de Gestão)

4 - Actividades a Desenvolver (Remeter para outros Planos, por exemplo, formação; auditorias...)

4.1 - Cronograma do Plano de Actividades (Impresso)

5 - Recursos

5.1 - Recursos Humanos

5.2 - Recursos Materiais

5.3 - Recursos Financeiros

6 - Avaliação/Monitorização

7- Actividades não enquadradas no Plano

8 - Considerações Finais

Processo	Código	Indicador	Fórmula de Cálculo	P	Objectivo	Téc. Estatística	Responsável
Admissão	PC 01	Tempo médio de resposta da admissão (entre o pedido de admissão e a Informação de Admissão/Recusa de Admissão)	Média em dias da diferença entre datas				DC
		Taxa de Admissão	n.º de vagas/n.º de admissões x 100	S		Gráfico de barras	
		N.º de Intercorrências	Contagem directa	S			
		N.º de Reclamações	Contagem directa	T		Gráfico de barras e Gráfico em tarte	
		N.º de alterações ao PIC	Contagem directa	S			
Internamento	PC 02	N.º de altas a pedido	Contagem directa	S		Gráfico de barras	DC
		N.º de Intercorrências	Contagem directa	S			
Cuidados de Saúde	PC 03	N.º de Reclamações	Contagem directa	T			DC
		% de cuidados prestados de acordo com as metas e objectivos definidos nos PIC's do cidadão/utilizador, por cada tipo de serviço	Contagem directa	S		Gráfico de barras e Gráfico em tarte	
		N.º de Intercorrências	N.º de Cuidados Prestados/n.º total de cuidados previstos x 100	T			
Nutrição e Alimentação	PC 04	N.º de Intercorrências	Contagem directa	T			DC
		N.º de Reclamações	Soma das % de Respostas Muito Satisfeito e Satisfeito	S		Gráfico de barras e Gráfico em tarte	
		% de Utentes satisfeitos com os pratos confeccionados	Soma das % de Respostas Muito Satisfeito e Satisfeito ????	A			
		N.º de refeições devolvidas mensalmente	Contagem directa	T			
Cuidados de Higiene, Imagem e Conforto	PC 05	N.º de Intercorrências	Contagem directa	T			DC
		N.º de Reclamações	Soma das % de Respostas Muito Satisfeito e Satisfeito	S		Gráfico de barras e Gráfico em tarte	
Apoio Psicossocial	PC 06	% de Utentes apoiados em serviços sociais	N.º de Utentes com apoio social/n.º total utentes x 100	S			AS

Matriz Global de Gestão

(Logótipo da
Organização)

		% de Utentes alvo de avaliação psicológica	Nº de Utentes apoiados/nº total de Utentes sinalizados x 100	S		Gráfico em tarte	
		% de Utentes abrangidos pelo apoio psicológico	Nº de Utentes com apoio psicológico/nº total Utentes x 100	S		Gráfico em tarte	
		N.º de Intercorrências	Contagem directa	T			
		N.º de Reclamações	Contagem directa	S			
Animação Sócio-Ocupacional	PC 07	N.º de novas actividades não previstas e desencadeadas no decurso da implementação do PASO	Contagem directa	S		Gráfico de barras	DC
		% de actividades realizadas	Nº de Actividades Realizadas/nº total de actividades planeadas x 100	A		Gráfico de barras	
		% de Utentes abrangidos pela animação sócio-ocupacional	Nº Clientes abrangidos/nº total de Clientes x 100	S			
		N.º de Intercorrências	Contagem directa	T			
		N.º de Reclamações	Contagem directa	S			
		Evolução do índice de dependência à entrada e à saída	Média das diferenças individuais	S		Gráfico de barras	
Reabilitação e Terapia Ocupacional	PC 08	N.º de Intercorrências	Contagem directa	T			DC
		N.º de Reclamações	Contagem directa	S		Gráfico de barras	
Indicadores Gerais			Análise das respostas ao IMP.27	A			
			Análise das respostas ao IMP.10	A			
			nº de horas/colaborador/ano	A		Gráfico de barras	

P: Periodicidade

IMP.

Verificação:

Aprovação:

71

Data: ____/____/____

Revisão:

Data: ____/____/____

Cronograma do Plano de Actividades

(Logótipo da
Organização)

Ano:

Assunto: _____

Página: de

Descrição das Acções	Resp.	Meses												Ponto da Situação
		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	

Relatório de Actividades

(Logótipo da
Organização)

Ano: _____
Data: ____/____/____

(Folha de Rosto)

1 - Introdução

2 - Caracterização dos Clientes/Utentes

Grau de Dependência

Apoio prestado

Faixa Etária

Principais patologias

Outras

3 - Organização Interna do Serviço

Pessoal

Dificuldades/Constrangimentos

Resultados/Factores de Sucesso

4 - Balanço do SGQ

A Política da Qualidade

Relatórios de auditorias da qualidade internas e externas

Reclamações

Satisfação dos Clientes/Utentes

Não conformidades

Indicadores de desempenho dos processos

Relatórios de acções correctivas e preventivas

Gestão do Risco: Prevenção e controlo (objectivos mensuráveis que permitam quantificar e melhorar estes aspectos)

Seguimento das acções resultantes das anteriores revisões ao Sistema de Gestão da Qualidade

Concretização dos objectivos definidos

Alterações que possam afectar o Sistema de Gestão da Qualidade

Existência de recursos adequados e eficazes

Necessidades e recomendações da Organização ou outras entidades do sector de actividade

Sugestões de melhoria ao Sistema de Gestão da Qualidade dadas pelos colaboradores

Avaliação de fornecedores

Desempenho dos colaboradores

Anexos (Gráficos e Dados)

IMP.

Verificação:

Revisão:

73
Aprovação:

Data: ____/____/____

Data: ____/____/____

Controlo das Infraestruturas

Ano:

(Logótipo da Organização)

Página: de

Infraestrutura	Contrato de Assistência - Empresa	Modelo de Intervenção	Observações

Assinatura da Direcção

(Logótipo da Organização)

Requisição de Transportes

Ano:

Página: de

Hora	Data	Partida	Destino	Viatura	Motivo	Assinatura

Sugestões de Melhoria

(Logótipo da Organização)

É importante melhorar continuamente a qualidade dos serviços prestados ao Cliente/Utente, introduzir melhorias internas na organização da Unidade de Cuidados Continuados Integrados, nos aspectos físicos, logísticos e condições de trabalho, melhorar os métodos de trabalho, conforto dos Clientes/Utentes e o Sistema de Gestão da Qualidade. Assim, pedimos a Sua colaboração no preenchimento deste impresso sempre que tenha alguma sugestão a fazer. Obrigado.

N.º	SUGESTÃO	JUSTIFICAÇÃO	DATA ASSINATURA	ANÁLISE DA DIRECÇÃO	DATA ASSINATURA

(Logótipo da Organização)	Programa Anual de Actividades Socioculturais dos Clientes/Utentes	ANO: _____
---------------------------	---	------------

Mês	Dia	Actividade	Recursos Humanos	Recursos Financeiros	N.º de Clientes/Utentes que participam

(Logótipo da
Organização)

Registo Geral de Participação nas Actividades Socioculturais

Atividade: _____

Data: ____/____/____

[illegible]

(Logótipo da Organização)

[illegible]

67

(Logótipo da
Organização)

Registo de Higienização das Instalações

Mês/Ano: _____

Local: _____

[illegible]

Nome do(a) Visitante	N.º Documento Identificação	Nome do(a) Cliente/Utente	Data	Hora Entrada	Hora Saída	Assinatura do(a) Responsável

(Logótipo da
Organização)

Registo de Entradas e Saídas de Clientes/Utentes

Nome do(a) Cliente/Utente	Data	Hora Saída	Hora Entrada	Motivo	Assinatura do(a) Responsável

Registo de Mudança de Fralda

(Logótipo da Organização)

Nome: _____													
Mês/Ano: _____													
DIA	MUDANÇA DE FRALDA				Colaborador(a)	DIA	MUDANÇA DE FRALDA				Colaborador(a)		
	Urina	Fezes	Diarreia	Horário			Urina	Fezes	Diarreia	Horário			
1						9							
2						10							
3						11							
4						12							
5						13							
6						14							
7						15							
8						16							

Registo de Posicionamento e Hidratação

(Logótipo da Organização)

Nome: _____

Mês/Ano: _____

D/H	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	00	Colaborador(a)
1																									
2																									
3																									
4																									
5																									

P: Posicionamento

H: Hidratação

Nome: _____

DATA	INFORMAÇÃO MÉDICA
_ : _	
_ : _	
_ : _	
_ : _	
_ : _	
_ : _	

Registo de Medicação

(Logótipo da Organização)

Nome: _____ Mês/Ano: _____

INSTRUÇÕES

- Favor registar o dia e assinar por baixo do turno.
- A **assinatura** do enfermeiro assegura que a **medicação**, conforme a prescrição, para ser administrada no seu turno, **foi efectivamente administrada**. No caso de acontecerem situações que ponham em causa este pressuposto (ex. o cliente/utente recusou, o cliente/utente esteve ausente, o cliente/utente está com dieta zero, etc.) é favor colocar um X no quadrado de "Ocorrência" e, depois, registar na 2ª tabela os factos que são dignos de registo.

DIA	HORÁRIO			DIA	HORÁRIO		
—	_____ Rubrica	_____ Rubrica	_____ Rubrica	—	_____ Rubrica	_____ Rubrica	_____ Rubrica
	____:____	____:____	____:____		____:____	____:____	____:____
	☐ Ocorrência	☐ Ocorrência	☐ Ocorrência		☐ Ocorrência	☐ Ocorrência	☐ Ocorrência

DIA	HORÁRIO			DIA	HORÁRIO		
—	_____ Rubrica	_____ Rubrica	_____ Rubrica	—	_____ Rubrica	_____ Rubrica	_____ Rubrica
	____:____	____:____	____:____		____:____	____:____	____:____
	☐ Ocorrência	☐ Ocorrência	☐ Ocorrência		☐ Ocorrência	☐ Ocorrência	☐ Ocorrência

DIA	HORÁRIO			DIA	HORÁRIO		
—	_____ Rubrica	_____ Rubrica	_____ Rubrica	—	_____ Rubrica	_____ Rubrica	_____ Rubrica
	____:____	____:____	____:____		____:____	____:____	____:____
	☐ Ocorrência	☐ Ocorrência	☐ Ocorrência		☐ Ocorrência	☐ Ocorrência	☐ Ocorrência

DIA	HORÁRIO			DIA	HORÁRIO		
—	_____ Rubrica	_____ Rubrica	_____ Rubrica	—	_____ Rubrica	_____ Rubrica	_____ Rubrica
	____:____	____:____	____:____		____:____	____:____	____:____
	☐ Ocorrência	☐ Ocorrência	☐ Ocorrência		☐ Ocorrência	☐ Ocorrência	☐ Ocorrência

Favor registar as ocorrências/incidentes com a medicação deste(a) cliente/utente, assinalando o dia e o turno.

Dia	Horário	Incidentes/Ocorrências	Assinatura
—	____:____		
—	____:____		
—	____:____		

(Logótipo da
Organização)

(Classificação)_____

[illegible]

Stock de Materiais de Enfermagem da UCCI

(Logótipo da
Organização)

(Classificação) _____

REQUISIÇÃO SEMANA: ☐

DATA ____ / ____ / ____

DEVOLUÇÃO: ☐

CÓDIGO DO SERVIÇO: _____

ASSINATURA DO(A) ENFERMEIRO(A)

CÓDIGO	Material	STOCK	PEDIDO	AVIADO
Soroterapia	Sistemas de soro simples			
	Prolongamentos			
	Torneiras de 3 vias			
	Controladores de gota			
	Obturadores (Bionecteur)			
	Abocath n.º18			
	Abocath n.º 20			
	Abocath n.º 22			
	Agulhas EV (20G x1" 0,90 x25mm)			
	Agulhas IM (21Gx1 ½" 0,50x40mm)			
	Agulhas SC (25Gx5/8" 0,50x16mm)			
	Transfere - Sistemas de transvase			
	Seringas 1ml			
	Seringas 2ml			
	Seringas 5 ml			

Stock de Materiais de Enfermagem da UCCI

(Logótipo da
Organização)

(Classificação)_____

CÓDIGO	Material	STOCK	PEDIDO	AVIADO
	Seringas 10ml			
	Seringas 20ml			
	Contentores de cortantes 1L			
	Contentores de cortantes 3L			
	Soro Fisiológico 10 ml			
	Soro Fisiológico 100 ml			
	Soro Fisiológico 500ml			
	Soro Fisiológico 1000ml			
	Dextrose 5% em SF 500ml			
	Dextrose 5% em H2O 500ml			
	Dextrose 5% em H2O 100ml			
	Soro Polielectrolítico 500 ml			
	Soro Polielectrolítico 1000 ml			
	Glicose Hipertónica 30%			
	Água Destilada 10ml			
	Água destilada 100 ml			
Oxigenoterapia	Óculos Nasais			
	Máscaras faciais 50%			
	Tubos de Guedel			
	Sondas de Aspiração n.º10			
	Sondas de Aspiração n.º12			
	Sondas de aspiração n.º 14			

Stock de Materiais de Enfermagem da UCCI

(Logótipo da
Organização)

(Classificação)_____

CÓDIGO	Material	STOCK	PEDIDO	AVIADO
	Sondas de aspiração n.º 16			
	Sondas de oxigénio			
	Muco-extractor com tampa			
	Máscaras de aerossol c/ reservatório nebulizador			
	Conexões em Y para aspirador			
Eliminação	Algálias Folley n.º 14			
	Algálias Folley n.º 16			
	Algálias Folley n.º 18			
	Algálias Silastic n.º16			
	Algálias Silastic n.º 18			
	Algálias Silastic n.º 20			
	Dispositivos urinários - URINAR			
	Sacos Colectores c/ válvula			
	Seringas Vesicais 100 ml			
	Sondas de enteroclise n.º 22			
	Sondas de enteroclise n.º 28			
Material de Pensos	Gaze para compressas			
	Manga para esterilização 5 cm			
	Manga esterilização 10 cm			
	Manga esterilização			
	Ligaduras de crepe 10cmx 4m			
	Ligaduras de Crepe 5cmx4m			

Stock de Materiais de Enfermagem da UCCI

(Logótipo da
Organização)

(Classificação)_____

CÓDIGO	Material	STOCK	PEDIDO	AVIADO
	Ligaduras de crepe 15cmx10m			
	Adesivo Operfix 10cmx 10m			
	Lâminas de bisturi n.º11			
	Lâminas de bisturi n.º20			
	Steri strip (eurosuture)			
	Pensos Rápidos			
	Placas hidrocolóides (Hidrocoll)			
	INADINE 10X 10 cm			
	Gase Iodoformada 10x 10 cm			
	Placas hidrocolóides Varihesive extra fino 10x10 cm			
	Placas hidrocolóides (ASKINA) 20x20cm			
	Alginato de Cálcio - ALGISITE M 20x20 cm			
	Gaze vaselinada (caixa de 36 peças)			
	Compressas de carvão activado - ACTISORB			
Soluções, Cremes, Pomadas	Hidrogel - Varihesive			
	Colagenase ULCERASE			
	Sulfadiazina de prata - SILVEDERMA			
	Betadine pomada			
	Vitamina A - HALIBUT			
	Óxido de zinco - OLIDERMIL			

Stock de Materiais de Enfermagem da UCCI

(Logótipo da
Organização)

(Classificação)_____

CÓDIGO	Material	STOCK	PEDIDO	AVIADO
	Trombocid			
	Ácido Fusídico - FUCIDINE			
	ÁGUA OXIGENADA			
	Éter Etílico 1L			
	Álcool Etílico 70º 25L			
	Tintura de Benjoin 1L			
	Vaselina Esterilizada			
	Pantenol unguento - Bephanthene			
	Crema Hidratante ATL 1 Kg (com doseador)			
	Cloridrato de lidocaína (LIDONOSTRUM)			
Alimentação	Sondas nasogástricas n.º18			
	Sondas nasogástricas n.º20			
	Tampas para sonda			
Outros Consumíveis				

1 - IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE/UTENTE

Nome

Nome pelo qual prefere ser chamado:

Nº Utente do SNS:

Entidade financiadora responsável:

Nº de utente:

Idade: Data de Nascimento : (dd/mm/aaaa)

Estado civil: ☐ solteiro(a)

☐ casado(a)/união de facto

Profissão:

☐ Aposentado(a)

☐ Desempregado(a)

☐ divorciado(a)

☐ viúvo(a)

Reside com:

Morada:

Tel.:

Nome do familiar/ Pessoa significativa:

Parentesco:

Tel.:

Centro de Saúde:

Médico de Família:

Enfermeiro(a):

2 - DADOS DE ADMISSÃO

Proveniência:

☐ Domicílio

☐ Lar de idosos/Residência

☐ Hospital

☐ Unid. de Convalescença

☐ Unid. de MDR

☐ Unid. de LDM

☐ Centro de Saúde/USF com internamento

Diagnóstico:

Internado de ____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____

Traz carta de transferência de Enfermagem?

☐ Sim

☐ Não

Enfermeiro/a:

Médico/a Assistente:

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS

Patologias conhecidas:

Medicação habitual:

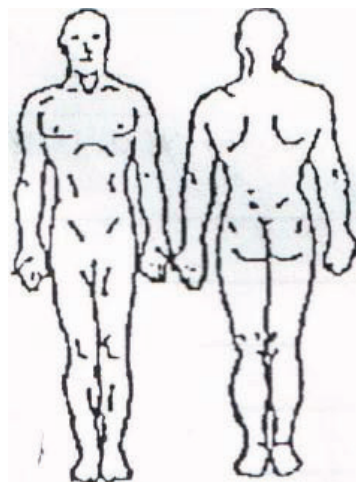
Alergias:

4 - OBJECTIVOS DO INTERNAMENTO:

5- ENQUADRAMENTO/SUPORTE SOCIAL E FAMILIAR (resumido):

6- NECESSIDADES/APOIO ESPIRITUAL:

7 - SINAIS E SINTOMAS VITAIS:			
Temperatura:	Frequência cardíaca:	T.A.	Frequência respiratória:
Dor: ☐ Sim ☐ Não Localização:			
Intensidade referida (assinalar) : <u>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</u> (Observações: 0 = sem dor; 10 = dor máxima.)			
Medicação analgésica prescrita e critérios de administração:			
8 - ACTIVIDADES DE VIDA	OBSERVAÇÃO / CUIDADOS/ TIPO DE AJUDA		
Estado de consciência e Expressão	☐ Consciente ☐ Inconsciente ☐ Confuso/ agitação psicomotora ☐ Orientado ☐ Desorientado Tipo de desorientação: ☐ Disártrico ☐ Afásico Tipo de Afasia ☐ Outra perturbação da linguagem (especificar):		
Higiene e vestuário	Banho: ☐ Independente ☐ Na cama c/ ajuda total ☐ Na cama c/ ajuda parcial ☐ No WC c/ ajuda total ☐ No WC c/ ajuda parcial Vestuário: ☐ Independente ☐ Ajuda total ☐ Ajuda parcial ☐ Outros cuidados pessoais (quais e tipo de ajuda):		
Alimentação e Hidratação	☐ Independente ☐ Ajuda total ☐ Ajuda parcial Tipo de dieta: Peso: Hábitos alimentares/Observações: ☐ Disfagia Tipo - ☐ Gastrostomia ☐ Sonda Naso-gástrica : n.º Entubado a ☐ PEG Data Mudar a :		
Locomoção e Mobilidade	☐ Ajuda parcial ☐ Ajuda total ☐ Independente ☐ Marcha ☐ Transferência ☐ Mobilização na cama ☐ Meios auxiliares de marcha: ☐ Prótese ☐ Canadianas ☐ Bengala ☐ C. rodas ☐ Pirâmide/tripé ☐ Andarilho Observações:		

Eliminação	Vesical	☐ Independente ☐ Ajuda total ☐ Ajuda parcial	☐ Fralda ☐ Dispositivo urinário ☐ Algáliação Tipo de Algália n.º Algaliado a Mudar a	☐ Urostomia ☐ Nefrostomia ☐ Drenagem supra-púbica
	Intestinal	☐ Independente ☐ Ajuda total ☐ Ajuda parcial	☐ Fralda	☐ Colostomia ☐ Íleostomia
Respiração	☐ Dispneia ☐ Ortopneia ☐ Polipneia	☐ Oxigenoterapia ☐ Inala terapia ☐ Ventilação Invasiva ☐ Ventilação Não Invasiva ☐ Outros:	☐ Secreções brônquicas: Características:	
Sono e Repouso	☐ Sem alterações ☐ Acorda facilmente ☐ Dorme por períodos	☐ Insónias ☐ Vespertinas ☐ Intermédias ☐ Matutinas	☐ Indutores do sono (especificar):	
9 - SISTEMA TEGUMENTAR: Mucosas: ☐ Sem alterações ☐ Com alterações(especificar):			Localização 	
Descrição			Tratamento	
1 -				
2 -				
3 -				

4 -		
-----	--	--

GRAU DA ÚLCERA DE PRESSÃO 1 - Eritema/hiperémia não reversível ao alívio da pressão; 2 - Destruição da epiderme e parte da derme. Aspecto de abrasão e/ou flictena; 3 - Destruição total da epiderme e derme com envolvimento das camadas subcutâneas profundas; 4 - Destruição extensa, necrose tecidular, envolvendo o músculo	ASPECTO DA FERIDA/ÚLCERA 1 - Tecido necrosado solto; 2 - Tecido necrosado aderente; 3 - Amolecimento dos bordos da ferida; 4 - Endurecimento dos bordos da ferida; 5 - Tecido de granulação; 6 - Tecido epitelial; 7 - Outros _____	ALTERAÇÕES CUTÂNEAS ASSOCIADAS 1 - Pele brilhante, fina, edema; 2 - Pele seca, eczematosa; 3 - Pele vermelha, quente; 4 - Reacções alérgicas 5 - Alterações da coloração da pele.
---	---	---

10 - OUTRAS OBSERVAÇÕES/CUIDADOS ESPECIAIS:

FONTES DA INFORMAÇÃO:

O(A) ENFERMEIRO(A)

Data:

(Logótipo da Organização)

1 - IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

Nome _____ Nome pelo qual prefere ser chamado: _____

Nº Utente do SNS: _____ Entidade financiadora responsável: _____ Nº de beneficiário: _____

Idade: _____ Data de Nascimento : _____ (dd/mm/aaaa)

Estado civil: ☐ solteiro ☐ casado/união de facto ☐ divorciado ☐ viúvo

Profissão: _____ ☐ Aposentado ☐ Desempregado

Reside com: _____

Morada: _____ Tel.: _____

Nome do familiar/ Pessoa significativa: _____ Parentesco: _____ Tel.: _____

Centro de Saúde: _____ Médico de Família: _____ Enfermeiro: _____

2 - DADOS DE ADMISSÃO**Proveniência:**

- ☐ Domicílio
- ☐ Lar de idosos/Residência
- ☐ Hospital
- ☐ Unid. de Convalescença
- ☐ Unid. de MDR
- ☐ Unid. de LDM
- ☐ Centro de Saúde/USF com internamento

Diagnóstico:

Internado de ____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____

Traz carta de transferência de Enfermagem?

☐ Sim ☐ Não

Enfermeiro:

Médico Assistente:

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS

Patologias conhecidas:

Medicação habitual:

Alergias:

4 - OBJECTIVOS DO INTERNAMENTO:**5- ENQUADRAMENTO/SUPORTE SOCIAL E FAMILIAR (resumido):****6- NECESSIDADES/APOIO ESPIRITUAL:****7 - SINAIS E SINTOMAS VITAIS:**

Temperatura: _____ Frequência cardíaca: _____ T.A. _____ Frequência respiratória: _____

Dor: ☐ Sim ☐ Não Localização: _____

Intensidade referida (assinalar): 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Observações: 0 = sem dor; 10 = dor máxima.)

(Logótipo da Organização)

Medicação analgésica prescrita e critérios de administração:			
8 - ACTIVIDADES DE VIDA		OBSERVAÇÃO / CUIDADOS/ TIPO DE AJUDA	
Estado de consciência e Expressão		☐ Consciente ☐ Inconsciente ☐ Confuso/ agitação psicomotora ☐ Orientado ☐ Desorientado Tipo de desorientação: ☐ Disártrico ☐ Afásico Tipo de Afasia ☐ Outra perturbação da linguagem (especificar):	
Higiene e vestuário		Banho: ☐ Independente ☐ Na cama c/ ajuda total ☐ Na cama c/ ajuda parcial ☐ No WC c/ ajuda total ☐ No WC c/ ajuda parcial Vestuário: ☐ Independente ☐ Ajuda total ☐ Ajuda parcial ☐ Outros cuidados pessoais (quais e tipo de ajuda):	
Alimentação e Hidratação		☐ Independente ☐ Ajuda total ☐ Ajuda parcial Tipo de dieta: Peso: Hábitos alimentares/Observações: ☐ Disfagia Tipo - ☐ Gastrostomia ☐ Sonda Naso-gástrica : n.º Entubado a ☐ PEG Data Mudar a :	
Locomoção e Mobilidade		☐ Independente ☐ Ajuda total ☐ Ajuda parcial ☐ Meios auxiliares de marcha: ☐ Marcha ☐ Marcha ☐ Prótese ☐ Transferência ☐ Transferência ☐ Canadianas ☐ Mobilização na cama ☐ Mobilização na cama ☐ Bengala ☐ C. Rodas ☐ Pirâmide/tripé ☐ Andarilho Observações:	
Eliminação		Vesical ☐ Independente ☐ Ajuda total ☐ Ajuda parcial ☐ Fralda ☐ Dispositivo urinário ☐ Algáliação Tipo de Algália n.º Algaliado a Mudar a ☐ Urostomia ☐ Nefrostomia ☐ Drenagem supra-púbica Observações:	
		Intestinal ☐ Independente ☐ Ajuda total ☐ Ajuda parcial ☐ Fralda ☐ Colostomia ☐ Íleostomia Observações:	

Respiração	☐ Sem alterações ☐ Dispneia ☐ Ortopneia ☐ Polipneia Observações: ☐ Oxigenoterapia ☐ Inala terapia ☐ Ventilação Invasiva ☐ Ventilação Não Invasiva ☐ Outros: ☐ Secreções brônquicas: Características:
Sono e Repouso	☐ Sem alterações ☐ Acorda facilmente ☐ Dorme por períodos Observações: ☐ Insónias ☐ Vespertinas ☐ Intermédias ☐ Matutinas ☐ Indutores do sono (especificar):

9 - SISTEMA TEGUMENTAR:

Mucosas:

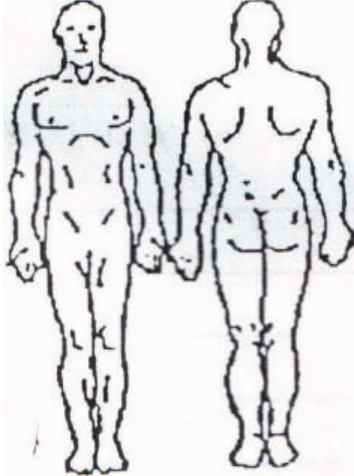
☐ Sem alterações
☐ Com alterações (especificar):

Pele:

☐ Íntegra
☐ Com soluções de continuidade:
☐ Úlceras de pressão
☐ Ferida cirúrgica
☐ Úlcera varicosa
☐ Outras (especificar):
☐ Com outras alterações (especificar):

Descrição	Tratamento
1-	
2-	
3-	
4-	
5-	
6-	
7-	
8-	
9-	

Localização



(Logótipo da Organização)

Colheita de dados de enfermagem

10 - OUTRAS OBSERVAÇÕES/CUIDADOS ESPECIAIS:

FONTES DA INFORMAÇÃO:

O ENFERMEIRO:

Data:

CAPACIDADE FÍSICA E FUNCIONAL

Índice de Katz

Tomar banho (na banheira ou chuveiro)

Não recebe assistência (entra e sai da banheira sem ajuda) ☐

Recebe assistência no banho apenas a uma parte do corpo, como costas ou uma perna ou para entrar ou sair da banheira ☐

Recebe assistência no banho a mais do que uma parte do corpo ☐

Observações

Vestir-se (tira as roupas das gavetas e armários incluindo roupa de baixo, roupa de saída usando fixadores (incluindo suspensórios se utilizados)

Obtém as roupas e veste-se completamente sem auxílio ☐

Obtém as roupas e veste-se sem auxílio, excepto para atar os sapatos ☐

Recebe auxílio para preparar as roupas ou para se vestir, ou fica parcial ou completamente despido ☐

Observações

Casa de banho (cuidados de higiene) - vai à casa de banho para urinar ou defecar, limpa-se sozinho após defecar ou urinar e arranja as roupas

Vai à casa de banho para o processo de eliminação, limpa-se e compõe as roupas sem auxílio (pode usar objectos de suporte como bengala, muleta ou cadeira de rodas e pode preparar a arrastadeira para a noite, despejando-a de manhã). ☐

Recebe assistência para ir à casa de banho ou para se limpar, para vestir as roupas ou preparar o bacio para passar a noite ☐

Não vai à casa de banho para o processo de eliminação O

Transferência

Deita-se e levanta-se da cama assim como se senta e levanta da cadeira sem auxílio (pode usar objectos de suporte, como muletas ou bengala) O

Necessita de auxílio para se deitar e levantar da cama e para se sentar e levantar da cadeira O

Não sai da cama O

Continência

Controla os movimentos de urinar e defecar por si próprio O

Tem acidentes ocasionais O

Ajuda na verificação do controlo da retenção da urina e fezes, usa cateter ou é incontinente O

Alimentação

Alimenta-se sem ajuda O

Alimenta-se sem ajuda excepto para cortar carne ou pôr manteiga no pão O

Recebe assistência na alimentação ou é alimentado em parte ou completamente por tubos ou fluidos intravenosos O

TOTAIS:

Nível I ☐

Nível II ☐

Nível III ☐

Nível IV ☐

**ACTIVIDADES
SENSORIAIS**

Fala

Expressão verbal perfeita /
correcta O

Não compreensão ou
afasia O

Visão

Normal O

(Logótipo da
Organização)

Índice de KATZ

Má	☐
Muito má ou cegueira (cego)	☐

Audição

Normal	☐
Má	☐
Muito má (surdez)	☐

Observações

--

Utente n.º	
Nome	
Sexo	Idade
Entidade Responsável	Beneficiário n.º
Morada	
Código Postal	Localidade

Relatório do Serviço Social

Data de Admissão	Data de Alta
Proveniência	Destino
Data ____ / ____ / ____	O(A) Técnico(a) Superior de Serviço Social _____

Utente n.º

Nome

Sexo

Idade

Entidade Responsável

Beneficiário n.º

Morada

Código Postal

Localidade

Relatório de Fisiatria

Data ____ / ____ / ____

Assinatura do Fisiatra _____

Nota de Alta/Transferência de Enfermagem

(Logótipo da Organização)

1 - IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

Nome _____ Nome pelo qual prefere ser chamado: _____

Nº Utente do SNS: _____ Entidade financiadora responsável: _____ Nº de beneficiário: _____

Idade: _____ Data de Nascimento : _____ (dd/mm/aaaa)

Estado civil: ☐ solteiro ☐ casado/união de facto ☐ divorciado ☐ viúvo

Profissão: _____ ☐ Aposentado ☐ Desempregado

Reside com: _____

Morada: _____ Tel.: _____

Nome do familiar/ Pessoa significativa: _____ Parentesco: _____ Tel.: _____

Centro de Saúde: _____ Médico de Família: _____ Enfermeiro: _____

2 - DADOS DE ADMISSÃO

Motivo do internamento nesta UCC:

Proveniência:

- ☐ Domicílio
- ☐ Lar de idosos/Residência
- ☐ Hospital
- ☐ Unid. de Convalescença
- ☐ Unid. de MDR
- ☐ Unid. de LDM
- ☐ Centro de Saúde/USF com internamento

Diagnóstico de admissão: _____

Internado de ____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____

Terapêutica à Entrada: _____

Médico assistente: _____

Enfermeiro: _____

3 - MOTIVO DA ALTA

- ☐ Obtenção dos objectivos terapêuticos previstos ☐ Agudização ☐ Cronicidade ☐ Alta voluntária
- ☐ Outros (especificar) _____

4 - DESTINO

- ☐ Domicílio sem indicação p/ cuidados domiciliários ☐ Lar de idosos /Residência
- ☐ Domicílio com indicação p/ cuidados domiciliários ☐ Hospital
- ☐ Domicílio com indicação de Unidade de Dia ☐ Unidade de Convalescença
- ☐ Outros (especificar) _____ ☐ Unidade de MDR
- ☐ Unidade de LDM
- ☐ Unidade de Cuidados Paliativos

5 - ANTECEDENTES PESSOAIS/RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA

Patologias conhecidas: _____

Medicação habitual: _____

Nota de Alta/Transferência de Enfermagem

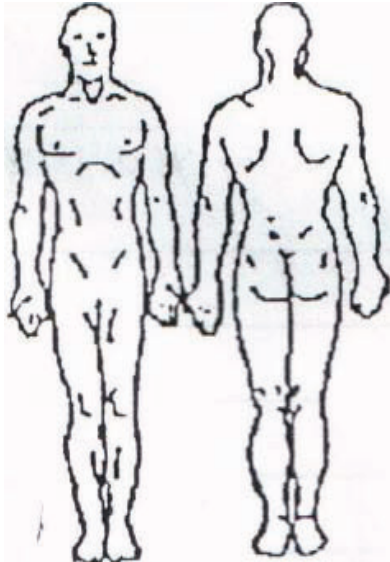
(Logótipo da Organização)

Internamentos anteriores (data e local):			
Alergias:			
6- ACTIVIDADE DE VIDA	SITUAÇÃO ACTUAL / TIPO DE AJUDA		
Estado de consciência e Expressão	☐ Consciente ☐ Inconsciente ☐ Confuso/ agitação psicomotora	☐ Orientado ☐ Desorientado Tipo de desorientação	☐ Disártrico ☐ Afásico Tipo de Afasia ☐ Outra perturbação da linguagem (especificar):
Higiene e vestuário	Banho: ☐ Independente ☐ Na cama c/ ajuda total ☐ Na cama c/ ajuda parcial ☐ No WC c/ ajuda total ☐ No WC c/ ajuda parcial Vestuário: ☐ Independente ☐ Ajuda total ☐ Ajuda parcial ☐ Outros cuidados pessoais (quais e tipo de ajuda):		
Alimentação e Hidratação	☐ Independente ☐ Ajuda total ☐ Ajuda parcial Tipo de dieta: ☐ Disfagia Tipo - ☐ Gastrostomia ☐ PEG Data Peso: Hábitos alimentares/Observações:		
Locomoção e Mobilidade	☐ Independente ☐ Ajuda total ☐ Marcha ☐ Transferência ☐ Mobilização na cama ☐ Ajuda parcial ☐ Marcha ☐ Transferência ☐ Mobilização na cama Observações:		
Eliminação	Vesical	☐ Independente ☐ Ajuda total ☐ Ajuda parcial ☐ Fralda ☐ Dispositivo urinário ☐ Algáliação Tipo de Algália n.º Algaliado a Mudar a Observações:	
		☐ Meios auxiliares de marcha: ☐ Prótese ☐ Canadianas ☐ Bengala ☐ C. rodas ☐ Pirâmide/tripé ☐ Andarilho	
		☐ Urostomia ☐ Nefrostomia ☐ Drenagem supra-púbica	

Nota de Alta/Transferência de Enfermagem

(Logótipo da Organização)

	Intestinal	☐ Independente ☐ Ajuda total ☐ Ajuda parcial Observações:	☐ Fralda ☐ Colostomia ☐ Íleostomia
Respiração	☐ Sem alterações ☐ Dispneia ☐ Ortopneia ☐ Polipneia Observações: ☐ Oxigenoterapia ☐ Inala terapia ☐ Ventilação Invasiva ☐ Ventilação Não Invasiva ☐ Outros: ☐ Secreções brônquicas: Características:		
Sono e Repouso	☐ Sem alterações ☐ Acorda facilmente ☐ Dorme por períodos Observações: ☐ Insónias ☐ Vespertinas ☐ Intermédias ☐ Matutinas ☐ Indutores do sono (especificar):		
7 - SISTEMA TEGUMENTAR:		Localização	
Mucosas: ☐ Sem alterações ☐ Com alterações (especificar):		Pele: ☐ Íntegra ☐ Com soluções de continuidade: ☐ Úlceras de pressão ☐ Ferida cirúrgica ☐ Úlcera varicosa ☐ Outras (especificar): ☐ Com outras alterações (especificar):	
Descrição	Tratamento		
1-			
2 -			
3 -			
4 -			
5 -			
6 -			
7 -			
8 -			
9 -			



8 - DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM À DATA DA ALTA / TRANSFERÊNCIA INCLUINDO TERAPÊUTICA À SAÍDA:

9 - OBSERVAÇÕES: (ADESÃO AO TRATAMENTO; ENVOLVIMENTO DA FAMÍLIA / CUIDADORES; ENSINO FEITO DURANTE O INTERNAMENTO; TERAPÊUTICA NO DIA DA ALTA...):

O ENFERMEIRO:

Data:

Em caso de dúvidas, pode contactar a nossa Unidade pelo telefone:

Extensão

À Equipa Coordenadora Local

Informação de Alta de Cliente/Utente

A Unidade de _____ da Santa Casa da Misericórdia de _____ informa que o utente _____, Beneficiário nº _____ do _____ tem alta prevista para o dia ____ / ____ / ____

Informação Clínica e Social

Motivo da Alta

Proposta de Reencaminhamento

Obtenção dos objectivos terapêuticos	☐	Domicílio s/ cuidados domiciliários	☐
Limite do prazo de internamento	☐	Domicílio c/ cuidados domiciliários	☐
Transferência para hospital de agudos	☐	Domicílio/Unidade de Dia	☐
Alta a pedido	☐	Lar de Idosos	☐
Outro (_____)	☐	Unidade de Media Duração e Reabilitação	☐
		Unidade de Longa Duração e Manutenção	☐
		Outro (_____)	☐

Diagnóstico Principal de Alta

Diagnóstico Secundário de Alta

MAB

Índice de Lawton

Outras Informações

Data ____ / ____ / ____

Assinatura _____

(Logótipo da
Organização)

Declaração de Levantamento de Cadáver

Eu (nome do(a) Colaborador(a)) _____

_____ declaro que acompanhei o processo de
levantamento de cadáver, (nome da Sr./Sra. Falecido(a))

_____ depositado(a) na morgue da Unidade de Cuidados
Continuados Integrados da _____ (nome da Organização).

Eu (nome de quem procedeu ao levantamento) _____

_____ declaro que procedi ao
levantamento do cadáver acima identificado, sendo representante da Entidade/Agência
_____.

(local), ____ de _____ de _____

Assinatura legível do(a) Colaborador(a)

Assinatura legível do(a) responsável pelo levantamento

Introdução

Objectivos

Identificação da Unidade de Cuidados Continuados Integrados

Localização Geográfica

Descrição do Estabelecimento

Identificação das Fontes de Energia

População por Piso, tendo em conta o Período de Funcionamento

Identificação de Riscos

Internos

Externos

Meios e Recursos

Meios de 1.ª Intervenção no combate a Incêndios

Alarme e Alerta

Sinalização de Segurança

Iluminação de Emergência

Organização de Segurança

Estrutura Interna de Segurança

Plano de Intervenção

Plano de Evacuação

Intervenção Externa (Bombeiros, GNR, SMPC)

Informações à Comunicação Social

Instruções de Segurança

Instruções Gerais de Segurança

Normas de Evacuação

Instruções Especiais

Exercícios e Treinos

Recomendações Gerais

ANEXOS

Lista Telefónica de Emergência

Planta de Localização e Acessibilidades

Planta de Emergência

(Folha de Rosto)

Capítulo I - Das Disposições Gerais

Artigo 1.º - Denominação

Artigo 2.º - Missão, Visão, Valores e Objectivos

Artigo 3.º - Cuidados e Serviços a prestar aos Utentes

Capítulo II - Órgãos e Estrutura

Secção I - Dos Órgãos e Estrutura em Geral

Artigo 4.º - Enumeração e Natureza dos Órgãos

Artigo 5.º - Pessoal dirigente

Secção II - Do Conselho Directivo

Artigo 6.º - Composição do Conselho Directivo

Artigo 7.º - Competências e responsabilidades do Conselho Directivo

Artigo 8.º - Director Técnico

Artigo 9.º - Competências e responsabilidades do Director Técnico

Artigo 10.º - Director Clínico

Artigo 11.º - Competências e responsabilidades do Director Clínico

Artigo 12.º - Enfermeiro Responsável/Técnico do Serviço Social

Artigo 13.º - Competências e responsabilidades do Enfermeiro Responsável/Técnico do Serviço Social

Secção III - Do Conselho Técnico

Artigo 14.º - Composição do Conselho Técnico

Artigo 15.º - Competências do Conselho Técnico

Capítulo III - Dos Recursos

Secção I - Dos Recursos Financeiros

Artigo 16.º - Receitas da UCCI

Secção II - Dos Recursos Humanos

Artigo 17.º - Quadro de Pessoal

Artigo 18.º - Gestão de Recursos Humanos

Artigo 19.º - Política de Formação

Capítulo IV - Estrutura e Organização dos Serviços

Secção I - Da Organização dos Serviços em Geral

Artigo 20.º - Tipologia dos Serviços

Secção II - Estrutura dos Serviços Assistenciais

Artigo 21.º - Serviços Assistenciais

Secção III - Dos Serviços de Apoio à Gestão e Logística

Artigo 22.º - Estrutura dos Serviços

Artigo 23.º - Responsáveis das Unidades de Apoio à Gestão e à Logística

Capítulo V - Condições de Funcionamento

Secção I - Admissão e Mobilidade dos Clientes/Utentes

Artigo 24.º - Referenciação de Clientes/Utentes

Artigo 25.º - Requisitos de admissão

Artigo 26.º - Processo de admissão de Clientes/Utentes

Artigo 27.º - Processo individual do Utente

Artigo 28.º - Mobilidade e Alta

Artigo 29.º - Situação de reserva de vaga

Artigo 30.º - Horário de funcionamento e das refeições da UCCI

Secção II - Direitos e Deveres do Clientes/Utentes, dos seus cuidadores informais e representantes legais

Artigo 31.º - Direitos dos Clientes/Utentes

Artigo 32.º - Deveres dos Clientes/Utentes

Artigo 33.º - Direitos dos cuidadores informais e representantes legais

Artigo 34.º - Deveres dos cuidadores informais e representantes legais

Artigo 35.º - Visitas a Clientes/Utentes e Voluntariado

Secção III - Instalações e equipamentos

Artigo 36º - Instalações

Artigo 37º - Equipamentos

Capítulo VI - Disposições finais

Artigo 38º - Avaliação da satisfação e dos resultados

Artigo 39º - Relacionamento com a comunidade

Artigo 40.º - Liga dos Amigos da UCCI e Outras Iniciativas

Artigo 41º - Livro de Reclamações

Artigo 42º - Documentos a afixar

Artigo 43º - Casos omissos

Artigo 44.º - Entrada em Vigor

Anexo I - Organigrama

Anexo II - Quadro de pessoal da UCCI

Anexo III - Equipamentos

Lista de Documentos da Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

- ✓ Manual de Procedimentos de Referenciação
- ✓ Método de Avaliação Biopsicossocial (MAB) Admissão
- ✓ Método de Avaliação Biopsicossocial (MAB) Internamento
- ✓ Orientações para a Utilização de Fármacos
- ✓ Orientações para a Prevenção de Úlceras de Pressão
- ✓ Orientações para a criação de Equipas de Cuidados Continuados Integrados em Centros de Saúde
- ✓ Manual de Planeamento e Gestão de Altas
- ✓ Manual de Procedimentos de Referenciação
- ✓ Recomendações para Instalações e Equipamentos
- ✓ Enquadramento das Unidades de Convalescença na RNCCI
- ✓ Orientações Gerais para a Abordagem Multidisciplinar e Humanização na RNCCI
- ✓ Procedimentos para Análise e Avaliação de Instalações para Unidades de Cuidados Continuados Integrados
- ✓ Normas de Decoração de Veículos de Apoio no âmbito da RNCCI
- ✓ Normas de Etiquetagem de pedidos de Meios Complementares de Diagnóstico

Documentos do Grupo Associativo de Investigação em Feridas - GAIF

No website do GAIF - Grupo Associativo de Investigação em Feridas poderão encontrar-se os seguintes documentos:

- √ Escala de Cicatrização da Úlcera de Pressão
- √ Instrumento de Avaliação do Estado da Úlcera de Pressão
- √ Diagrama de Avaliação+ Decisão Terapêutica Úlcera
- √ Esquema Cardiff de Impacto da Ferida
- √ Impresso do Estudo da Prevalência das Úlceras de Pressão
- √ Instrumento de Avaliação da Pele

6. Modelos de Questionários de Avaliação do Grau de Satisfação

O questionário a seguir apresentado é o modelo disponibilizado pelo Grupo Misericórdias Saúde. Este modelo foi testado na Unidade de Cuidados Continuados do Hospital da Arruda dos Vinhos, pertencente à Santa Casa da Misericórdia de Arruda dos Vinhos, e foi validado sem qualquer alteração relativamente à sua estrutura inicial.

O modo de aplicação do questionário é o que consta da Instrução de Trabalho “Avaliação da Satisfação dos Clientes/Utentes e Tratamento das Reclamações”.

Sugestões e outros comentários

Identificação (Facultativo)

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA
de _____

(colocar logótipo da Misericórdia)

**QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO
DO GRAU DE SATISFAÇÃO
DOS UTENTES INTERNADOS**

Unidade de _____ Data: ____ / ____ / ____

Muito Obrigado pela sua colaboração!

1. Forma como foi recebido(a) e tratado(a) pela equipa da Unidade

1.1. Médicos

Muito bom

Bom

Acetável

Mau

1.2. Enfermeiros

1.3. Auxiliares de Acção Médica

1.4. Administrativos

1.5. Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica

1.6. Assistente Social

Comentários

2. Condições do quarto em que ficou instalado(a)

2.1. Silêncio

Muito bom

Bom

Acetável

Mau

2.2. Privacidade

2.3. Higiene e Limpeza

Comentários

3. Condições das Instalações Sanitárias

3.1. Localização

Muito bom

Bom

Acetável

Mau

3.2. Dimensão e Qualidade das Instalações

3.3. Higiene e Limpeza

Comentários

4. Roupa

4.1. Frequência das Mudanças

Muito bom

Bom

Acetável

Mau

4.2. Qualidade

4.3. Limpeza

Comentários

5. Condições das Zonas de Utilização Comum (Salas de Estar, de Refeições, etc)

Muito bom

Bom

Acetável

Mau

Comentários

6. Alimentação

6.1. Horário das Refeições

6.2. Temperatura

6.3. Quantidade

6.4. Qualidade

6.5. Variedade

Comentários

7. Visitas

7.1. Horário

Muito bom

Bom

Acetável

Mau

7.2. Número de Visitas

Comentários

8. Informação que lhe foi dada sobre o seu estado de saúde

8.1. No momento da admissão na Unidade

Muito bom

Bom

Acetável

Mau

8.2. Durante o Internamento (evolução da sua saúde)

8.3. À saída (cuidados a ter na recuperação)

Comentários

9. Atendimento dos seus pedidos

Muito bom

Bom

Acetável

Mau

Comentários

10 Em termos gerais, qual a sua opinião sobre a Unidade

10.1. Quanto à eficácia

Muito bom

Bom

Acetável

Mau

10.2. Quanto ao rigor

10.3. Quanto à rapidez de resposta aos seus pedidos

10.4. Quanto à cordialidade

10.5. Quanto à comodidade

Comentários

6.1. Avaliação do Grau de Satisfação dos Familiares

Em diversos casos podemos ver a avaliação do grau de satisfação dos familiares no mesmo questionário do dos Clientes/Utentes. Este método poderá numa primeira fase facilitar o preenchimento do questionário, nomeadamente nos casos em que o cliente/utente se encontra incapacitado de realizar ele próprio o preenchimento. Porém, numa segunda fase, em que se procederá à análise dos dados recolhidos, verificar-se-á que a percepção de uns e outros relativamente aos serviços prestados são substancialmente diferentes. Logo, para garantir uma maior eficácia dos dados recolhidos na melhoria dos serviços, as questões referentes aos familiares deverão ser incluídas num questionário próprio. Tal não invalida que o familiar possa apoiar o cliente/utente no questionário a este dirigido.

O questionário a seguir apresentado foi testado e validado em contexto real e pode ser utilizado pelas Unidades de Cuidados Continuados Integrados no presente formato ou adaptado consoante se pretendam respostas mais ou menos incisivas.

O questionário deverá ser aplicado no final de cada período de internamento.

Nome: _____

Data: ____/____/____

De forma a melhorar os nossos serviços e promover o bem-estar e a qualidade de vida a que os Clientes/Utentes internados têm direito, gostaríamos de contar com a sua colaboração. Neste sentido, agradecemos que avaliasse o serviço que prestamos indicando o seu grau de satisfação em relação a cada um dos aspectos abaixo mencionados.

Instruções de preenchimento:

- Leia cada afirmação atentamente e responda assinalando com uma cruz (X) a sua escolha nos quadrados correspondentes;
- No caso de alguma das afirmações não se aplicar à sua situação poderá indicá-lo assinalando o rectângulo NA (Não aplicável);
- Todas as respostas a este questionário são confidenciais e serão usadas, única e exclusivamente, para melhorar a qualidade dos serviços que prestamos.

	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito	NA
1. Atendimento						
1.1. Admissão	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1.2. Atendimento com a Família e Cliente/Utente	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Acolhimento e Integração						
2.1. Entrega e explicação do regulamento interno	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.2. Avaliação das necessidades e expectativas do Cliente/Utente	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.3. Participação na Integração do Cliente/Utente na UCCI	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Actividades e Funcionamento da Unidade						
3.1. Participação dos familiares no Plano Individual de Cuidados do Cliente/Utente	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3.2. Participação dos familiares nas actividades da UCCI	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito	NA
3.3. Reuniões da equipa técnica com a Família	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3.4. Cumprimento das responsabilidades pela UCCI	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3.5. Informações da UCCI aos familiares, sobre o utente.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3.6. Horários das Visitas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3.7. Resolução de problemas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Prestação de Serviços						
4.1. Condições físicas das instalações	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.2. Percepção quanto aos serviços prestados	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Atitude dos Profissionais						
5.1. Simpatia e cortesia	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5.2. Interesse e empenho na resolução dos problemas dos Clientes/Utentes	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Sugestões e/ou outros comentários:

Obrigado pela sua colaboração!

6.2. Avaliação do Grau de Satisfação dos Colaboradores

O questionário de avaliação da satisfação dos colaboradores foi elaborado tendo por base um trabalho do Grupo Misericórdias Saúde. Depois de analisado e de feitas as necessárias adaptações deu origem ao questionário a seguir apresentado, o qual foi testado e validado em contexto real.

O questionário deverá ser aplicado uma vez por ano ou semestralmente de acordo com a rotatividade dos colaboradores de cada UCCI.

Nome (facultativo): _____

Função (facultativo): _____

Data: ____/____/____

Caro colaborador, gostaríamos de saber em que medida está satisfeito com o seu trabalho e para tal pedimos a sua colaboração no preenchimento do questionário seguinte. A sua opinião é importante para nós e só assim poderemos melhorar e aperfeiçoar as condições de trabalho.

Instruções de preenchimento:

- Leia cada afirmação atentamente e responda assinalando com uma cruz (X) a sua escolha nos quadrados correspondentes;
- No caso de alguma das afirmações não se aplicar à sua situação poderá indicá-lo assinalando o rectângulo NA (Não aplicável);
- Todas as respostas a este questionário são confidenciais e serão usadas, única e exclusivamente, para melhorar a qualidade das condições de trabalho.

	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito	NA
1. Organização do serviço onde trabalha	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Funcionamento do serviço onde trabalha	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Colaboração e clima de relação com os seus colegas de trabalho	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Competência e desempenho do seu superior imediato	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Competência e desempenho dos seus subordinados	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Satisfação em relação ao trabalho que realiza	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Horário de trabalho	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Remuneração	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. Sistema de avaliação de desempenho	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. Formação recebida	☐	☐	☐	☐	☐	☐

(Logótipo da
Organização)

Questionário de Avaliação da Satisfação dos Colaboradores

	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito	NA
11. Perspectivas de promoção	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. Informação necessária ao bom desempenho das suas funções	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13. Canais de comunicação existentes (Ex.: informações/notas internas, placards informativos, reuniões, correio electrónico)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14. Grau de motivação	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15. Considerando todos os aspectos do seu trabalho e da sua vida nesta organização está:	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Sugestões e/ou outros comentários:

Obrigado pela sua colaboração

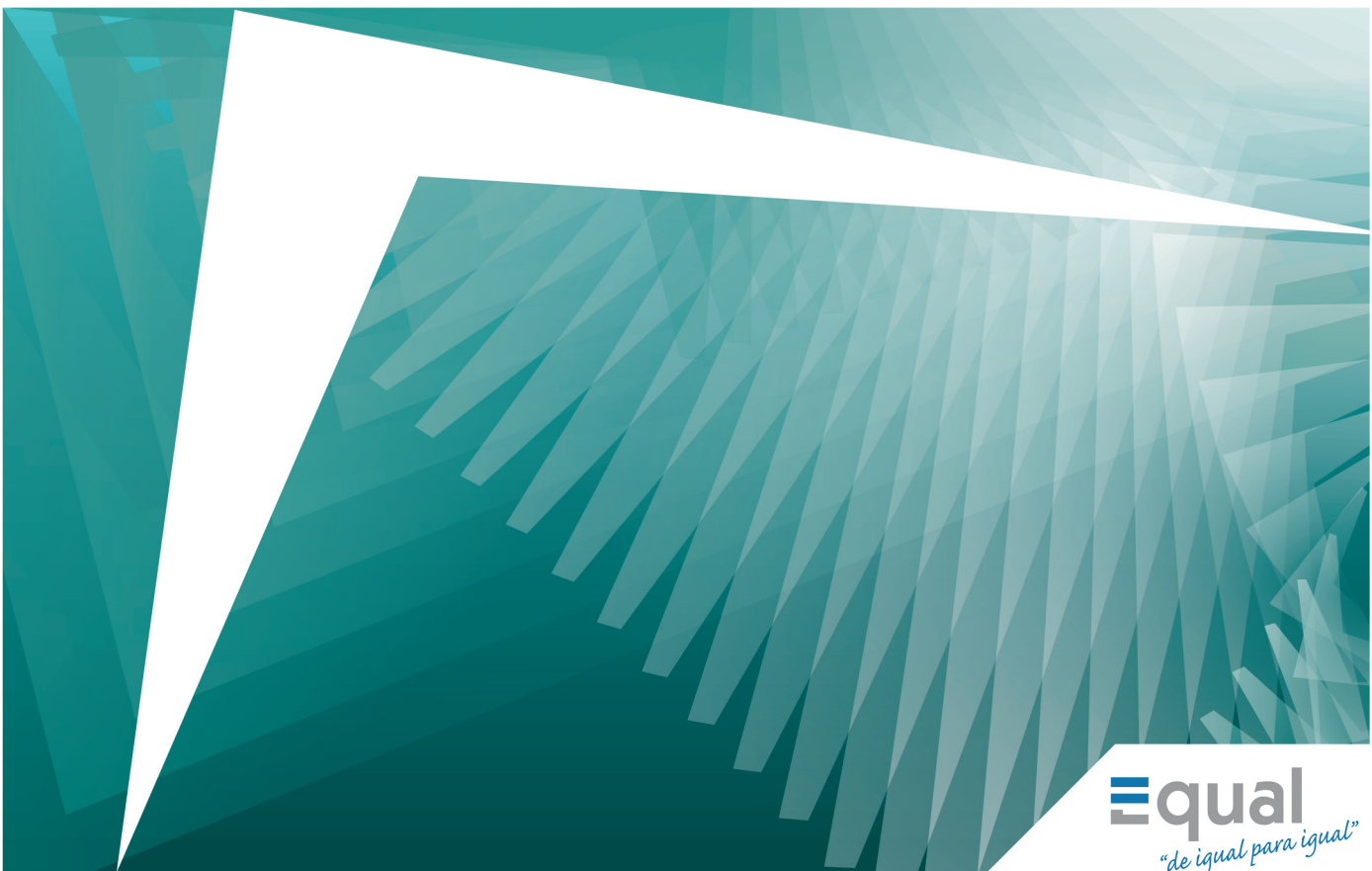
Bibliografia

- “Integração da Perspectiva de Género”, Coleção Saber Fazer, n.º 7, Comissão Europeia, 2004.
- Autoridades de Gestão EQUAL da Áustria, Bélgica (flamenga), Bélgica (francófona), Espanha, Estónia e Finlândia, “Contributos EQUAL para a Integração da igualdade de género no FSE 2007-2013”, Coleção DISSEMINAR, n.º 8, Dezembro de 2006, Gabinete de Gestão EQUAL, Tradução: Maria Carvalho;
- GANHÃO, Fernando Nogueira, A Qualidade Total, Lisboa, Cedintec, 1991;
- Gestão da Qualidade das Respostas Sociais - Apoio Domiciliário, Instituto da Segurança Social, I.P., 2005;
- Modelo de Excelência da European Foundation for Quality Management;
- Modelo para Avaliação da Qualidade das Unidades de Internamento e Outras Respostas de Cuidados às Pessoas Idosas e às Pessoas em Situação de Dependência, Instituto da Qualidade em Saúde;
- NP 4433:2005, Linhas de Orientação para a documentação de sistemas de gestão da qualidade;
- NP 4460-1, Ética nas organizações, Parte 1: Linhas de orientação para o processo de elaboração e implementação de códigos de ética nas organizações;
- NP EN ISO 9000:2005, Sistemas de Gestão da Qualidade - Fundamentos e Vocabulário;
- NP EN ISO 9001:2000, Sistemas de Gestão da Qualidade - Requisitos;
- NP EN ISO 9004:2000, Sistemas de Gestão da Qualidade - Linhas de orientação para a melhoria do desempenho;

Sites Consultados

- <http://www.ipq.pt>
- <http://www.ine.pt>
- <http://www.socialgest.pt>
- <http://dre.pt/>
- <http://www.rncci.min-saude.pt/>
- <http://www.equal.pt>

QUALIDADE



 **qual**
"de igual para igual"