



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

FACULDADE DE ECONOMIA

Relatório de Estágio Curricular

Práticas de Gestão da Qualidade no Centro Hospitalar de
Coimbra, EPE – estudo da manutenção hospitalar e do
projecto de acreditação

DANIELA COSTA DE MATOS

COIMBRA

Julho de 2010

Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra

Relatório de Estágio Curricular

Centro Hospitalar de Coimbra, EPE

Trabalho de fim de curso, referente ao estágio curricular realizado no âmbito do Mestrado em Gestão, sob a supervisão do Doutor Ricardo Mota (Administrador do Serviço de Instalações e Equipamentos) e da Doutora Paula de Sousa (Directora do Gabinete da Qualidade e Comunicação) e orientação da Professora Doutora Margarida Mano. Elaborado por Daniela Costa de Matos.

COIMBRA

Julho de 2010

Índice

Sumário	iii
Lista de quadros	v
Lista de figuras	v
Lista de siglas e acrónimos	vi
Agradecimentos	vii
Capítulo 1 – Introdução	1
Capítulo 2 – Centro Hospitalar de Coimbra, EPE	3
Capítulo 3 – Gestão da Qualidade e Saúde	10
Capítulo 4 – Estudo de Caso	37
Capítulo 5 – Conclusão	63
Referências Bibliográficas	67
Anexos	I

Sumário

Capítulo 1 – Introdução	1
Capítulo 2 – Centro Hospitalar de Coimbra, EPE	3
2.1 Breve Apresentação	3
2.2 Evolução Histórica	6
2.3 Estrutura Organizacional	8
Capítulo 3 – Gestão da Qualidade e Saúde	10
3.1 Conceito de Qualidade na Saúde	10
3.2 Práticas de Gestão da Qualidade na Saúde	18
3.2.1 Visão, Missão, Valores e Objectivos das Organizações de Prestação de Cuidados de Saúde e Boa Governação como contributo para a Qualidade na Saúde	19
3.2.2 Certificação e Acreditação	24
3.2.2.1 Acreditação através da <i>Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations</i>	30
3.2.2.2 Acreditação através da <i>CHKS Healthcare Accreditation and Quality Unit</i>	31
3.2.2.3 Síntese Comparativa	33
3.3 Saúde em Portugal e Qualidade	34
Capítulo 4 – Estudo de Caso	37
4.1 Práticas de Gestão da Qualidade na Manutenção Hospitalar	37
4.1.1 Manutenção Hospitalar e o Serviço de Instalações e Equipamentos do Centro Hospitalar de Coimbra, EPE	37
4.1.2 A Gestão do Património dos Hospitais e o Processo de Transição (mudança física e conceptual) das Instalações no Hospital Pediátrico do Centro Hospitalar de Coimbra, EPE	42
4.1.3 Actividades Desenvolvidas e Análise Crítica	44
4.2 Práticas de Gestão da Qualidade no Projecto de Acreditação	50
4.2.1 O Gabinete da Qualidade e Comunicação do Centro Hospitalar de Coimbra, EPE	51
4.2.2 O Processo de Acreditação do Centro Hospitalar de Coimbra, EPE através do Programa “ <i>CHKS Healthcare Accreditation and Quality Unit</i> ”	51

4.2.3 Actividades Desenvolvidas e Análise Crítica	54
Capítulo 5 – Conclusão	63
Referências Bibliográficas	67
ANEXOS	I
Anexo 1 – Áreas de influência e áreas de actividade e oferta de serviços do Centro Hospitalar de Coimbra, EPE	II
Anexo 2 – Modelo de Organização / Organograma do Centro Hospitalar de Coimbra, EPE	V
Anexo 3 – Evolução histórica da CHKS	VII
Anexo 4 – Súmula do Congresso <i>Sistema de Saúde Português – Inovação e Qualidade</i>	IX
Anexo 5 – Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia	XVII
Anexo 6 – Processo de Compra de Bens e Serviços do Centro Hospitalar de Coimbra, EPE	XXII
Anexo 7 – Circuito de Requisições na Electromedicina	XXVII
Anexo 8 – <i>Print Screens</i> respeitantes ao sector de Prestação de Serviços do Serviço de Gestão de Materiais	XXXIII
Anexo 9 – Organograma dos Serviços do Centro Hospitalar de Coimbra, EPE	XXXVII
Anexo 10 – Plano de Acção / Relatório de Actividades do Centro Hospitalar de Coimbra, EPE	XLIII
Anexo 11 – Guia de acolhimento do doente internado no Hospital Geral	L

Lista de quadros

Quadro 1 – Principais indicadores do movimento assistencial do CHC no ano 2005	8
Quadro 2 – Gestão da qualidade total em serviços de saúde	17
Quadro 3 – Valores éticos para o hospital	20
Quadro 4 – Comparação entre as normas de certificação e de acreditação	33
Quadro 5 – Equipamentos mais representativos, em termos de investimentos, no CHC (dados anteriores a 2006)	46

Lista de figuras

Figura 1 – Logótipo do CHC	3
Figura 2 – Logótipo dos hospitais integrados	3
Figura 3 – Hospital Geral	4
Figura 4 – Hospital Pediátrico	5
Figura 5 – Maternidade de Bissaya Barreto	6
Figura 6 – Jardins do HG, do HP e da MBB	9
Figura 7 – Governação clínica	22
Figura 8 – Governação hospitalar	23
Figura 9 – Governação integrada	23
Figura 10 – Joint Commission, <i>Helping Health Care Organizations Help Patients</i>	30
Figura 11 – CHKS, <i>The leading provider of healthcare intelligence and quality improvement services</i>	31
Figura 12 – Manutenção	37
Figura 13 – Electromecânica, Construção Civil e Electromedicina	41
Figura 14 – Novo HP do Centro Hospitalar de Coimbra, EPE	43
Figura 15 – GHAF	44

Lista de siglas e acrónimos

ACSA – *Agencia de Calidad en Salud da Andaluza*

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ARSC – Administração Regional de Saúde do Centro

CHC – Centro Hospitalar de Coimbra, EPE

CHKS – *Caspe Healthcare Knowledge Systems*

CIBE – Cadastro e Inventário de Bens do Estado

EPE – Entidade Pública Empresarial

GHAF – Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia

GQCO – Gabinete da Qualidade e Comunicação

HP – Hospital Pediátrico

HG – Hospital Geral

IPAC – Instituto Português de Acreditação

IPQ – Instituto Português da Qualidade

ISO – *International Standardization Organisation*

JCAHO – *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*

MBB – Maternidade de Bissaya Barreto

PE – Plano Estratégico para 2006/2010 do Centro Hospitalar de Coimbra, EPE

RI – Regulamento Interno do Centro Hospitalar de Coimbra, EPE

SGM ou SGMT – Serviço de Gestão de Materiais

SIE ou SIEQ – Serviço de Instalações e Equipamentos

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SPQ – Sistema Português da Qualidade

WHO ou OMS – *World Health Organization* ou Organização Mundial de Saúde

Agradecimentos

À Professora Doutora Margarida Mano, docente na FEUC, apresento o meu mais profundo reconhecimento pela orientação, pelas críticas e sugestões e por toda a ajuda e dedicação com que considerou este relatório de estágio.

Ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Coimbra, EPE, os meus agradecimentos pelo apoio formal à realização do estágio.

Um agradecimento muito sincero ao Doutor Ricardo Mota e à Doutora Paula de Sousa, administradores hospitalares, na qualidade de meus orientadores na entidade de acolhimento, por terem aceite o meu pedido nesse sentido, pelo ensinamento, dedicação, tempo dispensado e amizade. Aos dois agradeço também por terem sido para mim uma referência de verdadeiros profissionais, pelo seu saber, pela sua experiência e pelas notáveis qualidades humanas.

O meu agradecimento reconhecido a todos os profissionais do Centro Hospitalar de Coimbra, EPE com quem cruzei caminho, pela disponibilidade e pela amizade que me permitiram semear (e que espero continuar a colher).

À minha família, por me ajudar a crescer e a formar na pessoa que hoje sou e, em particular, aos meus pais, por me proporcionarem a oportunidade de seguir o caminho académico e profissional por mim escolhido.

Ao Paulo Silva, pelo apoio incondicional e pela compreensão nos momentos mais difíceis.

Agradeço aos meus colegas de curso, por me acompanharem neste percurso de formação e pelas marcas de amizade esculpidas.

Espero deixar, desta forma, o meu maior agradecimento a cada uma das pessoas que deu o seu contributo para o desenvolvimento e elaboração deste relatório. Sem o tempo, interesse e empenho que me dedicaram, tal não teria sido possível. A todas elas, muito obrigada!

Capítulo 1 – Introdução

A realização de um estágio corresponde à etapa da formação académica em que o aluno se permite colocar à prova, num contexto profissional, o conhecimento teórico-prático adquirido no curso. O presente relatório reflecte o estágio curricular que decorreu no Serviço de Instalações e Equipamentos e no Gabinete da Qualidade e Comunicação do Centro Hospitalar de Coimbra, EPE, de 3 de Dezembro de 2009 a 31 de Maio de 2010, expondo o trabalho desenvolvido durante esse período e o enquadramento que os conhecimentos adquiridos asseguraram.

A melhoria da saúde sempre foi considerada um objectivo último de qualquer sistema de saúde, tendo um papel extremamente relevante para o desenvolvimento económico de um país ou de uma região. Visando a descrição das actividades realizadas, o presente relatório pretende assegurar uma viagem pela gestão da qualidade nas organizações de prestação de cuidados de saúde, em particular nos hospitais. Para tal, estudou-se a temática da gestão da qualidade nestas organizações e práticas associadas, num contexto de mudança com impacto em várias dimensões da qualidade.

O estágio no Centro Hospitalar de Coimbra, EPE trouxe a oportunidade de assistir a algumas destas mudanças, através de projectos como a alteração física e conceptual das instalações do Hospital Pediátrico e o processo de acreditação, permitindo a participação em práticas associadas à gestão destes projectos.

Para fazer face aos objectivos propostos, o presente relatório está dividido em quatro capítulos.

O primeiro tem como finalidade apresentar a entidade onde foi realizado o estágio através da descrição do seu enquadramento jurídico, da sua evolução histórica e da sua estrutura organizacional.

No segundo capítulo procura-se abordar a relevância e a complexidade da gestão da qualidade em saúde. O contributo da missão, visão, valores e objectivos organizacionais e da boa governação para a qualidade nas organizações prestadoras de cuidados de saúde é aqui destacado. A certificação e a acreditação (com foco na última) são encaradas como meios para atingir o objectivo pretendido: a prestação de cuidados de saúde com qualidade.

No terceiro capítulo descrevem-se as actividades desenvolvidas ao longo do estágio e procede-se à análise crítica das mesmas. Esta descrição tenta trazer, sob um olhar crítico, exemplos de práticas de gestão da qualidade.

Por fim, no quarto capítulo procuram-se sumariar as principais conclusões e suas implicações para a gestão de organizações de prestação de cuidados de saúde, deixando em aberto sugestões de trabalhos a desenvolver no futuro.

Espera-se que, no final da leitura do relatório, sejam compreendidos os objectivos acima expostos, clarificando a importância de mudanças com impacto de melhoria ao nível das várias dimensões da qualidade nas organizações de prestação de cuidados de saúde.

“Não são as espécies mais fortes que sobrevivem, nem as mais inteligentes, mas sim as que melhor se adaptam à mudança.”

Charles Darwin

Capítulo 2 – Centro Hospitalar de Coimbra, EPE



Figura 1 – Logótipo do CHC

2.1 Breve Apresentação

O Centro Hospitalar de Coimbra, EPE (dito, ao longo do relatório, CHC), criado pelo Decreto-Lei n.º 50-A/2007, de 28 de Fevereiro, é uma pessoa colectiva de direito público de natureza empresarial dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, nos termos do Decreto-Lei n.º 558/99, de 17 de Dezembro e do artigo 18.º do anexo da Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro. O CHC integra três estabelecimentos hospitalares: o **Hospital Geral** (também conhecido por Hospital dos Covões), o **Hospital Pediátrico** e a **Maternidade de Bissaya Barreto**.



Figura 2 – Logótipos dos hospitais integrados

De acordo com o Anexo II do Decreto-Lei nº 233/2005, de 29 de Dezembro, as entidades públicas empresariais (EPE's) têm como principal objectivo a prestação de cuidados de saúde à população, designadamente aos beneficiários do Sistema Nacional de Saúde (SNS) e dos subsistemas de saúde ou de entidades externas que com ele contratualizem a prestação de cuidados de saúde, bem como a todos os cidadãos em geral.

Em sede de Plano Estratégico para 2006/2010 (PE) (disponível no sítio do CHC), foram determinados a missão, a visão e os valores do CHC.

A actividade da instituição tem vindo a desenvolver-se de acordo com a **missão** – a prestação de cuidados de saúde altamente diferenciados em todo o ciclo de vida humana, numa perspectiva integrada, desde a prevenção à reabilitação, constituindo-se como centro de referência regional e nacional em áreas consideradas como pólos de excelência – sendo o doente sempre encarado como o motivo e o

destinatário de todas as alterações organizacionais. Faz, também, parte da sua missão a investigação, o ensino e a formação pré e pós graduada.

A **visão** do CHC é o seu reconhecimento como uma organização de excelência que assume a centralidade do doente como seu principal compromisso e cuja imagem de marca é “Centro Hospitalar de Coimbra, EPE – a excelência no cuidar”. Norteiam-se por um conjunto de **valores** expressos em premissas que orientam a instituição em função dos interesses dos doentes, numa perspectiva de defesa do direito à promoção da saúde e da satisfação das suas necessidades individuais.

Os **objectivos** a que a organização se obriga estão definidos no Contrato Programa (disponível no sítio da ARSC), celebrado com o Ministério da Saúde, e incidem fundamentalmente sobre a produção correspondente às prestações de saúde.

Em consonância com a sua missão e visão, o CHC definiu, em sede de PE, como uma das cinco linhas de política estratégica, uma “*política de melhoria contínua da qualidade, que garante a prestação de cuidados de saúde com elevados padrões de qualidade*”.

Em termos de enquadramento jurídico, o CHC rege-se pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, pelo Decreto-Lei n.º 558/99, de 17 de Dezembro, pelos capítulos II, III e IV e pelos Estatutos constantes do anexo II do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro, pelo Decreto-Lei n.º 50-A/2007, de 28 de Fevereiro, pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 116/2008, de 12 de Junho, pelo seu Regulamento Interno (RI) e pelas normas em vigor para o SNS, que não sejam incompatíveis com a sua natureza jurídica.

Os três hospitais integrados distribuem-se num raio de 8 km, todos situados na zona urbana da cidade de Coimbra. Sem prejuízo do princípio da liberdade no acesso à rede nacional de prestação de cuidados de saúde, consagrado na Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto), cada um dos três hospitais integrados do CHC serve, preferencialmente, a população de clientes da área de influência que lhe está atribuída pelas redes de referência hospitalar.

O **Hospital Geral** (HG) situa-se na margem esquerda do rio Mondego e tem o seu *campus* hospitalar integrado numa zona arborizada, a Quinta dos Vales, numa área total de 33 hectares. Nas suas imediações situam-se o Centro de Saúde de S. Martinho do Bispo, a Escola Superior de Tecnologias da Saúde e a Escola Superior de Enfermagem Bissaya Barreto.



Figura 3 – Hospital Geral

A área de influência do HG (ver anexo 1) abrange a zona da Unidade de Saúde de Coimbra Sul (cujo objectivo é melhorar os níveis de saúde da população servida, procurando dinamizar a articulação funcional entre Hospitais e Centros de Saúde, melhorando a acessibilidade dos clientes aos cuidados prestados), compreendendo as freguesias de S. Martinho do Bispo e de Santa Clara, em Coimbra e os concelhos de Alvaiázere, Ansião, Castanheira de Pêra, Condeixa-a-Nova, Figueiró dos Vinhos, Montemor-o-Velho, Soure, Pedrógão Grande e Penela. Enquanto hospital central, o HG constitui referência para os doentes enviados pelos hospitais da Figueira da Foz, de Leiria e de Pombal. A área de influência do HG abrange aproximadamente 368.622 habitantes. As áreas de actividade e oferta de serviços no HG estão descritas no anexo 1. Relativamente às instalações em que funcionam as unidades de internamento do HG, poderá referir-se, segundo o PE, e de modo demonstrativo da sua desadequação, que a uma lotação praticada de 383 camas corresponde uma área de 2.513 m² (tendo em conta os indicadores de programação das construções hospitalares, que estabelecem uma área de cerca de 7,5m²/cama, o HG tem mais 48 camas do que o indicado para o espaço disponível).

O **Hospital Pediátrico** (HP) fica situado em Celas e herdou as antigas instalações do Hospital Sanatório de Celas. Pertence à freguesia de Santo António dos Olivais. É um hospital central e especializado, que serve doentes em idade pediátrica (entre os 0 e os 12 anos).



Figura 4 – Hospital Pediátrico

A área de influência deste hospital integrado (ver anexo 1) abrange toda a região centro do país (num total de cerca de 504.864 habitantes), assumindo-se como hospital de referência para os hospitais distritais da região centro e para os centros de saúde do concelho de Coimbra (num total de cerca de 89.525 habitantes) e constituindo-se, ainda, como referência nacional para patologias específicas. As áreas de actividade e oferta de serviços no HP estão descritas no anexo 1. A degradação, falta de segurança e exiguidade das instalações em que funciona o HP (o hospital pratica, segundo o PE, uma lotação de 92 camas numa área de 507 m², quando, de acordo com os ratios definidos, deveria ter apenas 68 camas), decorridos trinta anos de actividade, conduziram à necessidade de planear uma nova unidade.

A **Maternidade de Bissaya Barreto (MBB)** situa-se, tal como o HP, na margem direita do rio, na zona Norte da cidade de Coimbra, também em Celas, mas na freguesia da Sé Nova. Esta instituição destinou-se, desde sempre, a prestar cuidados à mãe e a assegurar o acompanhamento e desenvolvimento da criança.



Figura 5 – Maternidade de Bissaya Barreto

A área de influência da MBB (ver anexo 1) abrange 21 centros de saúde da sub-região de saúde de Coimbra e os centros de saúde de Anadia, Alvaiázere, Ansião, Castanheira de Pêra, Figueiró dos Vinhos, Mealhada, Mortágua, Pedrógão Grande e Sertã e, como hospital de apoio pré-natal diferenciado constitui referência para os hospitais de Castelo Branco, Figueira da Foz e Leiria. Assim, a área de influência da MBB abrange aproximadamente 507.000 habitantes (mulheres). As áreas de actividade e oferta de serviços estão descritas no anexo1. O edifício que, em 1963, ano da sua inauguração, constituía uma estrutura claramente avançada no tempo, rico em materiais e em obras de arte, encontra-se hoje desadequado das exigências assistenciais (700 m² para 102 camas e 61 berços, segundo o PE), carecendo de investimentos que assegurem condições de segurança a doentes e profissionais.

2.2 Evolução Histórica

Na história do CHC um homem se destaca: o Professor Bissaya Barreto (1886-1974), ilustre Professor de Cirurgia da Faculdade de Medicina de Coimbra e Presidente da Junta Geral do Distrito a quem competia a realização de Obras de Assistência.

A delegação do Instituto Maternal da zona centro (Coimbra), mais tarde Obra de Assistência Materno-Infantil do Dr. Bissaya Barreto e, actualmente, MBB, foi inaugurada a 28 de Abril de 1964, na Quinta da Rainha, num edifício construído para o efeito, agregando também a Obra Social, que integra um internato de crianças em risco, uma creche e um infantário. À data, pretendeu Bissaya Barreto organizar uma instituição de assistência materno-infantil, onde se encontrassem, em justo equilíbrio, o “espírito científico, o espírito social e o espírito de caridade...”, como se entendia que devia existir no hospital do futuro.

O HG (inicialmente, Hospital Geral da Colónia Portuguesa do Brasil) foi inaugurado a 27 de Abril de 1973 e encontra-se instalado num edifício que foi outrora o Convento de Santa Maria de Celas, pertença da Ordem de Císter, construído no século XIII. Em 1932, o referido edifício foi adaptado para sanatório de mulheres mas,

mercê da evolução terapêutica do tratamento da tuberculose, acabou por ser transformado em hospital. O conjunto de edifícios que, ainda hoje, constituem este hospital foram construídos durante as primeiras décadas do séc. XX, entre 1918 e 1930, com a intenção de criar uma escola-asilo destinada a recolher e educar os órfãos dos soldados mortos na 1ª Grande Guerra. Como os edifícios nunca chegaram a ser utilizados para este fim, foram reconvertidos num sanatório antituberculoso para indivíduos do sexo masculino, dando corpo às preocupações assistenciais da época. A 5 de Fevereiro de 1931, é publicado o Decreto n.º 19310 no qual a Assistência da Colónia Portuguesa do Brasil faz doação do seu património ao governo português, convertendo-o num hospital-sanatório, com capacidade para 400 doentes e que representava o que de mais moderno e revolucionário se fizera até então, pela sua concepção, beleza e conforto, servindo de modelo a outras instituições que foram surgindo no país. Anos mais tarde, novas circunstâncias ditaram o fim do hospital-sanatório com a redução significativa do número de tuberculosos, sendo, então, criado o HG como hospital central, pelo Decreto-Lei n.º 308/70, de 2 de Julho.

O HP ocupa, ainda hoje, um espaço objecto de numerosas utilizações ao longo da sua história: primeiro foi convento, mais tarde asilo para cegos e aleijados, posteriormente, hospital-sanatório para mulheres e crianças tuberculosas. Terminada a sua missão nesta vertente de cuidados, e após grandes dificuldades, a reconversão e adaptação dos edifícios para um hospital de crianças foi uma realidade. Assim, após as reformas efectuadas e a implementação de equipamentos, este foi inaugurado a 1 de Julho de 1977 (Dia Mundial da Criança) tornando-se no único hospital especializado para crianças na Região Centro.

Aquando da adaptação do equipamento hospitalar, o Professor Bissaya Barreto entendeu que se deveria criar um Centro Hospitalar de Coimbra, com unidades hospitalares diversas. Assim, em 22 de Março de 1971 é criado o Centro Hospitalar de Coimbra através do Decreto-Lei n.º. 93/71, de onde se poderá citar o seguinte: “A necessidade de ampliar e aperfeiçoar a organização hospitalar de Coimbra impõe o aproveitamento de novos meios que, a curto prazo, independentemente do início de construção do novo hospital escolar, possam contribuir para a solução de problemas específicos da respectiva zona. (...) O conjunto de serviços a que se refere este diploma, agora reunidos sob forma orgânica conveniente, vem preencher esse objectivo e constitui elemento de interesse imediato para adequada cobertura médica da região. (...) Espera-se que a criação deste Centro, que deverá funcionar em ligação com os demais serviços de saúde e assistência, resultem numa melhoria imediata das actuais condições de cuidados médicos.” Este Decreto-Lei atribuiu forma legal à

instituição, indicando a sua constituição: HG, HP, Hospital da Gala (mais tarde desanexado) e a Obra da Assistência Materno-Infantil do Dr. Bissaya Barreto (actual MBB).

Ao longo de mais de três décadas, o Centro Hospitalar de Coimbra assumiu um papel altamente diferenciado nos cuidados de saúde, nas vertentes da grávida, da criança, do adulto e do idoso.

Quadro 1 – Principais indicadores do movimento assistencial do CHC no ano 2005

	H. Geral*	H. Pediátrico	M. Bissaya Barreto	TOTAL CHC
Lotação	367**	92	164	623
Doentes Saídos	12.489	4.194	8.733	25.416
Taxa de Ocupação	90,96	79,54	81,02	86,66
Demora Média	9,76	6,30	5,55	7,74
Doentes Saídos p/ Cama	34,03	45,59	53,25	40,80
N.º Urgências	61.969	49.198	15.916	127.083
N.º Cirurgias	8.315	3.127	5.611	17.053
N.º Consultas Externas	109.902	56.745	48.180	214.827
N.º Sessões HDia	14.886	4.383	1.630	20.899
N.º Partos			3.101	

* Inclui Serviços de Acção Médica comuns
 ** Lotação média praticada durante o ano de 2005 (encerramento durante 6 meses do Serviço de Traumatologia por motivo de obras)

Fonte: www.chc.min-sude.pt

2.3 Estrutura Organizacional

O RI, no seu artigo 32º, expõe a estrutura organizacional (ver anexo 2), com a seguinte tipologia de serviços: serviços de prestação de cuidados, serviços de suporte à prestação de cuidados e serviços de gestão e logística.

Os serviços de prestação de cuidados (artigo 36º do RI) organizam-se em:

- Departamentos – constitui um nível intermédio de direcção técnica e integra serviços e unidades funcionais que, pela natureza da respectiva actividade, revelam afinidade funcional, permitem prosseguir objectivos de forma articulada e otimizar a utilização de recursos comuns;
- Serviços – é a unidade básica da organização, funcionando autonomamente ou de forma agregada em departamentos;
- Unidades funcionais – são agregações especializadas de recursos humanos e tecnológicos, integradas em serviços ou departamentos ou partilhadas por departamentos e serviços distintos.

Os serviços de suporte à prestação de cuidados (artigo 42º do RI) incluem: serviço de esterilização, serviço de nutrição e dietética, serviço de psicologia, serviço social e serviços farmacêuticos)

Os serviços de gestão e logística (artigo 48º do RI) abarcam: gabinete jurídico, serviço de gestão da formação e documentação, serviço de gestão de doentes, serviço de gestão de materiais, serviço de gestão de recursos humanos, serviço de instalações e equipamentos, serviço de planeamento e controlo de gestão, serviço de sistemas e tecnologias de informação, serviços financeiros e serviços hoteleiros) organizam-se em departamentos, serviços, gabinetes ou unidades funcionais.

Para efeitos de organização da actividade de gestão, o CHC encontra-se estruturado em níveis intermédios de administração, os quais visam aproximar o órgão de direcção estratégica aos serviços de prestação de cuidados e, conseqüentemente, tornar mais ágil o processo decisório. A coordenação das actividades dos níveis intermédios de administração é confiada a um profissional de administração hospitalar com poderes em áreas de competência do conselho de administração.



Figura 6 – Jardins do HG, do HP e da MBB

Capítulo 3 – Gestão da Qualidade e Saúde

3.1 Conceito de Qualidade na Saúde

A qualidade é considerada universalmente como um atributo desejável na vida das organizações e na vida de cada um de nós. O trabalho de diversos gurus da qualidade, incluindo Deming, Juran, Feigenbaum, Crosby, Ishikawa e Taguchi, é amplamente conhecido e muito referido na literatura. Cada um deles contribuiu para a teoria da qualidade através do desenvolvimento de conceitos e técnicas específicas, realçando um conjunto de elementos chave que se tornaram pilares da teoria da qualidade.

Um famoso guru da qualidade é W. Edwards Deming (1900-1993), que definiu a qualidade como conformidade de um produto com as especificações técnicas que lhe foram atribuídas e sugeriu a aplicação dos princípios do controlo estatístico da qualidade à produção de material de guerra (Gomes, 2004). A sua experiência com a implementação de técnicas de qualidade dizia-lhe que não era suficiente envolver os trabalhadores da área de produção na aplicação destas técnicas, tinha de envolver também a gestão. Assim, a sua filosofia da qualidade, expressa através de 14 princípios, é direccionada especificamente aos gestores. No entanto, o seu conceito de qualidade era demasiado restrito, focado exclusivamente nos aspectos técnicos do produto.

Joseph Juran (1904-2008), por sua vez, definiu qualidade em termos da adequação de um produto à sua utilização pretendida. Esta definição aproximou o conceito de qualidade da perspectiva do cliente ou utilizador. Em 1951, na obra *Quality Control Handbook*, apresentou um modelo de custos da qualidade que explicitava uma série de custos de falhas internas (por exemplo, custo com produtos defeituosos) e externas (por exemplo, custos com garantias), que poderiam ser reduzidos através de investimentos em inspecção e prevenção. O modelo representa uma ferramenta de gestão que permite justificar investimentos em programas de melhoria da qualidade. No seu livro *Juran on Leadership for Quality*, Juran apresentou uma base conceptual para um processo de gestão da qualidade e dividiu o processo em três fases distintas (planeamento, controlo e melhoria da qualidade), recomendando a criação de equipas de projecto responsáveis por cada uma destas fases. Assim, o trabalho deste autor torna evidente que a gestão da qualidade exige processos de gestão específicos nas organizações.

Em 1956, Armand Feigenbaum (1922-) propôs a expressão "controlo da qualidade total", um reforço da ideia de que a qualidade resulta de um esforço de todos os indivíduos que colaboram com a organização, orientando os objectivos para o

cliente e não apenas de um grupo de projecto. Veio dar ênfase à melhoria da comunicação entre departamentos funcionais, em particular a nível de controlo de *design*, de materiais e produção, como forma de promover melhorias da qualidade.

Phillip Crosby (1926-2001) teve um contributo fundamental para a teoria da qualidade ao defender o conceito de zero defeitos ou produção sem defeito. Tal como Deming, definiu qualidade em termos de conformidade do produto com as suas especificações técnicas, mas introduziu a ideia de que a qualidade é grátis, compensa sempre o investimento, desde que se garanta que o processo vai produzir bem à primeira ("*right first time*"). No seu livro *Quality is Free* defendeu que produzir bem à primeira depende essencialmente da gestão de recursos humanos da empresa, de criar uma consciência colectiva para a qualidade, motivar os colaboradores para produção com qualidade e reconhecer o seu esforço para melhoria da qualidade (Gomes, 2004).

O principal contributo de Kaoru Ishikawa (1915-1989) reside no desenvolvimento de um conjunto de ferramentas da qualidade, métodos de apoio à resolução de problemas de qualidade, entre as quais, o diagrama de causa-efeito que procura chegar à raiz de uma falha de qualidade explorando causas primárias do problema, causas de causas primárias e assim sucessivamente. Também é atribuída a Ishikawa a ideia de círculos de qualidade, isto é, formação de grupos de trabalho que se reúnem periodicamente para discutir e resolver problemas de qualidade que afectam o seu dia-a-dia. Definiu gestão de qualidade como o desenvolvimento, produção e serviço de um produto, da forma mais económica, útil e satisfatória para o consumidor (Gomes, 2004). Tal como no trabalho de Juran, nota-se uma evolução do conceito de qualidade no sentido de incorporar requisitos do consumidor.

Genichi Taguchi (1924-) contribuiu de forma importante para a teoria da qualidade e para o conjunto de ferramentas da qualidade. Defendeu que a qualidade deve ser garantida através do *design* dos produtos. Se este não facilitar a produção com qualidade, os esforços de melhoria a nível do processo produtivo vão ser em grande parte frustrados. Taguchi veio dar nova ênfase aos efeitos nocivos da variabilidade já anunciados por Deming: defendeu que é preferível ter um produto que tem um desempenho médio fora de especificação mas muito consistente, do que um produto com desempenho médio próximo da especificação mas pouco consistente – isto porque é mais fácil corrigir o desvio médio de desempenho do que a falta de consistência (Gomes, 2004). Desta forma, o autor acrescentou ao conceito de qualidade uma dimensão de consistência. Enquanto Juran e Feigenbaum se preocuparam com os custos da qualidade para a organização, Taguchi preocupou-se com os custos da qualidade para a sociedade e levou o conceito de falha externa de

qualidade mais longe, considerando não só o custo para a organização que envia para o mercado um produto com defeito, mas também para a organização que adquire esse produto, o consumidor final, etc. Esta perspectiva pôs a descoberto o efeito sistémico das falhas de qualidade e o efeito potencialmente devastador para uma sociedade da acumulação destas.

Conforme exposto, não é tarefa fácil definir o conceito de qualidade uma vez que este perpassa várias dimensões. O vocábulo pode ter diferentes semânticas quando é empregue por políticos (pretende-se a satisfação da população), gestores (preocupação com os gastos económicos), prestadores de cuidados (boas condições de trabalho onde se incluem recursos humanos e materiais suficientes) ou clientes (acessibilidade aos cuidados, relações interpessoais gratificantes). Na terminologia da alínea j) do artigo 4º do Decreto-Lei n.º 140/2004, de 8 de Junho, a **qualidade** é “o conjunto de atributos e características de uma entidade ou produto que determinam a sua aptidão para satisfazer necessidades e expectativas da sociedade”. É este entendimento que se toma como base de partida quando se fala em qualidade ao longo do presente trabalho.

A qualidade constitui-se como um instrumento indispensável à gestão actual das organizações, pela identificação de áreas de custos decrescentes, redução de erros, redução da repetição de tarefas, satisfação dos colaboradores e dos clientes, etc.. Permite ainda julgar a produtividade e afectar recursos de uma forma mais eficiente. Cada vez mais as organizações tendem a antecipar-se na satisfação dos seus clientes, tentando proporcionar o melhor serviço, oferecendo-lhes mais do que é previsto.

A motivação do colaborador para fazer um bom trabalho, a par da sua competência e formação, conduzem a produtos e serviços de alta qualidade. Deste modo, a habilidade da gestão para motivar as pessoas pode ser tão importante para o sucesso de um programa de qualidade como o entendimento dos seus aspectos técnicos. De acordo com o pensamento de Juran (1974), os aspectos humanos da aplicação dos métodos científicos são sempre tão importantes como as suas fases técnicas. Assim, a qualidade planeada não pode ser alcançada se não existir um sistema no qual algumas tarefas sejam delegadas ao pessoal abaixo dos níveis de gestão de topo. De facto, a qualidade não é uma função de alguém dentro da organização, mas sim de todos os seus profissionais: por um lado, porque muitas pessoas e funções dentro da organização podem afectar a qualidade do produto final, por outro, porque a forma como o consumidor entende a qualidade é influenciada por

muitos factores. A própria organização pode ser vista como um conjunto de departamentos que prestam serviços uns aos outros.

Torna-se, então, necessário criar uma cultura de organização que permita a qualidade e que a incentive. A “qualidade total” pode ser vista como a cultura da organização que permite fornecer produtos e serviços capazes de satisfazer as necessidades e expectativas dos clientes, tal como referido na NP EN ISO 8402. A institucionalização de um sistema de valores da qualidade total implica alterar os mecanismos de trabalho e de resolução de problemas, privilegiando o trabalho pluridisciplinar de grupo e as relações interpessoais. Assim, a finalidade última do programa é criar uma cultura de organização que permita fornecer produtos e serviços que satisfaçam as necessidades e expectativas dos clientes. (Pires, 2000)

Armand Feigenbaum, na posição de chefe de qualidade da General Electric dos Estados Unidos, criou o termo “gestão da qualidade total” e também afirmou que a qualidade é um processo de gestão não uma actividade técnica (Bank, 1998). A gestão da qualidade total é uma abordagem aos negócios que considera, de maneira exigente, os produtos e serviços que uma empresa produz em relação aos processos que usa para criá-los e às pessoas que fazem o trabalho para assegurar que a produção satisfaça plenamente as exigências do cliente. Aqui ainda é preciso referir que a abordagem se chama “total” porque contém tudo o que a empresa faz, todos os seus processos e todos os seus profissionais a todos os níveis da empresa a todo o tempo. (Bank, 1998)

É por isso que se afirma que a gestão da qualidade total é, ao mesmo tempo, uma filosofia e um sistema de gestão, ou seja, um conjunto de princípios e um conjunto de métodos e instrumentos para gerir a organização na sua globalidade. (Carapeto e Fonseca, 2006)

Desta forma, garantia da qualidade (entendida como o resultado da medição do actual nível de serviços prestados, mais o esforço para modificar, quando necessário, a prestação desses cuidados à luz dos resultados dessa medição) é a base do edifício da qualidade total, já que estabelece a disciplina necessária à aceitação do novo sistema de valores necessário. Os procedimentos organizacionais, definindo claramente as responsabilidades, as acções de seguimento, os registos e os canais de comunicação, estabelecem um conjunto de regras de vivência que constituem um subsistema de cultura da qualidade total. A garantia da qualidade, significando um conjunto de procedimentos, atribuindo responsabilidades e delegando autoridades, permite aos gestores reduzir as suas actividades de “apagar fogos” e reforçar as actividades de planeamento. As acções correctivas e a revisão do sistema pela direcção são actividades importantes e com um alto potencial de benefícios, já que,

por um lado, evitam a deterioração do sistema (falta de acção) e, por outro, permitem uma melhoria contínua.

Segundo Pires (2000), o sistema da qualidade é o conjunto de medidas organizacionais capazes de transmitirem a máxima confiança de que um determinado nível de qualidade aceitável está a ser alcançado no mínimo custo e, nesta perspectiva, esta é uma ferramenta/prática interessante para as organizações.

Neste contexto, a qualidade dos serviços de saúde deve ser encarada como uma questão essencial e intrínseca à prestação de cuidados e não apenas como uma dimensão desejável, mas acessória.

Saúde é o estado e, simultaneamente, a representação mental sobre a condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e conforto, emocional e espiritual (Ordem dos Enfermeiros, 2001). Na medida em que se trata de uma representação mental, trata-se de um estado subjectivo, por tanto não podendo ser tido como conceito oposto ao conceito de doença. É variável no tempo, ou seja, cada pessoa procura o equilíbrio em cada momento, de acordo com os desafios que cada situação lhe coloca.

Qualidade em saúde foi definida em 1990 pelo *Institute of Medicine* dos Estados Unidos da América como o grau em que os serviços de saúde aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejáveis e são consistentes com a prática profissional corrente. Já em 1993, este conceito surge definido pela *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* como o modo como os serviços de saúde, com o actual nível de conhecimentos, aumentam a possibilidade de obter os resultados desejados e reduzem a possibilidade de obtenção de resultados indesejados. E, se bem analisadas, ambas as definições são comparáveis e complementares, surgindo aqui como o entendimento a adoptar para este relatório.

Um serviço de saúde com qualidade é aquele que organiza os seus recursos da forma mais efectiva em resposta às necessidades sentidas, com segurança, sem desperdício e de acordo com padrões de elevado nível e respeito pelos direitos humanos. (França, 2008)

Os serviços de saúde da totalidade dos países desenvolvidos têm sofrido, nos últimos anos, uma pressão crescente decorrente de múltiplos factores económicos e sociais. Entre estes é possível destacar o aumento dos custos com a saúde, a escassez dos recursos alocados à área, a eficiência e efectividade dos mesmos, as alterações demográficas dos últimos anos, a inovação da ciência médica e o aumento das expectativas dos utilizadores dos serviços de saúde (as projecções recentes de

despesas com a saúde mostram um aumento substancial nas próximas décadas, devido ao envelhecimento da população e à utilização de cada vez mais sofisticados meios e técnicas de diagnóstico e tratamento de casos crónicos e agudos, que são bastante dispendiosos – McKee e Healy, 2002).

Assim, a prestação dos cuidados de saúde permanece como uma das mais complexas e problemáticas funções da economia moderna, que implica níveis de qualidade muito elevados. De facto, a promoção da melhoria da qualidade e a responsabilização das unidades prestadoras de cuidados de saúde implica a criação e o desenvolvimento de padrões para os cuidados de saúde.

Neste contexto, cada vez mais se considera a segurança do doente (*patient safety*) como a peça importante da qualidade em saúde, mas as falhas de segurança inerentes à prática corrente dos cuidados de saúde são muitas (ocorrências adversas / danos devidos à medicação, a equipamentos médicos e às próprias instalações; danos devidos a erros cirúrgicos e anestésicos; infecções associadas aos cuidados de saúde; segurança dos produtos derivados do sangue; necessidades acrescidas nos cuidados de segurança de idosos, grávidas e recém-nascidos; etc.). A este propósito, na sessão de lançamento e apresentação do projecto de acreditação no HG, Dr.^a Paula de Sousa comentou que “errar é humano, mas humano é também progredir”. E importa referir que há acidentes que não resultam do erro humano, mas que fazem parte dos elevados custos inaceitáveis de qualidade inferior que as empresas e os seus clientes estão cada vez mais a negar-se a pagar.

“When you hear that an adverse event or error has happened, you know it is going to be tough, so your first desire is to run away and hide from the wave. Your responsibility is to stay, respond, act and learn.”

*“To err is human. To cover up is unforgivable.
To fail to learn is inexcusable.”*

Fonte: World Health Organization, 2005

A qualidade na prestação de cuidados de saúde pode ser abordada segundo três perspectivas (Manuel Delgado, *in* Campos, Borges e Portugal, 2009):

- A estrutura – conjunto de condições para que a prestação de cuidados possa ter qualidade (infra-estruturas, recursos humanos e materiais, organização);
- O processo – procedimentos de natureza clínica e social que interagem directa ou indirectamente com o doente, ou seja, o modo como os cuidados são efectivamente prestados;

- Os resultados – impacto que as condições e os processos têm na vida dos doentes (cura, reabilitação, satisfação, sequelas, deficiências, insatisfação e morte).

É através dos resultados que se apreciam os níveis de qualidade que um serviço, departamento ou hospital, de facto, atingem. No entanto, este é apenas o ponto de partida para o desenvolvimento da qualidade, já que é através dos processos de actuação e das alterações estruturais que se introduzem acções de melhoria.

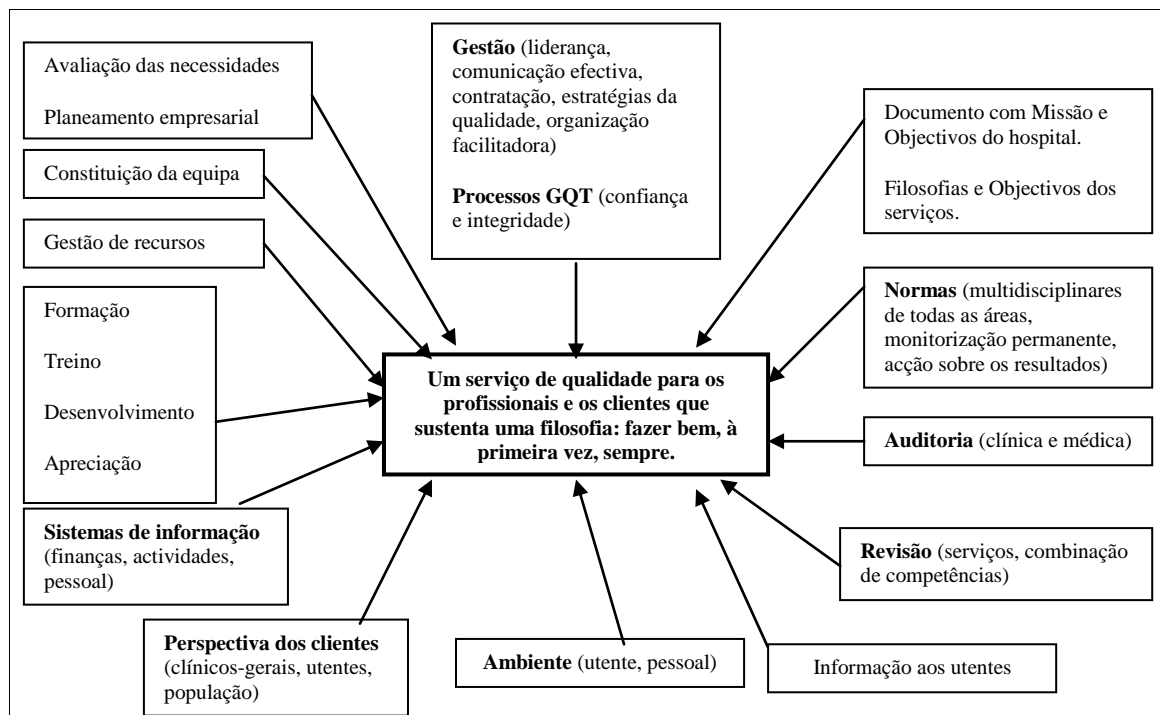
Para se garantir a qualidade nas organizações de prestação de cuidados de saúde é necessário conhecer as principais componentes do conceito de qualidade, elaborar um programa de garantia da qualidade, avaliar de forma sistemática a execução do programa e definir o modelo conceptual a aplicar. A qualidade deve ser entendida como o produto final de uma cadeia, rede de trabalho, onde actuam diversos prestadores, com diversos níveis de formação, mas em que todos eles contribuem para o resultado final.

No plano dos cuidados da saúde, a garantia da qualidade, segundo Sale (1998) – entendida como a medida do nível de serviço prestado num dado momento e do esforço que existe para modificar, quando necessário, a prestação do serviço em causa à luz dos resultados dessa avaliação – pode ser interpretada como uma garantia formal do grau de excelência, assegurando aos doentes a existência de um nível aceitável de cuidados. Desta forma, impõem-se normas, que mais não são do que definições válidas e aceitáveis da qualidade dos cuidados. No entanto, estas não têm valor a menos que contenham critérios que permitam que os cuidados possam ser medidos e avaliados em termos de efectividade e qualidade.

Como exposto, a qualidade sempre foi um aspecto fundamental nas instituições de prestação de cuidados de saúde profissionais, mas a gestão pela qualidade total passa a centrar a atenção, não na qualidade praticada em cada uma das profissões ou especialidades, mas sim na organização como um todo. Erros, enganos e má prática podem ser sérios problemas em qualquer organização, mas na saúde são muitas vezes devastadores. Os custos de uma má qualidade de cuidados são tão ou mais elevados do que os custos de cuidados de boa qualidade.

A gestão pela qualidade total pode possibilitar ao hospital a satisfação das necessidades dos doentes, através de uma abordagem organizada da monitorização e do reforço da qualidade dos cuidados ou serviços prestados por todo o pessoal. Para tal, deverá existir um compromisso assumido por todos, no sentido de melhorar a qualidade dos serviços prestados aos doentes e à respectiva família.

Quadro 2 – Gestão da qualidade total em serviços de saúde



Fonte: Adaptado de Sale (1998)

Donabedian (1980) dividiu a avaliação da qualidade dos cuidados em três aspectos: a avaliação da estrutura, na qual os cuidados são fornecidos, do processo e dos resultados dos cuidados prestados. É preciso deixar de avaliar os serviços de saúde apenas quantitativamente (equipamentos, doentes-dia, percentagem de ocupação, consultas realizadas, quantidade de profissionais, etc.) e começar a avaliá-los também qualitativamente (saúde produzida, educação ou formação dada, satisfação garantida, sofrimento evitado, erros prevenidos e decisões acertadas). E não basta formular políticas públicas na área da saúde sendo também necessário proceder à sua implementação num determinado contexto socioeconómico e num horizonte temporal definido. Isto implica uma cultura de governação e um conjunto sofisticado de instrumentos de influência que articulem os objectivos das políticas de saúde com os dispositivos que regulam a distribuição dos recursos de saúde, a contratualização do desempenho das organizações de saúde – a todos os níveis – os dispositivos de gestão organizacional, as redes horizontais que influenciam esse desempenho e asseguram a sua qualidade, e os mecanismos concorrenciais do mercado da saúde.

Em remate, o conceito de qualidade faz parte da linguagem comum nas organizações de prestação de cuidados de saúde, mesmo tendo em conta que as suas definições no conjunto da teoria das organizações são inúmeras e variadas,

como foi visto. No que diz respeito em concreto à área da saúde, a evolução na responsabilização dos prestadores, na participação da comunidade no processo de decisão e na competitividade dos respectivos mercados, fez com que, tal como acontece com a quantidade dos serviços prestados, também agora se exija que a sua qualidade seja mensurável e possível de valorização económica. Neste contexto, salienta-se a emergência de modelos normativos de avaliação externa e de autoavaliação de que são exemplo os modelos de acreditação e os prémios de excelência.

Assim, a qualidade nas organizações de prestação de cuidados de saúde é um atributo objectivo, que tem de ser medido, permanentemente acompanhado e sistematicamente melhorado. Pressupõe critérios, claros e transparentes, indicadores perceptíveis e facilmente operáveis e padrões de exigência que credibilizem as avaliações e dêem sinais claros para os *stakeholders*, para os doentes, para o mercado e para a sociedade em geral. Isso exige informação objectiva, transparência e *accountability* por parte de todos os intervenientes no processo e uma cultura de abertura e disponibilidade, não compatíveis com práticas individualistas e não escrutináveis. (Manuel Delgado, *in* Campos, Borges e Portugal, 2009)

A implementação de um sistema de gestão da qualidade é uma decisão estratégica para a organização e pode ser efectuada utilizando recursos próprios ou recorrendo a um consultor exterior, visando uma melhor sistematização organizacional e um adequado desempenho técnico, cujo objectivo é a obtenção de resultados com um nível de qualidade bem caracterizado e uma pequena variação na prestação de serviços. Devem ser implementados processos de monitorização, medição, análise e melhoria para assegurar a conformidade do sistema de gestão da qualidade e para melhorar continuamente a sua eficácia, o que inclui a medição da satisfação do cliente e auditorias internas. Devem ainda ser implementadas acções correctivas para eliminar a causa das não conformidades, assim como acções preventivas. (Carapeto e Fonseca, 2006)

3.2 Práticas de Gestão da Qualidade na Saúde

Práticas de gestão da qualidade podem ser definidas (e aqui entendidas) como actividades que visam a aplicação de regras e dos princípios de gestão da qualidade e a obtenção de resultados na melhoria da qualidade e performance como uma medida do que se consegue alcançar por uma organização ou processo (Lopes, 2007).

3.2.1 Visão, Missão, Valores e Objectivos das Organizações de Prestação de Cuidados de Saúde e Boa Governação como contributo para a Qualidade na Saúde

As sucessivas transformações por que têm passado as organizações de saúde ligadas ao sector público, repercutiram-se nos modelos de gestão destas, obrigando hoje a uma profunda reflexão sobre qual o que melhor se adequa à sua missão. Assim, a constante necessidade de inovação e renovação, a busca de flexibilidade e agilidade para proporcionar mudança e transformação e a adopção de novas ideias estão na base destas reflexões.

A missão e a visão das organizações de prestação de cuidados de saúde devem constituir a declaração pública dos valores humanitários compartilhados por todos os que trabalham na organização e dos objectivos que se pretendem alcançar, favorecendo a confiança tão ansiada pelos clientes destas instituições prestadoras de cuidados de saúde. Além disto, a missão de um hospital deve assegurar a prestação de cuidados hospitalares com elevados e reconhecidos padrões de qualidade e em respeito pelo princípio da equidade aos cidadãos da sua área de influência, na prevenção, tratamento e reabilitação da doença, mas também na decorrente reinserção e na promoção da saúde; promover a formação específica e contínua das profissões da saúde em colaboração estreita com a restante rede formal de formação dessas profissões; e colaborar nas actividades de investigação e no desenvolvimento de tecnologias da saúde

A missão das organizações de saúde deve ser construída com a preocupação de que possa explicitar, sem ambiguidade, quatro componentes que deixem claros a sua singularidade e o seu compromisso com a sociedade: *esta organização existe para oferecer tais **produtos**, com tais **características**, para tais **clientes** visando alcançar tais **resultados*** (Cecilio, 2000):

- **Produtos** – O objecto das organizações de saúde pode, em algumas situações, ser de difícil medição. Nas áreas assistenciais, em particular, a qualidade do “produto” oferecido (na verdade, serviços) é um complexo procedimento que inclui não só medições objectivas e parametrizadas, como deve também considerar um forte elemento de subjectividade por parte do cliente.
- **Características** – Nesta componente fala-se da excelência técnica e do atendimento ético e humanizado. Não será oportuno trabalhar, em detalhe, estas características no enunciado da missão. Este detalhe deverá ser efectuado com o objectivo de reflectir e tentar operacionalizar formas concretas de melhoria do serviço, dentro das próprias equipas de trabalho.

- Clientes – Levar em linha de conta as características e opiniões dos clientes é fundamental para definir a missão.
- Resultados – É vital a definição de procedimentos/indicadores que avaliem a prossecução dos resultados previstos.

Este é o enunciado da missão que pode ser formulada tanto para a organização como um todo (um hospital) como para cada um dos departamentos ou serviços que a integram. Esta formulação assegura a prestação de cuidados hospitalares com elevados e reconhecidos padrões de qualidade e em respeito pelo princípio da equidade aos cidadãos que serve, na prevenção, tratamento e reabilitação da doença, mas também na decorrente reinserção e na promoção da saúde; promove a formação específica e contínua das profissões da saúde em colaboração estreita com a restante rede formal de formação dessas profissões; e colabora nas actividades de investigação e no desenvolvimento de tecnologias da saúde.

O hospital é uma organização com responsabilidades éticas especiais que não podem ser comprometidas aquando da inclusão de traços empresariais na sua estruturação. Assim, os valores e princípios na prestação de cuidados de saúde hospitalares devem levar em linha de conta (Anunciação e Zoboli, 2008): a orientação para os cidadãos-utilizadores; a competência e promoção da melhoria contínua; e a transparência nos processos de decisão e respeito pelos princípios éticos.

Quadro 3 – Valores éticos para o hospital

Assistência	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Respeito aos direitos do paciente ✓ Melhoria contínua ✓ Competência técnica ✓ Atenção integral: cura, reabilitação e promoção da saúde ✓ Foco na assistência ✓ Excelência na atenção à saúde ✓ Atendimento humanizado
Administração	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Espírito de equipa ✓ Gestão eficiente
Compromisso social	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Justiça e equidade ✓ Responsabilidade social ✓ Compromisso: ética, integridade e coerência

Fonte: Adaptado de Anunciação e Zoboli, 2008

O hospital deve ter bem clara a sua identidade e missão a fim de bem nortear as suas decisões. Fiel à sua missão social específica, a organização de saúde não pode, no entanto, deixar de lado os aspectos ligados à sua sustentabilidade financeira. A incorporação de tecnologia eleva os custos e faz com que as decisões clínicas envolvam, muitas vezes, volumes financeiros consideráveis. Assim, a solicitação de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos onerosos pode gerar conflitos de ordem ética entre o corpo clínico e a administração do hospital, com risco de ambos poderem

romper o seu compromisso ético para com a excelência na assistência e nos cuidados. Hoje, um dos maiores desafios vividos nas organizações hospitalares é o de conciliar um custo baixo dos cuidados médicos com a prestação de serviços de boa qualidade aos clientes e à sociedade. O apelo a novos conhecimentos clínicos para avaliar a relativa eficácia ou ineficácia de diferentes intervenções tem sido abordado e vem sendo advogada a adopção de um modelo médico de prestação de cuidados baseado na confirmação empírica da sua efectividade, de modo a defender a generalização das práticas que se evidenciem melhores na avaliação custo-efectividade. É o modelo da medicina baseada em evidências que, ao identificar intervenções consideradas ineficazes, reduz o desperdício enquanto liberta recursos para usos alternativos.

Estes elementos conferem transparência à organização, embora não sejam suficientes para evitar abuso de poder. Por isso, o poder da, e na, organização requer limites da justiça e dos direitos, a fim de se evitar danos ou abusos.

Tomando estas considerações acerca das peculiaridades do hospital e as implicações para sua ética institucional e, compreendendo que, por meio da publicidade as organizações veiculam os seus valores com vista a levar o consumidor a depositar confiança no serviço que prestam, o que contribui para a construção de sua imagem ética, mais uma vez se entende a importância da definição da missão do hospital.

As organizações, sistemas e instituições de saúde devem, em última instância, servir ao cliente e aos propósitos da saúde da população em detrimento do atendimento de propósitos económicos ou políticos partidários. A natureza do propósito da medicina determina as características-chaves que devem marcar a estruturação das organizações de saúde para que sejam éticas.

Desta forma, espera-se a união de consensos junto de equipas tão diversificadas e com tanta assimetria de poder como são as da saúde: um desvio da atenção dos problemas internos para o verdadeiro problema – prestação de cuidados de saúde de qualidade; esclarecer os profissionais sobre a singularidade da organização e a sua responsabilidade social, com forte ênfase no alcance de determinados resultados; a alimentação do processo de planeamento, facilitando a percepção dos problemas finais, ou seja, aqueles vividos pelos clientes; o estímulo do uso criterioso de informações e a criação de indicadores que possibilitem o acompanhamento do desempenho da organização.

Assim, a missão, a visão, os valores e os objectivos organizacionais, se bem trabalhados e inseridos num bom sistema de gestão, podem contribuir para qualificar o atendimento prestado pelas organizações de saúde. Mas tal não é suficiente... é

igualmente importante caminhar no sentido de uma governação cada vez mais integrada.

Para a Organização Mundial de Saúde, a **boa governação para a saúde** é a capacidade de activar a participação de todos os interessados na formulação e desenvolvimento de políticas, programas e práticas que conduzam a sistemas de saúde mais equitativos e sustentáveis. Ao nível das organizações prestadoras de cuidados de saúde o conceito tem vindo também a ser utilizado de forma recorrente, embora mais orientado para as questões relativas à prática clínica (governação clínica) e para as questões assentes nas relações e nos equilíbrios estabelecidos entre os órgãos de governo das organizações (governação integrada e governação hospitalar) recolhendo, adoptando e adaptando princípios da governação empresarial.

A **governação clínica** é um sistema que melhora os padrões do funcionamento dos serviços clínicos e da própria prática clínica, baseado numa série de processos (prática baseada na evidência, monitorização clínica, auditoria, gestão do risco, envolvimento dos doentes), que melhora a qualidade e assegura que os profissionais prestam contas e se responsabilizam pelos actos da sua prática clínica. O conceito



Figura 7 – Governação clínica (Fonte: uketaa795.blogspot.com/)

de governação clínica exige a integração do controlo financeiro, do desempenho dos serviços e da qualidade clínica englobando actividades para melhorar os sistemas de informação, instituir o desenvolvimento/formação profissional e desenvolver sistemas de análise pelos pares. (Raposo, 2007)

Os principais componentes da governação clínica – segurança; melhoria e manutenção da qualidade; responsabilização profissional e organizacional; cultura –, progridem no sentido de afirmar que a qualidade é responsabilidade de todos e que exige parcerias entre os profissionais de saúde e os gestores, entre indivíduos e organizações, e entre o SNS e os doentes e público. O objectivo político será o de incrementar o controlo da prática clínica no sentido de diminuir a sua variabilidade, através de um aumento da adesão dos médicos a normas e padrões definidos centralmente. Mas a qualidade dos cuidados não está apenas dependente da prática médica...

A **governação hospitalar** diz respeito ao conjunto complexo de verificações e equilíbrios que determinam a tomada de decisão dos órgãos de governo do hospital. Pode ser definida como o processo de conduzir o funcionamento global e o

desempenho efectivo de um hospital, através da definição da sua missão, da fixação de objectivos e do suporte e monitorização da sua realização a nível operacional. A governação hospitalar permite uma aproximação integrada de suporte e supervisão de todas as actividades do hospital, incluindo o desempenho clínico. Olhando para esta definição e para a definição de governação integrada

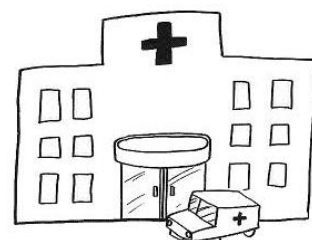


Figura 8 – Governação hospitalar (Fonte: photobucket.com)

concluimos que a governação hospitalar é uma forma de governação integrada aplicada aos hospitais assente sobretudo nos aspectos da governação empresarial e nos aspectos governação clínica, i.e., centrada nas relações e nos equilíbrios entre os órgãos de governo das organizações e nas práticas clínicas. Assim, a governação hospitalar pode ser definida como o processo de conduzir o funcionamento global e o desempenho efectivo de um hospital, através da definição da sua missão, da fixação de objectivos e do suporte e monitorização da sua realização a nível operacional. (Raposo, 2007)

Este conceito particulariza para a saúde a ideia global de qualidade que envolve a adequação de um serviço fornecido por um prestador às necessidades de quem o recebe e que, no caso da saúde, engloba dimensões como a segurança, eficiência, efectividade, equidade, acessibilidade, continuidade de cuidados e respeito.

Mudar de uma governação em silos para uma agenda integrada é não só essencial como uma forma prática das administrações assumirem as suas responsabilidades. Assim, **governação integrada** é um conjunto de sistemas, processos e comportamentos pelos quais as organizações de saúde devem liderar, dirigir e controlar as suas funções de forma a atingirem os objectivos organizacionais, a segurança e qualidade dos serviços e com os quais se relacionam com os doentes, cuidadores, comunidade e organizações com que têm parcerias. (Adaptado de *Integrated Governance Handbook*, 2006)



Figura 9 – Governação integrada (Fonte: www.radioclin.com.br)

No fundo, esta aproximação pretende juntar os princípios da boa governação em saúde, com os princípios da governação empresarial e da governação clínica, para além de outros, focando os aspectos do interesse público dos sistemas de saúde, das suas funções e dos seus objectivos bem como realçar as questões associadas à responsabilidade social e às questões éticas. Assim, impõe-se uma mudança de paradigma: a governação clínica deve ser pensada no contexto da governação dos hospitais e esta, no quadro mais global da governação do sistema de saúde,

entendida como o enquadramento que garante, aos vários níveis do sistema de saúde, que as decisões sobre estruturas e processos têm como principal alvo e critério o doente, a sua segurança e a melhoria da qualidade, com o objectivo de garantir cuidados de saúde de excelência, acessíveis, seguros, efectivos, eficientes, adequados, oportunos, integrados, contínuos e equitativos, com uma preocupação de combate ao desperdício e de sustentabilidade do sistema.

Como consequência directa do desenvolvimento dos hospitais em organizações profissionais de maior escala e mais complexas, que utilizam recursos de forma intensiva e que integram cuidados multidisciplinares, torna-se evidente que existe cada vez mais a necessidade de alinhar os objectivos a atingir e as acções dos gestores e dos profissionais prestadores de cuidados de saúde. O negócio nuclear dos hospitais é a prestação de cuidados médicos especializados, por isso, torna-se essencial e indispensável conseguir a participação efectiva do pessoal clínico na gestão do hospital. (Raposo, 2007)

3.2.2 Certificação e Acreditação

Certificação de uma organização, qualquer que seja a sua dimensão ou sector de actividade, consiste, segundo a definição do Instituto Português da Qualidade (IPQ), no reconhecimento formal por um organismo de certificação – entidade externa independente e preferencialmente acreditada no âmbito do Sistema Português da Qualidade (SPQ) – após a realização de uma auditoria, de que essa organização dispõe de um sistema de gestão implementado que cumpre as normas aplicáveis, dando lugar à emissão de um certificado.

Segundo a alínea b) do artigo 4º do Decreto-Lei n.º 140/2004, de 8 de Junho, certificação é “o procedimento através do qual uma terceira parte acreditada dá uma garantia escrita de que um produto, processo, serviço ou sistema está em conformidade com requisitos especificados”.

Certificar consiste, segundo o IAPMEI, em “demonstrar a conformidade das características de um produto, serviço ou sistema face a um documento de referência preciso que estabeleça e quantifique os parâmetros que devem ser verificados”.

São diferentes expressões e definições que conduzem a um mesmo entendimento.

Assim, o processo de certificação de uma empresa consiste na concepção, criação, implementação e certificação de um sistema da qualidade, conforme a um modelo de garantia da qualidade adequado. A certificação de sistemas de garantia da qualidade inicia-se com a identificação dos processos operativos que caracterizam

a(s) actividade(s) da organização e que são objecto de procedimentos escritos, consistindo em demonstrar a sua conformidade com uma das normas de garantia da qualidade. A norma ISO 9000 é reconhecida como um *standard* de garantia da qualidade, definindo responsabilidades e procedimentos a seguir, garantindo um funcionamento óptimo do sistema. Mas se é certo que as ISO não são a única maneira de implementar um sistema de garantia da qualidade, nem são um pré-requisito para a gestão da qualidade total, a verdade é que proporcionam um bom termo de comparação (*benchmark*) para as práticas de gestão da qualidade, reconhecido internacionalmente (Carapeto e Fonseca, 2006).

A norma **NP EN ISO 9001**, baseada nos princípios de gestão da qualidade, especifica requisitos para um sistema de gestão da qualidade numa organização e é utilizada na certificação de serviços. Fomenta a adopção de uma abordagem por processos, enfatizando a importância de entender e ir ao encontro dos requisitos. Todos os requisitos desta norma são genéricos e aplicáveis a todas as organizações, independentemente do tipo, dimensão e produto que proporcionam. No entanto, nos hospitais tem sido utilizada na certificação de alguns serviços não englobando toda a organização. Esta norma é organizada segundo uma lógica de processos (Lopes, 2007):

- A gestão de topo é responsável por estabelecer a política de qualidade, comunicá-la à organização, estabelecer os objectivos de qualidade, assegurar a disponibilidade dos recursos e os processos de trabalho para ir ao encontro dos requisitos do cliente a aumentar a sua satisfação. Este sistema deve ser revisto em intervalos planeados de forma a assegurar que se mantém apropriado, adequado e eficaz;
- Os recursos devem ser os necessários e geridos eficazmente (competência, consciencialização e formação dos recursos humanos, a infra-estrutura necessária, o ambiente de trabalho adequado);
- Na realização do produto deve haver um planeamento da realização do produto com controlo de todo o processo de trabalho e de todas as variáveis e processos relacionados com o cliente para determinação e revisão dos requisitos do produto;
- A organização deve planear e implementar os processos de monitorização, medição, análise e melhoria necessários, determinando os métodos aplicáveis, incluindo técnicas estatísticas e a extensão da sua utilização.

A norma NP EN ISO 9001 está baseada em oito princípios de gestão da qualidade: focalização no cliente, liderança, envolvimento das pessoas, abordagem por processos, abordagem à gestão através de um sistema, melhoria contínua,

abordagem à tomada de decisões baseada em factos e relações mutuamente benéficas com fornecedores.

Mas a certificação não é o grande objectivo da qualidade. Certificar uma organização pode significar um limiar de bom funcionamento, o ponto de partida para atingir a qualidade total, pois o mercado (concorrentes e clientes) continuará em mutação. A certificação da qualidade além de aumentar a satisfação e a confiança dos clientes, reduzir custos internos, aumentar a produtividade, melhorar a imagem e os processos continuamente, possibilita ainda fácil acesso a novos mercados. A certificação, no âmbito do SPQ, de sistemas de gestão da qualidade, certificação de produtos e serviços com obtenção de marcas bem como a implementação de sistemas de gestão pela qualidade total são susceptíveis de apoio no âmbito do Quadro de Referência Estratégico Nacional.

Acreditação consiste, segundo o Instituto Português de Acreditação (IPAC), no reconhecimento da competência técnica de entidades para executar determinadas actividades de avaliação da conformidade como sejam calibrações, ensaios, certificação e inspecção. Enquadra-se no Subsistema da Qualificação do SPQ constituindo-se como o topo e o regulador dos processos e agentes de avaliação da conformidade. A acreditação diferencia-se da certificação por não só exigir um sistema da qualidade, mas ainda requerer a necessária competência técnica para garantir confiança nos resultados e produtos das actividades acreditadas.

Segundo a alínea a) do artigo 4º do Decreto-Lei n.º 140/2004, de 8 de Junho, acreditação é “o procedimento através do qual o Organismo Nacional de Acreditação reconhece, formalmente, que uma entidade é competente tecnicamente para efectuar uma determinada função específica, de acordo com normas internacionais, europeias ou nacionais, baseando-se, complementarmente, nas orientações emitidas pelos organismos internacionais de acreditação de que Portugal faça parte”.

A acreditação surge como uma estratégia para a implementação de sistemas de qualidade nos hospitais portugueses (Lopes, 2007) e, para a obter é necessário um visível empenho por parte da instituição para melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos clientes. Trata-se, assim, de um sistema de avaliação externa, de carácter voluntário, periódico e reservado.

Com a criação do IPAC pelo Decreto-Lei 125/2004, de 31 de Maio, foram imputadas a este organismo as atribuições no âmbito da acreditação ou reconhecimento da competência técnica dos agentes de avaliação da conformidade actuantes no mercado, que antes eram competência do IPQ.

Tal como já foi referido, a evolução na responsabilização dos prestadores, na participação da comunidade no processo de decisão e na competitividade dos respectivos mercados, fez com que, tal como acontece com a quantidade dos serviços prestados, também agora se exija que a qualidade seja mensurável e possível de valorização económica. A acreditação de unidades de saúde, entendida como sistema de avaliação e melhoria da qualidade, surge como apoio a esta iniciativa, constituindo, assim, uma das formas possíveis de avaliação e standardização da prestação dos cuidados de saúde. De facto, a acreditação constitui um processo de fixação de padrões e medição do seu cumprimento. A elaboração destas normas de referência é realizada através de um processo consultivo que recolhe o consenso dos maiores intervenientes no sistema, especialmente no que respeita ao seu nível e forma de avaliação. São ainda sujeitos a um esforço de revisão e actualização contínua, no sentido de manutenção da sua adequação e aplicabilidade. O programa de acreditação deve ainda envolver um exercício de autoavaliação, durante o qual a organização julga o seu grau de cumprimento face aos padrões, antes da visita formal dos auditores ou avaliadores externos. Neste caso, é ainda possível proceder à comparação destes dois resultados, os quais deveriam ser ideal e tendencialmente coincidentes. (França, 1998)

Para as entidades acreditadas, a acreditação é uma mais-valia diferenciadora perante o mercado de clientes na área voluntária. Na área regulamentar, existe um número crescente de áreas onde, por legislação comunitária ou nacional, é exigida a acreditação como mecanismo de acesso a certas actividades.

A acreditação de unidades de saúde, entendida como sistema de avaliação e melhoria da qualidade, surge como apoio a esta iniciativa, constituindo, assim, uma das formas possíveis de avaliação e standardização da prestação dos cuidados de saúde. A elaboração destas normas de referência é realizada através de um processo consultivo que recolhe o consenso dos maiores intervenientes no sistema, especialmente no que respeita ao seu nível e forma de avaliação, que são ainda sujeitos a um esforço de revisão e actualização contínua, no sentido de manutenção da sua adequação e aplicabilidade.

A acreditação, como ponto de partida para iniciar um sistema de qualidade, é uma abordagem que responde ao objectivo, pois comporta três conjuntos de actividades ou funções essenciais para garantia da qualidade (Lopes, 2007):

- Definição de qualidade: padrões e normas de qualidade para todo o sistema com componente administrativa e técnica;

- Medição da qualidade: autoavaliação, monitorização, estudos especiais e avaliações periódicas, como as auditorias;
- Melhoria da qualidade: as avaliações determinam a situação do hospital e a necessidade de melhoria.

Mas, na avaliação das estratégias da qualidade no hospital, é necessário identificar alternativas à acreditação (como sejam a certificação) e julgar os seus efeitos, usando evidência da facilidade e custos de implementação, impacto nos profissionais de saúde, resultados para os doentes e poupança de custos, não havendo evidências para sugerir uma estratégia em detrimento de outras. Perante a dúvida levantada da utilidade dos processos de acreditação no desenvolvimento da inovação, podem ser propostos, para a implementação de sistemas de gestão da qualidade nos hospitais, dois níveis de implementação: um primeiro por um processo de acreditação e outro com autoavaliação com um modelo de excelência.

Com este processo fica implementado e reconhecido um conjunto de procedimentos que tornam o **hospital mais organizado, mais eficiente e mais seguro para o doente**, entre eles (informação retirada do sítio do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE):

- Diminuição do erro – os procedimentos estão protocolados e, a existir erro, o mesmo será mais fácil de detectar e de se saber em que fase do processo ocorreu;
- Procedimentos de actuação claros – inclusive os planos de cuidados dos doentes, circuito dos fármacos, etc;
- Consentimento informado – toda e qualquer intervenção de que o doente possa vir a ser alvo terá de ser por ele consentida - ou, na impossibilidade, por um representante legal – e devidamente explicada pelo pessoal clínico. O cliente passa a ser um interveniente directo no seu tratamento;
- Correcta identificação dos doentes – utilização de mecanismos adequados, como, por exemplo, pulseiras de identificação personalizadas, assegurando que são prestados os cuidados médicos certos ao doente certo. Este procedimento minimiza o risco de trocas com outros clientes e humaniza o serviço onde os clientes são tratados e identificados pelo seu nome e não por números;
- Reforço das políticas de controlo de infecção – procedimentos obrigatórios de higiene a todos os níveis;

- Formação em suporte básico de vida e prevenção de combate de incêndios – formações simples em conteúdo, mas que dotam os profissionais de importantes mais valias na primeira linha de intervenção;
- Mais e melhor informação – distribuição de panfletos informativos relacionados directamente com os clientes.

Ao nível das **vantagens para a Sociedade e para o Estado**, a acreditação, segundo o IPAC, fomenta a qualidade de vida de todos nós ao assegurar que os produtos e serviços que consumimos e usamos são avaliados por entidades competentes e, portanto, cumprem efectivamente os requisitos de qualidade e segurança aplicáveis; contribui activamente para um melhor desempenho económico do país já que possibilita a existência de um conjunto de infra-estruturas tecnológicas de credibilidade reconhecida, capazes de facilitar a captação de investimento de alto valor acrescentado, como também de permitir aceder a marcas internacionais competitivas, dinamizando as exportações, incentivando uma cultura de exigência e elimina barreiras técnicas à exportação; e é também factor de racionalização e modernização da Administração Pública quando é usada como critério na descentralização para entidades privadas de actividades tradicionalmente efectuadas pelo Estado.

Segundo França (1998), numa abordagem extrema, podemos considerar **dois modelos de sistemas de acreditação**:

- O regulador, no qual o Estado assume directamente a responsabilidade de fixação dos padrões e da sua avaliação, sendo que neste caso a certificação constitui condição do exercício da actividade e do potencial financiamento público;
- O auto-regulador (considerado, por muitos, o verdadeiro modelo de acreditação), no qual os padrões são definidos e monitorizados por uma entidade independente, sendo que a participação assume carácter voluntário.

Neste segundo modelo, os programas e sistemas de acreditação têm, em geral, uma estrutura similar na abordagem e padrões usados, sendo que as organizações independentes de acreditação mais conhecidas são a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations – JCAHO* e a *CHKS Healthcare Accreditation and Quality Unit*. Ambas desenvolvem sistemas privados, sem fins lucrativos, e uma ou outra é aplicada em resposta a necessidades e circunstâncias

sociais e políticas diversas. Actualmente as áreas de segurança e direitos dos doentes aparecem como pedras basilares destes programas.

3.2.2.1 Acreditação através da *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*



Figura 10 – Joint Commission, *Helping Health Care Organizations Help Patients*

A JCAHO foi constituída em 1966, nos Estados Unidos da América, com o surgimento da necessidade de obtenção de apoios em algumas áreas profissionais e grupos de pressão não abrangidos pelos critérios e requisitos para a acreditação de hospitais do programa “padrões mínimos para a prática clínica”. É líder mundial na acreditação de cuidados de saúde e desde 1999 já certificou mais de 140 hospitais em 27 países.

O processo de acreditação é baseado em normas internacionais consensuais e uniformes, com expectativas alcançáveis para as instituições de saúde. É adaptado às normas legais, factores culturais e religiosos dos diferentes países. A missão da JCAHO é a de melhorar continuamente a segurança e a qualidade dos cuidados de saúde na comunidade internacional através da prestação de serviços de educação e de consultadoria e de acreditação internacional (informação retirada do sítio da JCAHO).

A JCAHO acredita um leque vasto de prestadores de cuidados de saúde, incluindo para além dos hospitais, os cuidados ambulatoriais e os domiciliários, entre outros. A maior parte dos critérios utilizados não são do domínio público, mas os que o são apontam fundamentalmente para uma acreditação baseada no cumprimento de critérios relacionados com estrutura e processos. Mais recentemente já se nota a existência de um componente específico de avaliação de resultados, havendo uma tendência crescente para incluir resultados no seu processo de acreditação. (Boto, Costa e Lopes, 2008)

A versão actual do Manual atribui uma importância capital às questões da segurança do cliente e à análise dos acontecimentos inesperados e adversos, enquanto caminho principal para a redução dos riscos inerentes à prestação de cuidados de saúde. O controlo da dor e os cuidados prestados em doentes terminais são também objecto de uma atenção muito particular.

A acreditação hospitalar, segundo as normas da JCAHO, tem a seguinte filosofia:

- Avaliar globalmente a organização, tendo como pressuposto que o cliente representa um conjunto bastante complexo de processos e funções;
- Utilizar normas consensuais para a avaliação da Qualidade;
- Envolver todos os profissionais de saúde no desenvolvimento das normas e avaliação dos processos;
- Focalizar no cliente o desenvolvimento das normas e a avaliação dos processos, bem como as questões da segurança e efectividade dos cuidados prestados;
- Criar uma cultura de Melhoria Contínua da Qualidade.

Assim, a opção pelo modelo da JCAHO baseia-se na focalização do hospital no doente, seu principal cliente; na exigência e uso sistemático de indicadores de qualidade, associados a uma política e prática de técnicas de melhoria contínua da qualidade; inspiração em métodos avançados de gestão da qualidade, sujeitos a uma actualização contínua; e na mais larga experiência acumulada em acreditação de hospitais e outras organizações de saúde.

3.2.2.2 Acreditação através da CHKS *Healthcare Accreditation and Quality Unit*



Figura 11 – CHKS, *The leading provider of healthcare intelligence and quality improvement services*

A CHKS é a entidade privada líder no Reino Unido na prestação de serviços na área da melhoria da qualidade em saúde, possuindo mais de 400 clientes em 18 países. Esta entidade acredita não só hospitais mas também prestadores de cuidados de saúde primários, lares e outros tipos de prestadores. Trata uma abordagem organizacional, global e de desenvolvimento hospitalar com uma filosofia base de adesão voluntária e recurso à revisão externa por equipas de pares e é internacionalmente reconhecida pela *International Society for Quality in Healthcare*.

Também é conhecida por *King's Fund Organisational Audit*, a que veio a suceder, em 1998, o *Health Quality Service* que, por sua vez, se tornou em 2000 numa fundação independente dedicada a apoiar prestadores de cuidados a melhorar a qualidade dos mesmos através de avaliação independente e acreditação. Em 2005 o

Health Quality Service tornou-se parte da CHKS, Ltd., em particular pela sua *Health Accreditation and Quality Unit*. Estas alterações ao longo do tempo são manifestas no anexo 3.

O programa internacional de acreditação da CHKS surgiu em Portugal em 1999. Actualmente o Manual da Qualidade, documento base do processo, contém uma forte componente clínica, a governação clínica, que integra a qualidade clínica, as auditorias clínicas, a eficácia clínica, a gestão de riscos clínicos, os programas de investigação, com uma norma que contém 36 critérios e que posterga todo o manual.

Em termos de conteúdo, o processo de acreditação cobre actualmente um conjunto vasto de áreas, disponíveis no sítio da organização. Os aspectos avaliados em cada área são sobretudo estruturais e processuais: na área da gestão do risco, por exemplo, investigam-se a existência de estruturas organizacionais específicas, documentos estratégicos actuais, comités e actas de reuniões, programas de curso, registos e sistemas. (Boto, Costa e Lopes, 2008)

Estas normas foram concebidas como um quadro de orientação para garantia e melhoria da qualidade de todos os serviços prestados num hospital. De modo a maximizar os efeitos da aplicação das normas, recomenda-se que o programa de acreditação seja implementado como um programa transversal a toda a extensão da unidade hospitalar.

Os benefícios deste processo de acreditação são muitos e incluem o reconhecimento das boas práticas existentes, a agilização dos actos no sentido da melhoria dos serviços e melhores comunicações. O elemento de acreditação do programa é conseguido através de uma avaliação externa, realizada na primeira fase por via de um levantamento local por observação intensiva e aprofundada por parte de profissionais com qualificação superior na área dos cuidados de saúde. Para muitas organizações isto requer, seguidamente, um acompanhamento para avaliar os níveis de conclusão das acções suscitadas pelos factos apurados no inquérito realizado pela análise com os profissionais da unidade. A acreditação da CHKS indica que o hospital foi avaliado por uma equipa independente de analistas e que demonstrou conformidade com as normas essenciais para a prestação de serviços de alta qualidade aos clientes.

Por outro lado, a CHKS é uma entidade acreditada pela *United Kingdom Accreditation Service* para conferir certificações segundo as normas internacionais para sistemas de gestão da qualidade, ISO 9001:2008. Todos os critérios que devam ser preenchidos para certificação ISO são referenciados à norma ISO 9001:2008. As referências permitirão ao pessoal conhecer a origem das informações e indicarão onde obter mais informações sobre as matérias abrangidas pelos critérios. Ainda a

acrescentar, a CHKS introduz uma metodologia nova no processo de acreditação: a “acreditação *on-line*”, uma plataforma electrónica a que as entidades têm acesso, para carregar documentos relativos ao processo. De facto, na realidade presente assiste-se a um caminhar rápido no sentido da acreditação *on-line*.

3.2.2.3 Síntese Comparativa

A aplicação da norma NP EN ISO 9001 à realidade hospitalar implica um esforço de tradução de princípios genéricos para esta realidade, enquanto as normas da acreditação englobam um conjunto de práticas já pensadas para a saúde e que dizem o que fazer para cumprir os princípios da gestão da qualidade. A opção pela CHKS ou pela JCAHO prende-se com escolhas muito específicas a cada organização que opta, como seja, a preferência pelo preço mais competitivo, pelas características que mais se aproximam aos objectivos organizacionais, etc.

O quadro seguinte tenta uma comparação entre as normas de certificação (ISO 9001) e as de acreditação (CHKS e JCAHO):

Quadro 4 – Comparação entre as normas de certificação e de acreditação

ISO 9001	CHKS e JCAHO
Requisitos baseados nos princípios da gestão da qualidade.	Padrões de gestão da qualidade.
Obriga à concepção de um sistema de gestão da qualidade.	Aplicação directa dos padrões do sistema de gestão da qualidade.
Norma aplicável a todos os sectores de actividade.	Normas aplicáveis e específicas para hospitais (CHKS) e para organizações de saúde (JCAHO).
Possibilidade de utilizar as práticas mais adequadas à organização desde que cumpram os pontos da norma.	Obrigatoriedade na adopção dos padrões previstos na norma.
Certificação concedida por várias entidades acreditadas para o efeito.	Acreditação concedida pelo <i>Health Quality Service</i> (CHKS) e pela <i>Joint Commission</i> (JCAHO).

Fonte: Adaptado de Lopes, 2007

3.3 Saúde em Portugal e Qualidade

Em Portugal o Estado desempenha um papel de relevo na propriedade e gestão dos hospitais e centros de saúde. Paralelamente, é também o Estado que financia uma grande percentagem dos serviços de saúde. Os hospitais são recursos necessários à comunidade, pelo que devem ser administrados para gerar os serviços de que ela necessita, com o mínimo de custos possível, mas com a máxima qualidade e excelência dos serviços médicos, ou seja, sob os princípios da economia, eficiência e eficácia. Em 1997 o Ministério da Saúde instituiu, como objectivo prioritário, a definição de uma política de qualidade para o sector, o desenvolvimento e

implementação de sistemas de qualidade e a criação do Instituto da Qualidade na Saúde para apoiar as organizações na melhoria da qualidade. Neste sentido, até 31 de Dezembro de 2005 foram financiados, entre outros, 21 projectos de acreditação de hospitais e 40 projectos de certificação de serviços hospitalares pelas normas ISO. (Lopes, 2007)

A Lei de Gestão Hospitalar, Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, considera o atendimento de qualidade e a garantia da prestação de cuidados de saúde de qualidade com um controlo rigoroso dos recursos um dos princípios específicos da gestão hospitalar e um dos princípios gerais para a prestação de cuidados de saúde, a implementação de sistemas de qualidade nos hospitais depende de iniciativas internas e é quase sempre desconhecida. A gestão da qualidade nos hospitais tem evoluído, essencialmente através dos processos de acreditação dos hospitais, considerados como um investimento com reflexos estruturais para a gestão da qualidade, obrigando os hospitais a organizarem-se, à formulação de uma política de qualidade, de gestores da qualidade e a actividades de planeamento e controlo estatístico de melhoria. (Lopes, 2007)

Neste contexto, a rede hospitalar tem sofrido importantes modificações que decorrem da requalificação da rede de urgências e da criação de múltiplos centros hospitalares, mas não tem tido uma planificação estratégica tão centralizada, em comparação com os cuidados primários e com a da rede de cuidados continuados. Os hospitais, grandes consumidores de recursos, são as organizações que mais sofrem as pressões das mudanças que estão a ocorrer nas várias vertentes da procura e da oferta de cuidados de saúde, sendo, ao mesmo tempo, palco de feitos tecnológicos extraordinários e inovações formidáveis e de demonstrações absurdas de desperdício e de problemas de qualidade, sempre sob o foco atento dos *media*. Assim, repensar o modelo de governação dos hospitais portugueses, encarando a qualidade dos cuidados, a segurança dos doentes e o combate ao desperdício como uma responsabilidade partilhada por profissionais de saúde, gestores e políticos, e enquadrando-os no contexto mais global da governação do sistema de saúde, afigura-se extremamente oportuno e susceptível de fornecer um contributo inestimável para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados nos hospitais. (Campos, Borges e Portugal, 2009)

Todos reconhecem que a prestação de cuidados de saúde deve orientar-se na senda da inovação e na criação de padrões da qualidade. Como fazê-lo? Que problemas e que soluções? Estas foram as questões levantadas no *Congresso Sistema de Saúde Português – Inovação e Qualidade* (realizado no Auditório dos Hospitais da Universidade de Coimbra, nos dias 25 e 26 de Março de 2010, e cuja

súmula é apresentada no anexo 4) e para as quais a **Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde** tenta dar resposta. Esta tem como destinatários o cidadão e os profissionais de saúde, foi aprovada pelo Despacho n.º 14223/2009, de 24 de Junho, e define como prioridades estratégicas: a qualidade clínica e organizacional; a informação transparente ao cidadão; a segurança do doente; a gestão integrada da doença e inovação; a gestão da mobilidade internacional de doentes; a avaliação das reclamações e sugestões dos utilizadores do SNS; e a qualificação e acreditação nacional de unidades de saúde.

Os desafios da qualidade e da segurança do doente surgem em primeiro plano como uma das principais preocupações da Serviço Nacional de Saúde. Para tal foi criado a 10 de Fevereiro (Portaria n.º 155/2009) e inaugurado a 25 de Maio de 2009 o **Departamento da Qualidade na Saúde**. Criado no âmbito da Direcção-Geral da Saúde, o Departamento da Qualidade na Saúde, sucedâneo do Instituto da Qualidade em Saúde e da Agência da Qualidade na Saúde, tem a missão de promover e disseminar, nas instituições prestadoras de cuidados de saúde, uma cultura de melhoria contínua da qualidade. Compete ao Departamento da Qualidade na Saúde criar um programa nacional de acreditação em saúde, baseado num modelo de acreditação sustentável e adaptável às características do sistema de saúde português, com o objectivo de garantir a qualidade das organizações prestadoras de cuidados de saúde e promover o seu empenho voluntário na melhoria contínua, consolidando a cultura da qualidade integral. A Direcção-Geral da Saúde é responsável pela promoção de formas de reconhecimento público da qualidade e melhorias conseguidas nas unidades prestadoras de cuidados de saúde acreditadas, concedendo deste modo aos cidadãos e aos profissionais de saúde maior confiança no acesso aos cuidados.

O Despacho n.º 13793/2009, de 16 de Junho, cria o **Conselho para a Qualidade na Saúde**, ao qual compete, genericamente, pronunciar-se sobre questões inerentes à execução da missão do Departamento da Qualidade na Saúde.

Com esta linha de objectivos, foi adoptado o Modelo de Acreditação ACSA como modelo oficial e nacional de acreditação de unidades de saúde. Baseado na auto-avaliação e na identificação de áreas de melhoria, envolve três níveis – avançado, óptimo e excelente. O Modelo de Acreditação ACSA dá garantias de sustentabilidade financeira, permitindo a acreditação de todos os serviços de saúde do SNS. A aprovação do Modelo ACSA não prejudica os processos de acreditação com base noutro modelo em curso nas diversas instituições de saúde públicas. As instituições privadas adoptarão o modelo de acreditação que entenderem mais adequado. Este Modelo Nacional de Acreditação em saúde tem como pilares a gestão

por processos, a gestão clínica e a gestão por competências. A estrutura do Manual de Acreditação é a seguinte:

- | |
|---|
| 1. O Cidadão, como centro do Sistema de Saúde |
| 2. Organização da actividade centrada no utente |
| 3. Profissionais |
| 4. Áreas de Suporte |
| 5. Resultados |

Continuando com a temática da qualidade, muitos outros assuntos são levantados e muitas outras discussões geradas, e destas há que salientar a discussão a que actualmente se assiste em torno da utilidade da existência de um **top 20 de unidades de saúde** (“as melhores da qualidade”) que permitisse o *benchmarking* entre estas, da possibilidade da **normalização dos sistemas de gestão da qualidade das unidades de saúde** e da criação de um **sistema de reporte de boas práticas**. Ainda de ressaltar são as questões que se prendem com a **livre escolha** (de médico, enfermeiros e unidade de saúde) e com a **indústria dos cuidados de saúde**, como se de outra qualquer indústria de serviços se tratasse.

Capítulo 4 – Estudo de Caso

4.1 Práticas de Gestão da Qualidade na Manutenção Hospitalar

Nesta fase do estágio (de 3 de Dezembro de 2009 a 26 de Fevereiro de 2010) contei com a orientação do Exmo. Sr. Dr. Ricardo Mota, Administrador do Serviço de Instalações e Equipamentos do CHC.

4.1.1 A Manutenção Hospitalar e o Serviço de Instalações e Equipamentos do Centro Hospitalar de Coimbra, EPE

Actualmente a qualidade é um elemento chave para cativar a confiança dos utilizadores de bens e serviços, sendo a actividade de manutenção uma componente fundamental para que aquele objectivo seja atingido. No âmbito hospitalar, a qualidade dos cuidados de saúde está bastante dependente do bom funcionamento das instalações e equipamentos hospitalares, pois destes depende uma parte significativa da qualidade dos diagnósticos e tratamentos, assim como da estadia do doente no hospital. De facto, uma boa qualidade nos serviços hospitalares permite salvar vidas, diminuir o sofrimento e reduzir a estadia média do doente no hospital. Também diminui o número médio de acidentes de trabalho do pessoal, evitando problemas legais e indemnizações. Um hospital não pode ser seguro sem uma adequada manutenção e não há boa qualidade quando a segurança é baixa. Porém para que haja uma boa manutenção é necessário haver um adequado controlo e planeamento sobre todas as intervenções efectuadas nas instalações e equipamentos. Importa referir que a manutenção hospitalar é extraordinariamente complexa, quer pela sua natureza quer pelo seu âmbito, indo desde a construção civil, passando pela geração de vapor até aos mais sofisticados equipamentos médicos. Assim, a manutenção dos hospitais, cujas instalações e equipamentos são diversificados e complexos, segue princípios gerais válidos para qualquer empresa, sendo que a sua aplicação deve atender a certas especificidades do sistema hospitalar, tais como os seus objectivos, necessidades, organização e cultura.

O termo **manutenção** tem a sua origem remota no vocabulário militar com o sentido de manter, nas unidades de combate, os efectivos e o material num nível constante (Farinha, 1997). Mas só há cerca de 60 anos, as empresas começaram a reconhecer a importância da manutenção dos equipamentos como função autónoma específica. Mais recentemente, em 1993, Mirshawka definiu o termo como o conjunto de actividades e recursos aplicados aos sistemas ou equipamentos, visando garantir a consecução da



Figura 12 – Manutenção
(Fonte: katakidownload.blogspot.com)

sua função dentro de parâmetros de disponibilidade de qualidade de prazos, de custos e de vida útil adequados.

Assim entendida, a gestão da manutenção visa três objectivos: a operacionalidade dos equipamentos, a economia dos recursos empregues e a segurança de pessoas e bens. Para tal podem-se adoptar diferentes critérios para intervir nos equipamentos (tipos de manutenção):

- Manutenção planeada ou preventiva (cujo principal objectivo é, segundo a análise de históricos para a criação de critérios, reduzir a probabilidade de falha, aumentar a disponibilidade dos equipamentos e reduzir os custos com manutenção)
 - Sistemática, ou seja, periodicamente;
 - Condicionada, ou seja, quando parâmetros predeterminados atingem determinado limite;
- Manutenção não planeada ou correctiva.

Uma acção de manutenção planeada terá, normalmente um carácter preventivo, mas poderá também incluir trabalhos de manutenção correctiva, determinados no momento da intervenção. Uma acção de manutenção não planeada será, na generalidade dos casos, de carácter correctivo, mas poderá incluir acções de manutenção preventiva, se tal se justificar no momento da intervenção.

Particularmente numa unidade de saúde, onde é a vida do doente que está em jogo, importa, não só corrigir as falhas, mas também (e, na minha opinião, principalmente) evitar o seu aparecimento.

No entanto, dada a variedade e complexidade dos diferentes equipamentos de natureza médica não se recomenda, nem se justifica, que na estrutura do pessoal do Serviço de Instalações e Equipamentos (SIEQ) do hospital haja todos os técnicos e peritos altamente diferenciados e especializados em aparelhos específicos porque o encargo económico seria muito mais elevado e a rendibilidade dos técnicos muito reduzida. O que se aconselha é que a manutenção técnica dos equipamentos médicos mais sofisticados e complexos seja entregue às firmas fornecedoras e a fiscalização, acompanhamento, diálogo e avaliação do ponto de vista técnico sejam efectuados pela estrutura do pessoal do SIEQ do hospital. (Caetano. 1996)

O conhecimento das instalações e equipamentos a manter, dos recursos necessários e dos seus custos, permitirão definir o tipo de estratégia de manutenção a adoptar. Embora se possa dizer que praticamente todos os equipamentos e instalações exigem cuidados de manutenção, o planeamento e controlo destes assumem diferentes níveis de criticidade conforme o respectivo risco potencial. A manutenção hospitalar intervém em todas as instalações e equipamentos e, como tal,

na globalidade dos hospitais; isto implica que haja uma boa coordenação entre o serviço responsável pela manutenção e os restantes serviços para que aquela actividade se processe da maneira mais fluente possível. O cruzamento da função manutenção com as dos restantes serviços dá origem a dados cujo retorno fornece elementos importantes à sua acção.

Pelo exposto, facilmente se entende o sentido da afirmação de Cuignet (2006), “quando a manutenção tosse, toda a empresa se constipa!”.

Tal como foi referido na apresentação pública do *Protocolo Such – ISQ*, os encargos de manutenção das instalações e equipamentos hospitalares representam entre 4 a 5 por cento dos custos operacionais de uma unidade de saúde. Em média, os encargos totais de manutenção custam ao SNS 5000€/ano por cama, o que significa que, anualmente, e só no SNS, os hospitais e centros de saúde portugueses gastam cerca de 128 000 000€ em manutenção.

As acções de manutenção devem garantir o funcionamento dos equipamentos nas condições especificadas nos manuais dos fabricantes. As acções que se prendem com a segurança oneram os custos de manutenção, em pessoal e em equipamento de medida e teste. Este encargo adicional, que muitas organizações, hospitais e empresas se dispensam de gastar, são um risco assumido que não deverá ser ignorado. É pois evidente que a actividade de manutenção em qualquer empresa que possua instalações e equipamentos é muito importante, conseguindo-se benefícios elevados com uma boa gestão, tais como: uma maior eficácia dos serviços técnicos, maior disponibilidade dos equipamentos, maior segurança, redução de custos, melhoria da qualidade do produto final e imagem global de eficiência de funcionamento da organização face ao exterior.

Os hospitais possuem equipamentos com tecnologias diversas, em continua evolução, sendo frequente encontrar aparelhos funcionalmente similares, mas com grandes diferenças tecnológicas, por serem de diferentes anos de fabrico. A manutenção interna destes equipamentos implica um esforço permanente de formação do pessoal e, eventualmente, o reforço dos quadros. A este problema juntam-se o da falta de documentação técnica e o dos elevados custos dos *stocks* das diferentes peças-de-reserva. Constata-se, por isso, uma tendência crescente para a subcontratação da manutenção por firmas da especialidade, normalmente as fornecedoras dos equipamentos, quer para manutenção preventiva, quer para a reparação de avarias. Os contratos de manutenção são logo incluídos nos Cadernos de Encargos de aquisição dos equipamentos. Porém, a subcontratação obriga o

serviço de manutenção a fazer o controlo dos diversos fornecedores externos, ou seja, fiscalizar os custos de mão-de-obra, deslocações e materiais aplicados, bem como avaliar a qualidade do serviço prestado.

Ainda de referir que, através do acompanhamento do ciclo de vida dos equipamentos, o serviço de manutenção possui dados essenciais para a determinação dos seus períodos óptimos de substituição, importantes na elaboração do orçamento dos diversos serviços utilizadores.

Um hospital está organizado segundo áreas funcionais, designadas por departamentos ou serviços, tendo cada uma, uma missão bem determinada, seja nos campos médico, técnico ou administrativo. No caso particular da manutenção, a unidade funcional responsável por assegurar o desempenho das funções que lhe são inerentes designa-se por **SIEQ**.

Assim, o SIEQ é um dos serviços de suporte ao hospital e tem como objectivo principal aumentar o conforto e segurança na utilização dos equipamentos e instalações do mesmo.

Segundo o RI, compete, nomeadamente, ao serviço de instalações e equipamentos, enquanto serviço de gestão e logística:

- Assegurar a manutenção preventiva e correctiva das instalações e equipamentos do CHC, garantindo o seu funcionamento de acordo com as normas, regulamentos e legislação em vigor em matéria de segurança dos doentes, dos visitantes e dos profissionais;
- Acompanhar o ciclo de vida dos equipamentos, desde a fase de aquisição até ao abate, através da definição das especificações técnicas de compra, da realização ou do planeamento das reparações e do apoio aos processos de abate;
- Elaborar projectos de engenharia para a construção ou remodelação de instalações e proceder à respectiva execução ou fiscalização;
- Monitorizar a prestação de serviços executados por terceiras entidades na área das instalações e dos equipamentos;
- Zelar pela adopção das soluções técnicas que garantam o melhor custo-benefício;
- Gerir racionalmente os recursos energéticos propondo, sempre que possível, soluções que permitam novas formas de produção de energia;
- Introduzir medidas de gestão ambiental, monitorizá-las e sempre que necessário aplicar as respectivas correcções;

- Garantir a manutenção e a funcionalidade das instalações e dos equipamentos que não se encontram afectos aos serviços e que constituam as designadas zonas comuns hospitalares, as quais são da exclusiva responsabilidade do serviço de instalações e equipamentos.

No CHC, o SIEQ funciona por sectores de actividade de acordo com a natureza das intervenções realizadas, com destaque para os sectores de Electromecânica, Construção Civil e Electromedicina. A formação recebida, respeitante a esta fase do estágio, foi neste último sector.



Figura 13 – Electromecânica (Fonte: pieme.us/home), Construção Civil (Fonte: todaoferta.uol.com.br) e Electromedicina (Fonte: www.industriastecnicasitc.com)

O papel do SIEQ só é reconhecido (normalmente) quando o utilizador dos equipamentos sente uma anomalia; porém, a sua acção é muito mais relevante quando os bens a seu cargo funcionam sem qualquer falha. A intervenção do SIEQ nas instalações e equipamentos deve iniciar-se no momento em que o hospital decide fazer a sua aquisição (respeitando o Regulamento de Compras – disponível no sítio do CHC). A partir desse instante, o serviço de manutenção tem a responsabilidade de intervir no processo de compra, recepção e instalação; a elaboração do Caderno de Encargos e a selecção das Propostas implicam equacionar vários pontos relacionados com a qualidade do equipamento, a adequação dos recursos internos e as garantias do fornecedor. Depois de escolhido o equipamento, assim como o seu fornecedor, é feita a aquisição e, posteriormente, a recepção e a instalação. Esta fase é muito importante, nela devendo intervir não só o SIEQ, mas também o serviço de Aprovisionamento e o próprio serviço utilizador. Nesta altura há que verificar se as condições do Caderno de Encargos foram integralmente cumpridas e se os Manuais que acompanham o equipamento correspondem ao seu modelo e versão. Este procedimento dá ao SIEQ um meio poderoso para poder garantir a sua correcta manutenção, desde o momento da entrada em funcionamento. A manutenção é planeada tendo em conta estes conhecimentos, bem como o histórico das intervenções e a experiência acumulada.

A actual gestão das intervenções da manutenção é feita de acordo uma lógica sequencial: quando um serviço utilizador detecta uma anomalia num equipamento, ou necessita de determinado trabalho do SIEQ, envia-lhe um pedido de intervenção. Este, depois de analisar o nível de urgência e o tipo de equipamento, e de fazer o diagnóstico da avaria, se tal for o caso, avalia as possibilidades internas de intervir e, se possível, encarrega uma oficina de efectuar o trabalho. Se este não puder ser feito internamente, o SIEQ chama uma firma do exterior, frequentemente o fornecedor do equipamento. Os custos das intervenções são imputados aos serviços a que respeitam. A distribuição destes valores pelo hospital é uma informação importante, nomeadamente quando analisada em conjunto com o custo dos equipamentos a cargo de cada serviço. A última fase do ciclo de vida de um equipamento onde o serviço de manutenção deverá intervir de forma activa é na sua substituição. De facto, este serviço dispõe dos custos anuais de manutenção, do ano e do valor de aquisição, dados fundamentais na determinação do período óptimo de substituição dos equipamentos.

4.1.2 A Gestão do Património dos Hospitais e o Processo de Transição (mudança física e conceptual) das Instalações no Hospital Pediátrico do Centro Hospitalar de Coimbra, EPE

A degradação, falta de segurança e exiguidade das instalações em que funciona o HP, decorridos trinta anos de actividade, conduziram à necessidade de planear uma nova unidade. Em 1996 o Ministério da Saúde determinou que se iniciassem os trabalhos para a construção de um novo edifício. Em Junho de 1997 o Secretário de Estado da Saúde anunciou um plano de emergência que consistia na construção de novas infra-estruturas, provisórias, para evitar a ruptura. Em Setembro de 1999 foi lançado concurso internacional para a escolha do projectista do Hospital. Em Janeiro de 2000 a Administração Regional de Saúde nomeou a Comissão de Acompanhamento do novo HP. No dia 5 de Abril de 2001 fez-se a adjudicação do novo HP. Em Dezembro de 2003 foi aprovado o concurso público para a construção do Hospital. Em 27 de Abril de 2004 foi aberto concurso público internacional para a construção do hospital. Em Dezembro do mesmo ano, o Tribunal de Contas deu o visto ao processo do Pediátrico. Em Janeiro de 2005 foi adjudicada a obra e em Fevereiro do mesmo ano foi assinado o contrato para a construção do novo HP. A construção começou em Março de 2005 e foi suspensa em Maio devido a problemas técnicos graves, decorrentes da passagem de uma linha de água no terreno. O impasse instalou-se e foi adjudicado um estudo geológico complementar para a drenagem das águas. Procedeu-se à alteração das fundações e à alteração dos

orçamentos. A área de construção é de 90 mil m², para um hospital que serve toda a região centro... e passaram 10 anos desde a adjudicação da obra dados os sucessivos atrasos. Em consequência, os anúncios da inauguração têm sido sistematicamente adiados.



Figura 14 – Novo HP do Centro Hospitalar de Coimbra, EPE

Fonte: www.skyscrapercity.com

Implantada num terreno com cerca de 6 hectares, situada a norte do Hospital da Universidade de Coimbra, esta nova unidade hospitalar é composta por:

- Edifício principal – composto por 21 corpos estruturais, onde irão ser instalados todos os serviços de prestação de cuidados de saúde. Designado por Edifício A, apresenta 14 níveis de pavimentos distintos que se situam entre o piso -7 e o piso 4 (coberturas);
- Edifício de apoio – onde irão funcionar o Serviço de Instalações e Equipamentos, os Armazéns, as Oficinas e as Centrais Térmicas, designado por Edifício B;
- 2 Portarias e 1 Heliporto.

Tal como o actual, o novo HP servirá toda a região centro, não obstante continuar a ser o centro de referência, a nível nacional, para algumas patologias, como sejam, a transplantação hepática, a patologia do sono, a cirurgia por escoliose e a paralisia cerebral. Todavia, é expectável que a actividade do novo hospital seja fortemente influenciada pelo alargamento da oferta de cuidados pediátricos à faixa etária dos 13 aos 17 anos completos – factor que, por si só, a par do aumento da capacidade instalada, irá confrontar o HP com um aumento na procura de cuidados. Por outro lado, a considerável melhoria das condições físicas para a prestação de cuidados de saúde, vai proporcionar formas diferentes de organização de cuidados, bem como permitir melhores práticas (por exemplo, o hospital vai passar a dispor de uma unidade de cuidados intermédios, de internamento específico para oncologia pediátrica, bem como de quartos de isolamento). No novo HP será, pois, possível prestar cuidados de saúde mais dignos, tecnicamente mais completos e com menor

risco, para além de ser aí ministrado, a nível da região centro, um ensino universitário de pediatria de melhor qualidade. Não se torna fácil, contudo, quantificar desde já o impacto da nova estrutura, uma vez que, por exemplo, a nível do internamento, não obstante o aumento da lotação, a abertura do hospital será realizada de uma forma faseada, numa perspectiva de consolidação da procura à qual corresponderá um aumento consolidado da oferta de cuidados. Por último, deve salientar-se que em algumas das áreas já existentes se estima que a mudança para as novas instalações proporcione um crescimento exponencial – por exemplo, a nível da medicina física e de reabilitação, seja pelo previsível aumento da actividade ambulatoria, seja pelo facto de esta especialidade passar a dispor de camas de internamento, calcula-se que esta área venha a registar um importante desenvolvimento, a tal ponto que permita recolocar o HP na rede nacional de referência para fisioterapia.

4.1.3 Actividades Desenvolvidas e Análise Crítica

Com o desenvolvimento de um novo HP, criou-se a necessidade, por parte do CHC, de recepcionar equipamentos e instalá-los devidamente. Estas tarefas, bem como todas as demais que delas advém, são da responsabilidade da Comissão de Recepção de Equipamentos no novo HP, na qual fui inserida para a realização do estágio. Assim, e tentando sempre uma conciliação dos meus interesses com os do CHC, tentei estudar, propor e acompanhar a execução de metodologias de protecção contra furto de equipamentos a recepcionar no novo HP, bem como estudar, propor e acompanhar a execução de metodologias para a recepção definitiva e inventariação dos equipamentos instalados na fase de empreitada e na fase 1 (equipamentos fixos diversos complementares à empreitada), bem como de todos aqueles que estavam a ser objecto de processos de aquisição sectoriais (equipamento médico, de mobiliário geral, informático, etc) e que se previa virem a ser recepcionados em breve.

Comecei por receber formação sobre a aplicação informática usada pelo CHC, para entender os procedimentos das compras de bens e serviços. A aplicação Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia (GHAF) surge pela necessidade de dar resposta de forma simples e eficaz à problemática da Gestão de Compras e Stocks do hospital. O desenvolvimento da aplicação

foi feito em exclusivo para a Gestão Hospitalar e como tal as opções da aplicação seguem a normal rotina dos utilizadores. O ambiente da aplicação é bastante intuitivo o que não exige grande formação (ver anexo 5). O software está ligado com um Fax-Servidor, para envio por fax ou e-mail de consultas e notas de encomenda a



Figura 15 – GHAF
(Fonte: www.sti.pt)

fornecedores. Está ainda integrado com a *Plataforma Electrónica de Contratação Pública anoGov*.

Em relação ao processo de compra de bens e serviços, as necessidades dos hospitais em adquirir recursos, face às suas necessidades, envolvem diversos procedimentos burocráticos. O processo de compra do CHC centra-se na aplicação informática GHAF, sendo, contudo, importante não deixar de abordar a informação que o antecede (ver anexo 6).

No **sector de Electromedicina do SIEQ**, uma das actividades que desenvolveu envolveu a **preparação do Caderno de Encargos** do Processo de Aquisição de Serviços de Manutenção para Equipamentos de Imagiologia do CHC, a efectuar nos termos das modalidades de manutenção solicitadas, a contratar de acordo com as necessidades do CHC e face aos encargos previsionais decorrentes da análise das propostas apresentadas. Para tal foram efectuadas listagens dos equipamentos a incluir nos contratos de manutenção, o que implicou aceder às Fichas do Bem dos mesmos. Tal revelou graves problemas de inventariação. De facto, vários equipamentos não estavam inventariados ou, os que estavam, apresentavam graves erros na Ficha do Bem (a inventariação com outra designação ou a má contabilização do imobilizado pode levar à aplicação de taxas de amortização elevadas). Assim, tive também a oportunidade de corrigir algumas Fichas do Bem e de entender melhor o processo de inventariação de equipamentos, as suas vantagens (como sejam actualizar a alocação físico-departamental – por departamento e centro de custo, aferir as variações ocorridas – depreciações e reavaliações, renegociar contratos de manutenção, exigir reparações ao abrigo de garantias, etc.) e problemas (como seja a falta de informação sobre a aquisição do equipamento, respectivas características, etc.).

Também tive a oportunidade de participar na **planificação de Propostas**, ou seja, a leitura atenta e a análise das Propostas dos fornecedores, com vista à respectiva seriação/classificação face a um conjunto de critérios de adjudicação pré-definidos. Para facilitar esta análise, são utilizadas folhas de cálculo do Excel, de forma a introduzir as informações das Propostas em grelhas que permitam a comparação entre aquelas, a análise de preenchimento das condições obrigatórias do Caderno de Encargos, a adequação técnica, etc.. Tive a oportunidade de desenvolver estes trabalhos no Concurso Público n.º 10/2009 – Fornecimento e Instalação de um Sistema de Transporte Pneumático de Amostras Clínicas e Outros Materiais para o Novo HP de Coimbra. No SIEQ cooperei na composição de **documentos justificativos da necessidade de substituição de equipamentos** da Endoscopia

Digestiva (Videocolonoscópios, Videogastrososcópios e Duodenovideoscópios) e da Broncologia (Broncovideoscópios e Broncofibrososcópios). Estes documentos revelam dados como valor e data de aquisição dos equipamentos, bem como valores e datas de reparação dos mesmos. Pode verificar que o valor das reparações excede (em muito) o valor de aquisição, pelo que a opção pela compra de novos equipamentos é a melhor, em detrimento das reparações.

Quadro 5 – Equipamentos mais representativos, em termos de investimentos, no CHC (dados anteriores a 2006)

	Quantidade	Valor			
Angiografia digital	2	2.050.000€			
Aparelhos de anestesia	21	1.470.000€			
Aparelhos de RX fixos e portáteis	26	650.000	Impressoras	698	174.500
Autoclaves e Estufas	22	880.000	Intensificadores de imagens	6	1.200.000
Bombas perfusoras e infusoras	550	962.500	Laser para cirurgia da próstata	1	90.000
Caldeiras	6	480.000	Mamógrafo	1	100.000
Candeeiros de Bloco Operatório	13	325.000	Monitores cardíacos	371	1.298.500
Computadores	1320	1.320.000	Sistema de arquivo de imagens (PACS)	1	1.800.000
Digitalizadores de imagens	2	500.000	Sistema de gestão de medicamentos	1	40.000
Ecógrafos	22	1.650.000	Sistema de neuronavegação	1	400.000
Fluorroradiografia digital	1	170.000	Sistema de radiologia digital	1	400.000
Geradores	6	2.400.000	Sistema de videoconferência: telemedicina	1	100.000
Impressora laser de imagens	5	380.000	TAC	2	1.500.000
			UPS	59	590.000
			Ventiladores	38	3.800.000

Fonte: Plano Estratégico 2006/2010 do CHC, EPE

Particpei também na elaboração do **Circuito de Requisições na Electromedicina**, apresentado no anexo 7, que apresenta por escrito os procedimentos de funcionamento do sector. Ainda no SIEQ, cumpri algumas **actividades respeitantes ao sector de Prestação de Serviços do Serviço de Gestão de Materiais**, como sejam Processos de Aquisição Simplificados, Ajustes Directos, Adjudicações, emissão de Notas de Encomenda, etc.. Estas actividades são desenvolvidas (tal como já foi referido) através da aplicação GHAF. Para se entender melhor, são apresentados no anexo 8 *print screens* que ilustram estes trabalhos.

Em relação às **actividades de recepção e instalação dos equipamentos no novo Hospital Pediátrico** propriamente ditos, as que desenvolvi foram poucas – previa-se a inauguração do novo HP no dia 1 de Junho de 2010, o que obrigaria a que as instalações e equipamentos do hospital estivessem prontos e em funcionamento até 31 de Maio desse ano, último dia do estágio. Tendo em conta os atrasos notados (por motivos que me são desconhecidos), tomei a decisão de me afastar do projecto, uma vez que não teria a oportunidade de me envolver verdadeiramente no mesmo.

Assisti a algumas **reuniões da comissão de recepção da obra do novo HP** com a ARSC, nas quais foram discutidos os problemas existentes, bem como as contrariedades e atrasos recepção definitiva e inventariação dos equipamentos

instalados e trabalhos a desenvolver (prazos, por quem, etc.). Numa das reuniões, a ARSC manifestou a necessidade de assegurar que a entrega formal dos equipamentos ocorra em simultâneo com a entrega oficial da obra, pois apenas a partir desta data o CHC assumirá a responsabilidade pela guarda, uso e gestão dos referidos equipamentos. Para tal, foi acordado que a ARSC facultará ao CHC todos os dossiers solicitados, por processo de aquisição, desde o mais antigo (Empreitada) ao mais recente, compreendendo os cadernos de encargos, as propostas adjudicadas, os relatórios e actas dos júris, as notas de encomenda, as guias de transporte (incluindo as relativas às ofertas), os autos de medição/recepção, as facturas e as guias de pagamento em suporte digital. Os documentos em apreço deverão ser facultados também em suporte digital sempre que possível. Foi ainda solicitada à ARSC uma listagem de imobilizado, a disponibilizar em anexo ao documento de transferência do novo hospital da ARSC para o CHC, a qual deverá ser acompanhada dos documentos comprovativos dos valores associados a esses mesmos equipamentos. Para facilitar estes trabalhos, surgiu a elaboração de um **protocolo de recolha de informação da ARSC**, na qual participei. Este consiste numa grelha de verificação da compilação dos documentos referidos.

Mesmo não participando nos trabalhos de recepção e instalação dos equipamentos do novo HP, consolidei uma opinião de como estes se deveriam desenrolar e que aqui apresento sucintamente.

Durante a recepção dos equipamentos, deverá ser cuidadosamente observado se o equipamento fornecido respeita às condições técnicas do Caderno de Encargos e à Proposta do fornecedor. Analisado este ponto, deverá passar-se ao exame dos Manuais, os quais deverão estar completos e corresponder à versão do equipamento fornecido. Após a recepção do equipamento e, em caso de serem necessárias infra-estruturas especiais para a sua instalação, deverá observar-se se estas estão de acordo com as especificações. Não obedecer a este ponto poderá ser uma causa de avarias ou de interferências com outros equipamentos ou utilizadores. Nesta fase, o equipamento deverá ainda ser inventariado.

Depois de percorrido o caminho aqui traçado, o equipamento estará em condições de ser colocado em funcionamento, tornando-se imperioso dar formação aos utilizadores (até porque se trata de equipamentos com tecnologias mais avançadas do que os existentes no antigo Pediátrico). Esta deverá ser completa quer a nível da operação, de forma a minimizar as anomalias de funcionamento devidas a erros de manuseamento, quer a nível de alguns cuidados simples de manutenção.

Sob um olhar **crítico**, as instalações daquele que foi considerado há 30 anos o maior, mais belo, mais moderno e actualizado Sanatório de Portugal (actualmente

HG), estão hoje desajustadas do que seria desejável. As instalações e os equipamentos do Sanatório eram, de facto, pouco vulgares neste tipo de estabelecimentos de saúde. Algumas das peças, obras de pintura, porcelana e cristalaria encontram-se dispersas pelo Hospital, mas a maior parte do espólio está desaproveitado. O HG, embora não ostentando o esplendor de outrora, surpreende o visitante pela beleza de muitas das suas instalações, pela luminosidade que lhes é conferida pela exposição solar e principalmente pela magnífica zona envolvente, cuidadosamente ajardinada e convidativa a agradáveis passeios.

A efectiva redução de custos, a diminuição do pessoal ligado à manutenção e o aumento simultâneo da eficiência desta só são possíveis com o recurso à informatização. O enorme volume de informação que importa gerir nas actividades de manutenção, sobretudo na manutenção preventiva onde o planeamento deve assumir um carácter dinâmico, justifica facilmente a adopção de um sistema informático de apoio à gestão (Faria, 1999). Assim, para apoio à manutenção existem, no mercado, diversas soluções informáticas, em particular para o seu controlo e planeamento. Porém, estas soluções, normalmente, não tratam os dados técnicos e financeiros das intervenções de forma a poder responder aos diversos pontos de vista dos vários intervenientes. Isto é, são desenvolvidas apenas na óptica do gestor da manutenção, encarando esta actividade de uma forma isolada das restantes áreas. De facto, a manutenção será a questão central do sistema informático, mas este também deve servir ao Inventário (na gestão do património), aos serviços utilizadores (nos pedidos de intervenção), à Administração (em análises de custos), ao Aprovisionamento (no controlo dos *stocks* das peças-de-reserva), etc.

Ainda de referir é a inexistência de informação na GHAF sobre o tempo médio de bom funcionamento dos equipamentos (para prever substituições), tempo médio de reparação, disponibilidade do equipamento (peças-de-reserva), etc. Além desta falha, o conhecimento adicional para os técnicos do SIEQ que resulta da integração no sistema dos relatórios de intervenções num equipamento, devido a avarias, não é registado na GHAF, nem em qualquer outro sistema. A crescer, a GHAF não contempla, na maioria das vezes, informação relativa ao inventário, à movimentação / mudança de serviço / alienação e à manutenção dos equipamentos, informação esta que, na minha opinião, é imprescindível para uma correcta actividade do SIEQ e que determina, a meu ver, a realização de novo inventário.

A criação de uma classificação de equipamentos única, a nível nacional, permitindo individualizar cada bem inequivocamente (Cadastro e Inventário dos Bens do Estado – CIBE, regulamentado pela Portaria n.º 671/2000) e criar uma grande base de dados do património hospitalar, poderia facilitar a troca de informações e o

consequente aumento de conhecimento sobre os equipamentos, o que seria vantajoso para a manutenção hospitalar. Contudo... tal ainda não se verifica!

Já se nota o interesse do CHC em possuir um parque de equipamentos que seja o mais uniforme possível nas tecnologias que utiliza. Contudo, esta normalização de tecnologias ainda não se verifica, o que traz complicações acrescidas em termos de utilização e manutenção de equipamentos semelhantes, fabricados por diferentes empresas. Por outro lado, o facto de existirem muitos fornecedores para o mesmo tipo de equipamento aumenta a concorrência e o poder negocial do CHC.

Um problema que vi desencadear-se com o novo HP foi o facto de se construir o hospital, se instalarem os equipamentos, colocá-los em funcionamento, e só posteriormente ser pensado o serviço de manutenção. De facto, julgo que o CHC desconhece exactamente a quantidade de equipamentos que possui e, por consequência, as suas reais necessidades de manutenção, ou seja, de recursos a disponibilizar, humanos e materiais, internos e/ou de empresas exteriores.

É ainda imprescindível sublinhar a carência de literatura sobre estas matérias, escritas por ou para gestores. De facto, esta é uma área muito mais dada às engenharias, o que leva a que sejam (exaustivamente) descritos procedimentos de manutenção e outros que tais, sem que as acções de administração da manutenção sejam evidenciadas. Pode-se mesmo dizer que a manutenção continua a ser considerada como uma secção da Engenharia Mecânica.

Por fim, parece oportuno realçar as maiores lacunas deparadas no SIEQ do CHC e que, uma vez solucionadas, perderiam contribuir para o melhor funcionamento do mesmo. Neste sentido, em jeito de recomendações, deveria verificar-se:

- O aprofundamento da especialização sectorial (Electromecânica, Construção Civil e Electromedicina), de acordo com as *Leges Artis* na área, com inter relações funcionais, mantendo alguma autonomia;
- A modernização das estruturas próprias do serviço (oficinas, áreas administrativas, etc.);
- O redimensionamento dos recursos humanos, assegurando a existência de um responsável intermédio, em cada um dos três sectores, que responda perante o supervisor técnico (director de serviço) e o administrador da área, a reorganização dos efectivos operacionais de modo a responder melhor às exigências actuais de manutenção por sub-sector ou oficinas (carpintaria, electricidade, serralharia, mecânica, etc.);
- A requalificação dos recursos humanos com acções de formação para actualização de conhecimentos, imprescindível face ao avanço tecnológico;

- A beneficiação do parque de equipamentos (de trabalho, de teste e diagnóstico, etc.);
- O aprimoramento da interligação com fornecedores, mediante o estabelecimento de relações privilegiadas com fornecedores com “provas dadas” (efectivo cumprimento dos prazos de entrega, qualidade dos matérias, preços unitários, etc.);
- Uma melhor articulação com outros serviços do hospital (principalmente com o Aprovisionamento para uma efectiva gestão de peças e materiais e, em especial, no que respeita à organização do cadastro dos equipamentos (imobilizado, movimento de bens de inventários), celebração e acompanhamento de contratos de assistência técnica e organização de procedimentos de aquisição de projectos e empreitadas, bem como de bens e serviços correlacionados com a actividade do SIEQ); e uma melhor interligação funcional entre os SIEQ de cada um dos três hospitais integrados;
- A uniformização de procedimentos, bem como o efectivo cumprimento do circuito das requisições já estabelecido;
- A utilização em pleno da aplicação GHAF para efeitos de gestão do *workflow* do SIEQ, com a consolidação das requisições electrónicas de intervenção como mecanismo principal de solicitação de apoio ao SIEQ por todos os serviços hospitalares, incluindo a emissão de requisições electrónicas de materiais ao armazém e gestão “técnica” do imobilizado;
- A constituição de biblioteca técnica do SIEQ, para arquivo físico e electrónico (via digitalização) dos principais documentos de interesse arquivístico, nomeadamente, plantas, manuais de equipamentos, dossiers técnicos de projectos e empreitadas, procedimentos de aquisição relevantes, entre outros.

4.2 Práticas de Gestão da Qualidade no Projecto de Acreditação

Na segunda fase do estágio (de 1 de Março de 2010 a 31 de Maio de 2010) contei com a orientação da Exma. Sr.^a Dr.^a Paula de Sousa, Directora do Gabinete da Qualidade e Comunicação do CHC.

4.2.1 O Gabinete da Qualidade e Comunicação do Centro Hospitalar de Coimbra, EPE

Este gabinete tem como missão apoiar o Conselho de Administração na procura de excelência da prestação de cuidados de saúde de qualidade, promovendo uma cultura de melhoria contínua da qualidade através da inovação, da estratégia, do planeamento, da implementação e da monitorização.

Segundo o Regulamento Interno do CHC, compete, designadamente, ao **Gabinete da Qualidade e Comunicação (GQCO)**, enquanto órgão de apoio técnico:

- Definir e implementar uma política da qualidade;
- Proceder ao acompanhamento e análise da evolução do desempenho dos serviços, em função dos indicadores e padrões de qualidade organizacional adoptados;
- Propor medidas correctivas, acompanhar a implementação das aprovadas e proceder à respectiva monitorização;
- Promover a realização de auditorias internas;
- Promover a realização de estudos de avaliação da satisfação de clientes e profissionais;
- Desenvolver actividades que contribuam para assegurar um ambiente seguro e saudável para os doentes, visitantes e colaboradores;
- Definir e implementar uma política de comunicação institucional;
- Promover e valorizar a imagem do CHC.

Para o efeito, o Conselho de Administração nomeou a Sr.^a Administradora Hospitalar Dr.^a Paula de Sousa, para directora do GQCO.

4.2.2 O Processo de Acreditação do Centro Hospitalar de Coimbra, EPE, através do Programa “CHKS *Healthcare Accreditation and Quality Unit*”

O CHC iniciou, em Janeiro de 2010, o processo de acreditação através do CHKS, que assenta numa estrutura de normas e critérios internacionalmente reconhecidos e validados, que vão possibilitar à instituição autoavaliar-se criticamente, incentivando as boas práticas e definindo uma agenda permanente para o desenvolvimento e melhoria contínua da qualidade do serviço prestado aos clientes do CHC. O projecto consiste na aplicação da metodologia utilizada no Reino Unido e em cerca de mais dezoito países, com vista à obtenção da acreditação atribuída por esta prestigiada organização britânica no final de um período que se estima de aproximadamente três anos (com possibilidade de extensão a mais um, sem encargos para a instituição).

As principais etapas deste processo consistem, como visto, na formação, na autoavaliação, no planeamento de acções tendentes a garantir o cumprimento do número máximo de critérios do manual internacional de acreditação, na simulação da auditoria externa – auditoria interna – e na auditoria final – auditoria externa. Assim, a acreditação consiste no reconhecimento por um órgão externo, de que uma instituição cumpre com critérios de qualidade pré-definidos. O manual do CHKS contém cerca de 2000 critérios aplicáveis a todos os serviços assistenciais e de apoio. Estes critérios consideram o doente como o centro de todas as actividades.

Trata-se de um projecto estratégico para a organização, com carácter transversal, que implica o envolvimento de todos os profissionais (cerca de 2600) e cuja gestão é assegurada pelo GQCO, cuja directora é a Sr.^a Administradora Hospitalar Dr.^a Paula de Sousa, nomeada pelo Conselho de Administração para coordenar o projecto de acreditação, para o qual é co-adjuvada por uma técnica superior, contando ainda com o apoio de um administrador hospitalar (durante 5 horas semanais) e de um elemento do secretariado. Assim, o grupo da qualidade, constituído pelo GQCO, pelos três gestores do risco clínico, pelo gestor do risco geral, pelos grupos dinamizadores dos três hospitais integrados e pelos interlocutores dos serviços, é o responsável mais directo pela implementação deste projecto. Mas, tratando-se de um projecto transversal, todos os profissionais do CHC, estão, em maior ou menor grau, envolvidos no processo e de todos se espera um contributo activo, fundamental para o sucesso deste processo de melhoria contínua da qualidade.

Com a implementação deste projecto, o CHC pretende ser considerado como uma instituição prestadora de cuidados de saúde de excelência e ver reconhecida a marca *CHC*.

Pretende-se que a acreditação abranja as três unidades hospitalares integradas, podendo, no entanto, dadas as características e a cultura de cada uma delas, ocorrer o almejado reconhecimento em momentos (entenda-se datas) diferentes.

"CHKS is unique in that it focuses on patients, their experiences and outcomes. Our clinical teams were able to focus on the patient's perspective, gain patient opinion and, where required, change the service to focus more on patient expectations."

Stuart Lonie, Governance Manager,

Fonte: www.chks.co.uk

As 64 normas que contêm os 1900 critérios do Programa de Acreditação Internacional para hospitais do CHKS *Healthcare Accreditation and Quality Unit*

(segunda edição, versão 1, Agosto 2006), foram concebidas para auxiliar hospitais de agudos e serviços de saúde mental na permanente melhoria contínua dos serviços de forma transversal, abrangendo toda a organização. As normas foram objecto de profunda revisão e actualizadas de modo a reflectir as melhores práticas em cuidados de saúde. As mudanças e os desenvolvimentos ocorridos a nível internacional em programas de garantia da qualidade e aperfeiçoamento influenciaram as alterações introduzidas nas normas, que respondem às principais preocupações de desenvolvimento em torno da experiência dos clientes quanto aos cuidados prestados, administração clínica, liderança, experiência do pessoal hospitalar e trabalho em equipa. Permanecem contidas nas normas também os elementos essenciais referentes a sistemas, processos e ambiente.

Cada uma das normas aborda uma área de trabalho ou actividade desenvolvida pelo hospital e é composta por enunciados de critérios. Estes estão concebidos de modo a serem mensuráveis (mas não necessariamente quantificáveis) através de processos de autoavaliação e levantamento de dados, flexíveis e aplicáveis em hospitais de qualquer dimensão e com todo o tipo de composição, e adaptáveis, no sentido em que podem ser implementados de acordo com as circunstâncias locais. Os critérios destinam-se a determinar o que é preciso conseguir, enquanto que os profissionais se agrupam em equipas dentro dos serviços para decidir como isso deverá ser feito. As normas estão distribuídas por 6 secções:

- * Governo administrativo e clínico
- * Gestão operacional (organização e prestação dos serviços)
- * Alojamento e serviços locais
- * Experiência do paciente
- * Percurso do paciente
- * Serviços clínicos

Nem todas as normas e critérios poderão ser aplicáveis ao hospital. As normas e critérios que não tenham aplicação são objecto de consensualização entre o hospital e o CHKS, devidamente fundamentada.

O programa funciona através de várias fases de avaliação, que se destinam a medir o grau de conformidade com as normas, começando com uma autoavaliação dentro de cada serviço, seguida de uma análise do progresso e uma auditoria interna, realizada de modo transversal em todo o hospital. Haverá então lugar a uma avaliação externa aprofundada, realizada por profissionais superiores do CHKS qualificados em cuidados de saúde. Será produzido um relatório das conclusões da referida auditoria externa, fornecendo ao hospital um plano contínuo de aperfeiçoamento de serviços e equipas.

Para ajudar o hospital a retirar o máximo benefício da participação no programa de acreditação, foi nomeado um membro dos quadros do CHKS como gestor de cliente, cuja função consiste em dar parecer sobre a interpretação das normas e orientar o grupo responsável pela aplicação do programa de acreditação. Para o desenvolvimento deste processo tornou-se necessário, a fim de facilitar o desenvolvimento das tarefas, designar equipas multidisciplinares (médicos, enfermeiros, administradores, técnicos superiores de saúde e secretariados), que constituem os grupos dinamizadores do processo de acreditação em cada um dos três hospitais integrados. A coordenadora de projecto do hospital é, assim, apoiada por uma equipa de projecto. Existem áreas principais de responsabilidade desta equipa:

- Comunicação e educação na organização sobre as normas do programa de acreditação;
- Acompanhamento do progresso no sentido da consecução das normas do programa de acreditação;
- Condução dos seus próprios departamentos na preparação para a auditoria interna;
- Assegurar o acompanhamento das acções no trabalho adicional no sentido de satisfazer as normas uma vez o relatório da auditoria esteja concluído.

4.2.3 Actividades Desenvolvidas e Análise Crítica

Mais uma vez, tentando sempre uma conciliação dos meus interesses com os do CHC, estudei e elaborei documentos de suporte à implementação do projecto, como sejam os *layouts* do Plano de Acção, do Organograma e dos Manuais de Acolhimento aos doentes internados e à grávida.

Depois dos trabalhos iniciais e actividades preparatórias, procedeu-se ao “lançamento e apresentação do projecto de acreditação”, que teve lugar em cada um dos três hospitais integrados no CHC, no dia 10 de Fevereiro. Até ao dia 15 de Março procedeu-se à interiorização das normas pelos profissionais, o que implicou a publicação do manual internacional de acreditação na intranet, para conhecimento e consulta. Ainda durante o mês de Março, nos dias 16 e 17, os elementos que constituem o grupo da qualidade deram início às reuniões com os departamentos/serviços do CHC para apresentação e interpretação das normas aplicáveis com o objectivo de se proceder à autoavaliação. Antevendo esta fase, o GQCO reuniu-se com os grupos dinamizadores dos três hospitais integrados para que estes apresentassem as metodologias a usar na sua abordagem com os serviços e para que recebessem as orientações devidas. Para tal procedeu-se à elaboração, na qual participei, dos *layouts* do **organograma** (ver anexo 9) e do **plano de acção /**

relatório de actividades (ver anexo 10) dos serviços do CHC (em forma da primeira versão, que ainda será objecto de revisão), com o intuito de apresentar modelos a adoptar pelos serviços.

No dia 22 de Março de 2010, realizou-se a “sessão aberta” de apresentação da metodologia de trabalho no HG, na qual o grupo dinamizador deste hospital propôs, na fase de autoavaliação, reunir com todos os serviços, para proceder à distribuição de pastas e documentos facilitadores do tratamentos das normas aplicáveis; a escolha, pelos directores de serviço, chefias de enfermagem e técnicas, de um ou dois interlocutores do projecto, com o objectivo de *feedback* quinzenal ao grupo dinamizador; acompanhar os serviços, prestando esclarecimentos e orientações. Depois destes trabalhos, irá decorrer o planeamento e execução das medidas e acções correctivas, a avaliação interna e a avaliação externa.

Inserida no projecto de acreditação, a elaboração dos guias ou manuais de acolhimento aos utentes do CHC é uma peça importante da documentação a distribuir aos mesmos pelos serviços do hospital. Assim, tive a oportunidade de participar na preparação do **Guia de acolhimento do doente internado no Hospital Heral** e dos **Guias de acolhimento na Maternidade de Bissaya Barreto – Consulta Externa, Ginecologia e Obstetrícia**. A título de exemplo, o primeiro é apresentado no anexo 11, em forma da primeira versão, que ainda será objecto de revisão.

Até ao dia 31 de Julho irão decorrer os trabalhos de **autoavaliação** dos serviços. Uma vez concluídos, os profissionais dos respectivos serviços deverão desenvolver um plano de acção (de acordo com o *layout* já definido) como meio de implementar os aperfeiçoamentos de serviço que abordem os critérios que não estejam ainda satisfeitos. Para delinear o plano de acção, cada critério marcado como não estando em conformidade, ou estando em conformidade parcial, deverá ser assinalado e deverá ser tomada uma decisão acerca do que precisa ser feito, quem o fará, que recursos implica e qual o tempo previsto para a acção. Tal como na fase de autoavaliação, é importante envolver o maior número possível de pessoas neste processo, havendo, no entanto, alguém do serviço responsabilizado pela elaboração do documento e pela verificação do seu cumprimento.

A **auditoria interna** decorre entre a autoavaliação e a auditoria externa, e constitui uma excelente oportunidade para aprendizagem intra-organizacional e partilha de ideias. Pode mostrar aos profissionais como poderá ser a visita de um avaliador externo e ajudar à percepção dos benefícios do processo de auditoria.

A coordenadora de projecto e os grupos dinamizadores são responsáveis pela organização da auditoria interna, que mais não é do que uma simulação da auditoria

externa e cuja realização se recomenda ter lugar entre três a seis meses antes desta. O gestor de cliente pode ajudar na preparação da auditoria interna e prestar formação aos profissionais que a irão realizar.

Os resultados da auditoria interna precisarão de ser comunicados a todos os profissionais, o que deverá ser feito de forma a encorajar o reconhecimento do nível de consecução atingido face às normas, bem como assinalando as acções que ainda precisem de ser concluídas para satisfazer alguns critérios. Por exemplo, pode ser elaborado um breve relatório escrito para cada área e compilada uma análise do panorama genérico para o conjunto da organização ou pode ser dado um *feedback* verbal a todos os chefes de serviço numa sessão geral. Seja qual for o método utilizado, este deverá dar origem a novo plano de acção. Podem ser identificados planos de acção locais, que deverão incluir calendários de implementação. Os grupos dinamizadores deverão dedicar uma reunião à análise dos resultados e determinar um plano de acção global para preparar a realização da auditoria externa.

A **auditoria externa** é composta por:

- Análise da documentação – Constitui a parte inicial da avaliação, sendo realizada entre quatro a oito semanas antes da auditoria externa propriamente dita, pelo gestor de cliente, e cuja finalidade é avaliar os vários documentos necessários para satisfazer os critérios aplicáveis. Os avaliadores externos quererão confirmar que os documentos se encontram em uso e que os profissionais envolvidos têm conhecimento e procedem ao seu cumprimento efectivo;
- Visita de avaliação – É a auditoria externa propriamente dita, iniciando-se pelo órgão da administração executiva e descendo a hierarquia até aos departamentos e serviços individuais. Durante o levantamento, será auditada e avaliada uma amostra de todos os serviços e departamentos do hospital, sendo muito importante assegurar que seja vista uma amostra representativa. Existem três níveis de entrevistas: em primeiro lugar com os gestores de topo – para se obter um panorama geral e abranger as normas-chave da gestão estratégica; a segunda ronda de entrevistas, calendarizada com os chefes de serviço e chefias intermédias, destina-se a explorar aspectos da gestão e de questões específicas dos serviços, e, no caso dos serviços clínicos, as normas do percurso e da experiência do utente; as entrevistas de terceiro nível são com o pessoal operacional, “no terreno”, e envolvem a presença dos avaliadores pelos vários serviços, observando a conformidade das questões relacionadas com instalações, recursos e equipamentos, em conjunto com entrevistas mais informais com

o pessoal sobre critérios das normas relevantes, como por exemplo a participação em acções de formação, avaliação, conhecimentos em áreas da higiene e segurança, conhecimento dos direitos dos utentes, etc;

- Reuniões de encerramento de entrevistas – A reunião de encerramento terá como foco os temas mais relevantes que tenham surgido ao longo da visita, e os avaliadores não poderão tecer quaisquer comentários sobre se foi conseguida conformidade total ou parcial face às normas. Os avaliadores não poderão dar qualquer indicação sobre o resultado da acreditação.

Já na recta final do processo de acreditação, impõe-se a realização do **relatório da auditoria externa**, que trata as conclusões desta. O relatório é escrito no formato de plano de acção, para facilitar o desenvolvimento organizacional e os aperfeiçoamentos a introduzir aos serviços em funcionamento, de modo a satisfazerem os requisitos das normas. Ao longo do inquérito, os avaliadores manterão notas das suas conclusões com respeito à conformidade com as normas e critérios do programa de acreditação. Essas notas serão compiladas num relatório pelo gestor de cliente. É importante ter presente que o relatório segue um formato de *exception reporting*, isto é, “relatório de objecções”. Os critérios para os quais haja sido apurada conformidade total não serão, regra geral, incluídos no relatório final. Os critérios que hajam sido apurados como em conformidade parcial ou em não conformidade serão relacionados com os pormenores das conclusões dos avaliadores.

Na posse da minuta do relatório, o hospital terá a oportunidade de comentar sobre a exactidão factual do relatório e o CHKS corrigirá os erros ou factos antes de concluir o relatório final do inquérito.

A estes trabalhos segue-se “**a acreditação**”. Uma vez concluído o relatório final, este é encaminhado ao director de acreditação o qual decidirá, com o gestor de cliente, sobre a necessidade de ulterior avaliação para a acreditação e, sendo esse o caso, se essa avaliação será através de novo inquérito de âmbito específico ou apresentação de documentação. Quando um relatório final indique conformidade parcial ou não conformidade relativamente a critérios de ponderação “A” (os que o CHC tem de cumprir), o hospital deverá apresentar um plano de acção de forma a prosseguir com a obtenção da acreditação. Para a obter, o hospital deverá demonstrar que todas as acções pendentes foram concluídas no prazo acordado entre o hospital e o CHKS.

A acreditação CHKS é conferida a organizações que tenham demonstrado total conformidade com todos os critérios aplicáveis. A acreditação é válida por três anos desde a data da auditoria externa (não desde a data da atribuição da acreditação) e

depende de resultados satisfatórios de acompanhamento. A acreditação pode ser conferida caso existam ocorrências menores de conformidade parcial, desde que o cliente tenha demonstrado estarem em curso acções correctivas, como por exemplo obras de construção e/ou remodelação ou aspectos que estejam fora do controlo do hospital. O progresso destes aspectos é verificado através de acções de monitorização. O CHKS deverá assegurar-se de que as normas que conduziram à acreditação estão a ser mantidas pelo CHC, através do **acompanhamento da situação**, subjacente ao princípio de que é preciso melhorar e melhorar sempre. Tal é feito através da apresentação de documentação ou por uma curta visita de auditoria, efectuada por um ou mais avaliadores, que deverá incluir análise de documentação, visitas aos serviços e entrevistas com profissionais.

Se o CHC obtiver a acreditação CHKS, terá o direito de utilizar o **logótipo CHKS**, que poderá ser utilizado em materiais como papel timbrado, folhetos, relatórios anuais, anúncios de recrutamento, boletins, etc., para demonstrar aos profissionais, aos clientes e ao público em geral que o hospital atingiu os padrões de qualidade exigidos por estas distinções internacionais. Existem regras estritas sobre o uso do logótipo, que são emitidas juntamente com cópia do mesmo na altura da confirmação da atribuição.

Sob uma perspectiva **crítica**, e tal como referiu Manuel Delgado, em Campos, Borges e Portugal (2009), importa referir que as iniciativas até agora concretizadas, em que sobressai a acreditação de algumas unidades hospitalares, têm sido fragmentadas, avulsas e inconscientes. A criação do Instituto da Qualidade em Saúde concedeu expectativas quanto ao desenvolvimento sustentado de projectos nesta área, mas a sua extinção e objectiva secundarização resultou no regresso à realidade nacional: não há cultura profissional para a qualidade, o conhecimento é incipiente e disperso e o poder político não tem sabido lidar com esta dimensão, vulgarizando o conceito da qualidade e utilizando-o de forma voluntarista quando mais lhe convém.

No CHC, os critérios do programa de acreditação não deverão ser utilizados de forma rígida, havendo algum espaço para interpretação e aplicação locais. Se estiverem a ser introduzidas novas práticas, é importante que as mesmas satisfaçam as necessidades locais e se adequem ao que acontece dentro da organização. É importante pensar no espírito que subjaz a cada critério, o que ele realmente significa e porque é que é importante que seja implementado. Não existe uma solução única que os avaliadores vão procurar quando procederem à avaliação do hospital. Os critérios estão abertos a interpretação local e compete a cada serviço decidir como melhor os implementar.

Nesta fase do relatório, parece oportuno dar resposta a algumas perguntas que se levantaram ao longo do estágio.

1. Quais são os principais impactos dos projectos de acreditação nos hospitais?

A prestação de cuidados de saúde é, tal como já referido, uma das mais complexas e problemáticas funções da economia moderna, que implica níveis de qualidade muito elevados. A acreditação de unidades de saúde, entendida como sistema de avaliação e melhoria da qualidade, surge como apoio a esta iniciativa, constituindo, assim, uma das formas possíveis de avaliação e standardização da prestação dos cuidados de saúde. De facto, a acreditação constitui um processo de fixação de padrões e medição do seu cumprimento e possui ainda a vantagem de produzir uma forma de comparação ou *benchmark* com outras unidades da saúde, a nível nacional e internacional (no caso de normas internacionais).

Um dos impactos que advém de um projecto de acreditação é, certamente, o reconhecimento formal das boas práticas existentes, o que se traduz num aumento de confiança nos profissionais e no hospital. De facto, um hospital acreditado garante o cumprimento de normas essenciais para a prestação de serviços de alta qualidade aos seus utentes. De notar também o impacto na área da gestão do risco e da segurança do doente (*patient safety*), através da revisão e desenvolvimento de novos padrões e programas, assim como da integração com outras ferramentas de que são exemplo, os indicadores clínicos. Importa ainda referir que os processos de acreditação podem trazer benefícios consideráveis às instituições que a eles se submetem, nomeadamente pelo facto de muitos profissionais que trabalham nos hospitais não terem, na sua formação de base, saberes específicos das questões relacionadas com a qualidade dos cuidados prestados. Verifica-se também uma mudança da cultura institucional ou mudança de comportamentos dos profissionais, assistindo-se, a uma mudança radical dos comportamentos, com uma assunção mais sistemática dos erros e do desperdício, analisando as suas causas, resolvendo-as e passando depois a um patamar mais elevado de processos, práticas, uso de recursos e conhecimento. Por outro lado, este é um processo verdadeiramente mobilizador e que envolve todos os profissionais da organização, as pessoas criam um sentimento de pertença à organização, “vestem a camisola” e orgulham-se de trabalhar num hospital acreditado e de terem contribuído para alcançar esse desiderato, promovendo o trabalho em equipa, melhorando a comunicação interna e externa e gerando maior responsabilização.

A acreditação não é um fim em si mesmo, não é um ponto de chegada, mas um ponto de partida que ao pressupor avaliações periódicas destinadas a validar o

cumprimento sistemático dos critérios da qualidade, constitui a melhor garantia para o cidadão de que o objectivo é melhorar, continuamente, a performance da instituição.

2. Quais são os principais obstáculos à sua implementação?

A acreditação pretende ser uma ferramenta que impõe uma melhoria contínua e um melhor desempenho nos processos, com vista à plena satisfação dos seus clientes. No entanto, todo este processo envolve uma série de dificuldades que representam um atrito à procura da acreditação. Estas dificuldades vão desde o esforço financeiro que é necessário fazer e do volume de documentos que é necessário gerir, até uma rotina de trabalho mais exigente, quer do ponto de vista organizacional, quer do ponto de vista técnico.

Assim exposto, um dos obstáculos pode ser precisamente a escassez de formação de base, na área da qualidade, junto de alguns profissionais, o que pode levar à falta de interesse no projecto ou à falta de *know-how* para o implementar. Daí que seja absolutamente necessária a criação de uma equipa coordenadora e, não menos importante, orientadora.

Também importa salientar os problemas que advêm do aumento dos custos com a saúde, da eficiência e efectividade dos recursos, das alterações demográficas dos últimos anos, da inovação da ciência médica e do aumento das expectativas dos utilizadores dos serviços de saúde. As necessidades de recursos financeiros para fazer face a estes factores são muitas e, em contrapartida, as disponibilidades são, muitas vezes, precárias.

A falta de profundidade da análise organizacional na implementação dos processos de acreditação também está na origem de alguns fracassos. A visão da qualidade limitada aos seus aspectos instrumentais não permite absorver com clareza a complexidade das organizações. Assim, as alianças de poder interno, os objectivos organizacionais operativos e a cultura institucional são elementos importantes que precisam ser considerados antes da implementação. A adopção de programas de qualidade a partir da aplicação de manuais resumidos de avaliação de critérios de excelência, aliados à simples definição de metas mobilizadoras e elaboração de planos de melhoria, sem uma visão mais ampla e profunda do ambiente organizacional, tem conferido insucesso frequente a inúmeras experiências, sobretudo quando se tem uma perspectiva de resultados no curto prazo. (Júnior e Vieira, 2002)

Deste modo, se um dos principais impactos deste tipo de programas se situa ao nível da mudança da cultura institucional, um dos principais obstáculos situa-se exactamente na cultura institucional existente e na natural resistência à mudança,

aliadas à escassez de conhecimentos dos profissionais na vertente da qualidade e, também, do desconhecimento das vantagens que estes processos trazem.

A palavra de ordem é sensibilizar; sensibilizar sempre e envolver todos os profissionais, não permitindo que subsistam na organização colaboradores que desconheçam que o hospital está empenhado num grande projecto da melhoria contínua da qualidade, no qual todos e cada um constituem peças fundamentais para o seu êxito.

3. É possível, com estes projectos, identificar melhorias directas na prestação dos cuidados de saúde?

Esperemos que sim, não havendo, no entanto, evidências concretas de tais melhorias, uma vez que estas são de difícil medição.

A acreditação no âmbito de unidades de saúde constitui uma metodologia possível para a avaliação da qualidade no seu objectivo último: a prestação de cuidados de saúde. E, tendo em conta este objectivo, e sabendo que um projecto de acreditação implica investimentos avultados (não só financeiros, mas também em tempo e em profissionais), é esperado que haja, de facto, melhorias directas. Desta forma, muitos aspectos relacionados com a prestação de cuidados de saúde são pensados, corrigidos, melhorados e implementados, logo tentam alcançar melhorias directas. O conjunto de normas e critérios, reconhecidos e validados, que têm de ser cumpridos, sugerem atitudes, comportamentos e procedimentos que até então poderiam nem ter sido pensados e que aumentam os padrões de qualidade nas unidades de saúde. Em suma, possibilitam às instituições autoavaliar-se criticamente, incentivando as boas práticas e definindo uma agenda permanente para o desenvolvimento e melhoria contínua da qualidade do serviço prestado aos clientes. Assim, as melhorias organizacionais uma vez conseguidas podem ser permanentes, enquanto que as melhorias individuais dos profissionais podem diminuir com o tempo e com a mudança de profissionais.

“Public health needs to wake up to the reality of evaluation. At the very beginning of the work on quality improvement and patient safety, we have to put in place real indicators against which we agree to be measured. Without such commitment to evaluation, we will not be honest and will not fulfil our duty.”

Fonte: World Health Organization, 2005

Assim, no contexto da prestação de cuidados de saúde, a avaliação da qualidade desta é imperativa. Para tal, como áreas de avaliação e indicadores da qualidade, podem referir-se: a efectividade (mortalidade, complicações e readmissões); a eficiência (demora médias e custos); o desempenho financeiro; a

inovação organizacional e de produção (realizado vs. potencial); a acessibilidade; a selecção adversa; os resultados do controlo de qualidade dos serviços de laboratório; a taxa de operações canceladas; os erros de medicação; a vigilância epidemiológica; a taxa de infecção pós-operatória; a taxa de reinternamento com menos de 5 dias após a alta; a demora média do internamento ajustada por complexidade; as quedas de doentes e familiares no internamento; os acidentes de trabalho / picadas por agulha.

Segundo os peritos, a controvérsia sobre o processo de acreditação inicia-se na consideração das suas vantagens objectivas. Para uns é muito importante, porque implementa mudanças no hospital, começando no topo e obrigando à formulação de uma política da qualidade; outros consideram que é um processo burocrático que não se traduz em melhoria de cuidados para o cidadão. Mas o verdadeiro impacto sobre estes projectos de qualidade é difícil de medir, pela complexidade na definição de indicadores e pela deficiência dos sistemas de informação. No entanto, é possível efectuar medições indirectas de mudanças de atitudes, comportamentos, procedimentos e processos, entre outras. (Lopes, 2007)

“Só fazemos melhor aquilo que, repetidamente, insistimos em melhorar. A procura de excelência não deve ser um objectivo mas sim um hábito.”

Aristóteles

Capítulo 5 – Conclusão

A concretização do estágio curricular numa entidade como CHC, revelou-se uma experiência extremamente enriquecedora, enquanto pessoa e enquanto profissional. Apesar do período de estágio ser extremamente curto, os ensinamentos e experiências adquiridas e também partilhadas jamais serão esquecidas na vida futura. Assim, e findo o estágio, constato que me encontro mais apta para enfrentar novos e futuros desafios profissionais. Em relação às actividades desenvolvidas, constatou-se que, na prática, muitos assuntos são tratados de forma diferente da abordagem que tiveram nas várias disciplinas leccionadas, pelo que se pode concluir que a experiência profissional vem complementar os conhecimentos académicos adquiridos.

O edifício em que está instalado o HG – na sua origem construído para uma escola destinada ao ensino dos órfãos da I Grande Guerra e, mais tarde, adaptado para instalar o Sanatório da Colónia Portuguesa do Brasil – encontra-se, hoje, desadaptado face às práticas clínicas, às regras de segurança, higiene e conforto dos clientes e aos imperativos de uma gestão eficiente. Efectivamente, ao longo de mais de três décadas de actividade, a estrutura física do HG foi procurando, de forma pontual, dar resposta à evolução das necessidades assistenciais, o que se traduziu num crescimento desordenado com recurso a soluções desintegradas. Se a inexistência de um plano director, que tivesse merecido a aprovação da tutela, contribuiu para o desajustamento global do HG, também não lhe terá sido alheio o défice de investimento que caracterizou os anos em que se assistiu à construção do novo hospital escolar da cidade. E as recentes remodelações de alguns sectores e serviços, tais como o bloco operatório, a medicina intensiva e algumas obras de beneficiação em outras estruturas assistenciais, não vieram alterar significativamente o quadro geral. A mesma realidade decorre nos outros dois hospitais integrados (HP e MBB).

Deste circunstancialismo resultou um hospital pouco eficiente, apesar de dotado de um moderno *plateau* técnico e de caracterizado pela humanização dos cuidados que presta. Globalmente, o CHC enfrenta elevados custos operacionais em resultado da dispersão da sua estrutura física, com impacto significativo nos custos de funcionamento, nomeadamente de recursos humanos e de serviços externos. O valor do património do hospital, nomeadamente o referente às instalações técnicas especiais e aos equipamentos, é muito elevado e, por consequência, o custo da sua manutenção também, o que implica que a Administração lhe dedique uma atenção especial.

O SIEQ de uma unidade hospitalar veste-se de uma importância crítica, não só pelas exigências, no que respeita às instalações e equipamentos, de segurança e fiabilidade acrescida, como também pelos imperativos de obtenção de ganhos de eficiência cada vez mais prementes no contexto actual de crise que se vive no sistema de saúde português. O correcto desempenho das funções do SIEQ tem reflexos positivos na gestão daqueles valores, que se podem traduzir na redução directa dos custos que, em termos de país, pode significar a poupança de muitos milhares de euros. Pode ainda reflectir-se na qualidade dos cuidados de saúde que corresponde a ganhos indirectos. Pelo exposto e também devido à abrangência de funções do SIEQ, em particular por ser um prestador de serviço a outros sectores do hospital, poderá concluir-se que o serviço responsável pela manutenção deverá estar representado na direcção da instituição, pois só assim poderá assumir uma função coordenadora na sua componente de interesse. Todo o relacionamento entre o SIEQ e os restantes serviços deverá ser claramente estabelecido, nomeadamente através da definição inequívoca, por parte da direcção do hospital, das regras de funcionamento. Esta é mais uma razão em favor da participação do SIEQ nesse órgão, pois assim contribuirá para a elaboração e manutenção dessas regras. Mas para que o papel do SIEQ possa assumir o relevo que corresponde às suas funções, terá que dispor de uma estratégia de intervenção adequada.

Rematando, a manutenção técnica é um investimento rendível. Há que se investir em manutenção técnica, nomeadamente na preventiva, para haver maior segurança e maior continuidade de funcionamento das instalações e equipamentos do hospital. (Caetano, 1996)

Como nas demais empresas que estão a actuar no mercado, e com o objectivo de acompanhar as mudanças estratégicas que estão a acontecer a nível mundial, surge entre o hospital a indagação por comprovativos que demonstrem os bons resultados dos seus serviços. Neste sentido, os programas de qualidade têm vindo a ser implementados cada vez com mais frequência. Entre os novos procedimentos adoptados, a acreditação hospitalar está em primeiro plano, com o intuito de despertar a confiança nos procedimentos do hospital e de garantir a fiscalização dos serviços hospitalares. A acreditação no âmbito de unidades de saúde constitui, então, uma metodologia possível para avaliação da qualidade no seu objectivo último: a prestação de cuidados de saúde. Ainda a referir pela sua importância e utilidade: os processos de acreditação podem trazer benefícios consideráveis às instituições que a eles se submetem, nomeadamente pelo facto de muitos profissionais que trabalham nos

hospitais não terem, na sua formação de base, discussões específicas das questões relacionadas com a qualidade dos cuidados prestados.

Assim, um programa de acreditação hospitalar contribui para suprir as necessidades das organizações hospitalares, onde o estabelecimento de padrões mínimos possibilita uma assistência mais eficiente para os clientes, um melhor ambiente de trabalho, um melhor desempenho da instituição e, em consequência, uma maior confiança da sociedade. Além disso, por meio de sua metodologia, a acreditação hospitalar propicia a educação permanente dos profissionais e da administração, expressa por um instrumento de avaliação dos recursos institucionais, e que se constitui, essencialmente, de um programa de melhoria contínua.

Segundo França (2006), a acreditação tem mantido um conjunto de características diferenciadoras comuns ao longo do tempo, de entre elas o referencial da avaliação e melhoria ser constituído por padrões e critérios explícitos da boa prática, desenvolvidos por profissionais de saúde para serviços saúde, e o recurso a pares externos para a realização das auditorias de conformidade e cumprimento. Em conclusão, os programas de acreditação possuem dois elementos chave, nomeadamente os manuais de acreditação e os auditores, ambos alvos de desenvolvimentos e aplicações diversas no conjunto dos programas existentes na actualidade. Assim, a acreditação constitui o melhor instrumento de motivação para a garantia da qualidade nos hospitais que um sistema de saúde pode introduzir. De facto, tal como refere Lopes (2007), a acreditação é importante e necessária, mas insuficiente para o dinamismo da melhoria contínua da qualidade.

De facto, é necessário dotar a área da qualidade das unidades de saúde de uma estratégia clara, permitindo o desenvolvimento sustentado de uma nova cultura que, de forma coerente e integrada, contribua para dotar os cuidados de saúde de níveis de excelência e segurança ainda não atingidos. Como refere Faria (1996), a adopção de uma “postura de qualidade” implica uma mudança dos procedimentos tradicionais de trabalho. Os reflexos dessa mudança devem proporcionar um reforço de cultura da organização, influenciando decididamente a forma como as pessoas trabalham, as relações com clientes e fornecedores e a motivação e satisfação no trabalho. A este propósito, Caetano (1996) refere que a luta começa ainda antes de o hospital existir fisicamente: no planeamento, estabelecendo-se as orientações tendo em vista a segurança; na programação, tomando-se as opções apropriadas; nos projectos, prevendo-se as implantações e circulações adequadas a uma boa segurança; na construção, utilizando-se os materiais indicados para que o hospital seja seguro. Quanto ao funcionamento do hospital, é crucial haver uma boa

manutenção técnica, especialmente preventiva, para existir segurança e é igualmente importante apoiar-se e promover-se uma atitude de segurança.

A saúde em Portugal deve ser repensada na sua estrutura, nos seus processos nos seus resultados. A organização dos serviços de saúde deve igualmente ser redesenhada para ter a eficácia necessária. O objectivo é fazer bem à primeira vez e não uma sucessão de actos, que delapidam dinheiro e consomem tempo e paciência.

“Não existe coisa mais inútil do que fazer com grande eficiência as coisas que não precisam de ser feitas.”

Peter Drucker

“A aprendizagem não é obrigatória... a sobrevivência também não.”

William Edwards Deming

E neste contexto ainda há muito por fazer. Com esta reflexão, surgem sugestões de comparação de projectos de acreditação: será vantajoso haver um projecto nacional de acreditação? Este seria de carácter obrigatório? Num campo mais cingido, seria interessante identificar melhorias directas na prestação dos cuidados de saúde do CHC, após a acreditação, se estas forem identificáveis.

A crescer, deve ter-se especial atenção à prática clínica, que continua muito fechada sobre si própria e pouco disponível para a revisão *inter pares*. Os processos clínicos não são uniformes, os modos de preenchimento divergem muito entre os profissionais e contêm, em muitos casos, pouca informação, muitas vezes, pouco inteligível. Assim, as auditorias clínicas e a verificação de boas e más práticas tornam-se muito difíceis de desenvolver.

Um trabalho não menos apazível seria o de aferir a transversalidade da qualidade das unidades de saúde em Portugal. De facto, de pouco adianta a qualidade da prestação de cuidados de saúde num bloco operatório, se a mesma não existe no recobro. Ou ainda se não se estende aos Centros de Saúde, onde o doente irá ser observado depois da intervenção cirúrgica... Temos que reconhecer que às pessoas interessa um processo de cuidados com um elevado grau de integração e continuidade, que não seja afectado pelas fronteiras que separam os diversos sectores no sistema de saúde. Assim, a qualidade entendida como um atributo transversal é imperioso nos dias que correm, mas será que tal se verifica?

Referências Bibliográficas

- BANK, John, *A essência da gestão da qualidade total*, 2ª ed., Edições Cetop, 1998
- CAETANO, Eduardo, *O Ambulatório Hospitalar, Elementos Tecnológicos*, Associação Portuguesa de *Engineering* Hospitalar, Lisboa, 1996
- CAMPOS, Luís, BORGES, Margarida e PORTUGAL, Rui (Editores), *Governança dos Hospitais*, Casa das Letras, 1ª ed., 2009
- CARAPETO, Carlos e FONSECA, Fátima, *Administração Pública – Modernização, Qualidade e Inovação*, 2ª ed., Edições Sílabo, 2006
- CUIGNET, Renaud, *Gestão da Manutenção*, Lidel Editora, Lisboa, 2006
- DONABEDIAN, Avedis, *Explorations in quality assessment and monitoring, Vol I: The definition of quality and approaches to its assessment*, Health Administration Press (Ann Arbor, Mich), 1980
- FARIA, Carlos, *Gestão de Manutenção de Instalações e Equipamentos Hospitalares*, Dissertação de Mestrado, Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto, 1999
- FARINHA, J. M. Torres, *Manutenção das Instalações e Equipamentos Hospitalares (Uma Abordagem Terológica)*, Livraria Minerva Editora, Coimbra, 1997
- FRANÇA, Margarida, *A Acreditação de Hospitais*, Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, FEUC, Dezembro de 1998
- FRANÇA, Margarida, *A Acreditação em Saúde, in “Risco Clínico – Complexidade e Performance”*, Almedina, 2006
- JÚNIOR, Garibaldi e VIEIRA, Marcelo, *Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceptuais*, 2002
- JURAN, Joseph, *Quality Control Handbook*, 3ª ed., McGraw-Hill Inc., 1974
- LOPES, Albino e CAPRICHIO, Lina, *Manual de Gestão da Qualidade*, Ed. RH, 2007
- LOPES, Maria Saudade, *A Gestão da Qualidade no Hospital – Impacto da Acreditação nas Práticas Críticas de Gestão da Qualidade para a Performance Hospitalar*, Dissertação de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa, 2007
- OLIVEIRA, Isabel Bento de, *Melhoria Contínua nas Organizações de Prestação de Cuidados de Saúde*, Centro de Estudos de Management, 1998
- PIRES, A. Ramos, *Qualidade – Sistemas de Gestão da Qualidade*, 1ª ed., Edições Sílabo – Coleção Sílabo Gestão, 2000
- RAPOSO, Vítor, *Governança hospitalar – Uma proposta conceptual e metodológica para o caso português*, Dissertação de Doutoramento em

Organização e Gestão de Empresas, Especialidade de Ciências dos Sistemas nas Organizações, FEUC, 2007

- SALE, Diana, *Garantia da Qualidade nos Cuidados de Saúde – para os profissionais da equipa de saúde*, 1ª ed., Principia, Lisboa, 1998

Bibliografia Electrónica

- ANUNCIÇÃO, Alan Lira da e ZOBOLI, Elma, *Hospital: valores éticos que expressam sua missão*, in *Revista da Associação Médica Brasileira* 2008; 54(6): 522-8, disponível em www.scielo.br/pdf/ramb/v54n6/v54n6a17.pdf (Maio de 2010)
- *Apresentação Pública do Protocolo Such – ISQ*, 2008, disponível em www.somos.pt/Publicdocs/news/080423_Projecto%20RFID%20na%20Logistica%20da%20Saude.pdf (Abril de 2010)
- BOTO, Paulo, COSTA, Carlos e LOPES, Sílvia, *Acreditação, benchmarking e mortalidade*, in *Benchmarking e qualidade*, Volume temático: 7, 2008, disponível em www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/volume-tematico-7-2008-administracao-hospitalar/E-05-2008.pdf (Abril de 2010)
- CECILIO, Luiz, *Trabalhando a missão de um hospital como facilitador da mudança organizacional: limites e possibilidades*, in *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 16(4):973-983, out-dez, 2000, disponível em www.ilazarte.com.ar/mt-static/blog/archives/Mision_%20de%20Oliveira%20Cecilio.pdf (Maio de 2010)
- FERREIRA, Pedro Lopes, *A qualidade “devida”: editorial*, in *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, pág. 3-5, Volume temático, Nº 8, 2009, disponível em www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/volume-tematico-2009/pdfs/E-00-2009.pdf (Abril de 2010)
- FRANÇA, Margarida, *2.º Congresso Internacional dos Hospitais – Qualidade e Inovação em Saúde*, Lisboa, 5 e 6 de Novembro de 2008, disponível em www.apdh.pt/NR/rdonlyres/88BC1681-493B-4D0C-B9E5-B13F71163A19/13771/2CIHMargaridaFran%C3%A7a.pdf (Fevereiro de 2010)
- GOMES, Paulo, *A evolução do conceito de qualidade: dos bens manufacturados aos serviços de informação*, in *Cadernos BAD 2*, 2004, disponível em www.apbad.pt/CadernosBAD/Caderno22004/GomesBAD204.pdf (Maio de 2010)
- *Integrated Governance Handbook - A handbook for executives and non-executives in healthcare organisations*, February 2006, disponível em www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4129615.pdf (Abril de 2010)

- MCKEE, Martin e HEALY, Judith (Editores), *Hospitals in a changing Europe*, Open University Press, 2000, disponível em www.euro.who.int/document/e74486.pdf (Abril de 2010)
- ORDEM DOS ENFERMEIROS, *I Congresso da Ordem dos Enfermeiros*, Lisboa, 13-15 Dezembro de 2001, disponível em www.cm-coimbra.pt/bmc/plinkres.asp?Base=ISBD&Form=COMP&SearchTxt=%22ED+Ordem+dos+Enfermeiros%22&StartRec=0&RecPag=5 (Abril de 2010)
- Sítio da ARSC, disponível em www.arscentro.min-saude.pt (Abril de 2010)
- Sítio do Centro Hospitalar de Coimbra, EPE, disponível em www.chc.min-saude.pt (Junho de 2010)
- Sítio do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE, disponível em www.chtamegasousa.pt (Março de 2010)
- Sítio da CHKS *Healthcare Accreditation and Quality Unit*, disponível em www.chks.co.uk (Junho de 2010)
- Sítio do Congresso do Sistema de Saúde Português, disponível em www.iqsaude.net (Março de 2010)
- Sítio do IAPMEI, disponível em www.iapmei.pt (Maio de 2010)
- Sítio do Instituto Português de Acreditação, disponível em www.ipac.pt (Maio de 2010)
- Sítio do Instituto Português de Qualidade, disponível em www.ipq.pt (Maio de 2010)
- Sítio da *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*, disponível em www.jointcommission.org (Abril de 2010)
- Sítio do Ministério da Saúde, disponível em www.acss.min-saude.pt (Junho de 2010)
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Eighth Futures Forum on governance of patient safety*, 2005, disponível em www.euro.who.int-document-e87770.pdf (Maio de 2010)

Legislação e Normas

- *Contrato Programa* de 27 de Fevereiro de 2009, entre a ARSC e ACSS e o CHC
- Decreto nº 19310, de 5 de Fevereiro de 1931 – *Assistência da Colónia Portuguesa do Brasil faz doação do seu património ao governo português*
- Decreto-Lei nº 45591, de 03 de Março de 1964 – *Criação do Centro de Saúde e Assistência Materno-Infantil do Doutor Bissaya Barreto*
- Decreto n.º 142/72, de 03 de Maio – *Regulamento do Centro Hospitalar de Coimbra*

- Decreto-Lei n.º 308/70, de 7 de Julho – *Criação do HG da Colónia Portuguesa do Brasil*
- Decreto-Lei n.º 93/71, de 22 de Março – *Criação o Centro Hospitalar de Coimbra*
- Decreto-Lei n.º 183/96, de 27 de Setembro – *Define os princípios a que deve obedecer a elaboração do plano e relatório anual de actividades dos serviços e organismos da Administração Pública*
- Decreto-Lei nº 284/99, de 26 de Julho – *Regime enquadrador da criação e funcionamento de centros hospitalares, compostos por vários estabelecimentos, e de grupos de hospitais*
- Decreto-Lei n.º 558/99, de 17 de Dezembro – *Regime Jurídico do Sector Empresarial do Estado e das Empresas Públicas*
- Decreto-Lei n.º 125/2004, de 31 de Maio – *Cria o IPAC*
- Decreto-Lei n.º 140/2004, de 8 de Junho – *Aprova a reestruturação do IPQ*
- Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro – *Criação das EPE's*
- Decreto-Lei n.º 50-A/2007, de 28 de Fevereiro – *Atribuição do Estatuto de EPE ao Centro Hospitalar de Coimbra*
- Decreto-Lei 18/2008, de 29 de Janeiro – *Código dos Contratos Públicos*
- Decreto-Lei n.º 278/2009, de 2 de Outubro – *Alteração ao Decreto-Lei 18/2008*
- Despacho n.º 13793/2009, de 16 de Junho – *Conselho para a Qualidade na Saúde*
- Despacho n.º 14223/2009, de 24 de Junho – *Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde*
- Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto – *Lei de Bases da Saúde*
- Lei nº 27/2002, de 8 de Novembro – *Primeira alteração à Lei n.º 48/90*
- *Modelo de Organização do CHC*
- *Normas do Programa de Acreditação Internacional para Hospitais da CHKS Healthcare Accreditation and Quality Unit, 2.ª edição, versão 1, Agosto de 2006*
- *NP EN ISO 8402, Gestão da qualidade e garantia da qualidade, Vocabulário*
- *NP EN ISO 9001:2008, Sistemas de gestão da qualidade, Requisitos*
- *Plano Estratégico 2006/2010 do CHC*
- Portaria n.º 671/2000, de 17 de Abril – *Instruções Regulamentadoras do CIBE*
- Portaria n.º 155/2009, de 10 de Fevereiro – *Departamento da Qualidade na Saúde*
- *Regulamento de Compras do CHC*
- *Regulamento Interno do CHC*
- *Relatório e Contas 2008 do CHC*
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 116/2008, de 12 de Junho – *Calendário de subscrição faseada de dotações de capital estatutário 2007 -2012*

ANEXOS

Anexo 1

**Áreas de influência e áreas de actividade e oferta de serviços do Centro
Hospitalar de Coimbra, EPE**

Fonte: www.chc.min-sude.pt

▪ **Área de influência do CHC, em número de habitantes**

Hospital Geral

FREGUESIAS [COIMBRA]:	POPULAÇÃO:
Stª Clara	9.637
S. Martinho Bispo	14.246
CONCELHOS:	
Montemor-o-Velho	25.478
Soure	20.940
Condeixa-a-Nova	15.340
Penela	6.594
Ansião	13.719
Alvaiázere	8.438
Figueiró dos Vinhos	7.352
Pedrógão Grande	4.398
Castanheira de Pêra	3.733
OUTROS HOSPITAIS:	
Figueira da Foz	62.601
Leiria	119.847
Pombal	56.299
TOTAL	368.622

(fonte: Censos 2001)

Hospital Pediátrico

	63.032	26.493	89.525
Distrito Coimbra			
Reg. Centro	352.388	152.476	504.864
	População <15	População 15-19	TOTAL

(fonte: Censos 2001)

Maternidade de Bissaya Barreto

SUB-REG. SAÚDE COIMBRA:	Mulheres	Através do H. Cast.Branco:	Mulheres
Coimbra	78.854	Penamacor	3.443
Arganil	7.102	Idanha-a-Nova	6.086
Cantanhede	19.680	Castelo Branco	29.106
Condeixa-a-Nova	8.118	V.Velha de Ródão	2.133
Góis	2.572	Vila de Rei	1.763
Lousã	8.144	Proença-a-Nova	4.877
Mira	6.775	Oleiros	3.459
Miranda do Corvo	6.379	Através do H.Leiria:	
Montemor-o-Velho	13.149	Leiria	61.340
Oliveira do Hospital	11.460	Pombal	28.965
Pampilhosa da Serra	2.792	Marinha Grande	18.221
Penacova	8.731	Nazaré	7.741
Penela	3.397	Alcobaça	28.216
Soure	10.837	Porto de Mós	12.404
Tábua	6.541	Batalha	7.665
Vila Nova de Poiares	3.659	Outros hospitais:	
OUTROS CONCELHOS:		Figueira da Foz	32.728
Ansião	7.132	TOTAL	248.147
Alvaiázere	4.459	TOTAL GLOBAL 507.084	
Figueiró dos Vinhos	3.863	(fonte: Censos 2001)	
Pedrógão Grande	2.301		
Castanheira de Pêra	1.976		
Sertã	8.717		
Anadia	16.330		
Mealhada	10.663		
Mortágua	5.306		
TOTAL	258.937		

▪ **Áreas de actividade e oferta de serviços do CHC**

Existem Serviços Comuns do CHC (serviços de acção médica e serviços complementares de diagnóstico e de terapêutica partilhados pelos três hospitais integrados) – Anatomia Patológica, Anestesiologia, Estomatologia, Genética Médica, Hematologia, Imagiologia, Imunohemoterapia, Medicina Física e de Reabilitação, Medicina do Trabalho, Neurocirurgia, Neurorradiologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Patologia Clínica.

Hospital Geral

HOSPITAL GERAL	Internamento			Consultas Externas Alergologia Anestesiologia Cardiologia Cirurgia Geral Cirurgia Maxilo-Facial Cirurgia Torácica Diabetologia Dietética Doenças Auto-Imunes Doenças Infecciosas Dor crónica Estomatologia Gastroenterologia Hematologia Clínica Imunohemoterapia Medicina Física e Reabilitação Medicina Interna Nefrologia Neurocirurgia Neurologia Oftalmologia Oncologia Ortopedia Otorrinolaringologia Pneumologia Sexologia Clínica Urologia Outros VMER (INEM) Telemedicina
	Medicina e Especialidades Médicas Cardiologia Gastroenterologia Hematologia Infecçologia Medicina Interna Nefrologia Neurologia Pneumologia Urgência Urgência Polivalente Bloco Operatório Bloco Operatório Central	Cirurgia e Especialidades Cirúrgicas Cirurgia 1 Cirurgia 2 Cirurgia maxilar Neurocirurgia Oftalmologia Ortopedia Otorrinolaringologia Traumatologia Urologia Hospitais de Dia Cardiologia Centro de Hemofilia Cirurgia Diabetes Doenças Infecciosas Gastroenterologia Hematologia Imunohemoterapia Medicina Nefrologia Neurologia Pneumologia Quimioterapia Quimioterapia Hematológica	Cuidados Intensivos UCI Cardiologia UCI Polivalente Cirurgia Torácica Exames e Técnicas Especiais Cinesiterapia Respiratória Cistoscopia Diálise Diálise Peritoneal Ecocardiografia Electrofisiologia Cardíaca Endoscopia Digestiva Endoscopia Respiratória Hemodinâmica Laboratório Estudo Patologia do Sono Neurofisiologia Provas Funcionais Respiratórias Técnicas de Otorrinolaringologia Técnicas Oftalmológicas	
	Meios complementares de diagnóstico e terapêutica			
	Laboratórios Anatomia Patológica Hematologia Patologia Clínica	Imagiologia Angiografia Ecografia Neurorradiologia Radiologia TAC	Medicina Física e Reabilitação Fisioterapia	

Hospital Pediátrico

HOSPITAL PEDIÁTRICO	Internamento			Consultas Externas Alergologia Autismo Cardiologia Pediátrica Cirurgia Pediátrica Consulta de Desenvolvimento Doenças Metabólicas Endocrinologia Estomatologia Fibrose Quística Gastroenterologia Genética Médica Hematologia Clínica Hepatologia Infecciosas Medicina Física e Reabilitação Medicina Pediátrica Nefrologia Neurocirurgia Neurologia Nutrição/Dietética Oftalmologia Oncologia Médica Ortopedia Otorrinolaringologia Pneumologia Recém Nascidos Alto Risco Reumatologia Outros Recém Nascidos (INEM) Telemedicina
	Medicina e Especialidades Médicas Pediatria Médica Urgência Urgência Polivalente UICD Bloco Operatório Bloco Operatório Central	Cirurgia e Especialidades Cirúrgicas Cirurgia Neurocirurgia Ortopedia Queimados Hospitais de Dia Cirurgia Hematologia Ortopedia Pediatria Médica Quimioterapia	Cuidados Intensivos UCI Pediatria Exames e Técnicas Especiais Cinesiterapia Respiratória Ecocardiografia Electrocardiografia Electroencefalografia Endoscopia Digestiva Endoscopia Respiratória Laboratório Estudo Patologia do Sono Provas Funcionais Respiratórias	
	Meios complementares de diagnóstico e terapêutica			
	Laboratórios Patologia Clínica Hematologia	Imagiologia Ecografia Neurorradiologia Radiologia TAC	Medicina Física e Reabilitação Fisioterapia	

DEPARTAMENTO DE PEDOPSIQUIATRIA		
Hospital de Dia Pedopsiquiatria Crianças Pedopsiquiatria Jovens	Consultas Externas Consulta Geral Psiquiatria Forense	

Maternidade de Bissaya Barreto

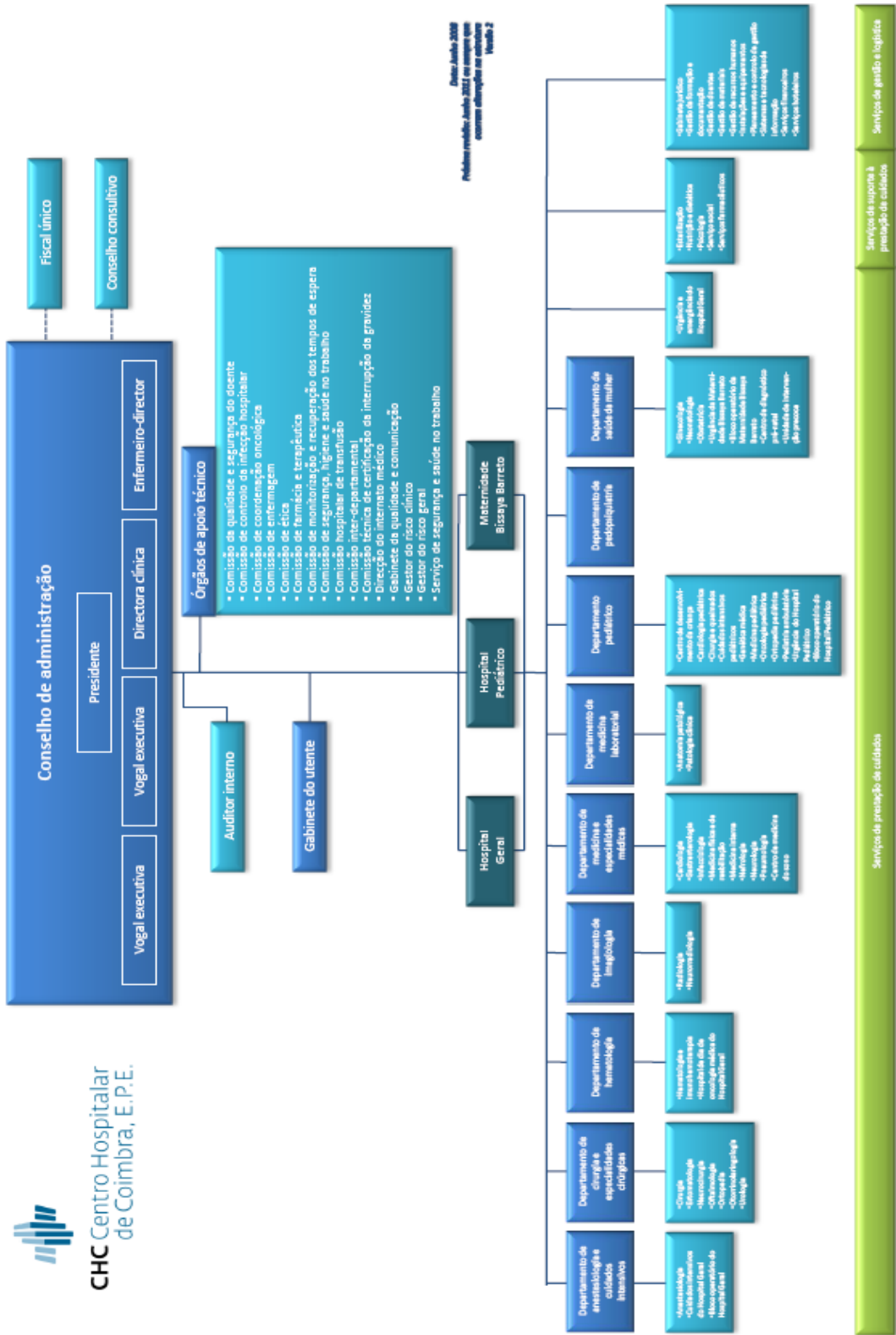
MATERNIDADE DE BISSAYA BARRETO	Internamento			Consultas Externas Anestesiologia Diabetes Diagnóstico Pré-Natal Genética Médica Ginecologia Hipertensão Arterial Medicina da Reprodução Obstetria Oncologia Pediatria Outros Ninho dos Pequenos SIMEG
	Obstetria/Neonatologia Medicina Materno Fetal Neonatologia Obstetria Urgência Urgência Obstétrica Urgência Ginecológica Bloco Operatório Bloco Operatório Central Sala de Partos Cirurgia do Ambulatório	Ginecologia Ginecologia Geral Ginecologia Oncológica Hospitais de Dia Ginecologia / Quimioterapia Neonatologia Medicina Materno Fetal	Cuidados Intensivos UCI Neonatologia Unidade de Intervenção Precoce Adolescentes Psicopatia e Debilidade Risco Social Toxicodependentes	
	Meios complementares de diagnóstico e terapêutica			
	Meios complementares de diagnóstico e terapêutica Ecografia Ginecológica Ecografia Neonatal Ecografia Obstétrica Mamografia Radiologia Tomodensitometria	Exames e Técnicas Especiais Ginecologia Obstetria Electrocardiografia Cardiotocografia		

Anexo 2

Modelo de Organização / Organograma do Centro Hospitalar de Coimbra, EPE

Fonte: www.chc.min-sude.pt

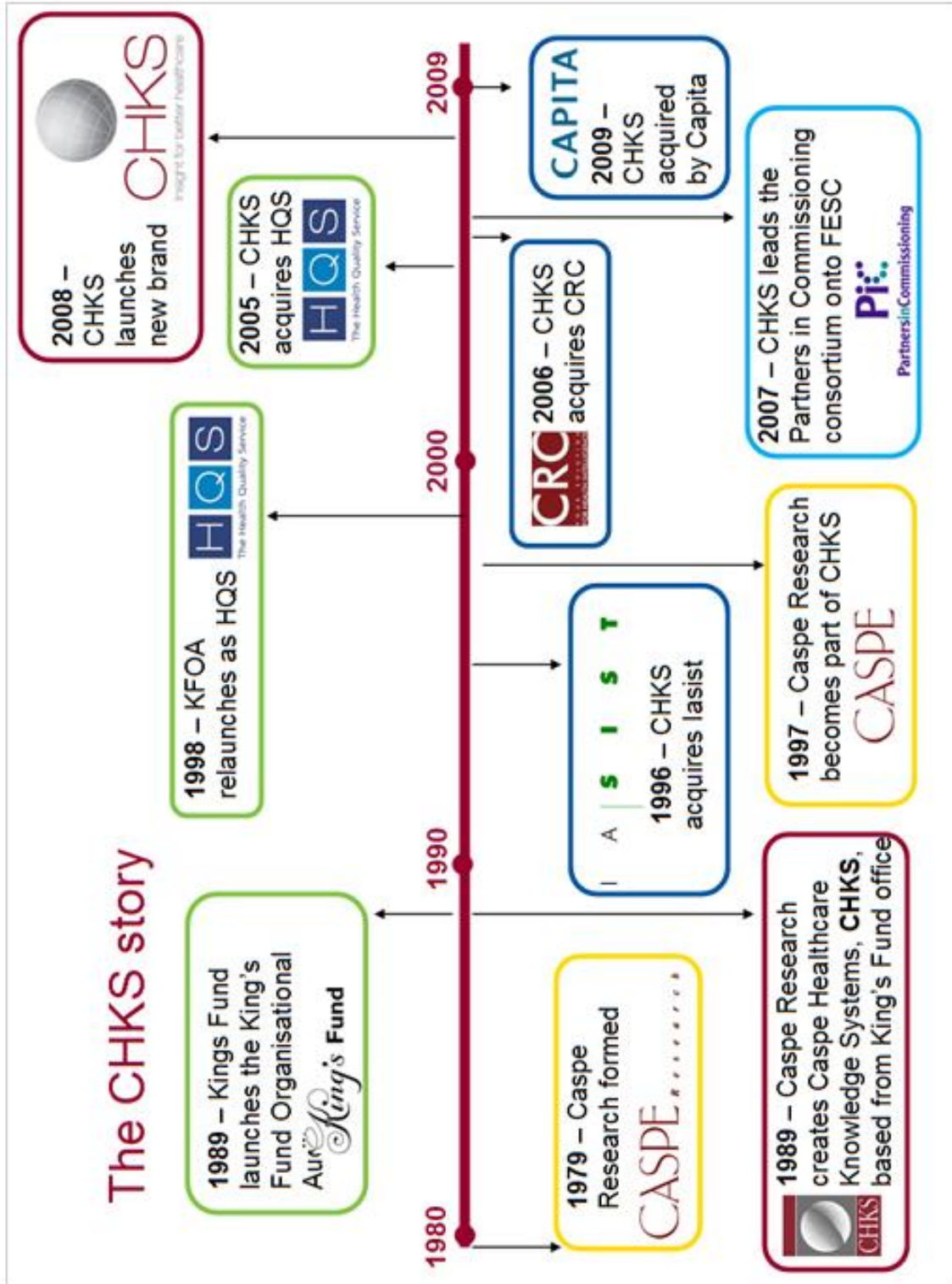
Modelo interno de organização



Anexo 3

Evolução histórica da CHKS

Fonte: www.chks.co.uk



Anexo 4

Súmula do Congresso *Sistema de Saúde Português – Inovação e Qualidade*

Fonte: pela autora

O Congresso *Sistema de Saúde Português – Inovação e Qualidade* decorreu no Auditório dos Hospitais da Universidade de Coimbra, nos dias 25 e 26 de Março de 2010, com o programa apresentado no sítio do Congresso (www.iqsaude.net), promovido e gerido pela APEGSAUDE – Associação Portuguesa de Engenharia e Gestão da Saúde.

Logo: **inovação e qualidade SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS CONGRESSO 2010 Hospitais da Universidade de Coimbra 25 e 26 Março 2010**

Depois do êxito que constituiu o Congresso em 2009, para evocar os 30 anos do SNS, agora um novo Congresso.

INOVAÇÃO e QUALIDADE na agenda
 Vinte temas em reflexão com interesse clínico e de gestão em cinco sessões e reuniões de trabalho simultâneas.
Gestão Clínica, Mudança na Informação, Desafios na Medicina Cardio Vascular, Impactos Críticos do Diagnóstico Precoce do HIV nas Doenças Infecciosas, Estratégias para a Doença Oncológica, Segurança do Paciente, Futuro do Medicamento, Financiamento da Saúde, Dependência, Cooperação Multi Regional e Multi Nacional, Desafios de Angola.

Temas de grande actualidade em Sessões Plenárias de Alto Nível
Decisão do Paciente? Medicina Personalizada: Da Inovação à Qualidade! Onde Está a Qualidade na Saúde? Escala Global e Reforma Americana

Um conjunto de Oradores de Excelência e Convidados Internacionais
 Clínicos e Gestores
Manuel Antunes, Eduardo Barroso, José Fragata, António Oliveira e Silva, António Vaz Carneiro, Manuel Teixeira, Luis Pires, Mira Amaral

Os Secretários de Estado
Manuel Pizarro e Oscar Gaspar.
 Os Conselheiros de Saúde das Comunidades Espanholas de
Madrid, La Rioja, Castilla y León, Extremadura.
 Os Secretários Regionais dos
Açores e Madeira

Académicos e Dirigentes Mundiais de Multinacionais.
Peter Tolias, Ori Karev, Doug Cusick, Tom Miller, Arne Bjornberg
 Jornalistas e Políticos presentes nos debates.
João Semedo e Luísa Salgueiro

Um congresso interativo onde a participação de cada um é o aspecto mais importante.

Congresso *iqsaúde*, Divulgação para a Imprensa, *in* www.iqsaude.net

“Todos reconhecem que a prestação de cuidados de saúde deve orientar-se na senda da Inovação e na criação de padrões da Qualidade. Como fazê-lo? Que problemas e que soluções?”, foram as perguntas que tentaram resposta junto de todos os envolvidos no Congresso. *“Mais de 1000 inscritos, 20 sessões de trabalho, 4 sessões plenárias e 150 oradores”*, foi o resultado destes dois dias nos quais tive o prazer de participar. O objectivo final do Congresso era uma reflexão plural, abrangente, incisiva e muito participada e o desejo era o de que cada cidadão, cliente, profissional, entidade, organização, instituição, empresa, pudessem contribuir e garantir o sucesso desta iniciativa, que se tratou de uma iniciativa da sociedade civil.

Na sessão **Modelos de Acreditação e Certificação**, o Dr. Alexandre Diniz apresentou a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, que tem como destinatários o cidadão e os profissionais de saúde, foi aprovada pelo Despacho n.º 14223/2009 de 8 de Junho, e cujas prioridades estratégicas são:

1. Qualidade clínica e organizacional
2. Informação transparente ao cidadão

3. Segurança do doente
4. Gestão integrada da doença e inovação
5. Gestão da mobilidade internacional de doentes
6. Avaliação das reclamações e sugestões dos utilizadores do SNS
7. Qualificação e acreditação nacional de unidades de saúde

Começou por referir que “os desafios da Qualidade e da Segurança do Doente surgem em primeiro plano como uma das principais preocupações da Serviço Nacional de Saúde (SNS)”. Continuando o seu discurso, no que toca à Qualidade, “o Ministério da Saúde tem obrigação de definir políticas e assegurar competências”. Para tal foi criado a 16 de Fevereiro e inaugurado a 25 de Maio de 2009 o Departamento da Qualidade na Saúde. Criado no âmbito da Direcção-Geral da Saúde, o Departamento da Qualidade na Saúde, sucedâneo do Instituto da Qualidade em Saúde e da Agência da Qualidade na Saúde, tem a missão de promover e disseminar, nas instituições prestadoras de cuidados de saúde, uma cultura de melhoria contínua da qualidade. Compete ao Departamento da Qualidade na Saúde criar um programa nacional de acreditação em saúde, baseado num modelo de acreditação sustentável e adaptável às características do sistema de saúde português, com o objectivo de garantir a qualidade das organizações prestadoras de cuidados de saúde e promover o seu empenho voluntário na melhoria contínua, consolidando a cultura da qualidade integral. A Direcção-Geral da Saúde é responsável pela promoção de formas de reconhecimento público da qualidade e melhorias conseguidas nas unidades prestadoras de cuidados de saúde acreditadas, concedendo deste modo aos cidadãos e aos profissionais de saúde maior confiança no acesso aos cuidados.

O Despacho n.º 13793/2009 de 16 de Junho cria o Conselho para a Qualidade na Saúde, ao qual compete, genericamente, pronunciar-se sobre questões inerentes à execução da missão do Departamento da Qualidade na Saúde.

Com esta linha de objectivos, foi adoptado o Modelo de Acreditação ACSA como modelo oficial e nacional de acreditação de unidades de saúde. Baseado na auto-avaliação e na identificação de áreas de melhoria, envolve três níveis – avançado, óptimo e excelente. O Modelo de Acreditação ACSA dá garantias de sustentabilidade financeira, permitindo a acreditação de todos os serviços de saúde do Serviço Nacional de Saúde. A aprovação do Modelo ACSA não prejudica os processos de acreditação com base noutro modelo em curso nas diversas instituições de saúde públicas. As instituições privadas adoptarão o modelo de acreditação que entenderem mais adequado.

Este Modelo Nacional de Acreditação em saúde foi apresentado pela Enfermeira Ana Pereira Campos, que apresentou como pilares do modelo a gestão

por processos, a gestão clínica e a gestão por competências. A estrutura do Manual de Acreditação é a seguinte:

- I. O Cidadão, como centro do Sistema de Saúde
- II. Organização da actividade centrada no utente
- III. Profissionais
- IV. Áreas de Suporte
- V. Resultados

Na parte final desta sessão, a Dr.^a Margarida França levantou uma questão aos convidados: Quais os dois principais impactos de um projecto de acreditação nos hospitais? A resposta do Dr. Álvaro Monteiro prendeu-se com a questão da confiança dos clientes nos profissionais e no hospital. A Dr.^a Paula de Sousa respondeu que há um forte impacto na área da gestão do risco e da segurança do doente, através da revisão e desenvolvimento de novos padrões e programas; e referiu ainda a mudança da cultura institucional ou mudança de comportamentos dos profissionais.

Na sessão de trabalho **Eficiência e Qualidade na Gestão Hospitalar**, foram levantadas questões como sejam a utilidade da existência de um *top 20* de unidades de saúde (“as melhores da qualidade”) que permitisse o *benchmarking* entre estas. A este propósito a Dr.^a Rosa Reis Marques concordou, mas o Dr. Manuel Pizarro mostrou o seu desinteresse pela ideia. Falou-se também na possibilidade da normalização dos sistemas de gestão da qualidade das unidades de saúde e na criação de um sistema que permitisse o reporte de boas práticas.

A sessão continuou com a intervenção da Dr.^a Maria João de Mello, do grupo José de Mello – Saúde, que apresentou as ideias centrais do grupo relativamente às questões relacionadas com a qualidade na saúde. Assim, o grupo considera que Eficiência e Qualidade são “uma relação de mãos dadas”, e que se deve “apostar na diferenciação pela Qualidade como factor de impacto directo na criação de Eficiência”. Aqui foram ainda apontados os pilares estratégicos do grupo: crescimento, enfoque no cliente, eficiência operacional, excelência clínica e desenvolvimento de recursos humanos.

O segundo dia de congresso começou com o tema **Decisão do Paciente: Inovação no Desenvolvimento dos Sistemas de Saúde**. Como garantir que os serviços de saúde funcionam de acordo com os princípios definidos pela Organização Mundial de Saúde? A resposta a esta questão foi apontada, pelo Dr. Álvaro Almeida: “Uma estratégia é colocar o doente no centro do processo de decisão.”

Para clarificar esta ideia, foi apresentada uma perspectiva espanhola e outra sueca do envolvimento/implicação do cliente nos cuidados de saúde.

Após estas apresentações, o Dr. João Semedo apresentou o seu comentário, ressaltando que as duas perspectivas vão muito contra a nossa cultura institucional:

- Relativamente a apresentação do Dr. Ignacio Rodríguez, que tinha o seu enfoque na “livre escolha” (de médico, enfermeiros e unidade de saúde), o comentário foi o de que, em Portugal, a livre escolha só fará sentido quando houver um nível de oferta que iguale o nível de procura. Livre escolha em Portugal significa escolher entre público e privado. Mas esta escolha é paga, logo é um falso dilema, uma vez que nem todos os cidadãos têm condições (monetárias) que lhe permitam acesso à escolha pelo privado.
- Em relação à apresentação do Dr. Arne Bjornberg, que atribuiu assaz importância à “indústria dos cuidados de saúde”, como se de outra qualquer indústria de serviços se tratasse, o Dr. João Semedo referiu que o cidadão/cliente não é um consumidor, que os sistemas de saúde não são uma indústria, mas que a saúde é, de facto, um investimento. Acabou o seu comentário referindo que o “repugna pensar nos sistemas de saúde como numa qualquer reunião do tipo *Tupperware*”.

Seguiu-se o tema **Medicina Personalizada: da Inovação à Qualidade**, no qual o Dr. Tom Miller apresentou exemplos clínicos de aplicação tecnológica, para transmitir a sua ideia de como se deve passar de uma medicina reactiva a uma medicina personalizada. O objectivo que ficou claro na sua apresentação foi o de diminuir os custos e aumentar a qualidade dos cuidados de saúde.

Onde está a Qualidade na Saúde? Como é perceptível? Foram as perguntas colocadas na sessão seguinte. Como pista de reflexão, o Dr. Fernando Regateiro perguntou se já alguém fez as contas à ausência da qualidade, permitindo assim que o pensamento dos congressistas se virasse para esta perspectiva, ao invés do investimento necessário (e avultado) na qualidade.

Nicolau Breyner respondeu com “emoções”, eximindo a falta de vocação e sensibilidade a muitos profissionais de saúde, mas deixando bem clara a mensagem de que não escolheria outro país para receber cuidados de saúde, uma vez que confia plenamente no sistema português.

Salvador Mendes de Almeida apelou à solidariedade social e a todas as acções que ainda têm de ser promovidas nesse sentido.

O Dr. Fernando Regateiro terminou a sessão com a ideia de que “Qualidade é mais do que referenciais. É uma atitude, são comportamentos”.

Os congressistas puderam conhecer melhor a reforma americana na sessão **Para onde Caminham os Sistemas de Saúde à Escala Global? A reforma americana**. Aqui a crítica ao Estado português por parte de Luís Mira Amaral fez-se sentir, bem como a sua concordância com a política do presidente Obama.

Na **sessão de encerramento** do Congresso, a ministra da Saúde, Dr.^a Ana Jorge, reconheceu (intervenção disponível em www.governo.gov.pt/pt/GC18/Governo/Ministerios/MS/Intervencoes/Pages/20100326_MS_Int_Qualidade.aspx):

“A modernização do Serviço Nacional de Saúde está no topo da agenda de trabalho do Governo.

O SNS tem-se revelado um poderoso instrumento de coesão e equidade social. A sua modernização constante permite proporcionar melhores cuidados de saúde aos cidadãos.

E o que são melhores cuidados de saúde?

Em síntese, significa prestar as respostas clinicamente necessárias em tempo útil.

Para tanto, é necessário que as instituições do Serviço Nacional de Saúde funcionem de forma eficiente e estejam particularmente atentas às necessidades dos cidadãos.

E estamos a trabalhar nesse sentido, em várias frentes:

- *Julgo que foi importante dotar os **hospitais** com um estatuto jurídico de entidade pública empresarial e estamos agora a preparar, no âmbito de um Grupo de Trabalho, a melhoria do seu funcionamento interno.*
- *Também na reforma dos **cuidados de saúde primários**, novas formas organizativas permitem uma maior proximidade com os utentes. Estão aí para atestar as Unidades de Saúde Familiar, mas também uma maior racionalidade no funcionamento dos cuidados de saúde primários com a criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde.*
- *E é preciso ter igualmente em conta o desenvolvimento da **Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados**, como uma resposta combinada da saúde e do apoio social para populações mais idosas e dependentes.*
- *Por fim, e neste ponto, gostaria também de relembrar as alterações que foram introduzidas na **política do medicamento**, para permitir o acesso de doentes mais fragilizados aos fármacos necessários.*

Mais eficiência e Melhor acesso. Esta é a base estrutural da nossa acção.

E gostaria de sublinhar que a questão da qualidade tem estado presente em todas a nossa acção, embora entenda que seja necessário conferir-lhe um estatuto cada vez mais forte.

A qualidade constitui uma preocupação em todos os sectores da saúde e em todos os sectores da sociedade.

Do discurso dos profissionais, o tema saltou para os cidadãos que sentem e se pronunciam sobre a qualidade no sistema de saúde.

A qualidade em saúde veio então para a rua, também com a curiosidade dos media, e constitui hoje um imperativo ético e de cidadania.

Mas a qualidade, o seu conceito, depende do observador:

- *Para os **doentes** qualidade significa, em especial, o acesso aos cuidados – o tempo para obter uma consulta, o tempo para obter uma intervenção cirúrgica, a distância/tempo para chegar ao centro de saúde ou ao hospital, o preço dos medicamentos; está muito ligada à relação interpessoal – com o afecto, a cortesia, o respeito, a informação vinda dos profissionais de saúde; confunde-se com a continuidade de cuidados – não haver interrupção na informação e na prestação de cuidados; significa a melhoria do estado de saúde.*
- *Para os **prestadores de cuidados**, qualidade tende a confundir-se com a obtenção de resultados clínicos, com a componente técnica, com a função de curar.*
- *Para os **gestores**, qualidade confunde-se com eficiência, com a obtenção dos resultados desejados para a organização.*

É necessário que estes diversos pontos de observação se completem numa síntese virtuosa, que confira coerência ao resultado final de uma qualquer avaliação da qualidade.

Por outro lado, a inovação tecnológica constitui, em regra, um importante contributo para a qualidade. Novos medicamentos, novos equipamentos conduzem, quase sempre, a respostas mais eficazes para a saúde dos cidadãos.

É necessário, porém, que estejamos particularmente atentos à avaliação clínica e económica da inovação tecnológica em saúde.

A incorporação de novas tecnologias no Serviço Nacional de Saúde, ou pagas pelo Serviço Nacional de Saúde, deve corresponder a ganhos efectivos para a saúde dos cidadãos.

Esta é uma altura importante para os decisores políticos e os decisores técnicos estarem particularmente atentos às consequências clínicas e financeiras dos seus gestos.

Vou ser muito clara: as alterações recentes na política do medicamento só serão extraordinariamente benéficas para os doentes se os médicos, em particular, tiverem a sensibilidade social que a comunidade deles espera.

O acto de prescrição de medicamentos é um acto de completa autonomia dos médicos, mas que deve atender à complexidade do sofrimento humano; atrevo-me a dizer: é necessário não perder de vista a compaixão na relação com os doentes.

A estratégia de melhoria da saúde da população passa, seguramente, pela prevenção da doença, pela promoção de estilos de vida saudáveis e pelos projectos que previnam a incapacidade e a dependência precoce, mas também, não o esqueçamos, pela melhoria da qualidade, pela busca da eficiência e do combate ao desperdício, pela utilização racional da tecnologia.

Assim, estaremos, certamente, a contribuir para a defesa do modelo constitucional do serviço nacional de saúde.

E é o Serviço Nacional de Saúde que garante que a Saúde é um Valor para Todos.”

Na sessão de encerramento do congresso, em que interveio, também, Dr. António Ferreira, Dr. Fernando Regateiro autenticou que “a inovação e a qualidade são dois pilares da sustentabilidade do SNS. (...) É preciso que cada um se assuma como agente e gestor da mudança e não apenas como destinatário. (...) Não só como agente de direitos, mas também de deveres. (...) A mudança tem de começar por cada cidadão para que a qualidade se assuma.”

Anexo 5

Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia

Fonte: www.sti.pt

A aplicação GHAF, desenvolvida pela ST+I Serviços Técnicos de Informática, Lda., surge pela necessidade de dar resposta de forma simples e eficaz à problemática da Gestão de Compras e Stocks do hospital. O desenvolvimento da aplicação foi feito em exclusivo para a Gestão Hospitalar e como tal as opções da aplicação seguem a normal rotina dos utilizadores. O ambiente da aplicação é bastante intuitivo o que não exige grande formação.



GHAF

Como funcionalidades gerais, destacam-se:

- Sistema “multi-armazém”;
- Emissão de encomendas a fornecedores;
- Envio automático das encomendas por fax e/ou e-mail;
- Alertas de encomendas em atraso;
- Controlo e alertas de cabimentos e/ou de orçamento hospitalar;
- Encomendas automáticas a fornecedores:
 - Ponto de encomenda;
 - Stock para um determinado número de dias (consumo médio mensal);
 - Listas predefinidas;
 - Stock mínimo, máximo;
- Opção de associar um centro de custo a cada artigo, possibilitando assim uma saída automática para os centros de custo no momento da recepção da encomenda;
- Movimentos de fornecedores:
 - Entradas associadas a encomendas;
 - Empréstimos;
 - Ofertas;
- Movimentos de centro de custo:
 - Requisições e devoluções;
 - Controlo de orçamentos de centros de custo;
- Configuração dos centros de custo, em que armazéns se podem abastecer;

- Emissão de encomendas a armazéns;
- Encomendas automáticas a armazéns:
 - Ponto de encomenda;
 - Stock para um determinado número de dias (consumo médio mensal);
 - Listas predefinidas stock mínimo, máximo;
- Transferências de artigos entre armazéns (associadas ou não a encomendas).
- Composições de artigos;
- Registo e análise de prazos de validade e lotes;
- Possibilidade de definir artigos exclusivos (por ex. adquiridos apenas a um fornecedor);
- Tratamento de mercadoria à consignação;
- Impressão de etiquetas de códigos de barras;
- Associação do código de barras comercial (EAN13) dos artigos aos respectivos códigos internos;
- Consultas:
 - Históricos de artigos;
 - Histórico de encomendas;
 - Análise ABC de artigos / fornecedores / centros de custo;
 - Históricos de movimentos (fornecedores, centros de custo, internos);
 - Mapas configuráveis pelo utilizador;
 - Mapas-resumo;
 - Lista e operações com lista;
 - Mapas comparativos entre anos.

A aplicação funciona por módulos, tal como se apresenta:

- Bens de Consumo

Este módulo destina-se a fazer uma melhor gestão dos bens hospitalares. Além do simples registo dos artigos, a aplicação permite também efectuar encomendas a nível interno e externo, registo dos movimentos dos artigos/medicamentos, desde as suas requisições, devoluções, desperdícios, transferências de armazém, entre muitas outras operações.
- Armazéns Internos

Este módulo destina-se a fazer uma melhor gestão dos bens hospitalares a nível interno. É semelhante ao módulo Bens Consumo com a particular diferença que permite efectuar encomendas, ou qualquer outro tipo de operações, apenas entre armazéns.

Este módulo surgiu com a necessidade de existirem utilizadores que não necessitam e nem devem ter acesso a todo o conjunto de menus e opções que dispõe o módulo Bens Consumo. Daí a necessidade da criação deste módulo apenas e simplesmente para gestão interna de uma instituição hospitalar.

- **Armazéns Locais**

Este módulo permite efectuar movimentos entre os armazéns que fazem parte da instituição hospitalar no seu conjunto.

- **Investimento**

Este módulo é destina-se a fazer uma melhor gestão dos bens de imobilizado da entidade hospitalar, ou seja, permite-nos fazer encomendas a fornecedores, registo dos movimentos de fornecedores, emissão de diversos mapas, etc.

- **Fornecimentos / Serviços Externos**

Este módulo destina-se a fazer uma melhor gestão no que diz respeito aos consumíveis assim como, água, luz, entre muitos outros. Este módulo permite fazer encomendas a fornecedores, registo dos movimentos de fornecedores (Facturas, Vendas a Dinheiro, Guias de Remessa, Notas de Débito/Crédito, emissão de diversos mapas, etc).

- **Inventário**

Este módulo é essencial para uma óptima gestão de stocks pois destina-se à confrontação física / informática do stock existente.

- **Concursos**

O módulo de concursos permite o seguimento e acompanhamento dos concursos nas suas diferentes fases.

- **Imobilizado**

Este módulo destina-se a fazer uma melhor gestão dos bens de imobilizado da entidade hospitalar. O utilizador além de poder registar e inserir bens na aplicação, também poderá associar contratos de manutenção aos bens, realizar abates, amortizações, entre muitas outras opções. Este módulo permite o registo todos os equipamentos inventariados, de acordo com a portaria nº 671/2000, de 17 de Abril (Instruções regulamentadoras do CIBE, e respectivo classificador geral).

- **Ligações Contabilidade**
Este módulo permite efectuar a exportação dos dados da aplicação GHAF para os vários sistemas informáticos externos.
- **Centros de Custo**
Este módulo é responsável por inserir, corrigir, apagar encomendas internas de um determinado centro de custo a um armazém.
- **Manutenção e Assistência Técnica**
É o mais recente módulo da aplicação, que surgiu com a necessidade de simplificar todo um processo de assistência de avarias num Hospital. Este módulo pretende garantir um serviço de Manutenção e Assistência eficientes, quer do ponto de vista do cliente, quer do ponto de vista da organização, tornando-se assim uma poderosa e crucial ferramenta.
- **GHAF – PDA**
O módulo PDA é uma aplicação para dispositivos móveis que permite gerir as saídas de armazém para os serviços (centros de custo) e transferências entre armazéns. Funciona *online* com o sistema central através de redes sem fios, não havendo necessidade de sincronizações que causam desfasamento entre o stock físico e stock informático. As principais características deste módulo definem-se pela mobilidade, que permite ao operador de armazém, no registo das saídas de stock em tempo real.

A aplicação tem ainda a funcionalidade de “Messenger”, que permite a conversação online entre os utilizadores.

Anexo 6

Processo de Compra de Bens e Serviços do Centro Hospitalar de Coimbra, EPE

COMPRAS			
FLUXOGRAMA	DESCRIÇÃO	RESP.	DOC.
<pre> graph TD A([1. PREVISÃO DE BENS E SERVIÇOS]) --> B[2. PROCEDIMENTOS DE AQUISIÇÃO] B --> C[3. FORNECEDOR] C --> D[4. RECEPÇÃO DOS BENS E SERVIÇOS] D --> E[5. UTILIZAÇÃO] E --> F([6. AVALIAÇÃO DOS FORNECEDORES]) </pre>	<p>1. ANUALMENTE É FEITA UMA PREVISÃO DE CONSUMOS PELOS SERVIÇOS UTILIZADORES RECORRENDO UM ALGORITMO AUTOMÁTICO DO SGM; OCASIONALMENTE UM SERVIÇO PODE IDENTIFICAR UMA NECESSIDADE NÃO PREVISTA INICIALMENTE. ANUALMENTE É FEITA UMA PREVISÃO DE NECESSIDADES DE BENS DE INVESTIMENTO PELO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO. OCASIONALMENTE UM SERVIÇO PODE IDENTIFICAR UMA NECESSIDADE NÃO PREVISTA INICIALMENTE.</p> <p>2. OS PROCESSOS DE AQUISIÇÃO SEGUEM A LEGISLAÇÃO EM VIGOR E O REGULAMENTO DE COMPRAS</p> <p>3. É ENVIADA NOTA DE ENCOMENDA DE ACORDO COM OS PEDIDOS DE AQUISIÇÃO E NECESSIDADES DOS SERVIÇOS</p>	<p>1. DIRECTOR; ENF. CHEFE; SGM</p> <p>2. SGM; JÚRI; CA</p> <p>3. SGM</p>	<p>1. FICHEIRO DAS NECESSIDADES; PEDIDO DE INTRODUÇÃO DE ARTIGO NOVO.</p> <p>2. PROCESSO DE AQUISIÇÃO ADJUDICADO</p> <p>3. NOTAS DE ENCOMENDAS</p>
<p>4. RECEPÇÃO DOS BENS E SERVIÇOS</p> <p>5. UTILIZAÇÃO</p> <p>6. AVALIAÇÃO DOS FORNECEDORES</p>	<p>4. OS BENS SÃO ENTREGUES NO SERVIÇO REQUISITANTE EM SITUAÇÕES PREDETERMINADAS; OS DOCUMENTOS DO FORNECEDOR SÃO ENCAMINHADOS PARA O APROVISIONAMENTO ONDE É FEITO O REGISTO INFORMÁTICO; CASO SEJAM DETECTADAS SITUAÇÕES DE INCUMPRIMENTO POR PARTE DO FORNECEDOR, DEVE SER REGISTADA UMA NÃO CONFORMIDADE.</p> <p>5. AS DEFICIÊNCIAS RELATIVAS AOS PRODUTOS PODEM SER IDENTIFICADAS APENAS EM UTILIZAÇÃO. CASO SEJAM DETECTADAS INSUFICIÊNCIAS DOS PRODUTOS OU SERVIÇOS DEVE SER REGISTADA UMA NÃO CONFORMIDADE</p>	<p>4. SGM; REQUISITANTE</p> <p>5. TODOS</p> <p>6. SGM; SERVIÇOS</p>	<p>4. FACTURAS; GUIAS DE REMESSA; GUIAS TRANSPORTE</p> <p>5. DEVOLUÇÕES</p>

Fonte: Intranet do CHC, EPE – Ordem de Serviço 48/2009, de 17 de Novembro

O processo de compra de bens e serviços do CHC rege-se pela seguinte legislação:

- **Decreto-lei 18/2008, de 29/01** (Código dos Contratos Públicos)
Disponível em www.ancp.gov.pt/Legislacao/Documents/DL18_2008.pdf
- **Decreto-lei 278/2009, de 02/10** (2.ª alteração ao Decreto-Lei 18/2008)
Disponível em www.ancp.gov.pt/Legislacao/Documents/DL_278_2009.pdf
- **Regulamento de compras do CHC, EPE**
Disponível em www.chc.min-saude.pt/Downloads_HSA/CHCoimbra/organizacao/regulamento-compras.pdf

As necessidades dos hospitais em adquirir recursos, face às suas necessidades, envolvem diversos procedimentos burocráticos. O processo de compra do CHC, EPE centra-se na aplicação informática GHAF, sendo, contudo, importante não deixar de abordar a informação que o antecede. O processo surge com o pedido do serviço utilizador. Depois de autorização pela direcção do Serviço de Gestão de Materiais ou do Conselho de Administração, inicia-se um:

- Processo Aquisição Simplificado: até 5.000€;
- Processo Aquisição Geral: de 5.000€ a 25.000€
- Processo Aquisição com Anúncio Obrigatório: de 25.000€ a 206.000€ (bens e serviços) ou até 5.150.000€ (empreitadas de obras públicas);
- Ajuste Directo: exclusivos, urgentes, repetições, ...;
- Concurso Público: superior a 206.000€ (bens e serviços) ou a 5.150.000€ (empreitadas de obras públicas).

Nos primeiros três casos, o procedimento é o seguinte:

- Folha de nomeação de Júri e Programa do Procedimento autorizados – Direcção do Serviço de Gestão de Materiais ou do Conselho de Administração.
- Anexar no concurso, o Programa do Procedimento e outros anexos, enviar por e-mail aos fornecedores a convidar (quando não é publicado na plataforma anoGov).
- (Caso seja com anúncio obrigatório, enviar anuncio para o jornal).
- Registrar as Propostas recebidas, planificar / enviar Mapa Comparativo, para o Júri dar parecer de adjudicação.
- Enviar concurso para Audiência Prévia (nos casos aplicáveis, valor > 50 000€).
- Registrar a resposta escolhida e enviar processo para Direcção do Serviço de Gestão de Materiais ou do Conselho de Administração (consoante valores / competências – bens / serviços / investimento), para autorização da despesa.
- Pedido de Caução (nos casos aplicáveis, valor > 50 000€).
- Publicitação do Contrato, nos casos aplicáveis e conforme obrigatoriedade legal.
- Enviar Nota de Encomenda ao fornecedor.

Nos outros dois casos, o procedimento é o de seguida apresentado:

- Folha de nomeação de Júri, Programa e Caderno de Encargos do concurso autorizados, pela Direcção do Serviço de Gestão de Materiais ou do Conselho de Administração.
- Publicar no DR e Plataforma anoGov.
- Recepção de Propostas.
- O Júri elabora relatório preliminar.

- Enviar concurso para Audiência Prévia
- Enviar Notificação de Adjudicação
- Enviar minuta de Contrato (depois de aprovada pelo Conselho de Administração), ao fornecedor para prestação de documentos obrigatórios (neste caso a caução é solicitada nesta fase).
- Efectivar Contrato com o fornecedor.
- Publicação do Contrato, nos casos aplicáveis e conforme obrigatoriedade legal.
- Enviar Nota de Encomenda ao fornecedor.

Notas gerais e definições:

- Reveste a natureza de contrato administrativo o acordo de vontades, independentemente da sua forma ou designação, celebrado entre contraentes públicos e co-contraentes ou somente entre contraentes públicos.
- O valor do contrato a celebrar é o valor máximo do benefício económico que, em função do procedimento adoptado, pode ser obtido pelo adjudicatário com a execução de todas as prestações que constituem o seu objecto.
- O Programa do Procedimento é o regulamento que define os termos a que obedece a fase de formação de contrato até à sua celebração.
- O Caderno de Encargos é a peça do procedimento que contém as cláusulas a incluir no contrato a celebrar.
- A Proposta é a declaração pela qual o concorrente manifesta à entidade adjudicante a sua vontade de contratar e o modo pelo qual se dispõe a fazê-lo.
- Os documentos que constituem a Proposta são obrigatoriamente redigidos em língua portuguesa e são apresentados por qualquer meio escrito.
- Os preços constantes da Proposta são indicados em números e por extenso e não incluem o IVA. Em caso de divergência entre os preços indicados na Proposta por extenso e em algarismos, prevalecem os preços aí indicados por extenso.
- O Júri do procedimento é composto, em número ímpar, por um mínimo de três membros efectivos, um dos quais presidirá, e dois suplentes. Compete ao Júri proceder à apreciação das candidaturas, à apreciação das propostas e elaborar os relatórios de análise das candidaturas e das propostas.
- O Júri do procedimento pode pedir aos concorrentes quaisquer esclarecimentos sobre as propostas apresentadas que considere necessários para efeito da análise e da avaliação das mesmas.

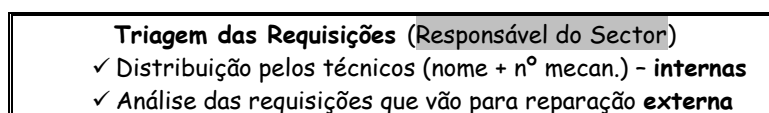
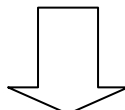
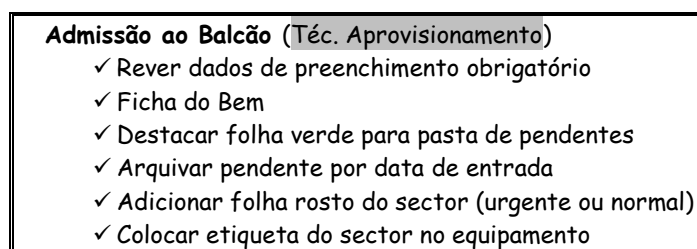
- A Adjudicação é o acto pelo qual o órgão competente para a decisão de contratar aceita a única proposta apresentada ou escolhe uma de entre as propostas apresentadas.
- O Ajuste Directo é o procedimento em que a entidade adjudicante convida directamente uma ou várias entidades à sua escolha a apresentar Proposta, podendo com elas negociar aspectos de execução do contrato a celebrar.
- Regime Simplificado – no caso de se tratar de Ajuste Directo para a formação de um contrato de aquisição ou locação de bens móveis ou de aquisição de serviços cujo preço contratual não seja superior a 5000€, a adjudicação pode ser feita pelo órgão competente para a decisão de contratar, directamente sobre uma factura ou um documento equivalente apresentado pela entidade convidada.
- O Concurso Público é publicitado no Diário da República através de anúncio.
- Entende-se por Aquisição de Bens Móveis o contrato pelo qual um contraente público compra bens móveis a um fornecedor; entende-se por Locação de Bens Móveis e contrato pelo qual um locador se obriga a pronunciar a um contraente público o gozo temporário de bens móveis, mediante retribuição. Entende-se por Empreitada de Obras Públicas o contrato oneroso que tenha por objectivo quer a execução quer, conjuntamente, a concepção e a execução de uma obra pública que se enquadre nas subcategorias previstas no regime de ingresso e permanência na actividade de construção.

Anexo 7

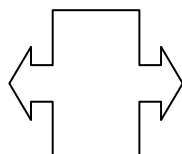
Circuito de Requisições na Electromedicina

Atendendo a diversos problemas recorrentes com o preenchimento das requisições de reparação/manutenção dos equipamentos, reitera-se a obrigatoriedade do cumprimento dos seguintes requisitos mínimos (Fonte: Intranet do CHC – Ordem de Serviço 33/2008, de 12 de Novembro):

1. Cada equipamento entregue no sector de electromedicina deverá ser acompanhado da devida requisição (req. Mod. 1137) – uma por equipamento; No caso de equipamentos fixos ou obrigando à reparação no local, a requisição deverá mencionar este facto e indicar o horário preferencial para a deslocação dos técnicos;
2. A requisição deverá mencionar sempre os seguintes elementos:
 - 2.1.1. O serviço requisitante de acordo com a designação oficial em termos de centros de custo;
 - 2.1.2. O nº de centro de custo correspondente ao serviço requisitante;
 - 2.1.3. Marca e modelo do equipamento principal;
 - 2.1.4. Nº de série e nº de inventário;
 - 2.1.5. Uma descrição detalhada do problema detectado, indicando o tipo de avaria, as circunstâncias em que foi constatada e outras observações consideradas pertinentes para o correcto diagnóstico do problema;
 - 2.1.6. O nome legível do requisitante e respectivo nº mecanográfico (administrador da área/director do serviço/enfermeiro chefe, ou substitutos legais), bem como a extensão telefónica de contacto, para eventuais esclarecimentos;
 - 2.1.7. A data da elaboração da requisição e da sua apresentação no balcão do sector de electromedicina;
 - 2.1.8. No campo observações, deverá ser indicado se se trata de equipamento:
 - 2.1.8.1. único no serviço;
 - 2.1.8.2. imprescindível e em que prazo terá de estar activo no serviço (prazo em semanas);
 - 2.1.9. A data da elaboração da requisição e da sua apresentação no balcão do sector de electromedicina.

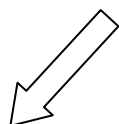


URGENTES

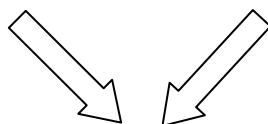


NORMAIS

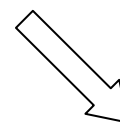
Elaboração de diagnóstico mais detalhado recorrendo, se necessário, aos utilizadores (Técnicos)



Reparação Interna
(A)

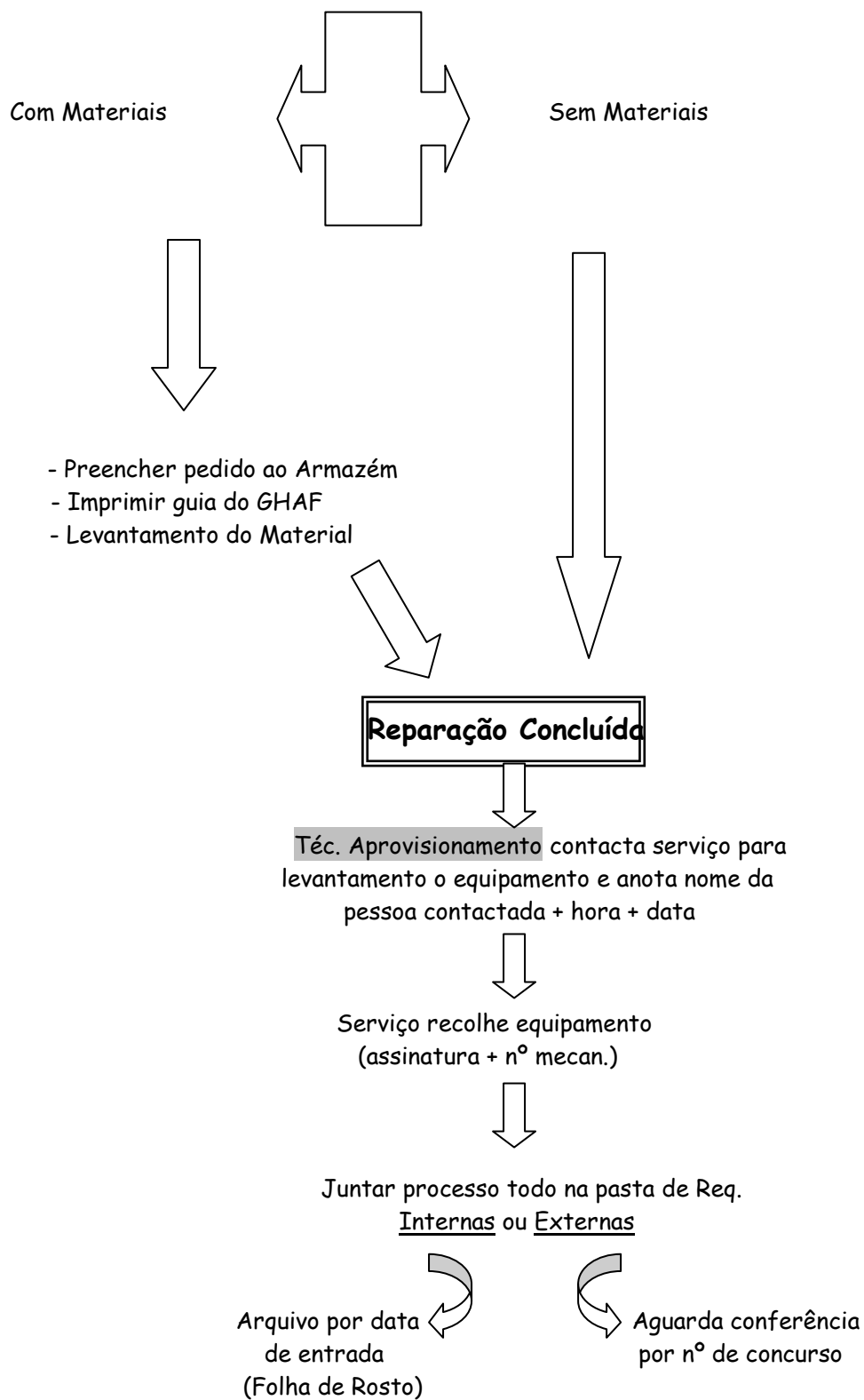


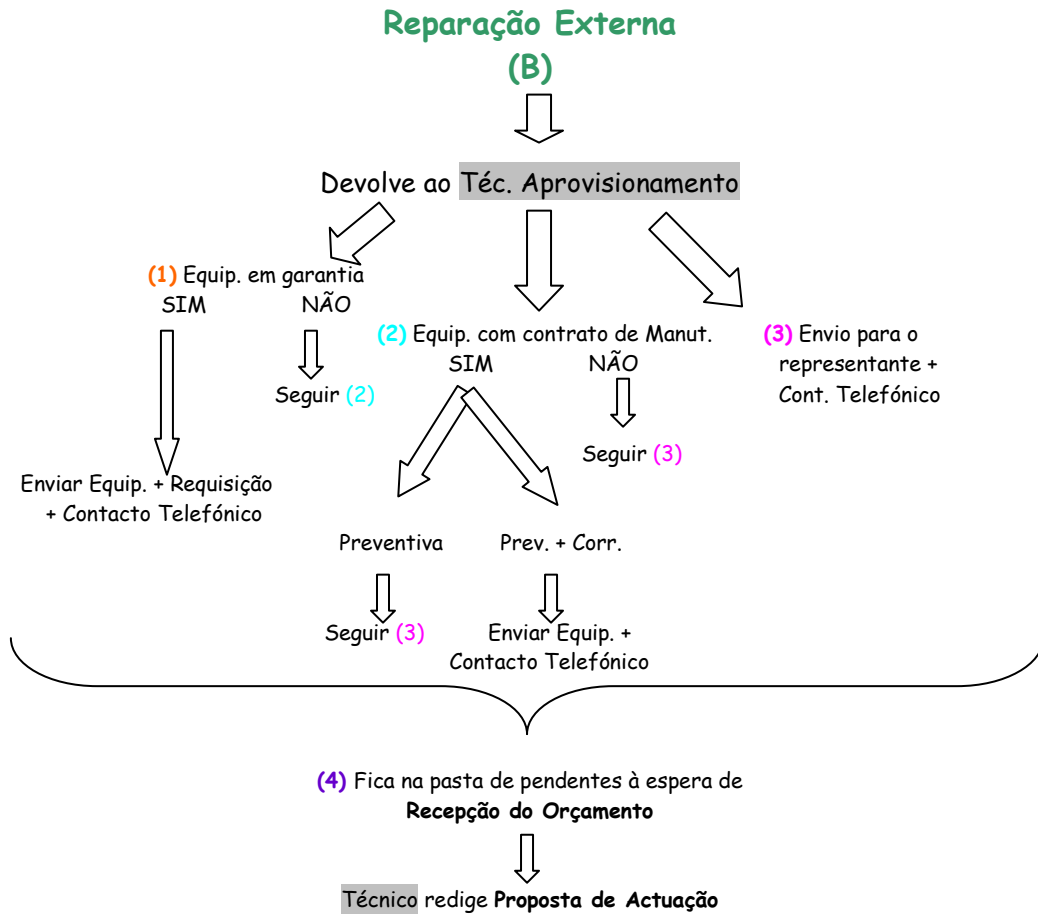
Reparação Externa
(B)

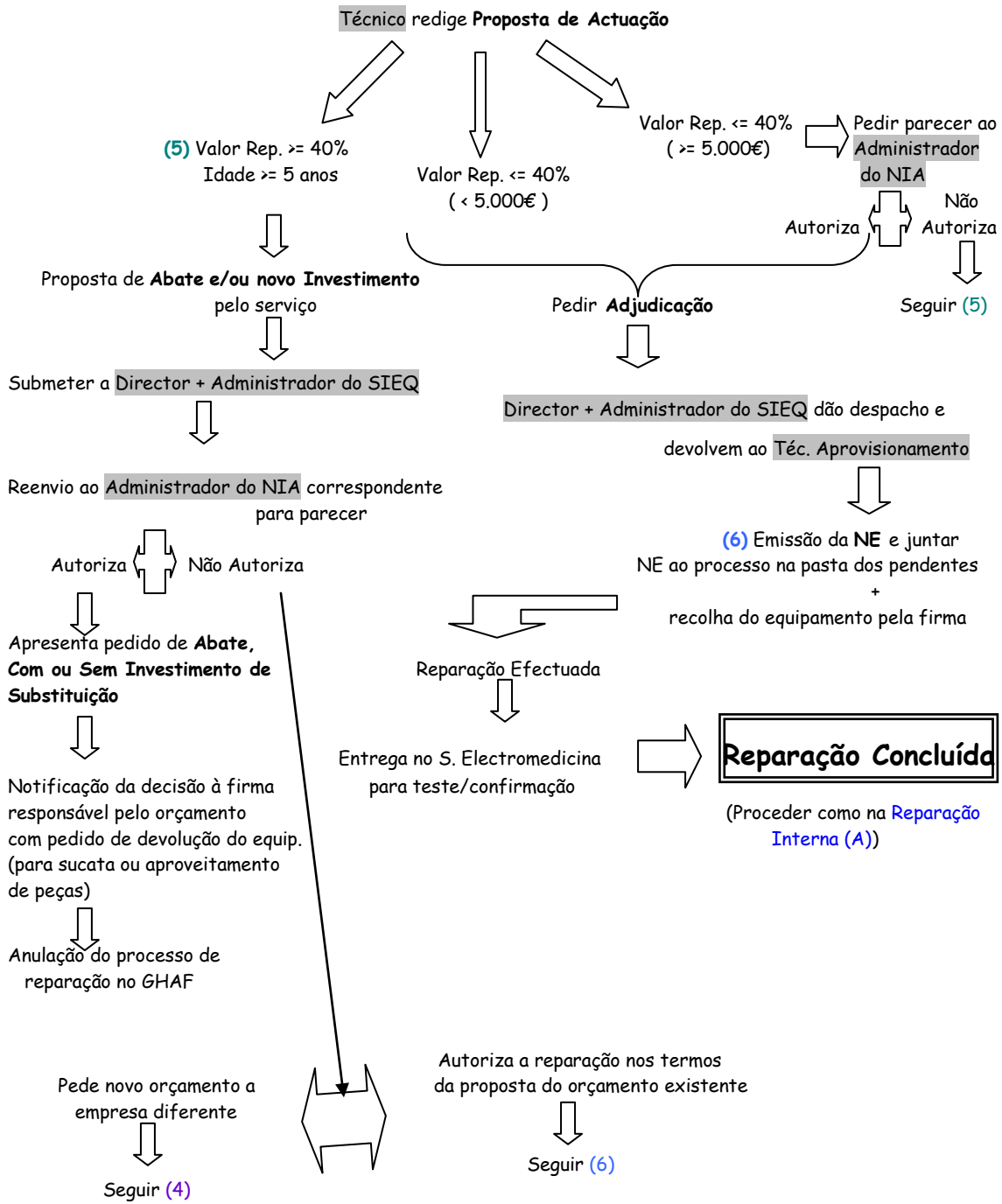


Reparação Externa
(C)

Reparação Interna (A)



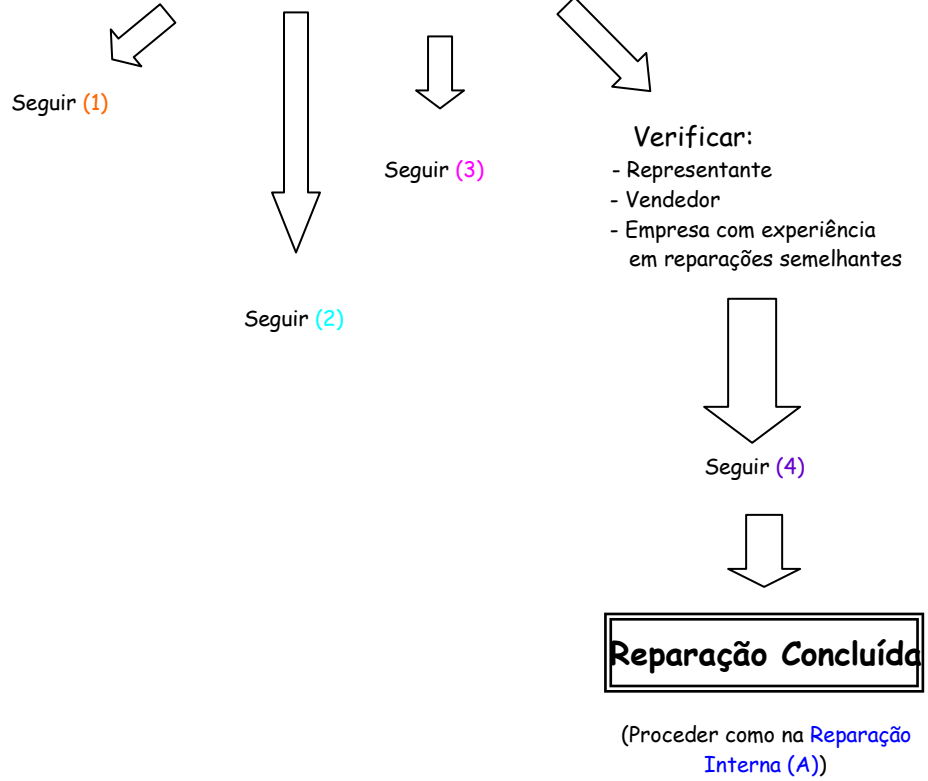




Reparação Externa (C)



Devolve ao **Téc. Aprovisionamento**

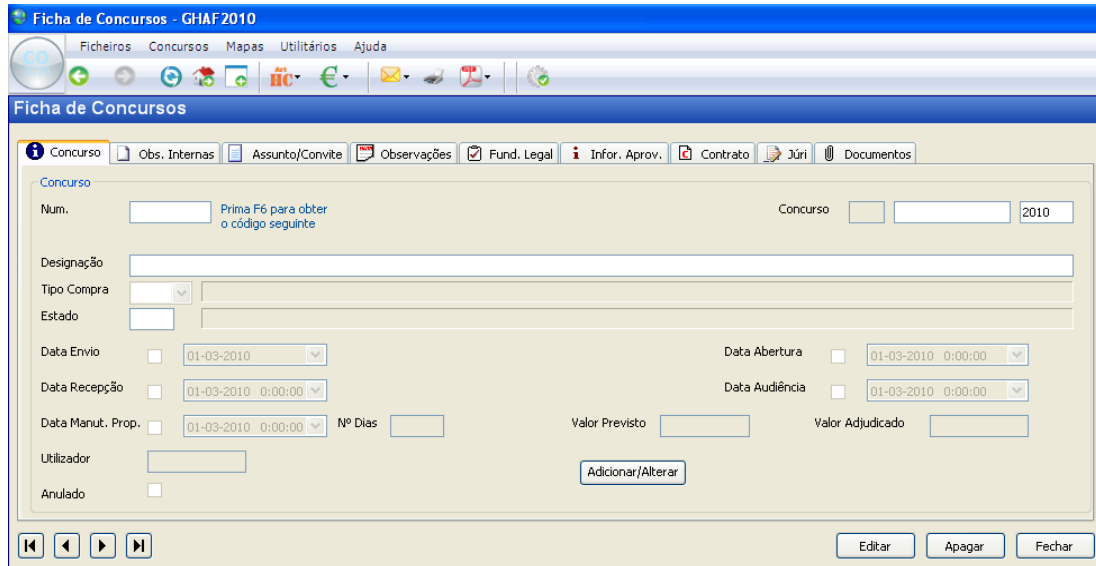


Anexo 8

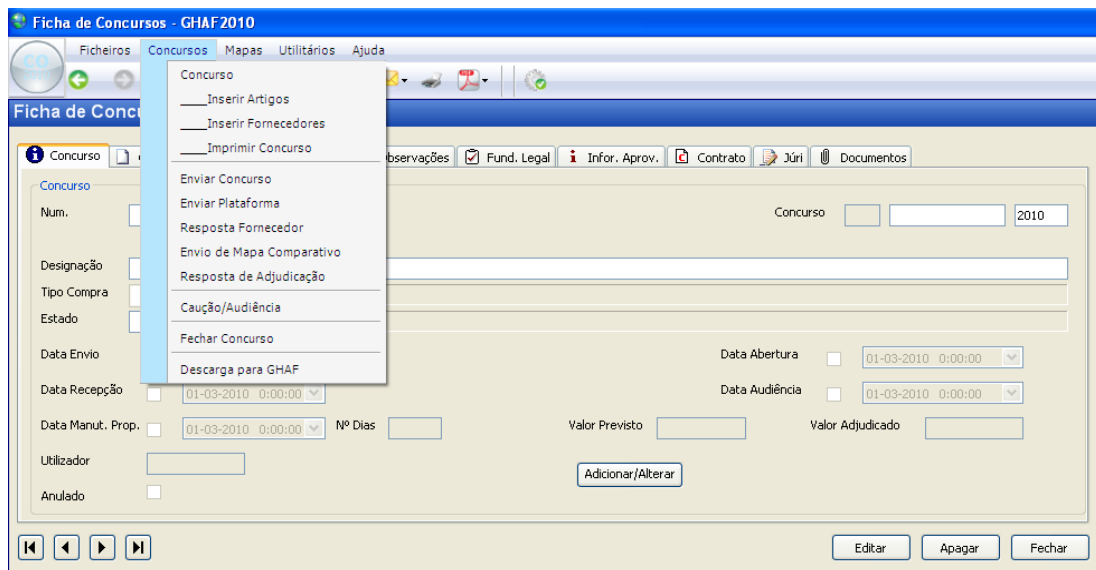
Print Screens respeitantes ao sector de Prestação de Serviços do Serviço de
Gestão de Materiais



Página de Entrada do GHAF



Abertura de Concurso



Procedimento do Concurso

Ficha de Concursos - GHAF2010

Ficheiros Concursos Mapas Utilitários Ajuda

Ficha de Concursos

Concurso Obs. Internas

Concurso

Num.

Designação

Tipo Compra

Estado

Data Envio 01-03-2010

Data Abertura 01-03-2010 0:00:00

Data Recepção 01-03-2010 0:00:00

Data Audiência 01-03-2010 0:00:00

Data Manut. Prop. 01-03-2010 0:00:00 Nº Dias

Valor Previsto

Valor Adjudicado

Utilizador

Anulado

Adicionar/Alterar

Concurso 2010

Concursos
Concursos Informações
Contratos Públicos - Controle
Faxes
Listagens
Mapa Adjudicações-Despacho
Mapas Adjudicações

Concurso/Fornecedor/Artigo [BC]
Concurso/Artigo/Fornecedor [BC]
Concurso/Fornecedor/Artigo [INV]
Concurso/Artigo/Fornecedor [INV]
Concurso/Fornecedor [FSE]

Fund. Legal Infor. Aprov. Contrato Júri Documentos

Editar Apagar Fechar

Centro Hospitalar da Colmbra, E.P.E. Data: em 01-03-2010 8:50:22-Euro-UI.3145

CO-[]-Mapa Adjudicações-Despacho : Concurso/Fornecedor [FSE]

Conc Ano.:2010
ConcAnNum:20100727-Rep_Philips_Brilliance 16P_60011_ND_Imagiolog
Resp.Adj. [Sim]

Inf. Serv. Aprovisionamento :

DESPACHO :

Num	Concurso	Designação	Estado
		Fornec. Designação	
		Ref. Forn	Prz. Valor s/iva Iva Valor Adjud.s/iva
727	04/70000727/2010	Ajuste Direto Rep_Philips_Brilliance 16P_60011_ND_ImagiologiaHG Obs:	60- Descarregado 274,00
9811115		PHILIPS PORTUGUESA SA PH*CO/IO/2010/239	0 274,000000 20 274,00

Seção de Contabilidade :

Informação de Cabimento nº : 530 Data : 25-02-2010 Rub. : 000063 conservação e reparação

A Despesa no montante de : 328,80 tem cabimento na conta : 622329 do Orçamento do ano.

Inf. Serv. Financeiros :


Total s/iva : 274,00
Iva : 54,80
Total o/iva : 328,80

Licenciado a : Centro Hospitalar de Colmbra, E.P.E. Reg.1-Pag: 1 / 1
www.stl.pt

Mapa de Adjudicações-Despacho

Anexo 9

Organograma dos Serviços do Centro Hospitalar de Coimbra, EPE

	Organograma dos Serviços do CHC, E.P.E.	Código: GQCO – PG – CC Versão: 00 Próxima revisão: Março de 2013 Numero de anexos: 1
---	--	---

Objectivo:

Estabelecer o método de realização dos organogramas dos serviços.

Aplicabilidade:

Todos os serviços do CHC, E.P.E..

Siglas, definições e conceitos:


Organograma, organograma ou modelo interno: é a forma organizada de apresentar os cargos com seus respectivos níveis de competência, ou seja, é um gráfico que representa a estrutura de uma organização, mostra como estão dispostas as unidades funcionais, a hierarquia e as relações hierárquicas entre os seus elementos.

Descrição:

O serviço é gerido e dotado do pessoal necessário de forma a atingir os seus objectivos. O organograma deve mostrar os cargos e posições dos recursos humanos actuais e as linhas de responsabilidade hierárquica. Os profissionais têm acesso ao organograma e conhecem a estrutura organizacional do serviço. O organograma é datado.

No organograma todos os elementos do serviço estão dispostos em níveis hierárquicos/funcionais, ou seja, quanto mais elevado for o nível hierárquico, maior será a competência relativa do elemento que o retém perante o serviço. Cada elemento é representado por um “rectângulo” e a ligação hierárquica ou funcional entre os elementos do serviço é representada por “linhas” (verticais e horizontais).

Elaboração Data:	Revisão Data:	Aprovação Data:
---------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------

 <p>CHC Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E.</p>	<p>Organograma dos Serviços do CHC, E.P.E.</p>	<p>Código: GQCO – PG – CC Versão: 00</p> <p>Próxima revisão: Março de 2013 Numero de anexos: 1</p>
---	--	--

O organograma é elaborado segundo o modelo apresentado (organigrama clássico), pelo director de serviço, e revisto de três em três anos ou sempre que ocorram alterações na sua estrutura.

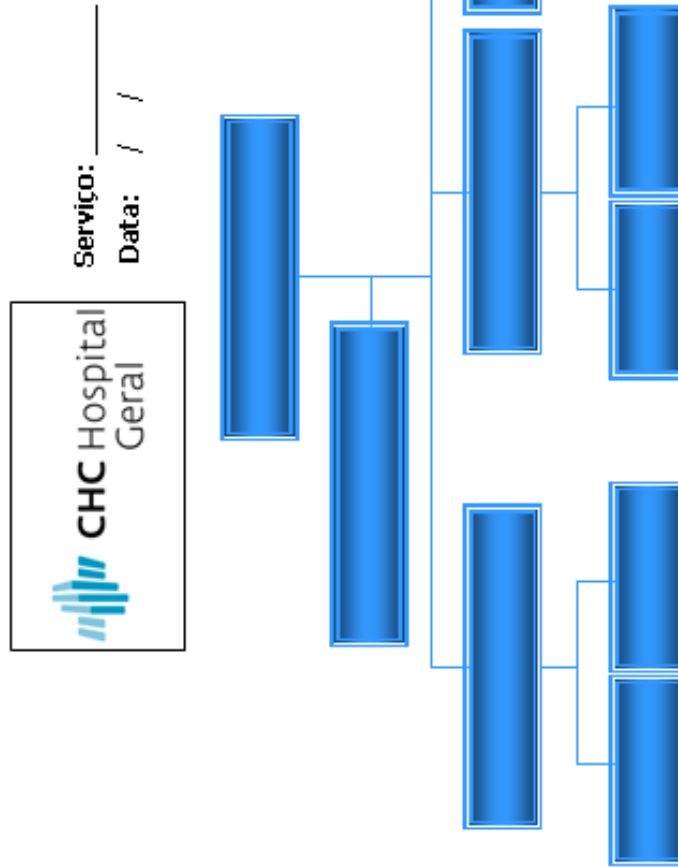
Anexos:

Anexo I – Modelo de organograma dos serviços do CHC, E.P.E..

 **CHC Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E.**

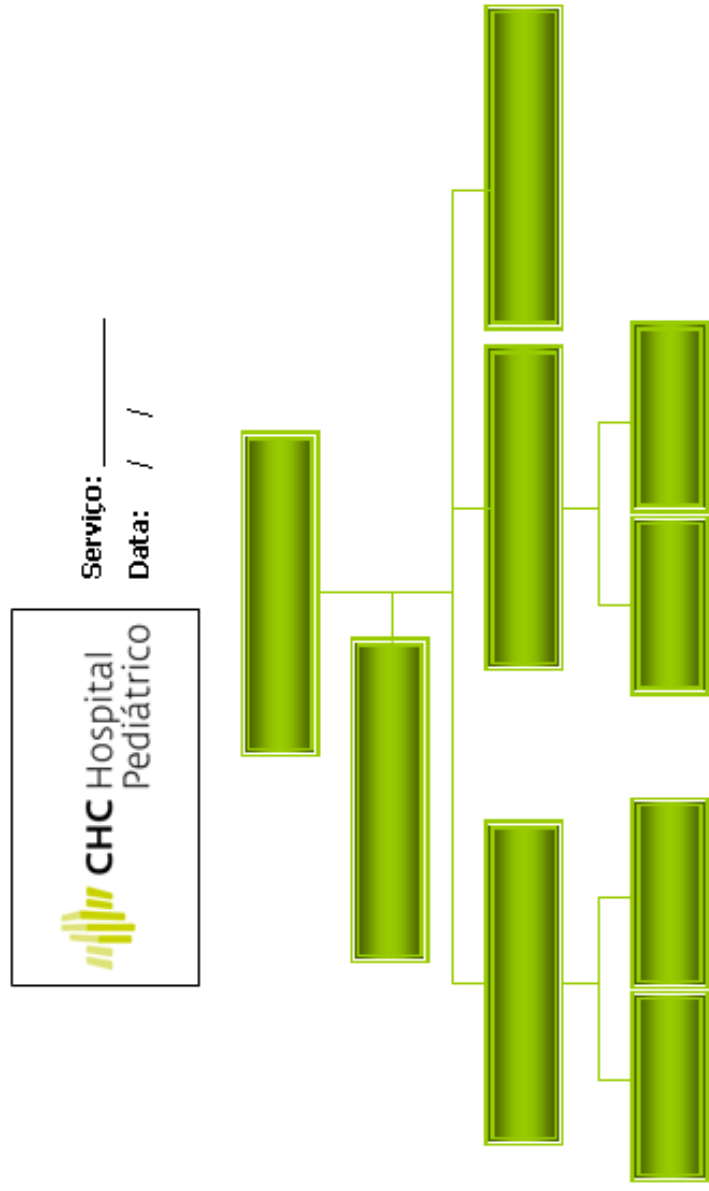
Anexo 1

Modelo de organograma dos serviços do CHC, E.P.E.



Nota: Este modelo deve ser adaptado a cada situação e por isso mesmo é possível editá-lo, escrever dentro dos retângulos e acrescentar novos. Para esclarecimentos adicionais, por favor contactar o Gabinete da Qualidade e Comunicação.

 Anexo 1
Modelo de organograma dos serviços do CHC, E.P.E.

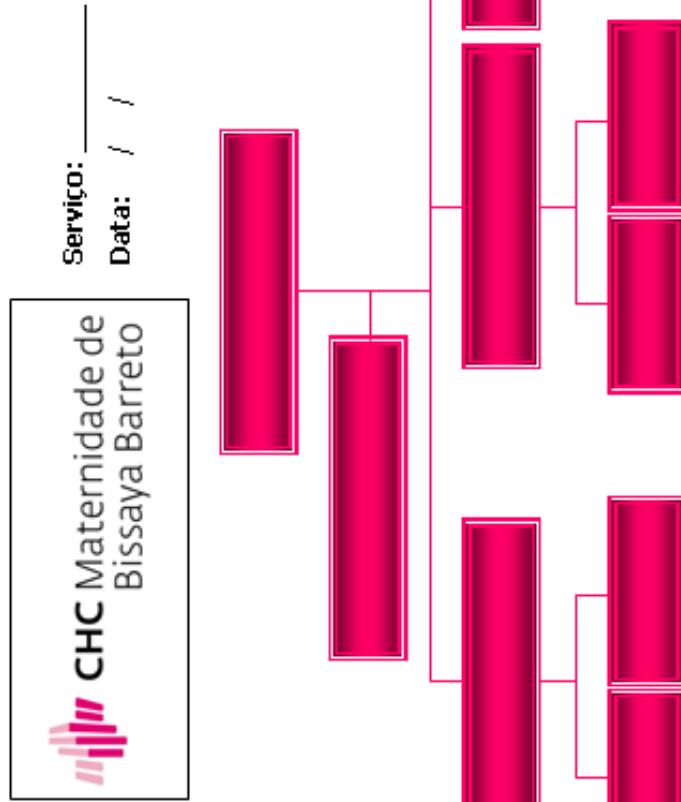


Nota: Este modelo deve ser adaptado a cada situação e por isso mesmo é possível editá-lo, escrever dentro dos retângulos e acrescentar novos. Para esclarecimentos adicionais, por favor contactar o Gabinete da Qualidade e Comunicação.

 **CHC Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E.**

Anexo 1


Modelo de organograma dos serviços do CHC, E.P.E.



Nota: Este modelo deve ser adaptado a cada situação e por isso mesmo é possível editá-lo, escrever dentro dos retângulos e acrescentar novos. Para esclarecimentos adicionais, por favor contactar o Gabinete da Qualidade e Comunicação.

Anexo 10

Plano de Acção / Relatório de Actividades do Centro Hospitalar de Coimbra, EPE

	<p>Plano de acção / relatório de actividades dos serviços do CHC, E.P.E.</p>	<p>Código: CADM – PG – 07 Versão: 00</p> <p>Próxima revisão: Março de 2013 Número de anexos: 0</p>
---	--	--

Objectivo:

Estabelecer o método de elaboração dos planos de acção e relatórios de actividades dos serviços.

Aplicabilidade:

Todos os serviços do CHC, E.P.E..

Siglas, definições e conceitos:

Plano de acção: documento escrito que reflecte a previsão de realização dos objectivos pré-definidos, ou seja, apresenta o futuro desejado e estabelece as acções necessárias e os meios adequados para atingir o pretendido. Algumas das finalidades do plano prendem-se com a definição da estratégia, a hierarquização das opções, a programação das acções, a afectação e mobilização dos recursos e as formas de monitorização/avaliação.


Relatório de actividades: documento escrito cujo objectivo é avaliar os resultados das acções definidas no plano de acção. A sua elaboração deve ser efectuada numa perspectiva de análise crítica de como se desenvolveu a actividade do serviço, permitindo, assim, detectar a existência ou não de desfasamentos entre o que foi realizado e o que foi programado realizar. Nesta perspectiva, é, pois, um instrumento imprescindível para a optimização futura das acções a desenvolver.

CHC, E.P.E.: Centro Hospitalar de Coimbra, Entidade Pública Empresarial

Descrição:

Cada serviço desenvolve a sua actividade segundo objectivos que são consistentes


<p style="text-align: center;">Elaboração</p> <p>Data:</p>	<p style="text-align: center;">Revisão</p> <p>Data:</p>	<p style="text-align: center;">Aprovação</p> <p>Data:</p>
---	--	--

 <p>CHC Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E.</p>	<p>Plano de acção / relatório de actividades dos serviços do CHC, E.P.E.</p>	<p>Código: CADM – PG – 07 Versão: 00</p> <p>Próxima revisão: Março de 2013 Número de anexos: 0</p>
---	--	--

com os objectivos do hospital e que se reflectem no seu plano de acção. Assim, para um correcto planeamento e avaliação dos serviços o plano de acção deve:

- Ser redigido para cada exercício (ano fiscal) e estar em consonância com o plano de actividades do hospital;
- Conter uma descrição do funcionamento actual do serviço e especificar os eventuais planos de aperfeiçoamento ou desenvolvimento (v.g., alterações à forma como os serviços são prestados, novos serviços a serem oferecidos, alterações no meio físico como obras de beneficiação nos edifícios e a compra de novos equipamentos);
- Conter objectivos específicos e mensuráveis e estabelecer como vão ser atingidos;
- Prever um plano de formação e desenvolvimento para atender às necessidades do serviço e dos seus recursos humanos;
- Incluir objectivos documentados de melhoria da qualidade para o serviço, que devem ser mensuráveis e podem incluir, por exemplo, melhoramentos do meio físico para os doentes e para os recursos humanos, redesenho dos processos de trabalho de modo a torná-los mais eficientes e melhoria da utilização dos recursos. Podem incluir, também, opiniões e comentários de doentes, familiares, partes interessadas como médicos consultores, utentes, outros departamentos como utentes dos serviços, seguradoras ou médicos de clínica geral. As opiniões e comentários devem ser coligidos a partir de sistemas de apresentação de sugestões, questionários sobre o grau de satisfação dos serviços e resumos das reclamações.

O plano de acção deve espelhar, por um lado, a capacidade de resposta do serviço aos problemas que lhes são colocados e, por outro, a evidência do grau de desenvolvimento e maturidade que sempre se espera de um serviço envolvido na prestação de cuidados de saúde. Este instrumento surge como uma peça fundamental para a elaboração do orçamento, constituindo uma fase essencial do processo de planeamento ao orientar as decisões de afectação de recursos para a consecução dos objectivos determinados.

 <p>CHC Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E.</p>	<p>Plano de acção / relatório de actividades dos serviços do CHC, E.P.E.</p>	<p>Código: CADM – PG – 07 Versão: 00</p> <p>Próxima revisão: Março de 2013 Número de anexos: 0</p>
---	--	--

O plano de acção, após aprovação pelo Conselho de Administração, deve ser amplamente divulgado a todos os profissionais do serviço.

O plano de acção deve ser elaborado pelos directores de serviço, respeitando o modelo que a seguir se apresenta.


Deve existir, igualmente, um processo através do qual o progresso seja avaliado e comunicado aos profissionais do serviço, através de um relatório escrito ou verbal em reunião do serviço. Caso se opte por um relatório verbal, as notas escritas da reunião devem incluir um resumo do relatório de progresso. Os relatórios de progresso para cada serviço devem ser comunicados ao órgão de administração executiva, sob a forma de um relatório de actividades anual, de modo a poder ser coligida uma avaliação global ao nível de toda a unidade hospitalar.

Capítulo I – Nota introdutória

- ✓ Identificação do serviço:
 - Organograma;
 - Descrever, sumariamente, as actividades que o serviço desenvolve;
 - Caracterizar a produção (v.g., n.º de consultas, taxa de ocupação, demora média, n.º de doentes saídos, n.º de exames efectuados, n.º de refeições servidas);
 - Identificar as novas actividades que o serviço pretende desenvolver.
- ✓ Identificação dos dados relativos à população assistida (quando relevante).
- ✓ Identificação dos recursos humanos (número de profissionais e respectivos grupos profissionais).

Capítulo II – Objectivos e estratégias


- ✓ Objectivos:

	<p>Plano de acção / relatório de actividades dos serviços do CHC, E.P.E.</p>	<p>Código: CADM – PG – 07 Versão: 00</p> <p>Próxima revisão: Março de 2013 Número de anexos: 0</p>
---	--	--

- Quantificar cada um dos objectivos concretos que o serviço pretende atingir, determinando o período temporal para a sua realização (v.g., atingir taxa de ocupação de 85%, realizar 500 intervenções cirúrgicas, diminuir a demora média para 4 dias, informatizar o serviço até Junho);
- Quantificar os objectivos da produção assumidos em sede de contratualização interna;
- Elaborar o orçamento.
- ✓ Estratégias: Explicitar as acções que se vão adoptar para concretizar os objectivos expostos (por exemplo: utilização de um novo procedimento cirúrgico, alargamento do período de funcionamento do bloco operatório).

Capítulo III – Actividades previstas e recursos

- ✓ Identificação dos programas que o serviço pretende desenvolver e daqueles em que pretende participar (por exemplo: programas de investigação, programas de formação, programas da qualidade, ensaios clínicos, estudos), especificando a respectiva calendarização e os objectivos com eles pretendidos.
- ✓ Identificação dos recursos afectos à actividade do serviço, quer permaneçam idênticos, quer se alterem, relativamente à situação presente:
 - Recursos humanos perspectivados como indispensáveis (v.g., necessidade de mais um assistente da carreira médica hospitalar acompanhada de respectiva fundamentação, manutenção do actual número de funcionários afectos ao serviço);
 - Recursos materiais e financeiros essenciais (v.g., necessidades quantificadas em termos de investimento de inovação ou substituição acompanhadas de respectiva fundamentação, necessidades relativas à manutenção dos equipamentos e das instalações).

 <p>CHC Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E.</p>	<p>Plano de acção / relatório de actividades dos serviços do CHC, E.P.E.</p>	<p>Código: CADM – PG – 07 Versão: 00</p> <p>Próxima revisão: Março de 2013 Número de anexos: 0</p>
---	--	--

Capítulo IV – Melhoria contínua da qualidade

Os objectivos definidos devem ser mensuráveis, relevantes, participados, ambiciosos, realistas, exequíveis e situar-se dentro do âmbito de actuação e controlo do serviço.

Todos os objectivos devem ser mensuráveis (e consistentes com os objectivos do hospital), ou seja, deve existir uma forma objectiva de determinar se foram ou não cumpridos, mas não necessariamente uma quantificação numérica. Pode acontecer que, em alguns casos, os objectivos sejam mensuráveis apenas por atributo (uma resposta do tipo sim/não para determinar se o objectivo foi ou não atingido).

O cumprimento dos objectivos deve ser monitorizado para que, sempre que necessário, sejam desencadeadas acções para garantir que os mesmos são alcançados.

Devem ser estabelecidos, no mínimo, três objectivos.

Para um melhor entendimento do conteúdo deste capítulo, apresentam-se alguns exemplos.

Objectivos	Actividades	Responsabilidade / / Prazo de Execução	Avaliação
1. Diminuição da lista de espera cirúrgica em x%.	<ul style="list-style-type: none"> - Actualizar as listas de espera através de triagem; - Priorizar os doentes de acordo com critérios clínicos. 	Director do serviço / 2º semestre	Monitorização semestral
2. Dotar os WC do serviço de corrimões de apoio até Julho.	<ul style="list-style-type: none"> - Levantamento das necessidades; - Processo de aquisição e colocação dos apoios. 	Enf. chefe / Julho	Verificação do cumprimento
3. Diminuir o número de quedas de doentes em x%.	<ul style="list-style-type: none"> - Definir procedimentos escritos; - Colocação de grades de protecção nas camas. - Sinalização de doentes. 	Enf. chefe / 2º trimestre	Monitorização trimestral
4. Introdução do sistema de marcação de consultas por hora.	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilização de todos os profissionais; - Definição escrita dos procedimentos. 	Director do serviço / enf.º chefe das consultas / admissão de doentes / 2º trimestre	Monitorização trimestral
5. Diminuição da taxa de cancelamentos de intervenções cirúrgicas em x%.	<ul style="list-style-type: none"> - Definição de procedimentos escritos; - Realização de auditorias clínicas 	Director do serviço/ director do serviço de anestesiologia / director do BO/ enf. chefe do serviço / enf. chefe do BO / 1º semestre	Monitorização semestral

Anexo 11

Guia de acolhimento do doente internado no Hospital Geral

Sumário

Mensagem

Breve apresentação / oferta de serviços

Como chegar ao hospital

Localização dos edifícios

Antes do internamento

Admissão

Visita médica / enfermagem

Alimentação

Cuidados de higiene

Visitas

Como comunicar com o exterior

Alta

Outros serviços do hospital a que pode recorrer

Assistência espiritual e religiosa

Voluntariado

Outras informações

Direitos e deveres dos doentes

Mensagem

(...)

Breve apresentação / oferta de serviços

O Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E. é constituído por três hospitais: o Hospital Geral, o Hospital Pediátrico e a Maternidade de Bissaya Barreto. Integra ainda os Serviços Centrais (serviços de gestão e logística) e os Serviços Comuns (serviços de acção médica, serviços complementares de diagnóstico e terapêutica e os serviços de apoio que desenvolvem a sua actividade nos três hospitais integrados).

O Hospital Geral, onde vai ser internado, tem ao seu dispor os seguintes serviços:

- **Departamento de Anestesiologia e Cuidados Intensivos**
 - Serviço de Anestesiologia
 - Bloco Operatório do Hospital Geral
 - Serviço de Cuidados Intensivos do Hospital Geral
- **Departamento de Especialidades Cirúrgicas**
 - Serviço de Cirurgia
 - Serviço de Estomatologia
 - Serviço de Neurocirurgia
 - Serviço de Oftalmologia
 - Serviço de Ortopedia
 - Serviço de Otorrinolaringologia
 - Serviço de Urologia
- **Departamento de Especialidades Médicas**
 - Serviço de Cardiologia
 - Serviço de Gastroenterologia
 - Serviço de Infeciologia
 - Serviço de Medicina Física e Reabilitação
 - Serviço de Medicina Interna
 - Serviço de Medicina do Sono Do Hospital Geral
 - Serviço de Nefrologia
 - Serviço de Neurologia
- Serviço de Pneumologia
- **Departamento de Hematologia**
 - Serviço de Hematologia e Imunohemoterapia
 - Hospital de Dia de Oncologia Médica do Hospital Geral
- **Departamento de Imagiologia**
 - Serviço de Neurorradiologia
 - Serviço de Radiologia
- **Departamento de Medicina Laboratorial**
 - Serviço de Anatomia Patológica
 - Serviço de Patologia Clínica
- **Outros Serviços Clínicos**
 - Consultas Externas do Hospital Geral
 - Serviço de Urgência e Emergência do Hospital Geral
 - Serviço de Urgência do Hospital Geral
 - VMER (Viaturas Médicas de Emergência e Ressuscitação)

Como chegar ao hospital

O Hospital Geral situa-se na margem esquerda do rio Mondego e tem o seu *campus* hospitalar integrado numa zona arborizada, a Quinta dos Vales. Nas suas imediações situam-se o Centro de Saúde de S. Martinho do Bispo, a Escola Superior de Tecnologias da Saúde e a Escola Superior de Enfermagem Bissaya Barreto.

Morada

Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E. - Hospital Geral

Quinta dos Vales

3041-801 S. Martinho do Bispo

Coimbra

Autocarros

O hospital é servido pelos seguintes transportes públicos dos SMTUC:

Linha 6: Hospital dos Covões - Hospitais da Universidade de Coimbra

Linha 14: Portagem - S. Martinho

Linha 14T: Beira-rio - S. Martinho

Linha 22: Portagem - Escola Inês de Castro

Táxis

Existe uma praça de táxis em frente ao hospital.

Viaturas particulares

O hospital possui parque de estacionamento que pode ser utilizado por todos os profissionais e utentes.

Localização dos edifícios

(...)

Antes do internamento

O que deve trazer:

- ✓ Documentos de identificação pessoal:
 - Bilhete de Identidade ou Cartão do Cidadão;
 - Cartão de Utente do Serviço Nacional de Saúde (não é necessário no caso de ter Cartão do Cidadão);
 - Cartão de beneficiário do subsistema (ADSE, SAM, etc.) (no caso de ter);
 - Cartão das consultas externas;
 - Carta da companhia de seguros (no caso de acidente de viação);
 - Declaração da entidade patronal (no caso de acidente de trabalho);
 - Exames efectuados anteriormente (análises, radiografias, etc.).
- ✓ Caso esteja a tomar medicamentos, deve trazê-los.
- ✓ Artigos pessoais:
 - Pijama/camisa de dormir, roupão, chinelos de quarto e chinelos de plástico para usar no banho.
 - Os seus objectos de higiene pessoal (escova e pasta dos dentes, pente/escova de cabelo, estojo de barba, etc.)

Caso não possa trazer estes artigos, o hospital facultá-os gratuitamente. As toalhas de banho são facultadas pelo hospital, mas caso prefira, pode trazer as suas.

O que não deve trazer:

- ✓ Dinheiro e/ou objectos de valor (anéis, brincos, colares, etc);
- ✓ Alimentos ou bebidas.

O hospital não pode responsabilizar-se pelo desaparecimento ou danificação dos objectos ou valores que mantém consigo.

Admissão

No dia do internamento deve apresentar-se à hora marcada no serviço que o convocou, onde o secretariado clínico procederá às formalidades administrativas. Deve aproveitar este momento para actualizar os seus dados pessoais, no caso de alguma alteração, nomeadamente a morada, telefone, etc.

O enfermeiro chefe indica-lhe o enfermeiro que fará o seu acolhimento.

Este mostra-lhe as instalações e informa-o de todos os aspectos importantes sobre o funcionamento do serviço e recursos ao seu dispor.

Se tiver alguma questão a colocar, deve fazê-lo.

Sempre que deseje ausentar-se do serviço, avise o enfermeiro.

Visita médica/enfermagem

A visita do seu médico realiza-se, diariamente, para o observar e avaliar a evolução do seu estado de saúde. O serviço de enfermagem está organizado de forma a estar disponível 24 horas para lhe permitir um apoio permanente. Os auxiliares de acção médica, colaboram na sua assistência, exercendo funções de apoio geral.

Deve comunicar ao seu médico ou enfermeiro todos os sintomas que sinta. Caso o não faça pode estar a comprometer a sua saúde.

Alimentação

As refeições são fornecidas pelo hospital de acordo com as orientações clínicas. A alimentação faz parte do seu tratamento, pelo que deve respeitar as indicações dos profissionais que cuidam de si. Assim, os seus familiares e amigos não devem trazer quaisquer alimentos do exterior, salvo com autorização escrita do seu médico ou enfermeiro chefe. Pode solicitar ao médico ou enfermeiro uma alternativa à sua ementa. Tentaremos, dentro do possível, corresponder aos seus gostos e necessidades.

Horário das refeições:

Pequeno-almoço: 8.30h - 9.30h

Lanche da manhã: 10.30h - 11.00h

Almoço: 12.30h - 13.15h

Lanche: 16.00h - 16.30h

Jantar: 19.00h - 20.00h

Ao longo do período nocturno, terá ao seu dispor alguns suplementos alimentares.

Cuidados de higiene

Durante o seu internamento deve respeitar algumas regras de higiene pessoal:

- Tome banho diariamente;
- Lave as mãos sempre que utilize a casa de banho e antes das refeições.

O hospital proporciona um serviço gratuito de barbeiro que vai regularmente aos serviços.

Visitas

A entrada faz-se pela portaria principal do hospital onde as visitas serão recebidas pelas recepcionistas e vigilantes que fornecem as informações necessárias.

É muito importante que possa beneficiar da presença de um familiar de referência, em qualquer dos serviços onde se encontre hospitalizado, para o acompanhar durante o internamento e durante o dia. Para o identificar, o hospital dispõe de um cartão próprio para o efeito. A escolha deste familiar será da sua responsabilidade, caso reúna as condições necessárias para o fazer. A sua presença e identificação nos serviços serão objecto de acordo e compromisso com o enfermeiro responsável do serviço.

Horário das visitas: Todos os dias das 12 às 20 horas.

Serviço de Cuidados Intensivos: todos os dias das 15 às 19 horas (só 2 pessoas/dia, preferência dada a familiares de 1º grau, caso o estado clínico do doente e as necessidades momentâneas do serviço o permitam).

Unidade de Cuidados Intensivos Coronários: todos os dias das 15 às 15.30 horas e das 19 às 19.30 horas.

Para que a sua estadia seja mais agradável, transmita aos seus familiares as seguintes regras:

- O número máximo de pessoas, que é permitido permanecer simultaneamente junto do doente, é de duas pessoas;
- Nos Serviços de Cuidados Intensivos - UCIC e UCIP - as visitas são condicionadas à situação do doente e características do serviço devendo informar-se junto dos profissionais;
- Por vontade do doente ou por indicação do médico ou do enfermeiro, o número de visitas pode ser reduzido ou até mesmo eliminado;
- A entrada de crianças com menos de 10 anos só é permitida mediante autorização de médico ou enfermeiro, pois pode ser prejudicial para a saúde da própria criança;
- O horário das visitas deve ser cumprido de forma rigorosa;
- A visita deverá ser breve, sempre que existam várias pessoas para visitar o doente;
- Deve restringir o uso de telemóvel ao essencial. Deve ser discreto e não perturbar as outras pessoas;
- A privacidade dos doentes deve ser respeitada;
- Por condições de higiene hospitalar, não devem trazer flores envasadas ou ramos de flores, basta apenas uma flor;
- Não se deve sentar na cama do doente;
- Entrar em zonas de acesso reservado aos profissionais de saúde é expressamente proibido;
- Contribuir para manter um ambiente calmo e tranquilo que favoreça a melhor recuperação dos doentes hospitalizados;
- Não é permitido fumar no interior do hospital.

Os seus familiares e amigos poderão obter informações sobre o seu estado de saúde sempre que o desejarem, através do contacto com o médico ou enfermeiro, ou ainda, através do familiar de referência se for o caso.

Como comunicar com o exterior

Telefone

Pode receber chamadas telefónicas entre as 11h00 e as 20h00, através do telefone 239 800 100, devendo solicitar no serviço onde se encontra internado(a) a extensão do mesmo.

Existem no hospital cabines telefónicas, que pode utilizar:

- Junto às consultas externas/serviços centrais;
- Serviço de Urgências;
- Recepção (portaria principal).

Alta

É informado, da data da sua alta, pelo seu médico assistente com a antecedência possível.

No dia da alta ser-lhe-á entregue:

- Uma carta de alta, que deve entregar ao seu médico de família/assistente;
- Uma carta de alta, que deve entregar ao enfermeiro do seu centro de saúde, caso seja necessário;
- Receita médica, no caso de ter necessidade de tomar medicação em casa;
- Indicação da data da próxima consulta, caso seja necessário;
- Certificado de incapacidade temporária ou atestado médico;
- Declaração de internamento, caso necessite.

É da responsabilidade do hospital, informar a sua família, para o virem buscar.

Se, por razões clínicas, o transporte tiver que ser efectuado em ambulância, o hospital assegura esse transporte.

Antes de sair do hospital, não se esqueça de verificar:

- Se tem os documentos necessários devidamente assinados e carimbados;
- Se todas as suas dúvidas ficaram esclarecidas;
- Se não se esqueceu de nenhum objecto pessoal;
- Se o seu familiar de referência entregou o cartão identificativo ao enfermeiro.

Deve dar a devida atenção a todas as recomendações que forem feitas. É importante ter um familiar junto de si nesse momento, pois poderá partilhar consigo todas as recomendações.

Outros serviços do hospital a que pode recorrer

Gabinete do Utente

O seu contributo pode ajudar-nos a prestar cada vez melhores cuidados. Pode apresentar as suas reclamações, sugestões e/ou elogios, devendo fazê-lo por escrito.

Na impossibilidade de o fazer por escrito, deverá contactar o Gabinete do Utente, para redigir a exposição.

Tem à sua disposição o livro de reclamações e sugestões (Livro Amarelo) ou impressos próprios do CHC, E.P.E..

Ser-lhe-á facultado uma cópia da reclamação no livro amarelo (via verde).

No caso de pretender cópia da reclamação efectuada no impresso próprio do CHC, pode solicitá-la a qualquer um dos secretariados.

Também pode fazê-lo por carta, fax ou para o e-mail guhg@chc.min-saude.pt.

As reclamações, sugestões e/ou elogios são entregues no Gabinete do Utente, que as trata e encaminha. Nenhuma exposição de um utente fica sem resposta por parte do conselho de administração.

Por força da Lei, o Conselho de Administração dá conhecimento das reclamações e sugestões aos serviços centrais do Ministério da Saúde e introduz as medidas correctivas necessárias.

Os impressos para reclamações, sugestões e/ou elogios estão disponíveis nos seguintes locais:

- Caixas de sugestões: na Consulta Externa e no Serviço de Urgência;
- Livro de Reclamações: Serviço de Urgência, Recepção (entrada principal), Consulta Externa e no Serviço Social;
- Os serviços centrais dispõem também de um livro de reclamações, no secretariado do Conselho de Administração.

Serviço Social

O Serviço Social é o elo de ligação entre o hospital, o doente, a família e a comunidade.

Contacte este Serviço sempre que necessitar de informações sobre Direitos e Deveres dos doentes, recursos e normas hospitalares, recursos da comunidade tendo em vista a continuidade de cuidados, etc..

Dirija-se a um dos gabinetes de Serviço Social e exponha o seu problema, ou solicite o apoio do Serviço Social junto do seu enfermeiro, do seu médico assistente, ou de outro funcionário do hospital.

Horário de atendimento: 10.00h -12.30h e 14.30h - 16.00h / dias úteis.

Telefone: 239 800 087

Gabinetes: Piso 1 - junto ao Gabinete de Informática e entre o Serviço de Urologia e o de Cirurgia;

Piso 0 - junto à Recepção;

Piso -1 - junto aos Hospitais de Dia, de Diabetes e de Infecções, com entrada exterior, por debaixo do arco.

Piso -3 - no Serviço de Urgência.

Assistência espiritual e religiosa

O hospital respeita todas as religiões. A assistência espiritual e religiosa abrange os utentes internados e seus familiares ou acompanhantes. Para a religião católica existe, no Hospital Geral, uma capela onde poderá ser prestada assistência personalizada, bem como celebrado culto e efectuadas reuniões, todos os dias das 10.00h às 20.00h. No caso de ter outra convicção religiosa pode pedir ao enfermeiro para chamar o seu assistente espiritual.

Voluntariado

O Hospital Geral conta com a colaboração de um grupo de voluntários.

A sua função principal é a de “guias”, encaminhando utentes e visitantes para o serviço que pretendem e acompanhando-os ao local desejado sempre que necessário. Podem também fazer companhia a um doente internado, levando-o a distrair-se ao jardim, à cafetaria, etc.

Estão habitualmente presentes em dois locais do Hospital: na Recepção e na Consulta Externa, mas podem ser contactados por telefone (extensão 3460).

Os voluntários identificam-se pelo uso de uma bata cor-de-laranja.

Outras informações

- Existe uma **cafetaria/bar**, junto ao refeitório, no exterior, que caso queira pode utilizar. O horário de funcionamento é das 08h00-20h00;
- Existem **máquinas dispensadoras de bebidas e alimentos** em vários locais do hospital;
- Existe uma **caixa ATM** (Multibanco) no Serviço de Urgência e outra junto às Consultas Externas do Hospital (em frente à portaria principal).

Direitos e deveres dos doentes

O direito à protecção da saúde está consagrado na Constituição da República Portuguesa e assenta num conjunto de valores fundamentais como a dignidade humana, a equidade, a ética e a solidariedade.

São estes os direitos e deveres contidos na Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes:

DIREITOS DOS DOENTES

1. O doente tem direito a ser tratado no respeito pela dignidade humana

É um direito humano fundamental, que adquire particular importância em situação de doença. Deve ser respeitado por todos os profissionais envolvidos no processo de prestação de cuidados, no que se refere quer aos aspectos técnicos, quer aos actos de acolhimento, orientação e encaminhamento dos doentes.

É também indispensável que o doente seja informado sobre a identidade e a profissão de todo o pessoal que participa no seu tratamento.

Este direito abrange ainda as condições das instalações e equipamentos, que têm de proporcionar o conforto e o bem-estar exigidos pela situação de vulnerabilidade em que o doente se encontra.

2. O doente tem direito ao respeito pelas suas convicções culturais, filosóficas e religiosas

Cada doente é uma pessoa com as suas convicções culturais e religiosas. As instituições e os prestadores de cuidados de saúde têm, assim, de respeitar esses valores e providenciar a sua satisfação.

O apoio de familiares e amigos deve ser facilitado e incentivado.

Do mesmo modo, deve ser proporcionado o apoio espiritual requerido pelo doente ou, se necessário, por quem legitimamente o represente, de acordo com as suas convicções.

3. O doente tem direito a receber os cuidados apropriados ao seu estado de saúde, no âmbito dos cuidados preventivos, curativos, de reabilitação e terminais

Os serviços de saúde devem estar acessíveis a todos os cidadãos, de forma a prestar, em tempo útil, os cuidados técnicos e científicos que assegurem a melhoria da condição do doente e seu restabelecimento, assim como o acompanhamento digno e humano em situações terminais.

Em nenhuma circunstância os doentes podem ser objecto de discriminação.

Os recursos existentes são integralmente postos ao serviço do doente e da comunidade, até ao limite das disponibilidades.

4. O doente tem direito à prestação de cuidados continuados

Em situação de doença, todos os cidadãos têm o direito de obter dos diversos níveis de prestação de cuidados (hospitais e centros de saúde) uma resposta pronta e eficiente, que lhes proporcione o necessário acompanhamento até ao seu completo restabelecimento.

Para isso, hospitais e centros de saúde têm de coordenar-se, de forma a não haver quaisquer quebras na prestação de cuidados que possam ocasionar danos ao doente.

O doente e seus familiares têm direito a ser informados das razões da transferência de um nível de cuidados para outro e a ser esclarecidos de que a continuidade da sua prestação fica garantida.

Ao doente e sua família são proporcionados os conhecimentos e as informações que se mostrem essenciais aos cuidados que o doente deve continuar a receber no seu domicílio. Quando necessário, deverão ser postos à sua disposição cuidados domiciliários ou comunitários.

5. O doente tem direito a ser informado acerca dos serviços de saúde existentes, suas competências e níveis de cuidados

Ao cidadão tem que ser fornecida informação acerca dos serviços de saúde locais, regionais e nacionais existentes, suas competências e níveis de cuidados, regras de organização e funcionamento, de modo a otimizar e a tornar mais cómoda a sua utilização.

Os serviços prestadores dos diversos níveis de cuidados devem providenciar no sentido de o doente ser sempre acompanhado dos elementos de diagnóstico e terapêutica considerados importantes para a continuação do tratamento. Assim, evitam-se novos exames e tratamentos, penosos para o doente e dispendiosos para a comunidade.

6. O doente tem direito a ser informado sobre a sua situação de saúde

Esta informação deve ser prestada de forma clara, devendo ter sempre em conta a personalidade, o grau de instrução e as condições clínicas e psíquicas do doente.

Especificamente, a informação deve conter elementos relativos ao diagnóstico (tipo de doença), ao prognóstico (evolução da doença), tratamentos a efectuar, possíveis riscos e eventuais tratamentos alternativos.

O doente pode desejar não ser informado do seu estado de saúde, devendo indicar, caso o entenda, quem deve receber a informação em seu lugar.

7. O doente tem o direito de obter uma segunda opinião sobre a sua situação de saúde

Este direito, que se traduz na obtenção de parecer de um outro médico, permite ao doente complementar a informação sobre o seu estado de saúde, dando-lhe a possibilidade de decidir, de forma mais esclarecida, acerca do tratamento a prosseguir.

8. O doente tem direito a dar ou recusar o seu consentimento, antes de qualquer acto médico ou participação em investigação ou ensino clínico

O consentimento do doente é imprescindível para a realização de qualquer acto médico, após ter sido correctamente informado.

O doente pode, exceptuando alguns casos particulares, decidir, de forma livre e esclarecida, se aceita ou recusa um tratamento ou uma intervenção, bem como alterar a sua decisão.

Pretende-se, assim, assegurar e estimular o direito à autodeterminação, ou seja, a capacidade e a autonomia que os doentes têm de decidir sobre si próprios.

O consentimento pode ser presumido em situações de emergência e, em caso de incapacidade, deve este direito ser exercido pelo representante legal do doente.

9. O doente tem direito à confidencialidade de toda a informação clínica e elementos identificativos que lhe respeitam

Todas as informações referentes ao estado de saúde do doente - situação clínica, diagnóstico, prognóstico, tratamento e dados de carácter pessoal - são confidenciais. Contudo, se o doente der o seu consentimento e não houver prejuízos para terceiros, ou se a lei o determinar, podem estas informações ser utilizadas.

Este direito implica a obrigatoriedade do segredo profissional, a respeitar por todo o pessoal que desenvolve a sua actividade nos serviços de saúde.

10. O doente tem direito de acesso aos dados registados no seu processo clínico

A informação clínica e os elementos identificativos de um doente estão contidos no seu processo clínico. O doente tem o direito de tomar conhecimento dos dados registados no seu processo, devendo essa informação ser fornecida de forma precisa e esclarecedora.

A omissão de alguns desses dados apenas é justificável se a sua revelação for considerada prejudicial para o doente ou se contiverem informação sobre terceiros pessoas.

11. O doente tem direito à privacidade na prestação de todo e qualquer acto médico

A prestação de cuidados de saúde efectua-se no respeito rigoroso do direito do doente à privacidade, o que significa que qualquer acto de diagnóstico ou terapêutica só pode ser efectuado na presença dos profissionais indispensáveis à sua execução, salvo se o doente consentir ou pedir a presença de outros elementos.

A vida privada ou familiar do doente não pode ser objecto de intromissão, a não ser que se mostre necessária para o diagnóstico ou tratamento e o doente expresse o seu consentimento.

12. O doente tem direito, por si ou por quem o represente, a apresentar sugestões e reclamações

O doente, por si, por quem legitimamente o substitua ou por organizações representativas, pode avaliar a qualidade dos cuidados prestados e apresentar sugestões ou reclamações.

Para esse efeito, existem, nos serviços de saúde, o gabinete do utente e o livro de reclamações. O doente terá sempre de receber resposta ou informação acerca do seguimento dado às suas sugestões e queixas, em tempo útil.

DEVERES DOS DOENTES

1. O doente tem o dever de zelar pelo seu estado de saúde. Isto significa que deve procurar garantir o mais completo restabelecimento e também participar na promoção da própria saúde e da comunidade em que vive.
2. O doente tem o dever de fornecer aos profissionais de saúde todas as informações necessárias para obtenção de um correcto diagnóstico e adequado tratamento.
3. O doente tem o dever de respeitar os direitos dos outros doentes.
4. O doente tem o dever de colaborar com os profissionais de saúde, respeitando as indicações que lhe são recomendadas e, por si, livremente aceites.
5. O doente tem o dever de respeitar as regras de funcionamento dos serviços de saúde.
6. O doente tem o dever de utilizar os serviços de saúde de forma apropriada e de colaborar activamente na redução de gastos desnecessários.



www.chc.min-saude.pt

Hospital Geral e Serviços Centrais
Quinta dos Vales, S. Martinho do Bispo
3041-853 Coimbra, Portugal
Tel. +351 239 800 100, Fax +351 239 442 820

Hospital Pediátrico
Avenida Bissaya Barreto
3000-076 Coimbra, Portugal
Tel. +351 239 480 300, Fax +351 239 480 325

Maternidade de Bissaya Barreto
Rua Augusta
3000-061 Coimbra, Portugal
Tel. +351 239 480 400, Fax +351 239 483 910