



Licenciatura
Gestão em Saúde

Tipo de Trabalho
Relatório de Estágio

Título do Trabalho
Certificação pelo Modelo de Acreditação ACSA em Centro de Referência de Unidades de Gestão Clínica
Hospital Beatriz Ângelo

Elaborado por
Valéria Jordão dos Santos Lourenço

Nº de estudante
20152007

Orientador
Professor Doutor Paulo Moreira

Barcarena, 24 de outubro de 2018

**ATLÂNTICA – ESCOLA UNIVERSITÁRIA DE CIÊNCIAS EMPRESARIAIS, SAÚDE,
TECNOLOGIA E ENGENHARIA**

Certificação pelo Modelo de Acreditação ACSA em Centro de Referência de Unidades de Gestão Clínica
Hospital Beatriz Ângelo

Relatório de Estágio Profissionalizante em Gestão em Saúde

Gestão em Saúde

Valéria Jordão dos Santos Lourenço

Professor Doutor Paulo Moreira

Barcarena, 24 outubro de 2018

DEDICATÓRIA

Esta licenciatura, que Deus me permitiu realizar, é o resultado de um projeto que sempre esteve nos meus planos, mas, que por circunstâncias alheias à minha vontade, foi adiado.

Apesar de o sonho inicial ter partido de mim, acredito que se tornou sonho de todos que me ajudaram a trilhar este caminho, por isso, preciso agradecer:

Ao meu marido Simão que sempre me apoiou e criou um espaço no nosso casamento para que eu pudesse me dedicar a este projeto.

Ao amigo Manuel Simões, que dedicou muitas horas a ajudar-me com trabalhos e pesquisas.

Ao Dr. Francisco Mota, Diretor de Produção do Hospital Beatriz Ângelo que me apresentou a proposta para o projeto deste estágio.

À Dra. Susana Martins e a Eng^a Daniela Duarte, que foram disponíveis e generosas em me permitir ter acesso às informações necessárias para a realização deste trabalho, além de partilharem seus conhecimentos sobre acreditação, certificação e entidades certificadoras.

Aos meus filhos que tiveram paciência e entendimento para aceitar a ausência da mãe, todas as noites e muitos fins de semana.

À minha filha mais velha, Naiara Vilhena, um agradecimento especial, porque mesmo sem saber, deste-me forças para concluir esta licenciatura com o sentimento de ser uma fonte de orgulho para ti.

À minha mãe, mulher forte e de atitude, para nunca deixar que os problemas ou alegrias do dia a dia motivassem a sua existência, sorrir ou chorar depende de como olhamos para a vida.

E por fim, ao corpo docente da Universidade Atlântica que me fez ter a certeza que valeu a pena.

Muito obrigada

**“Alguns homens vêem as coisas como são, e dizem “Por que”?
Eu sonho com as coisas que nunca foram e digo “Por que não”?” (George Bernard Shaw)**

“O autor é o único responsável pelas ideias expressas neste relatório”

RESUMO

Este trabalho prende-se no âmbito da implementação e do reconhecimento da qualidade aos Centros de Referência do hospital Beatriz Ângelo através da acreditação ACSA.

Os Centros de Referência são unidades prestadoras de cuidados de saúde com conhecimentos técnicos na prestação de cuidados aos doentes com determinadas situações clínicas, que exigem uma especial concentração de recursos ou de perícia devido à baixa prevalência da doença, à complexidade no diagnóstico ou tratamento e aos custos elevados dessas mesmas situações.

O despacho nº 5613/2015 Reforça a necessidade de expansão de **acreditação de instituições e unidades prestadoras de cuidados de saúde**, a continuidade na melhoria da qualidade clínica e da qualidade organizacional.

O Hospital Beatriz Ângelo, tem dois Centros de Referência para área de Oncologia de Adultos:

Cancro Hepatobilio/Pancreático e Cancro do Reto.

-  O cancro do reto é um dos tipos de cancro mais comuns, tanto nos homens como nas mulheres. É um tumor maligno e invasivo. Começa frequentemente num pólipó, que é um crescimento anormal de tecido epitelial (tecido que reveste a superfície externa do corpo, as cavidades corporais e os órgãos), O reto é classificado como a parte final do intestino grosso humano, fica localizado no canal anal. No processo de digestão, o reto é a estrutura que contribui para a absorção final de nutrientes provenientes dos alimentos. Ele é o último caminho dos restos de alimentos antes de serem eliminados do organismo, pelo ânus.

(Fonte: Documento interno HBA)

-  O cancro Hepatobilio/pancreático é o cancro do fígado, vias biliares e pâncreas. O cancro do fígado é derivado das principais células deste órgão, os hepatócitos. Surge quando há uma mutação nos genes de uma célula que a faz se multiplicar desordenadamente. As vias biliares são o conjunto de ductos (tipo de tubo) encarregados de transportar a bile até a vesícula que auxiliam na digestão. Não diferente do fígado, o cancro se dá basicamente pelo mesmo motivo, mutação dos genes.

(Fonte: Documento interno HBA)

-  O pâncreas é um órgão bastante complexo que tem entre outras funções: Produção de Insulina e produção de importantes enzimas digestivas. É formado por células exócrinas e endócrinas. No seu estado normal, estas células crescem e dividem-se em novas células, que são formadas à medida que vão sendo necessárias. Quando as células normais envelhecem ou são danificadas, morrem naturalmente. Quando as células perdem este mecanismo de controlo e sofrem alterações no seu DNA, tornam-se células de cancro, que não morrem quando envelhecem ou danificam e produzem novas células que não são necessárias, de forma descontrolada.

(Fonte: Documento interno HBA)

A escolha do HBA como referência no tratamento destes tumores significa, assim, que o Hospital provou ter quantidades significativas de doentes com o mesmo tipo de cancro, que são diagnosticados e tratados no Hospital. Mas não só: teve de indicar os resultados específicos desses casos — ou seja, as taxas de

complicações, de reincidências, de mortalidade, a média de dias de internamento, as taxas de risco clínico e as medidas de segurança clínica, etc., provando ter excelentes indicadores nesses resultados.

A transparência de processos e a garantia de que a atividade assistencial é multidisciplinar e assegura a possibilidade de investigação clínica e de formação dos profissionais mais jovens no HBA foram outros indicadores considerados para esta escolha.

Finalmente, os protocolos clínicos adotados no Hospital, a forma de organização das equipas e a qualidade dos profissionais do HBA permitiram obter excelentes resultados no diagnóstico e tratamento dos doentes com estas patologias, o que foi também reconhecido pelo Ministério da Saúde com a escolha do HBA como Centro de Referência.

O processo de acreditação está assente em um Manual de *Standards* com criteriosos elementos avaliáveis para acreditarem a unidade. Para dar respostas a estes vários elementos, foram criados mais documentos além dos existentes e novos processos, tais como:

PAI (Processo Assistencial Integrado) para os doentes com cancro do reto e cancro do Hepatobilio/pancreático, Roteiro do Doente, Circuito do Doente e um Guia de Acolhimento.

Palavras-Chave: Centros de Referência, Qualidade, Unidades de Saúde, Modelo de Acreditação, Cancro, Certificação, Unidades de Saúde.

ABSTRACT

This work deals with the implementation and recognition of quality to the Reference Centers of the Hospital Beatriz Ângelo through ACSA accreditation.

Reference Centers are healthcare units with technical expertise in providing care to patients with certain clinical situations, requiring a special concentration of resources or expertise due to the low prevalence of the disease, complexity in diagnosis or treatment, and costs of these same situations.

Order No. 5613/2015 Reinforces the need for expansion of **accreditation of health care institutions and units**, continuity in improving clinical quality and organizational quality.

The Hospital Beatriz Ângelo has two Reference Centers for the area of Adult Oncology:

Hepatobiliary / Pancreatic Cancer and Challenge Cancer.

- ✎ Rectal cancer is one of the most common cancers in both men and women. It is a malignant and invasive tumor. It often begins in a polyp, which is an abnormal growth of epithelial tissue (tissue that lines the outer surface of the body, body cavities and organs). The rectum is classified as the final part of the human large intestine, located in the anal canal. In the digestion process, the rectum is the structure that contributes to the final absorption of nutrients from food. It is the last path of food debris before being eliminated from the body by the anus.

(Source: HBA internal document)

- ✎ Hepatobiliary / pancreatic cancer is cancer of the liver, bile duct and pancreas. Liver cancer is derived from the major cells of this organ, the hepatocytes. It arises when there is a mutation in the genes of a cell that causes it to multiply in disorder. The bile ducts are the set of ducts (tube type) in charge of transporting bile to the gall bladder that aid in digestion. Not unlike the liver, cancer occurs basically for the same reason, mutation of the genes.

(Source: HBA internal document)

- ✎ The pancreas is a very complex organ that has among other functions: Production of Insulin and production of important digestive enzymes. It is formed by exocrine and endocrine cells. In their normal state, these cells grow and divide into new cells, which are formed as needed. When normal cells age or are damaged, they die naturally. When cells lose this control mechanism and undergo changes in their DNA, they become cancer cells, which do not die when they age or damage and produce new cells that are not needed in an uncontrolled way.

(Source: HBA internal document)

The choice of HBA as a reference in the treatment of these tumors thus means that the Hospital has proven to have significant amounts of patients with the same type of cancer who are diagnosed and treated at the Hospital. But not only: it had to indicate the specific results of these cases - that is, the rates of complications, recurrences, mortality, average days of hospitalization, clinical risk rates and clinical safety measures, etc., proving have excellent indicators in these results.

The transparency of processes and the assurance that the healthcare activity is multidisciplinary and ensures the possibility of clinical investigation and training of the younger professionals in the HBA were other indicators considered for this choice.

Finally, the clinical protocols adopted at the Hospital, the way the teams were organized and the quality of HBA professionals allowed excellent results in the diagnosis and treatment of patients with these pathologies, which was also recognized by the Ministry of Health with the choice of the HBA as Reference Center.

The accreditation process is based on a *Standards* Manual with discernible elements that can be used to accredit the unit. To provide answers to these various elements, more documents were created than existing and new processes, such as:

PAI (Integrated Care Process) for patients with rectal cancer and hepatobiliary / Pancreatic cancer, Patient Script, Patient Circuit, and a Reception Guide.

Key Words: Reference Centers, Quality, Health Units, Accreditation Model, Cancer, Certification, Health Units

ÍNDICE

DEDICATÓRIA.....	3
RESUMO.....	6
ABSTRACT.....	8
LISTA DE ABREVIATURAS	12
INTRODUÇÃO	13
PARTE I - Unidade prestadora de Cuidados de Saúde – Hospital Beatriz Ângelo.....	16
1.1 História do HBA	16
1.2.1. Visão.....	17
1.2.2. Missão	17
1.2.3. Valores	17
1.2 Estrutura do Hospital	17
1.3 Centros de Referência	20
PARTE II – A Qualidade no Sistema Nacional de Saúde Português	21
2.1 O Conceito de Qualidade.....	21
2.2 Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020.....	22
PARTE III - Certificação e Acreditação:.....	24
3.1 Que valor acrescenta a Instituição? Mudanças organizacionais e nas práticas da prestação de serviços de saúde.....	24
3.2 Que valor acrescenta ao Doente? Impacto na satisfação dos clientes e no reconhecimento público ou da comunidade.....	25
3.3 Que valor acrescenta aos profissionais de saúde? Impacto no comportamento dos profissionais de saúde.....	25
3.4 Quais os modelos existentes no Sistema Nacional de Saúde?	26
PARTE IV - Centros de Referência.....	27
4.1 O que são os Centros de Referência.....	27
4.2 Quais são os Centros de Referência Existentes em Portugal.....	37
4.3 Os Centros de Referência do Hospital Beatriz Ângelo	38
PARTE V – O modelo de acreditação ACSA	41
5.1 Razões da Opção pelo Modelo ACSA.....	41
5.2 Os acordos entre países para a adoção do modelo ACSA.....	43
5.3 As bases do Modelo ACSA	43
5.4 A estrutura do Manual de Standards:	45
5.5 Fases do Processo de Certificação.....	48
5.6 Níveis de Acreditação	52
5.7 Plataforma @Qredita.....	53
PARTE VI – O Processo Assistencial Integrado do Doente.....	57
6.1 O PAI dos Centros de Referência do HBA	57
6.2.1. Limites de Entrada do Processo	57
6.2.2. Limites de Saída do Processo	57
6.2.3. Limites marginais não incluídos no Processo	57
6.2.4. Expectativas e Objetivos	58
6.2 Descrição do Processo Assistencial Integrado.....	58
6.2.1. Componentes	59
6.2.2. Descrição das competências necessárias e específicas	59
6.2.3. Recursos Necessários e Serviços de Apoio Específicos.....	61
PARTE VII – Estágio.....	80

CONCLUSÕES.....	85
BIBLIOGRAFIA.....	89

LISTA DE ABREVIATURAS

AAM – Auxiliar de Ação Médica
ACSA – Agencia de Calidad Sanitária de Andalucia (Entidade Acreditadora)
ARS – Administração Regional de Saúde
BI – Business Intelligence - Plataforma Interna HBA
CBA – Consórcio Brasileiro de Acreditação
CE – Comissão de Ética
CHKS – Caspe Healthcare Knowledge Systems (Entidade Acreditadora)
CMDO – Consulta Multidisciplinar de Decisão Oncológica
CPRE – Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica
CR – Centro de Referência
DACQ – Direção de Acreditação e Certificação da Qualidade
DGS – Direção Geral da Saúde
DOP – Direção de Operação e Processo
DQS – Departamento da Qualidade na Saúde
ERS – Entidade Reguladora da Saúde
GCLPPCIRA – Grupo de Coordenação Local Para a Prevenção e Controlo das Infecções e Resistência aos Antimicrobianos
GD – Gestão Documental
HBA – Hospital Beatriz Ângelo
HBP – Hepatobilio/Pancreático
HDC – Hospital Dia Cirúrgico
HDM – Hospital Dia Médico
IQS – Instituto da Qualidade em Saúde
JCI - Joint Commission International (Entidade Acreditadora)
LVT – Lisboa e Vale do Tejo
MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e tratamento.
MFR – Medicina Física e Reabilitação
MO – Modelo
OT – Orientação Técnica
PAI – Processo Assistencial Integrado
PCI – Prevenção e Controlo de Infecção
PDCA – Plan, Do Check, Act (Planeamento, Cumprimento, Avaliação, Adequação) - Planear, cumprir, avaliar e adequar
PLA – Plano
PNAS – Programa Nacional de Acreditação em Saúde
PPP – Parceria Público Privada
PRC – Processo
PRG – Programa
RER – Rede Europeia de Referência
SNS – Serviço Nacional de Saúde
TIA – Técnico de Informação e Apoio
UGC – Unidade de Gestão Clínica

INTRODUÇÃO

A estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 reforça que a **segurança** e **qualidade** no sistema de saúde é uma obrigação ética, porque contribuem de forma decisiva para a redução dos riscos que podem ser evitados, para a melhoria do acesso aos cuidados de Saúde, das escolhas, da inovação, da equidade e do respeito com que esses cuidados são prestados à população.

Dentro deste parâmetro os Centros de Referência são de extrema importância para o Sistema de Saúde, uma vez que é reconhecido como expoente máximo na prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade em situações clínicas que exigem cuidados diferenciados.

O Hospital Beatriz Ângelo, Unidade de Saúde Hospitalar, onde decorreu o estudo e estágio para este trabalho, é uma unidade prestadora de cuidados de saúde de considerável qualidade, tem reconhecido pela DGS dois **Centros de Referência** na área da Oncologia para Adultos e teve de ser acreditado.

Foi adotado e adaptado para Portugal, o modelo ACSA, que passou a ser o modelo oficial e nacional de acreditação de unidades de saúde do Ministério da Saúde e como principal referência para as unidades de saúde do SNS.

A acreditação é um padrão de avaliação e certificação da qualidade nas organizações, principalmente quando falamos de Organizações de Saúde.

O termo “acreditar” significa: “*conceder reputação a tornar digno de confiança*”. Uma Unidade de Saúde ao ser acreditada adquire a condição de uma Instituição que transmite ou merece a confiança da sua comunidade num geral.

O sistema que aborda o tema qualidade passou a ter uma maior relevância a partir dos anos 50 que até hoje tem atualizado os sistemas administrativos e operacionais das Organizações, tanto a nível económico como social. Entretanto, fez-se necessário criar Entidades que servissem como “modelo” para garantir a excelência no atendimento e a confiabilidade realmente focados nos clientes/doentes/utentes.

A *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* e a *International Organization for Standardization*, ambas entidades acreditadoras e com padrões parecidos, tiveram início nos EUA, país pioneiro em Acreditação, por volta dos anos 50.

Nos Estados Unidos, o processo de acreditação teve origem de iniciativas de uma equipa de médicos, que desenvolveram um sistema de padronização hospitalar baseado na avaliação do resultado, por meio do qual se verificava a efetividade do tratamento médico e a adoção de padrões oficiais para a prestação de cuidados de saúde que passou a ser conhecido, genericamente, como Padrão Mínimo (Antunes, 2002, p. 24).

O “Padrão Mínimo” foi o iniciador do processo de acreditação nos EUA com as várias entidades representativas do setor da saúde que formaram a JCAH (*Joint Commission on Accreditation of Hospitals*)

Já a International Organization for *Standardization* foi criada para fornecer um modelo de atendimento baseado em padrões *standardizados* que transmitisse confiança e segurança aos clientes nas diversas práticas intrínsecas ao sistema de saúde, sejam eles hospitais, ambulatorios, clínicas, unidades de saúde, entre outros.

O manual desenvolvido foi dividido em onze capítulos, que dão ênfase as funções mais importantes, comuns e relevantes nas organizações hospitalares.

Estas funções estão dentro dos dois grupos principais relacionados a todo e qualquer cuidado de saúde:

Os cuidados prestados aos clientes e a organização com os seus profissionais (JCI/CBA 2011).

Quanto aos cuidados prestados aos clientes valoriza-se: O Acesso e Continuidade do Cuidado, Direitos dos Doentes e Familiares, a avaliação do cliente quanto a satisfação, Educação (Literacia) dos Doentes e Familiares.

Quanto a organização e profissionais: Melhoria da Qualidade e Segurança do Doente, Prevenção e Controle de Infecções, Liderança e Direção, Educação e Qualificação dos Profissionais de Saúde, Sistemas de Informação.

As exigências para acreditação estão relacionadas aos cuidados dos profissionais e exercício das suas atividades e as características básicas para a prestação da assistência médico-hospitalar.

Além de todos os padrões que justificam a qualidade dos serviços prestados, a competitividade existente atualmente, faz com que as Organizações busquem constantemente inovações para adquirirem o grau máximo de excelência.

Sendo a acreditação hospitalar um modelo considerável de inovação, é preciso ter conhecimento dos cinco conceitos básicos que alicerçam a inovação: Ideias, Resultados, Pessoas, Transações e Contextos.

Motivar e orientar as pessoas a desenvolverem e implementarem ideias novas, baseando-se em transações ou relacionamentos com outras pessoas, e ao mesmo tempo fazer as adaptações necessárias para alcançar os resultados desejados dentro de qualquer contexto organizacional.

Este trabalho foi estruturado em sete partes:

A primeira parte disserta sobre:

A unidade prestadora de cuidados de saúde: Sua história, sua visão, missão e valores, a estrutura do hospital e o modelo organizacional, resumo de atividade 2015-2017, recursos humanos, e os seus Centros de Referência.

A segunda parte disserta sobre:

A Qualidade no Sistema Nacional de Saúde Português. O conceito de “Qualidade”. Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020.

A terceira parte disserta sobre:

Certificação e Acreditação: Que valor acrescenta a Instituição? Que valor acrescenta ao Doente? Que valor acrescenta aos profissionais de saúde? Quais os modelos existentes no Sistema Nacional de Saúde?

A quarta parte disserta sobre:

Centros de Referência. O que são? Enquadramento histórico. Centros de Referência em Portugal, como são e quais são os Centros de Referência reconhecidos. Os Centros de Referência do Hospital Beatriz Ângelo

A quinta parte disserta sobre:

O **Modelo de Acreditação** das Unidades de Saúde definido pela DGS (ACSA – *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía*). Razões pela Opção deste modelo e as suas bases. A estrutura do Manual de *Standards*. Níveis de Acreditação. Modelo de avaliação. Plataforma @credita.

A sexta parte disserta sobre:

Elaboração do processo assistencial integrado com roteiro e circuito do doente, de forma a responder o despacho 8402 – O/2015 e o despacho 8402-P/2015 para garantir o reconhecimento como Centro de Referência na área de Oncologia de adultos, Cancro do Reto e Cancro Hepatobilio/Pancreático.

A sétima e última parte disserta sobre:

Duração, orientação e descrição do estágio (atividade desenvolvida).

Por fim, conclusão, bibliografia e **anexos** (Roteiro do Doente, Guia Informativo, Circuito do Doente, Agenda de Avaliação HBA_5 e 6_Julho)

PARTE I - Unidade prestadora de Cuidados de Saúde – Hospital Beatriz Ângelo

1.1 História do HBA

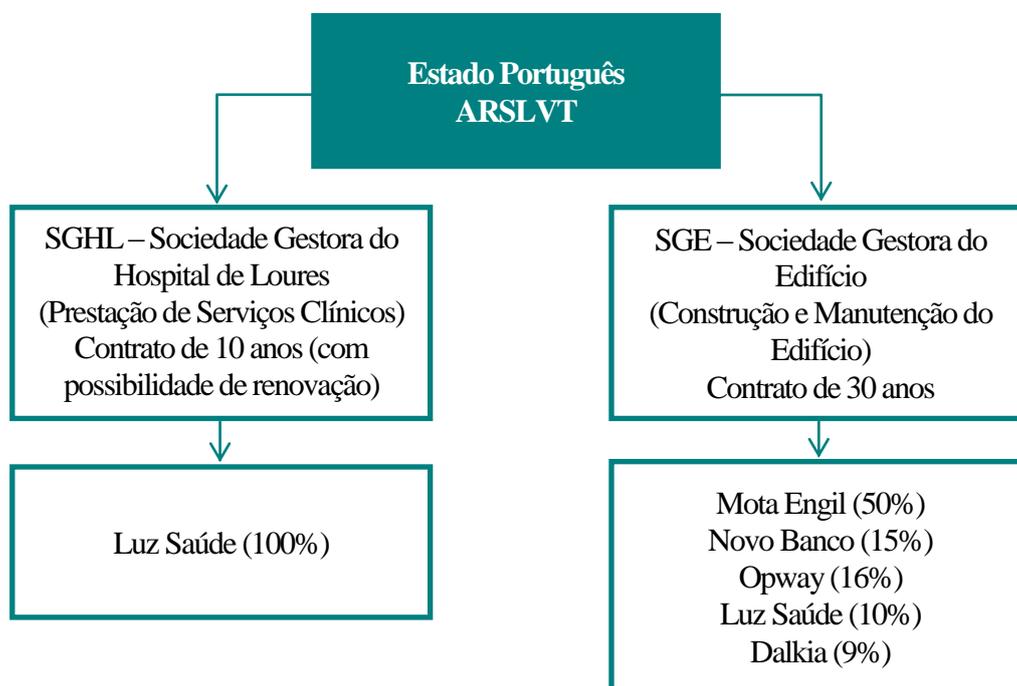
O Hospital Beatriz Ângelo é um hospital público e está integrado no SNS. A sua abertura foi faseada e teve início no dia 19 de janeiro de 2012, inicialmente com o Serviço de Consultas Externas e concluído a 27 de fevereiro de 2012 com a abertura do Serviço de Urgência Geral.

Este hospital constitui um marco fundamental para a requalificação da oferta em cuidados de saúde na região de Lisboa e Vale do Tejo. Está localizado na Quinta da Caldeira em Loures e inicialmente tinha como referência atender uma população de cerca de 278.000 habitantes, residentes nos Concelhos de Mafra, Loures, Sobral de Monte Agraço e Odivelas.

Entretanto na apresentação interna do hospital, a área de influência do HBA está estimada atualmente em 286.000 habitantes.

É o projeto de um contrato de parceria entre o Estado Português, a SGHL – Sociedade Gestora do Hospital de Loures, SA e a HL – Sociedade Gestora do Edifício, SA.

Tabela 1 Hospital Beatriz Ângelo - A unidade PPP do Grupo Luz Saúde



1.2.1. Visão

A visão do Hospital Beatriz Ângelo é ser um operador de referência na prestação de cuidados de saúde, pela prática de uma medicina de elevada qualidade e pela excelência na coordenação e integração com os vários níveis de cuidados

1.2.2. Missão

Prestar cuidados de saúde à população da sua área de influência, no respeito absoluto pela individualidade e necessidades dos doentes, e baseados em princípios de eficácia, qualidade e eficiência; contribuir para o desenvolvimento da investigação e para a formação de profissionais na sua área de atividade.

1.2.3. Valores

A cultura dos colaboradores do Grupo Luz Saúde e por isso do HBA, baseia-se em oito valores fundamentais:

Procura incansável de resultados, Rigor intelectual, Aprendizagem constante, Responsabilidade pessoal, Respeito e humildade, Atitude positiva, Integridade, Espírito de Equipa.

1.2 Estrutura do Hospital

Tabela 2 Construção

Construção	
Terreno	166.000 m ²
Área Total de Construção	63.000 m ²
Área de Implantação	19.000 m ²
Pisos acima do Solo	5
Pisos abaixo do Solo	1
Lugares de Estacionamento	1.262
Públicos	1019

Tabela 3 Perfil Assistencial do Hospital - Valências

Especialidades Médicas	Especialidades Cirúrgicas	Diagnóstico e Terapêutica
Cardiologia	Anestesiologia	Anatomia Patológica
Doenças Infeciosas	Angiologia	Imuno-hemoterapia
Endocrinologia	Cirurgia Vascular	MFR
Imuno-Alergologia	Cirurgia Geral	Medicina Nuclear (Inclui PET)
Medicina Interna	Cirurgia Plástica e Reconstructiva	Patologia Clínica
Nefrologia	Dermato-venerologia	Radiodiagnóstico
Oncologia Médica	Gastrenterologia	TAC
Pediatria	Obstetrícia / Ginecologia	Ressonância Magnética
Pneumologia	Oftalmologia	Ecografia
Psiquiatria	Ortopedia e Traumatologia	Litotricia
Psiquiatria Infância Adolescência	Otorrinolaringologia	
Reumatologia	Urologia	

Tabela 4 Dimensão

Dimensão	
Internamento	418 Camas
Consultas Externas	44 Gabinetes + 23 Salas Exames
Cirurgias	8 Salas de Bloco Operatório + 1 Sala de Urgência
Maternidade	5 Salas de Parto + 2 Salas de Operações
Hospital de Dia	93 Postos Médicos = Oncologia / Diálise / Pediátrico/Psiquiátrico
Urgências	Geral (Médico Cirúrgica) / Ginecologia / Obstetrícia / Pediatria

Tabela 5 Modelo Organizativo

Modelo Organizativo	
Direção Clínica	Departamento de Medicina
	Departamento de Cirurgia
	Departamento de Oncologia
	Departamento de Pediatria
	Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental
	Departamento de Imagiologia
	Serviço Medicina Nuclear
	Serviço de Patologia Clínica
	Serviço Anatomia Patológica
	Serviço de MFR
Direção de Enfermagem (Coordenação dos Programas Transversais)	Serviço de Medicina Transfusional
	Coordenação Atividades Cirúrgicas
	Coordenação Mulher e Recém-nascido
	Coordenação Internamento
Direção de Operações	Coordenação Ambulatório e Urgência
	Centro de Gestão I
	Centro de Gestão II
	Centro de Gestão III
	Centro de Gestão IV
Direção Executiva	Direção Clínica
	Direção de Enfermagem
	Direção de Operações
	Direção de Logística
	Direção de Infraestruturas Manutenção e Equipamento
	Direção Administrativa e Financeira
	Direção Qualidade, Organização e Processo

Tabela 6 Atividade

	2015	2016	2017 (1ºSemestre)
Internamento			
Cirúrgico	6.405	6.053	3.309
Médico	14.375	14.133	7.125
Ambulatório			
Cirúrgico	8.435	8.204	3.720
Médico	13.650	14.523	6.611
Urgência			
Não Urgente	108.928	113.269	54.884
Urgente	91.430	94.556	46.760
Consultas			
Primeiras	103.399	93.697	44.040
Subsequentes	212.862	189.645	100.892
Hospital de Dia			
Psiquiátricas	5.002	5.001	2.783
Médicas	8.549	8.556	5.304

Tabela 7 Recursos Humanos

Recursos Humanos		
Profissionais	Pessoas	FTE
Auxiliar de Ação Médica	382	382
Administração e Gestão	20	20
Enfermeiros	609	528
Médicos	565	447
Serviços Administrativos	243	242
Serviço de Manutenção e Serviços Gerais	34	34
Técnicos de Saúde	148	136
Total		1789

1.3 Centros de Referência

O HBA tem dois Centros de Referência para a área de Oncologia de Adultos:

Cancro Hepatobiliar/Pancreático e Cancro do Reto, e por isso terá de acreditá-los.



17 de setembro de 2015

PARTE II – A Qualidade no Sistema Nacional de Saúde Português

2.1 O Conceito de Qualidade

De um modo bem genérico, podemos classificar Qualidade como: Confiança, rapidez/interesse/atenção, cordialidade/cuidado, empatia e clareza/acessibilidade.

A confiança vai definitivamente fidelizar o cliente, entretanto, a rapidez, interesse pelo cliente, a atenção dispensada, bem como o cuidado e cordialidade que envolve conhecimento e habilidade dos colaboradores interagirem com os clientes, a empatia que podemos designar como “sintonia com o cliente” e não menos importante, a clareza dos serviços prestados e o acesso facilitado, formam o conjunto de fatores para que um serviço seja reconhecido como “um serviço de qualidade”.

Instalações e equipamentos de ponta também contam, mas, na saúde, o fator humano é muito mais importante para um cliente (doente/utente) reconhecer um serviço como referência do que qualquer outro ponto.

As unidades de saúde nos dias de hoje, vêm cada vez mais reforçando os seus serviços relacionados com a qualidade, incluindo departamentos específicos para monitorização destas instituições, com gestores e técnicos de gestão na área da qualidade.

No HBA, as principais funções atribuídas a estes profissionais são:

- Acompanhamento e controlo dos indicadores de desempenho contratuais;
- Participação e/ou elaboração dos reportes periódicos enviado à Entidade Pública Contratante no âmbito do Contrato de Gestão;
- Calcular indicadores de atividades e parâmetros de desempenho;
- Participação e/ou elaboração das análises económico-financeiras;
- Participação e/ou elaboração do orçamento do hospital;
- Elaboração e/ou participação de auditorias internas;
- Participação nos grupos de trabalho transversais e funcionais;
- Articulação com a Direção de Organização e Processos (DOP) e Direção de Acreditação e Certificação da Qualidade (DACQ) no âmbito dos processos de acreditação e certificação;
- Preparação e acompanhamento das auditorias internas e externas no âmbito dos processos de acreditação e certificação;

- Preparação da informação de reporte e monitorização dos indicadores do Sistema de Avaliação Nacional em Saúde (SINAS).

2.2 *Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020.*

Missão

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 reforça os princípios da Estratégia Nacional 2009-2014 e deve garantir e assegurar que as funções de governação, coordenação e ação local, centradas no doente, estão alinhadas pelo mesmo modelo.

A Estratégia 2015-2020 está aprovada pelo Despacho 5613/2015 e o Despacho 5739/2015 determina que todos os indicadores da qualidade das entidades do Serviço Nacional de Saúde devem ser divulgados trimestralmente.

Tem assim como principal missão reconhecer e potenciar a qualidade e a segurança da prestação de cuidados de saúde, garantindo os direitos dos cidadãos na sua relação com o sistema de saúde.

Prioridades Estratégicas e Ações

Prioridades	Ações
Melhoria da Qualidade Clínica e Organizacional	<ul style="list-style-type: none">■ Reduzir a variedade da prática clínica, seguindo normas clínicas nacionais e implementar boas prática.■ Verificar a assegurar a qualidade das prescrições de tratamento, medicamento e MCDTs.■ Aumentar a integração entre as várias entidades prestadoras de cuidados de saúde, entre elas, cuidados continuados e paliativos.■ Auditar regularmente os critérios de qualidade e segurança que são implementados.■ Alinhar os incentivos financeiros com o cumprimento de indicadores.■ Implementar boas práticas e divulgar■ Criar formas de melhoria contínua da qualidade.■ Incentivar a Investigação Clínica como instrumento de melhoria da qualidade assistencial e institucional.
Aumento da adesão a normas de orientação clínica	<ul style="list-style-type: none">■ Aumentar a reflexão nas práticas clínicas, através de auditorias internas e avaliação do resultado a nível nacional.■ Verificar se as aplicações das normas clínicas estão em conformidade através de auditorias externas.

Reforço da Segurança dos Doentes

- Implementar os objetivos estratégicos do Plano Nacional de Segurança do Doente.
- Reforçar e melhorar os mecanismos de resposta e de reporte de eventos adversos/quedas/acidentes com os doentes.

Monitorização permanente da qualidade e segurança

- Avaliar a qualidade clínica, da organização e da segurança do doente através de indicadores específicos.
- Escutar a opinião do cidadão no que diz respeito a qualidade e o sistema de saúde

Reconhecimento da qualidade das unidades de saúde

- Auditar, certificar e propor acreditação da qualidade da prestação de cuidados de saúde de cuidados primários, hospitalares, continuados, etc.

Informação transparente ao cidadão e aumento da sua capacitação

- Divulgar informação sobre os indicadores da qualidade.
- Promover a educação e literacia em saúde dos cidadãos.
- Promover o uso adequado das reclamações para melhoria do sistema.

(Fonte – Site DGS)

Destinatários

Tem como principal destinatário o cidadão que é o principal cliente, utilizador e proprietário do Serviço Nacional de Saúde. Destina-se também a todos os profissionais de saúde em geral, desde gestão aos operacionais. Sendo transversal dentro das Unidades de Saúde, é uma ferramenta que pretende responsabilizar e distinguir as melhores práticas.

PARTE III - Certificação e Acreditação:

Acreditação

É um processo que atribui excelência no que diz respeito as práticas clínica e de gestão de uma Instituição de Saúde. Por norma, não é um caminho obrigatório, mas as Entidades utilizam essa qualificação para comprovar a qualidade nos serviços prestados, atendendo aos requisitos recomendados pelos documentos ou manuais técnicos elaborados pelas empresas acreditadoras. (Exemplo JCI/ACSA)

Certificação

A certificação também é um processo de reconhecimento da qualidade dos serviços, porém é voltada especificamente para determinada atividade, garantindo as necessidades básicas de funcionamento, da melhor forma possível, conforme os recursos disponíveis. Assim é possível conseguir certificado, por exemplo, de boas práticas clínicas, de atendimento ao cliente, de um serviço específico (CR).

3.1 Que valor acrescenta a Instituição? Mudanças organizacionais e nas práticas da prestação de serviços de saúde

Há concordância de opiniões entre os vários profissionais desta área, sejam médicos, enfermeiros, gestores ou administradores, que a acreditação promove mudanças organizacionais, como:

- Mudança na Gestão dos processos
- Mudança nas práticas de segurança
- Mudança no comportamento dos profissionais.

Nomeadamente, estudos buscaram avaliar os impactos da acreditação nas práticas clínicas. Sekimoto et al. (2008) indicam que a acreditação afeta positivamente a introdução de programas de controlo de infeção em hospitais japoneses. Devers et al. (2004) identificaram uma redução significativa no número de erros médicos em hospitais americanos acreditados pela JCI (Joint Commission).

Para se adequar e responder aos *standards* preconizados pelas entidades acreditadoras, os hospitais são “obrigados” a rever os seus processos e métodos de trabalho para se enquadrarem no padrão de qualidade exigido.

Shaw et al. (2010) encontram evidências de que os Unidades de Saúde acreditadas ou certificadas pela ISO 9001, mostram melhores desempenhos a nível de gestão, controlo de riscos, incluindo quedas e infeções hospitalares e maior satisfação dos clientes em comparação às Unidades não acreditadas.

Porem, é preciso salientar que todo este esforço de estruturação pode gerar um peso significativo e muito maior de trabalho, tanto em termos administrativos quanto operacionais, o que pode se tornar um problema e fonte de grande resistência à acreditação.

Há também a percepção de que a acreditação traz melhorias nos indicadores de qualidade e desempenho, mas não há comprovação científica neste sentido.

Por último, a avaliação do impacto financeiro da acreditação nas Entidades, ainda é um ponto indefinido. Há complexidade para se medir economicamente os resultados alcançados, já que os avanços na assistência aos clientes e de eficiência nos processos nem sempre podem ser associados diretamente à acreditação. Há a necessidade de mais estudos sobre a avaliação econômica da acreditação (Greenfield & Braithwaite, 2008; Mumford et al., 2013).

3.2 Que valor acrescenta ao Doente? Impacto na satisfação dos clientes e no reconhecimento público ou da comunidade.

O processo de acreditação de uma Unidade de Saúde (hospitais) tem um impacto direto e positivo no cliente, uma vez que os profissionais e a liderança da entidade estão alinhadas num único foco: tratar o doente certo, no momento certo, para a patologia certa. A qualidade traduz-se de várias formas: como o cliente é atendido; como o cliente é identificado para a realização de meios complementares de diagnóstico; como são administrados os medicamentos pelos profissionais; como procedemos na realização de determinados procedimentos cirúrgicos; como minimizamos a incidência de infeções hospitalares, entre outros.

Cabe a cada uma das unidades de saúde acreditadas direcionar de forma correta a informação que pretende que o cliente perceba sobre a mesma. As opiniões dividem-se quanto às vantagens e desvantagens dos sistemas de acreditação. Há estudos que não associam a acreditação como melhoria direta da qualidade de assistência. Estudos concluem que a acreditação é um passo importante na gestão da qualidade, mas não é diretamente percebida pelos pacientes. Portanto, este tema necessita de mais investigações.

3.3 Que valor acrescenta aos profissionais de saúde? Impacto no comportamento dos profissionais de saúde.

Para a implementação da acreditação nas Unidades de Saúde é necessário o envolvimento das várias categorias profissionais (Administração/Gestão, Médicos, Enfermeiros, Auxiliares e Administrativos).

É possível verificar que a acreditação é bem aceite e implementada com sucesso pelo nível de motivação dos trabalhadores, ao mesmo tempo que ela influencia o ambiente de trabalho desses profissionais.

Tem-se observado envolvimento e ao mesmo tempo resistência por parte dos profissionais de saúde em relação a acreditação.

Os administradores e gestores das Unidades de Saúde são os maiores responsáveis por estabelecer os objetivos e propósitos da organização, e no que diz respeito a acreditação o seu envolvimento direto serve como exemplo aos demais profissionais de saúde da organização.

A participação ativa dos profissionais de enfermagem é considerável nos processos de acreditação. Este profissional, assume funções técnicas e de gestão, desempenhando uma posição-chave na acreditação. Por

outro lado, a resistência dos médicos em se envolver ativamente nos processos de acreditação tem sido abordada por diferentes pesquisas (Ovretveit, 1996; Mezomo, 2001; Manzo, 2009).

Um ponto comum em relação aos resultados da acreditação nas Unidades de Saúde é que colabora para o aumento da qualificação dos profissionais de saúde.

A acreditação fomenta a realização de formações a nível do treinamento e da educação sobre as várias vertentes de saúde, o que contribui para a maior capacitação dos profissionais e do aprendizado constante e reciclagem o que é muito importante nesta área.

As percepções e atitudes dos profissionais de saúde em relação a acreditação são adversas, quanto aos clientes internos (próprios profissionais). Há pesquisas que revelam contribuir para o aumento da satisfação dos profissionais de saúde, uma vez que as visões positivas associam a acreditação como uma estratégia eficaz para a qualidade e melhoria do desempenho organizacional. Já as visões negativas associam a acreditação ao excesso de processos e altos custos de implementação.

3.4 Quais os modelos existentes no Sistema Nacional de Saúde?

Serviço Nacional de Saúde – Estrutura através do qual o Estado Português assegura a saúde (promoção, prevenção e vigilância)

Sistema Nacional de Saúde – Conjunto Ordenado e hierarquizado de instituições e de Serviços Oficiais prestadores de Cuidados de Saúde. Funciona sob a tutela do Ministério da Saúde (Fonte Estatuto do SNS, 1993)

A estratégia da qualidade desenvolvida pelo SNS, tem como objetivo principal, a melhoria contínua de cuidados de saúde aos cidadãos, promovendo sempre a qualidade como fator básico.

Neste âmbito, a acreditação é uma metodologia de trabalho que favorece e impulsiona os processos de melhoria contínua.

O primeiro modelo de acreditação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), em 1999 foi da responsabilidade do Instituto da Qualidade em Saúde (IQS), foi implementado o modelo inglês conhecido por King's Fund – É um Think tank ("Fábrica de Ideias" / "Círculo de Reflexão) independente na Inglaterra, que está envolvido com trabalhos ligados ao sistema de saúde na Inglaterra) hoje CHKS (Caspé Healthcare Knowledge Systems – Conhecimento dos Sistemas dos Cuidados de Saúde).

A Unidade de Missão dos Hospitais S.A., entretanto resolveu adotar um outro modelo e começou a implementar o modelo americano da JCI (Joint Commission International).

Por alguns anos foi utilizado dois modelos de acreditação distintos, embora focassem aspetos semelhantes da qualidade e segurança.

Notou-se grande progresso e mudanças importantes relacionados a melhoria da qualidade e segurança do utente.

No entanto estes sistemas de acreditação estavam mais voltados para os grandes centros hospitalares, não abrangendo outras tipologias de cuidados de saúde, nomeadamente os cuidados primários e cuidados continuados.

Estas unidades de saúde continuavam com grandes atrasos relacionados a qualidade e a existência de vários programas de acreditação pouco adaptados a grande maioria das unidades de saúde portuguesas não geraram o melhor resultado.

Em 2009, portaria 155/2009, o Departamento de Qualidade na Saúde (DQS) substituiu o anterior IQS (Instituto de Qualidade na Saúde).

Em junho do mesmo ano é publicado em Diário da República o Despacho que aprova a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (Despacho nº 14223/2009), que determina: “o Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde deve criar um programa nacional de acreditação em saúde baseado em um modelo de acreditação sustentável e adaptável às características do Sistema de Saúde Português.”

Foi então adotado e adaptado para Portugal, o modelo ACSA, que passou a ser o modelo oficial e nacional de acreditação de Unidades de Saúde do Sistema Nacional de Saúde e como principal referência para as Unidades de Saúde do SNS.

PARTE IV- Centros de Referência

4.1 O que são os Centros de Referência

O conceito de “Centro de Referência” tem vindo a ser usado por um conjunto de textos modelo sem que tenha ocorrido, no entanto, uma reflexão profunda e conclusiva sobre o seu significado e implicações para a organização do sistema de saúde.

Este conceito acolheu prioridade para o Governo em 2013, nomeadamente no domínio da Saúde, sendo identificado claramente no relatório do Grupo Técnico da Reforma Hospitalar como uma prioridade estratégica e essencial para a modernização e consolidação da especialização e defesa da qualidade das unidades hospitalares prestadoras de cuidados de saúde.

Assumindo o Governo esta prioridade foi constituído um Grupo de Trabalho, através do Despacho do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde n.º4319/2013, de 15 de março, publicado no Diário da República, II Série, n.º59, de 25 de março, para proceder à definição do conceito de centro de referência, estabelecer os critérios de identificação e reconhecimento dos centros de referência pelo Ministério da Saúde, propor o modelo de implementação e financiamento, e conceção da forma de integração nas Redes Hospitalar Portuguesa e de Referência Europeia.

Portugal procedeu ao desenvolvimento deste processo de criação e reconhecimento de centros de referência, sob pena de ficar afastado das futuras Redes Europeias de Referência, com isolamento do seu sistema de saúde e perda de prestígio e competitividade face aos sistemas de saúde dos restantes Estados-Membros, assumindo-se, somente, como exportador de situações clínicas complexas, ao invés de se

constituir, igualmente, como um polo de atração de doentes do espaço europeu em áreas específicas de elevada especialização.

(Fonte: Site Serviço Nacional de Saúde /Centros de Referência)

Enquadramento histórico - CR nos Estados Membros

O relatório “*O Sector da Saúde: Da Racionalização à Excelência*”, elaborado pela Porto Business School para o Health Cluster Portugal, relata que Portugal deve confrontar as empresas e instituições com o mesmo nível de exigência que enfrentam no exterior e não desenvolver uma perceção internacional de que o setor da saúde português apresenta padrões de custo-qualidade competitivos a nível internacional, caso contrário não terá um setor competitivo internacionalmente.

(Fonte: healtportugal.com - Porto Business School)

As Grandes Opções do Plano para 2012-2015 do Orçamento de Estado, entre outros, aconselharam o aprofundamento da cooperação na área da saúde com a União Europeia, a fim de criar condições para a aplicação da Diretiva sobre a aplicação dos direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços.

A Diretiva estabelece que a Comissão Europeia deve apoiar o desenvolvimento de RER e de CR nos Estados-Membros. Por outro lado, compete à Comissão Europeia a adoção de uma lista de critérios que as redes devem cumprir, bem como as condições e os critérios que os CR nacionais, que desejam aderir ao RER, devem preencher.

Assim, competirá à Comissão Europeia definir o modelo de governação das RER, que poderão vir a ter diferentes arquiteturas e relações internas, bem como os seus elementos estruturais, de modo a que venham a ser governadas através de adequadas estruturas técnicas e de coordenação, transparentes, efetivas e eficazes.

Independentemente deste processo europeu, é vantajoso que o país seja dotado de CR em áreas específicas de prestação de cuidados de saúde. Desta forma, e no respeito pela autonomia na gestão do seu sistema de saúde, compete a Portugal definir os seus próprios critérios para a identificação e reconhecimento oficial dos CR nacionais, para que venham ou não integrar as RER. Para que estes CR possam vir a ser, igualmente, reconhecidos como tal a nível europeu e integrar futuras RER, devem os critérios constantes na legislação nacional ser coerentes com os critérios e condições que estão a ser definidos oficialmente pela Comissão a nível europeu.

Atualmente a maioria dos Estados-Membros encontram-se a diferentes estágios no processo de desenvolvimento interno de identificação e reconhecimento de CR, segue alguns exemplos:

(Fonte: Relatório Final – Centros de Referência – Governo de Portugal)

Alemanha

As doenças diagnosticadas e tratadas em centros altamente especializados são doenças oncológicas, hipertensão pulmonar, hemofilia, tuberculose, esclerose múltipla, insuficiência cardíaca grave, SIDA, reumatismo, doença de Wilson e síndrome de Marfan.

Neste país, para um hospital se candidatar a CT especializado numa destas doenças, tem de preencher um conjunto de critérios que são revistos de dois em dois anos. Além disso, são utilizados outros instrumentos para garantir a qualidade da prestação de cuidados altamente especializados, nomeadamente, através da certificação e acreditação dos serviços.

A Alemanha tem, ainda, vindo a desenvolver, desde 1990, redes de competência e centros de investigação, existindo 17 redes em depressão, esquizofrenia, doença de Parkinson, acidente vascular cerebral, leucemia, linfomas malignos, hematologia pediátrica, doenças reumáticas, hepatite, HIV e cardiopatias congénitas.

Bélgica

Os cuidados clínicos que exigem uma especial concentração de equipamento e de conhecimento e experiência na Bélgica têm sido prestados em hospitais universitários ou de grande dimensão.

Atualmente, o conceito de CR está associado ao tratamento de doenças raras e doenças crónicas. Estes centros são selecionados através de candidaturas espontâneas, com base em critérios estabelecidos e adotados por especialistas. Tais critérios incluem a abordagem multidisciplinar, a perícia dos membros da equipa clínica, o número de doentes tratados e monitorizados, bem como a distribuição geográfica e trabalho em rede com os prestadores locais. Não existem, no entanto, critérios nacionais uniformizados para selecionar o tipo de patologias que são alocadas a estes centros.

Para além de oito centros especializados em genética humana, existem seis centros multidisciplinares especializados em doenças neuromusculares, quatro em epilepsia refratária, etc.

Espanha

Em Espanha, a Lei n.º 16/2003, de 28 de maio, estabelece a base jurídica para a constituição de CR em áreas a definir. Esta legislação estabelece o quadro legal e as regras de coordenação e cooperação entre as autoridades públicas de saúde e os CR que exigem a centralização de casos num pequeno número de centros para assegurar uma melhor gestão, garantir a equidade no acesso e a qualidade de cuidados especializados, seguros e eficientes. A criação efetiva de CR em Espanha está regulamentada pelo Real Decreto nº 1302/2006, de 10 de novembro, que estabelece as bases do procedimento para a designação e acreditação de CR para diagnóstico e tratamento de patologias ou grupos de patologias raras e desenvolvimento de técnicas específicas. A metodologia de reconhecimento destes centros baseia-se na identificação das necessidades, estimativa de custos para cada doença e publicação anual dos CR reconhecidos, por patologia. Existe um comité no Conselho Interterritorial do Sistema de Saúde Nacional que estuda as necessidades e propõe as doenças elegíveis bem como as condições técnicas para a criação de um CR, definindo o número adequado de centros e a sua localização estratégica. São critérios para o reconhecimento oficial destes centros, a demonstração de perícia, casuística e experiência na gestão da doença, recursos humanos, técnicos e infraestruturas tecnológicas associadas ao processo em causa, e existência de um sistema da qualidade e segurança do doente. Existem, atualmente, 177 CR.

No quadro seguinte estão os aspetos comuns mais relevantes quanto ao desenvolvimento de CR entre alguns Estados-Membros para os quais existe informação disponível.

Tabela 8 – Aspetos Comuns entre os Estados Membros

Aspetos Comuns entre Estados-Membros							
Estado Membro	Centros de referência reconhecidos oficialmente pelo estado-membro	Centros de referência para doenças raras	Centros de Referência para Doenças Específicas				
			Doenças Pulmonares	Doenças Oncológicas	Transplantação	Doenças Neurológicas	Doenças cardiovasculares
Alemanha	x		x	x		x	x
Bélgica	x		x			x	
Dinamarca	X						
Eslovénia		x		x	x		
Espanha	x		x	x	x	x	x
Estónia				x			
Finlândia		x			x		
França	x	x	x	x		x	x
Letónia							
Lituânia			x				
Grécia	x						
Holanda	x	x					
Hungria	x	x					
Itália	x	x			x		
Malta							
Polónia	x		x	x	x	x	x
Reino Unido	x	x		x	x		x

República- Checa	x		x	x			
Roménia	x	x		x	x		
Suécia	x	x		x	x		x

Fonte: Adapted de European Observatory on Health Systems and Policies (2013).

Considerou-se que havia reconhecimento oficial, quando existe legislação nacional e centros aprovados de acordo com essa legislação. Todos os outros são centros especializados, mas não são formalmente reconhecidos com CR nacionais.

Centro de Referência em Portugal

À semelhança do que vem ocorrendo em grande parte dos países europeus, importa, agora, transpor para o contexto nacional, aos mais variados níveis (em especial organizativos, funcionais e de financiamento), um conjunto de definições, que estabeleçam a base de constituição e o modelo de implementação e desenvolvimento dos CR nacionais.

No Programa Nacional para a Saúde Os Centros de Referência estão entre as áreas de intervenção, que estabelece como prioridades, melhorar a governação do Serviço Nacional de Saúde, através de um melhor planeamento de recursos, introduzindo incentivos à melhoria da qualidade e da eficiência dos serviços.

Como requisito geral, um CR reconhecido oficialmente pela autoridade competente do seu país poderá manifestar o seu compromisso, junto da Comissão Europeia, de participar, apoiar e acompanhar as atividades e os procedimentos de trabalho da RER à qual se pretende candidatar a integrar, em conformidade com as condições, critérios e procedimentos dessa RER.

Os Centros de Referência devem obedecer critérios e condições essenciais:

- i) A coparticipação esclarecida dos doentes;
- ii) A prestação de cuidados centrados nos cidadãos;
- iii) A organização e gestão eficientes;
- iv) A capacidade de investigação e formação;
- v) A troca de competência e experiência;
- vi) Sistemas de informação de preferência interoperáveis;
- vii) As ferramentas de e-health; (*Promoção da Saúde*)
- viii) As boas práticas;
- ix) A segurança do doente;
- x) A avaliação de resultados

Nesta conformidade, para efeito de identificação de CR devem ser cumpridos, cumulativamente, os critérios gerais que constam nos quadros abaixo:

Quadro 1 - Critérios Gerais relacionados com a corresponsabilização e com os cuidados centrados nos doentes.

Critérios Gerais relacionados com a corresponsabilização e com os cuidados centrados nos doentes

Prestar cuidados altamente especializados, de elevada qualidade, com segurança e centrados no doente

Garantir a privacidade dos doentes

Garantir aos doentes os direitos ao consentimento informado e à informação referente ao seu estado de saúde/doença

Garantir a corresponsabilização esclarecida dos doentes

Garantir a totalidade dos cuidados de saúde para a patologia/ procedimento em questão, numa lógica de visão integrada da doença

Quadro 2 - Critérios Gerais relacionados com qualidade, segurança e boas práticas.

Critérios Gerais relacionados com qualidade, segurança e boas práticas

Garantir a existência de um sistema de gestão da qualidade, que inclua um programa de segurança dos doentes

Possuir indicadores de processo e de resultados

Garantir mecanismo de transparência sobre informação de resultados, opções de tratamento e padrões da qualidade e de segurança em vigor no Centro

Assegurar a capacidade, os conhecimentos e a perícia para diagnosticar, acompanhar e gerir os doentes com evidência de bons resultados

Medir, ativamente, a experiência dos doentes e garantir relatórios de feedback

Possuir capacidade de *benchmarking* da qualidade e segurança, bem como de divulgação de melhores práticas a nível nacional e internacional

Cumprir regras de proteção de dados pessoais e de acessibilidade a registos médicos e informação clínica, em conformidade com a legislação nacional e as disposições da União Europeia sobre a matéria

Quadro 3 - Critérios Gerais relacionados com a organização e gestão.

Critérios Gerais relacionados com a organização e gestão

Garantir a existência de registos médicos

Garantir a existência de sistemas de reclamação e o acesso a sistemas de compensação para doentes

Demonstrar evidência de regras e práticas de organização e de gestão, explícitas e transparentes, que incluam procedimentos relacionados com a gestão dos doentes transfronteiriços na sua área de conhecimento e experiência

Possuir capacidade para a prestação de cuidados médicos essenciais em caso de inesperada falha de recursos ou garantia de referenciação a recursos alternativos

Demonstrar capacidade para manter a estabilidade, a capacidade técnica e a perícia do CR, através de plano sustentável de gestão de recursos humanos e de atualização tecnológica

- Possuir plano de continuidade das atividades que garanta a sustentabilidade do CR com horizonte temporal definido
- Garantir a utilização de informação padronizada e de sistemas de codificação reconhecidos a nível nacional e internacional
- Garantir o acesso fácil a outros recursos, unidades e serviços específicos, necessários para a gestão dos doentes, mediante a celebração de acordos com outros serviços ou estruturas que garantam a continuidade de cuidados (e.g. blocos operatórios, unidades de cuidados intensivos)
- Garantir a transparência das tarifas praticadas pelo CR a doentes nacionais e estrangeiros
- Possuir capacidade de comunicação transfronteiriça após a alta do doente
- Demonstrar capacidade para colaborar com outros CR e com RER, quer a nível nacional, quer internacional

Quadro 4 - Critérios gerais relacionados com a capacidade de investigação e formação.

Critérios Gerais relacionados com a capacidade de investigação e formação

- Demonstrar capacidade de ensino e formação, incluindo à distância, aos níveis académico e especializado, na área de competência e experiência
- Possuir capacidade de investigação na área de perícia
- Demonstrar experiência comprovada em investigação colaborativa e participação em redes de investigação europeias ou internacionais

Quadro 5 - Critérios gerais relacionados com sistemas de informação.

Critérios Gerais relacionados com sistemas de informação

- Demonstrar capacidade para facilitar a mobilidade nacional e internacional da perícia, física ou virtualmente, através de um sistema de informação e ferramentas de e-health, nomeadamente através da telemedicina
- Demonstrar o uso das melhores tecnologias e dos melhores tratamentos, na sua área de competência e experiência, baseados no conhecimento e na evidência

Simultaneamente, os CR devem cumprir, cumulativamente, os seguintes critérios específicos, baseados no conhecimento, evidência e viabilidade em cada área específica de perícia:

- i) Possuir competência, experiência e atividade documentadas;
- ii) Demonstrar a casuística (indicando o número mínimo e ideal, através do estabelecimento de ratio mínimo e ótimo de doentes por ano, de acordo com padrões internacionais);
- iii) Demonstrar bons resultados clínicos, de acordo com a evidência disponível;
- iv) Enumerar o tipo, número, qualificações e competências dos recursos humanos;
- v) Caracterizar os requisitos organizacionais e funcionais;
- vi) Possuir e caracterizar os equipamentos específicos incluindo os de e-health (de modo a ser possível processar, gerir e trocar informação em imagem com outros prestadores externos ao CR);

- vii) Garantir acesso rápido a equipamentos específicos, dentro ou fora do CR (e.g. radioncologia, hemodinâmica);
- viii) Demonstrar evidência de abordagem multidisciplinar.

Apesar de competir a Portugal definir os seus próprios critérios para a identificação e reconhecimento oficial dos CR nacionais para que venham ou não integrar as RER devem os critérios constantes na legislação nacional ser coerentes com os critérios e condições que estão a ser definidos oficialmente pela Comissão a nível europeu.

(Fonte: Relatório Final – Centros de Referência – Governo de Portugal)

A Portaria 194/2014 em Portugal, estabelece o conceito, o processo de identificação, aprovação e reconhecimento dos Centros de Referência Nacionais para a prestação de cuidados de saúde, designadamente para diagnóstico e tratamento de doenças raras.

Artigo 1.º

Objeto

Estabelece o conceito, o processo de identificação, aprovação e reconhecimento dos Centros de Referência Nacionais para a prestação de cuidados de saúde, designadamente para diagnóstico e tratamento de doenças raras.

Artigo 2.º

Centro de Referência

Para efeitos da aplicação da presente portaria entende-se por «Centro de Referência», qualquer serviço, departamento ou unidade de saúde, reconhecido como o expoente mais elevado de competências na prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade em situações clínicas que exigem uma concentração de recursos técnicos e tecnológicos altamente diferenciados, de conhecimento e experiência, devido à baixa prevalência da doença, à complexidade no seu diagnóstico ou tratamento e/ou aos custos elevados da mesma, sendo capaz de conduzir formação pós-graduada e investigação científica nas respetivas áreas médicas.

A identificação e o reconhecimento oficial, a nível nacional, de cada centro de referência devem ser motivados pela necessidade de se concentrar ou centralizar a prestação de cuidados altamente especializados num número limitado de serviços e hospitais e pela vontade de melhorar a experiência clínica e de investigação em diagnósticos e tratamentos específicos.

Artigo 3.º

Objetivos do Centro de Referência

Os Centros de Referência têm como objetivos:

- a) Melhorar a capacidade diagnóstica e de tratamento de várias patologias médicas e cirúrgicas;
- b) Agregar capacidade de resposta sinérgica em torno de entidades nosológicas com afinidades nas suas manifestações e abordagens diagnósticas e terapêuticas;
- c) Maximizar o potencial inovador das ciências médicas e das tecnologias da saúde, conduzindo investigação científica de impacto internacional;
- d) Disponibilizar cuidados de saúde de elevada especialização, traduzidos em melhorias significativas na sua qualidade, custo-efetividade e segurança;
- e) Prestar cuidados de saúde de elevada qualidade, eficientes e acessíveis, aos doentes cuja condição clínica exija uma concentração especial de conhecimentos médicos altamente diferenciados;
- f) Disseminar boas práticas;
- g) Contribuir para a reforma estrutural do sector hospitalar.

Artigo 4.º

Deveres e obrigações do Centro de Referência

1 - Os Centros de Referência devem:

- a) Integrar, na sua constituição, equipas multidisciplinares experientes e altamente qualificadas na sua área de atuação;
- b) Possuir estruturas e equipamentos altamente especializados, que devem estar preferencialmente concentrados;
- c) Garantir que os serviços e cuidados são prestados de acordo com os mais elevados padrões da qualidade, em conformidade com a evidência clínica disponível e com as normas clínicas nacionais em vigor;
- d) Possuir competências nas áreas de ensino, formação, investigação, constituindo-se como agente da inovação, nomeadamente na transferência ao tecido produtivo dos resultados da sua investigação;
- e) Promover os mecanismos necessários para uma articulação eficiente com outras unidades de saúde e outros Centros de Referência.

2 - Constituem obrigações dos Centros de Referência:

- a) Cumprir, pronta e integralmente, os critérios gerais e específicos que estiveram na base do seu reconhecimento;
- b) Divulgar pública e periodicamente os resultados da sua atividade;
- c) Comunicar à Comissão Nacional para os Centros de Referência qualquer alteração ou ocorrência que ponha em causa os pressupostos relativos ao seu reconhecimento;

d) Iniciar, no prazo de um ano, após o seu reconhecimento, o processo de certificação e acreditação da qualidade e segurança da prestação de cuidados, seguindo o modelo de acreditação indicado pela Direção Geral da Saúde.

Artigo 5.º

Funcionamento do Centro de Referência

1 - O funcionamento dos Centros de Referência deve obedecer aos seguintes princípios:

- a) Elevada qualidade;
- b) Acesso referenciado;
- c) Custo-efetividade;
- d) Atuação centrada nos resultados clínicos;
- e) Diminuição do risco clínico e melhoria da segurança dos cuidados;
- f) Transparência de procedimentos e de resultados;
- g) Atividade assistencial integrada com investigação clínica e formação pós-graduada.

2 - Os Centros de Referência podem abranger uma única patologia ou um conjunto de patologias, bem como técnicas ou procedimentos.

Artigo 6.º

Processo de reconhecimento

1 - O processo de reconhecimento dos Centros de Referência obedece às seguintes etapas:

- a) Elaboração, com periodicidade anual, de diagnóstico de situação e das necessidades das áreas de intervenção, patologias, técnicas ou procedimentos de elevada especialização em que devem ser reconhecidos Centros de Referência;
- b) Aprovação, pelo membro do Governo responsável pela área da Saúde, das áreas prioritárias, patologias, técnicas ou procedimentos de elevada especialização em que devem ser reconhecidos Centros de Referência;
- c) Definição com base na evidência científica, dos critérios específicos a que devem obedecer os serviços, unidades, departamentos ou hospitais que pretendam obter o reconhecimento como Centro de Referência;
- d) Processo público, objetivo e transparente de candidatura de serviços, unidades, departamentos ou hospitais à obtenção de reconhecimento como Centro de Referência;
- e) Reconhecimento de Centro de Referência.

2 - O processo de candidatura à obtenção de reconhecimento como Centro de Referência é definido no regulamento em anexo à presente Portaria e que dela faz parte integrante.

Artigo 7.º

Formalização do reconhecimento

1 - O reconhecimento pelo Ministério da Saúde de um Centro de Referência é formalizado por despacho do membro do Governo responsável pela área da Saúde, publicado em Diário da República e é válido por quatro anos.

2 - Os Centros de Referência estão sujeitos a avaliação periódica, por auditoria externa, do cumprimento dos requisitos gerais e específicos que estiveram na base do seu reconhecimento.

3 - O reconhecimento de um Centro de Referência cessa, através de despacho do membro do Governo responsável pela área da Saúde publicado em Diário da República, se tiver deixado de se verificar algum dos critérios que estiveram na base do reconhecimento. <https://dre.pt/application/conteudo/57695124>

No cumprimento do Despacho nº 8182-A/2015, Aviso nº 8402-O/2015 para cancro do reto e o aviso nº 8402-P/2015 para o cancro hepatobilio-pancreático, os Centros de Referência devem, entre outros critérios:

- i) Integrar na sua constituição equipas multidisciplinares experientes e altamente qualificadas na sua área de atuação, bem como possuir estruturas e equipamentos médicos altamente especializados, que devem estar concentrados;
- ii) Garantir que os devidos cuidados de saúde são prestados de acordo com os mais elevados padrões de qualidade, em conformidade com a evidência clínica disponível e as recomendações específicas da comunidade científica;
- iii) Possuir competências nas áreas de ensino/formação e investigação constituindo-se como agentes de inovação.

<https://dre.pt/application/conteudo/69920307> e <https://dre.pt/application/conteudo/69920306>

4.2 Quais são os Centros de Referência Existentes em Portugal

Sob a proposta da Comissão Nacional para os Centros de Referência, foram oficialmente reconhecidos pelo Ministro da Saúde, centros de referência para as seguintes áreas:

-  Cardiologia de Intervenção Estrutural
-  Cardiopatias Congénitas
-  Coagulopatias. Congénitas
-  Doenças Hereditárias do Metabolismo
-  ECMO – oxigenação por membrana extracorporal
-  Epilepsia Refratária
-  Fibrose Quística
-  Implantes Cocleares
-  Neurorradiologia de Intervenção na Doença Cerebrovascular
-  Onco – Oftalmologia (Retinoblastoma e Melanoma Ocular)
-  Oncologia de Adultos – Cancro do Esôfago
-  Oncologia de Adultos – Cancro do Reto
-  Oncologia de Adultos – Cancro do Testículo
-  Oncologia de Adultos – Cancro Hepatobilio-Pancreático
-  Oncologia de Adultos – Sarcomas das Partes Moles e Ósseas
-  Oncologia Pediátrica
-  Paramiloidose Familiar
-  Transplantação Pulmonar
-  Transplantação Renal Pediátrica
-  Transplante do Coração
-  Transplante Hepático



Transplante Pâncreas



Transplante Rim Adultos

Para Consultar a lista de Centros de Referência aprovados aceder a Direção Geral de Saúde através do link <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/centros-de-referencia2.aspx>

4.3 Os Centros de Referência do Hospital Beatriz Ângelo

O Ministério da Saúde atribuiu ao Hospital Beatriz Ângelo (HBA) a qualificação de Centro de Referência para o tratamento do cancro do Reto e do Cancro do Hepatobilio/Pancreático, confirmando assim a qualidade dos cuidados prestados, os resultados obtidos e a competência dos seus profissionais no tratamento destes tumores.

O processo de seleção dos centros de referência para a doença oncológica iniciou-se em 2016, tendo dezenas de hospitais do país apresentado candidaturas nas diversas áreas desta patologia.

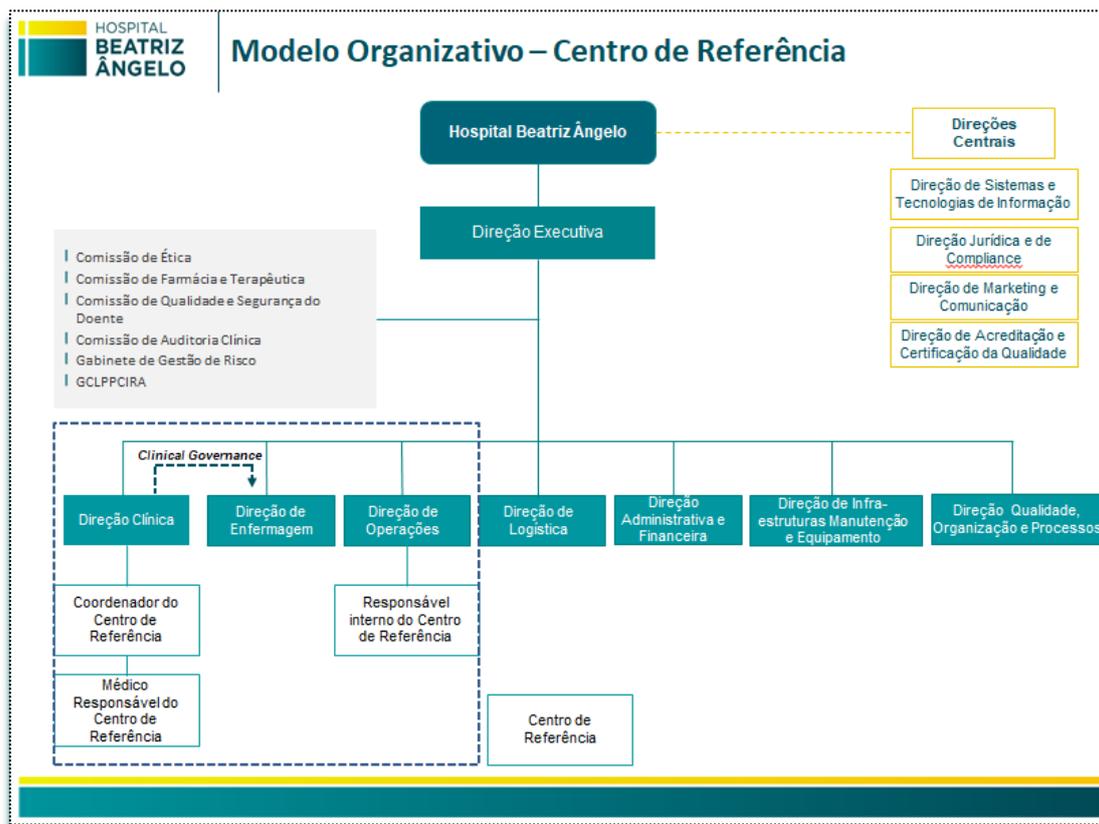
Após a primeira fase de escolha, o Ministério da Saúde reconheceu o HBA como Centro de Referência para as patologias descritas. Com este reconhecimento, esta unidade, gerida pelo Grupo Luz Saúde, passou a ser o único hospital público em regime de Parceria Público-Privada com dois centros de referência no tratamento do cancro.

A escolha do HBA como referência nesta área traduz não só o número muito significativo de doentes diagnosticados e tratados bem como resultados excelentes no que diz respeito a indicadores específicos, nomeadamente taxa de complicações, de recidiva, mortalidade, de duração de internamento, risco clínico ou de medidas de segurança clínica, etc.

A transparência de processos, a garantia de uma atividade assistencial multidisciplinar, a possibilidade de investigação clínica e de formação dos profissionais mais jovens no HBA foram outros indicadores considerados para esta escolha.

Finalmente, os protocolos clínicos adotados no Hospital, a forma de organização das equipas e a qualidade dos profissionais permitiram obter excelentes resultados espelhados no reconhecimento no HBA pelo Ministério da Saúde como Centro de Referência de Cancro do Reto e de Cancro do Hepatobilio/Pancreático.

O Organigrama dos Centros de Referência do Hospital:



Dentro do modelo organizativo, o Coordenador do Centro de Referência para a área de Oncologia de Adultos – Cancro do Reto e Cancro do Hepatobilio/Pancreático, tem no âmbito da sua atividade, as seguintes atribuições:

- Zelar pela constante atualização do pessoal médico e pelos respetivos programas de ensino e formação pós-graduada;
- Incentivar a participação dos profissionais em atividades científicas, formativas e de divulgação relacionadas com esta patologia;
- Incentivar a realizar auditorias clínicas no âmbito dos centros de referência;
- Garantir a monitorização dos indicadores no âmbito do Centro de Referência e elaborar planos de ação no âmbito da melhoria contínua;
- Supervisionar a prestação de cuidados do corpo clínico;
- Participar na atualização de protocolos e Clinical Pathways;
- Garantir o funcionamento adequado das consultas multidisciplinares;
- Garantir a realização de um Relatório Anual de Atividades.

O Médico responsável:

- Garantir que a prestação de cuidados é realizada de acordo com as regras estabelecidas para o tratamento desta patologia;
- Garantir que toda a informação clínica está estruturada de forma a responder aos *standards* de qualidade definidos para esta patologia;
- Zelar pelo bom preenchimento dos processos clínicos de forma a alimentar corretamente a plataforma de Business Intelligence;

- Garantir a monitorização dos indicadores definidos para esta patologia, estabelecendo Planos de Ação em caso de desvio em relação aos Valores de Referência estabelecidos (se aplicável);
- Participar na atualização de protocolos e Clinical Pathways;
- Garantir uma articulação adequada com as unidades que prestam cuidados no âmbito desta patologia e com outros Centros de Referência;
- Garantir o funcionamento adequado das consultas multidisciplinares;
- Participar nas atividades científicas, formativas e de divulgação relacionadas com esta patologia;
- Participar na realização de um Relatório Anual de Atividades.

O Responsável Interno:

- Articulação com todos os profissionais de saúde dos diversos serviços pertencentes ao Centro de Referência;
- Elo de ligação com todos os subcontratados clínicos e não clínicos, bem como os restantes serviços de apoio;
- Monitorização de indicadores relacionados com os planos de melhoria de qualidade e segurança do doente, bem como formação e divulgação de resultados no mesmo âmbito;
- Suporte na elaboração de documentos, de forma a garantir a uniformização de comportamento e registos;
- Participar na realização de relatórios no âmbito da Comissão de Qualidade e Segurança e Segurança do Doente;
- Articular com o Gabinete de Gestão de Risco, GCLPPCIRA e restantes Comissões da área dos Centros de Referência;
- Coordenação e organização na realização de auditorias internas e externas.

Um dos fatores de seleção para os Centros de Referência, nos campos: “deveres e Obrigações”, indica que deve iniciar, no prazo de um ano, após o seu reconhecimento, **o processo de certificação e acreditação da qualidade e segurança da prestação de cuidados, seguindo o modelo de acreditação indicado pela Direção-Geral da Saúde.**

Nesse contexto, foi necessário que se criasse as condições necessárias para a acreditação e certificação dos Centros de Referência, tendo então a DGS analisado e estudado os múltiplos aspetos do modelo de acreditação da Agencia de Calidad Sanitária de Andalucía (Modelo ACSA) e concluiu ser o modelo ideal para certificação de unidades de saúde. Considerou o modelo totalmente adequado para ser adotado pelo Ministério da Saúde português para o Programa Nacional de Acreditação em Saúde, sendo então considerado o modelo oficial de acreditação de unidades de saúde do Ministérios da Saúde e como principal referência para as unidades de saúde do SNS, incluindo os Centros de Referência.

PARTE V – O modelo de acreditação ACSA

O modelo nacional e oficial de acreditação de unidades de saúde da DGS é constituído por *standards* e padrões concordantes com a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde e têm em conta os padrões de qualidade nacionais e internacionais aplicáveis às unidades de saúde.

O modelo de acreditação baseia-se num processo de certificação através do qual se verifica e analisa de que forma os cuidados de saúde prestados aos cidadãos estão de acordo com os padrões definidos, tendo como objetivo identificar e impulsionar a melhoria contínua da qualidade nas instituições do Sistema de Saúde português, ajudando-as a aproximar-se dos níveis da excelência organizacional.

A melhoria contínua é um objetivo da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde e deve abranger todas as áreas do Sistema de Saúde português, para isso é necessário definir e fazer compreender, por todos os intervenientes, o que se entende por qualidade.

É necessário que as tecnologias utilizadas correspondam aos critérios de qualidade ou padrão de referência definidos, e a partir deste critério, e o envolvimento de todos os profissionais de saúde, definir áreas-chave de trabalho para evoluir no caminho da melhoria contínua até a excelência organizacional, que é o que se pretende.

“Entre as principais atribuições do Departamento da Qualidade na Saúde da DGS encontra-se a responsabilidade e a autoridade para o desenvolvimento e implementação efetiva de um modelo de melhoria contínua alinhado com a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde e com os padrões diferenciadores do Sistema de Saúde português. Encontra-se também entre as suas atribuições a função de certificar. Esta capacidade foi-lhe conferida pelo artigo 2º do Decreto Regulamentar n.º 14/2012, de 26 de janeiro, e Portaria n.º 159/2012, de 22 de maio, e aplica-se a todas as unidades de saúde que compõem o Sistema de Saúde português.”

O modelo ACSA, é o modelo oficial e nacional de acreditação de unidades de saúde do Ministério da Saúde e como principal referência para as unidades de saúde do SNS.

(Fonte: Manual Programa Nacional de Acreditação em Saúde)

5.1 Razões da Opção pelo Modelo ACSA

Podemos dizer que todos os modelos de acreditação na área da saúde são bons para os fins específicos a que se destinam, mas não necessariamente em todas as circunstâncias e para todos os ambientes organizacionais.

A DGS, em 2009, assumiu a responsabilidade de criar e desenvolver um Programa Nacional de Acreditação em Saúde que fosse sustentável para todo o “leque” de saúde do Sistema Nacional de Saúde português, tendo em conta as suas características, para qualquer que fosse a tipologia das unidades de saúde, pois com os modelos até então desenvolvidos tal não era possível.

Neste período havia dois programas de acreditação em curso, o que para um país da dimensão de Portugal representava uma dispersão de recursos, competências e informações e não era considerado uma boa estratégia para o país, antes ao contrário, uma estratégia não adaptada as verdadeiras necessidades.

Procurou-se um modelo de certificação da prestação de cuidados, de qualificação e reconhecimento externos das unidades de saúde com os seguintes princípios:

- Ser compatível aos grandes problemas da qualidade na saúde;
- Ser adequado a todos os tipos de unidades de saúde e a todos os níveis de cuidados;
- Ser adequado a um sistema de saúde público e universal em que o cidadão é o centro;
- Ser compatível à integração, no próprio modelo, de todas as linhas estratégicas do Ministério da Saúde;
- Ser adequado à preferência da gestão clínica na prestação de cuidados ao utente e ao esforço de uniformização clínica baseada na evidência;
- Ser compatível à monitorização dos resultados assistenciais;
- Ser adequado a motivar o empenho dos profissionais de saúde, para eles próprios tomarem em mãos a responsabilidade do desenvolvimento contínuo da qualidade;
- Ser adequado à rápida divulgação do conhecimento no maior número possível de unidades de saúde;
- Ser adequado à necessidade de rentabilizar recursos em termos de pessoal, tempo e custos.

Entretanto, chegou-se a conclusão que criar um modelo de raiz, exclusivamente português, que deveria passar por um processo de investigação, experimentação, análise e validação até a sua consolidação final, iria levar muito tempo. Ponderou-se que a opção seria procurar e adotar um modelo que pudesse satisfazer todos os requisitos listados, que fosse bem desenvolvido e validado, de preferência criado por uma entidade pública congénere da Direção Geral da Saúde e validá-lo para o país.

Em Espanha, a Conselheira de Saúde da Região Autónoma da Andaluzia, através da *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía* (ACSA), tinha criado um modelo de certificação de unidades de saúde, com foco na certificação da prestação de cuidados, desenvolvido por profissionais de saúde para profissionais de saúde. Verificou-se que este modelo de certificação e reconhecimento público respondia aos grandes desafios de qualidade que a DGS tinha que resolver em Portugal, sendo também compatível com a integração de todos os Programas Nacionais de Saúde em curso no país.

Tanto do ponto de vista demográfico e sociocultural, quanto do ponto de vista da estrutura organizacional do serviço público de saúde, e do ponto de vista das principais prioridades em termos de qualidade e segurança do utente, existem muitas semelhanças entre as duas realidades.

Fundação pública sem fins lucrativos, mais de 10 anos de experiência e mais de 500 unidades certificadas, A *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía* oferecia ainda a vantagem de estar ela própria acreditada pela ENAC (Entidade Nacional de Acreditación) de Espanha para a certificação de unidades de saúde com base nos seus Manuais de *Standards*, equiparados a “norma de produto” para os serviços de saúde.

A DGS estudou e analisou os múltiplos aspetos deste modelo de acreditação e concluiu ser o modelo ideal para certificação de unidades de saúde. Considerou o modelo totalmente adequado para ser adotado pelo Ministério da Saúde português para o Programa Nacional de Acreditação em Saúde.

O modelo da Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia foi aprovado, por Despacho Ministerial, e passou a chamar Modelo ACSA, hoje ACSA Internacional.

(Fonte: Manual Programa Nacional de Acreditação em Saúde)

5.2 Os acordos entre países para a adoção do modelo ACSA

Em 2010 criou-se um acordo entre a República Portuguesa e o Reino de Espanha com protocolos de cooperação e de cedência de autorização de utilização de direitos do modelo ACSA, a saber:

- Protocolo entre o Ministério da Saúde de Portugal e o Ministério da Saúde de Espanha;
- Protocolo entre o Alto Comissariado para a Saúde e a Conselheria de Saúde da Andaluzia;
- Protocolo entre a Direção-Geral da Saúde e a Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia.

Estes acordos entre países, que conferem à DGS direitos exclusivos sobre as licenças de utilização do modelo ACSA no território nacional, permitem hoje à DGS poder conduzir autonomamente todo o processo de certificação e têm vindo a ser aprofundados e agilizados ao longo dos últimos cinco anos.

O primeiro grupo de avaliadores portugueses (profissionais da DGS) tiveram formação em Sevilha e em várias unidades de saúde da Andaluzia.

A DGS pode utilizar e adaptar os Processos Assistenciais Integrados (PAI) da Conselheria de Saúde da Andaluzia e todos os Manuais de *Standards* de acreditação da ACSA, com total respeito pela propriedade intelectual dos seus autores. Entretanto os *standards* e os critérios para a avaliação externa do seu cumprimento têm de ser adaptados à legislação portuguesa e à realidade do Sistema de Saúde português, bem como à comunidade científica nacional.

(Fonte: Manual Programa Nacional de Acreditação em Saúde)

5.3 As bases do Modelo ACSA

É preciso conhecer a origem de um modelo para poder compreendê-lo, principalmente quando se trata de um modelo de qualificação e reconhecimento público da qualidade na saúde.

É preciso levar em consideração quais os problemas concetuais que se pretende resolver, os fundamentos, as referências ou crenças em que foram baseados, em que momento, época ou região surgiu.

O modelo ACSA estabelece que o comportamento da organização deve ser voltado para a evolução contínua e progressiva da melhoria da qualidade até a excelência.

Para isso, os critérios e padrões de desempenho utilizados são progressivamente mais profundos e completos assim como deve ser de acordo com o modelo de excelência organizacional da EFQM (European Foundation for Quality Management).

Este modelo tem três níveis de acreditação, BOM, ÓTIMO e EXCELENTE, por isso as organizações podem progredir ao seu próprio ritmo no caminho para a excelência.

Em relação aos princípios de conformidade do sistema da qualidade levou-se em consideração os princípios de gestão da qualidade presentes na série de normas ISO 9000.

Todos os aspetos da qualidade na saúde reconhecidamente importantes encontram-se presentes no modelo ACSA. E além das Normas ISO 9000, foram baseados em referências internacionais como o modelo da JCI (Joint Commission) e o modelo canadiano (Canada Health Care Act).

Portanto, o modelo ACSA é o desenho de um programa de certificação de unidades de saúde que apresenta a qualidade na saúde de forma bem estruturada, integral e coerente com os determinantes dos grandes Programas de Saúde e recomendações nesta matéria, acrescentando uma dinâmica evolutiva e progressiva.

O modelo ACSA foi adotado e adaptado para Portugal e tornou-se o modelo oficial e nacional de acreditação de unidades de saúde do Ministério da Saúde e como a referência principal para as unidades de saúde do SNS.

O Manual de Standards desenvolvido segue as mesmas áreas-chaves da Gestão da Qualidade em Saúde que estão em todos os programas de certificação que em conjunto constituem o Modelo de Acreditação do Ministério da Saúde

- O cidadão como centro do sistema de saúde
- Metodologia da atividade centrada na pessoa
- Os profissionais de saúde
- Processos de suporte
- Resultados

Dentro de cada dimensão da qualidade existe critérios e subcritérios e dentro destes, existem os *standards*. Cada *standard* tem a sua definição bem determinada, complementada do propósito que descreve a razão de ser do *standard* e ajuda à sua interpretação, e, nos Manuais mais recentes, os elementos avaliáveis relacionados com esse *standard*.

Para que uma unidade de saúde seja reconhecida publicamente e oficialmente como uma entidade que reuniu as condições necessárias para prestar cuidados de saúde seguros e de qualidade e baseados na melhor evidência científica é necessário que se cumpra o conjunto de *standards* e os critérios estabelecidos no Manual ACSA.

A gestão clínica é um ponto fundamental do modelo nacional e oficial de acreditação de unidades de saúde, o Manual de Acreditação da Gestão Clínica contém, *standards* voltados diretamente para esta gestão, tais como:

- Identificar os Programas de Saúde nacionais que lhe dizem respeito;
- A implementação ou plano para a sua efetiva implementação em campo;

- A identificação dos Processos Assistenciais Integrados (PAI) que se aplicam à sua carteira de serviços e dos responsáveis pela sua adaptação local, implementação e desenvolvimento;
- Monitorar os indicadores dos PAI implementados;
- O desenho local dos processos assistenciais mais relevantes face à carteira de Serviços, no caso de ausência de um PAI nacional da DGS;
- A monitorização das características da qualidade definidas para os registos clínicos;
- A medição, análise e atuação face aos desvios dos indicadores incluídos nos PAI;
- Evidenciar a análise das normas clínicas e de segurança do utente aplicável nas unidades;
- O plano para a sua implementação e a metodologia de monitorização da adesão às Normas e de acompanhamento de indicadores, se aplicável.

Os profissionais de saúde analisam os *standards* e identificam os seus propósitos durante todo o processo de autoavaliação. Focam-se em: “o que se está a fazer” e “como se pode demonstrar. Desta análise, resultam as evidências positivas.

Quanto aos resultados obtidos e como se pode melhorar, vão resultar à identificação de áreas de melhoria que deverão ser desenvolvidas e apresentadas.

A Unidade de Gestão Clínica, deve ser uma organização que presta cuidados de saúde sustentados na competência profissional e na adesão às melhores práticas baseadas em evidência científica, incluindo as da segurança dos utentes e dos profissionais; comprometida com a implementação e melhoria dos Processos Assistenciais Integrados, com o estabelecimento de indicadores da qualidade relacionados com os resultados assistenciais e o uso racional de medicamentos e de tecnologias da saúde, tendo como fim último a satisfação dos utentes e a melhoria da eficácia, da efetividade e da eficiência da prática assistencial.

(Fonte: Manual Programa Nacional de Acreditação em Saúde)

O modelo ACSA é formado por equipas de avaliadores qualificados do Modelo de Acreditação do Ministério da Saúde que avaliam as evidências apresentadas durante o processo e na avaliação externa.

O nível de certificação que uma Unidade de Saúde vai obter, dependerá do grau de cumprimentos dos *standards*. Serão identificados também os pontos fortes e as áreas de melhoria.

Todo o processo de certificação, em particular a autoavaliação é suportado por aplicações informáticas em ambiente WEB, designada @Qredita. Nesta plataforma são colocadas as evidências de modo a responder os *standards* do Manual ACSA.

(Fonte: Manual de Standards ME 5 1_07 – Unidades de Gestão Clínica)

5.4 A estrutura do Manual de Standards:

O Manual de *Standards* do Modelo ACSA está estruturado e 5 grupos: (Fonte: Manual ACSA ME 5 1 _ 07 Manual de *Standards* _ Unidades de Gestão Clínica)

- I – O cidadão como centro do sistema de saúde
 1. A pessoa como sujeito ativo
 2. Acessibilidade e continuidade assistencial
 3. Informação clínica

- II – A organização da atividade centrada na pessoa
 4. Gestão por processos assistenciais
 5. Promoção da Saúde e qualidade de vida
 6. Direção e planeamento estratégico

- III – Os profissionais
 7. Profissionais

- IV – Processos de suporte
 8. Estrutura, equipamentos e fornecedores
 9. Sistemas e tecnologias de informação e comunicação

- V – Resultados
 10. Ferramentas da Qualidade e Segurança
 11. Resultados da Unidade de Gestão Clínica

Os *standards* do Manual distribuem-se em três grupos, o que permite à Unidade de Gestão Clínica identificar e priorizar uma sequência para a sua abordagem:

- Os *standards* do Grupo I contemplam, entre outros aspetos, os direitos dos cidadãos, a qualidade de vida, os princípios éticos e os aspetos ligados à segurança dos utentes e profissionais.
- Os *standards* do Grupo II incluem elementos associados a um maior desenvolvimento da qualidade na organização (sistemas de informação, novas tecnologias e redesenho de processos e de espaços organizativos, etc.).
- Os *standards* do Grupo III incluem os elementos que demonstram que a Unidade de Gestão Clínica cria inovação e desenvolvimento orientado para a sociedade em geral. No Grupo I estão incluídos os *standards* de tipo obrigatório, que têm de estar cumpridos e estabilizados (implementados de forma efetiva e abrangente) na sua totalidade para que a Unidade de Gestão Clínica possa alcançar qualquer nível de certificação.

Fonte: Manual de Standards ME 5 1_07 – Unidades de Gestão Clínica)

Abaixo, apresenta-se um resumo da distribuição dos *standards* do processo de certificação de Unidades de Gestão Clínica de acordo com o tipo de *standard*.

TIPO DE STANDARD	Definição	Nº	%
GRUPO I			
	Conjunto de standards que contempla, entre outros aspectos, os direitos consolidados dos cidadãos, os princípios éticos e a segurança dos utentes e dos profissionais.	24	23,76 %
	Standards do Grupo I considerados "Obrigatórios".	41	40,60%
TOTAL Grupo I		65	64,36%
GRUPO II			
	Conjunto de standards que determina os elementos associados a um maior desenvolvimento da qualidade na organização (sistemas de informação, novas tecnologias, redesenho de processos ou fluxos de trabalho e de espaços organizativos).	24	23,76 %
GRUPO III			
	Conjunto de standards que demonstra que a Unidade de Gestão Clínica cria inovação e desenvolvimento orientado para a sociedade em geral.	12	11,88 %
TOTAL		101	100%

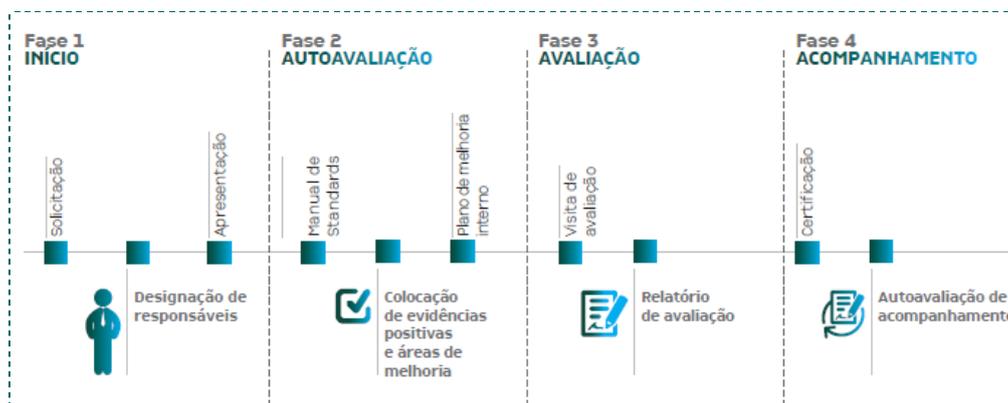
(Fonte: Manual de Standards ME 5 1_07 – Unidades de Gestão Clínica)

A definição de cada um dos *standards* encontra-se documentada no Manual e cada *standard* aparece sempre acompanhado de uma explicitação do propósito do seu cumprimento. Ao lado de cada *standard* vem também um ícone que identifica o tipo a que pertence: Grupo I, II ou III. Caso o *standard* seja de cumprimento "obrigatório", o ícone aparece rodeado por um círculo.



(Fonte: Manual de Standards ME 5 1_07 – Unidades de Gestão Clínica)

5.5 Fases do Processo de Certificação



(Fonte: Manual de Standards ME 5 1_07 – Unidades de Gestão Clínica)

FASE 1 – Candidatura, preparação e visita de apresentação para início do processo

O responsável da Unidade de Gestão Clínica apresenta a candidatura ao processo de certificação através do preenchimento do formulário de candidatura disponível no *site* da Direção-Geral da Saúde (Departamento da Qualidade na Saúde). Com a aceitação da candidatura e a assinatura do contrato da Unidade, é iniciado o planeamento conjunto (DQS e Unidade) para o desenvolvimento do projeto. O Departamento da Qualidade na Saúde (DQS) designa o responsável do projeto e a Unidade nomeia o responsável interno do processo de certificação. Este responsável terá como principais funções a facilitação da comunicação entre o DQS e a Unidade em processo de certificação e a operacionalização e desenvolvimento de todo o processo interno de autoavaliação na Unidade.

FASE 2 – Autoavaliação

A autoavaliação foi concebida como um espaço de partilha, em que os profissionais da Unidade analisam o seu desempenho face aos padrões do Manual de *Standards*, e como um meio de comprovação permanente dos avanços da organização face à melhoria contínua da qualidade. Durante todo o tempo que dura esta fase, os profissionais que integram a Unidade de Gestão Clínica irão levar a cabo o exercício de observar o que se está a fazer bem (estas são as evidências positivas) e detetar as áreas ou aspetos da atividade da Unidade que necessitam de ações de melhoria.

Objetivos da autoavaliação

- Promover e difundir o modelo de certificação ACSA entre os profissionais e a comunidade científica;
- Facilitar à Unidade de Gestão Clínica o caminho para a melhoria contínua e para a certificação **através:**
- Da identificação dos pontos fortes, com o propósito de os manter e de os melhorar, e da identificação de áreas de melhoria, com a finalidade de as reforçar até conseguir transformá-las em pontos fortes.
- Do desenvolvimento e ampliação da informação sobre o propósito e alcance dos *standards* e dos exemplos de boas práticas.

- Possibilitar a autoavaliação periódica, dentro e fora dos ciclos de certificação, para avaliar continuamente os progressos;
- Fomentar uma aprendizagem nas Unidades de Gestão Clínica sobre o processo de certificação e de gestão do conhecimento.

No desenho do processo de autoavaliação optou-se por uma abordagem qualitativa para determinar o nível de cumprimento dos *standards*, utilizando-se a metodologia PDCA (Planeamento (P – Plan), Cumprimento (D – Do), Avaliação (C – Check) e Adequação (A – Act)) para cada um dos *standards* e, assim, desenvolvendo-se um ciclo de melhoria contínua. Deste modo é evitado que o cumprimento de um determinado *standard* seja um momento estático ou pontual, associado apenas ao momento da avaliação. Com a utilização do ciclo PDCA, para cada um dos *standards*, cada organização pode analisar o seu papel no sentido do cumprimento do *standard* e realizar um planeamento prévio, a ser desenvolvido na prática, que avalie a efetividade do *standard* e desenvolva ações de melhoria na sua implementação e desenvolvimento, garantindo desta forma a consolidação e estabilização do *standard* ao longo do tempo. Aplicando a metodologia PDAC, avalia-se a fase de cada ciclo dos *standards*, conforme verificamos abaixo:

FASE	DESCRIÇÃO	ALVO
	Perfil de melhoria prévio	Antes de iniciar o processo de certificação, a organização analisa o propósito do <i>standard</i> e determina o seu impacto de acordo com o grau de importância de que se reveste para as atividades da organização.
Planeamento (Plan)	Delimitação dos objetivos e sistemas de informação	Definem-se os indicadores que permitem identificar a concretização do cumprimento do <i>standard</i> .
	Planificação	Definem-se as ações que vão ser necessárias implementar para se conseguir alcançar o cumprimento do <i>standard</i> .
	Definição de funções	Determinam-se as responsabilidades e funções e os recursos humanos necessários para garantir o cumprimento do <i>standard</i> .
	Comunicação	O plano de ações que vai ser necessário desenvolver com vista ao cumprimento do <i>standard</i> é comunicado a todos os implicados no processo.
	Adequação de recursos	Definiram-se e alocaram-se todos os recursos necessários para garantir o cumprimento do <i>standard</i> .
Cumprimento (Do)	Cumpre-se	O propósito do <i>standard</i> é conhecido, respeitado e está cumprido de acordo com a aplicabilidade e o impacto nas atividades da organização, tendo em conta os indicadores de cumprimento previamente estabelecidos.
Avaliação (check)	Avalia-se	Identificam-se os desvios dos resultados obtidos face aos objetivos definidos e indicadores expectáveis.
Adequação (Act)	Corrige-se e melhora-se	Empreendem-se as ações necessárias para corrigir e eliminar os desvios observados.

(Fonte: Manual de Standards ME 5 1_07 – Unidades de Gestão Clínica)

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

1. Definição do plano de ações O responsável da Unidade estabelece os objetivos e o plano de ação para a fase de autoavaliação da Unidade de Gestão Clínica que se vai realizar. Neste planeamento é estabelecido

de que forma se vai desenvolver o processo de autoavaliação e qual o plano de comunicação, tanto interno como externo, entre outros

2. Nomeação do responsável interno pelo processo de autoavaliação

Designa-se o responsável interno do processo de certificação da Unidade de Gestão Clínica, que assumirá o papel de pessoa de referência para a coordenação e organização de todas as principais funções deste processo, designadamente: • Estabelecer o cronograma da autoavaliação e zelar pelo cumprimento dos prazos; • Participar na seleção dos autoavaliadores, dando-lhes a informação e o suporte formativo necessário; • Estabelecer e dirigir as reuniões (de síntese) dos autoavaliadores.

3. Seleção da equipa de autoavaliadores

Nesta fase seleciona-se a equipa de autoavaliadores de acordo com a dimensão da Unidade de Gestão Clínica. Preferencialmente, esta deve ser multidisciplinar, com vista a contribuir para potenciar a aprendizagem e criar conhecimento organizacional. Pelo carácter dinâmico, tanto do processo em si como também dos próprios *standards*, a constituição desta equipa não deve cingir-se unicamente ao exercício de autoavaliação, que se reveste de carácter pontual. Deve, sim, continuar a trabalhar nas áreas de melhoria identificadas e nas recomendações resultantes da avaliação externa, procedendo à atualização periódica da autoavaliação. Além disso, para potenciar e tornar o trabalho em equipa mais eficiente, é recomendável que os diferentes *standards* sejam repartidos entre os profissionais que irão participar na autoavaliação.

4. Treino dos autoavaliadores na utilização da aplicação informática @Qredita

O responsável pelo processo de certificação do DQS encarrega-se de facilitar a formação suficiente para garantir a utilização da aplicação informática e o acompanhamento do processo.

5. Preenchimento das fichas de autoavaliação

O grupo de trabalho que leva a cabo a autoavaliação revê os *standards* e, sob supervisão do responsável interno pelo processo de certificação, vai preenchendo, *standard* a *standard*, as respetivas fichas na aplicação informática @Qredita (que se encontra disponível em ambiente web).

6. A revisão dos *standards* envolve uma reflexão sobre se o *standard* está a ser cumprido

Se o grupo de trabalho conclui que o *standard* está a ser cumprido, compilam-se e descrevem-se as evidências positivas que sustentam a afirmação do seu cumprimento. Caso não existam evidências que demonstrem um efetivo cumprimento de um determinado *standard*, o autoavaliador responsável por esse *standard*, ou o grupo de trabalho, tem de definir as áreas de melhoria que a Unidade terá que implementar para poder cumprir o *standard* de forma eficaz e estável (consolidada).

A aplicação informática @Qredita permite anexar ficheiros de documentos ou registos que sustentam as evidências positivas, funcionando desta forma também como gestor documental.

7. Partilha das evidências positivas e áreas de melhoria

O grupo de autoavaliação partilha as evidências positivas e áreas de melhoria e finaliza a autoavaliação. Os resultados da autoavaliação deverão ser partilhados e analisados em equipa ao mesmo tempo que se procede, se necessário, à clarificação de algumas respostas e se completa a informação obtida e divulgada entre todos.

8. São estabelecidas as prioridades de atuação em relação às áreas de melhoria e desenvolvem-se e implementam-se os planos de melhoria

A aplicação informática @Qredita permite a priorização e planificação das diferentes áreas de melhoria identificadas, bem como a designação dos respetivos responsáveis, para que se converta num fácil sistema de gestão de melhoria contínua para a Unidade de Gestão Clínica. A aplicação informática @Qredita é uma ferramenta útil para a descrição e registo das ações a levar a cabo para cada área de melhoria, com a possibilidade de planificar e detalhar essas ações e de definir os responsáveis. Esta funcionalidade permite agilizar e facilitar o sistema de gestão das ações de melhoria contínua da qualidade na Unidade.

9. Avalia-se e melhora-se o processo de autoavaliação

Finalmente, o processo de autoavaliação passa a ser entendido como uma forma de aprendizagem, a fim de introduzir novas melhorias e de preparar assim as sucessivas autoavaliações. A aplicação informática @Qredita dispõe de um módulo de resultados. Este módulo facilita e apoia o planeamento, a monitorização e a concretização das ações de melhoria contínua originadas na fase de autoavaliação. O mesmo módulo de resultados disponibiliza relatórios e resumos de informação, cuja utilização permite conhecer, em qualquer momento, o estado de evolução da autoavaliação e facilita o seu acompanhamento.

(Fonte: Manual de Standards ME 5 1_07 – Unidades de Gestão Clínica)

FASE 3 – Visita de Autoavaliação

Uma vez completada a fase de autoavaliação, procede-se ao planeamento da futura visita de avaliação externa. Esse planeamento é estabelecido, de forma consensual, entre a Direção da Unidade de Gestão Clínica e a equipa de avaliadores do DQS. Esta última é responsável por verificar o cumprimento dos *standards* a partir das evidências positivas e áreas de melhoria introduzidas pela Unidade de Gestão Clínica durante a autoavaliação e de outras evidências que recolha durante a visita de avaliação externa (documentais, entrevistas e observação direta)

Concluída a visita de avaliação externa, a equipa de avaliadores do DQS elabora um relatório situacional em que é discriminado o grau de cumprimento dos diferentes *standards*, com a justificação das constatações e as recomendações efetuadas pela equipa de avaliadores. Uma vez validado, este relatório é enviado à Direção da Unidade de Gestão Clínica.

(Fonte: Manual de Standards ME 5 1_07 – Unidades de Gestão Clínica)

FASE 4 – Acompanhamento

Após terminado o processo de certificação, o DQS realizará uma visita de acompanhamento à Unidade de Gestão Clínica durante a vigência do certificado (5 anos). No caso de ter existido situações que o justifiquem, poderá ser realizada outra visita de avaliação externa, com vista a assegurar a manutenção da estabilidade no cumprimento dos *standards* e, por isso mesmo, a manutenção do nível de qualidade alcançado.

(Fonte: Manual de Standards ME 5 1_07 – Unidades de Gestão Clínica)

5.6 Níveis de Acreditação

O resultado obtido no processo de certificação, em função da verificação do nível de cumprimento dos *standards*, pode ser:

- **Pendente de estabilização de *standards* obrigatórios** O estado de “pendente de estabilização” é mantido até que o plano de melhoria da Unidade de Gestão Clínica cumpra a totalidade dos *standards* obrigatórios. Da definição, implementação e concretização do plano de melhoria para os *standards* obrigatórios que foram dados como não cumpridos na avaliação externa resultará a consequente passagem ao estado de cumprimento dos ditos *standards*, permitindo à Unidade alcançar um dos níveis de certificação. O resultado obtido no processo de certificação pode ser:
- **Certificação no nível Bom** A certificação neste nível obtém-se quando se consegue cumprir acima dos 70% dos *standards* do Grupo I (incluindo-se dentro desta percentagem a totalidade dos *standards* do Grupo I considerados obrigatórios)
- **Certificação no nível Ótimo** A certificação neste nível obtém-se quando se consegue cumprir 100% dos *standards* do Grupo I e uma percentagem de cumprimento dos *standards* do Grupo II superior a 40%.
- **Certificação no nível Excelente** A certificação neste nível obtém-se quando se consegue alcançar o cumprimento cumulativo de 100% dos *standards* dos Grupos I e II e uma percentagem de cumprimento superior a 40% dos *standards* do Grupo III.

(Fonte: Manual de Standards ME 5 1_07 – Unidades de Gestão Clínica)

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

(Fonte: Manual de Standards ME 5 1_07 – Unidades de Gestão Clínica)

5.7 Plataforma @Qredita

A aplicação informática @Qredita permite a priorização e planificação das diferentes áreas de melhoria identificadas, bem como a designação dos respetivos responsáveis, para que se converta num fácil sistema de gestão de melhoria contínua para a Unidade de Gestão Clínica. A aplicação informática @Qredita é uma ferramenta útil para a descrição e registo das ações a levar a cabo para cada área de melhoria, com a possibilidade de planificar e detalhar essas ações e de definir os responsáveis. Esta funcionalidade permite agilizar e facilitar o sistema de gestão das ações de melhoria contínua da qualidade na Unidade.

(Fonte: acredita.dgs.pt - plataforma)



(Fonte: acredita.dgs.pt - plataforma)

O Departamento da Qualidade na Saúde dá-lhe as boas vindas à aplicação @Qredita, destinada à Acreditação de Unidades de Saúde

A plataforma @Qredita tem como objectivo facilitar o processo de acreditação da sua unidade de uma forma mais cómoda e personalizada. A partir do momento em que lhe tenham sido atribuídas as credenciais para tal, poderá **aceder à aplicação @Qredita**, podendo por este meio iniciar e/ou retomar o acesso às funcionalidades aplicáveis ao **processo de acreditação** em qualquer momento.

Se ainda não dispõe de credenciais para aceder à @Qredita, pode registar-se como novo utilizador para que, uma vez obtidas as credenciais pertinentes, possa iniciar e/ou retomar uma candidatura de certificação.

 **Registar-me como novo utilizador**

 **Aceder a @Qredita com as minhas credenciais**

 **Esqueci-me das minhas credenciais**

Se tiver alguma questão, dúvida ou sugestão relacionada exclusivamente com o Modelo de Acreditação do Ministério da Saúde (modelo ACSA), pode enviar-nos uma mensagem através do seguinte [formulário de contacto](#).

Se já está registado na @Qredita, introduza as suas credenciais (Nome de utilizador e Palavra-passe) e clique em "Entrar" para aceder aos seus Projetos de Acreditação.

(Fonte: acredita.dgs.pt - plataforma)

Nome de utilizador:

Palavra-passe:

Entrar ↵

(Fonte: acredita.dgs.pt - plataforma)

**BEM-VINDO À @QREDITA, A APLICAÇÃO DESTINADA À
CERTIFICAÇÃO DE UNIDADES DE SAÚDE**

Projetos

- **Projetos de certificação**
 - [Lista dos meus projetos de acreditação](#)
- **Registo de candidaturas**
 - Histórico dos meus registos de candidatura

Nesta área pode consultar os registos de candidaturas já efetuados ou aceder a uma candidatura

- [Realizar uma nova candidatura para a certificação da minha unidade de saúde](#)

Zona de Comunicação

Você tem 0 mensagens não lidas

(Fonte: acredita.dgs.pt - plataforma)

24-07-2018 16:37:32

AS minhas mensagens

(As minhas mensagens são aquelas em que apareço como destinatário)

> Utilizador: Valéria Jordão dos Santos Lourenço

Projetos

@Qredita

Projetos de certificação

Autoavaliação Acompanhamento

Foram enco

Código	Projeto	Âmbito	Distr.	Fase	ZC
2017/042	CR_ Oncologia Adultos Cancro Hepatobilio/Pancreático - Hospital Beatriz Ângelo	UGC CH	LI	AVA - EM	✉
2017/041	CR_ Oncologia Adultos Cancro do Reto - Hospital Beatriz Ângelo	UGC CH	LI	AVA - EM	✉

(Fonte: acredita.dgs.pt - plataforma)

Foram encontrados 2 projetos [mostrando de 1 a 2]

ZC	Fase 1		Fase 2	Fase 3			CA	Cert.
	Cand.	Eq.	Autoav.	Visita	Aval.	RA		
			18-05-18	05-07-18				
			18-05-18	06-07-18				

(Fonte: acredita.dgs.pt - plataforma)

Utilizador: Valéria Jordão dos Santos Lourenço

@Qredita

Projetos | Menu projeto | Comunicação sobre o Projeto

[2017/042] - [CR_ Oncologia Adultos Cancro Hepatobilio/Pancreático - Hospital Beatriz Ângelo]

Fonte: acredita.dgs.pt - plataforma)

Utilizador: Valéria Jordão dos Santos Lourenço

@Qredita

Projetos | Menu projeto | Comunicação sobre o Projeto

[2017/041] - [CR_ Oncologia Adultos Cancro do Reto - Hospital Beatriz Ângelo]

(Fonte: acredita.dgs.pt - plataforma)

A aplicação informática **@Qredita** permite anexar ficheiros de documentos ou registos que sustentam as evidências positivas, funcionando desta forma também como gestor documental.

Projetos >> Autoavaliação >> Meus standards (CUMPRIMENTO)

Autoavaliação encerrada

RELATORIOS

Meus standards

Todos

Critérios	83/101	P	D	C	A
01	11/12	0	110	0	X
02	10/10	0	9	0	✓
03	5/5	0	5	0	✓
04	5/5	0	5	0	✓
05	5/6	0	5	0	X
06	7/11	0	7	0	X
07	8/10	0	8	0	X
08	11/12	0	110	0	X
09	5/7	0	5	0	X
10	11/11	0	110	0	✓
11	5/12	0	3	0	X

Subcritério: [1 - O cidadão como centro do sistema de saúde] 01 - A pessoa como sujeito ativo

Nº ordem: 1 [CD] Grupo: I

Standard [ES 5 01.01_02]

A Unidade de Gestão Clínica divulga o conteúdo da Carta de Direitos e Deveres

Elementos avaliáveis (2)

- A Unidade expõe a Carta de Direitos e Deveres nas diferentes áreas assistenciais (ex.: gabinetes, consultas, salas de espera, etc.), assim como em ambientes web, caso os tenha, de modo a facilitar a sua difusão entre utilizadores e profissionais.
- A Carta de Direitos e Deveres está adaptada às principais características da população atendida.

Exemplos, Elementos de Qualidade Destacada e Perguntas frequentes (7)

- Direitos de acesso aos cuidados de Saúde no SNS, de acordo com a Lei nº 15/2014, na lingua inglesa.
- Direitos de acesso aos cuidados de Saúde no SNS, de acordo com a Lei 15_2014, na lingua romena
- Direitos de acesso aos cuidados de Saúde no SNS, de acordo com a Lei 15 de 2014, traduzida na lingua francesa
- Direitos de acesso aos cuidados de Saúde no SNS, de acordo com a Lei 15_2014 na lingua russa

PLAN

Perfil de Melhoria prévio e análise | Delimita objetivos e Sist. Inform | Planeia | Define funções | Comunica

(Fonte: acredita.dgs.pt - plataforma)

The screenshot displays a software interface with a light blue background. At the top, a section titled "Evidências positivas (1)" contains a list of items: "Direitos_deveres_doentes_(HBA.Mod.674) Português e inglês", "Direitos_acesso_cuidados de saúde_(HBA.MOD.001826) Português e inglês", "Evidência Direitos_Deveres_Doentes_web e afixada", and "Evidência Direitos de acesso_web". Below this is a section titled "Áreas de melhoria (0)" with a "Responsáveis" button and a message "Sem áreas de melhoria". At the bottom, a PDCA cycle progress bar shows four stages: "DO" (Adequa recursos), "CHECK" (Cumprido), "ACT" (Avalia), and "Corrige e melhora". A "Completo:" checkbox is checked. A link "Ajuda ciclo PDCA" is also visible.

(Fonte: acredita.dgs.pt - plataforma)

Além de todo o processo visto acima, é importante salientar que as Unidades de Saúde reconhecidas como Centros de Referência para serem acreditadas pelo **modelo ACSA** é preciso ter bem definido e implementado, dentro da Unidade de Prestação de Cuidados de Saúde, o processo relacionado ao percurso do doente durante todo o seu período de permanência na Organização, sendo necessário existir um **Processo Assistencial Integrado (PAI)** que aborde a prestação de cuidados de modo global e integrando todos os níveis de cuidados e toda a equipa multiprofissional, desde o início ao fim de um processo assistencial dirigido ao diagnóstico, tratamento, controlo e/ou prevenção de uma determinada patologia ou problema de saúde. Este processo é conhecido como a “Bíblia” dos profissionais de saúde para este modelo de acreditação.

O HBA desenvolveu o respetivo Processo Assistencial Integrado para os seus Centros de Referência.

PARTE VI – O Processo Assistencial Integrado do Doente

Para o processo de acreditação dos Centros de Referência da Unidade de Saúde estudada neste trabalho, o PAI desenvolvido foi um processo longo e que envolveu vários profissionais de saúde nas suas várias vertentes funcionais.

No documento elaborado é possível verificar a sequência de ações, desde o diagnóstico, estadiamento até ao tratamento e vigilância dos doentes com carcinoma do Reto e do HBP no Hospital Beatriz Ângelo, bem como facultar as informações específicas sobre as diferentes opções terapêuticas, sobre o plano de tratamento integral e sobre os diferentes momentos do curso do tratamento e da doença a serem partilhados, obrigatoriamente, com o doente e ou/ cuidadores.

6.1 O PAI dos Centros de Referência do HBA

A Gestão em Saúde por Processos é uma ferramenta com a qual se analisam os diversos componentes que intervêm na prestação de cuidados de saúde, ordenando os diferentes fluxogramas de trabalho, integrando o conhecimento atualizado e procurando dar ênfase aos resultados obtidos tendo sempre em conta as expectativas dos cidadãos e profissionais, diminuindo a variabilidade das ações na saúde até alcançar um elevado grau de uniformidade, desta forma encorajar uma mudança na organização baseada na melhoria contínua da qualidade, sempre centrada no doente e no seu ambiente familiar e social.

O PAI pretende descrever a sequência de ações desde o diagnóstico, estadiamento até ao tratamento e vigilância dos doentes com carcinoma do reto e do hepatobilio/pancreático no Hospital Beatriz Ângelo. Pretende ainda facultar as informações específicas sobre as diferentes opções terapêuticas, sobre o plano de tratamento integral, e sobre os diferentes momentos do curso do tratamento e da doença, a serem partilhadas com o doente e /ou cuidador.

6.2.1. Limites de Entrada do Processo

- Doente com o diagnóstico ou suspeita de carcinoma de cancro hepatobilio/pancreático

6.2.2. Limites de Saída do Processo

- Doentes tratados com intenção curativa, que terminaram o período de seguimento sem evidência de recidiva da doença e sem efeitos secundários relativos aos tratamentos inerentes à sua doença.
- Desejo do doente de não continuar no processo
- Óbito

6.2.3. Limites marginais não incluídos no Processo

- Tumores de outra origem/metastáticos que invadam o fígado ou o pâncreas
- Doentes com doença avançada apenas candidatos a cuidados paliativos
- Alteração de instituição por vontade do doente

6.2.4. Expectativas e Objetivos

O foco principal que justifica o desenvolvimento do Processo Assistencial Integrado (PAI) é o doente e os seus familiares e/ou cuidadores, tentando conhecer as suas necessidades e expectativas, bem como dos próprios profissionais.

Assim, são expectativas dos doentes e familiares e/ou cuidadores:

- Acompanhamento de acordo com as boas práticas de qualidade e segurança do doente por parte de um grupo de profissionais com competências e conhecimentos adequados;
- Obterem respeito pela sua dignidade e privacidade em relação a todo processo, decisões partilhadas, bem como pela proteção de dados pessoais em todas as fases do atendimento;
- Informação clara e não contraditória, sempre que solicitado, sobre a situação clínica do doente no período pré, intra ou pós-operatório, sendo que toda a informação deverá ser fornecida de forma escrita.
- Acesso em tempo útil aos meios necessários para o correto tratamento tais como: marcação de consultas, marcação de meios complementares de diagnóstico e ou terapêutica. Sempre que exista um cancelamento/alteração de exames/consultas/tratamento, a remarcação deve ser feita de forma rápida e automática com um aviso prévio;
- Disponibilidade dos profissionais em todas as situações, transmitindo toda a informação necessária sobre a evolução/orientação do processo através do uso de uma linguagem de fácil compreensão;
- Serviços com as condições adequadas de higiene, segurança e conforto e com os meios apropriados para garantir a qualidade dos cuidados.

São expectativas dos profissionais de saúde:

- Garantia de trabalho de forma organizada e multidisciplinar conhecendo o protocolo de atuação, utilizando comunicação eficaz;
- Equipamentos necessários nas devidas condições de funcionamento;
- Reconhecimento através do acesso a meios de formação e desenvolvimento profissional;
- O conhecimento por parte da população sobre o diagnóstico em causa, sua prevenção, fatores de risco, deteção, terapêutica e prognóstico. Corresponsabilização dos familiares/cuidadores na ajuda e acompanhamento do tratamento;
- Definição de indicadores de qualidade que permitam comparar os resultados obtidos com a implementação do PAI.

6.2 Descrição do Processo Assistencial Integrado

O (PAI) é baseado numa metodologia organizacional que coloca o cidadão, com as suas necessidades e expectativas, no centro do sistema. A continuidade assistencial e a coordenação entre os diferentes níveis e cuidados são reconhecidas como elementos essenciais para garantir que o doente recebe os melhores cuidados de saúde, atempados, efetivos e com base na evidência e no consenso científico. O PAI é ainda uma ferramenta que permite analisar as diferentes componentes que intervêm na prestação de cuidados de saúde e ordenar os vários fluxos de trabalho, integrando o conhecimento atualizado, homogeneizando as atuações e colocando ênfase nos resultados, a fim de dar resposta às expectativas quer dos cidadãos quer dos profissionais de saúde.

Para a realização do PAI do doente com cancro do reto e do hepatobilio/pancreático no Hospital Beatriz Ângelo foi seguida a orientação da Direção-Geral da Saúde que tem por base o modelo conceptual ACSA. O PAI inclui, ao longo do circuito do doente, a identificação das regras básicas de segurança dos doentes, das competências específicas dos profissionais implicados na prestação de cuidados, bem como dos respetivos indicadores de monitorização e do roteiro de informação a prestar ao doente, por forma a possibilitar a participação e corresponsabilização ativa nas decisões sobre a sua saúde.

De forma geral, a descrição do PAI tem por base o circuito do doente e pode ser representado conforme a tabela abaixo: a atividade ou o serviço que se presta (O QUÊ), os profissionais que desenvolvem as diferentes atividades (QUEM), a sequência lógica de realização destas atividades (QUANDO), as características de qualidade (COMO) e o lugar em que cada atividade se realiza (ONDE).

6.2.1. Componentes

Aqui são descritas as atividades a realizar pelos diferentes profissionais de saúde que intervêm no PAI do doente. Na descrição das atividades integram-se dimensões e elementos da qualidade e segurança do doente considerados necessários, nomeadamente:

Tipo de Risco	Símbolo Identificativo
Identificação correta do doente	
Melhoria da eficácia da comunicação	
Melhoria da segurança dos medicamentos de alta vigilância	
Cirurgia correta, no local correto, no doente correto	
Redução do risco de infeções associadas aos cuidados de saúde	
Redução do risco de danos resultantes de quedas dos doentes	

6.2.2. Descrição das competências necessárias e específicas

De acordo com a Política de Delegação de Competências, as definições de requisitos e as descrições de funções são revistas pela Direção de Recursos Humanos, em articulação com as equipas de gestão referidas sempre que necessário, por exemplo: Se identificam novas funções ou há necessidade de limitar algumas atribuições.

O desempenho de cargos e funções de natureza permanente não deve ser prejudicado pela ausência dos seus titulares, de forma a evitar os impactos negativos de tal ausência para o normal funcionamento dos serviços e do hospital ou para o desenvolvimento das atividades que dependem da tomada de decisões pelos titulares dos cargos ou funções.

No PAI estão descritas apenas as competências específicas, técnicas ou funcionais dos profissionais que garantam a implementação do processo.

Competências	Médico	Enf^o	Outros	AAM	TIA
Identifica corretamente o doente, como sendo a pessoa a qual se destina o serviço/tratamento e assegura a devida prestação	●	●	●	●	●
Transmite a informação nas transições de cuidados de saúde de forma completa, precisa, inequívoca e oportuna, para garantir a continuidade dos cuidados, a redução de ocorrência de erros e a melhoria da segurança do doente	●	●	●		
Favorece o uso seguro e responsável da medicação, dispositivos, medidas de suporte e apoio terapêutico	●	●			
Realiza a marcação do local para cirurgias/procedimentos invasivos de forma a garantir a marcação do local correto, a realização do procedimento correto, no doente correto	●				
Higienização das mãos	●	●	●	●	●
Identifica as necessidades específicas do doente e atua de acordo com estas, colaborando na prevenção de quedas (Ambulatório e Internamento)	●	●	●		●
Conhece os direitos e deveres do doente	●	●	●	●	●
Garante o respeito pela privacidade, adotando as medidas necessárias para a proteção dos dados pessoais	●	●	●	●	●
Conhece a Política de gestão de resíduos hospitalares	●	●	●	●	●
Possui competências na comunicação de más notícias	●	●			
Conhece as normas, circulares, políticas, regulamentos, procedimentos, orientações técnicas e processos	●	●	●	●	●
Conhecimento e habilidades necessárias relacionadas com doenças oncológicas (cancro hepatobilio/pancreático), uso de terapias e utilização de técnicas de uso frequente no âmbito do PAI (diagnóstico, evolução, complicações e prognóstico)	●	●	●		
Competência na preparação e administração de medicamento		●	●		
Conhecimento da última evidência científica e indicações da terapêutica anti tumoral	●				

6.2.3. Recursos Necessários e Serviços de Apoio Específicos

Recursos Necessários:

- Instalações que incluam consultórios, sala de tratamentos, sala de exames, sala de banho assistido, sala de bloco operatório, sala de preparação de medicação, quarto de internamento, de forma a garantir a privacidade, confidencialidade, intimidade e segurança do doente.

Serviços de Apoio Específicos:

Serviço de Urgência Geral

- Se houver intercorrência grave que não se consiga resolver durante o período de funcionamento do Hospital Dia Médico (HDM) é possível encaminhar o doente para o SUG para complementar a terapêutica ou investigação necessária. No entanto reunidas algumas circunstâncias é possível referenciar o doente diretamente do HDM para o internamento.

Serviço de Patologia Clínica

- Serviço Disponível 24 horas. Receciona as amostras por sistema interno (vácuo) ou por um AAM, devidamente identificadas, e disponibiliza o resultado no processo clínico do doente em tempo útil para a preparação da terapêutica no mesmo período.

Serviço de Anatomia Patológica

- Receciona as amostras, analisa os tecidos e as suas alterações estruturais, relacionando-as com causas possíveis, disponibilizando os resultados de forma rápida e rigorosa o planeamento da estratégia a aplicar a cada doente.

Medicina Transfusional

- Serviço Disponível 24 horas. Assegura a aplicação racional de componentes sanguíneos e hemoderivados aos doentes internados nos serviços médicos e cirúrgicos, no serviço de urgência e Bloco Operatório.

Medicina Nuclear

- Colabora com os diagnósticos e tratamentos através da utilização de núcleos radioativos e avalia a doença a nível molecular.

Imagiologia

- Serviço Disponível 24 horas, com possibilidade de realizar exames urgentes mesmo sendo solicitados pelo HDM.

Hospital de Dia Cirúrgico

- Presta cuidados programados a nível de exames e procedimentos realizados em ambulatório, entre eles: Endoscopia e Colonoscopia, colocação de cateteres.

Medicina Molecular – Hospital da Luz

- Colabora com os diagnósticos e tratamentos através da utilização de núcleos radioativos e avalia a doença a nível molecular, inclui a tomografia por emissão de positrões com tomografia computadorizada.

Radioterapia – Hospital Santa Maria

- Apoio no tratamento da doença, capaz de destruir células tumorais empregando radiações ionizantes direcionadas.

Medicina Física e Reabilitação

- Apoio no tratamento e diagnóstico de modo a reduzir os impactos na deficiência e incapacidade funcional.

De forma geral, a descrição do PAI tem por base o circuito do doente é pode ser representado conforme indicado abaixo:

- Os profissionais que desenvolvem as diferentes atividades (QUEM),
- A sequência lógica de realização destas atividades (QUANDO),
- A atividade ou o serviço que se presta (O QUÊ),
- As características de qualidade (COMO)
- O lugar em que cada atividade se realiza (ONDE).

Diagnóstico e Estadiamento

Quem?	Quando?	O que / Como?	Onde?	Risco
Adenocarcinoma do HBP (Exemplo – Adenocarcinoma do Pâncreas- Fonte – Hospital Beatriz Ângelo)				
Médico Especialista	Suspeita ou Diagnóstico confirmado de adenocarcinoma do HBP	Avaliar o Doente e Prescrever Exames Adenocarcinoma do Pâncreas ● Realizar história clínica e exame físico; com atenção a fatores de risco; ● Avaliar e graduar a encefalopatia	Consulta; Internamento	 

	<p>(Pâncreas, Hepatocelular, Colangiocarcinoma e Vesícula, Carcinoma da Ampola de Vater)</p>	<p>(colocar escala e definições)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Registrar co morbilidades nomeadamente as que possam condicionar o perfil de risco para exames endoscópicos e eventual sedação; • Apurar história familiar de neoplasias • Identificar os sintomas (dor abdominal não esclarecida, vômitos, emagrecimento, icterícia obstrutiva, deterioração do estado geral); • Informar doente das opções existentes <p>Em doentes com suspeita de carcinoma do pâncreas por dor abdominal não esclarecida, emagrecimento, icterícia obstrutiva, deterioração do estado geral, diagnóstico recente de diabetes e história recente de pancreatite a ecografia abdominal pode ser o exame inicial</p> <p>Se o grau de suspeita clínica for elevado para o adenocarcinoma do pâncreas considerar solicitar TAC abdominal dirigido ao pâncreas como primeiro exame.</p>		
<p>Técnicos de Diagnóstico Terapêutico</p> <p>Médicos Especialistas</p>	<p>Após prescrição médica e agendamento dos MCDTs</p>	<p>Realização de MCDTs</p> <p>Realizar todos os exames anteriormente prescritos de acordo com a correta preparação do doente.</p> <p>Realizar relatório</p>	<p>Imagiologia; Patologia clínica</p>	  
<p>Médico</p>	<p>Após a emissão dos resultados dos MCDTs</p>	<p>Avaliar resultados dos exames e estadiar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se resultado não conclusivo, pedir TAC abdominal multicorte trifásica com contraste IV e/ou RM dirigida ao HBP e/ou eco endoscopia. • Se diagnóstico confirmado prescrever os exames de estadiamento: - Avaliação analítica com provas hepáticas • Determinação do CA 19-9 Sérico (análise com valor prognóstico e de avaliação da resposta à terapêutica, no entanto podem existir falsos negativos em doentes com Antígeno Lewis negativos assim como falsos positivos) 	<p>Consulta; Internamento</p>	

		<p>em doentes com obstrução biliar).</p> <ul style="list-style-type: none"> •Angio TAC ou TAC multicorte trifásica com o objetivo de avaliar a ressecabilidade do tumor (estadiamento locorregional) e a presença de metastização à distância, avaliação de acordo com a classificação TNM. •TAC de tórax para completar estadiamento. •Em casos selecionados em que a TAC deixe dúvidas quanto ao estadiamento poderá ser solicitada RM. •Se houver dúvidas no estadiamento local após TAC ou RM dirigida avançar para eco endoscopia. •No caso de haver contraindicação para contraste endovenoso iodado impossibilitando Angio TAC, optar por RM para estadiamento local. 		
Médicos de Várias Especialidades	Após diagnóstico e estadiamento da patologia	<p>Realização de Consulta de decisão terapêutica</p> <ul style="list-style-type: none"> •Discussão do caso clínico •Validar o estadiamento do tumor de acordo com a Classificação TNM e classificá-lo quanto à ressecabilidade de acordo com as categorias: <ol style="list-style-type: none"> 1 - Ressecável; 2 - “Borderline” ressecável; 3 - Irressecável localmente avançado; 4 - Metastizado <ul style="list-style-type: none"> •Formulação do plano terapêutico a seguir •Encaminhamento para consulta de especialidade 	Consulta	
Médico Oncologista Médico-Cirurgião Médico Medicina Interna	Após decisão do plano terapêutico	<p>Realização de Consulta de: Oncologia ou Cirurgia Geral ou Medicina Paliativa</p> <ul style="list-style-type: none"> •Informar o doente da decisão da consulta Multidisciplinar •Explicar a proposta terapêutica •Pedido de exames complementares de diagnósticos ainda não realizados 	Consulta; Internamento	  

Tratamento

Quem?	Quando?	O quê/ Como?	Onde?	Risco
Doente Cirúrgico (Programa ERAS*)				
Médico-Cirurgião	Após decisão da Consulta de decisão terapêutica	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação do plano terapêutico e informação do ato cirúrgico • Entrega de folhetos e consentimento informado • Encaminhamento para o Programa ERAS, se aplicável 	Consulta Médica	  
Médico Anestesiologista	Após pedido pelo médico	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação geral • Observação de MCDT • Entrega do consentimento informado 	Consulta Anestesia	  
Enfermeiro	Após pedido pelo médico	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação geral • Realização de plano de cuidados e educação • Entrega do Guia de preparação para cirurgia (ERAS) 	Consulta de Enfermagem	  
Nutricionista	Após pedido pelo médico	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação nutricional • Realização de plano nutricional 	Consulta de nutrição	  
Médico Fisiatra	Após pedido pelo médico	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação do estado funcional • Realização do plano para a reabilitação 	Consulta de MFR	  
Secretário de Unidade	Marcação de internamento Médico-cirúrgico após pedido do Médico - cirurgião	<ul style="list-style-type: none"> • Validação dos dados pessoais do doente no sistema informático 		
Véspera da Cirurgia				
Técnico de informação e apoio Enfermeiro	Após agendamento de	<ul style="list-style-type: none"> • Admissão, apresentação do serviço de internamento ao doente e preparação do doente para a intervenção cirúrgica 	Receção central Internamento	

(ERAS/BO) Médico Nutricionista Fisioterapeuta Assistente social (se aplicável)	internamento, um dia antes da data da cirurgia	<ul style="list-style-type: none"> Validação dos dados pessoais do doente no sistema informático Realização do acolhimento (Entrega do Guia de acolhimento) Avaliação inicial de Enfermagem e Médica Protocolo ERAS 		   
--	---	---	--	--

Dia da Cirurgia

Enfermeiro	6 horas antes da hora marcada para cirurgia	<ul style="list-style-type: none"> Preparação do doente para intervenção cirúrgica (Protocolo ERAS) 	Internamento	 
Enfermeiro, AAM	30 minutos antes da hora marcada para cirurgia	<ul style="list-style-type: none"> Encaminhamento para o Bloco Operatório (BO) 	Internamento	   
Enfermeiro, AAM	Receção do doente na chegada ao BO	<ul style="list-style-type: none"> Transferência para a maca do BO 	Bloco Operatório	    
Equipa médica, enfermeiros, AAM	Na hora prevista	<ul style="list-style-type: none"> Realização da Intervenção cirúrgica de acordo com o protocolo ERAS 	Bloco Operatório	    
Médico Enfermeiro AAM	Após cirurgia	Encaminhamento para: <ul style="list-style-type: none"> UCPA Unidade de Cuidados Intermédios 		 

		<ul style="list-style-type: none"> • Unidade de Cuidados Intensivos 		
--	--	--	--	---

Pós Operatório

Enfermeiro	Após alta da UCPA	<ul style="list-style-type: none"> • Admissão no serviço de internamento Médico-cirúrgico 	Internamento	
Enfermeiro	Durante o internamento	<p>Vigilância do doente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realização de intervenções de enfermagem de acordo com a necessidade do doente. Protocolo ERAS 	Internamento	
Médico-cirurgião	Durante todo o internamento e sempre que solicitado pelo doente	<ul style="list-style-type: none"> • Observa a evolução clínica diariamente, orienta a terapêutica, intervém em possíveis complicações Protocolo ERAS 	Internamento	
Médico-cirurgião	Alta Hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> • Se a condição geral do doente for compatível com ambulatório. Realização de Nota de Alta 		

Pós Alta

Enfermeira ERAS	48 horas após cirurgia e 30º dia após alta	<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhamento do doente Protocolo ERAS 	Não presencial	
Médico – cirurgião Enfermeira	Aproximadamente uma semana após a alta	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de Consulta pós operat. • Consulta de estomaterapia Protocolo ERAS 	Consulta	

ERAS				  
Médicos de várias especialidades	Após cirurgia e ou consulta pós operatória	Realização de Consulta de decisão terapêutica <ul style="list-style-type: none"> • Observação dos resultados de Anatomia Patológica • Discussão do caso clínico • Formulação do plano terapêutico a seguir • Encaminhamento para consulta Oncológica ou Follow-up Cirúrgico 	Consulta	
Medico cirurgião	Após Consulta de decisão terapêutica	Follow-up cirúrgico Protocolo de seguimento		

Quem?	Quando?	O que / Como?	Onde?	Risco
Doente Oncológico				
Médico Oncologista	Após Consulta de decisão terapêutica	<ul style="list-style-type: none"> Tratamentos neoadjuvantes Tratamentos de doença à distância Tratamentos de palição 	Hospital de Dia Médico - Oncologia	    
Médicos de várias especialidades	Após tratamentos oncológicos	Realização de Consulta de decisão terapêutica <ul style="list-style-type: none"> Observação dos resultados de MCDTs Decisão para percurso de doente cirúrgico* ou manutenção do percurso do doente oncológico ** 	Consulta	
Icterícia Obstrutiva				
Médico especialista	Suspeita de icterícia obstrutiva	Avaliar o doente e prescrever exames <ul style="list-style-type: none"> Avaliar a presença de sintomas de colangite (febre e dor abdominal) ou prurido intratável Caso se verifique a presença destes sintomas internar o doente caso esteja em contexto ambulatorio <ul style="list-style-type: none"> Solicitar avaliação analítica incluindo nível de bilirrubina sérica (total e conjugada), função renal (creatinina) e coagulação (tempo de protrombina, tempo parcial de tromboplastina e plaquetas) Avaliar a possibilidade de realizar ato cirúrgico no prazo de 2 semanas 	Consulta; Urgência; Internamento	  
Técnicos de diagnóstico terapêutico Médicos especialistas	Após prescrição médica e agendamento dos MCDTs	Realização de MCDTs <ul style="list-style-type: none"> Realizar todos os exames anteriormente prescritos de acordo com a correta preparação do doente. Disponibilizar resultados 	Patologia clínica	  
Médico especialista	Após a emissão dos resultados dos MCDTs	Avaliar resultados dos exames <ul style="list-style-type: none"> O valor de bilirrubina por si só não deve comandar a conduta. Nos doentes que são candidatos cirúrgicos, na ausência de colangite e com bilirrubina total inferior a 15mg/dl, a drenagem pré-operatória 	Consulta; Urgência; Internamento	  

		<p>está contraindicada. Acima dos 15mg/dl de bilirrubina é incerto o impacto da drenagem no resultado e esta pode ser feita se houver impossibilidade de realizar cirurgia no prazo de 2 semanas. Nos casos de doença inoperável, doença com indicação para terapêutica neoadjuvante ou em contexto paliativo a drenagem deve ser feita sempre que possível. Para realizar drenagem, efetuar a prescrição de CPRE com colocação de prótese de acordo com a situação clínica. Para cirurgia direta, efetuar a proposta cirúrgica de acordo com a situação clínica</p>		
Médico de Gastro	Após agendamento do procedimento e admissão do doente	<p>Realizar CPRE de acordo com a situação clínica</p> <ul style="list-style-type: none"> • É desaconselhada a colocação de próteses metálicas não cobertas na ausência de comprovação histológica /citológica de neoplasia • Na doença considerada ressecável o uso de próteses metálicas curtas não afeta a ressecabilidade e permite maior potência relativamente às próteses plásticas. • No contexto paliativo se a sobrevida expectável é inferior a 3 meses devem ser privilegiadas as próteses plásticas. Se a sobrevida expectável é superior a 3 meses devem privilegiadas as próteses metálicas não cobertas. 	HDC	
Médico-cirurgião	Após confirmação de critérios para cirurgia	<p>Realizar abordagem cirúrgica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliação do plano terapêutico e informação do ato cirúrgico • Entrega de folhetos e consentimento informado • Encaminhamento para o Programa ERAS, se aplicável 	Internamento	
Médico anestesista	Após pedido pelo médico	<p>Avaliação geral Observação de MCDT</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entrega do consentimento informado 	Internamento	

Enfermeiro	Após pedido pelo médico	<p>Avaliação geral</p> <ul style="list-style-type: none"> Realização de plano de cuidados e educação Entrega do Guia de preparação para cirurgia (ERAS, se aplicável) 	Internamento	
------------	-------------------------	--	--------------	---

Barragem ao Esvaziamento Gástrico

Médico especialista	Suspeita de barragem ao esvaziamento gástrico	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar o performance status e a sobrevivência expectável Tentar garantir que a clínica de vómitos se deve à obstrução pelo tumor e não a um processo de carcinomatose peritoneal Solicitar consulta de dietética e nutrição - oncológica para otimização e personalização da dieta, caso o doente ainda não tenha acompanhamento nessa consulta Se o doente não tolerar dieta líquida ou apresentar sinais de desidratação, lesão renal ou desequilíbrios iónicos deverá ser internado para compensação metabólica e tratamento. 	Consulta; Urgência; Internamento	  
Médico de gastro Médico cirurgião	Após confirmação da situação clínica	<p>Avaliação e decisão terapêutica</p> <ul style="list-style-type: none"> Poder-se-á ponderar a colocação de prótese metálica autoexpansível não coberta entérica por via endoscópica (garantir drenagem da via biliar antes da colocação da prótese entérica). Sobrevivência expectável superior a 3 meses e performance <i>status</i> (0, 1, 2): Palição por gastrenterostomia derivativa Sobrevivência expectável inferior a 3 meses ou performance <i>status</i> 3 e 4: Jejunostomia cirúrgica ou endoscópica com eventual gastrostomia descompressiva (cirúrgica ou endoscópica) 	Consulta; Urgência; Internamento	   

Vigilância

Quem?	Quando?	O que / Como?	Onde?	Risco
Adenocarcinoma do Pâncreas				
Médico assistente	Após tratamento de intensão curativa	<p>MCDTs de vigilância</p> <p>Uma vigilância intensiva com recurso a doseamento seriado do CA 19.9 e TAC TAP dos doentes que terminaram tratamento de intenção curativa não tem benefício comprovado em termos de sobrevivência, por comparação a uma estratégia de vigilância clínica com exame físico e análises laboratoriais. Na perspetiva de que a quimioterapia paliativa tem mais benefício antes de ocorrer degradação do performance status, poderá optar-se por uma vigilância intensiva com doseamento do CA 19.9 e eventual TAC se elevação do marcador, nos doentes candidatos a quimioterapia paliativa ou ao recrutamento para ensaio clínico, estratégia que ficará ao critério do Médico Assistente.</p>	Consulta	
Técnicos de diagnóstico terapêutico Médicos especialistas	Após prescrição médica e agendamento dos MCDTs	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de MCDTs • Realizar todos os exames anteriormente prescritos de acordo com a correta preparação do doente. • Realizar relatório 	Imagiologia; Patologia clínica	  
Médico assistente	Após emissão dos resultados dos MCDTs	<p>Avaliar resultados dos exames</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perante evidência de recidiva local ou metastática o Médico Assistente pode dar início a tratamento paliativo se aplicável ou ativar a resolução de sintomas ou desencadear nova discussão em Reunião Multidisciplinar 	Consulta	

O quê	Quem	Quando	Como	Onde	Risco
Adenocarcinoma do Reto (Fonte – Hospital Beatriz Ângelo)					
Diagnóstico de carcinoma colorretal	Doente	Após biopsia positiva	Após realização de colonoscopia	Hospital de Dia Cirúrgico	
Avaliar o doente e prescrever exames	Médico especialista Médico oncologista Médico medicina interna Médico de cirurgia geral Médico gastroenterologista	Após a admissão à consulta	História Clínica Exame objetivo: performance <i>status</i> Exames de Estadiamento: TAC toraco abdominopelvico/RM pélvica/ecografia abdominal/ eco endoscopia endorectal/retoscopia rígida Análises gerais + CEA Prescrição de avaliação por cirurgião dedicado		
Realização de meios complementares de diagnóstico terapêutico MCDTs	Técnicos de diagnóstico terapêutico Médicos especialistas	Após admissão e cumprimento de preparações	Realizar todos os exames anteriormente prescritos de acordo com a correta preparação do doente. Realizar relatório	Imagiologia Patologia clínica Anatomia patológica HDC	
Realização de Consulta de decisão terapêutica	Médicos de várias especialidades	Após obtenção dos resultados dos MCDT do doente	Observação dos resultados dos MCDT para correto estadiamento Discussão do caso clínico Formulação do plano terapêutico a seguir Encaminhamento para consulta de especialidade	Consulta	
Realização de Consulta de: Oncologia Cirurgia Geral Medicina	Médico oncologista Médico-cirurgião Médico Medicina	Após decisão resultante da Consulta de decisão	Informar o doente da decisão da CDT Explicar a proposta terapêutica Pedido de exames	Consulta	

Paliativa	Interna	terapêutica	complementares de diagnósticos ainda não realizados		
-----------	---------	--------------------	---	--	--

Doente Cirúrgico – Programa ERAS *

Consulta Médica	Médico-cirurgião	Após decisão da Consulta de decisão terapêutica	Avaliação do plano terapêutico e informação do ato cirúrgico Entrega de folhetos e consentimento informado Encaminhamento para o Programa ERAS, se aplicável	Consulta	  
Consulta de anestesia	Médico anestesista	Após pedido pelo médico	Avaliação geral Observação de MCDT Entrega do consentimento informado	Consulta	  
Consulta de Enfermagem	Enfermeiro	Após pedido pelo médico	Avaliação geral Realização de plano de cuidados e educação Entrega do Guia de preparação para cirurgia (ERAS)	Consulta	  
Consulta de Nutrição	Nutricionista	Após pedido pelo médico	Avaliação nutricional Realização de plano nutricional	Consulta	  
Consulta de MFR	Medico Fisiatra	Após pedido pelo médico	Avaliação do estado funcional Realização do plano para a reabilitação	Consulta	  
Marcação de internamento Médico - cirúrgico	Secretário de Unidade	Após pedido do Médico - cirurgião	Validação dos dados pessoais do doente no sistema informático		

Véspera da Cirurgia

Admissão, apresentação do serviço de internamento ao doente e preparação do doente para a intervenção cirúrgica	Técnico de informação e apoio Enfermeiro (ERAS/BO) Médico Nutricionista Fisioterapeuta Assistente social (se aplicável)	Após agendamento de internamento, um dia antes da data da cirurgia	Validação dos dados pessoais do doente no sistema informático Realização do acolhimento (Entrega do Guia de acolhimento) Avaliação inicial de Enfermagem e Médica Protocolo ERAS	Receção central Internamento	
---	--	---	---	---------------------------------	--

Dia da Cirurgia

Preparação do doente para a intervenção cirúrgica	Enfermeiro	6 horas antes da hora marcada para cirurgia	Protocolo ERAS	Internamento	
Encaminhamento para o Bloco Operatório BO	Enfermeiro, AAM	30 minutos antes da hora marcada para cirurgia	Em cama	Internamento	
Receção no BO	Enfermeiro, AAM	Na chegada ao BO	Transferência para a maca do BO	Bloco Operatório	
Intervenção cirúrgica	Equipa médica, enfermeiros, AAM	Hora prevista	Procedimento cirúrgico Protocolo ERAS	Bloco Operatório	
Encaminhamento: UCPA Unidade de Cuidados	Médico Enfermeiro AAM	Após cirurgia	Em cama		

Intermédios Unidade de Cuidados Intensivos					 
---	--	--	--	--	--

Pós Operatório

Admissão no serviço de internamento Médico-cirúrgico	Enfermeiro	Após alta da UCPA	Em cama		    
Vigilância do doente	Enfermeiro	Durante o internamento	Realiza intervenções de enfermagem de acordo com a necessidade do doente Protocolo ERAS		    
Observação médica do doente	Médico- cirurgião	Durante todo o internamento e sempre que solicitado pelo doente	Observa a evolução clínica diariamente, orienta a terapêutica, intervém em possíveis complicações Protocolo ERAS		   
Alta Hospitalar	Médico- cirurgião	Condição geral do doente for compatível com ambulatório	Nota de Alta		   

Pós Alta

Acompanhamento	Enfermeira ERAS	48 horas após cirurgia e 30º dia após alta	Protocolo ERAS	Não presencial	
Consulta pós operatória Consulta de estomaterapia	Médico – cirurgião Enfermeira ERAS	Aproximada mente uma semana após a alta	Protocolo ERAS	Consulta	  

					 
Realização de Consulta de decisão terapêutica	Médicos de várias especialidades	Após cirurgia e ou consulta pós operatória	Observação dos resultados de Anatomia Patológica Discussão do caso clínico Formulação do plano terapêutico a seguir Encaminhamento para consulta Oncológica ou Follow-up Cirúrgico	Consulta	
Follow-up cirúrgico	Médico cirurgião	Após Consulta de decisão terapêutica	Protocolo de seguimento	Consulta	
Consulta de Oncologia	Médico oncologista	Após Consulta de decisão terapêutica	Protocolo de seguimento	Consulta	

Doente Oncológico **

Consulta de Oncologia	Médico Oncologista	Após Consulta de decisão terapêutica	Tratamento neoadjuvante Tratamento de doença à distância (ressecável ou irressecável)	Consulta	  
Realização de Consulta de decisão terapêutica	Médicos de várias especialidades	Após tratamentos oncológicos	Observação dos resultados de MCDTs Decisão para percurso de doente cirúrgico* ou manutenção do percurso do doente oncológico **	Consulta	

Doente Paliativo ***

Consulta Multidisciplinar de Decisão Terapêutica Consulta de Oncologia Consulta de Cirurgia Geral	Médicos de várias especialidades	Após Consulta de decisão terapêutica Tratamentos oncológicos Cirurgia	Tratamento de doença à distância (ressecável ou irressecável) Protocolo ERAS	Consulta	
Consulta de Medicina Paliativa	Médico de Medicina Paliativa		Best supportive care (BSC)	Consulta	

6.2.4 Indicadores

Indicador	Periodicidade	Meta
Carcinoma do Reto		
Número de cirurgias de carcinoma do reto	Anual	Superior a 20
Número de cirurgias de carcinoma do cólon	Anual	Superior a 50
Taxa de recidiva local	Anual	Inferior 5% (nos últimos 3 anos)
Tempo entre diagnóstico e estadiamento (mediana)	Anual	Inferior ou igual a 15 dias
Tempo entre diagnóstico e CMDO (mediana)	Anual	Inferior ou igual a 21 dias
Tempo entre CMDO com decisão e início de tratamento	Anual	Inferior ou igual a 21 dias
Taxa de mortalidade intra-hospitalar	Anual	Inferior a 10%
Complicações pós-operatórias	Anual	N.A.
Taxa de deiscências anastomóticas	Anual	Inferior a 15%
Taxa de reintervenções não programadas	Anual	N.A.
Avaliação da radicalidade cirúrgica (R0, R1, R2)	Anual	N.A.
Taxa de colostomias definitivas	Anual	N.A.
Taxa de excisão total do mesorreto	Anual	N.A.
Sobrevida mediana aos 5 anos	Anual	N.A.
Taxa de recorrência local	Anual	N.A.
Número de cirurgias por cirurgião	Anual	N.A.
Taxa de mortalidade a 2, 3 e 5 anos	Anual	N.A.
Carcinoma HBP		
Número de cirurgias do pâncreas	Anual	Superior a 20
Número de casos de oncologia médica (tumores do pâncreas)	Anual	Superior a 40
Número de cirurgias hepáticas ou hepatobiliares	Anual	Superior a 20
Número de casos de oncologia médica (tumores hepatobiliares)	Anual	Superior a 50
Tempo entre prescrição e CPRE	Anual	Inferior ou igual a 3 dias
Tempo entre prescrição e eco endoscopia	Anual	Inferior ou igual a 7 dias
Tempo entre diagnóstico e CMDO	Anual	Inferior ou igual a 15 dias

Tempo entre CMDO e início de tratamento	Anual	Inferior ou igual a 28 dias
Tempo entre o Primeiro Contacto e início de tratamento	Anual	Inferior ou igual a 42 dias
Taxa de mortalidade intra-hospitalar após cirurgia	Anual	N.A.
Taxa de deiscências anastomóticas	Anual	N.A.
Complicações pós-operatórias	Anual	N.A.
Taxa de reintervenções não programadas	Anual	N.A.
Avaliação da radicalidade cirúrgica (R0, R1, R2)	Anual	N.A.
Sobrevida mediana aos cinco anos	Anual	N.A.
Taxa de recorrência local	Anual	N.A.
Número de cirurgias por cirurgião	Anual	N.A.
Taxa de mortalidade a 2, 3 e 5 anos	Anual	N.A.

** Doente Cirúrgico (ERAS): Doente cujo primeiro tratamento indicado será um procedimento cirúrgico de ressecção. Realização das diferentes consultas pré-operatórias tendencialmente no mesmo dia.*

*** Doente Oncológico: Doente cujo primeiro tratamento indicado será tratamento neoadjuvante ou tratamento de doença à distância (seja tratamento de conversão para doença metastática potencialmente ressecável ou tratamento para doença metastática irresssecável). Englobam-se nestas estratégias a quimioterapia, a radioterapia ou a combinação de ambas.*

**** Doente Paliativo: Doente que, na altura do diagnóstico, não é candidato a estratégias terapêuticas dirigidas à sua doença, mas para quem se pretende o melhor controlo sintomático possível (Best Supportive Care- BSC).*

(ERAS® - Enhanced Recovery After Surgery é um programa multidisciplinar, baseado na evidência e centrado no doente, com o objetivo final de diminuir as complicações e melhorar a recuperação cirúrgica. Trata-se de uma mudança de atitude na abordagem ao doente cirúrgico, podendo ser encarado como uma nova forma de gestão da doença e dos doentes.

A ERAS® Society é uma sociedade médica sem fins lucrativos fundada oficialmente em 2010, com sede em Estocolmo, Suécia. A sua missão é desenvolver os cuidados peri operatórios e melhorar a recuperação facilitando o retorno precoce do doente à sua vida normal, através de investigação, educação e auditoria contínuas.

O Hospital Beatriz Ângelo iniciou este programa em todos os doentes propostos para cirurgia colorretal eletiva em janeiro de 2017, sendo atualmente o único hospital do país a fazê-lo. Em maio de 2017 alargou este programa aos doentes submetidos a cirurgia do pâncreas.

Após formação específica, recebeu certificação internacional como Centro de Excelência do programa ERAS®, sendo reconhecido pela ERAS® Society como responsável pela divulgação e formação de outros hospitais nacionais que o pretendam. (Fonte – Hospital Beatriz Ângelo)

PARTE VII – Estágio

O estágio profissional teve início a 04 de dezembro de 2017 e terminou em 06 de julho de 2018. Teve a duração de 7 (sete meses) e com carga horária/diária de 3 horas. Foi realizado com a Equipa da Qualidade sobre a orientação da Enga. Daniela Duarte e Dra. Susana Martins no Hospital Beatriz Ângelo.

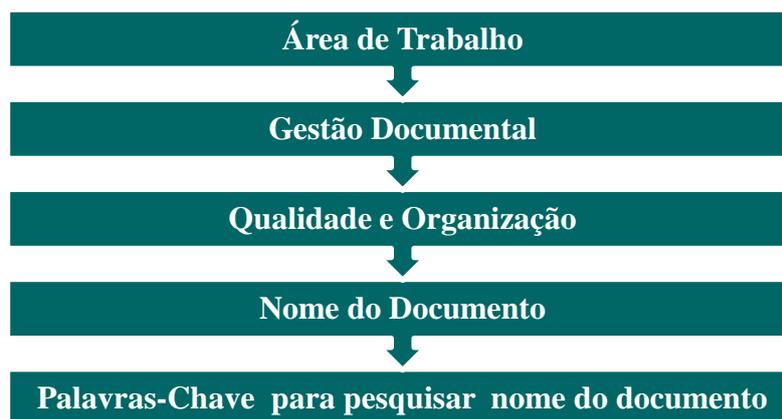
O principal objetivo do estágio foi acompanhar todo o processo de acreditação de um Centro de Referência e ao final estar apta a integrar uma equipa para implementação da acreditação ACSA.

O processo de acreditação foi avaliado por auditores externos à Entidade, porém, antes da auditoria final foram realizadas duas auditorias internas por auditores do Grupo Luz Saúde (DACQ) para verificação dos documentos existentes, avaliação de comportamento dos profissionais de saúde e evidência de registos nos respetivos processos clínicos eletrónicos dos doentes. O objetivo de auditorias Internas focalizadas e com Tracer é minimizar o impacto final de uma auditoria externa da DGS, isto é, reduzir o número de não conformidades existentes face ao que nos é exigido num processo como o de acreditação dos Centros de Referência.

No início do estágio, a principal atividade esteve centrada no manual de *standards* ACSA com todos os critérios para a acreditação. O respetivo manual foi estudado e avaliado pela equipa e de seguida foi necessário selecionar os documentos necessários para responder as exigências do mesmo.

De dezembro de 2017 até a data da primeira auditoria interna, dias 02 e 03 de abril de 2018, minha principal função foi avaliar os *standards* e proceder de acordo com os critérios exigidos e apresentar os documentos necessários para responder a cada elemento avaliável.

O Hospital Beatriz Ângelo dispõe na *intranet* de recursos suficientes para dar respostas ao maior número de elementos avaliáveis do manual ACSA, através do separador “Portal do Colaborador”.

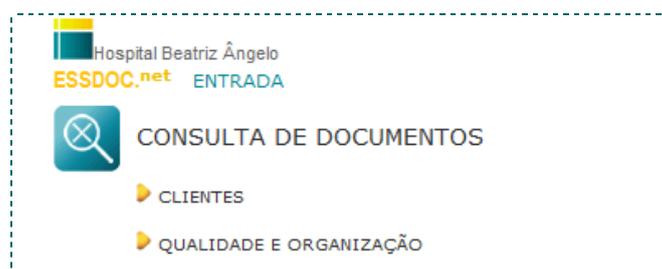


Abaixo, é possível visualizar todos os passos necessários para pesquisar documentos na G.D.

Figura 1



Figura 2



Todos os documentos necessários, exceto indicadores, estão disponíveis no separador **Qualidade e Organização**.

Figura 3

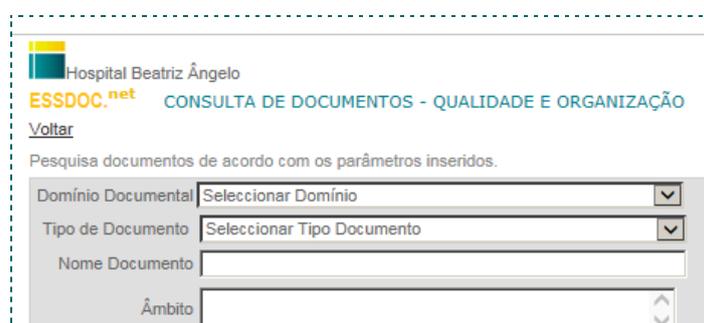


Figura 4

Select: <u>todas</u> <u>nenhuma</u>			
Editar	Seleccionar	Tipo Documento	Nome Documento
	<input type="checkbox"/>	Política	Privacidade, confidencialidade e segurança da informação
Select: <u>todas</u> <u>nenhuma</u>			

Figura 5

Âmbito
Política das regras implementadas no Hospital Beatriz Ângelo em matéria de tratamento de Dados Pessoais

Após identificar e avaliar os documentos, foi necessário introduzi-los na plataforma @Qredita. Trabalho feito com a minha contribuição, uma vez designada como autoavaliador no projeto.



Exmª Valéria Jordão dos Santos Lourenço :

O **Departamento da Qualidade na Saúde** comunica-lhe que foi designada como autoavaliadora para participar no projeto de acreditação da **CR_ Oncologia Adultos Cancro Hepatobilio/Pancreático - Hospital Beatriz Ângelo**, com o código **2017/042**.

O endereço para aceder à aplicação @Qredita é o seguinte:
<http://acredita.dgs.pt/>

No caso de não se recordar das suas credenciais de acesso pode solicitar a recuperação das credenciais a partir da própria aplicação @Qredita ou então pode contactar o responsável do projeto de acreditação.

Recordamos-lhe que logo que aceda à aplicação, pode atualizar os seus dados pessoais, bem como as suas credenciais de acesso a partir da zona de dados pessoais.

Agradecemos o seu interesse pela utilização da aplicação @Qredita.
Esperamos que encontre utilidade na sua utilização.

O endereço para aceder à @Qredita é:
<http://acredita.dgs.pt/>

Alameda D. Afonso Henriques, nº 45
1049-005 Lisboa
Tel.: 218 430 800 Fax: 218 430 846
E-mail: agencia.centros.acsa@unidadeandaluca.es

Exmª Valéria Jordão dos Santos Lourenço :

O **Departamento da Qualidade na Saúde** comunica-lhe que foi designada como autoavaliadora para participar no processo de acreditação da **CR_ Oncologia Adultos Cancro do Reto - Hospital Beatriz Ângelo**, com o código **2017/041**.

O endereço para aceder à aplicação @Qredita é o seguinte:
<http://acredita.dgs.pt/>

As suas credenciais para aceder à aplicação são as seguintes:
nome de utilizador: **030718294**
palavra-passe: **hfzkfa**

Recordamos-lhe que logo que tenha acesso à aplicação pode actualizar os seus dados pessoais, bem como as suas credenciais a partir da zona de dados pessoais.

Agradecemos o seu interesse em utilizar @Qredita.
Esperamos que encontre utilidade e interesse na sua utilização.

O endereço para aceder à @Qredita é:
<http://acredita.dgs.pt/>

Alameda D. Afonso Henriques, nº 45
1049-005 Lisboa
Tel.: 218 430 800 Fax: 218 430 846
E-mail: agencia.centros.acsa@unidadeandaluca.es

Dias 02 e 03 de abril de 2018 foi realizada a primeira auditoria interna, na qual participei ativamente tanto a nível de verificação documental, como auditoria nos serviços específicos ligados aos CR.

Nesta auditoria consegui avaliar e fazer relatório para a equipa da Qualidade de todas as “não conformidades” identificadas pelas auditoras.

A Auditoria interna tem como objetivo garantir o cumprimento de todos os requisitos necessários aquando da auditoria externa à Entidade, verificando:

- ☒ Satisfação dos requisitos de um referencial externo
- ☒ Verificação da conformidade com os requisitos
- ☒ Contribuição para a melhoria da qualidade das práticas.

Tipos de Auditoria:

- ☒ Auditoria Documental – Determinação da conformidade do sistema, tal como documentado, revisão dos documentos, registos relevantes e relatórios de auditorias anteriores.
- ☒ Auditoria de Sistema – Determinar ações necessárias para resolver quaisquer riscos identificados nos processos, discussão de dados utilizados na organização (medidas de melhoria da qualidade em uso, informação apreendida, melhorias feitas com a utilização dos dados, disseminação dos dados, observação da manutenção de equipamento médico.
- ☒ Auditoria Tracer Individual – Entrevista com o doente/família (normalmente entrevista-se 2 ou 3 doentes), observação da gestão das urgências e acompanhamento de fluxos de doentes nas urgências, visita a todo o circuito do doente dos Centros de referência, é possível selecionar e rever 2 ou 3 processos de doentes (há uma pré listagem de doentes diagnosticado com as patologias dos centros de referência.

Para o HBA garantir a acreditação foi necessário desenvolver documentos que ainda não estavam elaborados de forma a responder os *standards*.

Entre eles o “PAI” Processo Assistencial Integrado. Este documento foi elaborado com o apoio de médicos, gestores, técnicas da Qualidade e estagiária, nomeadamente na identificação dos serviços de apoio.

A auditoria da Direção Geral de Saúde ocorreu entre os dias 5 e 6 de julho. Nesta semana foi necessário preparar dossiês com toda a documentação disponibilizada na plataforma e documentos que foram vistos em sala.

As atividades que desenvolvi durante o estágio me permitiram ter uma visão ampla sobre o modelo de acreditação ACSA e sobre o que são os Centros de Referência, bem como uma visão “macro” da importância da Qualidade nas Unidades de Saúde.

Acrescento que o estágio foi fundamental para a conclusão da minha licenciatura em Gestão em Saúde. Foi possível aplicar vários conhecimentos adquiridos na Universidade, entre eles: Indicadores, modelos de

certificação e acreditação vistos no último ano, conceito de *benchmarking*, conhecimento mais pormenorizado de Unidades de Saúde.

CONCLUSÕES

Durante todo o processo de implementação da Acreditação pelo modelo ACSA na Unidade de Saúde prestadora de cuidados diferenciados (HBA) foi possível avaliar e concluir sobre vários parâmetros, tanto a nível da própria acreditação como da Instituição em si.

Primeiramente, é preciso deixar bem definido que a acreditação ACSA é um modelo que certifica somente Centros de Referência de Unidades de Saúde prestadoras de Cuidados.

É de grande valia para os doentes quando são seguidos em Serviços reconhecidos como Centros de Referência, uma vez que para ter esse reconhecimento é preciso seguir padrões rigorosos nos quais vão refletir diretamente no modo de atendimento e prestação de cuidados ao próprio.

Quando os Centros de Referência passam a ser certificados pela Acreditação ACSA, a garantia de atendimento de alta qualidade e exclusividade é sem dúvida instituída.

O Hospital Beatriz Ângelo provou ser merecedor do reconhecimento como Centro de Referência no Serviço de Oncologia para Adultos (Cancro do Reto e Cancro HBP), ou seja, nestas duas patologias, todos os cuidados prestados aos doentes seguem protocolos exigentes, todos os profissionais estão envolvidos no processo, tendo total comprometimento com o bem estar do doente.

Apesar de ser reconhecido como Centro de Referência e ter “concorrido” para o nível atribuído como “BOM” a certificação não foi ainda totalmente satisfatória, sendo necessário fazer “ajustes” e correções no modo de prestação de cuidados, principalmente a nível documental. Não foi possível, nesta primeira fase da avaliação pela Direção Geral de Saúde, demonstrar de forma clara, precisa e inequívoca a sua competência de acordo com o manual de standards utilizado.

É importante mencionar que nesta primeira fase de acreditação pelo modelo ACSA só é permitido apresentar candidatura para o nível reconhecido como BOM, ou seja, apresentar documentos e provar comportamentos dos profissionais envolvidos no processo que respondam as exigências do Grupo I, (incluindo os Standards obrigatórios) do manual de Standards ACSA

O Grupo I (incluindo os obrigatório) abrangem o conjunto de standards que contempla, entre outros aspetos, os direitos consolidados dos cidadãos, os princípios éticos e a segurança dos doentes e dos profissionais.

Fonte Manual de Standards ME 5 1_07 ACSA

De um modo conclusivo, é possível confirmar que o Hospital Beatriz Ângelo tem uma grande preocupação com os cidadãos aos quais recorrem aos seu serviços, de forma a implementar certificações e acreditações que comprovem o seu modo excelente na prestação de cuidados.

Toda entidade prestadora de cuidados de saúde que possuam serviços reconhecidos como Centros de Referência, prova claramente que presta atendimento diferenciado.

O modelo de certificação ACSA é um modelo bem estruturado para garantir este tipo de prestação de cuidados, uma vez que é um processo através do qual vai-se observar e reconhecer de que forma os cuidados de saúde prestados aos cidadãos utentes através do seu modelo de qualidade, que é o modelo oficial reconhecido pela DGS, que tem como objetivo facilitar e impulsionar a melhoria contínua, está a ser aplicado.

Após todo o processo para acreditação dos dois Centros de Referência do HBA, na primeira fase de avaliação pela DGS, obtivemos os seguintes resultados:

Para o Centro de Referência Oncologia Adultos – Cancro do Reto

Grupo I		Certificação no nível BOM ≤ 70%
Obrigatórios	41	
Não Obrigatórios	24	

Cumprimento dos standards por grupo

Grupo	Nº Standards	Não Cumprem	Cumprem	Não aplicam	% Cumprem
Grupo I	65	22	43	0	66,2%
Grupo I Obrigatórios	41	13	28	0	68,3%
Grupo I Não Obrigatórios	24	9	15	0	62,5%
Grupo II	24	19	5	0	20,8%
Grupo III	12	12	0	0	0%
TOTAIS	101	53	48	0	47,5%

Cumprimento dos standards por critérios

Critério	Nº Standards	Cumprem	% Cumprem
01: A pessoa como sujeito ativo	12	7	58,3%
02: Acessibilidade e continuidade assistencial	10	6	60%
03: Informação clínica	5	4	80%
04: Gestão por processos assistenciais	5	0	0%
05: Promoção da saúde e qualidade de vida	6	2	33,3%
06: Direção e planeamento estratégico	11	4	36,4%
07: Profissionais	10	2	20%
08: Estrutura, equipamentos e fornecedores	12	10	83,3%
09: Sistemas e tecnologias de informação e comunicação	7	4	57,1%
10: Ferramentas da Qualidade e Segurança	11	6	54,5%
11: Resultados da Unidade de Gestão Clínica	12	3	25%
TOTAIS	101	48	47,5%

Fonte – Relatório DGS para HBA 14/08/2018

Para o Centro de Referência Oncologia Adultos – Cancro do HBP

Grupo I		Certificação no nível BOM
Obrigatórios	41	
Não Obrigatórios	24	

$\leq 70\%$

Cumprimento dos standards por grupo

Grupo	Nº Standards	Não Cumprem	Cumprem	Não aplicam	% Cumprem
Grupo I	65	22	43	0	66,2%
Grupo I Obrigatórios	41	13	28	0	68,3%
Grupo I Não Obrigatórios	24	9	15	0	62,5%
Grupo II	24	20	4	0	16,7%
Grupo III	12	12	0	0	0%
TOTAIS	101	54	47	0	46,5%

Cumprimento dos standards por critérios

Critério	Nº Standards	Cumprem	% Cumprem
01: A pessoa como sujeito ativo	12	7	58,3%
02: Acessibilidade e continuidade assistencial	10	6	60%
03: Informação clínica	5	4	80%
04: Gestão por processos assistenciais	5	0	0%
05: Promoção da saúde e qualidade de vida	6	2	33,3%
06: Direção e planeamento estratégico	11	4	36,4%
07: Profissionais	10	2	20%
08: Estrutura, equipamentos e fornecedores	12	10	83,3%
09: Sistemas e tecnologias de informação e comunicação	7	4	57,1%
10: Ferramentas da Qualidade e Segurança	11	5	45,5%
11: Resultados da Unidade de Gestão Clínica	12	3	25%
TOTAIS	101	47	46,5%

Fonte – Relatório DGS para HBA 14/08/2018

Com o resultado acima apresentado ficou determinado que a Instituição deve apresentar, no prazo máximo de seis meses, evidências que demonstrem que os problemas detetados receberam o tratamento adequado para a sua resolução.

BIBLIOGRAFIA

1. Penedo, Jorge Manuel S, Carvalho, Bárbara S., Pego, Guilherme A M, & Casella, Sampaio P. M. (2013). *Centros de Referência – Relatório Final*. Lisboa. Portugal.
 2. Manzo, Bruna Figueiredo, Brito, Maria José & Corrêa, Allana dos Reis (2012). *Implicações do processo de Acreditação Hospitalar no cotidiano de profissionais de saúde*. Minas Gerais. Brasil.
 3. Bonato, Vera Lúcia (2011). *Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente*. São Paulo. Brasil.
 4. Monteiro, Andreia Paulino (2016). *Do Processo de Auditoria à Qualidade dos Serviços*. Guarda. Portugal.
 5. Silva, Andreia F. Rodrigues (2015). *Certificação de Serviços de Saúde*. Coimbra. Portugal.
 6. Mendes, Glauco Henrique S & Mirandola, Thayse B. Sousa (2014). *Acreditação hospitalar como estratégia de melhoria*. São Carlos. Brasil.
 7. Machado, Denise Del Prá Netto & Barzotto, Luciano da Costa (2012). *Ambiente de Inovação em Instituição Hospitalar*. RAI – Revista de Administração e Inovação. São Paulo. Brasil.
 8. Rocha, Rudimar A., Weise, Andrea D., Schultz, Charles A. & Platt, Allan A. (2014). *Acreditação dos Hospitais das Cidades Sede Brasileira na Copa do Mundo de Futebol em 2014*. Santa Catarina. Brasil.
 9. Direção Geral de Saúde – Programa Nacional de Acreditação em Saúde – Manual de *Standards ME 5.1.*, (setembro de 2017). ACSA
 10. Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 – Despacho 5613/2015
 11. Christo, Filipa H (Departamento da Qualidade na Saúde – Direção geral de Saúde) (2014). *Manual Programa Nacional de Acreditação em Saúde*. Lisboa. Portugal.
 12. Joint Commission International Accreditation *Standards for Hospitals*, 6th Edition, 2017 (JCI)
 13. Portaria 194/2014, de 30 de setembro sobre os Centros de Referência
 14. Aviso nº 8402-P/2015
 15. Aviso nº 8402-A/2015
 16. Ducreux, M., et al., Cancer of the pancreas: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*, 2015. 26 (Suppl 5): p. v56-v68.
 17. Network NCC. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®). Hepatobiliary Cancers. (Version 1.2017). In.
 18. Despacho n.º 1400-A/2015
 19. Diário da República nº 148, 1º Suplemento, Série II de 2015-07-31 para Área de Oncologia de Adultos – Cancro do Hepatobilio-Pancreático
 20. Diário da República nº 148, 1º Suplemento, Série II de 2015-07-31 para Área de Oncologia de Adultos – Cancro do Reto
 21. Orientação e Circulares Informativas DGS nº 002/2013 de 18 -02-2013 para Processos Assistenciais Integrados.
 22. Diário da República, 2ª Série – nº 28 – 10 de fevereiro de 2015 referente ao Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020
- Referências Internas HBA:**
23. Orientação Técnica - Diagnóstico e Terapêutica do Adenocarcinoma do Pâncreas (HBA.OT.002006)
 24. Orientação Técnica – Abordagem Diagnóstica e Terapêutica do Adenocarcinoma do Reto (HBA.OT.001643)
 25. Orientação Técnica - Abordagem diagnóstica e Terapêutica do Carcinoma da Ampola de Vater (HBA.OT.002009)
 26. Orientação Técnica - Abordagem diagnóstica e Terapêutica do Colangiocarcinoma (HBA.OT.002016)

27. Orientação Técnica - Abordagem diagnóstica e terapêutica do Carcinoma Hepatocelular (HBA.OT.002007)

ANEXOS

- Agenda e Indicações para a visita de avaliação externa (Oncologia Adultos – Cancro Reto e HBP)
- Guia Informativo – Cancro do Reto e Cancro HBP
- Roteiro do Doente Cirúrgico – Cancro do Reto e Cancro HBP
- Roteiro do Doente Oncológico – Cancro do Reto e Cancro HBP
- Percurso do Doente – Centro de Referência Oncologia Adultos – Cancro do Reto e Cancro HBP