



ADMINISTRAÇÃO CENTRAL  
DO SISTEMA DE SAÚDE, IP

OTIMIZAR RECURSOS  
GERAR EFICIÊNCIA



# Guia para Aplicação do Diagnóstico de Desenvolvimento Organizacional nos Cuidados de Saúde Primários

DiOr-CSP - versão 2019

Versão 1.1

Outubro de 2019



REPÚBLICA  
PORTUGUESA

SAÚDE | realização | urap

[WWW.ACSS.MIN-SAUDE.PT](http://WWW.ACSS.MIN-SAUDE.PT)

### **Grupo Técnico para a Revisão da Grelha DiOr-CSP | versão 2019**

(Grupo Técnico Nacional para a Governação Clínica e de Saúde nos Cuidados de Saúde Primários)

- Amaro Júnior
- Ana Isabel Silva
- Diogo Urjais
- Fátima Garcia
- João Ramires
- Lucinda Santos
- Manuela Fernandes
- Manuel Oliveira
- Rafael Gonçalves
- Rita Correia
- Silvana Marques
- Victor Ramos

# Índice

INTRODUÇÃO .....	2
ENQUADRAMENTO E OBJECTIVOS DO DiOr-CSP .....	3
LINHAS DE ORIENTAÇÃO PARA APLICAÇÃO DA GRELHA DiOr-CSP.....	4
Guia para Aplicação do Diagnóstico de Desenvolvimento Organizacional nos CSP (DiOr-CSP).....	5
<b>1 PROCESSOS DE GESTÃO (PG).....</b>	<b>10</b>
1.1 CENTRALIDADE NO CIDADÃO .....	10
1.2 ORGANIZAÇÃO CENTRADA NO CIDADÃO .....	13
1.3 PROFISSIONAIS .....	18
1.4 RESULTADOS.....	21
<b>2 PROCESSOS ASSISTENCIAIS .....</b>	<b>24</b>
2.1 CENTRALIDADE NO CIDADÃO .....	24
2.2 ORGANIZAÇÃO CENTRADA NO CIDADÃO .....	30
2.3 PROFISSIONAIS .....	37
2.4 RESULTADOS.....	40
<b>3 PROCESSOS DE SUPORTE (PS) .....</b>	<b>44</b>
3.1 GESTÃO DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO .....	44
<b>3.1.1 Entre profissionais .....</b>	<b>44</b>
<b>3.1.2 Com o cidadão.....</b>	<b>45</b>
<b>3.1.3 Com o ACeS/UF .....</b>	<b>49</b>
<b>3.1.4 Com a comunidade .....</b>	<b>50</b>
3.2 SISTEMAS E TECNOLOGIAS DA INFORMAÇÃO .....	50
3.3 RECURSOS HUMANOS .....	52
3.4 APROVISIONAMENTO .....	54
3.5 GESTÃO FINANCEIRA .....	56
3.6 SEGURANÇA .....	58
<b>3.6.1 Gestão do Risco .....</b>	<b>58</b>
<b>3.6.2 Segurança dos utentes .....</b>	<b>67</b>
<b>3.6.3 Segurança dos profissionais .....</b>	<b>69</b>
3.7 FORMAÇÃO .....	72
<b>3.7.1 Interna .....</b>	<b>72</b>
<b>3.7.2 Externa .....</b>	<b>73</b>
3.8 INVESTIGAÇÃO .....	74
3.9 IDENTIFICAÇÃO DOS GESTORES DOS PROCESSOS DE SUPORTE (PS) .....	75
<b>NOTA FINAL.....</b>	<b>76</b>
<b>SIGLAS .....</b>	<b>77</b>

## INTRODUÇÃO

A reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), iniciada em 2005, que se baseia num conjunto de princípios como a descentralização, auto-organização, avaliação e responsabilização pelos resultados, visa contribuir para a melhoria da qualidade e segurança de cuidados e desempenho organizacional e, assim, contribuir para o reforço da sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde e dos níveis de saúde de cidadãos, famílias e comunidades.

Um dos principais eixos estratégicos da reforma foi a criação dos Conselhos Clínicos e de Saúde (CCS) para sustentar o desenvolvimento da Governação Clínica e de Saúde no seio dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) e respetivas Unidades Funcionais (UF). No entanto, passados cerca de doze anos desde o início desta, a Governação Clínica e de Saúde tem-se manifestado insuficiente face à potencialidade que poderia atingir.

Por outro lado, o novo modelo de contratualização nos CSP orientada para resultados em saúde, num contexto de boas práticas e baseada na discussão de planos de ação das várias unidades funcionais, que reflitam as respostas às necessidades em saúde identificadas, vem relançar o desafio e reforçar a necessidade de implementar uma nova estratégia para o desenvolvimento de uma cultura de Governação Clínica e de Saúde nos CSP.

Neste sentido e no âmbito da missão e áreas estratégicas do Grupo Técnico Nacional da Governação Clínica e de Saúde nos Cuidados de Saúde Primários, constituído pelo [Despacho n.º 3041/2017, de 11 de abril](#), do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, nomeadamente da alínea d), do seu número 3, “Proceder a uma reflexão sobre o Diagnóstico de Desenvolvimento Organizacional nas USF (DiOr-USF), construindo um instrumento de referência que garanta de forma efetiva e simples a monitorização e melhoria da qualidade organizacional de todas as unidades funcionais dos Cuidados de Saúde Primários (CSP)”, procedeu-se à revisão e reorganização da referida grelha por forma a atualizar o seu conteúdo face ao normativo técnico-científico e legal vigente e alargar o âmbito da sua aplicação a toda a rede de CSP (ACeS - órgãos de gestão e todas as unidades funcionais).

Para o efeito, o desenvolvimento deste processo foi suportado, para além do normativo suprarreferido, pelo seguinte referencial: [grelha DiOr-USF \(versão 2012\)](#); a [Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde](#); [Plano Nacional de Saúde \(revisão e extensão a 2020\)](#); [Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020](#); e o [Modelo de Certificação do Ministério da Saúde](#), nomeadamente o [Manual de acreditação de unidades gestão clínica](#).

Metodologicamente, o percurso de revisão da grelha contou com a participação ativa das Equipas Regionais de Apoio e Acompanhamento (ERA) de cada Administração Regional de Saúde (ARS) e das associações de unidades funcionais (USF-AN e AUCC), integrando ainda a colaboração/audição de um grupo de peritos nesta área e que culminou com um processo de validação exaustivo e de âmbito nacional junto de uma amostra de todas as Unidades Funcionais e ACeS a quem se aplicará a mesma.

Finalmente, pretende-se que este Guia para Aplicação do Diagnóstico de Desenvolvimento Organizacional nos CSP (DiOr-CSP) se constitua num instrumento facilitador e orientador para a apropriação e aplicação da grelha DiOr-CSP.

## ENQUADRAMENTO E OBJECTIVOS DO DIOR-CSP

Na continuidade, reforço e alargamento da aplicação grelha DiOr-CSP (Diagnóstico de Desenvolvimento Organizacional nos CSP) aos ACeS e todas suas unidades funcionais, enquanto instrumento de melhoria contínua da qualidade e segurança de cuidados, pretende-se contribuir para a consolidação dos princípios da reforma dos CSP, promover a coesão e a harmonização do modelo de organização e gestão, monitorização da qualidade organizacional nos CSP, melhorar de forma contínua e sustentada o desempenho assistencial de toda a rede de CSP, suportar a implementação de programas de certificação/acreditação das várias unidades funcionais do ACeS e elevar a satisfação de cidadãos e profissionais.

Importa referir que este instrumento, depois de desenvolvido em suporte eletrónico, integrará a plataforma BI CSP, no campo *e-Qualidade*, a fim de facilitar a sua utilização e promover a transparência sobre o desempenho organizacional e qualidade dos cuidados prestados pelas diferentes entidades em que seja aplicado, contribuindo também, por esta via, para a promoção de uma cultura de *benchmarking*, partilha de boas práticas e melhoria contínua.

### ÂMBITO DO DiOr-CSP

O DiOr-CSP permite, internamente, a autoavaliação de cada unidade funcional e ACeS - órgãos de gestão, auxiliar ao cumprimento da missão dos Conselhos Clínicos e de Saúde e das ERA, nomeadamente a nível do acompanhamento e apoio às unidades funcionais, assim como, constituir-se como ferramenta no âmbito do processo de contratualização relativamente à área da qualidade organizacional. Externamente, em processos de auditoria para transição e manutenção de modelo organizacional (e.g. USF modelo B) e forma de seriação das unidades funcionais em todos os processos de tomada de decisão que careçam desta (e.g. candidaturas, transição de modelo, adesão a programa de certificação/acreditação, etc.).

# LINHAS DE ORIENTAÇÃO PARA APLICAÇÃO DA GRELHA DIOR-CSP

## **a. Técnica de colheita de informação:**

- i. A recolha de informação necessária ao preenchimento da Grelha DiOr-CSP poderá ser por: observação e análise direta de acervo documental; sistemas de informação disponíveis e instalações físicas;
- ii. Entrevista a profissionais e cidadãos sobre evidência não observável e/ou necessária à validação da implementação coerente, na prática clínica e organizacional, de todo o acervo documental da entidade em avaliação/auditoria.

## **b. Organização, preenchimento e resultados:**

A grelha DiOr-CSP está organizada em 3 grupos de processos - gestão, assistenciais e suporte - subdivididos em dimensões específicas que integram os respetivos critérios (133), organizados em duas categorias, A (55) e B (78), que por sua vez se diferenciam em dois níveis de cumprimento, N I e N II, que permitem melhor diferenciar o nível de cumprimento de cada um dos critérios e reconhecer o empenho e esforço na melhoria contínua de qualidade de cada entidade.

Para cada critério está definida a sua fundamentação e os requisitos para a sua validação por respetivo nível.

Para a transição de modelo de desenvolvimento organizacional, nomeadamente de USF Modelo A para Modelo B, é obrigatório o cumprimento de 100% dos critérios A, pelo menos 60% dos B e do critério 1.1 B pelo nível II, que se traduzirá no resultado final de “Aprovado” ou “Não aprovado”.

Sempre que não exista evidência objetiva para validar os requisitos para cada um dos critérios, conforme os descritores que constam da grelha, será atribuído o valor “0”, que expressará o seu não cumprimento. Em caso de cumprimento do critério, este será diferenciado pela atribuição dos valores “1” ou “2” conforme a evidência existente confirme a validação dos requisitos para os respetivos N1 ou N2. Nos critérios em que o nível de cumprimento 2 é “Não Aplicável” é atribuído o valor “2” sempre que exista evidência dos requisitos para a sua validação no nível de cumprimento 1. O cumprimento de um critério pelo nível 2 pressupõe sempre o seu cumprimento pelo nível 1. Não obstante o cumprimento dos critérios, deverão ser sempre referidas oportunidades de melhoria se identificadas no âmbito da autoavaliação/auditoria.

De acordo com a métrica definida para a Grelha DiOr-CSP e cumprimento diferenciado dos seus critérios, todas as entidades obterão uma classificação percentual variável a que corresponderá uma menção qualitativa nos seguintes termos: Não satisfaz (<40%); Satisfaz (40-60%); Bom (60-75 %); Muito bom (75-90%); Excelente (> 90%).

A aplicabilidade dos critérios está definida para cada uma das unidades funcionais e ACeS – órgãos de gestão.

# GUIA PARA APLICAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE DESENVOLVIMENTO ORGANIZACIONAL NOS CSP (DIOR-CSP)

As três primeiras páginas da Grelha DiOr CSP (versão 2019) procedem à devida identificação da Unidade Funcional e ACeS que integra, nomeadamente no que se refere aos seus recursos profissionais e algumas características da população que servem. As últimas duas pretendem resumir a avaliação dos Processos de Gestão, Assistenciais e de Suporte.

Em resumo, as dimensões e critérios dos processos são os seguintes:

<b>1. PROCESSOS DE GESTÃO</b>		
<b>DIMENSÃO 1.1. Centralidade no cidadão</b>		
Critério A	Carta dos direitos e deveres do utente dos serviços de saúde	A
Critério B	Acessibilidade do cidadão	A
Critério C	Reclamações, sugestões e elogios	A
Critério D	Garantia da atribuição de equipa de saúde familiar (médico de família, enfermeiro de família e secretário clínico de família)	B
<b>DIMENSÃO 1.2. Organização centrada no cidadão</b>		
Critério A	Instrumentos estratégicos (Carta de Compromisso, Carta de Qualidade, Guia de Acolhimento ao Utente e Manual de Articulação)	A
Critério B	Plano de Ação (PA) / Plano de Desempenho (PD)	A
Critério C	Relatório de Atividades (RA)	A
Critério D	Regulamento Interno (RI)	A
Critério E	Manual de Procedimentos (MP)	A
Critério F	Tempo de espera após hora marcada	B
Critério G	Horários de trabalho dos profissionais e carga horária	B
Critério H	Enfermeiro de Família	A
Critério I	Secretário Clínico / Secretário Clínico de Família	B
<b>DIMENSÃO 1.3. Profissionais</b>		
Critério A	Suporte de registo de ocorrências	B
Critério B	Delegação de competências	B
Critério C	Conselho Técnico (CT)	A
Critério D	Reuniões periódicas da equipa multiprofissional	A
Critério E	Organização matricial	B
Critério F	Identificação dos gestores dos PG	B
<b>DIMENSÃO 1.4. Resultados</b>		
Critério A	Planos de auditoria internas	A
Critério B	Avaliação do desempenho e eficácia da organização	A
Critério C	Avaliação da satisfação de utentes e profissionais	B
Critério D	Monitorização dos indicadores de qualidade e segurança da unidade	B
Critério E	Qualificação dos espaços de atendimento	B

## 2. PROCESSOS ASSISTENCIAIS

### DIMENSÃO 2.1. Centralidade no cidadão

Critério A	Intimidade e privacidade do cidadão	B
Critério B	Tomada de decisão do cidadão sobre problemas de saúde	B
Critério C	Consentimento informado	A
Critério D	Testamento Vital (RENTEV) / Registo Nacional de Não Dadores (RENDA)	A
Critério E	Conflitos éticos no decurso do processo assistencial	A
Critério F	Direito de livre escolha dos profissionais de saúde de referência	A
Critério G	Direito a segunda opinião	A
Critério H	Mudança de profissional de saúde	A
Critério I	Processo clínico único, seguro e confidencial	A
Critério J	Participação dos utentes em atividades de ensino	A
Critério K	Ações específicas em relação ao cuidador	A
Critério L	Compromisso com as boas práticas	A

### DIMENSÃO 2.2. Organização Centrada no Cidadão

Critério A	Identificação dos processos assistenciais	A
Critério B	Informação documentada sobre a organização	A
Critério C	Informação documentada sobre as necessidades de saúde da população	A
Critério D	Atendimento no próprio dia	A
Critério E	Visitas Domiciliárias (VD)	A
Critério F	Intervenção em grupos vulneráveis e de risco	A
Critério G	Sistema de renovação de medicação crónica	A
Critério H	Sistema de referenciação (interna e externa)	B
Critério I	Literacia em Saúde e integração de cuidados	B
Critério J	Prestação de cuidados em fim de vida	B
Critério K	Transição de cuidados de saúde	B
Critério L	Reconciliação terapêutica	B
Critério M	Atendimento personalizado	B

### DIMENSÃO 2.3. Profissionais

Critério A	Identificação dos gestores dos processos assistenciais	B
Critério B	Responsabilidades e funções dos profissionais	A
Critério C	A carga horária disponível é compatível com a lista de utentes	A
Critério D	Atividade programada como princípio organizativo	B
Critério E	Consulta programada em todo o horário da unidade funcional	A
Critério F	Sistema de intersubstituição	A

### DIMENSÃO 2.4. Resultados

Critério A	Qualidade e grau de cumprimento dos registos clínicos	B
Critério B	Plano de Auditoria Interna (PAI)	A
Critério C	Controlo das não conformidades, ações preventivas e de melhoria	A
Critério D	Monitorização e avaliação do IDG da UF/ACeS	A
Critério E	Reflexão regular sobre qualificação da prescrição	B



<b>3. PROCESSOS DE SUPORTE</b>		
<b>DIMENSÃO 3.1. Gestão da Informação e Comunicação</b>		
<b>3.1.1. Entre Profissionais</b>		
Critério A	Partilha da informação e eficácia na comunicação	B
Critério B	Prática de gestão da documentação e informação	A
Critério C	Elaboração e gestão documental	B
<b>3.1.2. Com o Cidadão</b>		
Critério A	Meios de Comunicação	B
Critério B	Atendimento pelo secretariado clínico	A
Critério C	Atendimento não presencial	A
Critério D	Informação afixada	A
Critério E	Informação publicitada	B
Critério F	Sistema de marcação de consultas	A
Critério G	Guia de acolhimento ao utente	A
<b>3.1.3. Com o ACES / UF</b>		
Critério A	Manual de Articulação	B
Critério B	Gabinete do Cidadão	B
Critério C	Garantir canal de comunicação (interna e externa) com o ACeS/UF	B
<b>3.1.4. Com a Comunidade</b>		
Critério A	Garantir canal de comunicação com a comunidade	B
<b>DIMENSÃO 3.2. Sistemas e Tecnologias de Informação</b>		
Critério A	Plano de contingência dos SI	A
Critério B	Verificação da qualidade e fiabilidade dos dados recolhidos nos SI	B
Critério C	Gestão do equipamento informático	B
<b>DIMENSÃO 3.3. Recursos Humanos</b>		
Critério A	Horários	B
Critério B	Assiduidade	B
Critério C	Plano de férias	B
Critério D	Alteração de profissionais	B
Critério E	Documentação relativa a RH	B
Critério F	Avaliação do desempenho dos profissionais	B
<b>DIMENSÃO 3.4. Aprovisionamento</b>		
Critério A	Gestão de stocks	B
Critério B	Gestão de equipamentos e instalações	B
Critério C	Inventário	B
Critério D	Viatura	B
<b>DIMENSÃO 3.5. Gestão Financeira</b>		
Critério A	Controlo dos desvios orçamentais	B
Critério B	Gestão das taxas moderadoras	B
Critério C	Fundo de maneio	B
Critério D	Monitorização de consumos	B
Critério E	Monitorização da prescrição	B
Critério F	Trabalho suplementar	B

<b>DIMENSÃO 3.6. Segurança</b>		
<b>3.6.1. Gestão do Risco</b>		
Critério A	Cultura e ambiente de segurança	B
Critério B	Identificação e definição da metodologia utilizada para a gestão do risco	B
Critério C	Plano de segurança	B
Critério D	Sistema de proteção contra incêndio	B
Critério E	Sistema de proteção contra intrusão	B
Critério F	Plano de emergência interno e segurança em caso de emergência	A
Critério G	Formação e treino em caso de sinistro	A
Critério H	Formação em SBV	A
Critério I	Vigilância por empresa especializada	B
Critério J	Sinalética de orientação	B
Critério K	Acessibilidade segura de cidadãos com mobilidade reduzida e outras deficiências sensoriais	A
Critério L	Controlo do uso de material farmacêutico e clínico (FEFO, LASA, Recall)	A
Critério M	Controlo de infeção	A
Critério N	Plano e registos de inspeção, manutenção e substituição periódica de equipamentos	B
Critério O	Plano e certificados de calibração de equipamentos	B
Critério P	Avarias e sua resolução	B
Critério Q	Manuais de utilização de equipamentos	B
Critério R	Adequação das instalações e estruturas físicas	B
Critério S	Gestão de resíduos	A
Critério T	Higienização das instalações e equipamentos	B
Critério U	Rede de frio	A
<b>3.6.2. Segurança dos Utentes</b>		
Critério A	Identificação inequívoca do utente	A
Critério B	Identificação de riscos para a segurança do utente	B
Critério C	Gestão da violência	B
Critério D	Incidentes e eventos adversos	B
Critério E	Arquivo de registos inativos	B
<b>3.6.3. Segurança dos Profissionais</b>		
Critério A	Equipamentos de proteção individual	B
Critério B	Adesão ao "Notific@"	B
Critério C	Gestão da violência	B
Critério D	Saúde, higiene e segurança no local de trabalho	B
Critério E	Identificação de profissionais e pessoas estranhas à organização (visitantes)	B
Critério F	Imunização dos profissionais	B
<b>DIMENSÃO 3.7. Formação</b>		
<b>3.7.1. Interna</b>		
Critério A	Garantia das necessidades de formação dos profissionais em função dos objetivos estratégicos e	A
Critério B	Sessões científicas multidisciplinares regulares	B
Critério C	Equipamento necessário para a formação	B
<b>3.7.2. Externa</b>		
Critério A	Participação na formação externa e partilha de conhecimentos	A
Critério B	Capacidade formativa na UF	B

---

<b>DIMENSÃO 3.8. Investigação</b>		
Critério A	Artigos/comunicações/conferências	B
Critério B	Projetos de investigação	B
<b>DIMENSÃO 3.9. Identificação dos gestores dos Processos de Suporte</b>		
Critério A	Identificação dos gestores dos PS e definição das suas responsabilidades	B

# 1. PROCESSOS DE GESTÃO

**DIMENSÃO 1.1 – CENTRALIDADE NO CIDADÃO**

**DIMENSÃO 1.2 – ORGANIZAÇÃO CENTRADA NO CIDADÃO**

**DIMENSÃO 1.3 – PROFISSIONAIS**

**DIMENSÃO 1.4 – RESULTADOS**

## 1 PROCESSOS DE GESTÃO (PG)

### 1.1 CENTRALIDADE NO CIDADÃO

#### A. Carta dos direitos e deveres do utente dos serviços de saúde (Critério do Tipo A)

**Fundamento:** A existência, publicitação e difusão por parte de todos os profissionais da carta dos direitos e deveres do utente dos serviços de saúde ([Lei n.º 15/2014, de 21 de março](#)) é uma forma de garantir a estes a disponibilidade dos serviços de saúde, em todos os níveis e em todas as unidades, respeito pela sua individualidade, como também reconhecendo-os parte integrante dos mesmos, onde podem exercer a sua cidadania participando, direta ou indiretamente, na gestão das organizações e das unidades.

#### **Requisitos para validação:**

**N1:** Afixação e publicitação da carta dos direitos e deveres do utente dos serviços de saúde, em local de livre acesso aos utentes, devidamente adaptada às características da população (nível de literacia, língua estrangeira, etc.) e cidadãos com necessidades especiais (défices cognitivos, sensoriais e outros).

**N2:** Evidência do cumprimento dos direitos do utente dos serviços de saúde e introdução de medidas de melhoria (atas de reuniões multiprofissionais).

## B. Acessibilidade do cidadão (Critério do Tipo A)

**Fundamento:** Garantir os mecanismos necessários para promover a acessibilidade dos cidadãos aos serviços (circulação de utentes, horários adaptados, informação on-line, outras informações, lembretes de agendamentos) conforme Carta de Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do Serviço Nacional de Saúde ([Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio](#)), o Sistema de Livre Acesso e Circulação (LAC) de utentes no SNS e Sistema Integrado de Gestão do Acesso no Serviço Nacional de Saúde (SIGA SNS) - [Despacho n.º 6170-A/2016, de 9 de maio](#) - respeitando os princípios que colocam o cidadão no centro da organização.

### Requisitos para validação:

**N1:** Está contemplado no regulamento interno o compromisso de acessibilidade e em manual de procedimentos está definida a monitorização da Carta de Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do Serviço Nacional de Saúde, trimestralmente, conforme normativo legal vigente. Existe evidência da afixação da carta bem como os resultados da sua monitorização.

**N2:** Existe evidência de reflexão trimestral sobre os resultados da monitorização (ata de reunião do CG ou equipa multiprofissional) e de ações de melhoria implementadas. Garantia de agendamento de consulta programada em 5 dias úteis.

**Orientação:** A Garantia de agendamento de consulta programada em 5 dias úteis aplica-se na situação de avaliação de USF para transição para modelo B: Verificar se está publicitada a possibilidade de os utentes obterem uma consulta programada no prazo de 5 dias úteis; Verificar no sistema de informação, nas agendas médicas e de enfermagem, se existe a possibilidade de obter uma consulta programada em 5 dias úteis, excetuando os períodos de consulta aberta e de reunião; Verificar se foram tomadas decisões sobre as medidas a adotar para reduzir os tempos de espera para a marcação de consultas, ou para manter, no caso de ser inferior a 5 dias úteis, para todos os médicos e enfermeiros (Atas Conselho Geral ou Equipa Multiprofissional).

No âmbito da USP e relativamente à acessibilidade das pessoas com deficiência para efeitos de acesso aos benefícios legalmente estabelecidos, a junta médica deverá ser realizada no prazo de 60 dias a contar da data da entrega do requerimento - [DL n.º 291/2009, de 12 outubro](#)

### **C. Reclamações, sugestões e elogios (Critério do Tipo A)**

**Fundamento:** Divulgação da Carta dos Direitos e dos Deveres do utente dos Serviços de Saúde. Informação, sensibilização e disponibilização de todos os meios para apresentar reclamações, sugestões e elogios (Livro Amarelo, [Livro de Reclamações](#) - Entidade Reguladora da Saúde (ERS), caixa de sugestões, etc.) e correspondente procedimento para o tratamento deste processo que integre a metodologia da sua avaliação no sentido de identificar oportunidades de melhoria. Existência de espaço adequado para a redação da reclamação.

#### **Requisitos para validação:**

**N1:** Verifica-se que existe caixa de sugestões com impressos disponíveis e colocada em local de livre acesso aos utentes, afastada da observação dos profissionais; está publicitada a possibilidade dos utentes emitirem a sua opinião sobre a qualidade dos serviços e a forma de poderem apresentar reclamações, sugestões e elogios; existe um procedimento da UF/ACeS-órgãos de gestão aprovado, para o tratamento das reclamações, sugestões e elogios e existe, nas atas das reuniões multiprofissionais, a evidência da reflexão sobre reclamações, sugestões e medidas de correção adotadas pelo menos no mês seguinte à sua apresentação. Evidência de relatório anual do gabinete do cidadão.

**N2:** Há evidência do cumprimento das ações de melhoria planeadas. Publicitação de melhorias implementadas no âmbito organizativo e funcional, decorrentes de reclamações e sugestões apresentadas.

### **D. Garantia da atribuição de equipa de saúde familiar (médico de família, enfermeiro de família e secretário clínico de família) (Critério do Tipo A)**

**Fundamento:** O modelo organizacional do conjunto de profissionais de saúde que intervêm na área da saúde familiar, nomeadamente nas USF/UCSP, obriga à constituição de equipas de saúde familiar no sentido da atribuição a cada cidadão/família de profissionais de referência em conformidade com política do ACeS para este efeito.

#### **Requisitos para validação:**

**N1:** Encontra-se documentado no Regulamento Interno, no Guia de Acolhimento do Utente (equipa de saúde familiar) e em procedimento.

**N2:** Existe evidência no sistema de informação, exceto para o Secretário Clínico, enquanto este não estiver adaptado.

**Orientação:** Critério aplicável apenas às USF/UCSP.

## 1.2 ORGANIZAÇÃO CENTRADA NO CIDADÃO

### A. Instrumentos estratégicos (Carta de Compromisso, Carta de Qualidade, Guia de Acolhimento ao Utente e Manual de Articulação)

**Fundamento:** Todas as organizações desenvolvem a sua atividade com base em instrumentos estratégicos que determinam o seu estado de desenvolvimento, os seus recursos, os seus problemas, as necessidades dos cidadãos e profissionais, o seu potencial de crescimento e desenvolvimento, os seus objetivos de curto, médio e longo prazo, as estratégias para os atingir, as formas de os monitorizar, os constrangimentos possíveis e as propostas de soluções, as regras organizativas que contribuem para a equidade do esforço de cada elemento da organização/unidade, as regras de comunicação interna e externa e de transparência, as regras de participação dos cidadãos e a forma de prestação de contas.

#### Requisitos para validação:

**N1:** Existe Carta de Qualidade, devidamente atualizada e revista no último ano; Carta de Compromisso/Contrato Programa anual; Manual de Articulação acordado com o ACeS/ARS, com a definição das condições e dos prazos da sua revisão anual; Guia de Acolhimento ao Utente atualizado, com revisão anual e sempre que necessária. Todos estes documentos deverão ser apresentados, revistos e aprovados pela equipa em sede de Conselho Geral, documentado em ata conforme política de gestão documental da UF e publicitado no BI CSP.

**N2:** Feita revisão, com periodicidade pelo menos anual (com identificação dos responsáveis pela última revisão e atualização) sobre a área de influência da UF, cuja base de dados e de informação (e.g. página eletrónica da unidade, sítio no [BI CSP](#) respetivo e outra disponível) está facilmente acessível a qualquer cidadão e profissional; em todos os documentos, são claramente ultrapassados os mínimos requeridos (previstos em N1) e há evidência de ter existido reflexão e envolvimento da equipa (não sendo apenas transcrição de modelos de outras unidades). Cada profissional da equipa esteve envolvido e é responsável pela revisão e atualização e, quando questionado, sabe explicá-lo claramente.

**B. Plano Ação (PA) / Plano de Desempenho (PD) (Critério do Tipo A)**

**Fundamento:** As UF e o ACeS-órgãos de gestão possuem um PA/PD válido para o ano em curso, elaborado, discutido e aprovado por maioria dos seus membros, de acordo com a metodologia de contratualização vigente.

**Requisitos para validação:**

**N1:** Está identificada e caracterizada a área de influência da UF/ACeS-órgãos de gestão, designadamente a densidade populacional e a população inscrita, entre outros. O Plano de Ação foi aprovado por, pelo menos, 2/3 da equipa multiprofissional. Está publicitada a possibilidade de os utentes poderem consultar o Plano de Ação.

**N2:** Monitorização trimestral do desenvolvimento do PA/PD (de acordo com o acompanhamento previsto na contratualização); existência de evidência do cumprimento da introdução de medidas de melhoria implementadas (atas de reuniões multiprofissionais). Existência de projetos e atividades de capacitação e autonomia dos utentes, de desenvolvimento da equipa (*team building*), de desenvolvimento contínuo da qualidade, entre outros. Cada profissional da equipa esteve envolvido e é responsável pela revisão e atualização e, quando questionado, sabe explicá-lo claramente (entrevista). Existe evidência da participação dos cidadãos na elaboração do PA.

**C. Relatório de Atividades (RA) (Critério do Tipo A)**

**Fundamento:** As UF/ACeS-órgãos de gestão possuem um RA válido para o ano anterior, elaborado, discutido e aprovado por maioria dos seus membros, de acordo com a metodologia de contratualização vigente, refletindo a estratégia de gestão e incluindo uma análise do cumprimento dos resultados.

**Requisitos para validação:**

**N1:** Existe Relatório de Atividades do ano civil anterior aprovado por, pelo menos, 2/3 da equipa.

**N2:** O Relatório de Atividades decorre de modo direto e preciso do plano de ação e contém uma componente reflexiva e analítica desenvolvida e suscetível de fundamentar alterações e inovações no Plano de Ação subsequente (aspetos que estão explícitos tanto no relatório como no plano em causa); cada profissional da equipa esteve envolvido e é responsável pela revisão e atualização e, quando questionado, sabe explicá-lo claramente (entrevista).



#### **D. Regulamento Interno (RI) (Critério do Tipo A)**

**Fundamento:** As UF/ACeS-órgãos de gestão possuem um RI atualizado, elaborado, discutido e aprovado por maioria e de acordo com o normativo legal vigente.

##### **Requisitos para validação:**

**N1:** Existe RI de acordo com as orientações institucionais vigentes para a sua elaboração, com evidência da sua discussão e aprovação pela equipa, assim como, do envio ao Conselho Clínico e de Saúde (CCS) e aprovação pelo Diretor Executivo e no caso dos ACeS à ARS. Evidência da revisão do RI promovido pela equipa. Todos os profissionais têm conhecimento dos conteúdos do RI. Evidência da sua aplicação prática. Integra a definição dos serviços mínimos.

**N2:** A sua formulação está nos aspetos práticos do acesso, do acolhimento, da organização e da prestação dos cuidados, explicitamente orientada para assegurar respostas adequadas às necessidades dos cidadãos e corresponder às suas expetativas, assim como, a necessidades organizativas e de gestão.

#### **E. Manual de Procedimentos (MP) (Critério do Tipo A)**

**Fundamento:** As UF/ACeS-órgãos de gestão possuem um MP organizado por processos de gestão, assistenciais e de suporte, validado pelo Conselho Técnico/ Conselho Clínico e de Saúde ou entidade equivalente e aprovado de acordo com o RI da UF/ACeS-órgãos de gestão.

##### **Requisitos para validação:**

**N1:** Manual de procedimentos por UF/ACeS-órgãos de gestão (documentado em ata a sua aprovação) que inclui os procedimentos de todos os seus profissionais e para todos os seus processos; Evidência que todos os profissionais conhecem os procedimentos e os aplicam (entrevista).

**N2:** Feita revisão global com a periodicidade anual (independentemente da data de revisão prevista para cada um dos procedimentos); há evidência de reflexão e envolvimento da equipa na sua elaboração e organização. Cada profissional da equipa esteve envolvido e é responsável pela revisão e atualização e, quando questionado, sabe explicá-lo claramente (entrevista). Há evidência de auditoria aos procedimentos organizativos da UF/ACeS-órgãos de gestão.

## **F. Tempo de espera após hora marcada (Critério do Tipo B)**

**Fundamentos:** A UF monitoriza e publicita o tempo médio de espera pela consulta/atividade após a hora marcada.

### **Requisitos para validação:**

**N1:** Existe evidência disponível e publicitada na UF/ACeS-órgãos de gestão sobre a monitorização trimestral do tempo de espera para consulta/atividade.

**N2:** Existem procedimentos, projetos ou outras iniciativas para envolver os utentes neste processo, monitorizar, analisar e corrigir tempos fora do intervalo de compromisso documentado em ata.

## **G. Horários de trabalho dos profissionais e carga horária (Critério do Tipo B)**

**Fundamento:** A carga horária atribuída aos profissionais deve ser adequada às atividades previstas de acordo com os recursos existentes no momento, procurando-se o necessário equilíbrio entre o cumprimento das atividades inerentes ao plano e o estado emocional e físico dos profissionais. O horário de trabalho a praticar por cada elemento da equipa multiprofissional resulta da articulação e do acordo entre todos os profissionais, tendo em conta o Plano de Ação, o período de funcionamento, a cobertura assistencial e as modalidades de regime de trabalho previstas na lei.

### **Requisitos para validação:**

**N1:** Evidência no RI sobre o modelo de aprovação dos horários dos profissionais em sede de Conselho Geral e sua submissão pelo coordenador ao diretor executivo do ACES para validação, no respeito integral pelos princípios do fundamento. Está descrita e documentada a distribuição de horários dos profissionais ao longo de todo o período de funcionamento da unidade.

**N2:** Evidência de ajustes e aperfeiçoamentos na organização dos horários, decorrentes da reflexão crítica da equipa (registos em atas e exemplos práticos de alterações introduzidas); qualquer profissional da equipa, quando questionado sobre o seu horário, é capaz de explicar as razões da sua organização e distribuição ao longo de cada dia na semana, em função do referido anteriormente (entrevista).

## H. Enfermeiro de Família (Critério do Tipo A)

**Fundamento:** Existência efetiva da prática de enfermagem de família.

### Requisitos para validação:

**N1:** Proporção de consultas realizadas pelo próprio seu enfermeiro igual ou superior a 75% (validação no Sistema de Informação da média anual do indicador com ID 5: Proporção de consultas realizadas pelo respetivo enfermeiro de família).

**N2:** É possível constatar que o enfermeiro de família é o contacto de referência, na sua área de responsabilidade técnica. Existe informação destinada ao público sobre o papel do enfermeiro de família e o utente, quando questionado, identifica o seu enfermeiro de família.

**Orientação:** Critério aplicável apenas às USF/UCSP.

## I. Secretário Clínico / Secretario Clínico de Família (Critério do Tipo B)

**Fundamento:** Em todas as UF deverá estar assegurada a alocação de secretário clínico (SC) ajustada à sua atividade assistencial. Nas USF/UCSP deverá ainda proceder-se à atribuição de uma lista de famílias a cada um destes profissionais nos termos organizativos que a UF venha a entender como o mais funcional e efetivo para o seu desempenho assistencial (equipa de saúde familiar, lista de famílias por área geodemográfica, etc.). Pretende-se que todos os SC cumpram de forma equitativa a tarefa de acolhimento aos utentes.

### Requisitos para validação:

**N1:** Existência de procedimento. Verifica-se a conformidade quando todos têm horário de atendimento atribuído no secretariado e na retaguarda (validar se não existem diferenças de registo de taxas entre os secretários clínicos superiores a 50% da média obtida, em relatório diário das taxas moderadoras de três meses aleatórios, tendo em consideração os meses de férias e as ausências dos profissionais). Face à atribuição de uma lista de famílias, existe evidência de execução das tarefas administrativas destas famílias no mesmo secretário clínico (gestão de documentos, email, receituário crónico, convocatórias, taxas, referenciação, agendamento, etc.).

**N2:** Há evidência da aplicação do procedimento (que englobe o mapa/documento de distribuição de tarefas) através de entrevista profissional e envolvimento do SC na elaboração dos documentos da UF. Evidência verificada através de entrevista aos profissionais, cidadãos e análise documental.

## 1.3 PROFISSIONAIS

### A. Suporte de registo de ocorrências (Critério do Tipo B)

**Fundamento:** Um suporte de registo de ocorrências, positivas ou negativas, estimula a participação dos profissionais na gestão da organização/unidade funcional, melhorando a cultura organizacional e o sentimento de pertença, facilita o desenvolvimento e a partilha de experiências, a iniciativa e a criatividade.

#### Requisitos para validação:

**N1:** Existência de um suporte, físico ou digital, onde qualquer profissional, identificado ou anónimo, possa reportar comentário ou sugestão sobre qualquer aspeto da atividade individual ou coletiva, da sua unidade ou da organização, ou de articulação entre profissionais ou entre unidades. Evidência de análise mensal dos registos na UF (atas das reuniões multiprofissionais) e a nível do ACeS mensal.

**N2:** Evidência de introdução de medidas de melhoria (atas e testemunhos de profissionais).

### B. Delegação de competências (Critério do Tipo B)

**Fundamento:** A delegação de competências é um instrumento fundamental de modernização da gestão e de partilha de responsabilidades que contribui para a consolidação da cultura organizacional, de agilização e proximidade da gestão.

#### Requisitos para validação:

**N1:** Pela consulta do Regulamento Interno e outros documentos da UF/ACeS-órgãos de gestão (como atas, quando aplicável e através da entrevista aos profissionais), verifica-se que todos os profissionais têm tarefas de

gestão atribuídas; está prevista e existe a delegação de competências do coordenador / DE / PCCS noutros elementos da UF/Órgão do ACeS.

**N2:** Constata-se que os profissionais têm prestado, trimestralmente (conforme processo de contratualização), informação sobre as áreas de sua responsabilidade (relatório de atividades, intervenções para resolução de problemas registadas em atas de reuniões, etc.) e de acordo com as competências formalmente atribuídas, reservando-se o coordenador para o papel de apoio e coordenação.

### **C. Conselho Técnico (Critério do Tipo A)**

**Fundamento:** A UF dispõe de um Conselho Técnico (CT) constituído por um elemento de cada área profissional que a integra, eleitos respetivamente pelos elementos de cada grupo profissional.

#### **Requisitos para validação:**

**N1:** Verifica-se a existência de ata (s) que demonstra (m) a eleição do elemento de cada área profissional que integra a UF, respetivamente eleitos pelos elementos de cada grupo profissional, que constituem o CT. Existem pelo menos 4 atas de reuniões por cada semestre, em meses diferentes e o conteúdo das reuniões está de acordo com as competências do CT. Evidência da articulação com o CCS e difusão interna desta.

**N2:** O CT definiu explicitamente as suas prioridades estratégicas e assume-se como dinamizador da governação clínica e de saúde ao nível da equipa (objetivada pela existência de iniciativas e projetos documentados por textos de trabalho e relatos de atividades concretas). As reuniões têm uma periodicidade mensal, com ordens de trabalho e atas ou resumos que explicitam análises e decisões orientadoras da ação do CT. Revisão trimestral da atividade do CT com emissão de relatório (que integrará o RA da UF).

### **D. Reuniões periódicas da equipa multiprofissional (Critério do Tipo A)**

**Fundamento:** Nas UF/ACeS-órgãos de gestão constitui boa prática gestonária a realização periódica de reuniões multiprofissionais de acordo com a periodicidade prevista no normativo legal vigente. São momentos importantes de comunicação, de escuta ativa e de consensualização de decisões.

**Requisitos para validação:**

**N1:** A periodicidade das reuniões cumpre o normativo legal vigente (atas de reuniões). A convocatória das reuniões foi emitida com pelo menos 48 horas de antecedência e inclui a ordem de trabalhos. Verifica-se nas atas as presenças e a justificação das ausências nas reuniões da UF/ACeS-órgãos de gestão; consta das mesmas a data e o local de reunião, os assuntos apreciados, as deliberações tomadas, responsabilidades atribuídas, a forma e resultado das votações (quando aplicável) e a respetiva aprovação da ata; as deliberações sobre a apreciação de comportamento ou das qualidades de qualquer elemento são tomadas por escrutínio secreto.

**N2:** Todos os profissionais participam em regime de rotatividade na dinamização e moderação das reuniões; qualquer profissional quando questionado, testemunha que nunca se sentiu constrangido em qualquer votação ocorrida na UF/ACeS-órgãos de gestão, e que mais de metade das agendas das reuniões dos últimos 6 meses combinam temas de natureza organizacional e partilha de experiências de âmbito técnico-clínico com interesse multiprofissional.

**E. Organização Matricial (Critério do Tipo B)**

**Fundamento:** As UF/ACeS-órgãos de gestão dispõem de um modelo de organização horizontal que garante a transdisciplinaridade e multiprofissionalidade, no respeito pelas competências específicas de cada um dos seus elementos e no sentido de alcançar um maior compromisso e segurança assistencial, promoção da relação interpessoal e coesão da equipa.

**Requisitos para validação:**

**N1:** Constata-se que todos profissionais assumem responsabilidades no âmbito da organização e desenvolvimento da equipa, para além das inerentes ao seu perfil profissional (entrevista).

**N2:** Evidência de participação nas reuniões, partilha de ideias, sessões de *team building*. Validação/eleição da coordenação da UF a cada período de três anos (ciclo de gestão).

**F. Identificação dos gestores dos PG (Critério do Tipo B)**

**Fundamento:** O conhecimento dos gestores dos vários processos, quaisquer que sejam, é fundamental para a responsabilização dos profissionais, para a orientação do processo e para a prestação de contas.

**Requisitos para validação:**

**N1:** Verificar se no RI ou noutro documento da UF/ACeS-órgãos de gestão estão identificados os gestores dos vários processos, pelo menos um de cada área profissional.

**N2:** Verificar se é do conhecimento de toda a equipa as funções e atividades desenvolvidas pelos GP (entrevista).

## 1.4 RESULTADOS

### A. Programa de auditorias internas (Critério do Tipo A)

**Fundamento:** O programa de auditorias internas apoia o desenvolvimento da organização/unidade no sentido da melhoria contínua, obrigando a um esforço de diagnóstico de problemas, propostas de ações e soluções, envolvendo o máximo possível de profissionais, monitorização e concretização da melhoria num espaço de tempo oportuno e útil. O programa de melhoria contínua deve ser anual nas unidades funcionais, podendo ser plurianuais nos órgãos de gestão do ACeS, desde que o programa assim o justifique. O programa deve envolver as várias áreas profissionais ou os vários elementos existentes nas unidades ou nos órgãos de gestão do ACeS.

**Requisitos para validação:**

**N1:** Existência de um programa de melhoria contínua de pelo menos duas áreas, identificadas como problemáticas, uma das quais no acesso, que incluam o diagnóstico do problema, os critérios de qualidade nessa área, os objetivos de melhoria, as atividades a desenvolver, os profissionais envolvidos, os responsáveis pela monitorização e pela elaboração do relatório final. Em cada ano deverá existir evidência de relatório final do programa de auditoria/controlado do ano anterior e o projeto e cronograma do programa do ano em curso.

**N2:** Divulgação dos resultados, da avaliação e da introdução de medidas de melhoria, a nível institucional e partilha entre as diversas unidades do ACeS para potenciar o desenvolvimento da aprendizagem formativa e colaborativa.

**B. Avaliação do desempenho e eficácia da organização (Critério do Tipo B)**

**Fundamento:** A UF/ACeS-órgãos de gestão têm implementado uma prática contínua de monitorização, discussão e implementação de medidas de melhoria do seu Índice de Desempenho Global (IDG), em concordância e visando o cumprimento da sua Carta de Qualidade, Carta de Compromisso, Carta dos Direitos e Deveres do Utente dos serviços de saúde e a Carta de Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do Serviço Nacional de Saúde ([Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio](#)).

**Requisitos para validação:**

**N1:** Avaliação trimestral do Índice de Desempenho Global (IDG) da UF/ACeS-órgãos de gestão (ata do CG).

**N2:** Evidência de reflexão e implementação de medidas de melhoria.

**Orientação:** consultar [BI CSP](#).

**C. Avaliação da satisfação de utentes e profissionais (Critério do Tipo B)**

**Fundamento:** A avaliação da satisfação de utentes e dos profissionais é um instrumento relevante e indispensável para a melhoria contínua da qualidade organizacional e avaliação de desempenho da UF/ACeS-órgãos de gestão.

**Requisitos para validação:**

**N1:** Garantir a existência de um processo de avaliação anual da satisfação dos utentes e dos profissionais em cada UF/ACeS-órgãos de gestão. Divulgação dos resultados.

**N2:** Estão documentadas as medidas de melhoria decorrentes dos resultados das avaliações da satisfação (atas).



#### D. Monitorização dos indicadores de qualidade e segurança da unidade (Critério do Tipo B)

**Fundamento:** Dispor de um sistema de monitorização dos resultados baseado em indicadores, que permita estabelecer objetivos, identificar desvios e corrigir as suas causas, sendo que no âmbito da governação clínica e da saúde constitui requisito maior para garantir a qualidade e segurança da prestação de cuidados de saúde.

##### Requisitos para validação:

**N1:** A UF/ACeS-órgãos de gestão dispõe de um quadro de indicadores ou outro sistema para o acompanhamento dos seus indicadores da qualidade e segurança, conforme Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Existe uma avaliação trimestral dos resultados dos indicadores da qualidade e segurança, identificando-se áreas de melhoria.

**N2:** Evidência de prática trimestral de reflexão, introdução de medidas de melhoria (ata) e verificação dos resultados destas.

#### E. Qualificação dos espaços de atendimento (Critério do Tipo B)

**Fundamento:** A UF/ACeS-órgãos de gestão assume que as condições de conforto oferecidas as pessoas constituem uma variável da sua própria gestão, analisando a situação, empreendendo ações de melhoria e corrigindo, se necessário, os resultados obtidos. Para este efeito deve considerar o diagnóstico de situação, reclamações e inquéritos de satisfação e referencial relacionado e contemplado no [Programa de Literacia em Saúde e Integração de Cuidados](#).

##### Requisitos para validação:

**N1:** Toda a área de atendimento apresenta condições que permite o atendimento ao cidadão em segurança, conforto e privacidade e no respeito por quem evidencia necessidades especiais.

**N2:** Pretende-se que a área de atendimento também promova a literacia em saúde através de uma boa estratégia de comunicação e informação nos espaços de atendimento (espaços de livre acesso ao cidadão) pela disponibilização de conteúdos sobre saúde, sobre a organização e funcionamento da UF/ACeS-órgãos de gestão. São promovidas auditorias internas anuais sobre este processo.

## 2. PROCESSOS ASSISTENCIAIS

DIMENSÃO 2.1 – CENTRALIDADE NO CIDADÃO

DIMENSÃO 2.2 – ORGANIZAÇÃO CENTRADA NA PESSOA

DIMENSÃO 2.3 – PROFISSIONAIS

DIMENSÃO 2.4 – RESULTADOS

## 2 PROCESSOS ASSISTENCIAIS

### 2.1 CENTRALIDADE NO CIDADÃO

#### A. Intimidade e privacidade do cidadão (Critério do Tipo B)

**Fundamento:** Garantir o direito à intimidade e privacidade do cidadão em todos os locais de atendimento, criando normas e procedimentos (regulamentação do circuito dos cidadãos, etc.), proporcionando formação e atividades de sensibilização para os profissionais e utilizando meios físicos adequados que permitam a adaptação das estruturas e espaços (em termos visuais e auditivos) durante o atendimento.

#### Requisitos para validação:

**N1:** Verificar se existem normas e procedimentos (Manual de Procedimentos / Arquivo documental) para garantir a preservação da privacidade da pessoa durante o atendimento e a prestação de cuidados. Exemplo: procedimento aprovado garantindo a privacidade do cidadão em todos os locais de atendimento (telefônico, correio eletrônico, recepção ou gabinetes de consulta médica ou de enfermagem).

**N2:** Existem atividades de sensibilização/formação para os profissionais e utilizam meios físicos adequados que permitam a adaptação das estruturas e espaços (em termos visuais e auditivos) durante o atendimento.

## B. Tomada de decisão do cidadão sobre problemas de saúde (Critério do Tipo B)

**Fundamento:** Disponibilizar informação adequada ao nível de compreensão dos cidadãos, adaptada ao seu nível de literacia em saúde, para que possam participar ativamente nas tomadas de decisão sobre os seus problemas de saúde. Para o efeito, a unidade deve dispor de mecanismos para a comunicação efetiva com cidadãos de língua estrangeira e portadores de deficiência física, sensorial ou cognitiva. Garantir a existência de procedimento sobre representante legal do cidadão (e.g. Regime jurídico do maior acompanhado - [Lei n.º 49/2018 - Diário da República, 1.ª série - N.º 156 - 2018-08-14](#)), quando aplicável.

### Requisitos para validação:

**N1:** Verificar se existe procedimento que descreva as ferramentas utilizadas para ultrapassar as barreiras de comunicação e aprovado em reunião de Conselho Geral; verificar se existe procedimento sobre o representante legal do cidadão em situações regulamentadas.

**N2:** Disponibilizar ao cidadão vários instrumentos/ferramentas que possam auxiliar a compreensão e a participação ativa na tomada de decisão sobre os seus problemas de saúde, como por exemplo: imagens, listagens de sinais e sintomas, etc. Verificar em entrevista aos profissionais a sua aplicação.

## C. Consentimento informado (Critério do Tipo A)

**Fundamento:** Garantir a existência de consentimento informado livre e esclarecido, devidamente documentado nos termos legais em vigor ([Norma da DGS n.º 015/2013, de 03/10/2013, atualizada a 04/11/2015 - Consentimento informado, esclarecido e livre dado por escrito](#)). Garantir pelo menos uma auditoria anual a este processo. Facultar ao cidadão toda a informação que permita a escolha entre duas ou mais opções para o seu problema de saúde e as respetivas vantagens e eventuais riscos inerentes à sua tomada de decisão. Garantir a existência de procedimento sobre representante legal do cidadão (e.g. Regime jurídico do maior acompanhado: [Lei n.º 49/2018 - Diário da República, 1.ª série - N.º 156 - 2018-08-14](#)), quando aplicável.

### Requisitos para validação:

**N1:** Existe uma relação dos processos da Carteira de Serviços que requerem consentimento informado escrito. Arquivo documental - Verificar se existe registo do consentimento informado nos atos em que são obrigatórios; verificar se existe uma avaliação anual do grau de cumprimento deste direito. Cumprimento a 100% do procedimento.

N2: Não aplicável

#### D. Testamento vital (RENTEV) / Registo nacional de não dadores (RENDA) (Critério do Tipo A)

**Fundamento:** Garantir o direito de acesso ao cidadão sobre toda a informação relativa ao Testamento Vital (RENTEV - Registo Nacional do Testamento Vital: [Lei n.º 25/2012, de 16 de julho](#); [Portaria n.º 96/2014, de 5 de maio](#), alterada [pela Portaria n.º 141/2018, de 18 de maio](#); [Circular Informativa da SPMS n.º 5/2014, de 24 de junho](#); Modelo de DAV, publicado na [Portaria n.º 104/2014, de 15 de maio](#)) e o Registo Nacional de Não Dadores (RENDA - registo nacional criado pela [Lei n.º 12/93, de 22 de abril](#) e regulado pelo [Decreto-Lei n.º 244/94, de 26 de setembro](#)) no qual os cidadãos manifestam junto do Ministério da Saúde a sua total ou parcial indisponibilidade para a dádiva *post mortem* de certos órgãos ou tecidos. Implementar procedimentos que permitam aos profissionais conhecer e saber como agir de acordo com as instruções prévias da pessoa sobre a sua saúde.

##### Requisitos para validação:

**N1:** Existe um procedimento que permite aos profissionais da unidade conhecer as instruções prévias de cada cidadão (continuação ou interrupção de medidas de suporte de vida, destino dos seus órgãos, etc.), bem como quem é o seu representante quando a pessoa não possa decidir (entrevista aos profissionais).

**N2.** Formação da equipa documentada sobre este processo (atas das reuniões e/ou relatório de formação).

#### E. Conflitos éticos no decurso do processo assistencial (Critério do Tipo A)

**Fundamento:** Garantir os mecanismos necessários para formulação de questões e/ou pedido de aconselhamento à Comissão de Ética em conformidade com o seu Regulamento Interno e respetivos procedimentos.

##### Requisitos para validação:

**N1:** A unidade dispõe de um procedimento para consulta e formulação de questões a colocar à Comissão de Ética.

---

**N2:** Discussão interna da equipa sobre questões éticas relacionadas com a prestação de cuidados (documentado em ata).

#### **F. Direito de livre escolha dos profissionais de saúde de referência (Critério do Tipo A)**

**Fundamento:** Garantir ao cidadão a liberdade de escolha e acesso ao profissional de referência. Implementar procedimentos para permitir aos profissionais e ao cidadão identificarem, em cada momento do processo assistencial, quem são os profissionais de referência.

##### **Requisitos para validação:**

**N1:** Existe um procedimento para a afetação do profissional de saúde de referência para cada cidadão.

**N2:** Verificar a aplicação do procedimento através da avaliação de alguns processos de utentes inscritos no último ano.

#### **G. Direito a segunda opinião (Critério do Tipo A)**

**Fundamento:** Garantir o direito do cidadão a uma segunda opinião, interna ou externa à unidade/ACeS-órgãos de gestão, de acordo com os seus direitos.

##### **Requisitos para validação:**

**N1:** Existe um procedimento para a obtenção de segunda opinião, devidamente publicitado na unidade/ACeS-órgãos de gestão (Carta dos Direitos e Deveres do utente dos serviços de saúde, Guia de Acolhimento ao Utente).

**N2:** Existem folhetos, cartazes ou outros suportes que reforcem o direito do cidadão relativamente à obtenção de uma segunda opinião na UF/ACeS-órgãos de gestão ou fora destes. Auditar anualmente o processo.

## H. Mudança de profissional de saúde (Critério do Tipo A)

**Fundamento:** Assegurar a possibilidade de mudança de profissional de saúde dentro da UF por solicitação do cidadão, em sede de regulamento interno, elaborando para o efeito o respetivo procedimento. A mudança de um qualquer profissional não implica necessariamente a mudança de outros profissionais de referência, como por exemplo, nas equipas de saúde familiar.

### Requisitos para validação:

**N1:** Verificar se está assegurada a possibilidade de mudança de profissional de saúde dentro da UF por solicitação do cidadão. Procedimento aprovado para o efeito.

**N2:** Verificar a aplicação do procedimento através de auditoria anual com avaliação dos processos correspondentes.

## I. Processo clínico único, seguro e confidencial (Critério do Tipo A)

**Fundamento:** Garantir a existência de um processo único por cidadão, acessível ao próprio e aos profissionais envolvidos no processo de cuidados, com o objetivo de facilitar o planeamento dos cuidados no âmbito dos processos assistenciais, de diminuir o erro e de proporcionar cuidados mais seguros. Assegurar permanentemente a confidencialidade da informação pessoal e clínica dos cidadãos e o seu arquivo seguro.

### Requisitos para validação:

**N1:** Instalações e equipamentos - Verificar se a UF/ACeS-órgãos de gestão têm os registos clínicos em suporte papel ou informático, centralizados em arquivos próprios, de forma segura, de acesso restrito aos cidadãos, mas acessível aos profissionais e está garantida a realização de cópias de segurança relativamente aos suportes eletrónicos de acordo com as regras definidas [Exemplo: a informação circula em envelopes ou pastas fechadas, bloqueio da sessão de trabalho (*time out*), *back up*, etc.].

**N2:** A unidade/ACeS-órgãos de gestão assegura que toda a informação clínica é integrada no processo clínico eletrónico. A unidade aplica os requisitos de confidencialidade da informação clínica, conforme regulamentos e normativos legais aplicáveis.

---

**Orientação:** Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados ([Regulamento \(UE\) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016](#)).

#### **J. Participação dos utentes em atividades de ensino (Critério do Tipo A)**

**Fundamento:** Garantir o direito de o cidadão recusar a presença de formandos durante o atendimento pelo profissional de saúde (Carta dos Direitos e Deveres do Utente dos serviços de saúde).

##### **Requisitos para validação:**

**N1:** Informação publicitada/Guia de Acolhimento ao Utente - Verificar se está publicitada aos utentes, a forma de recusarem a presença de formandos ou a prestação de cuidados por estes, de acordo com Carta dos Direitos e Deveres do Utente dos serviços de saúde.

**N2:** Existe um procedimento explícito e práticas sistemáticas de informação positiva que sensibilize para a colaboração dos cidadãos na formação de novos profissionais de saúde.

#### **K. Ações específicas em relação ao cuidador (Critério do Tipo A)**

**Fundamento:** Identificação do cuidador no processo clínico do cidadão, se aplicável, a existência de seu representante legal (e.g. Regime jurídico do maior acompanhado: [Lei n.º 49/2018 - Diário da República, 1.ª série - N.º 156 - 2018-08-14](#)). Assegurar que seja avaliado o risco de sobrecarga do cuidador e que sejam adotadas as medidas e respostas de apoio de saúde e sociais adequadas à situação ([Estatuto do Cuidador Informal](#) e Guia do Cuidador Informal).

##### **Requisitos para validação:**

**N1:** Existe evidência da existência de procedimento e informação sobre os recursos da comunidade para apoio ao cuidador.

**N2:** Implementação de intervenções de suporte ao cuidador e devida documentação (auditoria): taxa de *stress* e exaustão do cuidador através da escala de sobrecarga do cuidador (ZARIT); formas de o prestador de cuidados enfrentar as dificuldades (CAMI); perceção de autoeficácia do cuidador para tomar conta (Escala Schumacher, 2000); satisfação do cuidador através da escala de satisfação do cuidador (CASI).

## L. Compromisso com as boas práticas (Critério do Tipo A)

**Fundamento:** Garantir a utilização de práticas seguras, em consonância com as normas e as recomendações em vigor (Programas de Saúde; Processos Assistenciais Integrados; normas de orientação clínica, etc.) e a existência de um procedimento para a qualidade dos registos clínicos e definição dos critérios da sua avaliação, segundo as classificações oficiais. Assegurar a implementação de processos assistenciais integrados, reforçando a cooperação e complementaridade entre unidades funcionais e sua articulação com outros níveis de cuidados.

### Requisitos para validação:

**N1:** Manual de Procedimentos /Manual de Boas Práticas: verificar se existem e são utilizadas as normas de orientação clínica para os grupos de risco e grupos vulneráveis e respetivos processos assistenciais integrados. Os procedimentos devem ser descritos detalhadamente, representados também por meio de fluxogramas e incluir mapas definindo responsabilidades por profissional.

**N2:** Revisão sistemática (auditorias clínicas) documentada em relatórios e atas de reuniões (Conselho Técnico, sessões clínicas (multi) profissionais). Procedimentos que clarifiquem os processos, apresentem coerência e continuidade e que ajudem na integração de novos colaboradores. Evidência de ações desenvolvidas para o reforço da cooperação entre UF/ACeS-órgãos de gestão e sua articulação com outros níveis de cuidados.

## 2.2 ORGANIZAÇÃO CENTRADA NO CIDADÃO

### A. Identificação dos processos assistenciais (Critério do Tipo A)

**Fundamento:** Garantir a definição dos Processos Assistenciais da UF no Regulamento Interno e a elaboração dos respetivos procedimentos, onde conste o circuito do cidadão que procura a unidade, os profissionais que interagem com ele e as atitudes a tomar de acordo com as várias hipóteses de situações que a UF identifique e demonstre a sua prática.



**Requisitos para validação:**

**N1:** Regulamento Interno - Verificar se existe a definição de consulta aberta, da consulta programada e da visita domiciliária, com o respetivo sistema de intersubstituição; Manual de Procedimentos ou Arquivo documental - Verificar se existe um fluxograma e estão definidos os procedimentos de cada profissional em cada processo-chave; Sistema de informação e entrevista com os profissionais - Verificar se na agenda dos profissionais existem agendamentos/registos de contactos no próprio dia de acordo com os períodos de consulta aberta. Verificar se na agenda dos profissionais, nos 6 meses seguintes, existe programação para os grupos de risco, vulneráveis e visita domiciliária (confirmar questionando os profissionais). A unidade nomeou responsável (viés) por cada processo assistencial implementado. A unidade implementou os processos assistenciais correspondentes à sua carteira de serviços (análise da situação, adaptação local, desenvolvimento de grupos de melhoria). Os profissionais conhecem as suas responsabilidades e funções relativamente aos processos assistenciais implementados. Identificaram-se e priorizaram-se as linhas estratégicas de desenvolvimento dos Programas de Saúde que a unidade deve implementar tendo em conta a sua carteira de serviços.

**N2:** Existe evidência sobre: a organização dos processos-chave e os horários das agendas estão orientados para as necessidades e expectativas dos utentes; ajustes e aperfeiçoamentos na definição destes processos decorrentes de análise e reflexão crítica da equipa (registos em atas e exemplos práticos de alterações introduzidas); qualquer profissional da equipa, quando questionado, deverá explicitar as melhorias introduzidas.

**B. Informação documentada sobre a organização (Critério do Tipo A)**

**Fundamento:** Disponibilização de informação ao cidadão sobre a organização da unidade funcional/ACeS-órgãos de gestão (Guia de Acolhimento ao Utente; horários dos profissionais, PA, RI, etc.) no sentido de garantir o seu envolvimento e participação ativa.

**Requisitos para validação:**

**N1:** A informação atualizada, de acordo com o procedimento para a qualidade dos documentos e folhetos, objetiva, pertinente e bem distribuída no espaço disponível e de acordo com as orientações da ERS e da "Qualificação dos espaços de atendimento" ([SNS+ Proximidade](#)).

**N2:** Informação partilhada/divulgada em locais de fácil acesso ao cidadão através de suportes digitais, preferencialmente.

### C. Informação documentada sobre as necessidades de saúde da população (Critério do Tipo A)

**Fundamento:** Disponibilização dos planos, nacional, regional e local de saúde.

#### Requisitos para validação:

**N1:** A UF/ACeS-órgãos de gestão dispõe de informação sobre as necessidades de saúde da sua população de referência e integra-a no processo de planeamento da sua atividade assistencial (PLS/PA).

**N2:** No âmbito da informação disponibilizada sobre as necessidades em saúde da sua população assegurar a verificação em ata da reflexão da equipa no momento de elaboração do seu plano de ação.

### D. Atendimento no próprio dia (Critério do Tipo A)

**Fundamento:** Assegurar que estão publicitadas as condições em que é garantido o atendimento no próprio dia ao utente do Serviço Nacional de Saúde (Carta de Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do Serviço Nacional de Saúde: [Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio](#)) pelos profissionais de saúde.

#### Requisitos para validação:

**N1:** Informação publicitada/Guia de Acolhimento - Verificar se estão publicitadas as condições em que é garantido o atendimento médico, de enfermagem e outros profissionais de saúde no próprio dia.

**N2:** Os suportes físicos dessa publicitação e o seu *design* evidenciam profissionalismo e qualidade gráfica e o seu conteúdo evidencia uma atitude de resposta adequada às diversas necessidades dos utentes, de acordo com o procedimento da gestão documental. Estão implementadas formas de verificação/ monitorização do cumprimento do procedimento para atendimento no próprio dia.

### E. Visitas Domiciliárias (VD) (Critério do Tipo A)

**Fundamento:** Assegurar que estão publicitados os critérios de inclusão a ter em conta na realização das visitas domiciliárias (VD) e que está previsto no manual de procedimentos a articulação entre os diversos profissionais de saúde, garantindo um plano conjunto de cuidados de saúde ao utente no domicílio (Carta de Direitos de

Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do Serviço Nacional de Saúde - Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio).

**Requisitos para validação:**

**N1:** Informação publicitada/Guia de Acolhimento ao Utente - Verificar se estão publicitados os critérios de inclusão a ter em conta na realização das visitas domiciliárias. Manual de Procedimentos - Verificar no procedimento das consultas domiciliárias, se existe a evidência da programação conjunta destes utentes, entre médicos e enfermeiros (USF/UCSP) ou outros profissionais de saúde, podendo ou não ser realizada a consulta em simultâneo; Sistema de Informação - Verificar em, pelo menos, três utentes dependentes aleatórios que existiu prática de cuidados médicos e de enfermagem (USF/UCSP).

**N2:** Sistema de Informação - Está documentado um plano de cuidados explícito, partilhado e integrado em pelo menos 3 utentes dependentes aleatórios, envolvendo cuidados médicos, de enfermagem e outros profissionais de saúde.

**F. Intervenção em grupos vulneráveis e de risco (Critério do Tipo A)**

**Fundamento:** Assegurar que as consultas e as visitas domiciliárias (VD) a utentes de grupos vulneráveis e de risco sejam programadas de forma articulada entre os diferentes profissionais de saúde.

**Requisitos para validação:**

**N1:** Manual de Procedimentos - Verificar no procedimento das consultas para os grupos vulneráveis e de risco, se existe a evidência da programação conjunta destes utentes, abrangidos pelos respetivos programas de saúde, entre médicos, enfermeiros e demais profissionais de saúde. Podendo ou não ser realizada a consulta/ato em simultâneo.

**N2:** Existem procedimentos que clarificam os objetivos e o conteúdo da ação de cada profissional e os registos realizados no processo clínico traduzem este planeamento.

### G. Sistema de renovação de medicação crónica (Critério do Tipo A)

**Fundamento:** Assegurar que estão publicitadas as condições de renovação das prescrições de medicação prolongada e que existe um procedimento onde é definido o tempo máximo de resposta garantido (TMRG - 72 horas contadas da receção do pedido - Carta de Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do Serviço Nacional de Saúde: Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio).

#### Requisitos para validação:

**N1:** Informação publicitada/Guia de Acolhimento ao Utente - Verificar se estão publicitadas as condições de renovação das prescrições de medicação prolongada; Manual de Procedimentos - Verificar a existência de procedimento do sistema de renovação de medicação crónica, definindo o TMRG aplicável (72 horas contadas da receção do pedido). Sistema de Informação - Verificar no sistema de informação que não existem pedidos de receituário crónico (contacto indireto) a aguardar a emissão há mais de 72 horas contadas da receção do pedido.

**N2:** O procedimento está explicitamente orientado para capacitar cada utente a gerir com segurança e adequação o uso de medicamentos.

**Orientação:** Critério aplicável apenas às unidades prescritoras.

### H. Sistema de referênciação (interna e externa) (Critério do Tipo B)

**Fundamento:** Garantir o acesso de todos dos cidadãos aos serviços e unidades funcionais, sustentado num sistema integrado de informação interinstitucional que promova a integração de cuidados e potencie a melhor resposta às suas necessidades em saúde. Para este efeito, devem ser considerados: Carta de Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do Serviço Nacional de Saúde (Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio); o princípio de Livre Acesso e Circulação (LAC) de utentes no SNS e Sistema Integrado de Gestão do Acesso no Serviço Nacional de Saúde (SIGA SNS) – Despacho n.º 6170-A/2016, de 9 de maio, no respeito pelos princípios que colocam o cidadão no centro da organização da unidade funcional. Garantir a existência de protocolos de referênciação interna e externa desenvolvidos pelo ACeS.

#### Requisitos para validação:

**N1:** Evidência de procedimento de referênciação em Manual de Articulação e Regulamento Interno da UF/ACeS-órgãos de gestão.

**N2:** Auditoria periódica para avaliação das referências e medidas de melhoria aplicadas (verificação em relatório).

### **I. Literacia em Saúde e Integração de Cuidados (Critério do Tipo B)**

**Fundamentos:** Garantir que o cidadão se sente capaz para colaborar nos processos de mudança, com vista à adoção de estilos de vida saudáveis e promotores da sua saúde. Reforçar o papel do cidadão no sistema de saúde e fazer da informação, do conhecimento e da decisão informada e esclarecida, veículos privilegiados desse reforço. Assegurar que a educação para a saúde seja realizada em sede de consulta ou grupos da comunidade e que fique registada no sistema de informação.

#### **Requisitos para validação:**

**N1:** Sistema de Informação - Verificar no sistema de informação, para os médicos, se existem registos da prática de educação para a saúde na consulta dos grupos de risco e vulneráveis (referência ao procedimento 45 no “P” do SOAP); verificar no sistema de informação, para os enfermeiros, se existem registos da prática de educação para a saúde na consulta dos grupos de risco e vulneráveis (referências às intervenções do tipo ensinar, instruir e treinar); evidência de registos para os demais profissionais de saúde de UF do ACeS.

**N2:** Existem descrições registadas das intervenções realizadas e auditadas (semestralmente).

### **J. Prestação de cuidados em fim de vida (Critério do Tipo B)**

**Fundamento:** Garantir que os cidadãos têm acesso a cuidados em fim de vida, de acordo com as suas necessidades e as normas de boas práticas nesta área.

#### **Requisitos para validação:**

**N1:** Manual de articulação e/ou Regulamento Interno integram o procedimento de referência para UF e outros contextos de cuidados que garantam a oferta de cuidados paliativos. Existência de procedimentos clínicos sobre cuidados paliativos e evidência de formação dos profissionais de saúde nesta área de cuidados.

**N2:** Evidência de referência atempada para entidade prestadores de cuidados paliativos e respetiva auditoria em conformidade com o sistema de referência vigente para esta tipologia de cuidados.

### **K. Transição de cuidados de saúde (Critério do Tipo B)**

**Fundamento:** Garantir a implementação de um sistema de comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde que promova a sua segurança e que é cumprida a [Norma 1/2017, de 2 de fevereiro da DGS](#) - Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde.

#### **Requisitos para validação:**

**N1:** Existe evidência da implementação da norma "Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde".

**N2:** Evidência da existência de relatórios de auditoria sobre este processo.

### **L. Reconciliação terapêutica (Critério do Tipo B)**

**Fundamento:** Garantir que são cumpridas as normas de reconciliação terapêutica ([Norma 18/2016, de 30 de dezembro da DGS](#) - Reconciliação da medicação).

#### **Requisitos para validação:**

**N1:** Existe evidência da implementação da norma "Reconciliação da medicação".

**N2:** Evidência da existência de relatórios de auditoria sobre este processo e implementação de medidas de melhoria.

### **M. Atendimento personalizado (Critério do Tipo B)**

**Fundamento:** Garantir que a UF publicita a forma de os cidadãos terem um contacto personalizado e com privacidade, com o Coordenador, Diretor Executivo ou em quem estes delegarem, para exporem as suas sugestões ou reclamações (Carta dos Direitos e Deveres do Utente dos serviços de saúde).

**Requisitos para validação:**

**N1:** Procedimento/Guia de Acolhimento ao Utente ou Observação - Atendimento Personalizado - Verificar se está publicitada a possibilidade e a forma dos cidadãos terem um contato personalizado e com privacidade com o Coordenador ou em quem este delegar para exporem as suas sugestões, reclamações ou outros assuntos.

**N2:** Existem registos/ relatos de atendimentos realizados quando requeridos.

## 2.3 PROFISSIONAIS

### A. Identificação dos gestores dos processos assistenciais (Critério do Tipo B)

**Fundamento:** Garantir que são nomeados os gestores dos processos assistenciais para que sejam desenvolvidas ações de identificação das necessidades e sua priorização, planos de execução e sistemas de registo.

**Requisitos para validação:**

**N1:** Evidência da identificação dos gestores dos processos assistenciais, do planeamento e da implementação dos PA.

**N2:** Evidência de aplicação do procedimento através de auditoria.

### B. Responsabilidades e funções dos profissionais (Critério do Tipo A)

**Fundamento:** Assegurar que estejam definidas as funções e responsabilidades de todos os profissionais em conformidade com as suas competências e aptidões.

**Requisitos para validação:**

**N1:** A UF/ACeS-órgãos de gestão tem definidas as funções/ competências/ responsabilidades de todos os profissionais de saúde no seu regulamento interno e mapa de competências por postos de trabalho e áreas de intervenção específicas.

**N2:** Garantia do conhecimento por parte dos profissionais. Validar através de entrevistas e sistemas informáticos utilizados (exemplo: alertp1, SGTD, etc.).

**C. A carga horária disponível é compatível com a lista de utentes (Critério do Tipo A)**

**Fundamento:** Garantir que os profissionais de saúde tenham uma carga horária semanal compatível com a sua lista de utentes/famílias/população alvo e de forma a cumprir a Carta de Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do Serviço Nacional de Saúde ([Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio](#)).

**Requisitos para validação:**

**N1:** Sistema de Informação - Verificar no sistema de informação (Sistema de Informação – agenda), nos médicos, se a carga horária semanal corresponde ao horário básico acrescido do tempo necessário para o alargamento da lista de utentes que possui. Considerar que, na maioria dos dias da semana, a carga horária está distribuída em períodos diferenciados da jornada de trabalho. Verificar nos horários dos enfermeiros e outros profissionais de saúde e no sistema de informação (Sistema de informação – agenda), se a carga horária semanal corresponde ao horário básico acrescido do tempo necessário para o alargamento do seu compromisso assistencial. Considerar que, na maioria dos dias da semana, a carga horária está distribuída em períodos diferenciados da jornada de trabalho.

**N2:** A distribuição horária ao longo da semana evidencia, para cada profissional, uma distribuição equilibrada dos períodos de atividade assistencial ao longo do dia e para situações de exceção (intersubstituição em todos os grupos profissionais para as atividades não programadas).

**D. Atividade programada como princípio organizativo (Critério do Tipo B)**

**Fundamento:** Garantir que todos os profissionais de saúde privilegiam a atividade programada em todo o seu desempenho assistencial.



---

**Requisitos para validação:**

**N1:** Sistema de Informação - Verificar no sistema de informação, nos últimos 3 meses, anteriores ao mês de aplicação, se a porcentagem de programação é superior a 65%.

**N2:** Existência de projeto ou procedimentos para promover e manter um nível de atividades programadas superior a 2/3 de toda atividade assistencial da UF.

**E. Consulta programada em todo o horário da unidade funcional (Critério do Tipo A)**

**Fundamento:** Garantir que exista a possibilidade de consulta programada em todo o horário da unidade funcional.

**Requisitos para validação:**

**N1:** Sistema de Informação - Verificar no sistema de informação para os profissionais se há possibilidade de obter uma consulta programada em todo o horário de funcionamento em um dia da semana, excluindo o espaço de consulta aberta, domicílios e reunião.

**N2:** De acordo com as necessidades da população o profissional disponibiliza mais do que um dia por semana (entrevista).

**F. Sistema de intersubstituição (Critério do Tipo A)**

**Fundamento:** Garantir que a unidade tenha definido no regulamento interno um sistema de intersubstituição, para cada um dos processos chave e situações de ausência dos profissionais de saúde, documentado também com procedimento.

**Requisitos para validação:**

**N1:** Observar no Regulamento Interno e ou Manual de Procedimentos que está definido e descrito o sistema de intersubstituição para os processos chave e respectivos serviços mínimos.

**N2:** Existe evidência (atas; testemunhos dos profissionais; inquéritos de satisfação, etc.) de que o sistema de intersubstituição tem evoluído para corresponder às necessidades e expectativas dos cidadãos. Verificar ocorrências relativas ao sistema de intersubstituição, principalmente se é revisto no período de férias.

## 2.4 RESULTADOS

### A. Qualidade e grau de cumprimento dos registos clínicos (Critério do Tipo B)

**Fundamento:** Garantir que a equipa adota um procedimento para a qualidade dos registos clínicos, utilizando as classificações oficiais, com definição dos critérios da sua avaliação, no sentido de melhorar a qualidade e segurança de cuidados.

#### Requisitos para validação:

**N1:** Pretende-se: que a equipa adote um procedimento para a qualidade dos registos clínicos para todos os profissionais de saúde, com definição dos critérios e da sua avaliação (manual de boas práticas).

**N2:** Evidência de auditorias aos registos clínicos para verificação da aplicação do procedimento respetivo e sua frequência (mínimo anual).

### B. Plano de Auditoria Interna (PAI) (Critério do Tipo A)

**Fundamento:** Garantir que a UF/ACeS-órgãos de gestão tenha desenvolvido, no último ano, pelo menos um plano de auditoria interna (melhoria contínua da qualidade) numa área organizacional ou clínica, validado pelo CCS, envolvendo todas as áreas profissionais, incluindo a avaliação do seu contributo para o resultado global.

#### Requisitos para validação:

**N1:** Norma definida e descrita, em documento datado, com um plano de implementação e de avaliação para todas as áreas profissionais e respetivo relatório final validado pelo CCS.

**N2:** Existência de relatório de avaliação e medidas de melhoria.

### **C. Controlo das não conformidades, ações preventivas e de melhoria (Critério do Tipo A)**

**Fundamento:** Garantir que a UF/ACeS-órgãos de gestão implementa uma prática de monitorização/auditorias internas aos seus processos, assegurando a sua equipa a identificação das não conformidades e o desenvolvimento de ações preventivas e de melhoria contínua.

#### **Requisitos para validação:**

**N1:** Observar evidências em atas, relatórios e manual de procedimentos.

**N2:** Evidência de introdução das medidas de melhoria ou propostas efetivadas.

### **D. Monitorização e avaliação do IDG da UF/ACeS (Critério do Tipo A)**

**Fundamento:** Garantir que a UF/ACeS-órgãos de gestão monitoriza e reflete, sistemática e continuamente, pelo menos trimestralmente, sobre o seu Índice de Desempenho Global (IDG) e os seus resultados a nível do seu desempenho assistencial/clínico.

#### **Requisitos para validação:**

**N1:** Observar evidência em atas de reuniões.

**N2:** Implementação de medidas de melhoria (verificação em atas).

### **E. Reflexão regular sobre qualificação da prescrição (Critério do Tipo B)**

**Fundamento:** Definição de política e procedimentos sobre qualificação da prescrição terapêutica e de MCDT. Implementar um programa de apoio à prescrição de antibióticos (PAPA), de acordo com o [Despacho n.º 15423/2013, de 26 de novembro](#).

**Requisitos para validação:**

**N1:** Auditorias clínicas internas sobre a qualificação da prescrição terapêutica e de MCDT de acordo com as normas/orientações relacionadas.

**N2:** Promoção de atividade regular de monitorização do uso de antibióticos, verificação dos desvios e introdução de medidas de melhoria e seu impacto.

## **3. PROCESSOS DE SUPORTE**

### **DIMENSÃO 3.1 – GESTÃO DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO**

**3.1.1 – Entre profissionais**

**3.1.2 – Com o cidadão**

**3.1.3 – Com o ACeS/UF**

**3.1.4 – Com a comunidade**

### **DIMENSÃO 3.2 – SISTEMAS E TECNOLOGIAS DA INFORMAÇÃO**

### **DIMENSÃO 3.3 – RECURSOS HUMANOS**

### **DIMENSÃO 3.4 – APROVISIONAMENTO**

### **DIMENSÃO 3.5 – GESTÃO FINANCEIRA**

### **DIMENSÃO 3.6 – SEGURANÇA**

**3.6.1 – Gestão do risco**

**3.6.2 – Segurança dos utentes**

**3.6.3 – Segurança dos profissionais**

### **DIMENSÃO: 3.7 – FORMAÇÃO**

**3.7.1 – Interna**

**3.7.2 – Externa**

### **DIMENSÃO: 3.8 – INVESTIGAÇÃO**

### **DIMENSÃO: 3.9 – IDENTIFICAÇÃO DOS GESTORES DOS PROCESSOS DE SUPORTE**

## 3 PROCESSOS DE SUPORTE (PS)

### 3.1 GESTÃO DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO

#### 3.1.1 ENTRE PROFISSIONAIS

##### A. Partilha da informação e eficácia na comunicação (Critério do Tipo B)

**Fundamento:** Procedimento que define a classificação e distribuição de toda a correspondência da UF/ACeS-órgãos de gestão por todos os profissionais.

##### Requisitos para validação:

**N1:** Verificar se existe procedimento para organização e distribuição de toda a informação que chega à UF/ACeS-órgãos de gestão, seja por correio eletrónico ou não. Entrevista dos profissionais - Questionar os profissionais se a distribuição da informação que chega à UF/ACeS-órgãos de gestão, por correio eletrónico ou em outro suporte, é do conhecimento de todos os profissionais.

**N2:** Existência de iniciativas e métodos de melhoria contínua da comunicação interna através da utilização de intranet, *Dropbox* ou outros com avaliação regular da sua eficácia e nível de utilização.

##### B. Prática de gestão da documentação e informação (Critério do Tipo A)

**Fundamento:** Garantir que a UF/ACeS-órgãos de gestão tenha os seus documentos (informatizados ou não) datados, atualizados e facilmente acessíveis, sejam os que são dirigidos aos cidadãos [publicitados ou afixados adequadamente e de acordo com a orientação da Entidade Reguladora da Saúde (ERS)] ou aos profissionais.

##### Requisitos para validação:

**N1:** Manual de procedimentos ou documento - Verificar se está definido o procedimento para arquivo de documentos. Observação - Verificar a sua existência, se é acessível a todos os profissionais e se são cumpridos os procedimentos de arquivo da documentação.

**N2:** Existem sinais de haver cuidado com o *design*, legibilidade, simplicidade e clareza dos conteúdos, bem como de haver envolvimento dos utentes no delineamento e teste das mensagens que lhes são destinadas. Existe evidência de auditorias à implementação da Norma 01/2017 da DGS e ao procedimento.

### **C. Elaboração e gestão documental (Critério do Tipo B)**

**Fundamento:** Garantir que a UF/ACeS-órgãos de gestão adote um procedimento para a qualidade dos seus documentos e panfletos, com a definição dos respetivos critérios, data de elaboração, forma de validação e data de revisão ou eliminação, em sede de manual de procedimentos.

#### **Requisitos para validação:**

**N1:** Verificar existência do procedimento e aplicação nos diversos documentos elaborados pela UF/ACeS-órgãos de gestão.

**N2:** Cumprimento a 100% em todos os documentos que estejam afixados e de divulgação institucional pela UF/ACeS-órgãos de gestão.

## **3.1.2 COM O CIDADÃO**

### **A. Meios de comunicação (Critério do Tipo B)**

**Fundamento:** Garantir que a UF/ACeS-órgãos de gestão disponha de telefone com acesso direto ao exterior e Internet em todos os postos de trabalho e endereço oficial de correio eletrónico para todos os seus profissionais.

#### **Requisitos para validação:**

**N1:** Verificar se a UF/ACeS-órgãos de gestão dispõe de telefone e internet em todos os postos de trabalho e endereço oficial de correio eletrónico para todos os profissionais.

**N2:** Cumprimento a 100% do critério relativamente à utilização do endereço oficial de correio eletrónico pelos profissionais.

## **B. Atendimento pelo secretariado clínico (Critério do Tipo B)**

**Fundamento:** A UF/ACeS-órgãos de gestão garante o apoio e capacitação dos secretários clínicos para um acolhimento adequado, a orientação do utente na utilização da sua unidade de saúde e das unidades para as quais seja referenciado. Garante, ainda, que todos os secretários clínicos da UF asseguram a gestão do percurso do cidadão, nomeadamente da sua lista de famílias, quando aplicável.

### **Requisitos para validação:**

**N1:** Evidência de procedimentos específicos relativos ao acolhimento do cidadão (presencial, telefónico e eletrónico). Verificar existência de procedimentos sobre as diferentes aplicações informáticas utilizadas pelo secretariado clínico (Reembolsos, BAS, SGTD, ALERTp1, SIIMA Rastreios, etc.).

**N2:** Formação adequada ao acolhimento do cidadão e atividades regulares para a melhoria da qualidade relacional e de comunicação para o atendimento de utentes pelo secretariado clínico; Evidência de reflexão sobre os resultados da avaliação da satisfação dos utentes e dos profissionais relativamente a esta área e introdução de medidas de melhoria.

## **C. Atendimento não presencial (Critério do Tipo A)**

**Fundamento:** Garantir que a UF/ACeS-órgãos de gestão publicita a forma de contato não presencial de atendimento (via correio eletrónico, atendimento telefónico) durante todo o horário de funcionamento e existe um procedimento estabelecido para situações de ausência ou impossibilidade de atendimento pela equipa de saúde familiar e outros profissionais de saúde, assim como, de todas UF/ACeS-órgãos de gestão.

### **Requisitos para validação:**

**N1:** Guia de Acolhimento ao Utente ou observação - Verificar se está publicitada a possibilidade de atendimento telefónico e correio eletrónico durante todo o horário de funcionamento da UF/ACeS-órgãos de gestão. Verificar se existe um procedimento aprovado de atuação do secretariado clínico em situações de ausência ou impossibilidade de atendimento pelo médico, enfermeiro de família e outros profissionais de saúde.

**N2:** O procedimento em causa e as práticas em uso demonstram atitudes de disponibilidade, afabilidade e flexibilidade para responder de modo adequado e célere às necessidades específicas de cada cidadão e situação (entrevista).



#### D. Informação afixada (Critério do Tipo A)

**Fundamento:** Garantir que o horário de funcionamento da UF/ACeS-órgãos de gestão e as alternativas assistenciais estejam afixadas e que sejam visíveis do exterior, quando a UF/ACeS-órgãos de gestão está encerrada. Garantir que a UF/ACeS-órgãos de gestão afixe os horários de todos os seus profissionais em local de livre acesso aos cidadãos, as ausências dos profissionais e os serviços mínimos que são assegurados em caso de ausência dos profissionais. Garantir que a UF/ACeS-órgãos de gestão afixe a Carta de Direitos e Deveres do Utente dos serviços de saúde, Carta de Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do Serviço Nacional de Saúde (Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio) e a Certidão de Registo na ERS.

##### Requisitos para validação:

**N1:** Informação afixada (Carta dos Direitos e Deveres do utente dos serviços de saúde, carta dos direitos de acesso aos cuidados de saúde pelos utentes do SNS, alternativas assistenciais, horários dos profissionais, ausências dos profissionais, serviços mínimos, etc.) de forma visível e em local de livre acesso ao cidadão.

**N2:** A UF/ACeS-órgãos de gestão desenvolve atividades que contribuam para a informação promotora da literacia em saúde.

#### E. Informação publicitada (Critério do Tipo B)

**Fundamento:** Garantir que a UF/ACeS-órgãos de gestão publicite todos os serviços que presta, constantes das suas carteiras básica e adicional (se aplicável) e respetivos serviços mínimos.

##### Requisitos para validação:

**N1:** Verifica-se o requisito descrito no fundamento do critério.

**N2:** Os suportes físicos da publicitação e o seu *design* evidenciam profissionalismo e qualidade gráfica e o seu conteúdo evidencia uma atitude de resposta adequada às diversas necessidades dos utentes ao longo do ciclo de vida.

## F. Sistema de marcação de consultas (Critério do Tipo A)

**Fundamento:** Garantir que a UF publicite as formas de que os cidadãos dispõem para procederem à marcação de consultas para todos os profissionais e em todo o período de funcionamento e quais as ferramentas de que dispõe para o fazer: presencial, pelo telefone, através de e-mail ou e-agenda, de acordo com as regras estabelecidas.

### Requisitos para validação:

**N1:** Verificam-se os requisitos descritos no fundamento do critério.

**N2:** Existe monitorização relativamente às diferentes modalidades de marcação de consulta/ato e implementadas medidas para reduzir as marcações presenciais ao mínimo aceitável (de acordo com o contexto).

## G. Guia de Acolhimento ao Utente (Critério do Tipo A)

**Fundamento:** Garantir que a UF/ACeS-órgãos de gestão disponibilize aos seus utentes um Guia de Acolhimento ao Utente atualizado que contenha pelo menos a carteira de serviços e respetivos serviços mínimos, o horário de funcionamento, as alternativas assistenciais, o endereço e contactos da UF/ACeS, sistema de marcação de consultas e renovação da medicação crónica (quando aplicável) e a forma de apresentar reclamações, sugestões e elogios.

### Requisitos para validação:

**N1:** Observação - Verificar se existe um Guia de Acolhimento ao Utente disponível aos utentes, atualizado, com os respetivos logotipos (SNS/ARS/ACeS/UF) que contenha, pelo menos, as seguintes informações: Carteira de serviços e serviços mínimos; horário de funcionamento; alternativas assistenciais com endereços e contactos; endereço e contactos da UF/ACeS-órgãos de gestão; sistema de marcação de consultas e renovação da medicação crónica (aplicável na unidades prescriptoras); forma de apresentar reclamações e sugestões.

**N2:** O *design* e o conteúdo do Guia de Acolhimento ao Utente evidenciam criatividade e profissionalismo.

### 3.1.3 COM O ACES/UF

#### A. Manual de Articulação (Critério do Tipo B)

**Fundamento:** A UF/ACeS-órgãos de gestão dispõe de um Manual de Articulação negociado e acordado com o ACeS com a definição das condições e dos prazos da sua revisão.

#### Requisitos para validação:

**N1:** Existência de Manual de Articulação atualizado.

**N2:** Monitorização do cumprimento e registo/informação sobre as não conformidades. Proposta de medidas de melhoria para a sua concretização.

#### B. Gabinete do Cidadão (Critério do Tipo B)

**Fundamento:** Garantir que a UF/ACeS-órgãos de gestão publicite aos utentes o local, contatos e horário de funcionamento do seu gabinete do cidadão.

#### Requisitos para validação:

**N1:** Verificam-se os requisitos descritos no fundamento do critério.

**N2:** Existência de registos/relatos de casos em que houve cooperação e interligação entre a UF/ACeS-órgãos de gestão e o Gabinete do Cidadão do ACeS para resposta a necessidades de utentes ou para o reforço de atitudes e prática de cidadania em saúde (utentes e profissionais).

#### C. Garantir canal de comunicação (interna e externa) com o ACeS/UF (Critério do Tipo B)

**Fundamento:** A UF/ACeS-órgãos de gestão dispõe de procedimentos de comunicação definidos, que possibilitam a sua efetividade, nomeadamente no que diz respeito à monitorização, acompanhamento e divulgação dos resultados relativos aos seus objetivos e junto dos seus profissionais.

---

**Requisitos para validação:**

**N1:** Verifica-se os requisitos do fundamento do critério.

**N2:** Existência de ações de comunicação com a divulgação dos resultados.

### 3.1.4 COM A COMUNIDADE

#### A. Garantir canal de comunicação com a comunidade (Critério do Tipo B)

**Fundamento:** Os UF/ACeS-órgãos de gestão dispõem de procedimentos de comunicação definidos, que possibilitam a sua efetividade, nomeadamente no que diz respeito à monitorização e divulgação dos seus resultados e demais informação, com as estruturas da comunidade. Garantir pelo ACeS a constituição e funcionamento do Conselho da Comunidade.

**Requisitos para validação:**

**N1:** Verifica-se os requisitos do fundamento do critério.

**N2:** Desenvolvimento de ações de ligação à comunidade e com os parceiros, por exemplo participando em eventos e atividades de promoção e literacia em saúde.

## 3.2 SISTEMAS E TECNOLOGIAS DA INFORMAÇÃO

#### A. Plano de contingência dos SI (Critério do Tipo A)

**Fundamento:** Existência de plano de contingência de recuperação das aplicações e dados/processo clínico e demais informação em situações extremas (*disaster recovery*), respetivos procedimentos e devida atribuição de responsabilidades.

---

**Requisitos para validação:**

**N1:** Existência de Plano de Contingência.

**N2:** Monitorização sistemática de não conformidades / relatório anual / ações de melhoria efetuadas.

**B. Verificação da qualidade e fiabilidade dos dados recolhidos nos SI (Critério do Tipo B)**

**Fundamento:** Existência de procedimento na UF/ACeS-órgãos de gestão que garanta a verificação da qualidade e fiabilidade dos dados recolhidos nos SI, através de um sistema de monitorização.

**Requisitos para validação:**

**N1:** Verifica-se os requisitos do fundamento do critério.

**N2:** Monitorização sistemática das não conformidades / relatório anual / ações de melhoria efetuadas.

**C. Gestão do equipamento informático (Critério do Tipo B)**

**Fundamento:** Garantir que a UF/ACeS-órgãos de gestão disponham de computadores ligados em rede, as impressoras necessárias em todos os postos de trabalho e uma aplicação informática de tratamento estatístico da sua atividade. Existência de procedimento que garanta a manutenção, substituição e inventário do equipamento informático.

**Requisitos para validação:**

**N1:** Verifica-se os requisitos do fundamento do critério.

**N2:** Monitorização sistemática das não conformidades / relatório anual / ações de melhoria efetuadas.

## 3.3 RECURSOS HUMANOS

### A. Horários (Critério do Tipo B)

**Fundamento:** AS UF/ACeS-órgãos de gestão dispõem de um procedimento para a elaboração dos horários de todos os profissionais.

#### Requisitos para validação:

**N1:** Verifica-se os requisitos do fundamento do critério.

**N2:** Evidência da avaliação dos profissionais sobre o seu horário de trabalho.

### B. Assiduidade (Critério do Tipo B)

**Fundamento:** AS UF/ACeS-órgãos de gestão dispõem de um procedimento para verificação da assiduidade de todos os profissionais.

#### Requisitos para validação:

**N1:** Existência de procedimento de acordo com a legislação vigente.

**N2:** Mapa de controlo mensal de assiduidade com as ausências e intersubstituições efetuadas ou a realizar (comissões gratuitas de serviço, férias, doença, etc.).

### C. Plano de férias (Critério do Tipo B)

**Fundamento:** AS UF/ACeS-órgãos de gestão dispõem de um procedimento para a elaboração do plano de férias de todos os profissionais.

---

**Requisitos para validação:**

**N1:** Existência de procedimento de acordo com a legislação. Verificação em ata da discussão e apresentação do plano de férias e mapa de intersubstituição.

**N2:** Verificação da aplicação e do cumprimento do procedimento. Verificar se no último plano de férias, as alterações ao plano inicial estão documentadas e justificadas.

**D. Alteração de profissionais (Critério do Tipo B)**

**Fundamento:** AS UF/ACeS-órgãos de gestão dispõem de um procedimento para a alteração/mobilidade de profissionais.

**Requisitos para validação:**

**N1:** Existência de procedimento com os circuitos definidos (Unidade, UAG, DE, ERA e ARS).

**N2:** Evidência do cumprimento do procedimento. Verificar se nas últimas 3 alterações, após aprovação do procedimento, ele foi cumprido.

**E. Documentação relativa a RH (Critério do Tipo B)**

**Fundamento:** AS UF/ACeS-órgãos de gestão dispõem de um procedimento para a gestão da documentação referente aos recursos humanos.

**Requisitos para validação:**

**N1:** Existência de procedimento que garanta a confidencialidade e a privacidade do profissional relativamente ao seu acervo documental.

**N2:** Evidência do cumprimento do procedimento.

#### F. Avaliação do desempenho dos profissionais (Critério do Tipo B)

**Fundamento:** AS UF/ACeS-órgãos de gestão dispõem de um procedimento para assegurar a avaliação do desempenho de todos os profissionais.

**Requisitos para validação:**

**N1:** Existência de procedimento de acordo com a legislação vigente.

**N2:** Evidência do cumprimento do procedimento.

### 3.4 APROVISIONAMENTO

#### A. Gestão de *stocks* (Critério do Tipo B)

**Fundamento:** Garantir que a UF/ACeS-órgãos de gestão elaborem um procedimento e documentem as entradas e saídas de materiais e produtos clínicos e administrativos, de forma a identificar com clareza o percurso desses produtos e prazos de validade, conforme boas práticas recomendadas.

**Requisitos para validação:**

**N1:** Manual de Procedimentos ou documento - Verificar se inclui os procedimentos para a gestão de *stocks*. Ata do Conselho Geral (se o procedimento não fizer parte do manual na data da sua aprovação). Verificar se o procedimento foi aprovado de acordo com o regulamento interno para a gestão dos processos.

**N2:** Verifica-se o descrito no nível anterior e o procedimento reflete ter sido delineado tendo em conta as vivências anteriores da equipa e uma cultura de melhoria contínua de processos de gestão. Conhecem detalhadamente e estão envolvidos na revisão e afinação deste procedimento mais de 3 profissionais da equipa e pelo menos, 1 profissional de cada área.



## B. Gestão de equipamentos e instalações (Critério do Tipo B)

**Fundamento:** Garantir o cumprimento das orientações para as instalações das UF/ACeS-órgãos de gestão (estrutura, manutenção, higienização, climatização, etc.) e seu equipamento.

### Requisitos para validação:

**N1:** Existência de procedimento.

**N2:** Monitorização dos tempos de resposta às solicitações pela UF/ACeS-órgãos de gestão relativamente ao cumprimento dos planos de manutenção, reparação, substituição de equipamentos e instalações.

## C. Inventário (Critério do Tipo B)

**Fundamento:** Garantir a afixação em todos os gabinetes ou áreas de trabalho de uma lista atualizada do equipamento existente e que a UF/ACeS-órgãos de gestão proceda, pelo menos anualmente, à verificação e atualização de todo o material inventariado.

### Requisitos para validação:

**N1:** Ata de verificação - Verificar se existe uma ata com o resultado da verificação do material e equipamento ou relatório comprovativo, do último ano civil.

**N2:** O inventário insere-se numa cultura de melhoria contínua de processos de gestão, sendo considerado no Plano de Aplicação de Incentivos Institucionais (parte integrante do plano de atividades da unidade a partir de 2017). Conhecem detalhadamente e estão envolvidos no processo de inventário mais de 3 profissionais da equipa, pelo menos 1 profissional de cada área. Disponibilidade de sistema em formato digital.

## D. Viatura (Critério do Tipo B)

**Fundamento:** Garantir que os ACeS-órgãos de gestão disponibilizem viatura adaptada e equipada para visitas domiciliárias, nomeadamente compartimentos para limpos e sujos e que a atividade domiciliária da UF não seja comprometida pela forma como os meios são disponibilizados.

**Requisitos para validação:**

**N1:** Disponibilizar viatura própria para que a atividade domiciliária da UF/ACeS-órgãos de gestão não seja comprometida pela forma como os meios são disponibilizados.

**N2:** Viatura adaptada e equipada para visitas domiciliárias, nomeadamente compartimentos para limpos e sujos.

## 3.5 GESTÃO FINANCEIRA

### A. Controlo dos desvios orçamentais (Critério do Tipo B)

**Fundamento:** A UF/ACeS-órgãos de gestão dispõe de meios para controlar os desvios orçamentais detetados a fim de os corrigir e, realiza o acompanhamento e controlo periódico do grau de cumprimento do orçamento aprovado para a atividade da unidade, relativamente a despesas (reembolsos a utentes, transportes, serviços, etc.) e receitas que lhe são devidas (seguros, migrantes, taxas moderadoras, etc.).

**Requisitos para validação:**

**N1:** Verificar os requisitos do fundamento do critério.

**N2:** Implementação de auditorias interna e monitorização sistemática deste processo.

### B. Gestão das taxas moderadoras (Critério do Tipo B)

**Fundamento:** A UF/ACeS-órgãos de gestão garante a existência de um procedimento que defina a gestão das taxas moderadoras, incluindo o circuito da receita monetária resultante destas.

**Requisitos para validação:**

**N1:** Existência de procedimento que defina o circuito da receita em todos os níveis operacionais (secretariado, UAG, DE) e respetivas responsabilidades.

---

**N2:** Controlo interno e monitorização com a implementação de ações de melhoria.

### **C. Fundo de maneiio (Critério do Tipo B)**

**Fundamento:** O Diretor Executivo do ACeS garante a existência de um procedimento que defina o circuito do fundo de maneiio.

#### **Requisitos para validação:**

**N1:** Existência de procedimento.

**N2:** Monitorização, análise e revisão do fundo de maneiio, pelo menos anual.

**Orientação:** Critério aplicável apenas ao ACeS-órgãos de gestão.

### **D. Monitorização de consumos (Critério do Tipo B)**

**Fundamento:** A UF/ACeS-órgãos de gestão dispõe de um procedimento que garante a monitorização regular dos seus consumos e a correção dos desvios detetados.

#### **Requisitos para validação:**

**N1:** Existência de procedimento e discussão em reunião (verificação em ata).

**N2:** Existência de relatório semestral apresentado em Conselho Geral (medidas de melhoria e sua aplicação).

### **E. Monitorização da prescrição (Critério do Tipo B)**

**Fundamento:** A UF/ACeS-órgãos de gestão dispõe de um procedimento que garante a monitorização regular da prescrição e a correção dos desvios detetados.

**Requisitos para validação:**

**N1:** Existência de procedimento e discussão em reunião (verificação em ata). Atas do Conselho Geral ou das Reuniões Multiprofissionais - Verificar se, pelo menos semestralmente, há evidência da monitorização e reflexão sobre prescrições de medicamentos e MCDT.

**N2:** Existência de relatório semestral apresentado em Conselho Geral (medidas de melhoria e sua aplicação).

**F. Trabalho suplementar (Critério do Tipo B)**

**Fundamento:** O ACeS garante a existência de um procedimento que defina a necessidade e a resposta ao trabalho suplementar, de acordo com a lei vigente.

**Requisitos para validação:**

**N1:** Existência de procedimento e discussão em reunião (verificação em ata) em situações aplicáveis.

**N2:** Monitorização, análise e revisão do trabalho suplementar, pelo menos anual.

**Orientação:** Critério aplicável apenas ao ACeS-órgãos de gestão.

## 3.6 SEGURANÇA

### 3.6.1 GESTÃO DO RISCO

**A. Cultura e ambiente de segurança (Critério do Tipo B)**

**Fundamento:** Proceder à inscrição e definição de uma estratégia interna de promoção da adesão da instituição à avaliação da cultura de segurança do doente bienal. Desenvolver a abrangência do plano de formação sobre segurança do doente e dos profissionais em conformidade com as áreas contempladas no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 ([Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro](#)).

---

**Requisitos para validação:**

**N1:** Existência de conteúdos relacionados no plano de formação anual para toda a equipa sobre a aplicação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes na unidade funcional/ACeS.

**N2:** Medidas implementadas devidamente documentadas (procedimento, atas, etc.). Taxa de adesão à avaliação da cultura de segurança do doente bienal superior a 75%.

**B. Identificação e definição da metodologia utilizada para a gestão do risco (Critério do Tipo B)**

**Fundamento:** Garantir que as UF/ACeS-órgãos de gestão dispõem de um procedimento que defina a metodologia utilizada para a gestão do risco, sua avaliação, monitorização e implementação de medidas de melhoria.

**Requisitos para validação:**

**N1:** Verificar os requisitos do fundamento do critério.

**N2:** Implementação e monitorização do plano de ação de gestão do risco e resultado das medidas de melhoria documentadas.

**C. Plano de segurança (Critério do Tipo B)**

**Fundamento:** Garantir que as UF/ACeS-órgãos de gestão dispõem de um plano de segurança, monitorizado e avaliado com implementação de medidas corretoras.

**Requisitos para validação:**

**N1:** Verificar os requisitos do fundamento do critério. Está documentada a realização de formação aos profissionais sobre o plano de segurança.

**N2:** Evidência da realização de simulacros.

#### **D. Sistema de proteção contra incêndio (Critério do Tipo B)**

**Fundamento:** Garantir que as UF/ACeS-órgãos de gestão disponham do equipamento necessário e em perfeito estado de funcionamento para a extinção de incêndios e formação atualizada dos seus profissionais para a sua utilização segura.

##### **Requisitos para validação:**

**N1:** Verificar os requisitos do fundamento do critério. Está documentada a realização de formação aos profissionais sobre o plano de segurança.

**N2:** Evidência da realização de simulacros.

#### **E. Sistema de proteção contra intrusão (Critério do Tipo B)**

**Fundamento:** Garantir que as UF/ACeS-órgãos de gestão disponham de equipamento de detecção e proteção contra intrusos e furto.

##### **Requisitos para validação:**

**N1:** Verificar os requisitos do fundamento do critério.

**N2:** Monitorização regular do funcionamento do sistema de proteção contra intrusão.

#### **F. Plano de emergência interno e segurança em caso de emergência (Critério do Tipo A)**

**Fundamento:** Garantir que as UF/ACeS-órgãos de gestão disponham de um plano de emergência interno e segurança em caso de emergência, integrando a planta de emergência e o respetivo sistema de iluminação e de sinalização.

##### **Requisitos para validação:**

**N1:** Verificar os requisitos do fundamento do critério.

---

**N2:** Evidência de realização de formação/simulacros.

#### **G. Formação e treino em caso de sinistro (Critério do Tipo A)**

**Fundamento:** Garantir que tenha sido disponibilizada aos profissionais das UF/ACeS-órgãos de gestão formação e treino para casos de sinistro (simulacro).

##### **Requisitos para validação:**

**N1:** Verificar os requisitos do fundamento do critério ou evidência de solicitação da formação e treino pela UF.

**N2:** Evidência de realização simulacro.

#### **H. Formação em SBV (Critério do Tipo A)**

**Fundamento:** Garantir que todos os profissionais de todas as UF/ACeS-órgãos de gestão possuam formação em suporte básico de vida, atualizada de três em três anos.

##### **Requisitos para validação:**

**N1:** Verificar os requisitos do fundamento do critério. Evidência de solicitação da formação pela UF.

**N2:** Evidência de que 100% dos profissionais dispõem de formação atualizada (período de três anos).

#### **I. Vigilância por empresa especializada (Critério do Tipo B)**

**Fundamento:** Garantir pelos ACeS-órgãos de gestão que a UF disponha de vigilância prestada por empresa especializada em todo o horário de funcionamento.

##### **Requisitos para validação:**

**N1:** Verificar os requisitos do fundamento do critério.

**N2:** Não Aplicável

**Orientação:** Critério aplicável apenas ao ACeS-órgãos de gestão.

#### **J. Sinalética de orientação (Critério do Tipo B)**

**Fundamento:** Garantir pelo ACeS-órgãos de gestão que as UF nas suas áreas de atendimento e respetivo circuito de acesso aos cidadãos disponham de sinalética interna/externa. O mesmo é aplicável a todas as instalações do ACeS.

##### **Requisitos para validação:**

**N1:** Evidência de que a localização da UF/ACeS-órgãos de gestão está devidamente sinalizada no exterior, ou que tenha sido pedida ao respetivo ACeS.

**N2:** Sinalética adequada à organização interna com circuitos definidos e de fácil compreensão para o utente.

#### **K. Acessibilidade segura de cidadãos com mobilidade reduzida e outras deficiências sensoriais (Critério do Tipo A)**

**Fundamento:** Garantir que, nas instalações das UF/ACeS-órgãos de gestão, estejam asseguradas facilidades de acesso a cidadãos com mobilidade reduzida e outras deficiências sensoriais.

##### **Requisitos para validação:**

**N1:** Verifica-se que, nas instalações da UF/ACeS-órgãos de gestão, estão asseguradas condições/facilidades e procedimento promotor do acesso e mobilidade a cidadãos com mobilidade reduzida e outras deficiências sensoriais.

**N2:** Existência e utilização de ferramentas adequadas à mobilidade prevista no fundamento (por exemplo sinalética adaptada). Evidência do envolvimento dos cidadãos com necessidades especiais na realização de auditorias internas sobre mobilidade na UF/ACeS-órgãos de gestão.



---

**L. Controlo do uso de material farmacêutico e clínico (FEFO, LASA, Recall) (Critério do Tipo A)**

**Fundamento:** Implementar estratégia institucional para a gestão dos [medicamentos LASA](#) e de [alerta máximo \(MAM\)](#) de acordo com as orientações oficiais.

**Requisitos para validação:**

**N1:** Verificar os requisitos do fundamento do critério e para cada uma das suas áreas específicas;

**N2:** Evidência de auditorias internas sobre o processo e monitorização da implementação de medidas de melhoria.

**M. Controlo de infeção (Critério do Tipo A)**

**Fundamento:** Garantia de que as UF/ACeS-órgãos de gestão definam ou adotem procedimentos para controlo de infeção e promovam a devida formação dos seus profissionais de acordo com o normativo legal emanado pela DGS [[Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos](#) (PPCIRA); [Estratégia Multimodal de Promoção das Precauções Básicas de Controlo de Infeção](#), etc.] pelo Grupo Coordenador Local do PPCIRA.

**Requisitos para validação:**

**N1:** Verificar os requisitos do fundamento do critério e para cada uma das suas áreas específicas.

**N2:** Evidência de auditorias internas sobre o processo e monitorização da implementação de medidas de melhoria.

**N. Plano e registos de inspeção, manutenção e substituição periódica de equipamentos (Critério do Tipo B)**

**Fundamento:** Garantir que os profissionais das UF/ACeS-órgãos de gestão possuam a necessária informação e formação para a utilização e conservação dos equipamentos de escritório ou de diagnóstico e tratamento. Existência de um procedimento/plano para inspeção, manutenção e substituição de equipamentos.

**Requisitos para validação:**

**N1:** Pretende-se: que os profissionais da UF/ACeS-órgãos de gestão possuam a necessária informação e formação para a utilização e conservação dos equipamentos de escritório ou de diagnóstico e tratamento (por ex.: scanner, fax, desfibrilhador externo, eco doppler, cardiocógrafa, etc.). Existência de procedimento validado em ata.

**N2:** Mapa de registo e controlo da periodicidade da manutenção dos equipamentos.

**O. Plano e certificados de calibração dos equipamentos (Critério do Tipo B)**

**Fundamento:** Garantir que as UF/ACeS-órgãos de gestão disponham dos certificados de calibração dos equipamentos e de um plano para a sua implementação e monitorização.

**Requisitos para validação:**

**N1:** Verificar os requisitos do fundamento do critério.

**N2:** Evidência de controlo da periodicidade de calibração de equipamentos.

**P. Avarias e sua resolução (Critério do Tipo B)**

**Fundamento:** Garantir que as UF/ACeS-órgãos de gestão disponham de um procedimento para os registos de avarias e sua resolução.

**Requisitos para validação:**

**N1:** Existência de procedimento.

**N2:** Mapa de registo, controlo das avarias e sua resolução.

---

**Q. Manuais de utilização dos equipamentos (Critério do Tipo B)**

**Fundamento:** Garantir que as UF disponham dos manuais de utilização dos seus equipamentos.

**Requisitos para validação:**

**N1:** Verificar o requisito do fundamento do critério.

**N2:** Organização e disponibilização do respetivo manual em suporte eletrónico.

**R. Adequação das instalações e estruturas físicas (Critério do Tipo B)**

**Fundamento:** Garantir que as UF/ACeS-órgãos de gestão disponham das recomendações sobre a qualificação dos espaços de atendimento de acordo com o referencial relacionado e contemplado no [Programa de Literacia em Saúde e Integração de Cuidados](#).

**Requisitos para validação:**

**N1:** Pretende-se que o espaço físico, espaço relacional, espaço de informação e literacia em saúde seja organizado em função das recomendações existentes.

**N2:** Ações implementadas pela equipa para o desenvolvimento da literacia em saúde nos espaços de livre acesso aos utentes, formação e divulgação.

**S. Gestão de resíduos (Critério do Tipo A)**

**Fundamento:** Garantir que a UF/ACeS-órgãos de gestão disponha de um espaço adequado, de acordo com a [legislação em vigor](#), para armazenamento de resíduos, e que a sua remoção seja efetuada com a devida periodicidade.

**Requisitos para validação:**

**N1:** Verificar que a UF/ACeS-órgãos de gestão disponha de um espaço adequado, de acordo com a legislação em vigor, para armazenamento de resíduos, e que a sua remoção seja efetuada com a periodicidade adequada de acordo com a definição do circuito interno dos resíduos (do local de produção para o de armazenagem).

**N2:** Evidência de medidas implementadas para redução dos resíduos (ações para evitar o desperdício).

**T. Higienização das instalações e equipamentos (Critério do Tipo B)**

**Fundamento:** Garantir pelos ACeS-órgãos de gestão que as UF disponham de assistente operacional em todo o horário de funcionamento e de um serviço de limpeza geral, com plano de higienização adequado das instalações e equipamentos e provas do seu cumprimento.

**Requisitos para validação:**

**N1:** Verificar os requisitos do fundamento do critério.

**N2:** Evidência de existência de um plano de higienização das instalações e equipamentos.

**U. Rede de frio (Critério do Tipo A)**

**Fundamento:** Garantir em todas as UF que a rede de frio está implementada e é monitorizada (segundo [Orientação DGS n.º 23/2017, de 7 de dezembro](#)).

**Requisitos para validação:**

**N1:** Verificar os requisitos do fundamento do critério. Existência de procedimento.

**N2:** Mapa de registos e controlo da rede frio semanal. Relatório de não conformidades e medidas de melhoria.

## 3.6.2 SEGURANÇA DOS UTENTES

### A. Identificação inequívoca do utente (Critério do Tipo A)

**Fundamento:** Conceber, implementar e auditar estratégia local para a identificação inequívoca do doente em conformidade com a [Orientação da DGS 018/2011 - Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde](#).

#### Requisitos para validação:

**N1:** Existência de procedimento para assegurar o "processo único" e identificação inequívoca do utente. Evidência da realização de auditorias e respetivos planos de melhoria.

**N2:** Monitorização da implementação e medidas de melhoria documentadas (duplicação de processos, erros de identificação) estratégias definidas pela unidade para prevenir o erro.

### B. Identificação de riscos para a segurança do utente (Critério do Tipo B)

**Fundamento:** São identificados os riscos para a segurança do utente e incorporadas boas práticas para prevenir incidentes de segurança.

#### Requisitos para validação:

**N1:** Existência de procedimento.

**N2:** Monitorização do cumprimento (auditorias).

### C. Gestão da violência (Critério do Tipo B)

**Fundamento:** Existe na UF/ACeS-órgãos de gestão um procedimento definido relativo à gestão e prevenção da violência exercida sobre os utentes e respetiva formação dos profissionais.

**Requisitos para validação:**

**N1:** Manual de Procedimentos ou documento - Verificar se existe um procedimento para a gestão da violência exercida sobre os utentes. Ata do Conselho Geral (se o procedimento não fizer parte do manual na data da sua aprovação); verificar se o procedimento foi aprovado de acordo com o regulamento interno para a gestão dos processos.

**N2:** Evidência da identificação antecipada dos pontos, momentos e situações potencialmente críticos para a eclosão de comportamentos violentos e os modos de os controlar e evitar.

**D. Incidentes e eventos adversos (Critério do Tipo B)**

**Fundamento:** Garantir que a UF/ACeS-órgãos de gestão identifica potenciais acontecimentos adversos decorrentes de toda a sua atividade e elabora os procedimentos necessários à sua prevenção e forma de registo dos incidentes ocorridos, notificando os mesmos na [Plataforma Notific@](#) no sítio da DGS e formulário *online* ou em papel disponíveis no [Portal RAM no sítio do INFARMED, I.P](#) no que se relaciona com o Sistema Nacional de Farmacovigilância (Notificação de Suspeita de Reações Adversas a Medicamentos para Profissionais de Saúde).

**Requisitos para validação:**

**N1:** Existência dos procedimentos necessários à sua prevenção e forma de registo dos incidentes ocorridos. Evidência da realização de auditorias em caso de incidente ou evento adverso.

**N2:** Monitorização das notificações, apresentação de relatório anual com as medidas de melhoria.

**E. Arquivo de registos inativos (Critério do Tipo B)**

**Fundamento:** Garantir que a UF tenha um procedimento para as transferências de processos para o arquivo inativo de acordo com o normativo legal vigente, devidamente implementado.

**Requisitos para validação:**

**N1:** Verificar se existe um arquivo próprio para os registros clínicos inativos; verificar se existe um procedimento aprovado para a gestão das transferências e do arquivo inativo; verificar se os procedimentos para o arquivo inativo estão a ser cumpridos.

**N2:** Verifica-se o descrito no nível anterior e o procedimento visando a gestão das transferências e do arquivo inativo acautela explicitamente a proteção e confidencialidade de dados e informação, bem como regras e condições de acesso à respectiva informação.

### 3.6.3 SEGURANÇA DOS PROFISSIONAIS

**A. Equipamento de proteção individual (Critério do Tipo B)**

**Fundamento:** Garantir que todos os profissionais das UF tenham acesso aos equipamentos de proteção individual (EPI).

**Requisitos para validação:**

**N1:** Verificar o requisito do fundamento do critério. Existência de procedimento e evidência de formação aos profissionais.

**N2:** Evidência da correta utilização dos equipamentos de proteção individual (EPI) através da realização de auditorias.

**B. Adesão ao "Notific@" (Critério do Tipo B)**

**Fundamento:** Garantir que as UF/ACeS-órgãos de gestão estabelecem e aplicam um procedimento para a notificação de incidentes e eventos adversos, no qual se define quem, como, quando e onde notificar, conforme [Notific@ - Sistema Nacional de Notificações de Incidentes e de Eventos Adversos](#), sensibilizando os profissionais para a sua utilização.

**Requisitos para validação:**

**N1:** Verificar o requisito do fundamento do critério.

**N2:** Monitorização das taxas de notificações e apresentação de relatório anual com as medidas de melhoria.

**C. Gestão da violência (Critério do Tipo B)**

**Fundamento:** Existência de um programa de prevenção da violência no local de trabalho e disponibilização de informação sobre o [Observatório Nacional da Violência Contra os Profissionais de Saúde no Local de Trabalho da DGS](#).

**Requisitos para validação:**

**N1:** Verificar se existe um procedimento para a gestão da violência exercida sobre os profissionais. Formação dos profissionais sobre gestão de violência sobre si exercida.

**N2:** Evidência de integração no procedimento das vivências anteriores da equipa e uma cultura preventiva e educativa, não sendo apenas transcrição de exemplos de outras unidades. Identifica antecipadamente os pontos, momentos e situações potencialmente críticos para a eclosão de comportamentos violentos e os modos de os controlar ou evitar.

**D. Saúde, Higiene e Segurança no local de trabalho (Critério do Tipo B)**

**Fundamento:** Identificar e eliminar os riscos que possam afetar os profissionais, incluindo aqueles que são motivados pelas condições de segurança no trabalho, pelas condições ambientais e pelas condições ergonómicas e psicossociais. As UF dispõem de um Plano de Prevenção de Riscos Laborais implementado de acordo com a legislação em vigor. Garantir que as UF/ACeS-órgãos de gestão têm um procedimento que define os riscos laborais para os profissionais e que implemente um plano de prevenção e resolução dos mesmos.

**Requisitos para validação:**

**N1:** Verificar o requisito do fundamento do critério. Existência de Plano de Prevenção de Riscos Laborais.



**N2:** Monitorização e apresentação de relatório anual com as medidas de melhoria.

#### **E. Identificação de profissionais e pessoas estranhas à organização (visitantes) (Critério do Tipo B)**

**Fundamento:** Existência na UF/ACeS-órgãos de gestão de um procedimento relativo à identificação de pessoas externas à organização (visitantes), incluindo os DIM, e disponha do respetivo sistema para que todos os profissionais da UF estejam devidamente identificados, tal como previsto no [Decreto-Lei n.º 135/99, de 22 de abril](#).

#### **Requisitos para validação:**

**N1:** Manual de Procedimentos ou documento - Verificar se existe um procedimento aprovado para a gestão da movimentação de estranhos, incluindo DIM, no espaço físico da UF/ACeS. Observação - Verificar se o procedimento é cumprido e se todos os profissionais da UF/ACeS estão identificados nos termos instituídos.

**N2:** O procedimento inclui regras explícitas de acolhimento, facilitação e controle da presença e dos percursos de estranhos na Unidade. O *design* e o conteúdo da "placa" /"crachá" de identificação evidenciam qualidade gráfica, com perceção e leitura fáceis. Implementação de ações de melhoria em caso de não conformidades.

#### **F. Imunização dos profissionais (Critério do Tipo B)**

**Fundamento:** Garantir que todos os profissionais das UF/ACeS-órgãos de gestão tenham acesso à imunização do tétano, hepatite B, sarampo e gripe.

#### **Requisitos para validação:**

**N1:** Verificar o requisito do fundamento do critério.

**N2:** Está documentada a monitorização da taxa de imunização dos profissionais na UF/ACeS-órgãos de gestão.

## 3.7 FORMAÇÃO

### 3.7.1 INTERNA

#### A. Garantia das necessidades de formação dos profissionais em função dos objetivos estratégicos e das características da população (Critério do Tipo A)

**Fundamento:** A UF/ACeS-órgãos de gestão identificam as necessidades de formação dos seus profissionais em função dos seus objetivos estratégicos e das características da sua população, nomeadamente na área das boas práticas de governação clínica e de saúde.

#### Requisitos para validação:

**N1:** Existência de Plano Anual de formação para cada UF/ACeS-órgãos de gestão.

**N2:** Participação na formação interna por parte de todos os profissionais em conformidade com as suas competências técnicas, científicas e pedagógicas para o efeito.

#### B. Sessões científicas multidisciplinares regulares (Critério do Tipo B)

**Fundamento:** Garantir que a equipa da UF/ACeS-órgãos de gestão promove reuniões científicas, pelo menos semestrais, que envolvam todos os grupos profissionais, de modo a que todos tenham uma visão de conjunto dos objetivos assistenciais e, na sua área, possam contribuir para esses objetivos.

#### Requisitos para validação:

**N1:** Verificar os requisitos do fundamento do critério.

**N2:** Evidência de planeamento anual e seu nível de cumprimento (verificação em ata).

#### C. Equipamento necessário para formação (Critério do Tipo B)

**Fundamento:** Garantir que a UF tenha acesso a computador portátil e projetor multimédia.

**Requisitos para validação:**

**N1:** Verificar os requisitos do fundamento do critério.

**N2:** Não aplicável.

### 3.7.2 EXTERNA

**A. Participação na formação externa e partilha de conhecimentos (Critério do Tipo A)**

**Fundamento:** Garantir que, em sede de Regulamento Interno, a UF/ACeS-órgãos de gestão tenha uma política definida de participação dos seus profissionais em formação externa e que a equipa promova a partilha de conhecimentos obtidos nas ações desta formação.

**Requisitos para validação:**

**N1:** Verificar os requisitos do fundamento do critério. Verificar se existe registo da partilha de conhecimentos obtidos em formação externa, numa ata de qualquer reunião da UF/ACeS-órgãos de gestão ou num relatório apresentado à equipa, pelo menos, nos 3 meses seguintes às 3 últimas frequências de formações externas dos profissionais.

**N2:** Evidência da participação de todos os grupos profissionais em formação externa.

**B. Capacidade formativa na UF (Critério do Tipo B)**

**Fundamento:** Identificar se a UF/ACeS-órgãos de gestão possui capacidade formativa e se teve formandos no último ano, em todas as áreas profissionais.

**Requisitos para validação:**

**N1:** Verificar os requisitos do fundamento do critério.

**N2:** Evidência da monitorização da utilização eficiente e efetiva da capacidade formativa na UF/ACeS-órgãos de gestão (nº de formadores/formandos; resultado qualitativo da formação, quando aplicável; avaliação da satisfação dos intervenientes no processo formativo, etc.).

## 3.8 INVESTIGAÇÃO

### A. Artigos/comunicações/conferências (Critério do Tipo B)

**Fundamento:** Garantir que, no último triénio, a equipa tenha uma prática de produção e publicação de artigos científicos ou de comunicações proferidas em reuniões científicas.

#### Requisitos para validação:

**N1:** Verificar os requisitos do fundamento do critério.

**N2:** Evidência da partilha interna no ACeS, a outras equipas/profissionais, de artigos científicos ou de comunicações proferidas em reuniões científicas.

### B. Projetos de investigação (Critério do Tipo B)

**Fundamento:** Garantir que, no último triénio, a equipa evidencie prática de investigação em cuidados de saúde primários.

#### Requisitos para validação:

**N1:** Verificar o requisito do fundamento do critério.

**N2:** Evidência de candidaturas a prémios de boas práticas e publicações em revistas científicas.

---

## 3.9 IDENTIFICAÇÃO DOS GESTORES DOS PROCESSOS DE SUPORTE (PS)

### A. Identificação dos gestores dos PS e definição das suas responsabilidades (Critério do Tipo B)

**Fundamento:** As UF/ACeS-órgãos de gestão identificam os gestores dos processos de suporte e definem as suas responsabilidades.

#### **Requisitos para validação:**

**N1:** Verificar se no RI ou noutro documento da UF/ACeS-órgãos de gestão estão identificados os gestores dos vários processos.

**N2:** Verificar se é do conhecimento de toda a equipa as funções e atividades desenvolvidas pelos GP (entrevista).

## NOTA FINAL

Como facilmente se depreende, este guia, constituirá sempre um referencial dinâmico, em permanente melhoria, e sujeito a eventuais desatualizações que ocorram, como será expetável, na sequência de permanentes alterações legislativas e normativas subsequentes à sua elaboração.

Carece, pois, de uma redobrada atenção e de um esforço concertado tendente à sua permanente atualização por parte do grupo técnico, que anualmente procederá à sua devida revisão e atualização.

Assim, conscientes de que a participação dos utilizadores será essencial para que o guia se mantenha atualizado e permanente desenvolvimento, dado que só desta forma permanecerá útil, apela-se ao envio de alertas, contributos e sugestões de melhoria através do e-mail: [nucleo.csp@acss.min-saude.pt](mailto:nucleo.csp@acss.min-saude.pt) .

---

## SIGLAS

ACeS - Agrupamentos de Centros de Saúde

ARS - Administração Regional de Saúde

AUCC - Associação Nacional das Unidades de Cuidados na Comunidade

BAS - Benefícios Adicionais de Saúde

BI CSP - Bilhete de Identidade Cuidados de Saúde Primários

CCS - Conselho Clínico e de Saúde

CG - Conselho Geral

CSP - Cuidados de Saúde Primários

CT - Conselho Técnico

DAV - Diretivas Antecipadas de Vontade

DE - Diretor Executivo

DGS - Direção-Geral da Saúde

DIM - Delegados de Informação Médica

DiOr-CSP - Diagnóstico de Desenvolvimento Organizacional nos CSP

DiOr-USF - Diagnóstico de Desenvolvimento Organizacional nas USF

EPI - Equipamento de Proteção Individual

ERA - Equipas Regionais de Apoio e Acompanhamento

ERS - Entidade Reguladora da Saúde

FEFO – First Expire, First Out

GC - Gabinete Cidadão

GP - Gestor de Processo

IDG - Índice de Desempenho Global

LAC - Livre Acesso e Circulação

LASA - Look-Alike, Sound-Alike

---

MA - Manual de Articulação

MAM - Medicamentos de Alerta Máximo

MCTD - Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

MP - Manual de Procedimentos

PA - Plano de Ação

PA – Processos Assistenciais

PAI - Plano de Auditoria Interna

PAPA - Programa de Apoio à Prescrição de Antibióticos

PAUF - Plano de Ação pelas Unidades Funcionais

PCCS - Presidente do Conselho Clínico e de Saúde

PD - Plano de Desempenho

PG – Processos de Gestão

PLS - Plano Local de Saúde

PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

PS - Plano de Saúde

PS – Processos de Suporte

RA - Relatório de Atividades

RENDA - Registo Nacional de Não Dadores

RH - Recursos Humanos

RI - Regulamento Interno

SC - Secretário Clínico

SGTD - Sistema de Gestão de Transporte de Doentes

SI - Sistemas de Informação

SIGA SNS - Sistema Integrado de Gestão do Acesso no Serviço Nacional de Saúde

SiiMA Rastreios - Sistema de informação para gestão do circuito de Programas de Rastreo Populacionais ou Oportunistas



SNS - Serviço Nacional de Saúde

SOAP - Subjetivo, Objetivo, Avaliação, Plano

TMRG - Tempo Máximo de Resposta Garantido

UAG - Unidade de Apoio à Gestão

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UF - Unidade Funcional

URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF - Unidades de Saúde Familiar

USF AN - Associação Nacional de Unidades de Saúde Familiar

USP - Unidade de Saúde Pública

VD - Visitas domiciliárias

## **ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE, IP**

Parque de Saúde de Lisboa | Edifício 16, Avenida do Brasil, 53

1700-063 LISBOA | Portugal



**REPÚBLICA  
PORTUGUESA**

[WWW.ACSS.MIN-SAUDE.PT](http://WWW.ACSS.MIN-SAUDE.PT)