



**Ministério da Saúde**

**Modelo para Avaliação da Qualidade das  
Unidades de Internamento e  
Outras Respostas de Cuidados às  
Pessoas Idosas e às  
Pessoas em Situação de Dependência**



**Instituto da Qualidade em Saúde**

<b>A.</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>3</b>
<b>B.</b>	<b>CRITÉRIOS DO MODELO</b>	<b>4</b>
CRITÉRIO 1	LIDERANÇA E ESTRATÉGIA	5
CRITÉRIO 2	PESSOAS	6
CRITÉRIO 3	PARCERIAS E RECURSOS	8
3.1	GESTÃO DE PARCERIAS EXTERNAS	8
3.2	GESTÃO DE RECURSOS FINANCEIROS	9
3.3	GESTÃO DA INFORMAÇÃO	10
3.3.1	INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO COM O UTILIZADOR	10
3.3.2	INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO INTERNAS	11
3.3.3	REGISTOS	11
3.4	GESTÃO DAS INSTALAÇÕES, EQUIPAMENTOS E MATERIAIS	12
3.5	GESTÃO DO RISCO	13
3.5.1	HIGIENE, SEGURANÇA E SAÚDE	14
3.5.2	CONTROLO DA INFECÇÃO E GESTÃO DE RESÍDUOS	15
3.5.3	SEGURANÇA CONTRA INCÊNDIOS	16
3.5.4	SEGURANÇA	18
CRITÉRIO 4	PROCESSOS CHAVE	19
4.1	CANDIDATURA	19
4.2	AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES DO CIDADÃO/UTILIZADOR	20
4.3	PLANO INDIVIDUAL DE CUIDADOS	21
4.4	CONTRATO	23
4.5	PRESTAÇÃO DOS CUIDADOS	24
4.5.1	GENERALIDADES	24
4.5.2	CUIDADOS DE SAÚDE	25
4.5.2.1	ASSISTÊNCIA MÉDICA	25
4.5.2.2	CUIDADOS DE ENFERMAGEM	25
4.5.2.3	ASSISTÊNCIA MEDICAMENTOSA	25
4.5.3	APOIO PSICO-SOCIAL	27
4.5.4	ANIMAÇÃO SÓCIO OCUPACIONAL	27
4.5.5	PROMOÇÃO DA INTERACÇÃO FAMILIAR/CONVIVENTES DIRECTOS	28
4.5.6	REABILITAÇÃO E TERAPIA OCUPACIONAL	28
4.6	MEDIÇÃO, ANÁLISE E MELHORIA	29
CRITÉRIO 5	SATISFAÇÃO DOS UTILIZADORES	30
CRITÉRIO 6	SATISFAÇÃO DOS COLABORADORES	31
CRITÉRIO 7	IMPACTE NA SOCIEDADE	32
<b>C.</b>	<b>METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO</b>	<b>33</b>

A Resolução do Conselho de Ministros n.º 84/2005, de 7 de Abril, cria a Comissão para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde às Pessoas Idosas e às Pessoas em Situação de Dependência com objectivos precisos, de entre os quais, propor um modelo de intervenção para os cuidados de saúde dirigidos a estes grupos específicos. Neste âmbito, compete definir requisitos da qualidade destes cuidados nos diversos níveis de actuação e potenciais respostas que constituam uma garantia dos serviços prestados e, em simultâneo, um instrumento de melhoria contínua simples, explícito e, sempre que possível, consensual às partes interessadas.

A natureza e especificidade dos cuidados a prestar e a situação de fragilidade do cidadão seu destinatário, sugerem a necessidade de garantir padrões da qualidade das diferentes respostas, nomeadamente do ambiente do serviço/estabelecimento e dos processos e relação dos cuidados, no respeito pelas motivações humanas e necessidades individuais dos cuidadores e receptores. Neste contexto, foi elaborado o presente Modelo de Avaliação da Qualidade que se baseia na filosofia da melhoria contínua assente em três níveis - A, B e C, que permitem ao Serviço/Estabelecimento a sua implementação gradual ao longo de um período a definir.

O Modelo considera sete critérios. Quatro são Meios e três Resultados.

A filosofia base é a melhoria continua da qualidade que funciona como referência no desenvolvimento de uma cultura da qualidade e segurança em todos os níveis da prestação dos cuidados.

A definição deste Modelo vai permitir avaliar a conformidade das actividades e resultados do Serviço/Estabelecimento com requisitos explícitos da boa prática. Em simultâneo, a opção pela elaboração de uma *check list* exaustiva de todos os requisitos associados aos critérios, constitui uma ferramenta prática de Auto-Avaliação que ajuda o Serviço/Estabelecimento a identificar as suas lacunas e a estimular soluções.

O Modelo apresentado deverá ser continuamente avaliado e revisto, através da incorporação do *feedback* da sua aplicação no terreno, das boas práticas da área e requisitos legais e/ou profissionais relevantes.

Os termos e referências utilizados são os constantes da norma NP EN ISO 9000:2000-Sistemas de Gestão da Qualidade-Fundamentos e Vocabulário e o Modelo de Excelência da European Foundation for Quality Management (EFQM).

1   Liderança e Estratégia	Missão e Objectivos Melhoria da Qualidade
2   Pessoas	Planeamento, Gestão e Melhoria das Políticas de Recursos Humanos Qualificações e Competências Gestão, Recrutamento e Desenvolvimento Profissional Responsabilização e Envolvimento
3   Parcerias e Recursos	Gestão das Parcerias Externas Gestão de Recursos Financeiros Gestão da Informação Informação e Comunicação com o Utilizador Informação e Comunicação Interna Registos Gestão das Instalações, Equipamentos e Materiais Gestão do Risco Higiene, Segurança e Saúde Controlo da Infecção e Gestão de Resíduos Segurança contra Incêndios Segurança
4   Processos Chave	Candidatura Avaliação das Necessidades Plano Individual de Cuidados Contrato Prestação dos Cuidados Generalidades Cuidados de Saúde Apoio Psico-social Animação Sócio Ocupacional Reabilitação e Terapia Ocupacional Medição, Análise e Melhoria
5   Satisfação dos Utilizadores	Análise da Percepção dos Utilizadores Adequação do sistema à percepção dos utilizadores Resultados Obtidos
6   Satisfação dos Colaboradores	Avaliação da Gestão da Organização pelos Colaboradores Indicadores de Satisfação dos Colaboradores
7   Impacte na Sociedade	Análise da Percepção da Comunidade quanto à Organização Medidas Ambientais, de Higiene e Segurança Indicadores de Responsabilidade Social da Organização

	cumprimento				NÍVEL
	total	parcial	não	não aplic.	
a. Estão definidas as declarações de Missão, Visão, Valores e Política da Qualidade do Serviço/Estabelecimento.					A
b. A Missão, Visão, Valores e Política da Qualidade do Serviço/Estabelecimento são: 1. escritas em linguagem simples e clara que os utilizadores entendam 2. expostas em lugar visível dentro do serviço/estabelecimento					A A
c. As declarações de Missão, Visão, Valores e Política da Qualidade, estão disponíveis: 1. aos utilizadores e público em geral 2. aos parceiros e outras entidades 3. aos colaboradores					A C A
d. Existe um documento de orientação estratégica para o Serviço/Estabelecimento.					A
e. O documento de orientação estratégica: 1. identifica os fins e objectivos do serviço/estabelecimento 2. é elaborado com a colaboração do pessoal 3. é elaborado com consulta aos parceiros principais 4. está de acordo com as prioridades e planeamento do Ministério da Saúde 5. está disponível a todos os colaboradores 6. está disponível a todos os parceiros					A B C A A C
f. Existe um Plano de Acção anual para o Serviço/Estabelecimento.					A
g. O Plano de Acção: 1. estabelece programas para alcançar os objectivos do Serviço/Estabelecimento 2. baseia-se e demonstra com precisão a situação financeira do Serviço/Estabelecimento 3. está disponível a todos os colaboradores					A A A
h. Os parceiros principais são consultados no processo de elaboração do Plano de Acção.					C
i. Existe um organigrama para o Serviço/Estabelecimento.					A
j. O organigrama é revisto: 1. anualmente 2. quando ocorrem alterações de pessoal 3. quando o serviço/estabelecimento sofre alterações estruturais					B A A
k. Existe um Plano da Qualidade em ligação com os objectivos do Plano de Acção.					A
l. O Plano da Qualidade identifica áreas de melhoria ou intervenção?					B
m. O Plano da Qualidade é revisto periodicamente pela gestão do Serviço/Estabelecimento, com base na análise da informação recolhida das: 1. Reclamações e Queixas 2. Orientações Estratégicas e Recomendações; 3. Relatórios de Auditorias Internas; 4. Relatórios da Satisfação de Utilizadores e Colaboradores; 5. Resultados obtidos na prestação dos cuidados; 6. Sugestões.					A A B C B C
n. O Plano da Qualidade está disponível? 1. aos cidadãos/utilizadores e público em geral 2. aos parceiros e outras entidades 3. aos colaboradores					A C A

	cumprimento				NÍVEL
	total	parcial	não	não aplic.	
a. Estão definidas as funções e responsabilidades de cada colaborador, incluindo as substituições em caso de ausência ou impedimento.					A
b. Existe um procedimento que define, de forma clara, a forma como são asseguradas as funções e responsabilidades em caso de ausência ou impedimento.					A
c. Estão definidos os perfis de cada um dos grupos profissionais, incluindo voluntários.					A
d. Estão definidos os métodos e as técnicas a utilizar no recrutamento e na selecção dos recursos humanos.					A
e. O pessoal clínico está registado nos organismos apropriados e existe evidência desse registo.  Orientação Inclui, por exemplo, registo na Ordem dos Médicos e na Ordem dos Enfermeiros					A
f. Todo o pessoal temporário e de substituição possui as qualificações necessárias.  Orientação As qualificações devem ser verificadas antes do início de funções. Para pessoal sujeito a registo deve proceder-se á sua confirmação de forma válida.					A
g. Todo o pessoal recém-contratado completa um programa de integração, incluindo pessoal temporário e de substituição.  Orientação O programa de integração deverá incluir segurança contra incêndios; higiene, segurança e saúde; participação de acidentes e incidentes; segurança; controlo da infecção e direitos dos utentes/clientes. O programa de integração deve incluir a integração dos voluntários, sempre que aplicável.					A
h. Existe um manual de integração e está definida a metodologia de integração dos novos colaboradores.					B
i. São definidos os objectivos de desempenho quer individuais quer de equipa, em articulação com todas as partes interessadas.					B
j. Está definida a metodologia de desenvolvimento profissional e avaliação de desempenho dos colaboradores e é conhecida e aceite pelos mesmos.					B
k. A metodologia referente á avaliação de desempenho prevê um sistema de reconhecimento dos colaboradores, quando aplicável.					B
l. É feita a identificação das necessidades de formação, e é elaborado um plano de formação.					C
m. Todo o pessoal em contacto directo com os doentes é treinado em técnicas básicas de reanimação e recebe formação actualizada, numa base anual. É registada a participação nas acções de formação.					A
n. Todo o pessoal envolvido na mobilização de utentes/doentes , equipamento ou outras cargas pesadas recebe formação/actualização em levantamento e manipulação de cargas. É registada a participação nas acções de formação.					A
o. Todo o pessoal, colaboradores e voluntários assistem a formação contra incêndios, numa base anual. É registada a participação nas acções de formação.					A

	cumprimento				NÍVEL
	total	parcial	não	não aplic.	
<p>p. Todo o pessoal recebe formação/actualização em áreas relevantes para o serviço. É registada a participação nas acções de formação.</p> <p><b>Orientação</b>                      Inclui, por exemplo:                      controlo de infecção                      higiene, saúde e segurança                      lidar com violência física e verbal                      manipulação de alimentos                      gestão dos resíduos                      controlo de substâncias perigosas para a saúde                      apoio no luto                      atenção individualizada ao cidadão/utilizador                      direitos dos utentes/doentes                      técnicas de comunicação                      confidencialidade e acesso aos registos do cidadão/utilizador</p>					A
<p>q. Existe evidência de que o Serviço/Estabelecimento promove a iniciativa dos colaboradores e a participação em actividades de melhoria continua.</p>					C
<p>r. Está definida uma metodologia de avaliação da satisfação dos colaboradores. A metodologia estabelece:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Periodicidade (mínimo anual);</li> <li>• Indicadores relacionados com a satisfação dos colaboradores;</li> <li>• Sistemas de recolha de informação (questionários e entrevistas ou reuniões ou sistema de sugestões...) e o método de validação dos questionários;</li> <li>• Análise e Tratamento dos dados recolhidos</li> </ul>					C

	cumprimento				NÍVEL
	total	parcial	não	não aplic.	
a. Está definida uma metodologia para estabelecimento de parcerias, de acordo com as necessidades a satisfazer.					A
b. São estabelecidos protocolos com cada um dos parceiros, com a definição da respectiva intervenção específica.					A
c. Está definida a metodologia da participação dos parceiros no diagnóstico das necessidades do cidadão/utilizador.					B
d. Está definida a colaboração dos parceiros relevantes na elaboração, execução e avaliação do plano de cuidados.					C
e. É realizada a avaliação periódica da participação dos parceiros relativamente aos protocolos estabelecidos.					C
f. Encontram-se definidos indicadores para a avaliação da satisfação dos parceiros.					C
g. São elaborados relatórios periódicos da intervenção dos parceiros na concretização dos objectivos estabelecidos.					C

	cumprimento				NÍVEL
	total	parcial	não	não aplic.	
a. Existe um orçamento financeiro que é aprovado anualmente de acordo com o Plano de Acção e o documento de orientação estratégica.					A
b. É elaborado periodicamente um relatório financeiro. O relatório inclui, por exemplo: <ul style="list-style-type: none"> <li>situação financeira actual</li> <li>a previsão no final do ano</li> <li>um balanço</li> <li>a previsão de cash-flow</li> </ul>					A
c. Existe um registo actualizado da situação fiscal e obrigações sociais ao Estado. O registo inclui, por exemplo: <ul style="list-style-type: none"> <li>situação de IRC</li> <li>situação de IVA</li> <li>pagamentos à Segurança Social</li> </ul>					A
d. Existem procedimentos documentados e actualizados para todas as funções financeiras e contabilísticas.					A
e. Esses procedimentos são revistos anualmente.					B
f. Existe um sistema para gestão das contas de devedores e de credores dentro dos objectivos do Serviço/Estabelecimento. O sistema, inclui por exemplo: <ul style="list-style-type: none"> <li>emissão periódica e actualizada de facturas</li> <li>análise dos prazos de cobrança,</li> <li>procedimentos escritos para recuperação de créditos</li> <li>revisão dos créditos de cobrança duvidosa, pelo menos de seis em seis meses</li> </ul>					A

	cumprimento				NÍVEL
	total	parcial	não	não aplic.	
<b>3.3.1 INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO COM O UTILIZADOR</b>					
a. Estão identificadas e implementadas as formas de comunicação com o cidadão/utilizador, em todas as fases de prestação dos cuidados.					A
b. Existe informação disponível para o cidadão/utilizador e/ou seu representante legal, sobre: <ul style="list-style-type: none"> <li>• forma de acesso à Unidade</li> <li>• critérios de admissão e alta na Unidade</li> <li>• metodologia de avaliação das necessidades</li> <li>• metodologia para elaboração do plano individual de cuidados</li> <li>• serviços e cuidados a prestar</li> <li>• procedimentos de reclamações</li> </ul>					A
c. Estão disponíveis em local bem visível: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alvará ou Licença de funcionamento;</li> <li>• Mapa de pessoal e respectivos horários de harmonia com a legislação aplicável;</li> <li>• Nome do Director Técnico da Serviço/Estabelecimento</li> <li>• Horário de funcionamento do estabelecimento;</li> <li>• Regulamento Interno;</li> <li>• Mapa das Ementas;</li> <li>• Plano de actividades de animação social, cultural e recreativa;</li> <li>• Livro de Reclamações, de acordo a legislação aplicável (<i>Res. C.M. n.º 189/96, DR n.º 276 de 28 de Nov.; Portaria n.º 355/97, DR n.º 123 de 28 de Maio e Despacho n.º 3748/2003, DR m.º 46 de 24 de Fevereiro</i>)</li> </ul>					A
d. Existe um programa de acolhimento dos utilizadores/doentes que preveja o diverso tipo de respostas .					A
e. São dadas a conhecer as regras de funcionamento do Serviço/Estabelecimento, assim como, os direitos e deveres de ambas as partes.					A
f. É promovida a participação dos familiares no programa de acolhimento.					B
g. Na avaliação das necessidades, na elaboração do plano individual de cuidados, na prestação dos cuidados e na avaliação dos cuidados são considerados: <ul style="list-style-type: none"> <li>• origem étnica;</li> <li>• primeira língua, sempre que não seja o português;</li> <li>• religião,</li> <li>• sexo;</li> <li>• idade,</li> <li>• necessidades especiais.</li> </ul>					A
h. A privacidade e dignidade são consideradas em todos contactos com o cidadão/utilizador.					A
i. Sempre que possível são respeitadas as preferências do cidadão/utilizador no que respeita ao tipo de quarto (individual ou partilhado).					A
j. A avaliação inicial tem em conta as necessidades/dificuldades específicas na comunicação com o cidadão/utilizador.					A
k. Quando identificada a necessidade, está definida a forma para disponibilizar os meios necessários para uma eficaz comunicação com o cidadão/utilizador.					A
l. É assegurada a confidencialidade relativamente a todas as informações fornecidas pelo cidadão/utilizador.					A
m. É dado conhecimento e previamente acordado com o cidadão/utilizador, o fornecimento de informações confidenciais a outros colaboradores do Serviço/Estabelecimento e/ou seus parceiros.					A
n. Existe um procedimento documentado que estabeleça as acções a serem implementadas, em caso de quebra de confidencialidade.					A

	cumprimento				NÍVEL	
	total	parcial	não	não aplic.		
<b>3.3.2 INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO INTERNAS</b>						
a. Existe evidência de que os serviços e profissionais que têm responsabilidade directa ou indirecta na prestação dos cuidados recebem a informação necessária ao desempenho das suas funções.					A	
b. Está definido um procedimento documentado que estabeleça o sistema de organização do fluxo de informação interna (como é aprovada, distribuída e revista) e externa relacionada com utilizadores e fornecedores.					A	
c. São realizadas periodicamente reuniões multidisciplinares para análise da informação e dos resultados obtidos na prestação dos cuidados.					A	
d. São realizadas periodicamente reuniões entre o pessoal e a gestão do Serviço/Estabelecimento para análise da informação e dos resultados obtidos.					B	
e. São elaborados resumo/actas das decisões tomadas em reunião e estão disponíveis.					B	
f. Existe um sistema efectivo de divulgação das comunicações escritas aos interessados.					B	
g. São identificados de forma sistemática, sistemas de informação que permitam uma melhoria do nível de qualidade da informação, em termos de rapidez e precisão, tendo em conta o desenvolvimento de novas tecnologias de informação.					C	
h. Existe um sistema de segurança da informação ( passwords, backups,..).					A	
<b>3.3.3 REGISTOS</b>						
a. Está definido um procedimento documentado para controlo dos registos, onde estejam estabelecidos os critérios, métodos e as responsabilidades pela: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificação (agregação dos registos de forma a serem facilmente identificados)</li> <li>• Armazenamento (local, suporte e condições de armazenamento em locais próprios e seguros que garantam a sua confidencialidade)</li> <li>• Recuperação (fácil acesso ao pessoal autorizado)</li> <li>• Protecção (condições de arquivo que não permitam a sua degradação)</li> <li>• Prazo de conservação</li> <li>• Eliminação</li> </ul>					A	
b. Todos os registos são feitos em tinta que permita fotocópia legível.						A
c. Encontra-se disponível uma lista actualizada de todos os registos existentes .						A

	cumprimento				NÍVEL
	total	parcial	não	não aplic.	
a. Existe um inventário rigoroso e actualizado do património do Serviço/Estabelecimento.					A
b. Está definida uma metodologia para a identificação, manuseamento, embalagem, armazenamento e protecção dos produtos utilizados na prestação dos serviços, nomeadamente, para os seguintes produtos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alimentos</li> <li>• Medicamentos</li> <li>• Produtos para prestação de cuidados de saúde</li> <li>• Produtos de higiene pessoal</li> <li>• Detergentes</li> <li>• Produtos de limpeza</li> </ul>					A
c. Os níveis e segurança dos stocks de materiais são controlados e regularmente monitorizados.					A
d. Está definida a metodologia e os responsáveis pelo processo de aprovisionamento de materiais, equipamentos e serviços.					A
e. O Serviço/Estabelecimento assegura que os produtos/serviços adquiridos, estão em conformidade com os requisitos previamente especificados.					A
f. Estão definidos os critérios e a periodicidade para a avaliação e selecção periódica dos fornecedores dos produtos/serviços.					B
g. Existe uma lista dos fornecedores seleccionados.					A
h. São mantidos registos relativos á avaliação e selecção periódica dos fornecedores.					B
i. Os documentos de compra especificam claramente as características do produto/serviço a adquirir.					A
j. Estão definidos os métodos e os responsáveis pela recepção e verificação dos produtos/ serviços adquiridos.					A
k. São mantidos registos dessa recepção.					A
l. O equipamento utilizado é adequado ás necessidades do Serviço/Estabelecimento.					A
m. Existe um plano de manutenção dos equipamentos.					A
n. Quando necessário, os dispositivos de medição e monitorização, são : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Calibrados ou verificados a intervalos definidos</li> <li>• Identificados quanto ao seu estado de calibração</li> <li>• Protegidos de danos e deterioração durante o manuseamento, manutenção e armazenamento</li> </ul>					A
o. Está estabelecido um Plano de calibração ou verificação dos dispositivos de medição.					B
p. São mantidos registos relativos à calibração ou verificação dos dispositivos de medição.					B

	cumprimento				NÍVEL
	total	parcial	não	não aplic.	
a. Existe um responsável pela gestão do risco na organização.					A
b. Existe uma estratégia actual de gestão do risco, documentada e datada, que inclui a gestão do risco clínico.					A
c. A estratégia é comunicada a todo o pessoal para assegurar o conhecimento das responsabilidades de cada um na prevenção e controlo dos riscos.  Orientação Inclui pessoal em regime de turnos, nocturno e a prestar cuidados ao domicílio.					A
d. Os riscos são avaliados em cada serviço/sector da Unidade e os resultados documentados. Uma vez avaliados: <ul style="list-style-type: none"> <li>• são identificadas medidas preventivas e correctivas</li> <li>• são implementadas medidas preventivas e correctivas</li> <li>• são realizados registos destas acções</li> </ul>					A
e. Existe um sistema padronizado para reportar acidentes, erros de medicação, incidentes e outros eventos adversos. Os registos centralizados destes eventos são conservados, avaliados e objecto de acções apropriadas para evitar recorrência.					B
f. Estão implementados planos operacionais para a prevenção e controlo de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• surtos de infecção</li> <li>• úlceras de pressão</li> <li>• quedas</li> <li>• lesões auto-infligidas (só aplicável à Saúde Mental)</li> <li>• violência</li> <li>• contenção</li> <li>• fuga</li> </ul> Orientação Estes planos devem ter em consideração as Recomendações e Instruções do Ministério da Saúde					A
g. Existe um responsável nomeado para: <ul style="list-style-type: none"> <li>• lidar com advogados, companhias de seguros e queixosos</li> <li>• tratamento de reclamações</li> </ul>					A
h. Anualmente é elaborado um relatório de gestão do risco que abrange todos os aspectos da gestão do risco.  Orientação O relatório deve discriminar os objectivos e metas de saúde e segurança do último ano em conjunto com as iniciativas e acções desenvolvidas. Pode, de igual modo, apresentar um esquema dos objectivos para o ano seguinte.					A
i. A unidade possui um plano de incidentes major elaborado/revisto nos últimos três anos.  Orientação Inclui entre outros acidentes: ameaças de bomba, incêndio; explosões; cheias; ruptura de serviços vitais como por exemplo de gás, água e electricidade; fugas de gás. O plano incluirá procedimentos de evacuação.					A
j. Existe uma pessoa da Direcção nomeada com a responsabilidade global de resposta a incidentes major. Estão sempre acessíveis ao pessoal os contactos desta pessoa.					A
h. A organização faz exercícios de simulação dos planos de incidentes major.					A

	cumprimento				NÍVEL
	total	parcial	não	não aplic.	
<b>3.5.1 HIGIENE, SEGURANÇA E SAÚDE</b>					
a. Existe um responsável pela formulação, implementação e desenvolvimento da política de higiene, segurança e saúde.					A
b. Existe uma política de higiene, segurança e saúde documentada e datada, elaborada e/ou revista nos últimos três anos? Esta política foi elaborada em ligação directa com a estratégia de gestão do risco.  Orientação Deve estar em conformidade com os requisitos da legislação aplicável e estar aprovada pelo Director do serviço/estabelecimento					A
c. Existe um plano de higiene, segurança e saúde documentado e datado, elaborado e/ou revisto nos últimos doze meses.					A
d. Existem procedimentos locais documentados e os mesmos são implementados.					A
e. Existem formas para obter aconselhamento competente na área da higiene, segurança e saúde.  Orientação Deve estar de acordo com os requisitos da legislação aplicável nomeadamente Dec. Lei. n.º 441/91, de 14 de Novembro, n.º 26/94, de 1 de Fevereiro e legislação complementar. Todos as organizações devem nomear ou contratar uma ou mais pessoas ou entidades competentes que as ajudem a proceder em conformidade com a legislação. Estas pessoas ou entidades devem ter autoridade e responsabilidade definidas e deve estabelecer-se uma linha directa para reportar à Direcção da organização. A organização pode necessitar de mais do que uma pessoa/entidade para cobrir todas as temáticas da saúde e segurança					A
f. Existe um plano de actuação em primeiros socorros com inclusão obrigatória de procedimentos de reconhecimento e actuação.					A
g. Existe um programa de formação de higiene, segurança e saúde para todo o pessoal.  Orientação A maioria das regulamentações de segurança, higiene e saúde requerem uma formação adequada para o pessoal conhecer os riscos e prevenção necessária no seu trabalho. A formação inclui, por exemplo: · programas de formação de integração para todos os novos elementos, incluindo pessoal clínico · formação regular de reciclagem para todo o pessoal · formação para pessoal temporário  Em áreas onde existe um risco maior de violência, o pessoal deve ser treinado para lidar com situações potencialmente agressivas					A
h. Mantêm-se os registos da formação de higiene, segurança e saúde dada ao pessoal.  Orientação Isto deve ficar registado para cada elemento, conjuntamente com a data na qual decorreu a formação					B
i. São avaliados os riscos de higiene, segurança e saúde do pessoal, residentes e visitantes. Uma vez avaliados: • são identificadas medidas preventivas e proactivas • são implementadas medidas preventivas e proactivas • são realizados registos destas acções					A
j. É elaborado um relatório anual de higiene, segurança e saúde de acordo com a legislação em vigor.					A

	cumprimento				NÍVEL
	total	parcial	não	não aplic.	
<b>3.5.2 CONTROLO DA INFECCÃO E GESTÃO DE RESÍDUOS</b>					
<p>a. Estão estabelecidas políticas e procedimentos documentados e actualizados de controlo da infecção? Estes englobam:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• procedimentos clínicos (médicos, cirúrgicos, enfermagem e paramédicos)</li> <li>• esterilização de materiais</li> <li>• gestão dos resíduos</li> </ul>					A
<p>b. As políticas e procedimentos são:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sujeitas a uma revisão sistemática</li> <li>• referidas à regulamentação aplicável e recomendações ou orientações profissionais</li> <li>• compiladas num manual</li> </ul>					A
<p>c. Existe um programa de formação/actualização para todo o pessoal. O programa deverá ser concebido considerando as necessidades de cada grupo de pessoal.</p>					A
<p>d. Existem políticas e procedimentos documentados e actualizados para a gestão de resíduos.</p> <p><b>Orientação</b> Isto inclui a separação, classificação e rotulagem dos resíduos, sua redução, reutilização de equipamento e reciclagem, opções para uma gestão de custo- eficiência dos resíduos com respeito do ambiente</p> <p>Inclui o tratamento de resíduos especiais como por exemplo devolução de medicamentos, nas unidades ou domicílios.</p>					A
<p>e. Fornecem-se a todos os departamentos recipientes aprovados e adequados para os tipos de resíduos gerados.</p> <p><b>Orientação:</b> Isto inclui o fornecimento de sacos de resíduos clínicos e de resíduos gerais; recipientes para cortantes e baldes/contentores rolantes adequados para conter os sacos e os recipientes; recipientes para resíduos perigosos nos domicílios.</p> <p>Os contentores usados para transporte rodoviário dos resíduos clínicos devem observar os requisitos aprovados pela Port. 335/97, de 16 de Maio, para transporte em estrada, incluindo marcação com sinal de risco biológico</p>					A
<p>g. Os calendários de recolha são elaborados e acordados com os serviços de modo a reflectirem as quantidades e tipos de resíduos gerados.</p>					A
<p>f. O armazenamento dos resíduos é mantido num nível mínimo e sempre em segurança.</p> <p><b>Orientação</b> Por exemplo, os resíduos clínicos devem ser conservados em baldes com rodas traváveis que permitam um 'único manuseamento' dos resíduos</p> <p>Os recipientes para cortantes devem ser mantidos em áreas seguras para evitar a remoção de objectos</p>					A
<p>g. Estão disponíveis equipamentos de protecção individual (EPI's) para o pessoal que transfere e transporta resíduos, quando aplicável.</p> <p><b>Orientação</b> Inclui, por exemplo, luvas, óculos de protecção, botas, dependendo do tipo e volume de manuseamento envolvido.</p>					A
<p>h. Todo o pessoal envolvido no manuseamento de resíduos recebe formação/actualização.</p>					A
<p>i. A implementação e gestão e manuseamento dos resíduos é regularmente auditada.</p>					A

	cumprimento				NÍVEL
	total	parcial	não	não aplic.	
<b>3.5.3 SEGURANÇA CONTRA INCÊNDIOS</b>					
a. Existe um responsável do Serviço/Estabelecimento pela segurança contra incêndios.					A
b. Existe uma orientação documentada e actualizada de segurança do Serviço/Estabelecimento contra incêndios.					A
c. Existe evidência documentada de que todos os edifícios cumprem os requisitos legais de segurança contra incêndio.					A
d. Todos os incidentes relacionados com incêndios são registados e analisados. As conclusões constam do mesmo registo.					A
e. O equipamento de combate ao fogo ( por exemplo: extintores, bocas de incêndio, mangueiras, cobertores anti-fogo) está: <ul style="list-style-type: none"> <li>• disponível</li> <li>• adequado</li> <li>• claramente sinalizado</li> </ul> <p>É dada especial atenção às seguintes áreas de risco:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. áreas técnicas/central térmica</li> <li>. armazenamento de gás e combustível</li> <li>. armazenamento de gases medicinais</li> <li>. áreas de arquivo clínico</li> <li>. cozinhas</li> <li>. lavandaria e rouparia</li> <li>. áreas de armazenamento de resíduos</li> <li>. salas ou espaços usados para armazenamento permanente ou temporário de inflamáveis</li> <li>. salas de tratamento e áreas de enfermaria onde oxigénio e outros gases potencialmente perigosos são usados</li> </ul>					A
h. É feita manutenção aos sistemas e equipamentos contra incêndio, de forma sistemática e por pessoal qualificado.					A
i. O acesso das viaturas de bombeiros é sempre assegurado.					A
j. Existem saídas de emergência seguras em todas as zonas do(s) edifício(s).					A
k. As saídas de emergência: <ul style="list-style-type: none"> <li>• estão acessíveis e desobstruídas a todo o momento</li> <li>• são suficientemente amplas para evacuar doentes/utentes e pessoas com limitações na mobilidade</li> <li>• não são usados para guardar materiais combustíveis ou outros materiais</li> </ul>					A
n. Nas instalações com utentes/doentes as portas de saída de emergência são sempre mantidas destrancadas e desobstruídas.					A
l. Existe sinalização das saídas de emergência e esta está claramente visível.					A
m. As informações de instrução contra incêndio estão claramente expostas por todo o Serviço/Estabelecimento. <p>Orientação: Estas devem estar claramente expostas e devem incluir o essencial da acção a tomar quando se identifica um incêndio ou é accionado o alarme.</p>					A
n) Instruções detalhando a acção a ser tomada no caso de doentes/utentes terem de ser transportados, estão expostos nas áreas dos doentes/utilizadores.					A
o) Todo o pessoal, colaboradores e voluntários (quando aplicável) recebe formação em segurança contra incêndios.					A

	cumprimento				NÍVEL
	total	parcial	não	não aplic.	
3.5.3 SEGURANÇA CONTRA INCÊNDIOS (Cont.)					
p. A presença do pessoal, colaboradores e voluntários ao treino de combate a incêndio é registada.					A
q. Efectuam-se exercícios práticos de simulação de incêndio para o pessoal dos turnos diurnos e nocturnos.					A
r. A presença do pessoal nos exercícios simulados de incêndio é registada.					A
s. Todas as simulações são avaliadas e é elaborado um relatório escrito.					A

	cumprimento				NÍVEL
	total	parcial	não	não aplic.	
<b>3.5.4 SEGURANÇA</b>					
<p><b>a. Existe uma estratégia de segurança para o Serviço/Estabelecimento.</b></p> <p><b>Orientação:</b> A estratégia inclui, por exemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. a definição de gestor responsável pela segurança</li> <li>. formação do pessoal em medidas de segurança</li> <li>. acesso aos edifícios</li> <li>. sistemas e equipamentos de segurança</li> <li>. registo de incidentes de segurança</li> <li>. revisão contínua de questões de segurança.</li> </ul>					A
<p><b>b) Existem procedimentos documentados e actualizados para:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1. controlo dos acesso aos edifícios e horário para fechar as entradas</li> <li>• 2. a segurança dos bens do cidadão/utilizador</li> <li>• 3. gestão de situações de violência física e verbal</li> <li>• 4. chaveiros e aspectos relacionados</li> </ul> <p><b>Orientação:</b> Isto inclui, por exemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. serviços especiais</li> <li>. chaves de doente/utentes (quando apropriado)</li> <li>. acesso de emergência aos serviços</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 5. consulta com o elemento responsável pela segurança contra incêndio antes de implementar melhorias de segurança.</li> <li>• 6. ligação com autoridades policiais</li> <li>• 7. comunicação com o local de trabalho para o pessoal que trabalha isolado e/ou serviços domiciliários.</li> </ul> <p><b>Orientação:</b> Isto inclui, por exemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. o pessoal deixar informação clara acerca dos seus horários de visita no seu posto base.</li> <li>. procedimentos de comunicação quando se trabalha na comunidade</li> <li>A adesão ao procedimento de comunicação e a sua eficácia serem revistas regularmente.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 8. funcionamento de circuito fechado de televisão, onde estiver instalado</li> </ul>					A A A A  A A A  A
<b>c. Existe um sistema de identificação de todo o pessoal do serviço/estabelecimento.</b>					A
<p><b>d. Existem medidas de segurança específicas para o período da noite.</b></p> <p><b>Orientação:</b> Isto inclui, por exemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. rondas de inspecção interna e externa da segurança dos edifícios</li> <li>. monitorização através de circuito fechado de televisão.</li> </ul>					A
<b>e. Estão disponíveis sistemas de alarme para o o pessoal em situação de dificuldade ou emergência.</b>					A

	cumprimento				NÍVEL
	total	parcial	não	não aplic.	
a. Estão definidas as responsabilidades pela avaliação e decisão sobre o pedido de admissão do cidadão/utilizador na Unidade.					A
b. É assegurada a participação do cidadão/utilizador e/ou do seu representante legal na avaliação básica das suas necessidades.					A
c. Está definida metodologia para o encaminhamento do cidadão/utilizador dentro do sistema existente, caso não seja efectuada a sua admissão.					A
d. Existe um sistema para o registo de todas as candidaturas e dos seus resultados.					A
f. É constituído um ficheiro de utilizadores que integre os elementos referidos na legislação.					A

4.2 Avaliação das necessidades do cidadão/utilizador

	cumprimento				NÍVEL
	total	parcial	não	não aplic.	
a. Está definida a metodologia para a avaliação holística das necessidades e das expectativas do cidadão/utilizador.					A
b. Estão definidos critérios para a avaliação holística das necessidades.					A
c. Estão definidas as responsabilidades da equipa multidisciplinar na avaliação das necessidades.					A
d. Está definido o responsável pela coordenação da equipa multidisciplinar.					A
e. Todo o pessoal responsável pela avaliação das necessidades está qualificado para o desempenho das suas funções.					A
f. É assegurada a participação do cidadão/utilizador e/ou representante legal na avaliação holística das suas necessidades.					A
g. Existem registos da avaliação das necessidades do cidadão/utilizador legíveis, com a data, hora, assinatura, nome e funções do signatário.					A
h. Os registos fazem parte integrante do processo individual do cidadão/utilizador.					A

	cumprimento				NÍVEL
	total	parcial	não	não aplic.	
a. Está estabelecido um procedimento escrito para a elaboração do plano individual de cuidados.					A
b. O plano individual de cuidados é elaborado por uma equipa multidisciplinar com a participação do próprio cidadão/utilizador e/ou representante legal.					A
c. Está definido o responsável pela coordenação do plano individual de cuidados.					A
d. Estão definidas as responsabilidades relativas à elaboração, implementação, avaliação e revisão do plano individual de cuidados.					A
e. O plano individual de intervenção integrada, contém: <ul style="list-style-type: none"> <li>• resultado da avaliação das necessidades do cidadão/utilizador</li> <li>• os cuidados a prestar e os objectivos a atingir</li> <li>• o nível de intervenção do cidadão/utilizador na implementação do plano de cuidados</li> <li>• a actuação de cada elemento interventor</li> <li>• identificação de riscos e as acções a implementar</li> <li>• informação sobre o profissional de referência</li> </ul>					A
h. Existe evidência de que o cidadão/utilizador e/ou representante legal tem conhecimento do plano individual de cuidados e que este lhe foi comunicado numa forma adequada ao seu entendimento.					B
i. Existe evidência de que todos os intervenientes e serviços com responsabilidade na prestação dos cuidados têm conhecimento oportuno do plano individual de cuidados.					A
j. É realizada, semanalmente e sempre que se justifique, a avaliação e revisão do plano individual de intervenção, com a colaboração de todos os intervenientes, incluindo o cidadão/utilizador e/ou representante legal.					A
k. O plano é actualizado de acordo com os resultados da sua avaliação/revisão.					A
l. Existe um procedimento de encaminhamento e alta do cidadão/utilizador para as situações em que o cidadão/utilizador já não cumpre os critérios de elegibilidade e/ou manutenção na Unidade, de acordo com a legislação aplicável.					B
m. Existe um procedimento documentado, para a gestão de situações de morte do cidadão/utilizador.					A
n. A equipa multidisciplinar elabora um processo individual do cidadão/utilizador, do qual devem constar as informações de tipo administrativo e demográfico. Deve indicar o médico de família do cidadão/utilizador e respectivo contacto.					A
o. É efectuado um registo sistemático da avaliação e revisão do plano de cuidados.					A
p. Os registos fazem parte integrante do processo individual do cidadão/utilizado.					A
q. Todos os registos incluindo alterações são legíveis. Isto inclui a sua realização em tinta que permita fotocópia legível.					A
r. O uso de abreviaturas e símbolos é restringido ao mínimo possível respeitando directrizes do Serviço/Estabelecimento.					A
s. Cada registo deve conter <ul style="list-style-type: none"> <li>• data</li> <li>• hora</li> <li>• assinatura</li> <li>• nome e categoria do signatário</li> </ul>					A

	cumprimento				NÍVEL
	total	parcial	não	não aplic.	
t. Quaisquer alergias, incapacidades ou sensibilidades particulares são registadas e destacadas na capa.  Orientação Inclui, por exemplo, alergias a medicamentos, alergias alimentares, deficiências auditivas, visuais ou da fala.					A
u. Nos serviços/ Unidades Móveis Domiciliárias, os registos estão acessíveis no domicílio do cidadão/utilizador. Nos casos em que não estejam disponíveis todas as informações necessárias deverá estar disponível um resumo.					A
v. Existe evidência de que os serviços que têm responsabilidade directa ou indirecta na prestação dos cuidados tomaram conhecimento do Plano Individual de Cuidados.					B

	cumprimento				NÍVEL
	total	parcial	não	não aplic.	
a. É respeitada a vontade do cidadão/utilizador e/ou representante legal no que respeita á admissão.					A
b. Antes de assumir um compromisso o Serviço/Estabelecimento assegura que tem capacidade para prestar os cuidados de acordo com o estabelecido no plano individual de cuidados.					A
c. Existe evidência de resposta no prazo estabelecido, relativamente á admissão do cidadão/utilizador.					A
d. Para cada cidadão/utilizador admitido existe um contrato escrito com o Serviço/Estabelecimento, onde são estabelecidos os termos e condições relativos á prestação do serviço, especificando: <ul style="list-style-type: none"> <li>os direitos e obrigações de ambas as partes,</li> <li>data de início e fim período do contrato</li> <li>condições de suspensão e/ou rescisão</li> <li>o preço dos serviços a prestar</li> </ul>					A
e. E estabelecido um acordo com o cidadão/utilizador e/ou representante legal, relativamente à partilha da informação pessoal com outras entidades.					B
f. O plano individual de cuidados e o Regulamento Interno, quando aplicável, fazem parte integrante do contrato.					B
g. Quando há alteração ao contrato, o Serviço/Estabelecimento assegura que a documentação relevante é alterada e que o cidadão/utilizador e /ou representante legal e intervenientes, são informados dessas alterações e que estas são aceites.					B
h. São mantidos registos relativos ao contrato e suas alterações.					A
i. O contrato estabelecido entre as respostas de apoio domiciliário e o cidadão/utilizador, além do referido na alínea d) contém a seguinte informação: <ul style="list-style-type: none"> <li>Nome e número de telefone do profissional de referência, para contacto em situações de emergência fora do horário normal estabelecido.</li> <li>O processo de supervisão do pessoal.</li> <li>O equipamento a ser fornecido pela Unidade prestadora dos cuidados</li> <li>O responsável pelo acesso à chave, bem como das entradas e saídas no domicílio</li> </ul>					A

	cumprimento				NÍVEL
	total	parcial	não	não aplic.	
4.5.1 GENERALIDADES					
a. Estão identificados os processos necessários para a Prestação dos Cuidados.					A
b. Está determinada a sequência e interacção entre os processos.					A
c. Estão definidas as funções e responsabilidades do pessoal, relativamente às actividades e tarefas a realizar.					A
d. Está definido para cada cidadão/utilizador o profissional de referência, responsável pela coordenação da prestação dos cuidados.					A
e. Todo o pessoal responsável pela prestação de cuidados está qualificado para o desempenho das suas funções.					A
f. Nos processos relativos á Prestação dos Cuidados são cumpridos todos requisitos legais e profissionais aplicáveis.					A
g. Na realização dos Processos de Prestação dos Cuidados, são considerados os Manuais de Boas Práticas existentes.					A
h. Estão definidos objectivos para os processos de prestação de cuidados.					A
i. Estão identificadas para cada processo as características/ parâmetros a controlar.					B
j. São identificadas as medições e os dispositivos de medição e monitorização necessários para fornecer evidências da qualidade do serviço prestado.					B
k. Está definida uma metodologia de identificação única e inequívoca de todos os documentos, medicamentos, roupas e bens de cada cidadão/utilizador.					A
m. É feito o inventário dos bens trazidos pelo cidadão/utilizador.					A
n. Os bens propriedade do cidadão/utilizador são devidamente identificados, verificados e mantidos de acordo com a vontade do próprio ou seu representante legal.					A
o. Nos serviços/ Unidades Móveis Domiciliárias são registadas todas as transacções financeiras realizadas pelo pessoal, em nome do cidadão/utilizador.					A
p. Existem registos da prestação dos cuidados legíveis, com a data, hora, assinatura, nome e funções do signatário.					A
q. Os registos fazem parte integrante do processo individual do cidadão/utilizador.					A
r. Nas respostas de apoio domiciliário os registos estão disponíveis e acessíveis no domicílio do cidadão/utilizador.					A

		cumprimento				NÍVEL
		total	parcial	não	não aplic.	
4.5.2	CUIDADOS DE SAÚDE					
4.5.2.1	Assistência Médica					
a.	São identificados os serviços e/ou recursos humanos necessários a fornecer pelo exterior, na prestação dos cuidados de saúde.					A
b.	São estabelecidos protocolos com instituições de saúde para a prestação de cuidados de saúde e de reabilitação.					A
c.	Está definida uma metodologia para a coordenação da prestação dos cuidados de saúde a prestar internamente e pelo exterior.					A
d.	No Plano Individual de Cuidados, estão estabelecidos os cuidados de saúde necessários, nomeadamente: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Periodicidade das consultas internas e externas.</li> <li>• Tratamentos e meios complementares de diagnóstico no exterior.</li> </ul>					A
4.5.2.2	Cuidados de Enfermagem					
a.	No Plano Individual de Cuidados, estão estabelecidos os cuidados de enfermagem, de acordo com as necessidades do cidadão/utilizador, consoante se trate de doentes em fase aguda, crónica, traumática ou outras.					A
b.	Estão estabelecidos procedimentos para: <ul style="list-style-type: none"> <li>• promoção da autonomia e prevenção da dependência</li> <li>• controlo da diabetes</li> <li>• administração de medicação</li> <li>• posicionamento e mobilização</li> <li>• prevenção de úlceras de pressão</li> <li>• controlo da incontinência</li> <li>• medidas de controlo e contenção, quando aplicável</li> </ul>					A
c.	Está devidamente estabelecida a execução das prescrições médicas.					A
d.	Está devidamente estabelecida a rede de contacto com a família do cidadão/utilizador e outros conviventes.					A
e.	Está definida a monitorização da periodicidade dos exames médicos.					A
4.5.2.3	Assistência medicamentosa					
a.	No Plano Individual de Cuidados, estão definidas todas as informações sobre a medicação para cada utilizador, bem como, o plano de administração terapêutica.					A
b.	O pessoal responsável pela gestão, controlo da assistência medicamentosa e administração de medicamentos está qualificado para o desempenho das suas funções. Existe evidência actualizada destas qualificações.					A
c.	Está definido um procedimento para a aquisição de medicamentos, sempre que não existam no Serviço/Estabelecimento.					A
d.	Existem instalações seguras e adequadas para armazenamento nas quais os fármacos e substâncias relacionadas são mantidos em condições adequadas e conformes com os requisitos definidos pelos fabricantes.					A
	<b>Orientação</b> Existe um local de armazenamento de acesso restrito onde se encontram todos os medicamentos e substâncias controladas, medicamentos para utilização interna e medicamentos que necessitam de refrigeração.					

	cumprimento				NÍVEL
	total	parcial	não	não aplic.	
4.5.2 CUIDADOS DE SAÚDE					
4.5.2.3 Assistência medicamentosa (Cont.)					
e. As chaves de todos os armários para armazenamento de medicamentos são guardadas em locais seguros, incluindo as chaves de reserva.					A
f. É estabelecido e controlado um inventário dos medicamentos existentes. É assegurado que no inventário só existem medicamentos aprovados.					A
g. É estabelecido um método de identificação única dos medicamentos de forma a permitir a sua rastreabilidade.					A
h. Está estabelecido um procedimento para administração segura de medicamentos.					A
i. Todas as doses de medicação são preparadas imediatamente antes da sua administração a partir da embalagem de origem.					A
j. São mantidos registos da administração de medicamentos de forma a permitir o rastreio da indicação médica e da toma efectiva. Os registos são legíveis e devem conter: <ul style="list-style-type: none"> <li>• data</li> <li>• hora</li> <li>• assinatura</li> <li>• nome e categoria do signatário</li> </ul>					A
k. Os registos fazem parte integrante do processo individual do cidadão/utilizador.					A
l. Existe um método adequado para o transporte em segurança dos medicamentos desde o local de armazenamento até ao doente, de forma a evitar trocas na administração.  Orientação Um método adequado é o uso de um carro especialmente preparado para o efeito.					A
m. As substâncias controladas são armazenadas e manuseadas de acordo com os requisitos legais aplicáveis.					A
n. Existe um procedimento que estabeleça a forma de actuar em situações de reacções adversas e/ou emergência elaborado/revisto nos últimos três anos.					A
o. Existe um procedimento documentado e datado para lidar com os medicamentos trazidos pelo cidadão/utilizador ou pelos seus familiares ou mais directos conviventes. Este procedimento deve possibilitar o controlo da sua recepção, administração e devolução e ter sido elaborado/revisto nos últimos três anos.					A
p. Existe um procedimento, documentado e datado, para a gestão do erro e outros riscos, por exemplo, devolução de medicamentos, erros de distribuição e administração, incidentes e acidentes, elaborado/revisto nos últimos três anos.					B
q. Existe um procedimento documentado e datado para a destruição de medicamentos em condições de segurança, elaborado/revisto nos últimos três anos.					A
r. Existe um profissional qualificado responsável pelo armazenamento, identificação, fornecimento, qualidade e grau de pureza dos gases medicinais, quando aplicável.					A

	cumprimento				NÍVEL
	total	parcial	não	não aplic.	
<b>4.5.3 APOIO PSICO-SOCIAL</b>					
a. É realizada uma avaliação individual com o cidadão/utilizador ou com o seu representante legal, por um psicólogo e um técnico de serviço social, para determinar as necessidades e potencialidades específicas em cada uma das áreas e identificar recursos do cidadão/utilizador.					A
b. A avaliação cognitivo-emocional e de aspectos sociais, além da entrevista, é realizada com instrumentos técnicos adequados (ex. testes de personalidade, grelha de avaliação social).					A
c. No Plano Individual de Cuidados, estão definidos os cuidados de apoio psicológico e social para cada cidadão/utilizador .					A
d. A prestação dos cuidados é articulada entre o psicólogo e o técnico de serviço social, para assegurar uma efectiva abordagem psico-social a cada cidadão/utilizador.					A
e. Na avaliação e revisão periódica do plano individual de intervenção, são também identificadas as necessidades de apoio emocional e acompanhamento psicoterapeutico.					A
f. São criados e implementados programas específicos, de acordo com as necessidades do cidadão/utilizador já identificadas.					B
g. É assegurada por estes técnicos a orientação/informação/educação/formação aos familiares relativamente a aspectos psico-sociais da prestação de cuidados informais (na área psicológica de comportamento e de Comunicação/relação, assim com, informação sobre aspectos de reconhecimento e gestão dos recursos sociais e redes locais pelos técnicos, respectivamente)					A
h. É assegurado pelo técnico de serviço social a gestão das parcerias institucionais e das redes de suporte formais e informais de cada cidadão/utilizador e o encaminhamento para os recursos necessários.					A
i. Na sequência da avaliação inicial é assegurada a intervenção e acompanhamento psicológico, para manter ou promover o nível de autonomia cognitiva e bem-estar reduzindo e/ou prevenindo sintomatologia depressiva e/ou de ansiedade.					A
j. São mantidos registos da prestação do apoio psico-social, da sua revisão e avaliação. Os registos são legíveis e estão datados e assinados.					A
k. Os registos fazem parte integrante do processo individual do cidadão/utilizador.					A
<b>4.5.4 ANIMAÇÃO SÓCIO-OCUPACIONAL</b>					
a. Está estabelecido um plano de actividades sócio-recreativas, com o objectivo de manter as capacidades funcionais e cognitivas do cidadão/utilizador.					C
b. Para a realização destas actividades o Serviço/Estabelecimento recorre ao apoio de organizações exteriores e, sempre que possível, r á família ou mais directos conviventes.					C
c. São mantidos registos da realização dessas actividades.					C

	cumprimento				NÍVEL
	total	parcial	não	não aplic.	
<b>4.5.5 PROMOÇÃO DA INTERACÇÃO FAMILIAR/CONVIVENTES DIRECTOS</b>					
a. O cidadão/utilizador é consultado e dá concordância à participação da família/conviventes directos durante a sua estadia no Serviço/Estabelecimento.					C
b. No Plano Individual de Cuidados está estabelecido o âmbito de participação da família/conviventes directos nas várias fases da prestação dos cuidados.					C
c. Está prevista a assinatura de protocolo entre a família/conviventes directos e o Serviço/Estabelecimento, contendo os termos da participação.					C
d. É avaliado o impacto da participação da família/conviventes na melhoria do estado de saúde do cidadão/utilizador.					C
e. Estão definidos indicadores de satisfação do cidadão/utilizador pela participação da família/conviventes no Serviço/Estabelecimento.					C
f. Estão definidos indicadores de satisfação da família/conviventes pela sua participação junto do cidadão/utente durante estadia no Serviço/Estabelecimento.					C
g. É feito relatório da participação da família/conviventes e estudado o seu impacto no bem estar do cidadão/utilizador e na gestão do Serviço/Estabelecimento.					C
<b>4.5.6 REABILITAÇÃO E TERAPIA OCUPACIONAL</b>					
a. No Plano Individual de Cuidados, estão definidos os cuidados de reabilitação e terapia ocupacional para cada cidadão/utilizador .					A
b. É feita periodicamente uma avaliação multidisciplinar do impacto dos cuidados de reabilitação na melhoria da saúde do cidadão/utilizador.					A
c. É feito relatório periódico dos resultados obtidos com o programa de reabilitação.					A
d. O programa de terapia ocupacional é da responsabilidade de um técnico com formação específica.					A
e. O cidadão/utilizador participa na elaboração e avaliação do plano de actividades que é destinado.					A
f. É feita periodicamente avaliação dos resultados da terapia ocupacional na melhoria da autonomia do cidadão/utilizador.					A
g. É feito relatório da avaliação dos resultados da terapia ocupacional.					A
h. Existem registos da prestação dos cuidados de reabilitação e terapia ocupacional.					A

	cumprimento				NÍVEL
	total	parcial	não	não aplic.	
a. Está definida uma metodologia de avaliação da satisfação dos utilizadores/cidadãos, que estabelece: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificação e classificação dos cidadão/utilizadores;</li> <li>• Periodicidade (mínimo anual);</li> <li>• Indicadores relacionados com a satisfação do cidadão/utilizador;</li> <li>• Sistemas de recolha de informação (questionários e entrevistas ou reuniões....) e o método de validação dos questionários;</li> <li>• Análise e tratamento dos dados recolhidos</li> </ul>					B
b. Está definida a metodologia para a monitorização e melhoria dos processos.					C
c. Estão definidos indicadores da qualidade dos processos da prestação dos cuidados.					C
d. Realizam-se auditorias internas periódicas para verificar se as actividades e procedimentos correntes estão de acordo com o planeado e são efectivos. Na sua preparação são consideradas as Normas aplicáveis á realização de auditorias.					B
e. Está estabelecido um procedimento que define o modo como o Serviço/Estabelecimento assegura que as não conformidades relativamente á prestação dos serviços são identificadas e corrigidas. São mantidos registos das não-conformidades detectadas.					B
f. Está estabelecida uma metodologia para a implementação de acções correctivas. São mantidos registos das acções implementadas.					A
g. Existe um sistema para os cidadãos/utilizadores e pessoal apresentarem comentários, sugestões e reclamações. Os mecanismos para os/as accionar estão divulgados e disponíveis.					A
h. Está definida uma metodologia de análise, resolução e tratamento das reclamações.					A
i. O procedimento de reclamações está disponível a todo o pessoal.  Orientação: Isto inclui informação sobre o que é uma reclamação ou queixa e os procedimentos para receber e lidar com uma reclamação.					B
j. A metodologia é divulgada e está acessível ao cidadão/utilizador.					A
k. O cidadão/utilizador é informado em cada fase do tratamento da sua reclamação.					C
l. São elaborados relatórios sobre as reclamações e acções empreendidas em resposta, sempre que aplicável.					A
m. São efectuados registos de todas as reclamações, bem como das acções necessárias relativas ao seu tratamento e resposta.					A
n. Os registos das reclamações, fazem parte integrante do processo individual do cidadão/utilizador					C
m. Está estabelecida a metodologia para a recolha e análise de informação relevante (dados gerados pelas actividades de medição, monitorização e por outras fontes relevantes - resultados das auditorias, acções de fiscalização, análise satisfação dos cidadão/utilizadores, das reclamações... ).					C
n. São elaborados planos de melhoria face aos resultados da recolha e análise da informação relevante.					C

	cumprimento				NÍVEL
	total	parcial	não	não aplic.	
a. É realizada periodicamente a avaliação e existem dados concretos, do grau de satisfação do cidadão/utilizador relativamente a aspectos relacionados com a prestação dos cuidados, tais como: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acessibilidade</li> <li>• Prestação dos cuidados</li> <li>• Relação e Comunicação</li> <li>• Informação e apoio</li> <li>• Continuidade dos cuidados e participação</li> <li>• Organização dos Serviços e/ou das Unidades</li> </ul>					A
b. Os resultados da avaliação da satisfação dos cidadãos/utilizadores são segmentados, e evidenciam a percepção dos vários grupos e tipos de utilizadores.					B
c. Na sequência da avaliação da satisfação do cidadão/utilizador, são elaborados relatórios das conclusões, recomendações e acções a serem implementadas					A
d. Existe evidencia de que as acções foram efectivamente implementadas e contribuíram para a melhoria do desempenho do Serviço/Estabelecimento.					B
e. Os resultados da avaliação da satisfação do cidadão/utilizador e das acções implementadas, estão disponíveis e são do conhecimento de todas as partes interessadas					C
f. São mantidos os registos relativos à avaliação da satisfação dos cidadãos/utilizadores.					A

	cumprimento				NÍVEL
	total	parcial	não	não aplic.	
a. É realizada periodicamente uma avaliação e existe informação concreta acerca da percepção dos colaboradores relativamente a aspectos da gestão do Serviço/Estabelecimento, tais como: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambiente de trabalho;</li> <li>• Condições de trabalho;</li> <li>• Comunicação;</li> <li>• Participação;</li> <li>• Sistemas de avaliação do desempenho;;</li> <li>• Sistemas de recompensa;</li> <li>• Formação;</li> <li>• Motivação;</li> </ul>					B
b. O Serviço/Estabelecimento mede e avalia regularmente outros aspectos relacionados indirectamente com a satisfação dos colaboradores, tais como: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Absentismo</li> <li>• Doença</li> <li>• Rotatividade do pessoal</li> <li>• N° de horas de formação</li> </ul>					B
c. Na sequência da avaliação da satisfação dos colaboradores, são elaborados relatórios das conclusões, recomendações e acções correctivas.					B
d. Existe evidência de que as acções foram efectivamente implementadas e contribuíram para a melhoria da satisfação dos colaboradores.					C
e. Os resultados da avaliação da satisfação do colaboradores e das acções tomadas, estão disponíveis e são do conhecimento dos colaboradores.					C
f. São mantidos os registos relativos à avaliação da satisfação dos colaboradores.					B

	cumprimento				NÍVEL
	total	parcial	não	não aplic.	
a. Existe uma política documentada e actualizada de informação à comunidade sobre as actividades do Serviço/Estabelecimento.					C
b. A política de informação é actualizada: <ul style="list-style-type: none"> <li>• semestralmente</li> <li>• anualmente</li> </ul>					C
c. A comunidade local percepçiona o Serviço/Estabelecimento como importante para a melhoria da sua qualidade de vida.					C
d. Está assegurada a participação dos parceiros sociais no planeamento e implementação das actividades do Serviço/Estabelecimento.					C
e. Existe uma política documentada e actualizada do Serviço/Estabelecimento relativamente à participação da comunidade: <ul style="list-style-type: none"> <li>• no planeamento das actividades</li> <li>• na sua implementação</li> <li>• na avaliação do impacte do Serviço/Estabelecimento no bem-estar da comunidade.</li> </ul>					C
f. Formas de exercício da participação da comunidade são exploradas, tais como: <ul style="list-style-type: none"> <li>• plenários</li> <li>• reuniões temáticas</li> <li>• participação na execução das actividades</li> <li>• emissão de sugestões para melhoria do funcionamento</li> </ul>					C
g. Existe um responsável pela formulação, implementação e desenvolvimento da política de higiene e segurança do Serviço/Estabelecimento relativamente à comunidade local.					C
h. Estão definidos indicadores de responsabilidade social do Serviço/Estabelecimento relativamente a: <ul style="list-style-type: none"> <li>• medidas ambientais de higiene e segurança</li> <li>• medidas de acessibilidade ao Serviço/Estabelecimento</li> <li>• grau de satisfação dos utilizadores</li> <li>• grau de satisfação da comunidade</li> </ul>					C

### NÍVEIS DE QUALIFICAÇÃO

Para a implementação do Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) de acordo com a totalidade dos requisitos estabelecidos no Modelo de A (adiante designado Modelo), será considerado um prazo máximo a definir de acordo com o modelo de intervenção que venha a ser proposto pela Comissão para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde às Pessoas Idosas e às Pessoas em Situação de Dependência.

Para permitir ao Serviço/Estabelecimento uma implementação gradual do Modelo, são estabelecidos três Níveis de Qualificação, que correspondem a três níveis de exigência relativamente ao cumprimento dos requisitos do Modelo:

#### Qualificação Nível A

O Serviço/Estabelecimento deverá obrigatoriamente cumprir os requisitos estabelecidos para o Nível A, assinalados no Modelo na coluna "Nível" com A.

#### Qualificação Nível B

O Serviço/Estabelecimento deverá obrigatoriamente cumprir os requisitos estabelecidos para o Nível A e B, assinalados no Modelo na coluna "Nível" com A e B.

#### Qualificação Nível C

O Serviço/Estabelecimento deverá obrigatoriamente cumprir os requisitos estabelecidos para o Nível A, B e C, assinalados no Modelo na coluna "Nível" com A, B e C (corresponde ao cumprimento de todos requisitos do Modelo).

### AUDITORIAS E CERTIFICADO DE CONFORMIDADE

A metodologia de avaliação tem por base a realização de auditorias efectuadas por uma entidade externa reconhecida pelo Sistema Português da Qualidade (SPQ), que emitirá um Certificado de conformidade.

Para avaliar e acompanhar o grau de implementação dos requisitos estabelecidos para a qualificação pelos três níveis, serão realizadas as seguintes auditorias:

**NÍVEL A**

**Auditoria de Concessão Nível A**

Tem por finalidade determinar se o Sistema de Gestão da Qualidade cumpre todos os requisitos obrigatórios estabelecidos para a qualificação de Nível A. Esta auditoria ocorre durante o primeiro ano e nunca antes de 6 meses de funcionamento.

Se o Serviço/ Estabelecimento tiver implementado parcialmente (não a totalidade), os requisitos correspondentes a um nível superior de Qualificação (B ou A), pode solicitar a sua avaliação durante a auditoria e como tal constará do Relatório de Auditoria. No entanto, não será emitido Certificado de Conformidade de nível superior sem o cumprimento da totalidade dos requisitos do Modelo.

**NÍVEL B**

**Auditoria de Concessão Nível B**

Tem por finalidade determinar se o Sistema de Gestão da Qualidade, cumpre todos os requisitos obrigatórios estabelecidos para a Qualificação de Nível A e B.

Se o Serviço/ Estabelecimento tiver implementado parcialmente (não a totalidade), os requisitos correspondentes à Qualificação para o Nível C, pode solicitar a sua avaliação durante a auditoria e como tal constará do Relatório de Auditoria. No entanto, não será emitido o Certificado de Conformidade Nível C sem o cumprimento da totalidade dos requisitos do Modelo.

**NÍVEL C**

**Auditoria de Concessão Nível C**

Tem por finalidade determinar se o Sistema de Gestão da Qualidade, cumpre todos os requisitos obrigatórios estabelecidos para a Qualificação de Nível A, B e C.

Corresponde ao cumprimento de todos os requisitos e critérios do Modelo.

#### **Auditoria de Renovação**

Corresponde á auditoria a efectuar após extinção da validade do Certificado de Conformidade de qualquer dos níveis. Tem como objectivo confirmar que o SGQ, se mantém adequado e cumpre todos requisitos estabelecidos no Modelo em vigor.

#### **Auditoria de Acompanhamento**

Correspondente à(s) auditoria(s) de manutenção do Certificado de Conformidade a realizar dentro do prazo de validade regulamentar. Tem como objectivo confirmar que o SGQ se mantém adequado e continua a cumprir os requisitos estabelecidos no Modelo em vigor.

Esta auditoria não implica a verificação da totalidade dos requisitos e terá uma duração inferior á auditoria de concessão/renovação.

Poderão ainda ser realizadas os seguintes tipos de auditorias de acordo com os objectivos a seguir referidos:

#### **Auditorias de Seguimento**

Correspondem ás auditorias a efectuar para verificar no local a implementação de correcções ou acções correctivas para cumprimento dos requisitos de um critério.

#### **Auditorias Extraordinárias**

Correspondem às auditorias a efectuar na sequência de reclamações, participações públicas ou de alterações significativas na propriedade, estrutura, organização e tipo de serviços a disponibilizar pelo Serviço/Estabelecimento.

#### **METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO**

O grau de conformidade de cada critério deverá ser verificado, individualmente, da seguinte forma:

<b>Total</b>	cumprimento integral dos requisitos do critério, comprovado por evidência objectiva
<b>Parcial</b>	cumprimento parcial dos requisitos do critério, comprovado por evidência objectiva
<b>Não</b>	incumprimento total dos requisitos do critério
<b>Não Aplicável</b>	consideração de não aplicável a uma situação concreta, acompanhada de justificação fundamentada por critério

#### **RELATÓRIO DA AUDITORIA**

A auditoria culmina com a elaboração do Relatório da Auditoria e a realização da reunião final com representantes da entidade, durante a qual o auditor coordenador deve transmitir as principais constatações, louvores e recomendações.

Deve ser deixada cópia do Relatório de Auditoria no Serviço/Estabelecimento.

Do relatório da Auditoria deve constar obrigatoriamente informação acerca da entidade auditada, equipa auditora, resumo da auditoria e critérios auditados.

No Relatório da Auditoria constarão, entre outros elementos, as não conformidades/observações constatadas.

O Serviço/ Estabelecimento deverá elaborar, num prazo estabelecido, um Plano de Acções Correctivas. Do Plano de Acção Correctivas constará o conjunto das acções a desenvolver para superação das não conformidades/observações identificadas no Relatório de Auditoria, bem como, a responsabilidade pela sua implementação e prazos de execução.