



CASA de SAÚDE
SÃO MATEUS
HOSPITAL



CUIDADOS CONTINUADOS
Saúde e Apoio Social
UNIDADE DE CONVALESCENÇA
CSSMH, PISO 2

QS PA 001 | PLANO DE AÇÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA

Triénio 2023-2025

Homologação pelo CA

Reunião: 30/11/2023

Presidente
(Carlos Lemos)

Vogal
(Aldina Coimbra)

**GESTÃO DA QUALIDADE E
SEGURANÇA**
CSSMH

CCIRA
COMISSÃO DE CONTROLO DE INFEÇÃO E DE
RESISTÊNCIA AOS ANTIMICROBIANOS
CSSMH



ÍNDICE

ABREVIATURAS/SIGLAS.....	3
FUNDAMENTAÇÃO.....	5
1. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS CUIDADOS.....	7
2. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS NO ÂMBITO DA QUALIDADE E SEGURANÇA.....	9
3. PLANO ANUAL DE PROMOÇÃO DA LITERACIA E EDUCAÇÃO EM SAÚDE E SEGURANÇA NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS	10
4. PLANO DE AÇÃO.....	12
5. PLANO DE FORMAÇÃO ANUAL.....	33
6. PROGRAMA ANUAL DE AUDITORIAS.....	36
7. CONCLUSÃO.....	45
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46

ABREVIATURAS/SIGLAS

A. | Auditoria

AAM | Auxiliares de Ação Médica;

C RH | Coordenador dos Recursos Humanos

CCIRA | Comissão de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos

CE | Comissão de Ética

CF | Coordenador da Formação

Cf. | Conforme

Cf. A | Conforme Aplicável

COORD. | Coordenadores

CQS | Comissão da Qualidade e Segurança

CSSMH | Casa de Saúde São Mateus Hospital

DDD | Dose Diária Definida

DE | Direção Executiva

DGS | Direção Geral da Saúde;

Div. | Divulgação

ENF. | Enfermeiros

EPD | Encarregado da Proteção de Dados

FARM. | Farmacêutico

GR | Geral, ou seja, todos os profissionais, independentemente do vínculo e categoria profissional

IC | Índice de Conformidade

IGC | Índice Global de Conformidade

ITU-Cv | Infecção do Trato Urinário na Presença de Cateter Vesical

MC | Mapa de Controlo

MCDT | Meio Complementar de Diagnóstico e Terapêutico

MED. | Médicos

MP | Manual de Procedimentos

OMS | Organização Mundial de Saúde

PAPA | Programa de Apoio à Prescrição Médica

PNS | Plano Nacional de Saúde;

PNSD | Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

PON | Procedimento Operativo Normalizado

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

PPRCIC | Plano de Prevenção do Risco de Corrupção e Infrações Conexas

PSICOL. | Psicólogo

RAM | Resistência a Antimicrobianos

Rel. | Relatório

SNIS | Sistema de Notificação de Incidentes de Segurança

SSHST | Serviço de Segurança Higiene e Saúde no Trabalho

VA | Versão Atual

FUNDAMENTAÇÃO

Definir qualidade aplicada aos cuidados de saúde é uma tarefa complexa, contudo a CSSMH considerou oito dimensões da qualidade que ilustram os aspetos da necessária interação entre preocupações clínicas e não clínicas dentro do hospital, que são: Eficácia; Eficiência; Otimização; Legitimidade; Equidade; Acessibilidade; Aceitabilidade/Centralidade no Doente e Segurança.

A **segurança do doente**, constitui uma das dimensões fundamentais, do direito à proteção da saúde, sendo uma das componentes chave da qualidade em saúde, com enormes desafios para todos os intervenientes¹.

É definida segundo a Estrutura Conceptual da Classificação Internacional sobre Segurança do doente, como “a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados e saúde, para um mínimo aceitável...”².

Pode ainda ser definida como “uma estrutura de atividades organizadas que cria culturas, processos e procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes nos cuidados da saúde que de forma consistente e sustentável, diminua riscos, reduza a ocorrência de danos evitáveis, diminua a probabilidade de erro e reduza o seu impacto quando o erro ocorrer”³.

A implementação de políticas e estratégias centradas na qualidade em saúde e segurança do doente, de forma robusta, consistente, contínua, que promovam a redução destes incidentes e a melhoria contínua da qualidade, constituem uma aposta inequívoca em saúde da CSSMH, com enormes desafios para todos os intervenientes.

De modo a assegurar a implementação das medidas concernentes à segurança do doente e à qualidade da prestação de cuidados de saúde, a gestão de topo em conjunto com a Comissão de Qualidade e Segurança (CQS), Comissão de Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos (CCIRA), atualmente designada, Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos (UL-PPCIRA) e a participação dos profissionais de saúde do hospital, planeiam e promovem as atividades e programas de segurança dos doentes e de melhoria contínua da qualidade clínica e organizacional.

Este planeamento está alinhado com:

1. Missão, visão, princípios e valores da CSSMH;
2. Missão, visão, princípios e valores da Rede Nacional de Cuidados Continuados;
3. Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde da DGS;



4. Plano Nacional de Saúde 2030⁴;
5. Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030 da OMS¹;
6. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2025⁵ (PNSD 2021 -2025);
7. Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos⁶ (PPCIRA), da DGS;
8. Requisitos do referencial da qualidade do Manual de Gestão Clínica do modelo de certificação do Ministério da Saúde;
9. Demais requisitos regulamentares e normativos legais aplicáveis no âmbito das organizações de saúde.

1. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS CUIDADOS

A avaliação da qualidade dos cuidados de saúde é um processo sistemático, contínuo e abrangente que envolve a recolha, análise e interpretação de informações relacionadas à prestação de cuidados/serviços de saúde.

O objetivo principal da avaliação é determinar se os cuidados de saúde atendem a padrões estabelecidos, diretrizes clínicas, normas regulatórias e às necessidades e expectativas dos utentes/clientes/cuidadores/familiares e demais partes interessadas, garantindo, ao mesmo tempo, segurança, legitimidade, equidade, acessibilidade, aceitabilidade, eficácia, eficiência e efetividade do cuidado/tratamento.

O ciclo de melhoria contínua PDSA, é um modelo amplamente utilizado para melhorar processos, serviços e qualidade em diversas áreas incluído a da Saúde, esta metodologia permite:

1. Planear, estabelecer os objetivos e processos fundamentais para garantir os resultados/metad, criar um plano de ação;
2. Executar, implementar o plano conforme planeado;
3. Verificar, monitorizar, avaliar processos e resultados obtidos com a execução das atividades e,
4. Atuar, ajustar as ações corretivas sobre as diferenças significativas entre os resultados reais e os planeados.

Tem em consideração a **triade**:

1. **Estrutura** (recursos físicos, humanos, materiais e financeiros);
2. **Processo** (atividades desenvolvidas na prestação de cuidados desde a admissão à alta);
3. **Resultado** (Efeito do cuidado no estado de saúde do doente)

O contexto, os recursos existentes, a dotação, formação, competência dos profissionais, organização e trabalho em equipa, a liderança, o desenho, confiabilidade dos processos e o percurso do utente dentro da organização, são alguns dos condicionantes dos ambientes seguros que refletem os resultados em saúde.

A CSSMH monitoriza as práticas seguras relativas à identificação inequívoca de utentes, segurança da medicação/materiais de consumo clínico e reconciliação terapêutica, segurança cirúrgica, ocorrência de quedas, ocorrência de úlceras por pressão, infeções associadas a cuidados de saúde (IACS), segurança na comunicação, segurança do ambiente hospitalar (higiene das instalações e equipamentos; gestão do circuito da roupa, resíduos, alimentação, qualidade do ar e da água; segurança das infraestruturas e equipamentos/dispositivos médicos), segurança dos recursos e gestão organizacional e segurança dos dados pessoais/RGPD.

São também monitorizados outros indicadores de qualidade, tais como satisfação dos utentes/profissionais, tempo médio de espera, tempo médio de internamento, taxa de readmissão hospitalar, entre muitos outros, conforme mais bem especificado no ponto 4, Plano de Ação e nos Planos de Atividades Anuais dos respetivos serviços/unidades funcionais da CSSMH.

Para a monitorização destes indicadores são utilizadas várias metodologias: Consulta de Registos Eletrônicos | Entrevistas | Observação Direta | Testes de Amostragem | Confirmação Externa | Inspeções Físicas/Avaliação de Ativos Físicos | Análise Documental e de Dados | Análise de dados clínicos | Análise de Políticas e Regulamentos | Avaliação de Contas Financeiras | Simulações e Testes de Controles | Comparações e Conciliações e Revisão de Trabalhos Anteriores.

A gestão eficaz e eficiente destes indicadores, permitem compreender quais as necessidades em cuidados, indo ao encontro das expectativas dos utentes, cuidadores, familiares e profissionais, garantindo a melhoria continua da qualidade e segurança.

Esta gestão requer trabalho em equipa coordenado e persistente, envolvimento, compromisso das partes interessadas e uma abordagem sistêmica, contínua e promotora da cultura justa de segurança organizacional.

2. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS NO ÂMBITO DA QUALIDADE E SEGURANÇA

Este Plano de Ação é dinâmico, deve ser revisto anualmente, podendo ser atualizado durante o seu período de implementação, de modo a permitir a sua adaptação às novas necessidades e desafios organizacionais e/ou normativos na área da qualidade e segurança.

Tem como principais objetivos:

1. Constituir-se como uma ferramenta de apoio à gestão de topo, lideranças intermédias, e profissionais de saúde, de modo a consolidar e promover a qualidade e segurança na prestação de cuidados de saúde;
2. Reforçar e/ou implementar as estratégias de promoção da qualidade de vida e bem-estar, espiritual, físico, mental, psicológico e emocional, centrando a ação no cidadão;
3. Verificar a eficácia dos controlos internos em todas as áreas de prestação de cuidados e serviços;
4. Garantir a prestação de contas, promover a transparência e a responsabilidade na gestão hospitalar, de modo a assegurar que os recursos sejam utilizados de forma apropriada;
5. Promover a Melhoria Contínua, fomentar uma cultura justa de segurança e de melhoria contínua dentro do hospital;
6. Estabelecer metas e indicadores de sustentabilidade financeira e ambiental para medir o desempenho e orientar as ações de melhoria contínua;
7. Preparar a organização para avaliações externas, realizadas por entidades reguladoras/fiscalizadoras no âmbito da saúde e órgãos de certificação.



3. PLANO ANUAL DE PROMOÇÃO DA LITERACIA E EDUCAÇÃO EM SAÚDE E SEGURANÇA NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

As campanhas de sensibilização/comunicação e promoção da literacia e educação em saúde e segurança do doente, têm como **principais objetivos a promoção de hábitos de vida saudáveis que contribuam para a melhoria/manutenção da qualidade de vida e bem-estar, centradas na prevenção primária e secundária.**

Pretendem promover o desenvolvimento de comportamentos saudáveis, seguros e a participação ativa na tomada de decisão, para que tenhamos cidadãos mais saudáveis e doentes mais participativos e conhecedores dos seus direitos.

O serviço de comunicação e marketing em conjunto com a direção executiva e os responsáveis abaixo indicados, têm a responsabilidade anual de operacionalizar as seguintes campanhas educacionais, tendo em conta o seguinte **público-alvo**:

1. Profissionais de saúde;
2. Utentes;
3. Cuidadores/familiares;
4. Comunidade em geral.

Deve ser planeada pelo menos uma sessão de educação para a saúde/Campanha de sensibilização anual, para cada uma das áreas de intervenção, que pode ser desenvolvida internamente ou em colaboração com outros agentes (organizações de saúde de ensino, agentes locais, associações de doentes, etc.)

Fará parte desse planeamento a elaboração de um artigo de opinião sobre a temática/área de intervenção, para publicar na página oficial/redes sociais, jornal e comunicação nos elevadores, ecrãs das salas de espera e outros pontos estrategicamente definidos para a comunicação interna e para o exterior.

Literacia e educação em saúde

No âmbito do PNS 2030, foram identificadas as necessidades de saúde em Portugal e os fatores de risco reconhecidos de maior relevância foram: Alimentação inadequada; Inatividade física; Excesso de peso e obesidade; Hiperglicemia; Hipertensão arterial; Hipercolesterolemia (aumento do colesterol LDL plasmático); Consumo de tabaco; Consumo de álcool; Riscos ocupacionais.

As campanhas de literacia e educação em saúde foram direcionadas tendo em conta estes fatores de risco de elevada prevalência, bem como, outras temáticas relevantes na área da saúde, qualidade de vida e bem-estar.

RESPONSÁVEIS	CAMPANHA	PÚBLICO-ALVO	DATA
Gestores intermédios de todos os serviços.	Dia Mundial da Atividade Física	Profissionais, Doentes, Cuidadores, Familiares, Comunidade em geral	6 abril
Gestores intermédios de todos os serviços.	Dia Mundial da Saúde		7 abril
Gestores intermédios de todos os serviços.	Dia Mundial da Hipertensão		17 maio
Gestores intermédios de todos os serviços.	Dia Mundial sem Tabaco		31 maio
Gestores intermédios de todos os serviços Clínicos	Dia Nacional de Luta Contra a Dor Dia Mundial de Combate à Dor		14 junho 17 outubro
Gestores intermédios de todos os serviços.	Dia Mundial da Saúde Mental		10 outubro
Gestores intermédios de todos os serviços.	Dia Mundial do Combate à Obesidade		11 outubro
Gestores intermédios de todos os serviços.	Dia Mundial dos Cuidados Paliativos		14 outubro
Gestores intermédios de todos os serviços.	Dia Mundial da Alimentação		16 outubro
Gestores intermédios de todos os serviços.	Dia Mundial da Diabetes		14 novembro

Nota: As atividades do Dia Mundial da Atividade Física podem comemora-se no dia 07 abril em conjunto com o Dia Mundial da Saúde.

As atividades do Dia Mundial do Combate à Obesidade podem comemorar-se no dia 16 de outubro em conjunto com o Dia Mundial da Alimentação.

Serão consideradas outras ações, campanhas relevantes na área da saúde, qualidade de vida e bem-estar.

Literacia e educação em segurança na prestação de cuidados de saúde

RESPONSÁVEIS	CAMPANHA	PÚBLICO-ALVO	DATA
CQS Elos de ligação	Dia Europeu dos Direitos dos Doentes	Profissionais, Doentes, Cuidadores, Familiares, Comunidade em geral	18 abril
CQS Elos de ligação	Dia Mundial da Segurança e Saúde no Trabalho		28 abril
UL-PPCIRA Elos de ligação	Comemoração da Semana das PBCI		1 a 5 de maio
UL-PPCIRA Elos de ligação	Dia Mundial da Higiene das mãos		5 de maio
CQS Elos de ligação	Dia Mundial do Ambiente		5 de junho
CQS Elos de ligação	Dia Mundial da Segurança do Doente		17 de setembro
UL-PPCIRA Elos de ligação	Dia Europeu do Antibiótico		18 de novembro

4. PLANO DE AÇÃO

Este Plano de Ação foca-se nos cinco pilares que estabelecem um referencial em matéria de qualidade e segurança do doente conforme determinado no PNSD 2021-2025, bem como o “índice de qualidade PPCIRA” e estratégias de intervenção, face às necessidades de saúde identificadas no PNS 2030 e a procura de cuidados/serviços de saúde.

Foram definidos objetivos estratégicos, respetivos indicadores, ações a implementar, frequência e responsáveis pela monitorização, para que se possam alcançar as metas estabelecidas.

PILAR	OBJETIVOS	INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO	FREQ	RESP.	AÇÕES	METAS
1. Cultura de Segurança	1.1. Assegurar a estrutura e organização dos recursos Promover a formação/participação dos profissionais no âmbito da gestão da qualidade e segurança	<p>Grau de cumprimento da estrutura de recursos humanos tendo em conta o determinado na legislação e no Manual de funções de cada serviço/unidade funcional;</p> <p>Proporção de cada grupo profissional* em cada serviço/unidade funcional com:</p> <p>a. formação atualizada na área da qualidade e segurança cf. Plano anual de formação;</p> <p>b. participação na elaboração do plano anual de formação;</p> <p>c. integração dos objetivos individuais no plano de atividades do serviço;</p> <p>d. participação em projetos de investigação ou publicação em revista;</p> <p>* Médicos, Enfermeiros, Auxiliares de ação Médica, Outros Técnicos de Saúde.</p>	$\frac{\text{N}^\circ \text{ Profissionais de Saúde com o critério definido no respetivo indicador por cada um dos 4 grupos profissionais}}{\text{N}^\circ \text{ de Profissionais de Saúde existentes, por cada um dos 4 grupos profissionais}} \times 100$	Anual	CA DE Gestores Intermédios - Estrutura e organização dos recursos Coordenador da Formação	<p>a. Rever manual de funções e responsabilidades dos profissionais por posto de trabalho.</p> <p>b. Assegurar a formação anual a todos os profissionais no âmbito da qualidade e segurança.</p> <p>c. Elaborar Plano Anual de Formação promovendo a participação da equipa multidisciplinar no levantamento das necessidades formativas distribuídas pelas diferentes áreas e categorias profissionais.</p> <p>d. Assegurar a integração dos objetivos individuais no âmbito da qualidade e segurança nos planos anuais de atividade dos respetivos serviços/unidades funcionais.</p> <p>e. Fomentar a participação em projetos de investigação ou publicação em revista.</p>	<p>2025 – Comissões de Apoio Técnico com RH adequados em N° e qualificações.</p> <p>2025 - 90% dos profissionais, por cada grupo profissional* receberam formação no âmbito da Qualidade e Segurança do Doente.</p> <p>2025 – 90% dos objetivos deste plano de ação, são integrados nos planos anuais de atividade dos diferentes serviços/unidades funcionais.</p>

<p>1.2. Reconhecer a qualidade na prestação dos cuidados de saúde e avaliar a Cultura de Segurança/grau de satisfação de todos os Stakeholders</p>	<p>Nº Serviços/unidades funcionais certificados pelo modelo de certificação do Ministério da Saúde.</p> <p>Nº Serviços/unidades funcionais com sistema de gestão por processos (SGP) implementado.</p> <p>Proporção de Profissionais de Saúde em cada serviço/unidade com:</p> <p>a. resposta ao questionário de avaliação da cultura de segurança em cada serviço/unidade funcional cf. Norma DGS 005/2018;</p> <p>b. resposta ao questionário de satisfação.</p> <p>Proporção de utentes/cuidadores em cada serviço/unidade com:</p> <p>c. resposta ao questionário de satisfação;</p> <p>d. Nº de elogios;</p> <p>e. Nº de reclamações;</p>	<p>Nº de serviços/unidades funcionais certificados ou com SGP/ Nº de serviços/unidades funcionais do hospital x 100</p> <p>Nº Profissionais de Saúde que responderam ao questionário a. e b. respetivamente por serviço / Nº de Profissionais de Saúde existentes, em cada serviço/unidade no período x 100</p> <p>Nº utentes por serviço que responderam ao questionário de satisfação / Nº de utentes, em cada serviço/unidade no período x 100</p> <p>Contagem direta</p>	<p>Anual</p>	<p>CQS Gestores Intermédios</p>	<p>a. Consolidar a implementação do Sistema de Gestão da Qualidade e Segurança (SCQS) tendo em conta a gestão por processos.</p> <p>b. Implementar o modelo de Avaliação da Cultura de Segurança, divulgar os resultados e implementar ações de melhoria.</p> <p>c. Promover o acompanhamento e avaliação da satisfação de padrões e expectativas /grau de satisfação de todos os Stakeholders.</p> <p>d. Promover a gestão eficaz das sugestões e reclamações.</p>	<p>2023 – 25% dos profissionais, em cada serviço/unidade, responderam ao formulário de Avaliação da Cultura de Segurança e receberam feedback dessa avaliação.</p> <p>2024 – 50% 2025 – 90% dos profissionais responderam ao formulário de Avaliação da Cultura de Segurança e receberam feedback dessa avaliação.</p> <p>2024 – Mais de 90% dos utentes/cuidadores que responderam ao questionário de satisfação, mostraram-se muito satisfeitos em pelo menos 90% de todos os critérios avaliados.</p> <p>2023 – Gestão eficaz de todas as reclamações</p>
---	--	--	--------------	-----------------------------------	---	--

<p>1.3. Aumentar a literacia, a participação, a capacitação do doente, família, cuidador e da sociedade na promoção e proteção da saúde e na segurança da prestação de cuidados.</p>	<p>Proporção de serviços/Unidades funcionais que realizam, pelo menos, uma ação de sensibilização/campanha de comunicação anual alusiva aos direitos e deveres dos doentes, segurança, promoção da saúde e bem-estar e prevenção da doença dirigida aos profissionais, doentes, famílias, cuidadores e comunidade em geral.</p> <p>Índice Global de Conformidade (IGC) obtido através de instrumento de auditoria interna referente às ações que garantem o cumprimento dos direitos dos utentes.</p>	<p>Nº de serviços/unidades que realizaram pelo menos 1 ação de sensibilização/campanha de comunicação anual sobre direitos e deveres dos doentes, segurança, promoção da saúde e bem-estar e prevenção da doença / Nº Total de serviços/unidades do hospital</p> <p>IGC = Total de respostas Sim / Total de respostas aplicáveis x 100</p>	<p>Anual</p>	<p>CQS Gestores Intermédios</p>	<p>a. Desenvolver e implementar um plano de sensibilização, educação para a saúde, dirigido aos doentes, famílias, cuidadores, comunidade em geral, sobre a relevância dos direitos dos doentes e segurança nos cuidados de saúde, articulado com o Plano de Ação da Literacia em Saúde e PNSD 2021 -2025;</p> <p>b. Desenvolver e implementar um plano de sensibilização, educação para a saúde, dirigido aos doentes, famílias, cuidadores, comunidade em geral, sobre comportamentos, estilos de vida promotores de saúde, envelhecimento ativo e saudável, articulados com o PNS 2030.</p>	<p>Realização anual de, pelo menos, uma ação de sensibilização, campanha de comunicação anual dirigida aos doentes, famílias e cuidadores alusiva aos direitos e deveres dos doentes, segurança, promoção da saúde e bem-estar e prevenção da doença, por serviço/unidade funcional.</p>
---	--	---	--------------	-----------------------------------	--	--

PILAR	OBJETIVOS	INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO	FREQ.	RESP	AÇÕES	METAS
2. Liderança e Governança	2.1. Garantir o envolvimento da gestão de topo e das lideranças na implementação deste Plano de Ação	Proporção de objetivos definidos neste plano que foram integrados e monitorizados no plano anual de atividades de cada serviço/unidade funcional.	N° de objetivos contemplados e monitorizados no plano anual de atividades de cada serviço/unidade / N° total de objetivos contemplados neste plano de ação x 100	Anual	CQS UI-PPCIRA Gestores Intermédios	<p>a. Cada Serviço/Unidade do hospital deverá contemplar no seu Plano Anual de Atividades os objetivos estratégicos definidos neste plano de ação, bem como, para cada objetivo formular os indicadores com a fórmula de cálculo, metodologia (sistemas de informação, avaliação do grau de satisfação, auditorias, reclamações, etc.), a periodicidade da monitorização, responsáveis pelo cumprimento e os critérios de inclusão e/ou exclusão a considerar, de modo a garantir a execução das metas aqui definidas;</p> <p>b. Articular com a gestão de topo de modo a garantir tempo protegido para os profissionais de saúde envolvidos na implementação deste Plano de Ação e em outras atividades no âmbito específico da segurança do doente/PPCIRA.</p>	<p>2023 – 25% dos objetivos definidos neste Plano de Ação foram contemplados e monitorizados no Plano Anual de Atividades dos respetivos Serviços/Unidades funcionais.</p> <p>2024 – 50%</p> <p>2025 – 90%</p>

	<p>2.2. Consolidar a articulação entre as diferentes Comissões de Apoio Técnico e Órgãos de Assessoria</p>	<p>Proporção de cada grupo profissional* que integra as Comissões de Apoio Técnico * Médicos, Enfermeiros, Auxiliares de ação Médica, Outros Técnicos de Saúde.</p>	<p>Nº Profissionais de Saúde que integram as Comissões de Apoio Técnico por cada um dos 4 grupos profissionais /Nº de Profissionais de Saúde existentes, por cada um dos 4 grupos profissionais x 100</p>	<p>Anual</p>	<p>Direção Executiva Coordenadores das Comissões</p>	<p>a. Integrar nas Comissões de Apoio Técnico profissionais das equipas multidisciplinares e trabalhar em articulação de modo a consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde.</p>	<p>2025 – As comissões de Apoio Técnico são constituídas por equipas multidisciplinares, têm tempo dedicado e trabalham integradas de modo a promover a segurança na prestação de cuidados.</p>
--	---	---	---	--------------	--	--	---

PILAR	OBJETIVOS	INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO	FREQ.	RESP	AÇÕES	METAS
3. Comunicação	3.1. Otimizar a comunicação intra e interinstitucional.	Proporção de comunicações efetuadas entre profissionais e gestão de topo/liderança intermédia/comissões de apoio técnico, documentadas e com feedback por serviço/unidade funcional	N° de comunicações em que foi dado esse feedback / N° total de comunicações realizadas no período identificado x 100	Semestral	Direção Executiva Coordenadores das Comissões Gestores Intermédios	a. Implementar a utilização de meios digitais para a comunicação interna e externa e divulgação, utilização de normas/orientações e outros instrumentos de boas práticas clínicas e de gestão.	2023 – Definidos, divulgados e implementados os canais de comunicação interna e externa. 2025 – 90% dos profissionais utilizam a Intranet como canal de comunicação de normas/orientações e outros instrumentos de boas práticas clínicas e de gestão e utilizam o SNIS para a notificação dos incidentes de segurança.

3.2. Melhorar a comunicação e segurança em todos os processos nomeadamente processo de transição de cuidados.	<p>IGC da Política de Proteção de Dados/RGPD Cf. QS PON 018</p>	<p>IGC* = Total de respostas Sim / Total de respostas aplicáveis x 100</p> <p>*obtido através do instrumento de auditoria interna</p>	Anual	CQS Gestores Intermédios	<p>a. Rever QS PON 005 Segurança na comunicação tendo em conta a comunicação na transição de cuidados de saúde e as orientações mais recentes da DGS;</p> <p>b. Desenvolver e implementar ferramentas de comunicação, para uma transição e transferência na prestação de cuidados segura, entre os profissionais de saúde e os diferentes níveis de cuidados de saúde;</p> <p>c. Assegurar a formação específica dirigida aos profissionais de saúde, sobre transferência de informação, durante o processo de transição de cuidados;</p> <p>b. Realizar auditorias internas ao processo de comunicação na transição da prestação de cuidados de saúde conforme disposto na Norma nº 001/2017 (versão atual).</p>	<p>2023 – Revisão do QS PON 005</p> <p>2025 – 90% dos Serviços/Unidades realizam auditoria interna ao processo de comunicação na transição da prestação de cuidados de saúde.</p> <p>2023 - Monitorizar IC na comunicação eficaz na transição de cuidados</p> <p>2024 - IC > 10% face ao ano anterior</p>
	<p>Proporção de profissionais envolvidos no processo de transferência de informação por cada serviço/unidade funcional com formação específica que inclua a técnica ISBAR</p>	<p>Nº Profissionais envolvidos no processo de transferência de informação com formação específica que inclua a técnica ISBAR / Nº de Profissionais envolvidos no processo de transferência de informação por cada serviço/unidade funcional x 100</p>	Anual			
	<p>IGC na comunicação eficaz na transição de cuidados</p>	<p>IGC* = Total de respostas Sim / Total de respostas aplicáveis x 100</p> <p>*obtido através do instrumento de auditoria publicado na Norma nº001/2017</p>	Semestral			

3. Comunicação	3.3. Assegurar informação transparente, atempada e adequar a comunicação da informação clínica ao doente, família e cuidador.	<p>Proporção de profissionais envolvidos no processo de Consentimento informado, livre e esclarecido por cada serviço/unidade funcional com formação específica cf. Norma 015/2013 DGS* (na sua versão atual)</p> <p>Taxa de adesão ao cumprimento da utilização adequada do consentimento informado, livre e esclarecido na forma escrita na comunicação clínica por serviço/unidade funcional.</p> <p>Notificação de incidentes de segurança relacionados com a segurança na comunicação por serviço/unidade efetuadas</p> <p>Reclamações relacionados com a segurança na comunicação por serviço/unidade funcional</p> <p>Grau de cumprimento da análise, resposta ao reclamante de acordo com o normativo vigente e identificação/implantação de ações de melhoria, se necessário.</p>	<p>Nº Profissionais envolvidos neste processo com formação específica / Nº de Profissionais envolvidos no processo de consentimento por cada serviço/unidade funcional x 100</p> <p>Nº atos terapêuticos ou diagnósticos com necessidade de consentimento informado, livre e esclarecido escrito com cumprimento das recomendações da norma* / Nº total de atos terapêuticos ou diagnósticos com necessidade de consentimento informado, livre e esclarecido escrito</p> <p>Nº de notificações efetuadas relacionadas com incidentes de segurança relativos à comunicação, por serviço/unidade</p> <p>Nº de reclamações por serviço/unidade funcional</p> <p>Nº de reclamações com gestão efetiva cf. QS PON 005 no período definido / Nº total de reclamações no mesmo período x 100</p>	<p>Anual</p> <p>Semestral</p> <p>Semestral</p>	<p>CQS Gestores Intermédios</p>	<p>a. Rever o QS PON 006 Consentimento informado, livre e esclarecido e promoção da sua adequada utilização no processo de comunicação clínica ao doente, tendo em conta as orientações mais recentes da DGS;</p> <p>b. Monitorizar a adequada utilização do consentimento informado, livre e esclarecido na comunicação clínica.</p>	<p>2023 – Revisão do QS PON 006</p> <p>Monitorização da Taxa de adesão por serviço/unidade funcional</p> <p>2024 – Taxa de adesão > a 10% face ao ano anterior</p> <p>2025 - 90% dos profissionais receberam formação sobre a adequada utilização do consentimento informado, livre e esclarecido na comunicação clínica.</p> <p>2025% - 90% dos Serviços/Unidades realizam auditoria interna à adequada utilização do consentimento informado, livre e esclarecido na comunicação clínica</p>
----------------	---	--	---	--	-----------------------------------	---	---

PILAR	OBJETIVOS	INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO	FREQ.	RESP.	AÇÕES	METAS
4. Prevenção e Gestão de Incidentes de Segurança	<p>4.1. Aumentar a cultura e transparência da notificação de incidentes de segurança</p> <p>4.2. Implementar boas práticas destinadas à gestão proativa e reativa dos riscos</p> <p>4.3. Garantir o cumprimento do Programa de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho</p>	<p>Proporção de cada grupo profissional* em cada serviço/unidade funcional com formação atualizada sobre notificação e prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente cf. Norma DGS 017/2022 PON 002, 003 MP 006</p> <p>* Médicos, Enfermeiros, Auxiliares de ação Médica, Outros Técnicos de Saúde.</p>	<p>Nº Profissionais de Saúde com formação atualizada sobre notificação e gestão de incidentes de segurança do doente, por cada um dos 4 grupos profissionais* / Nº de Profissionais de Saúde existentes, por cada um dos 4 grupos profissionais em cada serviço x 100</p>	Anual	CQS Gestores Intermédios	<p>a. Realizar campanhas de comunicação e ações de sensibilização, para profissionais, doentes, comunidade em geral, sobre a importância da notificação para a prevenção de incidentes de segurança e melhoria contínua dos cuidados.</p> <p>b. Incentivar a notificação de incidentes de segurança do doente, no Sistema Interno de Notificação de Incidentes de Segurança (SNIS) e no NOTIFICA, no sistema de farmacovigilância e hemovigilância, de forma sistemática, com base na aprendizagem e responsabilização, favorecendo a construção de uma cultura justa de segurança;</p> <p>c. Publicar, divulgar e implementar o enquadramento legal para a confidencialidade e proteção do notificador.</p> <p>d. Identificar, priorizar e divulgar os riscos para a segurança dos profissionais, Doentes e visitantes e medidas preventivas identificadas e a implementar - Matriz de Risco.</p>	2023 – Revisão do QS PON 006, tendo em conta o enquadramento legal para a confidencialidade e proteção do notificador;
		<p>Proporção de cada grupo profissional em cada serviço/unidade funcional que realiza a notificação de incidentes de segurança</p>	<p>Nº de notificações realizadas por cada um dos grupos profissionais / Nº de oportunidades observadas para notificação por cada um dos grupos profissionais no período identificado x 100</p> <p>Contagem direta</p>	Semestral			2025 – Todos os profissionais receberam formação e treino sobre notificação de incidentes de segurança e notificam no SNIS.
		<p>Nº de medidas preventivas implementadas face ao grau de priorização dos riscos por posto de trabalho</p> <p>% de profissionais com cumprimento da consulta de Medicina no trabalho</p>	<p>Nº total de profissionais com consulta Medicina no trabalho/Nº Total de profissionais x 100</p>	Semestral			

<p>4.4. Promover o acompanhamento e avaliação dos incidentes de segurança do doente.</p>	<p>Taxa de cumprimento do feedback dado ao notificador e vítima</p> <p>Taxa de cumprimento da implementação de ações de melhoria identificadas a partir da notificação</p> <p>Taxa de cumprimento dos planos de assistência imediata no caso de incidentes de segurança</p>	<p>Nº de notificações em que foi dado esse feedback / Nº total notificações realizadas no período identificado x 100</p> <p>Nº de notificações em que foram identificadas ações de melhoria e estas foram implementadas / Nº total notificações onde foram identificadas ações de melhoria no período identificado x 100</p> <p>Nº de notificações em que foram cumpridos os planos de assistência imediata / Total de notificações x 100</p>	<p>Semestral</p>	<p>CQS</p>	<p>a. Operacionalizar um sistema de notificação, criativo, facilitador, tendo em conta a CISD e o MIN SPM avançado da OMS, que monitorize, avalie as causas e assegure o feedback do incidente de segurança aos profissionais e doentes/ cuidadores (Rever QS PON 003);</p> <p>b. Desenvolver planos de assistência imediata ao Doente para mitigar os danos causados e atender às suas necessidades, bem como apoiar profissionais e equipas de saúde envolvidos num evento adverso;</p> <p>c. Divulgar aos profissionais, doentes, cuidadores, família, visitantes, os resultados da gestão dos incidentes de segurança comunicados no SNIS e discutir em equipa multidisciplinar as estratégias a implementar para a melhoria contínua da segurança dos cuidado.</p>	<p>2023 – Revisão do PON 003 Notificação e Gestão de Incidentes de Segurança;</p> <p>Taxa de cumprimento do feedback dado ao notificador e Taxa de cumprimento da implementação de ações de melhoria</p> <p>> 10 % face ao ano anterior</p> <p>2025 – É assegurada a gestão de todas as notificações conforme estipulado no QS PON 003.</p>
---	---	---	------------------	------------	---	--

PILAR	OBJETIVOS	INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO	FREQ.	RESP.	AÇÕES	METAS
5. Práticas seguras em ambientes seguros	5.1. Implementar e consolidar práticas seguras em ambiente de prestação de cuidados de saúde.	<p>5.1.1. Melhoria da qualidade e segurança clínica e organizacional, gestão por processos assistenciais e aumento da adesão a normas de orientação clínica</p> <p>Total de processos assistenciais devidamente documentados, que contemplem objetivos, sequência das atividades, indicadores e resultados;</p> <p>Total de processos assistenciais em que a variabilidade da prática clínica pode ter um maior impacto;</p> <p>Total de áreas de melhoria da qualidade clínica e organizacional identificadas e com ações implementadas;</p> <p>Total de Normas emitidas pela DGS que foram implementadas;</p> <p>Total de auditorias internas previstas nas Normas da DGS que foram realizadas;</p> <p>Total de ações desenvolvidas para melhorar a qualidade das prescrições de tratamento, medicamentos e MCDT;</p> <p>Total de auditorias internas aos registos clínicos das notas de alta médica e de enfermagem, cf. Despacho nº 2784/2013, de 20 de fevereiro, na sua redação atual;</p> <p>Total de projetos de boas práticas implementados;</p> <p>Total de atividades de investigação clínica.</p> <p>Total de falhas nos sistemas de informação que comprometeram a prestação de cuidados.</p>	<p>Contagem direta</p> $\text{Auditorias_IGC} = \frac{\text{Total de respostas Sim}}{\text{Total de respostas aplicáveis}} \times 100$	Semestral	Gestores Intermediários	<p>a. Promover a utilização de ferramentas digitais para práticas seguras relativas à identificação inequívoca de doentes, ocorrência de quedas, ocorrência de úlceras por pressão, segurança da medicação e reconciliação terapêutica, segurança cirúrgica, Infecções Associadas a Cuidados de Saúde (IACS) e segurança do ambiente hospitalar (Higiene ambiental; Sistemas de renovação do ar; Qualidade e tratamento da água; Gestão do circuito da alimentação, da roupa e dos resíduos.)</p>	<p>2023 – Rever Procedimentos Internos relacionados com as práticas seguras.</p> <p>2024 – Rever matrizes de risco de todo o hospital.</p> <p>2025 – Todos os serviços cirúrgicos utilizam ferramentas de controlo e monitorização da prática segura relativas à segurança cirúrgica, identificação inequívoca de doentes, IACS, segurança na medicação, ocorrências de quedas, ocorrência de úlceras por pressão, controlo ambiental.</p>
						<p>b. Implementar boas práticas destinadas à gestão proativa e reativa dos riscos e à gestão de um ambiente seguro em todos os serviços/Unidades do hospital, assente no modelo de aprendizagem com os erros;</p>	

		<p>5.1.2. Assegurar a identificação inequívoca dos doentes/Amostras Biológicas</p> <p>Norma DGS 018/2011 (Versão atual)</p> <p>Taxa de cumprimento da validação prévia entre:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. identificação do doente e a colocação da pulseira de identificação 2. identificação do doente e a colheita de amostras biológicas, imagens, documentos clínicos 3. identificação do Utente e a administração de medicamentos. <p>Nº de Notificação de incidentes de segurança relacionados com a identificação inequívoca do doente por serviço/unidade efetuadas</p>	<p>Nº de procedimentos em que foram realizadas as validações prévias descritas em 1., 2., 3 no período identificado / Nº total de procedimentos (auditados) no período identificado</p>	<p>Semestral</p>	<p>CQS Gestores Intermediários</p>	<p>c. Rever, divulgar os procedimentos e implementar de forma consistente práticas para avaliar, prevenir e reduzir os incidentes de segurança relacionados com a identificação dos Utentes;</p> <p>d. Divulgar os resultados das auditorias e discutir em equipa multidisciplinar as estratégias a implementar;</p> <p>e. Incentivar a prática sistemática da notificação de ocorrências comunicáveis e incidentes relacionados com a identificação inequívoca de Utentes, recorrendo a ações de formação e treino e disponibilização de instrumentos facilitadores.</p>	<p>Reduzir em 20% face ao ano anterior os incidentes de segurança relacionados com a identificação inequívoca de doentes</p>
--	--	--	---	------------------	--------------------------------------	---	--

<p>5. Práticas seguras em ambientes seguros</p>	<p>5.1. Implementar e consolidar práticas seguras em ambiente de prestação de cuidados de saúde.</p>	<p>5.1.3._Prevenir a ocorrência de quedas</p> <p>Índice global de conformidade (IGC) obtido através de instrumento de auditoria interna referente às ações de prevenção, monitorização/intervenção na queda por serviço/unidade funcional, cf. determinado no QS MP 004 e Norma da DGS 008/2019 (Versão atual)</p> <p>Notificação de incidentes de segurança relacionados com a ocorrência de quedas por serviço/unidade efetuadas</p> <p>5.1.4._Prevenir a ocorrência de Úlceras por Pressão</p> <p>IGC obtido através de instrumento de auditoria interna referente às ações de prevenção, monitorização/intervenção nas úlceras por pressão por serviço/unidade funcional, cf. determinado no QS MP 003 e Norma da DGS 017/2011 (Versão atual)</p> <p>Notificação de incidentes de segurança relacionados com a ocorrência de úlceras de pressão por serviço/unidade efetuadas</p> <p>5.1.5._Garantir a Segurança da Medicação, Materiais de Consumo Clínico/Reconciliação Terapêutica/Uso Racional e Adequado do Medicamento</p> <p>IGC obtido através de instrumentos de auditoria interna referentes às ações que garantem a segurança da medicação por serviço/unidade funcional segundo as Normas da DGS nas suas versões atuais: 014/2015 Processo de Gestão da Medicação e Medicamentos de Alerta Máximo; 006/2014 Duração de Terapêutica Antibiótica; 020/2014 Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes;</p>	<p>IGC = Total de respostas Sim / Total de respostas aplicáveis x 100</p> <p>Nº de notificações efetuados neste âmbito por serviço/unidade</p> <p>IGC = Total de respostas Sim / Total de respostas aplicáveis x 100</p> <p>Nº de notificações efetuados neste âmbito por serviço/unidade</p> <p>IGC = Total de respostas Sim / Total de respostas aplicáveis x 100</p>	<p>Semestral</p> <p>CQS Gestores Intermédios</p>	<p>a. b. c. e. (consultar ações anteriores, Pilar 5)</p>	<p>2025 - Todos os serviços de internamento utilizam ferramentas de controlo e monitorização da prática segura relativas à ocorrência de quedas, ocorrência de úlceras por pressão, identificação inequívoca de doentes, segurança da medicação e reconciliação terapêutica, IACS e controlo ambiental.</p>
---	--	--	---	--	--	---

<p>5. Práticas seguras em ambientes seguros</p>	<p>5.1. Implementar e consolidar práticas seguras em ambiente de prestação de cuidados de saúde.</p>	<p>002/2012 Registo de Alergias e outras Reações Adversas; 018/2016 Reconciliação da medicação</p> <p>Notificação de incidentes de segurança neste âmbito por serviço/unidade efetuadas</p> <p>5.1.6._Segurança no Processo Transfusional</p> <p>Monitorizar os indicadores de processo e de resultado aplicáveis por serviço cf. aplicável e determinado no QS MP 005 e Norma da DGS na sua versão atual 038/2012</p> <p>Notificação de incidentes de segurança neste âmbito, efetuadas por serviço/unidade.</p> <p>5.1.7._Segurança cirúrgica</p> <p>Monitorizar os indicadores de processo e de resultado aplicáveis por serviço cf. aplicável e determinado na Norma da DGS 002/2013 Cirurgia segura salva vidas, Norma 031/2013 Profilaxia Antibiótica Cirúrgica na Criança e no Adulto, Norma 006/2014 Duração de Terapêutica Antibiótica, Norma 015/2015 “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico, nas suas versões atuais.</p> <p>Notificação de incidentes de segurança relacionados com a segurança cirúrgica por serviço/unidade efetuadas.</p> <p>5.1.8._Segurança do ambiente hospitalar (Higiene ambiental; Sistemas de renovação do ar; Qualidade e tratamento da água; Gestão do circuito da alimentação, da roupa e dos resíduos.)</p>	<p>Nº de notificações efetuados neste âmbito por serviço/unidade</p> <p>IGC = Total de respostas Sim / Total de respostas aplicáveis x 100</p> <p>Nº de notificações efetuados neste âmbito por serviço/unidade</p> <p>Consultar indicadores de processo e de resultado cf. Normas da DGS 002/2013, 031/2013, 006/2014 e 015/2015</p> <p>Nº de notificações efetuados neste âmbito por serviço/unidade</p> <p>IGC = Total de respostas Sim / Total de respostas aplicáveis x 100</p>	<p>Semestral</p>	<p>CQS Gestores Intermédios</p>	<p>a. b. c. e. (consultar ações anteriores, Pilar 5)</p>	
---	--	--	--	------------------	-----------------------------------	--	--

		<p>IGC obtido através de instrumentos de auditoria interna referentes às ações que garantem a segurança do ambiente hospital cf.</p> <p>Procedimentos interno da CCIRA PON 005 e Norma da DGS na sua versão atual 029/2012 PBCI;</p> <p>Notificação de incidentes de segurança neste âmbito, efetuadas por serviço/unidade.</p> <p>Prevenção das IACS</p> <p>Consultar Objetivo 5.3.</p>	<p>Nº de notificações efetuados neste âmbito por serviço/unidade</p>				
--	--	--	--	--	--	--	--

	5.2. Monitorizar a implementação de práticas seguras	<p>Monitorização permanente da qualidade e segurança</p> <p>Avaliar a qualidade clínica e organizacional e da segurança dos doentes, através do painel de indicadores deste plano.</p> <p>Taxa de cumprimento do painel de indicadores</p> <p>Taxa de cumprimento do plano anual de auditorias</p> <p>Auscultar a opinião do profissional, doente, cuidador, familiar, cidadão sobre a qualidade e segurança por serviço/unidade funcional</p>	<p>Nº de auditorias realizadas por serviço/unidade / Nº total de auditorias programadas no plano anual de auditorias x 100</p> <p>Grau de satisfação dos profissionais, utentes, cuidadores, familiares obtidos através do questionário de satisfação.</p> <p>Nº de notificações efetuados por serviço/unidade funcional.</p> <p>Nº de reclamações efetuados por serviço/unidade funcional.</p>	Semestral	CQS Gestores Intermédios	<p>a. Auditar as práticas seguras relativas à segurança cirúrgica, ocorrência de quedas, ocorrência de úlceras por pressão, identificação inequívoca de doentes, segurança da medicação e IACS;</p> <p>Desenvolver e implementar o Plano de Contingência para Emergências em Saúde Pública, com especial atenção para a área da segurança do doente.</p>	<p>2023 – Elaboração e divulgação do Plano de Contingência para Emergências em Saúde Pública.</p> <p>2025 – Todos os serviços de internamento cumprem 90% do plano anual de auditorias internas relativas às Práticas Seguras e publicam no site institucional/Intranet os respetivos relatórios.</p>

PILAR	OBJETIVOS	INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO	FREQ.	RESP.	AÇÕES	METAS
5. Práticas seguras em ambientes seguros	5.3. Reduzir as IACS e as resistências aos antimicrobianos (RAM)	<p>Vigilância epidemiológica de infeção urinária relacionada com cateter vesical (ITU Cv), infeção de local cirúrgico, bacteriemia relacionada com o cateter vascular central, pneumonia associada ao tubo endotraqueal. (conforme aplicável nos serviços/unidades funcionais)</p> <p>Taxa de adesão ao primeiro momento da higiene das mãos</p> <p>Monitorização de outros indicadores nos termos da Norma nº 007/2019 da DGS, anexo V.</p> <p>Taxa de adesão ao feixe de intervenções (bundle) ITU-Cv, conforme Norma 019/2015, atualizada a 29/08/2022, do PPCIRA/DGS</p>	<p>Monitorização dos indicadores no IMP 001 CCIRA e grelhas de auditoria conforme especificado neste plano.</p> <p>Tratamento estatístico aplicativo Google Forms</p> <p>Taxa de adesão = N.º de oportunidades realizadas no 1.º momento da higiene das mãos / N.º de oportunidades observadas no 1.º momento da higiene das mãos x 100</p> <p>Auditoria</p> <p>$IQ = \frac{N.º \text{ de } \text{algaliações com cumprimento de todas as medidas do feixe no período identificado}}{N.º \text{ total de } \text{algaliações no período identificado}} \times 100$</p>	Semestral	CQS Gestores Intermédios	<p>a. Implementar ferramenta informática que permita a produção de dados em tempo real para a realização integrada de vigilância epidemiológica de IACS, de cumprimento dos feixes de intervenção de prevenção de infeção, de consumo de antimicrobianos e de resistência a antimicrobianos, nomeadamente a vigilância e notificação de microrganismos-problema e de microrganismos alerta e a implementação de auditorias clínicas internas;</p> <p>b. Promover a adesão dos profissionais à estratégia multimodal em precauções básicas de controlo de infeção e precauções baseadas nas vias de transmissão, de acordo com o preconizado pelo Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA);</p> <p>c. Promover práticas locais de isolamentos para contenção de agentes multirresistentes e/ou epidemiologicamente significativos, assegurando a gestão racional dos recursos físicos existentes de acordo com a gestão de prioridades de risco, garantindo o fluxo de informação entre serviços e instituições e planeando políticas de definição de fluxos e coortes;</p>	<p>2023 - 2024 – Rever, divulgar e implementar normas e protocolos de atuação para a prevenção das IACS e RAM.</p> <p>2025 – Todos os serviços de internamento têm implementado o programa de vigilância epidemiológica de IACS, Consumo de Anti-bióticos e RAM;</p> <p>Metas para a UCCIC:</p> <p>Participação nos três módulos da Estratégia Multimodal em Precauções Básicas de Controlo de Infeção (higiene das mãos, uso de luvas e realização de auditorias PBCI), através da plataforma PPCIRA/DGS;</p> <p>Taxa de adesão ao primeiro momento de higiene das mãos \geq a 90 %; Participação no Projeto ITUCCI do PPCIRA/DGS com a RNCCI;</p>

<p>5. Práticas seguras em ambientes seguros</p>	<p>5.3. Reduzir as IACS e as resistências aos antimicrobianos (RAM)</p>	<p>Taxa de adesão ao feixe de intervenções (bundle) de prevenção de infeção de local cirúrgico conforme Norma 020/2015, atualizada a 17/11/2022, do PPCIRA/DGS.</p> <p>Redução da taxa global de infeção de local cirúrgico, da infeção urinária associada a cateter vesical (ITU Cv), da pneumonia associada a tubo endotraqueal e da bacteriemia relacionada com cateter vascular centra. (conforme aplicável nos serviços/unidades funcionais)</p>	<p>IQ = N° de cirurgias com cumprimento de todas as medidas do feixe no período identificado / N° total de cirurgias realizadas no período identificado.</p> <p>Taxa ITU Cv = N° de novos casos de infeção sintomática do trato urinário associada ao uso de cateter vesical, no mês identificado / N° de dias de uso do cateter vesical, no mês identificado x 100</p> <p>Taxa de doentes com infeção de local cirúrgico por tipologia de cirurgia = N° doentes submetidos a essa cirurgia no mês identificado e nos quais se verifica infeção de local cirúrgico / N° total de doentes submetidos a essa cirurgia no mês identificado x100</p>	<p>Semestral</p>	<p>UL-PPCIRA Gestores Intermédios</p>	<p>d. Suportar e alicerçar os Serviços/Unidades na implementação e monitorização das bundles de prevenção de IACS;</p>	<p>Redução dos antibióticos prescritos para infeção urinária, em relação ao ano anterior, medidos em DDD por dias de residente.</p> <p>Restantes serviços do hospital:</p> <p>Participação no STOP-Infeção Hospitalar 2.0;</p> <p>Reduzir a taxa global de infeção urinária associada a cateter vesical e da infeção do local cirúrgico em 10 % ao ano (conforme aplicável);</p> <p>Monitorizar anualmente o cumprimento, em pelo menos, 90%, de todos e cada um dos feixes de intervenção de prevenção das tipologias de infeção acima citadas.</p> <p>Índice de Qualidade IQ dos feixes de intervenções (bundle) de prevenção de infeção ≥ 90 %</p>
---	---	---	--	------------------	---	--	--

<p>5. Práticas seguras em ambientes seguros</p>	<p>5.3. Reduzir as IACS e as resistências aos antimicrobianos (RAM)</p>	<p>Taxa de Klebsiella pneumoniae resistente a carbapenemes no total de Klebsiella pneumoniae isoladas em amostras invasivas</p>	<p>Taxa de Klebsiella pneumoniae resistente a carbapenemes = N° de amostras positivas para Klebsiella pneumoniae resistente a carbapenemes no mês identificado / N° total de amostras positivas para Klebsiella pneumoniae isoladas em amostras invasivas x 100</p>	<p>Semestral</p> <p>UL-PPCIRA Gestores Intermédios</p>	<p>e. Promover a implementação do Programa de Apoio à Prescrição Antibiótica (PAPA), com utilização e desenvolvimento de metodologias restritivas e de capacitação, tanto educativas como comportamentais, devendo incluir o retorno de informação sobre métricas e indicadores de prescrição por unidade de saúde, por serviço e por prescritor;</p> <p>f. O PAPA deve ter especial atenção e cuidar de avaliar e validar, em menos de 72 horas, todas prescrições de quinolonas, carbapenemes, ceftolozano/tazobactam, cefatazidima/avibactam, colistina, vancomicina, linezolide, daptomicina e de novos antibióticos que sejam introduzidos no mercado;</p> <p>g. Garantir o cumprimento das normas e orientações nacionais do PPCIRA e da DGS e colaborar com a Unidade Regional do PPCIRA e com a direção nacional do PPCIRA nas atividades do Programa;</p> <p>h. Colaborar no processo de notificação das doenças de declaração obrigatória;</p> <p>i. Promover a investigação de possíveis surtos, nomeadamente pela realização de inquéritos epidemiológicos e colaborar na realização de auditorias;</p>	<p>Taxa de Klebsiella pneumoniae resistente a carbapenemes no total de Klebsiella pneumoniae isoladas em amostras invasivas ≤ 10 % ou redução da taxa, em pelo menos, 20 %, em relação ao ano anterior</p> <p>Consumo global hospitalar de antibióticos inferior a 1,40 DDD por 1000 doentes saídos ou redução, em pelo menos, 20 % em relação ao ano anterior;</p> <p>Consumo hospitalar de carbapenemes < a 0,10 DDD por 1000 doentes saídos ou redução, em pelo menos, 20 % em relação ao ano anterior;</p>
		<p>Consumo global hospitalar de antibióticos</p> <p>Consumo hospitalar de carbapenemes</p>	<p>N° doses diárias definidas (DDD) / 1000 doentes saídos</p> <p>N° doses diárias definidas de consumo de carbapenemes / 1000 doentes saídos (PPCIRA)</p> <p>Para o cálculo da DDD dos carbapenemos (Soma das DDD de ertapenem, imipenem e meropenem durante o período em estudo×100 / N° de doentes saídos do internamento no mesmo período de tempo</p>			

			<p>Para o cálculo da DDD/100camas/dia usamos a fórmula N° de unidade consumidas durante o período $\times 100 / DDD$ em mg $\times n^{\circ}$ de dias do período $\times n^{\circ}$ de camas \times taxa de ocupação.</p>		<p>j. Garantir a atribuição de tempo protegido aos profissionais envolvidos na prevenção, controlo e monitorização das IACS e na operacionalização do PAPA, de acordo com o Despacho n.º 10901/2022 de 8 de setembro;</p> <p>Partilhar, com os profissionais de saúde, os resultados dos indicadores de resultado e de processo definidos, na área das IACS, Consumo de antimicrobianos (CAM) e RAM, assim como a sua relação com a implementação de intervenções de melhoria da qualidade.</p>	<p>2025 – Todos os serviços de internamento têm implementado o PAPA;</p>
--	--	--	---	--	---	--

5. PLANO DE FORMAÇÃO

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	DESIGNAÇÃO DA AÇÃO	CARGA HORÁRIA (H)	FORMADORES	DESTINATÁRIOS	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
1.1. 1.2.	FP GR_001_Integração de Novos Profissionais_Cultura de Qualidade e Segurança	8	CQS CCIRA C RH	GR												
1.1. 1.2 2.1. 2.2.	FP GR_002_Gestão da Qualidade em Saúde															
	Módulo 1_Plano Estratégico, Cultura de Segurança	4	DE CQS	GR												
	Módulo 2_PPRCIC/Canal Denúncia	4	DE CQS	GR												
	Módulo 3_Ética e Deontologia na Saúde	4	CE	GR												
	Módulo 4_Direitos dos Utentes Humanização dos cuidados	4	CE	GR												
2.1. 2.2. 3.1. 3.2. 3.3.	FP GR_003_Comunicação e Segurança, Liderança e Trabalho em Equipa, Gestão do Stress e Conflitos															
	Módulo 1_ Comunicação e Segurança, Liderança e Trabalho em Equipa, Gestão do Stress e Conflitos	4	CQS	GR												
	Módulo 2_Regulamento Geral da Proteção dos Dados, Consentimento Informado Livre e Esclarecido, Diretivas Antecipadas de Vontade	4	CQS CE	GR												
	Módulo 3_Saúde Mental	2	PSICOL.	GR												

4.1. 4.2.	FP GR_004_Prevenção e Gestão de Incidentes de Segurança													
	Módulo 1_ Prevenção de incidentes de segurança	3	CQS	GR										
	Módulo 2_ Cultura e transparência da notificação, princípios fundamentais do Sistema de notificação de incidentes de segurança	2	CQS	GR										
	Módulo 3_Treino de notificação e gestão de incidentes de segurança	3	CQS	GR										
5.1. 5.2 5.3.	FP GR_005_Práticas Seguras em Ambientes Seguros													
	Módulo 1_PPCIRA	24	CCIRA	GR										
	Módulo 2_Identificação Inequivoca de Doentes/Amostras Biológicas	4	CQS	GR										
	Módulo 3_Segurança na Medicação, Materiais de Consumo Clínico/Reconciliação Terapêutica/Uso Racional e Adequado do Medicamento	4	CQS	MED. ENF. AAM										
	Módulo 4_Segurança no Processo Transfusional	4	CQS	MED. ENF AAM										
	Módulo 5_Prevenção de Quedas	4	CQS	GR										
	Módulo 6_Prevenção de Úlceras por Pressão	2	CQS	GR										
	Módulo 7_Segurança Cirúrgica	4	CQS	MED. ENF. AAM										

	Módulo 8_Melhoria da qualidade clínica e organizacional e aumento da adesão a normas de orientação clínica (Áreas de intervenção prioritárias: ITU, Diabetes, HTA, Hábitos alimentares saudáveis, Gestão da Dor, Prevenção de infeção do local cirúrgico)	Cf. A	CQS	GR														
	Módulo 9_ Organização Segurança_Suporte Básico de Vida	4	CQS	GR														
	Módulo 10_ Organização e Segurança_Suporte Avançado de Vida	4	CQS	MED. ENF.														
	Módulo 11_Segurança, Higiene e Saúde do Trabalho Medidas de Autoproteção	4	CQS	GR														
	Módulo 12_Gestão do Processo de Monitorização da Implementação de Práticas Seguras	Cf. A	CQS	GR														
	GR_006_Literacia e Educação em Saúde e Segurança do Utente, Cuidador, Familiar e Comunidade em Geral																	
1.3.	Campanhas de sensibilização e promoção da literacia e educação em saúde e segurança definidas no ponto 4 e Práticas Seguras em Ambientes Seguros do Plano de Ação para o triénio 2023-2026	Cf. A	Equipa Multidisciplinar	UTENTE CUIDADOR FAMÍLIA COMUNIDADE														
	Campanhas de sensibilização e sessões de educação para a saúde definidas no Plano de Saúde Sazonal	Cf. A	Equipa Multidisciplinar	UTENTE CUIDADOR FAMÍLIA COMUNIDADE														

6. PROGRAMA ANUAL DE AUDITORIAS

Período: janeiro a dezembro de 2023 | 2024 | 2025

Auditor Principal: Patrícia Isabel Amaral Pereira

Equipa auditora: A definir consoante o âmbito da auditoria

Âmbito geral da auditoria: Auditoria Interna a todos os Serviços/Unidades funcionais da CSSMH no âmbito da qualidade e segurança.

Avaliação de Riscos e Priorização: foram priorizadas as áreas de maior risco no âmbito da qualidade e segurança, tendo em consideração os objetivos estratégicos da organização, objetivos estratégicos do Plano de Ação da Qualidade e Segurança (PNSD/PPCIRA/PNS), objetivos do Plano Anual de Atividades dos diferentes serviços/unidades funcionais, requisitos do referencial da qualidade do Manual de Gestão Clínica e demais requisitos regulamentares e normativos internos e normativos legais aplicáveis no âmbito da saúde.

Objetivos gerais:

1. Avaliar a conformidade regulatória com as políticas, regulamentos internos e legislação aplicável no âmbito da saúde;
2. Avaliar a segurança do utente, identificar riscos e garantir que as medidas implementadas são cumpridas a fim de prevenir incidentes de segurança;
3. Verificar a eficácia dos controles internos em todas as áreas de prestação de cuidados e serviços;
4. Identificar áreas de risco;
5. Identificar oportunidades de melhoria a fim de otimizar a prestação de cuidados e a eficiência operacional;
6. Avaliar a Gestão de Recursos (humanos, materiais, instalações e equipamentos);
7. Garantir a prestação de contas, promover a transparência e a responsabilidade na gestão hospitalar, de modo a assegurar que os recursos sejam utilizados de forma apropriada;
8. Apoiar a Tomada de Decisões Estratégicas, fornecer informações úteis à administração do hospital para auxiliar na tomada de decisões estratégicas e no planeamento de longo prazo;

9. Promover a Melhoria Contínua, fomentar uma cultura justa de segurança e de melhoria contínua dentro do hospital, onde os resultados das auditorias sejam usadas para melhorar constantemente os processos e procedimentos.
10. Proteger a Reputação da Instituição, assegurando a qualidade dos serviços e a conformidade com regulamentações;
11. Garantir a Sustentabilidade Financeira;
12. Preparar para Avaliações Externas, realizadas por entidades reguladoras/fiscalizadoras no âmbito da saúde e órgãos de certificação.

Identificação das áreas de auditoria: As áreas processos a auditar estão explícitos no cronograma abaixo

Seleção e responsabilidades da equipa de auditores: A seleção dos auditores deverá cumprir o estipulado no QS MP 010, no ponto, gestão do processo de auditoria. As responsabilidades estarão espelhadas no Plano de Cada Auditoria.

Definição do âmbito e critérios de cada auditoria: encontram-se evidenciados no Plano de Cada Auditoria.

Frequência da auditoria: a frequência foi determinada tendo em conta a priorização das áreas críticas, dos riscos identificados, dos requisitos regulatórios e normativos no âmbito da saúde, objetivos organizacionais, histórico de auditorias anteriores, feedback das partes interessadas, capacidade e recursos da equipa de auditores, ciclo de planeamento anual, definição de metas e indicadores de desempenho, flexibilidade e revisão contínua, avaliação de custos e benefícios.

Recursos necessários:

- Recursos Humanos [Os membros da equipa de auditoria e as funções estão designadas nos planos de auditoria]
- Recursos Técnicos [software, ferramentas, equipamentos específicos necessários, descritos nos planos de auditoria]
- Recursos Financeiros [Detalhe o orçamento disponível para a auditoria]

Comunicação e Aprovação do Programa Anual de Auditoria:

Programa Comunicado: x DE | x DT/DC/Coordenadores/partes interessadas | Data(s): 30/11/2023 | 1ª Revisão a 28/07/2023 | 2ª Revisão a 15/11/2023

Via de comunicação: Presencial, Intranet

Programa Aprovado: x CA | Data: 30/11/2023 | Via de comunicação: Reunião CA

Execução das auditorias: [monitorizar se estão a decorrer conforme o cronograma e os planos específicos para cada auditoria.]

Avaliação e Relatório dos Resultados: [devem ser elaborados relatórios de auditoria detalhados para cada área auditada, incluindo conclusões e recomendações.]

Acompanhamento das Ações Corretivas: [deve ser monitorizada a implementação das ações corretivas recomendadas nas auditorias e verificada a sua eficácia.]

Revisão e atualização contínua: [o programa deverá ser revisto periodicamente, de modo a integrar todas as ações de melhoria identificadas, mudanças nas prioridades, riscos ou objetivos da organização.]

Relatório de Encerramento Anual: [no final do ano fiscal, deve ser emitido um relatório de encerramento que resuma os resultados de todas as auditorias realizadas e destaque as principais conclusões e tendências.]

Apresentação e Comunicação dos resultados: DT/DC/Coordenadores/Partes interessadas

DE CA | Data (s): | Via de comunicação:

CRONOGRAMA

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	ÁREA/SERVIÇO PROCESSO A AUDITAR	FREQ.	RESP.	METODOLOGIA /REFERENCIAL	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
1.1.	1. RH Formação profissional contínua	Semestral	COORDENADORES CF	1. 2. 3. 5. 14. Plano anual de formação Mapa de controlo da formação executada e registo na plataforma SIGO	Divulgação Plano Anual					Auditoria Mapa Controlo					Auditoria Relatório Divulgação	
2. Gestão de topo/Lideranças intermédias Liderança e Governança Cultura de Qualidade e Segurança Organizacional																
1.2. 2.1 2.2 5.2	2.A. Avaliação da cultura de segurança em cada serviço/unidade funcional	Semestral	CQS	1. 2. 3. 4. 5. 6. 8. 9. 10. 11. 14. Relatório da Avaliação da Cultura de segurança Notificações no SNIS/Relatório de Prevenção e Gestão de Incidentes de Segurança Relatório da gestão de Reclamações	Inscrição DGS			Resposta Questionário			A. Rel. Div.					
	2.B. Plano anual de atividades de cada serviço/unidade funcional.	Semestral	DE DC DT COORD.	1. 2. 3. 4. 5. 6. 8. 9. 10. 11. 14. Plano Anual de Atividades Mapa de Controlo das Atividades	Divulgação Plano					A. MC Div.					A. Rel. Div.	
	2.C. PPRCIC/Canal Denúncia	Semestral	EPD CE	1. 2. 3. 4. 5. 6. 8. 9. 10. 11. 14. Relatório do PPRCIC Notificações no canal denúncia	Div. PPRCIC			A. Rel. Div.								

3.1. 3.2. 3.3.	3. Todos os Serviços/Unidades Funcionais do Hospital Comunicação														
	3.A. Fluxograma de comunicação	Trimestral	CQS EPD CE	1. 2. 3. 4. 5. 6. 8. 9. 10. 14. Emails ou outros canais de comunicação	Divulgação Plano de Ação					Auditoria à prática clínica	Relatório Semestral Gestão dos Incidentes de Segurança Divulgação				
	3.B. Política de Proteção de Dados/RGPD			Atas reunião Processo clínico Notificações Reclamações											
	3.C. Consentimento Informado Livre e Esclarecido			1. 2. 3. 4. 5. 6. 8. 9. 10. 14. IGC/Norma DGS 015/2013 (VA)											
	3.D. Testamento Vital			1. 2. 3. 4. 5. 6. 8. 9. 10. 14.											
3.E. Comunicação eficaz na transição de cuidados	1. 2. 3. 4. 5. 6. 8. 9. 10. 14. IGC/Norma DGS 001/2017 (VA)														
4.1. 4.2.	4. Todos os Serviços/Unidades Funcionais do Hospital Prevenção e Gestão de Incidentes de Segurança														
	4.A. Cultura e transparência da notificação, princípios fundamentais do Sistema de notificação de incidentes de segurança, feedback ao notificador	Trimestral	CQS	1. 2. 3. 4. 5. 6. 8. 9. 10. 11. 14. Notificações no SNIS Relatório de Prevenção e Gestão de Incidentes de Segurança Questionário da avaliação da Cultura de segurança	Divulgação Plano de Ação					Auditoria à Prática Clínica	Relatório Semestral SNIS Divulgação		17_Dia Mundial Segurança Doente		Auditoria MC Revisão Plano Ação
4.B. Prevenção de incidentes de segurança	IGC Normas DGS 002/2012 e QS PON 005 (VA) Plano anual Literacia e Educação em Saúde e Segurança														

5. Todos os Serviços/Unidades Funcionais do Hospital (Cf. aplicável) Práticas Seguras em Ambientes Seguros												
5.1. 5.2 5.3.	5.A. Melhoria da qualidade clínica e organizacional (Áreas de intervenção prioritárias: Reconciliação terapêutica ITU, Diabetes, HTA, Hábitos de vida saudáveis, Gestão da Dor, Prevenção de infeção do local cirúrgico (serviços cirúrgicos).	Trimestral	DC DT COORD. CQS	1. a 14. Normas da DGS implementadas Registos clínicos das notas de alta cf. Despacho nº 2784/2013, de 20 de fevereiro (VA) Protocolos, Procedimentos, Normas de Boa Prática da Unidade, das Comissões de Apoio Técnico/Grupos de trabalho Normas regulamentares/requisitos legais aplicáveis	Divulgação Plano de Ação						Relatório Semestral SNIS Divulgação	
	5.B. Identificação Inequivoca de Doentes/Amostras Biológicas		CQS	1. a 14. IGC Norma DGS 018/2011 (VAI)		Auditoria Cli-						Auditoria Clínica
	5.C. Segurança na Medicação, Materiais de Consumo Clínico/Reconciliação Terapêutica/Usos Racionais e Adequado do Medicamento		DC DT FARM. CQS	1. a 14. Registo termohigrometros IGC Normas DGS 014/2015 - 006/2014 - 020/2014		Auditoria Clínica						
	5.D. Segurança no Processo Transfusional (se aplicável)		HEMOVIGILANTE CQS	1. a 14. IGC Norma DGS 038/2012 e MP005								Auditoria Clínica
<p style="text-align: center;">Relatório Semestral SNIS Divulgação Janeiro</p>												

5.E. Prevenção de Quedas	Trimestral	CQS	1. a 14. IGC Norma DGS 008/2019 e MP004	Divulgação Plano de Ação											
		CQS	1. a 14. IGC Norma DGS 017/2011 e MP003												
		CQS	1. a 14. IGC Norma DGS 002/2013 e 031/2013												
		CQS OPERAÇÃO E LOGÍSTICA	1. a 14. Planos de Manutenção Registos das análises da água, qualidade do ar, alimentação, controlo microbiológico das superfícies, dispositivos/equipamentos médicos. Registos de controlo produção de resíduos				Auditoria Clínica	5 junho_Dia Mundial do Am-							
5.F. Prevenção de Úlceras por Pressão	Trimestral	CQS S SHST	1. a 14. Notificação de acidentes de trabalho Programa de Saúde Ocupacional			6_DM Atividade Física 28_SST		A. MC							
5.G. Segurança Cirúrgica (Se aplicável)															
5.H. Segurança do Ambiente Hospitalar															
5.I. Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho															
Relatório Semestral SNIS Divulgação															
												Auditoria Clínica			
											10_DM S Mental 16_DM Alimentação				
											Auditoria ao cumprimento integral_ Mapa de Controlo Revisão ao Plano de Ação até 30 de nov._Aprovação CA até 15 dez				
											Relatório Semestral SNIS Divulgação em janeiro				

	<p>5.J. Prevenção e controlo das IACS e RAM</p>		<p>UL_PPCIRA</p>	<p>1. a 14. Relatórios de Vigilância epidemiológica IGC com os indicadores estabelecidos no plano de ação para o triénio 2023-2025, objetivo estratégico 5.3.</p>	<p>Divulgação PPCIRA</p>	<p>Plano de Formação Módulo 1_PPCIRA</p>	<p>Auditoria Higiene Mãos/Usos luvas</p>	<p>Publicação dos resultados da Auditoria Ações de sensibilização</p>	<p>5 maio_Dia Mundial da Higiene das mãos Auditoria 1 a 5_PBC_IGQ</p>	<p>Auditoria ao cumprimento do estipulado no PPCIRA_Plano de formação_Plano de Auditoria</p>	<p>Vigilância Epidemiológica Elaborar Relatório Divulgação Agosto</p>	<p>Vigilância Epidemiológica Divulgação do Relatório_ Ações de sensibilização agosto/Setembro</p>	<p>17_DM Segurança do Doente</p>	<p>Auditoria Higiene Mãos/Usos luvas Publicação dos Resultados</p>	<p>18 nov. Dia Europeu do Antibiótico Auditoria ao cumprimento integral Revisão Plano até 30 nov. Aprovação CA até 15 dez</p>	<p>Vigilância Epidemiológica Elaborar Relatório Divulgação janeiro</p>
--	---	--	------------------	--	--------------------------	--	--	---	---	--	---	---	----------------------------------	--	--	--

6. Todos os Serviços/Unidades Funcionais do Hospital (Cf. aplicável) Literacia e Educação em Saúde e Segurança do Utente, Cuidador, Familiar e Comunidade em Geral	
<p>1.3. </p> <p>6.A. Campanhas de sensibilização e promoção da literacia e educação em saúde e segurança definidas nos objetivos estratégicos 5.1. 5.3. e ponto 4 do Plano de Ação para o triénio 2023-2026 e Plano de Saúde Sazonal</p>	<p>Semestral</p> <p>COORDENADORES</p> <p>1. 2. 3. 4. 5. 6. 14.</p> <p>Relatório do Plano Anual de Promoção da Literacia e Educação em Saúde e Segurança na Prestação de Cuidados de Saúde Relatório das atividades do Plano de Saúde Sazonal Módulo Verão e Inverno</p> <p>Divulgação Plano de Ação</p> <p>Atividades do Plano Saúde Sazonal</p> <p>Atividades do Plano Saúde Sazonal</p> <p>6_Dia Mundial Atividade Física 7_DM Saúde 18_D Europeu dos Direitos dos Doentes 1 a 5_PBCI 17_DM Hipertensão 31_DM Sem Tabaco</p> <p>Auditoria ao Mapa de Controlo Divulgação</p> <p>5_Dia Mundial Ambiente</p> <p>Atividades do Plano Saúde Sazonal</p> <p>17_DM Segurança do Doente</p> <p>10_DM Saúde Mental 11_DM Combate Obesidade 16_DM Alimentação</p> <p>14_DM Diabetes 18_Dia Europeu do Antibiótico</p> <p>Auditoria Mapa de Controlo Revisão ao Plano de Ação</p>

Legenda | Metodologia a Utilizar | 1. Revisão Documental | 2. Revisão de Registos Eletrónicos | 3. Entrevistas | 4. Observação Direta | 5. Testes de Amostragem | 6. Confirmação Externa | 7. Inspeções Físicas/Avaliação de Ativos Físicos | 8. Análise Documental e de Dados | 9. Análise de dados clínicos | 10. Análise de Políticas e Regulamentos | 11. Avaliação de Contas Financeiras | 12. Simulações e Testes de Controles | 13. Comparações e Conciliações | 14. Revisão de Trabalhos Anteriores

7. CONCLUSÃO

Este plano de ação trienal representa um compromisso sólido e estratégico com a qualidade e segurança dos cuidados de saúde prestados. Durante os próximos três anos, estabelecemos metas ambiciosas e delineamos ações específicas para melhorar a experiência dos pacientes, minimizar riscos e promover um ambiente de trabalho seguro em todo o hospital.

A identificação e mitigação de riscos, a implementação de protocolos padronizados, a formação e capacitação dos profissionais e a utilização de tecnologia e sistemas de informação, permitirão alcançar melhorias tangíveis nos resultados clínicos, na satisfação do paciente e na eficiência operacional.

Este plano é dinâmico e sujeito a ajustes conforme a monitorização, avaliação contínua do desempenho e do feedback de todos os intervenientes.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Plano de Ação Mundial para a Segurança do Paciente 2021- 2030.
2. OMS. Estrutura Conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Paciente. Relatório Técnico. Divisão de Segurança do Paciente. Departamento da Qualidade na Saúde, editor. Lisboa, PO; 2011.
3. OMS. Patient Safety Incident Reporting and Learning Systems: Technical report and guidance. Geneva: World Health Organization; 2020 [acedido em 2022 dez 10]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334323/9786555261950-por.pdf>
4. Ministério da Saúde. Presidência do Conselho de Ministros. Resolução do Conselho de Ministros n.º 93/2023. Aprova o Plano Nacional de Saúde 2030 (PNS 2030). Diário da República n.º 158/2023, 1ª série de 2023-08-16, páginas 72 - 55.
5. Ministério da Saúde. Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro. Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2025 (PNSD 2021-2025). Diário da República n.º 187/2021, Série II de 2021-09-24, páginas 96 - 103.
6. Ministério da Saúde. Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Despacho n.º 10901/2022, de 24 de setembro. Atualiza o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA). Diário da República n.º 174/2022, Série II de 2022-09-07, páginas 93 - 99.