

MANUAL DA QUALIDADE

SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA

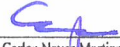


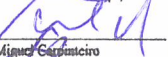


UNIDADE LOCAL DE SAUDE DE SANTA MARIA

Tomou conhecimento
Par-PCT
Tomou conhecimento

Rui Tato Marinho
Diretor Clínico ACSH

13/7/24

O C.A. tomou conhecimento

PRESENTE À SESSÃO DO	
C. A. DE 16/05/2024	
O Presidente	 Carlos Neves Martins
O Dir. Clínico ACSH	 Rui Tato Marinho
A Dir. Clínica ACSP	 Eúrcio Carrapico
O Vogal	 Miguel Carrapico
O Vogal	 Francisco Maloso
A Enf.ª Diretora	 Carla Martins Ribeiro
ATA Nº	22/2024

ULSSM - Administração

Entrada Nº 154930

09/05/2024

Ass: Saleib

Saída 20/05/24

Ass: 

Índice

1. PROMULGAÇÃO	3
2. APRESENTAÇÃO DO MANUAL DA QUALIDADE	4
2.1. Objetivo	4
2.2. Controlo do Manual da Qualidade	4
2.3. Abreviaturas	5
3. APRESENTAÇÃO DO SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA	6
3.1. Localização e Contactos	6
3.2. História	8
3.3. Organograma do Serviço de Pneumologia	11
4. APRESENTAÇÃO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE	12
4.1. Âmbito e Exclusões	12
4.2. Liderança	13
4.2.1 Equipa da Qualidade	13
4.3. Liderança e compromisso	14
4.4. Conhecimento organizacional	15
5. POLÍTICA DA QUALIDADE	16
6. PROCESSOS E PROCEDIMENTOS DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE	17

Código	Elaborado	Aprovado	Data
MQ.11	Profª. Doutora Cristina Bárbara	Conselho de Administração	

1. PROMULGAÇÃO

O presente Manual descreve as linhas de orientação do Serviço de Pneumologia (SPN) da Unidade Local de Saúde de Santa Maria (ULSSM) bem como, os procedimentos adotados para assegurar que os requisitos dos Utentes, Serviços Clientes e restantes partes interessadas relevantes são determinados, por um lado, e que são desencadeadas ações com vista a aumentar a sua satisfação constituindo por isso uma referência obrigatória para todos os profissionais do serviço.

O Sistema de Gestão implementado, segundo os requisitos estabelecidos no referencial normativo NP EN ISO 9001:2015, rege-se pelos seguintes princípios:

- Orientação para as necessidades e expectativas do Conselho de Administração da ULSSM, Utentes, Serviços Clientes e restantes partes interessadas relevantes;
- Assegurar níveis de excelência nos procedimentos clínicos, administrativos e de atendimento aos doentes;
- Cumprimento dos requisitos legais e boas práticas;
- Envolvimento de todos os profissionais do SPN, da Direção do Serviço e do Conselho de Administração da ULSSM procurando desenvolver uma cultura de melhoria contínua dos serviços prestados.

Lisboa, ____ de _____ de 2024

O Conselho de Administração

Código	Elaborado	Aprovado	Data
MQ.11	Prof ^a . Doutora Cristina Bárbara	Conselho de Administração	

2. APRESENTAÇÃO DO MANUAL DA QUALIDADE

2.1. Objetivo

O presente Manual da Qualidade tem como objetivo apresentar o Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) do Serviço de Pneumologia, implementado em conformidade com a norma NP EN ISO 9001:2015.

O Manual da Qualidade insere-se na estrutura documental do Sistema de Gestão da Qualidade, que inclui igualmente Processos, Procedimentos, Instruções de Trabalho, Impressos e Registos.

2.2. Controlo do Manual da Qualidade

A elaboração e atualização do Manual da Qualidade é da responsabilidade da Diretora de Serviço e a sua aprovação é da responsabilidade do Conselho de Administração.

O Manual da Qualidade está acessível aos colaboradores do Serviço de Pneumologia através da pasta partilhada do SGQ, à qual todos os colaboradores têm acesso. Não são permitidas cópias do Manual da Qualidade exceto em situações pontuais e devidamente justificadas, autorizadas e controladas pelos Gestores de Qualidade.

O Manual da Qualidade deve ser divulgado na página da intranet e no *website* da instituição.

Código	Elaborado	Aprovado	Data
MQ.11	Prof ^a . Doutora Cristina Bárbara	Conselho de Administração	

2.3. Abreviaturas

Ao longo deste Manual são utilizadas as seguintes abreviaturas:

SGQ: Sistema de Gestão da Qualidade

HSM: Hospital de Santa Maria

HPV: Hospital Pulido Valente

ULSSM: Unidade Local de Saúde de Santa Maria

SPN: Serviço de Pneumologia

Código	Elaborado	Aprovado	Data
MQ.11	Prof ^a . Doutora Cristina Bárbara	Conselho de Administração	

3. APRESENTAÇÃO DO SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA

3.1. Localização e Contactos

PÓLO HSM

Av. Professor Egas Moniz, 1649-035 Lisboa

Tlf: 217 805 000 / 217 805 395

Este pólo do serviço funciona em vários locais do Hospital de Santa Maria acessíveis pelo elevador nº 14:

Piso 2:

- Consultas Externas
- Sala de formação.

Piso 7:

- Unidade de Pneumologia de Intervenção,
- Unidade de Fisiopatologia Respiratória,
- Laboratório do Sono,
- Laboratório de Bioquímica e Imunologia Respiratória,
- Sala de Reuniões,
- Gabinete do Diretor de Serviço.

Piso 8:

- Internamento Geral,
- Gabinetes de Consultas,
- Sala dos Médicos,
- Unidade de Sono e Ventilação Não Invasiva.

Código	Elaborado	Aprovado	Data
MQ.11	Prof ^a . Doutora Cristina Bárbara	Conselho de Administração	

Piso 9:

- Unidade de Cuidados Intermédios Respiratórios,
- Unidade de Reabilitação Respiratória,
- Unidade de Fibrose Quística de Adultos,
- Hospital Dia de Asma Grave

PÓLO HPV

Alameda das Linhas de Torres, 117

1769-001 Lisboa

Tlf: 217 548 000 / 217 548 565

Este pólo do serviço funciona em vários locais do Hospital Pulido Valente, designadamente no Edifício Rainha D. Amélia situado no topo norte do HPV, e no Edifício D. Carlos I.

Edifício Rainha D. Amélia

Piso 0:

- Gabinetes de Consultas,
- Hospital de Dia Pneumológico,
- Hospital de Dia de Imunodeficiência,
- Unidade de Reabilitação Respiratória.

Piso 1:

- Unidade de Reabilitação Respiratória.

Piso 2:

- Unidade de Fisiopatologia Respiratória
- Hospital de Dia de Micobacterioses
- Quartos de pressão negativa para internamento de Micobacterioses.

Código	Elaborado	Aprovado	Data
MQ.11	Prof ^a . Doutora Cristina Bárbara	Conselho de Administração	

Piso 3:

- Unidade de Imunodeficiência (gabinete de coordenação da unidade)

Piso 4:

- Gabinete da Direção do Serviço,
- Unidade de Internamento Geral,
- Gabinete de Assistentes Sociais.

Edifício D. Carlos I

Piso 0:

- Hospital de Dia de Pneumologia Oncológica
- Unidade de Pneumologia de Intervenção
- Unidade de Cuidados Intensivos Médico Cirúrgicos Respiratórios (UCIMCR)

3.2. História

O atual Serviço de Pneumologia da ULSSM resultou de um processo de fusão entre os anteriores Serviços de Pneumologia I e Pneumologia II, sites respetivamente no Hospital de Santa Maria (HSM) e no Hospital Pulido Valente (HPV).

Esta fusão ocorreu em setembro de 2012, momento em que se constituiu como um único serviço na ULSSM distribuído por dois pólos respetivamente no HSM e no HPV.

Ambos os Serviços de Pneumologia I e Pneumologia II desempenharam um papel relevante na história da Pneumologia Portuguesa, quer no que respeita à sua atividade assistencial, quer no que respeita à sua importante vertente universitária. De entre os muitos especialistas formados nestes serviços encontram-se importantes vultos da Pneumologia portuguesa, que desempenharam cargos de Direção e de regência da disciplina de Pneumologia, como o Prof Doutor Thomé Villar, o Prof. Doutor Manuel Freitas e Costa, o Prof. Doutor António Couto, o Prof Doutor Ramiro Ávila, a Prof Doutora Maria João Marques Gomes e o Prof. Doutor A. Bugalho de Almeida, entre outros.

Código	Elaborado	Aprovado	Data
MQ.11	Prof ^a . Doutora Cristina Bárbara	Conselho de Administração	

MANUAL DA QUALIDADE

Presentemente, pela sua importante vertente universitária o Serviço de Pneumologia integra também a Clínica Universitária de Pneumologia, que tem a seu cargo o ensino da Disciplina de Pneumologia na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Em setembro de 2012, o Prof. Doutor A. Bugalho de Almeida, último Director do Serviço de Pneumologia I, por jubilação foi substituído pela Prof^a. Doutora Cristina Bárbara, que levou a cabo o plano de fusão dos dois serviços de pneumologia, levando à constituição do atual Serviço de Pneumologia.

Desde 2015, o Serviço de Pneumologia, juntamente com o Serviço de Cirurgia Torácica, encontra-se integrados no Departamento de Tórax dirigido também pela Prof^a. Doutora Cristina Bárbara.

A implementação da certificação do sistema de gestão da qualidade baseado na ISO 9001, do Serviço de Pneumologia foi conduzida pelo Prof. Doutor A. Bugalho de Almeida, tendo a mesma sido concedida em setembro de 2012. Em 2013, ocorreu a primeira auditoria de acompanhamento e a extensão da certificação ao Hospital Pulido Valente no âmbito do Hospital de Dia de Pneumologia Oncológica.

Na prossecução da melhoria contínua das organizações, a atual Direção de Serviço estendeu o âmbito da certificação a 2 Unidades sitas no pólo HPV, designadas por Unidade de Fisiopatologia Respiratória e Unidade de Reabilitação Respiratória.

Em consonância com o seu passado histórico e o seu posicionamento atual na medicina nacional, o Serviço de Pneumologia incorpora a seguinte visão, missão e valores:

Visão

Ser um serviço inovador, sustentável, motivador e de referência na prestação de cuidados respiratórios, constituindo em colaboração com a Cirurgia Torácica da ULSSM, um Centro de Tórax de referência nacional e europeia, com uma importante vertente de Oncologia Torácica.

Código	Elaborado	Aprovado	Data
MQ.11	Prof ^a . Doutora Cristina Bárbara	Conselho de Administração	

MANUAL DA QUALIDADE

Missão

Em alinhamento com a missão da ULSSM, o Serviço de Pneumologia integrado num centro académico clínico universitário assenta a sua missão em três pilares:

- Prestar cuidados de saúde diferenciados e de qualidade na área das doenças respiratórias, nas suas vertentes de internamento e ambulatório, colocando a tecnologia e a inovação ao seu serviço;
- Prestar formação diferenciada e de qualidade na área respiratória, ao nível pré e pós-graduado, a diversos grupos profissionais (médicos, enfermeiros e outros técnicos de saúde);
- Investigar na área respiratória, no âmbito de investigação básica, clínica e translacional.

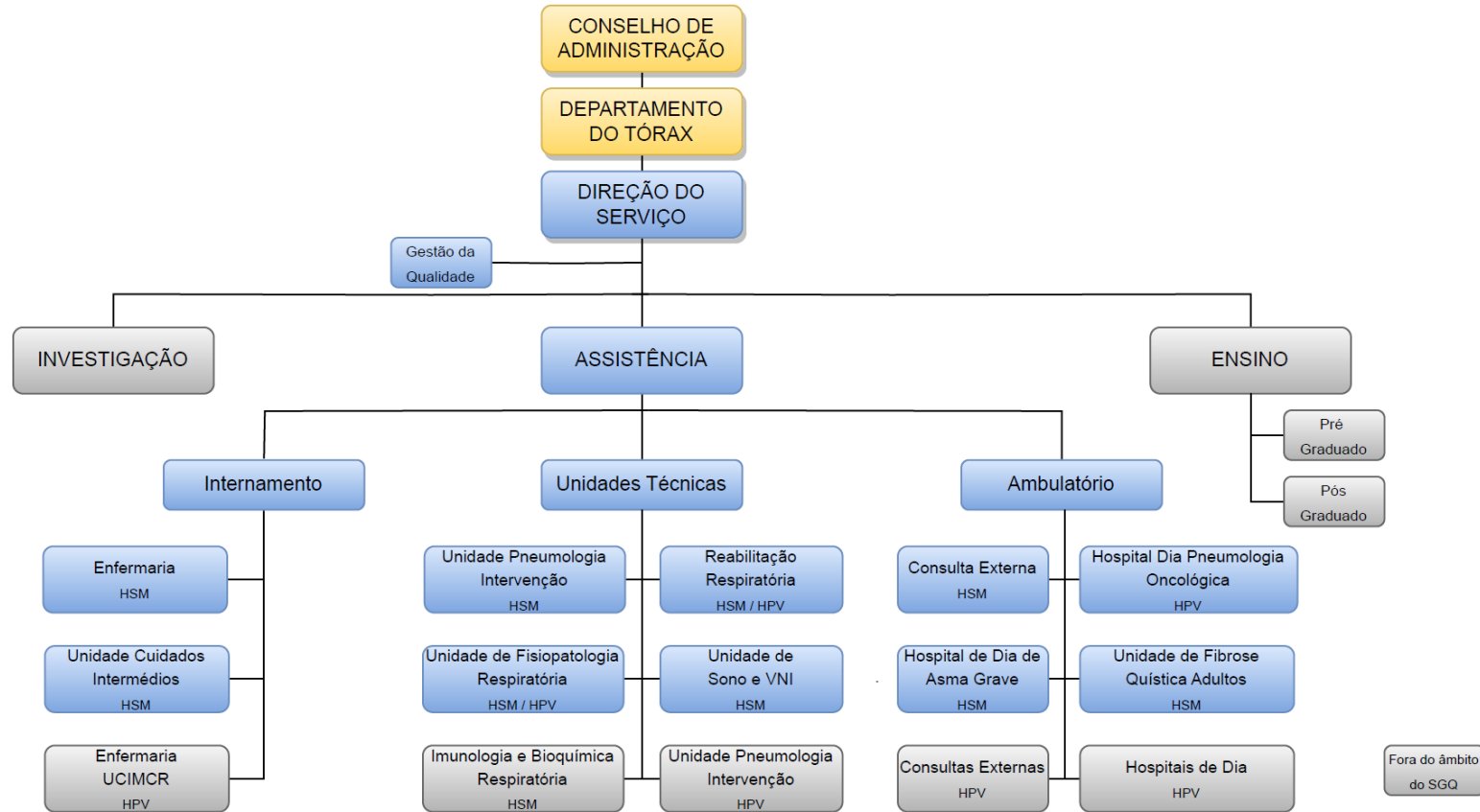
Valores

Em linha com os valores da ULSSM, os profissionais do Serviço de Pneumologia partilham os seguintes valores:

- Competência mediante a posse de um conhecimento profundo na área da saúde e patologia respiratória, nos seus vários domínios;
- Ética através de uma atuação íntegra, paciente e generosa;
- Credibilidade através do ganho da confiança e reconhecimento dos utentes;
- Qualidade mediante a promoção de trabalho em equipa, atenção ao detalhe, responsabilidade individual, iniciativa, inovação, de acordo com os melhores padrões do estado da arte.
- Ambição e sustentabilidade na sua área de competência.

Código	Elaborado	Aprovado	Data
MQ.11	Prof ^a . Doutora Cristina Bárbara	Conselho de Administração	

3.3. Organograma do Serviço de Pneumologia



Código	Elaborado	Aprovado	Data
MQ.11	Profª. Doutora Cristina Bárbara	Conselho de Administração	

As funções dos colaboradores do SPN estão definidas nas respetivas Descrições de Funções, para além de que os colaboradores têm de ter conhecimentos gerais de Sistemas de Gestão da Qualidade, de acordo com a Norma ISO 9001:2015, e devem cumprir os procedimentos em vigor no SPN.

4. APRESENTAÇÃO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

4.1. Âmbito e Exclusões

O Sistema de Gestão da Qualidade do Serviço de Pneumologia está implementado em todo o pólo HSM no seguinte âmbito:

“Prestação de serviços de consultas externas, diagnóstico, seguimento, tratamento em internamento (geral e cuidados intermédios), hospital de dia de asma grave, reabilitação respiratória a doentes do foro da pneumologia e realização de exames de endoscopia, fisiopatologia e estudos do sono, assegurar o acompanhamento de doentes adultos com Fibrose Quística.”

E no pólo HPV no âmbito:

“Prestação de serviços em hospital de dia de pneumologia oncológica e reabilitação respiratória e realização de exames de fisiopatologia.”

Considerou-se como não aplicável o requisito relativo ao Design e Desenvolvimento (8.3) não sendo aplicável à atividade do Serviço de Pneumologia visto que não existem quaisquer processos, métodos ou serviços cuja conceção/desenvolvimento sejam da responsabilidade do serviço.

Devido à organização do HSM e do HPV, há que salientar que o serviço não assume diretamente a gestão dos seus recursos (gestão administrativa dos recursos humanos [contratos, vencimentos, etc.], aprovisionamento, compras, hotelaria, manutenção das instalações, etc.), sendo tal gestão realizada através dos serviços centralizados da ULSSM. No entanto, a gestão dos recursos, determinante para a realização da atividade (gestão, formação e avaliação do pessoal e gestão da manutenção de equipamentos), são da responsabilidade direta do serviço.

Código	Elaborado	Aprovado	Data
MQ.11	Profª. Doutora Cristina Bárbara	Conselho de Administração	

4.2. Liderança

A Liderança no Serviço de Pneumologia consubstancia-se a três níveis. Ao nível da Direção do Serviço de Pneumologia, pela Diretora de Serviço – Professora Doutora Cristina Bárbara, Departamento de Tórax e Conselho de Administração.

A Diretora de Serviço, deve:

- Promover a articulação do serviço e respetiva equipa da qualidade com o Serviço da Qualidade da ULSSM;
- Assegurar o estabelecimento, implementação e manutenção dos processos necessários ao Sistema de Gestão da Qualidade;
- Reportar ao Conselho de Administração o desempenho do Serviço e do Sistema de Gestão da Qualidade e as necessidades de melhoria e de recursos;
- Assegurar a promoção da consciencialização de todos os colaboradores para com os requisitos dos Clientes e restantes partes interessadas relevantes;
- Promover a análise de contexto e determinar as partes interessadas relevantes e os seus requisitos;
- Determinar os riscos e oportunidades e promover ações para o seu tratamento;
- Colaborar na definição dos objetivos para o Serviço;
- Assegurar a disponibilização dos meios e recursos necessários para atingir esses objetivos.

4.2.1 Equipa da Qualidade

A Equipa da Qualidade é constituída por Gestores da Qualidade nomeados pela Direção de Serviço.

A Equipa da Qualidade deve:

- Promover a Política da Qualidade e objetivos da mesma;
- Definir e desenvolver a estrutura documental e mantê-la atualizada;

Código	Elaborado	Aprovado	Data
MQ.11	Profª. Doutora Cristina Bárbara	Conselho de Administração	

MANUAL DA QUALIDADE

- Assegurar que os processos necessários para o Sistema de Gestão da Qualidade são estabelecidos, implementados e mantidos;
- Implementar e promover a Cultura da Qualidade, melhoria contínua e envolvimento de todos os colaboradores;
- Promover a consciencialização para com os requisitos do cliente restantes partes interessadas relevantes, em toda a organização;
- Participar na análise de contexto e determinar as partes interessadas relevantes e os seus requisitos;
- Colaborar na determinação dos riscos e oportunidades e promover ações para o seu tratamento;
- Reportar à Direção de Serviço o desempenho do Sistema de Gestão da Qualidade e qualquer necessidade de melhoria.

4.3. Liderança e compromisso

A capacidade do Serviço de Pneumologia em promover a qualidade da prestação de serviços e de cuidados aos doentes, de forma orientada para a satisfação das suas expectativas de eficácia e de minimização de riscos, constitui uma prioridade central orientadora da atividade de todos os profissionais da Instituição em geral e do SPN em particular.

É convicção do Conselho de Administração da ULSSM e da Direção do Serviço de Pneumologia que a implementação do Sistema de Gestão da Qualidade, segundo a norma NP EN ISO 9001:2015, é fundamental para o bom desempenho das suas atividades e para a promoção da qualidade dos cuidados prestados aos doentes e de outros serviços prestados no âmbito da sua área de atuação.

Código	Elaborado	Aprovado	Data
MQ.11	Profª. Doutora Cristina Bárbara	Conselho de Administração	

4.4. Conhecimento organizacional

Para assegurar o funcionamento dos seus processos e alcançar a conformidade dos seus serviços, o SPN determina os conhecimentos necessários na Descrição de Funções, que é atualizada sempre que se identifiquem novos conhecimentos relevantes para a Organização.

Mediante a análise de contexto e subsequente identificação de riscos e oportunidades, o SPN identifica os níveis de conhecimento organizacional necessários e, se aplicável, identifica medidas ou ações para rever conhecimento ou aceder a conhecimento adicional.

O SPN procura manter e disponibilizar os conhecimentos necessários à operacionalização dos seus processos através das seguintes práticas:

1. Sistematização das boas práticas organizacionais em procedimentos documentados no âmbito do Sistema de Gestão da Qualidade. Estes documentos orientadores são atualizados sempre que se identifiquem novos conhecimentos relevantes;
2. Atualização de documentação externa relevante (suporte físico e/ou digital) e divulgação a todos os colaboradores, conforme estabelecido no PR01 – Controlo de Informação Documentada;
3. Constante atualização da legislação e documentação técnica aplicável, mediante consulta dos *websites* relevantes, e consequente divulgação interna;
4. Identificação das necessidades de formação que, entre outros, é despoletada devido a necessidades de conhecimento organizacional adicional;
5. Realização de sessões clínicas, por parte de colaboradores do SPN e elementos externos convidados, que visam a divulgação de práticas clínicas e metodologias do interesse do SPN
6. Sessões Clínicas/*Journal Club* que fazem parte integrante do plano de formação do SPN e consistem na divulgação de boas práticas e metodologias do interesse do SPN, ficando, sempre que entendível, os seus conteúdos disponibilizados na pasta partilhada do Serviço, acessível a todos os colaboradores.

Código	Elaborado	Aprovado	Data
MQ.11	Profª. Doutora Cristina Bárbara	Conselho de Administração	

5. POLÍTICA DA QUALIDADE

A Unidade Local de Saúde de Santa Maria, no âmbito da sua política da qualidade, assume o comprometimento institucional de desenvolver e implementar um Sistema de Gestão da Qualidade no Serviço de Pneumologia, bem como o de promover a melhoria contínua da sua eficácia, ciente de que a intervenção nesta área terá reflexos muito positivos no desempenho global da instituição.

Os princípios orientadores da política da qualidade são:

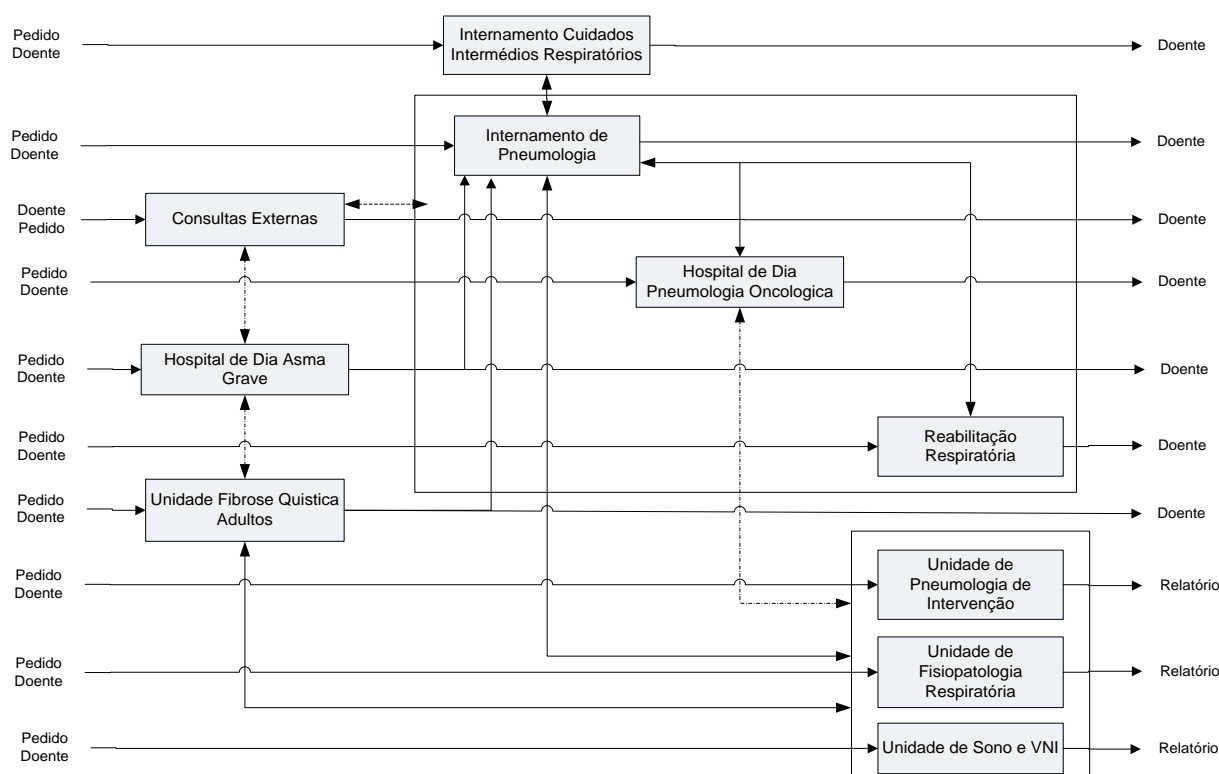
- Assegurar níveis de excelência nos procedimentos clínicos, administrativos e de atendimento dos doentes;
- Otimizar benefícios e minimizar riscos para os doentes contribuindo para a sua satisfação;
- Organizar recursos humanos, materiais e tecnológicos visando a sua atualização e otimização;
- Implementar estratégias de redução de custos e eliminação de desperdícios;
- Implementar mecanismos de monitorização e avaliação de desempenho e definição de ações corretivas e de melhoria visando a melhoria contínua dos serviços prestados, processos e atividades.

Assim, o Conselho de Administração e a Direção do Serviço assumem-se como o garante da implementação do Sistema da Qualidade no Serviço de Pneumologia de acordo com o referencial normativo NP EN ISO 9001:2015, comprometendo-se consequentemente a disponibilizar os recursos necessários à sua concretização e satisfazer os requisitos aplicáveis de todas as partes interessadas relevantes.

Código	Elaborado	Aprovado	Data
MQ.11	Profª. Doutora Cristina Bárbara	Conselho de Administração	

6. PROCESSOS E PROCEDIMENTOS DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Os processos que constituem o Sistema de Gestão da Qualidade estão representados na figura seguinte:



Para todos os processos identificados estão definidos Gestores de Processo, que são responsáveis pela sua implementação e melhoria contínua.

Associados às atividades de prestação de serviços do SPN, foram estabelecidos os seguintes processos:

P01 - Consultas Externas (ISO 9001 - 8.1, 8.2, 8.5, 8.6 e 8.7)

Assegurar a marcação e realização de consultas externas da especialidade de Pneumologia Geral e das diferentes subespecialidades de Pneumologia.

Código	Elaborado	Aprovado	Data
MQ.11	Profª. Doutora Cristina Bárbara	Conselho de Administração	

MANUAL DA QUALIDADE**P02 - Internamento de Pneumologia (ISO 9001 - 8.1, 8.2, 8.5, 8.6 e 8.7)**

Assegurar o internamento, tratamento e monitorização de doentes do foro da pneumologia e que necessitam de internamento.

P03 - Internamento em Cuidados Intermédios Respiratórios (ISO 9001 - 8.1, 8.2, 8.5, 8.6 e 8.7)

Assegurar o internamento, tratamento e monitorização de doentes com insuficiência respiratória, dependentes de suporte respiratório e/ou monitorização permanente.

P04 - Hospital de Dia de Pneumologia Oncológica (ISO 9001 - 8.1, 8.2, 8.5, 8.6 e 8.7)

Proceder ao acompanhamento de doentes com neoplasia do pulmão, da pleura ou do mediastino, no âmbito médico e de enfermagem com qualidade, humanismo e eficiência e especificamente:

- Avaliação médica dos doentes
- Administrar a terapêutica adequada a cada doente no âmbito das patologias referidas
- Informar e esclarecer o doente/família acerca da doença e das opções comportamentais que melhorem as condições de saúde
- Encaminhar o doente/família para os serviços de apoio sempre que pertinente (serviços sociais, consultas de psicologia ou de outras especialidades, serviço de apoio na comunidade e outros).
- Avaliação e acompanhamento de enfermagem ao doente/família numa perspetiva global (física, emocional, social e espiritual).

P05 – Unidade de Reabilitação Respiratória HSM (ISO 9001 - 8.1, 8.2, 8.5, 8.6 e 8.7)

Assegurar a marcação e realização de consultas e tratamentos de reabilitação respiratória.

P06 – Unidade de Pneumologia de Intervenção (ISO 9001 - 8.1, 8.2, 8.5, 8.6 e 8.7)

Assegurar a marcação e realização de exames e técnicas de diagnóstico e terapêutica a doentes do foro pneumológico.

P07 - Unidade de Fisiopatologia Respiratória (ISO 9001 - 8.1, 8.2, 8.5, 8.6 e 8.7)

Assegurar a marcação e realização de exames de fisiopatologia respiratória.

Código	Elaborado	Aprovado	Data
MQ.11	Profª. Doutora Cristina Bárbara	Conselho de Administração	

P08 – Unidade de Fibrose Quística de Adultos (ISO 9001 - 8.1, 8.2, 8.5, 8.6 e 8.7)

Assegurar o acompanhamento de doentes adultos (≥ 18 anos), com Fibrose Quística.

A Unidade é composta por 3 áreas de prestação de cuidados de saúde:

- Consulta Externa
- Hospital de Dia
- Internamento

P09 – Unidade de Sono e VNI (ISO 9001 - 8.1, 8.2, 8.5, 8.6 e 8.7)

Avaliação e seguimento de doentes com patologia do sono.

Avaliação de doentes para instituição de VNI e respetivo seguimento.

P10 – Unidade de Fisiopatologia Respiratória HPV (ISO 9001 - 8.1, 8.2, 8.5, 8.6 e 8.7)

Assegurar a marcação e realização de exames de fisiopatologia respiratória.

P11 – Unidade de Reabilitação Respiratória HPV (ISO 9001 - 8.1, 8.2, 8.5, 8.6 e 8.7)

Assegurar a marcação e realização de consultas e tratamentos de reabilitação respiratória.

P12 – Hospital Dia Asma Grave HSM (ISO 9001 - 8.1, 8.2, 8.5, 8.6 e 8.7)

Proceder ao acompanhamento de doentes com asma grave, no âmbito médico e de enfermagem com qualidade, humanismo e eficiência.

De suporte e apoio aos processos associados à prestação de serviços foram definidos os seguintes procedimentos:

PR01 - Gestão de Informação Documentada (ISO 9001 - 7.5)

Definir as regras de elaboração e da gestão da informação documentada requerida pelo Sistema de Gestão da Qualidade do Serviço de Pneumologia.

PR02 - Gestão de Infraestruturas e ambiente de trabalho (ISO 9001 - 7.1.3, 7.1.4 e 7.1.5)

Assegurar a correta operacionalidade e controlo das infraestruturas, incluindo equipamentos de monitorização e medição, e controlar os requisitos de ambiente de trabalho identificados como relevantes para a atividade.

Código	Elaborado	Aprovado	Data
MQ.11	Profª. Doutora Cristina Bárbara	Conselho de Administração	

PR03 - Aprovisionamento (ISO 9001 - 8.4)

Definir os princípios e regras para as compras que possam afetar a qualidade do serviço a prestar aos Clientes, nomeadamente de consumíveis, reagentes, serviços, equipamentos e dispositivos de monitorização e de medição, bem como definir o modo de selecionar e avaliar os fornecedores.

PR04 - Gestão de Recursos Humanos (ISO 9001 - 7.2)

Estabelecer as responsabilidades e autoridades, assegurar a disponibilidade de recursos humanos, a integração e formação contínua dos mesmos.

PR05 - Auditorias (ISO 9001 - 9.2)

Descrever o planeamento e execução de Auditorias Internas da Qualidade de forma a verificar a sua eficácia e identificar áreas para melhoria continua.

PR06 - Ações corretivas (ISO 9001 - 10)

Definir as metodologias de tratamento de não conformidades, reclamações, sugestões e implementação de Ações Corretivas.

PR07- Gestão e Planeamento do Sistema de Gestão da Qualidade (ISO 9001 - 4.1, 4.2, 6.1, 6.2, 6.3 e 9.3)

Assegurar o planeamento, atualização e revisão do Sistema de Gestão da Qualidade de forma a garantir a adequação da Política da Qualidade, controlar os objetivos, planear o desenvolvimento do sistema e a melhoria dos processos, na ótica do cumprimento dos requisitos e da satisfação dos clientes.

PR08 - Gestão de Riscos e Oportunidades (ISO 9001 - 4.1, 4.2, 6.1, 6.2, 6.3 e 9.3),

Proceder à avaliação da eficácia, incluindo na perspetiva do cliente, à identificação da necessidade de recursos, ao planeamento de alterações e à definição das ações conducentes à melhoria do SGQ e da atividade do Serviço.

As interações (entradas e saídas) entre os processos e Clientes/externo estão descritas nos quadros seguintes:

Código	Elaborado	Aprovado	Data
MQ.11	Profª. Doutora Cristina Bárbara	Conselho de Administração	

MANUAL DA QUALIDADE
PROCESSOS DA ATIVIDADE

Processo	Entradas (origem)	Saídas (destino)
P01 Consultas Externas	Pedido de consulta / Doente Resultado MCDT's	Doente consultado Requisição de MCDT's Nota de Alta
P02 Internamento de Pneumologia	Pedido de internamento Doente / Resultado MCDT's	Doente Requisição de MCDT's Nota de Alta/Transferência/Óbito
P03 - Internamento em Cuidados Intermédios Respiratórios	Pedido de internamento Doente / Resultado MCDT's	Doente Requisição de MCDT's Nota de Alta/Transferência/Óbito
P04 Hospital de Dia de Pneumologia Oncológica	Informação clínica/contacto Doente / Resultado MCDT's	Doente Produtos para análise Requisição de MCDT's Informação Clínica
P05 Unidade de Reabilitação Respiratória HSM	Requisição/telefonema Doente / Resultado MCDT's	Doente Requisição de MCDT's Nota de Alta
P06 Unidade de Pneumologia de Intervenção	Requisição/telefonema Doente Informação Clínica Resultado MCDT's Relatório Anatomia Patológica Relatório Patologia Clínica	Doente Relatório de exame Relatório Anatomia Patológica Relatório Patologia Clínica
P07 Unidade de Fisiopatologia Respiratória	Requisição/telefonema Doente	Doente Resultado/relatório exame
P08 Unidade de Fibrose Quística Adultos	Requisição/telefonema Relatório / Doente	Requisição de MCDT's Prescrição farmacológica Doente / Nota de Alta

Código	Elaborado	Aprovado	Data
MQ.11	Profª. Doutora Cristina Bárbara	Conselho de Administração	

MANUAL DA QUALIDADE

Processo	Entradas (origem)	Saídas (destino)
P09 Unidade de Sono e VNI	Requisição Doente/Doente com equipamento Resultado MCDT's	Doente/Doente com equipamento Carta/Telefonema Requisição de MCDT's /Nota de Alta
P10 Unidade de Fisiopatologia Respiratória (HPV)	Doente Requisição	Doente Resultado/relatório exame
P11 Unidade de Reabilitação Respiratória (HPV)	Requisição Pedido de especialidade Doente / Resultado MCDT's	Doente Requisição de MCDT's Nota de Alta
P12 Hospital Dia Asma Grave	Doente Informação clínica Resultado MCDT's	Doente Requisição de MCDT's Informação Clínica

PROCEDIMENTOS DE SUPORTE

Procedimento	Entradas	Saídas
PR01 Gestão da Informação	Necessidades de documentos internos para o SGQ, documentos externos de clientes, fornecedores e outras partes interessadas, normas e legislação e registos em papel ou suporte informático	Documentos controlados e distribuídos Arquivo de documentação e registos
PR02 Gestão da Infra-estrutura e Ambiente de Trabalho	Requisitos legais e normativos, necessidades do serviço, novas infraestruturas e/ou equipamento de monitorização e medição	Planeamento das atividades, identificação das infra-estruturas, planeamento e realização das manutenções e/ou calibrações/verificações, aceitação das calibrações/verificações
PR03 Aprovisionamento	Necessidade do serviço de materiais, consumíveis, serviços e equipamentos	Materiais, consumíveis, serviços e equipamentos recebidos e verificados Avaliação de fornecedores

Código	Elaborado	Aprovado	Data
MQ.11	Profª. Doutora Cristina Bárbara	Conselho de Administração	

MANUAL DA QUALIDADE

Procedimento	Entradas	Saídas
PR04 Recursos Humanos	Necessidades de recursos humanos, novos colaboradores, necessidades de formação, resultados da avaliação de desempenho e da eficácia da formação	Disponibilidade de recursos humanos Plano de formação Ações de formação realizadas e avaliadas
PR05 Auditorias	Relatório (s) de auditorias anteriores, programa de auditorias	Relatório de auditoria, não conformidades e sugestões de melhoria identificadas
PR06 Ações Corretivas	Não Conformidades, reclamações, sugestões de melhoria	Ações corretivas e/ou melhoria implementada (s) e avaliadas quanto à sua eficácia
PR07 Gestão e Planeamento do Sistema de Gestão da Qualidade	Requisitos legais e normativos, requisitos dos serviços, recomendações para melhorias, dados de desempenho do serviço, dados de satisfação de utentes	Objetivos, ações de melhoria e necessidades de recursos Planeamento de atividades Acta de revisão do SGQ
PR08 Gestão de Partes Interessadas, Riscos e Oportunidades	Análise de contexto; Partes interessadas; Riscos e oportunidades	Partes interessadas relevantes identificadas; Requisitos de partes interessadas relevantes; Ações para tratar riscos e oportunidades tratadas.

Código	Elaborado	Aprovado	Data
MQ.11	Profª. Doutora Cristina Bárbara	Conselho de Administração	