



Manual de Gestão da Qualidade

Ficha Técnica

Título: Manual de Gestão da Qualidade - USP

Edição: 19/02/2025

Revisão: 28/02/2028

Elaboração: USP, Coordenadora da Unidade - Dra. Ana Isabel Correia Viseu

Verificação: Diretor Clínico para os Cuidados de Saúde Primários

Aprovação: Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde da Guarda, constante na deliberação do Conselho de Administração vertido na última página do documento.

Siglas e Abreviaturas

CA - Conselho de Administração

HNSA - Hospital Nossa Senhora da Assunção

HSM - Hospital Sousa Martins

NC - Não Conformidade

PDCA - Ciclo de Deming - *Plan, Do, Check, Act ou Adjust*

PLQR - Promotores Locais da Qualidade e do Risco

SGQ - Sistema de Gestão da Qualidade

SM - Sugestão de Melhoria

SSTIC - Serviço de Sistemas, Tecnologias da Informação e Comunicação

USP - Unidade de Saúde Pública

UGQR - Unidade de Gestão da Qualidade e do Risco

ULSG - Unidade Local de Saúde Guarda

Preâmbulo

De acordo com o Regulamento Interno da Unidade Local de Saúde da Guarda (ULSG, 2019) a organização pretende ser reconhecida por utentes, colaboradores e demais entidades como uma instituição que assegura a resposta de elevada qualidade às necessidades de saúde, pautando-se por rigorosos princípios de eficiência e responsabilidade na vertente económica, financeira, social e ambiental.

A Unidade de Saúde Pública (USP) da Unidade Local de Saúde da Guarda (ULSG) propôs-se implementar, em 2023, um Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) de acordo com os requisitos de referência da NP EN ISO 9001:2015 e de acordo com o suporte legal para prossecução da sua atividade, tendo obtido certificação no âmbito então definido.

Em 2024, a USP propõe um alargamento do âmbito do SGQ, de modo a promover a melhoria contínua da qualidade a um maior número de processos.

O presente Manual define a Política da Qualidade do SGQ da USP e constitui a sua linha orientadora, nomeadamente a interação dos seus processos, por forma a assegurar os requisitos e a alcançar as necessidades e expectativas das partes interessadas.

Promulgação

O presente manual descreve o SGQ implementado pela Unidade de Saúde Pública (USP), comprometendo-se a fazer cumprir o mesmo à luz da Norma NP EN ISO 9001:2015, envolvendo as partes interessadas e consciencializando para a melhoria contínua da organização.

O órgão máximo da ULSG promulga a política da qualidade da USP, integrada que está no compromisso da organização, promulgação constante na deliberação do Conselho de Administração vertido na última página do documento, dele fazendo parte integrante (ULSG.USP.PL.001).

0.1 Generalidades

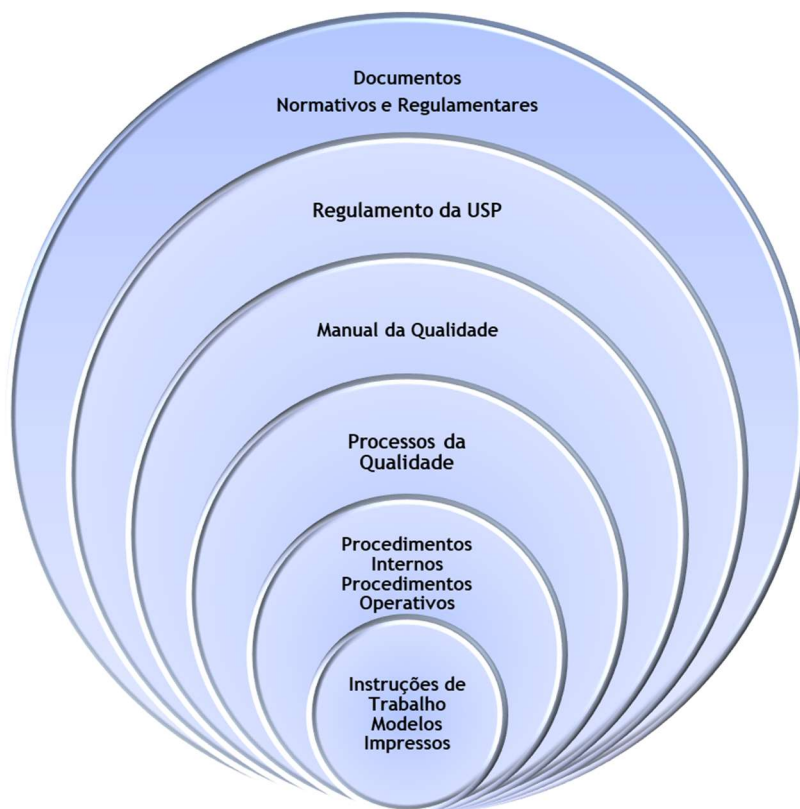
O desenvolvimento de um Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) é uma decisão estratégica da ULSG por forma a melhorar o desempenho global, proporcionando uma base sólida para iniciativas de desenvolvimento assentes na qualidade, de forma pensada, estruturada e sustentável.

Neste sentido, a USP responde assertivamente a essa determinação, pretendendo adicionar valor ao SGQ da ULSG, implementado em 2007 pela organização, mediante a sua certificação pela NP EN ISO 9001:2015, por garantir que os seus processos são dotados de recursos adequados e estes são geridos atendendo às oportunidades e ao risco.

O Manual de Gestão da Qualidade apresenta-se como uma importante ferramenta de trabalho, apresentando os princípios e os métodos essenciais para assegurar o sucesso da equipa e garantir um elevado grau de qualidade dos serviços prestados. Este documento tem como objetivos a apresentação da USP e do SGQ, enunciando a interação dos seus processos.

A documentação está estruturada em diferentes níveis, conforme o esquema representado na Figura 1 (sustentado no Procedimento Interno de “Informação Documentada” da ULSG - ULSG.PI.001 e no Procedimento Interno de Informação Documentada da USP - ULSG.USP.PI.017).

Figura 1. Estrutura da documentação do SGQ da USP



Fonte: Elaboração própria.

Estrutura do Manual de Gestão da Qualidade

O Manual de Gestão da Qualidade apresenta-se como uma importante ferramenta de trabalho, apresentando os princípios e os métodos essenciais para assegurar o sucesso das equipas e garantir um elevado grau de qualidade dos serviços prestados.

Tem como objetivos:

- Apresentar a USP como resposta de prestação pública de cuidados de saúde à população do distrito da Guarda;
- Descrever a estrutura e os âmbitos dos sistemas implementados, pela USP;
- Descrever as interações entre os processos que constituem o Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) da USP.

Este manual permite ainda:

- Concretizar o compromisso da USP com os seus colaboradores e os seus utentes, através da adequação da sua prestação qualificada;
- Estimular a cultura da qualidade, promovendo a integração de novos serviços em processo de certificação, através do *benchmarking*;
- Desenvolver o processo de melhoria contínua.

Estrutura e Codificação do Manual da Qualidade

O Manual da Qualidade enuncia o SGQ da USP e constitui a concretização do seu compromisso com a Instituição, com os seus serviços, os seus colaboradores e os seus utentes, pela adequação da sua prestação qualificada e diligente.

Este Manual da Qualidade tem por finalidade definir e sistematizar as regras que devem orientar os colaboradores da USP, bem como a forma de outros intervirem com/na unidade, nomeadamente, o Conselho de Administração, os auditores internos, entre outros parceiros e partes interessadas, através dos processos/procedimentos em que são identificados/implicados, para garantia da melhoria.

A estrutura e codificação do Manual da Qualidade da ULSG obedece ao Procedimento de Informação Documentada da ULSG (ULSG.PI.001).

A sua preservação, conservação e revisão estão definidas no Procedimento Interno - Informação documentada (ULSG.USP.PI.015).

Regras de Emissão, Arquivo e Revisão do Manual da Qualidade

A data de entrada em vigor do presente Manual é a data da sua aprovação. Outros requisitos de regras de emissão e revisão estão definidos no Procedimento Interno de Informação documentada da ULSG (ULSG.PI.001).

A versão atualizada e aprovada deste documento encontra-se arquivada na pasta partilhada *online* da USP, especificamente na pasta “Qualidade”, dentro da subpasta “Sistema de Gestão da Qualidade”, garantindo que esta é a última versão aprovada em CA. A versão obsoleta é arquivada na subpasta “Controlo Documental”, dentro da subpasta “Obsoletos”.

O manual como ferramenta dinâmica, para além de obedecer igualmente ao Procedimento Interno de Informação Documentada da ULSG (ULSG.PI.001), está sujeito a revisões, que devem acontecer em resultado da revisão do sistema e sempre que ocorra alguma alteração ao seu *corpus*, de variada ordem, nomeadamente, legislação, normativos, regulamentares, etc. Essa alteração deverá constar no item “Observações”.

É partilhado com as partes interessadas numa ótica de transparência e otimização da acessibilidade à informação, através da página da Internet e Intranet da ULS ou caso estas se encontrem inoperacionais será logo que possível enviado por e-mail.

Responsabilidade pela Gestão do Manual da Qualidade

A elaboração e a interação de processos constante no Manual da Qualidade são da responsabilidade da USP, bem como a sua revisão.

A verificação deste é da responsabilidade do Vogal do Conselho de Administração, com delegação de competências na área.

A sua aprovação é da responsabilidade do Conselho de Administração da ULSG.

0.2 Princípios de Gestão da Qualidade

A Constituição da República Portuguesa consagra, no artigo 64º, a proteção da saúde como um dever, mas, sobretudo, como um direito de todos, em garantia dos princípios fundamentais.

Da mesma forma, o Governo Constitucional estabelece, no seu programa, a prioridade às pessoas e no que concerne à área da Saúde, com o objetivo de melhorar a governação do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Neste âmbito visa-se obter mais e melhores resultados face aos recursos disponíveis. Ainda, o regime aplicável às Unidades Locais de Saúde remete para o aperfeiçoamento associado à melhoria da qualidade, à eficiência e à equidade dos serviços (Decreto-Lei n.º 18/2017 de 10 de fevereiro).

Neste sentido estão reunidos os requisitos para a implementação de sistemas de gestão da qualidade nas organizações de prestação de cuidados de saúde, pois tal filosofia baseia-se, precisamente, nos pilares da *Governance* e nos princípios de gestão da qualidade descritos na NP EN ISO 9001:2015.

Figura 2. Princípios de Gestão da Qualidade



Fonte: Elaboração própria, adaptado de NP EN ISO 9001:2015, pp. 8.

0.3 Abordagem por Processos

A NP EN ISO 9001:2015 fomenta a adoção de uma abordagem por processos para desenvolver, implementar e melhorar a eficácia do SGQ. A aplicação da abordagem por processos num SGQ permite:

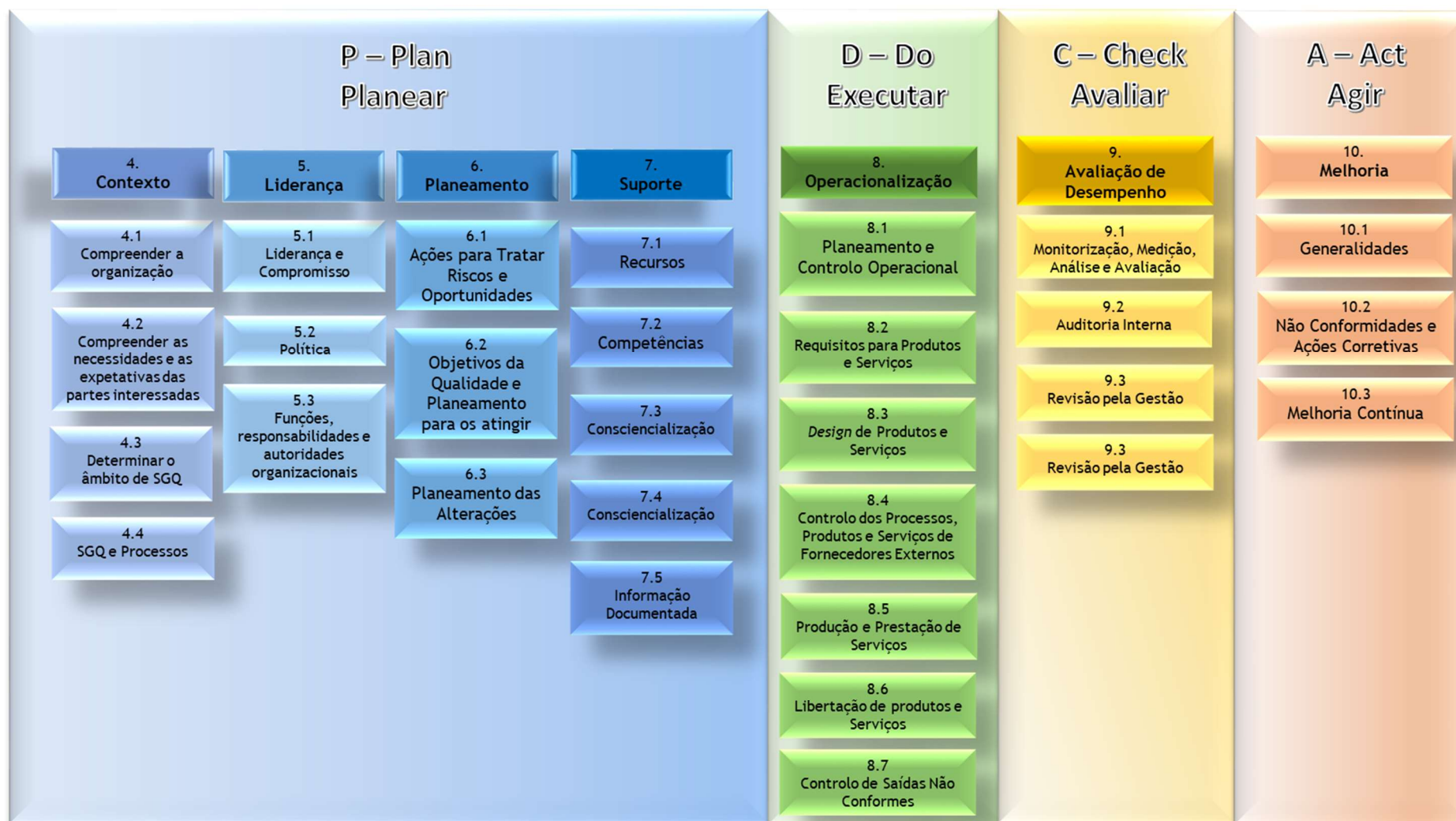
- a) A compreensão e a satisfação consistente dos requisitos;
- b) A consideração dos processos em termos de valor acrescentado;
- c) A obtenção de um desempenho eficaz dos processos;
- d) A melhoria dos processos baseada na avaliação de dados e de informação.

A qualidade está configurada em todos os subsistemas organizacionais, cuidando das relações e sinergias e interface entre eles, possibilitando a melhoria contínua na satisfação do utente, como também a dos processos da organização, assentes nos quatro pilares do *Ciclo de Deming* (PDCA - Planear, Executar, Verificar e Atuar), utilizando a aprendizagem de um ciclo para aprimorar e ajustar expectativas para o ciclo seguinte, repetindo-se de forma permanente.

O recurso ao *Ciclo de Deming* (PDCA) viabiliza a identificação de situações indesejáveis e otimiza a busca e a manutenção de melhoria das organizações de forma contínua. A sua utilização fornece programas de qualidade e contribui para os processos de certificação da qualidade dos serviços.

Desta forma apresenta-se a figura do *Ciclo de Deming* e a sua aplicação/interação com a Norma NP EN ISO 9001:2015.

Figura 3. Ciclo de Deming (PDCA), aplicado à Norma NP EN ISO 9001:2015



Fonte: Elaboração própria.

0.4 Relacionamento com outras Normas de Sistemas de Gestão

A política de incremento de valor da ULSG faz recorrer/adotar a NP EN ISO 9001:2015 como base de trabalho, pois este referencial permite, através da “*Estrutura de Alto Nível*” (o Anexo SL), que outras normas se correlacionem intuitivamente com ela, nomeadamente aquelas com que a organização pretende sustentar a garantia da melhoria do seu serviço/produto, desde logo a NP EN ISO/IEC 17025, a NP EN ISO 13485, a NP EN ISO 14001, a NP EN ISO 31010, entre outras. A NP EN ISO 9001:2015 fomenta o enquadramento desenvolvido pela ISO para melhorar o alinhamento entre as suas normas de sistemas de gestão.

Há ainda a referir que o sistema adotado para gestão da USP (certificação NP EN ISO 9001:2015) encontra também enquadramento noutras normas e referenciais, desde logo as referentes à Segurança do Utente (Direção-geral da Saúde), ao modelo de Acreditação ACSA (preconizado pela Direção-geral da Saúde DGS), entre outros sistemas, pelos padrões e modelos de qualidade que também representam.

1. Objetivo e Campo de Aplicação

Este manual especifica os requisitos do SGQ na USP, por forma a:

- Demonstrar a sua aptidão para fornecer produtos e serviços que satisfaçam tanto os requisitos do cliente como as exigências estatutárias e regulamentares aplicáveis, de forma consistente;
- Aumentar a satisfação do cliente através da aplicação eficaz do sistema, incluindo processos de melhoria continua, garantido a prestação conforme e segura, tanto relativamente aos requisitos do cliente como aos requisitos estatutários aplicáveis.

O SGQ é entendido como uma filosofia e prática da gestão, traduzindo o envolvimento de todos os intervenientes que trabalham na organização, num processo cooperativo para que se concretize no fornecimento de serviços que satisfaçam as necessidades e expetativas do utente.

2. Referências Normativas

O presente manual responde integralmente ao referencial da NP EN ISO 9001:2015, tendo sido concebido para responder aos seus requisitos.

A USP integra outra documentação, como regulamentos, manuais, planos, procedimentos internos, procedimentos operativos, instruções de trabalho e outros, que garantem a sua ampla atividade, cada um desses processos respondendo em garantia deste e de outros referenciais.

3. Termos e definições

Ação Corretiva - Ação para eliminar a(s) causa(s) de não conformidade detetada ou de outra situação indesejável.

Ação Preventiva - Ação para eliminar a(s) potencial(ais) causa(s) de não conformidade ou de outra situação indesejável.

Avaliação da Satisfação - A qualidade nos serviços de saúde tem-se tornado um fator importantíssimo a nível económico, político e social. Assim, as instituições são obrigadas a traçarem projetos de modo a garantirem o bom funcionamento de serviços de saúde com qualidade. Dentre estes, a ULSG determinou garantir continuamente a avaliação da satisfação dos utentes (global) e dos seus profissionais/colaboradores, bem como dos seus fornecedores (ULSG.PO.004) e clientes (aplicável segundo os serviços e requisitos), por forma a certificar o cumprimento definido no ciclo de Deming (PDCA - *Plan, Do, Check e Act ou Adjust*).

Comunicação - Troca de informação. A comunicação eficaz não está relacionada à mera transferência de informação, mas ao facto de fazer com que o recetor entenda aquilo que é dito, apesar das interferências que possam ocorrer. A gestão da melhor interpretação cabe por isso ao emissor, terminando com o feedback que recebe do recetor.

Informação - É um conjunto de dados organizados que fazem referência a um acontecimento, um fato ou um fenómeno, que no seu contexto tem um determinado significado.

Internet e Intranet - É um meio de comunicação bastante utilizado, pois permite uma grande interação entre colaboradores e facilita o acesso e a troca de informação entre os mesmos.

Melhoria Contínua - Requisito 10.3 da Norma NP EN ISO 9001:2015 - Sistema de Gestão da Qualidade, em que se refere que a organização deve melhorar continuamente a adequação, suficiência e eficácia do sistema de gestão da qualidade, considerando os resultados de análise e avaliação e as saídas de análise crítica pela direção para determinar se existem necessidades ou oportunidades.

Não-conformidade (NC) - Não cumprimento de um requisito.

Parte interessada - Pessoa ou a organização que pode afetar, ou ser afetada, ou considerar-se como sendo afetada por uma decisão ou atividade.

Reclamação - Manifestação, devidamente identificada, por parte “pessoa ou organização”, relativa às atividades ou resultados, para a qual é esperada uma resposta.

Requisito - Manifestação, devidamente identificada, por parte de entidades externas Necessidade ou expectativa expressa.

Risco - Efeito da incerteza na consecução dos objetivos (ISO guia 73/2011).

Sugestão de Melhoria (SM) - Sugestão de melhoria identificada e apresentada por colaboradores ou clientes.

4. Contexto da Organização

A Unidade Local de Saúde da Guarda designada neste manual pela sigla ULSG, é uma Entidade Pública Empresarial (EPE) criada pelo Decreto-lei n.º 183/2008 de 4 de setembro, constitui-se como uma pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial.

Segundo o regime de funcionamento das Unidades Locais de Saúde, EPE, a organização tem como objeto principal a prestação integrada de cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados à população, designadamente aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde e aos beneficiários dos subsistemas de saúde ou de entidades externas que com ela contratualizem a prestação de cuidados de saúde.

A USP, de acordo com a organização e funcionamento da ULSG, EPE, integra o serviço operativo de saúde pública, com funções de planeamento em saúde, de vigilância e investigação epidemiológica, de vigilância em saúde ambiental, e de coordenação, gestão e execução de programas de intervenção no âmbito da promoção, proteção e prevenção em saúde da população em geral ou determinados grupos.

4.1 Compreender a Organização e o seu Contexto

Objetivos, responsabilidades e competências da USP

À Unidade de Saúde Pública (USP) (DL n.º 81/2009, alterado pelo DL n.º 137/2013) compete, na sua área de abrangência, elaborar informação e planos no domínio da Saúde Pública (SP), proceder à vigilância epidemiológica, gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção da doença, promoção e proteção da saúde da população em geral ou de grupos específicos, e colaborar de acordo com a legislação respetiva no exercício das funções de Autoridade de Saúde (AS) (Decreto-Lei n.º 82/2009 de 02 de abril alterado pelo Decreto-Lei n.º 135/2013 de 04 de outubro).

A definição da estratégia operacional da USP assenta assim, na identificação das suas atribuições e competências legais bem como das que resultam da gestão de Programas Nacionais como definido pela Direção-Geral da Saúde, enquadrando-as no contexto específico dos serviços de saúde e comunidade a quem presta serviços e cuidados, e disponibilizando os seus recursos humanos e materiais ao serviço da prevenção da doença, promoção e proteção da saúde da população.

Para o efeito, a USP realiza uma análise SWOT, através do modelo ULSG.USP.Mod.030, que permite identificar, em termos de contexto interno, as suas forças e fraquezas e, em termos de contexto externo, as oportunidades e ameaças que enfrenta.

Tendo por base as atribuições legais e o contexto onde se insere, a USP identifica os riscos que fazem perigar o alcance de objetivos operacionais, de acordo com o definido no processo da qualidade ULSG.USP.PQ.004. Os riscos são identificados na matriz de gestão do risco da USP (ULSG.USP.Imp.075), por processo. O nível de risco, considerando a severidade e a probabilidade, determina a frequência da sua monitorização (ULSG.USP.Imp.077).

As competências e as responsabilidades dos colaboradores da USP encontram-se plasmadas no documento “ULSG.USP.Mod.014 - Funções e Responsabilidades nos Postos de Trabalho” segundo a tipologia profissional do colaborador, sendo que a mesma é assinada/assumida após o respetivo período de integração, com avaliação positiva.

Missão

A USP tem por missão a identificação das necessidades de saúde da população, a sua monitorização e a dos seus determinantes, afirmando-se como elemento de ação e dinamizador do estabelecimento de parcerias, intervenção e estratégias de cooperação intersectorial.

Visão

Promover a saúde, prevenir a doença e prolongar a vida saudável da população, atuando na preparação e resposta a emergências de saúde pública, em articulação com a saúde alimentar, ambiental e animal.

Valores

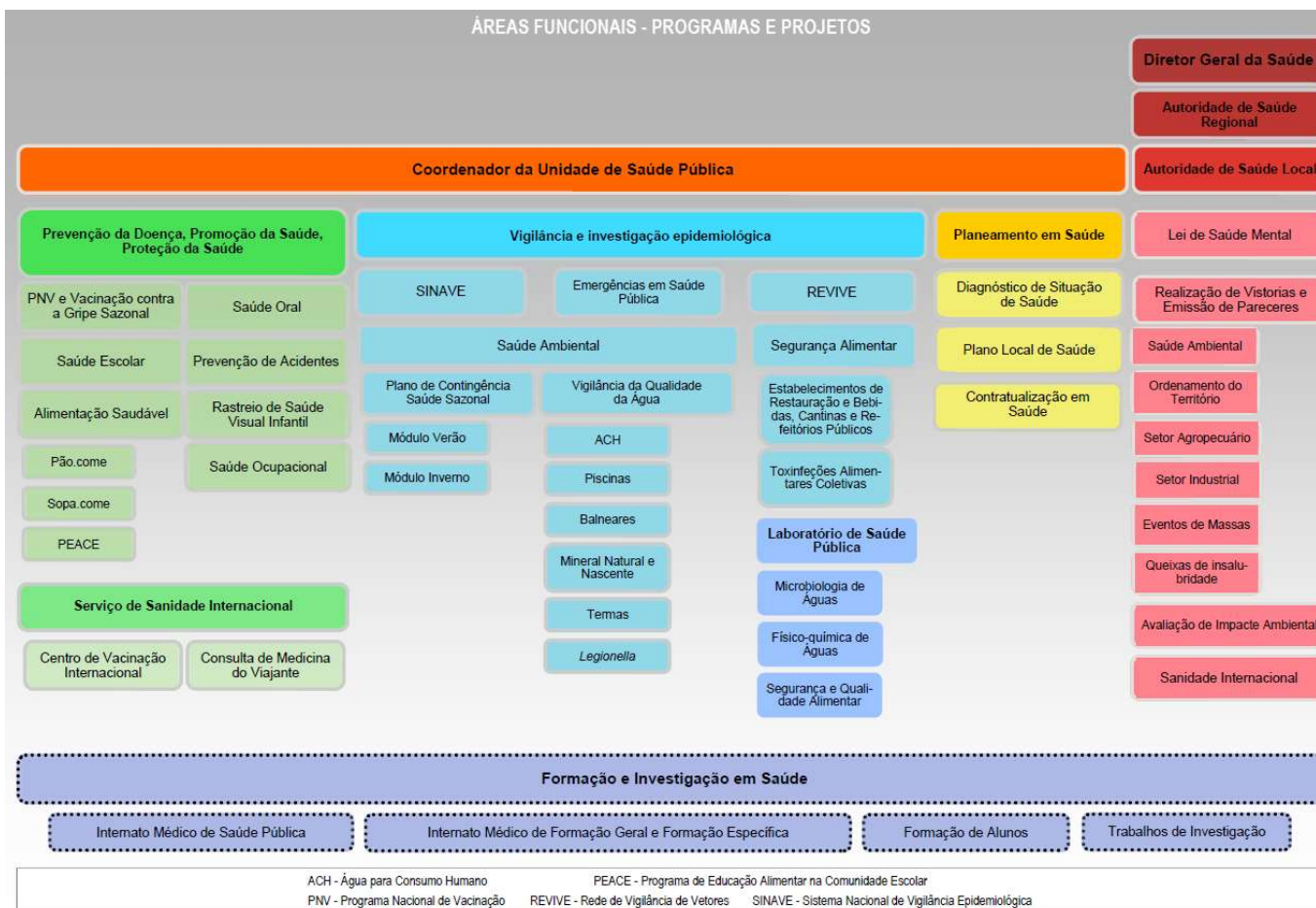
A Unidade de Saúde Pública rege-se pelos seguintes valores:

- a. Excelência técnica e eficiência, assegurando os melhores níveis de resultados e de serviço prestado às populações.
- b. Procura de inovação técnica permanente, promovendo o conhecimento e reconhecendo-o como uma mais-valia.
- c. Promoção do trabalho em equipa e a multidisciplinaridade participativa.
- d. Diferenciação técnica e satisfação dos profissionais.
- e. Identificação das desigualdades em saúde.
- f. Garantia de equidade no acesso e prestação de cuidados à população.
- g. Promoção da autonomia e responsabilização dos cidadãos pela sua saúde.
- h. Partilha de informação em saúde com população, instituições e organismos.
- i. Cooperação entre profissionais e instituições (setores social, de educação, do ambiente e do desenvolvimento local).
- j. Estrutura organizativa flexível, permitindo a necessária adequação às especificidades geodemográficas.
- k. Garantia de qualidade aos clientes internos e externos.
- l. Integridade na defesa dos interesses públicos.
- m. Provedoria em saúde.
- n. Ética e responsabilidade social.

Estrutura Orgânica da USP

A estrutura orgânica da USP é representada pelo organograma inframencionado

Figura 4. Organograma da USP

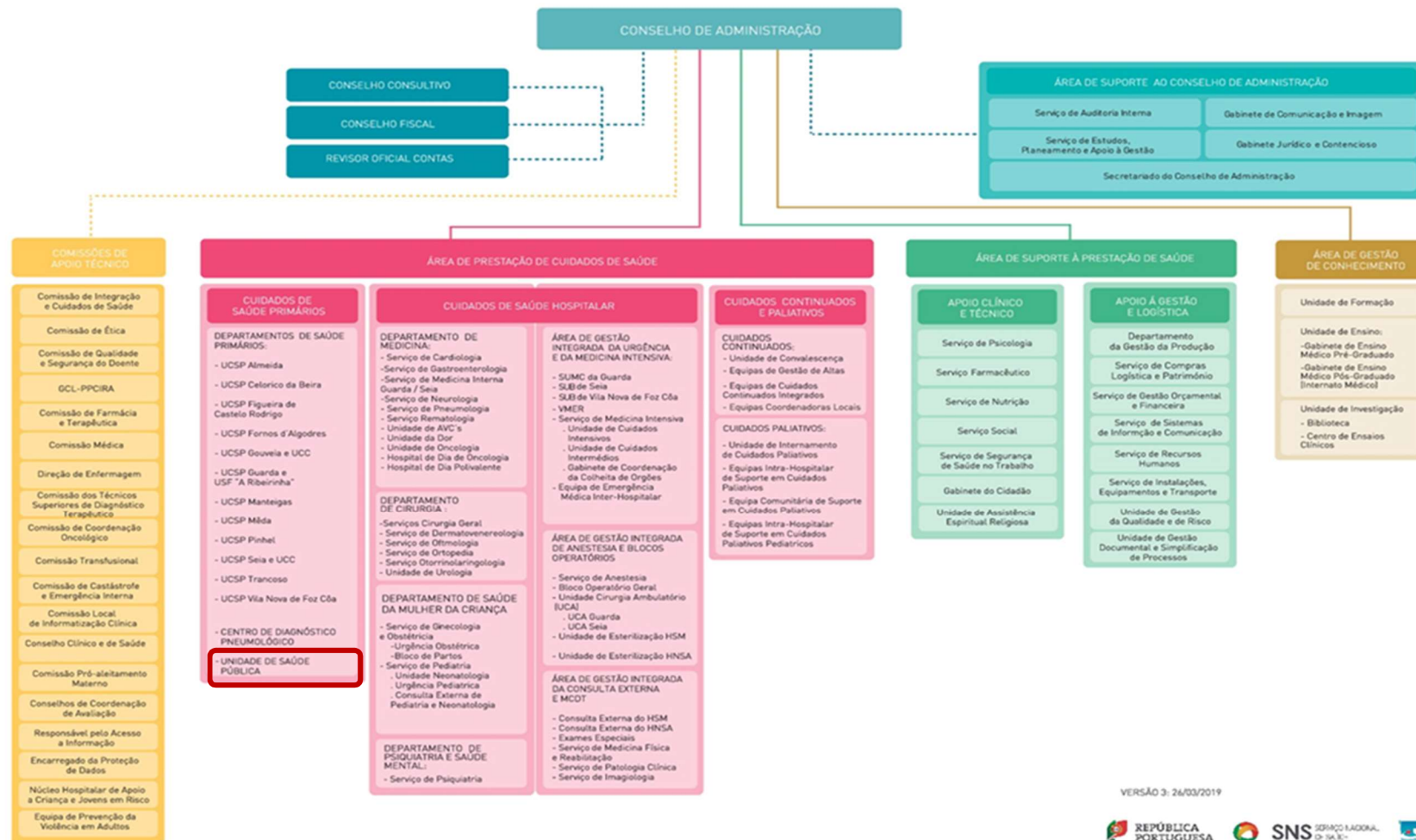


Fonte: Elaboração Própria

Organograma

Conforme descrito no contexto da Organização a USP é parte integrante da ULSG, conforme organograma infra:

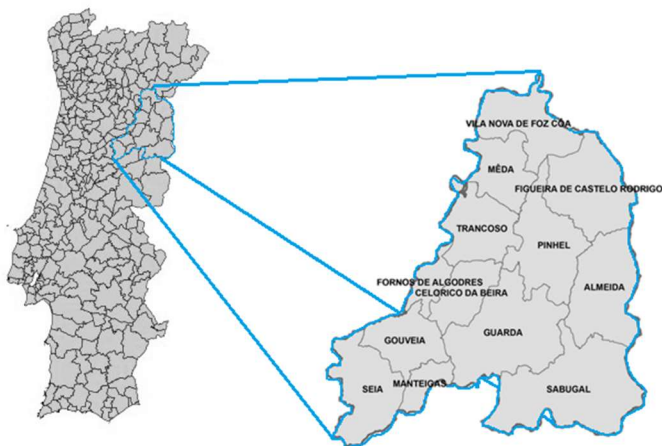
Figura 5. Organograma da ULSG



Fonte: <http://www.ulguauda.min-saude.pt/institucional/organograma/>

Área de Influência

Imagem 1. Área de Abrangência da ULSG, EPE



Fonte: Mapa de Portugal continental e da área de abrangência da ULSG. Fonte: <https://www.ulsguarda.min-saude.pt/category/servicos/usp/>

A USP

Integram a ULSG o Hospital Sousa Martins (HSM), na Guarda, o Hospital Nossa Senhora da Assunção (HNSA), em Seia, e os Cuidados de Saúde Primários (CSP). A USP desenvolve a sua atividade no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários, em todos os concelhos da área de abrangência da ULSG, nas áreas de atividade específicas anteriormente referidas, bem como no apoio às funções de Autoridade de Saúde, nomeadamente os seus departamentos, as unidades, os seus serviços e as suas pessoas.

A USP está sediada no edifício dos serviços centrais da ULSG. Dispõe de uma receção, 1 sala de secretariado, 4 gabinetes médicos, 2 gabinetes de enfermagem, 1 gabinete de engenharia, 1 gabinete de saúde ambiental, 2 gabinetes polivalentes, 1 sala de reuniões, 1 sala de arquivo e 2 casas de banho.

Sempre que tal se revele possível e necessário ao bom funcionamento e qualidade dos serviços prestados e de modo a garantir a acessibilidade ao cidadão, são desenvolvidas atividades específicas da USP nas instalações dos Centros de Saúde dos concelhos da área de abrangência da ULSG.

Funciona diariamente entre as 9h e as 18h.

Localização e Contactos

Morada:

Unidade de Saúde Pública
Avenida Rainha D. Amélia, s/n
6301-857 Guarda

Localização: O serviço situa-se no edifício dos serviços centrais da ULSG, piso 0

Coordenadora da Unidade: Dra. Ana Isabel Viseu

Contactos:

Telefone exterior: 271200200, extensões: 15130, 15131 e 15132
Telefone direto: 271205348
E-mail: geral.usp@ulsguarda.min-saude.pt

Alterações no domínio da ação climática

O serviço prestado aos clientes assenta numa política de sustentabilidade. Há o fomento da adequada separação de resíduos nas instalações da USP. Sempre que possível, é privilegiada a comunicação interna e externa de forma eletrónica, bem como o arquivo de informação documentada no âmbito do SGQ. A USP elabora um mapa de riscos infraestruturais (ULSG.CCS.Imp.005) onde detalha os riscos físicos, químicos e biológicos, inclusive fenómenos relacionados com alterações climáticas.

4.2 Compreender as necessidades e as expetativas das partes interessadas

A USP considera as partes interessadas de acordo com os requisitos da norma NP EN ISO 9001:2015, conforme identificado no Anexo I.

A clarificação das partes interessadas e o que é esperado da USP permite melhorar substancialmente, a eficácia dos processos e procedimentos ao nível da qualidade do serviço prestado.

Pode afirmar-se que a perceção das expetativas e requisitos das partes interessadas permite a antecipação de possíveis problemas, garantindo desta forma um crescimento sustentado.

4.3 Determinar o âmbito do Sistema de Gestão da Qualidade

O SGQ enunciado no presente Manual e na documentação que o apoia abrange as atividades relativas aos serviços prestados, com o foco no cliente, visando a melhoria contínua.

O SGQ abrange os processos que têm interface direto com os utentes e colaboradores da USP, envolvendo-os a todos.

O âmbito do Sistema da Gestão da Qualidade da USP é:

“Programas de Vigilância Sanitária da Água. Programa de Vigilância e Prevenção da *Legionella* Ambiental. Gestão de Auditoria aos Pontos de Vacinação. Programa de Prevenção e Controlo de Doenças de Notificação Obrigatória. Consulta de Medicina do Viajante e Centro de Vacinação Internacional. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral em Contexto Escolar”.

O SGQ implementado na USP integra os colaboradores que desempenham funções nas áreas acima descritas, e tem por objetivo apoiar na organização dos serviços prestados no sentido de melhorar, continuamente, o nível de satisfação dos utentes e dos seus colaboradores, atendendo às suas expectativas e necessidades.

4.4 Sistema de Gestão da Qualidade e respetivos Processos

Como referido, a adoção e desenvolvimento de um SGQ é uma decisão estratégica que permite à organização potenciar o desempenho geral, oferecendo a máxima qualidade ao utente na prestação dos seus serviços.

Processos da Qualidade

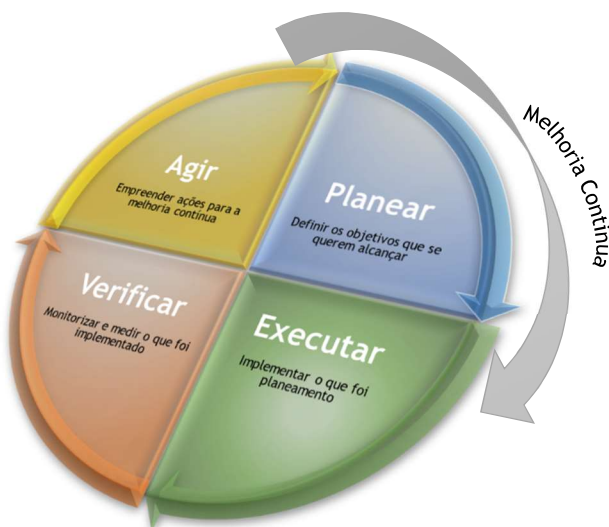
Um processo da qualidade é um conjunto de atividades inter-relacionadas e interatuantes que utiliza entradas para disponibilizar um resultado pretendido (NP EN ISO 9001:2015).

Ainda segundo a Norma NP EN ISO 9001:2015:

- Numa organização, os processos são normalmente planeados e executados sob condições controladas de modo a acrescentar valor. Em suma, estes são conduzidos para atingir os resultados esperados.
- As etapas dos processos são concretizadas por várias pessoas orientadas para um mesmo objetivo.
- Os processos são desenhados para garantir a satisfação dos clientes, incluindo ainda os legítimos interesses das partes Interessadas;
- Os processos transformam “entradas” em “saídas” através da utilização de recursos e competências;
- Os processos são monitorizados continuamente e revistos periodicamente.

Cada processo compreende uma sequência lógica de atividades concebidas, segundo o “*ciclo de Deming*” (abaixo representado) e que, por força dos resultados, dos *interfaces* com o meio exterior, da estratégica da gestão e da atuação dos recursos humanos, é melhorado continuamente.

Figura 6. Ciclo PDCA



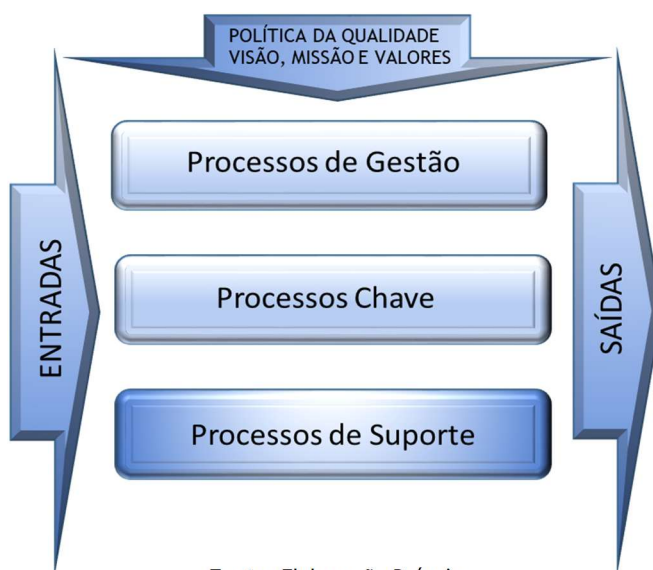
Fonte: Elaboração própria.

A melhoria contínua, representada no ciclo PDCA, é um elemento estruturante da USP assente na qualidade técnica, humana e científica com vista à concretização efetiva dos objetivos.

O SGQ é entendido como um conjunto de processos inter-relacionados e interativos. Esta metodologia de abordagem por processos permite a compreensão das suas interações e a determinação do seu desempenho, através de indicadores adequados.

Constituiu-se um Modelo de Gestão dos Processos em função da natureza e tipo de interfaces (internos e externos) que se estabeleceram na USP. A engenharia desse modelo encontra-se suportada na representação da Figura 7.

Figura 7. Modelo de Gestão dos Processos



Fonte: Elaboração Própria

Os processos encontram-se classificados em:

I. Processos de gestão

São todos os processos associados diretamente à Gestão da USP e que servem de orientação, contribuindo para determinar políticas e estratégias de gestão. São os processos estratégicos.

II. Processos chave

Estes processos contribuem diretamente para a execução de atividades da USP, para a deteção das necessidades dos serviços/unidades (clientes) e obtenção da sua satisfação (utentes, colaboradores, serviços clientes e partes interessadas). São os processos *core*.

III. Processos de suporte

São todos os processos que necessitam ser ativados para responder aos processos de gestão ou a processos operacionais, assegurando os recursos necessários. São os processos de apoio.

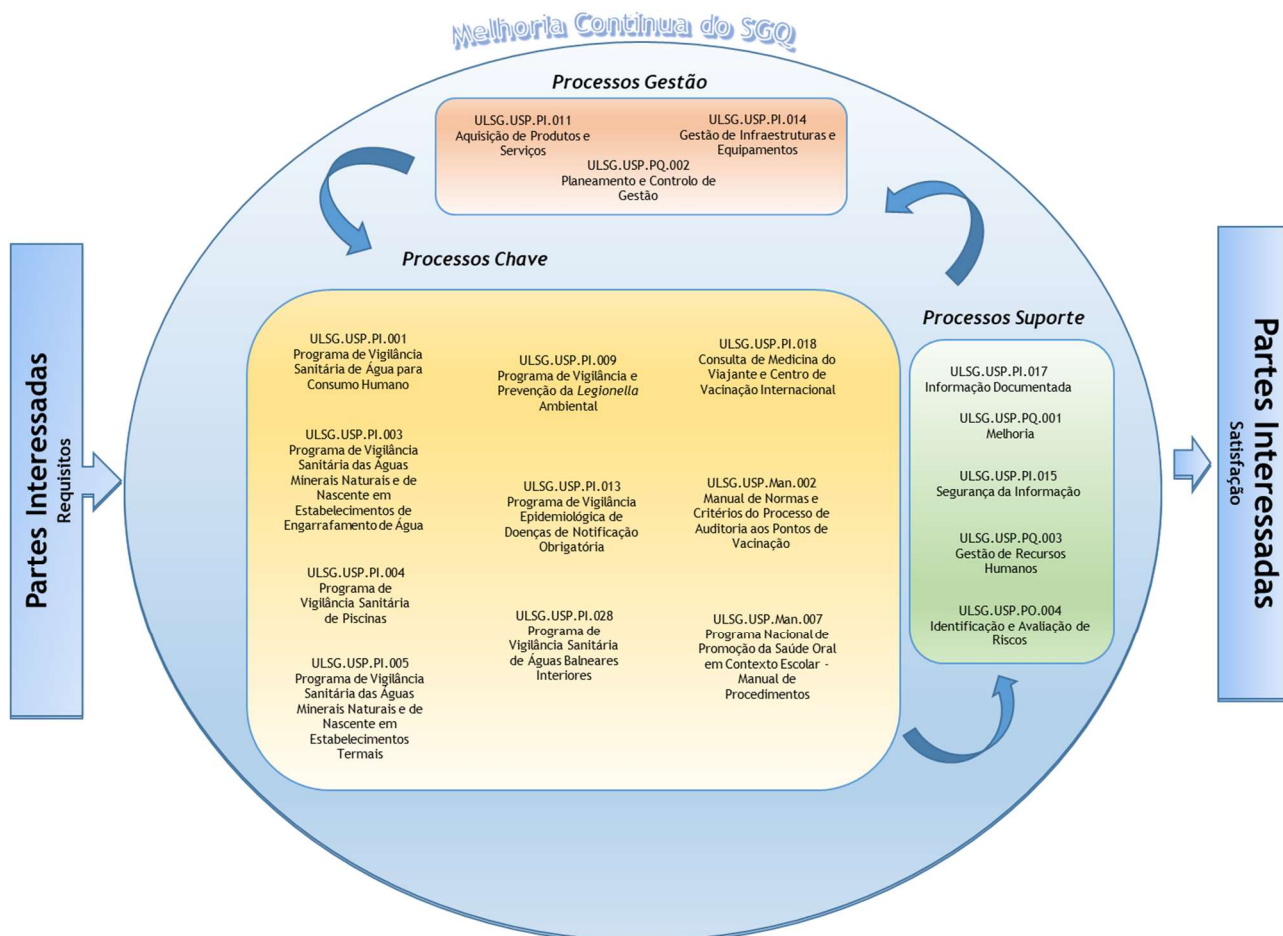
A informação documentada da USP encontra-se listada no Anexo II - ULSG.USP.Mod.015

Interação dos processos do SGQ da USP

Historicamente, a engenharia de processos da USP encontra-se sedimentada em “Procedimentos Internos”, que foram alvo de reengenharia contínua.

A interação de processos do SGQ da USP encontra-se representada na Figura 8.

Figura 8. Interação de processos do SGQ da USP



Fonte: Elaboração própria.

A documentação está estruturada em diferentes níveis, conforme o esquema representado na Figura 8. Esta estrutura encontra-se sustentada no Procedimento Interno de “Informação Documentada” da ULSG - ULSG.PI.001 e no Procedimento Interno de “Informação Documentada” da USP - ULSG.USP.PI.017, assim como no definido na NP EN ISO 9001:2015.

Figura 9. Estrutura da pirâmide documental do SGQ da USP



Fonte: Elaboração própria.

5. Liderança

5.1 Liderança e Compromisso

Os líderes da ULSG devem saber manter um ambiente interno motivador, de modo a obterem a envolvimento das pessoas para atingirem os objetivos previstos pela organização.

Os requisitos para Foco no Cliente para a USP, utentes e colaboradores, são envolvidos no processo, definido no planeamento estratégico, como elementos constituintes das partes interessadas.

O compromisso reflete-se na avaliação da sua satisfação, na avaliação dos processos de melhoria continua e, de forma particular para a NP EN ISO 9001:2015, nos processos que envolvem o foco do cliente.

5.2 Política

A política da qualidade é definida pelo CA, reflete o seu compromisso de acordo com as políticas globais e setoriais, com vista à otimização dos recursos disponíveis e à sustentabilidade.

É compromisso da organização:

- a) Proporcionar a obtenção de ganhos em saúde tendo em conta os requisitos de carácter legal aplicáveis;
- b) Garantir a humanização dos cuidados de saúde e os direitos dos utentes;
- c) Promover a satisfação dos utentes e dos seus colaboradores;
- d) Propiciar a acessibilidade e a oferta dos serviços;
- e) Garantir a Qualidade dos Serviços prestados;
- f) Assegurar a formação continua aos seus colaboradores;
- g) Melhorar continuamente a eficácia do SGQ.

O comprometimento da gestão de topo inclui a promulgação da política da qualidade conforme descrita no presente manual da qualidade da USP.

Política da Qualidade da Unidade de Saúde Pública (USP)

A Política da Qualidade da USP está alinhada com a política da ULSG, cujo compromisso se encontra divulgado.

A Unidade de Saúde Pública (USP) tem como missão promover a saúde, prevenir a doença e prolongar a vida saudável da população, atuando ainda na preparação e resposta a emergências de saúde pública, em articulação com a saúde alimentar, ambiental e animal.

À USP compete, na sua área de abrangência, elaborar informação e planos no domínio da Saúde Pública (SP), proceder à vigilância epidemiológica, gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção da doença, promoção e proteção da saúde da população em geral ou de grupos específicos, e colaborar de acordo com a legislação respetiva no exercício das funções de Autoridade de Saúde.

É uma unidade integrada nos Cuidados de Saúde Primários, que, numa ótica de melhoria contínua, se propôs certificar pela NP EN ISO 9001:2015.

O Conselho de Administração da ULSG, comprometido com a missão da USP, apoia a certificação da unidade como garantia da importância do seu trabalho junto dos serviços, profissionais e utentes da organização.

- A USP possuiu uma dinâmica própria no controlo dos seus processos, através da tecnologia disponibilizada para gestão do risco, fornecendo apoio técnico e de auditoria aos seus clientes.
- Possui uma liderança que suporta um desenvolvimento de competências da equipa, para atingir a eficácia do sistema de gestão da qualidade.
- Foca-se na fidelização do seu cliente, satisfazendo e excedendo as suas expectativas, sempre em proximidade.
- Rege-se pelo cumprimento de práticas de controlo documental, quer em formato de papel, quer em suporte lógico.
- Compromete-se e colabora estreitamente com os Serviços/Unidades da ULSG em projetos de promoção da saúde, proteção da saúde e prevenção da doença.
- Configura-se como um serviço, que para além do suporte na legislação aplicável, assenta a sua prestação na ética, na segurança da informação e na confidencialidade.
- Internamente garante um ambiente de trabalho saudável, com envolvimento e motivação de todos os seus colaboradores.
- Preconiza a especialização do seu capital humano integrando na sua lista de colaboradores técnicos motivados e em constante formação. Também apoia a formação pré e pós graduada de profissionais de saúde.
- Determina e aplica critérios para a avaliação e seleção dos fornecedores externos garantindo a melhor qualidade do serviço prestado, focando-se no seu cliente e na superação da sua exigência.
- Envolve as partes interessadas no seu crescimento, que se preconiza ser sustentado e constituir-se como parceira com a qualidade de vida das pessoas da área de abrangência da ULSG, desde logo através do seu pensamento baseado no risco.

A política da qualidade da USP, consta de um documento próprio (ULSG.USP.PL.001), encontrando-se afixado na USP, devidamente assinado pelo Exmo. Senhor Presidente do Conselho de Administração da

ULSG. É um documento dinâmico, encontrando-se sujeito a alterações sempre que para isso se verifique a sua necessidade de adaptação à realidade da Unidade ou da própria Instituição.

Na ULSG, as políticas da qualidade dos serviços/unidades/atividades, são difundidas para todos os colaboradores e utentes pelos canais informáticos *Intranet* e pela página web da instituição, da responsabilidade do Conselho de Administração, assessorado pelo Gabinete de Comunicação e Imagem da ULSG.

A atualização/revisão da política da qualidade da USP é realizada anualmente (registo na revisão pela gestão) e sempre que se verifique a sua necessidade, adequando-a aos referenciais regulamentares, normativos e da instituição. A sua revisão é registada no histórico do documento ULSG.USP.PL.001.

5.3 Funções, Responsabilidades e Autoridades Organizacionais

A gestão de topo assegura que são atribuídas, comunicadas e compreendidas as responsabilidades e autoridades para funções que são relevantes dentro da organização” (NP EN ISO 9001:2015, pp. 15).

Cada sistema de gestão implementado possui responsabilidades definidas por categorias/colaboradores. As responsabilidades e autoridades são atribuídas, quer pelo órgão máximo, quer pelos seus dirigentes/coordenadores, conforme aplicável. Cabe à gestão o acompanhamento do cumprimento das funções e a sua avaliação, acompanhadas de uma comunicação (ascendente e descendente) eficaz.

A USP assegura que as responsabilidades e autoridades estão definidas, são comunicadas e compreendidas para as funções relevantes na Unidade.

Assegura-se que as mesmas estão devidamente definidas e assumidas, conforme enunciado no documento ULSG.Mod.014 Funções e Responsabilidades dos Postos de Trabalho da Unidade de Saúde Pública.

6. Planeamento

6.1 Análise do Risco e Oportunidades

A integração do pensamento baseado no risco representa o suporte do planeamento do SGQ e seus procedimentos. Considerando-se riscos (e oportunidades) associados aos seus processos e interação com os utentes e partes interessadas, podendo implicar a implementação de medidas para redução do risco de fornecer serviços não conformes, preconiza-se que cada unidade funcional (ULSG.PI.031 -Gestão do Risco na ULSG) realize um exercício de análise ao seu sistema, através de instrumentos validados¹. A ULSG propõe que a análise SWOT seja a base de trabalho deste exercício, não comprometendo outras formas de abordagem.

¹ Cada unidade funcional ou departamento da ULSG realiza, no seu exercício de gestão, a sua análise e, através da comunicação formal, apresenta e discute com o órgão máximo a sua revisão do sistema.

A USP efetiva a sua análise de risco segundo o definido no processo da qualidade de “Identificação e Avaliação dos Riscos na Unidade” (ULSG.USP.PQ.004), para registo da sua avaliação, probabilidade de ocorrência, gravidade do dano na sua matriz do risco, partilhando a informação com o órgão máximo para um célere tratamento dos mesmos.

A unidade mantém registos atualizados da sua revisão na matriz de risco (Anexo III - exemplo do modelo ULSG.USP.Imp.075 - Matriz de gestão do risco).

6.2 Objetivos da Qualidade e planeamento para os atingir

Os objetivos da qualidade estão em consonância com a política da qualidade, descrito no Processo da Qualidade (PQ) referente ao Planeamento e Controlo de Gestão (ULSG.USP.PQ.002), a forma como é executada a monitorização de objetivos (impresso ULSG.USP.Imp.077) e como são avaliados os riscos, através da matriz de riscos (ULSG.USP.Imp.075 - Matriz de Riscos).

Os indicadores são periodicamente monitorizados e dão lugar a medidas de melhoria sempre que se detetem desvios aos objetivos delineados.

Por forma a garantir a concretização dos seus objetivos a USP determinou no seu planeamento e controlo de gestão (conforme fluxograma infracitado):

- a) O que será feito;
- b) Quais os recursos necessários;
- c) Definição de responsabilidades;
- d) Tempo de execução;
- e) Avaliação de resultados

6.3 Planeamento das alterações

Podemos definir alterações como sendo as mudanças que podem ter efeitos relevantes ao Sistema de Gestão da Qualidade da Unidade, assim a USP determina a alteração a ser planeada.

Desta forma e para que o SGQ seja mantido, a USP analisa todas as propostas de alterações e determina quais as relevantes e que merecem tratamento adequado. Para isso, são discutidos e definidos tendo com base este suporte de informação, de acordo com as metas, as responsabilidades e as temporalidades pensadas.

A monitorização anual dos objetivos da unidade baseia-se em princípios que asseguram iniciativas concretas de ação, proporcionando o controlo da sua execução. Assim, existe uma intervenção dinâmica do coordenador da unidade, com uma temporalidade definida para que os indicadores do serviço estejam em constante gestão/governo, processo este dinâmico, sempre com a pretensão da melhoria continua.

Para um tratamento adequado a USP tem em consideração:

- O propósito das mudanças e suas potenciais consequências;
- A integridade do sistema de gestão da qualidade;
- A disponibilidade de recursos;
- A afetação ou reafecção de responsabilidades e de autoridades.

7. Suporte

7.1 Recursos

7.1.1 Generalidades

A organização determina e providencia os recursos necessários para o estabelecimento, implementação, manutenção e melhoria contínua do sistema de gestão da qualidade (NP EN ISO 9001:2015).

7.1.2 Pessoas

A ULSG assegura a disponibilidade dos Recursos Humanos com as competências adequadas, correspondendo às necessidades e requisitos legais aplicáveis, com a finalidade de melhorar de forma contínua a satisfação dos utentes e dos seus colaboradores.

A equipa da USP é constituída por Médicos Especialistas em Saúde Pública, Enfermeiros, Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica, Técnicos Superiores e Assistentes Técnicos, com formação e competências, conforme arquivo interno do Processo Individual do Colaborador (ULSG.USP.PQ.003 - Gestão de Recursos Humanos).

7.1.3 Infraestruturas

A USP dispõe de infraestruturas necessárias e adequadas para atender aos objetivos a que se propõe, em conformidade com os requisitos legais.

As infraestruturas físicas são mantidas e conservadas com o comprometimento do Serviço de Instalações Equipamentos e Transporte (SIET), assim como o acompanhamento dos equipamentos quanto à manutenção preventiva e ao seu correto funcionamento para um bom desempenho.

Ao Serviço de Sistemas, Tecnologia da Informação e Comunicação (SSTIC), compete gerir e otimizar as infraestruturas tecnológicas de informação (hardware) e sistemas de informação com o *software* aplicacional.

O comprometimento que garante e assegura as infraestruturas necessárias para a operacionalização eficaz dos processos, abrangendo os meios supramencionados, encontram-se suportados nos Procedimentos Internos - Gestão de Infraestrutura, Equipamento e do Ambiente de Trabalho (ULSG.USP.PI.014) e no Segurança da Informação (ULSG.USP.PI.015).

7.1.4 Ambiente para a operacionalização dos processos

No ambiente de trabalho é tido em conta os requisitos para a realização das atividades, pondo em prática a política e os objetivos organizacionais, de modo a proporcionar e adequar as condições, garantindo a sua motivação e satisfação. Assim como, proporcionar um ambiente seguro e confortável que permita

eficiência e eficácia da USP (ULSG.USP.PI.014 - Gestão de Infraestrutura, Equipamento e do Ambiente de Trabalho).

7.2 Competências

As autoridades, responsabilidades e competências dos elementos intervenientes no SGQ encontram-se especificadas no registo das funções e responsabilidades por postos de trabalho (ULSG.USP.Mod.014).

Anualmente é realizado levantamento de necessidades formativas, pela Unidade de Formação, para programação das ações de formação, com o objetivo de manter os profissionais com conhecimentos técnicos e perfil adequado à realização da função que desempenham.

A USP promove medidas para assegurar formação e competências necessárias para garantir o bom desempenho e eficácia da equipa, conforme se espelha no Processo da Qualidade - Gestão de Recursos Humanos (ULSG.USP.PQ.003).

Salienta-se também o período de integração de um novo elemento ou estagiário na equipa, programado com base nas necessidades estabelecidas para o seu desempenho, conforme definido e estabelecido no Procedimento Operativo - Integração de novos colaboradores e estagiários na USP (ULSG.USP.PO.002).

7.3 Consciencialização

A organização assegura que os colaboradores desempenham as suas funções conscientes da política e objetivos da qualidade e da contribuição para a eficácia do SGQ, através de:

- Auditorias Internas
- Período de Integração
- Apresentação de resultados da organização veiculados pela *intra* e pela *internet*, bem como pela comunicação interna.

7.4 Comunicação

A comunicação na ULSG é realizada através:

- Sistemas globais de informação (plataformas inteligentes)
- Comunicações Internas
- Circulares Informativas
- *Intranet e Internet*
- *E-mail*

- Reuniões
- Afixação em placards informativos, sinalética
- Programas audiovisuais

A USP utiliza os meios disponíveis na ULSG, para realizar a sua comunicação interna e externa, conforme identificado no Processo da Qualidade - Gestão da Informação e Comunicação (ULSG.USP.PQ.005)

7.5 Informação Documentada

A informação documentada é controlada assegurando (NP EN ISO 9001:2015):

- a) A sua disponibilidade e pertinência para utilização onde e quando for necessária;
- b) A sua proteção adequada.

Na USP, a documentação está estruturada em diferentes níveis, de acordo com o preconizado para a ULSG e conforme descrito no Procedimento Interno de Informação Documentada da USP (ULSG.USP.PI.017).

A USP determina o que precisa de comunicar, podendo recorrer a diferentes métodos para comunicar com as partes interessadas (internas e externas), pois os métodos comunicacionais são adaptados às diferentes situações que se apresentam, conforme descrito no processo da qualidade Gestão da informação e comunicação (ULSG.USP.PQ.005).

No mundo globalizado a informação assume um papel relevante e protagonista na tomada de decisões e na elaboração de estratégias fundamentais. As soluções e ferramentas de informação encurtam geografias e respondem em qualquer parte do mundo, envolvendo toda a rede de entidades associadas ao negócio, cada vez mais modeladas, escaláveis e articuladas com as estratégias e necessidades de informação de cada organização.

Assim, para otimização da segurança da informação a USP recorre a sistemas informáticos, simplificando os seus processos (por exemplo, *GooPortal*® - motor de gestão e tomada de decisão, tanto operacional, administrativa e de qualidade, desmaterialização de serviços e processos gestão, que articula todas as estruturas organizacionais internas e externas em qualquer lugar e a qualquer momento).

A unidade sedimenta as suas políticas de segurança da informação documentada em procedimentos próprios (ULSG.USP.PI.015 - Segurança de Informação) e determina boas práticas de *ciber* higiene e *ciber* etiqueta junto dos seus colaboradores.

8. Operacionalização

A Organização planeia, implementa e controla os processos necessários para satisfazer os requisitos para o fornecimento de produtos e serviços de qualidade à comunidade (NP EN ISO 9001:2015).

8.1 Planeamento e controlo operacional

A operacionalização dos serviços prestados tem como suporte os melhores processos de gestão, técnicos, humanos e sociais por forma a garantir a sua conformidade com os requisitos.

A USP planeia e desenvolve os processos necessários ao fornecimento de serviços, assegurando a sua conformidade e transparência tendo em consideração:

- Os objetivos da qualidade, os requisitos regulamentares e legislação em vigor;
- Os processos, sua documentação e recursos associados;
- Informação documentada necessária para proporcionar evidência objetiva.

8.2 Requisito para produtos e serviços

Para garantir a conformidade dos serviços prestados e a satisfação plena dos seus clientes, a USP assegura uma comunicação eficaz com estes, garantindo a correta identificação dos requisitos que estes exigem aos produtos e serviços.

Desta forma a USP assume, para uma total satisfação dos seus clientes o fluxograma seguinte:

Figura 10 - Requisitos para produtos e serviços



Fonte: Adaptado do Guia do utilizador ISO 9001:2015 - Dezemb.2015, APCER

8.3 Design e desenvolvimento de produtos e serviços

A subcláusula 8.3 - Design e desenvolvimento de produtos e serviços, do normativo de referência NP EN ISO 9001:2015, não é aplicável, uma vez que a USP baseia-se em atividades documentadas de acordo com as várias instâncias, sendo replicadas nas mais diversas unidades. Em que a estruturação global do serviço prestado e os procedimentos em utilização partem de conhecimento anteriormente comprovado a nível técnico e científico, não concebendo nem desenvolvendo novos processos ou produtos.

8.4 Controlo dos processos, produtos e serviços de fornecedores externos

O circuito de aquisição de produtos e serviços respeita os termos legais, conforme descrito no Procedimento Interno - Aquisição de Produtos e Serviços (ULSG.USP.PI.011).

Por forma a garantir uma melhor eficácia dos produtos e serviços prestados pelos fornecedores externos, a USP procede anualmente à sua avaliação através do impresso ULSG.USP.Imp.069 - Avaliação de fornecedores internos e externos, comunicando-a ao fornecedor externo sempre que se verifique ou detete alguma falha no fornecimento, dando ainda conhecimento às áreas de suporte que lhe está afeta.

A monitorização dos fornecedores ocorre, ainda, de acordo com o procedimento interno ULSG.USP.PI.010 - Gestão de Eventos Adversos, Incidentes, Não Conformidades, Reclamações, Sugestões de Melhoria e Elogios, sempre que se verifique uma não conformidade relacionada com um determinado produto e serviço.

A decisão de partilha do resultado da avaliação dos fornecedores recai no Coordenador da USP, pela gestão de risco de partilha de eventual informação sensível.

8.5 Produção e Prestação do Serviço

Todos os serviços /unidades têm pré-definido padrões e rotinas institucionais, onde estão estabelecidos os equipamentos e materiais necessários, para as suas atividades.

A Unidade assegura que os processos de produção e prestação de serviços são executados de forma controlada, estas incluem:

- Informação sobre os requisitos dos produtos e serviços;
- Ambiente de trabalho apropriado;
- Elementos da equipa com competências adequadas;

Procedendo à monitorização sistemática dos processos e procedimentos implementados na unidade, de acordo com a sua estratégia, alinhada pela estratégia da ULSG, no Processo da Qualidade - Planeamento e Controlo da Gestão (ULSG.USP.PQ.002).

8.6 Libertação de Produtos e Serviços

A libertação de produtos e serviços é realizada de forma controlada de acordo com cada programa, garantindo-se que estes dão resposta aos requisitos do cliente. Os registos efetuados em impressos, sejam físicos ou informáticos, permitem a rastreabilidade da informação. A responsabilidade da entrega final do produto encontra-se documentada nas responsabilidades descritas nos procedimentos de cada programa.

8.7 Controlo de Saídas não Conformes

As saídas não conformes que se venham a verificar, são controladas, com ações de melhoria, que permitem eliminar a causa. Para operacionalização do controlo a USP, regista no impresso ULSG.USP.Imp.050 - Processo de Gestão de Não Conformidades, onde para além de descrever a situação não conforme, descreve ainda as ações de melhoria propostas para reduzir ou erradicar o erro.

9. Avaliação de Desempenho

A organização define os métodos de monitorização, medição, análise e avaliação necessários para assegurar resultados válidos (NP EN ISO 9001:2015).

9.1 Monitorização, medição, análise e avaliação

Esta secção tem como objetivo assegurar que a Unidade determina o que necessita de ser monitorizado e medido e os métodos utilizados.

Satisfação do Cliente

A avaliação da satisfação dos clientes da USP possui metodologia própria (ULSG.USP.IT.002- Metodologia de Avaliação da Satisfação dos Serviços/Clientes), que assenta numa avaliação anual mediante aplicação de instrumento de colheita de dados do tipo “questionário” (ULSG.USP.Imp.064 - Questionário de avaliação da satisfação dos serviços/clientes da USP), por via digital.

A USP procede, também, à avaliação da satisfação de utentes nas áreas em que há prestação direta de serviços/cuidados de saúde, conforme descrito em ULSG.USP.IT.001 - Metodologia de avaliação de satisfação de utente, através da aplicação do questionário ULSG.USP.Imp.049 - Questionário de avaliação da satisfação de utentes, em formato papel.

Concomitantemente, a USP, no âmbito da melhoria contínua (ULSG.USP.PQ.001) participa na avaliação dos colaboradores (ULSG.UGQR.PO.002) da ULSG, realizada também anualmente, com aplicação de inquéritos de satisfação.

Os resultados obtidos são alvo de tratamento estatístico e apresentados em Relatório ao Conselho de Administração de modo a auxiliar a identificação de riscos e oportunidades de melhoria.

9.2 Auditoria Interna

As auditorias internas são uma ferramenta primordial no ciclo PDCA, têm como finalidade avaliar o cumprimento dos requisitos da norma e a sua conformidade. Apresentando-se delineado no Procedimento Interno - Auditorias (ULSG.USP.PI.012).

9.3 Revisão pela Gestão

A revisão pela gestão permite, o planeamento de um novo ciclo de melhoria, assente numa reflexão estratégica, conforme plasmado no processo da qualidade - Planeamento e controlo da gestão (ULSG.USP.PQ.002). A RG encontra-se representada na Figura 11.

Figura 11. Revisão pela Gestão



Fonte: Elaboração própria.

A Norma NP EN ISO 9001:2015, no requisito 9.3.2, estabelece de forma clara as “entradas” para a revisão e no requisito 9.3.3 quais as “saídas”.

“Entradas” para a revisão:

- Informações quanto ao desempenho e à eficácia do SGQ, relativamente a:
- Satisfação do utente e retorno de informação das partes interessadas relevantes;
- Não conformidades e ações corretivas;
- Resultados de monitorização e medição;
- Resultados das Auditorias;
- Desempenho dos fornecedores externos.

“Saídas” da revisão:

- Oportunidades de Melhoria;
- Necessidades de Alterações;
- Necessidades de Recursos.

10. Melhoria

10.1 Generalidades

A organização determina e seleciona oportunidades de melhoria e implementa as ações necessárias para cumprimento dos seus objetivos, bem como satisfazer os requisitos dos seus clientes (NP EN ISO 9001:2015).

10.2 Não conformidades, Ações Corretivas e Preventivas, Reclamações e Sugestões

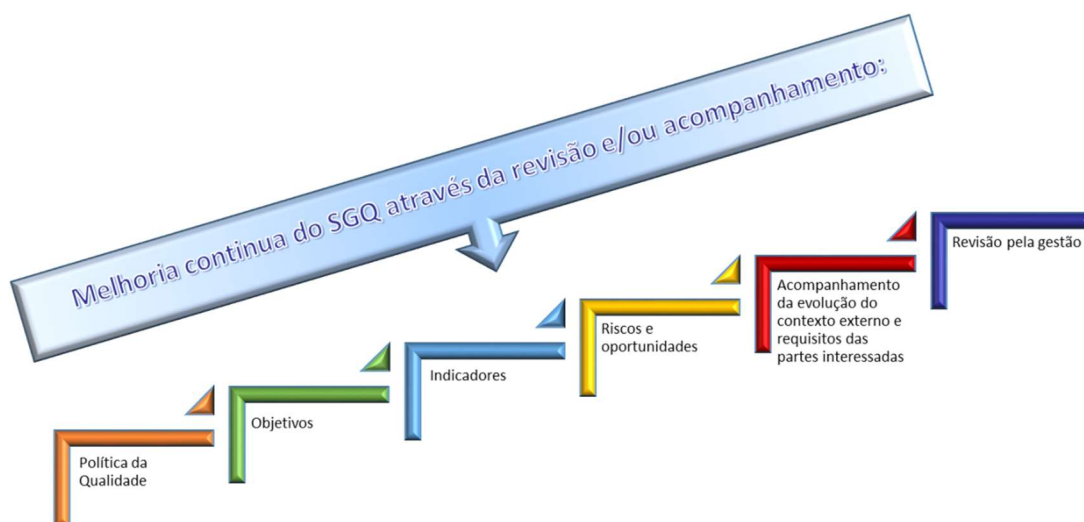
A metodologia de análise de não conformidades, ações corretivas e preventivas, as reclamações e as sugestões encontram-se descritas nos processos próprios dos sistemas de gestão da USP.

Para o registo e o tratamento das não conformidades (ações corretivas e preventivas), reclamações, sugestões de melhoria e elogios, recorre-se ao descrito no Processo da Qualidade “Melhoria” (ULSG.USP.PQ.001).

10.3 Melhoria Contínua

A organização melhora, continuamente, a pertinência, a adequação e a eficácia do sistema de gestão da qualidade (NP EN ISO 9001:2015).

A melhoria contínua não deve ser apenas baseada nos problemas identificados, devendo também contemplar os exercícios de acompanhamento/revisão da Política da Qualidade, dos objetivos da qualidade estabelecidos, dos resultados das auditorias, das ações implementadas, da revisão do SGQ sempre que forem identificadas necessidades de implementação de melhorias. Encontrando-se evidenciado no Processo da Qualidade - Melhoria (ULSG.USP.PQ.001) e respetiva Monitorização de Objetivos (ULSG.USP.Imp.077).



Bibliografia

Decreto Lei n.º 18/2017 de 10 de Fevereiro acedido em 08/07//2021 em http://www.ulsguarda.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2016/11/DL-18_2017_-10_FEV.pdf.

IPQ (2015). NP EN ISO 9001:2015. Sistemas de Gestão da Qualidade - Requisitos. Caparica: IPQ.

Organograma da ULSG acedido dia 08/07/2021 em <http://www.ulsguarda.min-saude.pt/institucional/organograma/>.

ULSG (2019). Unidade Local de Saúde da Guarda: Regulamento Interno. Aprovado mediante ata 04/2019 de 23/01/2019.

Unidade Local de saúde da Guarda (2019). Regulamento Interno da ULSG. Aprovado em ata de CA n.4/2019 de 23/01/2019.

Observações

Versão*	Elaboração Data	Verificação Data	Descrição	Distribuição
00	USP 19/05/2023	Diretor Clínico CSP 06/06/2023	Versão Inicial	USP
01	USP 22/04/2024	Diretora Clínica 22/04/2024	Revisão do âmbito; inserção de informação quanto às alterações climáticas.	USP
02	USP 20/06/2024	Direção clínica 20/06/2024	Revisão da informação relativa a: - matriz de gestão do risco e monitorização de objetivos - controlo de processos, produtos e serviços de fornecedores externos Revisão do âmbito em sede de auditoria externa 2024.	USP
03	USP 17/02/2025	Diretor Clínico CSP 20/02/2025	Revisão relativa ao arquivo digital da documentação do SGQ	USP

*Aprovação constante na deliberação do Conselho de Administração vertido na última página do documento dele fazendo parte integrante

Anexos

Anexo I - Partes Interessadas da USP

Anexo II - ULSG.USP.Mod.015 - Lista de Documentos do SGQ da USP

Anexo III - ULSG.USP.Mod.030 - Análise SWOT