



**ENQUADRAMENTO DO DOCUMENTO:**

O processo de Gestão da Melhoria procura potenciar a melhoria continua dos processos e actividades do SGQ ao tratar o retorno de informação dos doentes, profissionais e outras partes interessadas. As decisões da direcção, tomadas no âmbito das revisões pela gestão, são igualmente geridas no âmbito do processo de Gestão da Melhoria.

**GESTOR DO PROCESSO: RUI MARTINS**

ELABORADO POR:  
Dep. Qualidade



(Rui Martins)

APROVADO POR:  
Comissão Qualidade



(Rui Martins)

HOMOLOGADO POR:  
Direcção Hospital



(Bento Morais)

- 1 Sempre que um registo é recebido no Departamento da Qualidade (DQ) é efectuada uma análise inicial, em colaboração com os serviços sempre que possível/necessário, que permita avaliar se se trata de uma não conformidade ou de uma oportunidade de melhoria/ potencial de melhoria.  
No caso específico das notificações:  
**Electrónicas** (na plataforma UtilSST) existem 3 categorias principais:
  - Organização/Qualidade: são recebidas no DQ, lançadas no QualiGes e tratadas conforme este processo.
  - Risco do Doente: são recebidas pelo Enfermeiro Coordenador e tratadas nos serviços. Sempre que alguma acção seja recorrente ou necessite tratamento aprofundado deverá ser remetida ao DQ para abertura de ficha de melhoria; Periodicamente, no âmbito das Comissões de Controlo de Infecção e Risco do Doente, são analisados estes dados.
  - Riscos profissionais: são recebidas no Dep. SST e tratadas de acordo com o aquele processo.**Papel** (SCMVV.333) existem 2 vias principais:
  - Entregues aos responsáveis de serviço: são tratadas pelos próprios salvo quando uma acção não possa ser tratada e então deverá ser remetida ao DQ para abertura de ficha de melhoria;
  - Remetidas ao DQ ou colocadas nas caixas de sugestões: lançadas no QualiGes e tratadas conforme este processo.
- 2 Caso não exista uma não conformidade declarada (incumprimento de um requisito) deve seguir-se para o ponto 8. – determinar acções.
- 3 Da avaliação do registo conclui-se existir uma não conformidade.
- 4 São determinadas e implementadas, sempre que possível e em conjunto com os responsáveis de serviço, medidas de correcção no sentido de procurar minorar o impacto imediato da não conformidade.
- 5 A informação disponível é revista, analisada e/ou complementada para que a tomada de decisão possa ser baseada em factos.
- 6 É efectuada análise de causas para determinar a origem do problema e permitir uma determinação de medidas que actuem sobre a origem do problema.
- 7 É avaliado até que ponto a não conformidade se pode disseminar a outros serviços/contextos para que seja considerado na determinação de medidas.
- 8 São decididas as acções necessárias para actuar sobre as causas, os responsáveis pela sua implementação e respectivos prazos.
- 9 Fase de execução no terreno das medidas determinadas.
- 10 É avaliada a eficácia das medidas implementadas para a eliminação ou contenção das causas anteriormente determinadas.
- 11 Toda a informação resultante da implementação de medidas de melhoria é compilada para retorno à Direcção em contexto de revisões pela gestão.

**ENQUADRAMENTO DO DOCUMENTO:**

O processo de Gestão da Melhoria procura potenciar a melhoria continua dos processos e actividades do SGQ ao tratar o retorno de informação dos doentes, profissionais e outras partes interessadas. As decisões da direcção, tomadas no âmbito das revisões pela gestão, são igualmente geridas no âmbito do processo de Gestão da Melhoria.

**GESTOR DO PROCESSO: RUI MARTINS**

**ELABORADO POR:**  
Dep. Qualidade



(Rui Martins)

**APROVADO POR:**  
Comissão Qualidade



(Rui Martins)

**HOMOLOGADO POR:**  
Direcção Hospital

(Bento Morais)