



MINISTÉRIO DA SAÚDE



DEPARTAMENTO DE TRATAMENTO E REINserÇÃO #

# **IDT, IP PLANO ANUAL DE INSPECÇÕES/VISTORIAS:**

NUCLEO DE LICENCIAMENTO E FISCALIZAÇÃO #



**MINISTÉRIO DA SAÚDE**





MINISTÉRIO DA SAÚDE



DEPARTAMENTO DE TRATAMENTO E REINserÇÃO #

# MANUAL DE INSPECÇÕES/VISTORIAS:

NUCLEO DE LICENCIAMENTO E FISCALIZAÇÃO #



MINISTÉRIO DA SAÚDE



## 1. FUNÇÃO DO MANUAL

"Manual", em sentido próprio, é um "guia, manuseável e portátil". Nesse espírito, o presente Manual constitui um guia de trabalho, uma ferramenta prática para prestar subsídios de cariz técnico ao desempenho da actividade inspectiva do Núcleo de Licenciamento e Fiscalização (NLF).

Assim, visa simplificar, facilitar, uniformizar e sistematizar critérios, saberes, práticas e procedimentos relativos à actividade inspectiva do NLF.

Simplifica, procedendo à fusão dos instrumentos inspectivos vigentes (Manual e Guia). Facilita, sistematizando um quadro conciso, claro e actualizado de directrizes de cariz técnico, úteis para o bom desempenho da actividade inspectiva. Uniformiza, reforçando a segurança jurídica e previsibilidade da acção inspectiva, sem todavia inibir a criatividade dos inspectores, que é um factor de aperfeiçoamento daquela actividade.

O quadro imperativo a considerar em toda a actividade inspectiva, do seu início ao seu termo, decorre das diversas leis que regem as competências, as formas, os procedimentos e os conteúdos da actividade inspectiva.

O presente Manual e seus conteúdos pretendem-se, não apenas em perfeita harmonia com tais regras injuntivas, como têm sobretudo a funcionalidade de proporcionar orientações e subsídios de cariz técnico que as desenvolvam e tornem operacionais. Em suma, o Manual propiciará a mais idónea e cómoda aplicação aos casos concretos dessas disposições injuntivas, gerais e abstractas.

Este Manual e seus conteúdos têm naturalmente por destinatários exclusivos os membros da inspecção do NLF. De modo que as correspondentes directrizes e orientações não têm valor jurídico externo e não conferem a terceiros quaisquer direitos ou interesses legalmente protegidos.



MINISTÉRIO DA SAÚDE



## 2. ESTRUTURA DO MANUAL

A estrutura deste Manual, sempre no espírito da concepção de instrumento de apoio técnico à actividade de inspecção, está organizada em duas partes, distintas mas complementares.

A primeira parte, de teor descritivo, compreende os conteúdos de apoio técnico à actividade de inspecção, nos termos que já ficaram explanados.

A segunda parte, de teor matricial, compreende os instrumentos de apoio à actividade inspectiva (v.g. fichas) destinados a facilitar e a uniformizar a recolha de dados para efeitos da actividade inspectiva.

Algumas fichas encontram-se já em uso, foram já testadas e aperfeiçoadas na prática inspectiva do NLF. Outros desses instrumentos, agora concebidas, entrarão em uso nas acções inspectivas a realizar futuramente.

Mas o que mais importa agora destacar é precisamente a natureza matricial: os parâmetros constantes das fichas agora propostas para a colheita de dados podem ser aditados, modificados e eliminados, em função das especificidades de cada acção inspectiva.

Esta bipartição permite reconciliar, harmoniosamente, o núcleo sólido da primeira parte, com o núcleo flexível da segunda parte. Assim, cada inspector, segundo o seu melhor critério profissional, poderá moldar os parâmetros de cada ficha às peculiaridades de cada específica acção inspectiva.



MINISTÉRIO DA SAÚDE



### **3. ÂMBITO DE APLICAÇÃO DO MANUAL**

#### **3.1 - Função inspectiva: base legal e regulamentar**

A base legal e regulamentar da acção do NLF, nomeadamente da sua actividade inspectiva, consta dos seguintes diplomas:

- Despacho Normativo n.º 51/2008, de 01 de Outubro – Regulamento de Organização e Funcionamento do Instituto da Droga e Toxicoddependência (IDT, IP);
- Decreto-Lei n.º 221/2007, de 29 Maio – Define a missão e atribuições do IDT, IP;
- Portaria n.º 648/2007, de 30 de Maio - Estabelece os Estatutos do Instituto da Droga e da Toxicoddependência, IP;
- Decreto-Lei n. 16/99, de 25 de Janeiro - Regula o licenciamento, o funcionamento e a fiscalização do exercício da actividade das unidades privadas que actuem na área da toxicoddependência;
- Despacho do Conselho Directivo do IDT; IP nomeando a Comissão de Vistorias/Inspeções

#### **3.2 - A função inspectiva e suas modalidades**

O NLF está incumbido pela lei de três tarefas básicas, a saber: "investigatória", "fiscalizadora" e "inspectiva" (a quem incumbe nomeadamente a "realização e ou instrução de inspeções, auditorias),

A função ou acção inspectiva, por seu turno, compreende as seguintes formas: a "inspecção", e a "auditoria".

Desdobrando a enunciada classificação



MINISTÉRIO DA SAÚDE



### ***Inspeção de Concessão/Renovação***

Corresponde à inspeção a efectuar após a extinção da validade do Certificado de Conformidade de qualquer dos níveis. Tem como objectivo confirmar que a unidade se mantém adequada e cumpre todos os requisitos estabelecidos no modelo em vigor.

### ***Inspeção de Acompanhamento***

Corresponde às Inspeções de Manutenção do Certificado de Conformidade a realizar dentro do prazo de validade regulamentar. Tem como objectivo confirmar que a unidade mantém adequado e contínua a cumprir todos os requisitos estabelecidos no modelo em vigor.

Esta inspeção de acompanhamento não implica a verificação da totalidade dos requisitos e terá uma duração inferior à Inspeção de Concessão/Renovação.

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

### ***Inspeções de Seguimento***

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

### ***Inspeções Extraordinárias***

Correspondem às Inspeções a efectuar na sequência de reclamações, participações ou de alterações significativas na propriedade, estrutura, organização e tipos de serviços a disponibilizar pela unidade.

### ***Auditoria.***

A diferenciação entre "inspeção" e "auditoria" é controvertida. Para os nossos efeitos, assumiremos como definição operativa que a inspeção tem em vista, especialmente,



MINISTÉRIO DA SAÚDE



verificar o grau de conformidade dos procedimentos com os normativos aplicáveis, e assenta numa análise completa e extensiva dos registos e documentos de suporte à actividade da entidade inspeccionada, sem prejuízo de utilização de outros métodos, como entrevistas ou questionários.

Por seu lado, a auditoria consiste num exame sistemático e objectivo, utilizando técnicas específicas comumente aceites, designadamente, a amostragem, com vista à emissão de um parecer devidamente sustentado, que pode conter uma apreciação de natureza qualitativa.

A diferença entre ambas, todavia, não é categórica, pois inspecção e auditoria são procedimentos naturalmente articulados e integrados, abarcados pelo conceito lato de "função inspectiva". Assim, os conteúdos deste Manual convirão, tendencialmente, a qualquer das modalidades da acção inspectiva, inspecção ou auditoria.

Finalmente, o âmbito de aplicação material deste Manual rege directamente apenas o exercício da "função inspectiva", nas já referidas formas. Não disciplina, ao menos directamente, as funções "investigatória" e "fiscalizadora".

## **4 - FUNÇÃO INSPECTIVA**

### **4.1- Noção**

Revertendo ao plano conceitual, numa primeira aproximação, inspeccionar é fazer "o exame minucioso de uma coisa, para determinar a sua qualidade ou estado".

Inspeccionar, em sede da teoria da organização, é uma técnica de controlo administrativo (ou "regulação", na terminologia mais moderna, de raiz e inspiração norte-americana) por



MINISTÉRIO DA SAÚDE



meio da qual um certo serviço verifica o desempenho de um outro serviço. Idealmente tal função deve ser realizada com independência e objectividade.

Propriamente em termos jurídicos, inspeccionar redunda num tipo de procedimento administrativo de aquisição de saber, destinado a verificar a conformidade do desempenho de um serviço privado contratado para a realização de um serviço público com certas regras (jurídicas, profissionais, técnicas, éticas, financeiras, contabilísticas, de boa gestão, etc.) a que está vinculado, em ordem a permitir o exercício dos poderes de controlo administrativo a que está sujeito. No fundo, o que se trata é de verificar do cumprimento de certas regras que seriam seguidas num serviço público.

São três os passos basilares a realizar em sede de acção inspectiva:

Exame do desempenho do serviço à luz dos padrões de qualidade e eficiência que deve satisfazer (momento factual);

Juízo sobre a conformidade ou desconformidade desse desempenho (momento avaliativo);

Proposta, de medidas correctivas (momento prescritivo).

#### **4.2 - Finalidade**

A finalidade primordial da acção inspectiva consiste, através da fiscalização da conformidade do desempenho de um serviço com os padrões que deve satisfazer, em obter informação objectiva e fiável sobre o funcionamento do mesmo em ordem a possibilitar aos titulares do controlo administrativo exercerem os poderes de que estão investidos para promoverem a qualidade e eficiência das prestações que o serviço fornece aos cidadãos.

O fim último da acção inspectiva é, pois, promover o incessante melhoramento da



MINISTÉRIO DA SAÚDE



qualidade e eficiência dos serviços e suas prestações aos, utentes e clientes.

Em última análise, portanto, a finalidade da acção inspectiva é a de acrescentar valor ao desempenho dos serviços e, por este meio, melhorar o bem-estar dos seus utentes.

#### **4.3 - Benefícios e custos**

Qualquer acção humana, como é o caso da acção inspectiva, tem benefícios e custos.

No plano dos benefícios, é de assinalar que a verificação independente e objectiva realizada na inspecção produz informação fiável e actualizada que induz transparência na acção administrativa.

E, caso venha a detectar imperfeições no desempenho, permite a tomada de medidas correctivas da qualidade e eficiência, assegurando ao Estado que os serviços e dinheiros públicos são administrados criteriosamente e de harmonia com a lei.

No plano dos custos, há custos directos e indirectos. Aqueles resultam da operação dos serviços de inspecção, estes últimos resultam da necessidade dos serviços aplicarem tempo e recursos (humanos e materiais) a cumprir com os procedimentos de inspecção.



MINISTÉRIO DA SAÚDE



## 5 - OS PROCEDIMENTOS INSPECTIVOS DO NLF, EM GERAL

### 5.1 - Tipos de procedimentos inspectivos

A metodologia de avaliação tem por base a realização de auditorias a efectuar por uma entidade do IDT a reconhecer pelo sistema português da qualidade que emitirá um Certificado de Conformidade.

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

#### **NÍVEL A**      Inspeção de concessão Nível A

Tem por finalidade determinar se a unidade cumpre todos os requisitos obrigatórios estabelecidos para a qualificação de Nível A. Esta inspeção decorre no primeiro ano e nunca antes de seis meses de funcionamento.

#### **NÍVEL B**      Inspeção de concessão de Nível B

Tem por finalidade determinar se a unidade cumpre todos os requisitos obrigatórios estabelecidos para a qualificação de Nível A e B e se tem condições para a atribuição de convenção

#### **NÍVEL C**      Inspeção de concessão de Nível C

Tem por finalidade determinar se a unidade cumpre todos os requisitos obrigatórios estabelecidos para a qualificação de Nível A e B e C e se mantem as condições para lhe ser mantida a convenção de camas



MINISTÉRIO DA SAÚDE



## 5.2 - Princípios e valores fundamentais

A actividade do NLF e seus inspectores, em todas as suas facetas e muito particularmente no desempenho da acção inspectiva, está norteada e permeada por sólidos valores e princípios, fundados na lei, em particular os seguintes:

- Legalidade;
- Prossecução do interesse público;
- Respeito pelos direitos fundamentais dos cidadão ;
- Autonomia técnica;
- Não interferência na actividade operacional dos serviços inspeccionados;
- Objectividade;
- Celeridade.

Para além destes valores e princípios, haverá ainda a considerar os princípios constitucionais e legais que, em geral, disciplinam o exercício da acção administrativa, como sejam os princípios da igualdade, proporcionalidade, justiça, imparcialidade, e boa fé .Assim, a preocupação constante e plena no cumprimento destes princípios no exercício da acção inspectiva é um contributo imprescindível para promover a qualidade do desempenho profissional e reforçar a confiança na acção do NLF.

## 6 - As FASES DO PROCEDIMENTO DE INSPECÇÃO,

### 6.1 - Aspectos gerais

As fases do procedimentos de inspecção a considerar, do ponto de vista estrito do exercício das competências do inspector, são três: planeamento, execução e relato. Anteriormente a tal fase já foi emitida a ordem de serviço e feita a comunicação, sendo



MINISTÉRIO DA SAÚDE



caso, à entidade inspeccionada. Subsequentemente à apresentação do relatório, são cumpridos os trâmites da audiência do interessado e do parecer do NLF, após o que é proferido despacho do Conselho Directivo

## **6.2 - Planeamento da acção**

### **6.2.1 - Objecto, âmbito e finalidades**

Esta fase, logicamente, tem início com a determinação do mandato que o inspector deve cumprir em sede da acção inspectiva. Para tanto deve seleccionar e interpretar, cuidadosamente e de modo integrado, em ordem a definir com clareza qual o objecto, âmbito e finalidades da acção inspectiva, importa relevar que as acções a levar a cabo contêm a indicação do tipo, âmbito e objecto da acção a efectuar, o seu início e termo prováveis, a constituição da equipa, bem como outros elementos que forem julgados pertinentes.

Por outro lado, importa manter sempre presente no espírito é o da diferença funcional e de papéis entre "inspeccionar" e "gerir". O genuíno papel legal do inspector é o de "verificar a conformidade do desempenho" do serviço com certas regras, em ordem a contribuir para aperfeiçoar a qualidade e eficiência do mesmo.

### **6.2.2 - Programação da acção inspectiva**

Determinado o quadro geral da acção inspectiva, cabe agora providenciar de modo a que tal objecto, âmbito e finalidades sejam cumpridos na sua plenitude e dentro do prazo estipulado. Para tanto, cumpre ao inspector determinar com precisão, clareza e de harmonia com o seu melhor juízo profissional, os passos idóneos para consecução desse propósito, nomeadamente:



MINISTÉRIO DA SAÚDE



- O enunciado das questões capitais, de facto e jurídicas, que deverão ser averiguadas e elucidadas;
- A pesquisa e verificação do histórico que exista no NLF sobre a Instituição a ser inspeccionada;
- A selecção e exame dos textos legais e regulamentares que regem o organização e funcionamento do serviço, bem como o estatuto do respectivo pessoal e o organograma do serviço;
- A escolha dos métodos de trabalho, em particular a determinação os indicadores de desempenho, qualitativos e/ou quantitativos, e bem assim da amostragem representativa dos mesmos a adoptar em função das peculiaridades da acção inspectiva em causa;
- A determinação do calendário da acção, de modo a ser cumprido o prazo fixado para a acção.

## 6.3 - Execução da acção inspectiva

### 6.3.1 - Conduta profissional do inspector

Em todo o decurso da execução da acção inspectiva, os inspectores devem pautar o seu comportamento pelos mais exigentes padrões profissionais de isenção, imparcialidade, zelo, correcção, sigilo profissional, autonomia técnica, proporcionalidade e objectividade, em ordem a reforçar o prestígio público e a confiança na acção do NLF. A lei perfilha este entendimento, nomeadamente com a injunção de diversos deveres de conduta profissional, em particular através da despistagem de conflitos de interesse que possam desvirtuar o juízo objectivo e profissional do inspector, como sejam os seguintes:

- Prossecução do interesse público
- Isenção;
- Imparcialidade;



MINISTÉRIO DA SAÚDE



- Zelo;
- Correção;
- Sigilo profissional sendo que especial cuidado é de atribuir à confidencialidade das fontes de informação e à protecção das testemunhas se as houver;
- Autonomia técnica;
- Proporcionalidade;
- Contraditório;
- Garantias de imparcialidade.

Duas metáforas podem ajudar a explicar, sinteticamente, o "carácter" do inspector, quais sejam as figuras do "amigo crítico" e da "distância relacional". A imagem do "amigo crítico" é a que melhor representa o tipo ideal de inspector, nomeadamente na relação com às Instituições inspeccionados e seu pessoal. Dotado de sólidos e actualizados conhecimentos, responsável, de trato irrepreensível e espírito de colaboração leal, activamente empenhado em apreender a "cultura da Instituição", mas sempre objectivo e isento no juízo crítico sobre o desempenho do serviço, em ordem a propor soluções criativas, construtivas e praticáveis para corrigir as deficiências detectadas ou abonar e disseminar as boas práticas e, assim, melhorar a qualidade e eficiência do serviço e suas prestações aos cidadãos. Contudo, há que considerar sempre a "distância relacional" que deve interceder entre o inspector e o inspeccionado, sem a preservação da qual se produz o risco de "captura" daquele por este, a qual é uma das distorções mais típicas e perniciosas dos fenómenos regulatórios.

### **6.3.2 - Poderes funcionais dos inspectores**

Para o bom desempenho das suas funções, os inspectores estão investidos de diversos direitos e poderes funcionais, a usar de acordo com o seu prudente critério, nomeadamente:



MINISTÉRIO DA SAÚDE



- Direito de acesso e livre-trânsito, nos termos da lei, pelo tempo e no horário necessários ao desempenho das suas funções, em todos os serviços e instalações das instituições sujeitas ao exercício das suas atribuições;
- Requisitar para exame, consulta e junção aos autos, livros, documentos, registos, arquivos e outros elementos pertinentes em poder das entidades cuja actividade seja objecto da acção de inspecção;
- Recolher informações sobre as actividades inspeccionadas, proceder a exames a quaisquer vestígios de infracções, bem como a perícias, medições e colheitas de amostras para exame laboratorial;
- Realizar inspecções, com vista à obtenção de elementos probatórios, aos locais onde se desenvolvam actividades sujeitas ao seu âmbito de actuação e passíveis de consubstanciar actividades ilícitas, sem dependência de prévia notificação;
- Promover a apreensão de documentos e objectos de prova em poder das entidades inspeccionadas ou do seu pessoal, quando isso se mostre indispensável à realização da acção;
- Solicitar a colaboração das autoridades policiais, nos casos de recusa de acesso ou obstrução ao exercício da acção de inspecção por parte dos destinatários, para remover tal obstrução e garantir a realização e a segurança dos actos inspectivos;
- Solicitar a adopção de medidas cautelares necessárias e urgentes para assegurar os meios de prova, quando tal resulte necessário, nos termos do Código de Processo Penal;
- Utilizar nos locais inspeccionados, por cedência das respectivas entidades inspeccionadas, instalações em condições de dignidade e de eficácia para o desempenho das suas funções;
- Trocar correspondência, em serviço, com todas as entidades públicas ou privadas sobre assuntos de serviço da sua competência;
- Proceder, por si ou com recurso a autoridade policial ou administrativa, e cumpridas as formalidades legais, às notificações necessárias ao desenvolvimento da acção de inspecção;
- Ser considerado como autoridade pública para os efeitos de protecção criminal



MINISTÉRIO DA SAÚDE



### 6.3.3 - Meios de prova, e sua valoração

Para efeitos de boa instrução dos processos são de obter ou produzir todos os meios de prova admitidos por lei. Os meios de prova podem, nomeadamente, ser dos tipos seguintes:

- **Real:** observação de pessoas, procedimentos, operações, materiais, funcionamento de aplicações informáticas, etc.;
- **Documental:** exame e reprodução de livros, registos, em geral informação documentada em relatórios, doutrina, notícias de órgãos de informação, fotografias, mapas, cartas, estatísticas, etc.;
- **Testemunhal:** depoimentos, entrevistas (com funcionários, detidos, denunciantes, utentes, etc.), questionários; na medida do possível, as diversas modalidades da prova testemunhal devem ser realizadas por uma equipa de dois inspectores;

Os meios de prova coligidos devem ser: completos, de modo a descreverem todos os factos relevantes para o objecto da acção, sejam os conformes ou os desconformes com os bons padrões de desempenho; consistentes com as finalidades da acção inspectivas; de qualidade inquestionável; e suficientes para proporcionarem uma base fiável para extrair conclusões objectivas e prudentes sobre as verificações realizadas.

### 6.4 - Relatório

Relatório, em geral, é uma "exposição escrita, minuciosa e circunstanciada, de um determinado assunto", podendo classificar-se, quanto ao âmbito e finalidade, como preliminar, intercalar, final, global ou parcelar. Tais disposições distinguem na estrutura do relatório basicamente, duas partes: uma descritiva (exposição do objecto, tramitação, verificações e conclusões alcançadas) e outra prescritiva (providências a adoptar).



MINISTÉRIO DA SAÚDE



O relatório deve ser redigido de maneira sintética, clara e sem ambiguidades, conclusiva, em ordem a ser inteligível no seu real sentido e alcance por qualquer dos seus destinatários, efectivos ou meramente potenciais. A sua extensão, estrutura a apresentação devem ser congruentes com o tipo de acção, seus prazos e objectivos, e, bem assim, apelativos, de modo a proporcionarem uma leitura cómoda, rápida, clara e conclusiva.

Na parte descritiva os factos deverão ser inequívocos e as conclusões sólidas, por decorrem somente deles e não já de conjecturas ou meras suposições. Nesta parte o relatório usará, tendencialmente, uma linguagem objectiva, neutral e factual. Na parte prescritiva as recomendações e medidas correctivas propostas devem decorrer logicamente dos factos e das conclusões. E mais devem ser razoáveis, construtivas, praticáveis e com custos e prazos de execução proporcionados. Nesta parte o relatório usará, tendencialmente, linguagem argumentativa, persuasiva, destinada a convencer racionalmente os seus destinatários da realidade das verificações e da conveniência, oportunidade e utilidade das recomendações e medidas correctivas para o melhoramento da qualidade e eficiência dos serviços. Importa recordar que o espírito da acção inspectiva, como vimos, é de "inspeccionar para melhorar", de modo que na parte prescritiva cabem, naturalmente, as propostas de medidas correctivas. Mas cabem, por igualdade de razão, outros tipos de propostas, nomeadamente de medidas de divulgação e de publicidade. Com efeito a inspecção pode e deve identificar, relatar e enaltecer as boas práticas do serviço inspeccionado, que devam ser conhecidas dos dirigentes, trabalhadores e do público em geral, como catalisadores de uma política de qualidade.

## 7 - AUDITORIA

Na bibliografia de referência não é possível encontrar uma definição única e abrangente de



MINISTÉRIO DA SAÚDE



auditoria, sendo as múltiplas fórmulas apresentadas condicionadas pela finalidade específica do tipo de auditoria em questão. Importa, no entanto, fixar um conceito que corresponda às acções mais frequentemente executadas no âmbito da actividade de auditoria do NLF, para o que se adopta a seguinte noção de auditoria: Exame sistemático e objectivo de operações, actividades e sistemas de uma Instituição, relativamente a uma dada matéria, conduzido por pessoa idónea, independente e tecnicamente preparada, realizado com observância de certos princípios, métodos e técnicas geralmente aceites, com vista a possibilitar ao auditor formar uma opinião e emitir um parecer sustentados, sobre a matéria analisada, por comparação com padrões pré-definidos.

### 7.1 - Tipos de auditoria

No desenvolvimento da sua actividade, o NLF poderá realizar auditorias de diversos tipos e naturezas, compreendendo, designadamente:

**Auditoria financeira** - tem como objectivo emitir um parecer sobre as contas e a situação financeira de uma entidade, bem como sobre a regularidade e legalidade das suas operações, designadamente, quanto ao sistema de controlo interno implementado, ao cumprimento das formalidades legalmente exigidas para a autorização, liquidação, pagamento e registo das operações realizadas e ao registo e salvaguarda dos seus activos;

**Auditoria de gestão, ou de resultados** - tem como objectivo a emissão de um parecer fundamentado sobre a gestão de uma determinada entidade, num dado período, com base na avaliação dos resultados em confronto com os objectivos estabelecidos, com aplicação de critérios de economia, eficiência e eficácia. A economia decorre da utilização dos meios menos onerosos, para a realização de uma dada actividade. A eficiência implica uma adequada utilização dos recursos, que em termos comparativos se traduz na obtenção de resultados equivalentes com menos recursos, ou de resultados superiores com aplicação



MINISTÉRIO DA SAÚDE



de idêntico nível de recursos. A eficácia é medida pelo grau de cumprimento dos objectivos fixados.

**Auditoria temática** - tem em vista analisar e emitir uma opinião sobre um sector ou área de actividade em particular, como por exemplo, a formação, podendo, nesse sentido, apresentar um carácter transversal, relativamente a várias entidades com actividade desenvolvida nessa área ou sector, ou por ela abrangidas.

**Auditorias de projectos ou programas** - consiste no acompanhamento e análise da execução de programas e projectos específicos, tendo em vista a detecção de eventuais desvios, podendo abranger vários âmbitos, designadamente, o financeiro e a gestão.

**Auditoria de sistemas** - visa identificar, analisar e avaliar os sistemas implementados numa determinada entidade, designadamente, ao nível da decisão, organização e controlo interno.

## 7.2 - Princípios éticos e deontológicos

A auditoria financeira, talvez por ser reconhecida a sua importância no âmbito da actividade económica, é aquela que tem um corpo de normas e regras técnicas, éticas e deontológicas mais desenvolvido, que constitui não apenas fonte mas também suporte para os quadros enformadores dos outros tipos de auditoria. É também no âmbito da auditoria financeira que se verifica a existência das instituições internacionais mais activas na definição e padronização dessas regras e normas e com maior poder para levar a sua adopção generalizada.

De acordo com as regras internacionalmente adoptadas, a actividade de auditoria no sector público deve ser desenvolvida tendo como referência os seguintes princípios:

**Independência** - Os inspectores devem desenvolver o seu trabalho e formular as suas



MINISTÉRIO DA SAÚDE



conclusões e recomendações com base no seu melhor juízo, livres de quaisquer pressões ou interesses exteriores, tanto em relação à entidade inspeccionada e a quaisquer outros grupos de interesse, como em relação à própria matéria a inspeccionar.

**Integridade** - Os inspectores devem evidenciar um elevado grau de integridade em todos os aspectos do seu trabalho, devendo as suas relações com colegas e entidades externas primar pela honestidade e correcção. A integridade exige ainda que na actividade inspectiva sejam observados, no espírito e na forma, os mais elevados padrões éticos, devendo aquela actividade ser isenta de qualquer suspeita ou reprovação.

**Objectividade** - As conclusões, pareceres e recomendações formuladas devem ser adequadamente suportadas nas evidências elencadas em sede de relatório, com base na informação recolhida, sem serem influenciados por interesses, opiniões ou posições pessoais dos inspectores, nem afectados por quaisquer preconceitos.

**Competência** - Os inspectores devem aplicar na execução dos trabalhos que lhe forem atribuídos todas as suas competências, experiência e conhecimentos, respeitando os parâmetros de rigor e qualidade inerentes à actividade de inspecção, não devendo, por outro lado, ser chamados a desenvolver trabalho para o qual não detenham as necessárias competências, salvo se lhes for proporcionado o apoio técnico adequado a que possam executá-lo competentemente.

**Isenção e imparcialidade** - No desenvolvimento da actividade inspectiva os inspectores agem, em todas as circunstâncias, com isenção e imparcialidade, traduzidas na sua imunidade a qualquer tipo de pressão ou influência ilegítimas e na independência das suas conclusões, recomendações e propostas, relativamente a quaisquer interesses pessoais ou particulares.

**Confidencialidade** - Os inspectores estão sujeitos ao dever de sigilo, estando obrigados a salvaguardar e a não divulgar as informações de que tenham conhecimento por via do seu trabalho, salvo por razões profissionais. As informações confidenciais a que tenham



MINISTÉRIO DA SAÚDE



acesso no âmbito da actividade inspectiva não podem ser utilizadas para beneficio do seu interesse pessoal ou de terceiros.

## **8 - AUDITORIA DISCIPLINAR**

A actuação do NLF, no que à Justiça e Disciplina concerne, abrange todos os serviços directamente dependentes ou tutelados pelo IDT, IP, nos termos consignados na Lei

O presente manual inspectivo do NLF constitui-se, em sentido lato, como um instrumento de trabalho tendente a dotar o corpo inspectivo deste Instituto com as necessárias ferramentas e orientações tendentes à boa execução das acções inspectivas.

É nessa perspectiva que neste manual surge, de forma autonomizada, a presente área dedicada à Justiça e Disciplina, a qual, como já referido, possui características específicas que recomendam tal autonomização, tendo em conta, nomeadamente, a natureza, especificidade e abrangência dos aspectos a relevar nessa área de actuação do NLF.

## **9 - ACTUALIZAÇÃO DO MANUAL**

A actividade inspectiva caracteriza-se, além do mais, pela sua dinâmica, traduzida em constante e rápida mutação. Tal dinâmica advém nomeadamente das mutações legislativas, das modificações das práticas da gestão pública bem como das próprias concepções, métodos de trabalho e práticas de inspecção, para além da diferenciação dos objectivos a prosseguir num determinado momento.



**MINISTÉRIO DA SAÚDE**



Assim sendo, o presente Manual, enquanto instrumento de trabalho integrado num contexto em contínua transformação, deverá ser periodicamente aperfeiçoado, adaptado e actualizado para estar à altura da missão do NLF como "inspecção de alto nível", garante do interesse público.



**MINISTÉRIO DA SAÚDE**





MINISTÉRIO DA SAÚDE



DEPARTAMENTO DE TRATAMENTO E REINserÇÃO

# Regulamento das acções inspectivas e de fiscalização#

NUCLEO DE LICENCIAMENTO E FISCALIZAÇÃO #



MINISTÉRIO DA SAÚDE



O Núcleo de Licenciamento e Fiscalização (NLF) tem a competência legal de realizar inspecções ordinárias e extraordinárias, acções de fiscalização e averiguações, além das sindicâncias, e inquéritos que, nos termos da lei, lhe sejam determinados.

O âmbito de actuação do NLF é extenso e compreende serviços e instituições cujas realidades orgânicas e culturas internas se desenvolvam em todas as unidades privadas, com ou sem fins lucrativos, independentemente da designação ou forma jurídica adoptadas, adiante designadas por unidades, que actuem na área da toxicoddependência e que se dediquem ao tratamento, reabilitação ou recuperação de toxicoddependentes. Importa, por isso, concentrar num único instrumento regulamentar as normas de procedimento das inspecções e fiscalizações, que uniformize os processos e melhore o desempenho da unidade, dando a todos os intervenientes, inspectores e inspeccionados e/ou fiscalizados a indispensável certeza jurídica.

A prática conduzirá ao aperfeiçoamento das normas deste Regulamento.

## **Regulamento das Acções Inspectivas e de Fiscalização**

### Artigo 1.º

#### **Das queixas, denúncias, participações, reclamações e exposições**

1- As queixas, denúncias, participações, reclamações e exposições dirigidas ao IDT. IP são liminarmente arquivadas se os seus autores não estiverem perfeitamente identificados ou se as mesmas carecerem manifestamente de fundamento.

2 - Se, porém, tais papéis contiverem referencia a actos de natureza criminosa, o seu



MINISTÉRIO DA SAÚDE



conteúdo e obrigatoriamente transmitido ao Ministério no Publico ou à Policia Judiciaria Militar.

3 - O resultado da apreciação liminar das queixas, denúncias, participações, reclamações ou exposições será notificado aos respectivos autores, bem como às entidades directamente interessadas.

## Artigo 2.º

### **Deferimento da competência instrutória**

Sempre que da acção ou omissão de agentes e demais serviços abrangidos pela actuação do NLF resultar para alguém a violação de bens pessoais, designadamente a morte ou ofensas corporais graves, ou existirem indícios de grave abuso de autoridade ou lesão de valores patrimoniais, devem os técnicos que procedam à fiscalização dar imediata noticia dos factos, às forças da autoridade e aguardar decisão quanto a instrução dos processos de natureza disciplinar.

## Artigo 3.º

### **Das acções**

1- Compete ao Responsável pela Unidade de Licenciamento e Fiscalização determinar as inspecções ordinárias, de acordo com o plano superiormente aprovado, as acções de fiscalização e a instauração dos processos de averiguações que julgue necessários, bem como propor as acções a que se refere o n.º 3.

2- As inspecções podem ser gerais, sectoriais ou temáticas e são realizadas de acordo com o plano anual de actividades ou quando forem determinadas pelo Ministro da Administração Interna.

3- Compete ao Director do Departamento de Tratamento e Reinserção determinar as inspecções extraordinárias, as sindicâncias, os inquéritos e os processos Contra-Ordenacionais.



MINISTÉRIO DA SAÚDE



## Artigo 4.º

### **Orientações Técnicas**

1- As acções a levar a cabo pelo NLF são instauradas com base em despacho do Conselho Directivo ou numa ordem de serviço do Director do Departamento.

2- As orientações técnicas contem a indicação do tipo, âmbito e objecto da acção a efectuar, o seu inicio, a constituição da equipa, bem como outros elementos que forem julgados pertinentes.

3- As orientações técnicas são numeradas sequencialmente e são datadas e assinadas pelo Director do Departamento ou pelo seu substituto legal.

4- O original da ordem de serviço é entregue ao inspector que chefiar a equipa, ficando uma cópia da mesma no respectivo processo e outra em arquivo.

## Artigo 5.º

### **Comunicação das acções**

1 - A decisão de proceder a uma acção de inspecção é comunicada a entidade visada, sendo - lhe dado conhecimento do teor do respectivo despacho ou ordem de serviço.

2 - Excepcionalmente, quando tal for julgado conveniente, as inspecções ordinárias podem, ser realizadas sem previa comunicação a entidade visada.

3 - As acções de fiscalização são sempre realizadas sem aviso prévio.

4 - A entidade inspeccionada ou fiscalizada providenciará todo apoio necessário à equipa de inspecção para o desempenho das suas funções.

## Artigo 6.º

### **Contagem dos prazos**

A contagem dos prazos nas acções levadas a cabo pelo NLF faz-se nos termos dos artigos 71.º e seguintes do Código do Procedimento Administrativo.



MINISTÉRIO DA SAÚDE



## Artigo 7.º

### **Organização dos processos**

1- Os processos correspondentes as acções levadas ao cabo pela NLF iniciam-se com a autuação do despacho do Conselho Directivo ou da ordem de serviço que as ordene acompanhado do respectivo anexo documental, se o houver.

2- O processo é organizado por volumes, cujas folhas são numeradas e contêm a rubrica do inspector que chefia a equipa.

3- As capas dos processos são de modelo próprio de uso exclusivo do NLF.

## Artigo 8.º

### **Poderes dos inspectores**

1- No exercício das suas funções, os inspectores têm livre acesso a todos os serviços, instalações, estabelecimentos e locais onde se exerçam actividades sujeitas à actividade inspectiva e fiscalizadora do NLF.

2- Sem prejuízo do disposto no número anterior, o acesso dos inspectores as instalações e a circulação pelos locais onde as instituições exerçam a sua actividade são feitos mediante prévia apresentação pessoal ao mais alto responsável que, no momento da diligencia, ai se encontre, e comunicação, logo que possível, ao dirigente máximo da Instituição.

3- Os inspectores do NLF levantam os componentes autos de noticia pelas infracções que verifiquem pessoalmente, dando disso conhecimento ao Director de Departamento e ao dirigente máximo da Instituição.

4- Os inspectores do NLF, no âmbito da realização de uma qualquer acção a que se refere o presente Regulamento, podem examinar, consultar e extrair fotocópias de livros, registos, arquivos e documentos da entidade visada pela acção, sem prejuízo do disposto na lei bem assim, solicitar as informações, esclarecimentos e demais elementos necessários directamente a quem os deva fornecer.

5- Os inspectores devem realizar todas as diligencias necessárias à verificação dos factos, solicitando, designadamente às diversas entidades publicas, os elementos



MINISTÉRIO DA SAÚDE



probatórios pertinentes.

## Artigo 9.<sup>0</sup>

### **Condução das acções**

As acções do NLF são levadas a cabo com celeridade e por forma causar a menor perturbação possível na Instituição visada.

## Artigo 10.<sup>0</sup>

### **Relatório das acções**

1- Finda a acção, a equipa elabora o relatório final no prazo superiormente determinado que deverá conter:

- a) A identificação do objecto da acção;
- b) A referência expressa ao despacho ou a ordem de serviço que a determina, com transcrição de conteúdo dispositivo;
- c) A indicação sumária das diligências realizadas.
- d) A narração, de forma sintética, dos factos apurados;
- e) A indicação das disposições legais aplicáveis;
- f) A identificação dos responsáveis pelas ilegalidades detectadas;
- g) As conclusões de facto e de direito;
- h) A enumeração das medidas necessárias para a reposição da legalidade;
- i) A proposta de procedimentos e medidas a adoptar, se for julgado necessário.

2 - Sempre que o objecto da acção implique averiguações distintas, e sem prejuízo da eficácia das medidas a adoptar, podem ser elaborados relatórios parcelares.

3 - Em caso de urgência podem ser elaborados relatórios intercalares., cujo conteúdo será sempre mencionado no relatório final.

4 - Os relatórios das acções de fiscalização obedecem a modelo aprovado pelo Conselho Directivo.



MINISTÉRIO DA SAÚDE



## Artigo 11.º

### **Princípio da audiência**

1- Os relatórios das acções inspectivas são remetidos por fotocópia ao dirigente máximo da instituição inspeccionada para que este, no prazo de 10 dias, diga o que se lhe oferecer sobre o seu teor.

2- É aplicável às acções do NLF o disposto no artigo 103.º do Código do Procedimento Administrativo.

## Artigo 12.º

### **Parecer e decisão final**

Apresentada a resposta da entidade inspeccionada ou decorrido o prazo para a sua apresentação, e não havendo diligencias complementares a realizar é emitido parecer final pelo Director do Departamento de Tratamento e Reinserção ou seu substituto legal, sendo o processo submetido, de imediato, a despacho do Conselho Directivo.

## Artigo 13.º

### **Comunicação do resultado das acções**

Sem prejuízo do disposto na lei, o resultado final das acções é comunicado à entidade visada, ao queixoso, denunciante, participante, reclamante ou expoente e aos particulares interessados se os houver.

## Artigo 14.º

### **Cumprimento do despacho final**

1- A Instituição visada pela acção do NLF deve informar esta, no prazo de dois meses, se outro não tiver sido fixado no despacho do Conselho Directivo, sobre o cumprimento



**MINISTÉRIO DA SAÚDE**



das determinações neste contidas ou das razões de força maior que tenham obstado ao seu integral cumprimento.

2- As dúvidas surgidas quanto á forma de dar execução às determinações contidas no despacho do Conselho Directivo devem ser colocadas ao NLF, competindo a este prestar os esclarecimentos que forem necessários e propor superiormente a prolação dos despachos de desenvolvimento que se mostrem necessários à reposição da legalidade.



MINISTÉRIO DA SAÚDE



DEPARTAMENTO DE TRATAMENTO E REINserÇÃO#

# Relatório operacional de Vistoria / Inspeção#

NUCLEO DE LICENCIAMENTO E FISCALIZAÇÃO #



**MINISTÉRIO DA SAÚDE**





MINISTÉRIO DA SAÚDE



N.º \_\_\_\_\_ / Vist. / Inspçª. / \_\_, \_\_ / \_\_ /20\_\_

## RELATÓRIO DE

<b>VISTORIA</b> (Riscar se não interessa)	<b>INSPECÇÃO</b> (Riscar se não interessa)
--	---

## UNIDADES PRIVADAS DE SAÚDE

## ACTUANTES NA ÁREA DA TOXICODPENDÊNCIA



MINISTÉRIO DA SAÚDE



Vistoria

Inspecção

Unidades Privadas de Saúde (UPS) área da toxicoddependência

(riscar o que não interessa)

## 1. IDENTIFICAÇÃO

Requerente: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Designação da UPS: \_\_\_\_\_

Localização da UPS \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_



MINISTÉRIO DA SAÚDE



## 2. CARACTERIZAÇÃO DO TIPO DE CUIDADOS PRESTADOS

- Clínica de Desabilitação
- Comunidade Terapêutica
- Centro de Dia
- Centro de Consultas

## 3. INSTALAÇÃO DO EDIFÍCIO (assinalar o que se aplica)

- Exclusivamente destinado à UPS 

sim	não
-----	-----
- Parcialmente destinado à UPS 

sim	não
-----	-----
- Com instalações totalmente independentes 

sim	não
-----	-----
- Com acessos privativos 

sim	não
-----	-----
- Com circulação privativa 

sim	não
-----	-----
- Número de pisos destinados à UPS
- Localização dos pisos

## 4. ACESSOS E CIRCULAÇÃO (assinalar o que se aplica)

Existem acessos separados para:



MINISTÉRIO DA SAÚDE



Doentes	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> Prejud.
Público	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> Prejud.
Serviço	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> Prejud.
As ambulâncias têm circulação fácil?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> Prejud.
Param em local protegido das intempéries?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> Prejud.
Param fora da via pública?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> Prejud.
As macas têm fácil circulação e manobra?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> Prejud.
Os corredores destinados a circulação de camas e macas têm largura mínima de 1.40 m.	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> Prejud.
Existe uma escada principal, de utilização comum, e pelo menos uma de serviço interno da UPS?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> Prejud.
A escada de serviço com largura mínima de 1,40m	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> Prejud.
As portas dos quartos com largura de 0.90 m e basculantes?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> Prejud.
Os elevadores têm 2,40 x 1,40 x 2,10m com porta automática e célula fotoelétrica?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> Prejud.
Existem barreiras arquitectónicas na UPS?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> Prejud.
Se sim, são de fácil resolução?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> Prejud.

## 5. CONDIÇÕES DE SEGURANÇA (assinalar o que se aplica)

Iluminação de emergência?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
---------------------------	------------------------------	------------------------------



MINISTÉRIO DA SAÚDE



Sinalização de emergência?

sim

não

Instalação eléctrica adequada

sim

não

Equipamento contra incêndios?

sim

não

Desimpedimento de circulações e acessos?

sim

não

Portas de saída efectivas?

sim

não

## 6. PAREDES TECTOS E PAVIMENTOS (assinalar o que se aplica)

As paredes e os tectos são de cores claras?

sim

não

Superfícies facilmente laváveis sem degradação prematura?

sim

não

Os pavimentos são anti-derrapantes?

sim

não

Facilmente laváveis sem degradação prematura?

sim

não

## 7. INSTALAÇÕES SANITÁRIAS, CHUVEIROS E VESTIÁRIOS

(assinalar o que se aplica)

As instalações sanitárias, quando não privativas de gabinete ou quarto, estão separadas por sexos?

sim

não

Instalações sanitárias por cada 5 utentes

sim

não

Instalações sanitárias para deficientes

sim

não



MINISTÉRIO DA SAÚDE



A ventilação das instalações é natural ou forçada?

sim	não
sim	não

Os vestiários separadas por sexos e armários individuais?

Os pavimentos são revestidos de material liso, resistente, anti-derrapante impermeável, com inclinação e ralos de escoamento?

sim	não
-----	-----

As paredes são lisas, facilmente laváveis e revestidas de material impermeável no mínimo até 1,50m?

sim	não
-----	-----

O equipamento das instalações sanitárias é adequado

sim	não
-----	-----

Águas canalizadas (fria e quente) e rede de esgotos?

sim	não
-----	-----

## 8. SANEAMENTO BÁSICO (assinalar o que se aplica)

Origem da água de consumo:

Rede de abastecimento público

sim	não
-----	-----

Outra (especifique)

---

Existem depósitos de água para consumo de recurso na UPS'

sim	não
-----	-----

Se sim, existe programa de controlo sanitário?

sim	não
-----	-----

Sistemas de tratamento de água privativos ou próprios na UPS?

sim	não
-----	-----

Se sim, quais?

---

O destino das águas residuais é:

Rede de colectores municipais

sim	não
-----	-----



MINISTÉRIO DA SAÚDE



Outra (especifique)

---

- Existe pré-tratamento de águas residuais gordurosas e quentes?  sim  não
- É necessário pré-tratamento de desinfecção?  sim  não
- Se sim, ele existe e funciona?  sim  não
- Estão definidas normas especiais de descarga?  sim  não
- Se sim, existe programa de controlo sanitário?  sim  não

## 9. RESÍDUOS HOSPITALARES PERIGOSOS (assinalar o que se aplica)

Não Aplicável

- Possui local de armazenagem?  sim  não
- A UPS possui sistema de tratamento privativo de resíduos perigosos?  sim  não
- Qual: \_\_\_\_\_
- A UPS adquire serviços para o tratamento dos resíduos hospitalares?  sim  não
- Se sim, qual a firma? \_\_\_\_\_
- Documento comprovativo do contrato?  sim  não
- Factura comprovativa?  sim  não

## 10. SERVIÇO DE SAÚDE (assinalar o que se aplica)



MINISTÉRIO DA SAÚDE



Existem instalações privativas para o serviço de saúde?

sim

não

Estão dotadas com o equipamento mínimo?

sim

não

## 11. CONSULTAS EXTERNAS (assinalar o que se aplica)

Os gabinetes têm uma área 9 m<sup>2</sup> com uma largura mínima de 2,60m?

sim

não

Existe(m) sala (s) de espera(s)?

sim

não

Instalações sanitárias separadas por sexos?

sim

não

Instalações sanitárias adaptadas para deficientes

sim

não

Sala de observação/tratamento, área de 12 m<sup>2</sup> e largura de 3 m?

sim

não

## 12. SERVIÇO DE ALIMENTAÇÃO (assinalar o que se aplica)

### UPS com confecções de alimentos

sim

não

Área de armazenamento adequada

sim

não

Prejud.

Câmaras frigoríficas para carne, peixe e outros

sim

não

Prejud.

Cozinha com circuitos de zonas limpas e zonas sujas

sim

não

Prejud.

Fogão a gás (industrial) de 4 bocas, grelhadora e forno

sim

não

Prejud.

Máquina de lavar louça com desinfecção térmica?

sim

não

Prejud.

Apanha fumos

sim

não

Prejud.

Filtros em boas condições?

sim

não

Prejud.



MINISTÉRIO DA SAÚDE



Electrocutor de insectos

sim

não

Prejud.

Infra-estruturas para instalação das máquinas

sim

não

Prejud.

### UPS sem confecção de alimentos

sim

não

Área de armazenamento adequada

sim

não

Prejud.

Frigorífico 300 l com congelador independente

sim

não

Prejud.

Cozinha com circuito de zona limpa e zona suja

sim

não

Prejud.

Equipamento de cozinha mínimo

sim

não

Prejud.

Fogão a gás de quatro bocas e forno?

sim

não

Prejud.

Placa eléctrica de aquecimento?

sim

não

Prejud.

Forno microondas?

sim

não

Prejud.

Electrocutor de insectos?

sim

não

Prejud.

Exaustor de cheiros

sim

não

Prejud.

Filtros?

sim

não

Prejud.

Máquina de lavar louça com programa de desinfecção

sim

não

Prejud.

Contrato de prestação de serviços de alimentação

sim

não

Prejud.

Se sim, qual a firma? \_\_\_\_\_

Documento comprovativo do contrato?

sim

não

Prejud.

Factura comprovativa correspondente ao mês anterior?

sim

não

Prejud.



MINISTÉRIO DA SAÚDE



### 13. REFEITÓRIO (assinalar o que se aplica)

Localização adequada	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
Área adequada	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
Mobiliário adequado e de fácil higiene	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
Iluminação e ventilação naturais e adequadas	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
Instalações sanitárias de apoio	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não

### 14. SERVIÇO DE LAVANDARIA (assinalar o que se aplica)

<b>UPS com lavagem e engomagem de roupas</b>	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	
Zona autónoma e adequada para roupas limpas	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> Prejud.
Zona autónoma e adequada para roupas sujas	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> Prejud.
Secador	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> Prejud.
Ferro de engomar (industrial) a vapor	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> Prejud.
Calandra	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> Prejud.
Tábua de engomar (industrial)	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> Prejud.
Máquina de lavar roupa com programa de desinfeção	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> Prejud.
<b>UPS sem lavagem e engomagem</b>	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	



MINISTÉRIO DA SAÚDE



Máquina de lavar roupa (doméstica)

sim  não  Prejud.

Ferro de engomar a vapor

sim  não  Prejud.

Tábua de engomar

sim  não  Prejud.

Contrato de prestação de serviços de lavandaria

sim  não  Prejud.

Se sim, qual a firma? \_\_\_\_\_

Documento comprovativo do contrato?

sim  não  Prejud.

Factura comprovativa?

sim  não  Prejud.

## 15. SERVIÇO DE FARMÁCIA (assinalar o que se aplica)

Existem instalações próprias e adequadas?

sim  não

Instalações permitem conservação e inspecção dos medicamentos?

sim  não

Caixa de primeiros socorros em local acessível?

sim  não

## 16. FUNCIONAMENTO: (assinalar o que se aplica)

Adequada formação dos técnicos:

sim  não  Verifica

Presença permanente de técnicos:

sim  não  Verifica

Presença efectiva de médico de clínica geral:

sim  não  Verifica

Consultoria efectiva de psiquiatria:

sim  não  Verifica









MINISTÉRIO DA SAÚDE



---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**19. CONCLUSÃO DA VISTORIA / INSPECÇÃO**  
(Riscar se não interessa)

A UPS **possui os requisitos necessários** e suficientes ao fim a que se destina, podendo ser concedido o respectivo licenciamento para uma capacidade de \_\_\_\_\_ **utentes**.

A UPS **possui os requisitos necessários mas não suficientes** ao fim a que se destina, podendo ser concedido a respectiva autorização provisória de funcionamento para uma capacidade de \_\_\_\_\_ **utentes** devendo proceder às seguintes alterações:

---

---

---

---



MINISTÉRIO DA SAÚDE



A UPS **não possui os requisitos necessários e suficientes** ao fim a que se destina pelo que deverá **permanecer / ser encerrada de imediato**, (Riscar o que não interessa) designadamente por:

---

---

---

---

A próxima vistoria / inspeção realizar-se-á dentro de \_\_\_\_\_ dias.

**20. SUBSCREVEM A VISTORIA / INSPECÇÃO:**



**MINISTÉRIO DA SAÚDE**



**Lisboa, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_**



**MINISTÉRIO DA SAÚDE**





MINISTÉRIO DA SAÚDE



DEPARTAMENTO DE TRATAMENTO E REINserÇÃO #

# MODELO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE NAS UNIDADES DE INTERNAMENTO NA ÁREA DA TOXICODPENDÊNCIA:

NUCLEO DE LICENCIAMENTO E FISCALIZAÇÃO #



MINISTÉRIO DA SAÚDE



**MODELO PARA AVALIAÇÃO DAS UNIDADES DE  
INTERNAMENTO QUE ACTUEM NA ÁREA DA  
TOXICODEPENDENCIA E QUE SE DEDIQUEM AO  
TRATAMENTO, REABILITAÇÃO OU RECUPERAÇÃO  
DE TOXICODEPENDENTES COM VISTA AO SEU  
LICENCIAMENTO**



MINISTÉRIO DA SAÚDE



## 1 – METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO

### Níveis de qualificação

Para a implementação deste modelo de avaliação será considerado um prazo máximo a definir de acordo com o modelo de intervenção que venha a ser proposto pelo grupo de trabalho a designar pelo Conselho de Administração para a criação da **PROPOSTA DE MODELO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DAS UNIDADES DE INTERNAMENTO ACTUANTES NA ÁREA DA TOXICODPENDENCIA.**

Para permitir às unidades uma implementação gradual do modelo propõe-se o estabelecimento de três níveis de qualificação que correspondem a três níveis de exigência relativamente ao cumprimento dos requisitos.

**Qualificação nível A** – A unidade deverá cumprir obrigatoriamente com os requisitos estabelecidos para este nível assinalados no modelo na coluna “Nível” com A.

**Qualificação nível B** – A unidade deverá obrigatoriamente cumprir com os requisitos estabelecidos para os níveis A e B assinalados no modelo na coluna “Nível” com A e B.

**Qualificação nível C** – A unidade deverá obrigatoriamente cumprir com os requisitos estabelecidos para este nível assinalados no modelo na coluna “Nível” com A, B e C (corresponde ao cumprimento de todos os requisitos do modelo.

### Inspeções e Certificado de Conformidade

A metodologia de avaliação tem por base a realização de auditorias a efectuar por uma entidade do IDT a reconhecer pelo sistema português da qualidade que emitirá um Certificado de Conformidade.

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



MINISTÉRIO DA SAÚDE



**NÍVEL A** Inspeção de concessão Nível A

Tem por finalidade determinar se a unidade cumpre todos os requisitos obrigatórios estabelecidos para a qualificação de Nível A. Esta inspeção decorre no primeiro ano e nunca antes de seis meses de funcionamento.

**NÍVEL B** Inspeção de concessão de Nível B

Tem por finalidade determinar se a unidade cumpre todos os requisitos obrigatórios estabelecidos para a qualificação de Nível A e B e se tem condições para a atribuição de convenção

**NÍVEL C** Inspeção de concessão de Nível C

Tem por finalidade determinar se a unidade cumpre todos os requisitos obrigatórios estabelecidos para a qualificação de Nível A e B e C e se mantem as condições para lhe ser mantida a convenção de camas

***Inspeção de Renovação***

Corresponde à inspeção a efectuar após a extinção da validade do Certificado de Conformidade de qualquer dos níveis. Tem como objectivo confirmar que a unidade mantém adequado e cumpre todos os requisitos estabelecidos no modelo em vigor.



MINISTÉRIO DA SAÚDE



### ***Inspeção de Acompanhamento***

Corresponde às Inspeções de Manutenção do Certificado de Conformidade a realizar dentro do prazo de validade regulamentar. Tem como objectivo confirmar que a unidade mantém adequado e contínua a cumprir todos os requisitos estabelecidos no modelo em vigor.

Esta inspeção de acompanhamento não implica a verificação da totalidade dos requisitos e terá uma duração inferior à Inspeção de Concessão/Renovação.

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

### ***Inspeções de Seguimento***

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

### ***Inspeções Extraordinárias***

Correspondem às Inspeções a efectuar na sequência de reclamações, participações ou de alterações significativas na propriedade, estrutura, organização e tipos de serviços a disponibilizar pela unidade.

### **Metodologia de Avaliação**

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

**Total** Cumprimento integral dos requisitos do critério comprovado por evidência objectiva

**Parcial** Cumprimento parcial dos requisitos do critério comprovado por evidência objectiva



MINISTÉRIO DA SAÚDE



**Não** Incumprimento total dos requisitos do critério

**Não Aplicável.** Consideração de Não Aplicável a uma situação concreta, acompanhado de justificação fundamentada por critério.

### **Relatório da Inspeção**

A inspeção culmina com a elaboração do relatório de inspeção e a realização da reunião final com representantes da unidade, durante a qual o inspector deve transmitir as principais constatações, louvores e recomendações. Deve ser deixada cópia do relatório da Inspeção na unidade.

Do relatório de Inspeção deve constar obrigatoriamente informação acerca da entidade inspeccionada, equipa inspectora, resumo da inspeção e critérios inspeccionados, bem como a não conformidade/observações constatadas.

A unidade deverá elaborar, num prazo estabelecido, um plano de acções correctivas de onde constará o conjunto das acções a desenvolver para superação das não conformidades/observações identificadas no relatório de inspeção, bem como a responsabilidade pela sua implementação e prazos de execução.



MINISTÉRIO DA SAÚDE



## 2 – CRITÉRIOS DO MODELO DE AVALIAÇÃO

### CRITÉRIO 1| Liderança e estratégia

	CUMPRIMENTO				NÍVEL
	Total	Parcial	Não	Não Aplic.	
1. Estão definidas as declarações de missão, visão, valores e política de qualidade da unidade					A
2. A missão, visão, valores e política de qualidade da unidade são: a. Escritas em linguagem simples e clara, que os utilizadores entendam b. Expostas em lugar visível dentro da unidade					A A
3. As declarações de missão, visão, valores e política de qualidade, estão disponíveis: a. Aos utilizadores e público em geral b. Aos colaboradores c. Aos parceiros e outras entidades					A C A
4. Existe um documento de orientação e estratégia para a unidade					A
5. O documento de orientação estratégica: a. Identifica os fins e objectivos da unidade b. É elaborado com a colaboração do pessoal c. É elaborado com a consulta dos parceiros principais d. Está de acordo com as prioridades e planeamento do Ministério da Saúde e. Está disponível a todos os colaboradores f. Está disponível a todos os parceiros					A B C  A A C



MINISTÉRIO DA SAÚDE



6. Existe um plano de acção anual para a unidade					<b>A</b>
7. O plano de acção: a. Estabelece programas para alcançar os objectivos da unidade  b. Baseia-se e demonstra com precisão a situação financeira da unidade  c. Está disponível a todos os colaboradores					<b>A</b>  <b>A</b>  <b>A</b>
8. Os parceiros principais são consultados no processo de elaboração do plano de acção					<b>C</b>
9. Existe um organograma para a unidade					<b>A</b>
10. O organograma é revisto: a. Anualmente  b. Quando ocorrem alterações de pessoal  c. Quando a unidade sofre alterações estruturais					<b>B</b>  <b>A</b>  <b>A</b>
11. Existe um plano de qualidade em ligação com os objectivos do plano de acção					<b>A</b>
12. O plano de qualidade identifica área de melhoria ou de intervenção					<b>B</b>
13. O plano de qualidade é revisto periodicamente pela gestão da unidade com base na análise da informação recolhida das: a. Reclamações e queixas  b. Orientações estratégicas e recomendações  c. Relatórios de auditoria interna  d. Relatórios de satisfação dos utilizadores e colaboradores  e. Resultados obtidos na prestação dos cuidados  f. Sugestões					<b>A</b>  <b>A</b>  <b>B</b>  <b>C</b>  <b>B</b>  <b>C</b>



MINISTÉRIO DA SAÚDE



14. O plano de qualidade está disponível: 15.					
a. Aos utilizadores e público em geral					<b>A</b>
b. Aos colaboradores					<b>C</b>
c. Aos parceiros e outras entidades					<b>A</b>



MINISTÉRIO DA SAÚDE



## CRITÉRIO 2 | Pessoas

	CUMPRIMENTO				NÍVEL
	Total	Parcial	Não	Não Aplic.	
1. Estão definidas as funções e responsabilidades de cada colaborador, incluindo as substituições em caso de ausência ou de impedimento					A
2. Existe procedimento que define como são asseguradas as funções e responsabilidades em caso de ausência ou de impedimento					A
3. Estão definidos os perfis de cada grupo profissional incluindo voluntários					A
4. Estão definidos métodos e técnicas de recrutamento e de selecção					A
5. O pessoal clínico está registado nos organismos apropriados (Ordens) e existe evidência do registo					A
6. Todo o pessoal temporário e/ou substituição possui as qualificações necessárias, verificadas antes do início de funções					A
7. Todo o pessoal contratado (mesmo o temporário e/ou de substituição) completa programa de integração					A
8. Existe um manual de integração e está definida a sua metodologia					B
9. São definidos os objectivos de desempenho quer individuais quer de equipa, em articulação com todas as partes interessadas					B
10. Está definida, é conhecido e aceite pelos colaboradores a metodologia de desenvolvimento profissional e de avaliação de desempenho dos mesmos					B



MINISTÉRIO DA SAÚDE



11. A metodologia de avaliação de desempenho prevê um sistema de reconhecimento dos colaboradores quando aplicável					<b>B</b>
12. É feita a identificação das necessidades e é elaborado um plano de formação					<b>C</b>
13. Todo o pessoal em contacto directo com o doente é treinado em técnicas básicas de reanimação e recebe anualmente formação actualizada, sendo registada a sua participação nas acções de formação					<b>A</b>
14. Todo o pessoal recebe formação/actualização em áreas relevantes para o serviço sendo registada a sua participação nas acções de formação  <i>Orientação inclui por ex.</i>  <i>Controle de infecção</i>  <i>Higiene, saúde e segurança</i>  <i>Lidar com violência física e verbal</i>  <i>Controle de substâncias perigosas para a saúde</i>  <i>Apoio no luto</i>  <i>Direitos dos doentes</i>  <i>Técnicas de comunicação</i>  <i>Confidencialidade e acesso aos registos do utente</i>					<b>A</b>
15. Existe evidência de que a unidade promove a iniciativa e a participação dos colaboradores em actividades de melhoria contínua					<b>C</b>
16. Está definida uma metodologia de avaliação da satisfação dos colaboradores que estabelece uma periodicidade mínima anual, método de avaliação de questionários de recolha de informação e análise e tratamento dos dados recolhidos					<b>C</b>



MINISTÉRIO DA SAÚDE



### CRITÉRIO 3 | Parcerias e Recursos

#### 3.1 Gestão de Parcerias Externas

	CUMPRIMENTO				NÍVEL
	Total	Parcial	Não	Não Aplic.	
1. Está definida uma metodologia para estabelecimento de parcerias de acordo com as necessidades					<b>A</b>
2. São estabelecidos protocolos com cada um dos parceiros com a definição da respectiva intervenção					<b>A</b>
3. Existe informação actualizada sobre programas e respostas públicas e privadas, a nível local, no âmbito da inserção social e profissional?					<b>B</b>
4. Está definida a metodologia da participação dos parceiros no diagnóstico das necessidades do utente					<b>B</b>
5. Está definida a colaboração dos parceiros na elaboração, execução e avaliação do plano de cuidados					<b>C</b>
6. É realizada a avaliação periódica da participação dos parceiros, tendo por base os protocolos estabelecidos					<b>C</b>
7. Encontram-se definidos indicadores para a avaliação da satisfação dos parceiros					<b>C</b>
8. São elaborados relatórios periódicos da intervenção dos parceiros na concretização dos objectivos estabelecidos					<b>C</b>



MINISTÉRIO DA SAÚDE



### CRITÉRIO 3 | Parcerias e Recursos

#### 3.2 Gestão de Recursos Financeiros

	CUMPRIMENTO				NÍVEL
	Total	Parcial	Não	Não Aplic.	
1. Existe orçamento financeiro aprovado anualmente de acordo com o plano de acção e orientação estratégica					A
2. É elaborado periodicamente um relatório financeiro que inclua a situação financeira actual, a previsão no final do ano, um balanço e a previsão de cash-flow					A
3. Existe registo actualizado da situação fiscal e obrigações sociais ao Estado (IRC/IVA/Segurança Social)					A
4. Existem procedimentos documentados e actuais de todas as funções financeiras e contabilísticas					A
5. Estes procedimentos são revistos anualmente					B
6. Existe sistema para gestão de contas para devedores e credores que inclua a emissão periódica e actualizada de facturas, a análise dos prazos de cobrança, procedimentos para recuperação de créditos e revisão de créditos de cobrança duvidosa semestral					A
7. Existe um sistema de contabilidade padrão					A



MINISTÉRIO DA SAÚDE



### CRITÉRIO 3 | Parcerias e Recursos

#### 3.3 Gestão da Informação

3.3.1 Informação e comunicação com o utilizador	CUMPRIMENTO				NÍVEL
	Total	Parcial	Não	Não Aplic.	
1. Estão identificadas e implementadas as formas de comunicação com o utente em todas as fases da prestação de cuidados					<b>A</b>
2. Existe informação disponível para o utente e/ou seu representante legal <ul style="list-style-type: none"><li>• Forma de acesso à unidade</li><li>• Critérios de admissão e alta</li><li>• Metodologias de avaliação das necessidades</li><li>• Metodologia para a elaboração do Plano Individual de Inserção</li><li>• Metodologia para elaboração do plano individual do tratamento</li><li>• Serviços e cuidados a prestar</li><li>• Procedimento de reclamações</li></ul>					<b>A</b>
3. Estão disponíveis em local bem visível, de acordo com a legislação aplicável <ul style="list-style-type: none"><li>• Alvará ou licença de funcionamento</li><li>• Mapa de pessoal e respectivos horários</li><li>• Nome do director técnico/clínico da unidade</li><li>• Horário de funcionamento da unidade</li><li>• Regulamento interno</li><li>• Plano de actividades dos utentes</li><li>• Livro de reclamações</li><li>• Mapa das ementas, quando aplicável</li></ul>					<b>A</b>



MINISTÉRIO DA SAÚDE



• Regulamento de visitas					
4. Existe um programa de acolhimento para o utente					A
5. É dado a conhecer as regras de funcionamento da unidade, bem como os deveres e direitos das partes					A
6. É promovida a participação dos familiares nos programas de acolhimento e terapêutico					B
7. Na avaliação das necessidades, na elaboração do plano individual de tratamento e terapêutico são considerados: <ul style="list-style-type: none"><li>• Origem étnica</li><li>• Primeira língua sempre que não seja o português</li><li>• Religião</li><li>• Sexo</li><li>• Idade</li><li>• Necessidades especiais</li></ul>					A
8. É assegurada a privacidade e dignidade considerados nos contactos com o utente					A
9. É assegurada a avaliação inicial das necessidades/ /dificuldades específicas na comunicação com o utente					A
10. É assegurada a confidencialidade de todas as informações fornecidas pelo utente					A
11. É dado conhecimento e previamente acordado com o utente o fornecimento de informações confidenciais a colaboradores ou parceiros da unidade					A
12. Existe um procedimento documentado que estabeleça as acções a implementar em caso de quebra de confidencialidade					A
<b>3.3.2 Informação e comunicação internas</b>					
1. Existe evidência de que os serviços e profissionais com responsabilidade directa ou indirecta na prestação de cuidados recebem a informação necessária ao desempenho das suas funções					A
2. Está definido um procedimento documentado que estabeleça o sistema de organização do fluxo de informação interna e externa relacionada com utentes e fornecedores					A



MINISTÉRIO DA SAÚDE



3. São realizadas reuniões multidisciplinares periódicas (supervisão) para análise da informação e resultados obtidos na prestação dos cuidados					<b>A</b>
4. São realizadas reuniões periódicas entre o pessoal e a gestão da unidade para análise de informação e dos resultados obtidos					<b>B</b>
5. Existe sistema de segurança das informações					<b>A</b>
<b>3.3.3 Registos</b>					
1. Está definido e documentado procedimento para controlo dos registos, onde estejam estabelecidos os critérios, métodos e as responsabilidades pela: <ul style="list-style-type: none"><li>• Identificação</li><li>• Armazenamento</li><li>• Recuperação</li><li>• Protecção</li><li>• Prazo de conservação/vida útil</li><li>• Eliminação</li></ul>					<b>A</b>
2. Todos os registos são feitos em tinta que permita fotocópia legível					<b>A</b>
3. Encontra-se disponível lista actualizada de todos os registos existentes					<b>A</b>



MINISTÉRIO DA SAÚDE



### CRITÉRIO 3 | Parcerias e Recursos

#### 3.4 Gestão das Instalações, Equipamentos e Materiais

	CUMPRIMENTO				NÍVEL
	Total	Parcial	Não	Não Aplic.	
1. Existe inventário rigoroso e actualizado do património da unidade					<b>A</b>
2. Está definida uma metodologia para identificação, manuseamento, embalagem, armazenamento e protecção dos produtos utilizados na prestação de serviços <ul style="list-style-type: none"><li>• Alimentos</li><li>• Medicamentos</li><li>• Produtos para prestação de cuidados de saúde</li><li>• Produtos de Higiene Pessoal</li><li>• Detergentes</li><li>• Produtos de Limpeza</li></ul>					<b>A</b>
3. Os níveis e segurança dos stocks de materiais são controlados e regularmente monitorizados					<b>A</b>
4. Está definida a metodologia e os responsáveis pelo processo de aprovisionamento dos materiais, equipamentos e serviços					<b>A</b>
5. A unidade assegura que os produtos/serviços adquiridos estão em conformidade com os requisitos previamente especificados					<b>A</b>
6. Estão definidos os critérios e periodicidade para a avaliação e selecção periódica dos fornecedores					<b>B</b>
7. Existe uma lista de fornecedores seleccionados					<b>A</b>
8. São mantidos registos relativos à avaliação e selecção de fornecedores					<b>B</b>



MINISTÉRIO DA SAÚDE



9. Estão definidos os métodos e os responsáveis pela recepção e verificação dos produtos/serviços adquiridos					<b>A</b>
10. São mantidos registos dessa recepção					<b>A</b>
11. O equipamento utilizado é adequado às necessidades da unidade					<b>A</b>
12. Existe um plano de manutenção dos equipamentos					<b>A</b>
13. Quando necessário os dispositivos de medição e de monitorização são: <ul style="list-style-type: none"><li>• Calibrados ou verificados em intervalos definidos</li><li>• Identificados quanto ao seu estado de calibração</li><li>• Protegidos de danos e de deterioração durante o manuseamento, manutenção e armazenamento</li></ul>					<b>A</b>
14. Está estabelecido um plano de calibração ou verificação dos dispositivos de medição					<b>B</b>
15. São mantidos registos relativos à calibração ou verificação dos dispositivos de medição					<b>B</b>



MINISTÉRIO DA SAÚDE



### CRITÉRIO 3 | Parcerias e Recursos

#### 3.5 Gestão do Risco

	CUMPRIMENTO				NÍVEL
	Total	Parcial	Não	Não Aplic.	
1. Existe um responsável pela gestão do risco na organização					<b>A</b>
2. Os riscos são avaliados na unidade e os resultados documentados e avaliados <ul style="list-style-type: none"><li>• São identificadas medidas preventivas e correctivas</li><li>• São implementadas essas medidas</li><li>• São realizados registos dessas acções</li></ul>					<b>A</b>
3. Existe sistema padrão para reportar acidentes, erros de medicação, incidentes e outros eventos adversos					<b>B</b>
4. Estão implementados planos operacionais para prevenção e controle de: <ul style="list-style-type: none"><li>• Surtos de infecção</li><li>• Quedas</li><li>• Lesões auto-infligidas</li><li>• Violência</li><li>• Fuga</li></ul>					<b>A</b>
5. Existe responsável nomeado para lidar com tratamento de reclamações, advogados, companhias de seguros e queixosos					<b>A</b>
6. A organização faz exercícios de simulação de incidentes					<b>A</b>
<b>3.5.1 Higiene, Segurança e Saúde</b>					
1. Existe responsável pela formulação, implementação e desenvolvimento da política de higiene, segurança e saúde					<b>A</b>
2. Existe política de higiene, segurança e saúde elaborada em ligação directa com as estratégias de gestão do risco					<b>A</b>



MINISTÉRIO DA SAÚDE



3. Existe um plano de higiene, segurança e saúde nos últimos doze meses					<b>A</b>
4. Existem formas para obter aconselhamento competente nesta área					<b>A</b>
5. Existe plano de actuação em primeiros socorros, com inclusão obrigatória de procedimentos de reconhecimento e actuação					<b>A</b>
6. Existe um programa de formação de higiene, segurança e saúde para todo o pessoal com registos de formação					<b>A</b>
7. São avaliados os riscos de higiene, segurança e saúde do pessoal residentes e visitantes com identificação, implementação e registo das medidas preventivas e pro-activas					<b>A</b>
8. É elaborado um relatório anual de higiene, segurança e saúde de acordo com a legislação em vigor					<b>A</b>
<b>3.5.2 Controle de Infecção e gestão de resíduos</b>					
1. Estão estabelecidas políticas e procedimentos actuais e documentados de controlo de infecção que englobem: <ul style="list-style-type: none"><li>• Procedimentos clínicos (médicos, enfermagem e paramédicos)</li><li>• Esterilização de materiais</li><li>• Gestão de resíduos</li></ul>					<b>A</b>
2. As políticas e procedimentos são: <ul style="list-style-type: none"><li>• Sujeitas a uma revisão sistemática</li><li>• Referidas à regulamentação aplicável e recomendações/orientações profissionais</li><li>• Compiladas num manual</li></ul>					<b>A</b>
3. Existem políticas e procedimentos documentados e actualizados para a gestão de resíduos					<b>A</b>
4. A unidade dispõe de recipientes aprovados e adequados para os tipos de resíduos gerados					<b>A</b>
5. As recolhas são elaboradas e acordadas com os serviços de modo a reflectirem as quantidades e tipos de resíduos gerados					<b>A</b>
6. O armazenamento dos resíduos é mantido num nível mínimo e seguro					<b>A</b>
7. Estão disponíveis equipamentos de protecção individual para o pessoal que transfere e/ou transporta resíduos (quando aplicável)					<b>A</b>
8. O pessoal envolvido no manuseamento de resíduos recebe formação/actualização					<b>A</b>



MINISTÉRIO DA SAÚDE



9. A implementação, gestão e manuseamento de resíduos é regularmente auditada					<b>A</b>
<b>3.5.3 Segurança contra Incêndios</b>					
1. Existe orientação documentada e actualizada de segurança contra incêndios na unidade					<b>A</b>
2. Existe evidência documentada de que todos os edifícios da unidade cumprem os requisitos legais de segurança contra incêndio					<b>A</b>
3. O equipamento de combate ao fogo está: <ul style="list-style-type: none"><li>• Disponível e é adequado</li><li>• Claramente sinalizado</li></ul>					<b>A</b>
4. É feita manutenção aos sistemas e equipamentos contra incêndios de forma sistemática por pessoal qualificado, existindo documentação do acto					<b>A</b>
5. Existem saídas de emergência seguras <ul style="list-style-type: none"><li>• Estão acessíveis e desobstruídas a todo o momento</li><li>• São suficientemente amplas para evacuar utentes e/ou pessoas com limitações na mobilidade</li><li>• Não são usadas para guardar (materiais combustíveis ou não)</li></ul>					<b>A</b>
6. As portas de saída de emergência são sempre mantidas destrancadas e desobstruídas					<b>A</b>
7. Existe sinalização de saídas de emergência claramente visível					<b>A</b>
8. As informações de instrução e acções a ser tomadas em caso de incêndio estão claramente expostas					<b>A</b>
9. Efectuam-se exercícios de simulação de incêndio					<b>A</b>
10. Todas as simulações são avaliadas e é elaborado um relatório escrito					<b>A</b>



MINISTÉRIO DA SAÚDE



<b>3.5.4 Segurança</b>				
1. Existe estratégia de segurança para a unidade				<b>A</b>
2. Existem procedimentos documentados e actualizados para: <ul style="list-style-type: none"><li>• Controle dos acessos e horário para fechar as entradas</li><li>• Segurança dos bens do utente</li><li>• Gestão de situações de violência física e/ou verbal</li><li>• Chaveiros e aspectos relacionados</li><li>• Ligação com autoridades policiais</li><li>• Funcionamento de circuito fechado de televisão</li></ul>				<b>A</b>
3. Existe de sistema de identificação de todo o pessoal da unidade				<b>A</b>
4. Existem medidas de segurança específicas para o período nocturno				<b>A</b>
5. Estão disponíveis sistemas de alarme para o pessoal em dificuldade ou emergência				<b>A</b>



MINISTÉRIO DA SAÚDE



## CRITÉRIO 4| Processos Chave

### 4.1 Candidatura

	CUMPRIMENTO				NÍVEL
	Total	Parcial	Não	Não Aplic.	
1. Estão definidas as responsabilidades pela avaliação e decisão sobre a admissão do utente					<b>A</b>
2. É assegurada a participação do utente e/ou do seu representante legal na avaliação das suas necessidades					<b>A</b>
3. Está definido o método para o encaminhamento do utente dentro do SNS quando não seja efectuada a sua admissão					<b>A</b>
4. É constituído um ficheiro de utilizadores que integre os elementos referidos na legislação					<b>A</b>



MINISTÉRIO DA SAÚDE



## CRITÉRIO 4 | Processos Chave

### 4.2 Avaliação das Necessidades do Utente

	CUMPRIMENTO				NÍVEL
	Total	Parcial	Não	Não Aplic.	
1. Estão definidos os métodos para a avaliação das necessidades e expectativas do utente					<b>A</b>
2. Estão definidos critérios para a avaliação das necessidades					<b>A</b>
3. Estão definidas as responsabilidades da equipa multidisciplinar na avaliação das necessidades					<b>A</b>
4. Está definido o responsável pela coordenação da equipa multidisciplinar					<b>A</b>
5. Existem registos da avaliação das necessidades do utente legíveis, com data, hora, assinatura, nome e funções do técnico					<b>A</b>
6. Os registos fazem parte integrante do processo individual do utente					<b>A</b>



MINISTÉRIO DA SAÚDE



## CRITÉRIO 4 | Processos Chave

### 4.3 Plano Individual de Tratamento/Terapêutico

	CUMPRIMENTO				NÍVEL
	Total	Parcial	Não	Não Aplic.	
1. Existe procedimento escrito para a elaboração do plano individual de tratamento/terapêutico					A
2. O plano individual é elaborado por uma equipa multidisciplinar com a participação do utente e/ou seu representante legal					A
3. Está definido o responsável pela coordenação do plano individual de tratamento/terapêutico					A
4. O plano individual de tratamento/terapêutico contém: <ul style="list-style-type: none"><li>• Resultado da avaliação das necessidades do utente</li><li>• Os cuidados a prestar e objectivos a atingir</li><li>• O nível de intervenção do utente na implementação do seu plano de tratamento/terapêutico</li><li>• A actuação de cada elemento interventor no plano</li><li>• Identificação de riscos e acções a implementar</li><li>• Informação sobre o técnico de referência</li></ul>					A
5. Existe prova que o utente e/ou representante legal tem conhecimento do plano individual de tratamento/terapêutico e o entendeu					B
6. É realizada semanalmente, e sempre que se justifique, a avaliação e revisão do plano individual de tratamento/terapêutico com a colaboração de todos os intervenientes					A
7. Existe procedimento documentado para a situação de morte do utente					A
8. A equipa multidisciplinar mantém actual o processo individual do utente do qual deve constar as informações de tipo administrativo e demográfico, com indicação do médico de família (ou do CAT) e respectivo contacto sempre que possível					A
9. É efectuado o registo sistemático da avaliação e revisão do plano individual de tratamento/terapêutico					A



MINISTÉRIO DA SAÚDE



10. Os registos fazem parte integrante do processo individual do utente					<b>A</b>
11. Todos os registos, incluindo alterações, são legíveis, em tinta, e permitem uma fotocópia legível					<b>A</b>
12. Cada registo deve conter: <ul style="list-style-type: none"><li>• Data</li><li>• Hora</li><li>• Assinatura</li><li>• Nome e categoria do Técnico</li></ul>					<b>A</b>
13. Quaisquer alergias, incapacidades ou sensibilidades particulares são registadas em destaque na capa do processo					<b>A</b>
14. Existem descrição das condições e procedimentos de admissão com: <ul style="list-style-type: none"><li>• Informação sobre o utente antes da admissão;</li><li>• Procedimentos a seguir;</li><li>• Registo do percurso clínico do utente onde constem anteriores admissões;</li><li>• Procedimentos em caso de não admissão;</li></ul>					
15. O registo individual do utente contém <ul style="list-style-type: none"><li>• História psicossocial e familiar</li><li>• História do consumo;</li><li>• Notas clínicas e terapêuticas sobre o utente;</li><li>• Revisão, estudo e avaliação do tratamento regulares;</li><li>• Protecção dos direitos do utente;</li><li>• Complicações, acidentes ou danos que ocorram durante o tratamento;</li></ul>					<b>A</b>
16. A Instituição garante a continuidade dos tratamentos após o programa completo?					<b>A</b>



MINISTÉRIO DA SAÚDE



## CRITÉRIO 4 | Processos Chave

### 4.4 Contrato

	CUMPRIMENTO				NÍVEL
	Total	Parcial	Não	Não Aplic.	
1. Tendencialmente, é respeitada a vontade do utente e/ou do seu representante legal no que respeita à admissão					<b>A</b>
2. Antes de assumir o compromisso a unidade assegura que tem capacidade para prestar os cuidados de acordo com o estabelecido no plano individual de tratamento/terapêutico					<b>A</b>
3. Existe evidência de resposta no prazo estabelecido relativamente à admissão do utente					<b>A</b>
4. Para cada utente admitido existe um contrato escrito com a unidade onde são estabelecidos os termos e condições relativos à prestação do serviço, especificando: <ul style="list-style-type: none"><li>• Direitos e obrigações das partes</li><li>• Data de início e fim do período do contrato</li><li>• Condições de suspensão e/ou rescisão</li><li>• Preço dos serviços a prestar</li><li>• Eventuais reembolsos</li><li>• Nome e contacto do terapeuta de referência</li><li>• Equipamento a ser fornecido pela unidade</li></ul>					<b>A</b>
5. O plano individual de tratamento/terapêutico e o regulamento interno fazem parte integrante do contrato					<b>B</b>
6. Quando há alteração do contrato a unidade assegura que a documentação relevante é alterada e que o utente e/ou seu representante legal, bem como outros intervenientes, são informados dessas alterações e que estas são aceites					<b>B</b>



MINISTÉRIO DA SAÚDE



## CRITÉRIO 4 | Processos Chave

### 4.5 Plano individual de Inserção

	CUMPRIMENTO				NÍVEL
	Total	Parcial	Não	Não Aplic.	
1. Existe procedimento escrito para a elaboração do Plano Individual de Inserção					<b>A</b>
2. Existe responsável pela elaboração e acompanhamento do Plano Individual de Inserção					<b>A</b>
3. O Plano Individual de Inserção foi participado, desenhado e contratualizado com o utente, especificando: <ul style="list-style-type: none"><li>• Direitos e obrigações das partes</li><li>• Data de início e fim do período do contrato</li><li>• Condições de suspensão e/ou rescisão</li><li>• Preço dos serviços a prestar</li><li>• Eventuais reembolsos</li><li>• Nome e contacto do terapeuta de referência</li><li>• Equipamento a ser fornecido pela unidade</li></ul>					<b>A</b>
4. Foram cumpridos os requisitos para a elaboração do Plano Individual de Inserção emanados do IDT. IP					<b>A</b>
5. Foram feitas revisões e/ou actualizações dos objectivos a atingir, definidos no Plano Individual de Inserção					<b>B</b>
6. Quando há alteração do contrato a unidade assegura que a documentação relevante é alterada e que o utente e/ou seu representante legal, bem como outros intervenientes, são informados dessas alterações e que estas são aceites					<b>B</b>
7. Os registos fazem parte integrante do processo individual do utente					<b>A</b>
8. Todos os registos, incluindo alterações, são legíveis, em tinta, e permitem uma fotocópia legível					<b>A</b>



MINISTÉRIO DA SAÚDE



9. Cada registo deve conter: <ul style="list-style-type: none"><li>• Data</li><li>• Hora</li><li>• Assinatura</li><li>• Nome e categoria do Técnico</li></ul>					<b>A</b>
---	--	--	--	--	----------



MINISTÉRIO DA SAÚDE



## CRITÉRIO 4 | Processos Chave

### 4.6 Prestação dos Cuidados

	CUMPRIMENTO				NÍVEL
	Total	Parcial	Não	Não Aplic.	
<b>4.6.1 Generalidades</b>					
1. Está determinada a sequência e a interacção entre os processos					A
2. Estão definidas as funções e responsabilidades do pessoal, relativamente às actividades e tarefas a realizar					A
3. Está determinada com clareza a composição da equipa técnica tendo presente o número de utentes em tratamento					A
4. Está definido para cada utente o técnico de referência, responsável pela coordenação da prestação dos cuidados					A
5. Está definido para cada utente o técnico de referencia responsável pela elaboração e acompanhamento dos Planos de Inserção					
6. Todo o pessoal responsável pela prestação de cuidados está qualificado pelo desempenho das suas funções					A
7. Nos processos relativos à prestação dos cuidados são cumpridos todos os requisitos legais e profissionais aplicáveis					A
8. Na realização dos processos de prestação de cuidados são considerados manuais de boas práticas existentes					A
9. É feito um inventário dos bens trazidos pelo utente					A
10. Os bens propriedade do utente são devidamente identificados, verificados e mantidos de acordo com a vontade do próprio e/ou seu representante legal					A



MINISTÉRIO DA SAÚDE



11. Na unidade são registadas todas as transacções financeiras realizadas pelo pessoal em nome do utente					<b>A</b>
12.					
13. Os registos fazem parte integrante do processo individual do utente					<b>A</b>
<b>4.6.2 Cuidados de Saúde</b>					
<b>4.6.2.1 Assistência Médica</b>					
1. São identificados os serviços e/ou recursos humanos necessários a fornecer pelo exterior na prestação dos cuidados de saúde					<b>A</b>
2. São estabelecidos protocolos com instituições de saúde para a prestação de cuidados de saúde					<b>A</b>
3. No plano individual de tratamento/terapêutico estão estabelecidos os cuidados de saúde necessários, nomeadamente: <ul style="list-style-type: none"><li>• Periodicidade das consultas internas e externas</li><li>• Tratamento e Meios complementares de diagnóstico no exterior</li></ul>					<b>A</b>
<b>4.6.2.2 Cuidados de Enfermagem</b>					
1. No plano individual do tratamento/terapêutico estão estabelecidos os cuidados de enfermagem de acordo com as necessidades do utente (quando aplicável)					<b>A</b>
2. Está devidamente estabelecida a execução das prescrições médicas					<b>A</b>
3. Está devidamente estabelecida a rede de contacto com a família do utente					<b>A</b>
4. Está definido o acompanhamento da periodicidade dos exames médicos					<b>A</b>
<b>4.6.2.3 Assistência Medicamentosa</b>					
1. No plano individual de tratamento/terapêutico estão definidas todas as informações sobre a medicação para cada utente, bem como o plano de administração terapêutica					<b>A</b>



MINISTÉRIO DA SAÚDE



2. O pessoal responsável pela gestão, controle e administração de medicamentos está qualificado para o desempenho das suas funções					<b>A</b>
3. Está definido um procedimento para a aquisição de medicamentos sempre que não existam na unidade					<b>A</b>
4. Existem instalações seguras e adequadas para armazenamento nas quais os fármacos são mantidos nas condições adequadas com os requisitos definidos					<b>A</b>
5. As chaves dos armários de armazenamento de medicamentos são guardadas em local seguro					<b>A</b>
6. É estabelecido e controlado um inventário dos medicamentos existentes					<b>A</b>
7. Está estabelecido um procedimento para administração segura de medicamentos					<b>A</b>
8. Todas as doses de medicação são preparadas imediatamente antes da sua administração a partir da embalagem de origem					<b>A</b>
9. São mantidos registos da administração de medicamentos de forma a permitir o rastreio da indicação médica e da toma efectiva. Os registos são legíveis e devem conter: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Data</li> <li>• Hora</li> <li>• Assinatura</li> <li>• Nome e categoria do técnico</li> </ul>					<b>A</b>
10. Os registos fazem parte integrante do processo individual do utente					<b>A</b>
11. Existe um procedimento documentado e datado para lidar com os medicamentos trazidos pelo utente, Este procedimento deve possibilitar o controle da sua recepção, administração e devolução, e ter sido elaborado/revisto nos últimos dezoito meses					<b>A</b>
<b>4.6.3 Apoio Psico-Social</b>					
1. É realizada uma avaliação individual com o utente por um psicólogo e um técnico de serviço social para determinar as necessidades do utente					<b>A</b>
2. A avaliação cognitiva-emocional e de aspectos sociais, além da entrevista. É realizada com instrumentos técnicos adequados (testes de personalidade, grelha de avaliação social)					<b>A</b>
3. No plano individual de tratamento/terapêutico estão definidos os cuidados de apoio psicológico e social para cada utente					<b>A</b>



MINISTÉRIO DA SAÚDE



4. A prestação dos cuidados é articulada entre o psicólogo e o técnico de serviço social para assegurar uma efectiva abordagem psico-social a cada utente					<b>A</b>
5. Na avaliação e revisão periódica do plano individual de tratamento/terapêutico são também identificadas as necessidades de apoio emocional e acompanhamento psico-terapêutico					<b>A</b>
6. São criados e implementados programas específicos de acordo com as necessidades do utente já identificadas					<b>B</b>
7. Na sequência da avaliação inicial é assegurada a intervenção e acompanhamento psicológico para manter ou promover o nível de autonomia cognitiva prevenindo sintomas depressivos ou de ansiedade					<b>A</b>
8. São mantidos registos da prestação de apoio psico-social da sua realização e avaliação. Os registos são legíveis, datados e assinados					<b>A</b>
9. Os registos fazem parte integrante do processo individual do utente					<b>A</b>
<b>4.6.4 Animação Sócio-Ocupacional</b>					
1. Está estabelecido um plano de actividades sócio-recreativas com o objectivo de manter as capacidades funcionais e cognitivas do utente					<b>C</b>
2. Para a realização destas actividades a unidade recorre ao apoio de organizações exteriores					<b>C</b>
3. São mantidos registos da realização dessas actividades					<b>C</b>



MINISTÉRIO DA SAÚDE



## CRITÉRIO 4 | Processos Chave

### 4.7 Medição. Análise e Melhoria

	CUMPRIMENTO				NÍVEL
	Total	Parcial	Não	Não Aplic.	
1. Está definida uma metodologia de avaliação da satisfação dos utentes que estabelece: <ul style="list-style-type: none"><li>• Identificação do utente</li><li>• Periodicidade anual</li><li>• Indicadores relacionados com a satisfação do utente</li><li>• Sistema de recolha de informação (questionário, entrevista ou reunião)</li><li>• Método de validação dos questionários</li><li>• Análise e tratamento dos dados recolhidos</li></ul>					<b>B</b>
2. Está definida a metodologia para o acompanhamento e melhoria dos processos					<b>C</b>
3. Estão definidos indicadores da qualidade dos processos de prestação de cuidados					<b>C</b>
4. Realizam-se auditorias internas periódicas para verificar as actividades e procedimentos correntes					<b>B</b>
5. Está estabelecido um procedimento que define o modo como a unidade assegura a identificação e correcção das não conformidades					<b>B</b>
6. Está estabelecida uma metodologia para a implementação de acções de correcção					<b>A</b>
7. Existe um sistema de sugestões e reclamações acessível ao utente					<b>A</b>
8. O procedimento de reclamações está disponível a todo o pessoal					<b>B</b>
9. O utente é informado em cada fase do tratamento da sua reclamação					<b>C</b>



**MINISTÉRIO DA SAÚDE**



10. São elaborados relatórios sobre as reclamações e acções desenvolvidas em resposta					<b>A</b>
11. O registo das reclamações faz parte integrante do processo do utente					<b>C</b>
12. São elaborados planos de melhoria face aos resultados da recolha e análise da informação relevante					<b>C</b>



MINISTÉRIO DA SAÚDE



## CRITÉRIO 5 | Satisfação dos Utilizadores

	CUMPRIMENTO				NÍVEL
	Total	Parcial	Não	Não Aplic.	
1. É realizada periodicamente a avaliação e existem dados concretos do grau de satisfação do utente relativamente a aspectos relacionados com a prestação dos cuidados, tais como: <ul style="list-style-type: none"><li>• Acessibilidade</li><li>• Prestação dos cuidados</li><li>• Relação e comunicação</li><li>• Informação e apoio</li><li>• Continuidade dos cuidados e participação</li><li>• Organização dos serviços da unidade</li></ul>					<b>A</b>
2. Os resultados da avaliação da satisfação do utente são segmentados					<b>B</b>
3. Na sequência da avaliação da satisfação do utente são elaborados relatórios das conclusões, recomendações e acções a implementar					<b>A</b>
4. Existe evidência de que as acções foram efectivamente implementadas e contribuíram para a melhoria do desempenho da unidade					<b>B</b>
5. Os resultados da avaliação da satisfação do utente e das acções implementadas estão disponíveis e são do conhecimento público					<b>C</b>
6. São mantidos registos relativos a avaliação da satisfação dos utentes					<b>A</b>



MINISTÉRIO DA SAÚDE



## CRITÉRIO 6 | Satisfação dos Colaboradores

	CUMPRIMENTO				NÍVEL
	Total	Parcial	Não	Não Aplic.	
1. É realizada periodicamente uma avaliação e existe informação concreta acerca da percepção dos colaboradores relativamente a aspectos da gestão da unidade, tais como: <ul style="list-style-type: none"><li>• Ambiente de trabalho</li><li>• Condições de trabalho</li><li>• Comunicação</li><li>• Participação</li><li>• Sistema de avaliação do desempenho</li><li>• Sistemas de recompensa</li><li>• Formação</li><li>• Motivação</li></ul>					<b>B</b>
2. A unidade mede e avalia regularmente outros aspectos relacionados indirectamente com a satisfação dos colaboradores, tais como: <ul style="list-style-type: none"><li>• Absentismo</li><li>• Doença</li><li>• Rotatividade do pessoal</li><li>• Número de horas de formação</li></ul>					<b>B</b>
3. Na sequência da avaliação da satisfação dos colaboradores são elaborados relatórios das conclusões, recomendações e acções correctivas					<b>B</b>
4. Existe evidência de que as acções foram efectivamente implementadas e contribuíram para a melhoria da satisfação dos colaboradores					<b>C</b>
5. Os resultados da avaliação da satisfação dos colaboradores e das acções tomadas estão disponíveis e são do conhecimento público					<b>C</b>
6. São mantidos os registos relativos à avaliação da satisfação dos colaboradores					<b>B</b>



MINISTÉRIO DA SAÚDE



## CRITÉRIO 7 | Impacto na Sociedade

	CUMPRIMENTO				NÍVEL
	Total	Parcial	Não	Não Aplic.	
1. Existe uma política documentada e actualizada de informação à comunidade sobre as actividades da unidade					<b>C</b>
2. A política de informação é actualizada semestralmente					<b>C</b>
3. A comunidade local reconhece a unidade como importante para a melhoria da sua qualidade de vida					<b>C</b>
4. Estão definidos indicadores de responsabilidade social da unidade relativamente a: <ul style="list-style-type: none"><li>• Medidas ambientais de higiene e segurança</li><li>• Medidas de acessibilidade à unidade</li><li>• Medidas de promoção do bem estar dos trabalhadores</li><li>• Grau de satisfação dos utilizadores</li><li>• Grau de satisfação da comunidade</li></ul>					<b>C</b>



MINISTÉRIO DA SAÚDE



## CRITÉRIO 8 | Avaliação de resultados

	CUMPRIMENTO				NÍVEL
	Total	Parcial	Não	Não Aplic.	
1. A Instituição procede a auto avaliação e analisa os resultados obtidos <ul style="list-style-type: none"><li>• Utiliza método (qual);</li><li>• Parâmetros utilizados (quais)</li></ul>					<b>A</b>
2. A Instituição procede ao preenchimento do questionário de avaliação em tempo útil					<b>A</b>
3. Faz avaliação das altas <ul style="list-style-type: none"><li>• Programadas;</li><li>• Não programadas</li></ul>					<b>A</b>
4. Procede ao Follow-Up dos doentes <ul style="list-style-type: none"><li>• Durante o primeiro ano</li><li>• Ao terceiro ano</li><li>• Ao quinto ano</li></ul>					<b>A</b>
5. A Instituição faz análise anual dos rácios de sucesso					<b>A</b>
6. A instituição prepara estatísticas sobre o movimento de doentes					<b>A</b>
7. Tem memória anual sobre o movimento dos utentes e índices de efectividade da Comunidade Terapêutica					<b>A</b>
8. Mantém actualizado e disponíveis as composições da equipa técnica bem como a formação adquirida até ao momento					<b>A</b>
9. A Instituição mantém actuais e divulga anualmente o seu Balanço Económico, as mudanças e actualizações dos recursos e actividades					<b>A</b>
10. A instituição realiza investigações internas para avaliar o seu modelo teórico de intervenção					<b>B</b>
11. A instituição colabora com outras que desenvolvem actividades científicas e de investigação externas de avaliação do tratamento					<b>C</b>



MINISTÉRIO DA SAÚDE



12. Promove investigação noutros campos do abuso de drogas lícitas e/ou ilícitas <ul style="list-style-type: none"><li>• Epidemiológico;</li><li>• Clínico;</li><li>• De Prevenção;</li><li>• Outro a especificar</li></ul>					<b>C</b>
13. O Plano de Avaliação da Instituição indica: <ul style="list-style-type: none"><li>• Objectivos específicos e métodos de recolha</li><li>• Avaliação de recursos materiais e humanos</li><li>• Critérios para a avaliação</li><li>• Método para encontrar justificar e corrigir as falhas</li><li>• Programação, calendário para completar o plano</li><li>• A instituição dispõe de material e instalações de recreio</li><li>• A instituição potencia a auto estima positiva dos utentes</li><li>• Garante um clima institucional adequado entre os utentes</li><li>• Ensina e promove modelos de higiene e cuidado pessoal</li><li>• Como os utentes devem tomar as responsabilidades diárias na casa</li><li>• Como a Instituição cumpre com as obrigações fiscais e de trabalho para com os utentes</li></ul>					<b>A</b>
14. Existe uma descrição da equipa técnica onde constem: <ul style="list-style-type: none"><li>• Dados pessoais</li><li>• Tarefas e funções</li><li>• Direitos e obrigações</li><li>• Qualificação de base</li><li>• Especialização e experiência</li><li>• Horário de trabalho</li></ul>					<b>A</b>
15. Garante o profissionalismo da equipa técnica					<b>A</b>
16. A equipa técnica tem natureza multidisciplinar					<b>B</b>
17. A equipa técnica é objecto de supervisão externa regular					<b>B</b>
18. A formação e número de técnicos envolvidos são suficientes					<b>A</b>
19. Estão definidas as exigências de habilitação e qualificação de ex-dependentes que componham a equipa técnica					<b>A</b>



MINISTÉRIO DA SAÚDE



DEPARTAMENTO DE TRATAMENTO E REINserÇÃO #

# PREVISÃO ANUAL DAS INSPECÇÕES/VISTORIAS A DESENVOLVER POR SEMESTRE

NUCLEO DE LICENCIAMENTO E FISCALIZAÇÃO #









MINISTÉRIO DA SAÚDE



DEPARTAMENTO DE TRATAMENTO E REINserÇÃO #

# REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS ÍNDICE E FICHA TÉCNICA

NUCLEO DE LICENCIAMENTO E FISCALIZAÇÃO #



MINISTÉRIO DA SAÚDE



---

## 1 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Código do Procedimento Administrativo, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 442/91, de 15 de Novembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 6/96, de 31 de Janeiro

Estatuto Disciplinar dos Trabalhadores que Exercem Funções Públicas, aprovado pela Lei n.º 58/2008,

Inspeção-Geral de Finanças

Lei de Enquadramento Orçamental - Lei n.º 91/2001, de 20 de Agosto, com as alterações introduzidas pela Lei Orgânica n.º 2/2002, de 28 de Agosto, pela Lei n.º 23/2003, de 2 de Julho, e pela Lei n.º 48/2004, de 24 de Agosto

Quadro de Responsabilização e Avaliação

Regime da Carreira Especial de Inspeção, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 170/2009, de 3 de Agosto

Regime Jurídico da Actividade de Inspeção da administração directa e indirecta do Estado, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 276/2007, de 31 de Julho Sistema de Controlo Interno da Administração Financeira do Estado, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 166/98, de 25 de Junho

ERIT – metodologia de funcionamento das Comunidades Terapêuticas

ARDOUIN, T. e LACAILLE, S. (2005), "L'audit de formation: Comprendre, réaliser et évaluer un audit de formation" (2.ª ed., 2009). Paris: Dunod



MINISTÉRIO DA SAÚDE



- AUSTRALIAN NATIONAL AUDIT OFFICE (2007), "Public Sector Internal Audit: An investment in assurance and business improvement". Camberra. BERGERON, G. (1965), *"Fonctionnement de l'État"*. Paris: A.Colin.
- CARTER, N., KLEIN, R., e DAY, P. (1995), "How organisations measure success/ The use of performance indicators in Government". Londres / Nova Iorque: Routledge.
- COSSERAT, G. (2007), *"Modern Auditing"* (2.<sup>a</sup> ed.). Chichester: Wiley. COSTA, C. (2000), *"Auditoria Financeira: Teoria e Prática"*, (7.<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Rei dos Livros.
- FERRÃO, L. e RODRIGUES, M. (2000), *"Formação Pedagógica de Formadores"*. Lisboa: Lidel.
- HOOD ET AL. (1999), *"Regulation inside Government"*. Oxford: Oxford University Press.
- IF AC (2008), "2008 IF AC Handbook of International Public Sector Accounting Pronouncements". Nova Iorque.
- IGAI (2000), "Manual de Inspeção - Para uso nas visitas de inspeção aos locais de detenção das forças de segurança".
- IGAI (2000), "Guia de Inspeção - Para uso na realização de inspeções ordinárias às forças de segurança".
- IGAL "Guia de Inspeção - Para uso na realização de inspeções ordinárias".
- IGF (2008), "Normas e boas práticas".
- OROC, "Manual do Revisor Oficial de Contas". Lisboa.
- PINHEIRO, J. e RAMOS, L. (2000), *"Métodos Pedagógicos"*. Lisboa: IEFP. PÜTTNER, G. (1989), *"Verwaltungslehre"*, (2.<sup>o</sup> ed.). Munique: Beck. ROMÃO, A. et al. (1998), "Formação Pedagógica Inicial de Formadores:



MINISTÉRIO DA SAÚDE



Referencial Básico". Lisboa: IEFP.

"*Manual de Auditoria*". Lisboa: Conselho Consultivo do SCI. THE OFFICE OF INTERNAL OVERSIGHT SERVICES (ONU), "*Inspections and Evaluation Manual*".

TRIBUNAL DE CONTAS (1999), "Manual de Auditoria e de Procedimentos, Vol. I". Lisboa: TC.

VALENTINI, S. (1972), Enciclopedia del Diritto, "*Ispezione (Diritto amministrativo)*". Milão: Giuffrè.



MINISTÉRIO DA SAÚDE



## 2.- ÍNDICE

<b>MANUAL DE INSPECÇÕES / VISTORIAS</b>	<b>3</b>
Função do Manual	4
Estrutura do Manual	5
Âmbito de Aplicação do Manual	6
Função Inspectiva: base legal e regulamentar	6
Função Inspectiva e as suas modalidades	6
Função Inspectiva	8
Noção	8
Finalidade	9
Benefícios e custos	10
Procedimentos Inspectivos do Nucleo Licenciamento e Fiscalização	11
Fases do Procedimento Inspectivo	12
Aspectos Gerais	12
Planeamento da Acção	12
Execução da Acção Inspectiva	14
Relatório	17
Auditoria	18
Tipos de Auditoria	19
Princípios éticos e deontológicos	20
Auditoria Disciplinar	22



MINISTÉRIO DA SAÚDE



Actualização do Manual	22
<b>REGULAMENTO DAS ACÇÕES INSPECTIVAS / VISTORIAS</b>	<b>25</b>
<b>REGULAMENTO OPERACIONAL DE INSPECÇÃO / VISTORIA</b>	<b>33</b>
<b>MODELO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE NAS UNIDADES DE TRATAMENTO</b>	<b>53</b>
Metodologia de Avaliação	55
Critérios do Modelo de Avaliação	59
Liderança e estratégia	59
Pessoas	62
Parcerias e Recursos	64
Processos Chave	75
Satisfação dos Utilizadores	88
Satisfação dos Colaboradores	89
Impacto na Sociedade	90
Avaliação de Resultados	91
<b>PREVISÃO DAS INSPECÇÕES / VISTORIAS A EFECTUAR SEMESTRALMENTE</b>	<b>93</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS, ÍNDICE E FICHA TÉCNICA</b>	<b>97</b>
Referências Bibliográficas	98
Índice	101
Ficha Técnica	103



MINISTÉRIO DA SAÚDE



### **3- FICHA TÉCNICA**

#### **Instituto da Droga e da Toxicoddependência, IP**

Praça de Alvalade n.º 7 - Pisos 5, a 13 1700-036 LISBOA

Telefone: 211 119 000

Correio electrónico: nlf@idt.min-saude.pt

Elaborado durante o primeiro semestre de 2011

#### ***Grupo de Trabalho constituído por:***

António Manuel da Romana Sousa (Coordenador)

José Luís Graça da Costa

Cristina Tomé da Costa Neves Jacinto

Aprovação: Por Deliberação do Conselho de Administração, em 07 de Julho de 2011: