

21.12.2021

Certificação de Sistema de Gestão Relatório de Auditoria Prévia

Organização:	Santa Casa da Misericórdia do Porto - Centro Hospitalar Conde de Ferreira		
Morada (CHCF):	Rua Costa Cabral, nº 1211 4200-227 Porto		
Representante:	Dr. Ângelo Duarte		
Locais Auditados:	CHCF e Sede		
Norma(s):	NP EN ISO 9001:2015	Acreditação:	IPAC
Código EA:	38	Código NACE:	86.10
Nr. do Processo:	J21.1274.KNW.POR	Nr. da Auditoria:	1
Data(s) da Auditoria:	17 e 20/12/2021	Tipo de Auditoria:	Auditoria Prévia
Auditor Coordenador:	Olga Martins	Auditor(es):	NA
Data do Relatório:	20/12/2021	Perito(s):	NA

Este relatório é confidencial. Distribuição: Representante da Organização (original), SGS ICS, e Equipa Auditora.

1. Objetivos da Auditoria

Confirmar que o sistema de gestão:

- está, em traços gerais, concebido em conformidade com os requisitos da(s) Norma(s) de referência, aplicadas ao âmbito objeto da avaliação;
- tem um grau de implementação adequado para a realização da Auditoria de Concessão.

2. Âmbito da Auditoria

Âmbito:

Prestação de Cuidados de Saúde Mental em regime de Internamento e Ambulatório.
(Nota: Âmbito e respetivo texto a confirmar até à conclusão da Auditoria de Concessão).

Locais Cobertos pelo Âmbito:

Centro Hospitalar Conde de Ferreira: Morada acima
Sede: Rua Joaquim Vasconcelos, Nº 79,
4050-311 Porto

Atividades Fora do Âmbito:

A organização ainda presta vários serviços, em vários locais, nas áreas da saúde (outros locais), educação, deficiência e ensino especial, social, mulher e juventude, desenvolvimento agrícola, ambiente, artes e cultura, culto, iniciativa empresarial, emprego protegido e serviços partilhados e corporativos internos. Estas atividades e locais não se encontram abrangidas pelo sistema e âmbito da certificação. Nas instalações do CHCF ainda funcionam, em regime de aluguer e/ou cedência de espaço, a Clínica de Hemodiálise do Porto, a Apela, o Pony Clube e o Mundo Sorrir.

Justificação:

As atividades fora do âmbito são diferentes das atividades cobertas pelo âmbito, e não são suscetíveis de serem confundidas com o âmbito certificado.

Número atual, aproximado, de Pessoas que concorrem para as atividades em avaliação:

198 + 16 subcontratados (2 terapeutas ocupacionais + 6 enfermeiros + 7 auxiliares de ação médica + 1

Representante:	Auditor Coordenador:	Olga Martins
-----------------------	-----------------------------	--------------

Este documento foi emitido pela Companhia de acordo com as Condições Gerais de Serviço disponíveis em http://www.sgs.com/terms_and_conditions.htm. Chama-se especial atenção às cláusulas referentes aos limites de responsabilidade, indemnização e jurisdição.

Informa-se qualquer portador deste documento que a informação nele contida reflecte apenas as constatações da Companhia na altura da sua intervenção e dentro dos limites das instruções do Cliente, se existentes. A Companhia apenas é responsável perante o seu Cliente e este documento não exonera as partes envolvidas numa transacção de exercerem todos os seus direitos e obrigações à luz da documentação dessa transacção. Qualquer alteração não autorizada, adulteração ou falsificação do conteúdo ou aparência deste documento é ilegal e os transgressores poderão ser alvo de todas as acções legais previstas.

SGS ICS, Serviços Internacionais de Certificação, Lda.

Pólo Tecnológico de Lisboa, Lote 6, pisos 0 e 1, 1600-546 Lisboa, t(+351) 217 104 200, f(+351) 707 200 329
Rua Veloso Salgado, 583/587, 4450-801 Leça da Palmeira, t(+351) 229 894 500, f(+351) 707 200 329
Capital Social 5.000 Euros - Reg. Com. de Lisboa e Contribuinte nº 504 254 960 - Mail: pt.info@sgs.com - Web: www.ptsgs.com - Linha SGS: 707 200 747

Número de Turnos	intensivista) Internamento – 3; Restantes serviços – 1 (com diversos horários)
------------------	---

3. Constações Críticas de Auditoria

As constatações que a seguir se apresentam, quando não tratadas adequadamente, poderão constituir, na Auditoria de Concessão, Pedidos de Ação Corretiva (PAC) de carácter Maior:

Constatação 01 [Requisito: 7.1.5.2] :

Embora já exista um inventário dos equipamentos de medição, este ainda não contempla a definição dos erros máximos admissíveis, sendo que também ainda não existem evidências das eventuais calibrações e/ou verificações necessárias (ex. Termómetro do frigorífico da copa do CDA, esfigmomanómetro marca Rossmax no gabinete de enfermagem do CDA)

Constatação 02 [Requisito: 9.3]:

A organização ainda não procedeu à revisão pela gestão.

4. Constações Não-Críticas de Auditoria

As constatações que a seguir se apresentam, quando não tratadas adequadamente, poderão constituir, na Auditoria de Concessão, Pedidos de Ação Corretiva (PAC) de carácter Menor:

Constatação 03 [Requisito: 6.1] :

Embora algumas questões estejam identificadas na Análise PESTAL, as mesmas não foram incluídas e avaliadas no Mapa de Avaliação de Riscos e Oportunidades, de forma a concluir sobre a eventual necessidade da definição de ações (ex. Sobrecarga e desgaste dos colaboradores).

Constatação 04 [Requisito: 7.1.3]:

Verificou-se que no registo do serviço de limpeza da Euromex para zonas de alto contato, está registada a limpeza e desinfeção, sendo que o produto que consta no respetivo Plano de Higieneização, através da ficha técnica, apenas apresenta características de limpeza (ex. Registos na sala de espera das Consultas Externas, produto Glow Ecodose).

Constatação 05 [Requisito: 7.1.3]:

A organização ainda não procedeu ao levantamento de alguns equipamentos, de forma a planear as eventuais necessidades de manutenção preventiva (ex. Ajudas técnicas).

Constatação 06 [Requisito: 7.1.5/8.6]:

Na sala de tratamento do internamento o frigorífico onde são mantidos alguns medicamentos não possui um termómetro para controlo e registo da temperatura (ex. Daktacort de 20mg, com condições de armazenamento de 2 a 8°C).

Constatação 07 [Requisito: 8.2/8.5]:

No Centro de Dia de Alzheimer o valor recebido das participações financeiras do estado que estava afixado, apenas incluía os meses até junho 2021.

Constatação 08 [Requisito: 8.2/8.5]:

Para o processo nº 982777 do Centro de Dia de Alzheimer, com admissão em 21/10/2021, verificou-se que:

- Não existe prescrição médica para a medicação trazida do domicílio, mas apenas um mail de 25/10/2021,
- Não existe relatório médico a atestar que sofre de doença de Alzheimer,
- Para o programa de acolhimento que finalizou em 25/11/2021, não foi evidenciado o relatório do mesmo, de forma a fundamentar a elaboração do Plano Individual.

Representante:	Auditor Coordenador:
----------------	----------------------

Constatação 09 [Requisito: 8.5/8.6]:

A organização não está a assegurar a medição e registo da temperatura das refeições recebidas da Itau, quer na receção, quer no empratamento (ex. Centro de Dia de Alzheimer).

Constatação 10 [Requisito: 8.5/8.6]:

Na copa do Centro de Dia de Alzheimer verificou-se a existência de pacotes de Nestum retirados das embalagens originais, sem identificação do produto e respetivo prazo de validade.

Constatação 11 [Requisito: 10.2]:

Verificou-se que no tratamento das não conformidades derivadas da auditoria interna de 25 a 27/10/21 e 3 a 5/11/21, não foi analisada a eventual necessidade de atualizar os riscos e oportunidades.

5. Conclusões da Auditoria

A Auditoria Prévia foi limitada no tempo e nos objetivos a atingir, sendo por isso possível que possam surgir, em próximas auditorias, outras constatações para além das constatações identificadas na secção 3 e 4 deste Relatório. As Conclusões genéricas desta auditoria, com base na informação avaliada, são as seguintes:

ISO 9001: As exclusões são adequadas e justificadas.	<input checked="" type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
O sistema está concebido de acordo com os requisitos da(s) Norma(s) de referência, aplicadas ao âmbito objeto da avaliação.	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
O sistema de gestão possui capacidade para identificar e garantir o cumprimento de requisitos legais e outros requisitos aplicáveis à atividade.	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
A auditoria interna e a revisão pela gestão asseguram a abrangência suficiente antes da realização da Auditoria de Concessão.	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	
Estão efetivamente implementados os requisitos mínimos para que a Organização possa passar à Auditoria de Concessão.	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	

Fim do Relatório.

Representante:		Auditor Coordenador:	
----------------	--	----------------------	--

Este documento foi emitido pela Companhia de acordo com as Condições Gerais de Serviço disponíveis em http://www.sgs.com/terms_and_conditions.htm. Chama-se especial atenção às cláusulas referentes aos limites de responsabilidade, indemnização e jurisdição. Informa-se qualquer portador deste documento que a informação nele contida reflecte apenas as constatações da Companhia na altura da sua intervenção e dentro dos limites das instruções do Cliente, se existentes. A Companhia apenas é responsável perante o seu Cliente e este documento não exonera as partes envolvidas numa transacção de exercerem todos os seus direitos e obrigações à luz da documentação dessa transacção. Qualquer alteração não autorizada, adulteração ou falsificação do conteúdo ou aparência deste documento é ilegal e os transgressores poderão ser alvo de todas as acções legais previstas.

Processo Nr.:	J21.1274.KNW.POR	Visita Nr.:	1	Data(s):	17 e 20/12/2021
---------------	------------------	-------------	---	----------	-----------------

Plano de Auditoria

Organização:

Santa Casa da Misericórdia do Porto - Centro Hospitalar Conde de Ferreira

Critérios da Auditoria/ Documentação de Referência:

NP EN ISO 9001:2015

Âmbito:

Prestação de Cuidados de Saúde Mental em regime de Internamento e Ambulatório.

(Nota: Âmbito e respetivo texto a confirmar até à conclusão da Auditoria de Concessão).

Tipo:

Auditoria Prévia

Objetivos:

Confirmar que o sistema de gestão:

- está, em traços gerais, concebido em conformidade com os requisitos da(s) Norma(s) de referência, aplicadas ao âmbito objeto da avaliação;
- tem um grau de implementação adequado para a realização da 1ª Fase da Auditoria de Concessão.

Idioma:

Português.

Locais a Auditar:

Sede: Rua Joaquim Vasconcelos, Nº 79,
4050-311 Porto (20 dezembro)

Conde Ferreira: Rua Costa Cabral, nº 1211,
4200-227 Porto (17 dezembro)

Equipa Auditora (EA):

Auditor Coordenador: Olga Martins (OM)

Auditor: NA

Perito: NA

Observadores, Testemunhos, etc.:

"Role": NA

Metodologia:

A Auditoria em Campo inclui: Reunião de Abertura, Reunião Privada da EA, e Reunião de Fecho.

A EA entrevistará a Gestão de Topo, e por amostragem das diferentes áreas, sectores, locais e níveis organizacionais/ hierárquicos, entrevistará outros Colaboradores; analisará procedimentos, documentos e registos / informação documentada; presenciará/ simulará atividades/ processos; e avaliará os recursos e infraestruturas.

Regras de Segurança: (Auditoria Presencial)

Recomenda-se que todos os interlocutores e colaboradores em locais a serem auditados utilizem máscara (cirúrgica ou comunitária).

Caso existam casos confirmados de COVID-19 no cliente nos últimos 14 dias, solicitamos que nos informem, a fim de que possamos proceder a apreciação do risco para a nossa atividade e definição de medidas de controlo, caso necessário.

Caso algum interlocutor ou colaborador antes ou durante a auditoria, apresente sintomas característicos da COVID-19 (tosse, febre, cefaleia, etc.) não se deve apresentar nos locais onde a auditoria decorra.

Solicitamos informação atempada acerca de eventuais regras relativas aos procedimentos de segurança do Cliente a fim de serem conhecidos e respeitados pelos membros da equipa auditora.

Conclusões/ Pedidos de Ação Corretiva/ Relatório:

Na Reunião de Fecho, a EA apresentará à Organização as Conclusões da Auditoria, e os Pedidos de Ação Corretiva eventualmente abertos durante a Auditoria. O Relatório da Auditoria será emitido até um prazo máximo de duas semanas após a conclusão da Auditoria.

Processo Nr.:	J21.1274.KNW.POR	Visita Nr.:	1	Data(s):	17 e 20/12/2021
---------------	------------------	-------------	---	----------	-----------------

Confidencialidade:

A SGS ICS assegura a confidencialidade de todo o Processo de Auditoria, incluindo qualquer documentação / informação documentada que lhe seja entregue ou que seja consultada pela EA, bem como qualquer outro tipo de informações obtidas, incluindo qualquer solicitação que a Organização entenda por bem referir. De acordo com as Regras da Acreditação, o Processo de Auditoria pode ser auditado pelo Organismo de Acreditação da SGS ICS (incluindo o testemunho das Auditorias realizadas pela SGS ICS).

A documentação / informação documentada da Organização utilizada para a Auditoria será: arquivada (no caso de evidências da auditoria), ou destruída (no caso do Manual ou Procedimentos) após terminado o Processo de Decisão da Certificação (Concessão/ Manutenção/ Renovação/ Extensão/ Transição/ etc).

Nota 1: Durante a Auditoria, a Organização deve assegurar a disponibilidade para a Auditoria:

- a) de um Acompanhante para cada um dos elementos da Equipa Auditora, e
- b) dos Responsáveis dos Processos, Atividades ou Funções a auditar, sem prejuízo de outros Colaboradores cuja presença a Organização considere relevante/ necessária [e ainda de, por exemplo: Vendedores, etc – i.e. Funções/ Colaboradores, cuja ausência possa inviabilizar a auditoria a cada Processo, Atividade ou Função].

Data	Hora	Auditor	Processo, Atividade ou Função	Interlocutor(es)
17	09.30	OM	Reunião de Abertura - CHCF <i>Visita às instalações</i>	Conselho Executivo
	10.15	OM	Apresentação da empresa Organização e seu contexto; Necessidades e expectativas das partes interessadas; Âmbito do SGQ; Sistema Gestão da Qualidade e respetivos Processos. Liderança e compromisso; Foco no cliente; Política; Funções, responsabilidades e autoridades. Ações para tratar riscos e oportunidades; Objetivos da Qualidade e planeamento; Planeamento das alterações. Recursos, Conhecimento organizacional. Comunicação. Monitorização, medição, análise e avaliação. Revisão pela gestão. Melhoria contínua. Mapa de Processos. Requisitos não aplicáveis. Requisitos legais Grau de implementação do Sistema de Gestão	Conselho Executivo Resp. Sistema Gestão <i>Nota1</i>
	11.45	OM	Sistema Gestão da Qualidade e respetivos Processos. Informação documentada. Controlo de saídas não conformes Monitorização, medição, análise e avaliação; Satisfação do cliente; Análise e avaliação. Auditoria interna. Melhoria. Não conformidade e ação corretiva; Melhoria contínua	Resp. Sistema Gestão <i>Nota1</i>
	12.45	---	Almoço	---
	13.45	OM	Comunicação Planeamento e controlo operacional Produção e prestação do serviço Requisitos para produtos e serviços Recursos – Infraestrutura; Ambiente para operacionalização dos processos <i>Serviço Consulta Externa</i>	<i>Nota1</i>

Processo Nr.:	J21.1274.KNW.POR	Visita Nr.:	1	Data(s):	17 e 20/12/2021
---------------	------------------	-------------	---	----------	-----------------

Data	Hora	Auditor	Processo, Atividade ou Função	Interlocutor(es)
	15.30	OM	Comunicação Planeamento e controlo operacional Requisitos para produtos e serviços Produção e prestação do serviço Libertação de produtos e serviços Controlo de saídas não conformes Recursos – Infraestrutura; Ambiente para operacionalização dos processos <i>Internamento, Centro Dia Alzheimer</i>	<i>Nota1</i>
	17.30	OM	Comunicação Planeamento e controlo operacional Requisitos para produtos e serviços Produção e prestação do serviço Libertação de produtos e serviços Controlo de saídas não conformes Recursos – Infraestrutura; Ambiente para operacionalização dos processos <i>Terapia Ocupacional</i>	<i>Nota1</i>
	18.30	---	Conclusão do 1º dia	---
			<i>Sede</i>	
20	09.30	OM	Recursos – Infraestrutura; Ambiente para operacionalização dos processos Recursos de Monitorização e Medição	<i>Nota1</i>
	11.00	OM	Recursos – Pessoas; Competências; Consciencialização	<i>Nota1</i>
	12.00	---	Reunião Privada da Equipa Auditora	---
	13.00	OM	Reunião de Fecho	Conselho Executivo
	13.30	---	Conclusão da Auditoria	---

Fim do documento.

CONSELHO EXECUTIVO DO CENTRO HOSPITALAR CONDE DE FERREIRA

(CHCF)

ATA Nº 22/2021

Ao vigésimo primeiro dia do mês de dezembro de dois mil e vinte e um, reuniu o Conselho Executivo do Centro Hospitalar Conde Ferreira (CE CHCF), pelas dez horas, na Sala de Reuniões.

Estiveram presentes os membros do Conselho Executivo, a saber: Presidente – Professor Doutor Francisco Castelo Branco, Vice-Presidente - Dra. Albertina Amorim, Administrador Executivo - Dr. Ângelo Duarte, Diretora Clínica - Dra. Rosa Gonçalves e Sra. Enfermeira Geral – Enf.ª Ana Guimarães. Iniciados os trabalhos, foram apreciados e decididos os seguintes assuntos:

Parte 2: Desempenho Operacional:

- 1. Auditoria prévia ao Sistema de Gestão de Qualidade | US CHCF** – O CE tomou conhecimento do relatório de auditoria, donde resultaram onze constatações, duas críticas e nove não críticas, respetivamente. O CE do CHCF perspetiva que, a auditoria de concessão ocorra no 1T2022, para no limite máximo, se obter a certificação pelo NP ISO 9001/2015, até setembro de 2022.