

MS | S 4938/2020 | 30-07-2020 | P 000.01.03/2019

Exma. Senhora  
Dra. Margarida Sizenando Pais Ribeiro  
da Cunha  
Presidente do Conselho de Administração  
do Centro de Medicina de Reabilitação da  
Região Centro - Rovisco Pais  
Quinta da Fonte Quente, Inácios  
3060-673 Tocha

c/c: - Presidente CD ARS Centro, IP  
- Presidente CD ACSS, IP

SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA Nº: ENT.: 5695/2019 PROC. 000.01.03/2019	DATA
			10/05/2019

**ASSUNTO: Homologação do Regulamento Interno - Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro - Rovisco Pais**

Encarrega-me a Senhora Ministra da Saúde de enviar cópia da Nota Interna, datada de 25/07/2020, elaborada neste Gabinete, sobre o assunto mencionado em epígrafe, tendo sobre a mesma recaído o despacho que se passa a transcrever:

“Homologo, nos termos propostos pelo  
conselho de administração e analisados  
por este gabinete.  
27.7.2020  
a) Marta Temido  
Ministra da Saúde”.

Com os melhores cumprimentos, *pencais*

A Chefe do Gabinete

*Eva Falcão*  
\_\_\_\_\_  
(Eva Falcão)

**REGULAMENTO DO  
CENTRO DE MEDICINA DE REABILITAÇÃO DO CENTRO**

**ÍNDICE**

PARTE I – DISPOSIÇÕES GERAIS

PARTE II – ORGANIZAÇÃO DO CENTRO

Secção I – Organização geral

Secção II – Conselho Diretivo

Secção III – Fiscal Único

Secção IV – Conselho Consultivo

Secção V – Coordenação e Apoio Técnico

Secção VI – Organização para a Prestação de Cuidados

Subsecção I – Unidades de Prestação de Cuidados

Subsecção II – Meios Complementares de Diagnóstico

Subsecção III – Unidades de Apoio Clínico

Secção VII- Órgãos de Apoio ao Conselho Diretivo

Secção VIII – Organização de Apoio Administrativo, Geral e Logístico

Subsecção I – Unidades de Apoio Administrativo

Subsecção II – Unidades de Apoio Geral

Subsecção III – Unidades de Apoio Logístico

PARTE III – PROCESSO DE CUIDADOS

Secção I – Acesso e Continuidade

Secção II – Avaliação do Doente

Secção III – Cuidados ao Doente

Secção IV – Educação do Doente e da Família

PARTE IV – DISPOSIÇÕES FINAIS

ANEXOS: ORGANOGRAMA; PERFIL ASSISTENCIAL; CRITÉRIOS DE ADMISSÃO E ALTA; GOVERNAÇÃO CLÍNICA

## Parte I

## Disposições Gerais

### *Artigo 1.º* *Natureza Jurídica e* *sede*

O Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro, adiante designado “CMRRC” ou “Centro” foi criado pelo decreto-Lei nº203/96 de 23 de outubro como “pessoa colectiva de direito público dotada de autonomia administrativa e financeira”, com sede na Quinta da Fonte, Inácio - Tocha

1. É um instituto público de regime especial, nos termos da lei, integrado na administração indireta do Estado, dotado de autonomia administrativa e financeira e património próprio, conforme o disposto na alínea a) do artgº 2.º do decreto Lei 18/2017, de 10 de fevereiro e no seu Anexo IV.

### *Artigo 2º* *Perfil assistencial*

1. Ao CMRRC compete realizar prestações de saúde de medicina física e de reabilitação decorrentes de contrato programa anualmente negociado com a ARSCentro e a ACSS. A obrigação definida pressupõe a prestação integrada de todos os outros serviços de que o doente deva beneficiar, direta ou indiretamente, relacionados com o seu estado de saúde ou a sua estadia no Centro.
2. O CMRRC desenvolve ainda atividades de ensino, decorrentes da sua posição na rede de medicina física e de reabilitação e atividades de investigação necessárias à permanente atualização de conhecimentos e técnicas.
3. Compete-lhe ainda a manutenção e conservação dos edifícios, espaços exteriores e dos equipamentos integrantes do CMRRC. Tem no seu universo uma Unidade de Cuidados de Convalescença que gere com as normas estabelecidas em Acordo com a RNCCI e ARSCentro.
4. O perfil assistencial do Centro consta do Anexo 2.

**Artigo 3.º**  
**Área de influência**

1. O Centro tem como área geográfica de influência direta a região de saúde da Região Centro que corresponde aos Distritos de Aveiro, Castelo Branco, Coimbra, Guarda, Leiria e Viseu, articulando-se de forma complementar com todos os hospitais e unidades de saúde da Região Centro no quadro da Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação de Medicina Física e de Reabilitação, adiante designada como “RRHMFR” podendo ainda prestar cuidados à população de outras regiões do país desde que tenha capacidade disponível e não ocorram listas de espera.
2. O acesso ao Centro faz-se mediante referenciação dos hospitais em que os doentes foram tratados na fase aguda, das unidades de cuidados primários e de subsistemas de saúde de acordo com as normas instituídas, designadamente a RRHMFR.
3. Compete ao CMRRC articular-se de forma exemplar com os hospitais referenciadores, com a rede de cuidados continuados, com os serviços de saúde da sua área de influência e com os outros centros de medicina física e de reabilitação do País.

**Artigo 4.º**  
**Missão**

1. A missão do Centro é prestar, cuidados diferenciados de reabilitação em regime de internamento e ambulatório, a pessoas portadoras de limitação funcional através da prestação de cuidados diferenciados e completos de reabilitação com carácter exemplar e compreensivo, de forma intensiva e interdisciplinar, maximizando o potencial de reabilitação de cada doente no seu contexto individual, familiar, ambiental e cultural, repondo as suas competências para o pleno exercício da cidadania e contribuindo para a obtenção de ganhos em saúde. Trabalhar de forma socialmente responsável para promover a eficácia clínica e a eficiência na utilização dos recursos.

2. O CMRRC tem funções apropriadas de ensino e de investigação visando otimizar a prestação do serviço e promover o avanço do conhecimento na área da Medicina de Reabilitação num ambiente que propicie a formação contínua e a inovação.

**Artigo 5º**  
**Visão**

O CMRRC-RP assume-se como uma organização aberta formada por uma rede de internamento e tecnologias estruturadas e integradas para proporcionar um atendimento humanizado, completo, próximo, confiável e transparente.

1. Distingue-se pela qualidade dos cuidados, capacidade de investigação, inovação e pelo impacto positivo na comunidade, garantindo a eficiência e a sustentabilidade económica, financeira e clínica.
2. Ser uma Unidade exemplar no tratamento reabilitador, “primus inter pares”, referência nacional e internacional na qualidade da prestação de serviços, reforçando o desempenho do Serviço Nacional de Saúde.
3. Ser uma Unidade em atualização permanente ao melhor estado da arte – promover as condições para que todos possam desempenhar com eficiência a sua missão.
4. Ser uma Unidade de vanguarda na investigação clínica e formação em Reabilitação, polo de desenvolvimento e conhecimento.
5. Ser uma Unidade de liderança na requalificação e distribuição dos recursos em Reabilitação, na Região e no País, envolvendo todos os sectores interessados, na promoção de uma gestão racional e de uma articulação eficaz para o equilíbrio, eficiência e equidade nos cuidados de saúde.

**Artigo 6º**  
**Valores**

Constituem valores do Centro os seguintes:

1. Inovação para servir melhor, procurando estar um passo à frente das necessidades das pessoas servidas, (nas Partes seguintes também designadas como “doentes”) estimulando a investigação e a participação de todos os colaboradores no desenvolvimento de soluções inovadoras de valor acrescentado. Promover a acessibilidade e equidade em todos os serviços prestados.
2. Cada doente faz parte integrante da equipa de reabilitação, participando como tal no planeamento, execução, melhoria e continuidade de cuidados. O doente e a sua família como elementos nucleares da atividade desenvolvida e seu progressivo e esclarecido “empowerment”.
3. Relações personalizadas, baseadas no conhecimento profundo das necessidades singulares de cada pessoa tratada, de forma a oferecer o serviço adequado, com respeito e humanização.
4. A excelência como compromisso (rigor, conhecimento e empenho) é o propósito diário de todos os seus colaboradores de forma a superar as expectativas das pessoas servidas e a respeitar os compromissos assumidos, oferecendo cuidados e serviço de nível superior.
5. O comportamento ético, base para a confiança pública, advogando os mais elevados princípios de conduta em todas as ações e decisões.
6. Transparência e responsabilização, pela prática de uma comunicação aberta, a partir do compromisso e responsabilização pelos resultados assumidos.
7. Garantir processos de melhoria contínua de qualidade contribuindo para a obtenção de ganhos em saúde e melhoria da qualidade de vida dos cidadãos.

**Artigo 7.º**  
**Pessoas Servidas pelo**  
**Centro**

1. Podem aceder aos cuidados de saúde especializados do Centro os beneficiários do Serviço Nacional de Saúde:
  - a. Os cidadãos portugueses;
  - b. Os cidadãos nacionais de Estados membros da União Europeia, nos termos das normas comunitárias aplicáveis;
  - c. Os cidadãos estrangeiros residentes em Portugal, em condições de reciprocidade;
  - d. Os cidadãos apátridas residentes em Portugal.
2. Outros doentes, no contexto das normas de acesso e de prestação de cuidados definidas nas normas gerais de acesso ao SNS.
3. O acesso ao Centro faz-se mediante referência dos hospitais em que os doentes foram tratados na fase aguda, das unidades de cuidados primários e de subsistemas de saúde de acordo com as normas instituídas, designadamente a RRHMFR.
4. Compete ao CMRRC articular-se de forma exemplar com os hospitais referenciadores, com a rede de cuidados continuados, com os serviços de saúde da sua área de influência e com os outros centros de medicina física e de reabilitação do País.

**Artigo 8.º**  
**Garantia de recursos**

A gestão do Centro procura assegurar os meios humanos, técnicos e financeiros necessários, organizados de forma a assegurar a boa execução do Contrato-Programa no âmbito que lhe permite o seu Estatuto e a subordinação às diretivas emanadas da Tutela.

**Artigo 9.º**  
**Objetivos estratégicos**

No cumprimento da sua missão, o Centro visa a concretização dos seguintes objetivos:

1. Resposta plena à procura pública de cuidados de reabilitação definidos nos termos do Contrato-programa e maximização da parte complementar privada (terceiros pagadores/receita

- própria).
2. Preservação do património afeto ao Centro.
  3. Sustentabilidade Clínica: cuidados de saúde com qualidade, eficácia, segurança e perceção favorável do doente tendo em conta o impacto ambiental e social. Modelo de cuidados suportado por valor social acrescentado, justiça e equidade de acesso, recursos e resultados.
  4. Elevada satisfação das pessoas servidas e obtenção de resultados clínicos excelentes e serviço de nível superior, maximizando o potencial de reabilitação de cada doente e desenvolvendo a vertente preventiva.
  5. Inovação e melhoria contínua dos processos de cuidados e da tecnologia utilizada, de acordo com as ciências médica e de gestão.
  6. Gestão eficiente e eficaz dos recursos, balanceando a sua organização e uso para a obtenção dos melhores resultados.
  7. Serviço e satisfação da comunidade e respeito e preservação do meio ambiente.
  8. Desenvolvimento, motivação, envolvimento, reconhecimento do mérito e satisfação profissional de elevado nível.
  9. Minimização dos erros e do desperdício, aumentando o valor produzido e otimizando os resultados financeiros.

***Artigo 10.º***  
***Produção anual***

1. Em cada ano compete ao CMRRC a produção de serviços clínicos, nos termos definidos em sede de Contrato-Programa.
2. A produção é avaliada quantitativa e qualitativamente e, em particular quanto ao valor acrescentado para a independência

funcional dos doentes.

**Artigo 11.º**  
**RH - Certificação**

1. O Centro reúne, verifica e avalia as qualificações (licença profissional formação, treino e experiência) dos médicos e demais profissionais de saúde autorizados a prestar cuidados aos doentes sem supervisão.
2. O Centro tem em arquivo a licença profissional certificado ou registo, atualizados, de cada profissional, conforme exigido por legislação e regulamentos em vigor.

**Artigo 12.º**  
**RH - Acolhimento dos  
novos profissionais**

1. O acolhimento de novos profissionais inclui formação geral sobre a organização e o entendimento do seu contributo pessoal profissional para o cumprimento da respetiva missão.
2. Para isso receberão formação geral sobre a organização, sobre as suas funções e responsabilidades no desempenho do novo lugar. Esta orientação inclui, conforme adequado, a comunicação de erros médicos, práticas de controlo de infeções, incidentes ou acidentes que comprometam a segurança de doentes e colaboradores, entre outros.
3. Os profissionais contratados e os voluntários também recebem orientações sobre a organização e sobre as suas atribuições específicas de responsabilidades, tais como segurança e controlo da infeção.

## ORGANIZAÇÃO DO CENTRO

### PARTE II

### SECÇÃO I

#### Organização Geral

#### *Artigo 13.º* *Órgãos do CMRRC-RP*

De acordo com o Decreto-Lei n.º 18/2017, anexo IV art.º 4º, são órgãos do CMRRC-RP:

- a. O Conselho Diretivo
- b. O Fiscal Único
- c. O Conselho Consultivo

#### *Artigo 14.º* *Organização Geral do* *CMRRC*

A organização do CMRRC

1. O serviço é a unidade básica da organização, funcionando autonomamente ou de forma agregada em departamentos e desenvolve-se em seis níveis:
  - a. Coordenação;
  - b. Órgãos de apoio técnico;
  - c. Organização para a prestação de cuidados;
  - d. Serviços de Ação Médica;
  - e. Serviços de Apoio aos Cuidados.
  - f. Organização de apoio administrativo, geral e logístico.

2. A organização para a prestação de cuidados e a de apoio administrativo, geral e logístico desenvolve-se através de unidades funcionais agregadoras de recursos. As unidades funcionais são agregações especializadas de recursos humanos e tecnológicos, integradas em serviços ou departamentos ou partilhadas por departamentos e serviços distintos.
  - a. O nível de coordenação e apoio técnico engloba as Comissões Técnicas e inclui as políticas que orientam o Centro em cada uma das matérias a que as mesmas respeitam.
  - b. A organização para a produção de cuidados inclui internamento e ambulatório, é dirigida pelo Diretor Clínico e apresenta a seguinte estrutura: Unidades funcionais especializadas por linhas de produção, denominadas Programas Cuidados Especializados:
    - i. Serviço de Reabilitação Geral de Adultos:
      - (a) Unidade de Traumatismos Crânio-Encefálicos (TCE);
      - (b) Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC);
      - (c) Unidade de Outras Patologias.
    - ii) Serviço de Lesões vertebro-medulares Unidade de Lesões Medulares (LM).
    - iii) Serviço de Ambulatório - Consultas Externas e Meios Complementares de Diagnóstico.
3. Unidades de Apoio à Prestação de Cuidados:
  - a. Serviços Farmacêuticos.

- b. Serviço Social.
  - c. Gabinete do Cidadão.
  - d. Psicologia Clínica.
  - e. Nutrição.
  - f. Serviço de Medicina do Trabalho e Saúde Ocupacional.
  - g. Equipa de Gestão de Altas.
  - h. Unidade Terapêutica (fisioterapia, terapia ocupacional e terapia da fala).
  - i. Desporto Adaptado.
4. Serviço de Apoio Geral e Logístico
- a. Serviço de Gestão e Apoio aos Doentes.
  - b. Serviço de Gestão de Recursos Humanos.
  - c. Gestão da Qualidade
  - d. Serviços Financeiros.
  - e. Serviço de Sistemas e tecnologias de Informação.
  - f. Gestão de Materiais, Compras e Aprovisionamento.
  - g. Serviços de Manutenção Instalações e Equipamentos.
5. Órgãos de Apoio ao Conselho Diretivo
- a. Gabinete de Auditoria
  - b. Gabinete Jurídico
6. Outros >Serviços
- a. Esterilização
  - b. Higiene e Limpeza.
  - c. Lavandaria e tratamento
  - d. Alimentação.
  - e. Gestão de Resíduos e DDD (desinfestação, desinfeção e

desratização)

- f. manutenção das instalações e equipamentos
- g. Segurança.
- h. Serviços Hoteleiros.

## SECÇÃO II

## CONSELHO DIRETIVO

### *Artigo 15.º Conselho Diretivo*

1. O CMRRC é gerido pelo Conselho Diretivo, por nomeação do Conselho de Ministros.
2. A composição, a nomeação, o mandato, as competências, a vinculação, o estatuto dos membros e a dissolução do conselho diretivo, são regulados pela legislação em vigor, nos termos do Decreto-Lei n.º 18/2017, anexo IV, art.º 5 e art.º 6.
3. Aos membros do conselho diretivo aplica-se o regime fixado no Estatuto do Gestor Público e, subsidiariamente, o previsto na lei quadro dos institutos públicos.
4. Sem prejuízo da competência específica do presidente do Conselho Diretivo, do Diretor Clínico e do Enfermeiro Diretor, a cada um dos membros do Conselho poderá ser atribuída a responsabilidade de pelouro próprio, com delegação de competências

### *Artigo 16.º Funcionamento Conselho Diretivo*

1. O Conselho Diretivo reunirá obrigatoriamente uma vez em cada semana e sempre que for convocado pelo seu Presidente ou dois Vogais Executivos.
2. O Conselho estabelecerá as regras do seu funcionamento, incluindo a forma de suprir os impedimentos do seu presidente.
3. O Conselho só pode validamente deliberar, desde que esteja presente a maioria dos seus membros.

4. As deliberações do Conselho Diretivo são tomadas por maioria simples dos membros presentes ou representados.
5. Em caso de empate nas votações, o Presidente ou quem o substituir, terá voto de qualidade.

***Artigo 17.<sup>o</sup>***  
***Presidente do Conselho***  
***Diretivo***

1. Compete ao presidente do conselho diretivo:
  - a. Coordenar a atividade do conselho de diretivo e dirigir as respetivas reuniões;
  - b. Garantir a correta execução das deliberações do conselho diretivo;
  - c. Submeter a aprovação ou a autorização dos membros do Governo competentes todos os atos que delas careçam;
  - d. Representar o hospital SPA em juízo e fora dele e em convenção arbitral, podendo designar mandatários para o efeito constituídos;
  - e. Exercer as competências que lhe sejam delegadas;
  - f. Exercer as competências legalmente atribuídas aos titulares dos cargos de direção superior do 1.º grau da administração central do Estado.
2. O presidente do conselho diretivo é substituído nas suas ausências e impedimentos pelo vogal por si designado

***Artigo 18.<sup>o</sup>***  
***Diretor Clínico***

As competências do Diretor Clínico encontram-se reguladas pela legislação em vigor, nos termos Decreto-Lei n.º 18/2017, Anexo IV, art.º 8.

1. O Diretor Clínico é substituído nas suas ausências e impedimentos, por médico por si designado, de forma não remunerada.

***Artigo 19.<sup>o</sup>***  
***Enfermeiro Diretor***

As competências do Enfermeiro Diretor encontram-se reguladas pela legislação em vigor, nos termos do nos termos Decreto-lei n.º

18/2017, Anexo IV, art.º 9.

1. O Enfermeiro Diretor é substituído nas suas ausências e impedimentos, por enfermeiro por si designado, de forma não remunerada.

### SECÇÃO III

### ÓRGÃOS DE FISCALIZAÇÃO

#### *Artigo 20.º Fiscal Único*

1. O Fiscal único é o órgão responsável pelo controlo da legalidade, da regularidade e da boa gestão financeira e patrimonial do CMRRC-RP.
2. As suas competências e funções são reguladas pelo artigo 14.º e 15.º do anexo IV do Decreto-Lei n.º 18/2017.

### SECÇÃO IV

### CONSELHO CONSULTIVO

#### *Artigo 21.º Composição, competências e funcionamento*

A composição do conselho consultivo suas competências e funcionamento são as determinadas na lei – Decreto-lei n.º 18/2017 – Anexo IV – artigos 18º, 19º e 20º.

### SECÇÃO V

### COORDENAÇÃO E APOIO TÉCNICO

#### *Artigo 22º Órgãos de Coordenação e Apoio Técnico*

1. Os órgãos Coordenação e de apoio técnico são estruturas de carácter consultivo que têm como função apoiar o Conselho Diretivo, a pedido deste ou por iniciativa própria, nas matérias da sua competência.
2. O Conselho Diretivo pode, por imperativo legal ou por

necessidades decorrentes da atividade do Centro, criar outras comissões técnicas para além das previstas no presente Regulamento

3. São Coordenações técnicas
  - a. Comissão de coordenação;
  - b. Conselho clínico.
4. São comissões de apoio técnico:
  - a. Comissão da Qualidade e Segurança
  - b. Comissão de Ética.
  - c. Comissão de Farmácia e Terapêutica.
  - d. Comissão de Controlo de Infeções. – PPCIRA
  - e. Conselho Técnico dos Técnicos de Diagnostico e Terapêutica;
  - f. Direção do Internato Médico

***Artigo 23.º***  
***Nomeação e duração dos mandatos***

1. Compete ao Conselho Diretivo designar os membros das comissões técnicas, sob proposta dos responsáveis sectoriais.
2. Os mandatos dos membros das comissões técnicas têm a duração do mandato do Conselho Diretivo, podendo, no entanto, a todo o tempo, haver lugar à sua recomposição.
3. O funcionamento de cada Comissão é definido em regulamento próprio, a aprovar.
4. Cada Comissão elabora, trimestralmente, de acordo com o estabelecido nas normas e leis vigentes, relatórios das atividades desenvolvidas, nos quais se incluirão a descrição de medidas e ações tomadas e a avaliação dos respetivos resultados.
5. De cada reunião das comissões será elaborada a respetiva ata, devidamente documentada e assinada, a qual será mantida permanentemente disponível para consulta por parte das

entidades competentes.

**Artigo 24.º**  
**Comissão de Coordenação**

1. Compete à Comissão de Coordenação promover a integração de todas as funções não clínicas do Centro.
2. A Comissão tem funções de consultoria, podendo emitir recomendações para os órgãos de gestão.
3. A Comissão é presidida pelo Presidente do Conselho Diretivo e reúne, no mínimo, cada dois meses.
4. A Comissão é constituída pelo presidente do Conselho Diretivo, Diretor Clínico e Coordenadores dos sectores de gestão de doentes, serviços financeiros, serviços de aprovisionamento, serviço de recursos humanos, serviço de manutenção instalações e equipamentos convocados para cada reunião, os responsáveis cujos sectores sejam abrangidos pela agenda de trabalhos.

**Artigo 25.º**  
**Conselho Clínico**

1. O Conselho Clínico é presidido pelo diretor clínico e é integrado pelos diretores de cada uma das unidades especializadas de cuidados integrados e ainda pelos seguintes profissionais: médico internista, enfermeiro diretor, farmacêutico, assistente social, psicólogo clínico e pelo coordenador da unidade terapêutica.
2. Compete ao Conselho assessorar o Diretor Clínico no cumprimento das suas competências.
3. É missão do conselho promover a integração, a continuidade dos cuidados, no contexto da missão, valores, objetivos e obrigações do Centro.
4. O Conselho organiza, no seu âmbito, as seguintes Comissões, de acordo com os números seguintes:
  - a. Comissão de Planeamento de Altas,
  - b. Comissão Educacional;
  - c. Comissão da Informação Clínica;
  - d. Comissão de Humanização;

e. Comissão de Catástrofe e Planeamento Hospitalar de Emergência.

**Artigo 26.º**  
**Comissão de Planeamento de Altas**

1. A Comissão de Planeamento de Altas tem competência para definir o processo de planeamento de altas, coordenar a sua implementação e monitorizar o seu desempenho.
2. A Comissão de Planeamento de Altas é presidida pelo diretor clínico e integrada por técnico de serviço social, enfermeiro diretor e por representantes de cada programa de cuidados do Centro.

**Artigo 27.º**  
**Comissão Educacional**

1. A Comissão Educacional tem competência para propor a política, os métodos e os recursos educativos adequados à satisfação das necessidades para o seguimento e continuidade do processo de cuidados e a uma prática educativa e formativa competente, eficaz e coordenada.
2. A Comissão Educacional é constituída pelo coordenador da educação dos doentes a nomear pelo diretor clínico, o enfermeiro diretor e o responsável/coordenador dos técnicos de terapêutica.

**Artigo 28.º**  
**Comissão da Informação Clínica**

1. A Comissão da Informação Clínica tem competência para avaliar as necessidades em informação para o processo de cuidados e a correspondente definição dos requisitos do processo clínico.
2. A Comissão da Informação Clínica procede à avaliação periódica da exaustividade e da qualidade da informação registada no processo clínico.
3. A Comissão da Informação Clínica é presidida pelo diretor clínico, sendo constituída por dois médicos, um enfermeiro e um técnico de terapêutica, designados pelo Conselho Diretivo.

**Artigo 29.º**

**Comissão de Humanização**

1. A Comissão é presidida por médico designado pelo conselho diretivo e constituída pelos seguintes profissionais: assistente social, psicólogo, um enfermeiro e um terapeuta.
2. Compete à Comissão programar as atividades do Centro que visem desenvolver a arte de cuidar e um ambiente propício à recuperação dos doentes com atenção particular às seguintes dimensões: relações humanas, comunicação, conforto, limpeza, amenidades, animação de tempos livres.

**Artigo 30.º**  
**Comissão de Catástrofe e**  
**Planeamento Hospitalar de**  
**Emergência**

A Comissão de Catástrofe e Planeamento Hospitalar de Emergência é um órgão de apoio ao conselho diretivo, na sua área de intervenção, presidida pelo presidente do conselho diretivo e cuja composição está descrita nos Planos de Contingência. Para além das funções de coordenação da ação em caso de eventos adversos de emergência tem a finalidade de promover a elaboração, formação interna, monitorização, manutenção e revisão anual dos planos e condições de segurança, designadamente os planos sazonais de emergência atualizados anualmente.

**Artigo 31.º**  
**Comissão de Qualidade e**  
**Segurança do Doente**

1. A Comissão de qualidade e segurança tem como objetivos promover, monitorizar, otimizar e integrar as atividades da qualidade e segurança no CRP, nomeadamente as previstas no Plano anual da estratégia Nacional para a qualidade na saúde. É ainda seu objetivo, conceber, aplicar e avaliar normas de conduta técnica.
2. Esta comissão rege-se pela Lei n.º 7/2002, de 8 de novembro e pelo despacho n.º 3635/2013, competindo-lhe ter um regulamento próprio e elaborar um plano de ação de acordo

com a Estratégia Nacional para a qualidade na saúde, promover e acompanhar as atividades de qualidade e segurança na organização anual de atividades e elaborar relatório anual que explicita os resultados obtidos.

3. A Comissão é designada pelo Conselho Diretivo e presidida pelo Presidente do Conselho Diretivo ou em quem ele delegar.
4. A Comissão de qualidade deve integrar
  - a. Direções técnicas
  - b. Coordenadores das unidades
  - c. Responsável pelo Grupo Coordenador local do Programa de controlo de Infeção
  - d. Responsável pelo Gabinete do Cidadão

***Artigo 32.º***  
***Comissão de Ética***

1. A composição, a constituição, o mandato, a direção e as competências da Comissão de Ética regem-se pelo disposto no Decreto-Lei nº 80/2018 de 15 de Outubro.
2. A Comissão de Ética é um órgão de apoio ao conselho diretivo, ao pessoal de saúde e aos doentes. Compete-lhe pronunciar-se sobre aspetos de natureza bioética decorrentes da atividade assistencial, de ensino e investigação do Centro. Promove as ações adequadas para a definição escrita dos códigos de conduta ética específicos dos profissionais do Centro.

***Artigo 33º***  
***Comissão de Farmácia e***  
***Terapêutica***

1. A Comissão de Farmácia e Terapêutica é constituída por dois médicos e dois farmacêuticos, segundo um princípio de paridade de votos e presidida pelo Diretor Clínico
2. Os responsáveis do serviço de enfermagem e de aprovisionamento participam nas reuniões da Comissão sempre que para tal forem convocados, sem direito a voto, restringindo a sua intervenção aos aspetos relacionados com as suas funções.
3. Compete à Comissão de Farmácia e Terapêutica:

- a. Elaborar o regulamento de farmácia e gestão do medicamento, incluindo procedimentos, circuitos e respetivo suporte informacional.
- b. Atuar como órgão consultivo e de integração entre os serviços de prestação de cuidados e o serviço de farmácia.
- c. Velar pelo cumprimento do formulário e suas adendas.
- d. Pronunciar-se, dentro do respeito das regras deontológicas, sobre a correção da terapêutica prescrita a doentes, sob solicitação do Diretor Clínico.
- e. Informar os planos de aquisição de medicamentos e orientar o seu consumo.
- f. Avaliar, mensalmente, os dados de consumo e as existências em medicamentos por centro de custo, incluindo os prescritos em ambulatório.
- g. Dar parecer sobre novos medicamentos a adquirir.
- h. Elaborar as adendas de aditamento ou exclusão, privativas do formulário de medicamentos.
- i. Definir e pôr em prática uma política de informação sobre medicamentos.

**Artigo 34.º**  
**PPCIRA-Comissão de**  
**Controlo da Infecção**  
**Hospitalar**

1. Conforme determinado no Despacho nº15423/2013, o Grupo de Coordenação do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos assume as referências feitas às Comissões de Controlo da Infecção no Despacho 2902/2013, de 22 de fevereiro, exercendo as suas funções de acordo com as normas emanadas da DGS
2. À Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar compete a vigilância epidemiológica, a elaboração e monitorização de normas, procedimentos e recomendações de boas práticas, a formação e informação de profissionais de saúde doentes, cuidadores e visitantes com funções de consultoria e apoio. Todas as atividades de prevenção e controlo de infeções são

- supervisionadas pela Comissão de Controlo de Infeções e inserem-se no programa anual de controlo de infeções.
3. Compete à CCIH a elaboração de regulamento interno próprio e propor procedimentos no seu âmbito de atividade. Os objetivos e operacionalização do programa da CCIH constam em anexo ao seu regulamento interno.
  4. A coordenação envolve a comunicação com todas as partes da organização, de modo a assegurar que o programa é contínuo e pró-ativo e se baseia em conhecimentos científicos atualizados, em linhas de orientação aceites e em legislação e regulamentos aplicáveis.
  5. O Centro compara as suas taxas de controlo da infeção com as de outras organizações, através de bases de dados comparativas, transmite informações sobre infeções aos organismos públicos de saúde, providencia educação sobre práticas de controlo da infeção aos profissionais, médicos, doentes e, quando adequado, às famílias e a outros prestadores de cuidados.
  6. As atividades da Comissão integram-se no sistema de gestão da qualidade e segurança do Centro.

**Artigo 35.º**  
**Conselho Técnico dos**  
**Técnicos de Diagnóstico e**  
**Terapêutica**

1. O Conselho Técnico dos Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica rege-se pelo disposto no Decreto lei n.º 111/2017 de 31 de agosto que estabelece o regime da carreira especial de TSDT e Decreto lei n.º 110/2017, 31 de agosto, designadamente no artigo 12º e artigo 13º.
2. O Conselho técnico dos Técnico dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica tem as competências previstas em regulamento próprio, aprovado pelo conselho diretivo.

**ARTIGO 36.º**  
**Direção do internato**

1. À direção do internato médico (DIM) compete desenvolver e

*médico*

pugnar por adequadas condições de formação e integração dos médicos a frequentar o internato e o cumprimento das normas legais vigentes.

2. A DIM é constituída por um diretor com apoio de secretariado, nomeados pelo conselho diretivo, sob proposta do diretor clínico.
3. As regras internas de funcionamento e de planeamento da atividade da DIM constarão de regulamento a aprovar pelo conselho diretivo.
4. De acordo com o disposto na legislação em vigor, poderá constituir-se uma comissão de médicos internos a qual deverá comunicar a sua constituição à DIM, que por sua vez informa o conselho de administração, a comissão regional do internato médico e a ordem dos médicos.

## SECÇÃO VI

## ORGANIZAÇÃO PARA A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

### SUBSECÇÃO I

### Unidades de Prestação de Cuidados

*Artigo 37.º*  
*Unidades de Prestação de*  
*Cuidados*

1. São as seguintes as unidades de prestação de cuidados do Centro:
  - a. Serviços de Internamento;
  - b. Serviço de consulta externa;
  - c. Serviço de Saúde Ocupacional;
  - d. Unidade Terapêutica;
  - e. Unidade de Desporto Adaptado;
  - f. Unidade Residencial de transição;
  - g. Meios Complementares de Diagnóstico.
2. Os serviços de internamento e o serviço de consulta externa são dirigidos por Diretor de Serviço designado pelo conselho diretivo sob proposta do Diretor Clínico, a quem reportam.
3. A unidade terapêutica terá um coordenador técnico que responde diretamente perante o diretor clínico.

4. A unidade terapêutica compreende as seguintes especialidades:
  - a. Fisioterapia
  - b. Terapia ocupacional e terapia da fala.
5. A unidade de Desporto Adaptado funciona como complemento dos treinos terapêuticos e organização de atividades desportivas no seu âmbito.
6. Aos coordenadores dos técnicos de reabilitação e aos enfermeiros chefes (ou em funções de chefia) compete promover a integração de cuidados e assegurar o cumprimento de padrões profissionais, a normalização dos processos de trabalho e as melhores práticas profissionais.
7. A coordenação dos recursos e dos processos de trabalho é feita pelo diretor clínico, assessorado pelo conselho clínico.

***Artigo 38.º***  
***Diretor de Serviço***

1. Os serviços de ação médica são dirigidos por um médico designado pelo conselho diretivo sob proposta do Diretor Clínico, a quem reportam.
2. Ao Diretor de Serviço compete, com salvaguarda das competências técnicas e científicas atribuídas a outros profissionais, planear e dirigir toda a atividade do serviço, sendo responsável pela correção e prontidão dos cuidados de saúde a prestar aos doentes, bem como pela utilização e eficiente aproveitamento dos recursos postos à sua disposição.
3. Compete em especial ao diretor de serviço:
  - a. Definir a organização da prestação de cuidados de saúde na observância das normas emitidas pelas entidades competentes e hierarquia funcional
  - b. Elaborar o plano anual de atividades e orçamento de serviço de acordo com as linhas gerais previamente

- definidas bem como o relatório de gestão;
- c. Analisar os desvios verificados e propor as medidas corretivas
  - d. Assegurar a eficiência dos cuidados de saúde prestados e proceder à sua avaliação sistemática;
  - e. Promover a aplicação dos programas de controlo de qualidade e de produtividade, zelando por uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde;
  - f. Garantir a atualização das técnicas utilizadas, promovendo por si ou propondo aos órgãos competentes, as iniciativas aconselháveis para a valorização, o aperfeiçoamento e a formação profissional do pessoal em serviço, e incentivar, organizar e supervisionar as atividades de formação e investigação;
  - g. Assegurar a gestão adequada dos recursos humanos, incluindo o controlo da assiduidade de acordo com a legislação em vigor e a avaliação interna do desempenho global dos profissionais, dentro dos parâmetros estabelecidos;
  - h. Promover a manutenção de um sistema de controlo interno eficaz, destinado a assegurar a salvaguarda dos ativos, a integridade e fiabilidade do sistema de informação e a observância das leis, dos regulamentos e das normas aplicáveis, assim como o acompanhamento dos objetivos globais definidos;
  - i. Garantir o registo atempado e correto da contabilização dos atos clínicos e providenciar pela gestão dos bens e equipamentos do serviço;
  - j. Assegurar a gestão adequada e o controlo dos consumos dos produtos mais significativos, nomeadamente

medicamentos e material de consumo clínico.

- k. O diretor de serviço pode delegar competências, exceto a sua representação junto do conselho diretivo e o controlo da atividade.

***Artigo 39.º***  
***Enfermeiro-chefe ou em***  
***funções de chefia***

1. Os serviços de ação médica têm um enfermeiro chefe, designado pelo conselho diretivo sob proposta do enfermeiro diretor (nos termos da lei), ouvido o diretor do serviço.
2. São competências do enfermeiro chefe:
  - a. Supervisionar os cuidados de enfermagem e coordenar tecnicamente a atividade de enfermagem;
  - b. Colaborar na preparação dos planos de ação e respetivos relatórios referentes às atividades do serviço;
  - c. Programar as atividades de enfermagem definindo nomeadamente, as obrigações específicas dos enfermeiros e do pessoal auxiliar que com eles colabora, propondo medidas destinadas a adequar os recursos disponíveis às necessidades, inclusivamente quando da elaboração de horários e planos de férias;
  - d. Propor o nível e tipo de qualificação exigido aos profissionais de enfermagem, em função dos cuidados de enfermagem a prestar;
  - e. Promover a utilização otimizada dos recursos, com especial relevo para o controlo dos consumos e utilização adequada dos equipamentos;
  - f. Participar nas comissões de escolha de material e equipamento para prestação de cuidados na unidade;
  - g. Responsabilizar-se pela garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados;
  - h. Promover a aplicação de programas de controlo da

qualidade, zelando por uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem;

- i. Criar condições para que sejam efetuados estudos e trabalhos de investigação pelo pessoal de enfermagem e realizar investigação sobre gestão em enfermagem;
- j. Responsabilizar-se pela concretização, na unidade de cuidados, das políticas ou diretivas formativas emanadas pelo órgão de gestão do Centro e do serviço;
- k. Avaliar o pessoal de enfermagem e colaborar na avaliação de outro pessoal;
- l. Exercer outras competências que lhe sejam delegadas

**Artigo 40º**  
**TSDT**  
**Técnico Coordenador**

1. Os técnicos com funções de Coordenação são designados pelo conselho diretivo, sob proposta do diretor clínico, nos termos da lei - Artº12º, Dec-Lei 111/2017 de 31 de Agosto
2. Ao técnico coordenador compete:
  - a. Proceder ao planeamento, controlo e avaliação periódica do exercício e atividades dos técnicos superiores das áreas de diagnóstico e terapêutica da respetiva equipa;
  - b. Contribuir para a definição dos objetivos da equipa que coordena, em conjunto com a mesma e em articulação com os objetivos da instituição;
  - c. Assegurar a coordenação técnica da equipa, de acordo com os objetivos definidos, assegurando a aplicação de padrões de qualidade nos cuidados de saúde prestados;
  - d. Coordenar, promover ou apoiar a concretização de projetos de desenvolvimento técnico-científico, institucional, de qualidade, inovação e sustentabilidade;
  - e. Elaborar os horários e os planos de trabalho e de férias dos

- membros da equipa que coordena bem como proceder à distribuição do respetivo trabalho;
- f. Reportar, superiormente, carências ao nível do funcionamento da equipa, propondo as medidas adequadas à respetiva resolução;
  - g. Participar em processos de acreditação e controlo da qualidade;
  - h. Assegurar a avaliação, o planeamento e o controlo dos recursos materiais necessários ao exercício de funções da equipa;
  - i. Elaborar o relatório de atividades do ano anterior, bem como o plano de atividades para o ano seguinte, da respetiva equipa.
3. O exercício das funções de coordenação referidas nos números anteriores não impede a manutenção da atividade da prestação de cuidados de saúde, mas prevalece sobre a mesma.
  4. O coordenador técnico reporta diretamente ao Diretor Clínico, sem prejuízo da necessária articulação com os Diretores de Serviço.

## SUBSECÇÃO II

### *Artigo 41.º* *Meios Complementares de* *Diagnóstico*

## Meios Complementares de Diagnóstico

- O Centro possui os seguintes meios complementares de diagnóstico:
- a. Exames de neurofisiologia: electromiografia;
  - b. Exames especiais: urodinâmica, espirometria e electrodiagnóstico convencional.
  - c. Patologia clínica, com exames realizado externamente.

- d. Imagiologia: radiologia convencional, ecografia (músculo-tendinosa) sendo os restantes exames realizados externamente.
- e. Exames de imunohemoterapia realizados externamente.

### SUBSECÇÃO III

### Unidades de Apoio Clínico e Técnico

#### *Artigo 42.º* *Unidades de Apoio Clínico*

1. A área de Apoio Clínico e Técnico está estruturada em serviços ou gabinetes que funcionam numa lógica de serviços partilhados, prestando serviços aos diversos órgãos de prestação de cuidados e a todos os utentes.
2. Os responsáveis são nomeados pelo Conselho Diretivo, em comissão de serviço, podendo ser exonerados no caso de incumprimento dos objetivos ou com fundamento na inobservância da lei ou dos regulamentos aplicáveis
3. A área de cuidados é apoiada pelas seguintes especialidades:
  - a. Serviços Farmacêuticos
  - b. Gabinete de Serviço Social
  - c. Serviço de Psicologia Clínica
  - d. Serviço de Nutrição
  - e. Gabinete do utente
  - f. Serviço de Saúde Ocupacional
4. A organização e funcionamento dos diversos serviços e unidades mencionados no número anterior, constam de regulamento próprio aprovados pelo conselho diretivo.

#### *Artigo 43.º* *Serviços Farmacêuticos*

1. Os serviços farmacêuticos desenvolvem as atividades de compra, receção, gestão de existências, distribuição e gestão da utilização e circuito do medicamento.

**Artigo 44.º**  
**Serviço Social**

Compete ao serviço social, para além do apoio especializado no continuum de cuidados, as seguintes duas funções:

- a. Assegurar o funcionamento do gabinete do utente.
- b. Colaborar na gestão das ajudas técnicas e produtos de apoio.

**Artigo 45.º**  
**Serviço de Psicologia**

Compete ao serviço de psicologia clínica responder aos pedidos médicos e exercer atividade na sua área de competência específica, integrando a equipa interdisciplinar de reabilitação. Compete-lhe ainda participar em programas de educação para a saúde e em programas de investigação, ensino e formação dos profissionais de saúde.

**Artigo 46.º**  
**Serviço de Nutrição**

Compete ao serviço de nutrição planear e monitorizar dietas adequadas às necessidades de cada doente, integrando a equipa interdisciplinar de reabilitação

**Artigo 47.º**  
**Serviço de Saúde  
Ocupacional**

1. O serviço de saúde ocupacional (SSO) é dirigido por um médico com competências em medicina do trabalho, nomeado pelo Conselho Diretivo, em regime de comissão de serviço nos termos do Código do Trabalho.
2. O Diretor deverá elaborar para aprovação pelo conselho diretivo, o plano de ação que se propõe desenvolver.
3. Garantir a prevenção das doenças profissionais e a promoção da saúde dos trabalhadores do Centro.
4. Identificar e avaliar as situações de risco nos locais de trabalho mediante vigilância ambiental e verificação do modo de prestação do trabalho.
5. Preparar informação que lhe seja pedida pelo conselho diretivo ou pelos responsáveis pelas estruturas de gestão e direção, no que respeita à organização e localização dos espaços de

trabalho, planeamento do trabalho e às características dos equipamentos escolhidos e matérias que os compõem

6. Disponibilizar informação e promover o aconselhamento e o ensino para a saúde ocupacional, bem como a segurança e a higiene no local de trabalho.

### **Órgãos de Apoio ao Conselho Diretivo**

#### **SECÇÃO VII**

***Artigo 48.º***  
***Serviço de Auditoria***  
***Interna***

1. Ao serviço de auditoria interna compete a avaliação dos processos de controlo interno e de gestão de riscos, nos domínios contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos, contribuindo para o seu aperfeiçoamento contínuo.

***Artigo 49º***  
***Gabinete Jurídico***

2. As suas funções e competências são reguladas pelo artigo 16.º do anexo IV do Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro
1. Tem como funções prestar apoio jurídico em todas as matérias que careçam de informação ou ação jurídica, desenvolver as diligências necessárias e articular com os consultores externos.

#### **SECÇÃO VIII**

### **Organização de Apoio Administrativo, Geral e Logístico**

#### **SUBSECÇÃO I**

### **Unidades de Apoio Administrativo**

***Artigo 50.º***  
***Responsável do Serviço***

A nomeação e competências dos responsáveis de serviço são definidas nos termos dos artigos 26º e 27º do Dec-lei 188/2003 de 20 de agosto.

***Artigo 51.º***  
***Responsável do serviço de***  
***Gestão e Apoio aos Doentes***

1. Elaborar, para aprovação pelo Conselho Diretivo o plano de ação a desenvolver.
2. Assegurar a gestão, receção, acompanhamento e alta dos

doentes, nomeadamente na interface entre os vários profissionais e especialidades, analisando e controlando o serviço prestado de acordo com os parâmetros definidos, tendo em vista garantir a sua satisfação e potenciar a imagem interna e externa do Centro.

3. Assegurar a qualidade de atendimento e receção, bem como a gestão e coordenação dos colaboradores administrativos de contacto direto com os doentes, de modo a garantir a qualidade de serviço de acordo com a política definida.
4. Operacionalizar o registo de informação relativa à produção e gerir a respetiva base de dados.
5. Monitorizar a qualidade da informação registada, com vista à otimização da faturação.
6. Proceder à pré-faturação da produção.
7. Operacionalizar os registos e cobrança das taxas moderadoras.

**Artigo 52.º**  
**Funções da Unidade de**  
**Gestão e Apoio aos Doentes**

À unidade de gestão e de apoio aos doentes compete:

1. Assegurar a entrada administrativa do doente na instituição, seja para internamento, seja para cuidados ambulatoriais.
2. Gerir os procedimentos de identificação, com recolha e registo dos dados individuais e referentes ao sistema de identificação.
3. Assegurar o acolhimento do doente e da família, prestando todas as informações úteis referentes ao acesso aos cuidados e procedendo à entrega do manual de acolhimento.
4. Garantir os procedimentos de guarda e segurança dos bens do doente.
5. Esclarecer as regras de financiamento a que o tratamento está sujeito e as eventuais responsabilidades do doente, designadamente no que diz respeito a taxas moderadoras.
6. Gerir os procedimentos administrativos referentes a exames executados no exterior por terceiras entidades, bem como o transporte de doentes.

7. Executar os procedimentos de alta administrativa do doente.
8. Prestar informações presenciais para o exterior referentes ao acesso aos cuidados.

**Artigo 53.º**  
**Serviço**  
**Administrativo e**  
**Financeiro**

O responsável pelos serviços financeiros tem de assegurar a coordenação dos serviços de gestão financeira, de acordo com os planos, políticas e procedimentos estabelecidos, determinados nos termos das leis e procedimentos em vigor, designadamente:

- a. Assegurar a escrituração contabilística dos registos patrimoniais e de caixa, de acordo com o plano de contabilidade do ministério da saúde e com as diretrizes que lhe são aplicáveis;
- b. Organizar e manter a tesouraria, procedendo a recebimentos e pagamentos, aplicando os saldos disponíveis, nos termos das orientações do órgão de gestão;
- c. Contribuir para a elaboração do orçamento e acompanhar a sua execução;
- d. Elaborar a informação económica e financeira para os fins internos e externos, dando cumprimento aos deveres de informação periódica, nos termos da lei;
- e. Elaborar e manter atualizada a contabilidade analítica;
- f. Garantir a inventariação, a amortização e a reintegração do imobilizado da instituição e a sua permanente atualização.

**Artigo 54.º**  
**Compras e**  
**aprovisionamento**

1. Compete aos serviços de compras e aprovisionamento o estudo das necessidades e aquisição de todos os bens, serviços e empreitadas necessários à prossecução dos fins do CMRRC.
2. Elaborar e instruir os processos de aquisição de acordo com os procedimentos e códigos legais em vigor.

3. Proceder à gestão administrativa, física e económica dos stocks, bem como a distribuição e monitorização das existências, de forma a garantir a segurança e a eficiência da sua utilização.

**Artigo 55º**  
**Serviço de Recursos**  
**Humanos**

Constituem funções do gestor de recursos humanos:

1. Elaborar, para aprovação do Conselho Diretivo, o plano de ação a desenvolver;
2. Analisar, interpretar e aplicar a legislação e as orientações referentes aos recursos humanos; gerir esses recursos em função do mapa de pessoal aprovado;
3. Elaborar o orçamento anual para os recursos humanos e monitorizar a respetiva execução;
4. Desenvolver os processos de recrutamento, seleção e contratação de recursos humanos;
5. Manter e aperfeiçoar um sistema de informação integrado;
6. Gerir os sistemas de avaliação de desempenho dos trabalhadores;
7. Assegurar os relatórios e mapas de gestão relacionados com indicadores de recursos humanos, garantindo a recolha e atualização da informação tendo em vista a disponibilização atempada da informação de gestão.

**Artigo 56º**  
**RH - Formação contínua**

1. Cada profissional recebe formação contínua em serviço e outros tipos de formação e treino para manter ou reforçar as suas competências e conhecimentos.
2. As atualizações do plano de formação contínua deverão ter em especial consideração a necessidade de adaptação dos profissionais em situações de mudança por reconversão profissional, mobilidade interna, promoção ou outras que impliquem a assunção de novas responsabilidades funcionais.
3. É dada aos profissionais oportunidade para participarem em formação avançada, pesquisa e outras experiências de formação

que lhes permitam adquirir novas competências e conhecimentos para progressão nas suas funções.

4. Os dados reunidos sobre as necessidades de formação dos profissionais, constituem a base para o programa de formação contínua da organização

**Artigo 57.º**  
***Serviço de Tecnologias e***  
***Sistemas de Informação***

Compete ao STSI, designadamente:

1. Assegurar o desenvolvimento de um sistema de informação hospitalar, integrando os equipamentos e as infraestruturas de comunicação;
2. Prestar assistência às redes informáticas, de comunicações e aos equipamentos instalados;
3. Produzir novas aplicações informáticas ou promover a sua atualização;
4. Elaborar cadernos de encargos e dar parecer sobre a aquisição de hardware e software;
5. Propor e dinamizar ações de formação para os profissionais do hospital;
6. Auditar o fornecimento de serviços externos na sua área de competências.
7. Suportar e apoiar as atividades de gestão do CMRRC.

**SUBSECÇÃO II**

***Artigo 58.º***  
***Unidades de Apoio Geral***

**Unidades de Apoio Geral**

1. O CMRRC, assegura os serviços das seguintes unidades de apoio geral:
  - a. Esterilização.
  - b. Higiene e limpeza. \*
  - c. Lavandaria e tratamento de roupas. \*
  - d. Alimentação. \*
  - e. Transporte.
2. A esterilização faz o processamento do material a esterilizar, o seu armazenamento e distribuição.

3. A higiene e limpeza executam os programas normais e extraordinários de higienização das instalações e dos equipamentos, respeitando as políticas e os procedimentos emanados da Comissão de Controlo de Infeções.
4. A lavandaria faz o processamento da roupa, o armazenamento da roupa processada e a sua distribuição.
5. A alimentação será dirigida por um encarregado, apoiado tecnicamente por um profissional de nutrição ou dietética. O processo de trabalho inclui os procedimentos de receção, armazenamento, confeção e distribuição. Cabe a esta unidade a gestão do refeitório geral e cafetaria.
6. Os transportes respondem à função de apoio geral e ao serviço interno e externo de doentes.

### SUBSECÇÃO III

### UNIDADES DE APOIO LOGÍSTICO

*Artigo 59.º*  
*Unidades de Apoio*  
*Logístico*

1. O CMRRC assegura, internamente ou por recurso a entidades externas, os serviços de apoio logístico:
  - a. Gestão de resíduos e desinfestações.
  - b. Manutenção das instalações e equipamentos.
  - c. Segurança.
  - d. Serviços hoteleiros

### SECÇÃO IX

### CARGOS DE DIREÇÃO DOS SERVIÇOS DE APOIO AO CONSELHO DIRETIVO

*Artigo 60.º*  
*Cargos de direção intermédia*

São cargos de direção intermédia de 1.º grau, designados de diretor de serviços, os que correspondam a funções de coordenação e controlo dos serviços de apoio ao Conselho Diretivo, com níveis de autonomia, responsabilidade e dimensão

apropriadas, de acordo com o preceituado na Lei n.º 2/2004, de 15 de janeiro, e sucessivas alterações, que aprovou o estatuto do pessoal dirigente dos serviços e organismos da administração central, regional e local do Estado (EPD).

**Artigo 61.º**  
**Competências dos cargos de**  
**direção intermédia de 1.º**  
**grau**

Sem prejuízo das competências que lhe sejam delegadas ou subdelegadas, no âmbito da gestão geral do respetivo serviço de apoio e de acordo com as orientações definidas, os titulares dos cargos de direção intermédia de 1.º grau detêm as competências fixadas no n.º 1 do artigo 8.º do EPD.

**Artigo 62.º**  
**Recrutamento para os cargos**  
**de direção intermédia de 1.º**  
**grau**

1. O recrutamento, seleção e provimento para os cargos de direção intermédia de 1.º grau é efetuado nos termos previstos nos artigos 20.º e 21.º do EPD.

2. Os cargos de direção intermédia de 1.º grau podem ser exercidos em regime de substituição, cabendo a sua designação ao Conselho Diretivo, ao abrigo do artigo 27.º do EPD.

**Artigo 63.º**  
**Estatuto remuneratório dos**  
**cargos de direção intermédia**  
**de 1.º grau**

A remuneração dos cargos de direção intermédia de 1.º grau obedece ao disposto no artigo 31.º do EPD e demais legislação aplicável.

### PARTE III

### PROCESSO DE CUIDADOS

**Artigo 64.º**  
**Processo de Cuidados**

1. Os cuidados prestados no Centro fazem parte de um sistema integrado de serviços, profissionais de saúde e níveis de cuidados, numa perspetiva de continuum.

2. O processo de cuidados abrange:

- a. O acesso e continuidade de cuidados;

- b. A avaliação do doente;
  - c. Os cuidados prestados;
  - d. A educação do doente e da família.
3. O conceito de família abrange para o efeito a pessoa que cuida do doente, incluindo os profissionais das instituições que asseguram a continuidade de cuidados.

**Artigo 65.º**  
**Equipas para a Prevenção**  
**da Violência em Adultos**

Equipas para a Prevenção da Violência em Adultos (EPVA), tem as competências previstas no n. 4 do Despacho n.º 6378/2013, publicado no Diário da Republica de 16 de maio de 2013

**SECÇÃO I**

**ACESSO E CONTINUIDADE**

**Artigo 66.º**  
**Princípios**

1. O Centro mantém uma plena correspondência entre a sua missão, os serviços disponíveis e as necessidades de saúde dos doentes.
2. Só os doentes a quem o Centro pode prestar os cuidados necessários são nele admitidos.
3. O Centro avalia, planeia e executa planos de melhoria da acessibilidade dos doentes, removendo barreiras que se coloquem no processo dos cuidados médicos e de reabilitação.
4. Os processos de trabalho assentam na coordenação dos serviços disponibilizados, no planeamento da alta, transição e continuidade de cuidados.
5. O acesso dos doentes baseia-se em protocolos de referênciação com os Hospitais e Centros de saúde da sua área de influência, de acordo com o estipulado na RRHMFR. O Centro estabelece uma perfeita articulação com os serviços de medicina física e de reabilitação dos hospitais da sua área de influência e com as

unidades integrantes dos cuidados extra-hospitalares.

6. Nesse sentido, são prestadas às entidades apropriadas e à comunidade informações sobre os serviços, horários de atendimento e a obtenção de cuidados.

### *Artigo 67.º*

#### *Admissão*

1. O processo de admissão de doentes na organização é normalizado e escrito.
2. A política de admissão define o procedimento a seguir quando não há vagas ou há limitações de internamento.
3. A admissão é determinada por critérios e prioridades de saúde estabelecidos em norma interna, sendo todos os médicos fisiatras conhecedores e aptos a aplicar esses critérios.
4. Caso as necessidades do doente não tenham sido previamente determinadas, serão identificadas em consulta externa por um processo de avaliação ou história clínica e exame físico do doente. São feitos e utilizados exames de diagnóstico para determinar as necessidades dos doentes e decidir se são admitidos, transferidos ou referenciados.
5. O Centro possui processos destinados a assegurar a continuidade interna de cuidados ao doente e a coordenação entre os profissionais.
6. Cada doente tem um profissional qualificado responsável pelo seu plano de cuidados identificado perante si e perante os restantes profissionais, sendo o facto registado no processo clínico.
7. O processo clínico do doente está disponível e atualizado para todos os prestadores de cuidados de modo a facilitar a partilha de informações.

### *Artigo 68.º*

1. O Centro adota todos os procedimentos que visam o reforço do

***Unidade Local de Gestão do  
Acesso***

acesso, nomeadamente através dos programas da Consulta a Tempo e Horas (CTH).

O Centro observa os princípios orientadores e as normas atinentes à prestação de serviços de saúde em conformidade com o disposto na Portaria n.º 147/2017, de 27 de abril, que regula o Sistema Integrado de Gestão do Acesso dos utentes ao Serviço Nacional de Saúde (SIGA SNS).

3. Compete à Direção Clínica assegurar os mecanismos de supervisão e acompanhamento da atividade, em articulação com a URGA e a UGA, e designar a composição da Unidade Local de Gestão do Acesso (ULGA), nos termos e em conformidade com o disposto

no Artigo 18º da Portaria n.º 147/2017, de 27 de abril.

***Artigo 69.º  
Referenciação ou alta***

1. A referenciação ou alta e transição de um doente para outra instituição de saúde, para outro local de cuidados, para sua casa ou da família, depende do seu estado clínico e da necessidade de continuidade de cuidados ou apoio.
2. O plano de continuidade de cuidados é iniciado tão cedo quanto possível. O doente e a família participam no mesmo, de acordo com as necessidades do doente.
3. O processo de planeamento de altas é definido em regulamento interno próprio, sob a coordenação da equipa de gestão de alta.
4. Na referenciação ou alta e transição, são dadas aos doentes e, se aplicável, aos seus familiares, por escrito ou da forma que for mais compreensível, instruções de seguimento simples e claras, incluindo eventuais retornos ao CMRRC para controlo, conclusão ou novo plano de cuidados.
5. O CMRRC assegura-se que a entidade destinatária da referenciação tem condições para satisfazer a continuidade de cuidados, facultando-lhe um relatório escrito sobre o estado

clínico do doente e os cuidados prestados.

**Artigo 70.º**

**Transporte exterior**

1. O transporte de doentes rege-se pelas normas legais em vigor.
2. No caso de transporte exterior, incluindo situações de deslocação ocasional, referenciação, transferência ou alta, o doente recebe os cuidados de acompanhamento ditados pela sua situação clínica, com registo no processo clínico.
3. O Centro garante o transporte, na alta, ou providencia para que o mesmo seja assegurado, contactando, se for caso disso, a família ou amigos do doente, no sentido de o providenciarem, de acordo com as condições e estado do doente.

**SECÇÃO II**

**AVALIAÇÃO DO DOENTE**

**Artigo 71.º**

**Avaliação inicial**

1. O âmbito, conteúdo, prazo de realização e repetição das avaliações clínicas pelos diferentes profissionais de saúde são objeto de especificação por escrito.
2. As avaliações são feitas por cada especialidade no âmbito do seu saber, atuação, legislação e regulamentos aplicáveis.
3. A avaliação inicial médica é registada no processo clínico do doente nas primeiras 24 horas após a admissão. A avaliação inicial é realizada em consulta externa pelo médico fisiatra:
  - a. Exame objetivo e história clínica;
  - b. Diagnóstico clínico-funcional;
  - c. Aplicação de protocolo específico por patologia;
  - d. Identificação de necessidades específicas;
  - e. Decisão de regime terapêutico (destino do doente).
4. A avaliação inicial inclui os fatores físicos, psicológicos, sociais e económicos, incluindo o exame físico e os antecedentes do doente.

5. A avaliação inicial inclui a necessidade de planeamento da alta e eventualmente avaliações adicionais especializadas.
6. A equipa terapêutica e serviços responsáveis pelos cuidados prestados colaboram na análise e na integração das avaliações dos doentes.

**Artigo 72.º**  
*Normas de orientação  
clínica e protocolos*

1. As normas de orientação clínica são utilizadas para orientar a avaliação e plano terapêutico dos doentes.
2. O Centro adota protocolos cientificamente validados, refletindo as boas práticas médicas para a implementação do programa terapêutico.

**Artigo 73.º**  
*Reavaliações*

Todos os doentes são reavaliados com periodicidade adequada de modo a determinar a sua resposta ao tratamento e a planear a continuação do mesmo ou a decisão de alta.

### SECÇÃO III

### CUIDADOS AO DOENTE

**Artigo 74.º**  
*Homogeneidade dos  
cuidados*

1. Os doentes com o mesmo tipo de problemas de saúde e necessidades de cuidados recebem cuidados com qualidade homogénea em todo o Centro.
2. Os cuidados prestados ao mesmo universo de doentes, em diferentes locais, são orientados por políticas e procedimentos que resultam na sua prestação uniforme.

**Artigo 75.º**  
*Planeamento e execução  
dos cuidados*

1. O processo de cuidados implica planear e concretizar, monitorizar o doente para compreender os resultados, alterar o plano de cuidados quando necessário, finalizá-lo, planear a continuidade após a alta e o seguimento.
2. Os cuidados são executados por médicos, enfermeiros, farmacêuticos, técnicos de reabilitação e outros prestadores de

cuidados. Cada um tem um papel determinado por licença de prática profissional, credenciais, certificação, legislação e regulamentos, capacidade individual, conhecimento ou experiência do profissional e políticas e descrições de funções internas.

3. O processo de planeamento inclui a identificação e priorização dos tratamentos, procedimentos, plano terapêutico de reabilitação, cuidados de enfermagem e outros, dele havendo registo no processo clínico.
4. O doente e família são incluídos no processo de planeamento.
5. O plano de cuidados é revisto no caso de alteração do estado do doente.

**Artigo 76.º**  
**Coordenação e integração**  
**dos cuidados**

1. A prestação de cuidados é coordenada e integrada por todos os profissionais que cuidam do doente, os quais formam uma equipa interdisciplinar de cuidados com o doente.
2. O Centro utiliza metodologias apropriadas para promover a integração e a coordenação dos cuidados aos doentes, nomeadamente cuidados prestados em equipa, reuniões sobre os doentes entre as diversas unidades funcionais e formas de planeamento de cuidados associados.

**Artigo 77.º**  
**Políticas e procedimentos**  
**específicos**

O Centro estabelece políticas e procedimentos definidos para as seguintes situações: prática de manobras de reanimação, manuseamento, utilização e administração de sangue e de produtos sanguíneos; necessidade de imobilização e cuidados a doentes imobilizados; cuidados a doentes idosos vulneráveis.

**Artigo 78.º**  
**Nutrição**

1. A alimentação é adequada à idade, preferências culturais e dietéticas dos doentes.
2. O doente participa no planeamento e escolha da alimentação e a família pode, se necessário e clinicamente adequado, participar

no fornecimento de alimentos, de acordo com a sua cultura, religião, hábitos e tradições. Neste último caso, são dadas instruções quanto a alimentos contra-indicados e a interações entre alimentos e medicamentos.

3. Com base na avaliação das necessidades, o médico do doente ou profissional qualificado determina os alimentos ou outros nutrientes adequados.
4. É dada aos doentes uma escolha variada de alimentação, compatível com as suas condições nutricionais.

## SECÇÃO IV

## EDUCAÇÃO DO DOENTE E DA FAMÍLIA

**Artigo 79.º**  
*Avaliação das necessidades  
e interação com o doente e  
família*

1. O procedimento inicial do processo educativo é a avaliação das necessidades e do potencial de aprendizagem do doente e família, identificando o conteúdo da mesma, o modo de transmitir os ensinamentos, as condições do doente que determinam a sua preparação e capacidades de aprendizagem.
2. Tais condições incluem crenças e valores, literacia, nível de ensino e linguagem, barreiras emocionais e motivações, limitações físicas e cognitivas e vontade para receber informações.
3. O processo educativo individual permite uma interação adequada entre o doente, a família e os profissionais.

**Artigo 80.º**  
*Conteúdo da educação*

1. A educação centra-se em conhecimentos e capacidades específicos de que o doente e família necessitam nos processos de decisão, participação e continuidade de cuidados (depois da alta, noutra unidade de cuidados ou em casa).
2. A educação do doente e família poderá incluir os seguintes

temas: condição da doença e diagnóstico clínico e funcional, utilização segura de fármacos e de equipamento médico, potenciais interações entre fármacos e alimentação, orientação nutricional e técnicas de reabilitação.

**Artigo 81.º**  
**Cooperação externa**

1. A organização coopera com os recursos da comunidade nos esforços de educação para a promoção da saúde e prevenção da doença.
2. O Centro valoriza o potencial educativo dos doentes com experiência anterior que possa ajudar os atuais doentes no seu processo de reabilitação.

**PARTE IV**

**DISPOSIÇÕES FINAIS**

**Artigo 82.º**  
**Relações com a  
Comunidade**

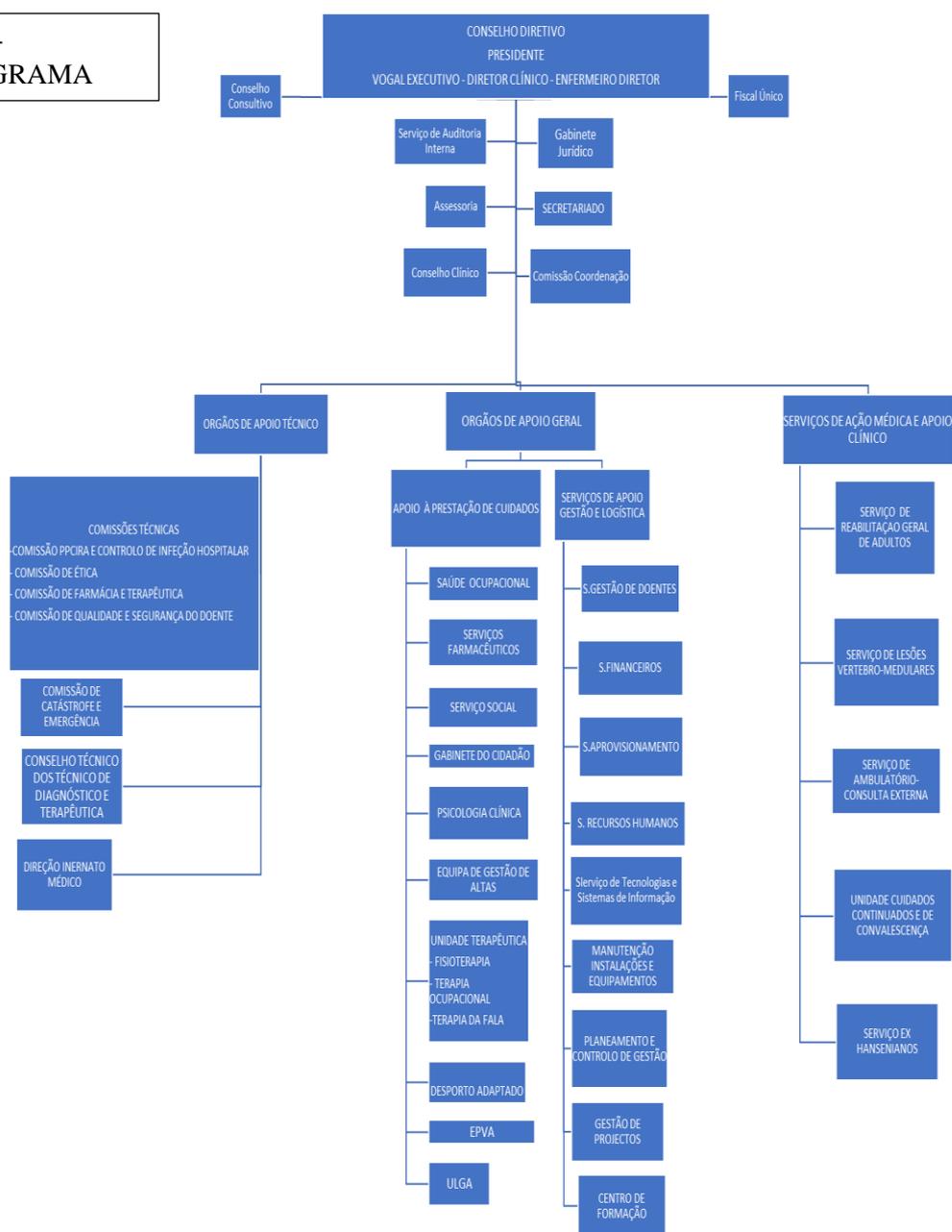
O Centro, no cumprimento da sua missão, mantém relações de cooperação com as organizações da comunidade em que se insere de forma a atingir os elevados valores e objetivos que presidem à sua atividade.

**Artigo 83.º**  
**Organogramas e anexos**

Integram o presente Regulamento, como anexos:

- a. O organograma de gestão que sistematiza a divisão da responsabilidade à longa cadeia hierárquica e onde se identificam os respetivos centros de responsabilidade;
- b. Perfil assistencial e Processo de Cuidados;
- c. Critérios de Admissão e Alta, critérios de prioridade clínica;
- d. Governação clínica e Gestão de risco.

ANEXO 1 -  
ORGANOGRAMA



## **ANEXO 2**

### **Perfil Assistencial do CMRRC**

PERFIL ASSISTENCIAL, MODELO DE CUIDADOS E ARTICULAÇÃO COM OUTROS NÍVEIS DE CUIDADOS

Três princípios fundamentais que integram o espírito do SNS e que presidem aos valores definidos para o CMRRC e presentes em todas as suas ações:

#### **Equidade - Acessibilidade - Qualidade**

De forma a respeitar os valores acima referidos define-se:

1. Perfil assistencial e área de influência;
2. Prioridades clínicas por patologia;
3. Critérios de Admissão e Alta;
4. Articulação com outros níveis de cuidados;
5. Referenciação;
6. Admissão;
7. Programação de alta;
8. Continuidade de cuidados;
9. Monitorização de indicadores de desempenho clínico.

#### **PERFIL ASSISTENCIAL**

Definem-se como Patologias a tratar todas as que determinam forte limitação funcional, e que pelo grau de complexidade e/ou gravidade exijam a intervenção articulada de vários sectores terapêuticos, seja em regime de internamento ou ambulatório.

A área de influência do CMRRC abrange toda a Região Centro servindo uma população de 1 674 660, o que corresponde a 17% da população do território de Portugal Continental, 87 municípios e uma área de 28 405 Km<sup>2</sup> (31% de Portugal continental)

## PATOLOGIAS PRIORITÁRIAS

### 1. Neuro-reabilitação

- a. Lesão Medular (37,5%) traumática e não traumática
- b. Reabilitação Geral de Adultos 62,5%
  - 1. Acidente Vascular Cerebral (40%)
  - 11. Traumatismo Crânio Encefálico (15%)
  - iii. Outras Doenças Neurológicas (15%)
  - iv. Outras patologias (complexas) (10%)
  - v. Amputados
  - vi. Doenças orto-traumatológicas e músculo-esqueléticas

Os serviços estão organizados por Unidades Funcionais:

- 1. Unidades funcionais especializadas por linhas de produção, denominadas Programas Cuidados Especializados:
  - a. **Serviço de Reabilitação Geral de Adultos:** Unidade de Traumatismos Crânio- Encefálicos (TCE), Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC) e Unidade de Outras Patologias.
  - b. **Serviço de Lesões vertebro-medulares** Unidade de Lesões Medulares (LM)
  - c. **Serviço de Ambulatório** - Consultas Externas, Unidade Terapêutica e Meios Complementares de Diagnóstico.
- 2. Unidades de Apoio Clínico: Farmácia, Serviço Social, Psicologia Clínica

e Nutrição.

3. Serviço de Medicina do Trabalho e Saúde Ocupacional

### ORGANIZAÇÃO E MODELO DE CUIDADOS

O Processo de Cuidados abrange:

- Acesso e continuidade de cuidados
- Avaliação clínico-funcional
- Admissão, Programa Terapêutico
- Educação do doente e cuidador
- Alta
- Articulação com outros níveis de cuidados
- Seguimento

### Referenciação

**O CMRRC recebe referenciação de:** Unidades Hospitalares de Agudos; USF; Centros de Saúde; Unidades da RNCCI; Médicos Fisiatras. O acesso deve ser universal, extensível a todo o território nacional, europeu, PALOP's (de acordo com os protocolos existentes). Têm prioridade os cidadãos da área de influência do CMRRC, conforme o artº 2º do presente Regulamento interno.

A referenciação é feita através de pedido específico (por qualquer meio) acompanhado por relatório da condição clínica e funcional do doente com informação do médico fisiatra (quando exista na unidade referenciadora).

Para este efeito poderá ser normalizado impresso próprio ou local no site da Instituição onde possam constar os elementos clínicos considerados necessários e adequados.

Avaliada a adequabilidade da referenciação - marcação de consulta

por prioridade clínica (estabelecendo desde o início tempos limite desejáveis para marcação por tipo de prioridade).

### **Avaliação**

Seguir-se-á a consulta de avaliação inicial a qual poderá ser presencial ou à distância (ex: tele-consulta) onde é decidido o destino do doente (internamento, ambulatório, hospital de dia, não-admissão). Do resultado da consulta e destino do doente é dada informação ao referenciador.

### **Admissão e programa terapêutico**

Na data de Admissão deve ser realizada reunião da equipa terapêutica interdisciplinar que integra o doente e família e coordenada pelo Médico Fisiatra; aí são determinados os objetivos para o período de internamento e elaborada a estratégia terapêutica e o programa de atividades e intervenções.

Atingidos os objetivos procede-se à alta do doente. A Alta começa a sua preparação na hora da decisão de internamento e contempla as necessidades específicas do doente no contexto do destino de alta adequado ao seu estado clínico-funcional e grau de dependência previsível. Inclui as diligências necessárias à melhor articulação de cuidados, ao acompanhamento e apoio domiciliário e sempre que necessário a visita domiciliária para adaptação do domicílio nomeadamente no que se refere a barreiras arquitetónicas.

### **Continuidade e Articulação dos Cuidados - Qualidade**

De primordial importância o estabelecimento da melhor articulação com os serviços

.hospitales existentes, bem como com a rede de Cuidados Primários e a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e Cuidados Domiciliários.

Nas Unidades acima referenciadas não se encontram aspetos concorrenciais diretos, mas sim áreas de sinergia, complementaridade e continuidade de cuidados.

Os destinos de alta possíveis são vários e será essa articulação a jusante essencial para o garante da continuidade dos cuidados necessários ao doente, não obstante o follow-up poder continuar a ser realizado no CMRRC.

NOTA: Pretende-se desenvolver o chamado "patient profile" ou "livro do doente" (equivalente do livro da criança ou da grávida) que deverá sempre acompanhar a pessoa e que constituirá um meio privilegiado de contacto com os restantes níveis de cuidados permitindo manter informação atualizada sobre o doente, facilitando o seu seguimento e sendo ao mesmo tempo um meio de educação para a saúde e onde constará um resumo das intervenções realizadas, cuidados necessário e alertas.

### Domicílio

Articulação com a família e rede de suporte social local (apoios domiciliários, centros de dia,). Previsão das necessidades específicas do doente face ao prognóstico funcional e organização programada atempadamente, antes da alta, incluindo ensino ao cuidador formal ou informal.

### Articulação com Médicos de Família

Através de relatórios de alta circunstanciados e contactos pessoais sempre que necessário, mantendo-se o CMRRC sempre disponível para esclarecimentos adicionais em qualquer altura. Informação para continuidade de cuidados na área da residência.

Através de ações de formação e sensibilização para as questões de saúde (no sentido mais global do termo) relativas às pessoas que tratamos.

### **Articulação com outras Unidades Hospitalares**

com serviço de MFR na área da residência: da mesma forma que a anterior, mas antecipando os contactos antes da alta para que se evitem interrupções no tratamento e continuidade de cuidados.

### **Articulação com RNCCI**

Embora se possa identificar a RNCCI como "potencial concorrente", já que a falta de oferta especializada em MFR conduziu à ocupação de parte desse espaço terapêutico pela RNCCI (para onde são orientados doentes no seguimento de episódios agudos, nomeadamente AVC's e status pós cirurgia ortopédica), tal não será o desejável devendo identificar-se criteriosamente os percursos e fluxos adequados a cada caso, contrariando a atual inversão e subversão do que deveria ser o processo de reabilitação da maioria desses doentes. Consideramos que a RNCCI se deve colocar face aos Centros Especializados de Reabilitação sobretudo a jusante, embora possa estar também a montante, nos casos em que é necessário um período para a desejável estabilização médica do doente em pós agudo imediato (convalescença) e criar assim as condições para que possa usufruir em pleno de um programa terapêutico reabilitador

integral, intensivo, específico e competente.

Esta é uma via de dois sentidos (montante e jusante): se por um lado temos doentes saídos com necessidade de integração e referência para esta rede, também se dará o contrário que será receber doentes provenientes das Unidades da RNCCI, sobretudo das Unidades de Convalescença, designadamente a Unidade instalada no CMRRC.

### Qualidade

O trabalho em equipa interdisciplinar é fundamental para o sucesso da Alta considerando-se como alta adequada aquela que cumpre os critérios de Alta e que assegure ao doente saído os cuidados específicos de que necessita de forma a manter os ganhos em saúde obtidos no CMRRC.

A demonstração da qualidade do serviço far-se-á através da rigorosa medição de indicadores clínicos e funcionais reconhecidos internacionalmente como "melhor estado da arte", registados ao longo do processo terapêutico preferencialmente em sistema informático de suporte à atividade assistencial.

Estes resultados devem ser divulgados a todos os interessados e deverão constituir base para comparação (benchmarking) com centros congêneres nacionais e estrangeiros.

Como credenciais de qualidade pretende-se avançar com a Certificação ISO e com Acreditação Internacional do Programa de Reabilitação.

NOTA: as normas de planeamento de alta são objeto de procedimentos internos dos Serviços de Ação Médica.

## ANEXO 3

### CRITÉRIOS DE ADMISSÃO E ALTA

#### Objetivos do internamento em Reabilitação

- Obtenção da máxima funcionalidade e autonomia
- Obtenção do melhor nível de qualidade de vida (percebida)
- Prover a necessidades específicas de cada doente
- Promover a participação ativa do doente nas tomadas de decisão
- Promover adaptação à nova condição/estilo de vida
- Prevenção de complicações
- Educação do doente e cuidadores
- Reintegração comunitária

#### CRITÉRIOS DE ADMISSÃO

Nota: os critérios abaixo foram determinados em grupo de trabalho constituído por Fisiatras Nacionais e coordenado pelo Prof J. Restuccia. Destinam-se não só a estabelecer normas similares já utilizados preferencialmente por todos os centros nacionais e que se pretende virem a servir como base para a realização de Processo de Revisão de Utilização/Internamento Adequado (PRU).

#### Bloco A

##### Critérios de admissão para internamento em reabilitação

##### **No mínimo 1 dos critérios seguintes deve estar presente**

1. Alterações da mobilidade que afetam significativamente o nível de autonomia e

- funcionalidade.
2. Necessidade de aprendizagem e/ou treino de AVD's, autocuidados, segurança e/ou gestão (management) da disfunção vesical e/ou intestinal.
  3. Independentemente de expectativas de melhoria funcional, o doente tem necessidade de:
    - a) Avaliação de posicionamento em C.R. e sua adaptação
    - b) OU avaliação de benefício/s do uso de ajudas técnicas e sua adaptação
    - c) OU avaliação de benefício/s do uso de tecnologias de apoio e sua adaptação
    - d) OU avaliação vocacional e orientação profissional
    - e) E/OU ensino à família e/ou cuidador
  4. Espasticidade, dor ou outras complicações clínicas com severa deterioração do estado funcional prévio que determinam intervenção especializada fisiatrica ou interdisciplinar.

### **BlocoB**

Condições do doente que devem estar presentes no momento da admissão

Todos devem estar presentes e cumpridos

1. Necessidade de cuidados de reabilitação por equipa de reabilitação interdisciplinar como principal prioridade e:
  - a. Supervisão fisiatrica e cuidados de enfermagem especializados 24 horas.
  - b. **OU** o doente necessita de cuidados por equipa interdisciplinar, consistindo em pelo menos duas modalidades terapêuticas, num mínimo de 3 horas por dia, 5 dias por semana e de supervisão médica (documentada por registos diários de evolução).
2. Doente medicamente estável
  - Diagnóstico e co-morbilidades estabelecidas
  - Problemas médicos (incluindo infeções nosocomiais) controlados e /ou manejáveis num centro de reabilitação não impedindo a participação em programa intensivo de reabilitação
  - Sinais vitais estáveis
  - Integridade cutânea (exceto quando o motivo de admissão seja

- tratamento cirúrgico de úlcera de pressão em doente lesionado medular seguido na instituição)
- Alta dos cuidados agudos com todos os exames de investigação clínica concluídos e plano de seguimento estabelecido.
3. Condições físicas que permitam tolerar, participar ativamente e beneficiar de programa intensivo de reabilitação.
  4. Capacidades cognitivas que permitam participar ativamente e beneficiar de programa intensivo de reabilitação, exceto quando a limitação seja decorrente do diagnóstico de admissão.
  5. Doente deve estar motivado e demonstrar vontade de participação ativa no programa intensivo de reabilitação (não se aplica aos doentes com motivação reduzida decorrente do diagnóstico de admissão)
  6. Potencial de melhoria funcional e estabelecimento de objetivos específicos, mensuráveis, atingíveis e realísticos, em tempo determinado e recompensadores (S.M.A.R.T.E.R)
  7. Sem outra doença que impeça a progressão terapêutica
  8. Opções de alta discutidas.

### **Bloco C**

1. Doente requer tempo de período experimental de duas semanas para exploração e confirmação de existência de potencial para beneficiar de programa de reabilitação intensivo em internamento, i.e., potencial para melhorar a funcionalidade e estabelecer objetivos atingíveis (SMARTER).
2. Necessidade de cuidados de reabilitação por equipa de reabilitação interdisciplinar como principal prioridade e supervisão fisiátrica e cuidados de enfermagem especializados 24 horas.

### **OU**

o doente necessita de cuidados por equipa interdisciplinar, consistindo em pelo menos duas modalidades terapêuticas, num mínimo de 3 horas por dia, 5 dias por semana e de supervisão médica (documentada por registos diários de evolução).

3. Doente medicamente estável
  - Diagnóstico e co-morbilidades estabelecidas
  - Problemas médicos (incluindo infeções nosocomiais) controlados
  - Sinais vitais estáveis
  - Integridade cutânea
  - Alta dos cuidados agudos com todos os exames de investigação clínica concluídos e plano de seguimento estabelecido.
4. Sem outra doença que impeça a progressão terapêutica
5. Opções de alta discutidas

Dias Apropriados de Internamento: para implementação em auditoria do Processo Clínico ao 21º dia de internamento e 14 dias antes da data de alta prevista

(1 SÓ DIA)

Todos os critérios do bloco B

E

Objetivos ainda não atingidos

ou

Todos os critérios do bloco C E

Tempo de internamento inferior a duas semanas

#### CRITÉRIOS DE ALTA

##### Apenas um critério requerido

- Sem melhoria funcional durante duas semanas
- Objetivos do internamento atingidos
- Incapaz de participar no programa de reabilitação intensivo
- Complicação médica que impeça participação no programa de reabilitação por

mais de 5 dias

- obtenção de um estado funcional que já não necessita de cuidados de reabilitação em regime de internamento (podem ser prestados em outro regime de tratamento ou nível de cuidados)
- Alta a pedido do doente
- Sem necessidade de supervisão médica e de cuidados de enfermagem nas 24 horas
- Tempo de período experimental atingido sem confirmação de suficiente potencial para beneficiar de programa de reabilitação intensivo.
- Violação de regras fundamentais de segurança em vigor na instituição (e.g. comportamento agressivo intencional, abuso de substâncias e outros)
- Complicações cirúrgicas que impeçam PRI (programa de reabilitação intensivo)
- Recusa em participar no tratamento ou PRI

### Graus de Prioridade

#### Prioridade Imediata - sind. Guillain Barré (e neuropatias semelhantes)

I .1. doentes portadores de lesão medular com idade inferior a 35 anos

1.1 classificação AIS D

1.2 classificação AIS C

1.3 classificação AIS B

1.4 classificação AIS A

1.2. doentes portadores de lesão medular com idade superior 36 anos e inferior a 65 anos

1.3. doentes portadores de lesão medular com idade superior a 66 anos

II.1. doentes vítimas de AVC recente com idade inferior a 50 anos.

II.2 doentes vítimas de AVC recente com idade superior a 51 anos

III.1 doentes vítimas de traumatismo crânio encefálico - fase pós aguda

IV. (todas as patologias prioritárias) doentes submetidos a programa de reabilitação prévio com:

- Complicações decorrentes de patologia prioritária (bexiga e intestino neurogénicos, dor.
- Reforço/ "refreshment": auto cuidados, mobilidade, segurança

V. outras patologias cuja complexidade e/ou gravidade justifique necessidade de internamento

## **ANEXO 4**

### **GOVERNAÇÃO CLÍNICA**

O Centro de Reabilitação da Região Centro - Rovisco Pais orienta a sua ação de forma transparente, adotando ferramentas e processos de gestão que permitam uma gestão da coisa pública rigorosa nas contas, contida nos custos, com estratégias concertadas de sustentabilidade nos domínios económico, social, ambiental e de qualidade, na dependência das normas dispostas em sede de Regulamento Interno e normas emanadas da tutela, no âmbito do seu Estatuto SPA, estabelecendo compromissos de desempenho assistencial e económico-financeiro.

Pretende-se implementar um modelo e plano de governação clínica que assegure os mais altos standards e um sistema abrangente de melhoria contínua de qualidade que permita demonstrar claramente o compromisso da melhor prestação de serviços clínicos à população servida.

O foco principal da ação do CMRRC-RP é centrado no doente e suas necessidades específicas, aplicando princípios éticos e práticas corretas para prosseguimento dos objetivos contidos nas políticas de saúde estabelecidas.

Políticas oportunas, efetivas, definindo o que é preciso para a resposta às necessidades dos cidadãos são alicerces da boa governação exigida aos Hospitais e Unidades de Saúde.

Recursos humanos, capital, tecnologia e conhecimento são de utilização intensa nos Hospitais e obrigam a uma gestão de rigor e

responsabilização no caminho do desenvolvimento sustentado da organização. A boa governação exige a sua medição, garantindo a credibilidade e sucesso do CMRRC-RP.

Áreas major de governação

- 1. Gestão de Risco Clínico - assegurar a segurança dos serviços prestados e minimizar o risco de erro.** Para além das obrigatórias comissões técnicas será dado particular relevo à segurança de doentes e colaboradores com implementação de uma área de Gestão de Risco que terá como objetivos principais a minimização do erro, a análise de ocorrências e a proposta de ações de melhoria.
  - a. cultura de promoção de reporte de incidentes e riscos
  - b. políticas de gestão de processo de investigação de acidentes/incidentes
    - a. desenvolvimento de políticas de acordo com as melhores práticas baseadas na evidência
    - b. revisão e atualização regular das políticas e processos
  
- 2. Qualidade** - De uma forma integrada e participada pretende-se estabelecer um conjunto de objetivos organizacionais, clínicos e de qualidade e desenvolver os sistemas e processos adequados por forma a garantir o bom funcionamento dos serviços e da prática clínica, com sustentação num conjunto de processos que assegure o maior grau de qualidade de serviço e desenvolvimento dos profissionais.
  - a. Sistema de Gestão de Qualidade e Ambiente que integre e inicie a certificação pelas Normas ISSO 9001 e 14001 e planeie a acreditação do Programa de Reabilitação por entidade externa internacional.
  - b. Considera-se essencial determinar um conjunto de indicadores chave (KPI) clínicos e não clínicos que permitam uma correta e rigorosa

avaliação e monitorização do desempenho da Governação. Os KPI devem ser negociados e estabelecidos com a tutela e por ela monitorizados sistematicamente.

### 3. Eficácia e eficiência Clínica –

Dentro dos indicadores clínicos estes devem, não só abranger a atividade global e similar aos outros Hospitais (demora média, taxa de ocupação, produção quantitativa, etc), mas também e sobretudo incluir um conjunto de indicadores da atividade específica em Medicina de Reabilitação, valorizando a produção qualitativa, mensurável através da utilização de escalas funcionais ( estado clínico-funcional das pessoas tratadas, ganhos funcionais obtidos com a intervenção, destino de alta, retoma do trabalho, participação, etc.). A medição destes indicadores traz consigo a possibilidade de realização de benchmarking com instituições similares nacionais e estrangeiras determinante para um processo de melhoria contínua.

- a. utilização de indicadores para medir e monitorizar o desempenho
- b. utilização de indicadores de qualidade e segurança
- c. representação dos profissionais/colaboradores em comissões consultivas do conselho diretivo
- d. auditorias regulares em áreas de risco e processos clínicos
- e. planeamento de acreditação
- f. indicadores - ver em nota no final

**4. Recursos Humanos** - A estrutura de recursos humanos deve permitir o melhor nível de funcionamento operacional e de racionalidade económica num contexto de modernidade governativa visando o mais alto grau de eficiência clínica e organizacional.

- a. certificação de competências e atualizações
- b. regulamento interno, código de conduta e "manual" de acolhimento ao colaborador
- c. atualização permanente nas áreas clínica, qualidade e segurança
- d. inquérito de satisfação (e informação de retomo aos colaboradores)

**5. Participação e envolvimento do doente e cuidadores no plano de cuidados**

- a. participação na gestão de risco e atividades de melhoria
- b. tratamento atempado de reclamações e sugestões
- c. inquérito de satisfação (e informação dos resultados ao doente e cuidador)
- d. envolvimento nos objetivos do plano de cuidados e outcome
- e. informação pública do desempenho do CMRRC

**INDICADORES TIPO**

- **Taxa de infeções**
- **Higiene das mãos**
- **Quedas**
- **% de reinternamentos não programados**
- **Segurança farmacológica**
- **Úlceras de pressão**
- **Medida de independência funcional**

- Índice de satisfação dos doentes
- Destino de alta