

Impresso	Registo de Informação / Reuniões	IMP.230/01 Data :28/07/16 Página 1 de 18
Serviço de Imagiologia Geral / Serviço de Imagiologia Neurológica		

Tipo de Registo: ATA DE REVISÃO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE
Serviço de Imagiologia Geral

Data: 8 de Fevereiro de 2017 (14h30)

Presentes: José Manuel Fonseca Santos (*Diretor do Serviço*), Cátia Fernandes (*Representante da Gestão de Topo*); Dina Silva (*Coordenadora Técnica*); António Almeida (*Coordenador do GDQ*).

Assuntos Abordados:

Dados Estatísticos de 2016

	Nº Anual de Exames	Percentagem Anual
Ecografia	36778	10,8 %
TC	35688	10,6 %
RM	4912	1,4 %
Angiografia	287	0,1 %
Radiologia Convencional	254576	74,7 %
Mamografia	8317	2,4 %
TOTAL	340558	

1. Política da Qualidade

A Política da Qualidade (ANEXO 1) definida mantém-se atual e adequada, sendo a seguinte:

- Prestar serviços e cuidados de saúde necessários para a realização de exames imagiológicos;
- Garantir a satisfação das necessidades de todos os clientes / utentes;
- Estimular a inovação da qualidade técnica e melhoria contínua dos serviços prestados;
- Assegurar o respeito pelos direitos dos utentes;
- Manter uma atitude de acordo com o código de ética e deontologia profissional no desempenho das funções;
- Sensibilizar e formar os colaboradores para uma melhoria contínua;
- Abranger os fornecedores de materiais e equipamentos do Serviço, verificando que respeitam os padrões de qualidade exigíveis;
- Manter o Sistema de Gestão da Qualidade, segundo a Norma internacional NP EN ISO 9001, garantindo as atualizações necessárias.

2. Objetivos da Qualidade

Os Objetivos da Qualidade (ANEXO 2) definidos no início do SGQ mantêm-se atuais e adequados, sendo os seguintes:

- Satisfação dos colaboradores internos e externos do Serviço de Imagiologia;

Impresso	Registo de Informação / Reuniões	IMP.230/01 Data :28/07/16 Página 2 de 18
Serviço de Imagiologia Geral / Serviço de Imagiologia Neurológica		

- Melhoria das condições de trabalho do Serviço de Imagiologia;
- Otimização da qualidade dos serviços prestados, de forma a aumentar a satisfação pelo Serviço de Imagiologia;
- Promoção da saúde dos trabalhadores e utentes;
- Melhoria da imagem do Centro Hospitalar, através de uma otimização da segurança, dos serviços prestados e da qualidade geral.

3. ENTRADA para a revisão

a) Resultados de auditorias:

O Plano de Auditorias de 2015-2016 foi reportado na anterior Ata de Revisão até ao momento antes das Auditorias Externas e cumprido de acordo com o presente em ANEXO 3.

No dia 22 de Abril de 2016 realizou-se a 1ª Fase da Auditoria Externa (ANEXO 3), da qual surgiram os seguintes resultados:

- 13 Áreas Sensíveis
- 8 Oportunidades de Melhoria

Na sequência da auditoria, foram abertos 13 Pedidos de AC e 8 Pedidos de AP.

Nos dias 31 de Maio, 1 e 2 de Junho de 2016 realizou-se a 2ª Fase da Auditoria Externa (ANEXO 3), da qual surgiram os seguintes resultados:

- 7 Não Conformidades
- 6 Áreas Sensíveis
- 7 Oportunidades de Melhoria

Na sequência da auditoria, foram abertos 7 Pedidos de AC e 10 Pedidos de AP.

b) Retorno da Informação dos Utentes, Clientes Internos e Colaboradores:

As informações relativas aos clientes do Serviço de Imagiologia Geral, foram obtidas através de:

- Análise dos Inquéritos de Satisfação aos Utentes, Clientes Internos e Colaboradores;
- Análise das Sugestões / Reclamações dos Utentes provenientes do Gabinete do Utente;
- Análise das Sugestões dos Colaboradores provenientes da Caixa de Sugestões, localizada em zona comum do Serviço.

Os **Inquéritos de Satisfação aos Utentes** estiveram disponíveis durante todo o ano nas salas de espera das receções do HSM e HPV.

No total foram recolhidos 53 questionários.

Os dados registados foram sujeitos a tratamento estatístico (ANEXO 4), dos quais se destacam os seguintes:

- 29% (1º Semestre) e 41% (2º Semestre) de *Satisfação Geral relativamente ao Serviço*;
- Os itens com maior % de respostas negativas foram a *Satisfação Geral relativamente ao Serviço* (71%), *Informação Prestada pelo Serviço* (79%) e *Tempo de Espera para realização de exame* (79%).

Impresso	Registo de Informação / Reuniões	IMP.230/01 Data :28/07/16 Página 3 de 18
Serviço de Imagiologia Geral / Serviço de Imagiologia Neurológica		

Os **Inquéritos de Satisfação dos Clientes Internos** foram distribuídos em serviços com quem o Serviço de Imagiologia Geral trabalha diretamente, nas várias Direções.

Os Questionários foram entregues, mas ainda nos encontramos em fase de recolha e análise dos mesmos, visto os Serviços Externos não nos terem ainda respondido na sua totalidade.

No Serviço de Imagiologia Geral existe um total de 188 colaboradores, aos quais foram distribuídos os **Inquéritos de Satisfação dos Colaboradores**.

Os Questionários foram entregues, mas ainda nos encontramos em fase de recolha e análise dos mesmos.

Relativamente às **Sugestões / Reclamações dos Utentes, provenientes do Gabinete do Utente**, verificaram-se 82 Reclamações, 19 Pedidos e 18 Louvores.

Os dados registados foram sujeitos a tratamento estatístico (ANEXO 5), dos quais se destacam os seguintes:

- 69% de Reclamações, 16% de Pedidos e 15% de Louvores;
- Das reclamações, a maioria foram relacionadas com os tempos de espera para marcação e realização de exames e com o atendimento inadequado por parte de profissionais do serviço;
- Comparando com o ano de 2015, verificaram-se mais 7 reclamações, mais 2 Pedidos e mais 14 Louvores.
- No total de processos, verificaram-se mais 23 do que em 2015, sendo 97% do HSM e 3% do HPV.

As Reclamações deram origem à abertura de 5 Pedidos de AC-AP (1º Semestre) e de 5 Pedidos de AC-AP (2º Semestre).

Os louvores foram comunicados individualmente aos profissionais em causa e afixados em zona comum do Serviço.

Relativamente às **Sugestões dos Colaboradores provenientes da Caixa de Sugestões** (ANEXO 6), verificaram-se 12 sugestões, correspondendo a um total de 12 itens, dizendo respeito às seguintes áreas:

- Ética e Disciplina Laboral (3 itens);
- Documentação da Qualidade (2 itens);
- Equipamentos e Instalações (2 itens);
- Gestão de Materiais (2 itens);
- Formação (1 item);
- Higiene (1 item);
- Segurança (1 item).

Destes itens, 9 foram resolvidos, nenhuma ficou pendente e 3 não tiveram seguimento.

A estes últimos não foi dado seguimento, por a Coordenação Técnica não considerar pertinentes.

c) Desempenho do processo e conformidade do produto

O Sistema de Gestão da Qualidade envolve Processos Operacionais e Atividades de Suporte.

Processos Operacionais:

- Marcação de Exames;
- Identificação e Registo de Utentes;

Impresso	Registo de Informação / Reuniões	IMP.230/01 Data :28/07/16 Página 4 de 18
Serviço de Imagiologia Geral / Serviço de Imagiologia Neurológica		

- Realização de Exames;
- Elaboração, Validação e Disponibilização de Relatório.

Atividades de Suporte:

- Requisição a Compras;
- Gestão de Documentos;
- Gestão da Formação;
- Gestão de Equipamentos e Instalações;
- Auditorias da Qualidade;
- Avaliação da Satisfação de Utentes;
- Avaliação da Satisfação de Colaboradores;
- Tratamento de Não Conformidades e Reclamações;
- Ações Corretivas e Preventivas;
- Gestão da Informação;
- Revisão e Planeamento do Sistema de Gestão da Qualidade.

❖ **MARCAÇÃO DE EXAMES**
❖ **IDENTIFICAÇÃO E REGISTO DE UTENTES**

Indicador:

- Tempo de Espera Médio para Atendimento na Recepção.

Metas de 2016:

- A-Mama e RM < 7 min
- B-Ecografia < 6 min
- C-TC < 7 min
- D-RX < 6 min
- E-Atend.Geral < 9 min

Resultados:

Este indicador contempla o tempo desde que o utente tira a senha na receção até que é completo o atendimento pelo Assistente Técnico, no que diz respeito à marcação, identificação e registo.

Em 2016, o tempo de espera médio para atendimento na receção do HSM, por tipo de senha (ANEXO 7), foi o seguinte:

2016	1º SEMESTRE	2º SEMESTRE
A – Mamografia e RM	3 min 11 s	3 min 32 s
B – Ecografia	2 min 19 s	2 min 26 s
C – TC	3 min 21 s	3 min 14 s
D – RX	2 min 37 s	2 min 52 s
E – Atendimento Geral	3 min 30 s	3 min 33 s

Todos estes tempos foram considerados aceitáveis, tendo em conta o elevado n.º de utentes que são atendidos no Serviço e permitiram atingir as metas propostas.

Metas para 2017:

- A-Mama e RM < 5 min
- B-Ecografia < 5 min
- C-TC < 5 min

Impresso	Registo de Informação / Reuniões	IMP.230/01 Data :28/07/16 Página 5 de 18
Serviço de Imagiologia Geral / Serviço de Imagiologia Neurológica		

- D-RX < 5 min
- E-Atend.Geral < 5 min

❖ REALIZAÇÃO DE EXAMES

Indicadores:

- Tempo Médio de Permanência no Serviço até ao término do exame;
- Taxa de Aceitação da Qualidade da Imagem Radiológica.

Metas de 2016:

- Mamografia = < 4 h
- RM < 4 h
- Ecografia < 3 h
- TC < 2 h
- RX < 45 min

Resultados:

Para o processo da Realização de Exames, considerámos fundamental a existência destes 2 indicadores, um quantitativo (tempo médio de permanência no Serviço até ao término do exame) e outro qualitativo (taxa de aceitação da qualidade da imagem radiológica), uma vez que é um dos principais processos do SGQ, que envolve a realização de todo o tipo de exames nas diversas valências do Serviço.

Em 2016, o tempo médio de permanência no serviço até ao término do exame, por tipo de exame (ver ANEXO 8), foi de:

2016	1º SEMESTRE	2º SEMESTRE
Mamografia	59 min 46 s	1 h 03 min 53 s
RM	1 h 00 min 19 s	59 min 55 s
Ecografia	59 min 54 s	1 h 03 min 46 s
TC	59 min 48 s	1 h 04 min 01 s
RX	59 min 16 s	59 min 36 s

Todos os tempos foram considerados aceitáveis e reduziram relativamente ao ano anterior.

As metas de 2016 foram todas superadas, à exceção dos exames de RX, onde se verificou uma média de 59 min. nos 2 semestres, acima dos 45 min. propostos como meta.

Em 2016, tínhamos colocado a meta abaixo dos 45 min. no RX, visto ter-se iniciado o protocolo *Open Door* a partir de Abril, que consistia na realização destes exames no próprio dia antes da consulta do utente. Contudo verificou-se um contratempo que não nos permitiu alcançar essa meta, que foram as

diversas avarias do equipamento radiológico da Consulta de Ortopedia, que fez com que durante vários dias intermitentes todos os utentes da Consulta de Ortopedia tivessem que subir ao piso 2 do HSM para realizar os seus exames. Isso conduziu a um aumento de utentes diários para RX, levando a um aumento inevitável dos tempos de permanência no RX.

Em relação à qualidade da imagem radiológica, a Coordenação Técnica, realizou uma reunião no dia 28/11/2016 (ver ANEXO 8), onde ficou deliberada a definição de 10 critérios de avaliação, para os exames de Mamografia, TC, RM, Radiologia Convencional e Angiografia.

Impresso	Registo de Informação / Reuniões	IMP.230/01 Data :28/07/16 Página 6 de 18
Serviço de Imagiologia Geral / Serviço de Imagiologia Neurológica		

Nesta reunião ficou definida a metodologia de avaliação, que consiste na observação trimestral de 10 imagens de cada uma das valências por 3 Técnicos de Radiologia, escolhidos aleatoriamente pela Coordenação Técnica, de acordo com os critérios definidos, para análise futura.

Ficou também definido na reunião que a análise deste indicador qualitativo começaria em 2017, não havendo por isso ainda qualquer dado de 2016.

Metas para 2017:

Tempo Médio de Permanência no Serviço até ao término do exame:

- Mamografia = < 2 h
- RM < 2 h
- Ecografia < 1 h 30 min
- TC < 2 h
- RX < 1 h

Taxa de Aceitação da Qualidade da Imagem Radiológica:

- Sem definição de metas, por prática em fase de divulgação / integração.

❖ ELABORAÇÃO, VALIDAÇÃO E DISPONIBILIZAÇÃO DE RELATÓRIO

Indicadores:

- Tempo Médio de Disponibilização de Relatório;
- Taxa de Aceitação da Qualidade do Relatório Médico.

Metas de 2016:

- Mamografia = ≤ 15 d
- RM ≤ 15 d
- Ecografia ≤ 15 d
- TC ≤ 15 d
- RX ≤ 15 d
- Angiografia ≤ 15 d

Resultados:

Para o processo da Elaboração, Validação e Disponibilização de Relatório, considerou-se inicialmente a existência de 2 indicadores, um quantitativo (tempo médio de disponibilização de relatório) e outro qualitativo (taxa de aceitação da qualidade do relatório médico).

Contudo, por decisão do Diretor do Serviço, retirou-se o indicador qualitativo, por dificuldade em definir critérios e metodologias de avaliação unânimes entre todos os profissionais e por se considerar que a metodologia atual existente é eficiente no sentido de garantir a qualidade dos relatórios médicos.

Atualmente, o método consiste na revisão de todos os relatórios efetuados por Médicos Internos por parte dos seus tutores Médicos Especialistas, que executam a validação final do mesmo. Em reunião semanal, são discutidos entre os Médicos Especialistas e o Diretor de Serviço, casos pertinentes / duvidosos para validação final do relatório médico, o que permite garantir a qualidade dos mesmos.

Impresso		
Serviço de Imagiologia Geral / Serviço de Imagiologia Neurológica	Registo de Informação / Reuniões	IMP.230/01 Data :28/07/16 Página 7 de 18

Em 2016, o tempo médio de disponibilização de relatório, por tipo de exame (ver ANEXO 9), foi de:

2016	1º SEMESTRE	2º SEMESTRE
Mamografia	6 d 23 h	5 d 1 h
RM	5 d 22 h	4 d 14 h
Ecografia	14 h	14 h
TC	2 d 14 h	2 d 2 h
RX	5 d 2 h	3 d 2 h
Angiografia	5 d 9 h	1 d

Todos os tempos foram considerados aceitáveis e reduziram relativamente ao ano anterior.

As metas de 2016 foram todas superadas, esperando-se manter o cumprimento para 2017.

Metas para 2017:

Tempo Médio de Disponibilização de Relatório:

- Mamografia ≤ 10 dias
- Ecografia ≤ 5 dias
- RM ≤ 10 dias
- TC ≤ 10 dias
- RX ≤ 10 dias
- Angiografia ≤ 10 d

Taxa de Aceitação da Qualidade do Relatório Médico:

- Indicador retirado, por decisão do Diretor do Serviço.

❖ REQUISIÇÃO A COMPRAS

Indicadores:

- Avaliação de Fornecedores;
- N.º de Materiais Não Conforme.

Metas de 2016:

≥ 2,5

Resultados:

Em relação aos Fornecedores (ANEXO 10), a avaliação por cada um foi a seguinte:

2016	1º SEMESTRE	2º SEMESTRE
Centro de Formação	4	4
Gestão Técnico-Farmacêutica	3	2,5
Logística e Stocks	2	1
Saúde Ocupacional	4	4
SIE	2	1
SSI	3,5	3,5

Impresso	Registo de Informação / Reuniões	IMP.230/01 Data :28/07/16 Página 8 de 18
Serviço de Imagiologia Geral / Serviço de Imagiologia Neurológica		

Os fornecedores com pior pontuação e que não atingiram as metas propostas foram a Logística e Stocks (1) e o SIE (1).

As principais situações a apontar à Logística e Stocks foram os registos de material não conforme, proveniente dos Hoteleiros (34+46) e correspondente à entrega incorreta de lençóis, fronhas e outros.

As principais situações a apontar ao SIE foram as resoluções de folhas de obra de equipamentos radiológicos superiores a 10 dias úteis (14+4) e as resoluções de folhas de obra de instalações superiores a 1 mês (1+4).

As avaliações foram comunicadas aos fornecedores no final de cada semestre, não tendo contudo surtido efeito positivo, pois nos fornecedores que tinham nota mais baixa no 1º semestre, a nota no 2º semestre baixou.

Em relação ao Nº de Materiais Não Conforme (ANEXO 10), os resultados foram os seguintes:

2016	1º SEMESTRE	2º SEMESTRE
Fornecimentos não conformes do Serviço de Hoteleiros	34	46
Material fora do prazo de validade e / ou mal acondicionado	10	21
TOTALS	44	67

Em relação ao ano anterior, verificou-se um aumento, coincidindo com a prática mais sistematizada e correta de registo destes materiais por parte da Coordenação Técnica e Grupo de Enfermagem.

Metas para 2017:

Avaliação de Fornecedores com uma pontuação acima de 2,7.

Nº de Materiais Não Conforme abaixo de 50 por semestre.

❖ GESTÃO DA FORMAÇÃO

Indicadores:

- Taxa de Cumprimento do Plano Anual de Formação.

Metas de 2016:

> 70%

Resultados:

É de salientar o maior número de formações realizadas (mais 10), em relação ao ano anterior e o cumprimento das metas propostas.

Relativamente ao cumprimento do Plano de Formação de 2016 (ANEXO 11), regista-se o adiamento de 4 formações: **2º Curso de Imagiologia para AO no HSM (Outubro), Estudo Radiológico do Ouvido (26 Outubro), Ergonomia em Radiologia (12 Novembro) e Suporte Básico de Vida (Novembro).**

O 2º Curso de Imagiologia para AO no HSM não se realizou por indisponibilidade do Serviço em libertar as pessoas dos seus postos de trabalho, visto ter coincido com um período de muitas faltas de trabalhadores.

As restantes não se realizaram, por a Coordenação Técnica ter considerado ser melhor para o Serviço adiar as mesmas.

Como tal, foram todas incluídas no Plano de Formação de 2017.

Disto resulta uma Taxa de Cumprimento do Plano de Formações de 77,7% (14 realizadas, num total de

Impresso	Registo de Informação / Reuniões	IMP.230/01 Data :28/07/16 Página 9 de 18
Serviço de Imagiologia Geral / Serviço de Imagiologia Neurológica		

18), permitindo superar a meta proposta.

Na avaliação da eficácia das formações realizadas em 2016, foram definidos critérios próprios para cada formação, encontrando-se estes referidos bem como a sua avaliação em quadro presente no ANEXO 11.

Metas para 2017:

Para 2017 já foi aprovado o Plano de Formações (ANEXO 11), o qual prevê um mínimo de 18 formações, podendo ser incluídas outras consideradas de utilidade para o Serviço, pela Direção e Coordenação Técnica.

Para 2017, prevê-se uma Taxa de Cumprimento do Plano Anual de Formação, acima dos 75%

❖ **GESTÃO DE EQUIPAMENTOS E INSTALAÇÕES**

Indicadores:

- Taxa de Cumprimento dos Planos de Manutenção dos Equipamentos Radiológicos;
- Taxa de Cumprimento dos Planos de Calibração;
- Custos de Reparações dos Equipamentos Radiológicos;
- Taxa de Avarias de Equipamentos Radiológicos;
- Taxa de Conformidade dos EPRI;
- Taxa de Conformidade de IPs;
- Nº de Falhas do Sistema informático por Mês;
- Taxa de Avarias de Equipamentos Informáticos.

Metas de 2016:

A Taxa de Cumprimento dos Planos de Manutenção dos Equipamentos Radiológicos prevê-se que seja superior a 85%.

A Taxa de Cumprimento dos Planos de Calibração prevê-se que se mantenha nos 100%.

As Reparações dos Equipamentos Radiológicos prevê-se que tenham um custo total inferior a 74.000 €.

A taxa de avarias mensal de equipamentos radiológicos no período de 2015 prevê-se que seja inferior a 130%.

A taxa de conformidade dos EPRI em 2015 prevê-se que seja superior a 97%.

A taxa de conformidade de IPs em 2015 prevê-se que seja superior a 98%.

O nº de falhas do sistema informático por mês, prevê-se que seja inferior a 4.

Resultados (ANEXO 12):

A Taxa de Cumprimento dos Planos de Manutenção dos Equipamentos Radiológicos foi de 85,5%, pois num total de 83 intervenções, foram cumpridas 71, tendo sido a meta atingida.

A Taxa de Cumprimento dos Planos de Calibração foi de 100%, tendo sido a meta atingida.

As Reparações dos Equipamentos Radiológicos tiveram um custo total de 246.870 €, resultado muito superior à meta proposta. Tal deve-se ao tempo de vida muito elevado de alguns equipamentos radiológicos e ao cancelamento de diversos contratos de manutenção por parte do SIE do CHLN.

A taxa de avarias de equipamentos radiológicos no 1º semestre de 2016 foi de 108% e no 2º semestre reduziu para 57% (valores retirados na consulta da Pasta de Registos de Avaria), resultados que se encontram de acordo com a meta proposta.

A taxa de conformidade dos EPRI em 2016 foi de 96,5%, tendo sido a meta atingida.



Impresso

Serviço de Imagiologia Geral /
Serviço de Imagiologia Neurológica

Registo de Informação / Reuniões

IMP.230/01
Data :28/07/16
Página **10** de **18**

A taxa de conformidade de IPs em 2016 foi de 97,8%, tendo sido a meta atingida.

O nº de falhas do sistema informático por mês, no 1º semestre de 2016 foi de 2,2, tendo subido para 3,2 no 2º semestre (valor retirado dos registos do Webmail-Grupo Informática e aplicação InocAgent®), o que está de acordo com a meta proposta.

A taxa de avarias mensal de equipamentos informáticos no 1º semestre foi de 13,9%, tendo diminuído para 8,3% no 2º semestre (valor retirado dos registos do Webmail-Grupo Informática e aplicação InocAgent®), o que está de acordo com a meta proposta.

Metas para 2017:

A Taxa de Cumprimento dos Planos de Manutenção dos Equipamentos Radiológicos prevê-se que seja superior a 85%.

A Taxa de Cumprimento dos Planos de Calibração prevê-se que se mantenha nos 100%.

As Reparações dos Equipamentos Radiológicos prevê-se que tenham um custo total inferior a 250.000 €.

A taxa de avarias de equipamentos radiológicos prevê-se que seja inferior a 110%.

A taxa de conformidade dos EPRI prevê-se que seja superior a 97%.

A taxa de conformidade de IPs prevê-se que seja superior a 98%.

O nº de falhas do sistema informático por mês, prevê-se que seja inferior a 3,5.

A taxa de avarias mensal de equipamentos informáticos prevê-se que seja inferior a 20%.

❖ **AUDITORIAS DA QUALIDADE**

Indicador:

- N.º de NC e OBS detetadas nas Auditorias Internas.

Metas de 2016:

Em 2016, previa-se a realização de 2 Auditorias Internas, tal como em 2015, esperando-se que fossem detetadas menos de 20 NC e menos de 10 OBS, o que seria indicativo de melhoria da qualidade no SGQ.

Resultados:

Nos dias 2 e 3 de Março de 2016 realizou-se a 2ª Auditoria Interna, da qual surgiram os seguintes resultados:

- 5 Não Conformidades
- 6 Observações

Depois desta 2ª auditoria interna, ocorreram a 1ª e 2ª fases das auditorias externas, que terminaram com a aprovação da certificação do Serviço de Imagiologia Geral do CHLN, em Agosto de 2016.

Até ao final desse ano, o GDQ considerou que não seria necessária a realização de mais nenhuma auditoria interna, mas apenas de uma revisão documental do SGQ, que ocorreu em Outubro de 2016.

Impresso			Registo de Informação / Reuniões			IMP.230/01 Data :28/07/16 Página 11 de 18
Serviço de Imagiologia Geral / Serviço de Imagiologia Neurológica						

Dessa revisão documental, obtivemos os seguintes resultados:

	NORMAS	PROCEDIMENTOS	INSTRUÇÕES TRABALHO	IMPRESSOS	Total
Numerário	29	37	342	300	708
Redução	27,6%	13,5%	63,5%	24,3%	27,2%
Novos	5	0	20	13	38
Revisões	2	0	18	102	122
Obsoletos	8	5	217	73	303
Sem Alterações	14	32	87	112	245

Total de Documentos em 2015 = 973

Total de Documentos em 2016 = 708

Ficou definido pelo GDQ que apenas seria necessária realizar uma auditoria interna em Fevereiro de 2017, antes das próximas auditorias externas.

Metas para 2017:

Em 2017, prevê-se a realização de 1 Auditoria Interna, tal como em 2016, esperando-se que sejam detetadas menos de 9 NC e menos de 9 OBS, o que seria indicativo de melhoria da qualidade no SGQ.

❖ **AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS UTENTES E CLIENTES INTERNOS**

Indicador:

- Taxa de Satisfação dos Utentes;
- Taxa de Satisfação dos Clientes Internos.

Metas de 2015:

Em 2016, previa-se a manutenção ou aumento das Taxas de Satisfação dos Utentes e Clientes Internos, sempre acima dos 95%.

Resultados:

Para aferir a Taxa de Satisfação dos Utentes, foi analisado o Relatório dos Inquéritos de Satisfação (ANEXO 4), nomeadamente o item da *Satisfação relativamente ao Serviço*, tendo chegado aos valores de 29% (1º semestre) e de 41% (2º semestre) de respostas positivas.

Verificaram-se grandes diminuições relativamente ao ano anterior, não tendo sido possível alcançar as metas propostas.

Creemos que tal, deveu-se à alteração da metodologia de disponibilização dos inquéritos de satisfação, uma vez que estes ficaram disponíveis durante todo o ano na sala de espera do HSM, estando sempre disponíveis para os utentes preencherem.

Na análise que fazemos, concluímos que estes inquéritos não espelham a realidade do Serviço e que, mostram que os utentes preenchem estes impressos como modo de reclamação.

Para aferir a Taxa de Satisfação dos Clientes Internos, foi analisado o Relatório dos Inquéritos de Satisfação (ANEXO 4), nomeadamente o item da *Avaliação Geral do Serviço*, tendo chegado a um valor de X% de respostas positivas.

Metas para 2017:

Taxa de Satisfação dos Utentes superior a 60%.

Taxa de Satisfação dos Clientes Internos superior a 90%.



Impresso	Registo de Informação / Reuniões	IMP.230/01 Data :28/07/16 Página 12 de 18
Serviço de Imagiologia Geral / Serviço de Imagiologia Neurológica		

❖ AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS COLABORADORES

Indicadores:

- Taxa de Satisfação dos Colaboradores;
- Taxa de Resolução das Reclamações / Sugestões dos Colaboradores.

Metas de 2016:

Em 2016, prevê-se que a Taxa de Satisfação dos Colaboradores se mantenha acima dos 95% e a Taxa de Resolução das Reclamações / Sugestões acima dos 70%.

Resultados:

Para aferir a Taxa de Satisfação dos Colaboradores, será analisado o Relatório dos Inquéritos de Satisfação (ANEXO 4), nomeadamente o item da *Satisfação relativamente ao Serviço*. De momento, ainda não estão disponíveis os resultados totais.

Para aferir a Taxa de Resolução das Reclamações / Sugestões dos Colaboradores, foram analisados os registos dos impressos de Sugestão (ANEXO 6), tendo chegado aos seguintes valores por trimestre:

- 1º Trimestre = 50%
- 2º Trimestre = 100%
- 3º Trimestre = 75%
- 4º Trimestre = 100%

Metas para 2017:

Taxa de Satisfação dos Colaboradores acima de 75%.
Taxa de Resolução das Reclamações / Sugestões dos Colaboradores acima de 70%.

❖ TRATAMENTO DE NÃO CONFORMIDADES E RECLAMAÇÕES

Indicadores:

- N.º de Reclamações que deram origem à abertura de uma AC-AP.

Metas de 2016:

Tendo em conta que os Resultados se encontravam em monitorização, não foi possível a definição de metas para 2016.

Resultados:

Relativamente às reclamações de 2016, provenientes do Livro de Reclamações do Gabinete do Utente (ANEXO 5), foram abertos 5 Pedidos de AC-AP no 1º semestre e 5 no 2º semestre.

As reclamações que deram origem à abertura de AC-AP foram relacionadas com atendimento inadequado por parte de profissionais do serviço, falhas médicas e administrativas na redação e confirmação de relatório e na redação de declaração de presença.

Metas para 2017:

Para 2017, pretende-se que haja menos de 15 reclamações a originar uma abertura de AC-AP.

❖ AÇÕES CORRETIVAS E PREVENTIVAS

Indicador:

- Taxa de resolução das AC-AP abertas.

Metas de 2016:

Em 2016, previa-se uma taxa de resolução das AC superior a 90% e uma taxa de resolução das AP superior a 75%.

Impresso	Registo de Informação / Reuniões	IMP.230/01 Data :28/07/16 Página 13 de 18
<p>Serviço de Imagiologia Geral / Serviço de Imagiologia Neurológica</p>		

Resultados:

Em 2016 foram abertas 102 AC e 26 AP (ANEXO 13). Destas foram resolvidas 101 AC e 18 AP, o que corresponde a uma taxa de resolução de 99% e 69%, respetivamente.
Tal demonstra que a meta proposta não foi atingida na sua totalidade, visto a taxa de resolução de AP ter ficado abaixo dos 75%.

Metas para 2017:

Em 2017, prevê-se uma taxa de resolução das AC superior a 75% e uma taxa de resolução das AP superior a 75%.

❖ **GESTÃO DA INFORMAÇÃO**

Indicador:

- N.º de Sugestões dos Colaboradores.

Metas de 2016:

Em 2016, prevê-se a existência de mais de 20 Sugestões, o que seria indicativo da importância e relevância do processo da Gestão da Informação.

Resultados:

Em 2016, verificaram-se 12 Sugestões dos Colaboradores, provenientes da Caixa de Sugestões que está presente em zona comum do Serviço (ANEXO 6), o que correspondeu a um número abaixo da meta traçada.
Cremos que o reduzido número deveu-se ainda à juventude do SGQ e à falta de hábito dos colaboradores em materializar por escrito as suas ideias ou sugestões.

Metas para 2017:

Em 2017, prevê-se a manutenção da meta acima das 20 Sugestões, pois cremos ser o número mínimo adequado ao número de colaboradores existentes e indicativo da importância e relevância do processo da Gestão da Informação.

❖ **REVISÃO E PLANEAMENTO DO SGQ**

Indicador:

- Taxa de Cumprimento das Metas.

Metas de 2016:

Sem definição de metas, pelos dados estarem em monitorização.

Resultados:

Dos 25 indicadores do SGQ, foram propostas 21 metas para 2016.
Disto resulta que 4 indicadores não tiveram uma meta traçada, pois encontravam-se em fase de integração / monitorização.
Das 21 metas traçadas, 12 foram superadas e 9 não, o que dá uma Taxa de Cumprimento das Metas de 57%.

Metas para 2017:

Taxa de Cumprimento das Metas acima dos 60%..

d) Estado das Ações Preventivas e Corretivas

As AC e AP abertas em 2016 (ANEXO 13), tiveram diversas origens:
- Auditorias Internas (5 AC e 6 AP);



Impresso	Registo de Informação / Reuniões	IMP.230/01 Data :28/07/16 Página 14 de 18
Serviço de Imagiologia Geral / Serviço de Imagiologia Neurológica		

- Auditorias Externas (26 AC e 13 AP);
- Avaliação de Fornecedores (44 AC);
- Firmas prestadoras de serviços (1 AC);
- Reclamações (12 AC e 11 AP);
- Inquéritos de Satisfação (2 AP);
- Sugestões dos Colaboradores (4 AC e 3 AP);
- Outros (1 AC).

No total foram abertas 93 AC e 35 AP. Destas foram resolvidas 92 AC e 29 AP, o que corresponde a uma taxa de resolução de 99% e 83%, respetivamente.

A AC pendente diz respeito às requisições em papel efetuadas pelos Médicos na Consulta de Ortopedia, que ainda não teve uma resolução definitiva.

As AP pendentes dizem respeito à realização de uma formação específica para Assistentes Técnicos do Serviço, em atendimento ao público, já integrada no plano de formação de 2017.

e) Seguimento de ações resultantes de anteriores revisões pela gestão

No ano anterior, foram apresentadas recomendações de melhoria em relação à definição de NRD para as diversas valências do Serviço; otimização das doses de radiação através da aquisição de uma aplicação de Gestão da Dose; realização de reuniões periódicas entre o grupo de Técnicos de Radiologia, promovendo a formação e investigação; realização de diversas atividades de *teambuilding*, de forma a motivar e fortalecer o espírito de equipa entre os diversos tipos de profissionais do Serviço.

Quanto à definição de NRD, foram iniciados pelo grupo de Técnicos de Radiologia, diversos trabalhos e projetos de investigação em 2016, nomeadamente nas áreas da Angiografia, Radiologia Convencional e TC – estudos pediátricos.

Neste momento, já existe um protocolo específico para a realização de radiografias em recém-nascidos com equipamentos portáteis.

Na Angiografia, foi apresentado a nível interno hospitalar um trabalho de investigação, com referência aos níveis de redução de dose e posicionamentos mais adequados dos profissionais na sala de intervenção.

Em 2016, apostou-se bastante na formação interna, nomeadamente ao nível do grupo de Técnicos de Radiologia, sendo isso comprovado pelo maior número de horas de formação.

Quanto às atividades de *teambuilding*, foram realizadas mais relativamente ao ano anterior, tais como, futsal, passeios pedestres e espeleologia.

f) Alterações que possam afetar o SGQ

Em Março de 2016, ocorreu alteração na Direção do Serviço de Imagiologia Geral, com a tomada de posse do novo Diretor, Dr. José Manuel Falcão Fonseca Santos.

Na realização e aprovação da Ata anterior já esteve presente o novo Diretor, assumindo a continuação de todos os processos e documentos aprovados pela sua antecessora no cargo, e aprovando a continuação da Téc. Cátia Fernandes como representante da Gestão de Topo.

g) Recomendações para melhoria

Foram apresentadas recomendações para melhoria nas áreas de Segurança, Equipamentos, Formação, Ética e Disciplina Laboral:

- Definição de NRD para as diversas valências do Serviço;
- Otimização das doses de radiação, através da aquisição de uma aplicação de Gestão da Dose;
- Realização de *upgrade* à TC3 e ao Ecógrafo da Mamografia;

Impresso	Registo de Informação / Reuniões	IMP.230/01 Data :28/07/16 Página 15 de 18
<p>Serviço de Imagiologia Geral / Serviço de Imagiologia Neurológica</p>		

- Aquisição de 2 novos equipamentos angiógrafos;
- Realização de um encontro nacional de Técnicos de Radiologia organizado pelo Serviço, com a designação de 1ª Radiologia de Fusão;
- Realização de diversas atividades de *teambuilding*, de forma a motivar e fortalecer o espírito de equipa entre os diversos colaboradores do Serviço.

4. SAÍDA da revisão

a) Melhoria da eficácia do SGQ e dos seus processos

❖ REALIZAÇÃO DE EXAMES

Para reduzir o tempo médio de permanência no Serviço para realização de RX, prevê-se a alteração de horários de marcação dos exames, fora do horário dos utentes da Consulta de Ortopedia, que vêm ao Serviço da parte da tarde e em grande número.

Em relação à qualidade da imagem radiológica, depois de deliberada a definição dos 10 critérios de avaliação, para os exames de Mamografia, TC, RM, Radiologia Convencional e Angiografia, terá início em 2017 a análise deste indicador segundo a seguinte metodologia: observação trimestral de 10 imagens de cada uma das valências por 3 Técnicos de Radiologia, escolhidos aleatoriamente pela Coordenação Técnica, de acordo com os critérios definidos, para análise futura.

❖ ELABORAÇÃO, VALIDAÇÃO E DISPONIBILIZAÇÃO DE RELATÓRIO

Para manter os tempos médios de disponibilização dos relatórios, prevê-se a aquisição de mais licenças de gravação de relatórios com reconhecimento de voz para os Médicos do Serviço, bem como agilizar mais os procedimentos administrativos no que diz respeito à correta inscrição dos dados do utente (com indicação do nome do Médico) na aplicação Glintt®.

❖ REQUISIÇÃO A COMPRAS

Em relação à Avaliação de Fornecedores, as situações mais pertinentes dizem respeito à Logística e Stocks e ao SIE.

Quanto à Logística e Stocks, para ultrapassar os constantes fornecimentos não conformes de material hoteleiro, a Coordenação Técnica irá continuar a abrir AC por cada falha, reportando a partir deste ano com conhecimento para o Conselho de Administração do CHLN.

No que diz respeito ao SIE, para ultrapassar as constantes resoluções de avarias com tempos superiores ao limite definido pelo Serviço, a Coordenação Técnica irá continuar a abrir AC por cada falha, reportando a partir deste ano com conhecimento para o Conselho de Administração do CHLN.

❖ GESTÃO DA FORMAÇÃO

Para atingir a meta de uma maior taxa de cumprimento do plano de formações, prevê-se uma divulgação mais atempada das formações (folhetos e posters afixados com pelo menos 2 semanas de antecedência) e a introdução de alguns dos temas mais sugeridos pelos colaboradores no Levantamento de Necessidades.

Outra ferramenta importante para uma maior adesão dos colaboradores às formações, será a criação de uma Área da Qualidade digital, disponível na Web somente para os colaboradores do Serviço, e que permitirá consultarem muito mais facilmente os planos de formação, realizarem inscrições e sugerirem futuras formações.

Impresso	Registo de Informação / Reuniões	IMP.230/01 Data :28/07/16 Página 16 de 18
Serviço de Imagiologia Geral / Serviço de Imagiologia Neurológica		

❖ **GESTÃO DE EQUIPAMENTOS E INSTALAÇÕES**

As ações programadas para atingir as metas, passam pela adoção das seguintes medidas:

- Aquisição de novos equipamentos radiológicos (2 angiógrafos, 1 intensificador de imagem e 1 portátil);
- Realização de *upgrade* ao equipamento da TC3 e ao ecógrafo da Mamografia.

❖ **AUDITORIAS DA QUALIDADE**

Para atingir as metas relativas às Auditorias da Qualidade, no que diz respeito à diminuição das NC e OBS, prevê-se a manutenção a tempo inteiro de um Técnico de Radiologia na função de Coordenador do GDQ, possibilitando uma monitorização mais atenta e eficaz do SGQ.

❖ **AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS UTENTES E CLIENTES INTERNOS**

Com vista a uma melhor representatividade da Satisfação dos Utentes, prevê-se a retirada dos inquéritos das salas de espera, ficando deliberado que os mesmos serão entregues no final de cada trimestre, durante uma semana, aos utentes que nesse período realizem exames no Serviço. Os inquéritos serão entregues no final da realização dos exames, sendo dada a informação aos utentes de colocar os mesmos depois de preenchidos nas caixas respetivas, presentes nas salas de espera e nas zonas de saída.

Foram abertos Pedidos de AP, de forma a ir de encontro às necessidades dos Utentes.

❖ **AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS COLABORADORES**

Com vista ao aumento de adesão por parte dos Colaboradores, prevê-se a elaboração de uma lista de controlo de entrega / receção de questionários.

Foram abertos Pedidos de AP, de forma a ir de encontro às necessidades dos Colaboradores.

Para melhorar a *Compensação pelo Bom Desempenho* e o *Reconhecimento Profissional*, foi desenvolvido um plano de atividades lúdicas, com diversas ações de *teambuilding*.

Para melhorar a *Higiene e Limpeza do Serviço*, está implementado um Plano de Higienização do Serviço (ANEXO 17), que abrange todas as salas, bem como procedimentos para a desinfeção de superfícies.

❖ **TRATAMENTO DE NÃO CONFORMIDADES E RECLAMAÇÕES**

As reclamações que deram origem à abertura de AC-AP, foram relacionadas com os tempos de espera para marcação e realização de exames e com o atendimento inadequado por parte de profissionais do serviço.

Para conseguirmos diminuir o número de reclamações, existem 2 ações fulcrais a adotar:

- Realização de *upgrade* ao equipamento de TC3, visto que com 3 equipamentos deste tipo já conseguiremos diminuir os tempos de marcação para estes exames;
- Realização de uma formação específica para AT e AO sobre atendimento ao público, de forma a melhorar a relação direta destes colaboradores com os utentes.

❖ **AÇÕES CORRETIVAS E PREVENTIVAS**

Para atingir as metas relativas às Ações Corretivas e Preventivas, no que diz respeito ao aumento da taxa de resolução, prevê-se a manutenção a tempo inteiro de um Técnico de Radiologia na função de Coordenador do GDQ, possibilitando uma monitorização mais atenta e eficaz do SGQ.

Impresso	Registo de Informação / Reuniões	IMP.230/01 Data :28/07/16 Página 17 de 18
Serviço de Imagiologia Geral / Serviço de Imagiologia Neurológica		

❖ **GESTÃO DA INFORMAÇÃO**

Quanto à Gestão da Informação, para atingir a meta do aumento das Sugestões, prevê-se, para além da caixa de sugestões existente, informatizar o IMP.160, facilitando o acesso à manifestação de ideias por parte de todos os colaboradores e, promovendo assim, uma maior aproximação com a Direção e Coordenação Técnica.

b) Melhoria do produto relacionada com requisitos do cliente

As ações previstas para melhoria do produto final com requisitos do cliente, incluem a melhoria da imagem radiológica (menor dose de radiação e mais qualidade de imagem) e a melhoria do relatório médico (tempo de disponibilização do relatório e qualidade do relatório).

Para a melhoria da imagem radiológica, prevê-se a:

- Definição de NRD para as diversas valências do Serviço;
- Otimização das doses de radiação, através da aquisição de uma aplicação de Gestão da Dose;
- Adoção de uma nova metodologia de avaliação da imagem radiológica, baseada em 10 critérios definidos pelo grupo de Técnicos de Radiologia.

Para a melhoria do relatório médico, prevê-se a:

- Aquisição de mais licenças de gravação de relatórios com reconhecimento de voz para os Médicos do Serviço.

c) Necessidades de recursos

Foi feita a análise aos recursos humanos e materiais disponibilizados, no âmbito do SGQ.


Para suprimir as necessidades de recursos humanos, está prevista a admissão de novos Técnicos de Radiologia e Assistentes Operacionais durante o corrente ano, em sistema de contrato de substituição temporária de profissionais grávidas ou de profissionais em longo período de ausência por baixa médica.

Para suprimir as necessidades de recursos materiais, está prevista a aquisição de 2 novos angiógrafos, o *upgrade* do equipamento da TC3 e do ecógrafo da Mamografia, promovendo a adequabilidade dos equipamentos radiológicos às exigências do Serviço.

Impresso	Registo de Informação / Reuniões	IMP.230/01 Data :28/07/16 Página 18 de 18
Serviço de Imagiologia Geral / Serviço de Imagiologia Neurológica		

Abreviaturas:

- AC – Ação Corretiva
- AP – Ação Preventiva
- AO – Assistente Operacional
- EPRI – Equipamento de Proteção Radiológica Individual
- HPV – Hospital Pulido Valente
- IP – *Imaging Plate*
- HSM – Hospital de Santa Maria
- NC – Não Conformidade
- NRD – Níveis de Referência de Dose
- OBS – Observações
- PC – *Personal Computer*
- RM – Ressonância Magnética
- RX – Radiologia Convencional
- SGQ – Sistema de Gestão da Qualidade
- SIE – Serviço de Instalações e Equipamentos
- SSI – Serviço de Sistemas e Informação
- TC – Tomografia Computorizada
- WC – Casa de Banho

Elaborado por:	Aprovado por:	Data:
GDQ		08/02/2017