



Regulamento Interno

Janeiro de 2013

CAPÍTULO I

DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 1º

Natureza Jurídica e Sede

O Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, Entidade Pública Empresarial, criado pelo Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro, adiante designado por IPO-Porto, tem sede no Porto, na rua Dr. António Bernardino de Almeida, 4200-072 Porto e é uma pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial, dotada de autonomia financeira, administrativa e patrimonial, nos termos do regime jurídico do setor empresarial do Estado e das empresas públicas e do artigo 18º do anexo da Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro.

Artigo 2º

Missão

1. O IPO-Porto tem por missão principal a prestação de cuidados de saúde hospitalares oncológicos à população, com a máxima qualidade, humanismo e eficiência. Faz parte ainda da sua missão desenvolver atividades de investigação, formação e ensino no domínio da Oncologia.
2. O IPO-Porto articula-se com os Institutos de Oncologia de Lisboa e Coimbra de Francisco Gentil, através da Comissão Coordenadora, que integra o grupo técnico de acompanhamento da política de saúde oncológica e do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas, criado nos termos do n.º 10 do Despacho n.º 19123/2005 (2.ª série), do Ministro da Saúde, publicado no Diário da República de 2 de setembro.

Artigo 3º

Valores

1. No desenvolvimento da sua atividade, o IPO-Porto e os seus colaboradores regem-se pelos seguintes valores:
 - a) Dignidade da Pessoa – o IPO-Porto existe para servir as pessoas, sujeitos conscientes e livres, iguais em direitos e deveres e com um valor pessoal insubstituível. Neste sentido, o IPO-Porto procurará pautar sempre a sua atuação pela defesa e promoção dos direitos humanos, em particular do direito à saúde, no respeito pela pessoa;
 - b) Responsabilidade Social – para o IPO-Porto a responsabilidade social é conciliar os princípios e boas práticas da prestação de cuidados com o interesse e melhoria da qualidade de vida do doente, de mobilização das energias de todos os

colaboradores, da ecologia humana e do interesse económico e social geral;

- c) Participação – o IPO-Porto entende que a participação é um valor intrínseco da atividade humana e o único meio da pessoa, enquanto cidadão, poder contribuir para o desenvolvimento e melhoria da instituição, em todas as suas vertentes, organizacional, técnica, humana e social.

Artigo 4º

Legislação aplicável

1. O IPO-Porto rege-se pelo presente Regulamento Interno e pela seguinte legislação:
 - a) Diploma de transformação em entidade pública empresarial (Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro) e seus Estatutos constantes dos anexos I e II;
 - b) Regime jurídico do setor empresarial do Estado e das empresas públicas;
 - c) Lei da Gestão Hospitalar (Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro);
 - d) Normas em vigor para o Serviço Nacional de Saúde que não contrariem as normas previstas no diploma referido na alínea anterior.

Artigo 5º

Área de Influência Geográfica

Sem prejuízo da liberdade de escolha no acesso à rede nacional de prestação de cuidados de saúde, o IPO-Porto presta cuidados de saúde a doentes da zona geográfica correspondente à ARS Norte.

Artigo 6º

Atribuições

1. O IPO-Porto tem por atribuições:
 - a) Prestar cuidados hospitalares especializados no domínio da Oncologia;
 - b) Promover e fomentar a Prevenção, o Rastreio e o Diagnóstico Precoce do Cancro;
 - c) Promover a Investigação Clínica e Laboratorial no domínio da Oncologia;
 - d) Praticar, promover e prestar apoio ao Ensino pré e pós-graduado no domínio da Oncologia;
 - e) Participar no Conselho Nacional de Oncologia e na Comissão Oncológica Regional;
 - f) Participar, em conjunto com os Institutos congéneres de Lisboa e Coimbra, na Comissão Coordenadora dos Centros de Oncologia, estrutura funcional destinada a analisar e elaborar estratégias conjuntas na prestação de cuidados oncológicos, assim como a manter canais de informação entre os três Centros;

- g) Prestar colaboração e apoio a outras estruturas de Saúde, no âmbito da Rede de Referência Oncológica;
- h) Participar em organizações científicas e técnicas internacionais, na área da Oncologia, nomeadamente no âmbito da União Europeia;
- i) Coordenar e centralizar a vigilância epidemiológica do cancro na Zona Norte (RORENO).

Artigo 7º

Áreas de Intervenção

- 1. Clínica:
 - a) Prevenção primária;
 - b) Rastreio e diagnóstico precoce;
 - c) Tratamento multidisciplinar;
 - d) Seguimento pós-tratamento;
 - e) Prestação de cuidados paliativos;
 - f) Aconselhamento genético.
- 2. Investigação:
 - a) Investigação básica;
 - b) Investigação translação;
 - c) Investigação clínica;
 - d) Investigação epidemiológica.
- 3. Ensino:
 - a) Ensino médico pré-graduado;
 - b) Ensino médico pós-graduado;
 - c) Ensino a outros profissionais de saúde;
 - d) Ensino à comunidade.

Artigo 8º

Objetivos Estratégicos

- 1. São objetivos estratégicos da atividade do IPO-Porto:
 - a) Centrar a atividade assistencial em torno do doente oncológico, utilizando os mais elevados padrões técnicos e de acordo com o estado da arte;
 - b) Permitir uma acessibilidade fácil e proporcionar tratamentos em tempo oportuno a todos os doentes;
 - c) Proporcionar uma medicina personalizada e humanizada;
 - d) Acompanhar os progressos científicos e técnicos no tratamento da doença oncológica;
 - e) Elaborar e implementar planos de ação tendentes a melhorar o diagnóstico precoce e a prevenção primária;
 - f) Formar técnicos especializados em Oncologia;
 - g) Promover a Investigação: básica, de translação, clínica, epidemiológica e outras no domínio da Oncologia.
- 2. Os objetivos expressos em programas de ação serão objeto de avaliação interna e sistemática, no sentido de assegurar o cumprimento das metas definidas

pelo Ministério da Saúde e de acordo com os planos oncológicos regional e nacional.

Artigo 9º

Princípios gerais de organização

- 1. O doente oncológico é o centro em torno do qual se deve construir toda a atividade assistencial, pelo que os meios humanos e técnicos devem ser organizados de forma a proporcionar cuidados personalizados, homogéneos abrangentes.
- 2. O IPO-Porto mantém a multidisciplinaridade como forma de abordagem da doença neoplásica, capaz de oferecer um tratamento integrado e sequencial, de acordo com os mais elevados padrões científicos e humanos.
- 3. Para atingir esses objetivos, instituem-se as unidades multidisciplinares por patologia, designadas por Clínicas de Patologia, como base de toda a estruturação assistencial.
- 4. Todas as medidas organizativas serão tomadas visando constituir num futuro, que se pretende próximo, centros de responsabilidade.

CAPÍTULO II

Dos Órgãos do IPO-Porto

Artigo 10º

Classificação dos órgãos

- 1. Os órgãos do IPO-Porto classificam-se em:
 - a) Órgãos Sociais;
 - b) Órgãos de Apoio Técnico;
 - c) Órgãos de Apoio Especial.
- 2. A composição, funcionamento e competências dos Órgãos do IPO-Porto regem-se pelos seus estatutos e subsidiariamente pelo regime jurídico do setor empresarial do estado.

Secção I

Dos Órgãos Sociais

Artigo 11º

Conselho de Administração

- 1. A composição, competências, funcionamento e mandato do Conselho de Administração são os constantes dos artigos 6º a 14º dos Estatutos do IPO-Porto.
- 2. As regras de funcionamento do Conselho de Administração estão fixadas em Regimento próprio – anexo I deste Regulamento.

Artigo 12º **Fiscal Único**

A natureza, tempo de mandato e competências do fiscal único são os previstos nos artigos 15º e 16º dos Estatutos do IPO-Porto.

Artigo 13º **Conselho Consultivo**

A composição, competências e funcionamento do Conselho Consultivo regem-se pelos artigos 18º a 20º dos Estatutos do IPO-Porto.

Secção II **Serviço de Auditoria Interna**

Artigo 14º **Serviço de Auditoria Interna**

A natureza, composição, competências e funcionamento do Serviço de Auditoria Interna são os constantes do artigo 17º e 17º-A dos Estatutos do IPO-Porto.

Secção III **Dos Órgãos de Apoio Técnico**

Artigo 15º **Comissões de Apoio Técnico**

1. São Comissões de Apoio Técnico:
 - a) Comissão de Ética;
 - b) Comissão de Qualidade e Segurança do Doente;
 - c) Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar;
 - d) Comissão de Farmácia e Terapêutica;
 - e) Comissão Médica;
 - f) Comissão de Enfermagem;
 - g) Comissão dos Técnicos Superiores;
 - h) Comissão dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica;
 - i) Comissão de Catástrofe;
 - j) Governação Clínica;
 - k) Comissão de Risco Hospitalar;
 - l) Comissão de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho;
 - m) Comissão de Normalização de Produtos e Equipamentos.
2. Os membros das Comissões, bem como os respetivos Presidentes são nomeados pelo Conselho de Administração, de acordo com os critérios específicos de cada comissão.
3. O mandato dos membros das Comissões coincide com a vigência do mandato do Conselho de Administração.

4. O funcionamento de cada Comissão deve reger-se por um regulamento próprio, enformado pelos objetivos definidos neste diploma, o qual será aprovado pelo Conselho de Administração, mediante proposta da Comissão a apresentar no prazo máximo de 90 dias.
5. A periodicidade das reuniões deverá ser fixada no respetivo regulamento e dessas reuniões devem ficar registos em ata.
6. Cada comissão apresentará anualmente um plano de atividades e um relatório de execução anual, os quais serão submetidos ao Conselho de Administração.
7. Os membros das comissões, no desempenho do respetivo mandato, manter-se-ão obrigatoriamente em funções até serem substituídos.
8. Compete ao Conselho de Administração propor a todo o tempo outras comissões julgadas necessárias e nomear os respetivos membros.

Artigo 16º **Comissão de Ética**

1. A Comissão de Ética é constituída por sete elementos.
2. A Comissão de Ética rege-se pelas disposições enunciadas no Decreto-Lei n.º 97/95, de 10 de maio.
3. Compete à Comissão de Ética:
 - a) Pronunciar-se sobre todas as questões que envolvam valores morais dentro da instituição, nomeadamente o respeito pelos direitos e dignidade dos doentes;
 - b) Zelar pela observância de padrões éticos no acesso aos cuidados de diagnóstico e tratamento e no respeito pela confidencialidade;
 - c) Pronunciar-se sobre práticas corretas de investigação e ensino que envolvam doentes ou tenham impacto nos princípios morais porque se rege a sociedade e as práticas profissionais.

Artigo 17º **Comissão de Qualidade e Segurança do Doente**

1. A Comissão de Qualidade e Segurança do Doente é constituída por cinco elementos e presidida pelo Presidente do Conselho de Administração.
2. Compete à Comissão de Qualidade e Segurança do Doente:
 - a) Pronunciar-se sobre todos os aspetos que envolvam a promoção da qualidade global e segurança no atendimento dos doentes;
 - b) Propor ao Conselho de Administração ações de carácter formativo aos profissionais que visem humanizar o atendimento;

- c) Propor ao Conselho de Administração as ações que visem a melhoria da acessibilidade aos cuidados de saúde, da qualidade dos Serviços Hoteleiros e à melhoria das relações entre doentes e profissionais;
- d) Pronunciar-se a pedido do Conselho de Administração sobre questões que envolvam riscos para pessoas e bens.

Artigo 18º

Comissão de Controlo da Infeção Hospitalar

1. A Comissão de Controlo da Infeção Hospitalar rege-se pela Circular Normativa da Direção Geral da Saúde, n.º 18, de 15 de outubro de 2007.
2. A Comissão é constituída por um Núcleo Executivo, por um Núcleo de Apoio Técnico e Científico e por um Núcleo de Membros Dinamizadores.
3. Compete à Comissão de Controlo da Infeção Hospitalar:
 - a) Elaborar o Plano Operacional de Prevenção e Controlo da Infeção e implementar um sistema de avaliação das ações empreendidas;
 - b) Implementar políticas e procedimentos de prevenção e controlo da infeção e monitorizá-las através de auditorias periódicas. Proceder à revisão trienal das normas e sempre que surjam níveis de evidência que o justifiquem;
 - c) Conduzir a vigilância epidemiológica (VE) de acordo com os programas preconizados pelo PNCI e as necessidades das unidades de saúde;
 - d) Investigar, controlar e notificar surtos de infeção, visando a sua efetiva prevenção;
 - e) Monitorizar os riscos de infeção associados a novas tecnologias, dispositivos, produtos e procedimentos;
 - f) Colaborar com o serviço de aprovisionamento na definição de características de material e equipamento clínico e não clínico com implicações no controlo e prevenção das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde;
 - g) Proceder, em articulação com os Serviços de Higiene, Segurança e Saúde no Trabalho e de Gestão de Risco, à avaliação do risco biológico em cada serviço e desenvolver recomendações específicas, quando indicado;
 - h) Participar no planeamento e acompanhamento da execução de obras a fim de garantir a adequação à prevenção das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde;
 - i) Participar no desenvolvimento e monitorização de programas de formação, campanhas e outras ações e estratégias de sensibilização;
 - j) Participar e apoiar os programas de investigação relacionados com as Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde, a nível nacional e internacional.

Artigo 19º

Comissão de Farmácia e Terapêutica

1. A Comissão de Farmácia e Terapêutica é constituída por seis elementos e presidida pelo diretor clínico.
2. Compete à Comissão de Farmácia e Terapêutica:
 - a) Atuar como órgão de ligação entre os Serviços Farmacêuticos e os Serviços de Ação Médica;
 - b) Selecionar medicamentos para utilização no hospital com base em critérios documentados sobre segurança, eficácia e custos;
 - c) Elaborar e atualizar o Formulário Fármaco-terapêutico do Instituto;
 - d) Velar pelo cumprimento do Formulário Fármaco-terapêutico do Instituto;
 - e) Avaliar as justificações de utilização de medicamentos constantes no Formulário Fármaco-terapêutico do Instituto e considerados de uso restrito;
 - f) Pronunciar-se sobre a autorização da utilização de medicamentos não constantes no Formulário Fármaco-terapêutico do Instituto;
 - g) Promover o correto uso dos medicamentos mediante a elaboração de normas internas para o uso racional do medicamento e colaborando na elaboração de protocolos terapêuticos;
 - h) Avaliar e controlar a utilização dos protocolos em uso na instituição;
 - i) Elaborar normas de prescrição e dispensa de medicamentos;
 - j) Promover o uso da prescrição de medicamentos pela Denominação Comum Internacional;
 - k) Estabelecer sistemas de informação e formação continuada (boletim e/ou Intranet);
 - l) Estabelecer sistemas de avaliação e seguimento das normativas, bem como da qualidade da farmacoterapia no Instituto;
 - m) Estabelecer programas e procedimentos que ajudem a garantir o uso seguro e efetivo dos medicamentos;
 - n) Participar nas atividades de garantia de qualidade relacionadas com a distribuição, administração e utilização do medicamento;
 - o) Elaborar pareceres técnicos sobre a inclusão/exclusão de medicamentos no Formulário Fármaco-terapêutico do Instituto, enviando-os trimestralmente ao INFARMED;
 - p) Acompanhar e monitorizar o cumprimento de todas as normas e decisões emanadas pela Comissão;
 - q) Estabelecer para cada novo fármaco os intervalos de tempo de monitorização da resposta;
 - r) Analisar mensalmente os consumos dos medicamentos de uma forma geral e por Serviço;
 - s) Reunir periodicamente com os Diretores de Serviço para análise do perfil fármaco-terapêutico de cada Serviço, bem como avaliar os seus custos;

- t) Pronunciar-se sobre correções da terapêutica prescrita aos doentes, quando solicitado pelo seu Presidente e sem quebra das normas deontológicas;
- u) Estabelecer objetivos anuais para o trabalho a desenvolver pela Comissão.

Artigo 20º
Comissão Médica

1. A Comissão Médica é constituída:
 - a) Pelo diretor clínico que preside;
 - b) Pelos assessores do diretor clínico;
 - c) Pelos diretores de Departamento;
 - d) Pelos diretores de Serviço de Ação Médica.
2. Compete à Comissão Médica:
 - a) Pronunciar-se sobre os assuntos que o diretor clínico julgue conveniente auscultar;
 - b) Pronunciar-se sobre os aspetos técnicos do exercício da medicina que envolvam interação entre Serviços;
 - c) Propor medidas que visem melhorar os índices de produtividade da instituição;
 - d) Dar parecer sobre o plano de atividades da Instituição.

Artigo 21º
Comissão de Enfermagem

1. A Comissão de Enfermagem é constituída:
 - a) Pelo enfermeiro-diretor que preside;
 - b) Pelos adjuntos do enfermeiro-diretor;
 - c) Pelos enfermeiros supervisores;
 - d) Pelos enfermeiros chefes responsáveis de todos os Serviços de Ação Médica.
2. Compete à Comissão de Enfermagem:
 - a) Pronunciar-se sobre os assuntos que o enfermeiro-diretor julgue conveniente auscultar;
 - b) Pronunciar-se sobre os aspetos técnicos do exercício da enfermagem;
 - c) Dar parecer sobre o plano de atividades da Instituição.

Artigo 22º
Comissão dos Técnicos Superiores

1. A Comissão dos Técnicos Superiores é constituída:
 - a) Pelos Técnicos Superiores de Saúde responsáveis pelos Serviços de Apoio Assistencial e por Técnicos Superiores designados pelo CA.
2. Compete à Comissão dos Técnicos Superiores:
 - a) Pronunciar-se sobre os assuntos referentes ao funcionamento dos Serviços Técnicos de Apoio;
 - b) Pronunciar-se sobre os aspetos técnicos e deontológicos do seu exercício profissional, em especial quando envolvam interação entre Serviços;
 - c) Dar parecer sobre o plano de atividades da Instituição.

Artigo 23º
Comissão dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica

1. A Comissão dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica é constituída:
 - a) Por todos os técnicos coordenadores dos diferentes Serviços;
 - b) Pelos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica designados pelo Conselho de Administração.
2. Compete à Comissão dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica:
 - a) Pronunciar-se sobre os assuntos referentes ao funcionamento dos Serviços;
 - b) Pronunciar-se sobre os aspetos técnicos dos Serviços onde se encontram colocados;
 - c) Apreçar reclamações de natureza técnica e deontológica;
 - d) Dar parecer sobre o plano de atividades da Instituição.

Artigo 24º
Comissão de Catástrofe

1. Tem como missão a assessoria técnica ao Conselho de Administração, no âmbito da emergência (acidente grave, catástrofe ou calamidade) interna e externa. Organiza e elabora o respetivo planeamento e a sua consequente formação, execução, treino e avaliação.
2. Esta comissão é presidida pelo Presidente do Conselho de Administração e constituída pelos diretores/chefes ou representantes, dos seguintes Serviços:
 - a) Diretor Clínico;
 - b) Diretor de Enfermagem;
 - c) Diretor do Serviço Atendimento Não programado;
 - d) Diretor do Serviço de Instalações, Equipamentos e Transportes;
 - e) Diretor dos Serviços Hoteleiros;
 - f) Diretor do Serviço de Aquisições e Logística;
 - g) Diretor dos Serviços Farmacêuticos;
 - h) Diretor do Serviço de Saúde Ocupacional e Gestor de Risco Geral.
3. Compete à Comissão de Catástrofe:
 - a) Responsabilidade pela elaboração do plano de emergência, mantendo-o constantemente atualizado, bem como a organização dos meios e a garantia da sua operacionalização eficaz em caso de necessidade;
 - b) Programar e realizar periodicamente simulacros de acidentes catastróficos, com a colaboração de entidades de proteção civil, elaborar os respetivos relatórios e propôr as medidas corretivas.

Artigo 25º **Governação Clínica**

1. A Governação Clínica assume um papel fundamental de apoio ao Conselho de Administração, sendo responsável pela manutenção do controlo de qualidade assistencial e pela elaboração de propostas tendentes a melhorar os padrões de funcionamento e de qualidade na prestação de cuidados de saúde.
2. Este órgão é presidido por um Médico, Coordenador da Governação Clínica e por um Enfermeiro, sendo estes nomeados pelo Conselho de Administração e outros clínicos.
3. Para a prossecução dos seus objetivos, a Governação Clínica coordena as seguintes áreas:
 - a) Gestão de Risco Clínico;
 - b) Qualidade Clínica;
 - c) Auditoria Clínica;
 - d) Processo Clínico.
4. Sempre que considerar necessário, para o estudo ou resolução de problemas específicos, poderá o Coordenador da Governação Clínica propor a constituição de subcomissões *ad hoc*.
5. Compete à Governação Clínica:
 - a) Incentivar o processo de melhoria contínua da qualidade assistencial, criando as condições para que esta ocorra;
 - b) Combater o erro clínico através de uma política eficaz de Gestão de Risco Clínico;
 - c) Entender a Gestão de Risco Clínico como um dos pilares da Governação Clínica, desenvolvendo e aperfeiçoando as boas práticas clínicas e a Medicina Baseada na Evidência;
 - d) Formar e treinar na Área de Risco Clínico, em particular, as Chefias e Gestores de Risco Local;
 - e) Envolver toda a estrutura institucional numa política ativa de Gestão de Risco Clínico. Desenvolver as áreas da Eficiência Clínica e Responsabilização;
 - f) Promover a eficiência clínica através de Auditorias Clínicas médicas e de enfermagem, à Estrutura aos Processos e aos Resultados e conseqüente monitorização de resultados;
 - g) Estimular a discussão interna destes resultados comparando os resultados obtidos com os resultados externos explícitos e referenciáveis, sempre que possível.

Artigo 26º **Comissão de Risco Hospitalar**

1. A Comissão de Risco Hospitalar é um órgão de apoio ao Conselho de Administração que tem por objetivo principal a abordagem integrada do risco hospitalar.
2. É constituída pelo:

- a) Vogal do Conselho de Administração responsável pela área da Gestão de Risco, que preside;
 - b) Coordenador da Governação Clínica;
 - c) Diretor do Serviço de Saúde Ocupacional e Gestão de Risco Geral;
 - d) Presidente da Comissão de Controlo de Infecção;
 - e) Diretor dos Serviços de Instalações, Equipamentos e Transportes;
 - f) Diretor dos Serviços de Gestão Hoteleira;
 - g) Diretor da EPOP;
 - h) Responsável do Gabinete da Qualidade e da Melhoria Organizacional;
 - i) Diretor do Serviço de Física Médica.
3. Compete-lhe em especial:
 - a) Pronunciar-se sobre a Política e a Estratégia da Gestão de Risco da Instituição;
 - b) Dar parecer sobre todas as matérias de risco que envolvam mais do que uma área de risco, sempre que para isso for solicitada;
 - c) Apreciar as conclusões de todos os relatórios que sejam elaborados em matéria de risco, quer decorrentes de ações preventivas, de auditorias, inspeções, inquéritos, ou averiguações quando não envolvam matéria de natureza disciplinar e/ou pessoal;
 - d) Tomar conhecimento e apreciar o resultado de estudos e investigações desenvolvidas no IPO - Porto sempre que envolvam matéria de Risco.
 4. A Comissão de Risco Hospitalar pode dividir-se em subcomissões de modo a poder discutir problemas de áreas específicas a serem apresentadas posteriormente à Comissão de Risco Hospitalar.

Artigo 27º **Comissão de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho**

1. A Comissão de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho é um órgão de consulta e cooperação regular e periódica em matéria de prevenção dos riscos profissionais e de promoção da saúde no trabalho.
2. A Comissão tem uma composição paritária, integrando representantes do Conselho de Administração, que os designa, um dos quais é o Presidente, e representantes dos trabalhadores, de acordo com a proporcionalidade dos resultados da eleição prevista nos artigos 26º a 40º da Lei n.º 102/2009, de 10 de setembro.
3. Compete à Comissão:
 - a) Obter informação relativa às condições de trabalho necessária para o prosseguimento das suas funções;
 - b) Realizar visitas aos locais de trabalho para reconhecimento dos riscos para a segurança, higiene e saúde no trabalho e avaliação das medidas de prevenção adotadas;

- c) Propor iniciativas no âmbito da prevenção dos riscos para a segurança, higiene e saúde no trabalho, visando a melhoria das condições de trabalho e a correção de deficiências detetadas;
- d) Participar na elaboração, acompanhamento e avaliação dos programas de prevenção de riscos profissionais;
- e) Analisar os elementos disponíveis relativos aos acidentes de trabalho e doenças profissionais;
- f) Emitir parecer sobre a programação anual dos Serviços de Segurança e Saúde no Trabalho.

Artigo 28º
Comissão de Normalização de Produtos e Equipamentos

1. A Comissão de Normalização de Produtos e Equipamentos é um órgão consultivo responsável pela emissão de pareceres relativos à política de aquisição, manutenção e renovação de produtos e equipamentos.
2. É constituída por cinco elementos:
 - a) Vogal do Conselho de Administração responsável pela área do Serviço de Aquisições e Logística, que preside;
 - b) Diretor do Serviço de Aquisições e Logística;
 - c) Diretor dos Serviços de Instalações, Equipamentos e Transportes;
 - d) Um médico;
 - e) Um enfermeiro.
3. Compete-lhe em especial:
 - a) Emitir parecer acerca da introdução de novos produtos e equipamentos no IPO-Porto;
 - b) Definir e propor uma política de normalização da introdução de novos produtos e equipamentos no IPO-Porto;
 - c) Apoiar o serviço de aquisições e logística na elaboração de processos de aquisição, em particular no que concerne à identificação e tipologia de produtos;
 - d) Pronunciar-se sobre os processos de aquisição de equipamentos que impliquem a utilização de consumíveis, numa ótica de eficiência;
 - e) Desenvolver em colaboração com outras comissões do IPO-Porto, normas de utilização e procedimentos que sejam transversais à instituição e possibilitem uma utilização racional dos mesmos.

Artigo 29º
Unidade Hospitalar de Gestão de Inscritos para Cirurgia

1. A unidade hospitalar de gestão de inscritos para cirurgia é nomeada pelo Conselho de Administração e é composta, no máximo, por sete elementos.

2. O Coordenador da Unidade é nomeado pelo Conselho de Administração sob proposta do Diretor Clínico.
3. Compete à unidade hospitalar de gestão de inscritos para cirurgia exercer as funções consagradas na legislação e regulamentação vigentes do SIGIC.

Artigo 30º
Equipa de Gestão de Altas

1. A equipa de gestão de altas é nomeada pelo Conselho de Administração e é composta, no mínimo, por um médico, um enfermeiro e um assistente social.
2. Compete à equipa de gestão de altas:
 - n) Articular com as equipas terapêuticas hospitalares de agudos para a programação de altas hospitalares;
 - o) Articular com as equipas coordenadoras distritais e locais da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI);
 - p) Articular com as equipas prestadoras de cuidados continuados integrados dos centros de saúde da área de responsabilidade do IPO-Porto;
 - q) Exercer as funções consagradas na legislação e regulamentação vigentes da RNCCI.

Artigo 31º
Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

1. A equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos faz parte integrante do Serviço de Cuidados Paliativos.
2. É nomeada pelo Conselho de Administração e é composta, no mínimo, por um médico, um enfermeiro e um psicólogo.
3. Compete à equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos prestar aconselhamento diferenciado em Cuidados Paliativos aos diversos serviços do IPO-Porto, podendo prestar cuidados diretos e orientação do plano individual de intervenção aos doentes internados em estado avançado ou terminal, para os quais seja solicitada a sua atuação.

Secção IV
Órgãos de Apoio Especial

Artigo 32º
Conselho Científico

1. O Conselho Científico é presidido pelo Presidente do Conselho de Administração.
2. O Conselho Científico tem a seguinte constituição:
 - a) Diretor clínico;

- b) Profissionais do IPO-Porto com reconhecida competência científica, nomeados pelo Conselho de Administração;
 - c) Diretores dos Departamentos de ação médica;
 - d) Diretor do Centro de Investigação;
 - e) Diretor da Escola Portuguesa de Oncologia do Porto;
 - f) Diretor do Serviço de Epidemiologia;
 - g) Coordenadores das Clínicas de Patologia;
 - h) Outros doutorados ou equivalentes do quadro do IPO-Porto;
 - i) Um representante do Núcleo Regional do Norte da Liga Portuguesa Contra o Cancro.
3. Compete ao Conselho Científico:
- a) Pronunciar-se sobre assuntos de natureza científica, a solicitação do Conselho de Administração;
 - b) Pronunciar-se sobre assuntos de natureza científica apresentados pelo diretor do Centro de Investigação;
 - c) Pronunciar-se sobre projetos de investigação clínica ou laboratorial, e avaliar o seu enquadramento nos objetivos da Instituição;
 - d) Pronunciar-se sobre o contrato programa e relatório de atividades do Centro de Investigação;
 - e) Propor áreas de investigação em Oncologia.

Artigo 33º

Conselho Pedagógico

- 1. O Conselho Pedagógico é presidido pelo Presidente do Conselho de Administração.
- 2. O Conselho Pedagógico tem a seguinte constituição:
 - a) Diretor clínico;
 - b) Enfermeiro-diretor;
 - c) Diretor da Escola Portuguesa de Oncologia do Porto;
 - d) Membros do Conselho Executivo da EPOP;
 - e) Diretores dos Departamentos do Instituto;
 - f) Diretor do Centro de Investigação;
 - g) Diretor do Internato Médico;
 - h) Representante do Núcleo Regional do Norte da Liga Portuguesa Contra o Cancro.
- 3. Compete ao Conselho Pedagógico:
 - a) Aprovar o programa anual;
 - b) Pronunciar-se sobre natureza e qualidade de cursos e outras ações formativas a levar a efeito;
 - c) Propor ações que garantam a melhoria da qualidade do corpo docente e das ações de formação desenvolvidas.

CAPÍTULO III

Da Organização e Funcionamento dos Serviços

Secção I

Princípios gerais de organização

Artigo 34º

Tipologia dos Serviços

- 1. O IPO-Porto encontra-se organizado segundo a seguinte estrutura:
 - a) Serviços de Ação Médica;
 - b) Serviços de Apoio Assistencial;
 - c) Serviços de Ensino e Investigação;
 - d) Serviços de Gestão e de Apoio Logístico.

Artigo 35º

Organização básica

- 1. Os Serviços de Ação Médica, Clínicas de Patologia e Unidades Funcionais são as unidades básicas da organização do IPO-Porto, podendo ser agrupados em Departamentos.
- 2. As Clínicas de Patologia e as Unidades Funcionais são a base da organização assistencial em ambulatório.
- 3. Os Serviços de Ação Médica, Clínicas de Patologia e Unidades Funcionais podem, em função da sua especificidade vir a constituir-se como centros de responsabilidade segundo critérios técnicos e/ou de gestão.
- 4. A organização e nomenclatura dos Serviços e Unidades funcionais, enquanto centros de custo, têm em consideração a aplicação da Portaria nº 898/2000, de 28 de setembro (Plano Oficial de Contas do Ministério da Saúde).

Artigo 36º

Definições

- 1. Clínicas de Patologia – São centros de atendimento ao doente, constituídos por médicos de diferentes especialidades e outros profissionais envolvidos no tratamento multidisciplinar de uma patologia e exercendo a atividade em espaço definido e com regulamento próprio.
- 2. Serviços de Ação Médica – são grupos de profissionais com individualidade técnica baseada nas especialidades médicas. Os Serviços de Ação Médica podem estar agrupados em Departamentos.
- 3. Departamentos – Unidade orgânica constituída por dois ou mais Serviços agrupados segundo afinidades técnicas e/ou de gestão podendo integrar unidades funcionais.
- 4. Unidades funcionais – são estruturas especializadas de recursos humanos e tecnológicos, integradas nos Departamentos ou Serviços distintos.
- 5. Centros de Responsabilidade – são estruturas operacionais de gestão intermédia, dispendo da máxima autonomia, sem prejuízo da necessária coordenação a nível técnico e de gestão. Podem ser constituídos por Departamentos, Serviços ou

Unidades funcionais agrupados de acordo com as suas especificidades próprias de modo a garantir a máxima funcionalidade e eficiência.

Artigo 37º

Centros de Responsabilidade Organização dos Centros de Responsabilidade

1. Os Departamentos e Serviços de Prestação de Cuidados do IPO-Porto serão organizados progressivamente em centros de responsabilidade, adiante designados por CRs.
2. Os CRs são estruturas orgânicas de gestão intermédia, que agrupam Departamentos, Serviços de Ação Médica, Clínicas de Patologia e Unidades Funcionais segundo critérios de homogeneidade, afinidade e complementaridade, tendo por objetivo melhorar a acessibilidade, a qualidade, a eficiência e a efetividade da prestação de cuidados de saúde, através de uma melhor gestão dos recursos utilizados.
3. A gestão dos CRs é coordenada, no mínimo, pelo diretor do Departamento/Serviço de Ação Médica, Clínica de Patologia e Unidade Funcional e por um gestor, podendo dispor de uma Comissão consultiva constituída pelos diretores de Serviço, Coordenadores de Clínica e Responsáveis de Unidades Funcionais relacionados com a atividade do Centro de Responsabilidade, sob proposta a apresentar ao diretor clínico que aprova a sua constituição e procede à sua nomeação.

Artigo 38º

Contratualização

1. O Conselho de Administração contratualizará com a Direção dos Departamentos/Serviços de Ação Médica, Clínicas de Patologia e Unidades Funcionais, até 30 de outubro de cada ano, a produção e consumos para o ano subsequente, tendo por base a avaliação histórica.
2. Até 31 de julho de cada ano, será elaborado o programa de atividades com cada Departamento/Serviço de Ação Médica, Clínica de Patologia e Unidade Funcional que, poderá servir de base ao contrato-programa a celebrar entre a entidade financiadora e o Instituto.
3. Neste programa deverão constar: a capacidade instalada, previsão da atividade do Departamento; recursos humanos e técnicos necessários, receitas, consumos com material de consumo clínico, medicamentos e meios complementares de diagnóstico.
4. A execução do orçamento programa será o principal instrumento de avaliação do Departamento/Serviço de Ação Médica, Clínica de Patologia e Unidade Funcional e seus responsáveis.

5. As chefias de Departamento devem, até 30 de março de cada ano, elaborar um relatório final de atividade referente ao ano anterior.

Artigo 39º

Níveis Hierárquicos e Cargos de Direção e Chefia

1. Toda a organização assistencial depende do Conselho de Administração e das suas estruturas orgânicas.
2. A gestão de recursos humanos dentro dos Departamentos e Serviços de Ação Médica, independentemente da sua carreira ou categoria profissional, mas salvaguardando competências técnicas ou científicas, processa-se conforme o expresso no artigo 10º, alínea e) da Lei nº 27/ 2002, de 8 de novembro.
3. Os diretores de Departamentos Clínicos são nomeados pelo Conselho de Administração, sob proposta do diretor clínico e respondem perante o Conselho de Administração, pelos níveis de eficiência, qualidade e imagem do Departamento. Compete ainda a responsabilidade pela boa gestão dos recursos humanos e técnicos.
4. Os diretores de Serviços de Ação Médica, são nomeados pelo Conselho de Administração mediante proposta do diretor do Departamento, obtido o parecer favorável do diretor clínico, e compete-lhes dirigir sob o ponto de vista técnico os médicos colocados no Serviço, bem como promover e zelar pela promoção da qualidade dos cuidados efetuados.
5. A sua missão implica ainda garantir a qualidade do ensino pós-graduado efetuado no seu Serviço e coadjuvar o diretor de Departamento na garantia de níveis de eficiência e qualidade, bem como na racionalização dos recursos conforme o expresso em contrato-programa.
6. As funções de direção e chefia são desempenhadas em regime de Comissão de Serviço, nos termos dos artigos 161º a 164º do Código do Trabalho.
7. As chefias da enfermagem integradas em Departamentos ou Serviços de Ação Médica, regem-se pelo expresso no artigo 10º, alínea e) da Lei n.º 27/ 2002, de 8 de novembro e a sua nomeação é feita pelo Conselho de Administração mediante proposta fundamentada do enfermeiro-diretor.
8. As chefias de técnicos superiores dos Serviços de Apoio Assistencial são nomeadas pelo Conselho de Administração.
9. As chefias dos técnicos de diagnóstico e terapêutica obedecem ao expresso no artigo 10º, alínea e) da Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro, sendo nomeadas pelo Conselho de Administração mediante proposta fundamentada do diretor do Departamento ou diretor de Serviço.
10. Os diferentes cargos de Direção e Chefia auferirão de um acréscimo remuneratório sobre a

remuneração base, pagável durante 14 meses e apenas enquanto estiverem no desempenho efetivo de funções, de acordo com a lei.

11. A nomeação dos diretores, chefes ou responsáveis dos Departamentos, Serviços ou Unidades de Gestão e de Apoio Logístico é feita pelo Conselho de Administração mediante proposta do Vogal do Conselho de Administração que tiver a seu cargo a respetiva área de gestão.

Artigo 40º

Competências e princípios gerais de direção e chefia

1. Compete aos responsáveis a cada nível hierárquico, colocar em prática as atividades próprias do ciclo de gestão, a saber:
 - a) Planear, de acordo com os objetivos gerais de exploração para o IPO-Porto, tendo como instrumentos o plano de ação, o contrato-programa e o orçamento;
 - b) Executar, pondo em prática as medidas constantes do plano;
 - c) Acompanhar mensalmente o cumprimento dos objetivos e reportar para o nível superior os resultados atingidos;
 - d) Corrigir os desvios, tomando as medidas apropriadas;
 - e) Todos os responsáveis seguirão as melhores práticas na gestão dos recursos colocados sob a sua direção;
 - f) Orientarão a atividade do Departamento, Serviço, Clínica ou Unidade na satisfação das necessidades e expectativas dos seus doentes/clientes;
 - g) Exercerão a sua atividade operacional, através da melhoria contínua da estrutura, dos processos, e dos resultados, identificando e resolvendo problemas e estabelecendo a comparação com outros de melhor nível de processos e desempenho;
 - h) Promoverão a valorização dos recursos humanos, através da atualização do conhecimento e das técnicas utilizadas e do envolvimento nas atividades de criação de valor;
 - i) Estabelecerão processos multidisciplinares e intersectoriais de trabalho;
 - j) Manterão um sistema eficaz de controlo, destinado à salvaguarda dos ativos e à economia no consumo de recursos;
 - k) Assegurarão um sistema de informação qualificado, íntegro e fiável;
 - l) Providenciarão pela gestão dos recursos do Serviço, com base em padrões de qualidade e de eficiência;
 - m) O pessoal com funções de direção pode delegar competências, reservando sempre o controlo, e mantendo a responsabilidade das atividades delegadas.

Artigo 41º

Estatuto e competências dos diretores de Serviço de prestação de cuidados

1. O estatuto e competências dos diretores de Serviço rege-se pelo disposto na alínea e) do n.º 1 e pelo n.º 2 do artigo 10º da Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro (Regime Jurídico da Gestão Hospitalar).
2. Nestes termos, os diretores de Serviço respondem perante o Conselho de Administração do hospital, que fixa os objetivos e os meios necessários e define os mecanismos de avaliação periódica.
3. Em geral, compete ao diretor de Serviço, com salvaguarda das competências legais de outros órgãos ou cargos de direção ou chefia técnica, dirigir toda a atividade do respetivo 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.
4. Nos Serviços, o programa de atividades e os objetivos a atingir em cada ano assumirão a forma de contrato com os órgãos de administração do hospital.

Secção II

Da organização Específica da Prestação de Cuidados no IPO-Porto

Artigo 42º

Gestão de Camas e Internamento de Doentes

1. A gestão de camas e o internamento de doentes obedecem aos seguintes princípios:
 - a) As camas do hospital não estão alocadas aos Serviços, sendo a sua distribuição orientada pelo tipo de ato terapêutico programado e por normas específicas entretanto promulgadas;
 - b) Os internamentos programados são da responsabilidade do diretor de Serviço;
 - c) Os internamentos não programados são da responsabilidade do médico que toma a decisão, devendo o diretor de Serviço a que o médico pertence ser disso informado;
 - d) Todos os pedidos de internamento devem ser encaminhados para o Serviço de Gestão de Doentes, que orientará o internamento em função da patologia e do tratamento a realizar, de acordo com as disponibilidades;
 - e) Salvo situações imprevistas, toda a alta deve ser precedida de comunicação ao doente ou familiares diretos com pelo menos 24 horas de antecedência;
 - f) A mudança de doente para outra cama ou outro Serviço pressupõe uma deliberação médica e deve ser comunicada à família do doente e ao Serviço de Informações/Receção, logo que possível;

- g) A mudança de Serviço de um doente, implicando ou não mudança de cama, deve sempre ser precedida de deliberação médica de aceitação.

Artigo 43º

Princípios Organizativos da Área de Ambulatório Hospitalar

1. O ambulatório hospitalar engloba todas as áreas de prestação de cuidados em regime de não internamento:
 - a) Consulta Externa;
 - b) Hospitais de Dia;
 - c) Radioterapia;
 - d) Cirurgia de Ambulatório;
 - e) Meios Complementares de Diagnóstico e Tratamento;
 - f) Serviço de Atendimento Não Programado (SANP).
2. Os cuidados prestados em regime de ambulatório são centralizados e geridos administrativamente a partir do Serviço de Gestão de Doentes, que articula todos os procedimentos com as unidades de internamento, meios complementares de diagnóstico e terapêutica e de tratamento, e outras instituições externas prestadoras dos cuidados de saúde.
3. Todos os gabinetes e salas de tratamentos são polivalentes e de uso não personalizado ou exclusivo de um tipo de consulta, excetuando-se os que dispõem de equipamento específico.
4. Os Serviços cuja atividade se exerça exclusiva ou predominantemente em regime ambulatório poderão ter sede na consulta externa, se outra não lhe for destinada.
5. Os doentes com necessidade de consulta não programada, e na ausência de critérios de urgência clínica, deverão ser observados na Clínica de Patologia respetiva durante as horas do seu funcionamento.
6. Existem ainda consultas de especialidade e apoio para doentes em tratamento de doença oncológica, co-morbilidades ou vigilância após tratamento.
7. O Coordenador Médico do Serviço de Gestão de Doentes é responsável pelo sistema de referência e admissão de novos doentes.
8. Os Hospitais de Dia, Gabinetes de Tratamentos com Radiações e Bloco Cirúrgico de Ambulatório, estão integrados nos Departamentos ou Serviços e terão regulamento próprio.

Artigo 44º

Clínicas de Patologia

1. O tratamento oncológico em ambulatório (Consulta Externa) está organizado em Clínicas de Patologia, dispoendo de enfermagem, pessoal administrativo e auxiliar próprios, assim como de espaço físico individualizado devidamente identificado.

2. São objetivos das Clínicas de Patologia:

- a) Assegurar a vertente multidisciplinar, elaborar normas de atuação para cada patologia no que concerne ao diagnóstico, tratamento e seguimento;
 - b) Assegurar a administração atempada dos cuidados e executar auditoria clínica permanente;
 - c) Incentivar a diferenciação profissional para a obtenção de melhores prestações.
3. Sem prejuízo de eventuais futuras reorganizações, instituem-se as seguintes clínicas:
 - a) Clínica de Mama;
 - b) Clínica de Digestivos;
 - c) Clínica de Cabeça e Pescoço;
 - d) Clínica de Urologia;
 - e) Clínica de Ginecologia;
 - f) Clínica de Pulmão;
 - g) Clínica de Pele, Tecidos Moles e Osso;
 - h) Clínica de Hemato-Oncologia;
 - i) Clínica do Sistema Nervoso Central;
 - j) Clínica dos Tumores Endócrinos;
 - k) Clínica Pediátrica.
 4. É da competência das Clínicas de Patologia a realização de consultas de diagnóstico, consultas de grupo de decisão terapêutica, consultas de grupo de segunda opinião, consultas de seguimento e consultas de especialidade, assim como realização de técnicas de diagnóstico e tratamento específicos.
 5. Cada Clínica de Patologia terá um coordenador, de entre os profissionais da área clínica, designado pelo diretor clínico, cujo perfil se enquadre na estratégia definida pela instituição.

Artigo 45º

Atividade Operatória

1. A atividade operatória desenvolve-se em torno de um Bloco Operatório Central, constituído pelas salas do Piso 4 e um Bloco Operatório de Ambulatório, constituído pelas salas do Piso 2 e do Piso 3, com disponibilidade de apoio anestésico para procedimentos sob anestesia local.
2. A atividade operatória está dependente do diretor de Departamento de Cirurgia e rege-se por regulamento próprio.
3. Poderá ter um diretor nomeado pelo diretor clínico sob proposta do diretor do Departamento de Cirurgia.
4. A atividade operatória rege-se por regulamento próprio aprovado pelo Conselho de Administração.

Artigo 46º

Serviço de Atendimento Não Programado

1. O Serviço de Atendimento Não Programado (SANP) dispõe de espaço físico próprio e está dependente do diretor clínico.
2. Tem como objetivo principal prestar assistência permanente durante as horas em que as Clínicas de

- Patologia e os Serviços de Ação Médica não têm efetivos médicos em presença física.
3. O acesso ao SANP é exclusivo a doentes inscritos no IPO-Porto, em tratamento ativo a doença oncológica e cuja situação aguda deva ser motivada pela doença oncológica ou induzida pela terapêutica.
 4. O SANP pode também receber doentes com patologia oncológica aguda, devidamente referenciados do exterior.
 5. O SANP tem um Coordenador Médico, nomeado pelo Conselho de Administração sob proposta do diretor clínico de quem depende hierarquicamente.
 6. Compete ao Coordenador a organização de toda a assistência urgente ou não programada.
 7. Todas as equipas de SANP são chefiadas por um Chefe de Equipa, nomeado pelo diretor clínico sob proposta do Coordenador do SANP.
 8. Compete ao Chefe de Equipa a coordenação da atividade diária do SANP, estando-lhe ainda atribuídas, na ausência do Conselho de Administração, a responsabilidade pelo funcionamento do hospital e pela resolução imediata de situações anómalas.

Artigo 47º **Hospital de Dia**

1. As atividades desenvolvidas em regime de Hospital de Dia compreendem as terapêuticas medicamentosas e biológicas passíveis de serem realizadas em ambulatório com segurança.
2. O Hospital de Dia está integrado no Departamento de Medicina e recebe doentes dos serviços de Oncologia Médica, Onco-Hematologia, Pediatria e Transplantação de Medula.
3. Poderá ter um Diretor, nomeado pelo diretor clínico, sob proposta do diretor do Departamento de Medicina.

Artigo 48º **Organização do Sistema de Cuidados Intensivos**

1. O sistema de cuidados intensivos está organizado em três tipos de estruturas:
 - a) Serviço de Cuidados Intensivos;
 - b) Unidade de Cuidados Intermédios;
 - c) Emergência Intra-hospitalar.

Artigo 49º **Serviço de Cuidados Intensivos**

1. A Unidade de Cuidados Intensivos está integrada no Departamento de Anestesiologia e dispõe de pessoal com treino e formação específica.
2. O diretor do Serviço de Cuidados Intensivos é nomeado pelo diretor clínico sob proposta do diretor do Departamento de Anestesiologia.

3. Os critérios de admissão são os definidos nas normas regulamentares da Unidade de Cuidados Intensivos.

Artigo 50º **Unidade de Cuidados Intermédios**

1. A Unidade de Cuidados Intermédios destina-se a doentes graves e/ou situações especiais de risco, cuja situação clínica justifica vigilância intensiva.
2. Está integrada no Departamento de Cirurgia o que não invalida o acesso a doentes de outro foro e intervenção de outros médicos pertencentes a diferentes valências.
3. A admissão e alta de doentes na Unidade de Cuidados Intermédios é da responsabilidade dos médicos prescritores de tal procedimento, e obedecerá a regras a definir em normas regulamentadoras da Unidade.
4. Terá um Coordenador médico nomeado pelo diretor clínico, sob proposta do diretor de Departamento.

Artigo 51º **Emergência Médica Intra-Hospitalar**

1. É a atividade responsável por manter um sistema permanente intra-hospitalar de suporte avançado de vida.
2. Está integrada no Departamento de Anestesiologia, com um coordenador designado pelo diretor de departamento de Anestesia.

Secção III **Dos Serviços de Ação Médica**

Artigo 52º **Estruturas dos Serviços de Ação Médica**

1. A estrutura dos Serviços de Ação Médica é a seguinte:
 - a) Departamento de Cirurgia:
 - i. Serviço de Oncologia Cirúrgica;
 - ii. Serviço de Cirurgia Pediátrica;
 - iii. Serviço de Cirurgia Plástica e Reconstructiva;
 - iv. Serviço de Cirurgia Torácica;
 - v. Serviço de Dermatologia;
 - vi. Serviço de Estomatologia;
 - vii. Serviço de Ginecologia;
 - viii. Serviço de Neurocirurgia;
 - ix. Serviço de Oftalmologia;
 - x. Serviço de Ortopedia;
 - xi. Serviço de Otorrinolaringologia;
 - xii. Serviço de Urologia;
 - xiii. Bloco Operatório Central;
 - xiv. Bloco de Cirurgia Ambulatório;
 - xv. Unidade de Cuidados Intermédios.

- b) Departamento Medicina:
 - i. Serviço de Oncologia Médica;
 - ii. Serviço de Onco-Hematologia;
 - iii. Serviço de Cuidados Paliativos;
 - iv. Serviço de Transplantação de Medula Óssea;
 - v. Serviço de Pediatria;
 - vi. Serviço de Cardiologia;
 - vii. Serviço de Endocrinologia;
 - viii. Serviço de Gastroenterologia;
 - ix. Serviço de Medicina Física e Reabilitação;
 - x. Serviço de Medicina Interna;
 - xi. Serviço de Nefrologia;
 - xii. Serviço de Neurologia;
 - xiii. Serviço de Pneumologia;
 - xiv. Serviço de Psico-Oncologia;
 - xv. Hospital de Dia.
 - c) Departamento de Diagnóstico Laboratorial:
 - i. Serviço de Anatomia Patológica;
 - ii. Serviço de Genética;
 - iii. Serviço de Hematologia Laboratorial;
 - iv. Serviço de Química Clínica;
 - v. Serviço de Microbiologia;
 - vi. Serviço de Virologia;
 - vii. Serviço de Farmacologia Clínica.
 - d) Departamento de Imagem:
 - i. Serviço de Medicina Nuclear;
 - ii. Serviço de Radiodiagnóstico;
 - iii. Serviço de Radiologia de Intervenção.
 - e) Departamento de Radioterapia:
 - i. Serviço de Braquiterapia;
 - ii. Serviço de Radioterapia Externa.
 - f) Departamento de Imuno-Hemoterapia:
 - i. Serviço de Medicina Transfusional;
 - ii. Serviço de Terapia Celular;
 - iii. Unidade de Hemostase.
 - g) Departamento de Anestesiologia:
 - i. Serviço de Anestesiologia Clínica;
 - ii. Serviço de Cuidados Intensivos;
 - iii. Emergência Médica Intra-hospitalar.
2. Todos estes Serviços poderão integrar as Clínicas de Patologia.

Secção IV **Serviços de Apoio Assistencial**

Artigo 53º **Tipologia dos Serviços**

1. Consideram-se como Serviços de Apoio Assistencial do IPO - Porto os seguintes:
 - a) Serviço de Epidemiologia;
 - b) Serviço de Esterilização;
 - c) Serviços Farmacêuticos;
 - d) Serviço de Nutrição e Alimentação;
 - e) Serviço Social;
 - f) Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa;

- g) Serviço de Física Médica.
2. Estes Serviços estão diretamente dependentes do Conselho de Administração e prestam apoio a todo o Instituto.
 3. Os Serviços de Apoio devem trabalhar em estreita relação com os Departamentos e Serviços de Ação Médica mas têm individualidade técnica e autonomia própria.
 4. Todos os Serviços devem ter regulamento próprio aprovado pelo Conselho de Administração, o qual será aprovado, mediante proposta do Serviço a apresentar no prazo máximo de 90 dias.
 5. Cada um dos Serviços ficará sob a orientação e a cargo de um diretor o qual reporta ao Conselho de Administração.

Artigo 54º **Serviço de Epidemiologia**

1. É um Serviço cuja missão é recolher, tratar e divulgar os dados clínicos referentes à doença oncológica numa base populacional (RORENO) e base hospitalar.
2. O Registo Oncológico do IPO-Porto está sob a sua dependência.

Artigo 55º **Serviço de Esterilização**

1. O Serviço de Esterilização assegura todas as atividades inerentes ao reprocessamento de dispositivos médicos reutilizáveis, necessários à prestação de cuidados ao doente, tendo em vista a prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS).
2. Compete ao Serviço:
 - a) Assegurar as boas práticas em todos os postos de trabalho, segundo normas internacionais, nacionais e institucionais que garantam a qualidade técnica e a otimização dos recursos;
 - b) Procurar a satisfação dos serviços utilizadores através da melhoria contínua dos serviços prestados;
 - c) Garantir a conformidade com os requisitos do Sistema de Qualidade;
 - d) Medir a eficiência das nossas atividades avaliando o funcionamento das mesmas e ouvindo a opinião dos nossos clientes;
 - e) Colaborar com a Comissão de Controlo da Infeção Hospitalar, na prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde;
 - f) Promover a concretização das políticas ou diretivas emanadas dos Órgãos de Gestão;
 - g) Colaborar com os Órgãos de Gestão nos compromissos por eles assumidos com os estabelecimentos de ensino e outros, relativamente à formação ou prestação de serviços, na área da Descontaminação/Esterilização.

Artigo 56º
Serviços Farmacêuticos

1. Aos Serviços Farmacêuticos compete:
 - a) Garantir a distribuição de medicamentos pelos vários Serviços;
 - b) Efetuar a correta armazenagem e participar na gestão adequada de stocks de medicamentos;
 - c) Articular com a comissão de farmácia e terapêutica, nomeadamente na manutenção do formulário em uso na instituição, pareceres para introdução de novos medicamentos e divulgação de informação sobre medicamentos;
 - d) Participar na Investigação e Ensino.

Artigo 57º
Serviço de Nutrição e Alimentação

1. Ao Serviço de Nutrição e Alimentação compete:
 - a) Supervisionar a preparação, confeção e distribuição de refeições aos doentes e profissionais da instituição, de forma a garantir a sua adequação nutricional e terapêutica;
 - b) Proceder ao acompanhamento das necessidades alimentares e nutricionais dos doentes, de forma a garantir uma assistência nutricional oncológica diferenciada e personalizada, utilizando os mais elevados padrões técnicos e de acordo com o estado da arte;
 - c) Exercer a sua atividade em articulação com os Serviços Assistenciais, nomeadamente participando nos programas institucionais e ações multidisciplinares;
 - d) Promover e/ou colaborar em projetos de investigação e participar no ensino/formação nas áreas da alimentação e nutrição.

Artigo 58º
Serviço Social

1. Ao Serviço Social compete:
 - a) Garantir a vigilância e acompanhamento social a todos os doentes, em articulação com os Serviços de Ação Médica de forma sistemática;
 - b) A articulação com os Serviços Sociais da comunidade envolvente, de modo a garantir a continuidade da ação assistencial.

Artigo 59º
Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa

1. Ao Serviço compete:
 - a) Assegurar as condições que permitam a prestação de assistência espiritual e religiosa aos doentes internados, de acordo com o Decreto-Lei n.º 253/2009, de 23 de setembro.

Artigo 60º
Serviço de Física Médica

1. Ao Serviço compete:
 - a) Vigilância das condições de funcionamento das fontes de Radiações de Radioterapia e Medicina Nuclear, mantendo um registo permanente de avaliação do desempenho.

Secção V
Dos serviços de Ensino e Investigação

Artigo 61º
Escola Portuguesa de Oncologia do Porto

1. A Escola Portuguesa de Oncologia do Porto (EPOP) tem como objetivo promover o ensino da Oncologia bem como participar na divulgação e ensino de áreas de investigação em Oncologia.
2. Os Órgãos de Gestão da EPOP são:
 - a) Comissão de Coordenação;
 - b) Diretor da Escola;
 - c) Plenário do Corpo Docente.
3. A Direção da Escola Portuguesa de Oncologia do Porto é constituída por um diretor, equiparado a diretor de Departamento e sete vogais - 3 nomeados pelo Conselho de Administração, 2 eleitos pela Assembleia de docentes, o Diretor do Centro de Investigação e o Diretor do Internato Médico.
4. A ação da Escola Portuguesa de Oncologia do Porto, rege-se por um regulamento próprio aprovado pelo Conselho de Administração.
5. Compete à Escola Portuguesa de Oncologia do Porto:
 - a) Planificar, organizar e realizar cursos e outras atividades formativas no âmbito da Oncologia;
 - b) Promover a formação contínua dos diferentes profissionais do Instituto;
 - c) Colaborar, nomeadamente com a Liga Portuguesa Contra o Cancro, em ações de sensibilização e ensino da Oncologia à Comunidade;
 - d) Prestar o apoio logístico ao Ensino pré e pós-graduado;
 - e) Planear a formação de técnicos em Oncologia;
 - f) Promover cursos de mestrado e apoiar doutoramentos;
 - g) Autorizar estágios profissionais e estabelecer as suas regras;
 - h) Gerir outros espaços e infraestruturas dedicadas à formação (Centro da Torrinha).
6. A Direção será assessorada por um gestor financeiro.
7. Para cumprir os seus objetivos a EPOP constitui-se nas seguintes áreas de atuação:
 - a) Internato Médico;
 - b) Centro de Formação;

- c) Biblioteca;
- d) Formação contínua e em serviço em articulação com os Departamentos e Serviços.

Artigo 62º

Direção do Internato Médico

1. A forma de nomeação, composição e competência da Direção do Internato Médico regem-se pelo disposto no Decreto-Lei n.º 203/04, de 18 de agosto e no Regulamento do Internato Médico, aprovado pela Portaria n.º 183/2006, de 22 de fevereiro.
2. A Direção do Internato Médico está incluída na EPOP.

Artigo 63º

Centro de Formação

1. O Centro de Formação é uma unidade integrada na EPOP e coordenada por um profissional com habilitações académicas e profissionais adequadas e designado pelo Conselho de Administração.
2. Compete ao Centro de Formação a organização e dinamização das ações de formação de vertente não clínicas inerentes à formação profissional transversal a toda a instituição.

Artigo 64º

Biblioteca

1. A Biblioteca é uma unidade integrada na EPOP e coordenada por um profissional com habilitações académicas e profissionais adequadas, designado pelo Conselho de Administração.
2. Compete à Biblioteca:
 - a) Proceder ao tratamento de documentação, catalogação, clarificação, indexação e arquivo de documentos;
 - b) Disponibilizar e fomentar o acesso às fontes através de redes digitais e outros meios;
 - c) Coordenar e controlar a área museológica do IPO-Porto, no respeitante ao acesso de equipamentos e documentos com interesse, para a preservação da memória Institucional.

Artigo 65º

Centro de Investigação

1. A Direção do Centro de Investigação é constituída por um diretor, equiparado a diretor de Departamento, e dois vogais nomeados pelo Conselho de Administração.
2. Compete ao Centro de Investigação:
 - a) Estimular e integrar a atividade científica do Instituto;
 - b) Contribuir para a criação de uma cultura científica forte, guiada por objetivos e critérios de avaliação mensuráveis;

- c) Angariar e gerir fundos destinados ao financiamento da investigação;
 - d) Identificar e publicitar áreas prioritárias para atribuição de financiamento a projetos de investigação;
 - e) Criar condições para a avaliação externa e independente das linhas de investigação submetidas para financiamento;
 - f) Estimular a cooperação científica inter-institucional nacional e estrangeira;
 - g) Promover a difusão do conhecimento científico e da cultura científica na sociedade.
3. Definem-se como áreas de investigação prioritárias as seguintes:
 - a) Clínica;
 - b) Genética;
 - c) Oncologia Molecular.
 4. A Direção será assessorada por um gestor financeiro.
 5. A Direção terá o apoio do Conselho Científico.
 6. O Centro de Investigação tem regulamento próprio aprovado pelo Conselho de Administração.

Secção VI

Dos serviços de Gestão e Apoio Logístico

Artigo 66º

Tipologia dos Serviços de Gestão e Apoio Logístico

1. Na dependência direta do Conselho de Administração consideram-se como Serviços de Gestão e Apoio Logístico do IPO-Porto os seguintes:
 - a) Serviço de Planeamento e Apoio à Gestão que compreende as seguintes áreas:
 - i. Gabinete de Estatística;
 - ii. Gabinete de Apoio à Gestão;
 - iii. Gabinete de Codificação Clínica.
 - b) Serviço de Instalações, Equipamentos e Transportes.
 - c) Serviço de Gestão Financeira.
 - d) Serviço de Gestão de Recursos Humanos.
 - e) Serviço de Gestão de Doentes.
 - f) Serviço de Aquisições e Logística.
 - g) Serviço de Informática.
 - h) Serviço de Gestão Hoteleira.
 - i) Serviço de Saúde Ocupacional e Gestão de Risco Geral.
 - j) Gabinete Jurídico.
 - k) Gabinete de Relações Públicas.
 - l) Gabinete da Qualidade.
2. Todos os Serviços e Gabinetes devem ter regulamento próprio aprovado pelo Conselho de Administração, o qual será aprovado, mediante proposta a apresentar no prazo máximo de 90 dias.
3. Cada um dos Serviços e Gabinetes ficarão sob a orientação e a cargo de um diretor o qual reporta ao Conselho de Administração.

Artigo 67º

Serviço de Planeamento e Apoio à Gestão

1. O Serviço de Planeamento e Apoio à Gestão compreende três áreas, com as seguintes competências:
 - a) Gabinete de Apoio à Gestão a quem compete:
 - i. Coordenar a elaboração dos Instrumentos de Gestão Previsionais de âmbito institucional, entre outros, o Plano de Negócios, o Plano de Desempenho e o Plano de Atividades e Orçamento;
 - ii. Elaborar documentos de suporte relativos aos instrumentos referidos acima, bem como de suporte à concretização de estratégia de intervenção que vier a ser determinada;
 - iii. Preparar os documentos e sistematizar a informação necessária à elaboração do processo de contratualização interna e externa, e aos reportes de informação a entidades externas, que não sejam atribuídos a outro serviço ou Departamento;
 - iv. Acompanhar a execução dos contratos-programa e efetuar análises periódicas sobre a evolução dos principais indicadores de gestão, formulando recomendações sobre os desvios detetados face ao previsto;
 - v. Controlo de gestão da atividade da instituição e apoio à melhoria da sua performance, incluindo:
 - v.i. Elaborar relatórios de análise e melhoria da produção assistencial;
 - v.ii. Elaborar *tableaux de bord* com indicadores de controlo e gestão da produtividade assistencial;
 - v.iii. Controlo da atividade dos Serviços e de apoio à melhoria da sua performance;
 - v.iv. Dar apoio técnico à elaboração dos planos de atividade dos Serviços.
 - vi. Gestão do Sistema de Indicadores à Gestão;
 - vii. Apoio à implementação de projetos no âmbito do Sistema de Informação Hospitalar, em matérias relacionadas com o planeamento e apoio à gestão;
 - viii. Análise de projetos de investimentos, realização de análise de custo-benefício e gestão de projetos transversais que lhe sejam cometidos.
 - b) Gabinete de Estatística a quem compete:
 - i. Recolher, tratar e sistematizar toda a informação relativa ao movimento assistencial e consumos da organização.
 - c) Gabinete de Codificação Clínica a quem compete:
 - i. Gerir o processo de registo dos diagnósticos e procedimentos clínicos realizados, para obtenção de Grupos de Diagnóstico Homogéneo.

Artigo 68º

Serviço de Instalações, Equipamentos e Transportes

1. Ao Serviço de Instalações, Equipamentos e Transportes compete:
 - a) Promover e garantir a segurança de equipamentos, redes e outras estruturas físicas;
 - b) Garantir a adequação e a funcionalidade das instalações e das infraestruturas;
 - c) Elaborar e propor à aprovação o Plano Anual de Conservação e Manutenção das Instalações e Equipamentos;
 - d) Gerir a frota de transportes externos do Instituto;
 - e) Acompanhar e fiscalizar as obras de conservação ou de expansão do instituto;
 - f) Preparar formalidades técnicas de cadernos de encargos para concursos de obras em instalações, compra de equipamentos e material de transporte;
 - g) Manter uma base de dados de manutenção e revisão de equipamentos;
 - h) Emitir pareceres técnicos e proceder a estudos financeiros de projetos da sua competência.

Artigo 69º

Serviço de Gestão Financeira

1. Ao Serviço de Gestão Financeira compete:
 - a) Executar e controlar os lançamentos contabilísticos, de acordo com as boas práticas e os princípios de contabilidade;
 - b) Preparar o orçamento e assegurar o seu controlo;
 - c) Analisar e promover o controlo de custos;
 - d) Executar e desenvolver o sistema de contabilidade de custos;
 - e) Colaborar com as atividades de reporte de outros serviços, nos pontos em que dependam de dados geridos pelo SGF;
 - f) Assegurar o controlo contabilístico do inventário e das despesas com pessoal;
 - g) Controlar a tesouraria e gerir as disponibilidades;
 - h) Assegurar o encerramento de contas do exercício;
 - i) Elaborar o “dossier fiscal”;
 - j) Prestar toda a informação ao fiscal único;
 - k) Elaborar e apresentar as peças contabilísticas e declarações fiscais à administração fiscal;
 - l) Prestar toda a informação contabilística e fiscal ao Conselho de Administração, acionistas e organismos públicos.

Artigo 70º

Serviço de Gestão de Recursos Humanos

1. Ao Serviço de Gestão de Recursos Humanos, na área de gestão de recursos humanos, compete:
 - a) Assegurar a informação sistemática e atualizada de recursos humanos e monitorizar os respetivos custos;
 - b) Preparar e orientar todos os processos relativos à admissão de pessoal, bem como as promoções, alterações de vínculo, renovações, rescisões de

- contratos, aposentações e avaliação de desempenho;
- c) Assegurar, em tempo oportuno o processamento de remunerações e outros abonos, assim como garantir o cumprimento de todas as obrigações legais e fiscais dele decorrente;
 - d) Garantir o controlo da assiduidade e a manutenção do plano de férias;
 - e) Informar todos os atos de pessoal que possam envolver despesas;
 - f) Organizar e manter atualizados os processos individuais do pessoal e garantir a boa gestão do seu arquivo;
 - g) Assegurar ao Conselho de Administração e aos restantes Serviços da instituição a informação necessária à manutenção de uma correta e justa política de recursos humanos;
 - h) Garantir um atendimento diário disponível a todos os funcionários;
 - i) Colaborar na elaboração da estratégia de Recursos Humanos;
 - j) Colaborar na elaboração de Políticas e Procedimentos relativos à GRH: Recrutamento e Seleção, Remunerações, Incentivos, Avaliação de Desempenho;
 - k) Elaborar o Balanço Social e o Relatório Único;
 - l) Realizar procedimentos de reporte a entidades externas, tal como o SIOE, e outros que lhe venham a ser cometidos;
 - m) Colaborar com outros serviços em atividades de reporte e de elaboração de relatórios nos termos em que lhe venham a ser cometidos pelo Conselho de Administração;
 - n) Colaborar em ações de desenvolvimento organizacional;
 - o) Criar e manter um sistema de informação de gestão de RH (Plano de desempenho e indicadores de gestão de RH);
 - p) Garantir a legalidade de todos os processos relativos aos Recursos Humanos da Instituição.
2. Ao SGRH, na área de gestão de expediente, compete:
- a) Realizar a receção, classificação e distribuição interna de toda a correspondência e documentação (interna e externa), bem como assegurar a sua expedição.

Artigo 71º

Serviço de Gestão de Doentes

1. Ao Serviço de Gestão de Doentes compete:
- a) Acompanhar e gerir todo o circuito do doente, desde a admissão até à alta, em todas as áreas da instituição;
 - b) Assegurar e coordenar o apoio administrativo do Ambulatório, Internamento, Bloco Operatório e áreas de apoio ao doente;

- c) Planear e implementar o agendamento de atos médicos e não médicos na instituição;
- d) Efetuar o agendamento e registo eletrónico de toda a produção hospitalar;
- e) Proceder à marcação de exames a realizar no exterior;
- f) Gerir o transporte de doentes em ambulância;
- g) Assegurar a transcrição e reencaminhamento de relatórios clínicos;
- h) Coordenar o Serviço de Informação e Receção de Visitas e Gabinete de Apoio ao Doente/Utente;
- i) Elaborar e articular procedimentos administrativos entre os departamentos da instituição;
- j) Promover a formação e aperfeiçoamento do pessoal do Serviço Gestão de Doentes;
- k) Colaborar nas atividades transversais do Serviço Gestão de Doentes que lhe forem atribuídas;
- l) Executar outras funções que lhe sejam superiormente cometidas ou impostas por lei e/ou regulamento interno.

Artigo 72º

Serviço de Aquisições e Logística

1. O SAL compreende três áreas funcionais:
- a) Aquisições;
 - b) Logística;
 - c) Conferência de Faturas.
2. À área de Aquisições compete:
- a) Efetuar as aquisições de materiais de consumo, equipamentos e serviços necessárias ao funcionamento do IPO-Porto e que decorrem das solicitações internas da instituição;
 - b) Organizar os procedimentos de aquisição em conformidade com o Código dos Contratos Públicos estabelecendo para tal a ligação entre os diversos intervenientes, isto é, o Conselho de Administração, os júris dos procedimentos e os concorrentes;
 - c) Zelar pela obtenção das melhores condições económicas de aquisição salvaguardando, os princípios da transparência e da igualdade de oportunidades;
 - d) Garantir a atualização e manutenção dos ficheiros mestre de artigos e de fornecedores.
3. À área de Logística compete:
- a) Assegurar a receção de todas as encomendas, incluindo produtos farmacêuticos;
 - b) Assegurar a adequada armazenagem de dispositivos clínicos, material de consumo hoteleiro e material de consumo administrativo;
 - c) Assegurar a adequada gestão de stocks de dispositivos clínicos, material de consumo hoteleiro e material de consumo administrativo;
 - d) Assegurar a entrega de produtos farmacêuticos no armazém dos Serviços Farmacêuticos;

- e) Assegurar a distribuição interna de materiais por via da satisfação de requisições e por via da reposição de níveis;
 - f) Assegurar a distribuição interna de carrinhos de unidose e a reposição de níveis de soros em alguns serviços;
 - g) Assegurar o acompanhamento e manutenção dos armários de reposição de níveis instalados nas arrecadações dos Serviços;
 - h) Inventariar o imobilizado adquirido pela instituição ou oferecido por terceiros.
4. À área de Conferência de Faturas compete:
- a) Efetuar a conferência de faturas e notas de crédito/débito;
 - b) Articular com os fornecedores no sentido de se corrigirem erros/anomalias em faturas;
 - c) Proceder ao registo de faturas no aplicativo informático;
 - d) Articular com os serviços utilizadores para a validação de prestações de serviços;
 - e) Passar as faturas, notas de crédito e notas de débito conferidas e registadas ao Serviço de Gestão Financeira.

Artigo 73º **Serviço de Informática**

1. O Serviço de Informática tem por missão:
- a) Manter uma rede eletrónica de circulação de dados;
 - b) Fazer assistência das redes, do software e hardware existentes;
 - c) Projetar, implementar e acompanhar a execução de projetos informáticos;
 - d) Contribuir mediante iniciativas modernizadoras para um sistema de informação capaz e eficiente;
 - e) Apresentar propostas, por sua iniciativa ou a pedido do Conselho de Administração, no sentido de se obter um desenvolvimento integrado das aplicações informáticas e das infraestruturas de comunicação;
 - f) Emitir parecer sobre pedidos de aquisição de aplicação ou equipamento informático;
 - g) Manter uma base de registo de equipamento informático e sua distribuição;
 - h) Contribuir, em colaboração com o centro de formação, para uma cultura informática dentro da instituição, conhecimento e manuseamento de novas aplicações e, para o acesso a novas tecnologias de informação.

Artigo 74º **Serviço de Gestão Hoteleira**

1. Ao Serviço de Gestão Hoteleira compete assegurar as seguintes funções:
- a) O normal funcionamento do centro hoteleiro de apoio;

- b) A vigilância das portarias, parques, jardins, áreas interiores e exteriores;
- c) As funções de alimentação, exceto no que tecnicamente depender do Serviço de Nutrição e Alimentação;
- d) As funções de limpeza das instalações e sua supervisão;
- e) As funções de recolha de resíduos e sua supervisão;
- f) As funções de rouparia;
- g) As funções da Central telefónica;
- h) As funções da Reprografia;
- i) As funções da Casa Mortuária;
- j) As funções de coordenação e gestão de outros espaços de utilização comum;
- k) A gestão e acompanhamento de contratos de prestação de serviços/outsourcing, nas áreas da sua competência.

Artigo 75º **Serviço de Saúde Ocupacional e Gestão de Risco Geral**

1. O Serviço de Saúde Ocupacional e Gestão de Risco Geral é um Serviço de natureza multidisciplinar e tem funções eminentemente preventivas do risco geral e ocupacional.
2. No âmbito da prevenção dos riscos ocupacionais, o SSOGR tem em vista sobretudo os trabalhadores do Instituto através da prevenção de todos os fatores extrínsecos ou intrínsecos de risco, ligados ao ambiente de trabalho e ao indivíduo cujas interações possam afetar a segurança, a saúde e a satisfação no trabalho.
3. É Integrada, no mínimo, por três setores de atividade principal:
- a) Medicina e Enfermagem do Trabalho;
 - b) Ambiente, Segurança e Higiene no Trabalho;
 - c) Psicologia da Saúde Ocupacional.
4. Ao SSOGR serão criadas todas as condições para que possa desenvolver a sua atividade com respeito pelo sigilo e confidencialidade legalmente exigíveis.
5. São funções principais do SSOGR a vigilância médica, a prevenção dos acidentes e das doenças profissionais e a promoção da saúde e a responsabilidade pela formação em matéria de gestão de risco e de saúde ocupacional.

Artigo 76º **Gabinete Jurídico**

1. Ao Gabinete compete:
- a) Consulta e apoio jurídico a todos os órgãos do Instituto, de administração ou técnicos, duradouros ou transitórios, bem como os Serviços que o Conselho de Administração determinar, em particular o apoio aos procedimentos de recrutamento e seleção de pessoal e à contratação pública de bens

e serviços, do direito do trabalho e do direito da saúde, em particular as áreas da prevenção da responsabilidade civil e penal médica;

- b) Patrocínio judiciário em todas as jurisdições;
- c) Apoio na formação jurídica de quadros técnicos e das hierarquias do Instituto.

Artigo 77º

Gabinete de Relações Públicas e Comunicação

- 1. Ao Gabinete compete:
 - a) Promover a imagem do Instituto, junto da população e dos profissionais;
 - b) Criar mecanismos de divulgação de informação interna e externamente;
 - c) Apoiar os Serviços do IPO-Porto na conceção e elaboração de suportes documentais ou informáticos no âmbito da sua atividade.

Artigo 78º

Gabinete da Qualidade

- 1. É um Serviço que lidera e implementa uma estratégia global de melhoria da qualidade e organizacional, baseada em padrões de referência elevada e em procedimentos que procurará manter sempre adaptados e atualizados.
- 2. Depende diretamente do Conselho de Administração, que nomeia os respetivos membros.

CAPÍTULO IV

Gestão de recursos

Artigo 79º

Recursos Humanos

- 1. A gestão de recursos humanos, nomeadamente no que se refere aos incentivos ao desempenho, rege-se pelas correspondentes regras constantes do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro.
- 2. Sem prejuízo do que constar em convenção coletiva de trabalho, o regime de recrutamento e seleção de pessoal e o regime de carreiras de pessoal, serão aprovados por deliberação do Conselho de Administração.
- 3. O Instituto disporá de quadro próprio referente ao pessoal em regime de contrato individual de trabalho a ser definido anualmente por deliberação do Conselho de Administração.

Artigo 80º

Recursos Financeiros

A gestão dos recursos financeiros rege-se pelo disposto nos artigos 11º a 12º-A do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro e nos artigos 22º a 25º dos estatutos.

Artigo 81º

Património

O Instituto manterá organizado e atualizado o património de todos os bens cuja administração está a seu cargo, bem como de outros bens cuja utilização lhe seja atribuída.

CAPÍTULO V

Garantias

Artigo 82º

Gestão de Risco

- 1. É estabelecida uma área de gestão de risco com regulamento próprio dividida em duas vertentes, gestão de risco geral e gestão de risco clínico e cada vertente será dirigida por um responsável nomeado pelo Conselho de Administração.
- 2. O Instituto assegurará a manutenção de um sistema de gestão de risco, assente em atividades de identificação, de avaliação de riscos potenciais, de prevenção e de controlo de perdas.
- 3. Para o efeito, o Instituto desenvolverá um sistema de informação baseado em incidentes e ocorrências e definirá, para cada risco, estratégias de minimização ou transferência, consoante as circunstâncias.
- 4. O Instituto manterá operacional um plano de emergência para desastres internos ou externos, o qual constará de documento próprio.
- 5. O Instituto desenvolverá e manterá operacional um plano específico destinado à segurança de pessoas (doentes, profissionais, voluntários e visitantes) e bens.

Artigo 83º

Necessidades Individuais do Doente

- 1. Ao doente é assegurado tratamento segundo o estado da arte mesmo quando o Instituto não dispuser dos meios técnicos e humanos para esse efeito.
- 2. Ao doente é assegurada informação adequada acerca da sua doença e dos meios que o Instituto possui.
- 3. Ao doente internado será assegurada um acesso simplificado de visitas.
- 4. Aos doentes é assegurada liberdade e assistência religiosas.
- 5. Ao doente e seus familiares é assegurada a defesa dos seus interesses através do gabinete do utente ou de outros processos expeditos a implementar.
- 6. Ao doente internado é assegurada a possibilidade de comunicação com o exterior.

Artigo 84º
Confidencialidade

O Instituto definirá uma política de confidencialidade, de acordo com a Lei, para assegurar a proteção de dados e informação relativa a doentes e colaboradores.

CAPÍTULO VI
Disposições finais e transitórias

Artigo 85º
Remissões

As remissões para os diplomas legais e regulamentares feitas no presente regulamento considerar-se-ão efetuadas para aqueles que venham a regular, no todo ou em parte, as matérias em causa.

Artigo 86º
Regulamentação Complementar

Compete ao Conselho de Administração a regulamentação e definição de normas complementares ou interpretativas para a aplicação do presente Regulamento.

Artigo 87º
Legislação Revogada

Com a entrada em vigor do presente Regulamento considera-se revogada toda a regulamentação existente, salvo aquela que pela sua especificidade não viole o regulamento.

Artigo 88º
Entrada em Vigor

O presente regulamento entra em vigor no dia a seguir à sua aprovação Ministerial.