



Maria João Gonçalves Cardoso Rueff Negrão

Modelos de Qualidade na Saúde: O Processo de Acreditação na USF CelaSaúde

Mestrado em Gestão

Faculdade de Economia

agosto



UNIVERSIDADE DE COIMBRA



FEUC FACULDADE DE ECONOMIA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Maria João Gonçalves Cardoso Rueff Negrão

Nº de Estudante: 2005118200

Modelos de Qualidade na Saúde: O Processo de Acreditação na USF CelaSaúde

Relatório de Estágio de Mestrado em Gestão apresentado à Faculdade de Economia da
Universidade de Coimbra para obtenção do grau de Mestre

Orientador de Estágio na FEUC: Professora Doutora Patrícia Moura e Sá

Entidade: USF CelaSaúde

Orientador na Entidade: Doutora Maria Teresa Tomé

Coimbra, Agosto de 2014

Resumo

Este relatório descreve as principais atividades desenvolvidas ao longo do estágio curricular, decorrido entre setembro de 2012 e fevereiro de 2013, na Unidade de Saúde Familiar (USF) CelaSaúde, em Coimbra.

Ao longo do estágio, inserido na área de gestão da qualidade, foram realizadas diversas ações com o objetivo de conduzir a USF a um novo modelo organizacional. Para tal, foi realizada uma avaliação baseada na grelha DiOr. Posteriormente foram introduzidas as medidas corretivas necessárias à aprovação da candidatura.

Apresenta-se também a análise do processo de acreditação da USF CelaSaúde, tendo em conta as medidas mais relevantes aplicadas.

Atualmente, a acreditação é essencial para o sucesso das USF's, tendo em conta a importância de assegurar a prestação de cuidados de saúde de referência e qualidade a um custo reduzido, de forma a proporcionar confiança aos cidadãos e profissionais.

O trabalho desenvolvido permitiu elencar os aspetos a melhorar, os quais, a serem implementados com sucesso, permitirão à USF dar novos passos na acreditação e na procura da excelência.

Palavras-chave: Qualidade em Saúde, Unidade de Saúde Familiar, Programa Nacional de Acreditação e Melhoria Contínua.

Abstract

This paper describes the main activities developed during the curricular internship, which took place from September of 2012 to February of 2013, in the Family Health Unit (FHU) CelaSaúde, in Coimbra. During the internship, concerning quality management, were put in place several actions with the goal of leading the USF to a new organizational model. For this was made a DiOr grid line evaluation. After the initial assessment, there were taken the needed corrective measures for the approval of the application.

Furthermore, it is presented the author analysis of the accreditation process of the USF CelaSaúde, enhancing the most relevant measures put in practice.

Currently, the accreditation is essential for the success of the USFs due to the need to assure high health care standards at a reduced cost, hence, this way transmitting confidence to the general population and to the health care professionals.

The work developed allowed to identify the aspects of fundamental improvement which being successfully implemented will allow the USF to get closer to the most complete accreditation and to higher excellence standards.

Key words: Quality applied to Health; Family Health Unit; National Program of Accreditation and Continuous Improvement.

Lista de Siglas

ACES – Agrupamento dos Centros de Saúde

ACSA – *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía*

ARS – Administração Regional de Saúde

CS – Centros de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DiOr – Diagnóstico do Desenvolvimento Organizacional

DiQuOr – Diagnóstico da Qualidade Organizacional

DQS – Departamento da Qualidade em Saúde

ERA – Equipa Regional de Apoio e Acompanhamento

IPAC – Instituto Português de Acreditação

JCI – *Joint Commission International*

MoniQuOr – Monitorização da Qualidade Organizacional

SGQ – Sistema de Gestão da Qualidade

SNS – Serviço Nacional de Saúde

USF – Unidade de Saúde Familiar

Índice Geral

Resumo	i.
Abstract	ii.
Lista de Siglas	iii.
Introdução	1
1. A Qualidade nos Serviços de Saúde Primários	3
1.1. Qualidade Total: conceito e princípios.....	3
1.2. Qualidade em Saúde	8
1.3. Referenciais internacionais para a Acreditação no Sistema de Saúde.....	10
1.4. Programa e Modelo Nacional de Acreditação em Saúde.....	14
2. Apresentação da Entidade de Acolhimento e das Principais Atividades Realizadas.....	21
2.1. A Unidade de Saúde Familiar CelaSaúde	21
2.2. Atividades realizadas durante o Estágio.....	26
3. O Processo de Acreditação na USF CelaSaúde	30
3.1. Estrutura e requisitos do manual de acreditação	30
3.2. Análise da conformidade dos <i>standards</i> do grupo I	34
4. Avaliação Crítica e Conclusões	57
Referências Bibliográficas.....	63
Referências Web.....	64
Anexos	65

Índice de Anexos

Anexo I – Procedimento Mudança de médico de família dentro da USF	72
Anexo II – Guia para Marcação de consultas.....	76
Anexo III – Procedimento de Atendimento telefónico.....	77
Anexo IV – Procedimento de Controlo de prazos de validade.....	81

Índice de Figuras

Figura 1 – Dimensões da Qualidade	6
Figura 2 – Legenda dos <i>standards</i> do grupo I presentes no Manual de Qualidade	33
Figura 3 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 01.01	34
Figura 4 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 01.02.....	34
Figura 5 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 01.03.....	34
Figura 6 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 01.04	35
Figura 7 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 01.06	35
Figura 8 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 01.12	35
Figura 9 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 01.13	36
Figura 10 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 01.16	36
Figura 11 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 02.01.....	37
Figura 12 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 02.02.....	37
Figura 13 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 02.03.....	37
Figura 14 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 02.13.....	38
Figura 15 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 03.01.....	39
Figura 16 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 03.06.....	39
Figura 17 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 04.01.....	40
Figura 18 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 04.02.....	40
Figura 19 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 04.03.....	40
Figura 20 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 04.04.....	41
Figura 21 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 05.01.....	42
Figura 22 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 05.05.....	42
Figura 23 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 06.01.....	43
Figura 24 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 06.02.....	43
Figura 25 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 06.03.....	43
Figura 26 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 06.07.....	44
Figura 27 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 06.08.....	45
Figura 28 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 06.10.....	45
Figura 29 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 07.01.....	46
Figura 30 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 07.04.....	46
Figura 31 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 07.05.....	47
Figura 32 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 07.08.....	47
Figura 33 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 07.10.....	48
Figura 34 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 08.01.....	48
Figura 35 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 08.04.....	49
Figura 36 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 08.05.....	49
Figura 37 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 08.07.....	50
Figura 38 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 08.09.....	50

Figura 39 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 08.10.....	51
Figura 40 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 09.01.....	51
Figura 41 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 09.03.....	52
Figura 42 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 09.08.....	52
Figura 43 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 09.09.....	52
Figura 44 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 10.01.....	53
Figura 45 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 10.03.....	53
Figura 46 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 10.05.....	54
Figura 47 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 10.08.....	54
Figura 48 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 10.10.....	54
Figura 49 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 10.11.....	55
Figura 50 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 11.01.....	55
Figura 51 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 11.02.....	56
Figura 52 – Análise do cumprimento dos standards do Grupo I no processo de Acreditação da USF CelaSaúde.....	60

Introdução

A qualidade tem vindo a ganhar relevância em todos os setores. Com um público cada vez mais exigente, as organizações tendem a apostar, cada vez mais, numa política de qualidade e melhoria contínua.

Na área da saúde a situação não é diferente. A crescente consciencialização dos utentes em relação à saúde transformou-se numa maior exigência com os cuidados prestados. Como tal, os prestadores de cuidados reconhecem a urgência na aposta da qualidade dos serviços prestados, com o objetivo de promoverem a confiança e satisfação dos utentes.

Em meados de 1990, os serviços de saúde primários passavam por uma fase de declínio. Apesar de gratuitos, eram de difícil acesso aos cidadãos, sentiam-se carências organizacionais e as suas técnicas e processos estavam desatualizados, não conseguindo responder às necessidades dos utentes. Assim, os próprios médicos de família sentiram a necessidade de alterar este paradigma, criando medidas que revolucionassem a prestação de cuidados de saúde primários. Foram então aplicadas duas medidas: a criação das Unidades de Saúde Familiar e o agrupamento dos atuais Centros de Saúde em ACES, permitindo a agregação de recursos e estruturas de gestão, eliminando concorrências estruturais e criando economias de escala.

As Unidades de Saúde Familiar (USF, tal como a Unidade de Saúde em estudo, prestam cuidados de saúde primários e são constituídas por equipas multidisciplinares. Têm autonomia técnica e organizacional regulada por um conjunto de instrumentos formais explícitos, organizando-se para responder de modo flexível às necessidades de saúde de um conjunto de cidadãos.

Em saúde, o processo de acreditação consiste numa das grandes prioridades estratégicas do Ministério da Saúde, tendo como objetivo fortalecer a confiança dos cidadãos e dos profissionais de saúde, nas instituições prestadoras de cuidados de saúde e fomentar e disseminar uma cultura de

melhoria da qualidade e da segurança, com uma adequada relação custo-benefício. Posto isto, mais à frente será apresentada uma análise da conformidade com os standards obrigatórios ao primeiro nível de acreditação aplicada à USF CelaSaúde.

Este relatório está dividido em quatro capítulos: No primeiro será realizado um enquadramento teórico, onde serão abordados alguns temas relacionados com a qualidade e o processo de acreditação. Segue-se o capítulo 2 com uma apresentação da USF CelaSaúde e das principais atividades realizadas. No terceiro capítulo será abordada a avaliação ao processo de acreditação da USF. Por fim, serão apresentadas conclusões em relação ao trabalho desenvolvido durante o estágio e ao processo de acreditação da USF, sendo ainda apontadas algumas medidas de melhoria.

CAPÍTULO 1. A QUALIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

1.1. Qualidade Total: conceito e princípios

Atualmente as organizações vivem num ambiente extremamente competitivo em que a aposta na qualidade é uma das principais fontes de diferenciação.

Os produtos/serviços que criem maior valor são preferidos pelos consumidores, que se tornaram cada vez mais exigentes. Assim, as organizações têm como objetivo desenvolver e oferecer ao seu público produtos/serviços de qualidade com o intuito de serem reconhecidos e distinguidos como tal.

As unidades de saúde não escapam a esta pressão. Mesmo nos casos em que, dado o seu caráter de serviço público de acesso universal, a competição não seja uma prioridade, as organizações deverão preocupar-se com o bem-estar dos cidadãos e a sua finalidade passa pela implementação de boas práticas, com vista a oferecer serviço de saúde de excelência.

Definir qualidade é uma tarefa bastante complexa e subjetiva. Não existe um único conceito de qualidade que seja o correto, sendo que este termo depende do setor de aplicação e de quem o aplica. Há uma premissa que é imposta por todos os setores: com vista a gerir a qualidade, torna-se necessário que esta seja o mais objetiva e quantificável possível para que possa ser mais facilmente mensurável. A envolvência de toda a organização no entendimento da qualidade é muito importante, uma vez que só assim será possível o seu desenvolvimento.

Ao longo dos anos, muitos autores deram os seus contributos para o conceito de qualidade. Serão apresentados alguns dos principais¹ :

¹ Adaptado Saraiva e Teixeira, 2010

1. **William E. Deming:** considerado o “pai da qualidade”, afirma que a qualidade deve ser entendida como a utilização da estatística em processos, dando foco à análise da variabilidade e respetivas causas. Deming entende a qualidade como a resposta às atuais e futuras necessidades dos clientes.

Como método de melhoria contínua, o autor sugere o ciclo PDCA (Plan, Do Check, Action), introduzido por Shewhart. Resumidamente, este ciclo é composto por quatro fases e permite controlar os processos, de modo a garantir a melhoria contínua.

Plan – Fase em que são estabelecidos os objectivos e os processos a utilizar.

Do – Diz respeito à implementação do plano. Aqui são implementados os processos.

Check – Onde ocorre a verificação e comparação dos resultados obtidos com os esperados.

Act – Fase em que são aplicadas medidas de correcção e melhoria aos resultados obtidos.

2. **Joseph Juran:** Este autor define qualidade a partir de dois significados:

“Qualidade como adequação ao uso” e “qualidade como ausência de falhas”. Além disso, define a função qualidade como sendo “o conjunto de atividades através das quais atingimos a adequação ao uso, não importando em que parte da organização estas atividades são executadas”. A função qualidade é organizada através das atividades básicas conhecidas como a trilogia Juran – Planeamento da qualidade; controlo da qualidade e melhoria da qualidade. Para o autor, a melhoria da qualidade deve ser relacionada com o seu planeamento e controlo.

3. **Philip Crosby:** Para Crosby a qualidade é “conformidade com os requisitos”. De acordo com esta definição, quanto maior for a qualidade, menores serão os custos incorridos, ou seja, vale a pena investir na prevenção ao invés da repetição do processo produtivo. Na sua teoria, a qualidade é facilmente mensurável. A não conformidade detetada diz respeito à falta de qualidade, sendo que a a qualidade pode ser medida pelo custo da não conformidade.

4. **Kaoru Ishikawa:** Para este autor, a qualidade significa busca contínua das necessidades do consumidor tendo por base a sua satisfação. De nada adianta fabricar um produto de qualidade, se este não satisfizer o consumidor. Esta definição é bastante ampla, pois engloba os enfoques no consumidor e no valor. Além disso, preserva a preocupação com os processos, de modo a se responder às necessidades dos consumidores a um preço justo.

Como podemos verificar, a Qualidade possui muitos conceitos igualmente corretos e que se complementam, advindo daqui a difícil tarefa de a definir.

De modo a clarificar a gestão da qualidade, podemos considerar quatro principais divisões:

A qualidade na conceção, em que a qualidade deve ser medida de modo a serem incorporadas no produto/serviço final as necessidades e expetativas do consumidor; a qualidade no fabrico/prestação de serviço, que deve ser medida tendo em conta a conformidade do produto/serviço em relação às especificações; a qualidade na utilização, que diz respeito à capacidade do produto/serviço corresponder ao que é esperado pelo consumidor e a qualidade relacional, que mede a eficiência do contacto com os clientes, uma vez que, uma forte

argumentação acerca do produto/serviço em questão, contribui para uma grande envolvimento dos clientes para com os mesmos².

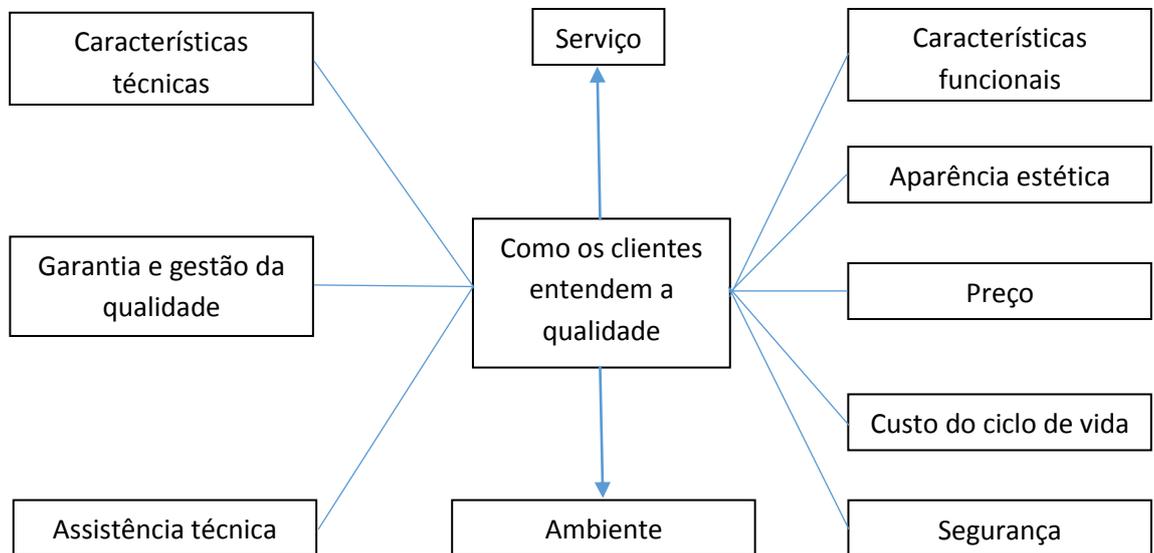
A qualidade abrange ainda características técnicas e características funcionais. As primeiras dizem respeito àquelas que resultam de uma solução técnica encontrada, como o material, o peso e a altura. Já as características funcionais correspondem às que, directamente são úteis ao consumidor, permitindo dar resposta às suas necessidades, nomeadamente fiabilidade, comodidade, entre outras³.

Assim, podemos definir qualidade como:

“ A totalidade das características de um produto/serviço que são passíveis de satisfazer as necessidades estabelecidas ou implícitas”.⁴

A Qualidade é percebida de diferentes formas pelo produtor e pelo consumidor, apresentando várias dimensões (Figura 1).

Figura 1 – Dimensões da Qualidade



Fonte: Adaptado de Pires, 2014

² Adaptado de Pires, 2004

³ Adaptado de Pires, 2004

⁴ Veja-se Normas ISO

Ao contrário do que se verifica nos produtos, os serviços são intangíveis o que dificulta a sua mensuração e avaliação. A avaliação das necessidades dos clientes ganha extrema importância, devendo os seus comportamentos ser observados com o máximo detalhe possível.

Princípios da Qualidade

A gestão da Qualidade é atualmente parte integrante e importante da estratégia organizacional, devendo ser assumida pela gestão de topo e ser transversal a todos os departamentos, contando com o envolvimento de todas as equipas.

A Gestão da qualidade tem como base um conjunto de princípios que perseguem a melhoria contínua, focando-se no cliente e na satisfação das suas necessidades. Estes princípios encontram-se definidos na Norma ISO 9001:2008.

1. Foco no cliente

“As organizações dependem dos seus clientes, portanto, devem entender as suas necessidades correntes e futuras, ir ao encontro dos seus requisitos e lutar constantemente para exceder as suas expectativas”.

2. Liderança

“Os líderes criam a visão e missão da organização e, portanto, o seu caminho. Devem criar e manter um ambiente interno que proporcione envolvimento total no atingir os objetivos da organização”.

3. Envolvimento dos colaboradores

“As pessoas, de todos os níveis, são a essência da organização, o seu completo envolvimento faz com que coloquem todas as suas capacidades ao serviço da organização”.

4. Abordagem por processos

“Um resultado desejado é atingido de forma mais eficiente se os recursos e as actividades relacionadas forem geridos como um processo”.

5. Abordagem sistemática da gestão

“Identificar, entender e gerir um sistema de processos inter-relacionados para a concretização de um dado objetivo, melhora a eficácia e eficiência da organização”.

6. Melhoria contínua

“A melhoria contínua deverá ser um objetivo permanente da organização”.

7. Abordagem Factual para Tomada de Decisões

“As decisões são tomadas com base em dados e informação”.

8. Relações mutuamente Benéficas com Fornecedores

“As organizações e os fornecedores são interdependentes, e as relações de benefício mútuo aumentam a capacidade de ambos em criar valor”.

1.2. Qualidade em Saúde

O sector da saúde tem apostado na qualidade, uma vez que o seu objetivo passa por prestar cuidados de saúde com qualidade sendo adaptáveis e destinados ao maior número de cidadãos possível.

A qualidade em saúde abrange dois aspetos essenciais: o relacional, que diz respeito à interação entre o prestador de saúde e o utente, e o técnico, que está relacionado com a aplicação do conhecimento médico respondendo da melhor forma possível às dificuldades de saúde do utente⁵. O primeiro é bem mais

⁵ Adaptado de Donabedian, 1980

difícil de caracterizar, uma vez que depende das expectativas do utente e é, por isso, mais subjetivo.

Na prestação de cuidados de saúde, o utente desempenha também um papel essencial à obtenção da qualidade de serviço. Este contribui de forma direta na qualidade da prestação de serviços de saúde, uma vez que, um bom diagnóstico do seu estado de saúde depende substancialmente da sua própria verbalização. Ou seja, o utente é responsável por passar a melhor descrição possível acerca do seu estado de saúde, do que sente e de como se sente. Neste sentido, a subjetividade da qualidade dos serviços de saúde torna-se ainda maior. Tal não significa, apesar de tudo, que o prestador não deva e não tenha a obrigação de facilitar o exercício deste papel aos utentes.

Apesar da definição de qualidade estar sempre dependente da perspetiva e valores de quem a define, em saúde é também importante adaptar uma definição que lhe sirva de referência. Em 1990, o Programa Ibérico definia qualidade em saúde como: a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação dos utentes. Na prestação de cuidados incluímos a promoção da saúde e a prevenção da doença⁶. Apesar de, ao longo do tempo, terem surgido muitas outras definições, esta é uma das mais completas.

Por outro lado, o conceito de qualidade em saúde pode também definir-se como um serviço de saúde capaz de maximizar o bem-estar do paciente, após ter em conta o equilíbrio entre os ganhos e as perdas esperadas⁷.

Atualmente assistimos a uma grande aposta pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS), na prestação de cuidados de saúde de qualidade com custos minimizados, de modo a serem o mais abrangentes possível. Mesmo ao nível mais local, as próprias unidades de saúde apostam, cada vez mais, na prestação de serviços de qualidade e pretendem garantir este reconhecimento.

⁶ Veja-se <http://pns.dgs.pt/files/2010/03/Qualidade.pdf>

⁷ Adaptado de Donabedian, 1980

De seguida, serão abordados alguns dos modelos que promovem a qualidade em saúde.

1.3. Referenciais internacionais para a Acreditação no Sistema de Saúde

Sendo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos um elemento primordial da estratégia da qualidade desenvolvida pelo SNS, a acreditação surge como a metodologia de trabalho que favorece e impulsiona esses processos de melhoria contínua, de forma transversal e integrando todos os elementos do sistema⁸. Para tal, houve a necessidade de definir ferramentas baseadas em padrões de referência que auxiliem no caminho da melhoria contínua e da excelência.

A acreditação consiste na avaliação e reconhecimento da competência técnica de entidades para efetuar atividades específicas de avaliação da conformidade⁹. Este processo é inteiramente voluntário, ou seja, a intenção de uma melhoria contínua está dependente da vontade própria e empenho dos profissionais, permitindo a transmissão de confiança, através do reconhecimento público da qualidade inerente a determinados processos técnicos, uma vez que compromete a existência de um mínimo de qualidade exigido a nível internacional.

É comum existir alguma confusão entre acreditação e certificação. No entanto, tratam-se de processos distintos quer quanto aos objetivos quer no que se refere aos respetivos referenciais. A certificação é uma atividade de avaliação da conformidade, já acreditação diz respeito ao reconhecimento das competências técnicas para exercer as atividades de avaliação da conformidade¹⁰. Este último, é um processo mais exigente, que por si só, já traduz uma garantia da qualidade dos resultados apresentados ao público.

⁸ Adaptado de Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, 1ª Edição fevereiro 2011

⁹ Adaptado de <http://www.ipac.pt/ipac/funcao.asp>

¹⁰ Adaptado de <http://max.uma.pt/~a2118207/perguntas.html>

Em Portugal, a única entidade responsável pela acreditação é o Instituto Português de Acreditação (IPAC), que efetua a regulação dos organismos de certificação. Nenhuma outra entidade nacional, pública ou privada, possui esta competência.

Por sua vez, o Departamento da Qualidade na Saúde (DQS) tem como uma das suas prioridades o desenvolvimento de um modelo de acreditação coerente, alinhado com a Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde, destinado a todas as unidades de saúde.

Existem vários modelos que são utilizados na acreditação de Unidades de Saúde: o King's Fund Health Quality Service (KFHQS); o Joint Commission International (JCI) e a Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA). Iremos apresentar os modelos supracitados.

Merecem entretanto referência outros referências genéricos como a norma NP EN ISO 9001:2000, a qual especifica requisitos para um sistema de gestão da qualidade numa organização, tendo como base os princípios de gestão da qualidade expostos na ISO 9000. Fomenta a adoção de uma abordagem por processos e a importância da aproximação dos requisitos. Todos os requisitos desta norma são genéricos, sendo de fácil aplicação a todas as organizações. É utilizada na certificação de serviços, podendo ser aplicada a serviços de saúde. Uma vez que, é necessário adequar os princípios genéricos da norma à realidade da Saúde, Filipa Homem de Christo, integrante da equipa do DQS, elaborou o “ Guia interpretativo para a aplicação da norma NP EN ISO 9001:2000 para serviços de saúde”.

Health Quality Service - King's Fund ¹¹

Fundado em 1897, por iniciativa do atual Príncipe de Gales, o King's Fund nasceu com o intuito de permitir a reunião e distribuição de fundos de apoio para os hospitais mais carenciados de Londres. Contudo, apenas alguns anos depois

¹¹ Adaptado de <http://www.kingsfund.org.uk/about-us/our-history>

da sua fundação, começou a desenvolver as suas atividades, nomeadamente arrancou com a inspeção de hospitais e incentivou uma distribuição mais racional dos serviços de saúde com vista a responder ao crescimento exponencial da cidade.

Em 1948, o estabelecimento do National Health Service – Serviço financiado pelo imposto nacional e disponível a todos os que dele necessitavam - levou à necessidade de reavaliar o papel do King's Fund, existindo a possibilidade de novos rumos para o seu trabalho.

A fundação começou a centrar-se no desenvolvimento de boas práticas, apostando na formação, e na disponibilização de fundos destinados ao apoio de iniciativas de promoção da melhoria em saúde.

Durante os anos 80, o King's Fund criou uma unidade de pesquisa e análise da política de saúde e desenvolveu o Health Quality Service, um serviço de auditoria que é atualmente respeitado por várias organizações de saúde.

Apesar da evolução do contexto social, a independência e especialização do King's Fund foi mantida, tendo hoje a finalidade de garantir a melhoria da qualidade e das condições dos cuidados de saúde.

A metodologia do Health Quality Service assenta num conjunto de padrões e critérios desenvolvidos essencialmente para a realidade hospitalar. Este é utilizado com o propósito de avaliar a qualidade dos serviços de saúde e divide-se em três categorias: obrigatórios para a acreditação, recomendações e padrões de excelência.

Joint Commission International (JCI)¹²

No ano de 1951, nos Estados Unidos da América, foi criada a Joint Commission on Accreditation of Hospitals com o objetivo de permitir a acreditação

¹²Adaptado de <http://pt.jointcommissioninternational.org/>

voluntária dos hospitais, através de um programa de normas para a avaliação das instituições. O modelo aplicado viria posteriormente a ser adoptado por vários países.

Em 1987, a organização alterou o seu nome para Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, com a missão de melhorar a segurança e qualidade da saúde, através da acreditação de cuidados de saúde, ou através da certificação de serviços, disponibilizando um processo baseado em normas para avaliar as organizações. Estas normas foram criadas à luz da realidade jurídica dos Estados Unidos, o que dificultou a sua implementação noutros países.

Em 1994, surgiu a JCI com a intenção de adaptar as normas da qualidade à realidade legal de cada país. Com um carácter universal, as normas aplicam-se hoje a todo o tipo de organizações e permitem a promoção de padrões rigorosos de prestação de cuidados de saúde.

Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA)¹³

No ano de 2002, pelas mãos do Ministério da Saúde e Bem-Estar Social do Governo da Andaluzia, nascia a Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) com a finalidade de desenvolver e impulsionar o Modelo de Qualidade de Andaluz.

Atualmente, a ACSA é uma entidade que certifica centros e unidades de saúde, qualificação profissional, educação continuada e páginas da web, de acordo com o Modelo de Acreditação do Sistema Público de Saúde Andaluz. Este modelo procura a excelência nos cuidados de saúde e promove uma cultura de melhoria contínua. No entanto, não é apenas uma entidade certificadora, mas é também uma organização que gera conhecimento sobre a qualidade, resultante do trabalho de investigação dos profissionais e da própria agência e também dos próprios processos de avaliação que se convertem numa fonte valiosa de informação no estudo das melhores práticas de melhoria.

¹³ Adaptado de <http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/es>

Para além disso, a ACSA promoveu a criação do Centro para a Segurança do Paciente, uma nova iniciativa na Andaluzia, que corresponde a um instrumento privilegiado para o desenvolvimento da segurança do paciente.

O Modelo ACSA é atualmente visto como o mais indicado para Centros e Unidades de Saúde assentando em três pilares: a gestão por processos, a gestão clínica e a gestão por competências dos vários níveis de prestação de cuidados de saúde; e atua em cinco áreas distintas¹⁴:

I - O Cidadão, como centro do Sistema de Saúde

II – Integração e continuidade dos Cuidados de Saúde

III – Profissionais

IV – Áreas de Suporte

V – Resultados

Valorizando, em particular: os direitos dos cidadãos; a segurança; as competências profissionais; a transparência na actuação; os requisitos de rigor técnico e científico na prestação dos cuidados de saúde; os resultados dos processos de saúde; a perceção que o utente tem dos cuidados que lhe são prestados.

1.4. Programa e Modelo Nacional de Acreditação em Saúde

Em Portugal, os programas de acreditação em saúde iniciaram-se com a criação do Instituto da Qualidade em Saúde. Em 1999 este Instituto desenvolveu o Programa Nacional de Acreditação dos Hospitais, baseado na metodologia *King's Fund* através de um acordo celebrado entre o ministério de saúde português e o Health Quality Service, originando o primeiro Programa Nacional de Acreditação nos Hospitais.

¹⁴ Veja-se Programa Nacional de Acreditação em Saúde

Anos depois, a identificação de uma fraca cultura de Qualidade aliada a um défice organizacional dos Serviços de Saúde e a falta de indicadores de desempenho e de apoio à decisão, contribuíram para a necessidade de uma nova orientação estratégica de melhoria da qualidade organizacional.

Em 2004, a Unidade de Missão para os Hospitais S.A. introduziu um novo modelo para a acreditação dos seus hospitais: o JCI. Este modelo contribuiu com as competências necessárias nas áreas de planeamento e programação da política para a qualidade do SNS, ficando à sua responsabilidade prosseguir e desenvolver a cultura de melhoria contínua da Qualidade e de segurança do doente e a divulgação de boas práticas clínicas e organizacionais¹⁵.

Mais tarde, foi criado o Departamento de Qualidade em Saúde (DQS), que tem como missão promover a excelência na prestação dos serviços de saúde, mediante a garantia da sua qualidade e melhoria contínua, em benefício dos cidadãos e de acordo com o Plano Nacional de Saúde.

Nesse sentido, foi aprovada a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, que define as prioridades da concretização da política para a qualidade na saúde. Tornava-se cada vez mais necessário adotar e adaptar um modelo nacional de acreditação coerente, alinhado com esta estratégia, utilizando para a sua implementação um Programa Nacional de Acreditação.

A escolha recaiu no modelo ACSA, uma vez que era o que melhor se adaptava ao pretendido. Para além disso, trata-se de um modelo consolidado e reconhecido, criado para um sistema de saúde público e com uma organização semelhante à do sistema português.

No entanto, este modelo necessitou de ser adaptado à realidade portuguesa, havendo a necessidade de definir o suporte normativo e regulamentar, e identificar áreas e oportunidades de melhoria. Esta tarefa coube à Direcção-Geral da Saúde, que através do DQS, definiu e propôs o necessário

¹⁵ Adaptado de Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, 1ª Edição Fevereiro 2011

suporte normativo e regulamentar, bem como identificou áreas e oportunidades de melhoria.

O presente Modelo Nacional de Acreditação em Saúde tem as seguintes características¹⁶:

- Trata-se de um modelo coerente com a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde e com os planos e ferramentas de gestão que têm em vista a melhoria contínua, como é o caso da gestão clínica, a gestão por processos, a gestão por competências e a gestão por conhecimentos;

- Tem como principal referencia, os diferentes programas de saúde, os processos assistenciais integrados, os processos de suporte, as recomendações sobre as melhores práticas clínicas conhecidas, a segurança dos utentes e dos profissionais e as necessidades e expetativas dos cidadãos;

- Aborda a qualidade de uma forma integral através de programas de acreditação direcionados para as diferentes áreas que compõem os cuidados de saúde (Hospitais, serviços ou unidades de gestão clínica, unidades funcionais, farmácias, entre outros);

- É progressivo, uma vez que identifica os passos que são dados progressivamente até à excelência. Trata-se de um processo dinâmico, contínuo e evolutivo, refletindo não só o momento atual de desenvolvimento da qualidade na organização, mas também o seu potencial de evolução.

Este modelo tem ainda o objetivo de alterar o atual paradigma de prestação de cuidados, centrados na organização, para um novo paradigma de cuidados, centrados no cidadão.

O programa de acreditação é um processo extenso e contínuo que é composto essencialmente por quatro fases¹⁷:

¹⁶ Adaptado de Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, 1ª Edição Fevereiro 2011

Fase 1 - Candidatura à acreditação e visita de apresentação

Na primeira etapa, o dirigente clínico solicita ao departamento da Qualidade o preenchimento de um formulário de candidatura. Após aceite a candidatura, dá-se início ao planeamento conjunto de todo o processo.

De seguida, realiza-se uma visita à unidade clínica com a finalidade de apresentar o modelo de acreditação à equipa da unidade que será responsável pela execução do processo.

Fase 2 - Auto-avaliação

Nesta fase, os profissionais da Unidade clínica analisam e observam todas as conformidades e não conformidades, identificando, através destas últimas, as ações de melhoria que necessitam de ser implementadas. Importa referir que este exercício toma como referência o conjunto de *standards* de acreditação.

Esta fase comporta as seguintes etapas:

1. A direção da Unidade Clínica estabelece os objetivos e o plano de ações da autoavaliação;
2. Procede-se à nomeação do responsável da Unidade Clínica pelo processo de acreditação. Este terá como principal função ser o interlocutor com a equipa de avaliadores do Programa Nacional de Acreditação em Saúde;
3. Definição dos auto-avaliadores internos e respetiva atribuição de *standards*;
4. Formação dos auto-avaliadores e treino nas aplicações informáticas que ficam a cargo dos responsáveis pela acreditação;
5. Preenchimento das Fichas de auto-avaliação pela equipa interna de avaliadores;
6. Discussão e partilha de evidências positivas e áreas de melhoria pelo grupo de auto-avaliação;

¹⁷ Veja-se Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, 1ª Edição Fevereiro 2011

7. Estabelecimento de prioridades para as áreas de melhoria;
8. Desenvolvimento e realização de atividades nas áreas identificadas como de necessária melhoria;
9. Avaliação e aperfeiçoamento do processo de auto-avaliação.

Uma autoavaliação assertiva e coerente tem um papel muito importante neste processo, uma vez que a acreditação se trata de um processo meramente voluntário. O processo auto-avaliativo permite dar a conhecer à própria entidade em que fase de acreditação se encontra e, caso ainda se encontre em desenvolvimento, quais as suas potenciais áreas de desenvolvimento.

Fase 3 - Avaliação externa

Terminada a fase de autoavaliação, a direção da Unidade Clínica e a equipa de avaliadores do Programa Nacional de Acreditação em Saúde programam, de forma consensual, a visita para a realização da avaliação externa. Durante esta visita, os avaliadores externos verificam o cumprimento dos *standards* através de variadas evidências, como documentais, por observação direta ou entrevistas.

Após a visita de avaliação externa, é concebido um relatório pela equipa de avaliadores do programa de acreditação, onde é especificado o cumprimento dos vários *standards*. Este relatório é posteriormente entregue à direção da Unidade Clínica.

Fase 4 - Acompanhamento

Após a conclusão com sucesso do processo de acreditação, é criado um sistema de colaboração entre a Unidade e os avaliadores do programa, de modo a assegurar o cumprimento dos *standards* ao longo do tempo. A periodicidade das visitas de acompanhamento é dependente dos resultados alcançados, sendo mais comum de dois e quatro anos, ou em determinadas eventualidades extraordinárias.

As Unidades Clínicas que se encontrem envolvidas no processo de acreditação, contam com uma série de aplicações informáticas criadas especificamente para o modelo ACSA, que têm como finalidade apoiar e facilitar todo este processo. Uma das tarefas dos avaliadores especializados do Plano Nacional de Acreditação em saúde passa por prestar todo o apoio necessário à utilização destas aplicações.

A auto-avaliação é uma das fases da acreditação em que as aplicações informáticas ganham maior ênfase. Assim, é importante proceder à formação da equipa de avaliação interna, para que possa usufruir da melhor maneira possível destas aplicações.

O preenchimento das fichas de avaliação é realizado na aplicação informática, onde são registadas todas as evidências e áreas de melhoria, havendo também a possibilidade de anexar ficheiros a estes registos. Para além disso, aqui podem ser estabelecidas prioridades, planificar ações e nomear responsáveis pelas áreas de melhoria. A existência de um módulo de resultados facilita a planificação e o seguimento de todas as ações resultantes da gestão da melhoria contínua da qualidade originadas na auto-avaliação. A própria equipa externa de avaliadores especializados, durante a visita de avaliação, terá em conta todos os registos e evidências contidos nas aplicações informáticas.

Também na fase de acompanhamento, estas aplicações continuarão a ser de grande utilidade, pois permitem à equipa da Unidade Clínica responsável pela acreditação, anotar, planificar e analisar todas as ações de melhoria.

Importa referir que, estar acreditado significa, antes de mais, um reconhecimento externo e público de que a Unidade de Saúde cumpre os requisitos necessários à prestação de cuidados de saúde com qualidade e em segurança.

Tratando-se de um processo tão abrangente, progressivo e contínuo, o caminho para a melhoria contínua só será possível com o envolvimento da globalidade dos profissionais.

Este modelo de acreditação consiste numa ferramenta importante para a estratégia da qualidade a desenvolver no SNS, uma vez que evidencia em que medida são seguidas as normas e orientações da qualidade, assim como permite às Unidades Clínicas a obtenção de um reconhecimento público do cumprimento dessas normas.

Tendo em conta toda a dinâmica que lhe está subjacente, a acreditação não deve ser entendida como um fim, pois esta permite o levantamento de potenciais alternativas e áreas de melhoria da qualidade.

Por fim, o modelo permite reconhecer que determinada Unidade de Saúde se encontra direccionada para a qualidade da prestação de cuidados de saúde e de todos os processos que lhes conferem suporte, atendendo à satisfação das necessidades e expectativas dos cidadãos e dos seus profissionais.

CAPÍTULO 2. APRESENTAÇÃO DA ENTIDADE DE ACOLHIMENTO E DAS PRINCIPAIS ATIVIDADES REALIZADAS

2.1.A UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR CELASAÚDE

Em 1990, os Cuidados de saúde atravessavam tempos difíceis, visto que, os serviços prestados eram deficitários e de acesso reduzido à maioria dos cidadãos.

Com a intenção de revolucionar esta época de crise, as USF's surgiram com o objetivo de oferecerem serviços de qualidade, acessíveis e de baixo custo a todos os cidadãos

Durante o ano de 2006, surgiram as primeiras USF's e desde então o seu número tem crescido consideravelmente. Atualmente são consideradas um dos pilares dos cuidados de saúde primários, juntamente com os CS que lhes deram origem.

Em meados de novembro do ano de 2007, um grupo de profissionais, pertencentes ao Centro de Saúde de Celas desenvolveu a candidatura a USF, que assentava essencialmente na prestação de serviços de saúde de qualidade e acessíveis a todos envolvendo ativamente não só os seus utentes, mas também os seus colaboradores. Em 2009, a candidatura foi aprovada e nasce então a USF CelaSaúde.

A USF CelaSaúde, pertencente ao ACES do Baixo Mondego I da ARS Centro, localiza-se no coração de Coimbra, nomeadamente na Rua Augusto Rocha em Celas. Esta zona caracteriza-se por ser bastante central e urbana, com bons acessos a nível de transportes, farmácias, hospitais, maternidades e meios auxiliares de diagnóstico. Partilha o mesmo polo de edifícios com o Centro de Saúde de Celas (entidade que lhe deu origem) e com a USF Cruz de Celas. Da sua área de abrangência fazem parte sete freguesias do concelho de Coimbra, cuja população corresponde a cerca de 66 000 habitantes.

O seu edifício é constituído por dois pisos onde existe, em cada, um balcão de atendimento aos utentes. Os médicos de família são distribuídos por pisos, ou seja, cada médico apenas atua num dos pisos, o que permite facilitar e personalizar o atendimento dos seus, aproximadamente, 16 000 utentes. A USF conta com uma equipa de trabalho multiprofissional constituída por vinte e quatro elementos (nove médicos, nove enfermeiras e seis administrativos) que trabalham diariamente apostando na prestação de serviços de qualidade.

A USF dispõe de um horário das 8h às 20h e oferece um leque variado de serviços:

1. Consulta agendada de grupos vulneráveis e de risco (saúde infantil, saúde da mulher, planeamento familiar e rastreio oncológico, saúde materna, diabetes e risco cardiovascular);
2. Consulta geral agendada - consulta de saúde do adulto;
3. Consulta de intersubstituição (em caso de doença aguda, sem consulta agendada e ausência do médico de família);
4. Consulta aberta (em caso de doença aguda e sem consulta agendada);
5. Consultas pré e pós-laborais programadas (antes e após o horário laboral, 9h-17h);
6. Domicílios (em casos de incapacidade dos utentes em se deslocarem à USF);
7. Sistema de renovação de prescrições (em casos de renovação de receituário crónico, pedidos de termas, fisioterapia, entre outros).

Missão, Visão e Valores

Missão

Apostando no trabalho em grupo, na responsabilização conjunta pelos resultados e na orientação para a comunidade, a equipa da USF CelaSaúde define a sua missão¹⁸:

“Os nossos pressupostos assentam na prestação de cuidados assistenciais efetivos privilegiando a acessibilidade e a aceitabilidade, na intervenção a nível da comunidade, na gestão por objetivos, na promoção e desenvolvimento de atividades de investigação e formação, na satisfação dos utentes e dos profissionais e na divulgação adequada dos serviços e da sua utilização.

Virados para o futuro, numa postura responsável e cúmplice com os utentes, acreditamos que são os recursos Humanos (profissionais) e os utentes que fazem os Bons serviços.”

Em suma, o seu lema é: *“REINVENTAR O QUOTIDIANO – A ARTE DE SUPERAR OS OBJECTIVOS”*.

Visão

A USF centra-se na satisfação das necessidades, presentes e futuras, dos seus utentes, assim como em antecipa-las. Para tal, acredita que o seu maior valor está no grupo de profissionais que quer pela capacidade de trabalho em equipa, quer pelas suas aptidões e envolvimento na gestão, permitem que exista flexibilidade e adaptabilidade da unidade, dando assim resposta a novas mudanças sem descurar a qualidade nos seus serviços prestados¹⁹.

¹⁸ Regulamento Interno USF CelaSaúde, 31 de Outubro de 2012

¹⁹ Adaptado de Regulamento Interno USF CelaSaúde, 31 de Outubro de 2012

“ Procuramos identificar, satisfazer e ultrapassar necessidades em Saúde e prestar cuidados de qualidade. Todo este processo dinâmico e nunca terminado vai respondendo fluidamente às necessidades/tendências ou mesmo antecipando-se a elas, perspetivando-se num papel pró ativo, atingindo os objetivos da organização e cumprindo a sua visão”.

Valores

Com a intenção de alcançar a Missão e Visão anteriormente enunciadas, os valores da USF assentam na qualidade do atendimento, na interdisciplinaridade, na disponibilidade de prestação de serviços atuais e diferentes, na inovação²⁰. Para tal, conta com a capacidade de reorganizar respostas ou atitudes consoante seja necessário e com a pro atividade de todos. Além de procurar a satisfação dos seus utentes, aposta também no bem-estar dos seus profissionais.

Estrutura e Organização Interna

Com a sua moderna organização interna, as USF's vieram revolucionar os Cuidados de Saúde Primários (CSP). As suas equipas multidisciplinares e a autonomia organizativa, funcional e técnica, fazem com que as hierarquias tradicionais se dissipem dando lugar a uma partilha das funções de gestão entre todos os colaboradores. A estrutura interna da USF é constituída pelo Conselho Geral, pelo Conselho Técnico, pela Coordenadora, pelas equipas nucleares, pelas equipas espelho, pelos grupos de trabalho e outros órgãos de apoio.

Do **Conselho Geral** fazem parte todos os elementos da equipa multiprofissional da USF (médicos, enfermeiras e secretários clínicos). Este tem como competências a aprovação de toda a documentação inerente à atividade da USF, vigiar o cumprimento da mesma, propor a nomeação de um novo coordenador, aprovar a substituição de qualquer elemento da equipa multiprofissional, entre outros. As reuniões de Conselho Geral decorrem, regra

²⁰ Adaptado de Regulamento Interno USF CelaSaúde, 31 de Outubro de 2012

geral, às sextas-feiras durante o período da tarde, estando sempre disponível uma equipa que garante a prestação de serviços em casos agudos. Importa ainda referir que todas as aprovações requerem uma maioria de dois terços da votação.

No cargo de **Coordenação** está a Doutora Maria Teresa Tomé, que tem como principais funções coordenar todas as atividades das equipas multiprofissionais, gerir todos os processos da USF, presidir ao Conselho Geral e assegurar a representação externa da USF.

O **Conselho Técnico** é constituído por dois elementos, um médico e um enfermeiro, no caso da USF CelaSaúde fazem parte a Doutora Emília Nina e a Enfermeira Ana Paula Santos. Ao Conselho Técnico compete a observação das normas técnicas emitidas pelas entidades competentes e a promoção de procedimentos que garantam a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, assim como, a avaliação do grau de satisfação dos seus utentes e da sua equipa de trabalho, a elaboração e atualização do manual de boas práticas clínicas, e a organização e supervisão das atividades de formação contínua e de investigação. Para além disso, presta ainda apoio aos diferentes grupos de trabalho. As reuniões de Conselho Técnico devem ocorrer, pelo menos, uma vez por mês ou então, sempre que um dos seus elementos considere pertinente.

As **equipas nucleares**, constituídas por médico, enfermeiro e secretário clínico, foram criadas numa ótica de cooperação interdisciplinar que, juntamente com normas de auto regulação e procedimentos chave, contribuem para um bom funcionamento do atendimento, baseado no equilíbrio entre a padronização dos processos e na personalização do atendimento assistencial.

A USF responde ainda ao princípio da intersubstituição através da criação de **equipas espelho**, cujo objetivo passa por assegurar a assistência do utente na ausência da sua equipa.

Os **grupos de trabalho** permitem atribuir mais responsabilidade e uma maior rentabilização do trabalho. Cada grupo tem um porta-voz que é responsável pela dinamização do mesmo e está também encarregue de reunir as

monitorizações periódicas e as metas das diferentes áreas, a fim de apresentar, em reuniões de Conselho Geral, os resultados alcançados. A USF dividiu os seus grupos de trabalho pelas seguintes áreas: Saúde Infantil, Saúde Materna, Planeamento Familiar, Hipertensão Arterial, Diabetes, Domicílios, Vacinação, Comissão de Infeção, Aprovisionamento e Stocks, Candidatura ao Modelo Organizacional B, Outras Candidaturas e Organização de Eventos.

Aos **outros órgãos** de apoio compete o auxílio em outras áreas que permitam o normal funcionamento da USF. Desta fazem parte a área da Informática, a Gestão de Recursos Humanos, a área da Humanização e Imagem dos Serviços, entre outros.

2.2. Atividades realizadas durante o Estágio

O início do estágio deu-se a 17 de setembro de 2012 com uma reunião dirigida pela Coordenadora da USF, a Doutora Maria Teresa Tomé. Durante o período de estágio, a minha colega de mestrado Vanessa Proença esteve sempre presente, sendo que todas as ações realizadas foram desenvolvidas em equipa.

Em primeira instância, a Doutora Maria Teresa apresentou a Unidade de Saúde e fez uma breve abordagem ao universo da prestação de CSP.

Seguiu-se a apresentação do projeto desenvolvido, anteriormente, pelos colegas de Mestrado em Gestão. Este projeto foi desenvolvido na área da qualidade e teve como ponto de partida a criação de um manual da qualidade que, até à data, era inexistente. Para além disso, deram início à candidatura da USF ao modelo organizacional B, tendo como ponto de partida a grelha de avaliação DiOr. Apesar do sucesso alcançado, havia ainda muito ações a desenvolver.

Como objetivos a alcançar durante o estágio, a Doutora Maria Teresa Tomé sugeriu-nos dar continuidade deste projeto e referiu, ainda, a necessidade do desenvolvimento de atividades na área do marketing, uma vez que, a USF se encontrava a desenvolver um projeto de um portal interativo on-line. Neste portal, os utentes teriam acesso a várias informações acerca da USF e do seu

funcionamento, poderiam marcar consultas ou até mesmo colocar questões. Apesar do interesse demonstrado, não foi possível desenvolver este projeto ao longo do estágio, tendo sido dada prioridade máxima ao desenvolvimento de atividades ligadas à área da qualidade, mais concretamente, à continuidade do processo de candidatura da USF CelaSaúde ao modelo organizacional B.

Em primeiro lugar, começámos por analisar as várias grelhas de diagnóstico organizacional MoniQuOr, DiQuOr, Guia do Auditor e DiOr. Esta análise já tinha sido iniciada anteriormente pelos nossos colegas, no entanto, encontrava-se pouco pormenorizada e muito incompleta. Para além das grelhas de avaliação, analisámos toda a documentação oficial da USF.

De seguida, comparámos as diferentes grelhas de diagnóstico e a sua respetiva análise já efetuada. Tratavam-se de quatro grelhas extensas e que, embora diferentes, apresentavam conteúdos semelhantes. No entanto, acabámos por nos concentrar apenas na grelha Dior sendo que é atualmente a mais utilizada para candidaturas ao modelo organizacional B.

Analisámos meticulosamente todos os critérios presentes relativos aos vários temas e comparámos o que era exigido com as informações e dados presentes na documentação da USF, documentação afixada, procedimentos realizados e até mesmo em termos de sinalética e instalações. Após esta análise, verificámos várias não conformidades que, ao longo do estágio, foram corrigidas. O objetivo passou por desenvolver trabalhos de forma a que a autoavaliação da USF, na grelha Dior, se apresentasse o mais completa possível, ou seja, com uma avaliação positiva em todos os critérios do Tipo A e no máximo de critérios de tipo B e C, sendo que os de tipo C não dependem diretamente da USF.

Verificou-se que alguns procedimentos obrigatórios pela grelha de diagnóstico organizacional DiOr, não estavam presentes no Manual da Qualidade, pelo que, em conjunto com alguns profissionais da USF, foram elaborados esses mesmos procedimentos em falta ,entre eles, destacam-se os do “Direito a Segunda opinião clínica” e “Mudança de Médico de Família dentro da USF”; os

respeitantes ao arquivo ativo e inativo; os referentes aos circuitos dos vários tipos de materiais, material a esterilizar, material administrativo e de hotelaria, material clínico e farmacêutico, e os relativos à gestão de *stocks*.

Com a colaboração de alguns profissionais da USF foi organizado o arquivo informático, tendo sido distribuídos os documentos consoante os tipos de processos (de gestão - PG, operacionais – PO e de suporte – PS).

Visto não existir, foi elaborado um inventário com todo o material presente nas instalações da USF, sendo posteriormente afixado em todos os compartimentos da USF.

Foram elaborados e corrigidos alguns avisos e informações aos utentes, tendo sido afixados, desta vez, em acrílicos previamente adquiridos para o efeito.

Juntando todos os procedimentos já existentes, aos que já estavam no Manual da Qualidade somaram-se os que foram elaborados, constituiu-se um manual só com procedimentos (o Manual de Procedimentos) de modo a facilitar a consulta dos mesmos pelos profissionais.

Na etapa final do estágio, e após a primeira auditoria de avaliação da candidatura realizada a 9 de janeiro de 2013, todo o trabalho desenvolvido concentrou-se em corrigir as situações descritas no relatório elaborado pelos auditores, que obrigavam à melhoria de alguns trabalhos já efetuados.

Todos os procedimentos que eram obrigatórios pela grelha de diagnóstico organizacional DiOr tiveram de ser reformulados e mais detalhados, incluindo, entre outros aspetos, o objetivo, o âmbito, o responsável e a descrição do procedimento.

Ao longo do estágio foram também desenvolvidas outras atividades, tais como, a elaboração de gráficos de controlo de prescrição de medicamentos e a avaliação da satisfação dos profissionais e dos utentes, analisando o resultado dos inquéritos realizados.

Após o final do estágio, a USF CelaSaúde viu a sua candidatura ao modelo organizacional B ser aprovada com sucesso.

CAPÍTULO 3. O PROCESSO DE ACREDITAÇÃO NA USF CELASAÚDE

Baseada na melhoria contínua, a USF CelaSaúde procura a inovação e o desenvolvimento dos seus profissionais e dos seus serviços. Alcançado o Modelo Organizacional B, o passo seguinte seria o processo de acreditação.

Numa ótica de melhoria contínua e inspirada neste objetivo, pareceu relevante para o trabalho dar início à análise dos *standards* de acreditação, a fim de verificar se a USF CelaSaúde se encontra preparada para atingir a acreditação com sucesso. Como referido anteriormente, a aprovação da acreditação apenas é alcançada caso a USF apresente conformidade em relação à totalidade dos *standards* obrigatórios. Assim, e devido à extensa listagem de *standards*, a análise que se segue irá recair apenas nos *standards* do grupo I.

A entrada no modelo organizacional B teve um grande contributo para a evolução da USF na área da qualidade. No entanto, ainda há muita margem evolutiva para alcançar patamares de excelência.

No final do estágio, a Doutora Maria Teresa Tomé demonstrou todo o interesse em desenvolver o processo de acreditação na USF. Contudo, devido a limitações temporais, não foi possível iniciar formalmente o processo de acreditação.

Antes de iniciar a análise propriamente dita, é apresentada a estrutura do manual de *standards* e os possíveis resultados do processo de acreditação.

3.1. Estrutura e requisitos do manual de acreditação

O Manual da Acreditação Nacional em Saúde é estruturado por cinco blocos de *standards* e onze critérios, que correspondem às áreas chave de gestão da qualidade²¹:

²¹ Veja-se Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, 1ª Edição, Fevereiro 2011

I. O Cidadão, centro do sistema de saúde

O primeiro bloco centra-se em todos os indivíduos que, de alguma forma, estejam afetos à Unidade de Saúde, como utentes, profissionais ou partes interessadas.

Este bloco divide-se:

1. Utentes: Participação; satisfação e direitos;
2. Acessibilidade e continuidade assistencial;
3. Documentação clínica.

II. Organização da atividade centrada no utente

Este bloco diz respeito às atuações da Unidade de Saúde em relação às suas atividades centrais e dele fazem parte os seguintes critérios:

1. Gestão de Planos e Processos assistenciais integrados;
2. Atividades de promoção da saúde e programas de saúde;
3. Direção da unidade de gestão clínica.

III. Os profissionais

Neste bloco estão contidos vários aspetos relativos aos profissionais, como o seu acolhimento e formação e desenvolvimento das suas valências, sendo constituído apenas por um único critério:

1. Os profissionais, desenvolvimento profissional e formação.

IV. Os processos de suporte

Aqui pretende-se analisar todas as atividades de suporte, tais como gestão de *stocks*, processos de segurança e tecnológicos e qualidade.

Fazem parte os seguintes critérios:

1. Estrutura, equipamento e fornecedores;
2. Sistemas e tecnologias da informação e comunicação;
3. Sistema de Qualidade.

V. Os Resultados

Neste critério são avaliados os resultados obtidos em relação à atividade realizada. Apresenta apenas o seguinte critério:

1. Resultados da Unidade de Gestão Clínica.

Os *standards* são constituídos por três grupos que estão organizados pela crescente complexidade²²:

Grupo I – neste grupo incluem-se todos os *standards* obrigatórios que têm de ser cumpridos para qualquer nível de acreditação. Para além destes, dizem respeito a direitos consolidados dos cidadãos, aspetos ligados à segurança dos utentes e profissionais, princípios éticos e todos os elementos estratégicos prioritários para o SNS.

Grupos II – estão contidos elementos associados a um maior desenvolvimento da organização: novas tecnologias; sistemas de informação, reestruturação de processos e reorganização dos espaços e fluxos de trabalho.

Grupo III – este grupo engloba *standards* que comprovem que a organização gera inovação e desenvolvimento para a sociedade em geral.

Em relação aos resultados do processo de acreditação, existem quatro possibilidades:

²² Veja-se Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, 1ª Edição, Fevereiro 2011

Fase de estabilização dos standards obrigatórios – neste caso não se verifica a conclusão do processo. Uma vez que não são cumpridos todos os standards obrigatórios o processo fica pendente. Esta situação apenas se altera no momento em que os planos de melhoria da entidade demonstrem o cumprimento de todos os *standards* obrigatórios do Grupo I.

Acreditação Nível Bom – este nível de acreditação é atingido quando se verifica o cumprimento de mais de 70% dos *standards* do Grupo I, fazendo parte desta percentagem todos os standards obrigatórios.

Acreditação Nível Ótimo – obtém-se este nível quando são alcançados 100% dos *standards* do Grupo I e mais de 40% dos *standards* do Grupo II.

Acreditação Nível Excelente – para atingir este nível é necessário o cumprimento de 100% dos *standards* dos Grupos I e II e ainda 40% ou mais dos *standards* do Grupo III.

Decorrido um ano da obtenção do nível de acreditação bom ou ótimo, a Unidade pode optar por avançar voluntariamente para o nível seguinte de acreditação, necessitando de ser submetida a uma nova avaliação externa.

Nesta análise, iremos verificar se a USF cumpre todos os *standards* do grupo I, ou seja, se está próxima de poder dar início ao seu processo de acreditação. Na figura 2, estão apresentados os dois tipos de standards que iremos analisar.

Figura 2 – Legenda dos *standards* do grupo I presentes no Manual de Acreditação.



Fonte: Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, fevereiro de 2011, 1ª Edição

3.2 Análise da conformidade com os *standards* do grupo I²³

O cidadão no centro do mundo

1. Utentes: Satisfação, participação e direitos

Este conjunto de *standards* tem em conta os direitos, a satisfação e a participação do utente e pretende garantir que a prestação dos cuidados de saúde são personalizados e orientados para os utentes.

Figura 3 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 01.01

Standard S 01.01	A Unidade de Gestão Clínica cumpre o conteúdo da Carta de Direitos e Deveres do Utente do SNS.
Propósito: Garantir a difusão e o cumprimento dos direitos do utente.	

Figura 4 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 01.02

Standard S 01.02	A Unidade de Gestão Clínica informa os utentes de todos os aspectos relacionados com o seu problema de saúde.
Propósito: Proporcionar aos utentes a informação necessária para poderem participar na tomada de decisões sobre o seu problema de saúde, sendo necessário implementar mecanismos que permitam ultrapassar barreiras de comunicação.	

Figura 5 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 01.03

Standard S 01.03	A Unidade de Gestão Clínica respeita a intimidade dos utentes.
Propósito: Garantir o direito à privacidade e o respeito pela intimidade do utente durante a prestação dos cuidados de saúde.	

²³ Todos estes Standards foram retirados do Manual de Acreditação de Unidades de Saúde. Para mais detalhe aconselha-se a sua leitura do manual em questão, uma vez que, pelo elevado número de *standards* que contém, não foram incluídos neste relatório todos os *standards* do grupo I.

Figura 6 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 01.03

Standard S 01.04	A Unidade de Gestão Clínica dispõe de procedimentos para a "substituição na tomada de decisões" (exercida por familiar, tutor ou representante legal) perante situações de incapacidade de um utente ou de um menor de idade que seja incapaz, intelectual ou emocionalmente, de compreender a abrangência das intervenções.
	
Propósito: Garantir que o processo de tomada de decisão é concordante com critérios estabelecidos e conhecidos pelos profissionais.	

Os quatro *standards* são cumpridos, uma vez que, a USF desenvolveu uma carta de direitos e deveres que, durante o estágio, foi afixada em todas as salas de espera promovendo a sua comunicação aos utentes. De modo a garantir o seu cumprimento, foram realizados alguns procedimentos como o Direito a 2ª opinião e o de mudança de médico de família (Anexo I). Para além disso, a USF dispõe da Política de Confidencialidade que é um documento que vincula a confidencialidade dos dados e qualquer tipo de informação, quer seja clínica ou pessoal, do utente.

Figura 7 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 01.06

Standard S 01.06	Todos os profissionais da Unidade de Gestão Clínica conhecem e aplicam regras de boa prática relativas a comportamentos e atitudes na relação com os utentes.
	
Propósito: Melhorar a qualidade na relação profissional/utente.	

Figura 8 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 01.12

Standard S 01.12	A Unidade de Gestão Clínica estabeleceu um mecanismo de atribuição do médico/a ou enfermeiro/a responsável por cada utente, conhecendo os utentes o nome dos profissionais de saúde responsáveis pela prestação dos seus cuidados de saúde.
	
Propósito: Potenciar a relação entre profissional de saúde e utente, de modo a garantir a sua personalização e a promover a continuidade na prestação dos cuidados de saúde.	

As USF's são conhecidas pela existência de equipas multiprofissionais em que cada uma delas tem a seu cargo um grupo específico de utentes,

potencializando uma relação de maior proximidade entre o profissional e o utente e, por conseguinte, um atendimento mais personalizado.

Figura 9 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 01.13

Standard S 01.13	A Unidade de Gestão Clínica facilita e promove a participação do utente no Inquérito de Satisfação relativo aos aspectos dos cuidados de saúde que presta e implementa as melhorias decorrentes dos resultados dos inquéritos.
	
Propósito: Dispor de uma ferramenta que permita, à Unidade de Gestão Clínica e respectiva Instituição, fazer uma avaliação permanente da satisfação dos utentes e utilizá-la como um elemento para a melhoria contínua.	

No período de estágio, foi realizado um estudo à satisfação dos utentes através de um inquérito de satisfação. Foi elaborado um documento a ser partilhado com toda a equipa, em reunião, de modo a serem discutidas as ações de melhoria a implementar. Com a finalidade de convidar os utentes a participarem na sugestão de melhorias, foram afixados, junto das caixas de sugestões, avisos com a solicitação dessa participação. Para além disso, foram colocados ainda alguns formulários de participação para esse efeito. Foi criado um procedimento para o tratamento de reclamações e sugestões, que permite dar a conhecer a todos os profissionais os resultados. Para além disso, as reclamações passaram a ser discutidas, em reuniões, com maior frequência.

Figura 10 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 01.16

Standard S 01.16	A Unidade de Gestão Clínica dispõe de uma lista de procedimentos que requerem o consentimento informado, livre e esclarecido por parte do utente, arquivando no Processo Clínico, ou num sistema de registo similar, uma cópia assinada pelo utente, e avalia periodicamente, pelo menos uma vez por ano, o grau de cumprimento desse direito.
	
Propósito: Identificar os procedimentos de risco para o utente que necessitam de consentimento informado e adaptar a sua formulação à Carta dos Direitos e Deveres do Cidadão utente do SNS, garantindo o cumprimento desse direito.	

Existe um leque de consentimentos informados para diferentes situações, sendo apresentados aos utentes nos respetivos casos. Estes consentimentos são arquivados nos respetivos processos clínicos e são avaliados uma vez por ano,

de modo a se garantir o cumprimento dos direitos que se encontram descritos nos próprios documentos.

2. Acessibilidade e continuidade assistencial

Este conjunto de *standards* pretende alcançar uma visão transversal da continuidade assistencial, na qual atuam diferentes profissionais em áreas distintas mas todos se orientam para a mesma finalidade: o utente.

Figura 11 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 02.01

Standard S 02.01	A Unidade de Gestão Clínica tem a sua carteira de serviços claramente definida e a mesma encontra-se autorizada.
Propósito: Prestar cuidados de saúde em consonância com os recursos disponíveis na instituição e a carteira de serviços autorizada. Conhecimento, pelos profissionais, da respectiva carteira de serviços autorizada.	

As USF's são conhecidas pela prestação de cuidados de saúde primários, que se encontram definidos e autorizados pelo SNS. Na documentação oficial da USF CelaSaúde, esta carteira de serviços encontra-se especificamente definida sendo do conhecimento dos próprios profissionais e utentes. Para além disso, cada um dos processos clínicos respeitante aos serviços prestados encontra-se descrito no manual de processos e normas clínicas.

Figura 12 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 2.02

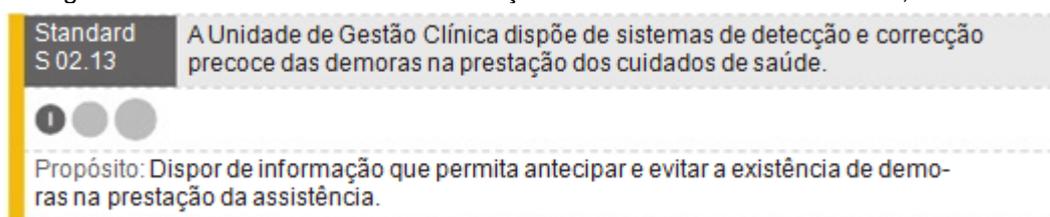
Standard S 02.02	A Unidade de Gestão Clínica tem implementados procedimentos que garantem a comunicação efectiva entre profissionais de diferentes níveis de prestação dos cuidados de saúde, facilitando deste modo a resolução de actuações no âmbito dos respectivos processos assistenciais.
Propósito: Garantir a continuidade e resolução do processo assistencial mediante a comunicação directa e definida entre profissionais do Sistema Nacional de Saúde.	

Figura 13 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 02.03

Standard S 02.03	Os profissionais da Unidade de Gestão Clínica implicados num determinado processo de prestação dos cuidados de saúde utilizam os mesmos procedimentos estandardizados e adaptados.
Propósito: Melhorar a coordenação entre profissionais para evitar a variabilidade da prática clínica.	

Foi criado um manual de procedimentos através da compilação dos procedimentos e fluxogramas já existentes, tendo sido considerados os alterados e os criados de raiz. Posteriormente, este manual foi impresso e entregue a cada um dos profissionais. Como já referido, existe ainda um manual de normas e processos clínicos que foi também distribuído pelos profissionais. Esta ação permite melhorar a coordenação entre os profissionais tornando as suas práticas clínicas universais dentro da unidade.

Figura 14 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 02.13



A USF CelaSaúde dispõe de uma plataforma informática de gestão clínica integrada e centrada no utente, denominada por MedicineOne. Esta plataforma tem a particularidade de ser flexível e adaptável às necessidades da USF, ou seja, caso necessite, a USF pode solicitar à equipa do MedicineOne o desenvolvimento de novas funcionalidades, desde que estas sejam possíveis de cumprir. Uma das possibilidades que lhe está subjacente é o registo dos tempos de espera, desde o momento que o utente retira a sua senha de atendimento até ao momento que sai da sua consulta. Assim, os tempos de espera são recolhidos permitindo a sua análise e comparação com os tempos apresentados nos indicadores de contratualização. Posteriormente, as conclusões são discutida semestralmente, em reunião geral.

3. Documentação clínica

Este critério tem como intenção avaliar o modo de dar resposta às necessidades da informação clínica.

Figura 15 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 03.01

Standard S 03.01	A Unidade de Gestão Clínica, juntamente com a respectiva Instituição, garante a existência de um número de processo clínico único por utente.
	
Propósito: Evitar a duplicação de processos clínicos para facilitar o acesso a toda a informação clínica do utente.	

Figura 16 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 03.06

Standard S 03.06	A Unidade de Gestão Clínica garante de forma permanente a confidencialidade e a guarda de toda a informação clínica e dos dados pessoais.
	
Propósito: Implicar os profissionais na manutenção de um ambiente em que se assegura a todo o momento a confidencialidade e a guarda da informação clínica e dos dados pessoais dos utentes.	

Os *standards* são cumpridos. Cada utente possui o seu registo clínico num único processo, evitando a duplicação de informação. Na USF continuam a existir duas formas de processos clínicos: informáticos ou em papel. Apenas dois dos seus médicos de família continuam a utilizar processos clínicos dos seus utentes em papel, uma vez que, preferem este método. A restante equipa acede aos processos dos utentes através de suporte informático. No entanto, a unidade tem vindo a unir esforços para uniformizar os seus processos clínicos em suporte informático, de modo a garantir uma maior confidencialidade e segurança dos mesmos. A USF possui uma política de confidencialidade que é partilhada com os utentes, de forma a garantir o cumprimento da mesma.

- I. Organização da atividade centrada no Utente
4. Gestão de planos e processos assistenciais

Este critério tem como finalidade desenvolver um plano de ação decorrente da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde na vertente por processos assistenciais.

Figura 17 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 04.01

Standard S 04.01	Estão identificadas e definidas as diferentes responsabilidades de actuação da Unidade de Gestão Clínica nos processos assistenciais.
	
<p>Propósito: Identificar o âmbito de responsabilidade das actuações para levar a cabo uma correcta gestão por processos assistenciais, que podem ou não ser partilhados com outros níveis assistenciais. Nos casos em que a responsabilidade não seja partilhada, proceder à sua implementação cabal. Nos casos em que o âmbito de responsabilidade é limitado (por não pertencer à sua carteira de serviços), a Unidade de Gestão Clínica deve dar início ao processo assistencial adequado e orientar ou transferir os cuidados para o nível correspondente.</p>	

No Regulamento Interno da Unidade de Saúde podemos verificar a distribuição das tarefas clínicas e de suporte pela totalidade da equipa de profissionais. Assim, cada elemento, independentemente da atividade que exerce, tem a seu cargo não só a sua atividade profissional, mas também atividade(s) de suporte.

Figura 18 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 04.02

Standard S 04.02	Os processos assistenciais contratualizados pela Unidade de Gestão Clínica estão descritos e documentados.
	
<p>Propósito: Documentar o procedimento para a gestão de cada processo assistencial adaptado ao ambiente local e específico da organização com o fim de evitar a variabilidade da prática clínica. Esta documentação deve ser difundida e estar à disposição dos profissionais.</p>	

Cada procedimento assistencial tem a si mesmo associado um procedimento, assim como toda a documentação que lhe seja necessária, como é exemplo do guia para marcações de consultas (Anexo II), utilizado no atendimento administrativo.

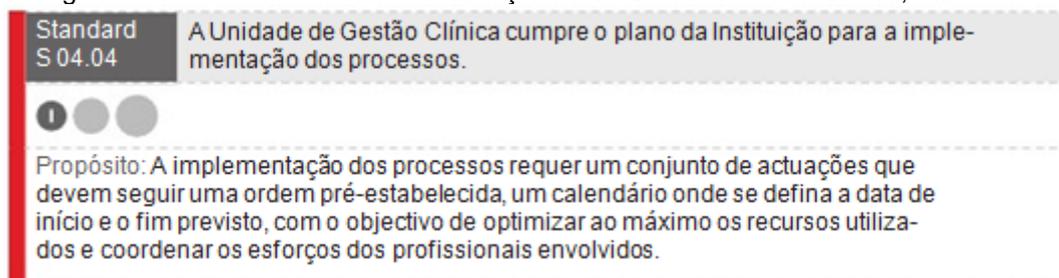
Figura 19 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 04.03

Standard S 04.03	Na adaptação dos processos assistenciais da Unidade de Gestão Clínica incorporam-se indicadores da qualidade da prescrição farmacêutica.
	
<p>Propósito: Permitir, desde o seu início, detectar a variabilidade não desejada no decurso da prestação assistencial, incorporando indicadores da qualidade da prescrição farmacêutica.</p>	

A USF encontra-se contratualizada e, como tal, utiliza uma série de indicadores da qualidade que têm como objetivo o acompanhamento das suas atividades assistenciais.

Mensalmente, estes indicadores são analisados em reuniões de equipas de trabalho e são discutidos aspetos que possam levar à sua melhoria. A prescrição farmacêutica está incluída neste processo de contratualização, garantindo a obtenção de padrões da qualidade nesta prática clínica.

Figura 20 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 04.04



Anualmente, a USF elabora um plano de ação, que consiste numa planificação e calendarização de todos os processos que pretende que se pretendem executar. Para cada um deles, encontra-se descrito um conjunto de atividades, assim como a equipa que lhes está afeta e o tempo previsto para a sua implementação.

5. Atividades de Promoção da Saúde e Programas de Saúde

Estes *standards* permitem avaliar o conjunto de ações implementadas, pelos serviços de saúde, que são orientadas para o desenvolvimento das condições de saúde dos cidadãos.

Figura 21 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 05.01

Standard S 05.01	A Unidade de Gestão Clínica planeia as intervenções de acordo com as necessidades de saúde detectadas na população em matéria de cuidados, prevenção e promoção da saúde e tem em conta os processos assistenciais integrados e os Programas Nacionais de Saúde.
	Propósito: Não limitar as intervenções em saúde exclusivamente à solução de um problema pontual, devendo incorporar a dimensão da promoção e educação para a saúde qualquer que seja o cenário. Utilizar uma abordagem integral, que abarque a promoção da saúde e a prevenção da doença, para dar resposta às necessidades detectadas.

Do plano de ação consta a planificação de atividades de promoção de saúde. O conteúdo e determinação destas atividades baseiam-se nas questões de saúde que mais afetam, ou poderão afetar, a população da sua área de cobertura. As questões culturais e demográficas do país são tomadas em conta ou até mesmo problemáticas de saúde que afetam vários pontos do mundo, como é o caso da preocupação com a gripe das aves. Em que unidades de saúde de todo o mundo conduziram campanhas de alerta e prevenção desta epidemia.

Figura 22 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 05.05

Standard S 05.05	A Unidade de Gestão Clínica identifica e empreende acções de apoio à família dos doentes e cuidadores.
	Propósito: Valorizar o risco de sobrecarga dos cuidadores principais e tomar medidas que a previnam.

Apesar do atendimento mais individualizado inerente às USF's, há sempre medidas que podem ser tomadas com o intuito de aliviar a possível sobrecarga no horário de trabalho de médicos e enfermeiros, isto em casos de tratamentos que não necessitem a presença de um profissional.

Os médicos e as enfermeiras da USF, durante as suas consultas e visitas domiciliárias, dão orientações clínicas aos próprios utentes e familiares para a realização de cuidados de saúde primários. Para além disso, cada profissional de saúde possui um horário de atendimento telefónico e de consulta de emails, a fim de facilitar o processo de atendimento em situações de não urgentes. Estas medidas permitem o aproveitamento de importantes recursos canalizando-os para

situações de maior emergência e/ou que necessitem de um acompanhamento clínico mais presencial.

6. Direção da Unidade de Gestão Clínica

Neste capítulo, os *standards* pretendem garantir que os dirigentes e responsáveis de processos de gestão clínica se envolvem diretamente e estimulam a gestão da qualidade nas respetivas áreas de influência.

Figura 23 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 06.01

Standard S 06.01	A Unidade de Gestão Clínica tem implementado um sistema de gestão participativa por objectivos.
	
Propósito: Dar resposta a critérios de estabelecimento de prioridades, definição de objectivos, revisão periódica do seu cumprimento, distribuição de incentivos e planos de desenvolvimento pessoal.	

Figura 24 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 06.02

Standard S 06.02	Na gestão por objectivos, a Unidade de Gestão Clínica tem em conta elementos de planeamento estratégico (satisfação do cidadão, análise dos inquéritos, programas de saúde, etc.) que facilitam o seu desenvolvimento organizacional.
	
Propósito: Além dos aspectos formalmente contratualizados, incluir na gestão por objectivos outros elementos que potenciem a inovação e o desenvolvimento.	

Figura 25 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 06.03

Standard S 06.03	A Direcção da Unidade de Gestão Clínica faculta ao órgão de gestão, com uma periodicidade previamente estabelecida, toda a informação necessária para a monitorização dos objectivos definidos e dos acordos contratualizados.
	
Propósito: Garantir o princípio da transparência.	

Estes *standards* são cumpridos, uma vez que a USF tem implementado um sistema de gestão por objetivos, incluindo não só aspetos contratualizados, mas também apostando na inovação e no seu desenvolvimento.

O ACES entrega atempadamente todas as informações acerca dos indicadores de contratualização, de modo a que a USF defina os seus objetivos com todos os elementos da equipa e dentro do prazo previamente estabelecido para o efeito, garantindo a transparência dos seus resultados operacionais.

Figura 26 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 06.07

Standard S 06.07 A Unidade de Gestão Clínica considera as condições de conforto que afectam os cidadãos e utentes como variáveis da sua própria gestão, analisa as situações que contribuem para o conforto dos utentes e, face aos resultados obtidos, introduz correcções quando necessário.

Propósito: Aumentar o grau de satisfação dos utentes relativamente aos cuidados que lhes são prestados, incorporando em todos os processos da Unidade de Gestão Clínica as variáveis relacionadas com o conforto. Para isso será necessário estudar a situação real, adequando a organização dos serviços e estabelecendo objectivos relacionados com esta temática a partir da análise da informação disponível, tanto a que provém das reclamações como dos inquéritos de satisfação. A Unidade de Gestão Clínica considera como variáveis internas dos seus processos: os tempos de espera (para e entre consultas, provas diagnósticas, transferências, etc.), as visitas domiciliárias aos doentes, o respeito pela sua comodidade e descanso (horários e ruídos), o estado das instalações, as condições das instalações sanitárias, a iluminação, a higiene e limpeza, a roupa, a alimentação, a comunicação com os familiares (visitas e acesso telefónico) e a comunicação interna com os profissionais.

Como referido anteriormente, a USF faz uma análise periódica à satisfação, sugestões e reclamações dos utentes, estando assim atenta a todas as suas necessidades, nomeadamente no que respeita às condições de conforto na prestação de cuidados de saúde. Existem indicadores que permitem o estudo dos tempos de espera, as condições das visitas domiciliárias são reflectidas e os seus horários são ajustados mediante a disponibilidade dos doentes e familiares e todas as condições físicas do espaço são melhoradas mediante as possibilidades da USF. No entanto, no que a estas últimas diz respeito, a USF CelaSaúde encontra-se integrada num edifício bastante antigo sendo de grande dificuldade aplicar melhorias às suas infraestruturas.

Figura 27 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 06.08

Standard S 06.08	A Unidade de Gestão Clínica dispõe de um procedimento para a resolução de ocorrências relacionadas com os serviços de hotelaria e manutenção.
Propósito: Definir e documentar as características requeridas para os serviços de hotelaria e de manutenção e comunicá-las aos profissionais. Registrar as ocorrências com estes serviços e tomar as medidas oportunas e necessárias para a sua resolução.	

Durante o estágio, foram criados procedimentos que descrevem o percurso e a gestão de aprovisionamento dos diferentes tipos de materiais. Para além disso, todo o tipo de ocorrências que daí advenham são registadas no Diário de bordo. Este livro tem como objetivo conter todas as anotações dos profissionais em relação a vários tipos de ocorrências que não se encontram previstas e também todas as reclamações realizadas pelos utentes. Posteriormente, o seu conteúdo é analisado, em reunião geral, a fim de ser discutida a implementação de medidas retificativas.

Figura 28 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 06.10

Standard S 06.10	A Unidade de Gestão Clínica analisa e gere todos os circuitos de informação referentes ao acesso dos cidadãos aos seus serviços.
Propósito: Garantir e otimizar as condições de acessibilidade à prestação dos cuidados de saúde, gerindo a informação transmitida aos cidadãos (tanto em documentação como marcações, atendimento telefónico, etc.), a adequação da sinalização e os recursos disponibilizados, com o objectivo de facilitar e melhorar as condições de conforto e acessibilidade dos cidadãos ao Sistema Nacional de Saúde.	

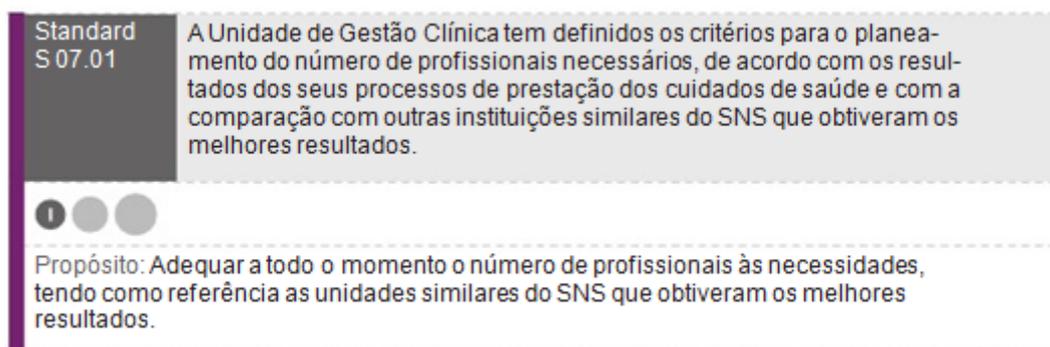
O manual de procedimentos da USF CelaSaúde tem na sua constituição procedimentos que visam o atendimento dos utentes aos mais variados níveis. A fim de melhorar esse atendimento, foi criado nomeadamente o procedimento de atendimento telefónico (Anexo III) que permite dar a conhecer a todos os profissionais um conjunto de ações que devem ser cumpridas nos mais variados casos que lhe estejam associados.

II. Os Profissionais

7. Os profissionais, desenvolvimento profissional e formação

Este conjunto de *standards* tem como objetivo demonstrar que a Unidade facilita a todos os seus profissionais os meios necessários para a sua atualização, adaptação e adequação às várias mudanças tecnológicas, reorganização funcional ou evolução de conhecimentos.

Figura 29 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 07.01

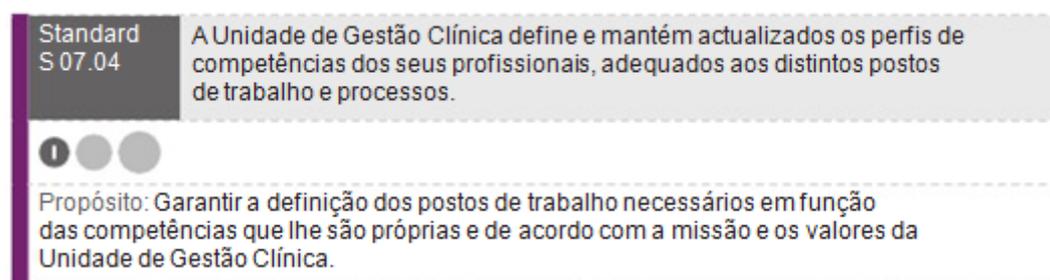


Standard S 07.01 A Unidade de Gestão Clínica tem definidos os critérios para o planeamento do número de profissionais necessários, de acordo com os resultados dos seus processos de prestação dos cuidados de saúde e com a comparação com outras instituições similares do SNS que obtiveram os melhores resultados.

Propósito: Adequar a todo o momento o número de profissionais às necessidades, tendo como referência as unidades similares do SNS que obtiveram os melhores resultados.

Como referido, as USF's são conhecidas por se organizarem em equipas multidisciplinares que têm a seu cargo um determinado grupo de utentes de modo a garantirem-lhes um atendimento mais personalizado e de acordo com as suas necessidades. A USF CelaSaúde conta com cerca de 16 000 utentes e um grupo de 24 profissionais (9 médicos, 9 enfermeiras e 6 secretários clínicos), o que em média nos diz que cada equipa multiprofissional tem a responsabilidade de assistir a aproximadamente 1778 utentes. Este número encontra-se adequado à USF CelaSaúde, uma vez que os padrões de qualidade na prestação de cuidados de saúde são mantidos.

Figura 30 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 07.04



Standard S 07.04 A Unidade de Gestão Clínica define e mantém actualizados os perfis de competências dos seus profissionais, adequados aos distintos postos de trabalho e processos.

Propósito: Garantir a definição dos postos de trabalho necessários em função das competências que lhe são próprias e de acordo com a missão e os valores da Unidade de Gestão Clínica.

De modo a garantir o bom funcionamento da USF, todos os profissionais têm traçados os seus perfis em relação às funções que desempenham.

Figura 31 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 07.05

Standard S 07.05	A Unidade de Gestão Clínica define um procedimento e planifica as necessidades de formação dos seus profissionais de acordo não só com as necessidades individuais de desenvolvimento profissional identificadas, como também com as necessidades da própria Unidade de Gestão Clínica.
	Propósito: Garantir que sejam elaborados Planos de Formação Contínua tendo em consideração as necessidades dos profissionais e da Unidade (pertinência do plano de formação).

Com um perfil inovador e apostando na formação dos seus colaboradores, a USF CelaSaúde elabora anualmente um plano de formação com vista a manter atualizada a sua força de trabalho em relação, não só às suas necessidades pessoais e profissionais, mas também às necessidades da própria Unidade. Para além de a USF distinguir algumas formações que sejam importantes na evolução da sua equipa, os próprios profissionais têm a liberdade de solicitar formação para o seu desenvolvimento. Para tal, foi criado um procedimento que explica como devem proceder nestes casos. Posteriormente à aprovação destes pedidos é concedida pela coordenadora sendo criado um cronograma de formação.

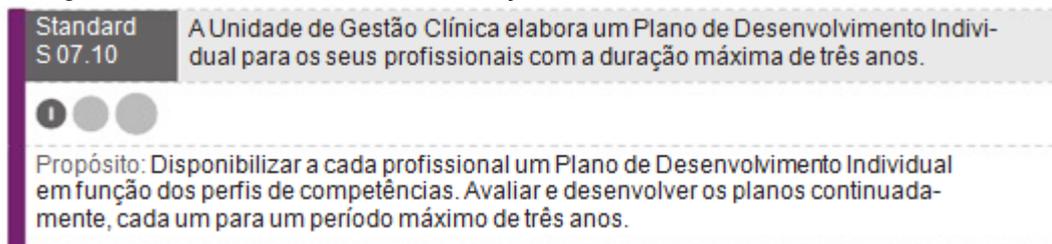
Figura 32 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 07.08

Standard S 07.08	A Unidade de Gestão Clínica dispõe de uma metodologia de organização dos horários e do trabalho por turnos, de modo a que estes se adaptem às necessidades dos utentes e dêem resposta à carga de trabalho da actividade assistencial.
	Propósito: Orientar a organização do trabalho para a satisfação das necessidades e expectativas dos utentes, em função das características da actividade assistencial desenvolvida pela Unidade de Gestão Clínica e de acordo com critérios de segurança.

Os horários dos profissionais são estruturados consoante as necessidades dos seus utentes, garantindo a cobertura de todo o período assistencial semanal entre as 8:00 horas e as 20:00 horas. Assim, cada profissional, para além do horário de consultas que lhe está associado, conta ainda com horário de intersubstituição, assistência via email e telefone, prescrição de receituário crónico, domicílios e gestão. Nomeadamente para consultas de intersubstituição, ou seja, em casos de folga do médico/ enfermeira de família e

em que os utentes que apresentem alguma urgência, foi criado um procedimento que está presente no manual de procedimentos.

Figura 33 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 07.10



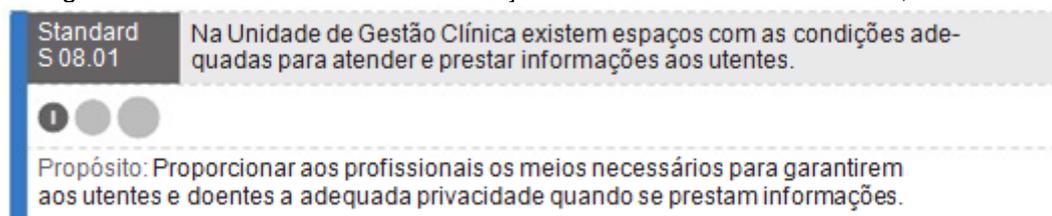
Este *standard* não é cumprido pela USF, uma vez que não são realizados planos de desenvolvimento individuais em relação aos perfis de cada elemento. Como melhoria, deve ser desenvolvido, de três em três anos, um Plano de Desenvolvimento Individual com os respetivos perfis de competências de cada profissional. No entanto, não se tratando de um *standard* obrigatório, o processo de acreditação não é posto em causa.

III. Processos de Suporte

8. Estrutura, equipamentos e fornecedores

Este grupo de *standards* pretende garantir a segurança e minimizar o risco para a saúde dos cidadãos.

Figura 34 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 08.01



Ao longo do estágio, foi debatida a questão da privacidade e foram definidas algumas regras, nomeadamente as condições de atendimento. Como exemplo, foi definida uma sala para um atendimento privado, caso os utentes ou familiares o solicitem.

Figura 35 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 08.04

Standard S 08.04	A Unidade de Gestão Clínica possui procedimentos para controlo dos prazos de validade e das condições de conservação dos medicamentos e material de uso clínico, além de garantir o seu cumprimento.
Propósito: Garantir que os produtos e materiais utilizados em saúde (medicamentos, material de uso clínico, próteses, etc.) se encontram nas melhores condições para uma utilização segura.	

No que aos materiais clínicos diz respeito, foi criado um procedimento que controla o seu circuito desde o momento em que entram na USF. Como se pode verificar no procedimento, há ainda o cuidado de rotular cada produto incluindo a sua data de validade. Desta forma, são mantidas as condições de segurança necessárias à utilização dos materiais (Anexo IV)

Figura 36 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 08.05

Standard S 08.05	A Unidade de Gestão Clínica toma em consideração os aspectos básicos necessários para garantir a utilização segura dos equipamentos de diagnóstico e terapêutica.
Propósito: Definir e atribuir quem tem a responsabilidade pelas seguintes funções:	
<ul style="list-style-type: none">• Controlo do equipamento;• Verificação periódica do estado do equipamento inventariado (identificação, tempo de vida útil, etc.);• Verificação e comunicação do estado operacional do equipamento, assim como pelos circuitos internos de informação no caso de avaria ou incidentes relacionados com o funcionamento ou manutenção.	

No manual de procedimentos surge, no separador em que estão contidos os processos de suporte, um leque de procedimentos que dizem respeito aos circuitos de materiais, ao aprovisionamento e manutenção de equipamentos e instalações e à gestão de stocks, garantindo a segurança na sua utilização.

Figura 37 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 08.07

Standard S 08.07	A Unidade de Gestão Clínica garante que os utilizadores dos equipamentos de diagnóstico e terapêutica recebem a formação e a informação necessárias para a sua manutenção e utilização segura.
	
Propósito: Garantir a utilização segura do equipamento por parte dos profissionais, disponibilizando-lhes a documentação necessária (manuais operativos), bem como a formação adequada (formação dada pelo fabricante ou fornecedor e exigida na aquisição).	

Todos os equipamentos são rececionados com o manual de instruções, sendo que cada responsável deve instruir-se do modo de funcionamento de cada um.

Figura 38 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 08.09

Standard S 08.09	Aplicam-se os procedimentos específicos para o controlo da produção e armazenamento de resíduos perigosos produzidos durante a actividade da Unidade de Gestão Clínica, nos termos da legislação em vigor.
	
Propósito: Tomar as medidas necessárias para que os procedimentos relativos à gestão de resíduos de produtos perigosos sejam conhecidos e respeitados pelo pessoal envolvido, evitando assim que utentes, familiares, visitas, profissionais e restante população em geral possam vir a ser afectados por negligência na execução dos procedimentos, evitando também o consequente impacte ambiental indesejado que isso possa produzir.	

Em relação aos resíduos, foi criado um procedimento que tem em conta as suas condições e tratamento. No entanto, por uma série de questões relacionadas com o espaço físico do edifício onde se insere a USF, este procedimento não é atualmente cumprido. Serão necessárias algumas ações de melhoria para o cumprimento deste *standard*, tais como, o isolamento dos lixos protegendo-os das várias exposições climatéricas, uma vez que se encontram localizados fora da USF mas sem cobertura. O caminho percorrido pelos resíduos não é o mais indicado, sendo que, ao serem recolhidos, atravessam o corredor principal da unidade. Deve ser criada uma saída direta para o exterior que não coloque em causa a saúde dos cidadãos que frequentam a USF. Visto este *standard* não se tratar, também, de um *standard* obrigatório, o processo de acreditação continua possível.

Figura 39 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 08.10

Standard S 08.10	A Unidade de Gestão Clínica implementa, em conjunto com a Instituição ou as entidades competentes, um programa de formação e informação sobre a actuação perante catástrofes/emergências internas e externas, dirigido aos profissionais e utentes, onde se encontram definidas as responsabilidades e as actuações a seguir.
	Propósito: Assegurar que existe um plano para a formação e treino de todos os profissionais, adequado às respectivas funções e responsabilidades, no âmbito da autoprotecção e Plano de Emergência, para assim alcançar um adequado nível de informação sobre os procedimentos a seguir em caso de emergência e para lhes dar a conhecer todas as medidas de segurança a adoptar em caso de catástrofes/emergências internas no exercício das suas funções.

Apesar dos esforços de implementação, não existe definido um plano de formação e treino dos profissionais em casos de emergência, sendo que este *standard* não é cumprido. A USF CelaSaúde não apresenta um Plano de Emergência, com vista a identificar quais as ações que devem ser desenvolvidas em casos de catástrofes/ emergências internas e externas. A fim de respeitar a segurança dos seus utentes e profissionais, a USF deve desenvolver um plano de segurança com todas estas medidas. Embora, a segurança dos cidadãos seja um aspeto de grande relevo, este standard não é obrigatório. A acreditação não é posta em causa pelo seu incumprimento.

9. Sistemas e tecnologias da informação e comunicação

Nesta dimensão pretende-se avaliar de que forma a Unidade Clínica dá resposta às necessidades de informação dos profissionais e dos utentes, de modo a que seja assegurada a continuidade dos processos em todos os momentos.

Figura 40 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 09.01

Standard S 09.01	O processo clínico, em suporte de papel ou digital, é o local onde se reúne toda a informação relativa à identificação do utente, ao diagnóstico, ao tratamento e aos cuidados prestados e onde se documenta a sua evolução e os resultados do tratamento.
	Propósito: Utilizar um único meio/local para o registo da informação clínica relativa a um processo assistencial.

Tal como já mencionado, na USF cada utente apenas possui um único processo clínico, onde consta toda a sua informação pessoal e todo o seu histórico clínico. Este processo clínico pode apresentar-se em papel ou formato digital.

Figura 41 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 09.03

Standard S 09.03	O cartão de Utente/Cidadão e a Base de Dados de Utilizadores do Serviço Nacional de Saúde são os instrumentos pelos quais se identificam os utentes e a sua relação com o SNS.
	
Propósito: Promover a existência de uma única entrada de dados na recolha de informações para o sistema.	

O reconhecimento de cada utente é realizado através do seu número de utente de saúde, presente no cartão de cidadão. A este número está associado o seu histórico clínico, não só o seu percurso pela USF mas também em toda a rede do SNS.

Figura 42 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 09.08

Standard S 09.08	A Unidade de Gestão Clínica facilita a transmissão da informação de saúde e dados dos utentes para bases de dados da própria instituição ou externas, desde que respeitando procedimentos internos e os requisitos legais.
	
Propósito: Padronizar os procedimentos para a partilha de informação, de acordo com a legislação e os regulamentos em vigor.	

Figura 43 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 09.09

Standard S 09.09	A Unidade de Gestão Clínica garante ao cidadão o cumprimento da lei vigente sobre protecção de dados pessoais.
	
Propósito: Estabelecer os mecanismos necessários para assegurar a conformidade com a legislação em vigor sobre protecção de dados pessoais (direitos dos utentes/cidadãos).	

A USF facilita a partilha de informação clínica dos seus utentes, uma vez que esta se encontra no seu sistema MedicineOne. Para além disso, cada um possui o seu processo clínico com as suas informações. No caso de haver

transferência externa do utente para outra unidade, a USF possui um procedimento de transferência de arquivo clínico em que é referido que será transferida à nova entidade uma cópia do arquivo clínico, garantindo em todos os instantes toda a confidencialidade de dados e informações acerca dos utentes.

10. Sistema de Qualidade

Estes *standards* têm como objetivo demonstrar que as atividades assistenciais e organizativas dos diferentes processos, serviços e organizações são planificadas, implementadas, avaliadas, corrigidas e continuamente melhoradas.

Figura 44 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 10.01

Standard S 10.01 A Unidade de Gestão Clínica leva a cabo acções específicas para prevenir os eventos potencialmente adversos.

Propósito: Identificar e eliminar os elementos estruturais e organizacionais que podem ser fonte de erros e de eventos adversos, tais como erros de medicação, de cirurgia no local errado, quedas dos utentes, automutilação, infecções hospitalares, entre outros.

Figura 45 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 10.03

Standard S 10.03 A Unidade de Gestão Clínica regista e analisa os incidentes relacionados com eventos adversos, reais ou potenciais, e implementa as acções adequadas para prevenir a sua repetição.

Propósito: As informações sobre os incidentes que causaram ou poderiam ter causado um efeito adverso devem servir para tomar medidas que impeçam a sua recorrência futura. Para tal, deverá existir uma monitorização e análise ao longo do tempo.

Como referido anteriormente, a USF utiliza o diário de bordo para registar todos os acontecimentos adversos que podem ocorrer na própria unidade, não só relacionados com os utentes mas também com os seus profissionais e cidadãos em geral. Periodicamente, são analisados todos os acontecimentos registados e discutidas medidas que, uma vez implementadas, levassem à sua correção ou/e prevenção. Durante o período de estágio, foram desenvolvidos procedimentos que pretendem prevenir alguns dos casos registados, como por exemplo o procedimento de prevenção de quedas.

Figura 46 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 10.05

Standard S 10.05	A Unidade de Gestão Clínica utiliza indicadores da qualidade relativamente à prescrição de fármacos conhecidos e aprovados pela Instituição e cumpre com os acordos estabelecidos relacionados com o cumprimento destes indicadores.
	
Propósito: Dispor de indicadores da qualidade da prescrição farmacológica, que deverão estar em concordância com os acordos de gestão formalizados.	

Figura 47 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 10.08

Standard S 10.08	A Unidade de Gestão Clínica monitoriza a evolução dos objectivos contratualizados.
	
Propósito: A avaliação dos indicadores pré-estabelecidos deverá ser feita através de um sistema de monitorização e controlo periódico, que inclua sistemas de alarme no caso de eventuais desvios (previsões de consumo, prescrição por princípio activo dos medicamentos, etc.).	

A USF é gerida através de indicadores da qualidade que são analisados, controlados e monitorizados periodicamente. Todos estes indicadores são partilhados com os profissionais envolvidos.

A prescrição de medicamentos é igualmente gerida por estes indicadores sendo o seu cumprimento avaliado mensalmente.

A Unidade faz regularmente a monitorização da evolução dos seus objetivos de contratualização.

Figura 48 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 10.10

Standard S 10.10	Existe uma avaliação e revisão periódica da utilização e cumprimento das recomendações das normas de orientação clínica, guias de prática clínica e planos de cuidados estandardizados, utilizados na Unidade de Gestão Clínica para os processos assistenciais que não estejam incluídos na lista de processos assistenciais integrados definidos para o SNS.
	
Propósito: Facilitar a implementação de guias de prática clínica/normas de orientação clínica e planos de cuidados estandardizados. Para tal, dever-se-á dispor de um sistema de avaliação e revisão que valide a aceitação por parte dos profissionais e descreva as aptidões e atitudes necessárias a ter em consideração para a aplicação de cada guia da Unidade de Gestão Clínica.	

Figura 49 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 10.11

Standard S 10.11	A Unidade de Gestão Clínica realiza uma revisão periódica da qualidade dos guias de prática clínica e planos de cuidados estandardizados, que são utilizados na Instituição para os processos assistenciais que não estejam incluídos na lista de processos assistenciais integrados definidos para o SNS.
	Propósito: Os guias implementados na Unidade de Gestão Clínica devem cumprir e estar de acordo com critérios básicos da qualidade. Os guias deverão ser previamente testados na Unidade de Gestão Clínica antes da sua adopção; deverá haver procedimentos escritos para a sua actualização; as principais recomendações deverão ser facilmente identificáveis; deverão existir planos para a sua implementação e critérios para monitorizar a sua aplicação. Os planos de cuidados estandardizados também deverão ter um plano de implementação e deverão ser elaborados de acordo com a metodologia CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem).

Durante as reuniões dos vários grupos de trabalho, é realizada uma avaliação e revisão periódica da utilização e cumprimento das recomendações das normas de orientação clínica, guias de prática clínica e dos indicadores *standardizados*.

IV. Resultados

11. Resultados da Unidade de Gestão Clínica

Este conjunto de *standards* pretende evidenciar os objetivos alcançados por uma Unidade através da gestão dos processos assistenciais.

Figura 50 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 11.01

Standard S 11.01	Os Processos Assistenciais Integrados encontram-se implementados na Unidade de Gestão Clínica de acordo com o que é contratualizado em cada ano e através dos protocolos elaborados entre os diferentes níveis assistenciais.
	Propósito: Adequar o funcionamento da Unidade de Gestão Clínica aos critérios definidos no Plano de Implementação dos Processos Assistenciais.

Figura 51 – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, Standard S 11.02

Standard S 11.03	Os indicadores assistenciais contratualizados mantêm-se e são cumpridos pela Unidade de Gestão Clínica.
	
Propósito: Verificar através do programa de monitorização da Unidade de Gestão Clínica se os indicadores assistenciais são alcançados e se mantêm os objectivos propostos no que diz respeito aos indicadores-chave contratualizados.	

Na USF os processos assistenciais integrados encontram-se implementados de acordo com o que é contratualizado em cada ano. É ainda realizado o controlo periódico da manutenção e cumprimento dos indicadores.

CAPÍTULO 4. AVALIAÇÃO CRÍTICA E CONCLUSÕES

Neste capítulo será realizada uma análise crítica dos resultados e aspectos a melhorar, não só em relação ao estágio mas também à avaliação do processo de acreditação.

Ao longo de todo o estágio foram realizadas várias ações que tiveram como objetivo a entrada da USF CelaSaúde no novo modelo organizacional B. Como referido, a USF cumpriu com o seu objectivo tendo atingido com sucesso este modelo organizacional. Apesar do projeto já se encontrar com alguns avanços, muitas foram as actividades desenvolvidas ao longo destes seis meses de estágio que permitiram o cumprimento deste objetivo. Relativamente aos aspetos que tiveram mais importância, destaca-se a correcção e desenvolvimento de novos e mais detalhados procedimentos, a avaliação da satisfação dos utentes e profissionais e a envolvência dos profissionais na realização das actividades desenvolvidas.

Apesar da atualização e realização de procedimentos, verificou-se que existem alguns pontos que ainda não são cumpridos. Durante o desenvolvimento dos procedimentos, alguns dos profissionais mostraram resistência à mudança e até mesmo alguma dificuldade na assimilação da importância da temática da qualidade para o bom funcionamento da USF. Num universo em que a prestação de cuidados de saúde é uma prioridade, estas actividades são por vezes ainda vistas como acessórias e com pouca relevância. Esta é possivelmente a principal razão para a dificuldade do total cumprimento dos procedimentos. Ainda assim, e apesar de ter consistido numa difícil tarefa, durante as reuniões realizadas ao longo do estágio, foi possível assistir ao crescimento alguma consciencialização da importância da qualidade para o funcionamento da USF, uma vez que, todos os elementos da equipa deram o seu contributo para a realização de actividades desenvolvidas, nomeadamente na construção de procedimentos.

Para além disso, existem dificuldades na implementação de alguns procedimentos, uma vez que a USF apresenta condicionantes em relação às suas instalações. Nomeadamente o procedimento do circuito de resíduos não é

cumprido, pois a USF não possui condições a nível de infraestruturas que o permitam, por exemplo, ter os seus lixos em locais abrigados e isolados.

A existência de procedimentos e o cumprimento dos mesmos garantem um bom funcionamento da Unidade. Ao criarmos normas universais, com o objectivo de serem aplicadas por todos os profissionais e com base em indicadores de qualidade definidos pelo departamento de estratégia de qualidade na saúde, é garantida qualidade nos serviços prestados. Assim, é importante que a USF cumpra com todos os procedimentos e processos desenvolvidos e que, para além disso, não deixe de apostar na inovação e no desenvolvimento de novas soluções de melhoria.

Seria importante a criação de um procedimento para a revisão da documentação oficial da USF, incluindo os seus manuais de qualidade e procedimentos. Apesar das datas de revisão estarem assinaladas, a revisão propriamente dita seria orientada, a fim de auxiliar os profissionais a atuarem sempre que necessária a inclusão de alterações nos seus procedimentos de forma universal.

Outra sugestão é o desenvolvimento de um plano de segurança que permita à USF agir em casos de emergência. Como qualquer instituição de saúde, o bem estar e saúde dos utentes são uma prioridade. A segurança deve também fazer parte dessas prioridades.

A periódica avaliação da satisfação dos utentes e profissionais é também um aspecto de grande importância para a melhoria contínua da qualidade, uma vez que, permite não só saber se as expectativas e necessidades dos utentes e profissionais estão a ser cumpridas, mas também dar a conhecer à USF novas e diferentes expectativas e necessidades. Pretende-se que, futuramente, a USF crie um procedimento para a monitorização desta avaliação, que deve ser realizada, no mínimo, semestralmente de modo a manter a própria USF atualizada e com maior capacidade de resposta às expectativas dos seus utentes e profissionais.

O modelo organizacional B faz-se acompanhar de uma avaliação periódica que consiste em verificar se os aspectos evidenciados na grelha de avaliação DiOr continuam a ser cumpridos. Assim, é importante que a USF implemente as actividades e procedimentos com que se comprometeu, havendo ainda espaço para mais desenvolvimentos, nomeadamente apostando na melhoria dos seus tempos de espera e na formação dos seus elementos, não só em relação a práticas clínicas, à qualidade do atendimento e a questões de segurança, mas também em relação à área de gestão.

Apesar de inovadora, criativa e empenhada, a coordenadora Doutora Maria Teresa Tomé não permite, por si só, que todo o trabalho de gestão necessário à implementação da qualidade seja realizado com sucesso. Apesar de todos contribuírem para esta tarefa, será necessário que futuramente, na ausência de estagiários de gestão, todos os profissionais tenham que abdicar um de uma maior parte do seu tempo para refletir sobre esta área, de modo a existir um envolvimento conjunto na procura da excelência.

A análise dos *standards*, presentes no Manual de Acreditação, teve como objectivo identificar o ponto de partida da USF em relação ao seu processo de acreditação. Uma vez que, não houve a possibilidade de trabalhar este tema durante o estágio e tratando-se de uma listagem de *standards* bastante exaustiva, foram então avaliados todos os standards pertencentes ao grupo I, o que apenas permite concluir se a USF se encontra capaz ou não de atingir o nível de acreditação Bom. Tendo em atenção que todos os critérios do grupo I que não se encontram presentes neste relatório são cumpridos, procedeu-se à seguinte análise:

Figura 52 – Análise do cumprimento dos standards do Grupo I no processo de Acreditação da USF CelaSaúde

	Standards cumpridos	Standards não cumpridos	Total de Standards	% de Standards Cumpridos
Standards Obrigatórios	35	0	35	100%
Standards Não Obrigatórios	28	2	30	93%
Total	63	2	65	97%

Fonte: Síntese da autora

Como o Nível Bom de Acreditação obriga ao cumprimento de mais de 70% dos *standards* do Grupo I, incluindo nesta percentagem todos os *standards* obrigatórios, verificamos que a USF cumpre com 97% dos *standards*, tendo aprovação de 100% dos *standards* obrigatórios, o que lhe confere o nível Bom de acreditação.

A candidatura à acreditação obriga a um pagamento por parte da USF, o que implica existirem garantias mínimas de aprovação.

Todos os trabalhos realizados ao longo do estágio foram importantes na preparação da USF para o processo de acreditação, uma vez que, permitiram a conformidade de *standards* do Manual de acreditação.

Para além de dar continuidade ao desenvolvimento da área de qualidade e melhoria contínua, a acreditação tem como principal objetivo transmitir confiança e credibilidade aos utentes e profissionais, tornando-se a USF numa unidade reconhecida por prestar serviços de saúde de qualidade.

No entanto, não basta tornar-se numa unidade acreditada, é importante continuar a apostar na qualidade, realizando novas avaliações periodicamente.

Por fim, são apresentadas as contribuições de maior relevância para a USF e todas as aprendizagens que foram assimiladas ao longo do estágio curricular.

Apesar de ser uma conjugação diferente do habitual na área de gestão, o desafio de envolver a gestão da qualidade em saúde foi apelativo desde o início. O desconhecimento inicial do funcionamento dos organismos de saúde e da própria USF não afetaram, em momento algum, o desenvolvimento deste estágio. A assimilação dos conceitos e do universo da USF foi bastante rápida, o que permitiu um igualmente rápido avanço naqueles que foram os objetivos. Para além disso, uma visão mais sensível à importância da melhoria de processos, tendo por base a busca da qualidade no sentido de melhor satisfazer os utentes e profissionais, aliada aos conhecimentos técnicos e funcionais da equipa, contribuíram para um maior desenvolvimento da USF nesta área.

A entrada da USF num novo modelo organizacional B foi definida como o grande objetivo a atingir ao longo dos seis meses de estágio. A envolvimento com a equipa USF e o desejo de contribuir para o crescimento da USF na área da qualidade, apesar dos condicionalismos que foram surgindo, mantiveram o empenho em prosseguir este objetivo.

Não poderia deixar de referir o excelente trabalho realizado anteriormente pelos colegas Brigitte Brito e Elísio Moura que deram início ao processo de candidatura da USF ao modelo organizacional B, sendo este um importante ponto de partida. Ainda assim, neste estágio foram realizadas diversas medidas que contribuíram para a evolução organizacional da USF, entre as quais, uma autoavaliação detalhada com base na grelha DiOr e, conseqüente melhoria dos aspetos que não se encontravam conformes. De todas as atividades realizadas, destaco a melhoria de procedimentos já existentes e a criação de novos, assim como, o estudo à satisfação dos utentes e profissionais.

Neste relatório, foi realizada uma análise aos *standards* do grupo I do manual de acreditação, de modo a averiguar se a USF se encontrava apta, ou não, à aprovação neste processo.

De facto, através da análise realizada, a USF pode dar início ao seu processo de acreditação que, aliás, é apontado como um dos próximos passos a atingir após a entrada no novo modelo organizacional.

Realça-se a importância do trabalho em equipa. O sucesso conseguido apenas foi possível com a envolvimento de todos os profissionais que, mais consciencializados sobre a importância da qualidade nos seus processos e procedimentos, contribuíram com os seus conhecimentos e opiniões.

Todo o trabalho e esforços desenvolvidos foram úteis, havendo o sentimento de dever cumprido e o orgulho de ter pertencido a esta equipa e de ter contribuído e preparado a USF para o sucesso. Para além de todos os conhecimentos assimilados, aprendeu-se também que é possível existirem boas unidades públicas de saúde, com profissionais preocupados com a saúde e o bem-estar dos seus utentes. De fato, o SNS está a fazer um esforço na melhoria dos seus serviços e não devemos generalizar os maus exemplos que são discutidos nos media.

Este relatório pretende demonstrar que as USF's estão, cada vez mais, preocupadas com o desenvolvimento da qualidade na prestação dos seus serviços de saúde, tendo como finalidade a satisfação dos seus utentes. Para tal, apostam em novos modelos organizacionais que permitem modernizar a sua forma de organização de modo a oferecerem maior qualidade aos cidadãos, e na Acreditação que, por si só, comprova qualidade nos serviços que prestam aos seus utentes, conferindo-lhes confiança. A qualidade não é um fim em si mesma, sendo importante continuar a inovar e a melhorar, pois só assim é possível atingir patamares de excelência.

Referências Bibliográficas

DONABEDIAN, A., (1980) The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Vol 1. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Health Administration Press. 1-6.

PIRES, António Ramos, (2004) Qualidade: Sistemas de Gestão da Qualidade. Edições Sílabo, 3ª Edição Lisboa.

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde – Departamento da Qualidade na Saúde, (2011) Programa Nacional da Acreditação em Saúde – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, 1ª Edição.

Portugal, USF CelaSaúde, Manual da Qualidade 2012/2014.

Portugal, USF CelaSaúde, Manual de Procedimentos, 2012/2014.

Portugal, USF CelaSaúde, Regulamento Interno, versão de 31 de Outubro de 2012.

SARAIVA, Margarida e TEIXEIRA, António, (2010) A qualidade numa perspectiva multi e interdisciplinar. Edições Sílabo, 1ª Edição, Lisboa.

SOARES, Iolanda e PINTO, Abel, (2010) Sistemas de Gestão da Qualidade – Guia para a sua implementação. Edições Sílabo – 1ª Edição, Lisboa.

Referências Web

ACSA - Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía:
<http://www.juntadeandalucia.es/> [22 de agosto de 2014].

Certificação e acreditação: [//max.uma.pt/~a2118207/perguntas.html](http://max.uma.pt/~a2118207/perguntas.html) [18 de julho de 2014]

Departamento da Qualidade em saúde: <https://www.dgs.pt/diretor-geral-direcao-e-servicos/departamento-da-qualidade-na-saude> [16 de julho de 2014]

Instituto Português da Acreditação “ A Acreditação”: <http://www.ipac.pt> [22 de agosto de 2014].

ISO – International Organization for Standardization - ISO 9001:2008:
<http://www.iso.org/iso> [22 de agosto de 2014].

JCI - Joint Commission International: <http://pt.jointcommissioninternational.org/>
[22 de agosto de 2014].

Anexos

Anexo I -Procedimento de Mudança de Médico de Família dentro da USF

PROCEDIMENTO Mudança de Médico de Família dentro desta USF	 Fevereiro 2013
PO.XX -PROC XX	Versão em vigor

1. OBJECTIVO

Este procedimento pretende estabelecer regras e normas a cumprir sempre que é necessário proceder a uma mudança de médico de família dentro da USF, seja a pedido do utente ou por iniciativa do próprio médico de família.

2. ÂMBITO

Este procedimento aplica-se a todos os secretários clínicos e médicos de família desta USF e destina-se a todos os utentes da USF que solicitem a mudança de médico de família e aos médicos de família que solicitem essa mudança.

3. DEFINIÇÕES

Impresso – modelo com texto estabelecido usado para requerimentos, declarações, etc., no qual apenas se preenche a informação pessoal e particular.

Médico com Ficheiro Aberto – médico que ainda dispõe de vagas na sua lista, e que por isso poderá receber novos utentes (mesmo que não sejam familiares diretos de algum dos seus utentes).

4. REFERÊNCIAS:

Código Deontológico da Ordem dos Médicos - Lisboa, 26 de Setembro de 2008

Carta dos Direitos e Deveres do Utente

5. RESPONSABILIDADE

Cabe ao Coordenador da USF deliberar acerca de todos os pedidos de mudança de médico de família, podendo aprovar ou recusar a mudança.

6. DESCRIÇÃO

A mudança de médico de família abrange duas situações distintas.

A **primeira situação** ocorre quando é o utente a requerer a mudança de médico. Neste caso o utente deve dirigir-se à USF e comunicar ao secretário clínico a sua intenção. Ser-lhe-á disponibilizada informação acerca dos médicos que apresentam o seu ficheiro aberto e um impresso próprio (ver Anexo 1) que o utente terá de preencher, indicando o médico de família para o qual pretende mudar, e devolver ao secretário clínico. A partir daqui cabe ao secretário clínico dar o seguimento ao pedido, entregando o impresso preenchido pelo utente

ao Coordenador da USF. Após tomar conhecimento, o Coordenador informa o respetivo médico de família do utente e o médico de destino indicado. Ambos procedem à análise da situação transmitindo o seu parecer ao pedido, preenchendo para isso um campo do impresso destinado para o efeito.

Caso haja **concordância por parte de ambos os médicos envolvidos**, o Coordenador despacha o pedido, pedindo ao secretário clínico que contate o utente. O utente será informado via telefone e/ou email (dependendo da sua preferência – o secretário clínico deverá pedir ao utente que no impresso, no campo das observações, coloque lá qual a forma de contato preferencial) que o seu pedido foi aceite. Após a decisão (que deverá decorrer no prazo máximo de 8 dias úteis), o secretário clínico transfere no programa SINUS o utente do médico de família para o médico de família de destino. Para concluir, o secretário clínico arquiva o impresso preenchido pelo utente por **ordem numérica decrescente** no dossier com o nome "*Transferências de Processos*", situado na secretaria de retaguarda - prateleira IV, dossier nº 11, e transfere o processo clínico físico do utente para o ficheiro do médico de família de destino (que se encontra arquivado no armazém exterior da USF).

No caso em que **pelo menos uma das partes não é concordante** com o processo de mudança, o gabinete do utente deve intervir em conjunto com o Coordenador tentando resolver a situação de modo a que não colidir com os direitos do utente.

Procedimento auxiliado pelo **Fluxograma 1** (ver **Anexo 2.**) e pelo Procedimento "*Transferências de Processos Clínicos*" – Situação A, Ponto 3.

Na **segunda situação** é o médico de família do utente a requerer a mudança. Neste caso o médico deverá elaborar um texto onde explicita e justifique os motivos que o levam a solicitar a saída do utente da sua lista de utentes, devendo entregá-lo ao Coordenador da USF.

Caso os motivos evocados **estejam previstos na legislação vigente e estejam assegurados os direitos dos utentes e dos profissionais**, o Coordenador da USF aprova o pedido do médico e informa o utente, convidando-o a escolher um novo médico da USF (médico com ficheiro aberto ou outro que se disponibilize); no entanto, se o utente manifestar pouca recetividade à mudança, o Gabinete do Utente intervém e em conjunto com o Coordenador tentam resolver a situação de modo a não colidir com os direitos do utente. Se o utente aceitar escolher outro médico da USF, o secretário clínico transfere no programa SINUS o utente do médico de família para o médico de família de destino. Para concluir, o secretário clínico

arquiva o texto elaborado pelo médico no dossier com o nome "*Transferências de Processos*" (num separador próprio para a transferência interna a pedido do médico), situado na secretaria de retaguarda - prateleira IV, dossier nº I1, e transfere o processo clínico físico do utente para o ficheiro do médico de família de destino (que se encontra arquivado no armazém exterior da USF).

Caso os motivos evocados **não estejam previstos na legislação vigente e/ou não estejam assegurados os direitos dos utentes e dos profissionais**, o Coordenador da USF em conjunto com o Gabinete do Utente tentam resolver a situação de modo a não colidir com os direitos do utente.

Procedimento auxiliado pelo **Fluxograma 2** (ver **Anexo 2.**)

7. ANEXOS

1. Impresso Próprio para Pedido de Transferência

Anexo II - Guia para marcações de consultas

<p><u>Próxima Consulta</u></p> <p>Data:/...../.....</p> <p>Enf.(a)..... Hora: h.....</p> <p>Dr.(a)</p> <p>Hora: h.....</p> <p></p> <p>USF CelaSaúde</p> <p>Telf.: 239 488627/8 -Bloco A-R/C ou 239 488639/40 - Bloco A-1º</p> <p>Email: usf.celasaude@srscoimbra.min-saude.pt</p> <p>Obs.:.....</p>
--

Anexo III -Procedimento de Atendimento Telefónico

PROCEDIMENTO Atendimento telefónico do secretário clínico e dirigido ao médico e/ou enfermeiro de família	 Janeiro 2013
PO.XX -PROC XX	Versão em vigor

1.OBJECTIVO

Este procedimento pretende estabelecer regras e normas para o atendimento telefónico no caso de o assunto ser dirigido ao médico e/ou enfermeiro de família.

2.ÂMBITO

Este procedimento aplica-se a todos os secretários clínicos, médicos e enfermeiros de família e destina-se a melhorar a qualidade das chamadas telefónicas efetuadas pelos utentes desta USF e que são dirigidas ao respetivo médico e/ou enfermeiro de família.

3.DEFINIÇÕES

Atendimento telefónico— é o ato de atender alguém pelo telefone.

Impossibilidade Momentânea- médico e/ou enfermeiro de família presentes no serviço mas impossibilitados de atender no horário de atendimento telefónico.

Devolução da Chamada - médico e/ou enfermeiro de família ligam mais tarde para o utente.

Orientar a Chamada – médico e/ou enfermeiro de família dão orientações para que sejam os secretários clínicos a devolver a chamada ao utente.

4.REFERÊNCIAS:

5.RESPONSABILIDADE

Cabe ao secretário clínico atender a chamada telefónica do utente e, caso seja necessário, transferi-la para o gabinete do médico e/ou enfermeiro de família (ou espelho, dependendo da situação).

Cabe ao médico e/ou enfermeiro de família atender a chamada ou devolve-la ao utente, conforme as situações.

Cabe ao médico e/ou enfermeiro da equipa espelho atender a chamada ou devolve-la ao utente, conforme as situações.

6.DESCRICÃO

1. Secretário clínico atende chamada do utente: saúda, e identifica-se a si e à USF. Após ter conhecimento que o utente deseja falar com o seu médico e/ou enfermeiro de família, o secretário clínico informa o utente de que:

O seu médico e /ou enfermeiro de família encontra -se **presente** na USFe a sua chamada **está dentro** do horário de atendimento telefónico, pelo que transferirá a chamada para o gabinete do médico e /ou enfermeiro de família.

Exceção: No caso de **impossibilidade momentânea** do médico e /ou enfermeiro de família durante o horário de atendimento telefónico, o secretário clínico anota assunto num impresso próprio (ver Anexo 1), termina a chamada, e posteriormente entrega o impresso ao médico e/ou enfermeiro de família, que depois devolverão ou orientarão a chamada ao utente durante esse mesmo horário ou de acordo com a(s) sua(s) disponibilidade(s).

2. O seu médico e /ou enfermeiro de família encontra -se **presente** na USF e a sua chamada **está fora** do horário de atendimento telefónico. Neste caso, o secretário clínico informa o utente do respetivo horário do seu médico e/ou enfermeiro de família e:
 - a. Caso o utente informe que pretende ligar nesse horário, o secretário clínico termina a chamada;
 - b. Caso o utente não tenha possibilidade de ligar durante o horário, o secretário clínico anota assunto num impresso próprio (ver Anexo), termina a chamada, e posteriormente entrega o impresso ao médico e/ou enfermeiro de família que depois devolverão ou orientarão a chamada ao utente de acordo com a(s) sua(s) disponibilidade(s) ou durante o horário de atendimento telefónico respetivo.

Nota: A referida entrega deve ser feita no intervalo das consultas, no final de uma consulta ou no início do período de atendimento telefónico.

3. O seu médico e/ou enfermeiro de família encontra -se **ausente** da USF e informa o utente da data prevista de regresso do seu médico e/ou enfermeiro de família:
 - a. Caso o utente demonstre vontade de **apenas** falar com o seu médico e/ou enfermeiro de família, o secretário clínico informa o utente do horário de atendimento telefónico e termina a chamada.
 - b. Caso o utente pretenda falar com **um profissional médico e/ou de enfermagem**, o secretário clínico informa o utente do horário desse mesmo profissional (equipa espelho):
 - i. Caso a chamada esteja **dentro** desse horário e o utente demonstre vontade de falar com o **profissional**, o secretário clínico transfere a chamada para o respetivo gabinete;
 - ii. Caso a chamada esteja **fora** desse horário e o utente demonstre vontade de falar com o **profissional**, o secretário clínico anota o assunto num impresso próprio (ver Anexo), termina a chamada, e entrega o impresso à equipa espelho, que depois devolverão ou orientarão a chamada ao utente de acordo com a(s) sua(s) disponibilidade(s) ou durante o horário de atendimento telefónico respetivo.

Nota: A referida entrega deve ser feita no intervalo das consultas, no final de uma consulta ou no início do período de atendimento telefónico do profissional.

7. ANEXOS

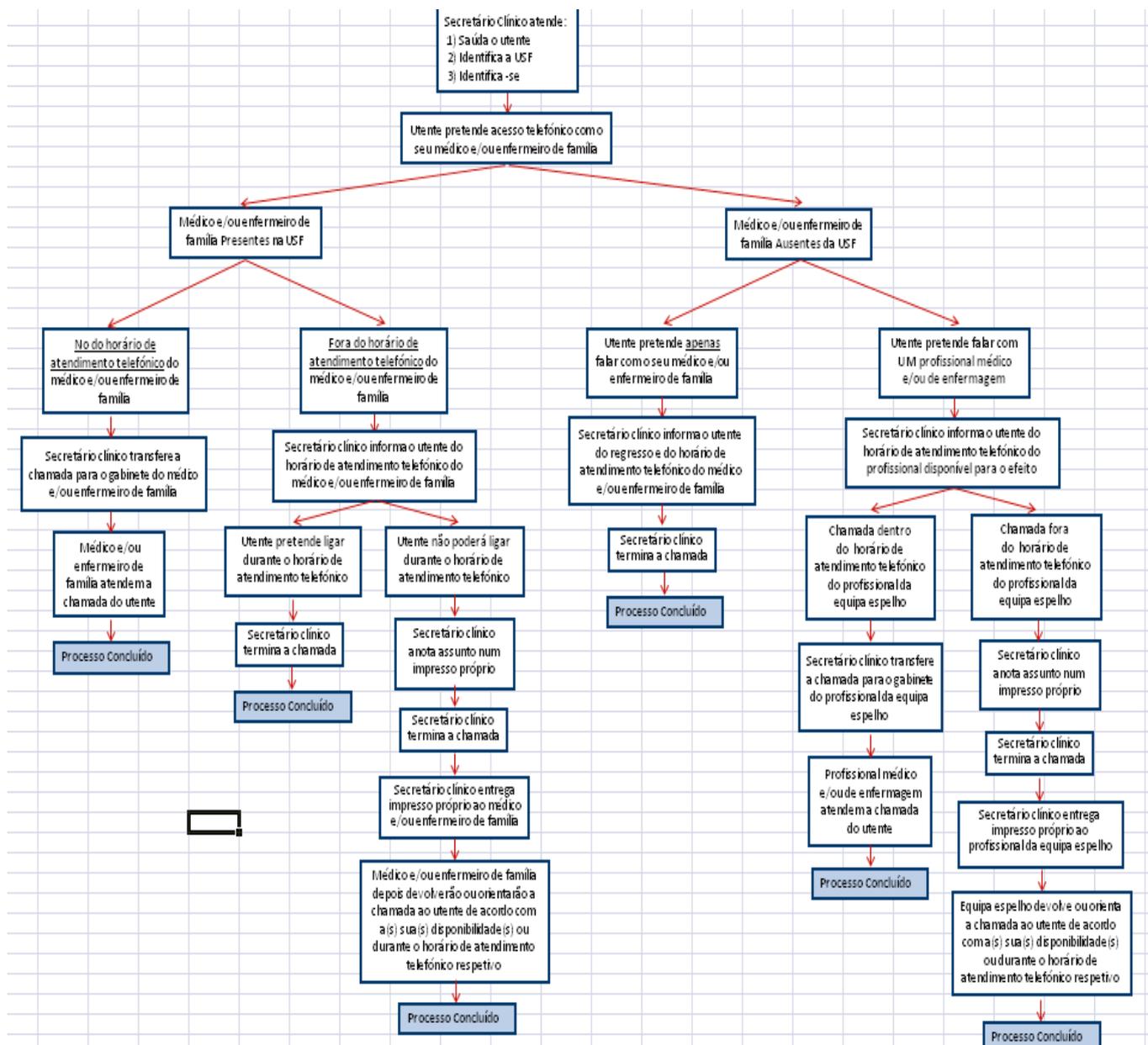
1. Folheto Recado Telefónico
2. Fluxograma

ANEXOS

1. Folheto do Recado Telefónico

USF CelaSaúde	
Data: ___/___/___	Hora: _____
De: _____	
Para: _____	
Urgente: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Contatar: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Número a contatar: _____	
Assunto: _____	

Quem recebeu: _____	



2. Fluxograma

Anexo IV – Procedimento de Controlo de prazos de validade

PROCEDIMENTO Controlo de Prazos de Validade de Material Clínico e Medicamentos	Fevereiro 2013 
PS.XX -PROC XX	Versão em vigor

1.OBJECTIVO

Este procedimento pretende estabelecer as regras que permitam o controlo de **prazos de validade** dos materiais clínicos e de farmácia, rececionados e existentes na USF.

2.ÂMBITO

Este procedimento aplica-se às enfermeiras Ana Paula Santos e /ou Susana Sanches.

3.DEFINIÇÕES

Prazo de validade: Tempo durante o qual o produto poderá ser usado, caracterizado como período de vida útil e fundamentada nos estudos de estabilidade específicos

ACES BM – Agrupamento dos Centros de Saúde do Baixo Mondego

4.REFERÊNCIAS:

5.RESPONSABILIDADE

Cumpra às enfermeiras Ana Paula e Susana Sanches efetuar todas as tarefas inerentes a este procedimento.

6.DESCRICÃO

6.1 Aquando da receção dos materiais fornecidos á USF verificar **prazo de validade** dos materiais clínicos e de farmácia recebidos:

6.1.1 Os lotes e prazos de validade das vacinas são registados no programa informático SINUS pelas enfermeiras Fátima Moço e/ou Helena Pinheiro no dia da sua receção;

6.2 Verificar o **prazo de validade** dos materiais clínicos e de farmácia existente na USF CelaSaúde, na terceira semana de cada mês;

6.3 Registrar na grelha de registo de **prazo de validade** dos materiais clínicos e de farmácia a expirar, no respetivo mês e ano cronológico, nome e lote, afixada no armazém;

6.4 Identificar com marcador fluorescente cor-de-rosa e colocar à frente dos produtos iguais com prazo de validade superior.

7.ANEXOS

Grelha de registo de **prazo de validade** dos materiais clínicos e de farmácia a expirar no respetivo mês e ano cronológico.

Grelha de registo de prazo de validade dos materiais clínicos e de farmácia a expirar no respetivo mês e ano cronológico.