



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Acredita(r) (n)a UCC do Alentejo:

Dinamização do Processo de Candidatura
da UCC à Acreditação ACSA

Maria João Mexia Rodrigues

Orientação: Mestre e Especialista Prof. Edgar Canais

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Relatório de Estágio

Beja, 2022



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Acredita(r) (n)a UCC do Alentejo:

Dinamização do Processo de Candidatura
da UCC à Acreditação ACSA

Maria João Mexia Rodrigues

Orientação: Mestre e Especialista Prof. Edgar Canais

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Comunitária e de
Saúde Pública

Relatório de Estágio

Beja, 2022



Acredita(r) (n)a UCC do Alentejo:
Dinamização do Processo de Candidatura
da UCC à Acreditação ACSA

Maria João Mexia Rodrigues

**Relatório de Estágio especialmente elaborado para a obtenção do grau de Mestre e
Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública**

Júri:

Presidente: Doutora Ana Maria Grego Dias Sobral Canhestro

Arguente: Doutora Maria Laurência Grou Parreirinha Gemito

Orientador: Mestre e Especialista Edgar Canais

janeiro de 2022

“A mudança é uma porta
que se abre a partir de dentro.”

Marilyn Ferguson

“The COVID-19 pandemic has reminded all of us
of the vital role health workers play to relieve
suffering and save lives”

Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus,
WHO Director-General.



Após a tempestade vem a bonança, mas esta tem persistido no tempo. Foi um percurso atribulado, mas chegou ao fim, levando ao extremo da rentabilização de tempo entre a família, o mestrado e a profissão.

Obrigada a ti, Filipe, pelo apoio e por saber que estavas sempre lá.

Ao meu pai, que não lhe foi permitido tempo para poder partilhar esta etapa comigo.

Ao Professor Edgar pelo seu apoio incondicional. Acredite que foi ouro.

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro ser a autora deste projeto, que constitui um trabalho original e inédito, que nunca foi submetido a outra Organização de ensino superior para obtenção de um grau académico ou outra habilitação. Atesto ainda que todas as citações estão devidamente identificadas e que tenho consciência de que o plágio constitui uma grave falta de ética, que poderá resultar na anulação do presente projeto.

RESUMO

Introdução: O contexto pandémico atual originou alterações sociais marcadas, propiciando ao isolamento e à diminuição da procura dos serviços de saúde por medo/desconfiança, diminuindo a satisfação dos utentes, bem como à sobrecarga dos profissionais de saúde. **Objetivo:** Dinamizar o processo de Acreditação da Unidade Funcional, com o intuito de normalizar procedimentos efetuados pelos Enfermeiros da UCC, de modo a ser facilitador do desenvolvimento do seu trabalho e aumentar a satisfação dos utentes pelos cuidados recebidos. **Método:** Desenvolver um projeto com dupla intervenção que envolve duas comunidades (Profissionais de Saúde e Utentes), utilizando a metodologia de planeamento em saúde segundo Imperatori & Giraldes, com alicerces nos Modelos Teóricos de Avedis Donabedian sobre a Qualidade em Saúde e no Modelo de Nolah Pender sobre a promoção da saúde. Será necessário a aplicação de um questionário de satisfação à população antes e após o processo de acreditação e avaliar o impacto nesta. **Resultados:** Melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados e o aumento do grau de satisfação da população. **Conclusão:** Prevê-se que a Acreditação da UCC proporcione um duplo efeito, um ambiente favorável ao desempenho das funções de Enfermagem e a satisfação da população.

Palavras chave: Comunidade, Satisfação, Qualidade em saúde, Certificação, Confiança.

ABSTRACT

Introduction: The current pandemic context has led to marked social changes, leading to isolation and a decrease in the demand for health services due to fear/distrust, reducing user satisfaction, as well as the overload of health professionals. **Objective:** To streamline the process of Accreditation of the Functional Unit, in order to standardize procedures performed by nurses at the UCC, to facilitate the development of their work and increase user satisfaction with the care received. **Method:** To develop a project with a double intervention that involves two communities (Health professionals and users), using the health planning methodology according to Imperatori & Giraldes, based on the Theoretical Models of Avedis Donabedian on Quality in Health and in the Nolah Pender Model on health promotion. It will be necessary to apply a satisfaction questionnaire to the population before and after the accreditation process and evaluate the impact on it. **Results:** Improvement in the quality of nursing care provided and an increase in the population's level of satisfaction. **Conclusion:** UCC Accreditation is

expected to provide a double effect, a favorable environment for the performance of Nursing functions and population satisfaction.

Key words: Community, Satisfaction, Quality in health, Certification, Trust.

RESÚMEN

Introducción: El contexto actual de pandemia ha provocado cambios sociales marcados, lo que ha llevado al aislamiento y a la disminución de la demanda de los servicios de salud por miedo/desconfianza, reduciendo la satisfacción de los usuarios, así como sobrecargando a los profesionales de la salud. **Objetivo:** Agilizar el proceso de Acreditación de la Unidad Funcional, con el fin de estandarizar los procedimientos que realizan los enfermeros de la UCC, con el fin de facilitar el desarrollo de su trabajo y aumentar la satisfacción de los usuarios con la atención recibida. **Método:** Desarrollar un proyecto con doble intervención que involucre a dos comunidades (Profesionales de la Salud y usuarios), utilizando la metodología de planificación en salud según Imperatori & Giraldes, con base en los Modelos Teóricos de Avedis Donabedian sobre Calidad en Salud y en el de Nolah Pender sobre promoción de la salud. Será necesario aplicar un cuestionario de satisfacción a la población antes y después del proceso de acreditación y evaluar el impacto sobre el mismo. **Resultados:** Mejora en la calidad de la atención de enfermería brindada y aumento en el nivel de satisfacción de la población. **Conclusión:** Se espera que la Acreditación UCC brinde un doble efecto, un ambiente favorable para el desempeño de las funciones de Enfermería y la satisfacción de la población.

Palabras clave: Comunidad, Satisfacción, Calidad sanitaria, Acreditación, Confianza.

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO I- QUESTIONÁRIO EUROPEP.....	105
ANEXO II- CARTA DOS DIREITOS E DEVERES DOS DOENTES EM BRAILLE.....	109
ANEXO III- DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS DE NOTIFICAÇÃO OBRIGATÓRIA.....	111
ANEXO IV- IDIOMAS DISPONÍVEIS NO SERVIÇO DE TRADUÇÃO TELEFÓNICA...	112

ÍNDICE DE APÊNDICES

APÊNDICE I- PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO.....	116
APÊNDICE II- FOLHA DE REGISTO DE PRESENÇAS NA FORMAÇÃO EM SERVIÇO	118
APÊNDICE III- FICHA DE AVALIAÇÃO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO.....	120
APÊNDICE IV- CONSENTIMENTO INFORMADO.....	123
APÊNDICE V- PEDIDO DE UTILIZAÇÃO QUESTIONÁRIO EUROPEP.....	125
APÊNDICE VI- INSTRUÇÕES DE TRABALHO DESENVOLVIDAS PARA A UCC.....	127
APÊNDICE VII- CHECK LIST DE STANDARDS PARA A ACREDITAÇÃO.....	149
APÊNDICE VIII- RESUMO DE ARTIGO CIENTÍFICO.....	175

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1- ETAPAS DO PROCESSO DE PLANEAMENTO EM SAÚDE.....	16
FIGURA 2- NECESSIDADES E OFERTA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA COMUNIDADE E EM SAÚDE.....	39
FIGURA 3- MAPA DE PORTUGAL E PORMENOR DA REGIÃO DO ALENTEJO.....	39
FIGURA 4- PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE.....	43
FIGURA 5- PRINCIPAIS NECESSIDADES DE SAÚDE.....	43
FIGURA 6- ABETARDA.....	47
FIGURA 7- ÍNDICES DE DEPENDÊNCIA E ENVELHECIMENTO NO CONCELHO.....	55
FIGURA 8- PESSOAS COM MÉDICO DE FAMÍLIA NA UCSP.....	55
FIGURA 9- TAXA OBESIDADE COMPARATIVA.....	57
FIGURA 10- TAXA COMPARATIVA DO USO DO TABACO.....	57
FIGURA 11- TAXA COMPARATIVA DE ANALFABETISMO.....	58
FIGURA 12- ITENS DO EUROPEAN TASK FORCE ON PATIENT EVALUATION OF GENERAL PRACTICE (EUROPEP).....	64
FIGURA 13- WORK BREAKDOWN STRUCTURE (WBS).....	71
FIGURA 14- LOGOTIPO DESENVOLVIDO EM PARCERIA COM O DESIGNER GRÁFICO.	74

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1- POPULAÇÃO RESIDENTE ANALFABETA COM 10 E MAIS ANOS E TAXA DE ANALFABETISMO SEGUNDO OS CENSOS.....	18
---	----

TABELA 2- INDICADOR DE CONFIANÇA DOS SERVIÇOS NOS PAÍSES DA UNIÃO EUROPEIA EM ABRIL DE 2021: COMPARAÇÃO COM O MESMO MÊS DE 2020.....	26
TABELA 3- NÚMERO DE HABITANTES NO CONCELHO X.....	34
TABELA 4- NÚMERO DE HABITANTES POR GRUPO ETÁRIO.....	53
TABELA 5- DENSIDADE POPULACIONAL NO ALENTEJO.....	54
TABELA 6- PIRÂMIDE ETÁRIA DA POPULAÇÃO INSCRITA NA UCSP.....	54
TABELA 7- COMPARAÇÃO POR PARES DESENVOLVIDO NO BRAINSTORMING DO GRUPO.....	54
TABELA 8- RELAÇÃO ENTRE OS OBJETIVOS E O PROCESSO DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DO PROJETO ACREDITA(R)(N) A UCC ALENTEJO.....	62
TABELA 9- ÁREAS CHAVE DO PROCESSO DE ACREDITAÇÃO ACSA.....	65
TABELA 10- FASES DO PROCESSO DE ACREDITAÇÃO ACSA.....	67
TABELA 11- CRONOGRAMA DO PROJETO.....	65
TABELA 12- CRONOGRAMA DE ATIVIDADES.....	66
TABELA 13- CÁLCULO DOS CUSTOS DA ESTRATÉGIA.....	67
TABELA 14- MONITORIZAÇÃO DAS TAREFAS DO PROJETO.....	72
TABELA 15- AVALIAÇÃO DO OBJETIVO 1.....	73
TABELA 16- AVALIAÇÃO DO OBJETIVO 2.....	77
TABELA 17- AVALIAÇÃO DO OBJETIVO 3.....	78
TABELA 18- AVALIAÇÃO DO OBJETIVO 4.....	81
TABELA 19- AVALIAÇÃO DO PROJETO ATRAVÉS DA INTERLIGAÇÃO DOS INDICADORES DE ESTRUTURA, PROCESSO E RESULTADO.....	82
TABELA 20- AVALIAÇÃO DO OBJETIVO 3	81
TABELA 21- AVALIAÇÃO DO OBJETIVO 4	81
TABELA 22- AVALIAÇÃO DO PROJETO ATRAVÉS DA INTERLIGAÇÃO DOS INDICADORES DE ESTRUTURA, PROCESSO E RESULTADO. ADAPTADO DE DONABEDIAN (1980)	82

ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

A1- Autoestrada nº 1

ACeS- Agrupamento de Centros de Saúde

APA- American Psychological Association

APADIJ- Associação para o Acompanhamento e Desenvolvimento Infantil e Juvenil

APS- Associação de Promoção da Saúde

ARSA- Administração Regional de saúde do Alentejo

CAD- centro de Aconselhamento e Detecção

CAO- Centro de Atividades Ocupacionais

CARE- Casa de Acolhimento Residencial Especializada

CDP- Centro Detecção Precoce

CERCI- Cooperativa de Educação e Reabilitação de Cidadãos com Incapacidades

CLAS- Conselho Local de Ação Social

CM- Câmara Municipal

CP- Cuidados Primários

CPCJ- Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

CR- Conservatório Regional

CSP- Cuidados de Saúde Primários

DACeS- Departamento do Agrupamento dos Centros de Saúde

DGS- Direção Geral da Saúde

DPOC- Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ECCI- Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEECSP- Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde pública

EN- Estrada Nacional

ENQS- Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde

EPVA- Equipa de Prevenção da Violência em Adultos

HPP- Health Parliament Portugal

HTA- Hipertensão Arterial

IC- Itinerário Complementar

IEFP- Instituto de Emprego e Formação Profissional

INE- Instituto Nacional de Estatística

IP- Itinerário Principal

IPSS- Instituição particular de Solidariedade Social

MCDT- Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

NACJR- Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

NLI- Núcleo Local de Inserção

NU- Nações Unidas
ODS- Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
OE- Ordem dos Enfermeiros
OMS- Organização Mundial da Saúde
PAO- Plano de Atividades e Orçamento
PNS- Plano Nacional de Saúde
PPCIRA- Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos
REPE- Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro
RH- Recursos Humanos
RNCCI- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
RSI- Rendimento Social de Inserção
SIV- Suporte Imediato de Vida
SNIPI- Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância
SNS- Sistema Nacional de Saúde
SUB- Serviço de Urgência Básica
TIC- Tecnologia de informação e Comunicação
UCC- Unidade de Cuidados na Comunidade
UCCI – Unidade de Cuidados Continuados Integrados
UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
ULS- Unidade Local de Saúde
UMDR- Unidade de Cuidados Continuados de Média Duração e Reabilitação
UN- *United Nations*
URAP- Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
USP- Unidade de Saúde Pública
WBS- *Work Breakdown Structure*
WHO- *World Health Organization*

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
1-ENQUADRAMENTO TEÓRICO	16
1.1- Cuidados de Saúde Primários.....	18
1.2- Papel da Saúde Pública.....	20
1.3- Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.....	21
1.4- Função da enfermagem Comunitária em Contexto Pandémico.....	22
1.5- Qualidade em Saúde.....	23
1.6- Contributo do Modelo teórico da Qualidade em Saúde de Avedis Donabedian e do Modelo de Nola Pender na Segurança dos cuidados.	25
1.7- <i>Empowerment</i> individual e da Comunidade.....	28
1.8- Comunicar a Segurança em Saúde.....	29
1.9- Inovar em Saúde.....	31
1.10- Modelo da Agencia de Calidad Sanitaria de Andaluzia (ACSA)....	31
1.11- Utilização das Novas Tecnologias em Saúde.....	32
1.12- Saúde virtual vivida num país de idosos: confiança no sistema de saúde.....	33
1.13- <i>Keep Health Workers safe to Keep Patients Safe</i>	35
1.14- Plano Nacional de Saúde.....	36
2-DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO	38
2.1- O Alentejo.....	39
2.2- Unidade Local de Saúde (ULS).....	40
2.3- Dados locais de Saúde.....	42
2.4- Caracterização da UCC.....	44
2.5- Modelo estrutural da UCC Alentejo.....	45
2.6- Caracterização da Área de Abrangência da UCC.....	46
2.7- Recursos existentes na área de influência da UCC Alentejo.....	48
2.7.1- <u>Recursos de Saúde</u>	48
2.7.2- <u>Recursos Sociais</u>	49
2.7.3- <u>Recursos desportivos</u>	50
2.7.4- <u>Recursos de Cultura e Lazer</u>	51
2.8- Área geográfica e acessibilidades.....	52
2.9- Dados demográficos.....	52
2.10- Características Socioeconómicas.....	55
2.11- Principais problemas de saúde detetados.....	56
3-DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES	59
4- DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS	61
5- SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS	63

6- PREPARAÇÃO OPERACIONAL E IMPLEMENTAÇÃO	70
6.1-Work Breackdown Structure (WBS)	70
6.2- Cronograma do Projeto	71
6.3- Planificação/ Descrição de atividades	72
6.4- Previsão de Recursos Necessários e Tabela de Custos	76
7- MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DO PROJETO	78
7.1- Monitorização do Projeto	78
7.2- Avaliação dos Objetivos	80
7.3- Outras Atividades Desenvolvidas	83
8- O CAMINHO FAZ-SE CAMINHANDO: O PERCURSO DE ENFERMEIRA A ENFERMEIRA ESPECIALISTA	85
8.1- Competências Específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública	85
8.2- Competências Comuns de Enfermeiro Especialista	88
8.3- Competências de Mestre em Enfermagem	90
9- CONCLUSÃO	92
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	96
ANEXOS	104
ANEXO I- Questionário EUROPEP	105
ANEXO II- Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes escrito em Braille	109
ANEXO III- Doenças transmissíveis de notificação obrigatória	111
ANEXO IV- Idiomas disponíveis no serviço de tradução telefónica	112
APÊNDICES	115
Apêndice I- Plano de sessão de formação em serviço	116
Apêndice II- Folha de registo de presenças na formação em serviço	118
Apêndice III- Ficha de avaliação de sessão de formação	120
Apêndice IV- Consentimento informado	123
Apêndice V- Pedido de utilização de Questionário EUROPEP	125
Apêndice VI- Instruções de trabalho desenvolvidas para a UCC	127
Apêndice VII- Checklist de standards para a Acreditação	149
Apêndice VIII- Resumo de Artigo Científico	175

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito do 4º Mestrado em Enfermagem em Associação, da Escola Superior de Saúde de Portalegre, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde de Beja, Escola Superior de Saúde de Setúbal e Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias de Castelo Branco, na área de Especialidade de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Este descreve o trabalho desenvolvido no âmbito do estágio de intervenção comunitária e de saúde pública.

O estágio foi realizado numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) do Alentejo, que pertence ao Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) da Unidade Local de Saúde (ULS) da região, utilizando a metodologia de Planeamento em Saúde e tendo em conta os constrangimentos sentidos no seu desenvolvimento pelo contexto pandémico.

Por haver restrição de contactos com a comunidade achou-se por bem desenvolver um projeto com dupla intervenção que de uma forma secundária iria abranger a comunidade pelo aumento da sua satisfação com os cuidados de saúde que lhes são prestados, mas que fosse direcionado para os profissionais de saúde. Assim, para os Enfermeiros, o processo de Acreditação promove a normalização de procedimentos, diminuindo o risco que possa advir pelos cuidados de saúde prestados, gerando aumento da confiança por parte da população. Para os Enfermeiros, exercer as suas funções num serviço Acreditado por uma Entidade Externa e idónea, deverá ser um motivo de orgulho pelo que isso representa no seio profissional.

Para desenvolver este projeto, recorreu-se à metodologia do Planeamento em Saúde tendo como referência os autores Imperatori & Giraldes (1993) e foram utilizados os Modelos de Avedis Donabedian e Nolah Pender como referenciais teóricos por o primeiro ser o grande impulsionador do paradigma da Qualidade dos Cuidados de Saúde e o segundo pela Promoção da Saúde Comunitária. Donabedian inspirou uma filosofia centrada na qualidade onde esta só se atingirá pela avaliação das ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde alicerçadas em padrões técnico-científicos.

Esta filosofia centra-se na pessoa/comunidade, sendo estes os grandes avaliadores da qualidade, uma vez que a sua satisfação é ainda uma ferramenta importante para a investigação, para a administração e o planeamento (Donabedian, 1980). Esta satisfação poderá ser atingida através do seu bem-estar ou indo ao encontro dos seus valores e expectativas, onde apenas a pessoa o poderá verbalizar.

O projeto de intervenção teve como objetivo dinamizar o Processo de Acreditação da Unidade Funcional (UF) em causa, procurando ter o maior número de documentos escritos necessários reunidos e preparar a própria UF para se submeter ao Processo de Acreditação pela ACSA.

A avaliação deste projeto é feita a curto, médio e longo prazo, uma vez que se pretende atingir a Acreditação da UCC, através do deferimento da sua candidatura e avaliar o seu impacto na satisfação dos utentes a quem a UF presta cuidados, antes e após o processo de Acreditação.

Assim, com a utilização deste referencial teórico o papel dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (EEECSP) assumem o seu papel na promoção e desenvolvimento de competências e conhecimentos sobre a saúde permitindo capacitar os indivíduos não só para a tomada de decisão, mas também, para a resolução de problemas através de escolhas adequadas aos seus comportamentos, de forma a influenciar de forma positiva a sua saúde. Estes profissionais adquirem competências de forma a poder capacitar a população, tornando-a detentora de conhecimentos suficientes para que esta faça as suas escolhas em consciência, promovendo aos sujeitos voz ativa no seu processo de saúde, promovendo a sua autonomia (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2009).

Em termos legais também existe a preocupação dos governos, em que o Português não é exceção, em verificar e assegurar que a opinião do utente seja considerada no domínio científico e pelos vários parceiros sociais no sentido de monitorizar a qualidade dos serviços de saúde e de avaliar a eficácia das medidas corretivas que se têm vindo a implementar no Sistema Nacional de Saúde (SNS).

Esta importância é reconhecida no nosso país em diversos diplomas legais, dos quais se destaca a Lei de Bases da Saúde (lei 95/2019), que na Base II, refere: "os serviços de saúde estruturam-se e funcionam de acordo com o interesse dos utentes (...)" e "(...) é promovida a participação dos indivíduos e da comunidade organizada na definição da política de saúde e de planeamento e no controle do funcionamento dos serviços(...)". Na Base V refere que "os cidadãos têm o direito a que os serviços públicos de saúde se constituam e funcionem de acordo com os seus legítimos interesses (...)" e na Base XXX refere que "é igualmente colhida informação sobre a qualidade dos serviços, o seu grau de aceitação pela população utente (...)".

A satisfação do utente é assim considerada um importante elemento da avaliação permanente do funcionamento dos órgãos ou serviços dependentes do Ministério da Saúde. O Plano Nacional de Saúde (PNS) revisão e extensão a 2020, propõe “Uma cultura de cidadania que vise a promoção da literacia e da capacitação dos cidadãos, de modo que se tornem mais autónomos e responsáveis em relação à sua saúde e à saúde de quem deles depende” (PNS, 2015:14).

O presente Relatório encontra-se estruturado em 9 capítulos distintos onde se faz o enquadramento teórico, onde são abordados os conceitos com maior relevância para o trabalho, o Diagnóstico da Situação, a Definição de Prioridades e a Definição de Objetivos até à fase da avaliação do Projeto, assim como a aquisição de competências de Enfermeiro Especialista e de Mestre.

Neste relatório foi adotado o estilo bibliográfico *American Psychological Association* (APA) 6ª edição e as normas vigentes no Instituto Politécnico de Beja. Foi redigido segundo as regras do novo acordo ortográfico.

1-ENQUADRAMENTO TEÓRICO

No enquadramento teórico pretende-se fazer um quadro concetual que dê suporte ao projeto de intervenção. O projeto de intervenção recorre à metodologia do planeamento em Saúde.

Segundo Imperatori & Giraldes (1993:23), define-se planeamento da saúde “como a racionalização do uso de recursos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores socioeconómicos”. O planeamento não é estanque, ou seja, as suas etapas poderão não ter esta ordem ou serem em simultâneo no tempo, bem como ao longo do processo, possa haver necessidade de voltar atrás para reformulação de objetivos ou estratégias. (Figura 1)

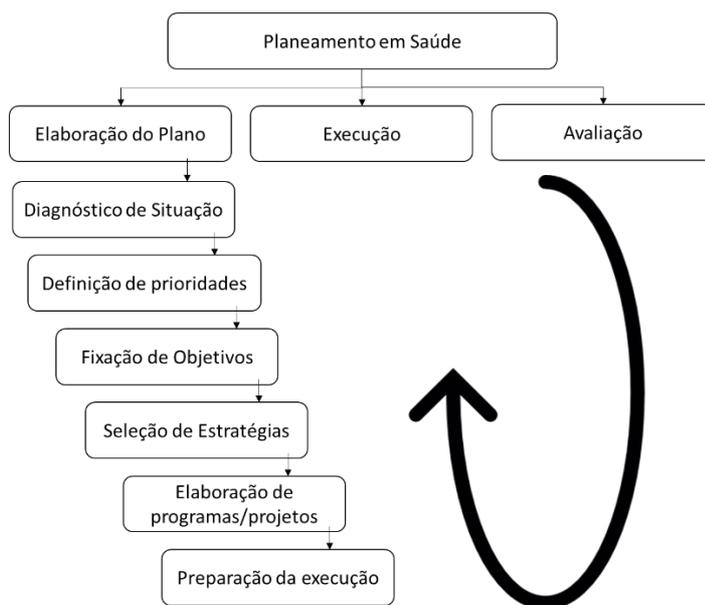


Figura 1- Etapas do processo de Planeamento em Saúde (adaptado de Imperatori & Giraldes, 1993)

É imperativo planear devido aos escassos recursos, sejam eles humanos ou monetários ou ambos. É através do detalhado planeamento que os Profissionais de Saúde, com imaginação e inovação, pretendem atingir a eficácia e a eficiência, ou seja, fazer mais e o melhor possível, gastando o mínimo de recursos. Têm como intenção intervir na causa do problema para evitar recidivas, perdas de tempo a resolver problemas não prioritários, a busca constante de novas estratégias usadas por outras instituições que se depararam com algo semelhante e quais os resultados obtidos.

Deverão ser fomentadas parcerias evitando as intervenções isoladas para aumentar a probabilidade de sucesso (Imperatori & Giraldes, 1993).

É vital a existência de um sistema de informação globalizante, que consiga reunir os dados necessários para uma análise em tempo útil, com capacidade de deteção de variações ao previsto, dando origem às intervenções necessárias. A própria organização dos serviços deve ser repensada, atualizando-a aos tempos em que vivemos (Silva, A.P., 2006).

Face a este contexto, também as instituições de saúde e os seus profissionais são peças fundamentais para fazer face a estes desafios. Assim, torna-se vital que os Enfermeiros, fazendo parte da equipa multidisciplinar, assumam o seu papel, dotados de criatividade e com um pensamento construtivo, participando ativamente no desenvolvimento de competências e consecutivamente na melhoria da qualidade dos cuidados, oferecendo contributos à disciplina (Silva, A.P., 2006).

Face ao clima de medo e de desconfiança por parte da população, os Cuidados de Saúde Primários (CSP), evidenciam o papel de pilar do sistema de saúde em Portugal, assumindo uma função essencial na promoção da saúde, na prevenção e prestação de cuidados na doença, continuidade de cuidados e articulação com outros serviços de saúde (Silva, 2006). O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública é elevado para a ribalta, como sendo o “*pivot*”, servindo de interface entre as instituições e a comunidade de forma a propiciar ambientes que apoiam a saúde, mitigando ameaças de saúde, permitindo-lhes expandir os seus conhecimentos. Fala-se então do *empowerment* da população com o intuito de desenvolver a sua autonomia nas escolhas relativas à saúde (Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde [CDSS], 2010).

Verifica-se a pertinência e a atualidade do tema da Acreditação da UCC, uma vez que o tema da Qualidade em Saúde é transversal a todos os Eixos Estratégicos do Plano Nacional de Saúde Revisão e Extensão a 2020 (PNS, 2015).

Há a necessidade de manter o grau de confiança que a população tem no seu fornecedor de cuidados de saúde de forma a proporcionar-lhes todas as ferramentas para que a população possa fazer as suas escolhas com conhecimento e em consciência para atingir o seu máximo de qualidade em saúde (CDSS, 2010).

Territórios	Indivíduo	Indivíduo - Proporção - %
	Total	Total
Anos	2011	2011
Portugal	499.936	5,2
Continente	472.919	5,2
Baixo Alentejo	12.889	11,1
Concelho X	590	8,8

Tabela 1- População residente analfabeta com 10 e mais anos e taxa de analfabetismo segundo os Censos. Fonte de dados: INE- XV Recenseamentos Gerais da população. PORDATA. Última atualização a 2015-06-26

A utilização de novas formas de comunicar e difundir informação por parte dos serviços de saúde, através das novas tecnologias, permitiu abranger uma população maior, em menor tempo, aumentando a eficácia e eficiência da ação pretendida, que é o seu empoderamento. Mas estas novas formas de comunicar poderão colocar uma franja de população à margem, tais como, uma população analfabeta, com menor poder económico e os idosos, que estão em grande percentagem na população do concelho estudado (Silva, 2006).

A difusão da informação pela população de que um serviço é “Acreditado” por uma entidade idónea, restabelece um clima de confiança no sistema de saúde e pela qualidade dos serviços prestados, por toda a comunidade independentemente das suas características sócio económicas (DQS, 2009).

1.1-Cuidados de Saúde Primários

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) deverão ser o foco de atenção de um sistema de saúde e o de Portugal não é exceção. Os CSP têm como função essencial a promoção da saúde, a prevenção e prestação de cuidados na doença, a continuidade de cuidados e articulação com outros serviços de saúde. Este tipo de serviços, dedicados à comunidade tiveram a sua génese nos anos 70 e conseguiu-se uma evolução favorável dos ganhos em saúde. Após a sua criação, e ao fim de 42 anos ainda se verificam assimetrias no acesso aos cuidados de saúde pelo país. São causas possíveis para esta assimetria os horários de funcionamento, a consciencialização da população para a utilização racional dos recursos evitando recursos desnecessários às urgências hospitalares e a ausência de programas que envolvam a população de forma proactiva na manutenção e prevenção da sua saúde (Health Parliament Portugal [HPP], 2017).

Segundo o *International Council of Nurses* (ICN, 2008) são definidos como princípios dos CSP:

- **Serviços de saúde equitativos e universalmente acessíveis**, em que não há exceção a quem tem direito aos serviços essenciais de saúde, independentemente da sua condição sócio económica ou localização geográfica;
- **Participação da comunidade** na definição e implementação dos temas prioritários em saúde, onde deverá haver envolvimento da população nas decisões de saúde e respetivo empoderamento;
- **Abordagens intersectoriais à saúde**, pelo qual deverá haver o trabalho em grupo da equipa multidisciplinar e das várias entidades públicas e privadas, através do estabelecimento de parcerias em prol da promoção da saúde na comunidade.
- **Tecnologia apropriada**. A tecnologia e a formas de abordagem da população devem ser adaptadas às suas características sócio económicas e necessidades de cuidado.

A reforma dos CSP, concretizada pelo Decreto-Lei 28/2008 de 22 de fevereiro, alterado pelos Decretos de Lei 81/2009, de 2 de abril, 102/2009, de 11 de maio, 248/2009, de 22 de setembro, 253/2012, de 27 de novembro, 137/2013 de 7 de outubro e 239/2015, de 14 de outubro, regulamenta a Estrutura Orgânica dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS). Estabelece o regime de criação, estruturação e funcionamento dos ACeS do Serviço Nacional de Saúde (SNS), permitindo que cada município se debruce sobre as necessidades características da população abrangida, salvaguardando os objetivos do ACeS e do Plano Nacional de Saúde (PNS).

Com as alterações das necessidades da população e das suas características, o sistema de saúde tem de se adaptar e adotar uma gestão de proximidade para obter ganhos em saúde. Os Dec. Lei mencionados anteriormente, referem que esta reorganização será composta por várias unidades, entre elas as UCC.

Segundo o Despacho nº 10143/2009, de 16 de abril, a UCC tem como missão "(...) contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde (...)" é a "(...) unidade que assegura respostas integradas, articuladas, diferenciadas e de grande proximidade às necessidades em cuidados de saúde e sociais da população onde está inserida".

No mesmo Despacho, no 3.º artigo vêm definidas as funções que cada UCC deve desempenhar: "Prestação de cuidados de saúde e apoio psicológico e social, no âmbito domiciliário e comunitário, tendo como principal enfoque as pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, (...) e que necessitem de acompanhamento de maior proximidade; Intervenção na educação para a saúde da comunidade; Integração em redes de apoio à família; Participação na formação de diversos grupos de profissionais nas fases: pré-graduada, pós-graduada e contínua; Assegura a continuidade e qualidade dos cuidados prestados."

A UCC para desenvolver trabalho eficaz e eficiente todos os elementos se devem reger por princípios de cooperação, solidariedade e trabalho de equipa, autonomia funcional e técnica conforme as suas habilitações académicas, articulação com outras unidades funcionais do ACeS, o estabelecimento de parcerias com estruturas existentes (Autarquia, Instituições Privadas de Solidariedade Social (IPSS) e outras para o apoio à comunidade local e é primordial haver uma gestão participativa de forma a promover o trabalho em equipa, motivação e consequentemente a satisfação profissional (Despacho n.º 10143/2009 de 16 de abril, Art.º4 ponto 3).

1.2-Papel da Saúde Pública

A saúde pública detém um papel operativo seguindo indicações emanadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), de forma a trazê-las para o campo e fazê-las cumprir, segundo o Decreto-Lei n.º 137/2013 de 7 de outubro são:

- Vigiar a saúde e aspetos comportamentais através de estudos epidemiológicos, acompanhando todas as doenças comunicáveis e não comunicáveis, através da produção de dados estatísticos;
- Monitorização e resposta a riscos e emergências em saúde pública, incluindo riscos químicos, biológicos, radiológicos e nucleares;
- Assegurar o continuum da saúde nas vertentes ambiental, climática, ocupacional, alimentar, segundo diretrizes nacionais do PNS;
- Promover a saúde através do controlo das determinantes sociais, de forma a diminuir as desigualdades;

- Atuar na prevenção da doença, em todas as suas vertentes, sejam ambientais ou comportamentais, sempre baseado na deteção precoce da situação de doença;
- Utilização da Metodologia de Planeamento em saúde para a planificação em desenvolvimento de atividades para a manutenção da saúde das populações;
- Contribuir para a planificação das ações e atividades necessárias para a manutenção da saúde das populações, incluindo a avaliação de impactos na saúde de políticas transversais;
- Manter a formação dos recursos humanos da saúde pública e Acreditação dos seus serviços;
- Correta gestão dos recursos existentes;
- Assegurar a sensibilização das pessoas, mantendo e melhorando continuamente a comunicação sobre saúde e a mobilização social para as responsabilidades individuais e coletivas para com a saúde pública;
- Manter o enfoque na investigação para produzir conhecimento científico para melhorar as políticas de saúde vigentes.

1.3-Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (EEECSP) além de ter no seu conteúdo funcional as funções de Enfermeiro generalista, acumula as responsabilidades como Enfermeiro Especialista e consequentemente na sua área de abrangência, que é a Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Neste papel, o Enfermeiro deverá organizar respostas adequadas, de forma personalizada, de qualidade e em proximidade, focadas na promoção da saúde, na gestão do risco, na prevenção da doença e de acidentes, nos cuidados de (re)adaptação e de suporte, controlando as determinantes sociais e de saúde (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2011).

Deverá ser capaz de identificar as necessidades em saúde de um grupo ou comunidade, de forma a conceber, planear e implementar projetos de intervenção ajustados,

recorrendo a parcerias e mobilizando grupos da comunidade e rede social para obter apoio no seu desenvolvimento (OE, 2011).

Assim é necessário que a sua formação profissional básica, especializada e contínua, privilegie o domínio da qualidade e da inovação, apoiar a sua prática em dados científicos de forma a desenvolver e aperfeiçoar competências, tendo como base as políticas de saúde para visar os ganhos em saúde. A qualidade dos serviços e a utilização dos sistemas de informação é uma mais valia porque permite a monitorização contínua dos programas instituídos, a gestão de sistemas de vigilância epidemiológica, avaliando os ganhos em saúde através da sua eficácia (OE, 2011).

1.4-Função dos Enfermeiros com Especialização na área de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública em Contexto Pandémico

Para os EEECS, no contexto pandémico atual, um dos seus focos é a identificação das cadeias de contactos, como precaução de segurança. Ou seja, ao identificar as cadeias de contato, tenta-se modelar os comportamentos sociais a fim de diminuir as infeções cruzadas e achatar a curva epidemiológica, diminuindo a prevalência e incidência da doença. Outro papel do EEECS é impedir o fenómeno de Burden, ou seja, a sobrecarga familiar relacionada com a doença mantida no seu seio, garantindo uma resposta adequada das instituições públicas de saúde (Melo, 2020).

Com a pandemia vivida atualmente em que a população assiste ao seu desenvolvimento em tempo real é que esta tomou consciência do papel importante dos profissionais de saúde envolvidos com a comunidade e com a saúde pública. A adequação de metodologias de trabalho, estratégias para minimizar riscos na transmissão de doenças, ação da vigilância epidemiológica e de cadeias de contacto têm como papel reduzir mortes evitáveis e minimizar danos (Maciel et al., 2020).

O que se verificou com a pandemia por SARS-CoV-2, no início, uma doença desconhecida, mas de alguma forma foram utilizados conhecimentos teórico-empíricos, no sentido de que foi havendo adequação dos cuidados a ter consoante o que se ia conseguindo apurar em apoio com outras doenças "similares", promovendo sempre a consciencialização, engajamento e sensibilização da comunidade para a adoção das medidas de segurança adequadas, além do descrito anteriormente (Maciel et al., 2020).

Foi também iniciado um processo de reorganização dos profissionais em campo e dos de retaguarda, para lhes poder dar apoio, aliando as novas tecnologias para melhorar o acesso à população confinada, através de meios alternativos, com recurso ao correio eletrónico, videochamadas e até mesmo consultas telefónicas de forma a garantir os cuidados à população (Maciel et al., 2020).

Foram também definidos fluxos específicos e individualizados para indivíduos suspeitos de terem contraído SARS-CoV-2 de forma a diferenciá-los, tornando-os paralelos. Um dos desafios impostos foi garantir a acessibilidade, universalidade e equidade nos acessos aos cuidados de saúde e a dignidade dos próprios profissionais (Maciel et al., 2020).

1.5-Qualidade em Saúde

Tal como foi referido anteriormente, o tema da Qualidade em Saúde é transversal aos Quatro Eixos do Plano Nacional de Saúde Revisão e Extensão 2020 (2015): Cidadania em Saúde, Equidade e Acesso Adequado aos Cuidados de Saúde, Qualidade em Saúde e as Políticas Saudáveis. Relativamente à Cidadania em Saúde, é um tema que emerge com a Declaração de Alma-Ata (1978) e onde é consagrado o direito e o dever da população em participar ativamente na sua saúde. A qualidade em saúde são os cuidados prestados de forma acessível e equitativa, com correta gestão de recursos e que vá de encontro às expectativas da população. As Políticas Saudáveis, são aquelas que promovem o bem-estar, mas estas dependem de múltiplas variáveis: as intrínsecas (variáveis biológicas e comportamentais) e as extrínsecas (variáveis ecológicas e sociais). Estas políticas emergiram da Declaração de Jakarta- 1997.

A OMS define cuidados de saúde de qualidade, como aqueles que refletem um elevado nível de excelência profissional, realizados com riscos mínimos e com resultados de saúde para os doentes e com eficiência na utilização dos recursos (OMS, 2006). Neste sentido, a mesma Instituição define como objetivos fundamentais das políticas de qualidade em saúde, a promoção da saúde das populações, a (re)estruturação dos serviços de saúde, a utilização racional e eficiente dos recursos humanos, físicos e financeiros disponíveis e a garantia da competência profissional, de forma a satisfazer as necessidades dos cidadãos (OMS, 2006).

A gestão da qualidade surge como resposta à necessidade de garantir à população que as organizações tomam o compromisso de assegurar a excelência dos seus produtos/serviços. Esta gestão deverá ser um processo de melhoria contínua, recorrendo a um processo cíclico de planeamento, implementação e avaliação dos procedimentos e atividades ligadas à qualidade. Devem munir-se de parcerias e stakeholders de forma a conseguirem distribuir responsabilidades e atingirem os seus objetivos. A gestão da qualidade assenta em vários pilares, sendo eles, a atenção centrada no cliente, ser portador de visão para o futuro, envolvimento da gestão de topo, a melhoria contínua, o estabelecimento de parcerias, envolvimento dos colaboradores, comportamentos éticos e possuir capacidade de adaptação à evolução (Mendes, 2012).

Foram identificadas sete categorias nos Enunciados Descritivos dos padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2001) onde o EEECSF procura a excelência do seu exercício profissional através da: satisfação dos clientes, promoção da saúde (máximo potencial de saúde), prevenção de complicações, bem-estar e auto cuidado dos clientes (suplementa/complementa as atividades de vida relativamente às quais o grupo/comunidade é dependente), readaptação funcional (desenvolve processos de adaptação eficaz aos problemas de saúde), organização dos cuidados de enfermagem e planeamento em saúde (máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem) e vigilância epidemiológica (na área geográfica que determina a sua abrangência de cuidados).

O EEECSF deverá proporcionar à sua comunidade ambientes que apoiam a saúde, oferecendo aos indivíduos proteção contra ameaças de saúde, permitindo-lhes expandir os seus conhecimentos e desenvolver a autonomia nas escolhas de vida mais saudáveis. Inclui lugares onde as pessoas vivem, a sua comunidade local, a sua casa, o seu local de trabalho e lazer, incluindo o acesso aos recursos de saúde e oportunidades de empoderamento (OE, 2015).

As ações destinadas à comunidade, apoiadas em parcerias com instituições de apoio social, com o intuito de criar ambientes que apoiem a saúde, têm muitas dimensões, que podem incluir: a ação política direta, que visa desenvolver e implementar políticas e regulamentos que contribuam para criação de ambientes favoráveis; a ação económica, particularmente em relação à promoção do desenvolvimento económico sustentável e a ação social (OE, 2015).

A melhoria contínua e a qualidade que se pretende no SNS estão amplamente aliadas às boas práticas profissionais e evitar o desperdício dos recursos. A divulgação

das boas práticas permite replicar em outros serviços havendo convergência das linhas orientadoras, contribuindo para a equidade e nivelamento da eficiência em todo o SNS (DGS, 2015).

1.6- Contributo do Modelo teórico da Qualidade em Saúde de Avedis Donabedian e do Modelo de Nola Pender na Promoção da Saúde

Nenhum conceito tem uma definição estanque, todos eles sofrem mudanças ao longo dos tempos, por forma a se adaptarem à evolução da sociedade. O conceito de qualidade não foge a essa regra. Mesmo para o mesmo autor, o conceito pode sofrer alterações no seu ponto de vista e ao longo do tempo. Toda a avaliação que é feita, independentemente de ser na área de saúde ou outra, a pretensão é efetuar deliberações, que quando são positivas, significa que têm qualidade.

Nos anos 60, com o desenvolvimento científico e tecnológico dos países e a implementação dos sistemas de saúde, verificou-se um crescente aumento dos custos com a saúde. Sendo uma preocupação governamental, torna-se imperativo uma avaliação da eficácia dos respetivos sistemas de saúde e garantir a sustentabilidade dos mesmos (Ministério da Saúde [MS], 2016). Na saúde, a qualidade implica a explicitação e a incorporação dos direitos fundamentais da pessoa, que devem ser preservados na sua integridade. Além de ser centrado na pessoa, a organização/ serviço que queira primar pela excelência dos cuidados prestados deverá obedecer a outras determinantes, tais como: os líderes do serviço deverão estar motivados, deverão existir protocolos de atuação (standards), profissionais qualificados, motivados e inovadores na forma de desenvolver as suas atividades e, por fim, envolver todos os profissionais e comunidade no compromisso, comunicação da missão, dos objetivos e políticas da organização (Donabedian, 2003).

Donabedian em 1969, foi um dos autores pioneiros que abordou o tema da Qualidade aplicada à Saúde, baseando-se nas premissas que cuidado de qualidade era aquele que potenciava o bem-estar do indivíduo, após os cuidados de saúde, sempre ponderando os riscos e os benefícios que estes acarretam. Em 2003, esse mesmo autor definiu a qualidade do cuidado de saúde como produto de dois fatores: a ciência (conhecimento científico) e a tecnologia de saúde disponível e a sua aplicação no cuidado ao paciente. Ratifica ainda que a qualidade em saúde deverá assentar em princípios como a justiça,

centralidade no doente, inovação, mudança através da melhor evidência científica. Donabedian, em 1990 considerou a qualidade do cuidado em uma perspectiva mais ampla que a anterior, englobando sete dimensões, denominados "os sete pilares": eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. (Tabela 2)

Eficácia	capacidade/poder que a ciência pode proporcionar a quem detenha esses conhecimentos e aplica-los na saúde, trazendo melhorias e em circunstâncias favoráveis;
Efetividade	É a relação entre o impacto real (prática quotidiana) e o impacto potencial num ambiente favorável e também pode ser definida como o impacto positivo atingido de facto.
Eficiência	Capacidade de diminuir os custos mantendo o grau exigível de qualidade dos cuidados de saúde;
Otimização	Aperfeiçoar e melhorar os cuidados prestados mantendo os mesmos recursos utilizados;
Aceitabilidade	Cuidados de saúde que vão de encontro aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e famílias
Legitimidade	Expressa a sua validade nos princípios éticos, valores, normas, leis e regulação em vigor;
Equidade	Promover o acesso aos cuidados de saúde a toda a população sem distinções, discriminações ou preferências, sem a concessão de benefícios.

Tabela 2- Os sete pilares para a qualidade dos cuidados. Adaptado de Donabedian (1990).

Em 1980, Donabedian aborda os focos da qualidade e as principais dimensões que devem ser avaliadas na qualificação de um serviço de saúde e estes são a estrutura, o processo e o resultado.

A **estrutura** refere-se às condições em que os cuidados de saúde são prestados (compreende a estrutura física e recursos), os recursos humanos (diversificação da qualificação da equipa, a organização da equipa multidisciplinar, experiência na investigação, existência de protocolos e avaliação do desempenho) e os recursos financeiros envolvidos na assistência (formas de pagamento dos cuidados e dos profissionais).

O **processo** compreende as etapas que constituem o cuidado de saúde em si com base em *standards* aceites, incluindo diagnóstico, tratamento, reabilitação e educação do paciente, os padrões de comportamento dos profissionais, aspetos técnicos da prestação e as relações interpessoais.

O **resultado** refere-se às alterações positivas ou negativas no estado de saúde de quem recebe os cuidados de saúde prestados, estando diretamente relacionadas com a satisfação de padrões e expectativas.

O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (2011), ajuda os Enfermeiros a compreender os principais determinantes de saúde, como base para o aconselhamento comportamental, tendo como foco a promoção de estilos de vida saudáveis. Os conceitos deste modelo são:

Pessoa- a pessoa é um organismo biopsicossocial que é parcialmente moldado pelo ambiente, mas também procura criar um ambiente em que o potencial humano inerente e adquirido pode ser totalmente expresso. Assim, a relação entre pessoa e ambiente é recíproca. As características individuais, bem como as experiências de vida formam comportamentos, incluindo os comportamentos de saúde;

Ambiente- o ambiente é o contexto social, cultural e físico em que o curso de vida se desenrola, pode ser condicionado pelo indivíduo para criar um contexto de comportamentos que melhorem a sua saúde;

Enfermagem- a Enfermagem foca-se na colaboração com o indivíduo, família e comunidade para criar condições favoráveis para a obtenção de um nível de saúde ideal e elevado nível de bem-estar;

Saúde- para o indivíduo a saúde é definida como capacitação inerente e aquisição de potencial humano, através de comportamentos dirigidos a objetivos, autocuidado competente, e relações satisfatórias com os outros. Os ajustes são feitos sempre que necessário, para manter a integridade estrutural e harmonia com ambientes relevantes;

Doença – as doenças são eventos discretos que ocorrem do decorrer do ciclo vital, podem ser curtos/agudos ou longos/crónicos, a duração do evento pode dificultar ou facilitar a procura contínua de saúde (Pender, 2011).

Os principais objetivos da promoção da saúde são ajudar pessoas de todas as idades a manterem-se saudáveis, otimizar saúde em casos de doença crónica ou incapacidade e criar ambientes saudáveis (Pender, 2011).

Os objetivos do Modelo de Nola Pender cruzam-se com os do Modelo de Qualidade em Saúde de Donabedian, tendo em conta que ambos requerem a procura de estratégias que visam não só melhorar a saúde dos indivíduos, mas também abordar os ambientes em que estes vivem. Ambos os autores procuram promover o desenvolvimento das condições de segurança necessárias para que os indivíduos possam fazer as suas escolhas em saúde.

1.7-Empowerment Individual e da Comunidade

Em contexto comunitário na área da saúde é utilizado o empowerment, processo utilizado para que as pessoas controlem a sua vida através da aquisição de conhecimentos por forma a tomar as decisões ou ações que afetem a sua saúde de forma positiva. Significa que se capacita a população, facultando o acesso a informações de saúde adaptadas à sua condição sócio económica de forma a conseguir facilitar o desenvolvimento de competências pessoais para que possam efetuar escolhas conscientes e de forma a mitigar o risco em saúde (Cavalieri, 2017).

O *empowerment* para a saúde pode ser social, cultural, psicológico ou político e há referência à distinção entre empowerment individual, da comunidade e organizacional. Enquanto que o individual se prende com as escolhas individuais, o da comunidade, pressupõe coesão da população e mobilização comunitária para a saúde, num esforço comum para o controlo das determinantes de saúde. O empowerment organizacional é o contexto onde se cria a oportunidade para a aquisição de conhecimentos (Cavalieri, 2017).

Deverá ter-se em atenção que as crenças de cada um são como se cada indivíduo tivesse uns óculos diferentes para avaliar as situações. Os pontos de vista e avaliações são diferentes de pessoa para pessoa (Cavalieri, 2017).

Através desta incorporação da informação, a comunidade, em grupo ou individualmente, deverá ser capaz de expressar as suas necessidades e expectativas, demonstrar as suas preocupações, elaborar estratégias de participação na tomada de decisões e levar a cabo ações políticas, sociais e culturais para atender às suas necessidades.

Desde a receção da informação até à incorporação desta, as pessoas elaboram um processo de reflexão entre a relação dos seus objetivos e a forma de os alcançar, conseguindo mediar os seus esforços e o seu desempenho para os atingir. Embora se fale em *empowerment* para aumentar as competências pessoais para as escolhas saudáveis, estas não se prendem apenas neste aspeto, mas também proporcionar condições para que possam escolher bem, influenciando as condições sociais e económicas subjacentes. Neste sentido, a promoção da saúde visa a criação de melhores condições para que exista uma menor clivagem na relação entre os esforços dos indivíduos e os resultados de saúde (OE, 2015).

1.8-Comunicar a Confiança em Saúde

A comunicação em saúde é uma ferramenta poderosa para mobilizar pessoas. A comunicação aliada às novas tecnologias consegue ter um impacto e uma propagação enorme na população à escala mundial, possibilitando a consciencialização sobre a importância da saúde no desenvolvimento (WHO, 2019).

Através desta informação de acesso livre, direcionada para a literacia em saúde poderão haver impactos positivos ou negativos na saúde. O acesso a informação dita como "credível" e "científica" a circular nas novas tecnologias poderá ter um efeito contrário ao pretendido. A literacia em saúde também deverá englobar a escolha e acesso a informação pertinente (WHO, 2019).

A comunicação para a saúde abrange várias áreas, incluindo a educação, jornalismo em saúde, comunicação interpessoal, direito aplicado à saúde nos meios de comunicação, comunicação dentro das organizações, comunicação sobre risco, comunicação social e marketing social. De forma que a informação seja incorporada da melhor forma deverá ser utilizada a imaginação e a inovação por parte dos profissionais implicados e esta poderá adquirir várias formas, que vão desde a comunicação em massa, à utilização dos canais multimédia, nas tradições específicas de uma cultura utilizando-a como uma história contada, fantoches, músicas e outros (WHO, 2019).

Também pode adotar a forma de mensagens de saúde subjacentes, ou ser incorporada nos meios de comunicação existentes, como a rádio e televisão. Neste momento, nas telenovelas portuguesas já se passa um pouco quer a mensagem sobre riscos para a saúde e promoção de produtos.

Outro aspeto da literacia em saúde e para uma melhor incorporação do conhecimento é o enaltecimento de características intrínsecas necessárias para adotar medidas destinadas para melhorar a saúde. Estas são a autoestima e a motivação. De alguma forma o profissional de saúde tem de fazer com que seja o indivíduo a “decidir” de forma autónoma, a diminuir os seus comportamentos de risco e escolhas saudáveis (OE, 2015).

Pode definir-se a confiança como a vulnerabilidade de uma parte às ações da outra, com base na expectativa de que o outro realizará uma ação importante para quem confia, sem receio das suas repercussões.

A relação entre profissional de saúde e utente poderá estar assente em quatro dimensões: a confiabilidade, a capacidade, a integridade e a benevolência (Haines et al., 2020). Devem ser estas características que o profissional de saúde deverá ter aos olhos da comunidade a quem presta cuidados. Estes deverão demonstrar que reúnem competências técnico-científicas, éticas e interpessoais de forma a se construir um vínculo de confiança no sistema de saúde (Yañez-Gallardo & Valenzuela-Suazo, 2012).

No contexto pandémico atual esta confiança ainda se torna mais importante. Deverá haver uma aceitação em grande escala por parte da população relativamente aos profissionais envolvidos, de forma a que a comunicação traga a efetividade pretendida. A comunicação e a confiança são a base para o compromisso e o envolvimento comunitário em contexto de saúde pública e emergência em Saúde Pública (DGS, 2020).

O desenvolvimento deste projeto de intervenção na comunidade tem como premissas a confiança e a diminuição do risco em saúde. A Acreditação em saúde permite aumentar os níveis de confiança e diminuir a probabilidade de incidentes ou eventos adversos aos doentes causados pela prestação de cuidados de saúde. Também permite avaliar a causa raiz através de um processo sistemático de identificação dos fatores causadores desses incidentes ou eventos adversos, trabalhando num ciclo de melhoria contínua (DGS, 2011).

1.9-Inovar em Saúde

As instituições de saúde e os seus profissionais deverão adotar práticas de gestão propícias à inovação e criação de valor. Também deverá ser preocupação da tutela a criação de oportunidades de carreira e manutenção da qualidade de vida profissional e intelectual, tendo por base uma estratégia de negócio empresarial e satisfação dos recursos humanos (RH), aliando a valorização e respeito para com os seus ativos (Carvalho, H.G; Reis, D.R.; Cavalcante, M.B. Gestão da Inovação, 2011).

Um dos grandes desafios dos RH é de fazer crescer os colaboradores tanto profissionalmente quanto pessoalmente, para a busca crescente de inovação, através da sua motivação, autoestima e autoconfiança. Uma das formas de atingir esta meta será o de estabelecer o clima de confiança dentro do núcleo institucional e as lideranças, onde estas devem valorizar a transparência, a confiança e a comunicação de forma a envolver os colaboradores e estimularem a sua motivação. Outra forma de motivar os seus colaboradores é a manutenção de uma estratégia que destaque a competitividade, onde demonstrem que os novos desafios estabelecidos permitem a coesão e cooperação da equipa, geram mudanças e definem novas metas (Carvalho *et al*, 2011).

Para um clima organizacional inovador e progressista a participação de todos é imperativa uma vez que são as pessoas que são detentoras das habilidades e conhecimentos propícios aos serviços a que se propõem e além disso é fundamental para a imagem que refletem no mercado onde prestam cuidados (Carvalho *et al.*, 2011).

Neste sentido a entrada com o pedido de Acreditação da UCC poderá ser um *input* positivo para estimular os seus profissionais a uma melhoria contínua.

1.10-Modelo da Agencia de Calidad Sanitaria de Andaluzia (ACSA)

A Agencia de Calidad Sanitaria de Andaluzia é uma fundação pública espanhola, fundada em 2002 e tutelada pelo Ministério da Saúde Andaluz, que tem como missão a promoção do modelo de Acreditação, do conhecimento e da investigação no domínio da qualidade na saúde (ACSA, 2013). O modelo ACSA foi o mais adequado para o SNS, segundo o Departamento da Qualidade em Saúde (DQS) da DGS, por se adaptar às características das várias unidades funcionais que compõem o SNS.

O Programa Nacional de Acreditação em Saúde, criado pelo Despacho n.º 69/2009, de 31 de agosto, aprovou o modelo ACSA como modelo de Acreditação para as Instituições do Serviço Nacional de Saúde, porque:

- É coerente com a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (ENQS) da Direção Geral da Saúde (DGS) e está de acordo com os planos de melhoria contínua do SNS, nas áreas da gestão clínica, gestão de processos, gestão por competências e gestão do conhecimento;
- Engloba todos os serviços prestados pelo SNS, tais como os programas de saúde, os Processos Assistenciais Integrados (PAI), os processos de suporte, os contratos de gestão e tem em conta as recomendações sobre as melhores práticas clínicas, a segurança do utente e dos profissionais e as necessidades e expectativas dos cidadãos;
- O Modelo ACSA, emite pareceres e acompanha os processos de Acreditação nas diversas áreas que compõem os cuidados de saúde;
- O Modelo ACSA inclui a possibilidade de melhoria contínua, uma vez que existem diversos níveis de Acreditação, que permite às Instituições crescerem do ponto de vista da gestão e da prestação de cuidados (Almuedo-Paz, et al., 2012; Ministério da Saúde, 2011).

É um programa voluntário, transversal, progressivo e integral, desenvolvido por profissionais de saúde com conhecimentos nos domínios da gestão da qualidade e da prática clínica. Este modelo utiliza a metodologia de auditorias efetuada por outros especialistas, a autoavaliação e a heteroavaliação pela entidade externa da unidade funcional que se propõe à acreditação. Uma vez que toda a informação recolhida é partilhada numa plataforma informática (@credita), promove o trabalho em equipa e a partilha de conhecimento (Almuedo-Paz, et al., 2012; Ministério da Saúde, 2011).

1.11-Utilização das Novas Tecnologias em Saúde

As Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) são utilizadas há algum tempo. Quem não se lembra de ouvir falar na telescola, onde havia recurso à televisão para manter a escolaridade de crianças em locais longínquos do país e em que o acesso físico à escola era difícil? No sistema de saúde português também há falta de profissionais de

saúde, sendo utilizada, por exemplo a teleradiologia em hospitais com carência destes profissionais.

No contexto pandémico houve o recurso à tele saúde como sendo a prestação de um serviço de saúde à distância por intermédio de TIC's. Houve uma adaptação por parte dos profissionais e do próprio sistema de saúde para conceber novos e manter outros programas de saúde com o recurso à teleeducação sanitária, atividades educacionais à distância, cursos, palestras e outros (Pereira, C.C.A.; Machado, C.J., 2014).

A monitorização e investigação epidemiológica não seria tão versátil e atual se não fosse o recurso à internet, permitindo uma globalização de dados à escala mundial. Todas as aplicações informáticas que sejam para facilitar a prestação de cuidados e dos quais nos sejam favoráveis para retirar dados ordenados dos ganhos em saúde, são promotores da Qualidade em Saúde (Pereira & Machado, 2014) (Silva, 2006).

Embora seja a descrição de um mundo em perfeita sintonia, a realidade não é vivida desta forma para todos. O acesso a estas ferramentas é heterogéneo entre os grupos sociais e faixas etárias, impedindo ou dificultando a inclusão dos analfabetos, dos idosos e dos que possuem menores condições económicas (Mendonça *et al.*, 2009).

1.12- Saúde virtual vivida num país de idosos: confiança no sistema de saúde

Embora exista um capital genético individual (fator intrínseco), este poderá ser potenciado ou não pelo ambiente circundante (fator extrínseco). Os fatores intrínsecos estão relacionados com o género, herança genética, etnia. Os fatores extrínsecos estão relacionados com o ambiente circundante que engloba a nossa casa, o local onde vivemos que podem afetar diretamente a saúde, impondo barreiras ou incentivos, que influenciam as nossas decisões e comportamentos (OMS, 2015).

A forma como cada um experiencia a sua vida, correlacionando os fatores intrínsecos e os extrínsecos, poderá levar a desigualdades em saúde. Se esta desigualdade for evitável irá estar relacionada com iniquidade. Verifica-se esta situação com os idosos pelo impacto cumulativo de iniquidades na saúde e ao longo do ciclo vital. A correlação dos dois fatores irão determinar a capacidade que o indivíduo mais velho terá para

desenvolver as suas atividades de vida e outras que considere importantes, com normalidade. Um indicador importante é o de confiança nos serviços prestados, tal como é evidenciado na tabela 3 (OMS, 2015).

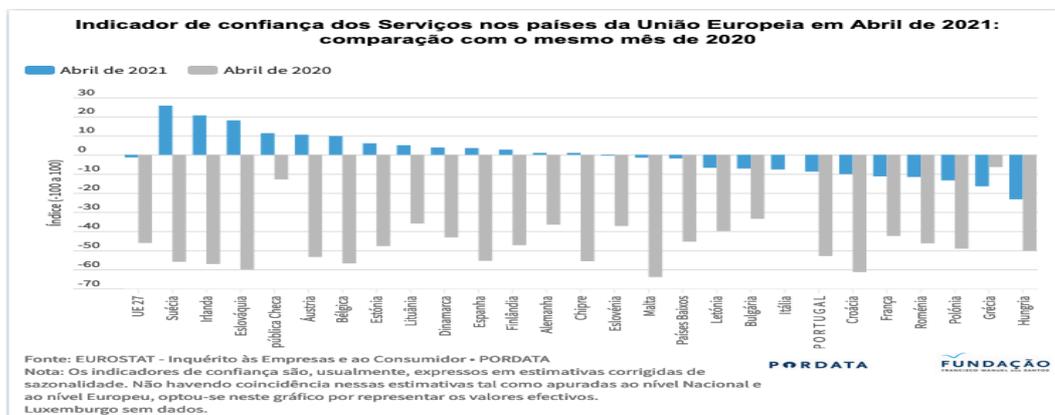


Tabela 3- Indicador de Confiança dos Serviços nos países da União Europeia em Abril de 2021: comparação com o mesmo mês de 2020. Fonte: EUROSTAT, PORDATA.

Segundo o mesmo documento emanado pela OMS (2015), define o “*Envelhecimento Saudável*” como o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada.” Estes mantêm a sua independência e autonomia por mais tempo, se os serviços de saúde corresponderem às suas necessidades, com quatro áreas prioritárias e distintas:

- 1- Alinhar os objetivos dos serviços de saúde a irem de encontro às características dos mais velhos;
- 2- Desenvolver programas de apoio às necessidades dos mais velhos;
- 3- Criar ambientes favoráveis aos mais velhos;
- 4- Melhorar a avaliação, monitorização e compreensão dos mais velhos.

O nosso sistema de saúde, em termos de níveis de prevenção, está mais direcionado para a prevenção secundária e terciária. Isto implica, que os mais velhos encontram serviços que não atuam de forma profilática, mas tentam efetuar a deteção precoce da doença de modo a que o tratamento possa ser iniciado antes de ocorrerem danos irreversíveis ou à gestão da doença instalada, de modo a minimizar as co-morbilidades por ela provocadas (OMS, 2015).

As necessidades de saúde ficam um pouco aquém, uma vez que deveria haver um maior investimento na prevenção da doença com a atuação precoce dos CSP. O que se verifica é que os serviços foram feitos para curar doenças agudas e conseqüentemente a sua reabilitação, tendo estes um maior impacto no orçamento anual da saúde, do que seria de prever apenas com a prevenção (OMS, 2016).

As condições de saúde dos mais velhos, onde a longevidade permite acarretar mais doenças crónicas carecem de um sistema que esteja organizado em torno das necessidades e preferências dessa população, intimamente envolvidos com as famílias e comunidades.

Estes objetivos poderão ser alcançados se:

1-Efetuar um plano de cuidados personalizado e abrangente de forma a manter a sua capacidade funcional;

2-Aumentar a acessibilidade aos cuidados de saúde e apoio aos cuidadores informais e formais;

3-Desenvolver serviços de apoio constituídas por equipas multidisciplinares;

4- Garantir a disponibilidade de medicamentos e todas as ajudas técnicas necessárias para otimizar a sua capacidade (OMS, 2015).

1.13- Keep health workers safe to keep patients safe: WHO (Manter os trabalhadores da saúde em segurança para manter os doentes em segurança: OMS)

Em maio de 2019, após a 72.^a Assembleia Mundial da Saúde, foi decidido pela OMS que todos os anos, no dia 17 de setembro seria celebrado o dia da Segurança do Paciente e reconheceu a "segurança do paciente como uma prioridade de saúde global".

Segundo a OMS (2021), foi definido como segurança do paciente "(...) a ausência de danos evitáveis a um paciente durante o processo de cuidados de saúde, incluindo a redução do risco de danos desnecessários associados aos cuidados de saúde a um mínimo aceitável." Um mínimo aceitável será aquele que deverá ponderar o contexto em que os cuidados são prestados e o risco-benefício de qualquer procedimento.

Para manter a qualidade dos serviços é indispensável que os serviços de saúde sejam centrados nas pessoas, eficazes, seguros, oportunos, equitativos, integrados e eficientes. Na parte da governação clínica deverão ser garantidas políticas claras, liderança, profissionais de saúde qualificados e envolvimento da comunidade nos seus cuidados. Todas estas características são garantidas no processo de Acreditação de um serviço por uma entidade idónea (OMS, 2021).

No documento dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS, 2015) emanados pelas Nações Unidas (NU) vem referido no seu Objetivo 3 que “A segurança dos pacientes durante a prestação de serviços de saúde seguros e de alta qualidade é um pré-requisito para fortalecer os sistemas de saúde e progredir em direção à cobertura universal de saúde eficaz”, sendo para todos e em todas as idades”.

Também é importante reconhecer o impacto da segurança do paciente na redução de custos relacionados com a iatrogenia e na melhoria da eficiência dos sistemas de saúde. A prestação de serviços seguros também ajudará a tranquilizar e restaurar a confiança das comunidades nos seus sistemas de saúde. (UN, 2020)

1.14-Plano Nacional de Saúde (PNS)

O PNS é o documento emanado pela autoridade máxima para a saúde em cada país e é a partir dele que deverão ser desenhados os Planos Locais de Saúde com o propósito de desenvolver as estratégia e metas a atingir nas diversas áreas de abrangência. Estes têm como intuito maximizar os ganhos em saúde, através de estratégias para atingir equidade e qualidade em saúde e a utilização de políticas que permitam escolhas saudáveis. A qualidade em saúde adquire um significado maior quando esta temática é abordada no PNS. Com isto implica que fazer mais com racionalização de recursos é um ganho com eficácia e eficiência que satisfaça os cidadãos e corresponda, tanto quanto possível, às suas necessidades e expectativas.

Segundo o mesmo documento, os princípios onde assentam o PNS serão os da transparência e da responsabilização, visando a confiança e valorização dos profissionais e a sustentabilidade do próprio sistema. Os grandes objetivos a atingir no PNS em vigor são a “redução da mortalidade prematura (abaixo dos 70 anos), a melhoria da esperança de vida saudável (aos 65 anos), e ainda a redução dos fatores de risco relacionados com as doenças não transmissíveis, especificamente a obesidade infantil e o consumo e exposição ao tabaco, tendo em vista a obtenção de mais valor em Saúde.”

São definidos os quatro Eixos Estratégicos do PNS: Cidadania em Saúde; Equidade e Acesso Adequado aos Cuidados de Saúde; Qualidade em Saúde e Políticas Saudáveis.

No eixo estratégico da Qualidade em saúde do PNS há referência ao reforço da implementação da Estratégia Nacional da Qualidade. Este reforço deverá implicar a monitorização do volume dos cuidados prestados, relacionar a qualidade dos serviços prestados com o desempenho profissional e institucional bem como o seu financiamento, implementar um Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015- 2020 (2015), implementar a certificação da qualidade dos cuidados de forma a aumentar o grau de confiança dos cidadãos no sistema de saúde, enaltecer o papel das comissões de qualidade e segurança, análises do custo-efetividade através da racionalização das prescrições medicamentosas e o rastreio populacional (DGS, 2015). Ao elevar no PNS a importância da Qualidade em Saúde, revela naturalmente a pertinência do tema desenvolvido no presente projeto de intervenção.

2-DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

No planeamento em saúde, antes de qualquer intervenção, tem que existir um diagnóstico da situação, que seja fiável e atualizado, pois se assim não for, o resultado da intervenção pode ser desadequado ou insuficiente (Imperatori e Giraldes, 1993). Os mesmos autores referem ainda que o primeiro passo no planeamento tem o seu início no diagnóstico da situação e este deve incluir:

“(...) como principais características ser suficientemente alargado aos sectores económicos e sociais, por forma a permitir identificar os principais problemas de saúde e respetivos fatores condicionantes, suficientemente aprofundado para explicar as causas desses problemas e, fundamentalmente, sucinto e claro para ser facilmente lido e apreendido por todos (...)” (Imperatori e Giraldes, 1993:28)

Acrescentam ainda que “A concordância entre diagnóstico e necessidades determinará a pertinência do plano, programa ou atividades” (Imperatori & Giraldes, 1993:43), ou seja, é nesta etapa que deverão ser escolhidas as fontes de informação (inquéritos, entrevistas, observação e pesquisa bibliográfica), efetuar a colheita de dados, análise da informação recolhida, a determinação dos problemas existentes, a sua hierarquização e os recursos disponíveis para a sua resolução.

Segundo Melo (2020) refere que a Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública não centra as suas intervenções na doença, mas sim, nas necessidades sentidas pela comunidade, pelo que é importante envolver a população (Figura 2), consoante seja utilizado um diagnóstico através de dados estatísticos (necessidades reais da comunidade) ou um diagnóstico de proximidade (necessidades expressas pela comunidade), ou por se conhecer em profundidade a comunidade com que se trabalha (Profissionais de Saúde).

São características que o EEECSF detém, ou seja, consegue analisar os dados fornecidos pela estatística, pela sua vertente de Saúde Pública e retém o conhecimento da sua população através da sua vertente de Enfermeira Comunitária, por forma a conseguir planear e implementar ações de melhoria contínua e efetivando com ganhos em saúde mensuráveis.

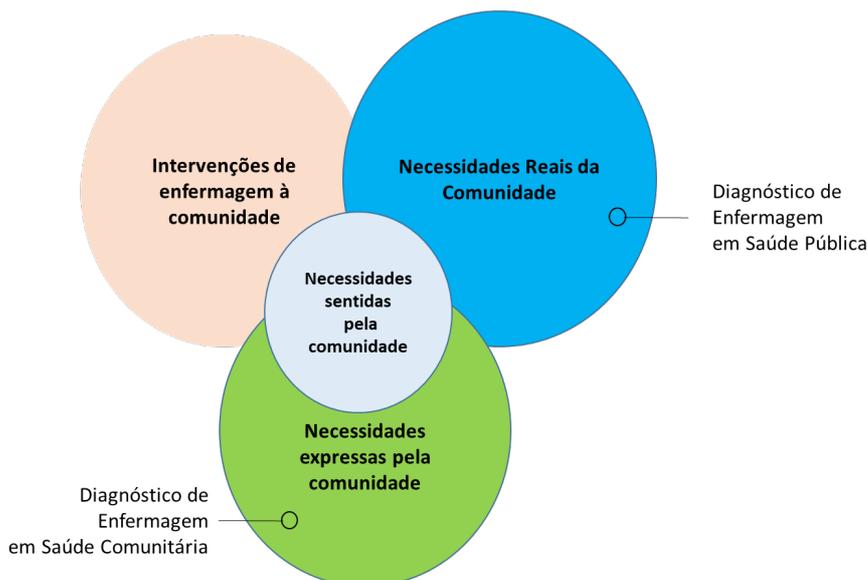


Figura 2- Necessidades e oferta de Cuidados de Enfermagem na comunidade e em Saúde. Melo (2020)

2.1-O Alentejo

A área geográfica em estudo é uma sub-região da extensa Região do Alentejo, abrangendo uma área de 8.544,6 km², correspondente a 10,8% do território nacional. O Alentejo estudado integra 13 Concelhos e 83 Freguesias. A área média das freguesias desta sub-região é de 102,9 km², bastante superior à média nacional (21,7 km²). A sua densidade populacional corresponde a 14,77 hab/km². A população residente na área é de 126.192 indivíduos (Comunidade Intermunicipal do Baixo Alentejo [CIMBAL], 2021).

A área de influência da ULS, EPE abrange geograficamente parte da área geográfica do Alentejo em estudo. (Figura 3)

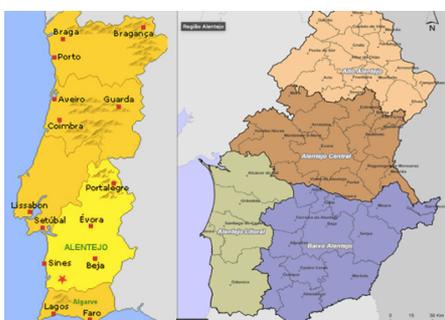


Figura 3- Mapa de Portugal e pormenor da região do Alentejo. Disponível em: <https://www.ccdra.gov.pt/mapas/>

Segundo o Plano de Atividades e Orçamento (PAO, 2019) da ULS, estima-se que a população residente no Alentejo em estudo em 31 de dezembro de 2017 será ser de 117.868 e uma densidade populacional de 13,9 habitantes por Km². Caracterizada por ser a mais envelhecida do país em que os idosos representam 24,8% da população, onde se verifica o duplo envelhecimento da população através do aumento da população idosa através da sua longevidade e a diminuição da população jovem através dos baixos índices de natalidade.

Segundo o mesmo documento, o envelhecimento e a longevidade propiciam o aumento da incidência de patologias crónicas tais como a Diabetes, a hipertensão arterial (HTA) e a depressão aumentando os encargos relacionados com a saúde. No mesmo documento indica que em 2016, este concelho é a região onde a prevalência de diabetes entre os 25 e os 74 anos é a mais elevada com 11,3%, também a prevalência de obesidade e a taxa de prevalência não padronizada de HTA são superiores nesta região do país.

A área do Alentejo em estudo é a região com a segunda taxa bruta de mortalidade mais elevada do país (15,9% em 2017) e bastante superior à média nacional, que é de 10,6%. São as doenças cardiovasculares a primeira causa da mortalidade (31,5%) e as neoplasias malignas a segunda causa (20,6%). A saúde mental e os estados depressivos têm um impacto na saúde desta área do país, uma vez que é na região que se verifica a maior taxa de suicídios em idosos, especialmente nos concelhos caracterizados pela desertificação e isolamento da população (1,5% das mortes ocorridas em 2016 são por suicídio). A ausência de indústria fomenta uma taxa de emprego inferior à média nacional 50,9% contra os 53,6% a nível nacional. A taxa de população inativa, em 2017, é de 44,5% no Alentejo, enquanto que a média nacional é de 41,0% (PAO, 2019).

2.2-Unidade Local de Saúde- ULS

A ULS, é uma entidade pública empresarial integrada no SNS, integrada na rede de referência regional definida pelo Ministério da Saúde, devendo criar as necessárias condições para uma efetiva articulação com as outras entidades prestadoras de cuidados de saúde e que pressupõe um modelo de organização dos cuidados de saúde nos seus vários níveis desde os cuidados primários até aos paliativos. A organização interna da ULS caracteriza-se por uma estrutura departamental, adequada a uma gestão empresarial e adequação à Governação Clínica (PAO, 2019).

Os cuidados de saúde desta região são quase integralmente assegurados pela ULS, existindo apenas consultórios de especialidade e de meios complementares de diagnóstico do ramo privado (PAO, 2019).

Segundo o documento anteriormente enunciado, a ULS, para dar resposta às suas funções na sociedade a quem prestam cuidados dispunha em 31/08/2020 de 1799 trabalhadores no seu mapa de recursos humanos, prevendo-se que sejam 1.836 no final do ano de 2021, dos quais 168 médicos especialistas e 627 enfermeiros. O número de utentes com inscrição ativa nos centros de saúde da ULS, a 30/06/2018 é de 123.626, sendo que a percentagem de utentes com inscrição ativa e frequentadores que têm médico de família é de cerca de 98,7% e, do total de inscritos sem médico de família atribuído, cerca de 28% estão nessas condições por vontade própria.

A ULS desenvolve a sua atividade em dois níveis de prestação de cuidados: os Cuidados de Saúde Primários (CSP) e os Cuidados de Saúde Hospitalares. Os CSP são prestados através do Departamento do Agrupamento dos Centros de Saúde do (DA-CeS), bem como a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), a Unidade de Saúde Pública (USP), o Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP) e o Centro de Aconselhamento e Detecção (CAD). Nos Cuidados de Saúde Primários existem ainda três Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (PAO, 2019).

No hospital está também constituída uma equipa intra-hospitalar que dá apoio aos serviços de internamento e hospital de dia e que se articula com as Equipas Comunitárias.

A par das atividades assistenciais, existe um departamento de formação onde se promove o desenvolvimento técnico-profissional dos profissionais. Há a promoção da qualidade dos serviços prestados através de um gabinete de marketing, um Departamento da Qualidade, Gabinete de risco e um Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA).

É **visão** da ULS o seu "reconhecimento pela excelência clínica, garantindo a equidade e integração eficaz dos vários níveis de cuidados, assumindo-se como uma instituição de referência com uma preocupação de qualidade, eficiência e eficácia, técnica e social "(PAO, 2019:9).

É **missão** da ULS, a “prestação de cuidados de saúde integrados, com qualidade e em tempo útil, a custos socialmente comportáveis, num quadro de eficiência e de eficácia, em estreita articulação com outros serviços de saúde e instituições sociais da comunidade” (PAO, 2019:9).

Segundo o Plano de Atividades e Orçamento da ULS para 2019 define os seus valores como:

- Atitude centrada no utente/doente, no profundo respeito pela dignidade da vida humana, no sentido da prevenção e promoção da saúde individual e da comunidade;
- Acessibilidade e equidade na prestação dos cuidados;
- Obtenção de ganhos em saúde, visando a melhoria progressiva do nível de todos os indicadores de saúde das populações da área de influência da ULS, EPE;
- Ética, integridade e transparência;
- Cultura do conhecimento, da excelência técnica e da racionalidade;
- Cultura da multidisciplinaridade, da cooperação e da lealdade, potenciando um bom clima organizacional;
- Qualidade, assegurando os melhores níveis de resultados e de serviço;
- Humanização dos cuidados de saúde;
- Reforço da Cidadania.

2.3-Dados Locais de Saúde

A proposta de Plano de ação da UCC Alentejo, além de compreender as necessidades características da população que serve, tem também de levar em conta as linhas orientadoras a nível regional segundo o documento redigido pela ULS (o Plano Local de Saúde- PLS), que ele próprio tem como pano de fundo o Plano Nacional de Saúde (PNS) em vigor. O último PLS remete-se a 2018-2019 e refere que a taxa de natalidade da região (7,9%) é menor comparativamente à nacional (8,4%), contudo é superior à da região do Alentejo (7,3%). A mortalidade infantil no Alentejo (3,2%) tem diminuído, mas ainda se mantém acima da taxa nacional (2,6%).

No mesmo documento afirma-se que a região do Alentejo é a região com a segunda taxa bruta de mortalidade mais elevada do país (15,9%, em 2017), e superior à média nacional, que é de 10,6% e que em 2016 apresenta a taxa mais elevada de Portugal Continental da proporção de mortes por doenças do aparelho circulatório (31,5% contra 29,5% da média nacional) e a segunda taxa mais elevada de morte por diabetes (4,8% contra 3,9% da média nacional).

Após a contextualização dos problemas de saúde da região foram priorizados 10 problemas de saúde: Hipertensão; diabetes mellitus; perturbações depressivas; dislipidemia; obesidade; abuso de tabaco; osteoartrose do Joelho; doença cardíaca isquémica; osteoporose e Doenças de Dentes/gengivas. (Figura 4)



Figura 4- Priorização dos Problemas de Saúde. Fonte: Plano Local de Saúde 2018- 2020, da ULS. Acedido a 23/03/2021. Disponível em: <http://www.uls.a.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/15/2019/03/PLS-comunidade.pdf>

No mesmo documento são identificadas as principais necessidades de saúde da população abrangida pela instituição (Figura 5).



Figura 5- Principais necessidades de Saúde. Fonte: Plano Local de Saúde 2018-2020, da ULS. Acedido a 23/03/2021. Disponível em: <http://www.uls.a.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/15/2019/03/PLS-comunidade.pdf>

2.4- Caracterização da UCC

A UCC em estudo, é uma unidade funcional e multidisciplinar que pretende prestar cuidados de saúde e apoio social, de âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional. Atua também na doença que requeira acompanhamento próximo, atuando na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção (Ministério da Saúde, 2008).

Estas atividades primam pela qualidade dos cuidados e têm como intuito intervir através de promoção da saúde e prevenção da doença, melhorando o estado de saúde da população alvo de intervenção, levando ao cumprimento da missão da Unidade Local de Saúde (ULS).

No início do estágio foram efetuadas duas entrevistas semiestruturadas individualmente com a Enfermeira Orientadora e outra com o Enfermeiro Coordenador da UCC no sentido de avaliar quais as necessidades de intervenção sentidas pelos profissionais relativamente à comunidade onde prestam cuidados. Em comum aos dois profissionais, foi verbalizado que havia pouca disponibilidade da equipa para poder dar apoio ao desenvolvimento do projeto, devido ao acréscimo de trabalho gerado pelo Sars-Cov2 e o contexto pandémico. Os profissionais mantinham um esforço adicional pela necessidade de ter sempre as informações atualizadas e conseqüentemente a produção exaustiva de instruções de trabalho diferentes para o mesmo procedimento pelas autoridades máximas de saúde mundiais. Estas condições de trabalho instáveis eram propícias ao erro por parte dos profissionais.

Desde 2020, a OMS refere a necessidade de englobar nos Planos de qualidade em saúde de todos os países a temática do "*patient safety*" (doente seguro), através do desenvolvimento de estratégias de forma a captar uma maior confiança da comunidade, na sua grande maioria idosa. Os ambientes favoráveis à prática de Enfermagem englobam o saber alicerçado em dados científicos e a utilização de normas e instruções de trabalho que implicam uma normalização de procedimentos. Estas condições reunidas permitem que um serviço seja acreditado conseguindo captar a confiança da população.

A sede da UCC localiza-se no Alentejo. Horário de funcionamento: 9h-20 horas de segunda a sexta-feira, em todas as valências da UCC- Sábados, domingos e feriados no período das 9 às 15horas, sempre que necessário e no âmbito da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).

2.5-Modelo Estrutural da UCC

Segundo o Decreto-lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro a UCC é dotada de autonomia técnico-organizativa, integrada em rede e cooperação com outras unidades funcionais do Departamento dos Cuidados de Saúde Primários (DCSP) de forma a potenciar a concretização da sua missão.

A estrutura orgânica da UCC é constituída pelo Coordenador da Unidade, pelo Conselho Geral e pelo Conselho Técnico. Segundo o Artigo 7.º do Despacho n.º 10143/2009 são definidas as competências de cada conselho. Ao Coordenador da UCC compete o disposto no n.º 2 do art.º 14º do Decreto-lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro e no Artigo 7º do Despacho n.º 10143/2009, de 16 de abril.

O Coordenador da UCC é substituído nas suas ausências e impedimentos legais por um dos Enfermeiros da unidade com o título de Enfermeiro Especialista atribuído pela Ordem dos Enfermeiros.

O Conselho Geral é constituído por todos os elementos da equipa multidisciplinar afetas à UCC, constando as suas competências e funcionamento do Regulamento Interno. O Conselho Técnico é constituído por um Enfermeiro, um Médico, um Técnico Superior de Saúde ou Técnico de Diagnóstico e Terapêutica e um Secretário Clínico, eleitos pelos elementos de cada carreira profissional que integram a equipa.

A prestação de serviços é efetuada, sempre que possível, pelos profissionais dentro do seu horário normal de trabalho. A compensação pelas atividades que poderão ser programadas pontualmente fora do horário de trabalho dos profissionais será feita em tempo, logo que possível. Todos os serviços serão assegurados sem haver recurso ao pagamento de horas extraordinárias, mesmo que qualquer elemento da equipa se ausente, por período igual ou inferior a duas semanas, por férias ou por outro tipo de ausência. Quando o grupo profissional for unipessoal, não haverá substituição deste. Em caso de ausência superior a duas semanas, as obrigações do elemento da equipa ausente são garantidas pelos restantes elementos, da sua categoria profissional, através de recurso a trabalho extraordinário.

Segundo o Plano de ação 2020 da UCC, constituída por uma equipa multidisciplinar, desenvolve a sua atividade nos seguintes feixes de intervenção: Enfermagem comunitária, promoção da saúde, prevenção da doença, cuidados continuados integrados (CCI), cuidados paliativos (CP), intervenção médica, nutrição, serviço social, psicologia,

fisioterapia e terapia da fala. Os profissionais comprometem-se a dar resposta aos objetivos propostos desde que tenham os recursos materiais e humanos necessários para tal.

Cada profissional que integra a UCC exerce a sua atividade com a autonomia científica e técnica conferida pela respetiva carreira, tendo como referência os objetivos propostos pela unidade.

Carteira de serviços da UCC

Na saúde escolar engloba projetos como "A Minha Lancheira", Des (COBRE) o teu Corpo, Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) através da Equipa Local de Intervenção Precoce, Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR), Equipa de Prevenção da Violência em Adultos (EPVA).

Nas redes de ação social engloba o Conselho Local de Ação Social (CLAS), Núcleo Local de Inserção (NLI), Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), Equipa de Coordenação Local (ECL), Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)

Programas e Projetos de Intervenção Comunitária: Prevenção da Diabetes (Projeto Saúde a Gosto), Prevenção de Quedas nos Idosos, Arte de Bem Respirar (DPOC e Doentes Asmáticos).

Carteira adicional de serviços: Consultas de Cessação Tabágica, Consultas de "Pé diabético" a utentes dependentes no domicílio e as "Ações Paliativas". (Até que os Enfermeiros da UCSP não detenham formação específica para desenvolverem estas atividades).

2.6-Caraterização da Área de Abrangência da UCC

As características dos solos são os terrenos planos e xistosos do Alentejo e uma vasta extensão de vegetação parca, avistando-se azinheiras, sobreiros e pouco olival-região ainda não gracejada pelas águas da barragem do Alqueva, que permitem culturas intensivas de regadio- que se estendem de Beja até à serra algarvia do Caldeirão. Neste habitat adaptaram-se diversas espécies de aves, que na sua maioria se encontram em vias de extinção, sendo elas o Sisão, o Cortiçol de Barriga-Preta, o Peneireiro-das-torres, o Grou, o Rolieiro, entre outros, mas a que se destaca é a Abetarda, a verdadeira

rainha da estepe (CM, 2021). A abetarda (Figura 6) é uma ave de grande porte podendo alcançar, o seu macho, até 16 Quilogramas, de comprimento total entre os 75 e os 105 cm e de envergadura entre 190 e 260 cm. As fêmeas, regra geral são mais pequenas até quatro vezes.



Figura 6- Abetarda. Fonte: Site institucional da Câmara Municipal de Castro Verde. Acedido a 25/03/2021. Disponível em: <https://www.cm-castroverde.pt/pt/menu/919/reserva-da-biosfera.aspx>

Este Concelho do Alentejo é singular pela sua riqueza natural e também plural pela sua identidade, resultado das condições favoráveis socio económicas que aqui se vive e que dão qualidade de vida aos que desfrutam do território. Os seguintes aspetos caracterizam o concelho e o seu modo de vida, quer a nível económico, social ou ainda cultural. Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2012), foi considerado como quarto município com o maior salário médio mensal no país, bastante acima da média nacional, fruto de um subsolo rico em recursos minerais e da exploração de indústria mineira (Site autárquico).

O concelho é atravessado no seu subsolo por um dos jazigos com maior relevância a nível mundial, a Faixa Piritosa Ibérica, pela sua dimensão e pelos teores em metais nele contidos, tais como o ferro e o Cobre. Fruto desta especificidade geológica, o concelho alberga uma das mais importantes indústrias extrativas do nosso país, razão fundamental para o acréscimo de população no concelho nas décadas de 80 e 90, contrariando a tendência geral das regiões do interior, invertendo a situação de crescimento populacional negativo em que se encontrava desde a década de 40, do século XX (Site autárquico).

Com a presença de agentes locais com capacidade de iniciativa e intervenção e uma alta taxa de infraestruturas e serviços ambientais, o concelho dispõe de um tecido associativo significativo que para além de contribuir para a dinamização dos diversos equipamentos culturais é um elemento determinante para o fortalecimento da identidade local. Pode dar-se como exemplo a preservação e divulgação dos patrimónios locais, como o cante alentejano ou a viola campaniça (Site autárquico).

O desporto também é presença assídua na agenda cultural do concelho através de atividades no estádio municipal, no pavilhão desportivo, nas piscinas municipais ou nos diversos parques geriátricos dispersos pelo concelho. Prima-se também pelo ensino artístico para crianças e jovens a partir dos quatro anos de idade através da presença de um polo do Conservatório Regional (CR) assegurando o contacto com a música e a dança (Site autárquico).

Relativamente à população idosa existem programas específicos da câmara municipal relativamente ao exercício físico. A existência da Associação Sénior, tem um papel fundamental para a manutenção da destreza mental e manual dos mais velhos. É uma associação sem fins lucrativos que dinamiza a Universidade Sénior, o Coro Polifónico, o Clube de Teatro, o Atelier de Brinquedos Solidários e a Oficina de Costura Solidária (Site autárquico). O município, mais recentemente aderiu ao movimento internacional "Pedalar sem Idade", movimento este que dá resposta a quatro objetivos emanados no documento "Objetivos de Desenvolvimento Sustentável" - Saúde e Bem Estar, Redução das desigualdades, Cidades e Comunidades sustentáveis e Parcerias para a Implementação dos Objetivos (OMS, 2015).

2.7-Recursos existentes na área de influência da UCC Alentejo

Na área de influência da UCC existe uma vasta área de recursos disponíveis, que descrevemos de seguida:

2.7.1- Recursos de saúde

O concelho dispõe dos seguintes serviços de saúde públicos:

- UCSP do concelho é constituída pela sede situada na Vila e por cinco extensões de saúde. A UCSP funciona nos dias úteis das 8 às 20 horas.

- Serviço de Urgência Básica (SUB), pertence à rede de urgência Hospitalar, dá resposta aos utentes dos concelhos limítrofes. Funciona 24 horas/dia, com dois médicos, dois enfermeiros, um assistente operacional e um assistente técnico.

- O serviço de emergência extra-hospitalar é assegurado pela Ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV), com a tripulação para o efeito, um enfermeiro e um técnico auxiliar de emergência.

- O serviço de RX dá resposta à SUB durante 24 horas/ dia e responde às necessidades de utentes em ambulatório.

Para além destas unidades/serviços o concelho dispõe também de duas clínicas privadas e de estruturas complementares de apoio, Bombeiros Voluntários, Cruz Vermelha Portuguesa, uma farmácia, dois laboratórios de análises clínicas, uma Clínica de Medicina Tradicional Chinesa e uma Clínica com serviços de fisioterapia.

2.7.2 Recursos Sociais

No concelho existem várias instituições de apoio social, dispersas pelas diferentes freguesias e com várias valências.

-Estruturas residenciais para idosos, Centros de Dia e apoio domiciliário em todas as freguesias do concelho; Unidade de Cuidados Continuados de Média Duração e Reabilitação (UMDR); Creches e Jardim de Infância;

-Instituição suporte da Intervenção Precoce

- Associação Respostas Terapêuticas (ART)- Comunidade terapêutica que tem como missão a intervenção terapêutica em jovens com dependências e comportamentos de inadaptação social;

- Casa de Acolhimento Residencial Especializada (CARE) GPS- Com uma capacidade para 30 jovens em regime semiaberto e prestam apoio a famílias que por diversas circunstâncias e/ou impedimentos sociais, não possam assegurar, temporariamente, a satisfação das suas necessidades básicas e/ ou da vida diária.

- Associação para o Acompanhamento e Desenvolvimento Infantil e Juvenil (APADIJ) é uma associação de apoio familiar que tem como objeto social acompanhar crianças e jovens com perturbações do desenvolvimento,

-Na área da Saúde Mental a Cooperativa de Educação e Reabilitação de Cidadãos com Incapacidades (CERCI) os seus utentes poderão estar em regime de centro de dia ou em residência, com o apoio do Centro de Atividades Ocupacionais (CAO)

- Casével limpa- fornecimento de serviços de limpeza e visa a reintegração de desempregados de longa duração no mercado de trabalho;

- Conservatório Regional é uma Associação sem fins lucrativos, constituída com o objetivo principal de implementar uma Escola de Artes para a Região, com formação e atividades nas áreas da música, dança, teatro e artes plásticas.

2.7.3- Recursos Desportivos

O Gabinete de Desporto da Câmara Municipal dinamiza o "Programa Atividade Com Vida", com várias atividades para as diversas faixas etárias, refletindo a preocupação da autarquia na promoção de um concelho mais saudável. A "Escola Municipal de Nataçã, Desporto Sénior, Escola Municipal de Ténis, No Ritmo Certo, Bóccia Sénior, Agita a tua vida! e a dinamização de Caminhadas e Passeios de Bicicleta e dos Jogos Concelhios, para uma vida ativa e, por conseguinte, para uma sociedade mais sustentável (CM, 2020).

- Estádio Municipal com vários campos de futebol e Pista de Atletismo Simplificada com 200m;

- Parque da Liberdade com 2 Campos de Ténis;

- Pavilhão Desportivo Municipal com 1 Sala de Desporto, Bancada com 620 lugares, 4 Balneários, 1 Sala de Apoio e Posto Médico;

- Piscinas Municipais constituídas por um tanque de aprendizagem com água aquecida e piscinas Descobertas;

- Campo de Jogos de Areia.

O concelho dispõe ainda de uma variada oferta desportiva, nomeadamente Jiu-Jitsu Brasileiro, Zumba, Futebol, Voleibol, e Voleibol de praia em campo de areia, Hóquei em Patins, Futsal, Patinagem Artística, Atletismo, BTT, Columbofilia, Cicloturismo, Escalada, Todo-o-Terreno, entre outros.

2.7.4- Recursos de Cultura e Lazer

Em termos de dinâmica cultural o Concelho apresenta uma vida cultural rica e diversificada, onde o equilíbrio entre a inovação e a tradição tem sido conseguido, através da ação conjugada entre as autarquias locais, as associações e coletividades e os estabelecimentos de ensino.

No concelho existem várias instalações culturais e associações, distribuídas pelas diferentes freguesias.

- Biblioteca Municipal, com uma Biblioteca itinerante e um espaço da Biblioteca na piscina;
- Cineteatro Municipal visando a inclusão, com elevador e 6 lugares para pessoas com mobilidade condicionada;
- Fórum Municipal;
- Anfiteatro Municipal;
- Associação de Cante
- Sociedade Recreativa e Filarmónica 1.º de Janeiro
- Cortiçol- Cooperativa de Informação e Cultura:
 - Rádio
 - Dinamização de Atividades Etnográficas e Arqueológicas;
 - Gestão do Museu da Lucerna e da Ruralidade
 - Associação de Promoção da Saúde (APS)

O Município confere um claro apoio aos seus agentes ou potenciais investidores através da dinamização e incentivo da atividade empresarial. E nesse âmbito têm sido criados mecanismos de apoio às empresas como um "ninho" de *startups*, ou seja, uma infraestrutura onde o empresário para além do acolhimento empresarial tem acesso a serviços de formação, aconselhamento e apoio técnico. Existe também o espírito de

incentivar a cultura empreendedora nas camadas mais jovens através de campanhas de empreendedorismo junto da comunidade escolar.

2.8-Área Geográfica e Acessibilidades

O Concelho encontra-se situado na região do Alentejo, administrativamente dividido em 4 freguesias, com uma área total de 567,2 Km², com 7276 habitantes (INE, 2011), distribuídos em cerca de 20 localidades de pequena e média dimensão.

Equipado com infraestruturas de acesso rodoviário de qualidade, vantajosa localização perante o aeroporto alentejano, acesso rápido ao porto marítimo de Sines e estação de Caminho-de-ferro a 30Km. Dispõe de várias ligações diárias de autocarro entre a sede de concelho e as aldeias, durante o período letivo. Para além deste recurso, o concelho dispõe de uma rede de transportes escolares (apenas dentro do território concelho) durante o ano letivo. Na sede do concelho há rede nacional de Expressos com ligações diretas a várias localizações no mapa português (site autárquico).

2.9-Dados Demográficos

Em termos populacionais, o Concelho não foi exceção ao que se verificava nas outras regiões do interior do país, a diminuição da densidade populacional e da empregabilidade e conseqüentemente o isolamento. Tal como já foi falado anteriormente, esta zona do país tem um subsolo rico em minerais suscetíveis de exploração. Na década de 80, o complexo mineiro aumentou havendo a necessidade de mão de obra jovem e diferenciada, conseguindo, de alguma forma contrariar a desertificação verificada, revelando-se um importante motor da dinamização do concelho, uma vez que, associadas ao projeto mineiro, começaram a proliferar outras pequenas e médias empresas, ligadas aos sectores secundário e terciário (site autárquico).

Segundo os resultados dos Censos 2011, a sede de concelho apresentava uma população de 7276 habitantes. No ano de 2001, com 4820 habitantes, a freguesia da sede de concelho era a mais povoada, representando mais de 50% da população. Segundo os dados dos Censos 2011, volta a apresentar uma tendência negativa em termos de crescimento populacional (Tabela 4).

Número de habitantes														
1864	1878	1890	1900	1911	1920	1930	1940	1950	1960	1970	1981	1991	2001	2011
6920	7923	7901	7712	9340	10120	11112	12747	12428	11637	9004	7472	7762	7603	7276

Tabela 4- Número de habitantes no concelho X. Fonte: INE, Recenseamento Geral da População. Acedido a: 19/03/2021 Disponível em: https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CEN-SOS&xpgid=ine_censos_publicacao_det&contexto=pu&PUBLICACOESpub_boui=73212469&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1&pcensos=61969554

À semelhança do que tem vindo a acontecer um pouco por todo o Alentejo, este também é um Concelho envelhecido, onde não se dá a substituição das gerações, uma vez que, por um lado a taxa de natalidade tem vindo a decrescer e por outro, a esperança média de vida tem vindo a aumentar. Na seguinte tabela verifica-se que a população jovem tem vindo a diminuir e a população das faixas etárias mais elevadas tem vindo a aumentar (Tabela 5).

Número de habitantes por Grupo Etário												
	1900	1911	1920	1930	1940	1950	1960	1970	1981	1991	2001	2011
0-14 Anos	2 242	3 186	3 508	3 551	4 036	3 596	3 194	2 295	1 521	1 364	1 045	956
15-24 Anos	1 293	1 450	1 696	2 252	2 184	2 221	1 923	1 260	1 100	1 050	1 003	752
25-64 Anos	3 335	3 733	3 909	4 542	5 340	5 531	5 664	4 460	3 406	3 723	3 865	3 800
= ou > 65 Anos	397	535	483	503	697	790	856	1 080	1 445	1 625	1 690	1 768
> Id. desconh	5	16	45	20	14							

Tabela 5- Número de habitantes por Grupo Etário. Fonte: INE, Recenseamento Geral da População. Acedido a: 19/03/2021 Disponível em: https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CEN-SOS&xpgid=ine_censos_publicacao_det&contexto=pu&PUBLICACOESpub_boui=73212469&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1&pcensos=61969554

O envelhecimento demográfico da população é um fato assente, associado a este envelhecimento da população observa-se uma baixa densidade populacional do concelho o que induz ao isolamento e dispersão da população, como se pode verificar pela Tabela 6.

Densidade Populacional	
1960	20.4
2011	12,8

Tabela 6- Densidade populacional no Alentejo. Fonte: INE, Recenseamento Geral da População. Acedido a: 19/03/2021 Disponível em: https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CEN-SOS&xpgid=ine_censos_publicacao_det&contexto=pu&PUBLICACOESpub_boui=73212469&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1&pcensos=61969554

Segundo o Plano de ação 2020 da UCC a população inscrita na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) em fevereiro de 2021 era de 7498 (Tabela 7).

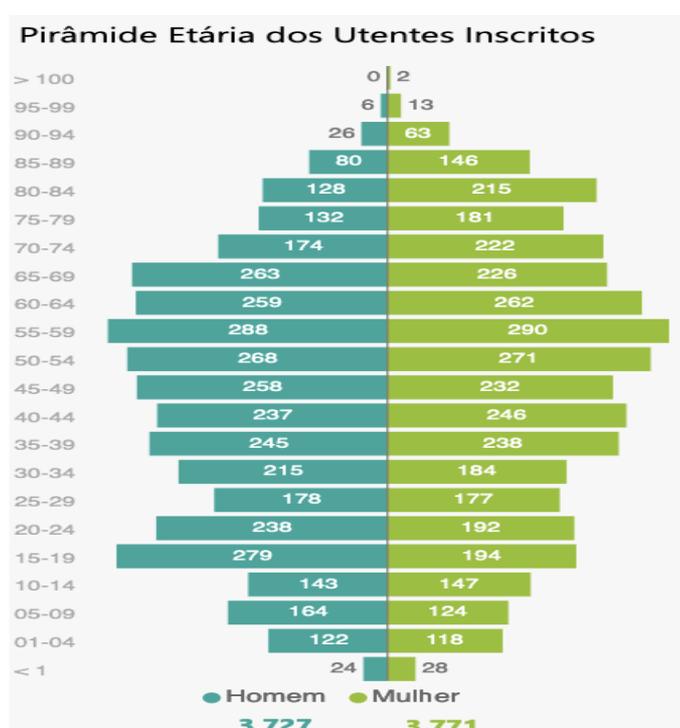


Tabela 7- Pirâmide etária da população inscrita na UCSP. Fonte: Ministério da saúde. Acedido a 25/03/2021. Disponível em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/4/40001/4020600/Pages/default.aspx>

Segundo a tabela 7, verifica-se a existência de 3727 homens e 3771 mulheres inscritas na UCSP. É característico nas faixas etárias mais velhas a existência de mais mulheres do que homens. Com o aumento de indivíduos ao longo das faixas etárias determina uma população maioritariamente envelhecida, com elevados graus de dependência e com características próprias que condicionam a forma de atuação da UCC envolvida. Relativamente ao Índice de dependência total no concelho (Relação entre os jovens em idade escolar+ indivíduos reformados e a população em idade ativa) é de 57,82%. Verifica-se que existe um envelhecimento acentuado quando comparados com outras regiões do país (Figura 7).

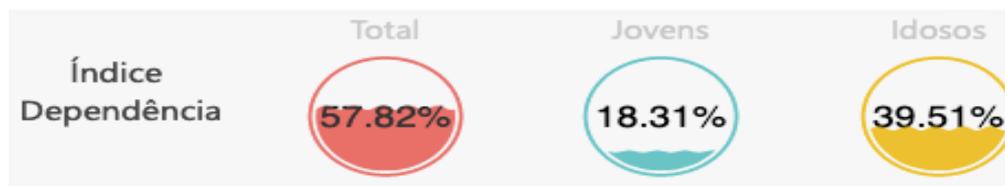


Figura 7- Índices de Dependência e Envelhecimento no concelho. Fonte: Ministério da Saúde, dados de fevereiro de 2012. Acedido a 23/03/2021. Disponível em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/4/40001/4020600/Pages/default.aspx>

Outra característica é o elevado grau de pessoas com médico de família, que se destaca da percentagem média de Portugal, 99,95% na UCSP (Figura 8).



Figura 8- Pessoas com médico de família na UCSP. Fonte: Ministério da saúde. Acedido a 25/03/2021. Disponível em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/4/40001/4020600/Pages/default.aspx>

2.10- Caracterização Socioeconómica

Para se poder abordar uma comunidade tem de se saber como chegar até ela. Uma comunidade caracteriza-se pela situação sócio económica dos seus indivíduos.

Tal como foi falado anteriormente, o concelho tem no seu subsolo, a faixa piritosa ibérica, que pela sua dimensão e pelos teores em metais nele contidos podem situar-se, dentro do seu tipo, entre os mais importantes à escala mundial. O crescimento económico associado à sua exploração alterou a conjuntura da empregabilidade (Diagnóstico Social do Concelho, 2019).

O setor terciário é a principal fonte de emprego (68,9%) com valor ligeiramente superior ao da Administração Regional de saúde do Alentejo (ARSA) (68,7%) e inferior

ao do Continente (70,2%). A empregabilidade feminina no concelho centra-se no comércio. O número de desempregados inscritos no Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP), em dezembro de 2017, mostra uma evolução decrescente face ao mês homólogo de 2016, existindo menos desempregados do sexo masculino comparativamente ao feminino (ARSA, 2019).

A proporção de pensionistas em 2017 (43,1% na população com 15 e mais anos) e a proporção de beneficiários do Rendimento Social de Inserção (RSI) (56,8% na população com 15 e mais anos) apresentam valores superiores à ARSA e ao Continente (ARSA, 2019).

A taxa de criminalidade (27,4%) mostra uma tendência crescente, embora apresentando valor inferior à ARSA e ao Continente (ARSA, 2019).

Nos últimos censos (2001 e 2011) o nível de escolaridade da população na ULS melhorou (8,4% da população possui ensino superior). No entanto, a ULS continua a ter cerca de 24,1% da população sem escolaridade, valor superior ao da ARSA (23,4%) e ao do Continente (18,8%). A taxa de analfabetismo (11,1%) mostra uma evolução decrescente, no entanto com valor superior à ARSA e ao Continente, estando a maioria dos concelhos com valores superiores à ARSA e ao total da ULS (ARSA, 2019).

2.11- Principais problemas de saúde detetados

Em modo de resumo, após efetuar o estudo dos dados estatísticos demonstrados anteriormente, pode-se afirmar que os grandes problemas de saúde detetados são: baixa taxa de natalidade, a mortalidade infantil no Alentejo está acima da taxa nacional, a segunda taxa bruta de mortalidade mais elevada de Portugal na proporção de mortes por doenças do aparelho circulatório e a segunda taxa mais elevada de morte por diabetes (PLS, 2018).

Segundo o PLS, após a contextualização dos problemas de saúde da região foram priorizados 10 problemas de saúde: Hipertensão; diabetes mellitus; perturbações depressivas; dislipidémia; obesidade (Figura 9); abuso de tabaco (Figura 10); osteoartrite do Joelho; doença cardíaca isquémica; osteoporose e Doenças de Dentes/gengivas (PLS, 2018).

O envelhecimento demográfico, o aumento do índice de envelhecimento, o isolamento, a dispersão demográfica, a taxa de analfabetismo (Figura 11) implica a dificuldade no acesso aos cuidados de saúde e promove o medo/ falta de confiança e consequentemente a diminuição da satisfação, para aceder aos cuidados de saúde. Este facto foi acentuado com o contexto pandémico (PLS, 2018).

Esta deteção de problemas foi efetuada por dados estatísticos da região e após a entrevista semiestruturada com a Enfermeira Orientadora e com o Enfermeiro Coordenador da UCC.

Obesidade



Figura 9- Taxa obesidade comparativa. Fonte: Plano Local de Saúde 2018-2020, da ULS . Acedido a 23/03/2021. Disponível em: <http://www.ulsLJ.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/15/2019/03/PLS-comunidade.pdf>

Abuso do Tabaco



Figura 10- Taxa comparativa do uso do tabaco. Fonte: Plano Local de Saúde 2018-2020, da ULS . Acedido a 23/03/2021. Disponível em: <http://www.ulsLJ.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/15/2019/03/PLS-comunidade.pdf>



Figura 11- Taxa comparativa de analfabetismo. Fonte: Plano Local de Saúde 2018-2020, da UL-Saúde. Acedido a 23/03/2021. Disponível em: <http://www.ulsa.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/15/2019/03/PLS-comunidade.pdf>

Nada mais faz “tremar” a Humanidade do que o desconhecido. As experiências vivenciadas no último biénio geraram um clima de medo na população e de desconfiança perante uma doença que não era conhecida, nem a sua etiologia, modos de transmissão e as consequências para quem dela recupera. As Instituições de saúde tiveram um trabalho “Hercúleo” no sentido de conseguirem “dosear” a informação fornecida à população para evitar um clima de histeria e descontrolo.

A comunidade científica foi obrigada a virar toda a sua atenção para esta doença de forma a conseguir desenvolver algo que nos ajudasse a dificultar a propagação ou, quiçá, erradicação. A produção de literatura científica e a uma evolução do conhecimento nesta área foi de uma velocidade estonteante, gerando, paradoxalmente, alguma incerteza, o que faz com que a comunicação seja particularmente difícil.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2021), caracterizou esta proliferação de informação, mais ou menos precisa, como “infodemia” (informação + pandemia).

Apesar de ter havido a gripe espanhola como última grande pandemia, esta foi a primeira vivida como sendo verdadeiramente global, onde a cobertura da comunicação social, teve um papel mediático e a evolução da situação acompanhada em direto.

3-DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

A definição de prioridades, de acordo com Imperatori & Giraldes (1993) é a segunda etapa do processo de Planeamento em Saúde.

Nesta etapa efetua-se a hierarquização dos problemas detetados na etapa anterior, através da sua priorização (Tavares, 1992). A determinação de prioridades, relaciona-se com o conhecimento pré-existente da comunidade onde se irá intervir, com a relação entre o problema detetado e os fatores de risco, a sua gravidade, a existência de pertinência na implementação de um projeto na área, o tempo disponível para a implementação e execução, disponibilidade de recursos e a necessária aceitação do projeto pela instituição e pela população (Tavares, 1992).

A etapa da determinação de prioridades, isto é, da priorização, tem um lugar de bastante relevância, de entre as etapas do planeamento em saúde, particularmente na favorável gestão dos diminutos recursos para responder às necessidades dos indivíduos ou das comunidades (Melo, 2020).

Com a escolha do tipo de instrumento de colheita de dados para formalizar um diagnóstico de saúde, através de indicadores (dados epidemiológicos e estatísticos), inquéritos (entrevistas, questionário) e as pesquisas de consenso (técnicas de *brains-torming*), será efetuado um diagnóstico de saúde (Melo, 2020).

De todos os problemas detetados, foram escolhidos pelo grupo os que se acharem serem mais prioritários, tendo em conta o contexto pandémico atual: População envelhecida, HTA, Isolamento social, medo/ falta de confiança nos cuidados de saúde e a Diabetes Mellitus.

Seguidamente irão ser hierarquizados os problemas de saúde detetados no diagnóstico anteriormente apresentado, através da técnica de comparação por pares (Tabela 8).

Problemas Grupo	População	Hipertensão	Isolamento	Medo/ Falta de	Diabetes
	envelhecida	arterial	social	confiança/ satisfação	Mellitus
Enf.º 1	2		1	3	
Enf.º 2	2	1		3	
Enf.º 3		2	1	3	
	4	3	2	9	0

Tabela 8- Comparação por pares desenvolvido no brainstorming do grupo. Fonte: própria

Esta forma de definir prioridades apresenta alguma subjetividade, pelo facto de ter sido escolhida após um *brainstorming* da equipa dinamizadora do projeto. Esta definição de prioridades é escolhida individualmente por cada elemento do grupo conforme a sua percepção dos problemas detetados numa comunidade. Na comparação por pares definiu-se que a nossa prioridade será o medo/ falta de confiança para a comunidade aceder aos cuidados de saúde em contexto pandémico, pelo número de vezes considerado prioritário pelos pares.

Foram também utilizados os três grandes critérios de seleção de prioridades: a magnitude, transcendência e a vulnerabilidade. A magnitude prende-se com a importância ou tamanho na comunidade a que se refere, a transcendência com a importância por grupos etários e a vulnerabilidade com a possibilidade de intervenção e consequente intervenção (Imperatori & Giraldes, 1993).

No caso específico da definição de prioridades do projeto atual, foi determinado após a comparação por pares que a prioridade a atuar seria na melhoria contínua dos cuidados prestados através do processo de Acreditação e consequentemente captar a confiança da comunidade. Relativamente à **magnitude** pode-se invocar que a qualidade nos cuidados prestados, bem como a elaboração de protocolos pode diminuir os, incidentes, erros e os quase-erros relacionados com a prestação de cuidados a toda a comunidade. Na **transcendência**, pode-se verificar que as qualidades dos serviços prestados são transversais a todas as faixas etárias. A **vulnerabilidade** prende-se com a capacidade de o grau de satisfação com os serviços de saúde aumentar após a implementação das estratégias de atuação.

Pode-se também concluir que o problema considerado pelo grupo se enquadra nos problemas considerados como prioritários no Plano Local de Saúde, refletindo a sua pertinência.

4-DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

Assim, após se proceder à determinação de prioridades, é preciso formular objetivos de forma a obter os resultados esperados para a população alvo (Tavares, 1992).

Melo (2020) reitera que através de uma definição de objetivos apropriada, torna-se possível traçar o percurso de desenvolvimento das estratégias de intervenção de um modo objetivo e claro, identificando os resultados esperados para a população alvo. Os objetivos gerais deverão ser amplos e em pequena quantidade. Os objetivos específicos deverão ser a operacionalização dos objetivos gerais e deverão ser em maior quantidade.

Para definir os objetivos a atingir, devem seguir-se quatro etapas, de forma a estes serem o mais meticulosamente escolhidos: seleção de indicadores (como se irão medir os ganhos em saúde), projeção da tendência, projeção e previsão dos problemas prioritários, fixação do objetivo a atingir e a tradução dos objetivos operacionais e metas (Giraldes, 1993).

Entende-se por uma meta o “enunciado de um resultado desejável tecnicamente exequível das atividades dos serviços de saúde, traduzido em termos de indicadores de atividade” (Imperatori & Giraldes, 1993:80).

Nesta fase são determinados os objetivos gerais e os específicos, conforme é demonstrado na tabela 9, adaptada de Melo (2020).

FINALIDADE	Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados às pessoas integradas na comunidade pertencente a um concelho do Alentejo, bem como aumentar a confiança e a satisfação sentida pela população perante os serviços de saúde e a diminuição do risco dos cuidados de saúde prestados.
OBJETIVO GERAL	Dinamizar o processo de acreditação por parte da UCC ao Modelo ACSA, até agosto de 2021

OBJETIVO(S) ESPECÍFICO(S)	<ul style="list-style-type: none">- Preparar os documentos para o processo de acreditação da UCC até agosto de 2021;- Capacitar os enfermeiros sobre o processo de acreditação da UCC até julho de 2021;- Envolver a equipa na preparação do processo de acreditação até julho de 2021;- Avaliar até final de 2021 a satisfação dos utentes com os cuidados prestadas pela UCC, através da aplicação de um questionário.
METAS	<ul style="list-style-type: none">- Que o processo de acreditação da UCC tenha 75% dos documentos necessários para o início do processo de acreditação- Que 75% dos enfermeiros tenha tido formação sobre o processo de acreditação;- Que 40% da equipa participe na preparação do processo com participação em pelo menos uma instrução de trabalho.- Aplicar um inquérito de satisfação pré Acreditação à comunidade abrangida pelos cuidados prestados pela UCC, a ser aplicado até final de 2021.

Tabela 9- Relação entre os objetivos e o processo de Enfermagem no contexto do projeto Acredita(r)(n) a UCC do Alentejo. Adaptado de Melo (2020)

5- SELEÇÃO DAS ESTRATÉGIAS

De acordo com Nunes (2016), nesta etapa pretende-se esquematizar a estratégia e organizar todas as atividades inerentes para que sejam facilmente perceptíveis. A estratégia é composta por atividades pelas quais se vai atingir o objetivo, motivo pelo qual devem ser definidas em função deste, dos recursos disponíveis, dos seus custos, dos obstáculos, vantagens e desvantagens e da pertinência de cada estratégia. Os recursos estão diretamente associados às atividades definidas e devem contemplar os recursos físicos, humanos, materiais e temporais, salvaguardando a sua pertinência e adequação. A abordagem do problema e a utilização das diversas estratégias dependerá sempre da análise prévia do custo-oportunidade, e custo-efetividade (Tavares, 1992).

A escolha das estratégias adequadas é um papel claro do EEECS, uma vez que este profissional procura atingir o melhor nível de saúde de um grupo, população ou comunidade, recorrendo a estratégias apropriadas e adequadas a cada contexto (Fonseca, 2018). Desta feita, deverá haver uma planificação da execução, determinando quando se vai desenvolver cada atividade, programando-a.

Na identificação das estratégias e descrição das atividades a desenvolver, deverá ser tido em consideração o Modelo de Promoção da Saúde de Nolah Pender e o Modelo da Qualidade em Saúde de Avedis Donabedian (1990), uma vez que este englobou sete dimensões, denominados "os sete pilares" da qualidade: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. A utilização destes Modelos são um instrumento de trabalho importante no papel que os EEECS desempenham na comunidade, uma vez que necessitam de captar a confiança da população, devido à sua forma de trabalhar com esta especialidade, que é fora das unidades funcionais, ou seja, não é a população que procura os Enfermeiros, mas sim, são os Enfermeiros que saem dos seus gabinetes para trabalhar com a população, na comunidade. E sem confiança, a população não abre as portas das suas casas.

A primeira forma de saber o grau de qualidade dos serviços prestados é avaliar o grau de satisfação antes e pós a efetivação da acreditação da UF. A avaliação irá ser efetuada através da aplicação de questionário EUROPEP (Anexo I), devidamente validado para a população portuguesa, uma vez que este foi desenvolvido por um grupo internacional e foi solicitado aos colaboradores de nacionalidade portuguesa deste projeto a respetiva utilização do seu questionário (Apêndice I). A cada utente, antes da aplicação do questionário, era fornecido um consentimento informado, onde era garantido o seu anonimato. (Apêndice II)

Este questionário está estruturado em 5 itens presentes na medicina geral e familiar: relação médico utente; assistência médica e técnica; informação e apoio; organização dos serviços e acessibilidade. A escala utilizada foi a de Likert de 5 pontos de "Má" a "Excelente".

Itens	Nº questões
Relação Médico/doente	6
Assistência Médica e técnica	5
Informação e apoio	4
Organização dos serviços	2
Acessibilidade	6

Figura 12- Itens do European Task Force on Patient Evaluation of General Practice (EUROPEP)

Para dar resposta à grande área temática deste projeto, que é promover a melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem pretende-se dinamizar o processo de Acreditação da UCC. Ao implementar todos os requisitos solicitados pela Acreditação, supõem-se que irá trazer como consequência o aumento da confiança e satisfação sentida pela população perante os serviços de saúde, bem como, beneficiar os profissionais pela normalização de procedimentos diminuindo o risco causado pelos cuidados de saúde prestados.

O processo de Acreditação da UCC será com base nas seguintes áreas chave (Tabela 10):

I - O Cidadão, como centro do Sistema de Saúde	<ol style="list-style-type: none">1. Utentes: satisfação, participação e direitos;2. Acessibilidade e continuidade na prestação dos cuidados de saúde;3. Documentação clínica;
II – Integração e continuidade dos Cuidados de Saúde	<ol style="list-style-type: none">1. Gestão dos processos de prestação de cuidados de saúde;2. Atividades de promoção e programas de saúde;3. Direção da organização;

III – Profissionais	1. Profissionais, formação e evolução;
IV – Áreas de Suporte	1. Estrutura, equipamentos e fornecedores; 2. Sistemas e tecnologias de informação e comunicação; 3. Sistemas da qualidade;
V – Resultados	1. Resultados chave da organização

Tabela 10- Áreas chave do processo de acreditação ACSA.

Para as várias áreas de acreditação, existem diferentes manuais de requisitos normativos, sejam eles Instituições hospitalares, serviços individuais, unidades de hemodiálise, certificação de competências, dependendo das suas particularidades e do tipo de serviço.

Sendo uma das características da melhoria contínua da qualidade o seu carácter progressivo, os candidatos podem atingir três níveis de acreditação: Bom; ótimo e excelente.

Os requisitos normativos são de diferente grau de exigência, classificados em I, II e III, sendo este último o mais exigente. Dentro do grau I, existem requisitos obrigatórios e necessários para a obtenção da acreditação. Para facilitar o processo foi elaborado uma Check list dos standards a atingir na fase inicial do processo de Acreditação. (Apêndice II)

Standards	Objetivos
Grupo I	Regem-se pelos direitos dos cidadãos, aspetos ligados à segurança dos utentes e profissionais, princípios éticos e a qualidade de vida.
Grupo II	Visam a qualidade da organização (sistemas de informação, novas tecnologias e redesenho de processos e de espaços organizativos, etc.).
Grupo III	Incluem elementos que demonstram que a Unidade de Gestão Clínica é inovadora, dinâmica e que se evidencia das demais tendo como eixo a sociedade em geral.

Tabela 11- Objetivos a atingir em cada Grau de Acreditação ACSA. Fonte: Manual de Acreditação

Após ser dado entrada do pedido de certificação na plataforma @Qredita e ser verificado o seu cumprimento, inicia-se o processo de autoavaliação. Neste processo avalia-se de forma qualitativa o nível de cumprimento dos standards, utilizando a metodologia **PDCA** (Planeamento (**P- Plan**), Cumprimento (**D- Do**), Avaliação (**C- Check**) e Adequação (**A- Act**)) para cada um dos standards e, assim, desenvolvendo-se um ciclo de melhoria contínua (Tabela 12). Deste modo é evitado que o cumprimento de um determinado standard seja um momento estático ou pontual, associado apenas ao momento da avaliação, para passar a um procedimento incorporado pelos profissionais.

Fase	Descrição	Alvo
	Perfil de melhoria prévio	Antes de se iniciar o processo de certificação foi determinada a importância do propósito do standard para a organização.
Planeamento (Plan)	Delimita-se o objetivo e o sistema de informação	Definiram-se indicadores que permitem identificar a concretização do standard.
	Planifica-se	Definiram-se as ações necessárias para cumprir o standard.
	Definem-se funções	Determinaram-se as responsabilidades e os recursos humanos necessários para cumprir o standard.
	Comunica-se	Comunicou-se a todos os implicados no processo o plano a desenvolver para cumprir o standard.
	Adequam-se recursos	Definiram-se e alocaram-se todos os recursos necessários para cumprir o standard.
Cumprimento (Do)	Cumpre-se	Respeitaram-se e estão cumpridos os propósitos do standard, de acordo com o seu impacto na unidade e os indicadores definidos.
Avaliação (Check)	Avalia-se	Identificaram-se os desvios dos resultados obtidos.
Adequação (Act)	Corrige-se e melhora-se	Empreenderam-se as ações necessárias para corrigir e eliminar os desvios observados.

Tabela12- Descrição das fases e objetivos da Acreditação ACSA. Fonte: Manual de Acreditação

O processo de Acreditação, desenrola-se nas fases descritas na tabela 13.

Fase 1	Pedido de adesão	A adesão ao processo de Acreditação é efetuada através do preenchimento de um formulário de uma aplicação informática (@Qredita) desenvolvida para o efeito pelo Departamento da Qualidade na Saúde identificando o responsável local pelo processo. Após este pedido inicial é marcada uma visita para a apresentação do modelo e da aplicação informática, são atribuídas as chaves de acesso e designado um Avaliador Interno, que acompanha a fase seguinte, de autoavaliação.
Fase 2	Autoavaliação	Período com a duração máxima de 1 ano, onde a organização tenta fazer o cumprimento aos standards, alterando práticas e planificar ações de melhoria. O cumprimento destes requisitos deverá ser feito prova através de evidências introduzidas na plataforma.
Fase 3	Avaliação externa	Consiste numa visita de avaliação à organização candidata, por Avaliadores formados no modelo, onde se valida a conformidade com o Modelo de toda a informação recolhida e as evidências demonstradas pela organização candidata. Completado o processo de avaliação externa, é elaborado um relatório com a decisão de conceder a acreditação à organização candidata e o respetivo nível. Caso a organização não concorde com a decisão, poderá recorrer da mesma para reavaliação do processo.
Fase 4	Seguimento	Com uma duração de 5 anos, segue-se à obtenção da acreditação e consiste numa continuação do processo de autoavaliação, com uma visita externa de reavaliação aos 2 e aos 4 anos. Destina-se a garantir que a organização mantém e melhora as boas práticas e as condições que lhe permitiram obter a acreditação.

Tabela 13- Fases do Processo de Acreditação ACSA. Fonte: Manual de Acreditação

Portanto, foi identificado como critério primordial na conceção das estratégias delineadas a união dos profissionais de saúde em prol de um bem comum: A Acreditação do serviço.

O desenvolvimento de parceria com a Câmara Municipal, no sentido de disponibilizar “espaço” no seu site autárquico para dar a conhecer o nosso projeto, difundir a nossa mensagem referindo qual a importância da Acreditação, e quais os benefícios para a comunidade e profissionais. Estabelecimento de parceria informal.

Pediu-se a colaboração da ACAPO (Associação dos Cegos e Amblíopes de Portugal) no sentido de desenvolver um projeto inclusivo e por quem nos foi fornecida a Carta dos Direitos e Deveres dos Utentes escrita em Braille (Anexo II).

A parceria com um Designer Gráfico no sentido de desenvolver imagem corporativa do projeto, uma vez que este se irá desenvolver ao longo do tempo, mesmo após o término do estágio. É uma forma de identificar facilmente o projeto, mesmo para aqueles que não sabem ler. Estabelecimento de parceria informal.

O desenvolvimento de parcerias com outras entidades permite aumentar os recursos existentes e potenciá-los de forma a que o nosso projeto consiga ter maior visibilidade, maior impacto e maiores ganhos em saúde. Estas parcerias serão celebradas através da assinatura de protocolos ou de forma mais informal, de forma a definir as áreas de atuação e a definição de responsabilidades onde o foco era manter ou elevar a qualidade dos cuidados na área da Enfermagem e que esta depende do nível de conhecimentos e de desempenho sendo demonstrados pelas competências na prática profissional.

Foi definido o Plano de formação em serviço com o intuito de capacitar e envolver os profissionais na causa da Acreditação. A formação em serviço deverá refletir a prática profissional, porque tratando-se de uma educação de adultos, a aprendizagem está diretamente relacionada com a experiência, que vai de encontro ao conceito de andragogia (Reischmann, 2004).

De acordo com Dias (2004), a formação em serviço adquire uma importância vital, pois permite refletir em conjunto sobre práticas e cuidados prestados. Pode ainda, ser

um meio capaz de dar resposta às necessidades sentidas pelos profissionais, constituindo uma forma de atualização, alertando-os para a necessidade de manter espírito aberto à inovação, apelando à criatividade e responsabilidade individual.

Foi determinado que a população alvo ou os destinatários da formação seriam a equipa de Enfermagem da UCC, constituída por 6 elementos. Elaborou-se um plano da sessão da formação em serviço (Apêndice III), folha de registo de presenças (Apêndice IV) e ficha de avaliação da sessão de formação (Apêndice V).

A duração das sessões será de trinta minutos, prevendo quinze minutos para a apresentação dos conteúdos e os outros quinze minutos para a discussão. Posteriormente procede-se ao preenchimento de uma ficha para avaliação da sessão.

O Preletor das sessões foi um perito em Qualidade, a Enfermeira Responsável pelo Gabinete de Qualidade da ULS. Considerou-se a participação ativa de um perito uma mais valia, tornando a formação mais credível e enriquecedora.

Todo o processo de acreditação fomenta o espírito de equipa, no sentido de todos os elementos terem um objetivo comum.

Segundo a OMS, refere-se ao trabalho em equipa como um grupo de indivíduos com conhecimentos especializados e que através de uma relação de interdependência, conseguem ultrapassar alturas de grande trabalho e complexidade, de forma adaptativa e com o intuito de atingir o mesmo fim (OMS, 2011).

6-PREPARAÇÃO OPERACIONAL E IMPLEMENTAÇÃO

A preparação operacional é a fase da metodologia de planeamento em saúde onde é efetuado o “desenho” do projeto, conseguindo utilizar os recursos humanos, materiais e financeiros disponíveis, com a maior efetividade possível (Fortin, 1999).

Pretende-se delegar responsabilidades e tarefas com *timings* específicos em cronogramas. Os cronogramas deverão especificar tarefas entre 6 e 12 meses. Sempre que ocorrer um atraso na implementação de determinada tarefa, deverão ser refeitos os cronogramas. Nunca esquecendo que um planeamento em saúde é um processo dinâmico, onde podemos sempre reajustar objetivos e estratégias (Imperatori & Giraldes, 1993).

6.1- Work Breackdown Structure (WBS)

Seguidamente, de forma esquematizada iremos demonstrar a estrutura do projeto (WBS), ou seja, o desenho do projeto desde a validação dos requisitos à avaliação do mesmo. (Figura 13)

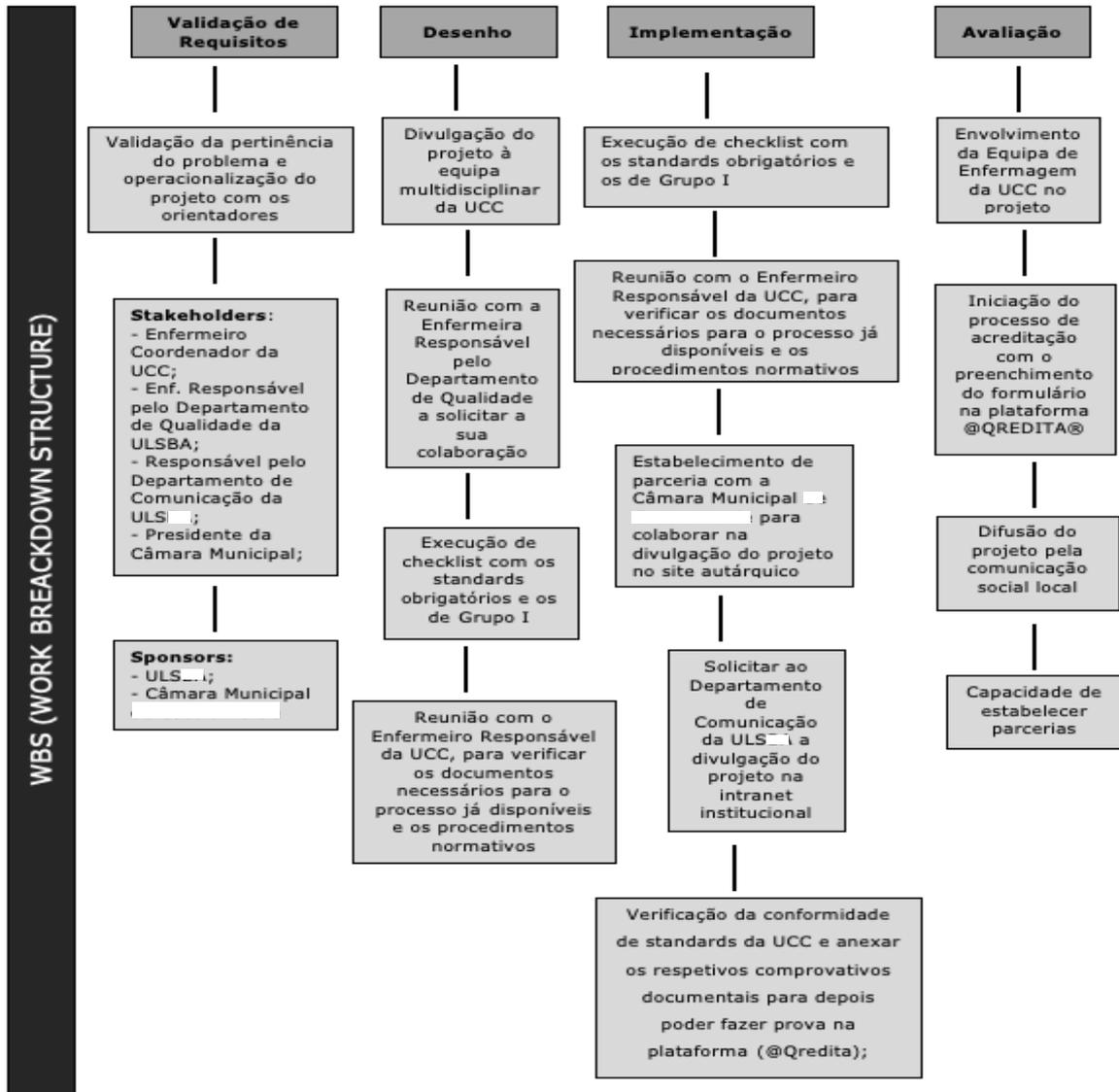


Figura 13- Work Breackdown Structure (WBS). Desenho do Projeto. Elaborado pela Mestranda.

6.2- Cronograma do Projeto

A elaboração do cronograma é um facilitador na abordagem e identificação das atividades desenvolvidas, bem como na contextualização temporal do desenvolvimento das mesmas (Tavares, 1992).

O cronograma permite organizar o projeto e verificar se foram desenvolvidas todas as etapas do mesmo permitindo ainda efetivar o tempo previsto para a sua realização (Schneider & Flach, 2017).

Imperatori & Giraldes (1993:154), afirmam que o cronograma apresenta "(...) duas dimensões onde se representa nas abcissas o tempo (dias, meses, etc.) e nas

ordenadas as atividades que formam o projeto.” Deste modo, foi elaborado o cronograma de atividades (tabela 14), uma vez que contempla as etapas do projeto com o objetivo de auxiliar a visualização das atividades e a gestão do tempo para a realização das tarefas. Em relação ao plano de atividades, pode-se afirmar que foi cumprido tendo em conta o planeamento efetuado.

Ano de 2021	março		abril				maio				junho				julho				agosto				
Semanas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			
Etapas do projeto																							
Enquadramento teórico																							
Diagnóstico da situação																							
Definição de prioridades																							
Definição de objetivos																							
Seleção de estratégias																							
Preparação operacional e implementação																							
Preparação da avaliação do projeto																							
Avaliação do projeto																							

Tabela 14- Cronograma do Projeto. Fonte: elaborado pela mestranda

6.3- Planificação/ Descrição de atividades

Para se conseguir implementar o projeto e seguir todas as diretivas que são emanadas pelos manuais de Standards segundo as orientações do DQS, devemos antes, através da formação em serviço, informar, motivar e envolver toda a equipa de profissionais da UCC. A motivação e o conhecimento relativos à temática propiciam a integração da informação no tempo, passando de um projeto para uma missão da Instituição.

De acordo com Dias (2004), a formação em serviço adquire uma importância vital, pois permite refletir em conjunto sobre práticas e cuidados prestados promovendo momentos de melhoria de práticas da equipa. Pode ainda, ser um meio capaz de dar resposta às necessidades sentidas pelos profissionais, constituindo uma forma de atualização, alertando-os para a necessidade de manter espírito aberto à inovação, apelando à criatividade e responsabilidade individual. É através da motivação e empenho de toda a equipa multidisciplinar que se vai obter o sucesso da organização e operacionalização do projeto. A qualidade dos cuidados na área da enfermagem depende do nível de conhecimentos e de desempenho demonstrados pelas competências na prática profissional.

O agendamento de reuniões para o estabelecimento de parcerias com outras entidades permite aumentar os recursos existentes e potenciá-los de forma a que o nosso projeto consiga ter maior visibilidade, maior impacto e maiores ganhos em saúde. Estas parcerias deverão ser potenciadas através de reuniões online ou presenciais e através de assinatura de protocolos de cooperação.

Segundo demonstram os autores Imperatori & Giraldes (1993:149), é importante verificar "as inter-relações entre as diferentes atividades, evitar sobreposições, excessiva acumulação de tarefas em determinados períodos, visualizar entraves na execução, prever recursos, facilitar, em suma, a realização das atividades. A elaboração de um plano detalhado das atividades (Tabela 15), é da responsabilidade daqueles que vão dirigir o projeto ou até mesmo de quem o executa de forma a dar resposta às estratégias delimitadas.

Ano de 2021	
Atividades	Semanas
Reunião com o Enfermeiro Coordenador da UCC para deferir a pertinência do tema	3ª semana, abril
Pedido de reunião com o Enfermeiro Responsável pela única UF da ULS acreditada pela ACSA	4ª semana, abril
Reunião com a Enfermeira Responsável pelo Departamento de Qualidade e solicitar a sua colaboração para a divulgação do projeto junto da equipa da UCC;	8ª semana, maio
Pedido de autorização ao CA da ULS para iniciar o Processo de Acreditação e dar conhecimento à Diretora do Centro de Saúde	9ª semana, maio
Execução de checklist com os standards obrigatórios e os de Grupo I	9ª semana, maio
Parceria com designer gráfico para desenvolver imagem corporativa	10ª semana, maio

Divulgação do projeto à equipa multidisciplinar da UCC, identificação de <i>stakeholders</i> e <i>sponsors</i>	11ª semana, junho
Reunião com o Enfermeiro Responsável da UCC, para verificar os standards atingidos e quais precisam ser atingidos	12ª semana, junho
Reunir provas documentais dos standards em conformidade para inserir na plataforma (@Qredita)	13ª e 14ª semana, junho
Solicitar ao Departamento de Comunicação da ULS a divulgação do projeto na intranet institucional	14ª semana, à 20ª semana
Estabelecer parceria com a CM para divulgar o projeto no site autárquico	14ª semana, à 20ª semana

Tabela 15- Planificação/ Descrição das atividades. Fonte: elaborado pela mestranda.

Foi estabelecida uma parceria com um Designer Gráfico para o desenvolvimento de imagem corporativa (figura 14) do projeto que irá ser desenvolvido, com o intuito de dar maior visibilidade ao projeto e o seu fácil reconhecimento.



Figura 14- Logotipo desenvolvido em parceria com o Designer Gráfico.

Relativamente ao logotipo, temos as mãos em formato de concha que simbolizam os cuidados de saúde numa perspetiva de envolvimento e amparo. Dentro da concha encontra-se a comunidade à qual se prestam os cuidados e que vai crescendo ao longo do desenvolvimento do projeto, a par da sua confiança nos cuidados que lhe são prestados. Existe também um pequeno apontamento à área onde se desenvolve o projeto com a espiga de trigo.

- Reunião com o Enfermeiro Coordenador da UCC. Esta reunião ocorreu na sala de trabalho do Enfermeiro Coordenador da UCC. Teve como objetivo apresentar o diagnóstico de situação e o problema identificado e prioritário, dando relevância aos benefícios do desenvolvimento deste projeto. Foi considerado um projeto pertinente para a unidade de saúde, tendo sido deferida a continuação do desenvolvimento do projeto.

- Pedido de reunião com o Enfermeiro Responsável pela única UF da ULS acreditada pela ACSA, com o intuito de partilha de experiência no processo de acreditação e quais os obstáculos sentidos;
- Divulgação do projeto à equipa multidisciplinar da UCC, proporcionando o sentimento de envolvimento e partilha de conhecimento, com o intuito de motivar os profissionais a participar no projeto e dar a sua continuidade no tempo e a identificação de *stakeholders* e *sponsors*.
- Pedido de reunião com a Enfermeira Responsável pelo Departamento de Qualidade para obter orientação acerca do processo de Acreditação e solicitar a sua colaboração para a divulgação do projeto junto da equipa da UCC;
- Execução de checklist com os standards obrigatórios e os de Grupo I de forma esquematizada para conseguir identificar os já atingidos e fazer prova dos mesmos e com os procedimentos necessários para os atingir;
- Reunião com o Enfermeiro Responsável da UCC, para verificar os documentos necessários, os já existentes e os que teriam de ser efetuados.

Antes de iniciar o pedido de adesão ao processo de acreditação deverá ser avaliado o manual de standards respetivo da UCC e verificar quais os requisitos obrigatórios e os recomendáveis para atingir o nível 1- Bom.

- Consoante os standards deverá ser verificada a conformidade da UCC e anexar os respetivos comprovativos documentais para depois poder fazer prova na plataforma (@Qredita);
- Estabelecimento de parceria com a Câmara Municipal para colaborar na divulgação do projeto através da página da internet do Município. A comunicação e divulgação de um projeto de intervenção comunitária são fundamentais para aumentar a adesão da população e o sucesso do mesmo.

6.4- Previsão de Recursos Necessários e Tabela de Custos

Na Era atual fala-se em otimização de recursos. Isto não é mais nem menos do que fazer mais e melhor com menos gastos. Nesta linha de pensamento, para se conseguir concretizar o projeto é imperativo identificar quais os RH, materiais e financeiros necessários. (Tavares, 1992)

Entende-se por recursos humanos (RH) “as pessoas que estão envolvidas na implementação e execução do projeto com a respetiva função, carga horária e responsabilidades dentro do projeto” (Schneider & Flach, 2017:23). Os RH são imprescindíveis para se concretizar e organizar as atividades para atingir os objetivos propostos e efetivar o projeto de intervenção.

Neste sentido foram delineados os seguintes RH:

- Enfermeira mestranda;
- Enfermeira orientadora;
- Enfermeira Responsável pelo Departamento da Qualidade da ULS;
- Elementos da equipa multidisciplinar (Equipa Médica, Enfermeiros, Assistentes Operacionais e administrativos);
- Stakeholder da CM;
- Designer Gráfico.

Os recursos financeiros são definidos como os valores relacionados com o pagamento dos recursos materiais e pagamento aos RH que permitem a concretização do projeto (Schneider & Flach, 2017).

O grande patrocinador (sponsor) deste projeto é a UCC e consequentemente a ULS, ou seja, todo o processo de Acreditação tem um custo e este ficará a cargo da UCC no futuro, uma vez que é o grande interessado em ter a sua UF Acreditada e ser difundida pela população a garantia de serem prestados cuidados *premium*.

Os recursos humanos envolvidos na realização deste projeto são todos funcionários da ULS e as atividades decorreram no seu horário de trabalho sem necessidade de gerar trabalho extraordinário.

No que diz respeito aos recursos materiais houve gastos em fotocópias, computador portátil, eletricidade, etc.

Para o desenvolvimento das estratégias, deverá ser feito o cálculo relativos aos gastos estimados. No quadro seguinte (Tabela 16) foi efetuada uma previsão dos gastos.

RECURSO	CUSTO UNITÁRIO	QUANTIDADE	CUSTO TOTAL
Despesas de Funcionamento	20	5	100
Computador Portátil	600	0,25	150
Projetor de Vídeo	600	0,25	150
Impressora	200	0,25	50
Publicidade	0,5	100	50
Fotocópias	0,1	250	25
Material Didático	1	10	10
Horas de Enfermagem	10	100	1000
Processo de Acreditação	Sob consulta		
Total €			1535 €

Tabela 16- Cálculo dos custos da estratégia. Fonte: Elaboração pela mestranda.

7- MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DO PROJETO

A avaliação do projeto é a última etapa do planeamento em saúde, tem como finalidade verificar a eficácia do plano instituído e se os objetivos delineados foram atingidos. É realizado o cálculo das taxas de execução das atividades propostas, de acordo com os indicadores de execução previamente definidos, sejam eles quantitativos ou qualitativos (Nunes, 2016).

7.1- Monitorização do projeto

A mestranda na área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública foi o elemento dinamizador deste projeto e em conjunto com a equipa de Enfermagem foram delineadas as estratégias potenciais para atingir os objetivos. Nesta fase pretendeu-se a maior criatividade de forma a atingir o que se pretendia.

A monitorização deste projeto consta da Tabela 17. A sua análise permite-nos observar quais as atividades planeadas, a cronologia das mesmas, os recursos utilizados e a monitorização/resultados alcançados.

Atividade Planeada	Data	Pessoas envolvidas	Recursos	Monitorização/Resultado
Reunião com o Enfermeiro Coordenador da UCC para deferir a pertinência do tema	3ª semana, abril	- Equipa de Gestão do projeto e Coordenador da UCC	- Computador	- Reconhecida importância e mais-valia do projeto
Pedido de reunião com o Enfermeiro Responsável pela única UF da ULS acreditada pela ACSA	4ª semana, abril	- Equipa de Gestão do projeto e Enfermeiro Coordenador da UCC da ULS já acreditada	- Computador	- Reconhecida importância e mais-valia do projeto
Reunião com a Enfermeira Responsável pelo Departamento de Qualidade e solicitar a sua colaboração para a divulgação do projeto junto da equipa da UCC;	8ª semana, maio	- Equipa de Gestão do projeto e Responsável pelo Departamento da Qualidade da ULS	- Computador	- Reconhecida importância e mais-valia do projeto

Pedido de autorização ao CA da ULS para iniciar o Processo de Acreditação e dar conhecimento à Diretora do Centro de Saúde	9ª semana, maio	- Equipa de Gestão do projeto e CA da ULS e Diretora do Centro de Saúde	- Computador	- Reconhecida importância e mais-valia do projeto
Execução de checklist com os standards obrigatórios e os de Grupo I	9ª semana, maio	- Equipa de Gestão do projeto	- Folha impressa em papel - Computador - Caneta	- Reconhecida importância e mais-valia do projeto
Parceria com designer gráfico para desenvolver imagem corporativa	10ª semana, maio	- Equipa de Gestão do projeto e Designer Gráfico	- Computador	- Reconhecida importância e mais-valia do projeto Concluído de acordo com o planeamento
Divulgação do projeto à equipa multidisciplinar da UCC, identificação de <i>stakeholders</i> e <i>sponsors</i>	11ª semana, junho	- Equipa de Gestão do projeto e Enfermeira responsável pela Qualidade da ULS e equipa de Enfermagem	- Computador - Projetor multimédia	- Reconhecida importância e mais-valia do projeto
Reunião com o Enfermeiro Responsável da UCC, para verificar os standards atingidos e quais precisam ser atingidos	12ª semana, junho	- Equipa de Gestão do projeto e Enfermeiro Coordenador da UCC	- Computador	- Reconhecida importância e mais-valia do projeto Concluído de acordo com o planeamento
Reunir provas documentais dos standards em conformidade para anexar comprovativos documentais na plataforma (@Qredita)	13ª e 14ª semana, junho	- Equipa de Gestão do projeto e Enfermeiro Coordenador da UCC	- Computador	- Reconhecida importância e mais-valia do projeto Concluído de acordo com o planeamento
Solicitar ao Departamento de Comunicação da ULS a divulgação do projeto na intranet institucional	14ª semana, à 20ª semana	- Equipa de Gestão do projeto e Departamento de Comunicação	- Computador	- Reconhecida importância e mais-valia do projeto Concluído de acordo com o planeamento
Estabelecer parceria com a CM para divulgar o projeto no site autárquico	14ª semana, à 20ª semana	- Equipa de Gestão do projeto Stakeholder da Câmara Municipal	- Computador	- Reconhecida importância e mais-valia do projeto

				Concluído de acordo com o planeamento
--	--	--	--	---------------------------------------

Tabela 17- Monitorização das tarefas do projeto. Fonte: elaborado pela mestranda.

7.2 - Avaliação dos Objetivos

Definimos como objetivo geral para o projeto “Acredita(r) (n)a UCC Alentejo” a dinamização do processo de Acreditação por parte da UCC ao Modelo ACSA, até agosto de 2021, com a finalidade de Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados às pessoas integradas na comunidade pertencente ao concelho do Alentejo, bem como aumentar a confiança e a satisfação sentida pela população perante os serviços de saúde e a diminuição do risco dos cuidados de saúde prestados.

Relativamente aos Objetivos específicos apresentamos a sua monitorização individualmente.

O primeiro objetivo específico pretende reunir o maior número de documentos necessários para o processo de acreditação da UCC até agosto de 2021. Tínhamos estabelecido como meta que até agosto de 2021, tivéssemos 75% dos documentos necessários para iniciar o processo de acreditação da UCC. Essa meta foi alcançada na medida em que foi possível reunir 82% dos documentos necessários, tal como podemos observar na Tabela 18.

Objetivo 1	Meta	Resultado	Avaliação
Reunir o maior número de documentos necessários para o processo de acreditação da UCC até agosto de 2021	75%	82%	Superado

Tabela 18- Avaliação do Objetivo 1. Fonte: elaborado pela mestranda.

O segundo objetivo específico pretendia fornecer informação à equipa de Enfermagem sobre o Processo de Acreditação ACSA tendo como foco a sua capacitação para um papel ativo no processo. Este objetivo foi alcançado através da Formação em Serviço desenvolvida sobre o tema, onde todos os Enfermeiros compareceram, superando assim a meta de 75% definida para este objetivo, tal como é possível observar na Tabela 19.

Objetivo 2	Meta	Resultado	Avaliação
Capacitar os Enfermeiros sobre o processo de acreditação da UCC até julho de 2021;	75%	100%	Superado

Tabela 19- Avaliação do objetivo 2. Fonte: elaborado pela mestranda.

O terceiro objetivo específico compreende o envolvimento de pelo menos 40% da equipa na preparação do processo de Acreditação até julho de 2021. Conseguiu envolver-se 5 dos 6 Enfermeiros da UCC Alentejo, tendo cumprido mais um objetivo proposto, tal como é observado na tabela 20.

Objetivo 3	Meta	Resultado	Avaliação
Envolver pelo menos 40% da equipa de Enfermagem na preparação do processo de acreditação até julho de 2021	40%	83,3%%	Superado

Tabela 20- Avaliação do objetivo 3. Fonte: elaborado pela mestranda.

O quarto objetivo específico definido pela equipa dinamizadora do projeto foi avaliar até final de 2021 a satisfação dos utentes com os cuidados prestadas pela UCC antes da Acreditação da UF. Pretende-se avaliar a satisfação pré e pós o processo de acreditação para avaliar qual o impacto que a acreditação poderá ter na perceção da satisfação da comunidade sobre os cuidados prestados. Não foi possível efetuar a aplicação de questionário de Satisfação embora tenha sido dada a garantia de seguir com este, quando for possível. Todo o processo ficou preparado para a aplicação do questionário, onde podemos ver a sua avaliação na tabela 21.

Objetivo 4	Meta	Resultado	Avaliação
Avaliar até final de 2021 a satisfação dos utentes com os cuidados prestadas pela UCC antes da acreditação da UF	100%	100%	Superado

Tabela 21- Avaliação do objetivo 4. Fonte: elaborado pela mestranda.

Fazendo o paralelismo entre a avaliação dos objetivos e o Modelo de Donabedian (1980), a avaliação de um projeto só é viável porque existe uma ligação de interdependência entre estrutura, processo e resultado. O mesmo autor, refere que deverá ser usado um instrumento de avaliação da qualidade dos cuidados de saúde que utilize indicadores das três categorias (estrutura, processo e resultado).

Indicadores de estrutura	- Envolvimento de 100% dos profissionais pertencentes à UCC
Indicadores de processo	- Promover a uniformização de cuidados através do desenvolvimento de pelo menos 20% do manual de procedimentos; - Preparar o processo de candidatura à acreditação por parte da UCC - Informar a população da existência do projeto de Acreditação do serviço e as consequências
Indicadores de resultado	- Preparar o processo de acreditação por parte da UCC - Que a longo prazo seja aplicado um inquérito de satisfação à comunidade abrangida pelos cuidados prestados pela UCC, idêntico ao aplicado antes do processo de acreditação.

Tabela 22- Avaliação do projeto através da interligação dos indicadores de estrutura, processo e resultado. Adaptado de Donabedian (1980)

De referir que todas as atividades programadas com vista a alcançar os objetivos definidos foram realizadas ou preparadas para a sua aplicação.

Tal como referido anteriormente a necessidade de envolver e motivar todos os profissionais da UCC é muito importante, uma vez que o “seu” serviço e os procedimentos irão sofrer adaptações.

Foi necessário efetuar adaptações do ponto de vista organizacional, onde se verificou mudanças nos circuitos de responsabilidade e a necessidade de instaurar instruções de trabalho (Apêndice VI). Só através da dinâmica e da coesão da equipa se consegue o envolvimento e incorporação das mesmas para haver as mudanças necessárias. Preconiza-se o envolvimento ativo de 100% da equipa de Enfermagem. Sobre o envolvimento da equipa e como se consegue a coesão, ninguém melhor que o Enfermeiro coordenador conhece a sua equipa. Na reunião com o Enfermeiro Coordenador, foram discutidas quais estratégias para envolver a equipa e este indicou que o momento pandémico atual seria um obstáculo pela falta de disponibilidade da equipa.

Foi necessário pedir a colaboração de outros profissionais da ULS considerados elementos chave, acrescentando uma mais valia e reforço da nossa área de atuação, pela experiência em situações da mesma índole.

Aliar o Departamento de Qualidade para ajudar no desenvolvimento do projeto através da ministração de formação à equipa sobre a Acreditação e o que implica na “vida” do serviço e qual deverá ser a postura para o conseguir.

O Departamento de Comunicação teve o papel de dar a conhecer o projeto e o seu desenvolvimento na intranet institucional, sendo fundamental para alicerçar o sucesso da sua implementação e quiçá, incentivar outros Enfermeiros da ULS a seguir o exemplo de tentar Acreditar os seus serviços.

A parceria com o Designer Gráfico foi uma mais valia uma vez que imortaliza o projeto e a sua fácil identificação, mesmo para a população analfabeta.

Também foram esperados obstáculos ao desenvolvimento das estratégias, sendo estes maioritariamente relacionados com a disponibilidade dos RH uma vez que estavam muito sobrecarregados devido ao contexto pandémico, embora achassem ser um projeto interessante, o que permite concluir que a equipa terminará o processo quando houver disponibilidade, não se perdendo no tempo e ser considerando uma mais valia para o serviço.

Com a limitação de tempo existente, devido ao término do estágio e por todo o processo que não depende de nós, não será exequível todo o processo de Acreditação da UCC. Foi garantido que este projeto seria reativado e implementado pela equipa no futuro, tendo em conta que a área da qualidade é primordial para os ganhos em saúde e deverá ser mantida de forma a manter as equipas envolvidas em prol da melhoria contínua dos seus procedimentos e cuidados.

Durante o processo de Acreditação irão ser efetuadas auditorias por uma entidade externa e estas devem ser sentidas como momentos de crescimento e desenvolvimento da UCC.

7.3 - Outras Atividades Desenvolvidas

No decorrer do estágio realizado na UCC Alentejo, foram desenvolvidas outras atividades para além do projeto de intervenção comunitária exposto.

- Vacinação;
- Visitação domiciliária;
- Tratamentos e administração de terapêutica;

- Planeamento de cuidados de enfermagem;
- Gestão de recursos.
- Colaboração na Unidade de Saúde Pública da ULS no rastreio de contactos dedicados ao Covid-19.

8- O CAMINHO FAZ-SE CAMINHANDO: O PERCURSO DE ENFERMEIRA A ENFERMEIRA ESPECIALISTA

O grande marco histórico da profissão de Enfermagem contemporânea como disciplina e profissão em Portugal, foi oficializado no dia 21 de abril de 1998, na altura era Ministra da Saúde a Dr.^a Maria de Belém Roseira, quando foi publicado o Decreto Lei que cria a OE bem como os seus estatutos. Quando o estado permite a criação de uma Ordem Profissional delega os poderes a essa Instituição de regulamentação e fiscalização da própria profissão, devendo ser sentido por toda a classe de profissionais como uma grande demonstração de respeito (Ministério da Saúde, 1998).

Como foi referido anteriormente, o desenvolvimento da profissão deu-se de forma exponencial, e ao longo dos últimos 20 anos foram criados muitos documentos importantes para a profissão (Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro- REPE, Os Enunciados descritivos dos Regulamento Padrões de Qualidade, Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento 140/2019) e depois, cada Colégio e a sua assembleia desenvolveu as Competências específicas de cada área de especialização em Enfermagem, focando-se em cada área da experiência profissional específica.

8.1- Competências Específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

- Estabelecer, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade- Todo o desenvolvimento do projeto teve como método utilizado o Planeamento em saúde, harmonizando uma cadência de etapas que permitiram organizar todo o desenrolar do trabalho, dando resposta à primeira competência específica de EEECS-
P-

O início deste relatório deu-se pelo diagnóstico da situação, onde se procurou obter dados demográficos e condições socioeconómicas da população na qual estávamos inseridos e saber os recursos existentes no meio envolvente onde os seus residentes pudessem obter os apoios necessários para satisfazer as suas necessidades. Procurou-se obter esta informação através da pesquisa bibliográfica e através de entrevistas semi-estruturadas aos profissionais de saúde que conhecem a população a quem prestam cuidados uma vez que não se pôde ouvir diretamente da população as suas necessidades, pelas condicionantes vividas.

Verificou-se que a população é maioritariamente composta por idosos, baixa escolaridade, mas nível socioeconómico médio-alto, tendo muitas estruturas de apoio, tais como o serviço de saúde 24h por dia, lar de idosos com dois polos, universidade sénior, escola até ao 12º ano, evitando a saída dos seus jovens, bem como outras associações celebradas pela população em prol da comunidade. Ao efetuar o diagnóstico da situação conseguimos aferir alguns problemas. Ao detetar os problemas através da avaliação de dados e com a ajuda do Enfermeiro Coordenador e da Enfermeira Orientadora, como já foi referido anteriormente, foram decisivos na escolha da prioridade, que era a necessidade de restaurar a confiança nos serviços de saúde, através do início da dinamização do processo de candidatura da sua Acreditação. Foi verificado que a nossa prioridade tinha um tema pertinente, uma vez que fazia parte do PLS e do PNS, enquadrando-se nas políticas nacionais de Saúde. Ao identificar o problema foi imperativo o desenvolvimento de estratégias para conseguir atingir o objetivo descrito. O processo de Acreditação tem de ser sentido pela equipa multidisciplinar como seu, ou seja, é necessário envolver todos os elementos para conseguir a sua colaboração.

Ao definir a prioridade/problema na qual se vai trabalhar, tem de ser estabelecida a forma de a poder avaliar. Neste caso será avaliada através do grau de satisfação dos utentes e a mudança passível de ser mensurável será a variação da percentagem de satisfação comparativamente antes e após a implementação da Acreditação. As estratégias para o poder atingir terão de ser adaptadas às condições socioeconómicas da população em causa e mobilizar os agentes que possam colaborar, para se verificar os ganhos em saúde. Foram identificados os colaboradores no processo, através do estabelecimento de parcerias, os stakeholders e os sponsors, por forma a serem elementos impulsionadores e facilitadores em todo o processo. No caso específico o elemento dinamizador foi a Enfermeira Mestranda, o sponsor foi a ULS e o stakeholder foi o contato da câmara municipal.

- Contribuir para a capacitação de grupos e comunidades- O EEECSPP deverá reunir competências que lhes permitam efetuar o diagnóstico de necessidades sentidas pela população/grupo/comunidade e que promovam a sua capacitação para atingir o objetivo delineado. Também o EEECSPP deverá dinamizar sessões de formação repletas de criatividade para que haja um grande impacto em quem assiste à sessão para que haja incorporação da informação que se quer transmitir. Tais sessões possibilitaram a partilha de conhecimentos e de experiências uma vez que todos os envolvidos são profissionais de saúde.

Neste projeto foi efetuado o diagnóstico duplo, ou seja, ao conseguir implementar a acreditação do serviço, permite normalizar o trabalho dos profissionais através de instruções de trabalho detalhadas e consegue apaziguar o clima de medo e desconfiança da população em relação às instituições de saúde, conseguindo trazê-las novamente a usufruir dos cuidados captando a sua confiança.

Durante o período de desenvolvimento do projeto foi planejado uma sessão de Formação em Serviço, de forma a conseguir integrar os Enfermeiros no projeto, para haver compromisso entre a Equipa, empenho e envolvimento- Engajamento. Foi efetuada uma formação (30min) curta de forma a conseguir a assiduidade do maior número de Enfermeiros. No final da formação foi entregue ficha de avaliação da sessão de formação. O *feed-back* obtido da equipa foi a relevância do projeto, ser importante para aumentar a qualidade dos cuidados, mas também verbalizaram a sobrecarga de trabalho na fase pandémica atual.

- Integra a coordenação dos programas de saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do PNS- A coordenação deste projeto fez com que se aumentasse as competências de ajuda perante uma comunidade, ou seja, ao desenvolver este projeto consegue-se trazer um maior número de pessoas a usufruir dos CSP, através da confiança. Os CSP deveriam ser mais valorizados, uma vez que estes são a "porta de entrada" do SNS e são estes serviços que permitem a promoção da saúde eliminando a hipótese, ou diminuir a probabilidade, de desenvolvimento de doença. Assim, ao trabalhar no aumento da confiança nos CSP estamos a dar resposta a qualquer uma das metas preconizadas pelo PNS. Ao manter a população monitorizada nos seus hábitos de vida, consegue-se aumentar a esperança de vida saudável aos 65 anos de idade e consequentemente reduzir a mortalidade prematura (≤ 70 anos). Através da confiança permite que a população seja mais "permeável" à informação passada pelos profissionais de saúde conseguindo capacitá-los para escolher estilos de vida mais saudáveis, autonomia individual e coletiva (empowerment|) e para a promoção do autocuidado, quer sejam eles a exposição ao fumo do tabaco ou alimentação saudável evitando a obesidade.

- Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico- Para se conseguir implementar um projeto têm de ser verificadas as fragilidades de uma população, também as suas necessidades e as suas perceções de necessidades porque estas podem ser diferentes- aquilo que o profissional percebe como necessidade pode não ser a mesma coisa que a população percebe. Houve necessidade de buscar dados geodemográficos que caracterizassem a população em causa para adequar a forma de

aproximação/ abordagem da mesma. Deste modo, recorreu-se á pesquisa nas bases de dados eletrónicas INE e PORDATA. Houve também necessidade de pesquisar dados no programa de apoio aos registos clínicos, no plano de ação da UCSP, no diagnóstico social e no PLS. O grau de escolaridade, a idade e as condições sócio económicas são as grandes premissas que deverão modelar a abordagem. Após a deteção de problemas foram definidas as prioridades através da comparação por pares. Ao ser definida a prioridade definiram-se os objetivos e as estratégias para os atingir. Por fim, foi realizada a monitorização e avaliação dos resultados da intervenção.

No caso concreto deste projeto a população é envelhecida, com baixo grau de escolaridade, motivo pelo qual a abordagem à população foi através de cartazes e desenvolvido um logotipo por forma a que mesmo que não saibam ler, possam reconhecer o logotipo.

8.2- As competências Comuns de Enfermeiro Especialista

As competências Comuns de Enfermeiro Especialista têm quatro domínios distintos: Domínio da melhoria contínua da Qualidade, Domínio da Responsabilidade Ético-legal, Domínio da Gestão dos Cuidados e por fim, o Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

O Domínio da melhoria contínua envolveu todo o trabalho desenvolvido, uma vez que a acreditação de um serviço é um projeto de qualidade, que se constrói passo a passo. O modelo ACSA é estruturante para os serviços uma vez que é aplicado de forma progressiva uma vez que os standards vão aumentando a sua complexidade. O modelo ACSA foi escolhido pela DGS por ser o que mais se adaptava ao nosso SNS e é parte integrante do Plano Nacional de Acreditação em Saúde desenvolvido pelo Departamento da Qualidade em Saúde. Com o processo de Acreditação pretendeu-se que os atributos desta qualidade tivessem como premissas a eficácia, eficiência, efetividade, otimização e legitimidade de modo a conseguir ganhos em saúde por um melhor serviço prestado, minimizador de erros e consequentemente aumentando a satisfação dos utentes.

No Domínio da Responsabilidade Ético-legal pretendeu munir o sujeito de princípios e valores, aliados à virtude individual de quem desenvolveu o projeto sempre norteado pelos conhecimentos deontológicos que regem a profissão e o respeito pelos direitos humanos. Este projeto foi desenvolvido tendo como base ideológica o conceito central da ética, ou seja, o indivíduo, levando-o a atingir a sua dignidade, respeitando

a sua autonomia, maleficência e não maleficência. Relativamente à proteção de dados é fundamental a sua manutenção, bem como o consentimento informado para a participação no estudo do grau de satisfação da população efetuado antes e depois da implementação do projeto. Informando-os de que a qualquer altura poderiam pedir para serem excluídos, garantindo não haver repercussões negativas pela decisão. Relativamente ao inquérito sobre a satisfação, foi pedido ao seu autor e responsável pela validação para a população portuguesa, autorização, por escrito para a sua aplicação. Segundo a Ordem dos Enfermeiros, os valores universais da relação profissional são a igualdade (através da liberdade responsável) e a verdade e a justiça, através do altruísmo e da solidariedade.

No domínio da Gestão dos Cuidados é elementar haver duas premissas, a capacidade de decisão e a comunicação. A gestão operacional é fomentada através da elaboração de normas para todos os procedimentos efetuados na Unidade Funcional, minimizando o erro e facilitando o trabalho desenvolvido pelos profissionais uma vez que o normaliza, uma vez que é peça fundamental para o processo de Acreditação e é fundamental a comunicação com a Equipa para conseguir envolvê-los de forma a desenvolver sentimentos de pertença. Também a criação de ambientes favoráveis à prática de cuidados é fundamental uma vez que são atingidos através da capacidade de liderança, ambiente de trabalho e satisfação dos profissionais.

O domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais foi preponderante para o autoconhecimento e avaliar as necessidades de melhoria. Foi desenvolvida ação de formação para os colegas com o intuito de os integrar no projeto para que os conseguisse incluir no mesmo, sendo a mestranda a principal dinamizadora, sempre disponível para ouvir as opiniões e sugestões construtivas para a sua melhoria.

Houve a preparação da aplicação dos questionários telefonicamente, uma vez que ainda estava decretado o isolamento da população.

Todo este projeto, foi fundamental para a evolução enquanto pessoa e profissional de saúde, sendo elemento fundamental no seio da equipa por dinamizar a formação em contexto de trabalho. Foi também desenvolvido um artigo de revisão integrativa permitindo justificar com base científica o projeto de intervenção comunitária. (Apêndice

Deste modo, concluo que adquiri e desenvolvi as Competências Comuns de Enfermeiro Especialista.

Ao ingressar no Mestrado e frequentar as aulas teóricas foi lecionado a metodologia de projeto, que, na realidade, todos, enquanto Enfermeiros, de uma forma não tão esquematizada, já é feito. Durante as primeiras seis semanas do estágio, foi iniciada a integração nas rotinas de serviço e o conhecimento da população a quem são prestados os cuidados.

8.3- Competência de Mestre em Enfermagem

Competência- O grau de mestre é um grau académico onde, os seus alunos, conseguem afunilar os seus conhecimentos numa área de especialização específica, bem como a comunicação das suas conclusões e raciocínio lógico para resolver problemas. Neste mestrado, todos os seus "alunos" são profissionais e a exercer funções, sendo uma Especialização de natureza profissional, mas que fomenta a área da investigação no sentido de validar as suas práticas com base em conhecimentos científicos sólidos, sempre com o foco de prestar cuidados de elevada qualidade num domínio específico da Enfermagem e com referenciais científicos, éticos e deontológicos (Regulamento de Mestrado em Associação, 2016).

Know-How- Os conhecimentos adquiridos no 1.º ciclo de estudos e os desenvolvidos durante a implementação do projeto, conferem capacidade ao mestrando para replicar num outro projeto de investigação que venha a participar. O mestrando já desempenhou funções em grupos de trabalho, sejam eles do núcleo de Controlo de Infecção e Acessos Vasculares para Hemodiálise. Esses grupos proporcionam a qualidade e este é o pilar do bom funcionamento de qualquer serviço. Se não houver investimento no saber por parte do profissional não consegue ter bases sólidas para o seu trabalho. A escolha de outra área por parte da mestranda foi para diversificar o leque de conhecimentos para a área Comunitária e para a Saúde Pública e para complementar o meu percurso profissional, embora considere que a Saúde Pública se enquadra tanto na área comunitária como na hospitalar. Foi exposto pela mestranda com clareza e lógica o estudo geodemográfico da população em causa e escolhidas as estratégias a seguir para atingir determinados objetivos. Através da reflexão, foram verificadas as suas fragilidades na consecução do projeto, mas tentou sempre tornar as mesmas.

Competência- Capacitar para a governação clínica, a liderança de equipas e projetos, nos diferentes contextos da prática de cuidados (Regulamento de Mestrado em Associação, 2016)

Know-How- A mestranda já desempenhou funções de chefia numa clínica privada de hemodiálise, tendo desenvolvido competências na governação clínica, gestão de cuidados e Recursos Humanos. Sempre foi apologista que a comunicação e a transparência seriam a chave para liderar uma equipa multidisciplinar. A nível hospitalar já liderou alguns projetos de qualidade. Um projeto de qualidade prende-se com a avaliação da satisfação dos doentes operados no Bloco Operatório do Hospital onde exerce funções, que de alguma forma dá resposta à área da saúde pública. O outro é integrar uma equipa multidisciplinar em conjunto com a Universidade Nova de Lisboa e a Universidade de Évora para o desenvolvimento de um robot UV para descontaminar ambientes contaminados a Sars-Cov 2 ou outros seres patogénicos para o humano, também com a sua vertente de saúde pública. Todos os projetos desenvolvidos foram avaliados e tiveram parecer favorável pelo CA da ULS e pela sua Comissão de Ética.

Competência- Contribuir para o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada. Associação das Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde (AESSES). 2016.Regulamento de funcionamento do mestrado de Enfermagem (Regulamento de Mestrado em Associação, 2016).

Know-How- Para avaliar a importância do tema e do próprio projeto desenvolvido pela mestranda foi desenvolvida uma revisão integrativa da literatura, recorrendo a várias bases de dados científicas, onde se validou a pertinência e se redigiu um artigo científico pronto a ser publicado. Contribuindo então, para disseminar a investigação na Enfermagem e a prática baseada na evidência. A adoção de dois Modelos conceituais de Enfermagem (Avedis Donabedian- Teoria da Qualidade em Saúde e Nola Pender- Segurança dos Cuidados) permitiu o desenvolvimento de competências no desenvolvimento do paralelismo entre a teoria de um modelo e a prática de enfermagem.

9- CONCLUSÃO

Dentro deste contexto de cuidados na comunidade e em tempos de pandemia decorreu o estágio, no período de março a agosto do ano de 2021, peça integrante do plano curricular do Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. O decorrer do mestrado não foi efetuado de forma linear e de todo em condições ótimas. O fato de termos, dentro da componente teórica, um interregno, causou em mim uma sensação de começar de novo. As aulas online foram benéficas, mas nada como o contacto direto com as pessoas, com toda a certeza teria sido muito mais proveitoso. As condições de desenvolvimento do estágio também foram muito condicionadas, devido ao desenvolvimento pandémico, ainda mais num estágio em que nos iríamos debruçar sobre a nossa comunidade e ir ter contato com ela.

A escolha do local de estágio foi, para mim, muito rápida e segura. Por um lado, tinha a facilidade de ser na terra onde resido, podendo efetuar melhor a minha gestão do tempo entre a minha vida profissional, pessoal e escolar, por outro, gostaria de dar um contributo efetivo com o meu trabalho e que pudesse beneficiar a comunidade onde resido desenvolvendo algo que de alguma forma não fosse esquecido ou após o término do estágio fosse deixado na gaveta, não promovendo a sua continuidade.

Como profissional de saúde a exercer funções em tempo de isolamento e em contexto pandémico, fez com que eu tivesse como ideal poder ajudar-nos a viver nestes tempos tão difíceis da melhor forma possível e tentar desenvolver algo em prol dos Enfermeiros, beneficiando também a comunidade à qual se prestam os cuidados. Mas obviamente, esta decisão não podia ser tomada por mim, deveria dar ouvidos ao que a restante equipa teria para dizer. A reunião inicial com o Enfermeiro Coordenador e com a Enfermeira Orientadora foi de grande ajuda, uma vez que estes eram os portadores de ideias e necessidades do próprio serviço e consequentemente da Equipa. Os tempos vividos eram conturbados e de pouca disponibilidade para pensar no que não fosse Covid, vacinação ou até mesmo o rastreio frenético de contactos. Eu propus efetuar algo para os profissionais, algo que foi logo “agarrado” pelo Enfermeiro Coordenador, no sentido de iniciar o processo de Certificação da Unidade. Algo que acarretei, com muita motivação, uma vez que sou uma entusiasta da Qualidade em Saúde e que esta só se atinge havendo normas e motivação da Equipa para o conseguir.

Por um lado, sabia que era algo muito ambicioso e não era exequível no tempo de estágio disponível, ao que se propôs começar a dinamizar o processo e juntando os documentos necessários e avaliar as necessidades de adaptação do serviço às normas

emanadas pela entidade reguladora. Por outro lado, ao enveredar por este caminho, eu sabia que a chave do sucesso seria envolver a equipa a ajudar-me a atingir este objetivo. Mas tinha plena noção que o contexto atual seria uma condicionante uma vez que os colegas estavam muito ocupados.

O contexto pandémico atual mudou a vida de toda a população mundial. Refletiu-se e reflete-se nos comportamentos e interações sociais, no poder económico, na aprendizagem dos jovens pelas alterações dos métodos de ensino à distância e no acesso à saúde.

O isolamento social e a diminuição da interação interpessoal, fez com que a população adquirisse medo de aceder às instituições de saúde. Os profissionais de saúde passaram a interagir com a população através do telefone e das novas tecnologias, deixando de fora uma franja da população por dificuldade em aceder às novas plataformas do conhecimento. São os idosos, que são a maioria da população da UCC onde é desenvolvido o estágio, que geraram um clima de medo e de desconfiança perante os cuidados de saúde prestados, tornando os seus problemas de saúde maiores durante a fase de pandemia vivido.

Foi oportuno trabalhar com e para a comunidade de profissionais de saúde de forma a ajudá-los a trabalhar em segurança para também serem prestados cuidados de qualidade, sem erros, de forma a conseguirem atingir uma ampla satisfação da comunidade com a qual trabalham.

Na fase inicial do projeto já existiam as restrições de contatos interpessoais, diminuindo o leque de possibilidades de projetos exequíveis. Sendo uma fase muito complicada para os profissionais de saúde, seria proveitoso desenvolver um projeto para os beneficiar e melhorar as suas condições laborais. Esta reflexão permitiu, ao iniciar o projeto e todo o seu planeamento, direcionar o enquadramento teórico para suportar teoricamente a pertinência do tema.

Segundo o Imperatori & Girdes (1982: 23) define planeamento em saúde "(...) como a racionalização do uso de recursos com vista a atingir os objetivos fixados (...)".

Neste projeto de Planeamento em saúde, apenas foi efetuado o diagnóstico de situação de saúde atual da população onde a UCC presta cuidados, o qual foi efetuado a partir da avaliação de dados estatísticos e de entrevista semiestruturada a dois pro-

fissionais da UCC. A avaliação epidemiológica demonstrou ser uma ferramenta de análise e uma ciência muito importante do ponto de vista da prevenção, uma vez que está preocupada em relacionar os fatores determinantes de saúde e a forma de estes influenciarem a saúde das pessoas e a ocorrência de doença. O questionário deverá ser aplicado à população por contacto telefónico, devido ao contexto sanitário vigente.

Após os problemas detetados foi escolhido através da comparação por pares o que era considerado por cada um o mais prioritário. Considerou-se prioritário que o foco de atenção será trazer de volta a população a aceder aos seus cuidados de saúde, instituindo e restabelecendo o clima de confiança e satisfação da população. A satisfação da população relativamente aos cuidados de saúde são parte integrante dos objetivos delineados pelo Plano Local de Saúde da ULSBA e no Plano Nacional de Saúde, revelando a sua pertinência. Achou-se que a normalização de procedimentos e a avaliação do funcionamento da UCC por uma instituição externa pudesse fazer essa função, que seria exigir um mínimo de qualidade a nível internacional.

Segundo Donabedian (1980), a satisfação do utente assume uma importância fundamental como medida da qualidade dos cuidados de saúde, onde avalia os profissionais de saúde e os serviços. Considera também que o utente é a autoridade máxima em termos de avaliação dos cuidados que lhes são prestados.

Assim, com este projeto demos resposta ao objetivo geral e deixamos preparado o processo de candidatura à certificação ACSA, pela DGS. Refiro preparar o processo e não a submissão devido ao espaço temporal ser curto para conseguir submeter a candidatura, mas ficou preparado todo o percurso para ser efetivado pela equipa da UCC, mesmo após o término do estágio, uma vez que a manutenção e follow up do projeto perspectiva-se como sendo autossustentável.

Neste contexto o EEECSF tem as ferramentas para entender os processos de transição que a população vivencia e a capacidade de comunicar de forma a desenvolver programas eficazes e eficientes. A vigilância epidemiológica foi um importante instrumento para análise, compreensão e explicação dos fenómenos saúde-doença.

O desenvolvimento deste projeto, desde a etapa inicial até à Definição de Objetivos, com base no Modelo Teórico da Qualidade em Saúde de Avedis Donabedian e o Modelo Teórico de Nola Pender, a junção de ambos permitiu um crescimento significativo enquanto Enfermeira da comunidade e elemento integrado na equipa multidiscipli-

nar de intervenção na qualidade da saúde pública. As competências associadas à especialidade em Enfermagem Comunitária (OE, 2010) foram aplicadas e desenvolvidas ao longo de todo o projeto, nomeadamente a colocação em prática da metodologia do Planeamento em Saúde com o intuito de atingir a satisfação da população relativamente aos cuidados de saúde.

Com a mudança de paradigma, eleva-se cada vez mais a importância do Enfermeiro de Comunitária e de Saúde Pública, por ter conhecimentos e capacidade de interligação com outros serviços e entidades, com vista à manutenção de promoção da saúde e prevenção da doença, tendo a capacidade de prevenir as doenças crónicas mantendo a população ativa, qualidade de vida e conseqüentemente satisfeita.

A elaboração do presente relatório do projeto de intervenção comunitária "Acredita(r) n(a) UCC" é o culminar de todo o percurso académico efetuado, conseguindo desenvolver competências sejam elas comuns a Enfermeiro Especialista, outras específicas da Área de especialização em Enfermagem Comunitária e de Mestre.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACSA (2013). Agencia de Calidad Sanitaria de Andaluzia. Acedido em 03/04/2021. Disponível em: <http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/es/index.html>
- Administração Regional de Saúde do Alentejo [ARSA] (2019). Observatório Regional de Saúde. Perfil Local de Saúde 2019: ULSBA. Acedido a: 25/03/2021. Disponível em: http://www.arsalentejo.min-saude.pt/utentes/saudepublica/ObservatorioRegionalSaude/Documents/PeLS2019_A48_ULS%20Baixo%20Alentejo.pdf
- Algahtani, H., Aldarmahi, A., Manlangit, J., Jr, & Shirah, B. (2017). Perception of hospital accreditation among health professionals in Saudi Arabia. *Annals of Saudi medicine*, 37(4), 326–332. <https://doi.org/10.5144/0256-4947.2017.326>
- Almuedo-Paz, A., Núñez-García, D., Reyes-Alcázar, V. & Torres-Olivera, A., 2012. The ACSA Accreditation Model: Self-Assessment as a Quality Improvement Tool, Quality Assurance and Management, Prof Mehmet Savsar (Ed.), ISBN: 978-953-51-03783, InTech. Acedido a 03/04/2021. Disponível em: https://cdn.intecopen.com/pdfs/33274/InTech-The_acsa_accreditation_model_self_assessment_as_a_quality_improvement_tool.pdf
- American Psychological Association [APA] (2012). Manual de publicação da APA (6.ª edição). Porto Alegre, Brasil: Penso Editora.
- Andres, E.B., Song, W., Song, W. *et al.* Can hospital accreditation enhance patient experience? Longitudinal evidence from a Hong Kong hospital patient experience survey. *BMC Health Serv Res* 19, 623 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4452-z>
- Associação das Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde (AESES). 2016.Regulamento de funcionamento do mestrado de Enfermagem.
- Associação de Respostas Terapêuticas [ART]. Acedido a: 23/03/2021. Disponível em: <https://art.pt/site>
- Assembleia da República [AR] (2019). Lei de Bases da Saúde n.º 95/2019. DR n.º 169/2019, Série I de 04/09/2019. Pág. 55- 66, que revoga a lei 48/90 de 24 de agosto e o Decreto-Lei n.º 185/2002 de 20 de Agosto.
- Câmara Municipal de Casu Verde. Site Institucional. Acesso a 22 de fevereiro de 2021. Disponível em: <https://www.cm-casuverde.pt/pt/menu/371/caracterizacao.aspx>
- Câmara Municipal de Casu Verde. Site Institucional. Acesso em 22 de fevereiro de 2021. Disponível em: <https://www.cm-casuverde.pt/pt/menu/919/reserva-da-biosfera.aspx>

- Câmara Municipal de Castro Verde. Site Institucional. Acesso em 22 de fevereiro de 2021. Disponível em: https://www.cm-castroverde.pt/upload_files/client_id_1/website_id_1/Concelho/Territorio/HIDROGRAFIA.pdf
- Câmara Municipal de Castro Verde. Site Institucional. Acesso em 22 de fevereiro de 2021. Disponível em: <http://www.cm-castroverde.pt/investe.pt/castro-verde-investe>
- Câmara Municipal de Castro Verde. Site Institucional. Acesso em 23 de fevereiro de 2021. Disponível em: www.cm-castroverde.pt
- Câmara Municipal de Castro Verde. Site Institucional. Acesso em 22 de fevereiro de 2021. Disponível em: https://www.cm-castroverde.pt/upload_files/client_id_1/website_id_1/Concelho/Territorio/popula%C3%A7%C3%A3o.pdf
- Câmara Municipal de Castro Verde. Site Institucional. Acesso em 22 de fevereiro de 2021. Diagnóstico social. Concelho de Castro Verde. Disponível em: https://www.cm-castroverde.pt/upload_files/client_id_1/website_id_1/Atividade_Municipal/Acao_Social/2020/Diagnostico%20Social.pdf
- Casa de Acolhimento Residencial Especializada [CARE] GPS. Acedido a 23/03/2021. Disponível em: <http://famser-ipss.pt/site/missao>
- Camillo NRS, Oliveira JLC, Bellucci Jr JA, Cervilheri AH, Haddad MCFL, Matsuda LM. Accreditation in a public hospital: perceptions of a multidisciplinary team. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016;69(3):423-30. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690306i>
- Cavalieri, Irene Corrêa. 2017. Processos de empowerment no contexto da intervenção social: um estudo comparativo. Coimbra. Acedido em 25/07/2021. Disponível em: https://eg.uc.pt/bitstream/10316/82584/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_final_IreneCavalieri.pdf
- Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. [CDSS] (2010). Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais. Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Portugal, Organização Mundial da Saúde. Acedido a 24/08/2021. Disponível em: https://www.who.int/pt-queese/publications/Reducao_desigualdades_relatorio2010.pdf
- Comunidade Intermunicipal do Baixo Alentejo (CIMBAL). Site institucional. Acedido a 23/03/2021. Disponível em: <https://cimbal.pt/pt/menu/598/caraterizacao-do-baixo-alentejo.aspx>
- Conferência Internacional de Cuidados de Saúde Primários. (1978). Declaração de Alma-Ata. Crónica da Organização Mundial de Saúde, 32(11), 428–430. Acedido a 13/07/2021. Disponível em: http://portal.anmsp.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Alma-Ata.htm

- Conservatório Regional do Baixo Alentejo [CRBA]. Acedido a 23/03/2021. Disponível em: http://crba.edu.pt/portal/index.php?option=com_content&view=frontpage&Itemid=1
- Departamento da Qualidade na Saúde [DQS] (2009a). Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde. Acedido a 03/04/2021. Disponível em: <http://www.dgs.pt/diretor-geral-direcao-e-servicos/departamento-da-qualidade-na-saude.aspx>
- Departamento da Qualidade na Saúde [DQS] (2009). Programa Nacional de Acreditação em saúde. Acedido a 03/04/2021. Disponível em: <http://www.dgs.pt/ms/8/default.aspx?id=5521>
- Departamento da Qualidade na Saúde [DQS] (2011). Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final. 2011. Acedido a 23/04/2021. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2011/ClassificacaoISegDoente_Final.pdf
- Dias, José M. (2004). Formadores: Que Desempenho? Loures, Portugal: Lusociência.
- Direção Geral de Saúde [DGS] (2015). Plano Nacional de Saúde Revisão e extensão 2020. Disponível em: <https://www.cm-castroverde.pt/pt/menu/371/caracterizacao.aspx>
- Direção Geral da Saúde [DGS] (2020). Plano Nacional de Preparação e Resposta à Doença por Novo Coronavírus (COVID-19). Acedido a 26/03/2021. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-de-preparacao-e-resposta-para-a-doenca-por-novo-coronavirus-covid-19-pdf.aspx>
- Donabedian, A. (1969) "Medical Care Appraisal—Quality and Utilization". Guide to Medical Care Administration. Vol.11. Nova Iorque: American Public Health Association.
- Donabedian, A. (1980) "Definition of quality and approaches to its assessment. In Explorations in quality assessment and monitoring". Vol.1. Michigan, Health Administration Press.
- Donabedian, A. (1990) "The seven pillars of quality". Arch. Pathol. Med., 114: p. 1115-1118.
- Donabedian, A. (2003). An introduction to quality assurance in Health Care. Oxford: University Press.
- Elnour, A.; Hernan, A.; Ford, D.; Clark, S.; Fuller, J.; Johnson, J.; Dunbar, J. (2014) Surveyor's perceptions of the impact of accreditation on patient safety in general practice. Medical Journal of Australia, August. DOI:10.5694/mja14.00198. Acedido a 03/04/2021. Disponível em: https://www.mja.com.au/system/files/issues/201_03/abo00198.pdf
- Estatísticas, gráficos e indicadores de Municípios, Portugal e Europa. Pesquisado em 23 março de 2022. Disponível em: <http://www.pordata.pt>

- Fortin, M. (1999). O Processo de Investigação: da Conceção à Realização. Loures, Portugal: Lusociência.
- Greenfield, D., & Braithwaite, J. (2008). Health sector accreditation research: a systematic review. *International journal for quality in health care: journal of the International Society for Quality in Health Care*, 20(3), 172–183. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzn005>
- Haines, A., de Barros, E. F., Berlin, A., Heymann, D. L., & Harris, M. J. (2020). National UK programme of community health workers for COVID-19 response. *Lancet* (London, England), 395(10231), 1173–1175. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30735-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30735-2)
- Health Parliament Portugal [HPP] (2017). Recomendações para o Futuro da Saúde em Portugal, Impresa. Acedido a: 26/03/2021. Disponível em: https://sdistribution.impresa.pt/data/content/binaries/e65/59f/c78d9345-d4af-4805-98e2-5c44d6233e3d/Book_versao-final_12_out.pdf
- Hemadneh, R., Hammoud R., Kdouh, O., Jaber, T., Ammar, L. (2018). Patient satisfaction with primary healthcare services in Lebanon. *The International Journal of Health Planning and Management*, Vol. 34, January/March 2019, Pages e423-e435. DOI: 10.1002/hpm.2659
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). Metodologia do Planeamento em Saúde Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais (3.ª edição). Lisboa, Portugal: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2012). Censos - Resultados definitivos. Portugal- 2011. Acedido a: 19/03/2021. Disponível em: https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CEN-SOS&xpgid=ine_censos_publicacao_det&contexto=pu&PUBLICACOES-pub_boui=73212469&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1&pcensos=61969554
- International Council of Nurses [ICN] (2008). Princípios dos Cuidados de Saúde Primários. Acedido a: 23/03/2021. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2008.pdf
- Joseph S. (2021) Impact assessment of accreditation in primary and secondary public health-care institutions in Kerala, India. *Indian J Public Health*. 65:110-5.
- Maciel, Fernanda Beatriz Melo, Santos, Hebert Luan Pereira Campos dos, Carneiro, Raquel Araújo da Silva, Souza, Eliana Amorim de, Prado, Nília Maria de Brito Lima, & Teixeira, Carmen Fontes de Souza. (2020). Agente comunitário de saúde: reflexões sobre o processo de trabalho em saúde em tempos de pandemia de Covid-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(Suppl. 2), 4185-4195. Epub September 30. Acedido a: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.2.28102020>

- Melo, P. (2020). Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública. Lidel- Edições Técnicas, Lda.
- Melo, P. (2020). A pandemia para além da doença: a importância das medidas terapêuticas promotoras da firmeza. Just News. Acedido a 03/12/2021. Disponível em: [A pandemia para além da doença: a importância de medidas terapêuticas promotoras de firmeza](#)
- Mendes, V. d. M. P., 2012. Qualidade no Serviço Nacional de Saúde: Evolução recente e perspetivas futuras. Lisboa: Tese de Mestrado em Gestão da Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública - Universidade Nova de Lisboa. Acedido a 3/04/2021. Disponível em: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/9400/3/RUN%20-%20Disserta%25C3%25A7%25C3%25A3o%20de%20Mestrado%20-%20Vanessa%20Mendes.pdf>
- Mendonça, A.V.; Souza M.F.; Linhares, R.N.; Cabral, J.C.; Paixão P.B. Inclusão digital dos agentes comunitários de saúde no Brasil: novas formas de aprender em rede. Tempus - Actas de Saúde Coletiva 2009; 3(1):28-37. Acedido a 28/03/2021. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/11409>
- Ministério da Saúde [MS] (2008). Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde Decreto-Lei n.º 28/2008. Diário da República n.º 38/2008, Série I de 2008-02-22. Pág.1182-1189. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/247675/details/maximized>
- Ministério da Saúde [MS] (2009). Regulamento da Organização e do Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade. Despacho n.º 10143/2009. Diário da República, 2.ª série, N.º 74, 16 de Abril de 2009. Pág. 15438- 15440. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/2216310>
- Ministério da Saúde [MS] (2013). Decreto-Lei n.º 137/2013 de 7 de outubro. O presente decreto-lei procede à quinta alteração ao Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, alterado pelos Decretos-Leis n.ºs 81/2009, de 2 de abril, 102/2009, de 11 de maio, 248/2009, de 22 de setembro, e 253/2012, de 27 de novembro, que estabelece o regime de criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. Procede ainda à primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 81/2009, de 2 de abril, que estabelece as regras e princípios de organização dos serviços e funções de natureza operativa de saúde pública, sedeados a nível nacional, regional e local. Diário da República, 1.ª série, N.º 193 de 7 de outubro. Pág. 6050- 6061. Acedido a 20/03/2021. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/500071>
- Ministério da Saúde [MS] (2015). Plano Nacional para a Segurança dos doentes 2015- 2020. Despacho n.º 1400-A/2015. Diário da República, 2.ª série, N.º 28 de 10 de fevereiro de 2015. Acedido a 23/05/2021. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2015/PlanoNacionalSegurancaDoentes.pdf>

- Ministério da Saúde [MS]. (2016). Compromisso para a Sustentabilidade e o Desenvolvimento do serviço Nacional de Saúde: 2016- 2018. Acesso a 19/08/2021. Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/03/Compromisso_Sustentabilidade_Desenvolvimento_SNS_25.02.2016_versa%CC%83o-final_I.pdf
- Ministério da Saúde [MS]. (2016). Reforma do Serviço Nacional de Saúde: Plano Estratégico e Operacional 2016- 2019. Coordenação Nacional para os Cuidados de Saúde Primários. Acedido a 28/09/2021. Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/02/Plano_Estrategico_e_Operacional.pdf
- Ministério da Saúde [MS] (2018). Plano Local de Saúde da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo 2018-2020. Acedido a 23/03/2021. Disponível em: <http://www.ulsba.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/15/2019/03/PLS-comunidade.pdf>
- Ministério da Saúde [MS] (2019). Plano de Atividades e Orçamento da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo para 2019 Acedido a: 25/03/2021. Disponível em: <http://www.ulsba.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/15/2018/12/PAO-2019.pdf>
- Ministério da Saúde [MS] (2019). Plano de ação 2020 da UCC Cuidar no Campo Branco.
- Ministério da saúde [MS]. Bilhete de identidade dos Cuidados de Saúde Primários: ACES Baixo Alentejo. Acedido em 25/03/2021. Disponível em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/4/40001/Pages/default.aspx>
- Ministério da Saúde [MS]. Bilhete de identidade dos Cuidados de Saúde Primários: UCSP de Castro Verde. Acedido a 25/03/2021. Disponível em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/4/40001/4020600/Pages/default.aspx>
- Moe, G., Wang, K. H., & Kousonsavath, S. (2019). Accreditation: A Quality Improvement Strategy for the Community-Based Family Practice. *Healthcare quarterly (Toronto, Ont.)*, 21(4), 13–20. <https://doi.org/10.12927/hcq.2019.25746>
- O'Beirne, M., Zwicker, K., Sterling, P. D., Lait, J., Lee Robertson, H., & Oelke, N. D. (2013). The status of accreditation in primary care. *Quality in primary care*, 21(1), 23–31.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual Enunciados Descritivos. Acedido a 18/03/2021. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2011). Regulamento n.º 128/2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Diário da República n.º 35, 2.ª série, de 18 de fevereiro. Pág. 8667- 8669. Acedido a 17/03/2021. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/3477017>

- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015), Regulamento n.º 348/2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Diário da república, 2.ª série, N.º 118 de 19 de junho de 2015. Pág. 16481- 16486. Acedido a 17/03/2021. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/67540266>
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2019). Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República n.º 26, 2.ª série, de 6 de Fevereiro. Pág. 4744 – 4750. Acedido a 17/03/2021. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (2006). Quality of care: a process for making strategic choices in health systems., s.l.: WHO Press. Acedido a 26/03/2021. Disponível em: https://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf
- Organização Mundial da Saúde [OMS] (2015). Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde: Resumo. Acedido a 26/03/2021. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf%3Bise
- Organização das Nações Unidas [ONU] (2015). Agenda 2030 de Desenvolvimento Sustentável. Centro de Informação Regional das Nações Unidas para a Europa Ocidental. Acedido a 13/07/2021. Disponível em: http://www.unric.org/pt/images/stories/2016/ods_2edicao_web_pages.pdf
- Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS]. Entenda a Infodemia e a Desinformação na Luta Contra a COVID-19. Acedido a: 26/03/2021. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52054/Factsheet-Infodemic_por.pdf?sequence=14
- Pender, N.J. (2011). The Health Promotion Model Manual. Disponível em <http://hdl.handle.net/2027.42/85350>
- Pereira, Claudia Cristina Aguiar, & Machado, Carla Jorge. (2015). Telessaúde no Brasil– conceitos e aplicações. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(10), 3283-3284. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015209.07082015>
- Pordata. (2021). Estatísticas, gráficos e indicadores de Municípios, Portugal e Europa. Pesquisado em 23 março de 2022. Disponível em: <http://www.pordata.pt>
- Quarta Conferência Internacional da Promoção da Saúde no Século XXI. (1997). Declaração de Jakarta. Acedido a 13/07/2021. Disponível em: https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_portuguese.pdf
- Rahim, A. I., Ibrahim, M. I., Musa, K. I., & Chua, S.-L. (2021). Facebook Reviews as a Supplemental Tool for Hospital Patient Satisfaction and Its Relationship with Hospital Accreditation in Malaysia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(14), 7454. MDPI AG. Acedido a 23/05/2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18147454>

- Reischmann, J. (2004): *Andragogy. History, Meaning, Context, Function*. Disponível em <http://www.andragogy.net>. Version Sept. 9, 2004.
- Roque, H., Veloso, A., & Ferreira, P. L. (2016). Versão portuguesa do questionário EUROPEP: contributos para a validação psicométrica. *Revista de Saúde Pública*, 50–61. Acedido a 18/03/2021. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/52301/1/europep%20publicado%202016.pdf>
- Schneider, D., Flach, P. (2017). COMO CONSTRUIR UM PROJETO DE INTERVENÇÃO? Eixo dos instrumentos. In Portal de Formação à Distância. Acedido a 18/03/2021. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:uKfVNIzIhpsJ:www.aberta.se-nad.gov.br/medias/original/201704/20170427-095100-001.pdf+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt>
- Silva, A.P. (2016). *Sistemas de informação em enfermagem: uma teoria explicativa de mudança*. Coimbra: Formasau.
- Tavares, António. (1992). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. 2ª edição. Lisboa: Ministério da Saúde, Portugal.
- Yañez-Gallardo, Rodrigo, & Valenzuela-Suazo, Sandra. (2012). Incidentes críticos de erosão da confiança na liderança de chefes de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(1), 143-150. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000100019>
- World Health Organization. [WHO] (2020). Patient safety. Acedido a 26/03/2021. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/patient-safety#tab=tab_3
- World Health Organization (2011). Patient safety curriculum guide: multi-professional edition. Acedido a 18/08/2021. Disponível em: <https://www.ond.pt/content/uploads/2017/12/patient-safety-oms-guide.pdf>
- World Health Organization. [WHO] (2020). World Patient Safety Day. Charter: health worker safety: a priority for patient safety. Acedido a 26/03/2021. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/world-patient-safety-day/health-worker-safety-charter-wpsd-17-september-2020-3-1.pdf?sfvrsn=2cb6752d_2

ANEXOS

ANEXO I- QUESTIONÁRIO EUROPEP

Qual a sua opinião sobre esta Unidade de Saúde Familiar (USF)

Acreditamos que o Cidadão é o elemento mais importante nos cuidados de saúde. Queremos ter em conta a sua opinião. Por isso, pedimos-lhe que, tendo em conta a qualidade dos cuidados que lhe foram prestados, responda a este questionário.

A informação que nos fornecer será confidencial.

Em cada pergunta, assinale com um 'X' a resposta que considera mais adequada.

Muito obrigado pela sua colaboração.

Agradecemos que nos fornecesse alguns dados a seu respeito, apenas para fins estatísticos.

Qual é o seu sexo? Feminino Masculino

Qual é a sua idade? anos

Qual é a sua situação familiar?

- Casado/a com registo
- Casado/a sem registo – união de facto
- Solteiro/a
- Viúvo/a
- Divorciado/a
- Separado/a

Que grau de ensino é que completou?

- Não sabe ler nem escrever
- Só sabe ler e escrever
- 1º ciclo do Ensino Básico (1º - 4º ano) / Antiga 4ª classe
- 2º ciclo do Ensino Básico (5º - 6º ano) / Antiga 6ª classe / Ciclo Preparatório
- 3º ciclo do Ensino Básico (7º - 9º ano) / Curso Geral dos Liceus
- Ensino Secundário (10º - 12º ano) / Curso Complementar dos Liceus
- Ensino Superior (Politécnico ou Universitário)

Esta é a sua primeira consulta nesta Unidade de Saúde Familiar? Sim Não

Se NÃO, quantas mais vezes veio a esta Unidade de Saúde Familiar nos últimos 12 meses? _____

Nas seguintes afirmações assinale com "X" o seu grau de satisfação, numa escala de 1 a 5 em que 5 é "excelente" e 1 é "mau".

Que avaliação faz do seu médico de família nos últimos 12 meses em relação a:

	Mau					Excelente
1. Fazê-lo/a sentir que tem tempo durante a consulta.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
2. Interesse mostrado pela sua situação pessoal.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
3. Facilidade com que se sentiu à vontade para lhe contar os seus problemas.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
4. Forma como foi envolvido/a nas decisões sobre os cuidados que o médico lhe prestou.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	

5. Forma como o médico o/a ouviu.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Confidencialidade da informação sobre o seu processo.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Forma como lhe foi prestado alívio rápido dos seus sintomas.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. Ajuda que recebeu para se sentir suficientemente bem para desempenhar as suas tarefas diárias.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. Atenção dispensada aos seus problemas.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. Exame clínico feito pelo médico.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Oferta de serviços de prevenção de doenças.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12. Explicação sobre os medicamentos, tratamentos e exames prescritos.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13. Forma como foi suficientemente informado/a sobre os seus sintomas e a sua doença.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14. Ajuda que recebeu para enfrentar os problemas emocionais relacionados com o seu estado de saúde.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
15. Apoio que recebeu para compreender porque é importante seguir os conselhos do seu médico.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
16. Conhecimento sobre o que foi feito e dito em anteriores contactos nesta Unidade de Saúde Familiar.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
17. Preparação sobre o que esperar dos cuidados hospitalares, de outros especialistas ou outros prestadores de cuidados.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Que avaliação faz desta Unidade de Saúde Familiar nos últimos 12 meses em relação a:

	Mau					Excelente				
18. Tempo que lhe foi dedicado pelo pessoal de enfermagem.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
19. As explicações dadas pelos enfermeiros sobre os procedimentos e cuidados executados.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
20. O tempo que lhe foi dedicado no atendimento administrativo.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
21. A forma como foi esclarecido/a quando solicitou uma informação ao Secretariado Clínico.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
22. A competência, cortesia e carinho do pessoal médico.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
23. A competência, cortesia e carinho do pessoal de enfermagem.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
24. A competência, cortesia e carinho do pessoal do Secretariado Clínico.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
25. Apoio, em geral, que recebeu do pessoal desta USF, além dos médicos.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
26. Facilidade em marcar uma consulta que lhe convenha nesta USF.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
27. Possibilidade de falar pelo telefone para esta USF.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
28. Possibilidade de falar pelo telefone com o médico de família.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

29. O horário de atendimento desta USF.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
30. Tempo que esperou na sala de espera.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
31. A liberdade de escolha de profissional de saúde e a possibilidade de segunda opinião.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
32. O conforto geral desta USF.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
33. A limpeza das instalações desta USF.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
34. Os serviços ao domicílio fornecidos por esta USF.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

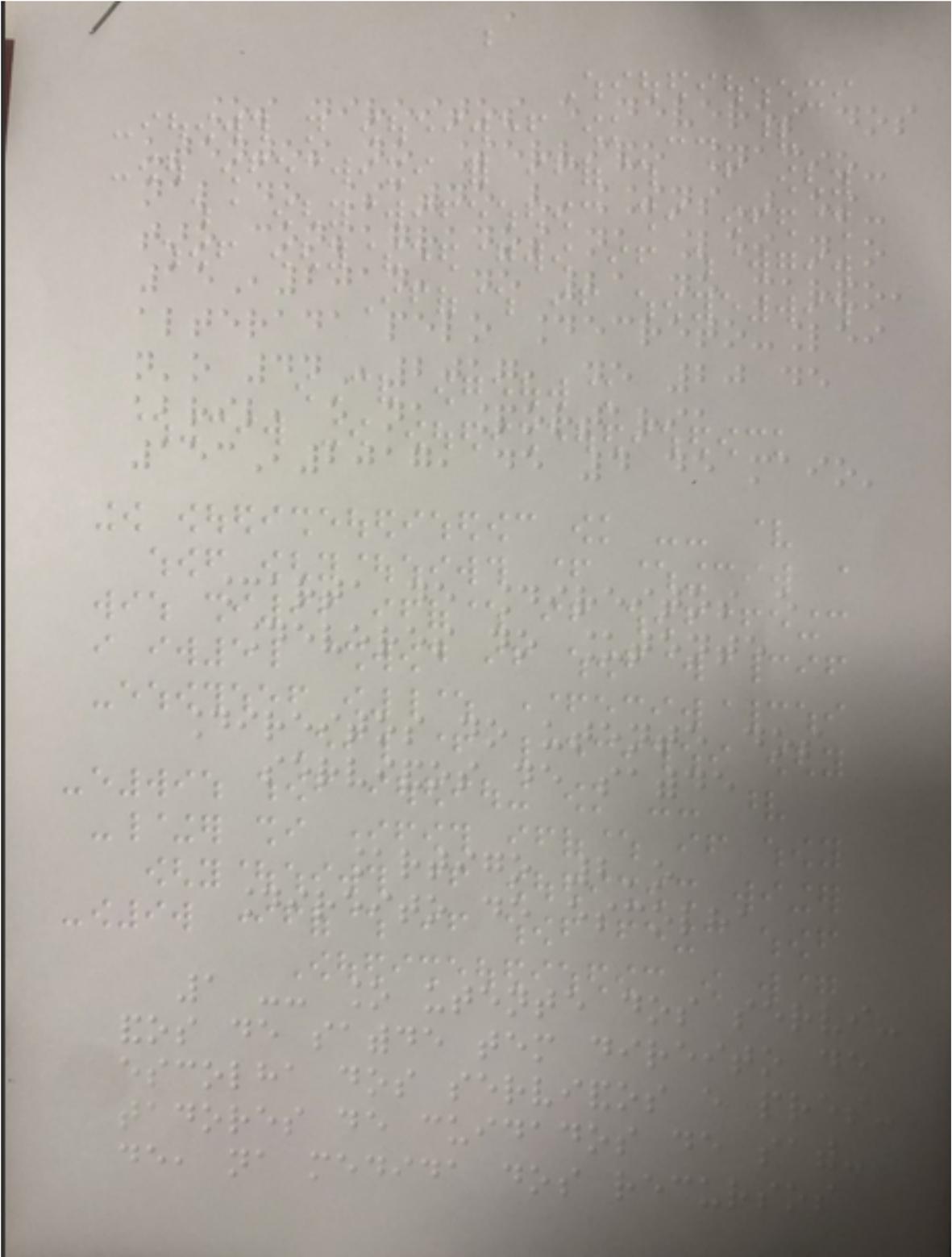
Dê-nos agora, por favor, o seu grau de concordância em relação às seguintes afirmações:

	Discordo muito	Discordo	Não Concordo nem discordo	Concordo	Concordo muito
1. Esta USF responde às necessidades dos utilizadores (por exemplo, de crianças, idosos e portadores de deficiência).	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Recomendo fortemente esta USF aos meus amigos.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Não vejo qualquer razão para mudar para outra USF.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Na sua opinião, como se poderia melhorar os serviços prestados por esta Unidade de Saúde Familiar?

MUITO OBRIGADO POR NOS TER AJUDADO A PREENCHER ESTE QUESTIONÁRIO.

ANEXO II- CARTA DOS DIREITOS E DEVERES DO DOENTE ESCRITA EM BRAILLE



ANEXO III- DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS DE NOTIFICAÇÃO OBRIGATÓRIA

ANEXO IV- IDIOMAS DISPONÍVEIS NO SERVIÇO DE TRADUÇÃO TELEFÓNICA

Idiomas disponíveis no Serviço de Tradução Telefónica

Albanês	Alemão	Árabe	Azerbaijano	Amárico
Balanta	Baluchi (Paquistão)	Bangla/Bengali	Búlgaro	Chinês Mandarim
Chinês-Quingian/ Wenzhou	Chinês - Wenzhou	Chinês - Xangai	Crioulo (Cabo Verde)	Crioulo (Guiné-Bissau)
Curdo	Dari (Afeganistão)	Espanhol	Farsi/Persa	Farsi / Irão
Filipino	Francês	Fula (Guiné Bissau)	Fula (Senegal)	Georgiano
Grego	Gujarati	Haaka Leste) (Timor	Hindi	Holandês
Ibo - Nigéria	Ioruba (Nigéria)	Inglês	Italiano	Japonês
Kicongo (R.Congo)	Lingala (R.Congo)	Lituano	Lori (Irão)	Malaiala/Malabar(sul India)
Mandinga	Marata (India)	Moldavo	Nepalês	Norueguês
Oromo	Pidgin English (Nigéria)	Polaco	Punjabi	Romeno
Russo	Saraiki (Paquistão)	Sindi (Paquistão)	Somali	Tailandês
Tajique (Tajiquistão)	Tamil (India, Sri Lanka)	Tetum Leste) (Timor	Tigrínia	Turco
Ucraniano	Urdu	Wolof		

APÊNDICES

APÊNDICE I- PLANO DA SESSÃO

PLANO DE SESSÃO

Tema da sessão: Acreditação ACSA da UCC Alentejo

Público- alvo: Equipa de Enfermagem da UCC

Data: 16/07/2021 **Hora:** 9:00 às 9:30

Local: Sala de reuniões da UCC

Duração: 30min

Formadores: Perito da Qualidade da ULS

Objetivos	Objetivo Geral: Dar a conhecer o Processo de Acreditação ACSA				
	Objetivos Específicos: <ul style="list-style-type: none"> - Descrever a forma como irá decorrer o processo de Acreditação - Envolver a equipa para cooperar no processo; - Delegar tarefas à equipa. 				
FA-SES	CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	MÉTODOS/TÉCNICAS PEDAGÓGICAS	ATIVIDADE	RECURSOS DIDÁTICOS	MIN
INTRODUÇÃO	Apresentação do Formador	Expositivo		Portátil PowerPoint Data show	5'
	Apresentação dos Formandos	Expositivo			
	Objetivo da Sessão	Expositivo	- Apresentação do tema; - Objetivos da sessão;		
DESENVOLVIMENTO	-Apresentação do Modelo ACSA - O papel da Equipa - Aplicação de questionários pré e pós acreditação - Discussão	Expositivo	-Fases do processo de acreditação - O que já está feito -O que precisa ser feito	Portátil PowerPoint Data show	20'
CONCLUSÃO	Síntese/Conclusão da Sessão e avaliação da sessão	Expositivo	- Síntese dos aspetos mais relevantes mencionados ao longo da sessão;	Entrega de ficha de avaliação da sessão	5'
	Encerramento da sessão				

APÊNDICE II- FICHA DE REGISTO DE PRESENÇAS

APÊNDICE III- FICHA DE AVALIAÇÃO DE FORMAÇÃO POR PARTE DO FORMANDO

Ficha de avaliação de formação por parte do formando

Com vista a melhorar a qualidade da formação gostaríamos que preenchesse esta Ficha de Avaliação.

A sua colaboração é de extrema importância. Muito obrigada.

Ação formação:

Duração:

Data de início:

Data de Fim:

Na sua avaliação, utilize a seguinte escala:

1	2	3	4
INSUFICIENTE	MÉDIO	BOM	EXCELENTE

2. Conhecimentos iniciais	1	2	3	4
Ao apresentar-se nesta formação os seus conhecimentos sobre as temáticas abordadas eram:				
3. Expectativas	1	2	3	4
Esta formação correspondeu ao que dela esperava, tendo sido útil?				

4. Docentes

Refira a sua opinião sobre o desempenho do(s) Formador(es)/Docente(es):

FORMADOR	O docente transmitiu com clareza os assuntos abordados?				O docente conseguiu criar um clima propício à participação?				O docente dominava o assunto que expôs?				Os métodos utilizados foram os mais ajustados?			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4

5. Funcionamento da formação

Refira a sua opinião sobre os seguintes itens:

ITENS	1	2	3	4
a) Os Objetivos da formação eram claros?				
b) O conteúdo da formação foi adequado à função que desempenha?				
c) A formação estava bem estruturada?				
d) Os Meios audio-visuais utilizados foram adequados?				
e) A Duração da formação, relativamente ao seu conteúdo, foi adequada?				
f) As Instalações em que decorreu a formação eram adequadas?				
g) Considera a componente prática da formação útil na incorporação dos conhecimentos?				

6. Resultados alcançados	1	2	3	4
Como classifica os resultados alcançados pela frequência desta formação?				

7. Na sua opinião, quais os principais "pontos fortes" e "pontos fracos" desta formação?

PONTOS FORTES	PONTOS FRACOS

8. Que sugestões de melhoria gostaria de fazer?

9. Comentários

APÊNDICE IV- CONSENTIMENTO INFORMADO

Consentimento Informado para Estudo de Satisfação Utentes UCC

Eu, _____ tomei conhecimento do estudo que serei incluído e compreendi a explicação que me foi fornecida a cerca da investigação que se tenciona realizar. Foi-me dada a oportunidade de colocar as questões que julguei necessárias, e de todas obtive respostas satisfatórias.

Tive conhecimento que a participação é voluntária e com possibilidade de me retirar da investigação a qualquer altura, sem qualquer tipo de prejuízo.

Por isso, consinto que me seja aplicado o questionário proposto pelo investigador.

_____, ____ de _____ de 2021

Assinatura do participante

APÊNDICE V- PEDIDO DE UTILIZAÇÃO DE QUESTIONÁRIO EUROPEP

Le 7 juil. 2021 à 20:14, M^a Joao Rodrigues <mjoaomexia@hotmail.com> a écrit :

Boa tarde Exmo. Senhor Hugo Roque

O meu nome é Maria João e sou Enfermeira a frequentar o Mestrado em Enfermagem com a Especialização em Enfermagem comunitária e de Saúde Pública.

Verifiquei que fez parte do grupo que publicou um artigo onde tinham como objetivo avaliar a validade de construto e fiabilidade da versão portuguesa do questionário European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care.

Peço, por favor, se me podia enviar uma cópia integral da tradução que fizeram, de forma a ser o mais fiel possível à vossa validação, uma vez que não consegui encontrar na internet.

Sem outro assunto.
Agradeço desde já a sua atenção.

Com os melhores cumprimentos,
Best Regards,
Maria João Rodrigues

De: Hugo Roque <hugoroque1980@gmail.com>
Enviado: 9 de julho de 2021 15:45
Para: M^a Joao Rodrigues <mjoaomexia@hotmail.com>
Assunto: Re: Pedido de autorização

Boa tarde Sra Maria João

Envio em anexo o questionário pedido.

Boa sorte e bom mestrado

Melhores cumprimentos
Hugo Roque



Mª Joao Rodrigues

seg, 19/07/2021 16:09

Para: Hugo Roque

Boa tarde

Acuso receção do questionário.

Agradeço imenso a sua disponibilidade.

Com os melhores cumprimentos,
Best Regards,
Maria João Rodrigues

APÊNDICE VI- INSTRUÇÕES DE TRABALHO DESENVOLVIDAS PARA A UCC NO ÂMBITO DA ACREDITAÇÃO

MATERIAL OU EQUIPAMENTO	MÉTODO DE DESCONTAMINAÇÃO	PERIODICIDADE	QUEM EXECUTA
Pavimento/Chão	<ol style="list-style-type: none"> 1) Antes de iniciar a limpeza, apanhar primeiro o lixo espalhado aplicando o método húmido (pano molhado) 2) Limpar com água quente e detergente suave (diluição segundo instrução do fabricante) 	Semanal e sempre que esteja visivelmente sujo	Assistente Operacional
Porta e Manípulos	<ol style="list-style-type: none"> 1) Limpar com pano húmido 2) Aplicar produto de limpeza 3) Limpar com novo pano só com água 4) Limpar com pano seco 5) Limpar manípulo com pano húmido e detergente 	Semanal e sempre que esteja visivelmente sujo	Assistente Operacional
Janela/Vidro	<ol style="list-style-type: none"> 1) Remover acessórios (cortinas, telas protetoras) se os tiver 2) Limpar parapeito da Janela por dentro e por fora com pano húmido 3) Limpar com pano seco e macio 	Trimestral	Assistente Operacional
Armários (exterior e interior)	<ol style="list-style-type: none"> 1) Limpeza com pano húmido e detergente 2) Limpar com pano só com água 3) Limpar com pano seco 4) Desinfetar com álcool a 70° e deixar secar 	Trimestral	Assistente Operacional
Paredes e Tetos	<ol style="list-style-type: none"> 1) Retirar pó com rolo envolto em pano húmido 2) Mergulhar outro pano em solução de limpeza, retirar excesso proceder limpeza 3) Enxaguar com água limpa 4) Repetir operação com pano seco. 	Semestral	Assistente Operacional
MATERIAL OU EQUIPAMENTO	MÉTODO DE DESCONTAMINAÇÃO	PERIODICIDADE	QUEM EXECUTA

Armário baixo (superfície de trabalho)	<ol style="list-style-type: none"> 1) Limpar com água e detergente suave 2) Enxaguar e secar bem; 3) Desinfetar com álcool a 70° e deixar secar 	<p>Semanal (limpeza)</p> <p>Diário (desinfecção sempre que vá utilizar a superfície de trabalho)</p>	<p>Assistente Operacional</p> <p>Enfermeiros UCC</p>
Prateleiras de madeira (Superiores)	<ol style="list-style-type: none"> 1) Retirar pó com pano húmido 2) Limpar com pano húmido e detergente 3) Limpar com pano só com água 4) Limpar com pano seco 5) Desinfetar com álcool a 70° e deixar secar 	Semestral	Assistente Operacional
Calhas e lâmpada	<ol style="list-style-type: none"> 1) Retirar pó com pano húmido 2) Limpar com pano húmido e detergente 3) Limpar com pano seco 	Trimestral	Assistente Operacional
Prateleira madeira (Inferiores)	<ol style="list-style-type: none"> 1) Retirar pó com pano húmido 2) Limpar com pano húmido e detergente 3) Limpar com pano só com água 4) Limpar com pano seco 5) Desinfetar com álcool a 70° e deixar secar 	Mensal	Assistente operacional
Prateleiras da estante de metal	<ol style="list-style-type: none"> 1) Retirar pó com pano húmido 2) Limpar com pano húmido e detergente 3) Limpar com pano só com água 4) Limpar com pano seco 5) Desinfetar com álcool a 70° e deixar secar 	Semanal e quando visivelmente sujo	Assistente operacional

Ministério da Saúde		1. IT.???.0
Unidade Local de Saúde do Alentejo, EPE		
FORMAÇÃO EM SERVIÇO DOS ENFERMEIROS DA UCC	REVISÃO	
	Nº	00
	Mês/Ano	00/00
		FOLHA
		130/178

1. OBJETIVO

Estabelecer e definir a utilização de um modelo de trabalho para a Formação em Serviço dos Enfermeiros da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), com vista ao aperfeiçoamento contínuo da prática e da qualidade do trabalho efetuado.

2. RESPONSABILIDADES

- 2.1. É da responsabilidade da Unidade Local de Saúde do Alentejo, EPE adequar recursos e desenvolver estruturas que obviem ao exercício profissional de qualidade, no que respeita ao aperfeiçoamento profissional dos Enfermeiros em contexto de Formação em Serviço.
- 2.2. É da responsabilidade do Enfermeiro responsável pela Formação:
- a) Conhecer o modelo de trabalho da formação em serviço;
 - b) Avaliar as necessidades formativas dos Enfermeiros da UCC “Cuidar Ferreira na Proximidade”;
 - c) Elaborar o Plano Anual de Formação, devidamente fundamentado nas necessidades formativas identificadas;
 - d) Divulgar o Plano Anual de Formação aos Enfermeiros da UCC “Cuidar Ferreira na Proximidade”;
 - e) Providenciar os documentos necessários ao formador de cada sessão de formação em serviço realizada;
 - f) Providenciar os documentos necessários aos formandos de cada sessão de formação em serviço frequentada (folha de avaliação da sessão e do formando, certificado de presença na sessão);
 - g) Elaborar um Relatório do Anual de Formação com a avaliação do Plano Anual de Formação;
 - h) Divulgar os resultados constantes no Relatório do Anual de Formação aos Enfermeiros da UCC “Cuidar Ferreira na Proximidade”.

É responsabilidade de todos os Enfermeiros da UCC:

- a) Conhecer o modelo de trabalho da formação em serviço da UCC;
- b) Preparar e dinamizar sessões de formação em serviço, de acordo com o plano de formação anual elaborado;
- c) Colaborar com o Enfermeiro responsável pela Formação na UCC, na organização das sessões de formação em serviço;
- d) Avaliar as sessões de formação em serviço frequentadas e respetivos formadores.

3. DESCRIÇÃO

- 3.1. A Avaliação das necessidades Formativas dos Enfermeiros é realizada pelo Enfermeiro responsável pela Formação da UCC, através da aplicação do Mod.1287.ULSBA, EPE (Identificação das Necessidades de Formação - Anexo 1), no início do mês de Janeiro de cada ano.
- 3.2. O Mod.1287.ULS, EPE (Identificação das Necessidades de Formação - Anexo 1) deve ser preenchido por todos os Enfermeiros da UCC até ao fim do mês de Janeiro de cada ano.
- 3.3. O Enfermeiro responsável pela Formação da UCC avalia e analisa as necessidades formativas dos colegas, procedendo à sua divulgação e discussão das necessidades formativas identificadas, com a equipa de Enfermagem da UCC.
- 3.4. O Enfermeiro responsável pela Formação da UCC elabora o Plano Anual de Formação em Serviço (Mod.1288.ULS, EPE, apresentado no Anexo 2) até ao fim do mês de Fevereiro de cada ano, com base nas necessidades formativas identificadas.
- 3.5. O Enfermeiro responsável pela Formação, em conjunto com a equipa de Enfermagem da UCC, define as sessões de formação em serviço a constar no Plano de Formação anual, bem como os respetivos formadores para cada sessão, devendo responder às necessidades formativas identificadas.
- 3.6. As sessões de formação em serviço deverão ser preparadas pelo formador selecionado para o efeito.
- 3.7. O Enfermeiro responsável pela Formação colabora na organização de cada sessão, disponibilizando os recursos necessários à realização da mesma.
- 3.8. Para cada sessão de formação em serviço realizada devem ser preenchidos os seguintes documentos:
 - a) Plano de Sessão Formativa, no Mod.1289.ULS, EPE (Anexo 3), onde conste: tema, objetivos, nível dos formandos e recursos disponíveis;
 - b) Controlo de presenças dos formandos, com respetivo tema da formação realizada, no Mod.1290.ULS, EPE (Anexo 4);

- c) Avaliação da Sessão de Formação, no final de cada sessão através da aplicação do Mod.1291.ULS, EPE (Anexo 5);
- 3.9. No final de cada ano, o Enfermeiro responsável pela Formação elabora e entrega os seguintes documentos:
- a) Declaração de presença nas Sessões de Formação, a cada um dos Formandos (Mod.1293.ULS, EPE, constante no Anexo 6);
 - b) Declaração para os Formadores das Sessões de Formação (Mod.1294.ULS, EPE, constante no Anexo 7).
- 3.10. A elaboração do Relatório do Plano Anual de Formação (Mod.1292.ULS, EPE, constante no Anexo 8) é da responsabilidade do Enfermeiro responsável pela Formação, e deve ser apresentado até ao final do mês de Janeiro de cada ano.

4. ANEXOS

Anexo 1 – Mod.1287.ULS, EPE: Identificação das Necessidades de Formação

Anexo 2 – Mod.1288.ULS, EPE: Plano Anual de Formação em Serviço

Anexo 3 – Mod.1289.ULS, EPE: Plano da Sessão de Formação

Anexo 4 – Mod.1290.ULS, EPE: Folha de Presenças

Anexo 5 – Mod.1291.ULS, EPE: Avaliação da Sessão de Formação

Anexo 6 – Mod.1293.ULS, EPE: Declaração para Formando

Anexo 7 – Mod.1294.ULS, EPE: Declaração para Formador

Anexo 8 – Mod.1292.ULS, EPE: Relatório do Plano Anual de Formação em Serviço

Ministério da Saúde

Unidade Local de Saúde do Alentejo, EPE

2. IT.???.0

PRODUTOS NECESSARIOS À PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA UCC

REVISÃO

FOLHA

Nº

00

133/178

4. OBJETIVO

Identificar os produtos necessários para a prestação de cuidados de Enfermagem na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), de forma a efetuar uma correta e eficiente gestão dos materiais e produtos.

5. REQUISITOS

- 2.1. A escolha do material necessário para a prestação de Cuidados de Enfermagem deve incluir a participação direta de um Enfermeiro.
- 2.2. Existência de um Sistema Informático Funcional - Companhia Portuguesa de Computadores Healthcare Solution [CPCHS] e Armazém Avançado do Centro de Saúde.
- 2.3. Existência de um Sistema de Distribuição Clássica.
- 2.4. Que os Enfermeiros da unidade saibam trabalhar com o sistema informático CPCHS e com o Sistema de Distribuição Clássica.

6. RESPONSABILIDADES

- 3.1. É responsabilidade do Enfermeiro Diretor nomear o Enfermeiro que participa na escolha do material relevante e necessário para os Cuidados de Enfermagem.
- 3.2. É responsabilidade do Enfermeiro nomeado para participar na escolha do material:
 - a) Proceder a uma correta avaliação/apreciação da qualidade do produto, equipamento e/ou material;
 - b) Dar a conhecer os critérios que motivaram a escolha dos produtos à Direção de Enfermagem;
 - c) Elaborar as fichas técnicas dos produtos escolhidos.

- 3.3. É da responsabilidade do Enfermeiro Coordenador ou do Enfermeiro designado pelo mesmo o levantamento mensal das necessidades de produtos da UCC.
- 3.4. É da responsabilidade do Enfermeiro Coordenador ou do Enfermeiro designado pelo mesmo efetuar o pedido mensal de produtos necessários à prestação de cuidados de enfermagem na UCC.
- 3.5. É da responsabilidade do Enfermeiro Coordenador ou do Enfermeiro designado pelo mesmo confirmar a receção dos produtos, conferir a sua integridade e proceder ao seu armazenamento.

4. DESCRIÇÃO

- 4.1. A UCC utiliza o Sistema de Distribuição Clássica (reposição de stocks de acordo com o levantamento das necessidades), dispondo de espaço próprio para armazenamento dos produtos.
- 4.2. O Armazém Avançado do Centro de Saúde efetua o envio dos produtos, de acordo com o pedido mensal efectuado no Sistema Informático CPCHS.
- 4.3. Na pasta de arquivo “Registos de Pedidos CPCHS: Farmácia e Armazém” constam todos os produtos necessários, escolhidos por uma comissão técnica e identificados numa Listagem de Produtos da Unidade de Cuidados na Comunidade
- 4.4. Todos os produtos utilizados na UCC apresentam Fichas Técnicas que estão disponíveis para todos os Enfermeiros.
- 4.5. O Enfermeiro Coordenador ou o Enfermeiro designado pelo mesmo, efetua mensalmente um levantamento das necessidades de produtos da unidade, em folha própria. Posteriormente efetua o pedido através do Sistema Informático CPCHS.
- 4.6. O sistema informático encontra-se disponível na INTRANET, ícone “Aplicações - Centros de Saúde” seguido de aplicação CPCHS. O utilizador acede aos pedidos de farmácia e de armazém introduzindo o seu número de identificação e palavra passe.
- 4.7. Caso seja necessário proceder ao pedido de produtos antes do pedido mensal, o Enfermeiro Coordenador ou o Enfermeiro designado pelo mesmo efetua o pedido através do Sistema Informático CPCHS como “Pedido Urgente”.
- 4.8. Os produtos de escritório estão armazenados em armário próprio.

- 4.9. A Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos Beja + fornece um Kit de fármacos para serem utilizados nos doentes paliativos.
- 4.10. O Enfermeiro Coordenador ou o Enfermeiro designado pelo mesmo procede a um novo pedido para reposição do respectivo Kit (Kit de Fármacos – Cuidados Paliativos) sempre que se verifique rotura de um ou mais fármacos.
- 4.11. Os estupefacientes que fazem parte do Kit de Fármacos – Cuidados Paliativos são armazenados no cofre do Centro de Saúde.

5. ANEXOS

Anexo 1 –Listagem de Produtos da UCC

Anexo 2 –Levantamento de Necessidades de Produtos da UCC

Anexo 3 –Ficha Técnica

Ministério da Saúde

Unidade Local de Saúde do Alentejo, EPE

**TRANSPORTE DE RESÍDUOS PARA O ARMAZÉM DE RESÍDUOS
HOSPITALARES DO CENTRO DE SAÚDE**

REVISÃO	
Nº	00
Mês/Ano	00/00

7. OBJETIVO

Uniformizar e definir o transporte de resíduos hospitalares do grupo III e IV provenientes das extensões e domicílios para o armazém de resíduos hospitalares do Centro de Saúde

8. RESPONSABILIDADES

- 2.1. É da responsabilidade dos profissionais de saúde (produtores de resíduos) procederem à triagem, acondicionamento e providenciarem o transporte do resíduo produzido em contexto domiciliário, de acordo com o PR.314 (Gestão de Resíduos Hospitalares em Contexto Domiciliário) e/ou nas Extensões de Saúde, para o armazém de resíduos do Centro de Saúde.
- 2.2. É da responsabilidade do transportador de resíduos hospitalares, a pesagem dos resíduos e o preenchimento do modelo “Guia Interna de Transporte Rodoviário de Resíduos Hospitalares” (Anexo 1), da Administração Regional de Saúde do Alentejo, conforme deliberação de 26 de setembro de 2006.

3. DESCRIÇÃO:

- 3.1. Nas Extensões de Saúde colocar todo o resíduo hospitalar de risco biológico produzido e pertencente ao grupo III em contentor ou balde com tampa e abertura com pedal, devidamente acondicionado em saco branco com a indicação do risco biológico.
- 3.2. Encerrar o saco após a atividade do dia, respeitando a indicação de que não deverá ultrapassar os 2/3 da sua capacidade com recurso a braçadeira de plástico.
- 3.3. Quanto aos resíduos do Grupo IV, devem seguir as orientações aprovadas no PR.314 (Gestão de Resíduos Hospitalares em Contexto Domiciliário) podendo ser transportado no mesmo contentor, embora em saco correspondente ao grupo IV.

- 3.4. Transportar o saco até ao contentor de transporte de resíduos, colocado no veículo.
- 3.5. Higienizar as mãos após este procedimento.
- 3.6. Na atividade domiciliária, seguir as orientações aprovadas no PR 314.0 (Gestão de Resíduos Hospitalares em Contexto Domiciliário).
- 3.7. Todos os resíduos hospitalares pertencentes aos grupos III e os do IV, produzidos em contexto domiciliário ou nas Extensões de Saúde, devem ser transportados após o término da atividade, para o armazém de resíduos do Centro de Saúde, situado nas traseiras do mesmo (antiga sala de incineração).
- 3.8. É da competência do transportador dos mesmos, o preenchimento, a pesagem e o registo dos resíduos transportados, na “Guia Interna de Transporte Rodoviário de Resíduos Hospitalares” (Anexo 1), documento obrigatório no transporte de resíduos hospitalares nos termos do Despacho 242/96 de 13 de agosto, da Portaria 335/97 de 16 de maio e da deliberação de 26 de Setembro do Conselho de Administração da Administração Regional de Saúde do Alentejo.
- 3.9. O preenchimento da Guia Interna de Transporte Rodoviário de Resíduos Hospitalares deve ser efetuado, tendo em consideração as Instruções de Preenchimento (Anexo 2):
 - a) No momento de saída do Centro de Saúde deve preencher os seguintes itens:
 - Unidade Funcional a que pertence;
 - Identificação do transportador;
 - Marca do veículo e matrícula;
 - Hora e data de partida.
 - b) Na chegada ao Centro de Saúde, deve preencher os seguintes itens:
 - Local de descarga;
 - Hora e data de chegada.
- 3.10. Todo o resíduo hospitalar III deve ser pesado, na balança existente no armazém de resíduos hospitalares do Centro de Saúde, colocando o contentor sobre a mesma sem retirar o saco e deduzindo o valor encontrado da tara do contentor.
- 3.11. Se transportar resíduos do Grupo IV estes devem ser retirados do contentor e pesados separadamente e registar.
- 3.12. O valor da tara está colocado na parte superior da balança, segundo o contentor a pesar.
- 3.13- Deixar o contentor ao fundo da sala
- 3.14- Higienizar as mãos.

- 3.15- As restantes operações serão da responsabilidade das Assistentes Operacionais do Centro de Saúde.
- 3.16- Deverá ser registado na Guia de Transporte o peso respeitante à designação do resíduo / grupo / código LER (Lista Europeia de Resíduos) e ao acondicionamento.
- 3.17- De seguida procede-se à assinatura do produtor e do transportador.
- 3.18- O arquivo das Guias de Transporte é da responsabilidade do Coordenador Técnico do Centro de Saúde de Ferreira do Alentejo, durante o prazo de 5 anos.

4. ANEXOS

Anexo 1 – Guia Interna de Transporte Rodoviário de resíduos Hospitalares.

Anexo 2 – Instruções de Preenchimento

Ministério da Saúde

Unidade Local de Saúde do Alentejo, EPE

3. IT.???.0

EQUIPAMENTOS E RECURSOS MATERIAIS NECESSÁRIOS À PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

REVISÃO		FOLHA
Nº	00	139/178
Mês/Ano	00/00	

1. OBJETIVO

Identificar todos os Equipamentos e Recursos Materiais necessários para a prestação de Cuidados de Enfermagem na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC do Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo).

9. REQUISITOS

A escolha do material necessário para a prestação de Cuidados de Enfermagem deve incluir a participação direta de um Enfermeiro.

10. RESPONSABILIDADES

- 5.1. É responsabilidade do Enfermeiro Diretor nomear o Enfermeiro que participa na escolha do material relevante e necessário para os Cuidados de Enfermagem.
- 5.2. É responsabilidade do Enfermeiro nomeado para participar na escolha do material:
 - a) Proceder a uma correta avaliação/apreciação da qualidade do produto, equipamento e/ou material;
 - b) Dar a conhecer os critérios que motivaram a escolha dos recursos materiais à Direção de Enfermagem;
 - c) Elaborar as fichas técnicas dos equipamentos necessários à prestação de cuidados de Enfermagem.
- 5.3. É da responsabilidade dos técnicos do Serviço de Instalações e Equipamentos efetuar a manutenção dos equipamentos de acordo com as indicações do fabricante.

11. DESCRIÇÃO

- 4.1. As necessidades de equipamentos e materiais são identificadas pelo Enfermeiro Coordenador ou pelo Enfermeiro designado pelo mesmo.
- 4.2. Os pedidos de novos equipamentos ou materiais são efetuados no Sistema Informático Funcional CPCHS através do preenchimento do modelo 705 com justificação da necessidade de compra do mesmo.
- 4.3. Após a compra do material é pedida a inventariação do material ou equipamento e informado o Serviço de Instalações e Equipamento para que seja efetuada a manutenção do mesmo.
- 4.4. Todos os materiais e equipamentos da UCC devem constar do inventário da unidade e estarem identificados com:
 - a) Número de inventário (sempre que existir);
 - b) Número de serie (sempre que existir);
 - c) Artigo;
 - d) Marca (sempre que existir);
 - e) Modelo (sempre que existir);
 - f) Estado.
- 4.5. Os equipamentos que são submetidos a manutenção por outras empresas (ex. veículo automóvel) têm etiqueta com a data de realização da manutenção e data prevista para a próxima.
- 4.6. Os equipamentos e materiais seguem o plano de manutenção de equipamentos conforme o definido pelo fabricante.
- 4.7. A manutenção dos materiais e equipamentos é efetuada pelos técnicos do Serviço de Instalações e Equipamentos ou pelas empresas responsáveis pelos equipamentos.
- 4.8. Após a manutenção dos equipamentos deve ser enviado documento comprovativo da mesma para o Enfermeiro Coordenador ou seu substituto da UCC.

12. ANEXOS

Anexo 1 – Mod.UCC.: Listagem dos Equipamento e Recursos Materiais da Unidade de Cuidados na Comunidade

Ministério da Saúde		2. IT.???.0
Unidade Local de Saúde do Alentejo, EPE		
ESCALAS DE TRABALHO DE ENFERMAGEM NO CENTRO DE SAÚDE	REVISÃO	
	Nº	00
	Mês/Ano	00/00
		FOLHA
		141/178

13. OBJETIVO

Definir a distribuição dos Enfermeiros do Centro de Saúde do Departamento de Agrupamento de Centros de Saúde (DACES) da Unidade Local de Saúde Alentejo, EPE (ULS), durante o período de funcionamento da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), de forma a assegurar uma prestação de cuidados de Enfermagem de qualidade, eficiente e segura.

14. RESPONSABILIDADES

- 2.1. É da responsabilidade do Enfermeiro Chefe, Enfermeiro Coordenador ou em Funções de Chefia de cada uma das Unidade Funcionais (UF), ou o seu substituto:
- a) Elaborar o Plano de Trabalho de Enfermagem Semanal (DACES 15.00 e DACES 16.00);
 - b) Apresentar a Escala de Trabalho ao Coordenador da Unidade Funcional, no sentido de validar se a mesma se adapta ao normal funcionamento do Serviço.
- 2.2. É da responsabilidade dos Enfermeiros de cada Unidade Funcional:
- d) Consultar o Plano de Trabalho de Enfermagem Semanal (DACES 15.00 e DACES 16.00);
 - e) Permanecer no posto de trabalho atribuído;
 - f) Solicitar ao Enfermeiro Chefe, Enfermeiro Coordenador ou em Funções de Chefia de cada UF, ou o seu substituto, autorização para realização de trocas na Escala de Trabalho.

3. DESCRIÇÃO

- 3.1. A equipa de Enfermagem de cada UF é constituída por:
- Enfermeiro Chefe, Enfermeiro Coordenador ou em Funções de Chefia;
 - Enfermeiros Especialistas;
 - Enfermeiros.
- 3.2. O número mínimo de Enfermeiros necessário para assegurar uma prestação de cuidados de Enfermagem adequada e de qualidade, deve respeitar a IT.184 (Avaliação da Necessidade de Cuidados de Enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários).
- 3.3. De forma a garantir a normal prestação de cuidados em situações de especial contingência, na distribuição dos enfermeiros, tem prevalência o princípio do interesse público e da conveniência de serviço.
- 3.4. Para períodos de férias e ausências de serviço deverá ser respeitada a Regra da Densidade de Enfermagem referida na Nota de Serviço referente ao Plano de Férias, emitida anualmente pelo Conselho de Administração da ULS, EPE.
- 3.5. Os Enfermeiros da UCSP são distribuídos de acordo com as atividades programadas para cada dia da semana, podendo ser ajustado o DACES 15.00 (Anexo 1 - DACESBA 15.00 Plano de Trabalho de Enfermagem Semanal na UCSP).
- 3.6. Os Enfermeiros da UCC são distribuídos de acordo com as atividades de cada programa agendadas para cada dia da semana (Anexo 2 - DACES 16.00 Plano de Trabalho de Enfermagem Semanal nas UCC).
- 3.7. As escalas de trabalho serão fixadas semanalmente em local a designar pelo Enfermeiro Chefe, Enfermeiro Coordenador ou em Funções de Chefia, acessível a todos os grupos profissionais de cada UF.

4. ANEXOS

Anexo 1 - DACES 15.00 - Plano de Trabalho de Enfermagem Semanal nas UCSP

Anexo 2 - DACES 16.00 - Plano de Trabalho de Enfermagem Semanal nas UCC

Ministério da Saúde		3. IT.???.0		
Unidade Local de Saúde do Alentejo, EPE				
AVALIAÇÃO E CONTROLO DA DOR NOS UTENTES INTERNADOS NA ECCI DA UCC		REVISÃO	FOLHA	
		Nº	00	143/178
		Mês/Ano	00/00	

15. OBJETIVO

Definir e uniformizar os critérios de avaliação e registo sistemático da dor como 5º sinal vital nos utentes internados na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de forma a melhorar a qualidade de vida do utente e a otimizar a terapêutica analgésica.

16. REQUISITOS

- 2.1. A avaliação da intensidade da dor pode efetuar-se com recurso a qualquer das escalas propostas pela Circular Normativa nº09/DGCG (14/06/2003) e Orientações Técnicas da Direcção-Geral da Saúde (N.º 014/2010 e 015/2010 de 14/12/2010).
- 2.2. A intensidade da dor é sempre a referida pelo utente, exceto em situações específicas (ex. alterações do estado de consciência e comunicação, demência, entre outras).
- 2.3. À semelhança dos restantes sinais vitais, a intensidade da dor registada refere-se ao momento da sua avaliação.
- 2.4. A escala utilizada, para um determinado utente, deve ser sempre a mesma. Caso o utente altere o seu estado cognitivo será utilizada a escala que melhor se adegue à situação.
- 2.5. Para uma correta avaliação da intensidade da dor é necessária a utilização de uma linguagem comum entre os profissionais de saúde e o utente, que se traduz por uma padronização da escala a utilizar e pelo ensino prévio à sua utilização.
- 2.6. É fundamental que o profissional de saúde se assegure que o utente compreende corretamente o significado e utilização da escala utilizada.

17. RESPONSABILIDADES

- 3.1. É da responsabilidade do Enfermeiro Responsável pela ECCI implementar e monitorizar os procedimentos referentes à avaliação e controlo da dor.
- 3.2. É responsabilidade dos Enfermeiros da UCC proceder à avaliação, ao registo e à execução de intervenções que visem o controlo da dor quando presente.

18. DESCRIÇÃO

- 4.1. A dor é o 5º sinal vital, pelo que a sua avaliação e registo sistemáticos devem ser efetuados a todos os utentes internados na ECCI.
- 4.2. A avaliação da dor deve ser realizada:
 - a) No ato da admissão na ECCI;
 - b) Em todas as visitas domiciliárias – quando “DOR PRESENTE”;
 - c) Sempre que o utente a verbalize ou com uma periodicidade mensal – quando “DOR AUSENTE”.
- 4.3. A avaliação e o registo da intensidade da dor devem ser realizados utilizando as escalas propostas e adequadas à situação clínica e cognitiva particular de cada utente, validadas internacionalmente e de acordo com a Circular Normativa n.º09/DGCG (14/06/2003) e as Orientações da Direcção-Geral da Saúde (N.º 014/2010 e 015/2010 de 14/12/2010).
- 4.4. Sempre que possível deve ser utilizada a mesma escala de avaliação da dor no mesmo utente.
- 4.5. No utente consciente e colaborante, antes de se proceder à avaliação da dor, o Enfermeiro explica a escala de avaliação da dor e pede a sua colaboração.
- 4.6. O Enfermeiro deve utilizar uma linguagem perceptível e apropriada a cada utente, de forma a transmitir-lhe o que se pretende avaliar e como funciona a respetiva escala.
- 4.7. Aquando da admissão do utente na ECCI o Enfermeiro deve registar:
 - a) No Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) o fenómeno “Dor” e atribuir-lhe o respetivo status.
 - b) No aplicativo GestCare da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) “Avaliação Dor”.
- 4.8. Em ambos os aplicativos informáticos, no caso de “DOR PRESENTE” avaliar e registar o tipo, a localização, a duração da dor e a escala utilizada nessa avaliação.

4.9. No SAPE:

- a) Intervenções de Enfermagem Obrigatórias:
- Monitorizar a dor através de escala de dor (referindo nas especificações a Escala de Avaliação da Dor utilizada).
- b) Se “DOR PRESENTE”, além das anteriores planear e registar as seguintes Intervenções de Enfermagem Obrigatórias:
- Vigiar a dor;
 - Assistir a pessoa na identificação de estratégias de alívio da dor.
- c) Intervenções de Enfermagem Facultativas - Planear e registar pelo menos uma das seguintes:

Tipo Executar	<ul style="list-style-type: none">• Aplicar calor• Aplicar frio• Executar a técnica de massagem• Executar técnica de relaxamento• Posicionar a pessoa• Massajar partes do corpo
Tipo Cuidar	<ul style="list-style-type: none">• Assistir a pessoa no posicionamento• Escutar o doente
Tipo Informar	<ul style="list-style-type: none">• Ensinar sobre estratégias não farmacológicas para alívio da dor• Instruir a pessoa sobre o uso de estratégias não farmacológicas para alívio da dor• Instruir técnica de relaxamento• Treinar a pessoa a usar estratégias não farmacológicas para alívio da dor• Treinar a técnica de relaxamento

4.10. Registar a reação do utente à medicação e/ou medidas de conforto praticadas, em nota associada.

4.11. Perante procedimentos ou técnicas invasivas que provoquem dor, previsível pelo Enfermeiro ou referida / manifestada pelo utente (situações anteriores semelhantes), deve-se avaliar e prevenir a dor através das intervenções descritas na alínea c) do ponto 4.9.



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE

4. PR.????.0

DESCONTAMINAÇÃO AMBIENTAL DO ARMAZÉM DA UCC

REVISÃO		FOLHA
Nº	00	146/178
Mês/Ano	00/00	

SUMÁRIO

1. OBJETIVO
2. APLICAÇÃO
3. REFERÊNCIAS
4. DEFINIÇÕES E ABREVIATURAS
5. REQUISITOS
6. RESPONSABILIDADES
7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO
8. ANEXOS

1. OBJETIVO

Definir e uniformizar procedimentos para a descontaminação ambiental do armazém da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), de modo a manter o ambiente limpo, eliminando a sujidade e reduzindo o número de microrganismos, evitando assim a infeção associada aos cuidados de saúde.

2. APLICAÇÃO

Aplica-se no armazém da UCC, Unidade Local de Saúde do Alentejo, EPE, sito na cave do Centro de Saúde.

3. REFERÊNCIAS

Manual de Higienização CE Limpeza PPCIRA 2017-2018
DGS. (s.d.). Higienização do ambiente nas unidades de saúde-recomendações de boa prática.

4. DEFINIÇÕES E ABREVIATURAS

Definições

Desinfecção: é o processo que permite destruir grande parte (ou totalidade) dos microrganismos patogénicos (não os esporos bacterianos), reduzindo-os para níveis não prejudiciais à saúde.

Limpeza: é o processo físico de remoção de matéria orgânica ou inorgânica de um objeto ou superfície, efetuado com água e detergente.

Abreviaturas:

AO – Assistente Operacional

GCL-PPCIRA – Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

5. REQUISITOS

- 5.1. Que os intervenientes detenham conhecimentos no âmbito do controlo de infeção, nomeadamente sobre a prevenção da infeção associada à utilização de material e equipamento reutilizável na prestação de cuidados na UCC, e seu armazenamento.
- 5.2. Que os intervenientes compreendam a importância da correta limpeza e desinfecção do armazém da UCC.
- 5.3. Que os intervenientes respeitem as indicações, nomeadamente aos produtos a utilizar para a descontaminação ambiental, assim como os princípios gerais da limpeza e o protocolo de limpeza por áreas.

6. RESPONSABILIDADES

- 6.1. É da responsabilidade do GCLPPCIRA ou do elo do serviço:
 - a) Fornecer informações atualizadas sobre a correta descontaminação ambiental;
 - b) Desenvolver ações de formação/ sensibilização para uma adequada limpeza/ descontaminação ambiental;
 - c) Desenvolver esforços no sentido de garantir que os profissionais efetuem a descontaminação do ambiente de forma correta.
- 6.2. É da responsabilidade do enfermeiro:
 - a) Proceder à supervisão dos procedimentos de limpeza;
 - b) Comunicar ao responsável da unidade funcional, todas as situações que coloquem em risco a qualidade dos cuidados e a segurança dos doentes/utentes.
- 6.3. É da responsabilidade do enfermeiro chefe/funções de chefia, e do elo do GCL-PPCIRA:
 - a) A vigilância da limpeza efetuada no armazém da UCC,

b) A correção de eventuais desvios ao preconizado.

6.4. É da responsabilidade do AO:

- a) Proceder à limpeza do armazém segundo as normas de descontaminação ambiental do serviço;
- b) Desenvolver esforços no sentido de frequentar, sempre que necessário, a formação em controlo de infeção e adaptar os conhecimentos à unidade funcional.

7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Remete para o anexo.

8. ANEXOS

Anexo 1 – Limpeza do armazém da UCC

Anexo 2 – Plano de limpeza do armazém da UCC

APÊNDICE VII- CHECK LIST DE STANDARDS DE ACREDITAÇÃO

- I. O cidadão, centro do sistema de saúde
1. A pessoa como sujeito ativo
 2. Acessibilidade e continuidade assistencial
 3. Informação clínica

STANDARDS	PROPÓSITO	ELEMENTOS AVALIÁVEIS	AÇÕES RETIFICATIVAS
Standard 1- A PESSOA COMO SUJEITO ATIVO			
<p>A Unidade de Gestão Clínica divulga o conteúdo da Carta de Direitos e Deveres dos utentes</p> <p>(Obrigatório)</p>	<p>Assegurar a divulgação pela unidade dos direitos do cidadão, publicitandolos nas diferentes áreas assistenciais e não assistenciais, de forma adaptada às características da sua população, salvaguardando barreiras de qualquer tipo (deficiência, língua, etc.) e envolvendo os profissionais na sua difusão.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A unidade garante que as pessoas conhecem os seus direitos. - A Carta de Direitos e Deveres está adaptada às características da população atendida. 	<ul style="list-style-type: none"> - Afixar os Direitos e Deveres dos Doentes em local visível - Pedido à ACAPO uma Carta em Braille, que me irão enviar por CTT - Informar os profissionais de saúde e administrativos da existência do Serviço de Tradução Telefónica (STT) do Alto Comissariado para as Migrações
<p>Garante-se a intimidade e privacidade das pessoas.</p> <p>(Obrigatório)</p>	<p>Garantir o direito à intimidade e privacidade das pessoas durante o atendimento, criando normas e procedimentos (regulamentação das visitas, circuitos dos doentes, etc.), proporcionando formação e atividades de sensibilização para os profissionais e utilizando meios físicos adequados que permitam a adaptação das estruturas e espaços (em termos visuais e auditivos) durante o atendimento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Existem normas e procedimentos para garantir a preservação da privacidade da pessoa durante o atendimento e a prestação de cuidados. - Os profissionais conhecem e aplicam essas normas e procedimentos. - São utilizados os meios necessários (estruturais e/ou físicos) para garantir o respeito pela privacidade do doente e da pessoa atendida. - Estão disponíveis ferramentas que possibilitam à unidade conhecer a perceção e o grau de satisfação dos utentes em relação à forma como foi tratada a sua privacidade e intimidade. 	
<p>As pessoas são informadas sobre</p>	<p>Fazer com que as pessoas possam dispor da informação necessária, em</p>	<ul style="list-style-type: none"> - As pessoas são informadas, de forma clara e compreensível, 	

<p>todos os aspetos relacionados com o seu problema de saúde</p> <p>(OBRIGATÓRIO)</p>	<p>moldes adequados ao seu nível de compreensão, que lhes permita participar na tomada de decisão sobre o seu problema de saúde. Assegurar que a informação facultada fica registada no processo clínico.</p>	<p>sobre todos os aspetos (clínico, administrativo, etc.) relacionados com o seu problema de saúde.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Os profissionais registam no processo clínico as informações fornecidas à pessoa que atendem e a quem prestam cuidados. - A unidade dispõe de ferramentas que lhe permitem conhecer a perceção e o grau de satisfação das pessoas com a informação que lhes é fornecida sobre o seu processo de saúde. - Existem e estão disponíveis mecanismos que permitam a pessoas de outras nacionalidades e/ou com problemas sensoriais receber essa informação. 	
<p>A Unidade de Gestão Clínica estabelece um processo de informação contínua com a pessoa ou o seu representante legal, incluindo nesse processo o termo de consentimento informado escrito antes de intervenções com critérios de risco associados.</p> <p>(OBRIGATÓRIO)</p>	<p>Garantir que se efetua sempre um processo de informação contínua verbal ao utente. Garantir que, para intervenções com critérios de risco associados, tal como preconizado em protocolos, orientações clínicas e/ou diretrizes legais (e somente nestes casos), é preenchido o documento de consentimento informado onde a pessoa dá, por escrito, o seu consentimento expresso.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Existe uma relação dos processos da Carteira de Serviços que necessitam de consentimento informado escrito. - O consentimento informado escrito é recolhido de acordo com as diretrizes em vigor. - A Unidade realiza auditorias periódicas ao grau de cumprimento do consentimento informado escrito, assim como à sua adequação às diretrizes em vigor. Em caso de desvios detetados, determinam-se as medidas corretivas necessárias. - As pessoas envolvidas em projetos de investigação deram o seu consentimento informado escrito. 	
<p>Garante-se o cumprimento das instruções prévias de cada cidadão em</p>	<p>Assegurar o direito dos cidadãos de tomar e revogar decisões sobre o seu próprio processo assistencial, relacionadas com a</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Existe um procedimento que permite aos profissionais da unidade conhecer as instruções prévias de 	

<p>termos de testamento vital.</p> <p>(OBRIGATÓRIO)</p>	<p>continuação ou interrupção de medidas de suporte de vida e assistência no final da sua vida (testamento vital), ou sobre o destino do seu corpo ou dos seus órgãos depois da morte.</p> <p>Implementar procedimentos que permitem aos profissionais conhecer, saber como agir e como administrar cuidados e tratamentos de acordo com o conteúdo das instruções prévias da pessoa sobre a sua saúde. Se for o caso, assegurar que os profissionais sabem como identificar o representante legal da pessoa, que servirá de interlocutor com o médico e/ou com a equipa de saúde para garantir o cumprimento das mesmas.</p>	<p>cada cidadão (continuação ou interrupção de medidas de suporte de vida, destino dos seus órgãos, etc.), bem como quem é o seu representante quando a pessoa não possa decidir.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Os profissionais da unidade aplicam esse procedimento. - Os profissionais da unidade informam as pessoas sobre o direito que elas têm de realizar o seu testamento vital. 	
<p>Está disponível um procedimento eficaz para a substituição na tomada de decisão.</p> <p>(OBRIGATÓRIO)</p>	<p>Garantir que está definido o procedimento de substituição na tomada de decisão em situações de incapacidade ou quando o menor de idade não seja intelectual ou emocionalmente capaz de compreender o alcance da intervenção. Garantir que o procedimento satisfaz os critérios definidos, que é conhecido pelos profissionais e que permite oferecer as informações necessárias para a tomada de decisão por parte do familiar, tutor ou representante legal, ficando todo este processo registado no processo clínico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Está disponível um procedimento para a substituição na tomada de decisão nos casos previstos na lei em vigor. - Os profissionais da unidade aplicam este procedimento. - O tutor ou representante legal assim como a decisão encontram-se registados no processo clínico. 	
<p>A Unidade de Gestão Clínica dispõe e difunde um Guia de Informação sobre o seu funcionamento.</p>	<p>Fornecer informação atualizada sobre o funcionamento da unidade (carteira de serviços, localização, horário, telefone ou forma de contacto, tempos de resposta), bem como qualquer outra informação considerada relevante</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Em todas as áreas da unidade é disponibilizado um guia para os cidadãos com informação sobre o seu funcionamento. - O conteúdo da informação mantém-se atualizado. 	
<p>A Unidade de Gestão Clínica garante a resolução de conflitos éticos no</p>	<p>Garantir que os profissionais e os cidadãos conhecem o procedimento a seguir para formular questões e/ou pedir aconselhamento à Comissão de Ética.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A unidade dispõe de um procedimento para consulta e formulação de questões a colocar à Comissão de Ética. 	<p>- Intranet da ULSBA</p>

<p>decurso do processo assistencial.</p> <p>(OBRIGATÓRIO)</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Os profissionais conhecem o procedimento. - Estão disponíveis os mecanismos necessários para assegurar a divulgação dos protocolos de atuação do Comité de Ética. 	
<p>A Unidade de Gestão Clínica determina o mecanismo de afetação do profissional de saúde de referência nas diferentes áreas.</p> <p>(OBRIGATÓRIO)</p>	<p>Implementar procedimentos, acessíveis e visíveis, para permitir aos profissionais e ao utente identificar, em cada momento do processo assistencial, quem são os profissionais de referência.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Existe um procedimento para a afetação do profissional de saúde de referência para cada utente. - Informa-se de forma sistemática o utente sobre qual o profissional responsável pelo seu processo assistencial (profissional de referência). - Os profissionais estão devidamente identificados, de acordo com a imagem da instituição, de modo a que o utente saiba, em qualquer momento, quem é o profissional que o está a atender. 	
<p>A Unidade de Gestão Clínica promove o desenvolvimento dos direitos de livre escolha de profissionais e de segunda opinião médica.</p> <p>(OBRIGATÓRIO)</p>	<p>Garantir que a unidade conhece as circunstâncias clínicas ou legais em que o doente tem direito a uma segunda opinião médica, facilitar o seu exercício de acordo com as características do cidadão e desenvolver os procedimentos necessários.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Está disponível um canal de comunicação através do qual o utente possa ser informado sobre o direito de livre escolha do médico e sobre o direito de exercício da segunda opinião médica. - Nos casos aplicáveis facilita-se ao utente o acesso aos direitos de livre escolha e de segunda opinião. 	
Standard 2- ACESSIBILIDADE E CONTINUIDADE ASSISTENCIAL			
<p>A Unidade de Gestão Clínica difunde a sua carteira de serviços.</p> <p>(OBRIGATÓRIO)</p>	<p>Dispor de um documento informativo detalhado onde constem as atividades de prestação de cuidados disponíveis na unidade, divulgando-as aos cidadãos e aos profissionais.</p>	<p>A unidade possui uma carteira de serviços autorizada e esta é divulgada.</p>	
<p>São implementadas as mudanças organizacionais necessárias para</p>	<p>Garantir os mecanismos necessários para promover a acessibilidade dos utentes aos serviços (circulação de doentes, horá-</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Está garantida a acessibilidade dos cidadãos e utentes aos serviços prestados 	

<p>promover a acessibilidade do cidadão aos serviços.</p> <p>(OBRIGATÓRIO)</p>	<p>rios adaptados, informação on-line, outras informações, lembretes de agendamentos, etc.).</p>	<p>pela unidade em condições ótimas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - A unidade avalia a acessibilidade dos utentes aos seus serviços e toma as medidas necessárias para a melhorar. 	
<p>A Unidade de Gestão Clínica estabelece um plano assistencial para cada pessoa, mantendo-o, em todo o momento, adequado às suas necessidades.</p>	<p>Planificar o circuito do utente e os recursos necessários, em colaboração com outras áreas assistenciais se for caso disso, incorporando neste processo as medidas corretivas oportunas com base nas necessidades identificadas do cidadão.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - São elaborados planos de cuidados personalizados adequados ao processo de cada pessoa. Estes planos estão documentados no processo clínico e mantêm-se atualizados e adequados. - Informa-se e entrega-se à pessoa o seu plano de cuidados de acordo com a fase do processo em que se encontra. - A unidade realiza avaliações periódicas ao grau de cumprimento dos planos de cuidados, assim como avalia a sua adequação às necessidades específicas da pessoa em causa. Caso se detetem desvios, determinam-se as medidas corretivas necessárias. - A unidade fornece informação à pessoa sobre a sua medicação (indicações, via de administração, posologia, interações, efeitos secundários, etc.). - Existem canais de comunicação formais com outros níveis de cuidados e serviços (profissionais de referência, horários, contactos). Estes canais são conhecidos e utilizados pelos profissionais da unidade. 	
<p>A Unidade de Gestão Clínica dispõe de informação sobre as desprogramações e toma</p>	<p>Adotar uma atitude de máximo respeito com o tempo das pessoas, minimizando os efeitos da desprogramação, fazendo com que a prestação do serviço seja garantida de</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Existe um registo das desprogramações ocorridas e das suas causas. - Existe uma avaliação periódica das des- 	

<p>medidas para as reduzir.</p>	<p>imediate e da forma mais adequada.</p> <p>Monitorizar e avaliar as desprogramações e implementar ações de melhoria relevantes.</p>	<p>programações ocorridas, identificando-se áreas de melhoria que visem a sua diminuição.</p>	
<p>A Unidade de Gestão Clínica cumpre os critérios definidos e/ou acordados para interconsultas e garante a continuidade assistencial no âmbito dos processos assistenciais.</p>	<p>Estabelecer com outras unidades de saúde os critérios para a realização de consultas (interconsultas) e prestação de cuidados, assegurando a continuidade assistencial no âmbito dos processos assistenciais que lhes sejam aplicáveis.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Estão disponíveis critérios para o atendimento e realização de consultas e estes foram acordados com outras unidades assistenciais. - A unidade realiza avaliações periódicas ao cumprimento dos critérios estabelecidos para interconsultas e identifica áreas de melhoria. 	
<p>A Unidade de Gestão Clínica implementa estratégias organizativas no planeamento das suas atividades que melhorem a sua capacidade de resposta assistencial.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Desenvolver atividades que permitam otimizar o dispêndio de tempo dos cidadãos, tais como consulta de ato único, consulta aberta, telemedicina, etc. -Dispor de indicadores de resultado relacionados com a implementação das estratégias de maior resolução assistencial (percentagem de consultas de ato único, número de consultas por telemedicina, consultas telefónicas, etc.). 	<ul style="list-style-type: none"> - Estão identificadas estratégias de maior resolução assistencial que permitem otimizar o tempo despendido pelos cidadãos. - As estratégias de maior resolução assistencial identificadas são implementadas. - São definidos e medidos indicadores de desempenho para monitorizar as estratégias de maior resolução assistencial. - Avalia-se, com a implementação de estratégias de maior resolução assistencial, se são obtidos os resultados esperados (ex.: diminuição da frequência de consultas, diminuição de consultas sucessivas, etc.). 	
<p>Standard 3- INFORMAÇÃO CLÍNICA</p>			
<p>A Unidade de Gestão Clínica garante a existência de um processo clínico único por cidadão.</p> <p>(OBRIGATÓRIO)</p>	<p>Garantir a existência de um processo único por cidadão com o fim de facilitar o planeamento dos cuidados no âmbito dos processos assistenciais, de diminuir o erro e de proporcionar cuidados mais seguros.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A unidade efetua revisões periódicas aos registos clínicos para evitar duplicações e dispõe dos resultados dessas revisões. - O profissional responsável conhece o procedimento a seguir para o preenchimento dos dados no processo clínico e para a dete- 	

		ção e correção de erros na atribuição do número de processo.	
O processo clínico está disponível durante a prestação de cuidados de saúde. (OBRIGATÓRIO)	Garantir de forma permanente a localização e o acesso aos processos clínicos e garantir que os profissionais conhecem os procedimentos para aceder em tempo oportuno aos processos clínicos de que necessitam.	<ul style="list-style-type: none"> - Os profissionais dispõem do processo clínico durante o atendimento ao utente. - A unidade assegura que toda a informação clínica é integrada no processo clínico de cada pessoa para que haja uma correta tomada de decisões. 	
O uso, arquivo e armazenamento da documentação clínica processam-se de forma a que seja preservada a segurança e a confidencialidade de toda a informação, assegurando-se que o nível de acesso à informação se processa de acordo com o perfil dos diferentes profissionais. (OBRIGATÓRIO)	Envolver os profissionais da Unidade de Gestão Clínica na manutenção de um ambiente assistencial no qual, a qualquer momento, se garante a confidencialidade e arquivo seguro da informação clínica dos cidadãos.	<ul style="list-style-type: none"> - A unidade aplica os requisitos de confidencialidade da informação clínica em concordância com regulamentos ou diplomas legais aplicáveis. - A unidade dispõe de meios para garantir o acesso restrito aos processos clínicos e outros documentos necessários aos processos assistenciais com dados do doente. 	
O processo clínico é o local onde se reúne, desde o seu início, toda a informação necessária ao conhecimento do estado de saúde da pessoa e para garantir a continuidade assistencial de uma forma integral.	Garantir que no processo clínico, para além dos dados básicos do cidadão, se incluem outros aspetos (como o ambiente social, os valores, as crenças, as capacidades de aprendizagem), que são importantes para facilitar a tomada de decisão e para estabelecer um plano de cuidados abrangente e individualizado.	<ul style="list-style-type: none"> - No processo clínico estão registadas outras características específicas da pessoa (crenças, valores, condições de vida, ambiente familiar, papel social, etc.). - A informação gerada em cada episódio é registada no processo clínico. - Não existem documentos ou registos assistenciais em arquivos secundários que não estejam incorporados no processo clínico. (ex.: notas de alta, relatórios, consentimento informado, etc.). 	
A Unidade de Gestão Clínica garante o direito a cada cidadão de obter informação sobre a	Estabelecer um procedimento para facilitar o acesso dos utentes à informação contida no seu processo clínico.	- Foi definido e implementado um procedimento, de acordo com as normas em vigor, para garantir aos utentes o acesso à informação contida no	

<p>sua história de saúde.</p>		<p>seu processo clínico ou a parte dele.</p> <ul style="list-style-type: none"> - A unidade divulga aos utentes como podem aceder à informação constante no seu processo clínico. 	
<p>A Unidade de Gestão Clínica avalia periodicamente a qualidade e o grau de cumprimento dos registos clínicos.</p> <p>(OBRIGATÓRIO)</p>	<p>Analisar e avaliar os registos dos processos clínicos, a fim de estabelecer e melhorar a qualidade dos cuidados prestados às pessoas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Estão definidos indicadores de qualidade e critérios de cumprimento para avaliar os registos dos processos clínicos. - São efetuadas auditorias aos registos clínicos e estabelecem-se áreas de melhoria. - Os resultados dessas auditorias são do conhecimento dos profissionais de saúde da unidade. 	
<p>A obtenção, uso e transmissão da informação clínica é efetuada tendo em conta a dignidade, a autonomia e a privacidade da pessoa.</p> <p>(OBRIGATÓRIO)</p>	<p>Assegurar que a unidade dispõe de mecanismos para garantir a confidencialidade da informação clínica obtida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A obtenção, uso e transmissão de informação clínica é efetuada em condições de confidencialidade. - São analisadas as reclamações por quebra da confidencialidade e estabelecem-se áreas de melhoria para as diminuir. - Estão disponíveis ferramentas para que a unidade possa conhecer a perceção e satisfação das pessoas em relação à confidencialidade da informação clínica. 	

II. Organização da atividade centrada na pessoa

4. Gestão dos Processos Assistenciais Integrados e Programas de Saúde
 5. Promoção da Saúde na Comunidade
 6. Direção da Unidade de Gestão Clínica

STANDARD	PROPÓSITO	ELEMENTOS AVALIÁVEIS	AÇÕES RETIFICATIVAS
Standard 4- GESTÃO DOS PROCESSOS ASSISTENCIAIS INTEGRADOS E PROGRAMAS DE SAÚDE			
<p>A Unidade de Gestão Clínica identifica os processos assistenciais específicos que lhe são próprios em</p>	<p>Garantir que na implementação dos processos assistenciais se assegura uma correta adaptação local do processo, nomeadamente através de</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A unidade nomeou um responsável, ou mais, por cada processo assistencial implementado. 	

<p>função da sua carteira de serviços autorizada e estabelece uma estratégia de implementação dos mesmos.</p> <p>(OBRIGATÓRIO)</p>	<p>um conjunto de atuações que incluem: a análise da situação, a priorização de necessidades, a definição de oportunidades de melhoria, os sistemas de registos, um plano de comunicação e o desenvolvimento de grupos de melhoria.</p>	<p>– A unidade implementou os processos assistenciais correspondentes à sua carteira de serviços (análise da situação, adaptação local, desenvolvimento de grupos de melhoria).</p> <p>– Os profissionais conhecem as suas responsabilidades e funções relativamente aos processos assistenciais implementados.</p>	
<p>A Unidade de Gestão Clínica estabelece uma estratégia de avaliação e difusão de resultados dos processos assistenciais implementados.</p>	<p>Assegurar que a unidade avalia os processos assistenciais implementados mediante indicadores definidos para cada um deles e que os difunde entre os seus profissionais.</p>	<p>– Estão definidos os sistemas de seguimento e avaliação para os processos assistenciais implementados na unidade.</p> <p>– Existe uma avaliação periódica dos indicadores dos processos assistenciais implementados na unidade e desenvolvem-se as áreas de melhoria identificadas.</p> <p>– Os profissionais conhecem os resultados obtidos nos processos assistenciais implementados.</p>	
<p>A Unidade de Gestão Clínica identifica os Programas de Saúde (ou planos de saúde específicos) que lhe dizem respeito em função da sua carteira de serviços e estabelece uma estratégia de difusão dos mesmos.</p> <p>(OBRIGATÓRIO)</p>	<p>Garantir a difusão na unidade dos Programas de Saúde (ou planos de saúde específicos) e respetivas linhas de desenvolvimento estratégico, fomentando a integração de conhecimentos e a identificação de aptidões necessárias como elemento facilitador para a coordenação das atuações em saúde e para uma melhor gestão do uso dos recursos disponíveis para o atendimento das pessoas.</p>	<p>– Identificaram-se e priorizaram-se as linhas estratégicas de desenvolvimento dos Programas de Saúde que a unidade deve implementar tendo em conta a sua carteira de serviços.</p> <p>– Divulgam-se aos profissionais as linhas estratégicas dos programas de saúde a desenvolver.</p>	
<p>A unidade implementa ações que visam a incorporação das estratégias constantes nos Programas de Saúde.</p>	<p>Assegurar que a unidade analisa as estratégias estabelecidas nos Programas de saúde, avalia os pontos críticos do seu desenvolvimento, identifica áreas de melhoria e</p>	<p>– Existe um plano para a implementação das linhas estratégicas dos Programas de Saúde aplicáveis à unidade.</p>	

	estabelece prioridades para a sua concretização.	- É feita uma análise ao grau de implementação das linhas estratégicas dos Programas de Saúde e desenvolvem-se áreas de melhoria.	
Standard 5- PROMOÇÃO DA SAÚDE NA COMUNIDADE			
<p>Planificam-se e realizam-se atuações oportunas em função das necessidades de saúde identificadas na população e das orientações dos Programas de Saúde.</p> <p>(OBRIGATÓRIO)</p>	Ajudar as pessoas a adotar estilos de vida saudáveis mediante a promoção e educação para a saúde, integrando numa abordagem integral os métodos, estratégias e aptidões a desenvolver.	<p>- A unidade dispõe de informação sobre as necessidades de saúde da sua população de referência e define prioridades para as intervenções a levar a cabo em termos de promoção da saúde.</p> <p>- As intervenções em matéria de prevenção e promoção da saúde, relacionadas com os Programas de Saúde, são planificadas e priorizadas de acordo com as necessidades detetadas e são levadas a cabo (ex.: educação terapêutica da pessoa com diabetes, desabitação tabágica, promoção do aleitamento materno, promoção de hábitos alimentares saudáveis, promoção da prática desportiva, prevenção das cardiopatias, controlo da obesidade, prevenção do VIH/SIDA, cuidados paliativos, prevenção da sinistralidade, educação sexual, etc.).</p> <p>- A unidade dispõe das ferramentas necessárias para desenvolver e levar a cabo as atividades de promoção da saúde que planificou.</p>	
<p>A Unidade de Gestão Clínica fomenta a prevenção secundária e terciária como linha de atuação em matéria de manutenção da saúde.</p>	Fazer com que os profissionais da unidade fomentem o rastreio (prevenção secundária) como estratégia de deteção precoce de certas patologias com vista à sua abordagem e prevenção terciária, com o intuito de tentar limitar a sua progres-	<p>- Está definida a atuação necessária em matéria de prevenção secundária e terciária que a unidade tem de desenvolver em função da sua carteira de serviços.</p> <p>- Os profissionais conhecem as atuações que devem seguir no âmbito da prevenção</p>	

	são, melhorar a reabilitação e favorecer a reinserção social.	secundária e terciária e levam-nas a cabo.	
Proporciona-se informação sobre a oferta da carteira de serviços.	Divulgar e publicitar os serviços de promoção da saúde que a unidade oferece, contribuindo assim para estender a cobertura dos mesmos.	<ul style="list-style-type: none"> - A unidade tem a sua oferta de serviços de prevenção e promoção da saúde definida de forma explícita. - Existem canais formais de difusão da oferta de serviços de prevenção e promoção da saúde estáveis. - Na informação que se oferece às pessoas inclui-se a descrição das condições de acesso e de prestação desses serviços (critérios de inclusão, procedimentos administrativos, horários, planificação de consultas, etc.). 	
A Unidade de Gestão Clínica empreende ações específicas em relação com o cuidador. (OBRIGATÓRIO)	Avaliar o risco de sobrecarga do cuidador e adotar as medidas de apoio necessárias em atenção aos cuidados que por ele são prestados, nomeadamente na melhoria do acesso aos serviços.	<ul style="list-style-type: none"> - A unidade identifica os cuidadores das pessoas dependentes de forma sistemática, avalia as suas necessidades e dá-lhes resposta com caráter prioritário e de forma planificada. - Implementam-se medidas para diminuir o risco de sobrecarga do cuidador. - Existe uma estratégia definida para uma gestão otimizada dos materiais e recursos de apoio. 	
A Unidade de Gestão Clínica garante uma adequada informação e vigilância epidemiológicas.	Garantir que os profissionais da unidade realizam as notificações em matéria de vigilância epidemiológica em conformidade com os programas de alerta sanitários.	<ul style="list-style-type: none"> - Os profissionais da unidade dispõem de uma lista (ou equivalente) das doenças de declaração obrigatória (DDO). - Os profissionais da unidade conhecem o procedimento de notificação das doenças de declaração obrigatória. - A unidade dispõe de uma estratégia de abordagem em situações de surto epidemiológico. 	

		<ul style="list-style-type: none"> - Os profissionais conhecem os procedimentos estabelecidos a seguir perante surtos epidemiológicos. 	
Standard 6- DIREÇÃO DA UNIDADE DE GESTÃO CLÍNICA			
<p>A Direção da unidade tem em conta a opinião das pessoas da organização.</p>	<p>Assegurar que a Direção da unidade analisa as fontes de informação (reclamações, inquéritos de satisfação, etc.) e que as utiliza aquando da planificação dos serviços.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A unidade dispõe de um procedimento para a captação ativa de sugestões, queixas e reclamações que tenham sido realizadas através de qualquer meio. - Analisa-se a informação obtida. - Priorizam-se e implementam-se as áreas de melhoria identificadas. 	
<p>A Unidade de Gestão Clínica assume que as condições de conforto que afetam as pessoas constituem uma variável da sua própria gestão, analisando a situação, empreendendo ações de melhoria e corrigindo, se necessário, os resultados obtidos.</p> <p>(OBRIGATÓRIO)</p>	<p>Aumentar o grau de satisfação das pessoas durante a prestação de cuidados através da incorporação, nos processos da unidade, de todas as variáveis relacionadas com o conforto, adequando a organização a partir de estudos de situação, estabelecendo objetivos e analisando a informação disponível não só em termos de reclamações como de inquéritos de satisfação.</p> <p>A Unidade de Gestão Clínica deve considerar como variáveis internas aos seus processos elementos como: as esperas (interconsultas, provas diagnósticas, transferências, etc.), as visitas aos pacientes, a sua comodidade, o seu descanso (horários e ruídos), a impressão causada pelo estado das instalações, os sanitários, a iluminação, a limpeza, a roupa, a alimentação, a comunicação com os familiares (visitas e contacto telefónico) e a comunicação interna com os profissionais.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A unidade analisa e introduz melhorias perante reclamações sobre as condições de conforto que possam ter impacte nas pessoas durante a sua estadia ou hospitalização (estado da unidade, esperas, comunicação com os profissionais, etc.). - A unidade analisa o grau de satisfação das pessoas com o conforto (inquérito, sugestões, queixas, etc.) e utiliza os resultados para ações de melhoria. - Existem condições de conforto adequadas na unidade (salas de espera, sanitários, internamento, locais apropriados para crianças, etc.). 	

<p>A Unidade de Gestão Clínica dispõe de procedimentos de comunicação definidos, que possibilitem o seguimento dos objetivos com os órgãos de gestão da organização.</p> <p>(OBRIGATÓRIO)</p>	<p>Estabelecer de forma efetiva os canais de comunicação bidirecional entre a Direção da unidade e a Direção da organização.</p>	<p>– Existe um procedimento para a comunicação de resultados entre a Direção da unidade e a Direção da organização, no qual se define a periodicidade com que os mesmos são comunicados e as responsabilidades de cada um.</p> <p>– Estão estabelecidos canais de comunicação dos resultados da unidade aos seus profissionais e estes conhecem-nos.</p>	
<p>A Direção da Unidade de Gestão Clínica envolve os profissionais na prossecução dos objetivos contratualizados mediante o desdobramento dos mesmos.</p>	<p>A Direção da unidade estabelece quotas de participação de cada profissional para o cumprimento dos objetivos globais da unidade, baseadas nas suas competências e necessidades e nas tarefas que lhes estão atribuídas, determinando metas de cumprimento.</p>	<p>– Realiza-se um desdobramento dos objetivos globais da unidade tendo em conta as competências, tarefas e necessidades de cada profissional.</p> <p>– A Direção da unidade tem em conta a participação dos profissionais na definição dos objetivos.</p>	
<p>A Unidade de Gestão Clínica dispõe de um relatório anual de atividades.</p>	<p>Dispor de um relatório anual que reflita os resultados das principais linhas de atividade da unidade.</p>	<p>– A unidade elabora um relatório de atividades anual, que contempla as suas estratégias de gestão, os serviços e atividades prestados durante o ano e uma análise do cumprimento dos resultados.</p>	

III. Os profissionais

7. Os profissionais da Unidade de Gestão Clínica

STANDARD	PROPÓSITO	ELEMENTOS AVALIÁVEIS	AÇÕES RETIFICATIVAS
Standard 7- OS PROFISSIONAIS DA UNIDADE DE GESTÃO CLÍNICA			
<p>A Unidade de Gestão Clínica tem identificadas e definidas as responsabilidades e funções dos profissionais para os diferentes postos de trabalho.</p> <p>(OBRIGATÓRIO)</p>	<p>Facilitar a seleção e/ou adaptação do profissional mais adequado às funções e responsabilidades necessárias ao processo de prestação de cuidados de saúde.</p>	<p>– A unidade tem definidas as funções e responsabilidades de todos os postos de trabalho.</p> <p>– Os profissionais conhecem as suas funções e responsabilidades.</p>	

<p>Estão definidas as competências dos diferentes profissionais necessárias para os diferentes postos de trabalho.</p>	<p>Definir as competências que são necessárias para um desempenho ótimo dos seus profissionais de acordo com a missão e valores da organização.</p>	<p>– A unidade descreveu, para os diferentes postos de trabalho, quais as competências profissionais necessárias ao seu desempenho em termos de competências gerais, transversais e específicas (conhecimentos, aptidões e atitudes).</p> <p>– A unidade revê o seu mapa de competências, de acordo com a metodologia previamente estabelecida, de forma periódica e sempre que necessário (ex.: aquando da inclusão de novos serviços e de novos profissionais).</p>	
<p>A Unidade de Gestão Clínica identifica as necessidades de formação dos seus profissionais em função dos seus objetivos estratégicos e das características da sua população.</p> <p>(OBRIGATÓRIO)</p>	<p>Garantir que a oferta de formação responde a uma avaliação prévia da necessidade de desenvolver atividades ou programas de formação, relacionados com a aquisição, atualização ou desenvolvimento das competências necessárias para alcançar os objetivos estratégicos da unidade.</p>	<p>– A unidade realiza, de forma sistemática, a deteção das necessidades formativas dos seus profissionais.</p> <p>– A formação contínua é planificada em função dos objetivos da unidade, das características da sua população e das necessidades de formação detetadas nos profissionais.</p> <p>– Determinam-se os recursos necessários para responder às necessidades detetadas pela unidade e pelos profissionais.</p>	
<p>A produção científica da Unidade de Gestão Clínica é publicada em revistas da especialidade.</p>	<p>Fazer com que as publicações de carácter científico da unidade se integrem em bases de dados bibliográficas nacionais ou internacionais, de carácter multidisciplinar ou especializado.</p>	<p>– A unidade possui uma estratégia definida de gestão da produção científica.</p> <p>– A unidade publica de forma periódica a sua produção científica em revistas da especialidade.</p>	

IV. Processos de suporte

8. Estrutura, equipamento e fornecedores
9. Sistemas e tecnologias de informação e comunicação
10. Melhoria contínua

STANDARD	PROPÓSITO	ELEMENTOS AVALIÁVEIS	AÇÕES RETIFICATIVAS
STANDARD 8- ESTRUTURA, EQUIPAMENTOS E FORNECEDORES			
<p>Definiram-se e aplicam-se os procedimentos necessários para garantir que a Unidade de Gestão Clínica dispõe do espaço, dos recursos e dos meios técnicos necessários à realização da sua atividade em condições de segurança.</p> <p>(OBRIGATÓRIO)</p>	<p>Garantir que a capacidade instalada e as condições das instalações, bem como dos recursos técnicos e humanos suportam o normal funcionamento das atividades que se realizam na unidade de acordo com a sua carteira de serviços e com a complexidade das atividades, dispondo-se para este efeito da documentação técnico-legal justificativa e das avaliações, autorizações ou pareceres competentes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A unidade dispõe de autorização administrativa em vigor. - A unidade dispõe de informação periódica sobre o estado das instalações técnicas e assistenciais que a afetam e atua no caso de deficiências. 	
<p>A Unidade de Gestão Clínica segue, na gestão do equipamento médico, os procedimentos necessários para garantir a sua utilização segura mediante a designação de responsáveis, o acompanhamento do estado dos seus equipamentos e a formação dos seus profissionais.</p> <p>(OBRIGATÓRIO)</p>	<p>Definir dentro da unidade, em relação à gestão de todo o equipamento médico, a atribuição de funções e responsabilidades no controlo do equipamento, na sua identificação e inventariação, no acompanhamento do seu estado funcional e de segurança, na gestão das ocorrências e na formação e informação associadas à sua utilização correta e segura.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A unidade definiu e formalizou as responsabilidades relativamente ao controlo do equipamento. - O equipamento da unidade encontra-se inventariado. - A unidade dispõe de um procedimento de gestão de ocorrências em relação ao equipamento, o qual permita a rastreabilidade de todas as intervenções corretivas efetuadas, e este encontra-se difundido entre os profissionais. - A unidade dispõe de informação relevante sobre os equipamentos, como os manuais do operador, certificados, especificações técnicas, etc. - Exigem-se aos fornecedores os requisitos necessários para assegurar a eficiência e segurança do equipamento (vida útil, informação dos profissionais, serviço técnico e de manutenção). 	

		<ul style="list-style-type: none"> - Os profissionais da unidade recebem formação sobre a utilização do equipamento. 	
<p>A Unidade de Gestão Clínica garante o cumprimento do plano de manutenção correspondente ao equipamento em uso na unidade, conhecendo e registando as intervenções realizadas, assim como os resultados obtidos.</p>	<p>Garantir condições de segurança a cidadãos e profissionais durante a utilização do equipamento médico, comprovando a integridade e o estado do equipamento inventariado, garantindo o cumprimento do plano de manutenção definido e estabelecendo as ações preventivas e corretivas necessárias em caso de incumprimento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A unidade dispõe de um plano de manutenção e intervenções no equipamento, com responsabilidades definidas. - A unidade dispõe de registos atualizados que comprovam o cumprimento do plano de manutenção dos equipamentos. 	
<p>A Unidade de Gestão Clínica assume que a gestão dos bens e serviços e dos processos logísticos da sua unidade constituem variáveis da sua gestão.</p>	<p>Garantir que a unidade assegura os mecanismos necessários para que as aquisições de bens, produtos e serviços que são incorporados na unidade se realizam de forma eficiente e que estes satisfazem em todo o momento as suas necessidades. Para isso participa no processo de compra através da definição dos requisitos de eficiência técnica e de segurança dos equipamentos e materiais a aprovisionar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A unidade dispõe de um procedimento de gestão do armazém que lhe permite garantir que, em todo o momento, possui o material necessário para assegurar os serviços que oferece. - A unidade participa na determinação das especificações de compra para as aquisições e realiza uma verificação prévia à incorporação de bens e serviços. - A unidade dispõe de um procedimento de aquisição de bens e serviços. 	
<p>Estão definidos os mecanismos necessários para a comunicação, registo, análise e resolução de desvios de qualidade ou do nível de serviço aceitável em relação às atividades de suporte.</p>	<p>Registrar desvios observados no decurso da atividade relacionada com os serviços de apoio e suporte, como a hotelaria, limpeza, manutenção, etc., e iniciar as ações oportunas para a sua resolução, com o objetivo de evitar incidentes que possam afetar o normal funcionamento da unidade e de corrigir e prevenir as causas que possam gerar interrupções no serviço prestado e/ou deficiências na qualidade percebida pelo utente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A unidade identificou os serviços de apoio ou suporte necessários à sua atividade, assim como o nível de qualidade do serviço que espera deles. - A unidade dispõe de uma metodologia formal para a identificação e resolução de incidentes nos serviços de suporte, o que lhe permite a rastreabilidade do processo. - A unidade estabeleceu mecanismos de abordagem de todas as 	

		situações em que necessita da atuação dos serviços de suporte para prevenir a interrupção do serviço ou deficiências na qualidade percebida pelo utente.	
<p>Está implementado um procedimento para garantir as condições de conservação e armazenamento do material de uso clínico e medicamentos.</p> <p>(OBRIGATÓRIO)</p>	<p>Garantir que os produtos utilizados se encontram em bom estado para a sua utilização segura, estabelecendo-se os mecanismos necessários para o controlo dos requisitos de conservação e prazos de validade.</p>	<p>– A unidade dispõe de um procedimento de controlo das condições de armazenamento e conservação e dos prazos de validade do material de uso clínico e medicação. Este procedimento encontra-se difundido pelos profissionais.</p> <p>– A unidade dispõe de registos que lhe permitem garantir uma rastreabilidade da correta aplicação dos procedimentos de controlo de armazenamento e prazos de validade.</p> <p>– A unidade mantém os locais de armazenamento da medicação e do material de uso clínico em adequadas condições de temperatura, luz, organização, limpeza, acesso e segurança e segue as indicações de conservação definidas.</p>	
<p>A Unidade de Gestão Clínica participa na identificação dos riscos laborais que possam afetar os profissionais em cada posto de trabalho e tem um Plano de Prevenção de Riscos Laborais implementado de acordo com a legislação em vigor.</p> <p>(OBRIGATÓRIO)</p>	<p>Identificar e eliminar os riscos que possam afetar os profissionais, incluindo aqueles que são motivados pelas condições de segurança no trabalho, pelas condições ambientais e pelas condições ergonómicas e psicossociais.</p>	<p>– A unidade dispõe de um Plano de Prevenção de Riscos Laborais.</p> <p>– A unidade proporciona formação de forma sistemática sobre os riscos laborais aos profissionais.</p>	
<p>Estão estabelecidas as medidas de segurança no caso de emergências e são conhe-</p>	<p>Assegurar que estão estabelecidas e implementadas as ações a seguir no caso de situações de emergência (incêndio, evacuação, derrames de produtos</p>	<p>– A unidade dispõe de um Plano de Emergência atualizado e difunde-o a todos os profissionais.</p>	

<p>cidas pelos profissionais e atualizadas periodicamente.</p> <p>(OBRIGATÓRIO)</p>	<p>tóxicos, etc.) que possam afetar os profissionais da unidade ou o seu ambiente e que estas cumprem a legislação em vigor.</p>	<p>– A unidade dispõe de meios de proteção contra incêndios e vias de evacuação adequados, de acordo com a legislação em vigor, e mantém-nos plenamente operativos e revistos.</p>	
<p>Standard 9- SISTEMAS E TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO</p>			
<p>Os Sistemas de Informação dão resposta às necessidades de informação da Unidade de Gestão Clínica, permitindo o acompanhamento de objetivos e resultados e apoiando a tomada de decisões por parte da gestão da instituição.</p>	<p>Disponer de Sistemas de Informação para cobrir a gestão dos principais processos da unidade, que permitam disponibilizar aos profissionais informação fidedigna e em tempo real para a realização de atividades e para o acompanhamento de objetivos e resultados apresentados.</p>	<p>– A unidade dispõe de Sistemas de Informação que permitem a análise sistemática de dados.</p> <p>– A unidade identifica os dados de que necessita e tem definida a estratégia operacional para realizar essa análise.</p> <p>– Os profissionais da unidade têm acesso à informação gerada através dos Sistemas de Informação.</p>	
<p>Aplicam-se procedimentos para garantir a validade dos dados incluídos nos Sistemas de Gestão da Informação.</p>	<p>Garantir a qualidade e fiabilidade da informação contida nos Sistemas de Informação (informação útil). Os Sistemas de Informação são paralelos ao sistema real e refletem a situação da instituição em todo o momento.</p>	<p>– A unidade realiza uma manutenção sistemática das bases de dados contidas nos seus Sistemas de Informação.</p> <p>– A unidade dispõe de um procedimento para realizar a manutenção dos Sistemas de Gestão da Informação, avaliando a sua integridade e qualidade e adotando medidas corretivas no caso de detetar desvios sobre os resultados esperados.</p>	
<p>Encontram-se estabelecidos os procedimentos para uma correta gestão das disfunções dos Sistemas e Tecnologias de Informação e Comunicação e estes estão contemplados</p>	<p>Garantir um ambiente e ferramentas de trabalho robustos, mediante a deteção, avaliação e comunicação de todas as situações que geram disfunções.</p>	<p>– A unidade dispõe de um Plano de Continuidade do Sistema de Informação e Comunicação, que lhe permite atuar de maneira eficiente em caso de incidências nestes sistemas de suporte.</p> <p>– Os profissionais conhecem e aplicam o procedimento que devem seguir em caso de disfunção dos Sistemas de Informação e Comunicação.</p>	

<p>num Plano de Contingência.</p>			
<p>Adotam-se medidas para garantir a proteção de dados de caráter pessoal, de acordo com o estabelecido na legislação em vigor.</p> <p>(OBRIGATÓRIO)</p>	<p>Estabelecer os mecanismos necessários para que a unidade se ade- que aos princípios estabelecidos de proteção de dados pessoais, garantindo e protegendo a honra e a intimidade das pessoas e evitando situações que possam afetar a confidencialidade.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A unidade promove de forma ativa a adesão dos seus profissionais à legislação em vigor sobre proteção de dados, mediante formação credível e formalização de compromissos explícitos de confidencialidade. - A unidade informa as pessoas das medidas implementadas para garantir o cumprimento da legislação em vigor sobre proteção de dados. - Os ficheiros que contêm informação de caráter pessoal são tratados de acordo com o estabelecido na legislação em vigor, relativamente à sua gestão, inscrição, manutenção, etc. - Existe um documento de segurança de dados confidenciais aplicável à unidade e o mesmo está disponível e é conhecido por todos os profissionais da unidade. - Realizam-se as revisões e auditorias periódicas estabelecidas pela legislação em vigor e aplicam-se as medidas corretivas perante desvios e incidentes detetados. 	
<p>Standard 10- MELHORIA CONTÍNUA</p>			
<p>A Unidade de Gestão Clínica incorpora recomendações de boa</p>	<p>Garantir que todos os procedimentos implementados na unidade, de âmbito assistencial clínico e não clínico, se sustentam na melhor</p>	<p>- A unidade tem identificados os seus procedimentos assistenciais e não assistenciais.</p>	

<p>prática no desenho e implementação dos seus procedimentos.</p>	<p>evidência disponível (grau de recomendação ou nível de evidência, normativa, etc.) e nas competências necessárias para a sua implementação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Existe uma estratégia para incorporar a melhor evidência disponível nos procedimentos da unidade. - Existem responsáveis pela atualização dos procedimentos assistenciais e não assistenciais. 	
<p>A Unidade de Gestão Clínica utiliza e atualiza protocolos, processos, algoritmos, guias de prática clínica e planos de cuidados normalizados ou estabelecidos por consenso na unidade.</p>	<p>Garantir que a unidade aplica um procedimento para a revisão e atualização das normas e recomendações implementadas na unidade (guias, protocolos, planos de cuidados, algoritmos clínicos, etc.) e que estas estão baseadas na melhor evidência disponível.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A unidade estabeleceu consenso sobre os protocolos, processos, algoritmos, guias de prática clínica e planos de cuidados a utilizar. - Existe uma estratégia para incorporar na prática clínica as recomendações baseadas na melhor evidência disponível. - Existem responsáveis pela atualização das recomendações adotadas em função da evidência científica disponível. 	
<p>Na Unidade de Gestão Clínica identificam-se os riscos para a segurança do doente.</p> <p>(OBRIGATÓRIO)</p>	<p>Identificar e analisar os riscos relacionados com eventos adversos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A unidade dispõe de uma metodologia validada (matriz de riscos, AMFE, mapa de riscos, etc.) para a gestão de riscos, que lhe permite conhecê-los, priorizá-los e estabelecer medidas preventivas. - Os profissionais da unidade envolvem-se na identificação de riscos. 	
<p>A Unidade de Gestão Clínica incorpora boas práticas para prevenir incidentes de segurança.</p> <p>(OBRIGATÓRIO)</p>	<p>Garantir a implementação de práticas seguras recomendadas pelo SNNIEA, DGS, Observatório da Segurança do Doente ou outras entidades de reconhecido mérito, que sejam aplicáveis no âmbito das atividades da unidade.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - De acordo com o seu âmbito de atuação, a unidade identificou práticas seguras relacionadas com a preservação da segurança do doente (prevenção da infeção associada aos cuidados de saúde, práticas de cirurgia segura, práticas anestésicas seguras, práticas seguras relacionadas com cuidados de enfermagem, práticas seguras relacionadas com melhorias na comunicação, práticas seguras de identificação do doente, uso seguro dos medicamentos, etc.). 	

		<p>– A unidade segue uma metodologia adequada para a implementação das práticas seguras identificadas: formação dos profissionais, monitorização operacional da sua implementação e avaliação periódica.</p>	
<p>A Unidade de Gestão Clínica tem um procedimento seguro de identificação das pessoas, que aplica antes da realização de procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos de risco potencial, ou antes da administração de medicamentos e hemoderivados.</p> <p>(OBRIGATÓRIO)</p>	<p>Disponer de mecanismos de verificação da identificação da pessoa, precisos e inequívocos, que diminuam a possibilidade de erro na prestação de cuidados de saúde.</p>	<p>– A unidade definiu um plano de ação relativamente à identificação das pessoas, que contempla a confirmação verbal da identidade e a verificação da utilização de meios de identificação seguros e redundantes (utilização de pulseira de identificação ou método correspondente, análise de circuitos, verificação das responsabilidades dos profissionais, etc.).</p> <p>– Os profissionais avaliam periodicamente os indicadores de controlo relativamente à identificação de pessoas e implementam áreas de melhoria.</p>	
<p>A Unidade de Gestão Clínica notifica os riscos, incidentes e eventos adversos.</p> <p>(OBRIGATÓRIO)</p>	<p>Garantir que a unidade estabeleceu e aplica um procedimento para a notificação de incidentes e eventos adversos, no qual se define quem, como, quando e onde notificar</p>	<p>– A unidade utiliza um sistema de notificação de incidentes e eventos adversos (ex.: infeções associadas aos cuidados de saúde, erros de medicação, cirurgia em localização incorreta, quedas de doentes, etc.), que permite contabilizá-los e analisá-los.</p> <p>– A unidade envolve os profissionais na notificação de incidentes e eventos adversos.</p>	
<p>A Unidade de Gestão Clínica analisa os eventos adversos e põe em marcha as ações necessárias e oportunas para prevenir a sua recorrência futura.</p>	<p>Utilizar a informação sobre eventos adversos para tomar decisões e empreender ações que impeçam a sua recorrência. Em função da sua análise, a unidade estabelece estratégias orientadas para o redesenho dos seus processos e procedimentos, de modo a que estes impeçam a sua recorrência futura</p>	<p>– A unidade dispõe de um procedimento para a análise dos eventos adversos comunicados, o qual contempla: responsabilidades, análise, definição de ações corretivas e acompanhamento da implementação das mesmas, etc.</p> <p>– Implementam-se oportunamente as medidas corretivas para evitar que os eventos</p>	

	e monitoriza a efetividade dessas medidas ao longo do tempo.	adversos se voltem a repetir. - Avalia-se a efetividade das medidas implementadas.	
A Unidade de Gestão Clínica fomenta o uso responsável e seguro do medicamento e de produtos sanitários pelos profissionais. (OBRIGATÓRIO)	Estabelecer medidas e desenvolver ações tendentes a conseguir uma utilização mais adequada, eficiente e segura dos medicamentos e produtos sanitários.	- A unidade implementa boas práticas relativamente ao uso seguro do medicamento (conciliação da medicação na admissão, alta e transferência dentro do hospital; manuseamento da medicação de alto risco; utilização dos sistemas de prescrição eletrónica disponíveis na unidade; critérios de segurança na prescrição escrita; preparação, administração e registo da medicação administrada; práticas seguras no manuseamento de bombas de infusão; programas de formação em planos de acolhimento de novo pessoal; controlo de medicamentos com nome e/ou aparência semelhante, etc.) - Dispõe-se de uma folha única de tratamento para cada pessoa. - A unidade cumpre os objetivos contratualizados ou estabelecidos no seu acordo de gestão relativamente ao consumo de medicamentos e desempenho da sua prestação farmacológica.	
A Unidade de Gestão Clínica dispõe de informação sobre a adequação da prescrição farmacêutica em relação a grupos de doentes de risco e incorpora na sua prática clínica recomendações de	Facilitar uma utilização segura dos medicamentos incorporando na prática clínica dos seus profissionais recomendações baseadas em estudos de idoneidade da prescrição para grupos de doentes específicos e vulneráveis, tais como doentes crónicos e doentes polimedicados, etc.	- A unidade dispõe de recomendações baseadas em estudos de idoneidade da prescrição para grupos de doentes específicos. - A unidade realiza uma revisão estruturada da medicação de doentes polimedicados seguindo uma metodologia definida. - A unidade dispõe de relatórios periódicos de	

boa prática de prescrição.		<p>atuações levadas a cabo em função das revisões realizadas aos doentes polimedicados (registo de alterações de tratamentos, controlo dos riscos de interações e revisões das caixas de medicamentos, etc.).</p> <p>4 – A unidade tem indicadores definidos para avaliar o grau de adesão dos profissionais a essas recomendações e define objetivos para esses indicadores.</p>	
-----------------------------------	--	---	--

V. Resultados

11. Resultados da Unidade de Gestão Clínica

STANDARD	PROPÓSITO	ELEMENTOS AVALIÁVEIS	AÇÕES RETIFICATIVAS
STANDARD 11- RESULTADOS DA UNIDADE DE GESTÃO CLÍNICA			
<p>Está definido e implementado um quadro de indicadores para a monitorização dos indicadores da qualidade e segurança da unidade.</p> <p>(OBRIGATÓRIO)</p>	<p>Dispor de um sistema de monitorização dos resultados baseado em indicadores, que permita estabelecer objetivos, identificar desvios e corrigir as suas causas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A unidade dispõe de um quadro de indicadores ou outro sistema para o acompanhamento dos seus indicadores da qualidade e segurança. - Existe uma avaliação periódica dos resultados dos indicadores da qualidade e segurança, identificando-se áreas de melhoria. - Os indicadores da qualidade e segurança apresentam melhores resultados após a implementação e áreas de melhoria identificadas. 	
<p>A Unidade de Gestão Clínica disponibiliza e promove a utilização de ferramentas de avaliação e análise da satisfação dos utentes e incorpora melhorias a partir dos resultados obtidos.</p>	<p>Dispor de ferramentas que permitam uma avaliação continuada da satisfação dos utentes e utilizá-las como elemento de melhoria contínua.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dispõe-se de mecanismos para promover a utilização de ferramentas de avaliação da satisfação das pessoas. - A análise periódica dos resultados de satisfação obtidos (inquéritos de satisfação e reclamações) por parte da unidade está sistematizada. 	

<p>(OBRIGATÓRIO)</p>		<ul style="list-style-type: none"> - A unidade identifica os aspetos que proporcionam um menor grau de satisfação aos utentes e implementa melhorias orientadas para aumentar a sua satisfação. - Observa-se uma melhoria nos resultados de satisfação a partir da implementação de melhorias. 	
<p>A Unidade de Gestão Clínica disponibiliza e promove a utilização de ferramentas de avaliação e análise da satisfação dos utentes e incorpora melhorias a partir dos resultados obtidos.</p> <p>(OBRIGATÓRIO)</p>	<p>Disponer de ferramentas que permitam uma avaliação continuada da satisfação dos utentes e utilizá-las como elemento de melhoria contínua.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dispõe-se de mecanismos para promover a utilização de ferramentas de avaliação da satisfação das pessoas. - A análise periódica dos resultados de satisfação obtidos (inquéritos de satisfação e reclamações) por parte da unidade está sistematizada. - A unidade identifica os aspetos que proporcionam um menor grau de satisfação aos utentes e implementa melhorias orientadas para aumentar a sua satisfação. - Observa-se uma melhoria nos resultados de satisfação a partir da implementação de melhorias. 	
<p>Cumprem-se os tempos de resposta dos processos da Unidade de Gestão Clínica incluídos na sua Carteira de Serviços.</p>	<p>Realizar as atividades da unidade num tempo adequado às necessidades das pessoas e às características dos processos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A unidade identificou os principais tempos de resposta para as atividades incluídas na sua oferta de cuidados de saúde. - Cumprem-se os tempos de resposta definidos pela unidade para os serviços de saúde que são prestados. 	
<p>Os indicadores dos processos assistenciais implementados na Unidade de Gestão Clínica são cumpridos e melhorados.</p>	<p>Assegurar que os resultados dos processos assistenciais implementados se encontram dentro das margens (critérios de aceitação) pré-estabelecidas e que se desenvolvem ações no sentido de melhorar a gestão dos mesmos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Cumprem-se os indicadores dos processos assistenciais implementados na unidade. - Incorporam-se melhorias para melhorar os resultados. 	

<p>A Unidade de Gestão Clínica dispõe de meios para controlar os desvios orçamentais detetados a fim de os corrigir.</p> <p>(OBRIGATÓRIO)</p>	<p>Realizar o acompanhamento e controlo periódico do grau de cumprimento do orçamento aprovado para a atividade da unidade.</p>	<p>– Monitoriza-se periodicamente o orçamento da unidade.</p> <p>– Caso sejam detetados desvios relativamente ao orçamento aprovado, estabelecem-se ações corretivas.</p>	
---	---	---	--

APÊNDICE VIII- RESUMO DO ARTIGO CIENTÍFICO

Acreditar uma UCC no Alentejo: Qual o impacto na satisfação da população pelos cuidados prestados

RESUMO

Problemática: A monitorização da qualidade é imperativa na manutenção dos mais altos padrões de confiança das pessoas no serviço de saúde e por consequências na diminuição do erro na prática clínica. A satisfação do utente deve ser encarada como um valor norteador da conduta dos profissionais de saúde que deve ser orientada para as necessidades, desejos e expectativas deste. A Acreditação de uma instituição de saúde permite a normalização de procedimentos, facilitando a prestação de cuidados dos profissionais e aumentando a sua qualidade. Consequentemente, é expectável fornecer cuidados de maior qualidade, aumentando a satisfação da população.

Os Modelo de Donabedian (1969) e de Nolah Pender (2011) são os alicerces norteadores onde ambos se centram na pessoa/comunidade e o segundo promove escolhas saudáveis em saúde. A população é o grande avaliador da qualidade. A qualidade aumenta o grau de satisfação e esta poderá ser atingida através do seu bem-estar ou indo ao encontro dos seus valores e expectativas.

O modelo da **Agencia de Calidad Sanitaria de Andaluzia (ACSA)**, adotado como referencial pela Direção Geral da Saúde, fomentou uma normalização de procedimentos pelos profissionais de saúde e uma avaliação do serviço em questão por uma entidade externa e idónea, por forma a aumentar os níveis de satisfação da população, previamente avaliada à implementação do projeto através da aplicação de um questionário.

Metodologia: Apresenta-se uma revisão integrativa da literatura com análise crítica e reflexiva sobre os principais impactos na satisfação das populações sobre os cuidados de saúde prestados.

Conclusão: A satisfação do utente face às respostas obtidas da parte dos serviços de saúde pode ser um caminho para validar a qualidade dos cuidados prestados à população, uma vez que esta experiência é vivida de forma individual e pessoal e tem um peso diferente na vida de cada um.

Palavras chave: Comunidade, Satisfação, Qualidade em saúde, Acreditação.