



Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre



1.º Curso de Mestrado em Enfermagem
Especialização em Gestão de Unidades de Saúde

Prof. Coordenadora Graça Gama

RELATÓRIO DE ESTÁGIO EM GESTÃO DE UNIDADE DE SAÚDE NA UCC MONTE MOR

Maria de Fátima Carapinha Nunes dos Santos

Junho
2012

Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre

1.º Curso de Mestrado em Enfermagem
Especialização em Gestão de Unidades de saúde

Prof. Coordenadora Graça Gama

RELATORIO DE ESTÁGIO EM GESTÃO
DE UNIDADE DE SAUDE
NA UCC MONTE MOR

Maria de Fátima Carapinha Nunes dos Santos

Junho
2012

RESUMO

O presente relatório enquadra-se na disciplina de Estágio Curricular do 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Especialização em Gestão de Unidades de Saúde, lecionado na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, com a orientação da Prof. Coordenadora Graça Gama.

O estágio, decorreu de 14 Fevereiro de 2011 até 24 Junho de 2011 sob o tema “A melhoria contínua da Qualidade dos cuidados, no âmbito da organização e do funcionamento na Unidade de Cuidados na Comunidade Monte Mor” de Montemor-o-Novo. Esta é uma pequena unidade funcional do ACES vocacionada para actuar na comunidade e capaz de mobilizar competências instaladas noutras unidades com objectivos precisos para prestar cuidados de saúde a indivíduos, famílias e grupos com necessidades especiais de cuidados, através de intervenções específicas nos domicílios e na comunidade, ao nível da prevenção, promoção e protecção da saúde. Este estágio teve por base a garantir da qualidade nos Cuidados de Saúde Primários em que foi necessário conhecer as principais componentes do conceito de qualidade, elaborar um documento denominado Regulamento Interno [RI], integrado no programa de garantia da qualidade, planear em conjunto com a equipa multidisciplinar a sua execução e definir o modelo a aplicar.

O relatório tem início com um enquadramento conceptual adequado ao tema, a caracterização do local onde se realizou o estágio, assim como as actividades desenvolvidas, o resultado obtido ao longo dos cinco meses de duração do mesmo.

No final, encontramos a reflexão que faz a avaliação geral do estágio. Em jeito de consideração final, temos a conclusão em que se realça as ideias gerais do estágio e reforça-se a opinião sobre o decorrer do mesmo.

Palavras – Chave: Cuidados de Saúde Primários; Regulamento Interno; Gestão da qualidade; Enfermagem; Organização.

ABSTRACT

This internship report fits in Estágio Curricular do 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Especialização em Gestão de Unidades de Saúde, taught in Escola Superior de Saúde de Portalegre do Instituto Politécnico de Portalegre, under the watch of Coordinating Teacher Graça Gama. This internship occurred from 14th of February to 24th of June 2011, the theme being the continuous improvement in the quality of the management of the health care given in Unidade de Cuidados na Comunidade of Montemor-o-Novo. Unidade de Cuidados na Comunidade are small units of ACES capable coordinating other units to deliver health care to a single individual, to their families and to groups with special need of health care through specific actions performed in the community and their homes to prevent, promote and maintain health. This report aspires the maintenance of the quality in the Primary Health Care in which it was not only necessary to identify the main components in the quality concept but also create a document called Regulamento Interno [RI] which is integrated in the quality assurance program and plan its execution and define the applicable model with the team.

In this report we can not only find a concept adequate to the theme in work but also activities developed and the result of 5 months of internship.

Near the end we find a thought on the general evaluation of the internship. Finally the conclusion strengthens the overall ideas of the internship and the opinion about its development.

Keywords: Primary Health Care; Intern Regulation; Quality Management; Nursing; Organization.

Abreviaturas e Símbolos

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

CAF – Modelo Integrado de Aplicação da Estrutura Comum de Avaliação

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSP – Cuidados de Saúde Primários

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

IPSS - Instituição Particular de Solidariedade Social

IQS - Instituto da Qualidade em Saúde

INE – Instituto Nacional de Estatística

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

REPE - Regulamento do Exercício da Prática de Enfermagem

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RI – Regulamento Interno

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UAG – Unidade de Apoio a Gestão

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP - Unidade de Saúde Pública

INDICE

INTRODUÇÃO	9
1 - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	12
1.1- A EVOLUÇÃO DOS CUIDADOS DE SAUDE PRIMARIOS EM PORTUGAL	12
1.2 – A ACTUAL REFORMA DOS CUIDADOS DE SAUDE PRIMARIOS	17
1.2.1 – A organização e funcionamento da Unidade de cuidados na comunidade	22
1.3 – O REGULAMENTO INTERNO, INSTRUMENTO DE GESTÃO DA QUALIDADE.....	24
1.4- QUALIDADE DOS CUIDADOS EM SAUDE	25
1.4.1 – Evolução do conceito de qualidade	25
1.4.2 - Gestão da qualidade total	28
1.4.3 – Gestão da Qualidade em enfermagem	29
1.4.3.1. Referenciais de Enfermagem	29
1.4.3.2. Estrutura de Gestão de Enfermagem	32
1.5 – A NOVA CARREIRA DE ENFERMAGEM	32
1.5.1 – Competencias do Enfermeiro Generalista	33
1.5.2 – Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública	34
2 – CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTAGIO	36
3 – ACTIVIDADES REALIZADAS	43
4 – REFLEXÃO	45
CONCLUSÃO	47
CRONOGRAMA DAS ACTIVIDADES.....	48
CRONOGRAMA DE ACTIVDADES	49
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
ANEXO I - Projecto de estagio	
ANEXO II - Dec. Lei nº 248/2009 de 22 de Dezembro, Diario da republica 1ª serie, nº184	
Artigo8º - Deveres funcionais dos enfermeiros	
Artigo9º - Conteudo Funcional da categoria de enfermeiro	
Artigo10º Conteudo funcional da categoria de enfermeiro principal	
ANEXO III - Competencias do enfermeiro dos cuidados gerais emanado pela Ordem dos Enfermeiros em Maio de 2004	

ANEXO IV - Regulamento nº 128/2011, Diário da Republica, 2ª serie – nº35 de 18 de Fevereiro de 2011

ANEXO V - Regulamento Interno da Unidade de Cuidados na Comunidade Monte Mor

Índice de Tabelas

TABELA 1 – Estrutura da população de Montemor por grupo etário.....	37
TABELA 2 – Estrutura da população de Montemor por grupo etário.....	38
TABELA 3 - Profissionais constituintes da UCC.....	41

INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge como suporte teórico do estágio e pretende dar a conhecer como este decorreu, no âmbito 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Especialização em Gestão de Unidades de Saúde, com a orientação da Prof. Coordenadora Graça Gama. Como tal, foi dada a possibilidade de o realizar no local de trabalho [UCC Monte mor], onde pudesse aprender e aplicar os conhecimentos adquiridos durante a actividade académica.

Contudo, a necessidade de fazer o estágio curricular, e a escolha do tema “A melhoria contínua da Qualidade dos Cuidados, no âmbito da organização e do funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade Monte Mor”, foi ao encontro da necessidade de elaborar um documento denominado Regulamento Interno [RI]. Durante cinco meses, de 14 Fevereiro de 2011 até 24 Junho de 2011 desenvolvi o documento citado anteriormente. Este tem por base a garantir da qualidade nos Cuidados de Saúde Primários. Félix (2002) citado por Andrade et al (2004:3) in Programa Qualidade do Ministério da Segurança Social e do Trabalho: Um Modelo Integrado de Aplicação da Estrutura Comum de Avaliação,

“a qualidade é o sinal nem sempre exterior de uma grandeza que não se mede. A qualidade é o que fica depois da quantidade não contar. A qualidade existe, pois, para além da quantidade. A quantidade é o conta quilómetros da nossa corrida, a qualidade é o termóstato da nossa vida no intervalo da corrida. A quantidade não existe para além da aparência do que representa, a qualidade subsiste para além do tempo da sua gestação. A quantidade até pode ser o tudo. Mas só a qualidade pode ser o todo. Da quantidade depois de o ser resta o nada. Da qualidade fica sempre o desafio. A quantidade como medida divide-se. A qualidade como exemplo multiplica-se. A quantidade necessita de uma calculadora e de um registo. A qualidade exige uma consciência e uma memória. A quantidade é uma união de facto. A qualidade é uma união de valor.”

A qualidade nos serviços de saúde é assumida por todos como um caminho e uma meta a ser atingida. Segundo Silva (2001) citado por Lopes (2007) afirma que a qualidade é hoje, universalmente, reconhecida como satisfação das necessidades explícitas e implícitas do cliente, a custos adequados, e tornou-se num imperativo para todas as organizações públicas pela necessidade de contenção orçamental, pelo maior nível de exigências do cidadão, pela referência que o Estado assume face à Sociedade e pela diversidade de bens e serviços que presta à comunidade.

Em 1997 o Ministério da Saúde instituiu como objetivo prioritário, a definição de uma política de qualidade para o sector, o desenvolvimento e implementação de sistemas de qualidade e a criação do Instituto da Qualidade na Saúde para apoiar as organizações na melhoria da qualidade.(Ministério da Saúde, 1999) Perante as estratégias de qualidade

definidas pelo governo, o Instituto da Qualidade na Saúde escolhia as políticas para a sua implementação. Dentro desta estratégia de atuação, de acordo com Pisco (2002), assumiu considerável importância o programa nacional de acreditação de hospitais, como um programa de melhoria e desenvolvimento interno dos hospitais, partindo do seu voluntariado na adesão ao programa e obtido através do cumprimento de um conjunto de padrões e critérios avaliados externamente.

A gestão da qualidade nos serviços de saúde tem evoluído, essencialmente através dos processos de acreditação, considerados como um investimento com reflexos estruturais para a gestão da qualidade obrigando os serviços a organizarem-se, à formulação de uma política de qualidade, de gestores da qualidade e a atividades de planeamento e controlo estatístico de melhoria.

Segundo os peritos, a controvérsia sobre o processo de acreditação inicia-se na consideração das suas vantagens objetivas. Para uns é muito importante, porque implementa mudanças, começando no topo e obrigando à formulação de uma política de qualidade; outros consideram que é um processo burocrático que não se traduz em melhoria de cuidados para o cidadão. Mas o verdadeiro impacto, sobre estes projetos da qualidade, é difícil de medir pela complexidade na definição de indicadores e pela deficiência do sistema de informação. No entanto, é possível efetuar medições indiretas de mudanças de atitudes, comportamentos, procedimentos e processos, entre outras.

A qualidade deve ser entendida como o produto final de uma cadeia, de uma rede de trabalho, onde atuam diversos prestadores, com diversos níveis de formação, mas em que todos eles contribuem para o resultado final.

A necessidade de implementar sistemas de qualidade está hoje fortemente assumida, quer por instâncias internacionais como a Organização Mundial de Saúde [OMS] e o Conselho Internacional de Enfermeiros, quer por organizações nacionais como o Conselho Nacional de Qualidade e o Instituto da Qualidade em Saúde. Criar sistemas de qualidade em saúde revela-se assim uma acção prioritária.

A realização deste relatório permitiu verificar se o objetivo geral “Contribuir para a implementação de um programa de melhoria contínua da qualidade dos cuidados na área da organização e gestão dos serviços de saúde, na UCC Monte Mor” e o objetivo específico “Estabelecer o regime de organização e funcionamento da UCC Monte Mor”, definidos no projeto de estágio (Anexo I) foram atingidos. Também foi possível descrever e refletir sobre as atividades desenvolvidas ao longo deste para atingir os objetivos propostos; os recursos

humanos, materiais e físicos utilizados e assim como o tempo de concretização representado no Cronograma.

Para além do referido, o presente relatório tem outros objetivos:

- Desenvolver as competências adquiridas;
- Analisar e refletir sobre as atividades desenvolvidas durante o estágio;
- Contribuir e complementar a avaliação do estágio do 1º curso de Mestrado em Enfermagem Especialização em Gestão de Unidades de saúde.

O trabalho encontra-se estruturado em cinco capítulos. O primeiro capítulo aborda o enquadramento conceptual descrevendo alguns conceitos para enquadrar o tema, no segundo capítulo é feita a apresentação do local de estágio. O terceiro capítulo destina-se a realização do estágio, as atividades desenvolvidas ao longo deste; o quarto capítulo inclui a reflexão. Por último, surge a conclusão onde é feita uma consideração final sobre a realização deste.

Considero que este estágio tem toda a pertinência na atualidade, contribuindo para o enriquecimento formativo e também, é uma mais valia ao nível profissional ajudando na produção de um instrumento de garantia da qualidade da UCC Monte Mor .

1 - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1.1 – A EVOLUÇÃO DOS CUIDADOS DE SAUDE PRIMARIOS EM PORTUGAL

Os cuidados de saúde primários representam na sociedade portuguesa, a primeira forma de contacto dos cidadãos com o sistema de saúde, são a porta de entrada, o primeiro meio de acesso aos cuidados de saúde.

As várias tentativas da reforma nos últimos 30 anos, parecem demonstrar que o planeamento de políticas de saúde, é fundamental para um correto desenvolvimento dos cuidados de saúde primários, diferente do que se tem vindo a fazer, de modo a permitir um fácil acesso dos utentes aos cuidados e conseqüentemente, o aumento da sua satisfação e, melhorias com ganhos em saúde.

Importa compreender a evolução dos cuidados de saúde primários, as várias tentativas de mudança, o contexto global que permitiu o inicio da atual reforma, a inovação que fundamenta as políticas de saúde adotadas e a mudança organizacional. A política de saúde faz parte da política social, e é “um conjunto de decisões que permitem concretizar uma linha de ação que estabeleça e realize objetivos concretos para a melhoria da saúde” .(Sakellarides, 2004)

A evolução dos cuidados de saúde primários em Portugal tem trinta anos e teve o seu inicio com a organização dos cuidados de saúde primários, e aconteceu com a publicação do Decreto - Lei nº 35 311, de 25 de Abril de 1946, em que constituiu a Federação das Caixas de Previdência, criando o primeiro serviço de cuidados médicos de nível nacional. Coincide com o início de um sistema de segurança social: os “Serviços das Caixas”, que se destinavam apenas aos trabalhadores por conta de outrem, como meio de proteção na doença, invalidez e desemprego involuntário.(Biscaia et al, 2005) A partir daqui, houve a tendência para que a legislação subsequente falhasse sobretudo pela ausência de globalidade, o que influenciava as iniquidades sociais da população.

Com o objetivo de tentar diminuir estas conseqüências, foi criado, em 1958, o Ministério da Saúde.(Ferreira, 1990) Os Serviços das Caixas foram-se desenvolvendo, aumentando ainda mais as desigualdades entre a população, pois nem todos tinham a possibilidade de recorrer aos mesmos, uma vez que se tratava de seguros sociais obrigatórios, apenas destinados a trabalhadores da indústria, comércio, e só mais tarde para os sectores rural e pescas.(Ramos, 2008)

Em 1971, deu-se a promulgação do Decreto-Lei 413/71 – Lei Orgânica do Ministério da Saúde e Assistência, que estabelece os fundamentos para o Serviço Nacional de Saúde, criando assim os designados Centros de Saúde de 1ª geração.(Ramos, 2008).

Segundo Branco e Ramos (2001), na história da organização dos serviços de saúde é possível narrar o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários com quatro fases relativamente bem delimitadas. Uma primeira fase desde 1971 até ao período revolucionário de 1974-1975; a segunda fase com o serviço médico à periferia de 1975 a 1982; a terceira fase dos centros de saúde integrados em 1983, e da expansão do Serviço Nacional de Saúde [SNS] criado em 1979, e a fase atual, da reforma dos cuidados de saúde primários.

A missão do centro de saúde tem tido historicamente algumas evoluções, sendo possível identificar três gerações, com enquadramentos histórico-políticos e com características distintas.

A “primeira geração” de centros de saúde, iniciada em 1971, integrou múltiplas instituições com cuidados preventivos e de saúde pública, numa rede orientada e inserida nas comunidades locais que permaneceu até à criação dos centros de saúde pós SNS. Estes estavam associados ao que se denominava por saúde pública: vacinação, vigilância de saúde da grávida e da criança, saúde escolar, atividades de autoridade sanitária, incluindo as relacionadas com o ambiente, cartões de sanidade, entre outras. Tinham uma actuação prioritariamente ligada à prevenção e ao acompanhamento de alguns grupos de risco. O tratamento da doença aguda, e os cuidados curativos ocupavam um espaço diminuto no conjunto das suas atividades e eram prestados nos postos clínicos dos Serviços Médico-Sociais das caixas de previdência. Assim, durante alguns anos coexistiram separados dois estilos de práticas, a da saúde comunitária com objetivos de promoção da saúde e atuação programada por valências ou programas verticais normalizados centralmente e com preocupações explícitas de qualidade nos processos; e a outra prática de cuidados imediatos, de resposta à procura expressa dos doentes, traduzida em elevado número de consultas, visitas domiciliárias e tratamentos de enfermagem, sem planeamento por objetivos de saúde e sem preocupações explícitas de natureza qualitativa.

Estes dois estilos, teoricamente contraditórios, eram complementares em termos de necessidades de saúde e de expectativas dos utentes/beneficiários. A análise da evolução dos principais indicadores de saúde materno-infantil e da incidência das doenças transmissíveis

evitáveis pela vacinação permite concluir que esta primeira geração foi, para a sua época e contexto, um sucesso notável.

Com o regime democrático, regressaram a Portugal milhares de cidadãos vindos das ex-colónias, entre eles, um grande número de profissionais de saúde. Em 1975, por Despacho de 19 de Março, foi criado o Serviço Médico à Periferia, que afastava os médicos recém-formados dos grandes centros urbanos, constituindo um ano compulsório de exercício da profissão em áreas rurais de forma a diminuir as deficiências sanitárias e a carência de profissionais de saúde nessas regiões. (Ramos, 2008)

Em 1978 realizou-se a Conferência Internacional da Organização Mundial de Saúde [OMS]/ Fundo das Nações Unidas para a Infância [UNICEF] sobre cuidados de saúde primários, em Alma-Ata, tendo daí resultado a definição de cuidados de saúde primários, num documento conhecido como Declaração de Alma-Ata, onde se caracterizam como: “nível de cuidados - primeiro nível, linha da frente, interface com a comunidade, integrado na própria comunidade; e com um conjunto de atividades – educação para a saúde, vacinação, saúde ambiental, planeamento familiar, saúde materna e infantil, saúde escolar, diagnóstico e tratamento das doenças agudas e crónicas mais comuns na comunidade, fornecimento dos medicamentos essenciais; como estratégia de intervenção em saúde – participação da comunidade, cooperação intersectorial; e como filosofia permeando todo o sistema de saúde”.(Ramos, 2008)

Em 1979, criou-se o SNS, que defendia o direito à protecção da saúde e o dever da sua defesa e protecção. Seria um serviço nacional, universal, geral e gratuito, cujo acesso devia ser garantido pelo Estado. Foi então publicada, embora não totalmente regulamentada a Lei nº 56/79, de 15 de Setembro, tendo ficado por criar alguns órgãos centrais.(Ferreira,1990)

A “segunda geração” de centros de saúde teve início em 1983, após a criação do SNS no ano de 1979 e da nova carreira médica de clínica geral. Foram criados os chamados centros de saúde integrados, resultantes da simples mistura das principais vertentes assistenciais extra-hospitalares preexistentes [centros de saúde, postos dos Serviços Médico-Sociais e hospitais concelhios]. A nível central, este processo de fusão de duas linhas de serviços conduziu à criação em 1984 da Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários. (Gomes e Dias, 1987 citado por Branco e Ramos, 2001) Este processo conduziu a uma maior racionalidade formal na prestação de cuidados de saúde e na optimização de recursos, mas não conseguiu melhorar

com consistência, nomeadamente, a grande acessibilidade a consultas e as visitas domiciliárias oferecida pelos Serviços Médico-Sociais; e a programação com objetivos de saúde e procedimentos preventivos e de vigilância de saúde normalizados que caracterizavam as atividades dos centros de saúde, com sucessos objetivados em diversas áreas, nomeadamente na área materno-infantil. (Sakellarides,1979)

O modelo organizativo dos centros de saúde de segunda geração permitiu a afirmação da identidade das diversas linhas profissionais, em especial da carreira médica de clínica geral, mas logo se mostrou desajustado em relação às necessidades e expectativas dos utentes e das comunidades. (Branco e Ramos, 2001)

As críticas sugestões de mudança e propostas alternativas ao modelo organizativo dos centros de saúde integrados datam do próprio ano da sua criação, isto é, de 1983, e têm evoluído desde então com base na experiência vivida e no estudo de experiências equivalentes noutros países. (Sakellarides,1979)

De 1984 a 1990, assistiu-se a uma certa estagnação neste nível de cuidados. Em 1990 foi aprovada a Lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/90) onde a responsabilidade pela saúde passa a ser partilhada entre o Estado e o indivíduo. Em 1993, é aprovado o estatuto do Serviço Nacional de Saúde e as Administrações Regionais de Saúde passam a fazer a coordenação entre os hospitais e os centros de saúde.

A partir de 1996 foi possível relançar no seio do Ministério da Saúde o debate sobre o futuro dos cuidados de saúde primários e dos centros de saúde no país. Paralelamente a este debate foram iniciados projetos, iniciativas experimentais e de inovação organizativa, visando explorar caminhos para reorganizar a prestação de cuidados aos cidadãos. Os designados projetos «Alfa», na Região de Lisboa e Vale do Tejo, marcando o início da mudança organizacional que atualmente se tem vindo a desenvolver, tiveram o seu início em 1996-1997, e foram um primeiro impulso para descongelar o sistema burocrático do SNS e libertar as ideias e iniciativas já latentes no terreno. Permitiram a criatividade, a inovação e a persistência a pequenos grupos de profissionais, permitindo-lhes criar novos modelos de trabalho em grupo e em equipa. A avaliação dos projetos «Alfa» apontou para a necessidade de estudar formas retributivas mais justas, que permitam recompensar os que mais e melhor trabalham. Este facto forneceu argumentação técnica e política para instituir novas formas remuneratórias nos centros de saúde no ano de 1998, com o regime remuneratório experimental em clínica geral. Também aqui os projetos «Alfa» foram inspiradores, mesmo

em condições adversas. A descentralização interna dos centros de saúde, combinada com competências para a coesão institucional ao nível da gestão e técnico-científica, visa articular autonomia com responsabilidade, num ambiente de rigor e de exigência, mas também de maior confiança.

A partir de 1997 e até 1999, foram criadas as agências de contratualização e os orçamento programa, apostando-se na separação entre os prestadores de cuidados de saúde e seu financiamento.

Já em 1999, foram criados os Centros de saúde de 3ª Geração, com vista à descentralização e a uma maior autonomia. (Decreto-Lei nº157/99 de 10 de Maio). Até 2001 desenvolveram-se estratégias de implementação para os Centros de Saúde de 3ª Geração, nunca concretizados, em parte devido às resistências, especialmente das sub-regiões que veriam o seu poder transferido para os próprios centros de saúde, uma vez que estes passariam a ter autonomia financeira e administrativa, organizados em equipas multiprofissionais e descentralizadas, dirigidos por uma direção técnica e clínica. Todavia, foi a partir de 2002 que se deu uma explosão legislativa no sector da saúde, com consequências para os cuidados de saúde primários no que respeita ao Decreto Lei nº 60/2003 de 1 de Abril, que cria a Rede de Cuidados de Saúde Primários. Desde a publicação deste decreto, que nunca foi executado, até 2005, houve nova estagnação organizacional ao nível dos centros de saúde.(Biscaia et al, 2005)

Em 2005, com a revogação do Decreto Lei nº60/2003, deu-se início a uma nova fase no sector da saúde, especialmente no que concerne aos cuidados de saúde primários, foram os primeiros passos da reforma a que se assiste neste momento e que aposta essencialmente na mudança organizacional, na reorganização dos centros de saúde, com a criação de unidades de saúde familiares, equipas multidisciplinares, com autonomia técnica e funcional, mas também na criação de outras soluções mais adequadas para a prestação de cuidados de saúde primários, nomeadamente a criação dos agrupamentos de centros de saúde e a extinção das Sub-regiões de saúde, com o objetivo de agregar os recursos e estruturas de gestão.

O ponto de partida para a atual reforma baseou-se no baixo nível de satisfação de todos os envolvidos no processo de cuidados, desde o utente aos profissionais, passando pelos decisores políticos, estado de espírito, este motivado pelo baixo e desigual acesso, pela ineficiência, pelas barreiras físicas e burocráticas e pela falta de incentivos para melhorar a produtividade e a qualidade.

A reforma dos cuidados primários, iniciada em 2005, tinha o principal objetivo de reconfigurar os centros de saúde, através de políticas de saúde adequadas, promovendo assim a introdução de inovação no processo de mudança organizacional, através da implementação das Unidades de Saúde Familiares [USF], com vista à modernização dos cuidados, apostando na sua orientação para a comunidade, na flexibilidade organizativa e de gestão, desburocratização, trabalho em equipa, autonomia e responsabilização, melhoria contínua da qualidade, contratualização e avaliação. (Missão para os Cuidados de Saúde Primários[MCSPP], 2006)

Os objetivos concretos das melhorias a adotar, passam pela melhoria do acesso, pelo aumento da satisfação dos utentes e dos profissionais, pela melhoria da qualidade e pela continuidade dos cuidados e pela melhoria da eficiência. Para atingir estes objetivos, a reforma pretende desenvolver a reconfiguração e autonomia dos centros de saúde, promover a criação e implementação das USF, reestruturar os serviços de saúde pública, desenvolver intervenções na comunidade, implementação de unidades locais de saúde, desenvolvimento dos recursos humanos, desenvolvimento do sistema de informação e mudança e desenvolvimento de competências.(MCSPP, 2006)

1.2 – A ACTUAL REFORMA DOS CUIDADOS DE SAUDE PRIMARIOS

A reconfiguração dos centros de saúde foi orientada para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados considerando uma maior proximidade, fácil acessibilidade e obtenção de ganhos em saúde.(Missão para os cuidados de saúde Primários, 2010) Conjugando princípios de descentralização, auto-organização e responsabilização face aos resultados verificados, com a experiência no terreno, de equipas profissionais coesas, próximas das pessoas e sensíveis às suas necessidades e preferências, configurou-se um novo modelo de prestação de cuidados de saúde primários no país.

A evidencia existente aponta consistentemente para uma clara melhoria no acesso aos cuidados de saúde e uma acrescida satisfação por parte de todos os que têm interesse neste processo. A reforma da saúde, na atualidade é um dos mais importantes processos de mudança a decorrer no país e se continuar a ser bem sucedida, resultará em grandes benefícios para a saúde, para a qualidade de vida e para o bem-estar dos portugueses. (Sakellarides et al., 2009)

Para tal, é necessário mobilizar amplos sectores da sociedade portuguesa incluindo o seu potencial científico, tecnológico e de inovação. A sociedade não pode esperar passivamente os resultados da reforma, tem que envolver-se ativamente na sua realização. Por outro lado a reforma dos cuidados de saúde primários terá que ser sensível ao contexto do país em cada momento e, como tal, integrar a resposta da saúde à crise económica e social global que o país atravessa.

Há ainda muito a fazer para a reforma dos Cuidados de Saúde Primários, estimular a expansão das USF e UCC; implementar e desenvolver progressivamente os Agrupamentos de Centros de Saúde [ACES], promovendo a sua autonomia de gestão; continuar a investir nos sistemas de informação; reduzir as desigualdades de acesso num período de tempo razoável; rever a articulação com os hospitais; ajustar, eventualmente, o modelo da reforma para as áreas do interior, com população e recursos da saúde mais dispersos e adotar políticas de recursos humanos compatíveis com a reforma.(Sakellarides et al.,2009) A reforma dos cuidados de saúde primários deu origem a uma realidade diferente e original, através de um novo processo de desenvolvimento, invulgar na experiência portuguesa.

Segundo sakellarides et al. (2009),

“a nova arquitetura organizacional dos centros de saúde assenta numa reorganização com duas componentes complementares, de sentido oposto, uma em que há uma rede de pequenas equipas multiprofissionais, descentralizadas e autónomas, com carácter estrutural permanente, para fins de prestação de cuidados à pessoa e à família, e para assegurar intervenções na comunidade, no meio físico e social, através de programas e projetos com alcance populacional [Unidade de Saúde Familiar, Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, Unidade de Cuidados na Comunidade e Unidade de Saúde Pública]; e outra em que temos a concentração de meios e de recursos escassos, de uso comum, e/ou onde é possível beneficiar de economias de escala, através dos Agrupamentos de Centros de Saúde, quer para fins de gestão organizacional, quer para harmonização e liderança técnico-científica [conselhos clínico], quer para apoio ao funcionamento das unidades multiprofissionais descentralizadas”.

Das ações realizadas no projeto da reforma dos cuidados de saúde primários [CSP], durante a legislatura de 2005 a 2009, na qual se celebraram os 30 anos do SNS, resultaram a instalação de ACES, a atual rede de USF; a candidatura de equipas de profissionais à constituição de UCC; a reorganização das Unidades de Saúde Pública [USP]; e a constituição, na generalidade dos ACES, de Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados [UCSP] e Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados [URAP]. Nos ACES funcionam, na dependência do diretor executivo, as unidade de apoio à gestão [UAG] que prestam apoio administrativo e geral ao diretor executivo, ao conselho clínico e às unidades funcionais; e o gabinete do cidadão, ao qual compete verificar as condições de acesso dos utentes aos

cuidados de saúde; informar os utentes dos seus direitos e deveres como utilizadores dos cuidados de saúde primários; receber observações, sugestões, reclamações dos utentes relativas aos cuidados prestados e responder às mesmas, e verificar regularmente o grau de satisfação dos utentes do ACES.

Cada unidade funcional é constituída por uma equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica e atua em intercooperação com as demais unidades funcionais do centro de saúde e do ACES.

As USF visam a modernização organizativa e técnico-científica da medicina geral e familiar nas instituições públicas do SNS, quebrando a obsolescência da prática a solo, (Branco e Ramos, 2001), e tem como finalidade aperfeiçoar a prestação de cuidados de medicina familiar num contexto de grupo e equipa. A vivência científica e uma razoável atualização de conhecimentos requerem uma cultura de grupo, com discussão regular das situações dos doentes, com a análise interpares de práticas e procedimentos. (Sakellarides,1979)

As USF são as unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que assentam em equipas multiprofissionais, constituídas por médicos, por enfermeiros e por pessoal administrativo e que podem ser organizadas em três modelos de desenvolvimento. Têm por missão a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita de uma determinada área geográfica, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos.

A UCSP tem estrutura idêntica à prevista para a USF e presta cuidados personalizados, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos. A equipa é composta por médicos, enfermeiros e administrativos não integrados em USF.

A URAP presta serviços de consultoria e assistenciais às outras unidades funcionais [UCC, USF, UCSP} e organiza ligações funcionais aos serviços hospitalares. A equipa é composta por médicos de várias especialidades, excepto a medicina geral e familiar e a saúde pública, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, e outros profissionais não afetos totalmente a outras unidades funcionais.

A USP funciona como observatório de saúde da área geodemográfica do ACES e tem a competência de elaborar informação e planos em domínios da saúde pública, proceder à vigilância epidemiológica, gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção

e proteção da saúde da população em geral ou de grupos específicos e colaborar, de acordo com a legislação respectiva, no exercício das funções de autoridade de saúde. A equipa é composta por médicos de saúde pública, enfermeiros de saúde pública ou de saúde comunitária e técnicos de saúde ambiental, integrando ainda, em permanência ou em colaboração temporária, outros profissionais que forem considerados necessários na área da saúde pública.

As UCC são talvez, a novidade mais visível da reorganização dos centros de saúde, são uma inovação estrutural que pode modificar radicalmente a imagem e o papel dos centros de saúde junto das populações. A reorganização estrutural pode impulsionar uma nova postura e dinâmica dos centros de saúde, orientando-os para a sua missão na comunidade e para os tipos de intervenção e cuidados a assegurar. Estão também na linha das tendências verificáveis nos cuidados de saúde primários dos países desenvolvidos. As UCC são, assim, como que os braços pró-ativos do centro de saúde junto da comunidade, identificando pessoas, famílias e grupos em situação de maior necessidade e vulnerabilidade, identificam e mobilizam recursos de proximidade e recorrem aos apoios existentes no centro de saúde e no sistema de saúde. (Branco e Ramos, 2001)

À UCC compete, à luz do disposto no artigo 11.º do Decreto -Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional, atuando na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção e Segundo o Decreto - Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, também compete constituir as equipas de cuidados continuados integrados.

Nestes termos, no desenvolvimento do Decreto -Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, e atento o disposto no seu artigo 43.º, determina - se a aprovação do Regulamento da Organização e Funcionamento da UCC. O presente Regulamento estabelece os princípios enformadores da organização e do funcionamento da UCC dos ACES. Este é aplicável aos profissionais que integram as UCC, independentemente do vínculo laboral estabelecido com as entidades sob direção, tutela ou superintendência do Ministro da Saúde.

A atividade da UCC desenvolve-se com autonomia organizativa e técnica, em intercooperação com as demais unidades funcionais do ACES em que se integra, sem prejuízo da necessária articulação interinstitucional e intersectorial, indispensável ao cumprimento da

sua missão, situa-se, preferencialmente, nas instalações de cada centro de saúde e intervém no âmbito comunitário e numa lógica de base populacional.

Um conceito abrangente de saúde é cada vez mais indissociável da família e da comunidade e será importante assegurar a existência de equipas multiprofissionais que se possam articular na prestação de cuidados de saúde globais tanto na especificidade do indivíduo e da família como, de forma mais abrangente, na comunidade.

Uma mudança organizacional visa melhorar o desempenho da organização e qualidade dos serviços prestados, reduzir os custos de financiamento, aumentar a produtividade e inovar tanto nos serviços prestados como na forma de os produzir. Estas mudanças são, por sua vez, acompanhadas por mudanças culturais na atitude perante o cidadão. Neste contexto, ganha particular importância a gestão das pessoas, consideradas como o recurso estratégico mais relevante para as organizações e a sua gestão é determinante para a efetividade organizacional, tendo um grande impacto no desempenho individual e, conseqüentemente, também organizacional.

A formação e capacitação dos profissionais assumem-se como um eixo de investimento indispensável para o sucesso das políticas da saúde e da reforma dos CSP. São cruciais para a qualidade dos cuidados prestados, para a adoção de boas práticas, para uma abordagem efetiva dos problemas de saúde da população e para a implementação de modelos de decisão descentralizados e participativos. É, ainda, necessário garantir o caminho para a equidade na distribuição dos recursos humanos e no desenvolvimento de modelos retributivos que permitam a motivação e o envolvimento das pessoas que trabalham na organização.

Os cidadãos esperam que os cuidados de saúde recebidos assentem nos melhores e mais recentes conhecimentos científicos e que a organização dos mesmos se firme em princípios de gestão da qualidade e segurança. Perspectivam, a qualidade dos CSP fundada sobretudo na acessibilidade, no conhecimento, e na capacidade de ir ao encontro das suas necessidades e expectativas.

A gestão da qualidade deve conjugar a incorporação das inovações com a segurança e a efetiva aplicação destas na gestão de processos, numa lógica de antecipação de respostas e soluções para os problemas de saúde das pessoas, famílias e comunidade. (MCSP, 2010). Os sistemas de informação integrados são, nesta perspectiva, essenciais para a produção e utilização do conhecimento e a base da inovação e da melhoria da qualidade dos serviços prestados. A investigação, a avaliação e a melhoria da qualidade visam diminuir a variabilidade e identificar e normalizar boas práticas.

1.2.1 – A organização e funcionamento da Unidade de cuidados na comunidade

O Programa do XVII Governo Constitucional define que a estrutura organizacional dos centros de saúde deve assentar em pequenas unidades organizacionais. A UCC é definida no artigo 11º do Decreto -Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro. A equipa é composta por enfermeiros, assistente social, médico, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta da fala e outros profissionais consoante as necessidades e disponibilidade de recursos. O ACES participa através da UCC que tem como competência a constituição da Equipa de Cuidados Continuados Integrados, na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados [RNCCI].

De acordo com o previsto no n.º 2 do Artigo 7º, do Decreto-lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, “Em cada Centro de Saúde componente de um ACES funciona, pelo menos, uma USF ou UCSP e uma UCC ou serviços desta”. A área geodemográfica de intervenção, deverá corresponder à área geográfica do respectivo Centro de Saúde. Assim, a população abrangida corresponde à população residente, estudante e trabalhadora da sua área de influência.

É de salientar que a UCC é uma unidade funcional, que assegura respostas integradas, articuladas, diferenciadas, de grande proximidade às necessidades em cuidados de saúde e sociais da população onde está inserida e rege-se pelos princípios da cooperação; da solidariedade e trabalho de equipa; da autonomia assente na auto-organização funcional e técnica; da articulação efetiva com as outras unidades funcionais do ACES; da parceria com estruturas da comunidade local tal como as Autarquias, Segurança Social, Instituição Particular de Solidariedade Social, Associações e outras; da avaliação contínua que, sendo objetiva e permanente, visa a adoção de medidas corretivas dos desvios susceptíveis de pôr em causa os objetivos do plano de ação e da qualidade dos cuidados; e da gestão participativa assente num sistema de comunicação e de relações entre todos os seus profissionais, promotores de ganhos de motivação e satisfação profissional.

A intervenção na comunidade exige um grande esforço dos profissionais, exige competências específicas no que se refere á atuação na comunidade. O conhecimento dos parceiros da comunidade é fundamental no desenvolvimento de projetos de saúde.

A UCC deve assegurar as suas funções através do compromisso assistencial contratualizado internamente, com a direção do ACES, que se contextualiza no seu Plano de Acção. Este plano traduz o seu programa de atividades na prestação de cuidados de saúde e sociais, de forma personalizada e comunitária, contendo o compromisso assistencial, objetivos, indicadores e metas a atingir nas áreas da acessibilidade, do desempenho assistencial, da qualidade e da eficiência, bem como o prazo para a elaboração do regulamento interno e de

carta da qualidade. O compromisso assistencial da UCC é constituído pela prestação de cuidados, que deverão fazer parte integrante da carteira de serviços. É formalizado anualmente, mediante carta de compromisso acordada entre o coordenador da UCC e o Diretor Executivo do ACES; Os cuidados de saúde a prestar devem ser definidos tendo em conta o diagnóstico de saúde da comunidade e as estratégias de intervenção definidas no Plano Nacional de Saúde [PNS] e centrando a sua organização numa coordenação efetiva entre programas em desenvolvimento.

O plano de acção de cada unidade deve ser definido e contratualizado, em conformidade com o diagnóstico de saúde da comunidade efetuado em parceria com a USP e a Rede Social. Integram a carteira de serviços as atividades, projetos ou programas de intervenção no âmbito da proteção e promoção de saúde e prevenção da doença na comunidade, tal como o Programa Nacional de Saúde Escolar; projetos de intervenção com pessoas, famílias e grupos com maior vulnerabilidade e sujeitos a fatores de exclusão social ou cultural, pobreza económica, de valores ou de competências, violência ou negligência como o acompanhamento de utentes e famílias de maior risco e vulnerabilidade; cooperando com outras unidades funcionais no que concerne a ações dirigidas aos utentes, às suas famílias e à comunidade, nomeadamente na implementação de programas de intervenção especial com recurso a unidades móveis e na criação de redes de apoio às famílias; promovendo, organizando e participando na formação técnica externa, designadamente nas áreas de apoio domiciliário e familiar, bem como no voluntariado; participação em atividades inerentes à Rede Social, na vigilância de saúde e acompanhamento social das famílias com deficientes recursos sócio económicos e participação nas atividades do programa de intervenção precoce a crianças e em projetos de promoção de estilos de vida saudável com intervenções a nível de programas de saúde já existentes ou que venham a existir, em parceria com outras instituições que podem ajudar na aquisição de hábitos de saúde saudáveis, da população ao longo do ciclo de vida.

No âmbito da RNCCI, as intervenções com indivíduos dependentes e famílias/cuidadores são, ao nível dos cuidados domiciliários médicos e de enfermagem, de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e ações paliativas; cuidados de reabilitação física; apoio psicológico, social e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados; educação para a saúde dos doentes, familiares e cuidadores informais; coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais; produção e tratamento de informação nos suportes de registo preconizados no âmbito dos CSP e da RNCCI.

O coordenador da UCC é o enfermeiro, com pelo menos o título de enfermeiro especialista com experiência na respectiva área funcional. As competências do coordenador são, segundo o Artigo 14º do Decreto Lei de 28/2008, de 22 de Fevereiro, elaborar o plano anual de ação com a respectiva dotação orçamental previsional, programando as atividades da Unidade e assegurando o funcionamento eficiente e o cumprimento dos objetivos programados, incentivando a participação dos profissionais na gestão da unidade e a intercooperação com as diferentes unidades funcionais ; assegurar a qualidade dos serviços prestados e a sua melhoria contínua, controlando e avaliando sistematicamente o desempenho da unidade; promover, ouvindo os profissionais da unidade, a consolidação das boas práticas e a observação das mesmas; elaborar o regulamento interno da unidade, com audição da equipa multidisciplinar em reunião geral, e propô-lo, para aprovação, ao diretor executivo; elaborar o relatório anual de atividades; representar a unidade perante o diretor executivo do ACES.

A monitorização e avaliação das UCC incumbem ao ACES, num processo global de avaliação e acreditação de todas as unidades funcionais pertencentes ao ACES e devem incidir sobre as áreas da disponibilidade, acessibilidade, produtividade, qualidade técnico-científica, efetividade, eficiência e satisfação. Estas têm por base um modelo de matriz nacional que aplica a metodologia de autoavaliação, avaliações interpares e avaliações cruzadas entre UCC. A UCC pode submeter-se a um sistema de acreditação, a cargo de entidade competente.

1.3 – O REGULAMENTO INTERNO, INSTRUMENTO DE GESTÃO DA QUALIDADE

No RI deve constar as normas de organização e funcionamento das UCC, resultante do contrato interno estabelecido entre todos os profissionais da equipa. É um documento dinâmico, em que todos os elementos devem participar na sua discussão e elaboração. São elementos obrigatórios do regulamento interno, a missão, os valores e a visão; a estrutura orgânica e respectivo funcionamento; as intervenções e áreas de atuação dos diferentes grupos profissionais que integram a equipa; o horário de funcionamento e de cobertura assistencial; o sistema de marcação de atendimentos; o acolhimento, as orientações e a comunicação com os utentes; o sistema de intersubstituição dos profissionais da equipa; a formação contínua dos profissionais da equipa; as inibições decorrentes da necessidade de cumprir o compromisso assistencial da UCC e a Carta da Qualidade. A forma como a equipa constrói, reflete e pratica o seu RI, constitui um indicador crítico sobre a sua maturidade grupal. A construção do RI é um dos primeiros exercícios de auto diagnóstico da equipa, sendo recomendável, antes de

elaborar a proposta de RI, colocar à equipa, na sua totalidade e individualmente, um questionário.

O RI, enquanto instrumento de gestão, é um documento que contribui para a gestão da qualidade, definindo os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem que visa a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

1.4– QUALIDADE DOS CUIDADOS EM SAUDE

1.4.1 – Evolução do conceito de qualidade

O conceito da qualidade tem acompanhado a evolução do homem ao longo dos tempos. Desde sempre que o homem manifestou preocupação em analisar o resultado do seu trabalho, identificando aquele que mais se adequava ao seu conceito de «perfeição» ou de trabalho bem feito. Esta preocupação está presente desde a Idade da Pedra e foi acompanhando a evolução da sociedade e as várias formas de organização do trabalho até aos dias de hoje. Os artesãos no decorrer da sua atividade produtiva já demonstravam vários tipos de preocupações relativamente à qualidade dos seus produtos. Uma vez que o artesão tinha contacto direto com todas as fases do processo produtivo, nomeadamente com o mercado e com os consumidores, possuía uma visão abrangente das necessidades dos mesmos o que lhe proporcionava meios para ir ao encontro dos desejos e necessidades dos consumidores.

Podemos falar resumidamente da evolução do conceito da qualidade, elegendando alguns dos seus marcos mais significativos verificados ao longo do século XX até aos nossos dias. (Andrade et al.,2004) O período da supervisão surge em 1900, com o aparecimento da manufatura, em que o artesão deixa de ser responsável por todas as etapas do processo produtivo, passando a fazer parte de um sistema de produção organizado, com definição de padrões da qualidade. Surge a figura dos mestres, capatazes, encarregados ou supervisores que assumem a função do controlo da qualidade. Porém, o trabalhador ainda tem a responsabilidade direta pela qualidade, pois o produto ainda pode ser associado a quem o produziu. Esta etapa, onde o supervisor acumula a responsabilidade não só pela produção, como também pelo controlo da qualidade, predomina até os primórdios do sistema fabril.

Em 1920 temos a época da Inspeção da Qualidade em que há atividades associadas à medição, comparação e verificação do produto final. A figura dos inspetores da qualidade é fundamental, tem responsabilidades em assegurar a conformidade dos produtos com as suas

especificações. A ação centraliza-se na identificação de produtos defeituosos, não havendo ainda uma preocupação com o que o origina.

Posteriormente surge a era do Controlo estatístico da Qualidade entre os anos de 1930 e 1950, em que se destacam as atividades centradas na monitorização, nomeadamente na análise de desvios. Os métodos estatísticos voltados para as técnicas de amostragem possibilitam uma inspeção mais eficiente, eliminando a amostragem a 100%, mantendo entretanto o enfoque corretivo e não influenciando no enorme número de produtos defeituosos eliminados. No ano de 1960, sucede a Garantia da Qualidade, introduzem-se as atividades planeadas e sistemáticas que de uma forma integrada garantindo que a qualidade desejada está a ser alcançada. Começa a ser dado enfoque à qualidade dos processos como fundamental para alcançar a qualidade no produto. Mais tarde, temos o início da Gestão da Qualidade entre os anos de 1970 e 1980 em que as atividades são coincidentes com as da garantia, mas em que é enfatizada a integração na gestão global da empresa. A qualidade passa a abranger os aspetos técnicos, administrativos, organizacionais, e a depender não só da engenharia e da estatística, mas também de ciências tais como a psicologia, sociologia, educação, economia, informática, ciências jurídicas e outros.

E finalmente, surge entre o ano de 1980 e 1990, o conceito de Gestão pela Qualidade Total, que pode ser considerada uma filosofia de gestão, focalizada na qualidade global dos produtos e dos serviços, permitindo a satisfação de todas as partes interessadas na organização. Segundo (Andrade et al., 2004), a Gestão pela Qualidade Total é definida por um conjunto de valores fundamentais, e é a base conceptual de muitos modelos de gestão da qualidade. Modelos como o da «European Foundation for Quality Management» e prémios como o «Malcom Baldrige e Japanese Quality Award» são baseados neste conceito.

As diferentes definições de qualidade, conforme as circunstâncias, influenciam a gestão das organizações, afirmam (Reeves & Bednar, 1994 citado por Lopes, 2007:15) e especificam

“que definida como excelência, pode levar a um investimento na força do trabalho e limitada por normas; Definida como valor ou como conformidade com as especificações, pode levar uma organização a focar-se na eficiência interna e efetividade externa; Definida como correspondendo ou excedendo as expectativas dos utilizadores, exige a identificação das exigências dos clientes e a inclusão de fatores subjetivos como a cortesia e a satisfação que são difíceis de quantificar e avaliar”.

(Garvin, 1984 citado por Lopes, 2007) propõe cinco abordagens para a definição da qualidade, baseada no produto, baseada no utilizador, baseada na produção e baseada no

valor. A sua divisão em dimensões é importante, pois a complexidade do conceito dificulta a medição e a implementação de melhorias. A qualidade é multidimensional, mas há quatro dimensões críticas que podem ser identificadas e que estão inter-relacionadas; os cuidados efetivos e apropriados; a eficiência no uso dos recursos; a satisfação do cliente e os resultados de saúde. Estas dimensões são comuns a (Bengoa et al.,2006 citado por Lopes, 2007), que as especificam em seis áreas fundamentais à melhoria dos cuidados de saúde, a efetividade; a eficiência; a acessibilidade; centrada no cliente; a equidade e a segurança. Estas dimensões também estão implícitas nos aspectos que a OMS considera determinantes para obter a qualidade e que (Pisco, 2005) enuncia como a excelência profissional; a eficiência na utilização dos recursos; a garantia da segurança dos doentes; a satisfação dos utilizadores com o serviço de saúde e os resultados obtidos isto é ganhos em saúde com a melhoria progressiva dos indicadores.

De acordo com (Pisco, 2001) a qualidade em saúde é definida de forma diferente de acordo com as variáveis que assumem mais importância para os diversos actores, para os doentes [acessibilidade, afabilidade, melhoria do estado de saúde], para os prestadores [capacidades técnicas e na obtenção de resultados clínicos] e para os gestores [eficiência, obtenção dos resultados desejados, rentabilização dos investimentos], tornando as questões relacionadas com a qualidade de prestação de cuidados de saúde difíceis e complexas de abordar.

Na enfermagem é a resposta às necessidades dos utentes a variável fundamental, em que a carreira de enfermagem prevê a utilização de uma metodologia científica na prestação de cuidados que devem ser centrados nessas necessidades, com a sua implicação e com a preparação para a alta, tendo por base um modelo teórico. A eficiência, as capacidades técnicas e a obtenção de resultados clínicos também são aspetos previstos e valorizados para todas as categorias profissionais (Decreto-lei n.º 437/91 de 8 de Novembro).

São vários os autores de gestão da qualidade que, ao longo dos anos, desenvolveram novos conceitos e propuseram melhorias na qualidade das empresas de acordo com a evolução socioeconómica e o desenvolvimento do conhecimento.

Para (Juran,1988 citado por Lopes, 2007), o objetivo da gestão é o de alcançar um melhor desempenho para a organização e não o de manter o nível atual. A gestão da qualidade faz-se através de três processos básicos e inter-relacionados, conhecidos como a Triologia de Juran que é composta pela planificação da qualidade, Controlo da qualidade e Melhoria da qualidade. O planeamento da qualidade consiste em atividades para o desenvolvimento do produto e do processo requeridos para as necessidades dos clientes. O controlo da qualidade avalia a atual performance, compara-a com os objetivos e atua na diferença, fazendo parte

integrante da gestão a todos os níveis, não sendo apenas o trabalho de especialistas de departamentos de controlo de qualidade. Na melhoria da qualidade são estabelecidos os projetos de melhoria, as equipas para os projetos, os recursos, a formação e motivação para diagnosticar a causa e implementar soluções.

Considerar as várias definições e dimensões da qualidade na prestação de serviços e as constantes mudanças das organizações tem conduzido ao longo do tempo ao aparecimento de várias propostas e novas formas de gestão da qualidade.

1.4.2 - Gestão da qualidade total

Para (Pires, 2000) o termo qualidade total surge da evolução da garantia da qualidade, que prevê um conjunto de atividades planeadas e sistemáticas que de uma forma integrada podem garantir que a qualidade desejada está a ser alcançada. Com a importância atribuída a esta garantia veio a sua integração na gestão das organizações surgindo o termo gestão da qualidade que evoluiu para o termo de qualidade total, pois considerando a qualidade a razão de ser de uma empresa, sendo uma função de todos dentro da empresa. Muitos autores atribuem-lhe a designação de Gestão da Qualidade Total. A qualidade total, é definida por (Pires, 2000) como uma cultura da empresa. Esta permite fornecer produtos e serviços capazes de satisfazer as necessidades e expectativas dos clientes e identifica princípios, benefícios e aspetos relevantes para uma empresa caracterizada pela qualidade total. Os princípios desta são considerados cinco, compromisso da gestão de topo; objetivos de satisfação do cliente; processo contínuo de melhorias; qualidade entendida como um problema de toda a gente; e gestão dos resultados económicos da qualidade.

Como benefícios de uma cultura de qualidade, entre outros, surgem a satisfação dos clientes internos e externos, a comunicação efetiva, a eliminação do desperdício e a melhoria contínua. Para a sua prossecução é relevante o alargamento da consciência da qualidade a todos os níveis, tomar decisões baseadas em factos, usar técnicas adequadas, gerir e controlar os processos e estabelecer medidas de avaliação da qualidade total. A utilização da filosofia da gestão da qualidade total para melhorar a qualidade dos cuidados prestados pelos serviços de saúde é valorizada por (Sale, 2000), porque a atenção é para a organização como um todo, pois a focalização no cliente, o trabalho em equipa, o quebrar das barreiras profissionais e uma melhor gestão dos recursos, exigem a mobilização de todos para a qualidade. Com esta filosofia o sistema nacional de saúde não pode abordar as questões relativas à garantia da qualidade partindo do topo para a base da organização. (Sale, 2000) As normas são criadas e implementadas por todos, pois um dos aspetos mais importantes da gestão da qualidade total é

a noção de pertença e de compromisso em relação à qualidade dos cuidados e serviços prestados, a todos os níveis da organização. Historicamente, há um grande interesse do pessoal da saúde em melhorar os cuidados e os serviços que presta, refere ainda esta autora, mas de forma isolada dentro da organização e deve ser a própria organização a fazer parte de um sistema estruturado de qualidade que é gerido sistematicamente. Para isso é importante a conjugação das políticas e objetivos das organizações e as suas responsabilidades.

1.4.3 – Gestão da Qualidade em enfermagem

A enfermagem como profissão e como serviço tem de gerir a qualidade criando as suas estruturas e atividades, com elementos em inter relação entre si e com toda a organização. A qualidade total implica um acompanhamento e integração das mudanças ocorridas nas políticas, uma visão sistémica das organizações, e um envolvimento de todos os enfermeiros independentemente da sua categoria profissional. A cultura organizacional é considerada por (Pires, 2000) como um elemento principal que suporta vários elementos interdependentes uns dos outros e a sua harmonia, eficiência e efetividade permitem atingir melhores resultados. Este princípio e conceitos devem ser considerados a todos os níveis da organização, com a integração e interligação de todos os grupos profissionais, em equipa, com processos que respondam às necessidades dos clientes, avaliação dos resultados e implementação de melhorias contínuas que permitam melhores resultados nos clientes. São as necessidades dos clientes que orientam os processos de cuidados de enfermagem pelo que (Sidane, Doran & Mitchell, 2004 citado por Lopes, 2007) consideram importante identificar os resultados dos cuidados no cliente, para delinear o contributo do enfermeiro no sistema de cuidados de saúde. Reconhecer quais os processos que não são efetivos para atingir resultados é necessário para redefinir as normas dos cuidados, racionalizar serviços e melhorar a qualidade e a segurança dos serviço.

1.4.3.1. Referenciais de Enfermagem

Os referenciais de enfermagem possibilitam orientação para todos os elementos da gestão da qualidade.

O Decreto-Lei n.º 437/91 de 8 de Novembro estabeleceu um sistema de avaliação de desempenho, em que prevê uma avaliação contínua do trabalho desenvolvido pelo enfermeiro, contribuindo para melhorar o seu desempenho e a sua valorização pessoal e profissional. São também valorizados estudos ou trabalhos de investigação e a formação contínua.

O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro) define que o enfermeiro tem competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem ao indivíduo, família, grupos e comunidade, sendo os cuidados de enfermagem caracterizados por uma interação entre enfermeiro e utente com respeito pelos seus direitos e com uma função de complementaridade funcional com outros profissionais, estabelecer uma relação de ajuda com o utente, utilizar metodologia científica com intervenções de enfermagem autónomas e interdependentes. O mesmo Decreto-Lei cita atividades dos enfermeiros que contribuem para a melhoria e evolução da prestação de cuidados de enfermagem tal como o desenvolvimento da formação, a dotação de recursos humanos e avaliação do desempenho, a elaboração de normas e critérios de atuação, os protocolos e sistemas de informação adequados para a prestação de cuidados, o parecer técnico acerca das instalações, materiais e equipamentos utilizados na prestação de cuidados de enfermagem, a colaboração na elaboração de protocolos entre instituições de saúde e as escolas, facilitadores e dinamizadores da aprendizagem dos formandos, propor a política geral para o exercício da profissão, ensino e formação em enfermagem de acordo com a avaliação das necessidades da população e dos recursos disponíveis e promover e participar nos estudos necessários à reestruturação, atualização e valorização da profissão de enfermagem.

No desenvolvimento destas atividades os enfermeiros têm de cumprir normas deontológicas, que constituem o Código Deontológico do Enfermeiro definidos pela (Ordem dos Enfermeiros, 2003) em que a excelência do exercício na profissão e a relação com outros profissionais são princípios orientadores. Para esta excelência o enfermeiro tem o dever de analisar o desempenho e reconhecer as falhas, adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa, a atualização contínua dos conhecimentos, das ciências humanas e utilização de tecnologias, exercer a profissão com dignidade e qualidade e garantir e assegurar a continuidade de cuidados. Para o cumprimento destes deveres e para promover a qualidade dos cuidados, assim como o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros, a (OE, 2003) preconiza o uso do pensamento crítico, o trabalho com metodologia científica, avaliação do desempenho, formação, definição de padrões de qualidade, melhoria contínua e boas condições de trabalho.

Para a elaboração dos padrões de qualidade, a (Ordem dos Enfermeiros, 2002) definiu seis categorias de enunciados descritivos entre os quais: a satisfação dos clientes, a prevenção de complicações, o bem-estar e ao auto cuidado dos clientes, e a organização dos serviços de enfermagem. Para a excelência do exercício considerou elementos fundamentais: as parcerias

com o cliente no planeamento do processo de cuidados; a resposta aos problemas potenciais; o rigor técnico/científico na implementação de intervenções de enfermagem; a responsabilização do enfermeiro; a continuidade de cuidados; a existência de um quadro de referências para o exercício profissional; existência de sistema de melhoria; existência de sistema de registos; a dotação de enfermeiros; a formação contínua e a utilização de metodologias de organização de cuidados promotoras da qualidade.

Para a gestão da qualidade é também importante a criação de um ambiente de cuidados seguro pelo que é necessário uma efetiva gestão do risco e o (Conselho Internacional de Enfermagem, 2002 menciona algumas medidas entre as quais a formação dos profissionais; a melhoria das prestações; a profilaxia das infeções; o uso seguro dos medicamentos; as práticas clínicas e infra-estruturas necessárias. Acrescenta, ainda que é fundamental transparência e comunicação na identificação do risco e o abandono da prática de culpabilização, para a prevenção ou correção. Sendo um serviço de qualidade o que responde às necessidades e expectativas dos utentes, estes são o foco essencial da gestão da qualidade, pelo que, os documentos onde estão enunciados os seus direitos e deveres são referenciais importantes para a qualidade total dos serviços de enfermagem. Entre vários diplomas destacam-se os considerados mais abrangentes, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, a Declaração dos Direitos das Crianças, Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2003) e a Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes.

O conteúdo funcional do enfermeiro, decreto -lei n.º 248/2009 de 22 de Setembro evidencia a utilização de uma metodologia científica na prestação de cuidados centrados nas necessidades, realizando intervenções de enfermagem requeridas pelo indivíduo, família e comunidade, no âmbito da promoção de saúde, da prevenção da doença, do tratamento, da reabilitação e da adaptação funcional e prestação de cuidados de enfermagem aos doentes, utentes ou grupos populacionais sob a sua responsabilidade, participando e promovendo ações que visem a articulação entre as diferentes redes e níveis de cuidados de saúde, com a sua implicação e com a preparação para a alta, tendo por base um modelo teórico. Prevê a avaliação dos cuidados de enfermagem prestados, efetuando os respectivos registos e analisando os fatores que contribuíram para os resultados obtidos; e a realização de estudos sobre problemas e trabalhos de investigação com utilização dos resultados na melhoria dos cuidados de enfermagem.

1.4.3.2. Estrutura de Gestão de Enfermagem

O conhecimento de políticas e estratégias locais, nacionais e internacionais para a saúde assumem uma área de importância, mas o conhecimento dos referenciais de qualidade para os hospitais e dos referenciais de enfermagem mencionados anteriormente, Código Deontológico, Carreira de Enfermagem, Padrões de Qualidade e o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, são fundamentais na elaboração de quadros de referência para os processos de trabalho.

À gestão de recursos e do risco, é importante acrescentar os aspetos para monitorizar os processos e para implementar melhorias contínuas. A carreira de enfermagem (Decreto-lei n.º 437/91 de 8 de Novembro) descreve a avaliação do desempenho como um instrumento de avaliação da performance, assumindo extrema importância para a implementação de melhorias do processo e para identificação de necessidades de estruturas e de formação do enfermeiro.

O (Conselho Internacional de Enfermagem, 2001) também menciona a investigação e a elaboração de modelos inovadores de prestação de cuidados que incluam o planeamento, gestão e a elaboração de políticas evidentes para a eficácia de enfermagem.

Para a segurança e a qualidade dos cuidados, o (CIE, 2002) aconselha o uso de indicadores de qualidade que orientam a ação e medem os resultados. Estes indicadores devem ser sensíveis à prática de enfermagem também para demonstrarem que a enfermagem introduz uma diferença essencial, com carácter económico na prestação de cuidados seguros e de grande qualidade para o cliente.

O mesmo (Conselho Internacional de Enfermagem, 2006) propõe a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE], como um documento de suporte a um sistema de informação em enfermagem.

1.5 – A NOVA CARREIRA DE ENFERMAGEM

Do mesmo modo que se investiu em novas instalações, novas tecnologias na saúde e de informação, promoveram-se métodos de organização e gestão, de entre os quais a definição de carreiras, a qual constituiu um fator agregador das competências e garantias do SNS. Com as alterações de gestão e organização, as quais pressupuseram uma aposta na qualidade e na criação de novas estruturas, a consagração legal da carreira de enfermagem, nos termos do Decreto -Lei n.º 437/91, de 8 de Novembro, ora revogado, desenvolveu e valorizou a

prestação de enfermagem no SNS, como um todo coeso e coerente, com especificidades próprias e com um projeto sustentável.

Em conformidade, a Lei n.º 12 -A/2008, de 27 de Fevereiro, veio estabelecer novos regimes de vinculação, de carreiras e de remunerações dos trabalhadores que exercem funções públicas, prevendo, a revisão dos regimes dos corpos ou carreiras especiais. A natureza da prestação de cuidados de enfermagem, pela sua especificidade, conteúdo funcional e independência técnica, não se incluem na carreira geral e arroga-se a criação de uma carreira especial. Deste modo, o presente decreto -lei n.º 248/2009 de 22 de Setembro derroga o Decreto -Lei n.º 437/91, de 8 de Novembro, e define o regime legal da carreira de enfermagem, enquanto carreira especial da Administração Pública. Esta carreira, pretende refletir um modelo de organização de recursos humanos essencial à qualidade da prestação e à segurança dos procedimentos. O decreto -lei n.º 248/2009 de 22 de Setembro, Diário da República, 1.ª série — N.º 184 (Anexo II) vem agora instituir uma carreira especial de enfermagem na Administração Pública, inteirando as cinco categorias em duas, remetendo para deveres funcionais comuns a todos os trabalhadores em funções públicas, bem como para o conteúdo funcional da prestação de cuidados de saúde, estabelecendo duas categorias, enfermeiro e enfermeiro principal, as quais refletem uma diferenciação de conteúdos funcionais, ao mesmo tempo que se fixam as regras de transição para as novas categorias.

No Artigo 8.º (Anexo II) estão definidos os Deveres Funcionais dos Enfermeiros. No exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e actuar com autonomia técnica e científica, no respeito pelos direitos e interesses, à proteção da saúde dos utentes e da comunidade.

O Artigo 9.º (Anexo II) define o Conteúdo funcional da categoria de enfermeiro. As intervenções dos enfermeiros autónomas são as acções realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais, e as interdependente são as acções realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respectivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objetivo comum, decorrentes de planos de acção previamente definidos pelas equipas multidisciplinares. Em conformidade com o diagnóstico de enfermagem, os enfermeiros, de acordo com as suas qualificações profissionais, organizam, coordenam, executam, supervisionam e avaliam as intervenções de enfermagem nos três níveis de prevenção.

O artigo 10.º (Anexo II) define o Conteúdo funcional da categoria de enfermeiro principal. Para além das funções inerentes à categoria de enfermeiro, o conteúdo funcional da categoria de enfermeiro principal é sempre integrado na gestão do processo de prestação de cuidados de saúde.

1.5.1 – Competências do Enfermeiro Generalista

Por necessidade de se proceder à regulamentação e controlo do exercício profissional dos enfermeiros, é criada a Ordem dos Enfermeiros (OE). Esta tem vindo a desenvolver os esforços necessários para definir o nível de qualificação profissional dos enfermeiros, a regulamentação do exercício da profissão; a atribuição do título profissional de enfermeiro; e o registo de todos os enfermeiros, protegendo o título e a profissão de enfermeiro. A OE concretizou um conjunto de atividades que evoluíram para a definição das competências dos enfermeiros de cuidados gerais.

O enfermeiro Generalista assume as suas responsabilidades, responde pelas ações e juízos profissionais que elabora no exercício de funções e nas tomadas de decisão ética em que se envolve, respeitando o que é descrito no Regulamento do Exercício da Prática de Enfermagem (REPE), Código Deontológico, Estatutos e Competências do enfermeiro dos cuidados gerais emanados pela OE em Maio de 2004, (Anexo III), respeitando os limites da sua atuação profissional de acordo com as respectivas qualificações, área específica de exercício e legislação em vigor.

1.5.2 – Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Segundo o Regulamento n.º 128/2011, citado no Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011 (Anexo IV), as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, são uma prática globalizante centrada na comunidade. As mudanças no perfil demográfico, nos indicadores de morbilidade e a emergência das doenças crónicas traduzem -se em novas necessidades de saúde, tendo como papel determinante os cuidados de saúde primários. O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, tem conhecimentos e experiência clínica, assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas

de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes, pessoas, grupos ou comunidade, proporcionando efetivos ganhos em saúde. Este adquiriu competências que lhe permite participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública, desenvolvendo programas e projetos de intervenção com vista à capacitação e «empowerment» das comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva e no exercício da cidadania. Desenvolve atividades de educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem uma dada comunidade, identificando as necessidades dos indivíduos/ famílias e grupos de determinada área geográfica, assegurando a continuidade dos cuidados, estabelecendo as articulações necessárias, desenvolvendo uma prática de complementaridade com a dos outros profissionais de saúde e parceiros comunitários num determinado contexto social, económico e político.

2 – CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTAGIO

A cidade de Montemor-o-Novo, sede de concelho, povoação de origem muito antiga, situava-se inicialmente na parte interior da muralha do Castelo, expandindo-se posteriormente pela encosta virada a norte, onde atualmente está localizada. Os dados seguintes referidos neste texto tem fonte no site da Câmara Municipal de Montemor-o-Novo.

O concelho recebeu forais dos reis D. Sancho I em 1203 e de D. Manuel em 1503, teve um importante papel no combate à ocupação castelhana entre 1580 - 1640 e durante as invasões francesas no início do séc. XIX. A época do apogeu de Montemor-o-Novo foram os séculos XV e XVI, em que à prosperidade trazida pelo comércio se aliava o facto de a corte permanecer por largos períodos em Évora, tornando a vila palco frequente de acontecimentos políticos de relevo, com a realização de cortes e a permanência do rei no Paço dos Alcaldes.

Em 1496, tomou D. Manuel I a decisão histórica de mandar descobrir o caminho marítimo para a Índia, durante os conselhos gerais que se realizaram na cidade de Montemor. No mandato realizado em 1527 por D. João III, o primeiro recenseamento à população feito em Portugal contava 899 fogos, ficando em sexto lugar entre terras do Alentejo. Em 1563, D. Sebastião deu-lhe o título de Vila Notável, dado que era lugar antigo e de grande povoação cercada e enobrecida de igrejas. Pertencem a essa época algumas das mais importantes obras de arquitetura da cidade, como a Misericórdia, os Conventos da Saudação, de S. Francisco e de St^o António, a Ermida de N^a Sr.^a da Visitação, o Hospital Velho e o portal da igreja de St^a Maria do Bispo. No plano histórico alguns acontecimentos sobressaem do pacato quotidiano da população. Entre eles destacam-se a resistência à primeira invasão francesa, comandada por Junot, em 1808, junto á ponte de Lisboa; o estacionamento em 1834, do estado maior do exército liberal chefiado por Saldanha, durante as lutas civis entre liberais e miguelistas; a visita de D. Maria II e D. Fernando II em 1843.

Montemor-o-Novo desempenhou um papel muito ativo na resistência à ditadura fascista e na luta pela melhoria das condições de vida e pela liberdade. Com o 25 de Abril, Montemor-o-Novo esteve nas primeiras linhas do avanço das conquistas da revolução, nomeadamente na implantação do Poder Local Democrático e da Reforma Agrária. A passagem de Montemor-o-Novo a cidade, por decisão da Assembleia da República de 11 de Março de 1988, é outro dos factos importantes da história recente.

É o segundo maior concelho da região e dista 33 km da sede de distrito – Évora, e é composto por dez Freguesias, das quais duas são urbanas, N^a Sr.^a da Vila e N^a Sr.^a do Bispo,

e as restantes são rurais, Cabrela, Silveiras, Ciborro, Cortiçadas de Lavre, Lavre, Foros de Vale de Figueira, São Cristóvão e Santiago do Escoural.

A economia assenta na agro-pecuária, extracção de cortiça e sua transformação, silvicultura, comércio retalhista, indústria alimentar, destacando-se ainda o papel da administração local e de algumas actividades de prestação de serviços tanto ao nível público como privado.

O património edificado, ainda existente e mais significativo inclui o que resta do castelo, provavelmente fundado pelos romanos; o convento dominicano de Nossa Senhora da Saudação do século XVI; as capelas românico-gótica de Santo André, de Nossa Senhora da Conceição e da Nossa Senhora da Visitação; as torres do Relógio, da Má Hora e do Anjo; as pinturas rupestres da era Paleolítico Superior; a necrópole neolítica de Santiago do Escoural, e ainda várias antas e algumas inscrições romanas.

Tendo como fonte os censos de 2011 – INE, o concelho de Montemor-o-Novo, ocupa uma área de 1231,2km², o que corresponde a 17% da área total do Alentejo Central, tem uma densidade populacional na ordem dos 15 habitantes/km² e uma população residente de 17437 habitantes.

No que diz respeito às famílias, este apresenta 0.20% das famílias clássicas e 0.39% de famílias institucionais, um número considerável a nível nacional.

Quanto aos nascimentos e óbitos, observamos que Montemor-o-Novo é um concelho com uma baixa taxa de natalidade (7,1%), e uma alta taxa mortalidade (14%).

A estrutura da população de Montemor-o-Novo por grandes grupos etários e sexo (Tabela1) é a seguinte: no grupo etário dos 0 aos 14 anos temos 2098 jovens, no grupo etário dos 15 aos 24 anos temos 1566 pessoas, no grupo etário dos 25 aos 64 anos temos 8744 pessoas e no grupo etário dos 65 ou mais anos temos 5029 pessoas.

Tabela 1: Estrutura da população de Montemor por Grupos Etários e Sexo

Idade	Total	Homens	Mulheres
0-14 anos	2338	1201	1137
15-24 anos	2365	1243	1122
25-64 anos	9113	4439	4674
65 ou +	4762	2232	2530

Fonte: Censos 2011

No que respeita à caracterização do concelho, verificamos através da análise da tabela 2 que há um aumento da população idosa em relação ao ano de 1991, e inversamente uma diminuição da população jovem, há uma tendência à diminuição da população activa em prol de um aumento da população idosa, tendência que se tem vindo a agravar desde o ano de 1991.

Tabela 2: Estrutura da população de Montemor por Grupos Etários

Idade	Total - Ano 1991	Total – Ano 2001	Total – Ano 2011
0 - 14 anos	3155	2334	2338
15 - 64 anos	11778	11489	11478
65 ou + anos	3699	4755	4762

Fonte: Censos 1991/2001/2011

A caracterização das respostas oferecidas pelas entidades com intervenção social para idosos revela-nos que há freguesias sem instituições de apoio a idosos e também existe um número elevado de idosos em lista de espera para as três valências de lar, apoio domiciliário e centro de dia.

Os cuidados saúde primários foram reconhecidos como o pilar central do sistema de saúde. Nas linhas de ação prioritárias para o desenvolvimento dos cuidados saúde primários de Janeiro de 2006, foi possível identificar alguns princípios que se vêm revelando fundamentais para a modernização dos centros de saúde. De entre esses princípios destacam-se os seguintes: orientação para a comunidade; flexibilidade organizativa e de gestão; desburocratização; trabalho em equipa; autonomia e responsabilização melhoria continua da qualidade, contratualização e avaliação. O mesmo documento diz ainda que a estrutura organizacional dos centros de saúde deve assentar em pequenas unidades organizacionais. O desenvolvimento da reforma dos cuidados saúde primários demonstra que os profissionais dos cuidados saúde primários, querem e podem trabalhar para o utente, famílias e comunidades, assim se lhes deem condições de trabalho. Os centros de saúde deverão ser a porta de entrada ao SNS, mas além disso deverão os profissionais de saúde assumir funções de promoção de saúde, prevenção da doença e a continuidade dos cuidados.

O Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro, faz a caracterização geral e a criação dos ACES. A missão do ACES é garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de uma área geográfica determinada, procurando manter os princípios de equidade e solidariedade, de modo a que todos os grupos populacionais partilhem igualmente dos avanços científicos e tecnológicos, postos ao serviço da saúde e do bem-estar, aumentar a autonomia organizativa e colocar a gestão mais próximo do terreno. São serviços descentrados da respectiva Administração Regional de Saúde [ARS]., estando sujeitos ao seu poder de direção. Para efeitos de gestão, salienta-se a existência de contratos/programa, enquanto acordos celebrados entre o Diretor Executivo do ACES e o Conselho Diretivo da ARS pelo qual se estabelecem, qualitativa e quantitativamente, os objetivos do ACES e os recursos afetados ao seu cumprimento e se fixam as regras relativas à respetiva execução.

A ARS do Alentejo é composta pelos 6 ACES no Alentejo, ao qual pertence o ACES2 que engloba os antigos centros de saúde de Évora, Montemor-o-Novo, Vendas Novas, Portel, Reguengos de Monsaraz, Mourão e Viana do Alentejo, abrangendo uma população de 113 229 habitantes. Os órgãos deste são compostos pelo Conselho Executivo que é constituído pelo Diretor Executivo, Presidente do Conselho Clínico e Presidente do conselho da comunidade; o Conselho Clínico é constituído por 1 presidente e 3 vogais e o conselho da comunidade é constituído pelo Presidente do Conselho da Comunidade; representantes de cada Município designado pelas respectivas Assembleias Municipais; e os representante do Centro Distrital da Segurança Social, da Confederação Sindical, do Hospital de Espírito Santo; das IPSS, da Comissão de Proteção de Crianças e Jovens e da Direção Regional de Educação do Alentejo.

Montemor-o-Novo tem 3 Unidades Funcionais de Saúde no espaço do antigo Centro de Saúde, uma UCSP, uma USF e uma UCC, cada uma em seu espaço próprio.

A UCC Monte Mor foi homologada em 16 de Novembro de 2010, sendo constituída em Dezembro de 2010, e foi inaugurada em 16 de Maio de 2011 em simultâneo com a USF Alcaides, onde foi assinada a carta de compromisso da unidade funcional entre a coordenadora da unidade e o diretor executivo do ACES2.

A Unidade de Cuidados na Comunidade, é definida no artigo 11º do já citado Decreto-Lei:

“ A UCC presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, essencialmente a pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua na educação para a saúde,

na integração em redes de apoio á família e na implementação de unidades móveis de intervenção,”

garantindo a continuidade e qualidade dos cuidados prestados.

A área geodemográfica de intervenção de UCC Monte Mor, corresponde ao concelho de Montemor-o-Novo com as varias freguesias que têm uma vasta dispersão geográfica. O plano de ação da UCC Monte Mor ilustra o programa de atividades da prestação de cuidados de saúde e sociais, de forma personalizada e comunitária, contendo o compromisso assistencial, objetivos, indicadores e metas que compromete atingir nas áreas da acessibilidade, do desempenho assistencial, da qualidade e da eficiência.

O horário de funcionamento da unidade funcional é das 8h as 20h, durante a semana e aos fins de Semana e feriados das 9h as 17h.

A equipa é composta por 6 enfermeiros, mas apenas tem 5 enfermeiro a desempenhar funções, estando a aguardar a colocação do 6º elemento em falta, por concurso que está a decorrer na Administração Regional de Saúde do Alentejo. Destes elementos existem 1 enfermeira com o titulo de especialista em enfermagem comunitária e os restantes são enfermeiros generalistas, todos com horário semanal de 35 horas. Para além do pessoal de enfermagem, a UCC tem também 1 assistente técnica e 1 assistente operacional com uma carga horária de 35h/semanais. A tempo parcial consoante os programas do plano de ação da UCC, necessidades e disponibilidade de recursos, foram afectas 1 Técnica do serviço social, 1 médico, 1 psicólogo, 1 nutricionista, 1 fisioterapeuta, 1 higienista oral (tabela 3).

Tabela 3: Profissionais constituintes da UCC

Nome	Funções	Horas/sem.
M. F. S.	Enfermeira titulo de especialista (Coordenadora)	35h
Â. C.	Enfermeira	35h
M. R.	Enfermeira	35h
P. F.	Enfermeiro	35h
E. S.	Enfermeira	35h
S. C.	Fisioterapeuta	14h
V. B.	Nutricionista	14h
C. G.	Psicóloga	14h
C. C.	Técnica Superior do serviço Social	21h
P. S.	Higienista Oral	3h
A. C.	Medica	10h
A. L. L.	Assistente técnica	35h
M. R. C.	Assistente Operacional	35h

Fonte: Plano de acção da UCC Monte Mor 2010

A UCC constituiu a equipa de cuidados continuados integrados [ECCI] Monte Mor, de Montemor-o-Novo, prevista no Decreto-Lei nº101/2006, de 6 de Junho. Foram contratualizados com a RNCCI, 20 vagas para prestação de cuidados da equipa multiprofissional aos utentes com critérios de integração em cuidados continuados integrados.

A importância da UCC, é evidente, uma vez que tem um conjunto de profissionais especializados no trabalho comunitário, em estreita articulação com a Direção do ACES, as outras unidades funcionais de Saúde e as diversas parcerias a nível da comunidade com Rede

Social, Rendimento social de Inserção, Intervenção precoce, Centro Juvenil de Montemor, Universidade Sénior, Câmara Municipal e outras instituições da comunidade.

3 – ACTIVIDADES REALIZADAS

A intervenção na área da organização e gestão da qualidade teve início com a realização do projeto de estágio, as atividades desenvolvidas ao longo do estágio para a elaboração do instrumento da qualidade e para concluir, a concretização do relatório de estágio. Para realizar o regulamento interno da unidade de cuidados na comunidade, houve a necessidade de agendar uma reunião com a equipa multidisciplinar, com o intuito de dar início ao processo de elaboração do RI. Essa reunião decorreu em 16.05.2011, as 14:30h, na sala multidisciplinar da UCC Monte Mor. Foi apresentado aos elementos da equipa um primeiro power point, com um questionário contendo as perguntas sugeridas pelo documento de suporte a implementação das UCC que pode servir de apoio na concretização do documento da qualidade. Foi dada a possibilidade aos elementos da equipa de debater a pertinência da aplicação do questionário, se de forma individual ou em grupo. Este, foi trabalhado em grupo. Foi também visualizado um segundo power point, por mim executado após pesquisa, que pretendia descrever em que consiste o RI, assim como algumas orientações, e uma proposta de índice para o apoio na realização do regulamento interno. Também foi facultado o acesso ao documento de Trabalho, Reforma para os Cuidados de Saúde Primários - Coordenação Estratégica, Versão de 09/02/2011 do Ministério da Saúde que permite visualizar a estrutura do documento que se pretende concretizar.

Efetuada mais alguma pesquisa em diversos documentos, dá-se início a execução, ao longo de varias semanas, do regulamento interno da unidade funcional de saúde de Montemor-o-Novo. A Coordenadora da UCC Monte Mor, a aluna do 1º mestrado, liderou o processo de elaboração do RI e o qual foi apresentado em reunião á referida equipa em Julho de 2011 e dado um prazo de um mês aos profissionais para lerem com atenção e proporem as alterações que achassem necessárias. Este foi alvo de discussão em grupo, não tendo sido sujeito a qualquer alteração.

No contexto do estágio, foi proposto em Setembro de 2011, o regulamento interno (Anexo VI) para aprovação ao diretor executivo do ACES. Este documento ainda não foi aprovado por motivos de reestruturação da equipa, dos serviços, dos programas e da contratualização de indicadores ao logo deste ultimo ano, causada pela saída de alguns elementos devido ao concurso de ARSA para ingresso na USF e por aposentação de outros e ainda a aquisição de novos elementos, assim como, do próprio centro de saúde que aguarda a constituição de uma nova USF.

Assim sendo, seguiu-se a realização de um relatório de Estágio entre o período de Junho 2011 e Março de 2012, sobre todas as atividades desenvolvidas no decurso do mesmo.

A execução do projeto ao longo do estagio careceu do uso de recursos, pelo que contamos com os seguintes:

1. Recursos humanos:

- Aluna do 1.º Mestrado em Enfermagem, a realizar especialização na área da Gestão de Unidades de Saúde e com o título de especialização em enfermagem comunitária;
- Professor orientador de estágio, Prof. Coordenadora Graça Gama;
- Enfermeiros da equipa da UCC Monte Mor;
- Restantes técnicos da equipa multidisciplinar.

2. Recursos materiais:

- Meios audiovisuais disponíveis na unidade;
- Suportes didático.

3. Recursos físicos:

- Espaço físico da UCC, que é um espaço próprio no edifício do antigo Centro de saúde, adaptado para a organização e funcionamento da unidade funcional quando da sua constituição em finais do ano de 2010. Tem 4 zonas distintas, mas pouco espaçosas, constituídas por uma sala multidisciplinar onde está todo o material disponível para apoio no desempenho das atividades da equipa multidisciplinar e onde se realizam as reuniões semanais de serviço, assim como as reuniões quinzenais da equipa da Intervenção Precoce e ainda outras reuniões. Existe também uma pequena sala interior, espaço onde estão todos os medicamentos e material de consumo clínico necessários, o gabinete da Assistente técnica e a sala que seria de ECCI, mas que atualmente, serve de vestiário, sala para colocar algumas ajudas técnicas porque não têm espaço próprio e também serve para o arquivo.

4 – REFLEXÃO

Após a conclusão do período de estágio, na UCC Monte Mor, unidade funcional de Saúde de Montemor-o-Novo, e a elaboração do RI desta Unidade, consegui atingir os objetivos delineados, contribuindo desde modo, para a implementação de um programa de melhoria contínua da qualidade dos cuidados na área da organização e gestão deste serviço de saúde. Sendo, este um instrumento de gestão, é um documento que contribui para a gestão da qualidade, definindo os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem que visa a melhoria contínua da qualidade.

O RI contempla as normas de organização e funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade Monte Mor, proveniente de um acordo interno estabelecido entre todos os profissionais da equipa que participaram na sua discussão e elaboração. São elementos obrigatórios do mesmo e que constam no documento elaborado, a missão, os valores e a visão; a estrutura orgânica e respetivo funcionamento; as intervenções e áreas de atuação dos diferentes grupos profissionais que integram a equipa; o horário de funcionamento; o acolhimento, orientação e comunicação com os utentes; o sistema de intersubstituição dos profissionais da equipa; e a formação contínua dos profissionais da equipa.

Enquanto instrumento de gestão, é um referencial para a estabilidade, permitindo uma gestão rigorosa e equilibrada, que contribui decisivamente para a melhoria do acesso a cuidados de saúde de qualidade com cuidados de enfermagem que visam a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros da UCC Monte Mor.

A enfermagem é, sem dúvida, uma profissão de grande responsabilidade que intervém nas mais diversas áreas da prestação de cuidados assim como na gestão de serviços de saúde.

Não foi fácil, conjugar num período de implementação de uma nova unidade funcional de saúde que exigiu muita dedicação e acréscimo de horas para além do horário normal de serviço, e o ser estudante com a limitação temporal do estágio para podermos mostrar o que somos, e o que aprendemos. Mas após este período de estágio, tenho consciência de que muito há a aprender e a evoluir, e foi fundamental para o meu crescimento enquanto estudante de mestrado em enfermagem de gestão de serviços de saúde, assumindo-se como uma preparação fundamental para o futuro e principalmente para a gestão da unidade funcional da qual sou coordenadora.

Senti a necessidade de introduzir uma nova estratégia na gestão deste serviço de saúde e um olhar de outra forma para a governação, de modo a que possa haver eficácia e transparência nos instrumentos que utilizamos. Os gestores, pretende-se que tenham um aumento do nível

de formação, a utilização da informação e do conhecimento, introduzindo evidência científica no processo de decisão sobre as questões da saúde, tendo sempre em conta os princípios gerais em que se baseia a melhoria contínua e sistemática dos cuidados. Creio que não bastará serem aprovados projetos de qualidade, as instituições de saúde devem comprometer-se a desenvolver um ambiente favorável à sua implementação e consolidação, para que estes se tornem parte da rotina em vez de entrar em conflito com ela.

A qualidade, para os prestadores de cuidados de saúde, constitui o reconhecimento, o apoio, e a formação; para as instituições é determinada pelos incentivos, cuidados integrados e pelos resultados mensuráveis.

É importante que o enfermeiro assuma o papel de moderador no contexto destas equipas multiprofissionais, como elemento dinamizador na gestão e na qualidade de cuidados de saúde prestados aos utentes, partilhando os conhecimentos, que conduzem à capacidade de liderança, e dos saberes que lhes permitam utilizar, de forma eficiente os instrumentos de gestão ao seu dispor. Podemos considerar que gerir é avaliar, responsabilizar, transmitir, exigir, para conduzir pessoas com saber, competência e rigor assente em informação e conhecimento (Escoval, 2003). O conceito de qualidade está diretamente relacionado com o conceito de saúde. A implementação de sistemas de melhoria contínua da qualidade reflete-se na melhoria dos cuidados prestados e por isso revela-se uma ação prioritária.

E contudo, apesar de todas as dificuldades sentidas ao longo do estágio, o verdadeiro valor das coisas depende de nós e é adquirido com esforço.

CONCLUSÃO

O estágio constitui uma forma de estabelecer relações personalizadas em situação real, e ganhar a experiência após a formação científica.

A elaboração deste regulamento interno tem em si a finalidade de regular, ordenar e uniformizar conceitos e práticas com a responsabilização dos enfermeiros e restante equipa, isto é estabelece os princípios enformadores da organização e funcionamento da UCC Monte Mor no sentido da concretização da missão para o qual foi criado; e fixar procedimentos que garantam a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde. Em todas as suas vertentes foi tido em consideração a legislação em vigor e a informação emanada pelo conselho executivo do ACES2 e pelo documento da missão para os cuidados de saúde primários.

A UCC tem por missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde, assim como a promoção de procedimentos que garantam a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

A necessidade de implementar sistemas de qualidade está assumido, quer por instâncias internacionais, quer por organizações nacionais. É uma cultura que só se atinge com a interiorização, a vivência e o esforço contínuo de todos para fazer bem e produzir o melhor, definir o que é desejável e agir em conformidade com os padrões estabelecidos.

Segundo a (OMS, 1986 citado por Ribeiro, Carvalho, Ferreira & Ferreira, 2008), por garantia de qualidade entende-se o resultado da medição do atual nível de serviços prestados, mais o esforço para modificar quando necessário, a prestação desses cuidados à luz dos resultados dessa medição. A qualidade na saúde surge hoje como uma exigência de todos os envolvidos nos cuidados de saúde, sendo vista como um seu atributo essencial. Em relação aos conceitos, a sua evolução reflete quer as suas diferentes perspetivas de abordagem, quer a necessidade sentida de adequar estes conceitos de qualidade, na sua maioria com origem na indústria, às especificidades da saúde. A qualidade na saúde tem algumas características que a diferenciam, isto é satisfazer e diminuir as necessidades, ser pró-ativa para prevenir e dar resposta, reunir integradamente como atributos, a efetividade, a eficiência, a aceitabilidade e a equidade.

Neste contexto, o objetivo primordial de um sistema de qualidade é a melhoria contínua da qualidade em saúde.

CRONOGRAMA DAS ACTIVIDADES

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

<i>Meses</i> <i>Act.</i>	<i>Fevereiro</i> <i>2011</i>	<i>Março</i> <i>2011</i>	<i>Abril</i> <i>2011</i>	<i>Mai</i> <i>2011</i>	<i>Junho</i> <i>2011</i>	<i>Julho</i> <i>2011</i>	<i>Agosto</i> <i>2011</i>	<i>Setembro</i> <i>2011</i>	<i>Outubro</i> <i>2011</i>	<i>Novemb.</i> <i>2011</i>	<i>Dezemb.</i> <i>2011</i>	<i>Janeiro</i> <i>2012</i>
<i>Ident. das neces.</i>												
<i>Revisão bibliogr.</i>												
<i>Elabor. Project. estagio</i>												
<i>Progra. Activid. intervençã</i>												
<i>Realizaçã</i> <i>o</i> <i>activida</i> <i>des</i>												
<i>Elabora</i> <i>ç</i> <i>o</i> <i>relator.</i> <i>estagio</i>												

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andrade, A., Evaristo, C., Nolasco, I., Orvalho, J., Zilhão, M. J., Ôchoa, P. et al. (2004) – “Programa Qualidade do Ministério da Segurança Social e do Trabalho: Um Modelo Integrado de Aplicação da CAF”, Secretaria-Geral do Ministério da Segurança Social e do Trabalho, Lisboa, 1ª Edição;

Biscaia, A., Martins, J., Carreira M., Fronteira, I., Antunes, A., Ferrinho, P. (2005) – “Cuidados de saúde primários em Portugal : reformar para novos sucessos”, Fundação Astrazeneca, Lisboa;

Branco, A. & Ramos, V. (2001) – “Cuidados de saúde primários em Portugal” Revista Portuguesa de Saúde Publica, Volume temático: 2, 2001;

Câmara Municipal de Montemor-o-Novo, acedido a 12 Janeiro 2012 em [http:// www.cm-montemornovo. pt](http://www.cm-montemornovo.pt);

Conselho Internacional de Enfermagem (2001) - “Promover el valor y la relación costo-eficacia dela enfermeira”. Acedido a 4 de Março de 2012 em [http://: www.icn/policysp.htm](http://www.icn/policysp.htm);

Conselho Internacional de Enfermagem [CIE] (2002) - “Seguridad de los pacientes”. Acedido a 5 Novembro de 2010 em: http://_www.icn.ch/pspatientsafesp.htm;

Decreto-Lei n.º437/91 de 8 de Novembro de 1991: Aprova o Regime Legal da Carreira de Enfermagem. Diário da Republica 1ª Série A de 8 de Novembro de 1991;

Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro de 1996: Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Diário da Republica 1ª serie A. 205 de 4 de Setembro de 1996;

Decreto-Lei nº157/99 de 10 Maio de 1999: Estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde. Diário da Republica 1ª Série. 108 de 10 de Maio de 1999;

Decreto - Lei nº 60/2003: Cria a rede de cuidados de saúde primários. Diário da Republica Iª Série - A. Nº77 de 1 de Abril de 2003;

Decreto-Lei n.º101/2006, de 6 de Junho: Criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Diário da República 1.ª série A. N.º109 de 6 de Junho de 2006;

Decreto -Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro: Caracterização geral e criação do ACES. Diário da República, 1.ª série. N.º 38 de 22 de Fevereiro de 2008;

Decreto-Lei n.º 12-A/2008 de 27 de Fevereiro: Estabelece os regimes de vinculação, de carreiras e de remunerações dos trabalhadores que exercem funções públicas. Diário da República, 1.ª série. N.º 41 de 27 de Fevereiro de 2008

Decreto-Lei n.º 248/2009: Define o regime da carreira especial de enfermagem, bem como os respectivos requisitos de habilitação profissional. Diário da República, 1.ª série. N.º 184 de 22 de Setembro de 2009;

Escoval, A. (2003) – Revista da Ordem, n.º 10, Outubro 2003;

Ferreira, F. (1990) – “História da saúde e dos serviços de saúde em Portugal”, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian;

Instituto Nacional de Estatística [INE] (2011). Acedido a 14 de Fevereiro de 2012 em <http://www.ine.pt>;

Lopes, M. (2007) – “Conhecimentos para as pratica de gestão da qualidade em enfermagem”, Estudo apresentado a Concurso de recrutamento de Professor-Adjunto, área científica de enfermagem, para o quadro da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, de acordo com o Edital n.º554/2007 publicitado no D.R., 2.ª Série n.º128 de 5 de Julho de 2007, Agosto de 2007. Acedido a 12 Novembro 2011 em <http://hdl.handle.net/10400.8/308>;

Ministério da Saúde (1999) - “Saúde um compromisso. A Estratégia de Saúde para o Virar do Século”,1998-2002, Direcção Geral da Saúde, Lisboa;

Missão para os Cuidados de Saúde Primários[MCSP] (2006) - “Linhas de acção prioritária para o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários”, Lisboa. Acedido a 12 Novembro de 2011 em <http://www.mcsp.min-saude.pt> ;

Missão Para os Cuidados de Saúde Primários[MCSP] (2010) – “ Cuidados de Saúde Primários - Agora, Mais Do Que Nunca”. Acedido a 13 Novembro de 2011 em <http://www.mcsp.min-saude.pt>;

Organização Mundial de Saúde [OMS] (1986), Glossário preparado para o European Training Course on Quality Assurance;

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2003) – “Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários”, Grafinter – Sociedade Gráfica, Lda;

Ordem dos Enfermeiros (2004) - “Competencias dos enfermeiro de cuidados gerais”, Maio2004, Grafinter – Sociedade Gráfica, Lda;

Ordem dos Enfermeiros (2002) – “Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: enquadramento conceptual e enunciados descritivos”, Grafinter – Sociedade Gráfica, Lda;

Pires, António Ramos (2000) – “Qualidade - Sistemas de gestão da qualidade”, Edições Silabo, Lisboa;

Pisco, Luís (2001) - “Perspectives sobre a qualidade na saúde”, Revista da Qualidade em Saúde;

Pisco, Luís (2002) - “IQS uma referência, um parceiro credível”, Revista da Qualidade em Saúde;

Pisco, Luís (2005) – “Balanço de seis anos de IQS”, Revista da Qualidade em Saúde;

Ramos, Victor (2008) – “Cuidados de saúde primários em Portugal e no mundo”, Lisboa;

Regulamento n.º 128/2011: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011;

Ribeiro, O., Carvalho, F., Ferreira, I., Ferreira, P. (2008) – “Qualidade dos cuidados de saúde” – Revista de Enfermagem –Nº35 – Novembro de 2008. Acedido a 5 de Fevereiro de 2012 em <http://hdl.handle.net/10400.19/357>;

Sale, Diana (2000) – “ Garantia da qualidade nos cuidados de Saúde. Para os profissionais da equipa de Saúde”. 1.ª ed., Publicações Universitárias e Científicas, Lisboa;

Sakellarides, Constantino (1979) - “O serviço de cuidados de saúde primários — centro de saúde : princípios gerais e reflexões sobre uma experiência”. Lisboa;

Sakellarides, Constantino (2004) - “O sistema de saúde e a sua evolução: da protecção social à governação da saúde”, Lisboa;

Sakellarides, C., Gonçalves, C., Cunha, f., Dussault, G., Biscaia, A., Santa, I., et al. (2009), “Acontecimento Extraordinário – Relatório do Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários”, Lisboa;

-

Anexos

Anexo I - Projecto de estagio



Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre



1.º Curso de Mestrado em Enfermagem
Especialização em Gestão de Unidades de Saúde
Prof. Coordenadora. Graça Gama

PROJECTO DE ESTÁGIO

Maria de Fátima Santos

Abril
2011

Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre

1.º Curso de Mestrado em Enfermagem
Especialização em Gestão de Unidades de saúde
Prof. Coordenadora. Graça Gama

PROJECTO DE ESTÁGIO

Maria de Fátima Santos

Abril
2011

Abreviaturas e Símbolos

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

INE – Instituto Nacional de Estatística

RI – Regulamento Interno

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF – Unidade de Saúde Familiar

INDÍCE

0 - INTRODUÇÃO	4
1 – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	6
2 – CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO.....	10
3 – FUNDAMENTAÇÃO DO PROJECTO.....	13
3.1 – OBJECTIVOS	14
4 – METODOLOGIA	15
CRONOGRAMA	17
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:.....	0

0 - INTRODUÇÃO

O presente trabalho foi solicitado pela docente da Escola Superior de Saúde de Portalegre, com o intuito de elaborar um Projecto de estágio. Em oposição às sociedades tradicionais, a nossa cultura tecnológica fala, cada vez mais de projecto. Através das numerosas mudanças das quais somos testemunhas e, por vezes, actores, sentimo-nos arrastados para um tempo prospectivo e a melhor maneira de se adaptar a este tempo prospectivo é antecipar, prever o futuro, esboçando então um projecto.

Usamos o termo “projecto” quando temos uma meta a médio ou longo prazo que envolve lidar com uma situação complexa e precisamos de planear e desenvolver um conjunto de estratégias e acções adequadas para a atingir.

“Elaborar projectos é uma forma de independência. É uma abordagem para explorar a criatividade humana, a mágica das ideias e o potencial das organizações. É dar vazão para a energia de um grupo, compartilhar a busca da evolução”.(Kisil R., 2001)

Este projecto será o elemento orientador do estágio, que irá decorrer de 14 Fevereiro de 2011 até 24 Junho de 2011 e o tema será “A melhoria contínua da Qualidade dos cuidados, na área da organização e do funcionamento na Unidade de Cuidados na Comunidade Monte Mor” do Centro de Saúde de Montemor-o-Novo. Este tem por base a garantir da qualidade nos cuidados de saúde primários em que é necessário conhecer as principais componentes do conceito de qualidade, elaborar um documento (RI) no programa de garantia da qualidade, planeando a sua execução e definindo o modelo a aplicar.

A qualidade deve ser entendida como o produto final de uma cadeia, rede de trabalho, onde actuam diversos prestadores, com diversos níveis de formação, mas em que todos eles contribuem para o resultado final.

A necessidade de implementar sistemas de qualidade está hoje fortemente assumida, quer por instâncias internacionais como a OMS e o Conselho Internacional de Enfermeiros, quer por organizações nacionais como o Conselho Nacional de Qualidade e o Instituto da Qualidade em Saúde.

Criar sistemas de qualidade em saúde revela-se assim uma acção prioritária.

O presente Projecto de Estágio encontra-se estruturado em vários capítulos: no primeiro abordamos o Enquadramento conceptual descrevendo alguns conceitos para enquadrar o

tema, seguidamente procedemos à caracterização do local de estágio, a fundamentação do projecto e objectivos, e por fim a descrição da metodologia adoptada.

Consideramos que este projecto de estágio tem toda a pertinência na actualidade, contribuindo para o nosso enriquecimento formativo e também, é uma mais valia ao nível profissional ajudando na realização de um instrumento de garantia da qualidade na UCC Monte Mor .

1 – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

O Decreto -Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, criou os agrupamentos de centros de saúde (ACES) do Serviço Nacional de Saúde, integrados nas Administrações Regionais de Saúde (ARS), e estabeleceu o seu regime de organização e funcionamento.

De acordo com o regime estabelecido nesse diploma, os ACES são serviços de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais de um ou mais centros de saúde e cuja missão é garantir a prestação de cuidados de saúde primários aos cidadãos de determinada área geográfica.

A reforma dos cuidados de saúde primários (CSP), implica a sua reorganização e a criação de novas estruturas. Entre as unidades funcionais a implementar consta a unidade de cuidados na comunidade (UCC), à qual compete, à luz do disposto no artigo 11.º do Decreto -Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional, actuando na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção e Segundo o Decreto -Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, também compete constituir as equipas de cuidados continuados integrados.

Nestes termos, no desenvolvimento do Decreto -Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, e atento o disposto no seu artigo 43.º, determina - se a aprovação do Regulamento da Organização e Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade. O presente Regulamento estabelece os princípios enformadores da organização e do funcionamento da unidade de cuidados na comunidade (UCC) dos agrupamentos de centros de saúde (ACES). Este é aplicável aos profissionais que integram as UCC, independentemente do vínculo laboral estabelecido com as entidades sob direcção, tutela ou superintendência do Ministro da Saúde.

A actividade da UCC desenvolve -se com autonomia organizativa e técnica, em intercooperação com as demais unidades funcionais do ACES em que se integra, sem prejuízo da necessária articulação interinstitucional e intersectorial, indispensável ao cumprimento da sua missão, situa -se, preferencialmente, nas instalações de cada centro de saúde e intervém no âmbito comunitário e numa lógica de base populacional.

A UCC tem por missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde, assim como a promoção de procedimentos que garantam a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

A necessidade de implementar sistemas de qualidade está hoje fortemente assumida, quer por instâncias internacionais como a OMS e o Conselho Internacional de Enfermeiros, quer por organizações nacionais como o Conselho Nacional de Qualidade e o Instituto da Qualidade em Saúde.

É pois uma cultura que só se atinge com a interiorização, a vivência e o esforço contínuo de todos para fazer bem e produzir o melhor, definir o que é desejável e agir em conformidade com os padrões estabelecidos.

Para a OMS (1986), por garantia de qualidade entende-se o resultado da medição do actual nível de serviços prestados, mais o esforço para modificar, quando necessário, a prestação desses cuidados à luz dos resultados dessa medição. Múltiplos são os factores que influenciam a qualidade dos cuidados de saúde, nomeadamente técnicos, financeiros, económicos, sociais e éticos.

No essencial, os objectivos de uma política de qualidade devem ser estabelecidos com base nas expectativas e nos desejos dos clientes e da comunidade.

Segundo Santos (2002), não é visível a centralidade no cidadão, pois muitas das vezes, a política de saúde assenta em regras e orientações de carácter normativo, que têm como grande objectivo preservar os serviços de factores contingenciais, inerentes às especificidades de planos assistenciais adaptados às necessidades individuais. Os serviços organizam-se em função de si próprios.

A inexistência de uma rede de serviços de saúde de carácter social que garanta, de uma forma eficaz e eficiente, o *continuum* de cuidados, acompanhando cada indivíduo ao longo do seu ciclo de vida, e a falta de concretização de objectivos estratégicos que permitam a sua operacionalização aos diferentes níveis, com evidência nos resultados, em termos de ganhos em saúde e baseados na participação, no comprometimento e na responsabilização dos profissionais nesses resultados, condiciona directamente o progresso por todos desejado. Esta posição é reforçada pelo Observatório Português dos Sistemas de Saúde, mencionando a falta de dispositivos de análise e direcção estratégica que enquadrem os actores da saúde, a falta de concretização de modo concertado das medidas já socialmente negociadas, politicamente assumidas e legalmente em vigor, assim como a desresponsabilização da administração da saúde aos diferentes níveis, acabando por agravar as disfunções do sistema.

Mais recentemente, procura-se evoluir para a gestão de qualidade total, que engloba o conceito de melhoria contínua da qualidade, consistindo em dirigir todos os esforços da organização para a melhoria do processo e para a prevenção de problemas, eliminando desta maneira o custo de os corrigir. Assegura que todos estão conscientes do modo como o seu

trabalho, o seu desempenho, tem um efeito na satisfação das necessidades dos utilizadores dos serviços. Pressupõe uma filosofia de gestão que faz dos decisores verdadeiros agentes de mudança, permitindo criar um ambiente organizacional de permanente aprendizagem individual e colectiva.

Assim sendo, a cultura organizacional positiva é imperativa para a introdução da qualidade total num serviço.

A responsabilidade pela qualidade dos cuidados de enfermagem prestados constitui-se como uma obrigação legal (cf. Decreto-Lei 437/91 de 8 de Novembro), com implicações a vários níveis, desde a prestação de cuidados gerais, aos cuidados especializados e área da gestão, tal como referido no enunciado descritivo relativo à organização dos cuidados de enfermagem. Assim, quando refere que ***“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem”***, tendo como elementos importantes *“a existência de um quadro de referências para o exercício profissional de enfermagem, a existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, a existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente, a satisfação dos enfermeiros relativamente à qualidade do exercício profissional, o número de enfermeiros face à necessidade de cuidados de enfermagem, a existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade e a utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotora da qualidade”*.

Desta forma compete aos enfermeiros responsáveis pela gestão, responsabilizar-se pela garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, planear e concretizar acções que visem essa melhoria, colaborar na avaliação da qualidade dos cuidados e definir padrões de cuidados de enfermagem e indicadores de avaliação.

Espera-se dos profissionais e dos gestores não só as habilitações e a disponibilidade para o trabalho em equipas multiprofissionais, mas também a partilha dos conhecimentos, tais como os que conduzem à capacidade de liderança, e dos saberes que lhes permitam utilizar, de forma eficiente os instrumentos de gestão ao seu dispor. Podemos considerar que gerir é avaliar, responsabilizar, transmitir, exigir, para conduzir pessoas com saber, competência e rigor assente em informação e conhecimento (Escoval, 2003).

O conceito de qualidade está directamente relacionado com o conceito de saúde.

A Qualidade na Saúde pode assumir-se em três dimensões complementares, tal como na prática profissional, considerada quer a nível de processos, quer a nível de resultados; como elemento central de gestão organizacional; como marca de garantia e segurança, obtida através da Certificação e/ou acreditação vista na perspectiva do utilizador dos serviços de saúde.

A qualidade em saúde é tarefa multiprofissional. A implementação de sistemas de melhoria contínua da qualidade reflecte-se na melhoria dos cuidados prestados e por isso revela-se uma acção prioritária.

2 – CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

Montemor-o-Novo é o segundo maior concelho da região e dista 33km da sede de distrito – Évora. É composto por dez Freguesias, das quais duas são urbanas (N^a Sr.^a da Vila e N^a Sr.^a do Bispo) e as restantes são rurais (Cabrela, Silveiras, Ciborro, Cortiçadas de Lavre, Lavre, Foros de Vale de Figueira, São Cristóvão e Santiago do Escoural). É importante salientar que todos os dados referidos ao longo desta análise têm como fonte os censos de 2001 – INE.

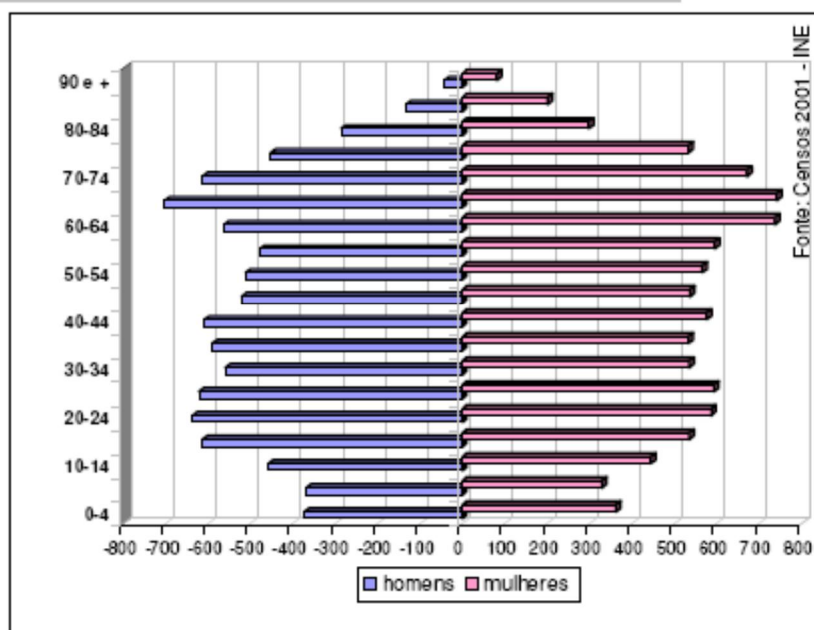
O concelho de Montemor-o-Novo, ocupa uma área de 1231,2km², o que corresponde a 17% da área total do Alentejo Central, tem uma densidade populacional na ordem dos 15 habitantes/km² e uma população residente de 18578 habitantes.

No que diz respeito às famílias, este apresenta 0.20% das famílias clássicas e 0.39% de famílias institucionais, um número considerável a nível nacional.

Quanto aos nascimentos e óbitos, observamos que Montemor-o-Novo é um concelho com uma baixa taxa de natalidade (8%), e uma alta taxa mortalidade (14%).

No que respeita à caracterização do concelho, verificamos através da análise da pirâmide de idades que há um aumento da população idosa (envelhecimento no topo), e inversamente uma diminuição da população jovem (envelhecimento na base).

GRÁFICO 1 - PIRÂMIDE DE IDADES CONCELHO DE MONTEMOR-O-NOVO



A estrutura da população de Montemor-o-Novo por grandes grupos etários é a seguinte: no grupo etário dos 0 aos 14 anos temos 2334 jovens, no grupo etário dos 15 aos 64 anos temos 11489 pessoas e no grupo etário dos 65 ou mais anos temos 4755 pessoas.

A caracterização das respostas oferecidas pelas entidades com intervenção social para idosos revela-nos que há freguesias sem instituições de apoio a idosos e também existe um número elevado de idosos em lista de espera para as três valências (lar, apoio domiciliário e centro de dia).

O programa do XVII Governo Constitucional reconheceu os cuidados saúde primários como o pilar central do sistema de saúde.

Nas linhas de acção prioritárias para o desenvolvimento dos cuidados saúde primários (Janeiro de 2006), ...*“foi possível identificar alguns princípios que se vêm revelando fundamentais para a modernização dos centros de saúde como o “coração” do SNS e a estrutura de alicerçamento de todo o sistema de saúde. De entre esses princípios destacam-se os seguintes: orientação para a comunidade; flexibilidade organizativa e de gestão; desburocratização; trabalho em equipa; autonomia e responsabilização melhoria contínua da qualidade, contratualização e avaliação.”*

O mesmo documento diz ainda que a estrutura organizacional dos centros de saúde deve assentar em pequenas unidades organizacionais. O desenvolvimento da reforma dos cuidados saúde primários demonstra que os profissionais dos cuidados saúde primários, querem e podem trabalhar para o utente, famílias e comunidades, assim se lhes dêem condições de trabalho.

Os centros de saúde deverão ser a porta de entrada ao Serviço Nacional de Saúde, mas além disso deverão os profissionais de saúde assumir funções de promoção de saúde, prevenção da doença e a continuidade dos cuidados.

O Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro, faz a caracterização geral e a criação dos agrupamentos de centros de saúde (ACES). O objectivo dos ACES são de aumentar a autonomia organizativa e colocar a gestão mais próximo do terreno. São serviços descentrados da respectiva Administração Regional de Saúde I.P., estando sujeitos ao seu poder de direcção.

A Unidade de Cuidados na Comunidade, é definida artigo 11º do já citado Decreto-Lei:
“ A UCC presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, essencialmente a pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento

próximo, e actua na educação para a saúde, na integração em redes de apoio á família e na implementação de unidades móveis de intervenção”.

A equipa de UCC é composta por 6 enfermeiros, 1 Técnica superiora do serviço social, 1 médico, 1 psicólogo, 1 nutricionista, 1 fisioterapeuta, 1 higienista oral, consoante as necessidades e disponibilidade de recursos.

A UCC constituiu a equipa de cuidados continuados integrados (ECCI) Monte Mor do Centro de Saúde de Montemor-o-Novo, prevista no Decreto-Lei nº101/2006, de 6 de Junho.

Assim a UCC, é uma das unidades funcionais, que trabalham no âmbito comunitário com uma equipa multiprofissional em estreita articulação com as demais equipas funcionais UCSP e USF do Centro de Saúde.

A importância da UCC, é evidente uma vez que tem um conjunto de profissionais especializados no trabalho comunitário, em estreita articulação com a Direcção do ACES, as unidades funcionais do Centro de Saúde e as diversas parcerias a nível da comunidade (Rede Social, Rendimento social de Inserção, Intervenção precoce, Centro Juvenil de Montemor, Universidade Sénior e outras instituições da comunidade). O horário de funcionamento é das 8h as 20h durante a semana e fins de Semana e feriados das 9h as 17h.

O Centro de Saúde possui técnicos Superiores em diversas áreas tais como médicos de Clínica Geral e Medicina Familiar e de Saúde Publica, Enfermeiros Generalistas e Especialistas, Técnica Superior de Serviço Social, Higienista Oral, Nutricionista, Psicóloga Clínica, Fisioterapeuta, Técnica de Laboratório e Técnico de Higiene e Saúde Ambiental. Neste são prestados cuidados de Saúde Primários na Sede e Unidades de Saúde Rurais, tem um Serviço de Atendimento Permanente (SAP) que funciona 24horas. Esta Unidade funcional tem consultas de: Medicina Geral e Familiar, Planeamento Familiar e Saúde Materna, Saúde Infantil, Hipertensão e Diabetes, Cessação tabágica, Nutrição, Psicologia, Fisioterapia e terapêutica oral de anti-agregação realizadas pelas unidades funcionais USCP e USF. Neste momento com a nova reestruturação dos cuidados de Saúde Primários temos as actividades na comunidade e os cuidados continuados integrados realizados pela UCC.

3 – FUNDAMENTAÇÃO DO PROJECTO

As exigências crescentes do cidadão, contribuinte/utente e as potencialidades de interacção com as novas tecnologias de informação e de comunicação, convergirão rapidamente a favor de novas formas de organização e gestão centradas no cidadão.

Há ainda, uma necessidade de introduzir uma visão estratégica na gestão dos serviços de saúde e olhar de outra forma para a governação desta, de maneira que possa ser pautada de eficácia e transparência nos instrumentos que utiliza. Dos gestores, pretende-se um aumento do nível educativo e a utilização da informação e do conhecimento, pois é urgente introduzir evidência científica no processo de decisão sobre as questões de saúde.

Para além disso, a melhoria contínua e sistemática dos cuidados baseia-se em princípios gerais, que se devem ter sempre em consideração.

Será de referir que não bastará aprovar projectos de qualidade. As instituições de saúde devem comprometer-se a criar um ambiente favorável à sua implementação e consolidação, para que os projectos de qualidade se tornem parte da rotina em vez de entrar em conflito com ela.

A “qualidade”, para os prestadores de cuidados de saúde, constitui o reconhecimento formal (avaliação de desempenho) e informal (opinião pública), o apoio, a formação e uma perspectiva de “carreira” atraente. Para as instituições é determinada pelos incentivos, cuidados integrados e pelos resultados mensuráveis.

Poderá ainda acrescentar-se, e no caso particular dos enfermeiros, que estes promovem, paralelamente, a aprendizagem sobre a forma de aumentar o repertório dos recursos pessoais, familiares e comunitários para lidar com os desafios da saúde.

Consequentemente, os cuidados de enfermagem ajudam a pessoa a gerir os recursos da comunidade em matéria de saúde. Prevê-se como vantajoso que o enfermeiro assuma o papel de pivot no contexto da equipa, como elemento dinamizador na gestão e qualidade de cuidados de saúde.

O Regulamento Interno (RI) deve contemplar as normas de organização e funcionamento das Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), resultante do contrato interno estabelecido entre todos os profissionais da equipa. É um documento dinâmico, em que todos os elementos devem participar na sua discussão e elaboração.

De acordo com o Despacho Normativo, são elementos obrigatórios do mesmo, a missão, valores e visão; a estrutura orgânica e respectivo funcionamento; as intervenções e áreas de actuação dos diferentes grupos profissionais que integram a equipa; o horário de

funcionamento e de cobertura assistencial; o acolhimento, orientação e comunicação com os utentes; o sistema de intersubstituição dos profissionais da equipa; a formação contínua dos profissionais da equipa; as inibições decorrentes da necessidade de cumprir o compromisso assistencial da UCC e Carta da Qualidade.

O Regulamento Interno, enquanto instrumento de gestão, será um referencial para a estabilidade da UCC , permitindo uma gestão rigorosa e equilibrada que contribuirá decisivamente para a melhoria do acesso a cuidados de saúde de qualidade e definir os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem que vise a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

3.1 – OBJECTIVOS

Os objectivos devem estar coerentes com a justificação e o problema proposto. O objectivo geral será a síntese do que se pretende alcançar, e os objectivos específicos explicitarão os detalhes e serão um desdobramento do objectivo geral.

Definiu-se com objectivos os seguintes:

Objectivo geral:

- Contribuir para a implementação de um programa de melhoria contínua da qualidade dos cuidados na área da organização e gestão dos serviços de saúde, do Centro de Saúde de Montemor-o-Novo, na UCC Monte Mor

Objectivo específico:

- Estabelecer o regime de organização e funcionamento da UCC Monte Mor.

4 – METODOLOGIA

A metodologia é uma componente fundamental da investigação, permitindo atingir os objectivos do estudo através da utilização de técnicas que nos asseguram a fiabilidade e fidelidade dos resultados.

A metodologia a utilizar é a análise documental. Dá-se prioridade ao projecto realizado no domínios da Qualidade de Cuidados/organização dos cuidados de saúde.

Este Projecto decorre de 14 Fevereiro a 24 Junho 2011 e visa a realização de um Estágio no âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização em Gestão de Unidades de Saúde, que irá decorrer no Centro de Saúde de Montemor-o-Novo, mais concretamente na UCC Monte Mor e tem como temática a melhoria contínua da Qualidade dos cuidados, na área da organização e do funcionamento na Unidade de Cuidados na Comunidade Monte Mor.

Durante este capítulo apresentaremos os objectivos definidos para o estágio, as actividades a desenvolver, os recursos e o tempo de concretização.

Objectivo geral:

- Contribuir para a implementação de um programa de melhoria contínua da qualidade dos cuidados na área da organização e gestão dos serviços de saúde, do Centro de Saúde de Montemor-o-Novo, na UCC Monte Mor

Objectivo específico:

- Estabelecer o regime de organização e funcionamento da UCC Monte Mor.

Actividades a realizar:

- Promover reunião multidisciplinar preparatória do documento,
- Colocar à equipa, na sua totalidade e individualmente, as questões propostas pelo documento de suporte de implementação da UCC,
- Elaborar o regulamento interno da unidade,
- Propor o regulamento para aprovação ao director executivo do ACES.

A intervenção na área da organização e gestão da qualidade terá início com a reunião multidisciplinar preparatória do documento, e aplicação do questionário proposto pelo documento de suporte a implementação da UCC para elaboração do regulamento Interno.

Assim sendo, segue-se a realização de um relatório de Estágio com reflexão crítica sobre todas as actividades desenvolvidas no decurso do mesmo.

A execução do Projecto carece do uso de recursos, pelo que contamos com os seguintes:

Recursos Humanos

- Aluna do 1.º Mestrado em Enfermagem, área de especialização Gestão de Unidades de Saúde;
- Professor orientador de estágio;
- Enfermeiros da UCC Monte Mor do Centro de Saúde de Montemor-o-Novo

Recursos Materiais

- Meios audiovisuais;
- Suportes didácticos;

No final, em Junho, no contexto de estágio será proposto o regulamento interno para aprovação ao director executivo do ACES e posteriormente entre o período de Junho 2011 e Janeiro de 2012, concretiza-se a elaboração do Relatório de estágio.

CRONOGRAMA

CRONOGRAMA DE ACTIVDADES

Meses Act.	Fevereiro 2011	Março 2011	Abril 2011	Maio 2011	Junho 2011	Julho 2011	Agosto 2011	Setembro 2011	Outubro 2011	Novemb. 2011	Dezemb. 2011	Janeiro 2012
Ident. das neces.												
Revisão bibliogr.												
Elabor. Project. estagio												
Progra. Activid. interven ção												
Realizaç ão activida des												
Elabora ção relator. estagio												

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Carvalho, Fernando M.; Ferreira, Luís Miguel M.; Ferreira, Paulo Jorge M.; Ribeiro, Oliverio Paiva, (2008) – Qualidade dos cuidados de saúde, Editora instituto Politécnico de Viseu, Nov. 2008, acessido em <http://hdl.handle.net/10400.19/357>

Decreto-Lei nº101/2006, de 6 de Junho

Decreto -Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro

Decreto-Lei n.º437/91, Aprova o Regime Legal da Carreira de Enfermagem, D.R.I Série - A (08-11-1991).

Escoval, Ana – Revista da Ordem, n.º 10, Outubro 2003, p.24.

Instituto Nacional de Estatística (2011). Acessido em <http://www.ine.pt>

KISIL, Rosana, (2001) – Elaboração de Projectos e Propostas para Organizações da Sociedade Civil. São Paulo: Global, 2001. (Colecção Gestão e sustentabilidade).

Missão para os Cuidados de Saúde Primários, (2009) – Documento de suporte a implementação das UCC, Março 2009. Acessido em <http://www.mcsp.min-saude.pt>

Missão Para os Cuidados de Saúde Primários (2010). *Cuidados de Saúde Primários - Agora, Mais Do Que Nunca*. Acessido em <http://www.mcsp.min-saude.pt>

Observatório Português dos Sistemas de Saúde – Conhecer os caminhos da Saúde – Relatório de Primavera 2001 – Síntese, p.58.

OMS, Glossário preparado para o European Training Course on Quality Assurance,1986.

Santos, João – Revista da Ordem dos Enfermeiros, n.º5, Janeiro 2002, p.22-23

**Anexo II - Dec. Lei nº 248/2009 de 22 de Dezembro, Diário da República 1ª série,
nº184**

Artigo8º - Deveres funcionais dos enfermeiros

Artigo9º - Conteúdo Funcional da categoria de enfermeiro

Artigo10º - Conteúdo funcional da categoria de enfermeiro principal

tegorias de carreira, são oponíveis para a elegibilidade necessária aos procedimentos de recrutamento e mudança de categoria previstos nas normas aplicáveis.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 30 de Julho de 2009. — *José Sócrates Carvalho Pinto de Sousa — Fernando Teixeira dos Santos — Alberto Bernardes Costa — José António Fonseca Vieira da Silva — Ana Maria Teodoro Jorge.*

Promulgado em 14 de Setembro de 2009.

Publique-se.

O Presidente da República, ANÍBAL CAVACO SILVA.

Referendado em 15 de Setembro de 2009.

O Primeiro-Ministro, *José Sócrates Carvalho Pinto de Sousa.*

Decreto-Lei n.º 248/2009

de 22 de Setembro

A Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, Lei de Bases da Saúde, instituiu uma nova política de recursos humanos para a saúde com vista a satisfazer, à luz da conjuntura, as necessidades da população, com garantia da formação dos profissionais e da segurança dos cuidados prestados, procurando uma adequada cobertura em todo o território nacional.

No seguimento do disposto na base XII da referida lei de bases, foi aprovado um novo Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (SNS), pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro, o qual constituiu uma revisão do estatuto inicial de 1979, no sentido de criar unidades integradas de cuidados de saúde e flexibilizar a gestão dos recursos.

Dada a relevância social do direito à protecção da saúde, adoptaram-se mecanismos especiais de mobilidade e de contratação de pessoal, pretendendo compensar as desigualdades de acesso e de cobertura geodemográfica, cumprindo a obrigação constitucional de universalidade do acesso à prestação de cuidados de saúde.

Do mesmo modo que se investiu em novas instalações, novas tecnologias na saúde e de informação, implementaram-se também métodos de organização e gestão, de entre os quais a definição de carreiras, a qual constituiu um factor agregador das competências e garantias do SNS.

Com as alterações de gestão e organização, as quais prefiguraram uma aposta na qualidade e na criação de novas estruturas, a consagração legal da carreira de enfermagem, nos termos do Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de Novembro, ora revogado, desenvolveu e valorizou a prestação de enfermagem no SNS, como um todo coeso e coerente, com especificidades próprias e com um projecto sustentável.

Na presente legislatura, encetou-se a reforma da Administração Pública. Em conformidade, a Lei n.º 12-A/2008, de 27 de Fevereiro, veio estabelecer novos regimes de vinculação, de carreiras e de remunerações dos trabalhadores que exercem funções públicas, prevendo, em particular, a revisão dos regimes dos corpos ou carreiras especiais.

Neste contexto, a natureza da prestação de cuidados de enfermagem, pela sua especificidade, conteúdo funcional e independência técnica, não permite a sua absorção em carreira geral e impõe a criação de uma carreira especial.

Deste modo, nos termos do artigo 101.º da Lei n.º 12-A/2008, de 27 de Fevereiro, dado o estabelecido no artigo 41.º da mesma lei, o presente decreto-lei revoga o Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de Novembro, e define o regime legal da carreira de enfermagem, enquanto carreira especial da Administração Pública.

A carreira especial de enfermagem, implementando um modelo de referência em todo o SNS, independentemente da natureza jurídica dos estabelecimentos e serviços, pretende reflectir um modelo de organização de recursos humanos essencial à qualidade da prestação e à segurança dos procedimentos.

Efectivamente, no âmbito do conjunto de medidas para o desenvolvimento do ensino na área da saúde, aprovado através da Resolução do Conselho de Ministros n.º 140/98, de 4 de Dezembro, constituiu um marco relevante para a dignidade e valorização da profissão de enfermeiro, a reorganização, que tem vindo a ser feita na última década, da rede de escolas e do modelo de formação geral dos enfermeiros, através de licenciatura e pós-graduação.

Este processo, instituído pelo Decreto-Lei n.º 353/99, de 3 de Setembro, possibilitou ainda, aos que frequentavam o curso de bacharelato, bem como aos bacharéis em enfermagem, o acesso ao grau de licenciatura, mediante o preenchimento de determinadas condições.

O presente decreto-lei vem agora instituir uma carreira especial de enfermagem na Administração Pública, integrando as actuais cinco categorias em duas, remetendo para deveres funcionais comuns a todos os trabalhadores em funções públicas, bem como para o conteúdo funcional da prestação de cuidados de saúde.

Estabelecem-se duas categorias, enfermeiro e enfermeiro principal, as quais reflectem uma diferenciação de conteúdos funcionais, ao mesmo tempo que se fixam as regras de transição para as novas categorias.

Foram observados os procedimentos decorrentes da Lei n.º 23/98, de 26 de Maio.

Assim:

Nos termos da alínea a) do n.º 1 do artigo 198.º da Constituição, o Governo decreta o seguinte:

CAPÍTULO I

Objecto e âmbito

Artigo 1.º

Objecto

O presente decreto-lei define o regime da carreira especial de enfermagem, bem como os respectivos requisitos de habilitação profissional.

Artigo 2.º

Âmbito

O presente decreto-lei aplica-se aos enfermeiros integrados na carreira especial de enfermagem cuja relação jurídica de emprego público seja constituída por contrato de trabalho em funções públicas.

CAPÍTULO II

Nível habilitacional

Artigo 3.º

Natureza do nível habilitacional

1 — O nível habilitacional exigido para a carreira especial de enfermagem corresponde aos requisitos prescritos para a atribuição, pela Ordem dos Enfermeiros, de título definitivo de enfermeiro.

2 — Os enfermeiros têm uma actuação de complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais de saúde, embora dotada de igual nível de dignidade e autonomia de exercício profissional.

Artigo 4.º

Qualificação de enfermagem

A qualificação de enfermagem é estruturada em títulos de exercício profissional, em função de níveis diferenciados de competências, e tem por base a obtenção das capacidades e conhecimentos adquiridos ao longo da formação.

Artigo 5.º

Utilização do título

No exercício e publicitação da sua actividade profissional, o enfermeiro deve sempre fazer referência ao título detido.

CAPÍTULO III

Estrutura da carreira

Artigo 6.º

Áreas de exercício profissional

1 — A carreira especial de enfermagem organiza-se por áreas de exercício profissional e de cuidados de saúde, tais como as áreas hospitalar e de saúde pública, bem como de cuidados primários, continuados e paliativos, na comunidade, pré-hospitalar e de enfermagem no trabalho, podendo vir a ser integradas, de futuro, outras áreas.

2 — Cada área de exercício profissional tem formas de exercício adequadas à natureza da actividade que desenvolve, sendo objecto de definição em instrumento de regulamentação colectiva de trabalho.

Artigo 7.º

Categorias

1 — A carreira especial de enfermagem é pluricategorial e estrutura-se nas seguintes categorias:

- a) Enfermeiro;
- b) Enfermeiro principal.

2 — Os rácios dos enfermeiros principais na organização dos serviços, estruturados conforme a carreira aprovada pelo presente decreto-lei, e desenvolvidos em instrumento de regulamentação colectiva de trabalho, são estabelecidos em diploma próprio, no prazo de 30 dias após a entrada em vigor do presente decreto-lei.

Artigo 8.º

Deveres funcionais

Os trabalhadores integrados na carreira de enfermagem estão adstritos, no respeito pela *leges artis*, ao cumprimento dos deveres éticos e princípios deontológicos a que estão obrigados pelo respectivo título profissional, exercendo a sua profissão com autonomia técnica e científica e respeitando o direito à protecção da saúde dos utentes e da comunidade, e estão sujeitos, para além da observância do dever de sigilo profissional, ao cumprimento dos seguintes deveres funcionais:

- a) O dever de contribuir para a defesa dos interesses do utente no âmbito da organização das unidades e serviços, incluindo a necessária actuação interdisciplinar, tendo em vista a continuidade e garantia da qualidade da prestação de cuidados;
- b) O dever de esclarecer devidamente o utente sobre os cuidados a prestar e prestados, na medida das suas competências, assegurando a efectividade do consentimento informado.

Artigo 9.º

Conteúdo funcional da categoria de enfermeiro

1 — O conteúdo funcional da categoria de enfermeiro é inerente às respectivas qualificações e competências em enfermagem, compreendendo plena autonomia técnico-científica, nomeadamente, quanto a:

- a) Identificar, planear e avaliar os cuidados de enfermagem e efectuar os respectivos registos, bem como participar nas actividades de planeamento e programação do trabalho de equipa a executar na respectiva organização interna;
- b) Realizar intervenções de enfermagem requeridas pelo indivíduo, família e comunidade, no âmbito da promoção de saúde, da prevenção da doença, do tratamento, da reabilitação e da adaptação funcional;
- c) Prestar cuidados de enfermagem aos doentes, utentes ou grupos populacionais sob a sua responsabilidade;
- d) Participar e promover acções que visem articular as diferentes redes e níveis de cuidados de saúde;
- e) Assessorar as instituições, serviços e unidades, nos termos da respectiva organização interna;
- f) Desenvolver métodos de trabalho com vista à melhor utilização dos meios, promovendo a circulação de informação, bem como a qualidade e a eficiência;
- g) Recolher, registar e efectuar tratamento e análise de informação relativa ao exercício das suas funções, incluindo aquela que seja relevante para os sistemas de informação institucionais na área da saúde;
- h) Promover programas e projectos de investigação, nacionais ou internacionais, bem como participar em equipas, e, ou, orientá-las;
- i) Colaborar no processo de desenvolvimento de competências de estudantes de enfermagem, bem como de enfermeiros em contexto académico ou profissional;
- j) Integrar júris de concursos, ou outras actividades de avaliação, dentro da sua área de competência;
- l) Planear, coordenar e desenvolver intervenções no seu domínio de especialização;
- m) Identificar necessidades logísticas e promover a melhor utilização dos recursos, adequando-os aos cuidados de enfermagem a prestar;
- n) Desenvolver e colaborar na formação realizada na respectiva organização interna;
- o) Orientar os enfermeiros, nomeadamente nas equipas multiprofissionais, no que concerne à definição e utilização de indicadores;
- p) Orientar as actividades de formação de estudantes de enfermagem, bem como de enfermeiros em contexto académico ou profissional.

2 — O desenvolvimento do conteúdo funcional previsto nas alíneas j) a p) do número anterior cabe, apenas, aos enfermeiros detentores do título de enfermeiro especialista.

Artigo 10.º

Conteúdo funcional da categoria de enfermeiro principal

1 — Para além das funções inerentes à categoria de enfermeiro, o conteúdo funcional da categoria de enfermeiro principal é sempre integrado na gestão do processo de prestação de cuidados de saúde, e indissociável da mesma, e compreende, nomeadamente:

- a) Planear e incrementar acções e métodos de trabalho que visem a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, procedendo à definição ou utilização de

indicadores e respectiva avaliação, bem como à coordenação de equipas multiprofissionais;

b) Exercer funções de assessoria ou consultoria de natureza técnico-científica, em projectos ou programas;

c) Participar nos processos de contratualização inerentes ao serviço ou unidades funcionais e colaborar nos do serviço;

d) Coordenar funcionalmente grupo de enfermeiros da equipa de enfermagem do serviço ou de equipa multiprofissional da unidade funcional, em função da organização do trabalho;

e) Gerir o serviço ou unidade de cuidados, incluindo a supervisão do planeamento, programação e avaliação do trabalho da respectiva equipa, decidindo sobre afectação de meios;

f) Promover a aplicação dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem definidos, e actualizar procedimentos orientadores da prática clínica;

g) Identificar as necessidades de recursos humanos, articulando, com a equipa, a sua adequação às necessidades previstas, nomeadamente através da elaboração de horários e de planos de trabalho e férias;

h) Exercer funções executivas, designadamente integrar órgãos de gestão, ou de assessoria, e participar nos processos de contratualização;

i) Promover a concretização dos compromissos assumidos pelo órgão de gestão, com os estabelecimentos de ensino ou outras entidades, relativamente ao processo de desenvolvimento de competências de estudantes de enfermagem, bem como de enfermeiros em contexto académico ou profissional;

j) Assegurar a informação que caracteriza o nível de produção, actividade ou qualidade da sua equipa;

l) Assumir a responsabilidade pelas actividades de formação e de desenvolvimento profissional contínuo dos enfermeiros da organização em que exerce actividade;

m) Elaborar, promover ou apoiar a concretização de projectos de desenvolvimento técnico-científico, institucional, de qualidade e inovação que mobilizem e desenvolvam o conjunto da equipa profissional;

n) Garantir a gestão e prestação de cuidados de enfermagem nos serviços e, ou, nas unidades do departamento, ou conjunto de serviços ou unidades;

o) Determinar as necessidades de recursos humanos, designadamente em função dos níveis de dependência ou outros indicadores, bem como de materiais, em quantidade e especificidade, nos serviços e, ou, nas unidades do seu departamento, ou conjunto de serviços ou unidades;

p) Apoiar o enfermeiro-director, designadamente, na admissão de enfermeiros e na sua distribuição pelos serviços e unidades, na elaboração de proposta referente a mapas de pessoal de enfermagem, no estabelecimento de critérios referentes à mobilidade, na avaliação da qualidade dos cuidados, na definição e regulação de condições e prioridades para projectos de investigação e na definição e avaliação de protocolos e políticas formativas;

q) Participar nos processos de contratualização inerentes aos serviços e, ou, unidades do departamento, ou conjunto de serviços ou unidades;

r) Elaborar o plano de acção e relatório anual referentes à actividade de enfermagem do departamento ou conjunto de serviços ou unidades e participar na elaboração de planos de acção e respectivos relatórios globais do departamento ou conjunto de serviços ou unidades.

2 — O desenvolvimento do conteúdo funcional previsto nas alíneas e) a r) do número anterior cabe, apenas, aos

enfermeiros em cargos de chefia nomeados em comissão de serviço, para as estruturas intermédias das organizações do Serviço Nacional de Saúde, nos termos do artigo 18.º

Artigo 11.º

Grau de complexidade funcional

A carreira especial de enfermagem é classificada como de grau 3 de complexidade funcional.

Artigo 12.º

Condições de admissão

1 — O exercício de funções no âmbito da carreira especial de enfermagem depende da obtenção do título profissional atribuído pela Ordem dos Enfermeiros.

2 — Para admissão à categoria de enfermeiro é exigida a titulação em cédula profissional definitiva, atribuída pela Ordem dos Enfermeiros.

3 — Para admissão à categoria de enfermeiro principal são exigidos, cumulativamente, a detenção do título de enfermeiro especialista, atribuído pela Ordem dos Enfermeiros, e um mínimo de cinco anos de experiência efectiva no exercício da profissão.

Artigo 13.º

Recrutamento

1 — O recrutamento para os postos de trabalho correspondentes à carreira de enfermagem, incluindo mudança de categoria, é feito mediante procedimento concursal.

2 — Os requisitos e os trâmites de candidatura ao concurso previsto no número anterior são aprovados por portaria conjunta dos membros do Governo responsáveis pelas áreas da Administração Pública e da saúde.

3 — Na sequência de procedimento concursal para recrutamento de trabalhadores necessários à ocupação de postos de trabalho na carreira especial de enfermagem, a determinação do posicionamento remuneratório do candidato realiza-se nos termos do artigo 55.º da Lei n.º 12-A/2008, de 27 de Fevereiro.

4 — Até à aprovação da portaria prevista no n.º 2, aplica-se o regime previsto no capítulo iv do Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de Novembro.

Artigo 14.º

Remunerações

1 — A identificação dos níveis remuneratórios correspondentes às posições remuneratórias das categorias da carreira especial de enfermagem é efectuada em diploma próprio.

2 — Os trabalhadores integrados na carreira especial de enfermagem em exercício efectivo de funções nas unidades de saúde familiar são agrupados autonomamente, para efeitos remuneratórios, em tabela própria, nos termos previstos em diploma próprio.

Artigo 15.º

Posições remuneratórias

A cada categoria da carreira especial de enfermagem corresponde um número variável de posições remuneratórias, a constar de diploma próprio.

Artigo 16.º

Reconhecimento de títulos e categorias

Os títulos atribuídos pela Ordem dos Enfermeiros no âmbito da profissão de enfermagem, bem como as categorias de carreira, são oponíveis para a elegibilidade necessária aos procedimentos de recrutamento e mudança de categoria previstos nas normas aplicáveis.

Artigo 17.º

Duração e organização do tempo de trabalho

O período normal de trabalho da carreira especial de enfermagem é de 35 horas semanais.

Artigo 18.º

Funções de direcção e chefia

1 — Os trabalhadores integrados na carreira especial de enfermagem podem exercer funções de direcção e chefia na organização do Serviço Nacional de Saúde, desde que sejam titulares da categoria de enfermeiro principal ou se encontrem nas categorias que, por diploma próprio, venham a ser consideradas subsistentes, desde que cumpram as condições de admissão à categoria de enfermeiro principal.

2 — Constituem critérios cumulativos de nomeação:

- a) Competências demonstradas no exercício de funções de coordenação e gestão de equipas;
- b) Mínimo de 10 anos de experiência efectiva no exercício da profissão;
- c) Formação em gestão e administração de serviços de saúde.

3 — Em caso de inexistência de enfermeiros principais que satisfaçam todos os requisitos previstos no número anterior, podem ainda exercer as funções previstas no número anterior os demais titulares da categoria de enfermeiro principal que satisfaçam apenas alguns desses requisitos, bem como os enfermeiros detentores do curso de estudos superiores especializados de administração de serviços de enfermagem, criado pela Portaria n.º 239/94, de 16 de Abril, e iniciado até à data de entrada em vigor do Decreto-Lei n.º 412/98, de 30 de Dezembro.

4 — Transitoriamente, e a título excepcional, em caso de inexistência de titulares da categoria de enfermeiro principal, podem exercer as funções previstas no n.º 1 os titulares da categoria de enfermeiro, detentores do título de enfermeiro especialista, aplicando-se os critérios previstos no n.º 2.

5 — Sem prejuízo do disposto em lei especial, e de acordo com a organização interna e conveniência de serviço, o exercício de funções de direcção e chefia na organização do Serviço Nacional de Saúde é cumprido mediante nomeação pelo órgão de administração, sob proposta da direcção de enfermagem, em comissão de serviço com a duração de três anos, renovável por iguais períodos, sendo a respectiva remuneração fixada em diploma próprio.

6 — Os nomeados para as comissões de serviço previstas no número anterior devem submeter à aprovação dos seus superiores hierárquicos, no prazo de 30 dias contados da data de início de funções, um programa de acção para a organização a dirigir ou chefiar.

7 — A renovação da comissão de serviço está dependente da apresentação de um programa de acção futura de continuidade, a apresentar até 60 dias antes do seu

termo, o qual carece de apreciação obrigatória do nível de cumprimento de objectivos, a efectuar pelos superiores hierárquicos, até 30 dias após a sua recepção.

8 — A comissão de serviço cessa, a todo o tempo, por iniciativa da entidade empregadora pública ou do trabalhador, com aviso prévio de 60 dias, mantendo-se o seu titular em exercício efectivo de funções até que se proceda à sua substituição.

9 — O exercício das funções referidas nos números anteriores não impede a manutenção da actividade de prestação de cuidados de saúde por parte dos enfermeiros, mas prevalece sobre a mesma.

Artigo 19.º

Período experimental

1 — O período experimental para os contratos de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado, celebrados por enfermeiros, tem a duração de 90 dias.

2 — Considera-se cumprido o período experimental a que se refere o número anterior sempre que o contrato por tempo indeterminado tenha sido imediatamente precedido da constituição de uma relação jurídica de emprego público para o exercício de formação em enfermagem, com o mesmo órgão ou serviço, por período igual ou superior ao previsto no número anterior.

Artigo 20.º

Formação profissional

1 — A formação dos trabalhadores integrados na carreira de enfermagem assume carácter de continuidade e prossegue objectivos de actualização técnica e científica, ou de desenvolvimento de projectos de investigação.

2 — A formação prevista no número anterior deve ser planeada e programada, de modo a incluir informação interdisciplinar e desenvolver competências de organização e gestão de serviços.

3 — A frequência de cursos de formação complementar ou de actualização profissional, com vista ao aperfeiçoamento, diferenciação técnica ou projectos de investigação, pode ser autorizada mediante licença sem perda de remuneração por um período não superior a 15 dias úteis por ano, ou nos termos que venham a ser definidos em instrumento de regulamentação colectiva de trabalho.

4 — O membro do Governo responsável pela área da saúde pode atribuir a licença prevista no número anterior por um período superior a 15 dias úteis, desde que a proposta se encontre devidamente fundamentada e a formação se revista de interesse para os serviços.

Artigo 21.º

Avaliação do desempenho

1 — A avaliação de desempenho dos trabalhadores que integrem a carreira especial de enfermagem rege-se por sistema adaptado do Sistema Integrado de Gestão e Avaliação de Desempenho na Administração Pública (SIADAP), a estabelecer em diploma próprio.

2 — Sem prejuízo do disposto no número anterior, até à entrada em vigor do sistema adaptado, a avaliação de desempenho do pessoal integrado na carreira especial de enfermagem efectua-se ao abrigo do disposto no Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de Novembro.

Artigo 22.º

Instrumentos de regulamentação colectiva de trabalho

As normas do regime legal da carreira especial de enfermagem podem ser afastadas por instrumento de regulamentação colectiva de trabalho, nos termos da lei.

CAPÍTULO IV

Normas de transição

Artigo 23.º

Transição para a nova carreira

1 — A carreira de enfermagem criada nos termos do Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de Novembro, é extinta, salvo o disposto no artigo 24.º

2 — Os trabalhadores integrados na carreira prevista no número anterior transitam para a carreira especial de enfermagem nos termos dos números seguintes.

3 — Transitam para a categoria de enfermeiro da carreira especial de enfermagem os trabalhadores que sejam titulares da categoria de enfermeiro, de enfermeiro graduado e de enfermeiro especialista.

4 — Transitam para a categoria de enfermeiro principal os trabalhadores que sejam titulares das categorias de enfermeiro-chefe e de enfermeiro-supervisor, desde que o montante pecuniário correspondente à remuneração base a que tenham direito não seja inferior ao montante pecuniário correspondente ao nível remuneratório da primeira posição da categoria de enfermeiro principal.

Artigo 24.º

Categorias subsistentes

Em diploma próprio podem ser determinadas as categorias que subsistem, nos termos do artigo 106.º da Lei n.º 12-A/2008, de 27 de Fevereiro.

Artigo 25.º

Mapas de pessoal

Os mapas de pessoal consideram-se automaticamente alterados, passando as categorias a ser as constantes do presente decreto-lei.

CAPÍTULO V

Disposições finais

Artigo 26.º

Alteração ao Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro

Os artigos 15.º e 25.º do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, passam a ter a seguinte redacção:

«Artigo 15.º

[...]

- 1 —
- a)
- b) O coordenador da UCC é designado de entre enfermeiros com o título de enfermeiro especialista e com experiência efectiva na respectiva área profissional;
- c)
- d)

- 2 —
- a)
- b)
- c)

Artigo 25.º

[...]

- 1 —
- 2 —
- 3 —
- a)
- b) Um enfermeiro com o título de enfermeiro especialista e com experiência efectiva nos cuidados de saúde primários, a exercer funções no ACES;
- c)
- 4 —
- 5 —
- 6 —

Artigo 27.º

Disposição final

1 — Os procedimentos de negociação dos instrumentos de regulamentação colectiva de trabalho previstos no artigo 22.º são desencadeados em data subsequente à entrada em vigor do presente decreto-lei.

2 — Os concursos de acesso pendentes à data de entrada em vigor do presente decreto-lei mantêm-se válidos até ao provimento das vagas pelos candidatos seleccionados.

Artigo 28.º

Norma revogatória

É revogado o Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de Novembro, com excepção do disposto nos artigos 43.º a 57.º, os quais se mantêm em vigor, com as necessárias adaptações, na medida em que regulem situações não previstas no presente decreto-lei, e na medida em que não sejam contrárias ao regime por ele estabelecido, até ao início da vigência de instrumento de regulamentação colectiva de trabalho.

Artigo 29.º

Entrada em vigor

O presente decreto-lei entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação, à excepção do disposto nos artigos 14.º, 15.º e 24.º, os quais entram em vigor na mesma data dos diplomas próprios aí previstos.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 30 de Julho de 2009. — José Sócrates Carvalho Pinto de Sousa — Fernando Teixeira dos Santos — Ana Maria Teodoro Jorge.

Promulgado em 14 de Setembro de 2009.

Publique-se.

O Presidente da República, ANÍBAL CAVACO SILVA.

Referendado em 15 de Setembro de 2009.

O Primeiro-Ministro, José Sócrates Carvalho Pinto de Sousa.

Anexo III – Competências do enfermeiro dos cuidados gerais emanado pela Ordem dos Enfermeiros em Maio de 2004



D VULGAR

**Competências do enfermeiro
de cuidados gerais**



DIVULGAR

Competências do enfermeiro de cuidados gerais

Conselho de Enfermagem
Outubro de 2003

Competências do enfermeiro de cuidados gerais

Introdução

Em 21 de Abril de 1998, o Estado Português, através dos seus organismos próprios, cria a Ordem dos Enfermeiros (OE). Fê-lo reconhecendo formalmente que, entre outros: a) os “enfermeiros constituem, actualmente, uma comunidade profissional e científica da maior relevância no funcionamento do sistema de saúde e na garantia do acesso da população a cuidados de saúde de qualidade, em especial em cuidados de enfermagem”; e b) a “própria evolução da sociedade portuguesa e as suas expectativas de acesso a padrões de cuidados de enfermagem da mais elevada qualificação técnica, científica e ética para satisfazer níveis de saúde cada vez mais exigentes, assim como a organização desses cuidados em ordem a responder às solicitações da população, não só em instituições de carácter hospitalar ou centros de saúde, públicos ou privados, mas também no exercício liberal...”

Assim, pela necessidade de se proceder à regulamentação e controlo do exercício profissional dos enfermeiros, é criada esta associação pública representativa dos diplomados em Enfermagem que exercem a profissão de enfermeiro em Portugal. É neste contexto que os actuais Órgãos Sociais da OE têm vindo a desenvolver os esforços necessários para responder às suas atribuições, nomeadamente, no que se refere à definição do “nível de qualificação profissional dos enfermeiros” e à regulamentação do “exercício da profissão”; à atribuição do “título profissional de enfermeiro”; ao “registo de todos os enfermeiros, protegendo o título e a profissão de enfermeiro” e pronunciando-se sobre os modelos de formação e sobre a estrutura geral dos cursos de enfermagem.

Foi neste contexto que, em 2001, se iniciaram os trabalhos, tendo em vista a definição de processos de acreditação da formação pré e pós-graduada e de certificação individual de competências que, no futuro, estarão na base das decisões relativas à atribuição dos títulos profes-



sionais. Ficou claro para nós que a definição de um conjunto de competências do enfermeiro de cuidados gerais constitui um assunto central deste debate. Neste enquadramento, a OE concretizou um conjunto de actividades que evoluíram para a definição das competências dos enfermeiros de cuidados gerais, cuja apresentação se fará neste artigo.

Definição dos cuidados de enfermagem

O exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa, ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades). Quer a pessoa enfermeiro, quer as pessoas clientes¹ dos cuidados de enfermagem, possuem quadros de valores, crenças e desejos da natureza individual – fruto das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem. Assim, no estabelecimento das relações terapêuticas, no âmbito do seu exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite entender e respeitar os outros, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem.

A relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades. Várias são as circunstâncias em que a parceria deve ser estabelecida envolvendo as pessoas significativas do cliente individual (família, convivente significativo). No sentido de

¹ No texto, utilizaremos o termo cliente, como forma de referir a pessoa que é alvo dos cuidados de enfermagem. Em todo o caso, designações como "utente", "doente" ou "consumidor de cuidados", dependendo do contexto da utilização, não colidem com os princípios que pretende aqui, clarificar-se.

A opção pelo termo "cliente" relaciona-se com a conotação que este termo tem com a noção de papel activo no quadro da relação de cuidados. "Cliente" como participante activo. "Cliente" como aquele que troca algo com outro, e não necessariamente aquele que, numa visão meramente economista, paga. Cliente-pessoa-individual ou cliente-família ou cliente-comunidade.

optimizar o exercício profissional, frequentemente os enfermeiros alargam o conceito de cliente, e portanto a relação de parceria, à família e à comunidade.

Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Neste contexto, procura-se, ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação após a doença. Procura-se, também, a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades da vida diária, bem como se procura a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente.

As intervenções de enfermagem são frequentemente optimizadas se toda a unidade familiar for tomada por alvo do processo de cuidados, nomeadamente, quando as intervenções de enfermagem visam a alteração de comportamentos, tendo em vista a adopção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde.

Os cuidados de enfermagem ajudam a pessoa a gerir os recursos da comunidade em matéria de saúde, prevendo-se vantajoso o assumir de um papel de pivot no contexto da equipa. Na gestão dos recursos de saúde, os enfermeiros promovem, paralelamente, a aprendizagem sobre a forma de aumentar o repertório dos recursos pessoais, familiares e comunitários para lidar com os desafios de saúde.

O exercício profissional dos enfermeiros insere-se num contexto de actuação multiprofissional. Assim, distinguem-se dois tipos de intervenções de enfermagem: as iniciadas por outros técnicos da equipa (intervenções interdisciplinares), i. e. prescrições médicas, e as iniciadas pela prescrição do enfermeiro (intervenções autónomas). Relativamente às intervenções de enfermagem que se iniciam na prescrição elaborada por outro técnico da equipa de saúde, o enfermeiro assume a responsabilidade técnica pela sua implementação. Relativamente às intervenções de enfermagem que se iniciam na prescrição elaborada pelo enfermeiro, o enfermeiro assume a responsabilidade pela prescrição e pela implementação técnica da intervenção.



A tomada de decisão do enfermeiro que orienta o exercício profissional autónomo implica uma abordagem sistémica e sistemática. Na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade). Após efectuada a correcta identificação da problemática do cliente, as intervenções de enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detectar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados.

No processo da tomada de decisões em enfermagem e na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática. Para tal, reconhece-se que a produção de guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica – guidelines – constituem uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

Do ponto de vista das atitudes que caracterizam o exercício profissional dos enfermeiros, os princípios humanistas de respeito pelos valores, pelos costumes, pelas religiões e por todos os demais previstos no Código Deontológico enformam a boa prática da enfermagem. Neste contexto, os enfermeiros têm presente que "bons cuidados" significam coisas diferentes para diferentes pessoas, e, assim, o exercício profissional dos enfermeiros requer sensibilidade para lidar com estas diferenças perseguindo-se os mais elevados níveis de satisfação dos clientes.

Funções do enfermeiro de cuidados gerais

Partindo do enquadramento conceptual anterior, parecem-nos importante relembrar alguns aspectos formais da regulação do exercício profissional dos enfermeiros:

Artigo 8.º

Exercício profissional dos enfermeiros

1 – No exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses, legalmente protegidos, dos cidadãos.

2 – O exercício da actividade profissional dos enfermeiros tem como objectivos fundamentais a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social.

3 – Os enfermeiros têm uma actuação de complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais de saúde, mas dotada de idêntico nível de dignidade e autonomia de exercício profissional.

Artigo 9.º

Intervenções dos enfermeiros

1 – As intervenções dos enfermeiros são autónomas e interdependentes.

2 – Consideram-se autónomas as acções realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem.

3 – Consideram-se interdependentes as acções realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respectivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objectivo comum, decorrentes de planos de acção previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas.

4 – Para efeitos dos números anteriores e em conformidade com o diagnóstico de enfermagem, os enfermeiros, de acordo com as suas qualificações profissionais, a) organizam, coordenam, executam, supervisionam e avaliam as intervenções de enfermagem nos três níveis de prevenção; b) decidem sobre técnicas e meios a utilizar na prestação de cuidados de enfermagem, potenciando e rentabilizando os recursos existentes, criando a confiança e a participação activa do indivíduo, da família, dos grupos e da comunidade; c) utilizam técnicas próprias da profissão de enfermagem, com vista à manutenção e recuperação das funções vitais, nomeadamente, respiração, alimentação, eliminação, circulação, comunicação, integridade cutânea e mobilidade; d) participam na coordenação e dina-



mização das actividades inerentes à situação de saúde / doença, quer o utente seja seguido em internamento, ambulatório ou domiciliário; e) procedem à administração da terapêutica prescrita, detectando os seus efeitos e actuando em conformidade, devendo, em situação de emergência, agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais; f) participam na elaboração e concretização de protocolos referentes a normas e critérios para administração de tratamentos e medicamentos; e g) procedem ao ensino do utente sobre a administração e utilização de medicamentos ou tratamentos.

5 – Os enfermeiros concebem, realizam e promovem e participam em trabalhos de investigação que visem o progresso da enfermagem, em particular, e da saúde, em geral.

6 – Os enfermeiros contribuem, no exercício da sua actividade na área de gestão, investigação, docência, formação e assessoria, para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem, nomeadamente: a) organizando, coordenando, executando, supervisionando e avaliando a formação dos enfermeiros; b) avaliando e propondo os recursos humanos necessários à prestação dos cuidados de enfermagem, estabelecendo normas e critérios de actuação e procedendo à avaliação do desempenho dos enfermeiros; c) propondo protocolos e sistemas de informação adequados para a prestação dos cuidados; d) dando parecer técnico acerca de instalações, materiais e equipamentos utilizados na prestação de cuidados de enfermagem; e) colaborando na elaboração de protocolos entre as instituições de saúde e as escolas, facilitadores e dinamizadores da aprendizagem dos formandos; f) participando na avaliação das necessidades da população e dos recursos existentes em matéria de enfermagem e propondo a política geral para o exercício da profissão, ensino e formação em enfermagem; e g) promovendo e participando nos estudos necessários à reestruturação, actualização e valorização da profissão de enfermagem.

Artigo 10.º Delegação de tarefas

Os enfermeiros só podem delegar tarefas em pessoal deles funcionalmente dependente, quando este tenha a preparação necessária para as executar, conjugando-se sempre a natureza das tarefas com o grau de dependência do utente em cuidados de enfermagem.

Percurso

No sentido de evoluir para a definição das competências do enfermeiro de cuidados gerais, o Conselho de Enfermagem (CE) iniciou por realizar uma análise da literatura que encontrou disponível sobre esta temática e, a partir daí, procedeu à elaboração de documentos de trabalho, no qual se basearam workshops regionais (Norte, Centro, Sul, Madeira e Açores) de debate deste tema. Após a realização destes workshops, e no sentido de construir consensos sobre as competências do enfermeiro de cuidados gerais, decidiu-se utilizar a técnica Delphi para obter esse efeito.

Análise da literatura

Na sequência do planeado, no sentido de organizar os debates nas workshops regionais, preparou-se um documento de trabalho que incluiu:

- a) o enquadramento conceptual dos cuidados de enfermagem e os enunciados descritivos da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros definidos pela OE,
- b) um conjunto de competências incluídas numa proposta de directiva comunitária que assentava num conjunto de competências do enfermeiro de cuidados gerais, e
- c) um conjunto de competências extraídas da teorização de Patricia Benner.

Workshops

Em Janeiro de 2003, realizaram-se os workshops regionais. Após a realização dos workshops, a Comissão de



Cuidados Gerais (CCG) reuniu duas vezes com os membros dos conselhos de enfermagem regionais da área dos cuidados gerais, no sentido de produzir as sínteses do trabalho efectuado. Destas sínteses podem salientar-se as seguintes:

- o conjunto de competências constante do documento de trabalho distribuído (constituído pelos dois grupos de competências antes referenciado) revelou-se inclusivo, isto é, não surgiram novas competências e, na sua essência, as apresentadas foram entendidas como adequadas à nossa realidade.
- No entanto, alguns conceitos utilizados foram entendidos como inadequados, quer no que respeita à linguagem utilizada no enquadramento conceptual dos cuidados de enfermagem e nos enunciados descritivos da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros definidos pela OE, quer relativamente ao contexto nacional da produção dos cuidados (i. e. doente vs. cliente).
- Não houve consenso relativamente à categorização das competências por domínios, isto é, nem o conjunto de competências incluídas na referida proposta de directiva comunitária, nem o conjunto de competências extraídas da teorização de Patrícia Benner estão organizados de uma forma que tivesse obtido consenso entre os diferentes grupos, aliás, surgiram até propostas diferentes daquelas para essa organização.

No espaço de tempo que mediou a realização da primeira e segunda reuniões da CCG, nas quais nos debruçámos sobre os workshops, tomámos conhecimento de um trabalho do International Council of Nurses (ICN): ICN Framework of Competencies for the Generalist Nurse². Da análise efectuada sobre este documento, constatámos o seguinte:

² International Council of Nurses, Alexander M; Runciman P, *ICN Framework of Competencies for the Generalist Nurses – Report of the Development Process and Consultation*, Standards and Competencies Series, Genebra, 2003.

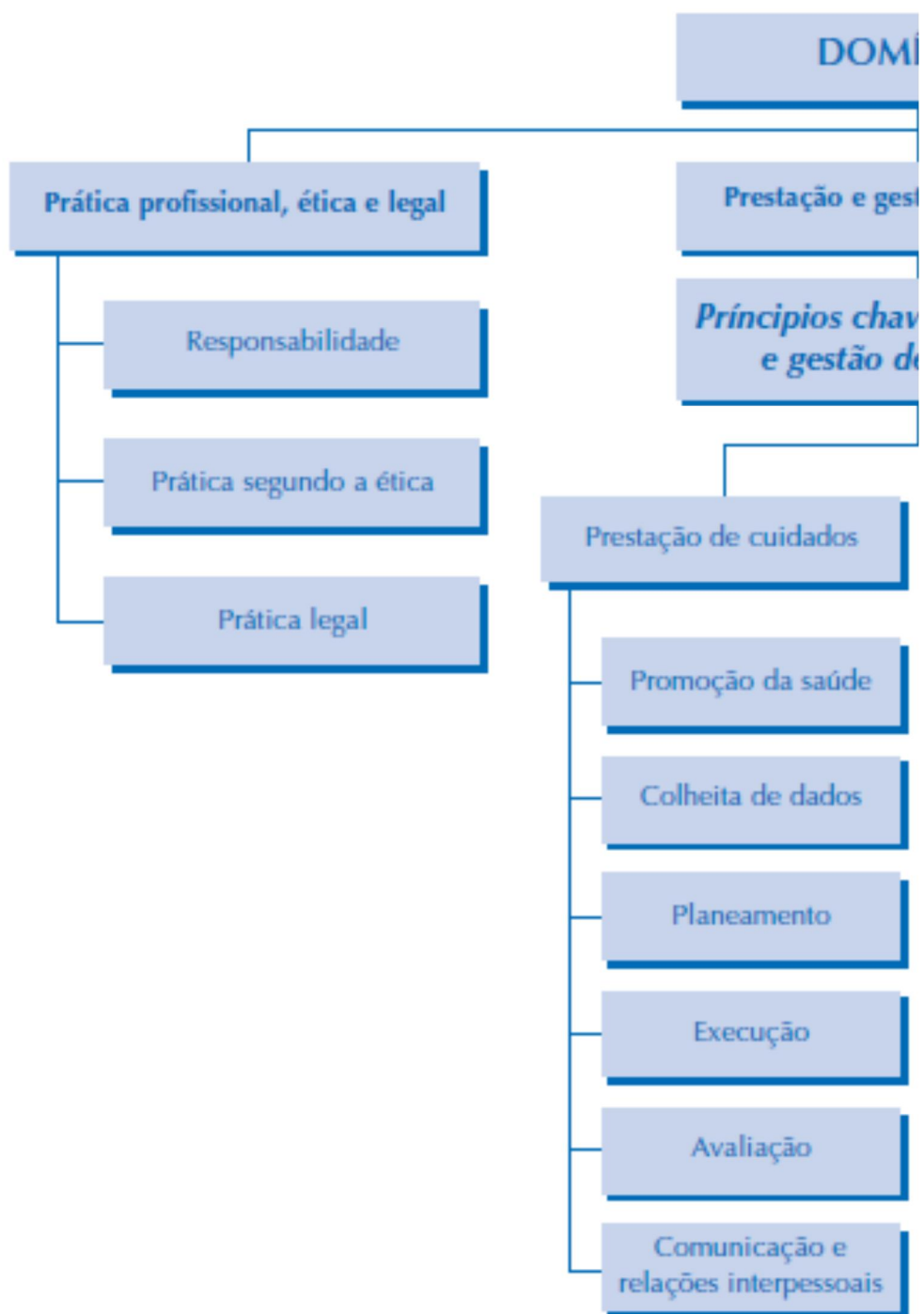
- o conjunto de competências proposto pelo ICN inclui as competências sobre as quais vínhamos a trabalhar;
- o conjunto de competências proposto pelo ICN vai além, com propriedade, das competências sobre as quais vínhamos a trabalhar;
- a linguagem utilizada é adequada, por um lado, face à linguagem utilizada pela OE no enquadramento conceptual dos cuidados de enfermagem e nos enunciados descritivos da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros e, por outro lado, face ao contexto nacional da produção dos cuidados;
- a organização das competências por domínios parece-nos, de forma consensual, muito adequada.

Neste contexto, e tendo em conta que a proposta ICN Framework of Competencies for the Generalist Nurse provém do ICN e prevê a sua implementação em países onde as competências dos enfermeiros nunca foram definidas antes, apontando, desde logo, para uma metodologia baseada na construção de consensos, o CE propôs-se a:

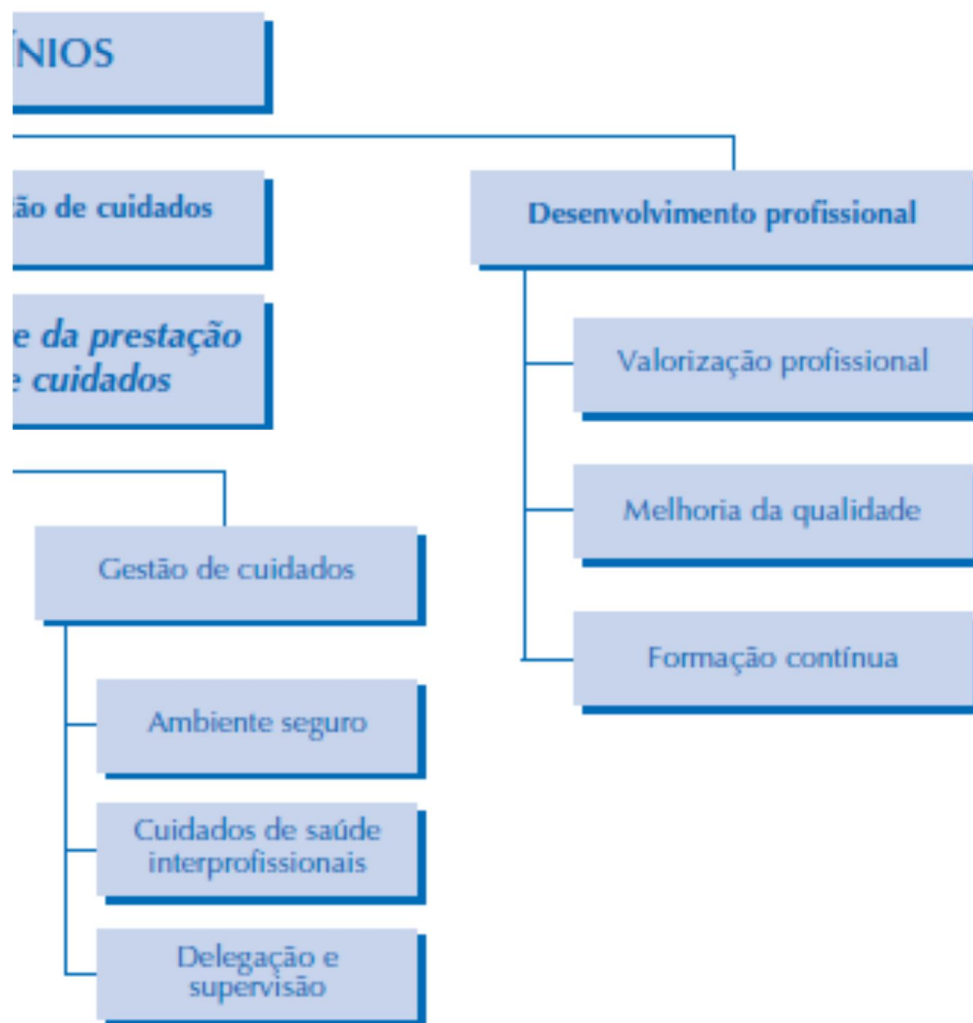
- construir consensos sobre o conjunto de competências dos enfermeiros de cuidados gerais entre uma amostra de enfermeiros (integrando os participantes nos workshops, os membros dos Órgãos Sociais da OE, os membros do grupo de trabalho sobre a acreditação da formação e da certificação individual de competências, as escolas superiores de enfermagem e as associações profissionais de enfermeiros), utilizando o método Delphi;
- utilizar as competências que integram o ICN Framework of Competencies for the Generalist Nurse, bem como a sua organização por domínios, como base para a construção da primeira ronda do estudo;
- traduzir as competências do enfermeiro de cuidados gerais para português a partir do ICN Framework of Competencies for the Generalist Nurse, após obtida a autorização do ICN para o efeito;
- tratar e discutir os dados.



COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO DE C



ATIVIDADES GERAIS APROVADAS PELO CE





Técnica Delphi

Utilizando a definição de “Técnica Delphi”, conforme o documento do ICN (adaptado de Bowling, 1997), trata-se de um “método de investigação que tem por finalidade encontrar um determinado nível de consenso acerca de um tópico particular...”, neste caso, as competências do enfermeiro de cuidados gerais. Envolve construir e enviar um questionário de perguntas fechadas a um grupo determinado de pessoas. As respostas são depois analisadas, gerando uma segunda ronda de questionários dirigidos aos mesmos respondentes e que encerram questões cujo consenso não foi obtido na primeira ronda.

Neste contexto, foi construído o primeiro questionário, englobando quatro grupos de questões: I) dados genéricos relativos ao respondente; II) grau de concordância com a definição das competências do enfermeiro de cuidados gerais, numa escala tipo Likert de sete pontos entre os diferenciais semânticos: Discordo totalmente / Concordo totalmente – no caso de discordância pediu-se que, da forma mais sucinta possível, os respondentes expressassem os comentários / sugestões que permitissem evoluir para a construção do segundo questionário –; III) grau de concordância com a competência enunciada para os enfermeiros no início da actividade profissional; IV) grau de concordância com a organização das competências por domínios. Foi assinalado que o grau de concordância / discordância deveria reportar quer a ideia descrita, quer a construção da frase (i. e. concordância semântica e sintáctica).

O questionário foi enviado a um grupo de cerca de 450 enfermeiros (integrando os participantes nos workshops, os membros dos Órgãos Sociais da OE, os membros de um grupo de trabalho sobre a acreditação da formação e a certificação individual de competências – criado pela OE –, presidentes dos conselhos científicos das escolas superiores de enfermagem e representantes das associações profissionais de enfermeiros). Obtivemos uma taxa de retorno de 27%, correspondente a 122 colegas que enviaram os questionários preenchidos.

Utilizaram-se os seguintes critérios para a definição de consenso na primeira ronda: a) percentagem de respondentes que assinalaram os scores seis ou sete (máxima

concordância) igual ou superior a 75%; b) mediana igual ou superior a seis; e c) moda igual ou superior a seis.

Analizados os dados resultou o seguinte: a) questões com consenso; b) questões com consenso, mas com sugestões de alteração das frases, no sentido de melhor expressarem o pretendido (voltaram para ser validadas na segunda ronda, após reformulação sintáctica); e c) questões onde não se obtiveram os níveis desejados de consenso, pelo que foram reformuladas após análise dos comentários/sugestões apresentados e reenviadas, na segunda ronda, aos respondentes.

Utilizaram-se os seguintes critérios para a definição de consenso na segunda ronda, após análise, utilizando os mesmos critérios anteriores: a) percentagem de respondentes que assinalaram os scores cinco, seis ou sete (máxima concordância) igual ou superior a 65%; b) mediana igual ou superior a cinco; e c) moda igual ou superior a cinco (**ver caixa**).

Competências que não obtiveram consenso na primeira ronda:

1. envolve um advogado quando o cliente e / ou os cuidadores pedem apoio ou têm capacidades limitadas na tomada de decisão;
2. demonstra compreender os desafios colocados pela tomada de decisão ética envolvidos na definição de prioridades sobre os cuidados, nas situações de guerra, de violência e de desastres naturais;
3. pratica de acordo com as políticas e normas nacionais e locais, desde que estas não colidam com o Código Deontológico dos enfermeiros;
4. ajuíza e toma decisões fundamentadas, qualquer que seja o contexto da prestação de cuidados;
5. demonstra compreender os processos do direito associados aos cuidados de saúde;
6. demonstra compreender os planos de emergência para situações de catástrofe;
7. demonstra compreender as práticas tradicionais nos sistemas de crenças sobre a saúde dos indivíduos, das famílias ou das comunidades;

Resultados

Não se obteve consenso quanto à designação

Questão colocada

Às competências que o enfermeiro necessariamente terá de reunir para entrar e manter-se na profissão deverá chamar-se **Competências Iniciais do Enfermeiro de Cuidados Gerais**

Nível de concordância = 43%

Nível de discordância = 47%

Mediana = 4

Moda = 1

8. comunica com o cliente e / ou familiares, de forma a dar-lhes poder.

Competências retiradas no final da segunda (última) ronda³:

1. envolve um advogado quando o cliente e / ou os cuidadores pedem apoio ou têm capacidades limitadas na tomada de decisão;

2. demonstra compreender os desafios colocados pela tomada de decisão ética envolvidos na definição de prioridades sobre os cuidados, nas situações de guerra, de violência e de desastres naturais.

Definição aprovada pelo CE de competências do enfermeiro de cuidados gerais

A competência do enfermeiro de cuidados gerais refere um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efectiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar.

³ Nota: retirar a competência significa que não se entende, neste momento e neste contexto, que esta deva integrar o conjunto de competências do enfermeiro de cuidados gerais no início da actividade profissional.

a dar ao conjunto de competências aprovado:

Questão colocada

Às competências que o enfermeiro necessariamente terá de reunir para entrar e manter-se na profissão deverá chamar-se **Conjunto Mínimo de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais**

Nível de concordância = 61%

Nível de discordância = 33%

Mediana = 5

Moda = 7

Competências do enfermeiro de cuidados gerais aprovadas pelo CE

A – Prática profissional, ética e legal

A. 1 – Responsabilidade

1 – Aceita a responsabilidade e responde pelas suas acções e pelos juízos profissionais que elabora.

2 – Reconhece os limites do seu papel e da sua competência.

3 – Consulta peritos em enfermagem, quando os cuidados de enfermagem requerem um nível de perícia que está para além da sua competência actual ou que saem do âmbito da sua área de exercício.

4 – Consulta outros profissionais de saúde e organizações, quando as necessidades dos indivíduos ou dos grupos estão para além da sua área de exercício.

A. 2 – Prática segundo a ética

5 – Exerce de acordo com o Código Deontológico.

6 – Envolve-se de forma efectiva nas tomadas de decisão éticas.



7 – Actua na defesa dos direitos humanos, tal como descrito no Código Deontológico.

8 – Respeita o direito dos clientes ao acesso à informação.

9 – Garante a confidencialidade e a segurança da informação, escrita e oral, adquirida enquanto profissional.

10 – Respeita o direito do cliente à privacidade.

11 – Respeita o direito do cliente à escolha e à autodeterminação referente aos cuidados de enfermagem e de saúde.

12 – Aborda de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente.

13 – Identifica práticas de risco e adopta as medidas apropriadas.

14 – Reconhece as suas crenças e os seus valores e a forma como estes podem influenciar a prestação de cuidados.

15 – Respeita os valores, os costumes, as crenças espirituais e as práticas dos indivíduos e grupos.

16 – Presta cuidados culturalmente sensíveis.

A. 3 – Prática legal

17 – Pratica de acordo com a legislação aplicável.

18 – Pratica de acordo com as políticas e normas nacionais e locais, desde que estas não colidam com o Código Deontológico dos enfermeiros.

19 – Reconhece e actua nas situações de infracção violação da Lei e / ou do Código Deontológico, que estão relacionadas com a prática de enfermagem.

B – Prestação e gestão de cuidados

B. 1 – Princípios chave da prestação e gestão de cuidados

20 – Aplica os conhecimentos e as técnicas mais adequadas, na prática de enfermagem.

21 – Incorpora, na prática, os resultados da investigação válidos e relevantes, assim como outras evidências.

22 – Inicia e participa nas discussões acerca da inovação e da mudança na enfermagem e nos cuidados de saúde.

23 – Aplica o pensamento crítico e as técnicas de resolução de problemas.

24 – Ajuíza e toma decisões fundamentadas, qualquer que seja o contexto da prestação de cuidados.

25 – Fornece a fundamentação para os cuidados de enfermagem prestados.

26 – Organiza o seu trabalho, gerindo eficazmente o tempo.

27 – Demonstra compreender os processos do direito associados aos cuidados de saúde.

28 – Actua como um recurso para os indivíduos, para as famílias e para as comunidades que enfrentam desafios colocados pela saúde, pela deficiência e pela morte.

29 – Apresenta a informação de forma clara e sucinta.

30 – Interpreta, de forma adequada, os dados objectivos e subjectivos, bem como os seus significados, tendo em vista uma prestação de cuidados segura.

31 – Demonstra compreender os planos de emergência para situações de catástrofe.

B. 1. 1 – Prestação de cuidados

B. 1. 1. 1 – A promoção da saúde

32 – Demonstra compreender as políticas de saúde e sociais.

33 – Trabalha em colaboração com outros profissionais e com outras comunidades.

34 – Vê o indivíduo, a família e a comunidade numa perspectiva holística que tem em conta as múltiplas determinantes da saúde.

35 – Participa nas iniciativas de promoção da saúde e prevenção da doença, contribuindo para a sua avaliação.

36 – Aplica conhecimentos sobre recursos existentes para a promoção da saúde e educação para a saúde.



37 – Actua de forma a dar poder ao indivíduo, à família e à comunidade, para adoptarem estilos de vida saudáveis.

38 – Fornece informação de saúde relevante para ajudar os indivíduos, a família e a comunidade a atingirem os níveis óptimos de saúde e de reabilitação.

39 – Demonstra compreender as práticas tradicionais dos sistemas de crenças sobre a saúde dos indivíduos, das famílias ou das comunidades.

40 – Proporciona apoio / educação no desenvolvimento e / ou na manutenção das capacidades para uma vivência independente.

41 – Reconhece o potencial da educação para a saúde nas intervenções de enfermagem.

42 – Aplica o conhecimento sobre estratégias de ensino e de aprendizagem nas interacções com os indivíduos, as famílias e as comunidades.

43 – Avalia a aprendizagem e a compreensão acerca das práticas de saúde.

B. 1. 1. 1. 2 – Colheita de dados

44 – Efectua, de forma sistemática, uma apreciação sobre os dados relevantes para a concepção dos cuidados de enfermagem.

45 – Analisa, interpreta e documenta os dados com exactidão.

B. 1. 1. 1. 3 – Planeamento

46 – Formula um plano de cuidados, sempre que possível, em colaboração com os clientes e / ou cuidadores.

47 – Consulta membros relevantes da equipa de cuidados de saúde e sociais.

48 – Garante que o cliente e / ou os cuidadores recebem e compreendem a informação na qual baseiam o consentimento dos cuidados.

49 – Estabelece prioridades para os cuidados, sempre que possível, em colaboração com os clientes e / ou cuidadores.

50 – Identifica resultados esperados e o intervalo de tempo para serem atingidos e / ou revistos, em colaboração com os clientes e / ou cuidadores.

51 – Revê e reformula o plano de cuidados regularmente, sempre que possível, em colaboração com os clientes e / ou cuidadores.

52 – Documenta o plano de cuidados.

B. 1. 1. 1. 4 – Execução

53 – Implementa os cuidados de enfermagem planeados para atingir resultados esperados.

54 – Pratica enfermagem de uma forma que respeita os limites de uma relação profissional com o cliente.

55 – Documenta a implementação das intervenções.

56 – Responde eficazmente em situações inesperadas ou em situações que se alteram rapidamente.

57 – Responde eficazmente em situações de emergência ou catástrofe.

B. 1. 1. 1. 5 – Avaliação

58 – Avalia e documenta a evolução, no sentido dos resultados esperados.

59 – Colabora com os clientes e / ou com os cuidadores na revisão dos progressos, face aos resultados esperados.

60 – Utiliza os dados da avaliação para modificar o plano de cuidados.

B. 1. 1. 1. 6 – Comunicação e relações interpessoais

61 – Inicia, desenvolve e suspende relações terapêuticas com o cliente e / ou cuidadores, através da utilização de comunicação apropriada e capacidades interpessoais.

62 – Comunica com consistência informação relevante, correcta e compreensível, sobre o estado de saúde do cliente, de forma oral, escrita e electrónica, no respeito pela sua área de competência.

63 – Assegura que a informação dada ao cliente e / ou aos cuidadores é apresentada de forma apropriada e clara.



64 – Responde apropriadamente às questões, solicitações e aos problemas dos clientes e / ou dos cuidadores, no respeito pela sua área de competência.

65 – Comunica com o cliente e / ou familiares, de forma a dar-lhes poder.

66 – Utiliza a tecnologia de informação disponível, de forma eficaz e apropriada.

67 – Demonstra atenção sobre os desenvolvimentos / aplicações locais, no campo das tecnologias da saúde.

B. 1. 2 – Gestão de cuidados

B. 1. 2. 1 – Ambiente seguro

68 – Cria e mantém um ambiente de cuidados seguro, através da utilização de estratégias de garantia da qualidade e de gestão do risco.

69 – Utiliza instrumentos de avaliação adequados para identificar riscos reais e potenciais.

70 – Garante a segurança da administração de substâncias terapêuticas.

71 – Implementa procedimentos de controlo de infecção.

72 – Regista e comunica à autoridade competente as preocupações relativas à segurança.

B. 1. 2. 2 – Cuidados de saúde interprofissionais

73 – Aplica o conhecimento sobre práticas de trabalho interprofissional eficazes.

74 – Estabelece e mantém relações de trabalho construtivas com enfermeiros e restante equipa.

75 – Contribui para um trabalho de equipa multidisciplinar e eficaz, mantendo relações de colaboração.

76 – Valoriza os papéis e as capacidades de todos os membros da equipa de saúde e social.

77 – Participa com os membros da equipa de saúde na tomada de decisão respeitante ao cliente.

78 – Revê e avalia os cuidados com os membros da equipa de saúde.

79 – Tem em conta a perspectiva dos clientes e / ou cuidadores na tomada de decisão pela equipa interprofissional.

B. 1. 2. 3 – Delegação e supervisão

80 – Delega noutros, actividades proporcionais às suas capacidades e ao seu âmbito de prática.

81 – Utiliza uma série de estratégias de suporte quando supervisa aspectos dos cuidados delegados a outro.

82 – Mantém responsabilidade quando delega aspectos dos cuidados noutros.

C – Desenvolvimento profissional

C. 1 – Valorização profissional

83 – Promove e mantém a imagem profissional da enfermagem.

84 – Defende o direito de participar no desenvolvimento das políticas de saúde e no planeamento dos programas.

85 – Contribui para o desenvolvimento da prática de enfermagem.

86 – Valoriza a investigação como contributo para o desenvolvimento da enfermagem e como meio para o aperfeiçoamento dos padrões de cuidados.

87 – Actua como um modelo efectivo.

88 – Assume responsabilidades de liderança quando for relevante para a prática dos cuidados de enfermagem e dos cuidados de saúde.

C. 2 – Melhoria da qualidade

89 – Utiliza indicadores válidos na avaliação da qualidade da prática de enfermagem.

90 – Participa em programas de melhoria da qualidade e procedimentos de garantia da qualidade.

C. 3 – Formação contínua

91 – Leva a efeito uma revisão regular das suas práticas.

92 – Assume responsabilidade pela aprendizagem ao longo da vida e pela manutenção das competências.



93 – Actua no sentido de ir ao encontro das suas necessidades de formação contínua.

94 – Contribui para a formação e para o desenvolvimento profissional de estudantes e colegas.

95 – Actua como um mentor / tutor eficaz.

96 – Aproveita as oportunidades de aprender em conjunto com os outros, contribuindo para os cuidados de saúde.

Documentos e bibliografia utilizada

"Proposta de directiva comunitária", Documento de trabalho não publicado.

BENNER, P., De iniciado a perito, Lisboa: Quarteto Editora, 1.ª ed., 2003.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES, Alexander M; Runciman P, ICN Framework of Competencies for the Generalist Nurses – Report of the Development Process and Consultation, Standards and Competencies Series, Genebra, 2003.

Edição:

Ordem dos Enfermeiros
Maio 2004

Pré-impressão:

DPI – Design, Produção Gráfica e Imagem, Lda.

Impressão:

Grafinter – Sociedade Gráfica, Lda.

**Anexo IV - Regulamento nº 128/2011, Diário da Republica, 2ª serie – nº35 de 18 de
Fevereiro de 2011**

Regulamento n.º 128/2011

Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Preâmbulo

A enfermagem comunitária e de saúde pública desenvolve uma prática globalmente centrada na comunidade. As mudanças no perfil demográfico, nos indicadores de morbilidade e a emergência das doenças crónicas traduzem-se em novas necessidades de saúde, tendo sido reconhecido, nos últimos anos, o papel determinante dos cuidados de saúde primários com ênfase na capacidade de resposta na resolução dos problemas colocados pelos cidadãos no sentido de formar uma sociedade forte e dinâmica. Nesta perspectiva, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, fruto do seu conhecimento e experiência clínica, assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade), proporcionando efectivos ganhos em saúde.

Tendo por base o seu percurso de formação especializada adquiriu competências que lhe permite participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projectos de intervenção com vista à capacitação e "empowerment" das comunidades na consecução de projectos de saúde colectiva e ao exercício da cidadania. Deste modo, intervém em múltiplos contextos, assegurando o acesso a cidadãos de saúde eficazes, integrados, contínuos e ajustados, nomeadamente a grupos sociais com necessidades específicas, decorrentes de contextos marcados por condições economicamente desfavoráveis ou por diferenças étnicas, linguísticas e culturais.

Assim, evidenciam-se as actividades de educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem uma dada comunidade. Responsabiliza-se por identificar as necessidades dos indivíduos/famílias e grupos de determinada área geográfica e assegurar a continuidade dos cuidados, estabelecendo as articulações necessárias, desenvolvendo uma prática de complementaridade com a dos outros profissionais de saúde e parceiros comunitários num determinado contexto social, económico e político.

Assim,
Nos termos da alínea c) do n.º 4 do artigo 31.º-A, da alínea o) do artigo 20.º e da alínea f) do artigo 12.º, todos do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro, após aprovação pelo Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária, sob proposta do Conselho Directivo, ouvido o Conselho Jurisdiccional e os conselhos directivos regionais, a Assembleia Geral aprova o seguinte Regulamento:

Artigo 1.º

Objecto

O presente regulamento define o perfil das competências específicas dos enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária e de saúde pública.

Artigo 2.º

Âmbito e Finalidade

O perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública integra, junto com o perfil das competências comuns, o conjunto de competências técnicas especializadas que visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e garantir aos cidadãos o que podem esperar.

Artigo 3.º

Conceitos

Os termos utilizados no presente Regulamento regem-se pelas definições previstas no artigo 3.º do Regulamento que estabelece as competências comuns dos enfermeiros especialistas.

Artigo 4.º

Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública

1 — As competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública são as seguintes:

- Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
- Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
- Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objectivos do Plano Nacional de Saúde;
- Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo I).

ANEXO I

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Competência

G1. Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade.

Descritivo

Considerando a complexidade dos problemas de saúde de uma comunidade o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública realiza o planeamento em saúde de acordo com as diferentes etapas:

Unidade de competência	Crítérios de avaliação
G1.1. Procedo à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade.	G1.1.1. Integra o conhecimento sobre os determinantes da saúde na concepção do diagnóstico em saúde de uma comunidade. G1.1.2. Integra variáveis sócio-económicas e ambientais no reconhecimento dos principais determinantes da saúde. G1.1.3. Identifica os determinantes dos problemas em saúde de grupos ou de uma comunidade. G1.1.4. Identifica as necessidades em saúde de grupos ou de uma comunidade. G1.1.5. Estabelece a rede de causalidade dos problemas de saúde de uma comunidade. G1.1.6. Utiliza indicadores epidemiológicos na determinação dos problemas de saúde. G1.1.7. Demonstra conhecimentos no domínio da elaboração de indicadores em Saúde. G1.1.8. Sistematiza indicadores relevantes ao diagnóstico de saúde. G1.1.9. Disponibiliza informação relativa ao diagnóstico de saúde de uma comunidade aos diferentes sectores, serviços e instituições da comunidade. G1.1.10. Define o perfil de saúde da comunidade.
G1.2. Estabelece as prioridades em saúde de uma comunidade.	G1.2.1. Utiliza critérios objectivos que permitam definir quais as principais prioridades em saúde. G1.2.2. Integra na tomada de decisão sobre as necessidades em saúde de uma comunidade as orientações estratégicas definidas no Plano Nacional de Saúde. G1.2.3. Utiliza os dados do perfil de saúde na definição dos objectivos e estratégia.
G1.3. Formula objectivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas.	G1.3.1. Define objectivos mensuráveis que permitam medir as mudanças desejáveis em termos de melhoria do estado de saúde de uma comunidade. G1.3.2. Concebe estratégias de intervenção coerentes e articuladas que respondam aos objectivos definidos.

Unidade de competência	Critérios de avaliação
	<p>O1.3.3. Promove a co-participação dos cidadãos e dos diversos sectores da sociedade na definição dos objectivos operacionais.</p> <p>O1.3.4. Atende na elaboração das estratégias aos recursos disponíveis e aos aspectos socioculturais da comunidade.</p>
O1.4. Estabelece programas e projectos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.	<p>O1.4.1. Concebe e planeia intervenções para problemas de saúde pública complexos atendendo aos recursos disponíveis e orientações estratégicas das políticas de saúde.</p> <p>O1.4.2. Implementa intervenções para problemas de saúde pública complexos.</p> <p>O1.4.3. Optimiza e maximiza os recursos necessários à consecução das diferentes actividades inerentes aos programas e projectos de intervenção.</p> <p>O1.4.4. Mobiliza os responsáveis organizacionais e políticos nas intervenções em problemas de saúde complexos.</p> <p>O1.4.5. Disponibiliza informação baseada na evidência científica que suporte as decisões em saúde dos responsáveis organizacionais e políticos.</p> <p>O1.4.6. Promove o trabalho em parceria/rede no sentido de gerar uma maior eficácia das intervenções.</p> <p>O1.4.7. Demonstra habilidades nos processos de negociação com vista à participação multissetorial nos diferentes programas e projectos de intervenção.</p>
O1.5. Avalia programas e projectos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.	<p>O1.5.1. Monitoriza a eficácia dos programas e projectos de intervenção para problemas de saúde com vista à quantificação de ganhos em saúde da comunidade.</p> <p>O1.5.2. Procede à sistematização de indicadores de avaliação pertinentes à tomada de decisão política.</p> <p>O1.5.3. Procede à reformulação dos objectivos, estratégias, programas e projectos com base na variação atingida.</p> <p>O1.5.4. Actualiza o perfil de saúde e utiliza-o como instrumento de monitorização e comunicação do estado de saúde da população de uma região.</p>

Competência

O2. Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades.

Descritivo

Promove a capacitação de grupos e comunidades com vista à consecução de projectos de saúde colectivos:

Unidade de competência	Critérios de avaliação
O2.1. Lidera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projectos de saúde e ao exercício da cidadania.	<p>O2.1.1. Participa, em parceria com outras instituições da comunidade e com a rede social e de saúde, em projectos de intervenção comunitária dirigida a grupos com maior vulnerabilidade.</p> <p>O2.1.2. Pesquisa e diagnostica problemas e factores de risco de saúde de comunidades específicas.</p> <p>O2.1.3. Mobiliza parceiros/grupos da comunidade para identificar e resolver os problemas de saúde.</p> <p>O2.1.4. Concebe, planeia e implementa programas e projectos de intervenção com vista à consecução de projectos de saúde de grupos e ou comunidades, tendo em conta as suas especificidades culturais.</p> <p>O2.1.5. Intervém em grupos e ou comunidades com necessidades específicas (diferenças étnicas, linguísticas, culturais e económicas) assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados.</p> <p>O2.1.6. Mobiliza e integra conhecimentos da área das ciências da comunicação e educação nos processos de capacitação das comunidades.</p>
O2.2. Integra, nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas: enfermagem, educação, comunicação, e ciências humanas e sociais.	<p>O2.2.1. Concebe e planeia programas de intervenção no âmbito da prevenção, protecção e promoção da saúde em diferentes contextos, tendo em conta o diagnóstico realizado.</p> <p>O2.2.2. Coordena, dinamiza e participa em programas de intervenção no âmbito da prevenção, protecção e promoção da saúde em diferentes contextos.</p> <p>O2.2.3. Avalia programas de intervenção no âmbito da prevenção, protecção e promoção da saúde em diferentes contextos.</p>
O2.3. Procede à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade.	<p>O2.3.1. Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação e marketing em saúde.</p> <p>O2.3.2. Utiliza conhecimentos de diferentes disciplinas nos processos de mobilização e participação das comunidades.</p> <p>O2.3.3. Usa modelos e estruturas conceptuais do âmbito da promoção e educação para a saúde.</p> <p>O2.3.4. Utiliza abordagens activas na definição de estratégias de promoção e educação para a saúde.</p> <p>O2.3.5. Sistematiza e documenta os projectos de intervenção comunitária.</p> <p>O2.3.6. Identifica necessidades específicas de informação dos grupos e comunidades.</p> <p>O2.3.7. Cria e disponibiliza informação adequada às características dos grupos e comunidades.</p> <p>O2.3.8. Concebe instrumentos inovadores e adequados à disseminação da informação.</p> <p>O2.3.9. Utiliza estratégias que promovam a procura de informação pelas comunidades.</p> <p>O2.3.10. Procede à avaliação do processo e resultados das actividades de informação.</p>

Competência

O3. Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objectivos do Plano Nacional de Saúde.

Descritivo

Considerando a relevância e especificidades dos diferentes Programas de Saúde e os objectivos estratégicos do Plano Nacional de Saúde, a maximização das actividades de âmbito comunitário é fundamental para a obtenção de ganhos em saúde.

Unidade de competência	Crítérios de avaliação
O3.1. Participa na coordenação, promoção, implementação e monitorização das actividades correntes dos Programas de Saúde conducentes aos objectivos do Plano Nacional de Saúde.	O3.1.1. Participa e compromete-se nos processos de tomada de decisão no âmbito da concepção, implementação e avaliação dos programas de saúde. O3.1.2. Coopera na coordenação dos diferentes Programas de Saúde que integram o Plano Nacional de Saúde. O3.1.3. Identifica e monitoriza os resultados obtidos nos diferentes programas de saúde. O3.1.4. Optimiza a operacionalização dos diferentes Programas de Saúde, recorrendo à utilização de técnicas de intervenção comunitária. O3.1.5. Introduce elementos de aperfeiçoamento na implementação e monitorização dos programas de saúde. O3.1.6. Colabora na elaboração de protocolos entre os serviços de saúde e as diferentes instituições da comunidade. O3.1.7. Fornece antecipadamente as orientações para a implementação dos diferentes Programas de Saúde. O3.1.8. Optimiza e maximiza os recursos necessários à consecução das diferentes actividades inerentes aos Programas de Saúde. O3.1.9. Analisa, interpreta e esclarece o impacto das intervenções com os diferentes actores implicados na execução dos Programas de Saúde.

Competência

O4. Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico

Descritivo

A vigilância epidemiológica constitui um importante instrumento para análise, controlo e explicação dos fenómenos de saúde-doença.

Unidade de competência	Crítérios de avaliação
O4.1. Procedo à vigilância epidemiológica dos fenómenos de saúde-doença que ocorrem numa determinada área geodemográfica.	O4.1.1. Conhece instrumentos de colheita de dados para a vigilância epidemiológica. O4.1.2. Sistematiza indicadores necessários à elaboração do perfil epidemiológico de uma área geodemográfica. O4.1.3. Monitoriza os fenómenos de saúde-doença de uma população com vista ao estabelecimento de uma evolução prognóstica. O4.1.4. Utiliza modelos conceptuais explicativos na vigilância epidemiológica. O4.1.5. Utiliza técnicas estatísticas específicas de cálculo e interpretação das medidas epidemiológicas. O4.1.6. Analisa as potencialidades e limitações das técnicas e medidas epidemiológicas. O4.1.7. Participa na gestão de sistemas de vigilância epidemiológica. O4.1.8. Participa nos processos inerentes à vigilância da saúde ambiental. O4.1.9. Utiliza a evidência científica para soluções inovadoras em problemas de saúde pública.

Aprovado em Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária de 11 de Setembro de 2010.

Aprovado em Assembleia Geral Extraordinária de 20 de Novembro de 2010.

20 de Novembro de 2010. — A Bastonária, Maria Augusta Parfíssimo Rodrigues de Sousa.

304320072

Regulamento n.º 129/2011

Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental

Preâmbulo

Os cuidados de enfermagem têm como finalidade ajudar o ser humano a manter, melhorar e recuperar a saúde, ajudando-o a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível. As pessoas que se encontram a viver processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental têm ganhos em saúde quando cuidados por enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental (EESM), diminuindo significativamente o grau de incapacidade que estas perturbações originam. O EESM compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projecto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afectada pelos factores contextuais.

Assim, a enfermagem de saúde mental foca-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas

humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental. Na especificidade da prática clínica em enfermagem de saúde mental, são as competências de âmbito psicoterapêutico, que permitem ao enfermeiro EESM desenvolver um juízo clínico singular, logo uma prática clínica em enfermagem distinta das outras áreas de especialidade.

Durante o processo de cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade, ao longo do ciclo vital, essa especificidade permite desenvolver uma compreensão e intervenção terapêutica eficaz na promoção e protecção da saúde mental, na prevenção da doença mental, no tratamento e na reabilitação psicossocial.

O EESM, para além da mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico, desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem durante a prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais. Esta prática clínica permite estabelecer relações de confiança e parceria com o cliente, assim como aumentar o insight sobre os problemas e a capacidade de encontrar novas vias de resolução.

No que respeita à sua participação no tratamento das pessoas com doença mental, as intervenções do EESM visam contribuir para a adequação das respostas da pessoa doente e família face aos problemas específicos relacionados com a doença mental (adesão à terapêutica, auto-estima, ocupação útil, stress do prestador de cuidados, etc.), tendo como objectivo evitar o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa doente, e promover a recuperação e qualidade de vida de toda a família.

Ao mobilizar na prática clínica um conjunto de saberes e conhecimentos científicos, técnicos e humanos e ao demonstrar níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas, o EESM possibilita também que a pessoa, durante o processo terapêutico, viva experiências gratificantes quer na relação intrapessoal quer nas relações interpessoais.

Anexo V - Regulamento Interno da Unidade de Cuidados na Comunidade Monte Mor

UNIDADE DE CUIDADOS

NA COMUNIDADE



DE

MONTE MOR

Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP

Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Central2

REGULAMENTO INTERNO

**Unidade de Cuidados na Comunidade
Monte Mor**

Montemor - o - Novo
Julho/2011

Abreviaturas e Símbolos

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde
ARS – Administração Regional de Saúde
CSP – Cuidados de Saúde Primários
ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados
ECL – Equipa coordenadora Local
ECR – Equipa coordenadora Regional
ERA – Equipa Regional de Apoio
IPSS - Instituição Particular de Solidariedade Social
INE – Instituto Nacional de Estatística
PII - Plano Individual de Intervenção
RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
RI – Regulamento Interno
SAPE – Sistema de Apoio Prática de Enfermagem
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
USF – Unidade de Saúde Familiar
USP - Unidade de Saúde Pública

Índice

Introdução	4
Capítulo I	6
1. Identificação da Unidade de cuidados na Comunidade.....	6
1.1 Logótipo.....	7
1.2 Identificação dos profissionais da equipa	7
1.3 Área geográfica.....	8
1.4 População abrangida.....	8
Capítulo II: Missão, visão e valores	9
1. Missão	9
2. Visão	9
3. Valores	10
Capítulo III: Estrutura Orgânica e Funcionamento	11
1. Coordenador da Unidade de Cuidados na Comunidade.....	11
2. Reunião Geral	12
2.1 Âmbito:.....	12
2.2 Periodicidade das reuniões.....	12
3. Instrumento da Unidade de Cuidados na Comunidade	13
4. Organização Interna e Cooperação interdisciplinar	134
5. Áreas de Actuação dos Diferentes Grupos Profissionais	19
Capítulo IV: Compromisso Assistencial	244
1. Horário de Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade e cobertura Assistencial	24
2. Definição da Oferta de Serviços	24
3. Marcação de Consultas, Acolhimento e Orientação dos Cidadãos e Comunidade.....	25
3.1 Marcação de consultas.....	25
3.2 Acolhimento e orientação dos cidadãos, famílias e grupos	26
4. Continuidade e integração dos cuidados na Unidade de Cuidados na Comunidade	26
5. Comunicação com os cidadãos	29
6. Prestação de contas	29
Capítulo V: Formação e Compromisso para a Qualidade	30
1. Desenvolvimento Profissional Contínuo.....	30

2. Formação pré e pós-graduada.....	31
3. Investigação em cuidados de Saúde Primários	32
4. Compromisso para a Qualidade.....	32
Capítulo VI: Disposições Finais e transitórias	34
1. Inibições Decorrentes do cumprimento do compromisso Assistencial da Unidade de Cuidados na comunidade.....	34
Referências bibliográficas.....	36

Introdução

A Unidade de Cuidados na Comunidade [UCC] tem, de acordo com o DL 28/2008, a missão de “ *contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde...*” e “ *como unidade que assegura respostas integradas, articuladas, diferenciadas e de grande proximidade às necessidades em cuidados de saúde e sociais da população onde está inserida rege-se pelos seguintes princípios:*

- *Cooperação;*
- *Solidariedade e trabalho de equipa;*
- *Autonomia assente na auto-organização funcional e técnica;*
- *Articulação efectiva com as outras unidades funcionais do Agrupamentos de Centros de Saúde [ACES];*
- *Parceria com estruturas da comunidade local, como as Autarquias, a Segurança Social, as Instituições Particular de Solidariedade Social [IPSS], Associações e outras*
- *Gestão participativa assente num sistema de comunicação e de relações entre todos os seus profissionais, promotores de ganhos de motivação e satisfação profissional”*

De acordo com as orientações do DL 28/2008 foi criada a UCC Monte Mor com parecer técnico da Equipa Regional de Apoio [ERA] em Abril de 2010, emitido e enviado para homologação pelo Director Executivo do ACES do Alentejo Central 2 em 16 Novembro de 2010.

Como recomendações à equipa expressas no parecer técnico e de acordo com o legislado, sugeriram a elaboração do Regulamento Interno [RI] e o Manual de Articulação entre unidades funcionais cuja apresentação à ERA é de 60 dias após homologação do Director Executivo do ACES do Alentejo Central 2.

Foi reapresentado o Plano de Acção completo a toda a equipa multidisciplinar em Dezembro de 2010. A esta reunião comparecerem todos os elementos que fazem parte da equipa multidisciplinar.

O RI deve contemplar as normas de organização e funcionamento das Unidades de Cuidados na Comunidade, resultante do contrato interno estabelecido entre todos os profissionais da equipa. É um documento dinâmico, em que todos os elementos devem participar na sua discussão e elaboração. A forma como a equipa constrói, reflecte e pratica o seu RI, constitui um indicador crítico sobre a sua maturidade grupal. A construção do RI é,

com toda a certeza, um dos primeiros exercícios de auto diagnóstico da equipa da UCC. Logo, é recomendado pela Missão para os Cuidados de Saúde Primários no documento de suporte à implementação da UCC, e antes de elaborar e passar para o papel a proposta de RI, colocar à equipa, na sua totalidade e individualmente, o questionário sugerido.

Foi realizada uma primeira reunião geral preparatória em 16 Maio de 2011 para a elaboração do RI onde esteve presente a maioria da equipa e onde foi exposto o que é o RI, o que deve constar neste e alguns exemplos de regulamentos internos assim como o documento de trabalho enviado pelo ACES. Também, foi apresentado em PowerPoint e discutido a necessidade de ser aplicado o Questionário. Não foi aplicado o questionário individual sugerido no documento da Missão a todos os elementos da Equipa Nuclear, mas houve uma discussão em grupo. A Coordenadora da UCC Monte Mor liderou o processo de elaboração do RI e o qual foi apresentado em reunião á referida equipa em Julho de 2011 e dado um prazo de um mês aos profissionais para lerem com atenção e proporem as alterações que achassem necessárias.

O presente Regulamento estabelece os princípios enformadores da organização e do funcionamento da UCC Monte Mor e é aplicável aos profissionais que integram a UCC Monte Mor, independentemente do vínculo laboral estabelecido com o ACES do Alentejo Central 2.

Capítulo I

1. Identificação da Unidade de Cuidados na Comunidade

A Unidade de Cuidados na Comunidade de Montemor – o - Novo, adiante designada UCC Monte Mor, é uma unidade elementar de prestação de cuidados de saúde, apoio Psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física funcional ou de doença, que requeira acompanhamento próximo.

Pretende contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde e concorrendo de um modo directo para o cumprimento da missão do Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Central 2 em que se integra (artigo 3.º do Despacho n.º 10143/2009, de 16 de Abril)

É dotada de autonomia organizativa e técnica e integrada numa lógica de rede com as outras Unidades Funcionais do ACES Alentejo Central 2, sem prejuízo da necessária articulação interinstitucional e intersectorial, indispensável á concretização da sua missão. (artigo 2.º do Despacho n.º 10143/2009, de 16 de Abril).

Unidade de Cuidados na Comunidade de Montemor [UCC Monte Mor] fica situada no Rés de Chão do Centro de Saúde de Montemor, junto a sala de vacinas, na Rua Luís de Camões,1, 7050 Montemor – o -Novo . São comuns às Unidades Funcionais o ginásio e casas de banho.

Contactos:

Coordenadora da UCC Monte Mor – Telefone: 266899520

Email : **Maria.santos@alentejocentral2.min-saude.pt**

Unidade de Cuidados na Comunidade - UCC Monte Mor - Telefone: 266899520

Email : **Maria.santos@alentejocentral2.min-saude.pt**

Equipa de Cuidados Continuados Integrados – ECCI - Telefone: 266899520;

Telemóvel - 969354745

1.1 Logótipo

O logótipo utilizado surgiu no ultimo dia, antes do envio do Plano de Acção da UCC para a ERA. Foi escolhido por representar uma estrada entre os montes, os do Alentejo assim como uma arvore que representa os nossos famosos chaparros. Isto significa o nosso Alentejo com a desertificação e dispersão existente entre as nossas populações e os quilómetros que temos que percorrer para a prestação de cuidados na área geográfica de intervenção da UCC, de modo a proporcionar a acessibilidade aos utentes da nossa comunidade e ganhos em saúde.

1.2 Identificação dos profissionais da equipa

Nome	Área	Categoria	Vínculo
A.Coelho	UCC/ECCI	E	CTFP
E. Saiote	UCC/ECCI	E	CTFP
M. Reis	UCC/ECCI	E	CTFP
P. Fonseca	UCC/ECCI	E	CTFP
Aguarda-se o novo elemento pelo concurso	UCC/ECCI	E	CTFP
C. Capela	UCC/ECCI	TSSS	CTFP
C. Grade	UCC/ECCI	P	CTTRC
P. Sá	UCC	HO	CTFP
S. Charepe	UCC/ECCI	F	CTTRC
V. Baldeira	UCC/ECCI	N	CTTRC
A. Lopes	UCC	AT	CTTRC
M. Carço	UCC/ECCI	AO	CTFP
A.Cardoso	ECCI	M	CTFP
F. Breia	UCC	M	CTFP
Coordenadora - Maria Fátima Carapinha Nunes Santos	UCC/ECCI	E	CTFP

1.3 Área geográfica

A UCC Monte Mor disponibiliza toda a sua carteira de serviços aos residentes, na área geográfica do concelho Montemor, que inclui as 10 freguesias, das quais duas são urbanas (N^a Sr.^a da Vila e N^a Sr.^a do Bispo) e as restantes são rurais (Cabrela, Silveiras, Ciborro, Cortiçadas de Lavre, Lavre, Foros de Vale de Figueira, São Cristóvão e Santiago do Escoural)

A área geográfica de abrangência da UCC Monte Mor é de 1231,2 km² o que corresponde a 17% da área total do Alentejo Central, com uma densidade populacional de 15 hab/km² e uma população residente de 17437 habitantes.

A UCC Monte Mor não poderá recusar a inclusão dos indivíduos residentes na sua área geográfica de influência, decorrente do crescimento natural da população na resposta de saúde e sociais no âmbito do plano de acção contratualizado, sendo a equipa multidisciplinar ajustada às necessidades.

1.4 População abrangida

De acordo com os dados do último Censos 2011, a população residente na área geográfica de abrangência da UCC Monte Mor é de 17437 habitantes.

A projecção apontada pelo Instituto Nacional de Estatística [INE] em 2007 é de menos 3 352 habitantes na região do Alentejo. O Alentejo é a única região para a qual se estima ter ocorrido perda de efectivos populacionais em 2007, situação que já havia sido registada em anos precedentes e para o que têm contribuído sobretudo taxas de crescimento natural negativas. Apresenta também a menor proporção de jovens (13,3%), em simultâneo com a maior percentagem de pessoas idosas (23,0%).

Capítulo II: Missão, visão e valores

1. Missão

A UCC Monte Mor tem por missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, com a prestação de cuidados de saúde de proximidade, em casa e na comunidade, no local de trabalho e nas escolas, a indivíduos, famílias e grupos vulneráveis e fragilizados. Os cuidados de saúde serão sempre prestados garantindo o respeito e o primado da pessoa, assente nos mais altos Padrões de Qualidade Técnico-Científica ao seu dispor, promovendo a acessibilidade, a equidade e a Satisfação dos utentes, com a finalidade de obter Ganhos em Saúde na população residente no Concelho de Montemor – o – Novo. Isto é, a prestação de cuidados de saúde através da promoção do potencial de saúde de todos os cidadãos da sua área de influencia, ou que a ela recorram, responsabilizando-os e capacitando-os para serem os maiores responsáveis pela sua saúde; Identificação das necessidades em saúde/doença da comunidade e dar-lhe uma resposta integrada e de qualidade, minimizando o seu impacto negativo na vida do cidadão e promovendo a sua rápida recuperação e integração na vida activa; proporcionar aos doentes com doenças incurável a melhor qualidade de vida possível, nas diferentes fases da doença.

2. Visão

A UCC Monte Mor pretende prestar cuidados de saúde de excelência no atendimento ao cidadão, na ligação à comunidade, na criação de parcerias privilegiando o trabalho em equipa multidisciplinar, a permanência do utente na família e na comunidade dedicando especial atenção aos cidadãos/grupos mais vulneráveis, em situação de risco.

Definido como elemento estruturante da equipa a Melhoria Continua da Qualidade dos serviços prestados e através de um esforço contínuo para superar os Padrões de Qualidade estandardizados pelas diferentes Ordens profissionais, aspiramos ser uma referência na área dos Cuidados de Saúde Primários, a nível do concelho de Montemor-o-Novo.

3.Valores

A UCC Monte Mor orienta a sua actividade pelos seguintes valores:

Honestidade pessoal e de integridade de carácter dos profissionais;

- Respeito pelos outros e pelas suas ideias, contando com os seus contributos para desenvolver acções;
- Respeito pela pessoa humana em todas as suas vertentes [crenças; etnia; idade; sexo; etc.];
- A salvaguarda dos Direitos da Pessoa e a promoção a sua autonomia através do reconhecimento de que a saúde individual é da responsabilidade do utente e que este é responsável pelo seu projecto de saúde;
- A Organização dos Serviços em função das necessidades dos utentes , assegurando a continuidade dos cuidados, e orientado os utentes para outros profissionais de saúde, sempre que o pedido ultrapasse a competência dos profissionais da UCC;
- Ética , integridade e transparência;
- Promoção continua da qualidade/melhoria continua;
- Equidade, acessibilidade e excelência técnica na prestação de cuidados;
- Cooperar e articular com as outras unidades funcionais do ACES;
- Trabalho em equipa e solidariedade;
- Promoção de parcerias nas áreas da saúde, social e comunitária;
- Avaliação contínua que, sendo objectiva e permanente, visa a adopção de medidas correctivas dos desvios susceptíveis de pôr em causa os objectivos do plano de acção e da qualidade dos cuidados.

São os princípios que guiam a UCC Monte Mor. Representam as mais profundas crenças dentro da UCC e são demonstrados através dos comportamentos dos seus membros, estabelecendo parcerias com os utentes, individuais e/ou em grupo, no intuito de estes se aproximarem o mais possível das metas estabelecidas para o seu projecto de saúde, dadas as circunstâncias pessoais e sociais.

Capítulo III: Estrutura Orgânica e Funcionamento

1.Coordenador da Unidade de cuidados na comunidade

A UCC Monte Mor tem como coordenadora a Enfermeira Especialista Maria de Fátima Santos a quem , de acordo com o disposto no n.º 2 do artigo 14.º do Decreto -Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro e Desp. n.º 10143/2009, compete:

- 1) - Programar as actividades da unidade, elaborando o plano anual de acção;
- 2) - Assegurar o funcionamento eficiente da unidade e o cumprimento dos objectivos programados, promovendo e incentivando a participação dos profissionais na gestão da unidade e a intercooperação com as diferentes Unidades Funcionais existentes no Centro de Saúde e no ACES;
- 3) - Assegurar a qualidade dos serviços prestados e a sua melhoria contínua, controlando e avaliando sistematicamente o desempenho da unidade;
- 4) - Promover, ouvindo os profissionais da unidade, a consolidação das boas práticas e a observância das mesmas;
- 5) - Elaborar o regulamento interno da unidade, com audição da equipa multidisciplinar em reunião geral, e propô-lo, para aprovação, ao director executivo;
- 6) - Elaborar o relatório anual de actividades;
- 7) - Representar a unidade perante o director executivo do ACES;
- 8) - Coordenar as actividades da equipa multiprofissional, de modo a garantir o cumprimento do plano de acção e dos princípios orientadores da actividade da UCC;
- 10)-Coordenar a gestão dos processos e determinar os actos necessários ao seu desenvolvimento;
- 11) - Autorizar a participação dos profissionais da equipa nuclear em reuniões extra UCC;
- 12) - Confirmar e validar os documentos que, por força de lei ou regulamento, sejam exigidos no âmbito da UCC (planos férias, folhas de assiduidade da equipa nuclear ; pedidos para formação, folhas de km e ajudas de custo e outros considerados pertinentes).

A coordenadora da UCC é substituído nas suas ausências e impedimentos pelo elemento de enfermagem A. Coelho.

2.Reunião Geral

As reuniões gerais são constituídas por todos os profissionais que integram UCC Monte Mor.

2.1Âmbito:

- a) Participar na elaboração do Plano de Acção e Relatório de Actividades anual;
- b) Participar na elaboração do Regulamento Interno e a Carta da Qualidade;
- c) Discutir estratégias de intervenção comunitária, metas e objectivos;
- d) Zelar pelo cumprimento do Plano de Acção, Regulamento Interno e Carta da Qualidade;
- e) Pronunciar sobre a substituição de elementos da equipa, bem como a eventual exclusão de um membro da equipa e, ainda, no caso de demissão ou substituição da Coordenadora;
- f) Pronunciar sobre outras questões relevantes para o normal funcionamento da UCC Monte Mor.

2.2 Periodicidade das reuniões

As reuniões gerais são efectuadas, no mínimo, três vezes por ano e por convocatória da Coordenadora da equipa ou solicitação de, pelo menos, metade dos seus elementos.

As convocatórias das reuniões gerais devem mencionar a respectiva ordem de trabalhos e devem ser emitidas com uma antecedência mínima de 48 horas.

A Reunião Geral da UCC Monte Mor, é constituído pela coordenadora e por todos os elementos que integram a UCC.

Estes elementos tem o direito e o dever de :

- 1). Assistir às reuniões periódicas e extraordinárias da UCC;
- 2). Colaborar na definição de metas e objectivos e avaliação anuais;
- 3). Participar na avaliação da UCC, através do registo sistemático das suas actividades e entrega atempada dos mesmos à coordenadora da UCC;
- 4). Manter e incentivar o espírito de equipa e entre ajuda entre os elementos da equipa multidisciplinar;
- 5). Participar à coordenadora da UCC todos os obstáculos que possam ser prejudiciais ao desenvolvimento da UCC;

- 6). Participar na escolha dos elementos que os representem na actividades que são responsáveis;
- 7). Garantir o cumprimento das obrigações dos demais elementos da equipa durante os períodos de férias e durante qualquer ausência, desde que esta seja igual ou inferior a duas semanas;
- 8). Garantir, em caso de ausência superior a duas semanas, as obrigações do elemento da equipa ausente tendo em conta a área técnica de cada elemento, através do recurso a trabalho extraordinário. A situação prevista não pode exceder o período de 120 dias, a partir do qual, sob proposta da UCC, o ACES procede à substituição temporária do elemento ausente, até ao seu regresso ao exercício profissional;
- 9). Em caso de quererem cessar o exercício da sua actividade profissional na UCC comunicar ao coordenador a sua decisão com uma antecedência mínima de 60 dias;
- 10). Aprovar o Regulamento Interno, a carta de qualidade, o relatório de actividades;
- 11). No caso de empate de votação, o Coordenador tem voto qualidade.

3. Instrumento da Unidade de Cuidados na comunidade

São instrumentos da UCC Monte Mor o presente Regulamento Interno e os seus anexos, a carta de qualidade e manual de articulação com o ACES do Alentejo Central II, o plano de actividades, os manuais de procedimentos, a carta de compromisso baseada na negociação entre a Departamento de Contratualização da Administração Regional de Saúde [ARS] Alentejo, o ACES Alentejo Central II e a UCC Monte Mor , os protocolos de cooperação com as parcerias comunitárias que vierem a ocorrer e o registo de ocorrências/ incidentes.

4. Organização Interna e Cooperação interdisciplinar

O trabalho em equipa multidisciplinar exige cooperação e comunicação entre todos os seus membros para que seja eficiente. As reuniões e a existência de um sistema de informação comum desempenham um papel fundamental na consolidação do mesmo.

- Compete à UCC assegurar as funções expressas no compromisso assistencial, contratualizado internamente com o director executivo do ACES, e que se contextualiza no seu plano de acção;

- A equipa da UCC compromete -se a responder ao objectivos propostos desde que tenham os recursos materiais e humanos necessários solicitados aquando da candidatura.
- A Coordenadora é substituída pela Enfermeira A. Coelho quando se ausenta e na ausência desta será substituída por um enfermeiro nomeado para o efeito .
- O trabalho de equipa multidisciplinar exige cooperação e comunicação entre os seus membros para que seja eficiente. A realização de reuniões e a existência de um sistema de informação comum desempenham um papel fundamental na consolidação do mesmo;
- A equipa deve funcionar segundo um modelo flexível e descentralizado tendo como finalidade a execução dos objectivos estabelecidos e aprovados em plano de acção;
- Deverá ser garantida a comunicação electrónica e telefónica entre a UCC e restantes unidade e serviços de apoio do ACES e equipa da UCC.

Equipa Cuidados Continuados Integrados [ECCI]

- Os elementos que fazem parte da equipa da Equipa da UCC são, em simultâneo, os que fazem parte da Equipa dos Cuidados Continuados Integrados [ECCI]
- Considera-se a família [utente, vizinhos, familiares, cuidadores informais] como contexto e como unidade de intervenção.
- A referenciação dos utentes pode ser feita a partir de qualquer elemento da comunidade à UCC/ ECCI, como por exemplo, familiares, vizinhos, unidades do ACES, IPSS, Instituições Hospitalares, Unidades Funcionais, entre outros.
- O profissional que recebe o pedido para integrar um utente em ECCI deve proceder ao preenchimento da Ficha de referenciação de utentes para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados [RNCCI] já em vigor e a circular. Depois de preenchida encaminha para um dos profissionais referenciador da RNCCI na UCC.

- A equipa interdisciplinar, parceiros comunitários, e utente/família devem ter acesso à rede de comunicação [telefone – 266899520, telemóvel-969354745] de modo a facilitar a acessibilidade, rapidez e proximidade à orientação e resolução de situações.
- A referenciação à Equipa Coordenadora Local [ECL] é feita pela UCC/ECCI através da aplicação informática da RNCCI de acordo com as orientações.
- Cada profissional da UCC/ECCI [Enfermeiro e Assistente Social] é responsável pela introdução de dados no aplicativo informático a enviar à ECL. Os médicos/enfermeiros de família das Unidades Funcionais deste Centro de Saúde devem fazer a avaliação em suporte de papel e encaminhar o mesmo, correctamente preenchido para a UCC/ECCI. O enfermeiro referenciador passa os dados para o aplicativo informático da RNCCI.
- A integração do utente na tipologia ECCI é feita pela Equipa Coordenadora Regional [ECR] através da aplicação informática da RNCCI de acordo com as orientações.
- As visitas domiciliárias podem ser programadas ou desencadeadas por intercorrencias relacionadas directamente com o problema de base ou outros.
- De acordo com a tipologia de cuidados necessários, e de acordo com a preferência dos enfermeiros, e sem prejuízo do papel de outros profissionais, será designado um gestor de caso.
- A periodicidade das visitas aos utentes em ECCI será determinada pelo gestor de caso/enfermeiro em função das necessidades de cuidados do utente e deverá ser discutida com o utente/família, de acordo com os objectivos definidos.
- O Plano Individual de Intervenção [PII] será aplicado a todos os 20 utentes em ECCI, utentes acordados com a RNCCI, pelo respectivo gestor de caso.
- Aos utentes integrados na ECCI deve ser feita pelo menos uma avaliação mensal por um profissional da equipa multidisciplinar dos Cuidados Continuados Integrados.

- A equipa e a família podem recorrer sempre que necessário à comunicação directa através de telefone, de modo a facilitar o acompanhamento das situações crónicas em domicílio, proporcionando uma rápida e confortável situação de apoio, orientação e tranquilização dos doentes e familiares.
- Os elementos de outras Unidades Funcionais de Saúde, a Unidade de Recursos de Apoio Partilhado[URAP], a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados [UCSP]e Unidade de Saúde Funcional[USF] que integram a equipa multidisciplinar da UCC e que prestam cuidados na ECCI devem respeitar os horários programados para a realização das suas actividades.
- As ECCI são responsáveis pela valorização e monitorização de sintomas para despiste precoce de complicações e actuação atempada sobre os mesmos.
- A equipa de Cuidados Continuados Integrados realiza todas as terças feiras, entre as 14 horas e as 16 horas uma reunião de trabalho para discussão de casos, elaboração do Plano Individual de intervenção; organização do trabalho de fim-de-semana, articulação inter profissional, aferir métodos de trabalho, discussão e resolução de problemas e outras informações, que a equipa considere relevantes.
- Nestas reuniões deverão estar sempre presentes os elementos a tempo inteiro na equipa [Enfermeiros]; os outros profissionais que integram parcialmente a mesma, participam nas reuniões mensais, em que são convocados nessa semana, ou semanalmente quando considerados pertinentes para a resolução de problemas identificados.
- As ECCI participam na avaliação das suas actividades, registando as mesmas nos suportes criados para o efeito, Sistema de Apoio a Prática de Enfermagem e no aplicativo da RNCCI e na entrega periódica e atempada dos seus registos.

Equipa de Saúde Escolar:

- A gestão do Programa de Saúde Escolar é da responsabilidade da Unidade de Saúde Pública [USP] . De acordo com o plano de acção da referida Unidade Funcional, a UCC Monte Mor propõe no seu plano de acção anual as actividades a realizar pelos profissionais da UCC comprometendo-se a cumprir o mesmo de acordo com o proposto.
- Considera-se a unidade de intervenção da Equipa de Saúde Escolar da UCC a população do parque escolar do concelho de Montemor-o-Novo [Alunos, professores, assistentes operacionais].
- A referenciação de problemas detectados nas escolas relacionados com pessoas ou espaços físicos pode ser feita a partir de qualquer elemento da comunidade escolar ou outros à Equipa de Saúde Escolar.
- A equipa interdisciplinar, as escolas, os parceiros comunitários, devem ter acesso à rede de comunicação [telefone – 266899520] de modo a facilitar a acessibilidade, rapidez na resolução de situações.
- No início do ano lectivo a equipa faz o levantamento do parque escolar através das listas nominais dos alunos das diversas escolas publicas e privadas.
- A sinalização de alunos para encaminhamento especializado é feito ao longo do ano lectivo pelas escolas para a UCC através “Ficha de sinalização de alunos para encaminhamento especializado” e quando da análise das fichas de ligação saúde escolar [Saúde – Escola] que são recolhidas no final /início do ano lectivo.
- As visitas/reuniões às escolas devem ser preferencialmente programadas .
- Para cada grupo escolar do concelho encontra-se designado um enfermeiro responsável.

- Para solicitar a realização de sessões de educação para a saúde ou outras actividades a Equipa de Saúde Escolar da UCC, para além das programadas, as escolas devem enviar um ofício a solicitar as actividades que pretendem que sejam realizadas.
- A equipa de Saúde Escolar participa nas reuniões programadas ou extraordinárias da UCC
- A Equipa de Saúde Escolar da UCC pode participar em reuniões com a Unidade de Saúde Pública no âmbito do Programa de Saúde Escolar, devendo as mesmas ser comunicadas ao coordenador da UCC e autorizadas pelo mesmo.
- A equipa de SE participa na avaliação anual do Programa de Saúde Escolar através do preenchimento do suporte informático oficial da Direcção Geral de saúde e suportes da UCC .

A INTERVENÇÃO NOS OUTROS PROGRAMAS

A Intervenção Comunitária abrange todos os projectos comunitários [rede social; rendimento social de inserção; Núcleo de apoio a crianças e jovem em risco; Espaço sem Tabus no centro juvenil; A saúde na Universidade Sénior; Intervenção Precoce e a comemoração dos dias temáticos] que não se enquadram no âmbito dos programas de Cuidados Continuados e Saúde Escolar.

- Considera-se a unidade de intervenção da Equipa as famílias, os grupos e a comunidades do concelho de Montemor-o-Novo .
- A referenciação das famílias e grupos da comunidade pode ser feita a partir de qualquer elemento da comunidade [Indivíduo ou instituição] à UCC.
- A equipa interdisciplinar, parceiros comunitários, e utente/família devem ter acesso à rede de comunicação [telefone fixo - 266899520] , de modo a facilitar a acessibilidade e rapidez na resolução de situações.
- As visitas domiciliárias e as intervenções realizadas no âmbito dos vários projectos da UCC devem ser programadas.

- A sinalização de crianças e jovens de risco à UCC é feito, sempre que possível, através de um impresso criado para o encaminhamento.
- Os elementos de outras Unidades Funcionais de Saúde [URAP e UCSP do ACES] que integram a equipa multidisciplinar da UCC e que prestam cuidados nos diversos projectos da mesma devem respeitar os horários programados para a realização das suas actividades.
- A equipa participa nas reuniões da UCC programadas ou extraordinárias.
- A equipa participa na avaliação da UCC através dos registos realizados nos instrumentos e suportes elaborados para o efeito .

5. Áreas de Actuação dos Diferentes Grupos Profissionais

Os profissionais que integram a UCC prestam cuidados nas áreas estabelecidas em Plano de Acção;

A intervenção deverá ser sempre integrada e articulada entre os diferentes técnicos da equipa multidisciplinar e os parceiros da comunidade;

A equipa nuclear da UCC é essencialmente constituída por enfermeiros podendo em articulação com a URAP contratualizar horas de outros técnicos, necessários ao trabalho de intervenção comunitária, desenvolvido pela UCC, depois da aprovação do plano de acção, pelo director executivo;

A avaliação da necessidade de horas de outros técnicos fundamentais para a garantia da prestação integrada e multidisciplinar de cuidados, será realizada anualmente e apresentada em plano de acção.

Tarefas dos Enfermeiros

Compete aos enfermeiros prestar cuidados de âmbito comunitário dando cumprimento ao estabelecido em plano de acção para as diferentes áreas de actuação;

A equipa de enfermagem deve assegurar a capacidade de intersubstituição nas diferentes áreas de intervenção de modo a garantir a continuidade dos cuidados;

As actividades de enfermagem de âmbito geral estão descritas na carreira;

As actividades de enfermagem de âmbito de especialidade estão descritas de acordo com as normas vigentes da Ordem dos Enfermeiros;

As tarefas dos enfermeiros no âmbito da intervenção comunitária são:

- Contribuir para o diagnóstico de saúde da comunidade;
- Intervir em programas no âmbito da protecção e promoção da saúde e prevenção da doença na comunidade, tais como o Programa Nacional de Saúde Escolar;
- Estabelecer projectos de intervenção com pessoas, famílias e grupos com maior vulnerabilidade e sujeitos a factores de exclusão social ou cultural, pobreza económica, de valores e competências, violência ou negligência;
- Acompanhar utentes de maior risco ou vulnerabilidade;
- Cooperar com outras unidades funcionais, no tocante a acções dirigidas aos utentes, às suas famílias e à comunidade, nomeadamente na implementação de programas de intervenção especial, na criação de redes de apoio às famílias;
- Promover, organizar e participar na formação técnica externa, designadamente nas áreas de apoio domiciliário e familiar, bem como bem como no voluntariado;
- Participar nas actividades inerentes à rede social, na vigilância da saúde e acompanhamento das famílias com deficientes recursos socioeconómicos;
- Participar nas actividades inerentes ao programa de intervenção precoce nas crianças, e nomeadamente no núcleo de apoio à criança e jovem em risco;
- Estabelecer projectos de intervenção domiciliária a indivíduos dependentes e famílias / cuidadores, no âmbito da RNCCI;
- Prestar cuidados de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e acções paliativas;
- Articular com outros técnicos de forma a prestar apoio psicológico, social e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados;
- A educação para a saúde dos utentes, familiares e cuidadores informais;
- Articular com os técnicos da equipa a coordenação e gestão dos casos com outros recursos de saúde e sociais;
- A produção e tratamento de informação nos suportes de registo preconizados no âmbito dos Cuidados de saúde Primários[CSP] e da RNCCI;
- Estabelecer projectos de promoção de estilo de vida saudáveis com intervenção ao nível de programas de saúde já existentes, ou a implementar e desenvolver, em

parceria com outras instituições que possam cooperar para a aquisição de estilos de vida saudáveis da população ao longo do seu ciclo de vida;

- Produzir e tratar instrumentos de registo que possibilitem a avaliação do plano de acção.

Tarefas dos Técnicos da URAP

As actividades dos técnicos que intervêm na UCC estão de acordo com as normas vigentes na Lei, Ordens, Associações e entidades que regulamentam a actividades destes profissionais;

As tarefas contratualizadas com estes profissionais por área de intervenção, estão descritas no plano de acção.

Tarefas da Assistente Operacional

As actividades de Assistente Operacional estão estipuladas nos Artigos 40,41,42,43 e 44 da Lei 12 A de 27 de Fevereiro 2008 e estão descritas:

Recepciona os pedidos de cuidados domiciliários, verifica moradas e imprime ficha de identificação e articula com a equipa no terreno;

Atendimento personalizado ao telefone/publico e aos profissionais da UCC;

Garante a recepção das solicitações das escolas, da equipa de saúde escolar e parceiros e articulação com as equipas no terreno;

Garante a articulação administrativa com as outras unidades e serviços do ACES;

Contacto com médicos de família e medico da ECCI para pedidos de medicação e exames dos utentes em ECCI e domicílios;

Colabora na gestão do aprovisionamento da unidade elaborando pedidos, recepciona e procede ao acondicionamento e armazenamento dos materiais de escritório;

Expediente - Correio, pedidos transporte, fax, ofícios;

Assiduidade – folhas de ponto, dispensas serviço, Ausências; ferias;

Registos informáticos vários, Deslocações do veiculo em km, combustíveis, utentes entrados em ECCI e domicílios, estatística;

Introdução dados no aplicativo da RNCCI sempre que solicitada;

Elaboração de convocatórias e das actas das reuniões;

Organização de pastas administrativas, processos, etc.

Capítulo IV: Compromisso Assistencial

1. Horário de Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade e cobertura Assistencial

O horário da UCC foi definido em equipa de modo a uma melhor gestão dos recursos:

Horário de funcionamento da UCC: Dias úteis das 8 às 20 horas. A Equipa de Cuidados Continuados Integrados faz parte integrante da UCC, e tem como horário alargado ao fim de semana, feriados e tolerância (9-17 horas), durante os dias úteis mantém o horário das 8 às 20 horas;

Horário da Coordenadora da UCC: Dias úteis, das 9 às 16 horas;

Horário da Assistente Técnica : Dias úteis das 9 às 12,30 e das 14 as 17,30 horas;

Horário da Assistente Operacional : Dias úteis das 9 às 13 e das 15 as 18 horas;

Horário dos profissionais da URAP: Dias úteis sendo adequado as actividades;

Horário da medica da ECCI: Terças e Sextas das 15h as 20h e quando solicitada.

Sempre que possível todos os cuidados e intervenções com famílias e grupos ou comunidade devem ser agendados para um dia e uma hora.

Sempre que seja necessário participar em reuniões ou realizar Visitas Domiciliarias com carácter urgente e inadiável fora do horário de qualquer um dos profissionais, poderá haver alteração do horário, com carácter pontual e casuístico, desde que de comum acordo com o profissional e com a coordenadora da Unidade.

2. Definição da Oferta de Serviços

A oferta de serviços são as que constam do Plano de Acção da UCC Monte Mor apresentado à ERA em Janeiro de 2010 e homologado pelo Director Executivo do ACES do Alentejo Central II em 16 Novembro de 2010.

Integram a UCC todos os profissionais que afectam a esta um horário de 35 horas semanais e prestam cuidados nas áreas estabelecidas no plano de acção.

Fazem ainda parte da equipa multidisciplinar da UCC os profissionais da URAP, da UCSP e USF que integram os programas e projectos da UCC a tempo parcial de acordo com o Plano da Acção da UCC.

A intervenção deverá ser sempre integrada e articulada entre os diferentes técnicos da equipa multidisciplinar e os parceiros da comunidade.

3. Marcação de Consultas, Acolhimento e Orientação dos Cidadãos e Comunidade

3.1 Marcação de consultas

Programa de Cuidados Continuados Integrados

O acesso dos utentes ao Programa de Cuidados Continuados integrados é feito após a sinalização à equipa de Cuidados Continuados;

Podem sinalizar utentes à equipa de CCI, os familiares, os vizinhos, os enfermeiros, os médicos, a assistente social, o Hospital, as IPSS, as outras Unidades Funcionais do Centro de Saúde e todos os que tenham conhecimento de casos de utentes em situação de dependência e necessidade de cuidados de saúde;

Os solicitadores de Visitas Domiciliarias, **não profissionais**, devem dirigir-se pessoalmente, ou por telefone a assistente técnica da UCC durante as horas de expediente do mesmo;

A assistente técnica da UCC encaminha os pedidos para análise das situações apresentadas ao enfermeiro das Unidades Funcionais do utente;

O Enfermeiro após a primeira Visita Domiciliaria, que se pretende seja sempre respondida nas 24 horas após o pedido, decide se o utente é para domicílio ou se é para encaminhar para a ECCI através da ECL;

Os solicitadores de Visitas Domiciliarias, **profissionais** ou **instituições**, devem referenciar os utentes através do documento utilizando para o efeito;

O restante circuito é semelhante à sinalização por não profissionais;

As primeiras visitas domiciliárias Médicas, Psicologia, Assistente Social, Fisioterapia, Nutrição, Higiene Oral são sempre solicitadas pelos enfermeiros gestores de caso ou outro na sua ausência;

As visitas seguintes dos referidos profissionais serão agendadas entre a família/utente e os profissionais e de acordo com as necessidades do doente;

As Visitas Domiciliarias de enfermagem no âmbito dos domicílios e CCI são extensíveis aos fins de semana e feriados, no período das 9 -17 horas;

O planeamento das Visitas de enfermagem aos fins de semana e feriados é feito nas reuniões de quinta feira ou por qualquer enfermeiro;

Em caso de necessidade urgente e inadiável os utentes em CCI podem solicitar visita de enfermagem durante o fim de semana ou feriados através de telefonema ao enfermeiro de serviço;

As Visitas domiciliárias médicas aos fins de semana e feriados com carácter urgente e inadiável, serão feitas após contacto dos enfermeiros de serviço ao fim de semana.

3.2 Acolhimento e orientação dos cidadãos, famílias e grupos

Será elaborado um guia de acolhimento que forneça aos utentes e outros profissionais, toda a informação referente aos serviços prestados pela UCC;

A articulação com as outras unidades funcionais e serviços do ACES aguarda pela organização do agrupamento e por normas e orientações a estabelecer pelo director executivo;

Nesta fase a UCC pretende com este regulamento estabelecer algumas orientações facilitadoras da necessidade de articulação com as outras unidades e serviços do ACES, com a finalidade de operacionalização dos objectivos estabelecidos em plano de acção da UCC Monte Mor.

4. Continuidade e integração dos cuidados na UCC

Os elementos da equipa são solidariamente co-responsáveis pelo cumprimento das obrigações decorrentes do compromisso assistencial, designadamente a intersubstituição por ausência de um ou mais elementos da equipa.

- Na carência de recursos serão sempre assegurados os serviços mínimos. Considera-se mínimo o equivalente de profissionais na proporção do mapa de férias.

Quando os recursos humanos estejam ao nível mínimo, e na total impossibilidade de atender todas as áreas de intervenção será priorizado os cuidados continuados integrados (CCI) e os domicílios da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) realizados pela UCC, a pedido do Director Executivo.

Em caso de ausências programadas e não programadas dos elementos da equipa, superiores a 4 semanas os mesmos serão substituídos por outros do ACES.

Enfermeiros:

- Em caso de ausência programadas e não programadas por um período inferior a 2 semanas e períodos de férias, os enfermeiros da equipa intersubstituem-se entre si.
- Em caso de ausência programadas e não programadas por um período superior a 2 semanas, pode haver recurso ao aumento de horas extra para o profissional que substitui o que está ausente.

Serviços mínimos:

- Visitas domiciliárias para cuidados de saúde urgentes e inadiáveis.
- Avaliação de utentes e encaminhamento para a Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCC)

Outros técnicos, Profissionais da URAP:

- Em caso de ausência programadas e não programadas não há substituição do profissional.

Serviços mínimos:

- Em caso de falta do profissional não se realiza qualquer serviço considerado da especificidade profissional destes técnicos.

Assistente Técnica :

- Em caso de ausência programadas e não programadas por um período inferior a 2 semanas, não há substituição do profissional.

Serviços mínimos:

Consideram-se serviços mínimos as actividades de registo de entrada de utentes de CCI e seu encaminhamento respectivo que serão assegurados pelos enfermeiros nas ausências não superiores a duas semanas e durante as férias da Assistente Técnica.

Assistente Operacional:

- Em caso de ausência programadas e não programadas não há substituição do profissional.

Serviços mínimos:

- Em caso de falta do profissional não se realiza qualquer serviço considerado da especificidade profissional deste técnico.

PLANO DE FERIAS

1. Fica estabelecido que poderão estar ausentes, em férias, até 1/3 dos elementos da UCC.
2. Cada elemento deverá apresentar uma proposta individual de plano de férias até ao fim do mês de Fevereiro de cada ano.
3. O plano de férias é realizado tendo em conta o DEC. lei nº 59/2008

O coordenador deverá:

- a) Identificar sobreposições de planos de férias e que colidam com a regra 1/3;
- b) Negociar com os elementos da UCC de modo a obter consenso;
- c) Na falta de consenso, cabe ao coordenador a decisão da elaboração do plano de férias dos elementos que não reúnem acordo;
- d) Elabora uma proposta de plano e submete-a à aprovação do director executivo até 31 de Março.

NORMAS PARA ELABORAÇÃO DO HORÁRIO DE TRABALHO

Os horários de trabalho devem ser elaborados de forma a garantir o compromisso assistencial, maximizando a acessibilidade do utente e tendo em conta as preferências pessoais de cada elemento da equipa na diversas áreas;

Os horários de trabalhos serão elaborados, tendo em consideração os recursos disponíveis e de forma a promover a articulação necessária com os horários de funcionamento dos parceiros e instituições da comunidade, para poder proporcionar uma resposta integrada e em rede;

A elaboração dos horários de trabalho de cada grupo profissional é uma competência da coordenadora desse grupo, sendo elaborados de acordo com o estabelecido no plano de acção e no regulamento interno;

Sempre que a necessidade de cuidados o justifique poderá ser solicitado aumento da carga horária recorrendo a horário extraordinário sendo que a sua efectivação, está dependente da aprovação e autorização do director executivo;

Poderá recorrer-se a trabalho extra sempre que a necessidade de cuidados e ou recursos o justifique, a sua compensação far-se-á de acordo com a legislação.

Os horários obedecem ao estabelecido no Dec -Lei 437/91 no Artigo 56 da carreira de enfermagem.

5.Comunicação com os cidadãos

Os cidadãos, as Instituições e comunidade em geral tem a informação sobre a existência, funcionamento, carteira de serviços da UCC e das formas de acesso a esta através de :

- Informação dos jornais locais
- Afixação de horários de funcionamento em painel informativo
- Informação telefónica
- Informação dos profissionais
- E-mail
- Afixação de posters
- Folhetos informativos elaborados e a elaborar

6.Prestação de contas

O Plano de Acção da UCC é válido por três anos.

- Em cada três anos é reformulado actualizando os programas e projectos;
- A divulgação do plano de acção é feito através da apresentação do mesmo aos parceiros comunitários em reunião;
- A divulgação à população em geral é feita através de jornais locais e distribuição de folhetos;
- A UCC elabora mensalmente até ao dia 15 de cada mês a avaliação estatística da produção da equipa e anualmente o Relatório de Actividades até 30 de Janeiro da cada ano;
- Do relatório de actividades consta:
 - a) A produção anual da equipa
 - b) Posteriormente deverá constar os custos
 - c) Os resultados de programas de qualidade programados .

Capítulo V: Formação e Compromisso para a Qualidade

A formação contínua é fundamental para a melhoria da qualidade dos cuidados, através da actualização técnica constante dos seus profissionais.

A UCC pretende atingir uma elevada qualidade dos seus serviços pelo que estará empenhada em facilitar o acesso dos seus elementos à formação contínua.

1.Desenvolvimento Profissional Contínuo

O Programa de Formação da UCC é posto em pratica, nomeadamente porque é um direito dos profissionais a formação em serviço, a formação continua e a participação na formação de novos profissionais.

Através deste principio pretendemos:

- I. Contribuir para o desenvolvimento pessoal e institucional com consequência na qualidade e humanização nos cuidados prestados pelos diferentes profissionais;
- II. Os profissionais, individualmente ou em grupo identificam necessidades de formação;
- III. Todas as formações devem ser propostas e autorizadas pela coordenadora da UCC;
- IV. As formações internas proposta entram no plano da acção anual, do ano seguinte;
- V. O plano de formação anual deve ser elaborado até Março de cada ano;
- VI. O plano de acção pode ser actualizado caso surjam temas que a equipa considere pertinentes para trabalhar rapidamente.;
- VII. A equipa deve garantir a equidade de oportunidades de participação em acções de formação a todos os seus elementos;
- VIII. A participação em acções de formação deve ser decidida com a maior antecedência possível de forma a facilitar a intersubstituição dos elementos;
- IX. A participação em acções de formação deve ser decidida por consenso da totalidade dos elementos do grupo profissional;
- X. Caso o número de proponentes para a participação numa acção de formação seja superior à capacidade de intersubstituição da equipa, ou não exista consenso, deve a decisão ser tomada utilizando mecanismos aleatórios de escolha;

- XI. Os pedidos de comissão gratuita de serviço devem ser solicitados com 15 dias de antecedência e estão dependentes da autorização do director executivo. Devem ser utilizados os impressos do ACES para o efeito, deve ser anexo ao pedido, o programa da formação solicitada.

PARTICIPAÇÃO EM ACÇÕES DE FORMAÇÃO EXTERNAS

- I. Cada profissional tem direito a utilizar as horas consignadas por lei para a frequência de acções formativas;
- II. Não devem estar mais de um profissional ausentes do serviço por motivos de formação.
- III. As formações externas são autorizadas pela coordenadora;
- IV. Em caso de vários profissionais querem ir à mesma formação serão autorizados os que tem menos horas de formação no ano;
- V. Sempre que um profissional for a uma formação externa deve fazer um resumo da mesma na reunião de equipa a seguir à frequência da acção.

FORMAÇÃO EM SERVIÇO INTERNA

- I. A discussão de casos clínicos e outras formações devem ser realizadas nas horas destinadas a reuniões da equipa (quintas feiras à tarde das 14.30 as 16 horas) e de acordo com a calendarização e duração enunciada no plano de acção;
- II. Todos os profissionais da equipa nuclear da UCC devem participar como prelectores nas acções de formação em serviço.

2. Formação pré e pós-graduada

- A frequência de formação pré e pós graduada é uma mais valia para os profissionais da UCC e para a instituição que representam;
- Não devem estar em formação pré e pós graduada mais de 1 profissional da equipa nuclear;

- Toda a formação pré e pós graduada da equipa nuclear deve ser discutida em reunião Geral;
- A equipa nuclear da UCC deve assumir em conjunto o compromisso de substituição do profissional que se propõe a fazer uma formação a longo prazo;
- O compromisso assumido deve ficar em acta;
- A Coordenadora terá a ultima palavra na autorização da formação;
- A UCC enquanto unidade funcional do ACES colabora na formação de outros profissionais;
- A UCC participa na orientação e acompanhamento de estágios de alunos de pré e pós graduação desde que as instituições solicitem atempadamente os campos de estágio e de acordo com os recursos humanos existentes na UCC;
- Os estágios na UCC devem ser sempre autorizados pela coordenadora.

3. Investigação em Cuidados de saúde Primários

A UCC disponibiliza o seu local de trabalho e a sua colaboração em trabalhos de investigação nos cuidados de saúde primários sempre que para tal seja solicitado e não se verificarem quaisquer impedimentos éticos e legais.

Pretende promover e participar em actividades de investigação com a unidade de saúde pública, no diagnóstico de saúde da população do concelho de Montemor e outras.

4. Compromisso para a Qualidade

Definição dos compromissos da equipa e das regras de Monitorização da Qualidade:

- A UCC propõe-se monitorizar a qualidade avaliando a satisfação dos utentes e profissionais através de aplicação de questionário durante um dia, usado no ACES.
- A avaliação periódica de quatro em quatro meses a realizar pela coordenadora em reunião geral com todos os elementos é outra das medidas a adoptar pela UCC, permitindo desta forma monitorizar a produtividade, analisar os desvios e implementar medidas correctivas ao longo do ano.
- Para a monitorização das actividades da UCCP serão usados:
 - Aplicativo informático da RNCCI

- Suportes informáticos criados para os diversos programas/projectos.
- SAPE [após a aquisição de computadores para todos os profissionais e parametrização do programa para os cuidados na Comunidade]
- Instrumentos de registo, colheita de dados e articulação por Programa/projecto.
- Auditorias clínicas e organizacionais, internas e externas, em estreita colaboração e articulação com Conselho Clínico.
- Promover a Saúde, Higiene e Segurança no Trabalho articulando com a comissão de Higiene e Segurança no Trabalho do ACES.
- A Carta da Qualidade explicita o compromisso com a população residente, inscritos e não inscritos no Centro de Saúde.
- A avaliação de desempenho dos profissionais da UCC é feita de acordo com o regime jurídico de cada carreira com a presença da coordenadora da UCC .
- As reclamações, críticas e sugestões serão sempre analisadas e trabalhadas em reunião Geral. Será feito o tratamento das reclamações e sugestões de acordo com a legislação vigente. Delas será sempre dada resposta à pessoa ou instituição interessada.

Capítulo VI: Disposições Finais e transitórias

1. Inibições Decorrentes do cumprimento do compromisso Assistencial da UCC

- A UCC não pode ser responsabilizada pelo incumprimento dos objectivos do plano de acção, senão forem disponibilizados os recursos humanos, financeiros, técnicos e físicos que possibilitem a sua concretização, como determina o Artigo 10º do Regulamento da Organização e do Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade [Despacho nº 10143/2009] e são da responsabilidade do ACES;
- Garantem ainda cumprir o compromisso assistencial, desde que também sejam cumpridas os preceitos vigentes assegurados pela ARS Alentejo e ou ACES;
- Os diferentes elementos da equipa da UCC declaram que as eventuais actividades profissionais exercidas fora da UCC, não comprometem os princípios de substituição.

DUVIDAS E OMISSÕES

As dúvidas e omissões do presente regulamento serão resolvidas em reunião geral aplicando-se as regras do Código de Procedimento Administrativo;

As dúvidas e omissões do presente regulamento serão resolvidas por maioria de 2/3 dos elementos da UCC, incluindo a coordenadora;

Segundo o Artigo 11º do Despacho nº 10143/2009, qualquer elemento da equipa da UCC que pretenda cessar o exercício da sua actividade profissional na unidade deverá comunicá-lo ao coordenador com a antecedência mínima de 60 dias;

Os elementos da UCC são inamovíveis, não podendo as suas funções cessar sem parecer da Coordenadora da UCC e autorização do Director Executivo.

Subscrições do Regulamento Interno por todos os profissionais

Nome	Categoria	Assinaturas
Coordenadora – F. Santos	E	
A.Coelho	E	
E. Saiote	E	
M. Reis	E	
P. Fonseca	E	
C. Capela	TSS	
C. Grade	P	
P. Sá	HO	
S. Charepe	F	
V. Baldeira	N	
A.Lopes	AT	
M. Carço	AO	
A.Cardoso	M	
F. Breia	M	

PRODUÇÃO DE EFEITOS E ACTUALIZAÇÃO

O Regulamento Interno produz efeito a partir do dia seguinte à sua aprovação pelo Director Executivo.

Pode ser objecto de actualização em reunião Geral expressamente convocada para o efeito.

Referencias Biográficas

Ministério da Saúde (2011) - Documento de trabalho da reforma dos cuidados de saúde primários – coordenação estratégica, versão de 9/2/011 do Ministério da Saúde. Acedido a 12 Março de 2011 em <http://www.mcsp.min-saude.pt> ;