

**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização de Gestão**

Trabalho de Projeto

**No Caminho da Excelência-Implementação de um  
Modelo de Autoavaliação numa Unidade de Saúde**

**Maria João Monteiro Pascoal**

**Lisboa**

**2017**



**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização de Gestão**

Trabalho de Projeto

**No Caminho da Excelência-Implementação de um  
Modelo de Autoavaliação numa Unidade de Saúde**

**Maria João Monteiro Pascoal**

Orientador: Professora Doutora Teresa Maria Potra

Co-Orientador:

**Lisboa**

**2017**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“Posso ter defeitos, viver ansioso e ficar irritado  
algumas vezes  
Mas não esqueço de que minha vida  
É a maior empresa do mundo...  
E que posso evitar que ela vá à falência.  
Ser feliz é reconhecer que vale a pena viver Apesar  
de todos os desafios, incompreensões e períodos  
de crise.  
Ser feliz é deixar de ser vítima dos problemas e Se  
tornar um autor da própria história...  
É atravessar desertos fora de si,  
mas ser capaz de encontrar  
Um oásis no recôndito da sua alma...  
Ser feliz é não ter medo dos próprios sentimentos.  
É saber falar de si mesmo.  
É ter coragem para ouvir um “Não”!!!  
É ter segurança para receber uma crítica,  
Mesmo que injusta... Pedras no caminho?  
Guardo todas, um dia vou construir um castelo...”

Fernando Pessoa

A todos os elementos da equipa multidisciplinar da unidade que acolheu este projeto, agradeço o esforço e empenho assim como a disponibilidade, atendendo às limitações existentes.

Agradeço à minha orientadora, Professora Doutora Teresa Potra, o respeito pela minha opção, no desenvolvimento de um trabalho de projeto na área da qualidade, pela disponibilidade, o acompanhamento neste percurso e a ajuda na organização do turbilhão de ideias, em que o processo teve início e ainda por acreditar que este seria um projeto importante e com mais-valias, para a melhoria da qualidade da unidade onde se aplicou.

Grata também aos responsáveis pela gestão da Unidade de Cuidados na Comunidade e do ACES, pela ajuda, pela partilha e colaboração sempre que solicitada.

E por último mas não menos importante, o agradecimento à minha família, pela ajuda e presença nesta e quem sabe noutra dimensão. À Daniela e ao Miguel por me terem escolhido para sua mãe e por serem os filhos de que me orgulho todos os dias. Ao Vitor pela compreensão nas ausências. Aos meus pais pela presença e ajuda incondicional, e a ti que permanecerás no meu coração para sempre e que contribuístes muito para a pessoa que sou.

## **ABREVIATURAS**

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

AT – Assistente Técnico

CAF – Common Assessment Framework

CC – Cuidados Continuados

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DE – Direção de Enfermagem

DGAEP – Direção Geral da Administração e do Emprego Público

DGS - Direção Geral de Saúde

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

IPQ – Instituto Português da Qualidade

NACJR – Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

OE – Ordem dos Enfermeiros

PDS – Plataforma de Dados de Saúde

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RSL – Revisão Sistemática de Literatura

Sclínico – Sistema de Informação para Registos Clínicos

SE – Saúde Escolar

SINUS – Sistema de Informação

SM – Saúde Materna

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TASS – Técnico de Assistência Serviço Social

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UFS – Unidades Funcionais de Saúde

USF – Unidade de Saúde Familiar

## RESUMO

A melhoria da qualidade dos cuidados e do desempenho das unidades de saúde, atendendo à garantia da segurança e satisfação dos utentes, assim como ao direito à acessibilidade a cuidados de saúde de qualidade, são questões da responsabilidade do Serviço Nacional de Saúde, das unidades de saúde, bem como dos seus profissionais.

Assim, entende-se como um dever social e profissional agilizar a resolução de situações problema/problemas identificados, que possam colocar em risco utentes/famílias, nomeadamente em populações vulneráveis, como o caso das abrangidas pelas Unidades de Cuidados na Comunidade dos Agrupamentos de Centros de Saúde do Serviço Nacional de Saúde português.

Atendendo ao referido e às políticas traçadas nesta área, impera a implementação de processos de melhoria contínua da qualidade que promovam o desempenho dos profissionais e das unidades de saúde, o que obriga à realização de avaliações da realidade do desempenho das unidades. Neste sentido, foi estruturado o projeto “No caminho da excelência: implementação de um modelo de autoavaliação numa Unidade de Saúde”.

Este trabalho de projeto implementou-se numa Unidade de Cuidados na Comunidade, e dele resultou um processo de autoavaliação, com recurso ao Common Assessment Framework. Utilizou-se a metodologia de projeto e o ciclo de Deming, como suporte ao trabalho desenvolvido em que os elementos da equipa identificaram situações onde a melhoria foi sentida como necessidade.

Como resultados destacamos a promoção da reflexão e partilha entre a equipa com impacto no desenvolvimento do pensamento crítico dos seus profissionais, a tomada de decisão individual e coletiva, a elaboração e divulgação do plano de ações de melhoria, assim como a implementação de *Quick Wins*.

Refletindo sobre o crescimento profissional salientam-se os conhecimentos sobre gestão e qualidade, o desenvolvimento de competências de liderança de projetos e equipas, a aplicação de processos de valiação/auditoria, a

implementação de mudança no âmbito da melhoria contínua da qualidade e a resolução das dificuldades inerentes a estes processos de mudança.

Para utilizar o conhecimento existente, nessa área de intervenção do enfermeiro, foi realizada uma revisão da literatura, na qual foram utilizadas as seguintes palavras-chave: Gestão da Qualidade Total, Qualidade da Saúde, Avaliação da Qualidade, cuidados de saúde primários.

## **ABSTRACT**

The improvement of the quality of the care and performance of the health units, taking into account the guarantee of the safety and satisfaction of the users, as well as the right to the accessibility to quality health care, are issues of responsibility of the National Health Service, Health, as well as its professionals.

Thus, it is understood as a social and professional duty to expedite the resolution of identified problem / problem situations, which could put at risk users / families, especially in vulnerable populations, such as those covered by the Care Units in the Community of Centers Clusters National Health Service.

In view of this and the policies outlined in this area, it is imperative to implement continuous quality improvement processes that promote the performance of health professionals and health units, which requires evaluations of the reality of the units' performance. In this sense, the project "On the path to excellence: implementation of a self-assessment model in a Health Unit" was structured.

This project work was implemented in a Community Care Unit, resulting in a self-assessment process using the Common Assessment Framework. The project methodology and the Deming cycle were used to support the work developed in which team members identified situations where improvement was felt as a need.

As a result we highlight the promotion of reflection and sharing among the team with an impact on the development of the critical thinking of its professionals, individual and collective decision making, preparation and dissemination of the improvement action plan, as well as the implementation of Quick Wins.

Reflecting on the professional growth as a professional and professional, we highlight the knowledge about management and quality, the development of project and team leadership skills, application of evaluation / audit processes, implementation of change in the scope of continuous quality improvement And resolution of the difficulties inherent in these change processes.

In order to use the existing knowledge, a literature review was carried out in this area of intervention of the nurses, in which the following keywords were

used: Total Quality Management, Health Quality, Quality Assessment, primary health care.

## **INDICE**

<b>INTRODUÇÃO</b>	14
<b>1. ENQUADRAMENTO TEORICO</b>	17
1.1. A Gestão e o Papel dos Gestores	18
1.2. Qualidade em Saúde	28
1.3. Common Assessment Framework	32
1.4. Cuidados de Saúde Primários	34
<b>2. PROJETO</b>	38
<b>3. PLANEAMENTO</b>	40
3.1. Finalidade	40
3.2. Objetivos	41
3.3. Duração	41
3.4. Intervenientes/Equipa	41
3.5. Beneficiários	42
3.6. Recursos	42
3.7. Atividades Planeadas	43
<b>4. AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS</b>	44
<b>5. PLANO DE AÇÕES DE MELHORIA</b>	57
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	58
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	63
<b>APENDICES</b>	
<b>APENDICE I – GRÁFICO DE GANTT</b>	
<b>APENDICE II – PLANO ATIVIDADES</b>	
<b>APENDICE III – ANÁLISE SWOT</b>	
<b>APENDICE IV – ÁRVORE DE PESQUISA</b>	
<b>APENDICE V – PLANO E AÇÃO DE FORMAÇÃO CAF</b>	
<b>APENDICE VI – GRELHA DE AA</b>	
<b>APENDICE VII – ATAS DE REUNIÕES</b>	
<b>APENDICE VIII – PLANO DE AÇÃO DE MELHORIA</b>	
<b>APENDICE IX – ORGANOGRAMA ACES / UCC</b>	

## **INDICE DE FIGURAS**

<b>Figura 1 – Articulação entre o processo de gestão e o papel do gestor</b>	<b>21</b>
<b>Figura 2 – Referencial de competências do enfermeiro gestor (OE, 2015)</b>	<b>23</b>
<b>Figura 3 – - Modelo CAF</b>	<b>33</b>
<b>Figura 4 – Reorganização dos CSP do SNS</b>	<b>34</b>
<b>Figura 5: Níveis de cuidados no serviço público de saúde português</b>	<b>35</b>
<b>Figura 6 – Organograma do ACES</b>	<b>35</b>

## **INDICE DE QUADROS**

**Quadro I – Orçamento do Projeto de AA (CAF)**

**43**

## **INDICE DE GRAFICOS**

<b>Gráfico 1 - Pontuação Critério 1</b>	<b>50</b>
<b>Gráfico 2 - Pontuação Critério 2</b>	<b>51</b>
<b>Gráfico 3 - Pontuação Critério 3</b>	<b>52</b>
<b>Gráfico 4 - Pontuação Critério 4</b>	<b>54</b>
<b>Gráfico 5 - Pontuação Critério 5</b>	<b>55</b>
<b>Gráfico 6 - Resultado final</b>	<b>56</b>

## INTRODUÇÃO

O processo de gestão consiste no exercício de funções de coordenação que implicam uma serie de comportamentos capazes de gerir e ou alocar recursos que possibilitem o cumprimento dos objetivos. Estes objetivos devem ser de carácter institucional e de equipa, claramente predefinidos e atingíveis, para que possam funcionar como motor de motivação ao desempenho.

Este processo complica-se quando se gerem serviços e não produtos, pela subjetividade que lhe está associada. A gestão em enfermagem para além de todos estes princípios fundamenta-se num enquadramento legal e tem como finalidade a excelência dos cuidados de saúde prestados por uma equipa.

A excelência é um objetivo que se fundamenta na melhoria contínua da qualidade, e na aplicação de instrumentos de gestão que podem agilizar a identificação de situações/problema, no sentido de transformar fraquezas e ameaças ao desempenho de qualidade em forças e oportunidades de melhoria desse desempenho e do cumprimento dos objetivos traçados.

A qualidade em saúde apresenta-se como um conceito complexo que visa o desempenho em prol da satisfação do cliente. Resulta da procura individual da excelência na prestação de cuidados, implica competência/motivação tornando-se visível no desempenho coletivo/equipa (Donabedian, 2003). É fácil de identificar, embora difícil de definir, atendendo à sua abrangência e fatores de influência, nomeadamente quando se refere a serviços, como nas unidades de saúde (Sale, 1998).

Parece ser intenção dos últimos governos portugueses, assim como de organizações nacionais e internacionais, adotar políticas, planos e programas de melhoria contínua da qualidade em unidades de saúde, tendo como objetivos melhorar a eficiência, diminuir o desperdício de recursos e materiais/equipamentos e como finalidade assegurar a sobrevivência dos Sistemas de Saúde.

Para tal, a convergência entre a crescente necessidade de implementação destas políticas de saúde e a motivação individual/equipa é fundamental, para a persistência na realização deste percurso e para transformar limitações em situações vantajosas, implementar mudanças obtendo-se bons resultados.

Sendo as mudanças uma constante na vida das organizações e das pessoas que as constituem importa considerar que quando impostas podem causar constrangimentos nas equipas e resultar menos adequadamente. Quando partem da vontade da própria equipa e do reconhecimento das suas vantagens, podem causar menores dificuldades de implementação e entender-se como oportunidade de intervenção/melhoria (Camara et al., 2015).

Este envolvimento da equipa parece ser um fator essencial para a mudança, implícita nos processos de melhoria da qualidade (Teixeira, 2013), pode contribuir também para desenvolver uma cultura organizacional, de melhoria contínua que parece ser essencial na implementação das referidas políticas de saúde.

O facto de a equipa considerar e reconhecer como fundamental a prestação de cuidados/desempenho de excelência, e de ponderar a hipótese de se empenhar num processo de acreditação, por crer que se trata de uma mais-valia para a segurança e satisfação de doentes e profissionais, motivou os profissionais duma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), a realizar uma autoavaliação do desempenho da unidade identificando as suas limitações

Sendo a qualidade uma área da responsabilidade da gestão e o seu envolvimento fundamental para o sucesso dos projetos de melhoria (Teixeira, 2013), foi assim proposto à gestão de topo e ao líder da equipa da UCC, avançar com um processo de autoavaliação (AA) e conseqüente plano de propostas de melhoria da qualidade do desempenho da UCC.

Realizada uma revisão da literatura os achados relativos a artigos e documentação que incidissem em práticas e estudos sobre a qualidade em contexto de Cuidados de Saúde Primários (CSP) foram escassos. Contudo, identificou-se um modelo adequado a este processo para organizações da Administração Pública, incluindo unidades de saúde – o Common Assessment Framework (CAF), que se constituiu como o suporte para a realização deste Projeto. Assim, este Projeto teve como finalidade, realizar o processo de autoavaliação/auditoria interna de uma UCC, aplicando o CAF.

Os processos de autoavaliação/auditoria dependendo do modelo utilizado, podem ter como finalidade a acreditação de instituições ou unidades/departamentos ou apenas a excelência do serviço prestado, pelo

cumprimento dos critérios de qualidade, mas seja qual for a finalidade pretende-se sempre a melhoria da qualidade total, resultante da conversão das ameaças em oportunidades/correções/sugestões de melhoria. Assim, importa utilizar de forma positiva e valorativa as fraquezas e ameaças transformando-as em forças e oportunidades capazes de melhorar o desempenho da organização/unidade, “identificação de perdas de oportunidade...formulação de recomendações no sentido de ajudar a gestão a melhorar o seu desempenho, na lógica de fornecer valor” (Pinheiro, 2014, p.19).

Como tal, pretendeu-se melhorar o desempenho da unidade de saúde, impulsionando uma cultura de mudança/melhoria contínua da qualidade, através da monitorização e controle de meios (estruturas e processos) e resultados e ainda refletir/discutir em equipa, sobre a organização e desempenho da equipa/unidade, no sentido de encontrar mecanismos de resolução de problemas e dificuldades.

No fundo e como refere Pinheiro (2014), a aplicação da CAF permite promover uma cultura de melhoria, uma dinâmica positiva/proactiva que demova a postura negativa da reclamação e da desesperança de melhorias, “ser um parceiro proactivo na implementação das recomendações ... ter a capacidade de apresentar soluções” (Pinheiro, 2014, p. 20).

O relatório deste processo encontra-se estruturado em três partes. Na primeira parte faz-se o enquadramento teórico de suporte ao projeto, clarificando conceitos como gestão, qualidade, o modelo de autoavaliação a utilizar e o contexto em que se aplica. Na segunda parte descreve-se o planeamento e implementação do projeto. Finaliza-se com uma reflexão, onde se revelam ganhos e limitações/dificuldades face ao presente projeto.

## 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A qualidade é uma visão inevitável quando nos referimos à área da saúde. Assim há que reunir esforços organizacionais, dos gestores e dos profissionais da prática clínica, no sentido de implementar projetos de melhoria contínua da qualidade, centrados na satisfação de utentes e profissionais. Para tal torna-se imprescindível identificar áreas mais fragilizadas ou onde se revelem um prenúncio de desacertos e corrigi-los. Daqui decorre a pertinência deste projeto.

No sentido de conhecer a natureza e abrangência do tema, avaliação da qualidade total em unidades de cuidados de saúde primários, realizamos pesquisas em bases de dados, livros e periódicos. Verificou-se que parece existir um reduzido número de estudos científicos, na área da avaliação da qualidade em unidades de CSP, comparativamente com o número de estudos realizados em contexto hospitalar.

Contudo, identificou-se um estudo pertinente, “Improving Wait Times and Patient Satisfaction in PrimaryCare” e um modelo adequado a este processo para organizações da administração pública portuguesa (Lisboa *et al.*, 2011), incluindo unidades de saúde. Trata-se do Common Assessment Framework (CAF) ou Estrutura Comum de Avaliação, cuja última versão é do ano dois mil e treze.

Assim e de forma a enquadrar o projeto, neste capítulo, exploram-se teoricamente aspetos relacionados com a gestão e o papel dos gestores, a qualidade em saúde e o modelo de avaliação Commom Assessment Framework. Conclui-se o capítulo com a abordagem teórica do contexto de aplicação do projeto: os Cuidados de Saúde Primários e as Unidades de Cuidados na Comunidade.

### **1.1. A Gestão e o Papel dos Gestores**

A palavra gestão tem origem no latim “gestio” que significa administrar/gerir. Assim, o conceito pressupõe a condução e administração de recursos de forma a atingir os objetivos da organização em questão, ou seja, o “processo de se conseguir obter resultados (bens ou serviços) com o esforço dos outros” (Teixeira, 2013, p.5).

Na antiguidade a gestão enquanto planeamento de atividades, revelou-se pela evidência dos templos construídos à data, como as pirâmides do Egito, e outros monumentos. Contudo, o pensamento em gestão evoluiu após a revolução industrial, passando por diversos movimentos e teorias que tiveram impacto na forma de gerir as organizações e no próprio papel do gestor. Atualmente, entre outros, valoriza-se a Gestão da Qualidade Total (Lisboa, et al., 2011).

Os modelos de gestão baseados na Total Quality Management (TQM) e no conceito de organização como sistema complexo, pressupõem uma interação entre a gestão estratégica, o envolvimento e liderança, o ganho para os clientes, a elaboração de padrões de referência, processos orientados para o cliente, trabalho em equipa, empoderamento, reconhecimento, recompensa e melhoria contínua organizacional e pessoal (Camara et al., 2015).

Compete ao elemento responsável pela gestão analisar os objetivos definidos pela organização/equipa/colaboradores e planejar, organizar, dirigir e controlar os meios/processos e resultados. Estas funções parecem estar em total interdependência, não podendo ser geradas isoladamente. Planejar implica definir a atuação e recursos envolvidos, ter em consideração a organização, as qualificações dos colaboradores, os locais de desempenho, assim como quem, como e o que se quer dirigir. Por sua vez, Organizar relaciona-se com a definição de funções de cada colaborador, obtenção de recursos e sua distribuição, para poder passar à função de Execução, que “consiste em estabelecer relações formais entre as pessoas, e entre estas e os recursos, para atingir os objetivos propostos” (Teixeira, 2013, p. 7).

A função de Controlo, por sua vez, tem por base o planeamento, a organização e a forma como se dirige (Teixeira, 2013). Controlar, implica a

existência de modelos de desempenho ou excelência que possibilitem a comparação (conformidade ou não conformidade) e a implementação de correções, para chegar aos resultados ambicionados.

Neste sentido e atendendo às dimensões apontadas como preponderantes no sucesso das organizações, “orientação para o cliente, liderança, visão a longo prazo, melhoria e aprendizagem contínua, participação dos colaboradores da empresa, rapidez de resposta, prevenção, gestão baseada nos factos (management by fact), relações de parceria, responsabilidade social e cidadania, orientação para os resultados” (Lisboa, et al., 2011, p.111) o gestor conduz a sua organização/unidade a atingir bons resultados.

Consideram-se três níveis de gestão, operacional, intermedio e institucional/topo. O gestor operacional encontra-se diretamente ligado à gestão da prestação de serviços ou produção de bens. Designam-se habitualmente por supervisores e chefes, no que se refere à enfermagem chefes e coordenadores, e são responsáveis por implementar rotinas/normas e procedimentos. O gestor institucional/topo integra, com frequência, conselhos de administração sendo responsável pelas políticas e estratégia global da organização, o enfermeiro director ou enfermeiro vogal do conselho clinico. Por vezes, existe um gestor intermédio/enfermeiro supervisor ou elemento da direcção de enfermagem que desempenha uma função mais estratégica, no que se refere aos recursos, planos e programas. (Lisboa, et al., 2011).

Seja em que nível for os gestores desempenham papéis fundamentais nas organizações, os gestores operacionais/líderes na gestão operacional de proximidade, junto das equipas, os gestores no topo das organizações. Uma boa articulação entre estes dois níveis de gestão permite uma liderança estratégica adequada às necessidades e evolução do mercado alvo da organização, no caso das organizações do SNS, utentes/famílias/grupos/comunidade, possibilitando a sustentabilidade, numa perspectiva de melhoria e de adequação à evolução e competitividade (Fontana, 2015).

A preocupação do gestor/líder da organização é atingir um mesmo resultado final, assumindo diferentes papeis “os gestores preocupam-se com o controle, a planificação, a execução e o comando, sendo que os líderes

centram-se mais na planificação estratégica, na definição de objetivos a longo prazo, na organização, na inovação e na promoção de mudança” (European Institute of Public Administration, 2013; Fontana, 2015, p.43).

Neste âmbito não podemos deixar de considerar o conceito de liderança cujo termo emerge do conceito de líder, que surge em Inglaterra por volta do ano de 1300, e significa ser guia, a pessoa que orienta. O termo foi adotado em Portugal, no século XIX, no âmbito das Ciências Sociais. A complexidade da liderança, quer como conceito quer como processo, tem despoletado um conjunto alargado de teorias e modelos que têm interrogado as características genéticas, hereditariedade e comportamentos que definem os líderes (Lisboa, et al., 2011).

Os estilos de liderança podem influenciar o modo como o líder desenvolve a ação, a forma de agir, contudo pensa-se que determinados comportamentos se ajustam a determinados contextos/situações (Lisboa, et al., 2011).

Os responsáveis pela gestão das organizações de saúde devem ser competentes e capazes de corresponder às exigências específicas desta área. As aptidões ao papel de gestor tornam-se predominantes consoante o nível de gestão em que este se encontra. Contudo, consideram-se como fundamentais em todos os níveis de gestão, a existência de aptidões concetuais, técnicas e de relações humanas.

Mintzberg (1979) realizou um estudo do qual concluiu que o gestor desempenha dez diferentes papéis, que agrupou em três grupos: interpessoal em que se realça a pessoa e suas motivações (o modelo, a liderança, o elo de ligação); informacional destacando-se o papel de comunicação (monitor, disseminador, porta voz); decisional em que a capacidade de liderança/negociação e a tomada de decisão se evidenciam (empreendedor, controlador, afetador de recursos, negociador) (Teixeira, 2013; apontamentos das aulas do 7º curso de gestão, 2016).

Como fatores preponderantes na articulação entre o processo de gestão (planear, organizar, controlar) e o papel do gestor (interpessoal, informacional e decisional), considerando as aptidões concetuais, técnicas e de relações humanas parecem estar a liderança, a comunicação e a motivação, como se pode observar na figura 1.

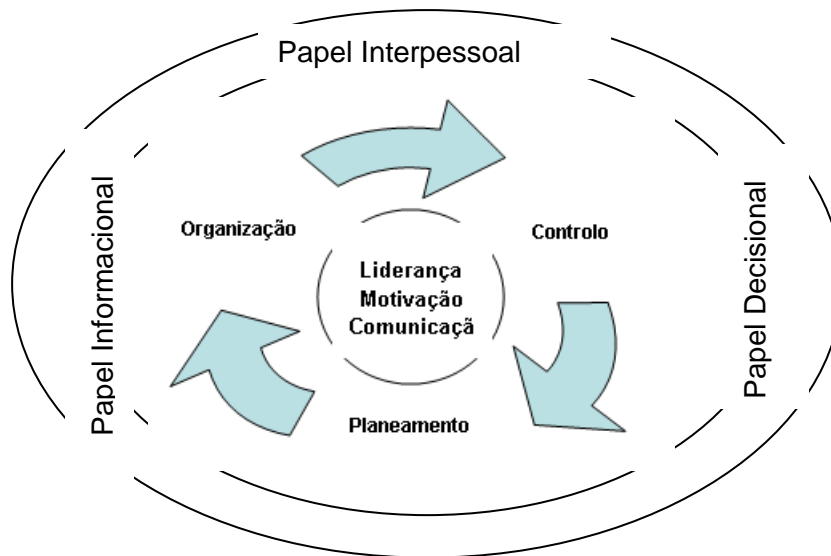


Figura 1 – Articulação entre o processo de gestão e o papel do gestor

O Enfermeiro gestor na sua prática clínica, fundamentado no enquadramento jurídico e na reforma do sistema de saúde planeia soluções, promove o trabalho em equipa, lidera projetos de melhoria da qualidade, gere a mudança, valorizando a área profissional e competências inerentes. Ao gerir equipas e unidades de saúde, o enfermeiro gestor gere cuidados e promove a prevenção, tratamento e reabilitação da pessoa com necessidade de cuidados de saúde. Uma boa gestão de cuidados de saúde promove bons cuidados de saúde pelo que a competência do enfermeiro gestor pode fazer a diferença na qualidade dos cuidados prestados.

O exercício profissional dos enfermeiros, aplicado à área da gestão, suporta-se no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), no Artigo 9º, nº 6 do Decreto-Lei nº 161/96 de 04 de Setembro, alterado pelo Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril. O mesmo documento faz referência ao dever de conduta “responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos”, como é o caso da segurança do doente, agora legislada, no Plano Nacional para a Segurança do Utente (Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro), em que se explicita o compromisso em “assegurar o cumprimento das ações estabelecidas nos planos de ação de cada unidade de saúde”.

Existe ainda um compromisso social, de cidadania, para com a comunidade, explicito no Código Deontológico dos Enfermeiros (CDE) no Artigo 80º, do Decreto-Lei nº 111/09, de 16 de Setembro, no que se refere ao empenho dos enfermeiros, na identificação das necessidades das populações/cidadãos, na organização dos cuidados no que é o interesse dos utentes/famílias, garantindo a sua segurança, assim como a melhoria contínua da qualidade dos mesmos.

Compete aos enfermeiros, no seu exercício, definir normas e critérios para as suas intervenções (REPE, 1996, nº6, b), autónomas ou interdependentes, que se verifique serem da sua área de competência e responsabilidade, no sentido da melhoria da qualidade dos cuidados e da manutenção da segurança dos utentes. Compete, ainda, ao enfermeiro gestor assegurar recursos e o cumprimento das normas e critérios referidos para que se prestem cuidados de qualidade.

Assim, compete ao enfermeiro gestor liderar o grupo no sentido de fortalecer o espírito de equipa e competitividade saudável, motivadora para a construção e implementação de novos projetos, agilizar a comunicação interna e externa à equipa e promover uma cultura organizacional de melhoria contínua da qualidade. Para a “qualidade do serviço prestado ao cidadão, é o gestor de pessoas, da segurança dos cuidados, da adequação dos resultados, da formação, do risco clínico, da mudança das relações profissionais, dos conflitos” (MS, 2015 - Regulamento 101/2015, de 10 de Março - Competências do enfermeiro gestor)

Este enfermeiro que desenvolveu competências na área da gestão, contribui para o cumprimento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PQCE), nomeadamente no que se refere ao enunciado descritivo “organização dos cuidados de enfermagem” (OE, 2012). Gere o risco clínico e não clínico, promove ambientes seguros. Diligência no sentido da “existência de um sistema de melhoria da qualidade do exercício profissional” (OE, 2012), incentiva e participa na construção e implementação de projetos/programas, implementa metodologias de validação e medição de resultados, monitoriza indicadores (MS, 2015).

Assim podemos concluir que para garantir a segurança do cidadão/família/comunidade, o enfermeiro gestor desenvolveu competências da prática profissional, ética e legal, de gestão de cuidados e serviços, de intervenção política e assessoria tal como no âmbito do desenvolvimento profissional, como se pode ver na figura 2.

Como tal, o papel do enfermeiro gestor, tal como noutras áreas, parece centrar-se na capacidade para orientar a unidade de saúde, segundo a Missão, Visão e Valores definidas para a mesma, gerir a unidade de saúde, o desempenho e a melhoria contínua, motivar e apoiar os colaboradores e proceder de forma exemplar (European Institute of Public Administration, 2013; Teixeira, 2013; Lisboa, et al., 2011).

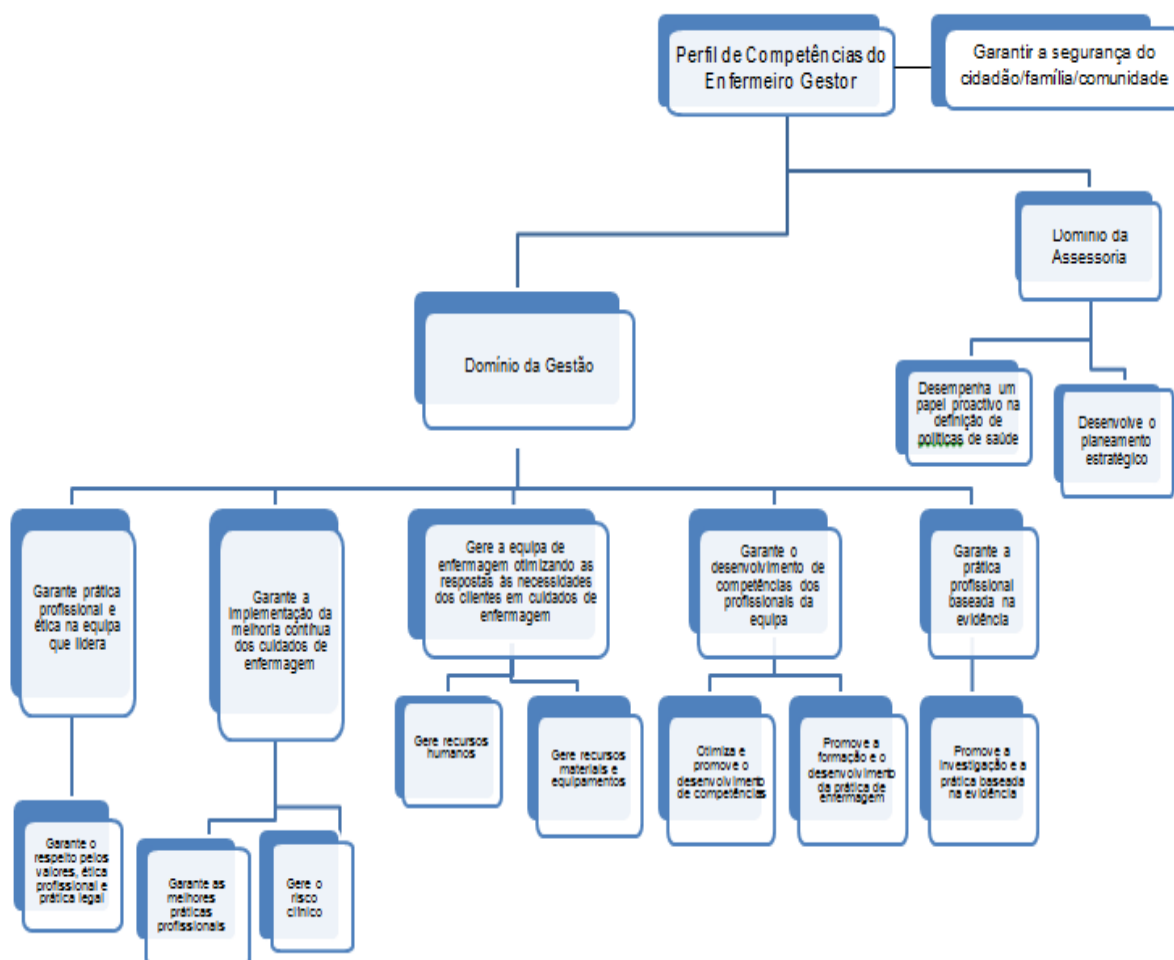


Figura 2 – Referencial de competências do enfermeiro gestor (OE, 2015)

Apesar de se verificarem alterações na carreira dos enfermeiros que extinguiram as categorias de enfermeiro especialista, chefe e supervisor, em apenas duas categorias, Enfermeiro e a de Enfermeiro Principal (Decreto-lei 247/2009 e Decreto-lei 248/2009, de 22 de setembro), a regulamentação do perfil de competências do enfermeiro gestor, aprovado em Assembleia da OE em Dezembro de 2014 e publicado em Diário da República - Regulamento 101/2015, de 10 de Março - Competências do enfermeiro gestor, vem manter e clarificar a importância do exercício da gestão em enfermagem. Também a publicação em onze de Novembro de 2010, do Decreto-Lei 122/2010, define a composição, competências e funcionamento dos cargos de gestão e direção de enfermagem, nas instituições do Serviço Nacional de Saúde, regulamentado pela portaria 245/2013 de 05 de Agosto (p. 4617).

Sendo que as funções do enfermeiro gestor, se encontram enquadradas na categoria de enfermeiro principal e nos regimes jurídicos da gestão hospitalar (Lei no 27/2002 e Decreto-Lei na 188/2003 de 20 de agosto) que descreve as competências do enfermeiro diretor e chefe de serviço, na organização e funcionamento dos cuidados de saúde primários (Decreto-Lei na 298/2007, 22 de agosto e Decreto-Lei no 28/2008 de 22 de fevereiro), enquanto vogal do Conselho Clínico de Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e coordenador das Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), no regime jurídico da organização e funcionamento das Unidades de Saúde Familiares (Decreto-Lei no 298/2007, de 22 de agosto), enquanto enfermeiro do Conselho Técnico/interlocutor, assim parece estar assegurado legalmente, as funções da gestão em enfermagem.

O Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN), federação internacional gerida por enfermeiros para enfermeiros, no ano dois mil, tomou a posição de, entre outros, responsabilizar os enfermeiros gestores, pela coordenação/gestão de unidades de saúde, definição e implementação de padrões de qualidade da prática clínica e ainda pelo contributo na definição de políticas de saúde.

Contudo, o enfermeiro gestor que lidera equipas, além das funções descritas, sustenta a sua prática em capacidades e conhecimentos sobre gestão de conflitos e decisão ajustada, adequando-se à diversidade e complexidade de situações/necessidades das unidades e respetiva equipa.

Neste sentido e atendendo a que o gestor gere pessoas, importa ter presente que a pessoa é um ser social, logo influencia e é influenciado pelos grupos onde interage. Assim cada pessoa é um ser único, pela sua genética mas também pelas experiências vividas e pelo que as motiva, capaz de influenciar o seu comportamento (Camara et al., 2015; Teixeira, 2013; Lisboa, et al., 2011).

Motivar os diversos elementos da equipa, implica comunicar de forma clara, objetiva e persuasiva, partilhar as dificuldades e as recompensas. Utilizar a informação no planeamento (objetivos e estratégias), organização, na resolução de problemas, clarificação de papéis e definição de responsabilidades, no apoio à equipa e aos seus elementos em particular, utilizando estratégias de reconhecimento e recompensa pelo esforço realizado pelos elementos da equipa e de gestão de conflitos, quando necessário o que implica um acrescido sentido de responsabilidade social e profissional (Peres et al., 2013).

A motivação parece resultar das experiências vividas satisfatoriamente e é um fator relevante que pode desencadear e orientar o comportamento individual ou coletivo para uma determinada finalidade. O facto de se tornarem confluentes e atingíveis os objetivos individuais e coletivos de uma equipa/organização implica satisfação e pode potenciar a motivação. Então motivar, enquanto “processo de fornecer aos membros de uma organização a oportunidade de satisfazer as suas necessidades e cumprir os seus objetivos, através de um comportamento que se traduza no máximo de produtividade para a organização de que fazem parte” (Teixeira, 2013, p.206) é um fator influenciável pela liderança.

O gestor/líder identificando os objetivos, desejos e valores de cada um dos elementos e atendendo aos objetivos institucionais, deve adotar medidas que permitam a sua realização ou compensações quando a sua concretização não é possível (Teixeira, 2013).

Quando a satisfação encontra obstáculos intransponíveis, surge a frustração e como compensação os comportamentos desviantes. “Na gestão das organizações é conveniente encontrarem-se soluções compensatórias quando as necessidades não podem ser satisfeitas, pois as frustrações, para além dos efeitos negativos no desempenho dos trabalhadores, podem

acumular tensões que conduzem a situações de agressividade ou apatia, sempre prejudiciais” (Teixeira, 2013, p.194).

Assim como medidas compensatórias, consideram-se para além da remuneração, as funções ou cargos melhorados, o envolvimento/participação na resolução de dificuldades, horários flexíveis, ciclos de melhoria da qualidade como o ciclo de Deming ou uma maior autonomia que possibilite a cada colaborador desenvolver o seu próprio projeto e trazer valor à instituição. Neste sentido, importa que o líder promova a responsabilidade pessoal e uma forte cultura organizacional (Teixeira, 2013; Lisboa, et al., 2011).

Outra das capacidades a desenvolver pelo enfermeiro responsável pela liderança da equipa é ser empreendedor, inovador, agente de mudança e garantir a implementação de projetos/programas de melhoria contínua da qualidade. Neste sentido importa que se assegurem as melhores práticas profissionais, baseadas em evidência científica e o cumprimento dos modelos de qualidade.

O empreendedorismo é fundamental ao desenvolvimento e adaptação à transformação económica atual (Chiavenato, 2015), consiste em aproveitar oportunidades utilizando novas estratégias e inovação, melhorando o desempenho da organização (Sarkar, 2007). A aptidão para inovar pode aumentar a competitividade entre as organizações, não pela capacidade de produção, mas pela novidade/mudança (Camara et al., 2015; Fontana, 2015).

O colaborador empreendedor é aquele que com eficiência consegue aplicar as suas propostas, demonstra entusiasmo por desenvolver capacidades e competências, direciona o caminho das atividades no sentido de melhorar os resultados, encoraja a tomar iniciativas, induz o pensamento crítico de cada um sobre o seu próprio trabalho, ocupa-se em conjunto com outros a planear a melhoria dos serviços, advoga no apoio a boas ideias, arrisca com novas ideias, planeia claramente o futuro para a organização, estimula a união de esforços por desafios, entusiasma-se e passa aos outros a vontade de fazer melhor. “Requer tempo e investimento e exige esforço contínuo ... implica que os indivíduos sejam livres de tomar iniciativas e concretizar ações que sejam uma novidade para a organização” (Sarkar, 2014, p. 40). Assim o papel do empreendedor é utilizar a oportunidade, arriscar e implementar de facto algo

criativo/inovador, motivando a equipa no mesmo sentido, objetivando a melhoria dos resultados (Sarkar, 2014).

Segundo Sérgio Gomes, Chief Nursing Officer, um líder é um enfermeiro que faz acontecer, e para que possa acontecer refere três premissas, a pro atividade presente na sua prática, a escuta ativa e a promoção e acompanhamento cuidadoso e efetivo da intervenção dos elementos da sua equipa (ROE, 2011).

Inovar trata-se de um conjunto de “ações de aprendizagem e melhoria contínua” (Fontana, 2015, p.61), capazes de introduzir mudança em alguns aspetos adaptando processos/serviços/produtos às necessidades daqueles a que se destinam/população alvo. A adoção de novos processos, serviços, competências, formas de organização ou produtos, revela o dinamismo de uma organização, “a inovação nos dias de hoje, está baseada, num processo com colaboradores de elevadas capacidades, conhecimento e competência” (Fontana, 2015, p.74).

Na área dos serviços é urgente adotar um espírito de empreendedorismo e inovação, inovar/diferenciar implica atender às necessidades do cliente e melhorar processos, procedimentos, comunicação e informação-tecnologias, no sentido da mudança/melhoria (Sarkar, 2015).

É consensual que a mudança implica instabilidade e, por vezes, desagrado, do que pode resultar alguma resistência à transição entre uma situação atual e uma visão de futuro (Camara et al, 2015). Acarreta o empenhamento de uma equipa (Sousa & Monteiro, 2015), e não apenas de um colaborador, assim importa criar a necessidade de mudar e realizar algo de novo, cujos resultados sejam reconhecidos como um caminho de melhoria da qualidade para a excelência em saúde.

Esta procura de excelência nas unidades de saúde implica o envolvimento da equipa, num processo de autoavaliação, que indique o nível de qualidade em que se encontra e as áreas em que é preciso melhorar (CAF, 2013). Daqui decorre a pertinência deste projeto.

## **1.2. Qualidade em Saúde**

A procura da melhoria no que se refere à qualidade parece ser algo existente desde os primórdios da humanidade. A sobrevivência da espécie obrigou desde sempre à tomada de decisões que, percebidas como de melhor qualidade, facilitaram a evolução e melhoria das condições de vida, nomeadamente no que se refere à utilização de instrumentos de caça, cultura de alimentos, condições habitacionais, entre outras.

O conceito de Qualidade tem origem no latim, “qualitas”, que significa um atributo de excelência de algo a que se refere. Muito abrangente, e cada vez mais utilizado, por políticos, gestores, prestadores de cuidados e utentes, pode considerar-se que o conceito de qualidade se relaciona com os procedimentos adotados e com a capacidade das intervenções servirem os fins a que se destinam e também com a excelência da organização/unidade.

O conceito de Qualidade foi evoluindo ao longo dos tempos. Consiste em primeira instância, no impedimento da ocorrência de erros e eliminação de produtos defeituosos. Posteriormente, a preocupação inicial com a qualidade dos produtos e máquinas deu lugar à preocupação com a qualidade das pessoas e dos processos de produção.

Nos anos trinta W. A. Shewart criou o ciclo de melhoria da qualidade, um método de gestão da qualidade, que implementado nos Estados Unidos da América não obteve, contudo, grande sucesso. No pós-guerra (1950), William Eduard Deming (engenheiro/matemático), um dos teóricos na área da qualidade, decidiu proceder à sua implementação no Japão. O método foi adotado com uma variante, o envolvimento da gestão de topo, que produziu a diferença nos resultados e tornou este ciclo num instrumento de sucesso.

Para este autor a qualidade é tudo o que possa incrementar melhoria de produtos/serviços, tendo em atenção as expectativas do cliente a que se destina, logo trata-se de um processo dinâmico. Assim nos anos oitenta, surge o conceito de Qualidade Total ou Gestão da Qualidade Total (TQM), em que a satisfação é importante mas não apenas a do cliente, também a dos colaboradores, dos gestores, do ambiente e dos parceiros envolvidos.

A Gestão da Qualidade Total (TQM) direciona as suas prioridades para os resultados, a satisfação dos clientes, as capacidades de resolução de

problemas por parte dos colaboradores e a avaliação de resultados. Esta nova abordagem da qualidade, de característica sistémica, distingue-se pela atenção às necessidades e expectativas dos clientes, mas também à intolerância ao erro, à precaução do problema, à decisão com base em evidências, ao planeamento estratégico, ao trabalho em equipa, à descentralização e implementação de estruturas horizontais e aceitação da qualidade como uma melhoria contínua (Rocha, 2006).

A sua implementação implica o desenvolvimento da gestão para a excelência e exige colaboradores responsáveis e capacitados para a autonomia direcionada para os objetivos (missão da organização), para os grupos de trabalho (cooperação), para a melhoria contínua da qualidade e sistemas de medida/indicadores (Lisboa, et al., 2011; Rocha, 2006). Segundo a European Foundation for Quality Management (EFQM), responsável europeia nesta área, a excelência numa organização gira em torno de fatores como a gestão de pessoas, políticas e estratégia, recursos e resultados relativos à satisfação das pessoas, dos cuidados e da integração na vida da organização (Camara, et al., 2015).

Aderir à TMQ pressupõe a desarticulação das estruturas convencionais, incentivando a mudança organizacional, como no caso da necessidade de auscultar os cidadãos sobre como avaliam o desempenho e qualidade do serviço que lhes é prestado, tal como da “avaliação de desempenho que tem que ser repensada não em moldes individuais, mas em termos de melhoria dos processos e gestão de equipas de trabalho” (Rocha, 2006, p.46).

Uma das ferramentas mais utilizadas no âmbito da TQM é o ciclo de melhoria da qualidade de Deming/PDCA, anteriormente referido. Embora, inicialmente somente aplicado a produtos a sua utilização na área de serviços tem sido cada vez maior, pese embora a subjetividade inerente à avaliação da qualidade da prestação de serviços, em especial na área da saúde (Amaral, 2014; Rocha, 2006). Ou seja, “o consumidor compara o serviço – a sua qualidade técnica e a forma como foi prestado – com as suas expectativas” (Rocha, 2006, p.27),

“o conceito de qualidade de serviços, onde se enquadra a prestação de cuidados de saúde, encontra-se associado a três características que particularizam este sector: intangibilidade; heterogeneidade; e

indissociabilidade dos atos de produção e consumo ... Sendo os serviços desempenhos e não objetos, a sua avaliação é necessariamente mais subjetiva porque nem todos os consumidores têm as mesmas prioridades e necessidades, tornando-se difícil perceber a forma como vêm a prestação de cuidados e como avaliam a sua qualidade” (Amaral, 2014, p.21).

A melhoria da qualidade em saúde é recomendada por organizações internacionais, como a Organização Mundial de Saúde (OMS), o International Council of Nurses (ICN) e organizações nacionais como a Direção Geral de Saúde (DGS), Ordem dos Enfermeiros (OE), para além do Governo e Ministério da Saúde (MS).

A OMS define políticas para a Qualidade em Saúde, nomeadamente em CSP, no mundo em geral, como de seguida se evidencia:

“No Século XXI, os cuidados de saúde primários continuam a ser o pilar dos sistemas de saúde. O reconhecimento dos doentes como parceiros nos seus próprios cuidados, ... A inovação ao nível dos cuidados de saúde primários tem de incluir o uso mais alargado das tecnologias de comunicação, apoio à decisão ... É importante a integração dos cuidados, proporcionando aos doentes os cuidados de melhor qualidade” (OMS, 2015, p. 10).

Esta necessidade de melhoria da Qualidade em saúde nomeadamente nos CSP é uma exigência decorrente das restrições económicas e consequentes alterações das condições e necessidades das populações, assim como dos contextos da prestação dos cuidados de saúde, e dos resultados desejados com a governação clínica (MS, 2011), em que se pretende, através da autonomia técnica, administrativa e financeira, conter custos e reduzir desperdícios (Rocha, 2006).

A dificuldade na mensuração da qualidade em saúde, passa pela dificuldade em construir indicadores que revelem de facto, os resultados das intervenções realizadas (Sale, 1998), pelo que se torna mais fácil a avaliação de espaços físicos, equipamentos, simpatia dos prestadores de cuidados, do que o resultado das intervenções dos mesmos, muitas vezes em ambientes/contextos completamente diferentes (Amaral, 2014)

Esta é uma problemática que reporta ao tempo dos Romanos atendendo aos registos que efetuaram sobre a eficiência dos seus hospitais. Florence Nightingale na década de 1850, também avaliou a qualidade dos cuidados prestados em hospitais na guerra da Crimeia, tendo observado, registado e utilizado essa informação para aferir o nível da qualidade dos cuidados e proceder a melhorias (Sale, 1998).

Também Isabel Stewart (1920-1940) definiu uma lista de oito parâmetros, os “Stewart Standards”, através dos quais pretendia avaliar a qualidade dos cuidados. Posteriormente, em 1969, Avedis Donabedian divide em três vertentes a avaliação da qualidade de cuidados: estrutura, processo e resultados (Sale, 1998).

A política de saúde dos últimos governos portugueses, na senda de recomendações da OMS, tem mantido o investimento na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, nomeadamente nos CSP. No Programa do XXI Governo Constitucional (2015-2019), a premissa mantém-se existindo como objetivo estratégico na área da saúde, o investimento na qualificação da rede de saúde, promovendo o melhor acesso da população a uma rede mais qualificada destinada ao efetivo bem-estar dos cidadãos.

A qualidade certificada pode transmitir uma imagem credível e de confiança ao exterior. Processos de avaliação/auditoria e modelos de excelência são abordagens que podem conduzir à qualidade e quando adotados são importantes modelos de referencial e instrumento de diagnóstico, podem conduzir à melhoria do desempenho e satisfação dos utentes. Importa para tal a existência na organização de um método estruturado de identificação, planeamento e documentação, das atividades a desenvolver. O modelo de excelência apontado para Portugal pela EFQM é o Common Assessment Framework que exploraremos adiante (Lisboa, et al., 2011).

Refere o Código Deontológico dos enfermeiros no Artigo 76º, nº1, alínea a), que o enfermeiro detém obrigação do exercício e ainda da adoção de todas as “medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem”. No mesmo documento citado no Artigo 78º, nº3, alínea a) releva-se o papel assumido pelo Enfermeiro perante a sociedade, enquanto princípio orientador da sua atividade. O Regulamento do Exercício Profissional dos

Enfermeiros, os Estatutos da Ordem dos Enfermeiros, os perfis de competências (gestor) e os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PQCE), definidos pela OE, servem de referencial teórico, à prática e à melhoria contínua da qualidade.

### **1.3. Common Assessment Framework**

A qualidade enquanto filosofia de gestão permite atingir a satisfação das necessidades dos cidadãos, desburocratização e simplificação de processos e procedimentos e maior eficácia e eficiência dos serviços (Decreto-Lei nº166-A/99 de 13 de maio)

As pesquisas realizadas no âmbito deste projeto conduziram-nos ao documento normativo para autoavaliação de organizações da Administração Pública, o Common Assessment Framework (CAF) ou Estrutura Comum de Avaliação, que surge em 2001 resultante da evolução de anteriores modelos europeus e cuja última versão data de 2013.

A CAF é um instrumento de gestão enquanto referencial de boas práticas, uma ferramenta de gestão que quando utilizado como modelo de autoavaliação agiliza a colheita de dados proponentes a um diagnóstico das atividades e resultados com base em evidências, da organização em que se aplique (CAF, 2013). É um modelo europeu que resultou do contributo do Estados Membros da União Europeia. Tem por base o Modelo da Excelência da European Foundation for Quality Management (EFQM) que fornece uma estrutura capaz de permitir às organizações determinar o seu nível de excelência. Utilizado por um número, cada vez maior de organizações fornece uma estrutura que incentiva a cooperação, colaboração e inovação.

Trata-se de um arquétipo com base em 9 critérios, como se pode observar na figura 3, que caracterizam os principais focos de análise organizacional, enfatizando a aprendizagem e inovação.



Figura 3 – - Modelo CAF

Encontram-se associados em:

- Critérios de Meios: critério 1 a critério 5
- Critérios de Resultados: critério 6 a critério 9

Os Critérios de Meios e respetivos subcritérios agilizam a análise das atividades desenvolvidas na organização, no que se refere à Liderança, Planeamento e Estratégia, Gestão das Pessoas, Parcerias e Recursos, Gestão de Processos e de Mudança. Os Critérios de Resultados e respetivos subcritérios permitem verificar os resultados atingidos através dos meios disponíveis.

Esta ferramenta (CAF) tem como objectivos, enraizar uma cultura de excelência e princípios de gestão da qualidade segundo o ciclo PDCA, agilizar a implementação de medidas de melhoria, utilizando a autoavaliação para o diagnóstico da situação e simplificar o benchlearning entre organizações.

A sua utilização cria espaços de discussão e reflexão sobre a prática clínica, estratégias de utilização de recursos e de interpretação de resultados. Facilita a análise dos processos, do planeamento, da liderança e da resistência à mudança. Cria o hábito de, para além de identificar dificuldades, pensar e sugerir soluções.

#### 1.4. Cuidados de Saúde Primários/UCC

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) do Serviço Nacional de Saúde Português (SNS), enquanto rede prestadora de cuidados de saúde tiveram “origem na reforma do sistema de saúde e da assistência delineada por Gonçalves Ferreira, Arnaldo Sampaio e Baltazar Rebelo de Sousa em 1971 com a publicação do Decreto-Lei 413/71, de 27 de Setembro – Lei Orgânica do Ministério da Saúde, antes da Declaração de Alma Ata, de 1978, e da constituição do Serviço Nacional de Saúde (SNS) português em 1979” (Alto Comissariado da Saúde, 2010,p.4).

Desta forma foram estabelecidas as bases do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e criados os primeiros CSP ou Centros de Saúde de primeira geração (Branco & Ramos, 2001). Entre 1983 e 1995, foi com a publicação do Despacho Normativo nº 87/83, de 22 de abril, que se viu formalizada a criação da segunda geração de centros de saúde. Entre 1995 e 2007, verificou-se a fase da transição organizacional que engloba a hierarquia burocrática até ao modelo de equipas e de rede (Alto Comissariado da Saúde, 2010).

A partir de 2007, deu-se início à atual reforma e desenvolvimento organizacional dos CSP, com a publicação do Decreto-lei n.º 298/2007, de 22 de agosto sendo que um ano mais tarde, surgem os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e as primeiras Unidades de Saúde Familiares (USF). A figura 4 sintetiza a reforma dos CSP apresentando alguns dos seus objetivos operacionais e as respetivas estratégias.

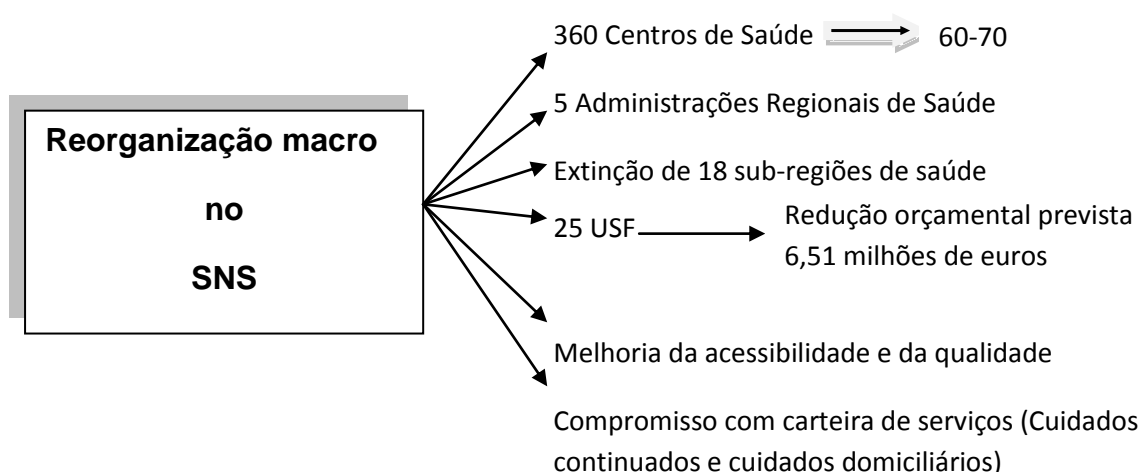


Figura 4 – Reorganização dos CSP do SNS

Como se representa na figura 5, os CSP enquadram um dos níveis de cuidados, destinados a utentes do SNS.

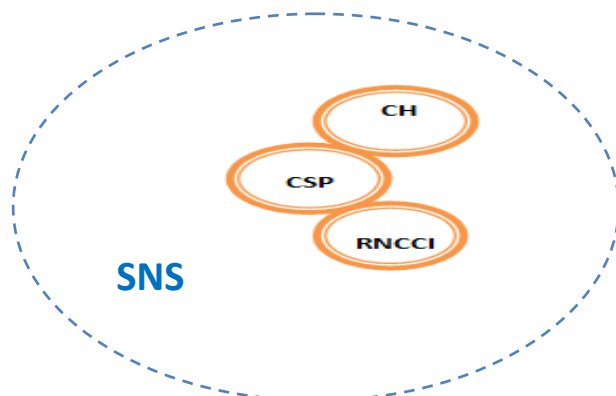


Figura 5: Níveis de cuidados no serviço público de saúde português

Pretende-se que os CSP sejam a primeira linha de cuidados, com foco na promoção da saúde e prevenção do risco para utentes e famílias. Neste sentido, os ACES visam contemplar as decisões organizacionais e permitir uma proximidade das equipas multiprofissionais e das comunidades (Quadro de Orientação Estratégica para o Desenvolvimento dos CSP, 2012). Para tal, compreendem diversas unidades funcionais, entre outras, como se pode ver na figura 6.

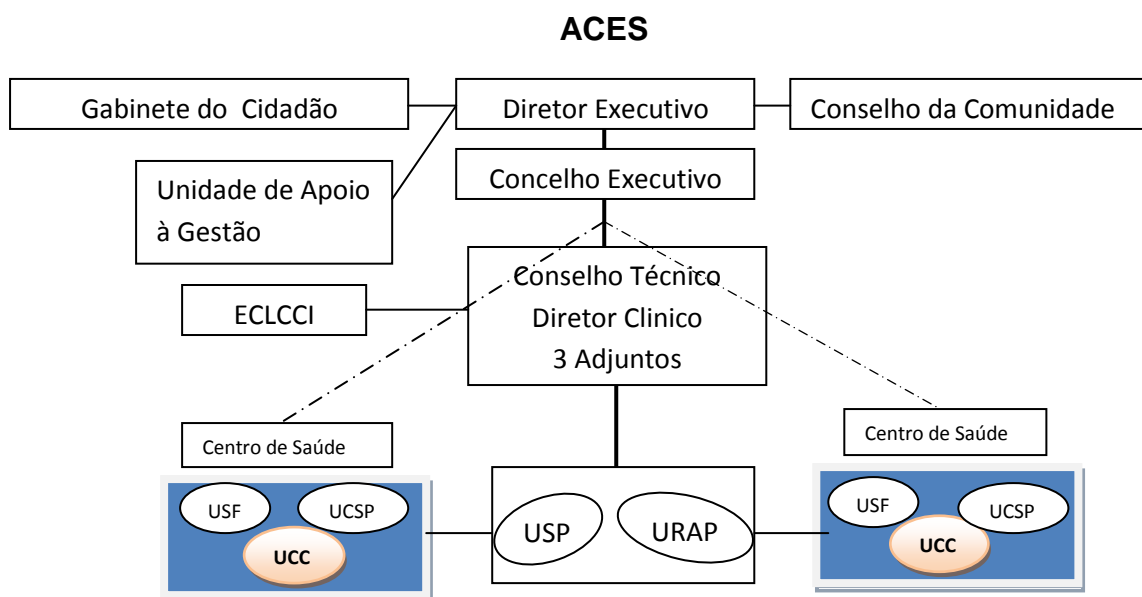


Figura 6 – Organograma do ACES

As UCC enquanto unidades funcionais de saúde dos ACES (Apêndice II) têm uma estrutura multidisciplinar em que o grupo profissional maioritário é composto por enfermeiros (Apêndice II), incluindo o coordenador/líder da equipa. A sua missão é prestar cuidados na comunidade (domicílios, escolas, outros) a grupos vulneráveis e de risco. Atua isoladamente ou em parceria com outras entidades, como hospitais, Juntas de Freguesias, Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco (CPCJ), Escolas e outras. A sua intervenção é sem dúvida centrada nos utentes, famílias, grupos e comunidade em geral, suas necessidades/problemas.

Estas unidades comprometem-se a uma contratualização anual, cujos objetivos ainda obedecem a um mapa de indicadores comuns, e um ou dois de escolha de cada UCC por adequação a projetos desenvolvidos e não estandardizados. Embora no que se refere à contratualização 2017-2019, as indicações sejam no sentido de adequar indicadores às diferentes realidades das UCC, a diferentes equipas e respetivos projetos, capazes de dar resposta às necessidades das diferentes populações que abrangem. Esta metodologia é relativamente recente e todas estas transformações estão dependentes de fatores de aprendizagem e de desenvolvimento/cultura organizacional de cada instituição.

Os objetivos traçados para esta reforma consistiram em assegurar cuidados de saúde de qualidade a todos os cidadãos, recompensar as boas práticas profissionais e garantir a eficiência e sustentabilidade do sistema de saúde, atendendo à autonomia da gestão nos ACES (Barbosa, 2012). Assim, exige-se a capacidade de tomar decisões num contexto de proximidade com os utentes, o que poderá beneficiar a qualidade dos cuidados e a satisfação dos mesmos.

Importa alertar para o facto de que os ACES têm como finalidade assegurar cuidados de saúde “à população de uma área geográfica, procurando manter os princípios da 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 da comunidade” (Barbosa, 2012: p.1).

Neste processo de reforma/desenvolvimento organizacional, importa consciencializar a necessidade de promover uma cultura funcional de mudança e melhoria da qualidade nos CSP, o que acarreta alterações gestionárias. Assim são enunciados separadamente: objetivos estratégicos e instrumentos estratégicos. No que se refere aos meios para atingir objetivos como,

“Assegurar a cobertura total do país com CSP de qualidade, de modo equitativo... Aumentar o impacto dos CSP nos estados de saúde das pessoas, das famílias e das comunidades... Reduzir a utilização inadequada de cuidados hospitalares e, sempre que possível, reduzir a necessidade destes cuidados... Organizar respostas adequadas para os problemas e necessidades de saúde de grupos populacionais específicos e da população no seu todo” (Quadro de Orientação Estratégica para o Desenvolvimento dos CSP, 2012, p.12).

Importa, ainda, adequar o sistema de informação, gerir proactivamente recursos humanos; ajustar estruturas e equipamentos; assegurar a governação clínica e de saúde; desenvolver competências de gestão organizacional aliada a cultura organizacional; descentralizar o poder de decisão/gestão das ARS para os ACES; contratualizar segundo as características das populações e as suas necessidades, “sistemas retributivos inteligentes e justos e inovação, qualidade, acreditação e auditorias” (Quadro de Orientação Estratégica para o Desenvolvimento dos CSP, 2012, p.13).

Proceder, à autoavaliação das UCC, parece-nos ser primordial para responder às políticas e estratégias definidas para o papel dos CSP, na atualidade.

## 2. PROJETO

Um projeto trata-se de um plano ou ferramenta de mudança. A palavra “projeto” designa a previsão exequível do que pretendemos alcançar. “É a passagem do desejo à intenção e desta à ação, mas ação refletida, esclarecida e planeada.” (Botelho, 1994, p.35).

Quando se pretende resolver um problema e implementar um projeto, tendo em conta as características, necessidades e expectativas das pessoas a que se destina (OE, 2013), pode utilizar-se como instrumento o ciclo proposto por William Edward Deming, um dos mais importantes estudiosos na área da qualidade, o ciclo de Deming, designado atualmente como ciclo PDCA (Rocha, 2006). As etapas do referido ciclo a considerar quando se pretende implementar melhoria da qualidade são: *Plan* (planear o que fazer e como fazer, com definição de metas e métodos), *Do* (Fazer o que foi planeado, apresentando dados), *Check* (Verificar se foi feito de acordo com o planeado, comparando metas e resultados), *Act* (Atuar para melhorar, numa ação corretiva e preventiva) (Michael, et, al., 2013; Rocha, 2006).

No atual contexto das organizações de saúde e atendendo às dificuldades económicas, alterações sociais, pressão das políticas nacionais de saúde, no sentido da melhoria da qualidade dos cuidados e do desempenho das unidades de saúde aplicando-se a governação clínica, a contenção de custos, a reorganização de estruturas e recursos, tendo como fim a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde, impõe-se uma colaboração ativa, por parte de gestores e elementos das equipas de saúde.

Contudo, a ausência de uma cultura organizacional de utilização de projetos/programas de melhoria contínua da qualidade, tal como a ausência de sistemas de controlo da qualidade, dificultam este processo (Rocha, 2006). Assim à que aliar esforços no sentido de alinhar objetivos políticos, institucionais, das equipas/individuais, no caminho da excelência e da melhoria da qualidade total das unidades do SNS.

A evidência científica produzida pela investigação e pela prática clínica no sentido da excelência do desempenho das organizações, utilizada na uniformização de procedimentos e organização dos cuidados de saúde, pode satisfazer as necessidades dos utentes, dos profissionais, rentabilizar recursos e, conseqüentemente, melhorar a qualidade nas unidades de saúde. Sendo que um dos passos destes processos de melhoria é a avaliação do nível da qualidade existente.

Assim este projeto pretende implementar um processo de Auto Avaliação do desempenho da qualidade da unidade de saúde, no intuito da melhoria do mesmo. Como formanda pretende-se desenvolver capacidades no âmbito da metodologia de projeto, de processos de autoavaliação e melhoria da qualidade em unidades de saúde, da aplicação do ciclo de Deming/PDCA e ainda, do desenvolvimento de competências de gestão.

Atendendo às recomendações do Instituto Português da Qualidade (IPQ) e da Direção Geral da Administração e do Emprego Público (DGAEP), no sentido da melhoria da qualidade das organizações da Administração Pública, incluindo unidades de saúde, utiliza-se neste processo o Modelo Common Assessment Framework (CAF).

A autoavaliação de meios/recursos e resultados, numa unidade de cuidados na comunidade, da área da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), é prática pouco comum, pelo que se podem correr alguns riscos na viabilidade do projeto. Contudo, o facto de estarmos perante uma equipa pequena e motivada para a qualidade e inovação, na sua maioria, pode considerar-se uma mais-valia.

Outro fator positivo foi a pronta colaboração da gestão de topo e da coordenadora da unidade, que estiveram presentes desde o início e colaboraram sempre que solicitadas nesse sentido.

### **3. PLANEAMENTO**

Este projeto de Auto Avaliação do desempenho de uma UCC enquadra-se no âmbito da gestão e das competências do enfermeiro gestor. Enquanto responsável pela qualidade do desempenho/total da unidade que coordena o enfermeiro gestor domina conhecimentos, habilidades e técnicas de gestão que lhe permitem a utilização de instrumentos de avaliação para uma boa prática de gestão (OE, 2015).

Um dos instrumentos de apoio à gestão que pode contribuir para a melhoria da qualidade é a avaliação/auditoria ao desempenho das unidades de saúde. Ao planear este processo, devem descrever-se as atividades a desenvolver, o período de execução, por quem vão ser desenvolvidas, qual o local e a data de conclusão (Teixeira, 2013). Como se pode verificar no Apêndice III, foram traçadas as actividades a desenvolver nas diferentes fases do projecto.

#### **3.1.Finalidade**

Atendendo ao referido neste trabalho de projeto, com a Auto Avaliação da UCC, pretende-se melhorar o desempenho da unidade de saúde, impulsionando uma cultura de mudança/melhoria contínua da qualidade, através da monitorização e controle de meios (estruturas e processos) e resultados. Ambiciona-se que este projeto atue como um estímulo à motivação, recompensa/reconhecimento e desenvolvimento de competências dos profissionais da UCC e que se constitua como o primeiro passo para o futuro processo de acreditação da mesma.

### **3.2. Objetivos**

Atendendo ao anteriormente referido delineamos como objetivo geral deste projeto. Implementar um processo de Auto Avaliação de uma UCC com base no Common Assessment Framework.

Quanto aos objetivos específicos, definimos os seguintes:

- Planear o processo de AA, no que se refere a metodologia e recursos;
- Gerir o processo de AA mobilizando a equipa da UCC;
- Propor um plano de ações de melhoria para a UCC;
- Desenvolver conhecimentos e competências em processos de AA, gestão de projetos e de equipas.

### **3.3. Duração**

Este processo de planeamento e implementação do projeto iniciou-se em Setembro de 2016 e terminou em Fevereiro de 2017, sendo que as atividades de avaliação se desenvolvem entre Novembro e Janeiro do referido período temporal, tal como é recomendado no manual da CAF (2013), sob pena de se obterem resultados desatualizados.

### **3.4. Intervenientes/Equipa**

Participaram neste projeto todos os elementos da equipa multidisciplinar da unidade de saúde, incluindo o elemento coordenador da mesma assim como elementos da gestão de topo. Sendo que as tarefas de planeamento e registos do processo de autoavaliação, se encontram atribuídos a dois elementos, o gestor do projeto, responsável pelo desenho e liderança da equipa nas atividades relacionadas com o mesmo e um segundo elemento.

### **3.5. Beneficiários**

Entendemos que beneficiam com a implementação deste projeto:

- Os utentes, pela satisfação causada, pela melhoria nos resultados e pelo contributo na garantia da segurança dos mesmos, identificando e resolvendo situações de risco relativas a lacunas nos processos;
- Os elementos da equipa, pela melhoria na estrutura e processos mas também pela oportunidade de reflexão, estímulo do pensamento crítico, da motivação e do possível reconhecimento;
- A UCC e o ACES, pela redução no desperdício de tempo, materiais e melhoria da satisfação de utentes e profissionais.

### **3.6. Recursos Necessários**

Este projeto foi delineado por um elemento da equipa (enfermeira gestora do projeto) e desenvolvido com a colaboração de outro elemento embora com a participação de toda a equipa. Os vários momentos de partilha em grupo, sessões de AA, aconteceram em reuniões de equipa semanais. Existiu apenas a necessidade de acréscimo do número de horas de trabalho, nomeadamente pelo gestor do projeto e uma reorganização de atividades no horário habitual dos elementos da equipa, que permitiu a realização das sessões de AA.

Como se pode observar no quadro I, correspondente ao orçamento do projeto, a equipa utilizou um total de vinte e duas horas na fase de planeamento e divulgação do projeto, na fase de implementação noventa e nove horas de enfermagem em sessões de AA e trinta e seis horas de outros profissionais (nove horas da área da fisioterapia, nove horas da área da psicologia, nove horas da área da assistência social, nove horas de assistente técnico). No planeamento o gestor do projeto consumiu em formação dezasseis horas, na preparação da ação de formação da equipa da UCC vinte e duas horas, nos registos do projeto (elaboração do plano de ações de melhoria e relatório entregue aos órgãos de gestão) sessenta e seis horas.

<b>ORÇAMENTO DO PROJETO</b>						
	<b>DESIGNAÇÃO</b>	<b>QUANT.</b>	<b>CUSTO MENSAL</b>	<b>SUB-TOTAL</b>	<b>IVA</b>	<b>Totais</b>
<b>RECURSOS HUMANOS</b>	Enfermeiros	11 (1h/semana)	11*4sem	99*8€		792€
	Fisioterapeuta	1h/semana	1*4sem	9*10€		90€
	Assistente Social	1h/semana	1*4sem	9*10€		90€
	Psicóloga	1h/semana	1*4sem	9*10€		90€
	Assistente Técnica	1h/semana	1*4sem	9*10€		90€
<b>FORMAÇÃO E REGISTOS</b>	Gestor Do Projeto	16+22+66 horas				832€
<b>PUBLICIDADE E MARKETING/REUNIÕES</b>	Equipa	4 de 2 horas	22h/mês	22*9€		198€
<b>EQUIP. INFORMÁTICO</b>	Computador Projetor de imagem					Disponível na unidade
<b>EQUIP. MOBILIÁRIO</b>	Mesas armário e cadeiras	2+1+2				Disponível na unidade
<b>MATERIAL MÉDICO E DE ENFERMAGEM</b>						
<b>Totais</b>						<b>2182€</b>

Quadro I – Orçamento do Projeto de AA (CAF)

### **3.7. Atividades Planeadas**

Atendendo ao planeado e aos objetivos traçados, segue-se uma descrição das atividades relativas à fase de preparação do projeto, assim como à fase de implementação do mesmo (Apêndice III).

#### I - Viabilidade do projeto

- Entrevistas informais aos órgãos de gestão, à chefia de enfermagem e aos elementos da equipa;

- Análise SWOT;

- Pedido de autorização para realização do projeto.

#### II - Preparação do projeto:

- Pesquisa bibliográfica;

- Desenho do projeto;

- Formação (gestor do projeto e equipa);

- Reuniões com órgãos de gestão, peritos e de preparação;

- Constituição da equipa;

- Elaboração de documentos que suportam a autoavaliação;

#### III - Implementação do projeto:

- Reuniões semanais / sessões de AA;

- Elaboração do plano de ações de melhoria e relatório do projeto.

#### 4. AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Com base no gráfico de Gantt (Apêndice I), foi delineado o planeamento das intervenções/ações a desenvolver atendendo às diferentes fases do projeto (Apêndice III). Assim delinearam-se ações no sentido de alcançar os objetivos definidos para o projeto, delinearam-se indicadores de estrutura, processo e resultado, e o respetivo orçamento.

Na fase de auscultação da equipa e órgãos de gestão sobre a **viabilidade do projeto**, realizaram-se entrevistas informais aos órgãos de gestão, à coordenadora da unidade e equipa, no sentido de perceber a recetividade a este tipo de processo e aos benefícios que poderiam surgir como resultado da implementação do mesmo.

No que se refere à entrevista pouco estruturada com a líder da equipa, no sentido de perceber qual a sua disponibilidade para este projeto, percebemos que a resposta foi positiva e até de algum interesse no seu resultado. Contudo para continuar seria necessária a aprovação dos órgãos de gestão de topo.

Foi então solicitada uma reunião à Diretora Executiva do ACES (gestão de topo), com o intuito de perceber a recetividade e viabilidade deste processo. Atendendo a que a resposta foi positiva e motivante, passamos à fase seguinte que consistiu na solicitação das devidas autorizações formais para a implementação do projeto na UCC.

Seguidamente confrontou-se a equipa com o facto da realização do processo de AA, identificando o interesse dos elementos da equipa, em colaborar no mesmo. Deparamo-nos com algumas dificuldades, como a referência à pouca disponibilidade de tempo, a dificuldade em perceber o que poderia ser melhorado após este processo e a dificuldade em perceber o processo em si, assim como a desmotivação para investir em novos projetos.

Pela dificuldade percebida no entendimento da dinâmica e do processo da AA, e na tentativa de fazer entender a importância do mesmo e de perceber o sentimento da equipa relativamente às dificuldades sentidas, foi realizada numa primeira reunião uma análise SWOT (Apêndice Iv).

Identificaram-se como forças, o forte espírito de equipa, a existência de profissionais competentes, a articulação com outras instituições/parcerias, e o

conhecimento do contexto/população. Como oportunidades a dimensão do ACES e o envelhecimento populacional. Em contrapartida foram reconhecidas como fraquezas, a falta de viaturas, ausência de médico na equipa multidisciplinar da UCC, objetivos institucionais pouco claros, escassez de recursos humanos nomeadamente de horas de cuidados de enfermagem para novos projetos/processo de acreditação, demasiado tempo utilizado em registos. Como ameaças a baixa remuneração, pouco reconhecimento e consequente desmotivação/desesperança na melhoria em geral.

No sentido de utilizar este diagnóstico de situação e na tentativa de melhorar, pensamos que de facto o desenvolvimento deste projeto de autoavaliação na UCC causaria algum desassossego, mas também seria a criação de uma oportunidade de mudança e melhoria. Para além da justificação da pertinência e consistência do projeto, foi imprescindível, perceber a conveniência do mesmo para a gestão da organização (topo e intermédia), pela visibilidade perante a ARSLVT, assim como para a equipa de profissionais de saúde da unidade, pela oportunidade de reconhecimento do esforço e mudança. Identificada a viabilidade do projeto, passamos à fase de preparação do mesmo.

Na fase de **preparação do Projeto** realizaram-se as pesquisas no sentido de encontrar o modelo e registos sobre a implementação do mesmo, percebemos que o CAF se adequava à nossa realidade (Apêndice V). Definido o modelo de AA a utilizar (CAF), os objetivos do projeto e as respetivas pesquisas bibliográficas, percebemos as dificuldades na implementação do ciclo de Deming/PDCA assim como na implementação do modelo de AA CAF. Sendo este completamente desconhecido e caracterizado por uma metodologia própria, ocorreu a necessidade de efetuar formação sobre o mesmo e sua utilização. Assim nos dias vinte e nove e trinta de Junho do ano dois mil e dezasseis, a gestora do projeto participou como formanda no “II Encontro Nacional da CAF” (Anexo I), promovida pelo Ministério das Finanças e pela Direção Geral da Administração e do Emprego Público (DGAEP). Neste Encontro abordou-se a utilização do CAF e processos de AA, onde diversos departamentos da administração pública, incluindo um hospital, relataram a sua experiência, em diferentes fases de evolução e as dificuldades sentidas.

Verificou-se assim que este instrumento de gestão da qualidade se aplica a diferentes realidades, por mais especificidades que aparentem ter.

O desenho do projeto, onde se incluiu o cronograma das sessões de AA (Apêndice III), assim como as atividades a desenvolver, entre outras, serviu de orientação para a implementação do mesmo.

Na tentativa de clarificar o modelo e a sua operacionalização, vantagens e limitações sentimos necessidade de planear e desenvolver uma ação de formação em serviço sobre a temática CAF que decorreram em Outubro do ano dois mil e dezassete (Apêndice VI).

No decorrer das reuniões de preparação do processo de AA, foi identificada segundo as disponibilidades demonstradas a equipa de AA, inicialmente composta por quatro elementos, posteriormente reduzida a dois elementos, por limitações de tempo e recursos. Esta redução foi apoiada na opinião de peritos, pois dada a dimensão da unidade não causava prejuízo, o processo ser conduzido por um elemento e existir somente um segundo de apoio.

Após esta decisão, realizaram-se reuniões de trabalho dos elementos da equipa de AA, no sentido de definir a metodologia e cronograma de implementação, construíram-se grelhas utilizadas no processo de AA e procedeu-se à clarificação dos critérios a avaliar, de modo a que todos os entendessem da mesma forma. Posteriormente realizou-se uma reunião de equipa em que se divulgou o projeto e plano de sessões de AA.

Por termos sentido dificuldades e necessitarmos de tornar mais clara a metodologia de avaliação, atribuição de pontuação, reunimos com um perito na área da qualidade que, enquanto membro do Instituto Português da Qualidade (IPQ), trabalhou este Modelo de avaliação CAF. Foi-nos demonstrada a mais-valia de ambas as opções, atribuir pontuação segundo o ciclo PDCA, permite identificar o patamar exato em que se encontra cada critério, na outra opção em simultâneo com a atribuição de um valor identificaríamos também as medidas de melhoria necessárias.

Reunida a equipa de avaliadores e elaboradas as grelhas de avaliação (Apêndice VII)., inicialmente resolvemos optar pela primeira opção (avaliação de meios), embora mais tarde (avaliação de resultados) e por questões de

limitações temporais optássemos pela segunda escolha. Concluída a preparação do projeto passou-se à fase de implementação.

Na **fase de implementação** realizaram-se as sessões, agendadas semanalmente no período de tempo estipulado para a AA, tantas quanto o número de critérios apresentados no CAF. Foi definido um modelo para as atas de tais reuniões e realizadas as mesmas (Apêndice VIII), de onde posteriormente se recolheu a informação para a elaboração do plano de ações de melhoria.

Após a primeira sessão verificamos que a aplicação do processo não era simples e implicava discussões que se alargavam a outros âmbitos. Na tentativa de simplificar, reestruturamos o plano e definimos que previamente seria enviado por correio eletrónico a todos os elementos da equipa, o critério CAF a avaliar na sessão seguinte e respetiva grelha de avaliação, tendo melhorado significativamente o tempo de discussão. Definimos também, no sentido de orientar a discussão, que na mesma reunião, um primeiro tempo seria para AA, e em seguida procedia-se à discussão de casos clínicos ou outros assuntos, por esta ter sido uma necessidade sentida com o início destas reuniões semanais. Assim surgiram as denominadas *Quick Wins*.

No decorrer deste processo de AA foram corrigidas várias situações, no sentido de promover a melhoria da qualidade de desempenho da unidade e simultaneamente a segurança dos utentes, às quais nos referimos como *Quick Wins* (CAF, 2013) que passamos a descrever:

- Numa das sessões em que se avaliava um dos critérios de Meios do CAF, as parcerias, foi referida a importância da presença de um enfermeiro da equipa nas referidas reuniões, sob pena de se perder informação pertinente para a enfermagem e para os cuidados aos utentes. Pelo que de imediato se decidiu, que a partir dessa data estaria sempre um enfermeiro presente nas referidas reuniões e que seria o elemento de referência da equipa da UCC, nas reuniões de parceiros, o que se constituiu como uma melhoria rápida.

- Outra vitória rápida e muito significativa que também aconteceu no decorrer do processo de AA foi a atribuição de um assistente técnico (AT) fixo e integrado na dinâmica da UCC. A sua ausência limitava o desempenho da mesma, pois não havia um rosto fixo no atendimento ao público, quer

presencial quer por telefone. Muitas vezes os utentes não conseguiam contactar a unidade de saúde. Neste âmbito e ainda no decorrer do processo de AA, após solicitação fundamentada pelos riscos da ausência de um AT na unidade foi-nos atribuído pela Direção do ACES uma AT.

- A continuidade das reuniões semanais, concluído o processo de AA, é outra vitória que beneficiou a continuidade e qualidade dos cuidados prestados, assim como a segurança dos utentes.

Concluída a recolha de informação nas sessões de AA, que de seguida se descreve, passou-se à análise da mesma e elaboração do plano de ações de melhoria (Apêndice IX), assim como o relatório do processo. Posteriormente este foi apresentado à equipa multidisciplinar da UCC, à líder da equipa e à Direção do ACES.

Cumprida a recomendação expressa no modelo, esta fase de execução, não ultrapassou a duração de três meses, para não correr o risco de desatualização dos resultados (CAF, 2013). Sendo este um processo de aprendizagem para a equipa e em simultâneo de melhoria da qualidade total da mesma, constatou-se terem sido cumpridas as regras definidas no modelo como:

- Decisão sobre a organização e planeamento da AA;
- Comunicação do projeto na unidade de saúde e órgão de gestão;
- Criação da equipa de AA;
- Organização e realização da formação;
- Realização da AA;
- Elaboração do relatório que descreve os resultados da AA;
- Elaboração do plano de ações de melhoria com base nos resultados da AA;
- Divulgação do relatório e plano de melhoria;

Pormenorizando o processo de AA, passamos à descrição da sua aplicação e dos seus resultados. A execução do processo de AA decorreu segundo o modelo sendo que a cada subcritério foi atribuído um valor numérico, obtido por consenso na equipa resultante de discussão e partilha de opiniões, por vezes, divergentes, e atendendo à etapa do ciclo PDCA em que se encontra o subcritério avaliado (apêndice VII). Como foi referido optamos por alterar a

metodologia de atribuição de pontos, passando a ser atribuído um valor numérico segundo a escala de Likert proposta pelo CAF, escala numérica de um a seis. Aplicou-se uma escala adequada à avaliação dos meios e outra adequada à avaliação dos resultados, abrangendo os nove critérios. Por não se adequar, foi dispensado de avaliação o subcritério - gestão financeira.

Os resultados obtidos foram os que se seguem, organizados por pontos fortes e áreas de melhoria para cada subcritério avaliado. Apresentam-se também alguns gráficos da pontuação atribuída e a análise dos resultados obtidos. Entenda-se como pontos fortes as boas práticas da unidade em questão, ações/práticas suscetíveis de ter pontuação elevada atendendo aos quadros de pontuação da CAF.

**No que se refere ao critério LIDERANÇA a pontuação (36,9) revela ser satisfatório** (CAF, 2013). Avaliadas as questões da liderança verificou-se que no que se refere à filosofia da unidade de saúde, estão enunciadas a missão, visão e valores, embora as mesmas não tenham sido partilhadas, nem revistas. Então o subcritério missão, visão e valores encontra-se definido no plano de ação da UCC, embora se sinta a necessidade de uma atualização, rever, discutir, afixar e divulgar.

Relativamente ao subcritério gerir a organização, o desempenho e a melhoria contínua, parece existir um compromisso com a melhoria contínua da qualidade, comunicação de iniciativas e razões de mudança. Verbalizada a necessidade de melhorar a gestão de processos e parcerias, a comunicação externa, planear mudanças de estrutura e organização dos cuidados, rever registos/indicadores.

No que se refere ao subcritério motivar e apoiar as pessoas da organização e servir de modelo de conduta, revelou-se existir liderança pelo exemplo, cultura de liderança e respeito mútuo, promoção de uma cultura de aprendizagem, estímulo aos colaboradores para o desenvolvimento de competências e seus próprios projetos. Contudo foi mencionada a necessidade de uma liderança mais assertiva (frontal e objetiva).

O subcritério gerir de forma eficaz as relações com o nível político/gestão de topo e outras partes interessadas, revelou a perceção da existência de uma definição estratégica (plano ação) e identificação das necessidades e sua

partilha. Contudo, parece sentir-se a necessidade de uma maior intervenção/participação na definição de políticas para a UCC. O gráfico 1 revela as pontuações obtidas no critério 1 - Liderança

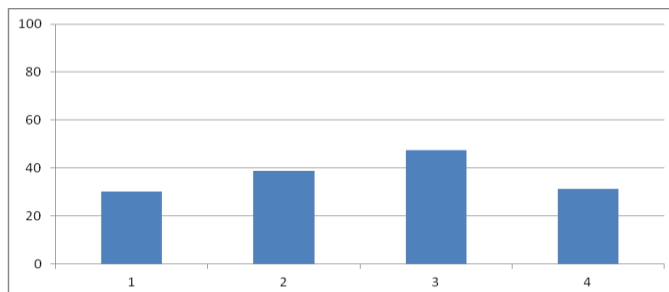


Gráfico 1 - Pontuação Critério 1

**No que se refere ao critério PLANEAMENTO E ESTRATÉGIA, a pontuação (10) revela uma estrutura rígida, pouco motivada para a inovação (CAF, 2013). Avaliaram-se os subcritérios:**

Recolher informação relacionada com as necessidades presentes e futuras das partes interessadas, bem como informação de gestão relevante, a divulgação de legislação e outras informações, é sentida como ponto forte, embora fosse verbalizada a carência de recolha regular de informação/necessidades, tratamento e apresentação dos dados no sentido da melhoria da qualidade.

Desenvolver a estratégia e o planeamento, tendo em conta a informação recolhida, como pontos fortes evidenciam-se os projetos de intervenção comunitária como o curso de preparação para parto, visitas domiciliárias ao recém-nascido e puérpera e o projeto olhar a visão. Sugere-se maior envolvimento das partes interessadas, recursos que possibilitem outros projetos comunitários adequados às necessidades da população abrangida; alocar horas de cuidados a projetos já existentes para que sejam assegurados e melhorados, avaliar resultados dos projetos e propor melhorias.

Comunicar e implementar o planeamento e a estratégia na unidade e rever de forma regular, como acontece com o plano de ação e relatório de atividades

anuais. Necessidade de melhoria na área da partilha dos projetos existentes, das estratégias utilizadas, e dos planos existentes.

Planear, implementar e rever a inovação e a mudança, parece não existir evidências de que acontece, logo sugere-se a promoção de uma cultura organizacional aberta à inovação e promotora de mudança planeada e coerente. O gráfico 2 revela as pontuações obtidas no critério 2 – Planeamento e Estratégia.

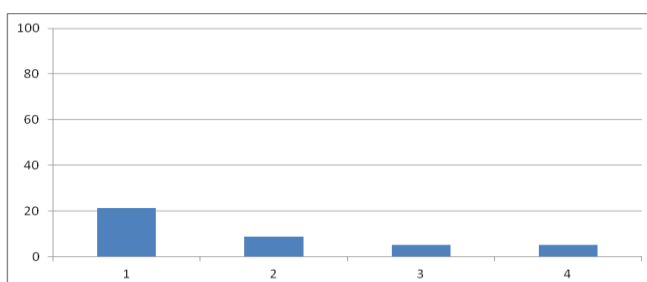


Gráfico 2 - Pontuação Critério 2

**No que se refere ao critério PESSOAS, a pontuação atribuída (10) revela dificuldades.** Foram avaliados os subcritérios:

Planear, gerir e melhorar os recursos humanos de forma transparente em sintonia com o planeamento e a estratégia, evidenciou-se a análise informal das necessidades de recursos e da existência de igualdade de oportunidades. Contudo sugere-se melhoria ao nível do desenvolvimento de uma política clara e estratégica no que se refere à alocação de recursos humanos, assim como a adoção de dotações seguras (1 enfermeiro para cada 5000 utentes – Regulamento nº 533/2014 de 02 de Dezembro, permitiria melhorar a qualidade da intervenção na comunidade a utentes dependentes, assim como novos projetos), uma assistente social em permanência na UCC, e a necessidade extrema da alocação de 20h semanais de cuidados médicos afetos à UCC.

Identificar, desenvolver e utilizar as competências das pessoas, alinhando os objetivos individuais e organizacionais, parece que a avaliação do desempenho, os objetivos individuais e organizacionais, o plano de formação e

as mobilidades facilitadas, são considerados pontos fortes. Como áreas de melhoria mencionou-se a formação adequada às necessidades referidas, a implementação de trabalho por projeto e processos de integração adequados.

Envolver as pessoas através do diálogo e da delegação de responsabilidades e apoiar o seu bem-estar, foi referido como pontos fortes a recente implementação de reuniões semanais com discussão de casos, os grupos de trabalho, a oportunidade de opinar sobre a gestão/liderança nomeadamente neste processo de AA, a possibilidade de assegurar tempos parciais e licenças adequados às necessidades dos colaboradores. Como áreas a melhorar, a colocação de uma caixa de sugestões para colaboradores e utentes, o incentivo para a motivação para o envolvimento em planos e implementação de ações de melhoria. O gráfico 3 revela as pontuações obtidas no critério 3 – Pessoas.

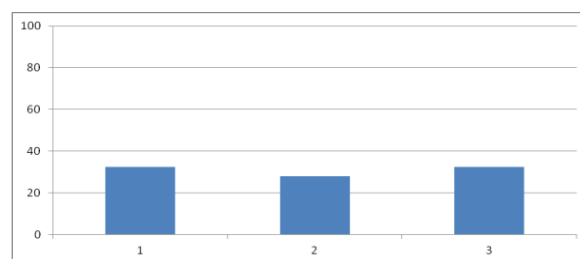


Gráfico 3 - Pontuação Critério 3

**No que se refere ao critério PARCERIAS E RECURSOS, a pontuação (16,8) revela que a execução se faz sem planeamento.** Resultou da avaliação dos seguintes subcritérios:

Desenvolver e gerir parcerias com organizações relevantes, parece ser evidência de pontos fortes a realização de reuniões de parceiros com escolas, Junta de Freguesia, CMS. No entanto, a presença de um enfermeiro na reunião de parceiros (implementada de imediato), a realização de parcerias segundo aspetos da responsabilidade social, partilhar boas práticas e parcerias entre unidades do ACES, definir papel dos parceiros, são aspetos a melhorar.

Desenvolver e implementar parcerias com os cidadãos/clientes, apontado como ponto forte a parceria nos cuidados de saúde enfermeiro/utente/família, mas carece melhoria em áreas como implementação de políticas proativas de divulgação dos projetos, fomentar a participação dos utentes na melhoria da qualidade (implementar a prática da reclamação e elogio) e promover projetos de voluntariado.

Gerir os recursos financeiros, não se aplica à realidade desta unidade.

Gerir o conhecimento e a informação, apontado como pontos fortes as reuniões semanais e a divulgação na intranet. Propõem-se melhorar áreas como a divulgação dos projetos, procedimentos e protocolos existentes, promover a uniformização de procedimentos e processos (manuais de boas práticas) no ACES, garantindo que a atuação é uniforme e ainda que a informação e trabalho produzido não se perde com a saída de elementos da equipa.

Gerir os recursos tecnológicos, os equipamentos existentes foram mencionados como pontos fortes, mas como áreas a melhorar a promoção do desenvolvimento de competências tecnológicas, adequar equipamentos às necessidades (toner adequados aos multifunções, material lúdico para avaliação e formação de crianças e jovens), adequar *hardware* e *software* informático segundo as necessidades.

Gerir os recursos materiais, como ponto forte a existência de avaliação de necessidades dos recursos materiais e encaminhamento aos superiores hierárquicos (armários com fechadura para guardar processos clínicos, tesouras, estetoscópios, esfigmomanómetros e termómetros). Necessidade de melhorar no que se refere à provisão do material identificado como em falta, assegurar reciclagem de lixos, acessibilidade (meio de transporte) e manutenção dos edifícios e espaços limítrofes (espaço de estacionamento e terreno do edifício do Olival, apinhado de arbustos). O gráfico 4 revela as pontuações obtidas no critério 4 – Parcerias e Recursos.

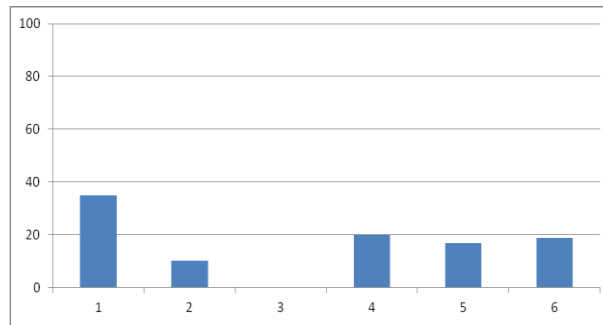


Gráfico 4 - Pontuação Critério 4

**No que se refere ao critério PROCESSOS a pontuação (14,8) revela grande necessidade de melhorias.** Assim resultou da avaliação dos subcritérios o seguinte:

Identificar, conceber, gerir e inovar os processos de forma sistemática, envolvendo as partes interessadas obteve como pontos fortes áreas com a atribuição de elementos de referência (NCJR, enfermeira AF; ECCI, enfermeira CM; SM, enfermeira MJP; SE, enfermeiro JM; ELI, psicóloga MB; Fisioterapia, MC; Higiene Oral, RF; TSS, MF; AT, AA; CC, AF), assim como a Partilha com outras unidades do ACES e de outros ACES, de processos inovadores como processos de AA e acreditação, entre outros. Áreas a melhorar, processos clínicos com registos uniformes, simplificação – elaboração de fluxogramas e clarificação dos processos nomeadamente das referências rever e adequar, definir funções e responsabilidades, partilhar informação sobre processos, envolver a equipa nas atividades de melhoria.

Desenvolver e fornecer produtos e serviços orientados para os cidadãos/clientes, pontos fortes projetos concebidos para dar resposta às necessidades dos utentes (VD ao RN e puérpera; Projeto de apoio a crianças e jovens em risco; Curso Preparação para Parto; Projeto do rastreio visual nas escolas. Áreas a melhorar, existência de formulário para sugestões/reclamações e tratamento/divulgação dos mesmos.

Coordenar os processos em toda a organização e com outras organizações relevantes, sem apontamento de pontos fortes. No que se refere a áreas de melhoria, a garantia da segurança do utente mesmo quando referenciado para

outras unidades (supervisionar o circuito efetuado pelos utentes nas diferentes unidades por onde passa e para onde é referenciado), criar elementos de referência, definir critérios de referenciação e de feedback. O gráfico 5 revela as pontuações obtidas no critério 5 – Processos.

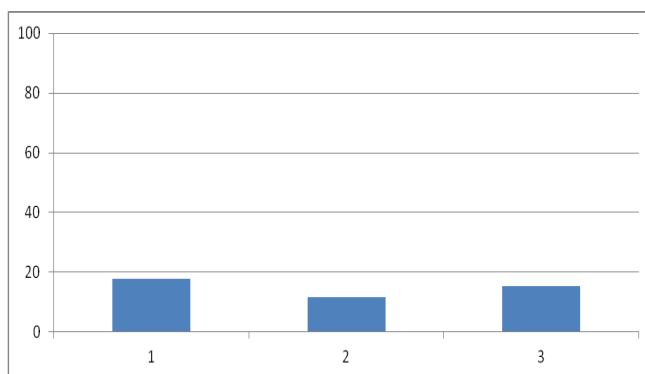


Gráfico 5 - Pontuação Critério 5

**No que se refere ao critério RESULTADOS ORIENTADOS PARA OS CIDADÃOS/CLIENTES (0) revela grande necessidade de melhorias.**

Segundo o resultado da avaliação dos subcritérios:

Medição da Percepção, ponto forte a existência de avaliação da satisfação dos utentes do curso de preparação para parto; a melhorar construir instrumento e sistematizar a medição da percepção de satisfação dos utentes.

Medições do desempenho, nada referido como ponto forte. Enquanto melhoria, sistematizar a medição do desempenho (Indicadores de desempenho reais).

**No que se refere ao critério RESULTADOS DAS PESSOAS (0) também revela grande necessidade de melhorias**

Parece existir um questionário sobre a satisfação dos utentes e já ter sido aplicado, embora não se conheçam resultados nem medidas de melhoria associadas à aplicação do mesmo.

No que se refere ao critério **RESULTADOS DA RESPONSABILIDADE SOCIAL (0)** também revela grande necessidade de melhorias, no que se refere à medição da percepção e medição do desempenho.

No que se refere ao critério **RESULTADOS DO DESEMPENHO-CHAVE (0)** também revela grande necessidade de melhorias, no que se refere aos resultados externos: resultados e impactos em relação aos objetivos e resultados internos: nível de eficiência.

Assim encontra-se expresso no gráfico 6, o resultado final da AA. Podemos perceber que o critério em que se encontraram mais pontos fortes está representado no gráfico por um maior valor numérico, trata-se do critério 1 – liderança. O critério 3 parece ser o segundo mais cotado em que se avaliaram os recursos humanos, competências, projetos e comunicação. Os critérios 6, 7, 8 e 9 foram os mais penalizados, pelas limitações em encontrar resultados e fraca cultura de resultados da organização como um todo. O gráfico 6 representa o cenário global desta avaliação.

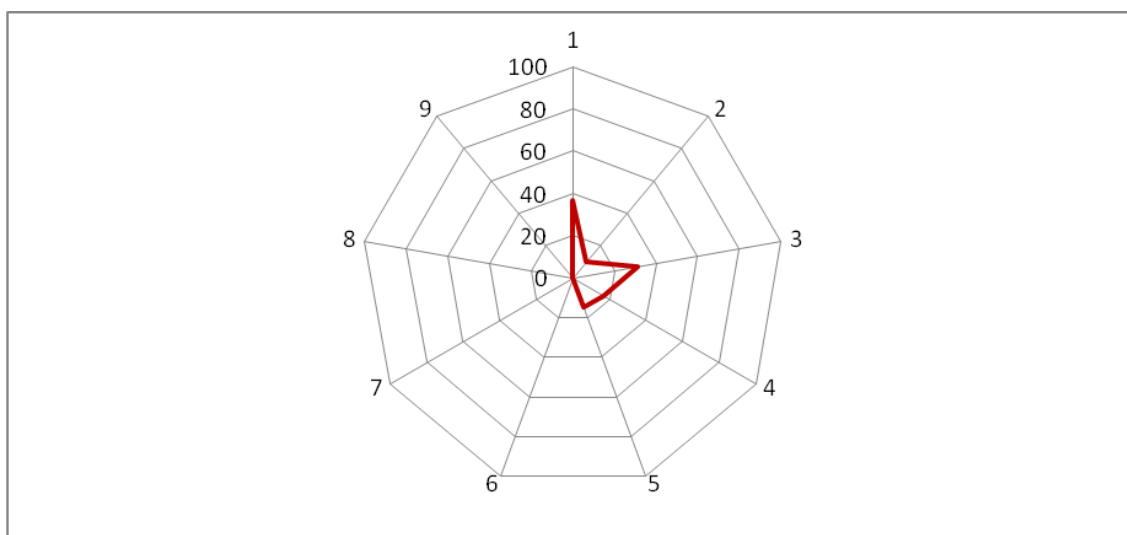


Gráfico 6 - Resultado final

## **5. PLANO DE MELHORIA**

Numa organização, a gestão/liderança devem estar em sintonia, atendendo a que “os gestores preocupam-se com o controle, a planificação, a execução e o comando, sendo que os líderes centram-se mais na planificação estratégica, na definição de objetivos a longo prazo, na organização, na inovação e na promoção de mudança” (European Institute of Public Administration, 2013; Fontana, 2015, p.43). Apesar do referido, ambos os papéis são fundamentais podendo ser desempenhados pela mesma pessoa.

Assim o plano de melhoria apresenta-se estruturado de forma a expor as medidas de melhoria da responsabilidade do gestor de topo e do líder da equipa (Apêndice IX). Este pretende corrigir os pontos fracos e concebe dois tipos de ações, as que podem melhorar as práticas com potencial de melhoria (pontos fracos identificados no diagnóstico) e as que contribuem para o cumprimento dos objetivos do subcritério.

O referido Plano de Melhoria foi entregue e discutido com os órgãos de gestão e divulgado na equipa, encontrando-se disponível para consulta por todos na caixa de correio eletrónico da unidade.

Algumas ações do referido plano de melhoria encontram-se em fase de implementação. É o caso das questões relacionadas com dotações seguras encontrando-se em processo de mobilidade dois enfermeiros. No que se refere ao espaço físico, material e equipamentos também se encontram em curso diligências para resolução dos problemas identificados.

Relativamente aos indicadores de estrutura, processo e resultado definidos para este projeto, parecem ser bastante satisfatórios como se pode observar no Apêndice III.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O exercício das funções de gestão por enfermeiros é de extrema importância, como revela o REPE e o regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor, no sentido da melhoria da qualidade dos cuidados, do desempenho das unidades de saúde e, conseqüentemente, da segurança e satisfação dos utentes, assim como dos profissionais.

Neste contexto, com a realização deste Projeto foi possível desenvolver competências no domínio da gestão em enfermagem, da implementação da melhoria contínua da qualidade no que se refere à garantia da prática profissional da equipa, do desenvolvimento de competências de reflexão e análise crítica do desempenho da unidade.

Compete ao líder da equipa/Enfermeiro gestor gerir estrategicamente os recursos, os cuidados, os equipamentos, o risco clínico e não clínico e as relações nas equipas. Num momento em que a governação clínica impera, importa que este supervisione e assuma a responsabilidade de garantir a melhoria da qualidade da sua unidade de saúde. Em síntese, gerir a equipa retirando do seu proveito o máximo para os utentes (Rego & Araújo, 2013) e para o desempenho da unidade de saúde.

Considerando o trabalho realizado ao longo deste projeto realçamos os seguintes aspetos:

- A realização da análise SWOT forneceu informação para a elaboração do diagnóstico de situação, precioso como ponto de partida e estratégico para a consciencialização por parte da equipa sobre forças, fraquezas, oportunidades e ameaças ao desempenho da unidade. Este tipo de análise funciona como um instrumento de apoio à gestão (Camara et al., 2015; Turner, 2010) sendo da máximo pertinência ser mobilizado pelo gestor em enfermagem;

- O hábito de refletir sobre o que fazemos e como fazemos, esta atividade intelectual da equipa acontece agora semanalmente, mesmo após o término do processo de AA;

- A proposta do plano de ações de melhoria, no sentido de assegurar a gestão do risco, a promoção de ambientes seguros introduzindo medidas de melhoria/corretivas, e a promoção de uma cultura de segurança na equipa,

resultou da análise da informação recolhida nas sessões de AA, sendo esmiuçado em ações da responsabilidade da gestão de topo, da gestão de proximidade e de ambas. Realizaram-se as mudanças possíveis de efetivar no imediato, as *Quick Wins*.

Assim, apresentam-se como ações de melhoria implementadas no imediato as reuniões semanais com todos os elementos da equipa, com realização das respetivas atas, que se mantêm findo o processo de AA sendo que se destinam às discussões de casos clínicos e assuntos pertinentes ao desempenho da equipa e da unidade. O AT, solicitado à gestão de topo, contribuiu para uma resposta às necessidades dos utentes. A presença de um enfermeiro nas reuniões de parceiros, após ter-se verificado que na sua ausência muita informação sobre o percurso dos utentes se perdia.

- A introdução de um método de cálculo sobre as necessidades de horas de cuidados mediante à população abrangida, à luz do Regulamento nº 533/2014 de 02 de Dezembro, permitiu desenvolver a competência de gerir recursos humanos (OE, 2015), e a capacidade para fundamentar o pedido de mais quatro enfermeiros, dois dos quais já se encontram em processo de mobilidade desde o dia seis de Março do presente ano, como fruto desta solicitação fundamentada e dirigida à Direção de Enfermagem do ACES.

Para além das questões relacionadas com a estrutura refletiu-se também sobre questões de processo como o acompanhamento dos utentes no percurso efetuado, quando referenciados para unidades de internamento ou outras. Embora não estando ainda nada definido, existe agora uma preocupação acrescida, na tentativa de garantir a segurança do utente/família nestes processos.

Este processo de AA do desempenho da unidade, permitiu perceber a importância da organização dos cuidados de enfermagem e da construção de ambientes favoráveis à prática clínica para a qualidade do serviço prestado aos utentes, assim como a importância da gestão de pessoas, da formação, da avaliação do risco clínico e não clínico e da adequação de recursos e processos para a segurança dos cuidados, tal como a relevância da gestão de conflitos para a boa relação dos profissionais da equipa.

Assim neste percurso foi possível desenvolver capacidades e competências no âmbito da gestão/liderança, da metodologia de projeto, do processo de AA e melhoria da qualidade em unidades de saúde, com a aplicação do ciclo de Deming/PDCA.

Por vezes, apesar de pouco satisfatório, o “ritual” de trabalho já conhecido e interiorizado pode oferecer uma falsa segurança, que limita a intenção de mudança, sobretudo quando a situação profissional é estável. Nas organizações públicas, em que está garantida a estabilidade dos colaboradores, diminui a flexibilidade e a autonomia, a que obrigam os processos de mudança, aumentando a formalidade nas relações. (Rocha, 2006; Teixeira, 2013). A gestão do processo de AA no sentido da mobilização da equipa contou com a resistência da mesma, pois a resistência é uma consequência da instabilidade causada pela mudança (Camara et al., 2016). Ultrapassada essa fase a aceitação do projeto, pela equipa foi evidente, revelando-se inclusive entusiasmo na colaboração, por parte de alguns elementos.

As estratégias utilizadas para ultrapassar este obstáculo e envolver a equipa foram a comunicação na equipa, a discussão em contexto formal e informal, a participação na mudança causada pela implementação do projeto, a negociação e seleção de pessoas motivadas para o processo de AA a desenvolver e a transparência no processo.

A partilha das dificuldades e a procura de peritos como fonte de informação foi outra das estratégias mobilizadas e que permitiu organizar ideias e adequar a metodologia apropriada à situação.

Atualmente a saúde é um mercado e as ações de *marketing* são bastante agressivas, a publicidade é aliciante e pode influenciar as escolhas dos indivíduos. A exigência dos utentes aumenta, a legislação adequa-se à proteção do utente e a consciência dos profissionais de saúde, sobre a importância de garantir a sua segurança é cada vez maior.

O líder da equipa é responsável por gerir utilizar corretamente, instrumentos de apoio à gestão, como o ciclo PDCA e a análise SWOT, entre outros. Realiza tarefas de monitorização, e funciona como mediador na comunicação entre os órgãos de gestão de topo, os prestadores de cuidados e

o inverso. Com o intuito de garantir as melhores práticas profissionais, utiliza instrumentos de avaliação no sentido de garantir boas práticas na unidade de saúde (OE, 2015). O planeamento e aplicação do modelo de AA CAF possibilitaram o desenvolvimento desta competência, através da aprendizagem na fase de planeamento, de execução e no enfrentar a dificuldade de gerir a dinâmica da equipa nas sessões de AA.

Outra das mais-valias deste projeto foi a possibilidade de parar e refletir sobre o que somos, o que fazemos e como o fazemos enquanto UCC. Esta capacidade foi difícil de ativar: nas primeiras sessões verificou-se uma sobrevalorização da pontuação atribuída aos subcritérios, pois quando se questionava diretamente a existência ou realização do que se avaliava, por vezes, não se encontrava a evidência para a pontuação atribuída. Esta dinâmica imprimiu na equipa a necessidade de refletir antes de atribuir uma pontuação, sob pena de não a conseguir justificar com argumentos válidos. Este problema foi gradualmente resolvido, havendo a necessidade de tomar algumas decisões e assumir uma postura assertiva.

Este processo foi uma oportunidade de acrescentar valor à prática da enfermagem (OE, 2015), pelo empreendedorismo e pela inovação que significa este processo numa unidade de saúde, pelas mudanças e melhorias já conseguidas. Isto porque o líder/gestor desempenha um papel como promotor da inovação, flexibilidade de atuação, partilha de experiências, sucessos e insucessos, parceria e segurança (Camara et al., 2009), como agente de mudança garantindo a implementação de projetos/programas de melhoria contínua da qualidade (OE, 2015). Neste sentido importa que se assegurem as melhores práticas profissionais, baseadas em evidência científica e o cumprimento dos modelos de qualidade, no sentido da excelência do desempenho.

O constrangimento causado pela perda de um computador, onde se encontrava toda a documentação deste processo de AA, que permitia a projeção da imagem, tornou mais demorado o processo, por repetição de alguns passos e limitou as últimas sessões em que a apresentação foi efetuada por comunicação verbal e respetiva pontuação atribuída pela equipa. No que se refere os recursos humanos, é de facto impossível acrescentar trabalho a esta

equipa. Todo o trabalho de retaguarda, como preparação das sessões de autoavaliação, análise da pontuação atribuída, elaboração de relatório e respetivo plano de melhoria, foi realizado por dois enfermeiros após o horário de trabalho normal.

No sentido de se atingirem objetivos que possibilitem a melhoria efetiva e o desenvolvimento dos CSP, passando do cliché político à realidade como:

“Assegurar a cobertura total do país com CSP de qualidade, de modo equitativo... Aumentar o impacto dos CSP nos estados de saúde das pessoas, das famílias e das comunidades... Reduzir a utilização inadequada de cuidados hospitalares e, sempre que possível, reduzir a necessidade destes cuidados... Organizar respostas adequadas para os problemas e necessidades de saúde de grupos populacionais específicos e da população no seu todo” (Quadro de Orientação Estratégica para o Desenvolvimento dos CSP, 2012, p.12).

Pelo que importa adequar sistema de informação, gerir proativamente recursos humanos; ajustar estruturas e equipamentos; assegurar a governação clínica e de saúde; desenvolver competências de gestão organizacional aliada a cultura organizacional; descentralizar o poder de decisão/gestão das ARS para os ACES; contratualizar serviços segundo as características das populações e suas necessidades, adotar “sistemas retributivos inteligentes e justos e inovação, qualidade, acreditação e auditorias” (Quadro de Orientação Estratégica para o Desenvolvimento dos CSP, 2012, p.13). Realça-se o referido no documento de Orientação Estratégica para o Desenvolvimento dos CSP, como uma necessidade, a implementação de uma cultura organizacional que seja funcional, capaz de promover a mudança e a melhoria contínua da qualidade.

Acreditamos que o fato de termos atingido os objetivos delineados foi um primeiro passo para dotar a UCC com maior qualidade de cuidados de enfermagem.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguiar, Nuno Filipe Pedra (2010). *O Modelo de Gestão da Qualidade CAF (Estrutura Comum de Avaliação) - O Papel da Liderança* Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas. Dissertação de Mestrado. Lisboa. Disponível no repositório <http://www.repository.utl.pt/handle/10400.5/3015>.
- Amaral, António Fernando Salgueiro (2014). Resultados dos cuidados de enfermagem qualidade e efetividade. Universidade de Coimbra. Dissertação de Mestrado. Coimbra.
- Atun, R. (2004). What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?. WHO Regional Office for Europe Health Evidence Network Report;
- Branco, A. & Ramos, V. (2001). Cuidados de saúde primários em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Vol. 2, p. 5-12. Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa. Disponível em: <https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/E-01-2001.pdf>
- Batista, V. L. D., Santos, R.M.F., Santos, P. M. F., Duarte, J. C. (2010). Satisfação dos Enfermeiros: estudo comparativo em dois Modelos de gestão Hospitalar. *Revista Referência*, II Série – nº 12, p.57-69.
- Barbosa, P. (2010). Desenvolvimento organizacional dos cuidados de saúde primários em Portugal. Disponível em: <http://www.healthaction21.eu/node/305>
- Barbosa, P. (2012). (Des) centralização dos cuidados de saúde primários? *Revista Portuguesa De Saúde Pública*, Vol. 30, nº 1.
- Biscaia, A. (2000). Qualidade em saúde: uma perspectiva conceptual. *Qualidade em Saúde*. Nº 0, p.6-10.
- Biscaia, J. L.; Pisco, L. (2001). Qualidade de Cuidados de saúde Primários. *Revista Portuguesa de Saúde Publica*, Volume Temático 2.

- Biscaia, A; Conceição, C; Martins, J.; Ferrinho, P. (2003). Políticas e gestão dos recursos humanos na saúde em Portugal – Controvérsias. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. V.19, p.281-289. Disponível em: [http://www.ago.com.pt/data/files/pdf/rhs\\_2003.pdf](http://www.ago.com.pt/data/files/pdf/rhs_2003.pdf)
- Biscaia, A. (2006). A reforma dos CSP e reforma do pensamento. *Revista Portuguesa Clínica Geral*. Nº 22; p.67-79.
- Botelho, J. R. (1994) - A Pedagogia Do Projecto. *Revista em Foco*. Vol. 14. p.3537.
- Camara, P. B.; Guerra, P. B.; Rodrigues, J. V. (2007). *Novo Humanator*. Nova Edição. Lisboa. D. Quixote.
- Casimiro, Sónia Marisa da Silva (2015). *Padrões de Qualidade na Administração e Gestão em Enfermagem*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Castro, J.; Lago, H.; Fornelos, M. C; Novo, P.; Saleiro, R. M. & Alves, O. (2011). Satisfação profissional dos enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários: O caso do Centro de Saúde de Barcelos/Barcelinhos. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Nº 29 (2), p.157-172.
- Chiavenato, I. (2005). *Administração de materiais: uma abordagem introdutória*. Rio de Janeiro. Elsevier.
- Chiavenato, I. (2008). *Gestão de Pessoas*. 3ª ed. Rio de Janeiro. Elsevier.
- Clamote, E. (2011). RELATÓRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO CAF *Common Assessment Framework*. Instituto Nacional de Administração. Repositório da Universidade de Lisboa
- Cruz, S. & Ferreira, M. (2012). Perceção da cultura organizacional em instituições públicas de saúde com diferentes modelos de gestão. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série (6), p.103-112. Disponível em: <http://www.epositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id>

- Departamento da Qualidade em Saúde (2014). Manual de Acreditação de Unidades de Saúde. Direção Geral de Saúde. 2ª Edição. Lisboa.
- Dias, F. (2008). Parcerias de negócio cultura da empresa. Associação Nacional de Jovens Empresários e EduWeb.
- Donabedian, A. (1966). *Evaluation the Quality of Medical Care*. The Milbank Quaterly, 44(3), p.166-203.
- Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in health care*. New York : Oxford University Press.
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the Quality of Medical Care. *Milbank Quarterly*, 83(4), p.691-729.
- Donabedian, A., Wheeler, J.R., & Wyszewianski, L. (1982). Quality, cost, and health: An integrative model. *Medical Care*, 20, p.975-992.
- Doran, D. M. (2003). *Nursing-sensitive outcomes: State of the science*. USA: Jones & Bartlett Publishers.
- Doran, D. M. (2011). *Nursing Sensitive outcomes: State of the science (2ªed)*. USA: Jones & Bartlett Publishers.
- Doran, D., McGillis Hall, L., Irvine, D., Baker, G.R., Pink, G., Sidani, S., Donner, G. (2002). Nursing staff mix and patient outcome achievement: The mediating role of nurse communication. *International Nursing Perspectives*, 1(2), p.74-83.
- Doran, D.M., Harrison, M.B., Laschinger, H.S., Hirdes, J.P., Rukholm, E., Sidani, S., Tourangeau, A. (2006). Nursing sensitive outcomes data collection in acute care and long-term care settings. *Nursing Research*, 55(2), p.75-81.
- Escoval, A (2003). *Evolução da Administração Pública da Saúde: o papel da contratualização. Factores Críticos do contexto Português*. Tese de Doutoramento em Organização e Gestão de Empresas.

- Escoval, A. (2010). O processo de contratualização na saúde em Portugal (1996-2005). *Revista Portuguesa Saúde Pública* Temático: 9; p.7-24.
- Escoval, A; Ribeiro, R S; Matos, T T. (2010). A contratualização em Cuidados de Saúde Primários: o contexto internacional. *Revista Portuguesa Saúde Pública*, Temático: 9; p. 41-57.
- European Institute of Public Administration. (2013). Common Assessment Framework. Direção Geral da Administração e do Emprego. Disponível em: <http://www.caf.dgaep.gov.pt/>
- Ferrito, C. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos*. nº 15. Acedido a 10 Junho de 2015. Disponível em: [http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista\\_Percursos\\_15.pdf](http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf).
- Fradique, M. J.; Mendes, L. (2013). Efeitos da Liderança na Melhoria da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*. III Serie, 10, 45-53.
- Florentim, R.J.S. - A qualidade dos cuidados de saúde prestados no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar da Cova da Beira: um estudo empírico. *Revista Investigação em Enfermagem*, Coimbra: Ed. Sinais Vitais, vol. 13 p. 15-26.
- Fontana, Orlando (2015). A Influencia da Liderança das PME Portuguesas na Inovação. Universidade Europeia. Dissertação de Mestrado. Lisboa.
- Irvine, D., Sidani, S., & McGillis Hall, L. (1998). Finding value in nursing care: a framework for quality improvement and clinical evaluation. *Nursing Economics*, May-Jun, 16(3), P. 110-131.
- Irvine, D., Sidani, S., Keatings, M., & Doidged, D. (2002). An empirical test of the Nursing Role Effectiveness Model. *Journal of Advanced Nursing*, 38(1), 29-39.

Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários (2009). Relatório: Acontecimento extraordinário – SNS proximidade com qualidade. Lisboa: Ministério da saúde.

Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários (2010). Relatório: Tempos Decisivos – SNS proximidade com qualidade, da necessidade de um novo modelo de governação para a reforma dos cuidados de saúde primários. Lisboa: Ministério da saúde.

Henriques, C. A. G. (2015). A Satisfação Profissional nas UCC da ARS Centro. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/29713/1/FINALL.pdf>.

Huston, C. (2008). Preparing nurse leaders for 2020. *Journal of Nursing Management*, 16, p.905–911.

Jesus, C.; Silva, C.; Andrade, F. (2005). Alta clínica e continuidade de cuidados no domicílio. *Revista Sinais Vitais*. 59: 25-28.

Lei n.º 48/90 de 24 de agosto (1990). Lei de Bases da Saúde. Diário da República, I Série, N.º195 (24-08-1990) p. 3452-3459.

Lisboa, J; Coelho, A; Coelho, F; Almeida, F (2011). *Introdução à gestão de organizações*. 3ª ed. Porto. Vida Económica.

Mendes, V. d. M. P. (2012). Qualidade no Serviço Nacional de Saúde: Evolução recente e perspetivas futuras. Lisboa: dissertação de Mestrado em Gestão da Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa.

Malik, A. M.; Schiesari, L. M. C. Qualidade na gestão Local de Serviços e Ações de Saúde. Consultado em 06 de Junho, disponível em: [http://portales.saude.sc.gov.br/arquivos/sala\\_de\\_leitura/saude\\_e\\_cidadania/ed\\_03/09\\_01.html](http://portales.saude.sc.gov.br/arquivos/sala_de_leitura/saude_e_cidadania/ed_03/09_01.html)

Ministério da Saúde (2009). *Contratualização em Cuidados de Saúde Primários – Horizonte 2015/20*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Ministério da Saúde (2010). *Alto Comissariado da Saúde*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Ministério da Saúde. (2010). *Reforma dos Cuidados de Saúde Primários. Nota Informativa sobre o Novo Modelo de Governação*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. (2012). *Quadro de Orientação Estratégica para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Ministério da Saúde. (2011). *Governação Clínica e de Saúde em Cuidados de Saúde Primários*. Disponível em: [http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/governacao\\_clinica\\_e\\_de\\_saude\\_em\\_csp\\_2011.05.25.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/governacao_clinica_e_de_saude_em_csp_2011.05.25.pdf)

Ministério da Saúde (2011). *Cuidados de Saúde Primários, Coordenação Estratégica*. Disponível em: [http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/governacao\\_clinica\\_e\\_de\\_saude\\_em\\_csp\\_2011.05.25.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/governacao_clinica_e_de_saude_em_csp_2011.05.25.pdf)

Nunes, F. (1994). As organizações de serviços de saúde: Alguns elementos distintos. *Revista de Gestão*. INDEG – ISCTE, III-IV. P.5-28.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde. *Cuidados de saúde primários em 2011-2016: reforçar, expandir Contribuição para o Plano Nacional de Saúde* Lisboa

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Estruturantes Contextos e Condições do Exercício Profissional. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, N°38, p.20-26. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/revistas/roe38\\_net\\_vf.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/revistas/roe38_net_vf.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2012). Divulgar padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento concetual, enunciados descritivos. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Deontologia Profissional de Enfermagem. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.

Organização Mundial de Saúde. (2015). *Orientações estratégicas europeias para o fortalecimento da Enfermagem e Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica em relação às metas de Saúde 2020*. Disponível em:  
[http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/OMS\\_Europa\\_OrientacoesEstrategicasEuropeias\\_ONLINE.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/OMS_Europa_OrientacoesEstrategicasEuropeias_ONLINE.pdf)

Peres, A., Freitas, L., Calixto, R., Riera, J. & Quiles, A. (2013). Concepções dos enfermeiros sobre planeamento, organização e gestão de enfermagem na atenção básica: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (10), p.153-160.

Picker-rotem, O; et al. (2008). Nursing leaders of tomorrow: a peer selection process. *Journal of Nursing Management*, 16, p.915-920.

Pinheiro, J. L. (2014). *Auditoria Interna*. 3ª ed. Venda do Pinheiro. Rei dos Livros.

Pinto, M. M. G. A. (2004). Modernização Administrativa e Qualidade: uma ferramenta chama CAF. Disponível em:  
<http://www.bad.pt/publicacoes/index.php/cadernos/article/view/830/829>

Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Direção Geral da Saúde. disponível em  
<http://pns.dgs.pt/pns-2012-2016/>

Portaria nº 1368/2007 de 18 de Outubro (2007). Carteira básica de serviços para USF. Diário da República, I série, Nº 201 (18-10-2007). 7656-7659.

Portaria nº245/2013 de 05 de Agosto (2013). Regime da Carreira Especial de Enfermagem. Diário da República, I série Nº149 (05-08-2013) p.4617-4619.

Programa do XXI Governo Constitucional. (2015-2019). Disponível em: [www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/04/ProgXXIGov.pdf](http://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/04/ProgXXIGov.pdf)

Regulamento n.º 101/2015 de 12 de Dezembro (2014). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor. Diário da República II, Série, N.º 48 (12-12-2014) 5948-5952.

Rich, M; et al (2015). Developing Leadership Talent: A statewide nurse leader Mentorship Program. *JONA*, Vol.45, Nº2, February 2015.

Robbins, S. P. (2005). *Comportamento Organizacional*. Pearson Prentice Hall, S. Paulo, 11ª edição,

Roldão, V. S. (2000). *Gestão de Projetos, um perspectiva integrada*. Lisboa. Monitor.

Sarkar, S. (2015). *Empreendedorismo e Inovação*. 3ªed. Lisboa Escolar Editora.

Sale, D. (1998). *Garantia da Qualidade nos Cuidados de Saúde... princípios*, Lisboa Publicações Universitárias e Científicas.

Sousa, F. C.; Monteiro, I. P. (2015). *A Inovação Organizacional e Social como resultado do processo de decisão*. Lisboa. Sílabo.

Speklé, R.F.; Verbeeten, F.H.M. (2009). The Use of Performance Measurement SysteS in Public Sector: Effects on Performance. NRI Research Paper Series. Disponível em: [http://www.nyenrode.nl/FacultyResearch/research/Documents/Research%20Paper%20Series/2009/NRI%2009-08%20digitale%20versie%2031jul09\(website\).pdf?AspxAutoDetectCookieSupport=1](http://www.nyenrode.nl/FacultyResearch/research/Documents/Research%20Paper%20Series/2009/NRI%2009-08%20digitale%20versie%2031jul09(website).pdf?AspxAutoDetectCookieSupport=1)

Teixeira, S. (2013). *Gestão das Organizações*. 3ª edição. Lisboa. Escolar Editora.

The Joanna Briggs Institute (2015). *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015 – Methodology for JBI Scoping Reviews*. Adelaide: The Joanna Briggs Institute

Turner, S. (2010). *Ferramentas de apoio à gestão*. Lisboa. Monitor.

Zachariadou, T., Zannetos, S., Pavlakis, A. (2013) Organization culture in the primary healthcare setting of Cyprus. *BMC Health Services Research*, p.1-8. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/112>.

## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE I – GRÁFICO DE GANTT**



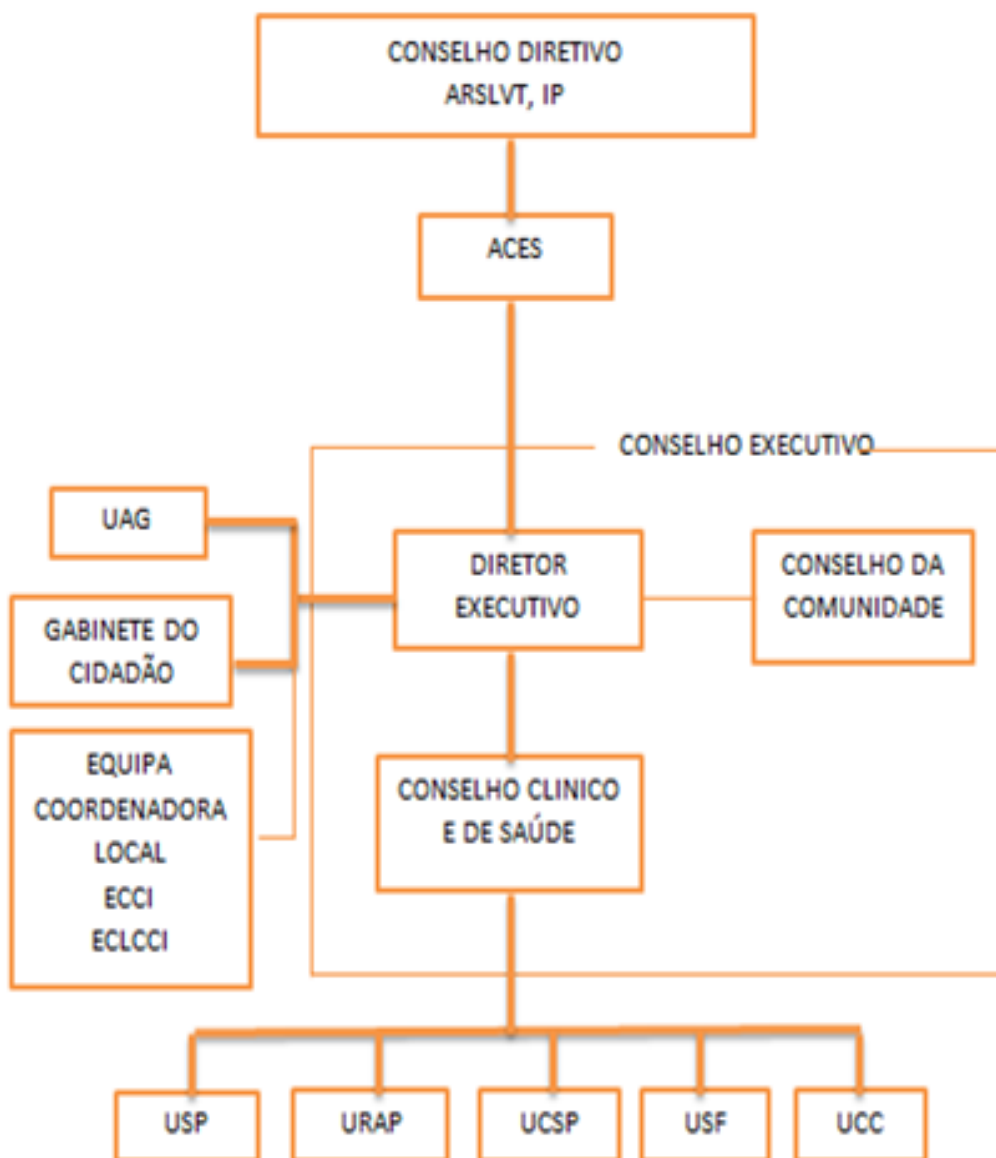
## CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO DO PROJETO DE APLICAÇÃO DA CAF

Meses/semanas	Out				Nov/Dez/ Jan/Fev		Mar/Abril				Resp.
	1	2	3	4			1	2	3	4	
<b>Ações</b>											
1. Apresentação do projeto CAF à organização	X										GT+LP
2. Reunião da EA para organização interna da equipa; identificação das partes interessadas da organização e dos produtos/serviços chave; identificação dos documentos principais da organização; esclarecimento de dúvidas.			X								LP+EA
3. Reunião da EA para elaboração dos modelos de questionário de avaliação da satisfação dos clientes e dos colaboradores*				X							LP+EA
4. Administração dos questionários de satisfação*											EA
5. Diagnóstico da organização C1					X						EA
6. Diagnóstico da organização C2					X						EA
7. Diagnóstico da organização C3						X					EA
8. Diagnóstico da organização C4							X				EA
9. Diagnóstico da organização C5							X				EA
10. Tratamento dos questionários de avaliação da satisfação											EA
11. Diagnóstico da organização C6 e C7							X				EA
12. Diagnóstico da organização C8 e C9							X				EA
13. Reunião de consenso da EA para revisão e finalização do diagnóstico da grelha de autoavaliação							X				EA
14. Elaboração do Relatório de autoavaliação (RA)							X	X	X	X	LP
15. Apresentação do RA à gestão de topo e recolha de orientações para a priorização das AM							X				GT+LP+LE
16. Elaboração do Plano de Melhorias (PM)							X				LP
17. Aprovação do PM pela gestão de topo							X				GT
18. Apresentação, à organização, dos resultados da autoavaliação e das ações de melhoria a implementar							X				LP

\* Aplicável nos casos em que a organização decide administrar questionários de satisfação (a clientes e/ou colaboradores) durante a autoavaliação.

Signas: C = Critérios (da CAF); EA = Equipa de Autoavaliação; LP = Líder do Projeto; LE = Líder da Equipa; GT = Gestão de Topo.

## **APÊNDICE II – ORGANOGRAMA ACES / UCC**



Direção executiva

Concelho Clínico

Direção de Enfermagem

Coordenador da UCC

EESC

Intervenção social

Intervenção psicológica

Fisioterapia

Higienista Oral

Equipa de Enfermeiros

EESM

E CG

EESMO

EER

EER

E CG

E CG

E CG

E CG

E CG

E CG

E CG

E CG

## **APÊNDICE III – PLANO DE ATIVIDADES**

## I – Viabilidade do Projeto

### **Atividades**

Entrevistas informais aos órgãos de gestão e à chefia/coordenadora e equipa

Reunião com a equipa para identificação das dificuldades sentidas pela equipa da UCC  
– análise SWOT

Reunião de solicitação de autorizações para a realização do projeto

### **Estratégias (processo de trabalho)**

Demonstração da importância da autoavaliação da Unidade de saúde, no processo de melhoria da qualidade e de resolução dos problemas identificados através da comunicação na equipa, a discussão em contexto formal e informal.

### **Indicador de estrutura:**

Nº de entrevistas – 3

Nº de reuniões - 2

## II – Planeamento do Projeto

### **Atividades**

Pesquisas de fundamentação teórica autoavaliação/auditorias  
Identificação do modelo de avaliação adequado - Common Assesement Framwork (CAF)  
Formação do gestor do projeto sobre CAF  
Formação da equipa em CAF  
Reuniões com peritos no Common Assesement Framwork (ex elemento do Instituto Português da Qualidade), no sentido de identificar um número de elementos adequados às características da Unidade e metodologia de avaliação  
Reuniões de planeamento

- Constituição da equipa;
- Planeamento da formação da equipa;
- Elaboração de documentos que suportam a autoavaliação.

### **Estratégias (processo de trabalho)**

Capacitação da equipa para a prática do projeto  
  
Envolvimento da equipa no processo de avaliação

### **Indicador de estrutura:**

Nº de reuniões – 4

Ações de formação – 2

Nº de documentos elaborados – 4 (cronograma, organogramas do ACES e UCC, explicitação dos critérios a avaliar nas sessões de AA, grelhas de AA e modelo de atas)

### **Indicador de processo:**

Taxa de adesão da equipa à formação:  $n^{\circ}$  total de elementos da equipa/ $n^{\circ}$  de elementos da equipa presentes na formação\*100 – 100%

### III – Implementação do Projeto

#### Atividades

Reuniões semanais / sessões de AA;  
Elaboração do plano de ações de melhoria e relatório do projecto;  
Divulgação do plano de melhoria.

#### Estratégias (processo de trabalho)

Preparação prévia de todos os instrumentos necessários ao desenvolvimento do processo  
  
Apresentação dos resultados de forma clara e concisa

#### Indicador estrutura:

Nº de reuniões realizadas (9 sessões+3 reuniões+1 ação formação)

#### Indicador de Processo:

Taxa de adesão:  $N^{\circ}$  de elementos da equipa presentes/ $N^{\circ}$  total de elementos da equipa\*100 – 80%

#### Indicador de resultado:

Plano de ações de melhoria – 1  
Relatório do projeto - 1

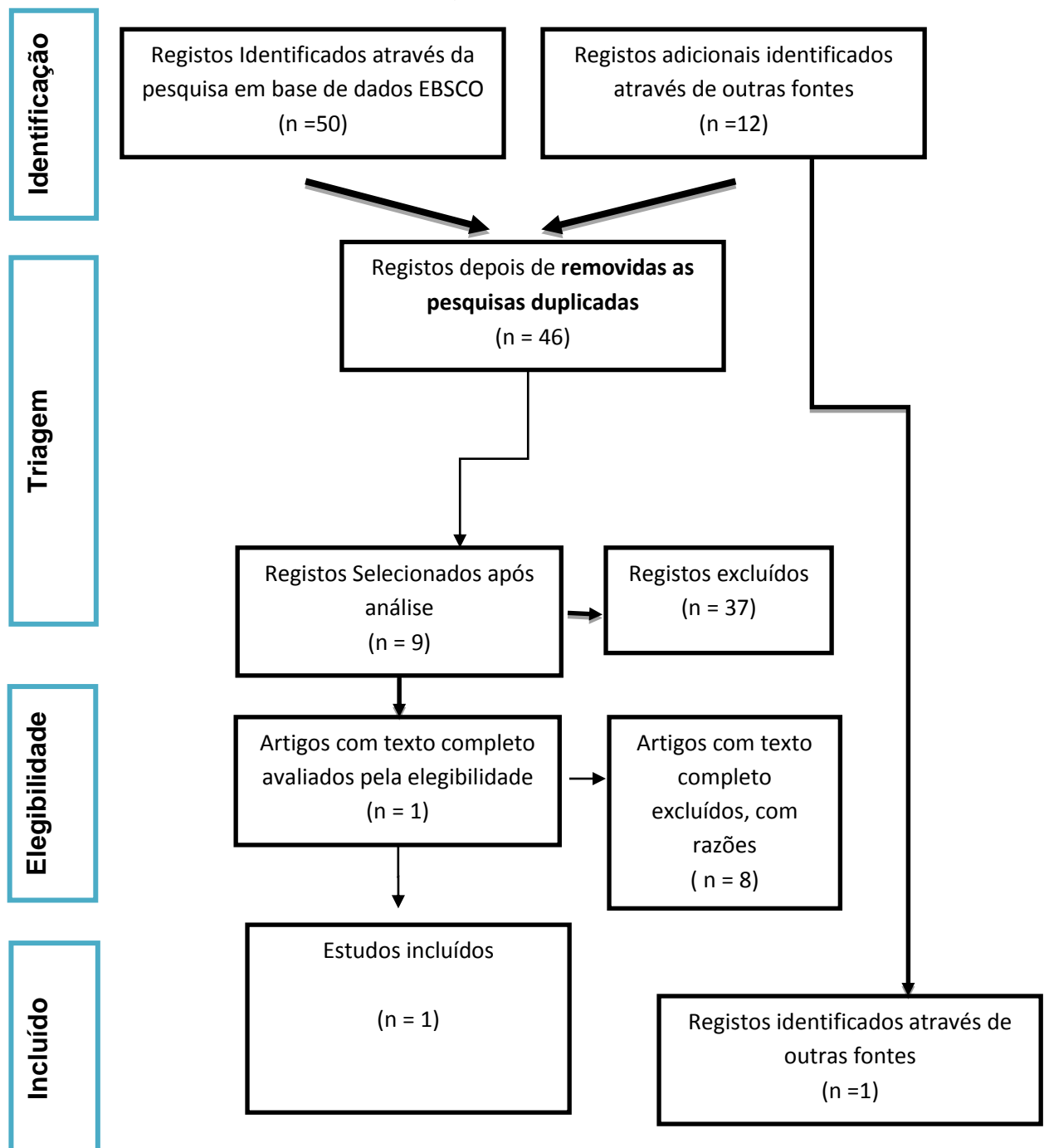
## **APÊNDICE IV - ANÁLISE SWOT**

<b>Meio interno</b>		
<b>Meio externo</b>	<p><b>Forças:</b>  Espírito de equipa,  Profissionais de saúde competentes,  articulação com outras instituições  (parcerias),  Conhecimento do meio</p>	<p><b>Fraquezas:</b>  Viaturas,  Equipa sem médico,  Objetivos pouco claros,  Recursos humanos escassos para  implementação de novos projetos,  Muitos registos/tempo utilizado (ECCI)  Pouco reconhecimento institucional,</p>
	<p><b>Oportunidades:</b>  Dimensão do ACES,  População envelhecida (projetos com  idosos)</p>	<p><b>Ameaças:</b>  Recompensa monetária, desmotivação,  desesperança na melhoria</p>

## **APÊNDICE V – ÁRVORE DE PESQUISA**

# MODELO DE ÁRVORE DE DECISÃO PARA ESTRATÉGIA DE PESQUISA

## Fluxograma



## **APÊNDICE VI – PLANO E AÇÃO DE FORMAÇÃO**

## PLANO DE SESSÃO ESQUEMÁTICO

**Tema da Ação:** Modelo de AA CAF

**1.ª Sessão:** apresentação e discussão do modelo

**Tempo previsto:** 50 min

**Local:** Centro de Saúde do Cacém-Olival

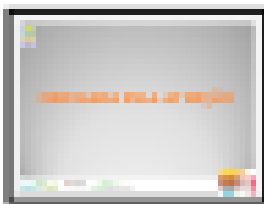
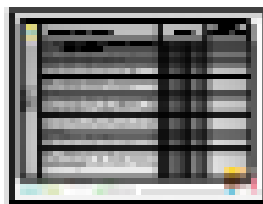
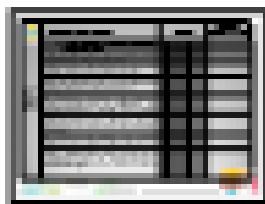
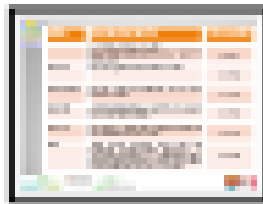
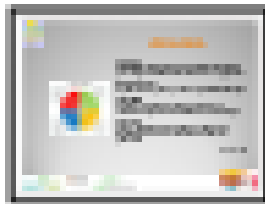
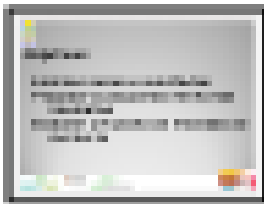
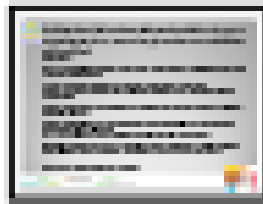
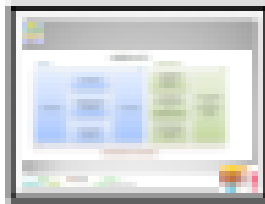
**Destinatários:** Equipa multidisciplinar da UCC

**N.º de Formandos:** 16

**Data:** 02/11/2016

Objetivos	Conteúdo	Métodos	Técnicas	Tempo Parcial
<b>Geral</b> Apresentar o projeto	<b>Introdução</b> Acolhimento Apresentação de todos os elementos Apresentação do Tema	Expositivo Interrogativo	Oral Formulação de Questões	5`
<b>Específicos</b> Mostrar à equipa o modelo CAF Demonstrar benefícios Partilhar dificuldades	<b>Desenvolvimento</b> Explicar o conteúdo do modelo Fundamentar a necessidade de melhoria do desempenho das unidades de saúde Divulgar metodologias de aplicação possíveis Apresentar desenho do eventual plano de ações de melhoria resultante do processo de AA	Expositivo Interrogativo Ativo	Oral Formulação de Questões Dinâmica de Grupo	20`
	<b>Avaliação e Síntese</b> Reflexão e Síntese da Ação Contributos	Interrogativo	Formulação de Questões	30`

Mão-de-Fero, A. (1999). Na rota da pedagogia. Ed Colibri. Lisboa



## **APÊNDICE VII – GRELHA DE AA**

**Critério 1: Liderança**

**Avaliação**

Considerar o que a liderança da organização faz para...

**Subcritérios**

- 1.1. Dar uma orientação à organização desenvolvendo a missão, visão e valores
- 1.2. Gerir a organização, o desempenho e a melhoria contínua
- 1.3. Motivar e apoiar as pessoas da organização e servir de modelo de conduta
- 1.4. Gerir de forma eficaz as relações com o nível político e outras partes interessadas

SC	Pontos fortes e evidências	Áreas a melhorar	Pontuação	Sugestões de melhoria
SC. 1.1	Missão visão e valores planeados e descritos	Divulgação revisão e atualização	30	Rever discutir afixar e divulgar a missão visão e valores
SC. 1.2	Compromisso com melhoria contínua da qualidade; comunicação de iniciativas e razões de mudança	Definir formas de gestão, gestão de processos e parcerias. Planejar mudanças de estrutura. Registos/indicadores. Comunicação externa	39	Definir níveis, funções, responsabilidades e competências; assegurar um sistema de gestão dos processos e parcerias em conformidade com a estratégia, planeamento, necessidades e expetativas dos interessados; melhorar registos, indicadores, e comunicação externa
SC. 1.3	Existe liderança pelo exemplo, cultura de liderança e respeito mutuo, existe promoção de uma cultura de aprendizagem, estimulação dos colaboradores a desenvolverem competências	Liderança mais frontal e objetiva	48	Aprimorar a motivação e apoio aos colaboradores
SC. 1.4	Definir estratégias (plano ação) e identificar necessidades, partilhar,	Participar na definição de políticas,	31	Transpor políticas para a organização, alinhar objetivos, metas e resultados

Pontuação do Critério 1 (soma dos SC/4)

36,9

Justificação da pontuação

Liderança satisfatória

**Critério 2: Planeamento e estratégia**

**Avaliação**

Considerar o que a organização faz para...

**Subcritérios**

- 2.1. Recolher informação relacionada com as necessidades presentes e futuras das partes interessadas, bem como informação de gestão relevante
- 2.2. Desenvolver a estratégia e o planeamento, tendo em conta a informação recolhida
- 2.3. Comunicar e implementar o planeamento e a estratégia em toda a organização e rever de forma regular
- 2.4. Planear, implementar e rever a inovação e a mudança

SC	Pontos fortes e evidências	Áreas a melhorar	Pontuação	Sugestões de melhoria
SC. 2.1	Divulgação da legislação e outras na intranet	Recolha regular de informação, necessidades e tratamento dos dados no sentido da melhoria da qualidade	21	Formação Partilha de informação e experiências entre unidades com as mesmas características
SC. 2.2	Projetos de intervenção comunitária	Maior envolvimento das partes interessadas; recursos; alocar horas de cuidados a projetos, avaliar resultados e propor melhorias	9	Envolver as partes interessadas no planeamento e estratégias; assegurar viaturas toner adequados às multifunções; horas de cuidados de enfermagem (35h para o grupo da saúde escolar, 35h partilhadas pelo projeto criar crescer e cuidar e o NACJR, 70 na área da prestação de cuidados continuados. AT permanente e integrado. médico (35h); 1 Enf/5000 utentes, logo 80 mil utentes-16 enfermeiros (Norma para o calculo de dotações seguras dos CE, OE 2014)
SC. 2.3	Plano de ação e relatório de atividades	Partilha dos projetos, das estratégias, dos planos	5	Estrutura organizacional que permita a implementação de processos e projetos planeados segundo prioridades e prazos definidos; melhorar a comunicação e divulgação de objetivos, planos e atividades; análise semestral da informação existente no MIMUF e correções dos registos no Sclínico para melhor traduzir o trabalho desenvolvido;
SC. 2.4		Cultura aberta à inovação	5	Debater situações de mudança; obrigatoriedade de contratualização de objetivos predefinidos, minimizar dificuldades/resistência em inovar;

Pontuação do Critério 2 (soma dos SC/4)

10,0

Justificação da pontuação

Estrutura rígida, pouco motivada para a inovação

**Critério 3: Pessoas**

**Avaliação**

Considerar o que a organização faz para...

**Subcritérios**

3.1. Planejar, gerir e melhorar os recursos humanos de forma transparente em sintonia com o planeamento e a estratégia

3.2. Identificar, desenvolver e utilizar as competências das pessoas, alinhando os objetivos individuais e organizacionais

3.3. Envolver as pessoas através do diálogo e da delegação de responsabilidades e apoiar o seu bem-estar

SC	Pontos fortes e evidências	Áreas a melhorar	Pontuação	Sugestões de melhoria
SC. 3.1	Análise informal das necessidades de recursos; existência de igualdade de oportunidades;	Desenvolver uma política clara e estratégia de recursos humanos com base no planeamento	33	Adequar recursos e competências à missão definida para a unidade; alocação de recursos competentes e adequados às necessidades das unidades/locais; implementar cultura de reconhecimento e recompensa pelo desempenho; retenção de pessoas afetas a desempenhos de sucesso; utilizar competências e definir funções no recrutamento de pessoas;
SC. 3.2	Avaliação do desempenho; objetivos individuais e organizacionais; plano de formação; mobilidades facilitadas	Formação adequada às necessidades mencionadas; Implementar trabalho por projeto; processos de integração;	28	Motivar para o desenvolvimento de projetos profissionais; desenvolver competências na área do trabalho de projeto; desenvolver competências na área da liderança; construir manuais de integração e tutoria de estudantes e novos colaboradores; formação por e-learning, utilização de tecnologia de comunicação para divulgação de informação como projetos, notícias, fonte de comunicação entre utentes e equipa; avaliar resultados e o impacto desta inovação.
SC. 3.3	Reuniões semanais; grupos de trabalho; Oportunidade de opinar sobre a gestão/liderança; assegurar tempos parciais e licenças adequados às necessidades dos colaboradores	Caixa de sugestões; Incentivar a motivação para o envolvimento em implementação de ações de melhoria	33	Realização de inquéritos periódicos, sobre satisfação entre outros, garantindo o feedback e ações de melhoria; melhorar o bem-estar - infiltrações de água, cortar arbustos do estacionamento, postos de trabalho adequados às necessidades, temperatura ambiental adequada, limpeza das instalações e material, transporte de sujos em viaturas; recompensar os colaboradores de forma não financeira como parcerias que proporcionem descontos em artigos ou serviços, horários flexíveis.

Pontuação do Critério 3 (soma dos SC/3)

31,0

Justificação da pontuação

--

**Critério 4: Parcerias e recursos**

**Avaliação**

Considerar o que a organização faz para...

**Subcritérios**

- 4.1. Desenvolver e gerir parcerias com organizações relevantes
- 4.2. Desenvolver e implementar parcerias com os cidadãos/clientes
- 4.3. Gerir os recursos financeiros
- 4.4. Gerir o conhecimento e a informação
- 4.5. Gerir os recursos tecnológicos
- 4.6. Gerir os recursos materiais

SC	Pontos fortes e evidências	Áreas a melhorar	Pontuação	Sugestões de melhoria
SC. 4.1	Reunião de parceiros, escolas, junta, CMS	Presença de um enfermeiro na reunião de parceiros	35	Desenvolver parcerias apropriadas segundo os vários aspetos da responsabilidade social, inclusive com outras unidades do ACES; Definir responsabilidades dos parceiros; partilhar boas práticas benchlearning e benchmarking; selecionar os colaboradores com perfil socialmente responsável no âmbito do aprovisionamento.
SC. 4.2	Parceria nos cuidados	Políticas proativas de divulgação dos projetos; projetos em conjunto com os utentes; projetos de voluntariado;	10	Promover o voluntariado; aplicar inquéritos de opinião aos utentes; tratar dados e implementar melhoria; envolver os utentes e famílias nos projetos; incentivar os utentes e famílias a elogiar (folha de elogios) e reclamar (livro de reclamações) de acordo com a situação
SC. 4.3	Não aplicável		0	
SC. 4.4	Reuniões semanais, intranet,	Divulgar nas reuniões projetos, procedimentos e protocolos existentes; uniformizar procedimentos e processos	20	Construir manuais de procedimentos e tutoria, agilizar aprovação de normas e procedimentos, divulgar normas e procedimentos pelo ACES; assegurar que a informação permaneça nas unidades mesmo após a saída dos colaboradores.
SC. 4.5	Equipamento	Promover desenvolvimento de competências; adequar equipamentos e software	17	Formação adequada e atualizada a todos os colaboradores; utilização correta dos equipamentos; garantir o correto encaminhamento dos desperdícios com o hardware
SC. 4.6	Existe avaliação de necessidades dos recursos materiais e encaminhamento aos superiores hierárquicos. Reciclagem.	Dificuldade na acessibilidade (meios de transporte, et) e encaminhamento dos utentes. Deficiente manutenção dos edifícios.	19	Assegurar instalações adequadas, garantindo segurança e privacidade. Garantir a boa utilização dos recursos disponíveis. Garantir disponibilidade dos recursos indispensáveis à prestação de cuidados de excelência.

Pontuação do Critério 4 (soma dos SC/6)

**16,8**

Justificação da pontuação

Executa-se sem planeamento

**Critério 5: Processos**

**Avaliação**

Considerar o que a organização faz para...

**Subcritérios**

- 5.1. Identificar, conceber, gerir e inovar os processos de forma sistemática, envolvendo as partes interessadas
- 5.2. Desenvolver e fornecer produtos e serviços orientados para os cidadãos/clientes
- 5.3. Coordenar os processos em toda a organização e com outras organizações relevantes

SC	Pontos fortes e evidências	Áreas a melhorar	Pontuação	Sugestões de melhoria
SC. 5.1	Áreas com elementos de referência (CJR enfermeira AF; ECCI enfermeira C M; SM enfermeira MJP; SE enfermeiro JM; ELI MB; Fisioterapia MC; Higiene Oral RF; TSS MF; AT AA; CC enfermeira; Partilha com outras unidades dos ACES e de outros ACES, de processos inovadores (CAF)	Processos com registos uniformes; Simplificar os processos, rever e adequar; envolver a equipa nas atividades de melhoria;	18	Fluxograma relativo a cada área; Assegurar elementos responsáveis por área; Formação em Sclínico (Enf <sup>o</sup> A M)
SC. 5.2	Projetos concebidos para dar resposta às necessidades dos utentes (VD ao RN e puérpera; projeto de apoio a crianças e jovens em risco; CPP; Projeto do rastreio visual nas escolas; Sintra + Saúde; existência de formulário para reclamações e tratamento dos mesmos;	Melhorar a divulgação nas unidades e comunidade	12	Documentos em diversos formatos e línguas; Horários flexíveis; Caixa de sugestões e divulgação de formulário de elogios e tratamento dos dados; envolver os utentes e garantir canais de comunicação eficazes (telefone, mail, pag net, outros)
SC. 5.3		Percorrer o caminho efetuado pelos utentes nas diferentes unidades por onde passa e para onde é referenciado	15	Criar elementos de referência; assegurar participação e envolvimento na definição dos critérios e processos de referência; tomar conhecimento dos circuitos existentes e de tudo o que acontece depois da referência; instituir protocolos geradores de feedback das referências efetuadas; partilhar e divulgar procedimentos/processos comuns para uniformizar;

Pontuação do Critério 5 (soma dos SC/3)

14,8

Justificação da pontuação

**Critério 6: Resultados orientados para os cidadãos/clientes****Avaliação**

Considerar o que a organização atingiu para satisfazer as necessidades e expectativas dos clientes e cidadãos através de resultados de...

**Subcritérios**

6.1. Medições da Percepção

6.2. Medições do desempenho

SC	Pontos fortes e evidências	Áreas a melhorar	Pontuação	Sugestões de melhoria
SC. 6.1	Avaliação da satisfação dos utentes presentes no curso de preparação para parto;	Construir instrumentos de medida	0	Aplicar questionário que meça a percepção sobre imagem da organização, do envolvimento e participação do utente no processo de tomada de decisão, sobre acessibilidade, transparência, serviços, informação disponível; Frequência dos inquéritos; Nível de confiança na organização e serviços. Atenção às questões éticas
SC. 6.2	Não há evidências	Sistematizar medições de desempenho	0	Aplicar questionários que meçam o desempenho relativo ao envolvimento (nº de sugestões recebidas e implementadas), grau de utilização de métodos inovadores no atendimento ao utente (pag. Internet, mail); divulgar aos utentes os resultados obtidos; Aplicar questionários que meçam os resultados da acessibilidade (horários, tempos de espera, custos), da transparência da prestação de serviços (nº de canais de informação e sua eficiência, disponibilidade e precisão da informação) e qualidade da prestação

Pontuação do Critério 6 (soma dos SC/2)

0,0

Justificação da pontuação

**Critério 7: Resultados das pessoas**

**Avaliação**

Considerar o que a organização atingiu para satisfazer as necessidades e expectativas dos seus colaboradores através de resultados de...

**Subcritérios**

7.1. Medições da Percepção

7.2. Medições do desempenho

SC	Pontos fortes e evidências	Áreas a melhorar	Pontuação	Sugestões de melhoria
SC. 7.1	Realização de um questionário anual (?) sem feedback	Rever documento de medida e assegurar feedback	0	Implementar questionário relativo à percepção global (imagem e desempenho da organização, envolvimento das pessoas); resultados relativos à percepção da gestão e sistemas de gestão (percepção da gestão de topo, definição de objetivos, afetação de recursos, desempenho global da organização, gestão dos processos, divisão de tarefas), resultados relativos à percepção das condições de trabalho (gestão de conflitos, promoção da transversalidade entre unidades, flexibilidade de horários de trabalho, proteção da saúde, igualdade de oportunidades, igualdade de tratamento, organização do local de trabalho e condições de trabalho); resultados relativos à percepção da carreira e competências (desenvolvimento sistemático de carreiras e competências, incentivos, acesso e qualidade da formação).
SC. 7.2	Sem evidências, SIADAP (?)		0	Indicadores relativos ao comportamento (nível de absentismo, rancios, rotatividade, greves e reclamações do pessoal); indicadores e relativos à motivação e ao envolvimento (taxas de resposta a inquéritos ao pessoal, nº de propostas de inovação, participação em grupos internos de discussão); indicadores relativos à avaliação de desempenho (nível de envolvimento em atividades de melhoria, utilização de tecnologias de informação e comunicação); indicadores relativos ao desenvolvimento de competências (taxa de participação em ações de formação); indicadores relativos às relações interpessoais (capacidade para lidar com os utentes, mediação de atitudes em relação aos utentes); frequência do reconhecimento individual (louvores, nº de elogios); frequência de participação em atividades sociais (idosos, escolas).

Pontuação do Critério 7 (soma dos SC/2)

0,0

Justificação da pontuação

**Critério 8: Resultados da responsabilidade social****Avaliação**

Considerar o que a organização atingiu no que respeita à sua responsabilidade social, através de resultados de...

**Subcritérios**

8.1. Medições da Percepção

8.2. Medições do desempenho

SC	Pontos fortes e evidências	Áreas a melhorar	Pontuação	Sugestões de melhoria
SC. 8.1			0	Desenvolver mais projetos direcionados para grupos de risco ou para as necessidades da população (?)
SC. 8.2			0	

Pontuação do Critério 8 (soma dos SC/2)

0,0

Justificação da pontuação

**Critério 9: Resultados do desempenho-chave****Avaliação**

Considerar os resultados alcançados pela organização em relação a...

**Subcritérios**

9.1. Resultados externos: resultados e impactos em relação aos objetivos

9.2. Resultados internos: nível de eficiência

SC	Pontos fortes e evidências	Áreas a melhorar	Pontuação	Sugestões de melhoria
SC. 9.1		Implementar auditorias.	0	Resultados relativos à qualidade e quantidade dos serviços prestados, nível de qualidade dos serviços comparativamente com padrões de qualidade, resultados das auditorias, resultados de inovação nos serviços.
SC. 9.2		Implementar auditorias ao funcionamento da unidade; Gestão do risco, gestão eficaz e eficiente dos recursos disponíveis (humanos, conhecimento e instalações)	0	Inovação dos serviços, apresentação dos resultados dos níveis de desempenho, eficácia das parcerias, valor acrescentado na utilização de tecnologia e informação (diminuir burocracias e economia de tempo); resultados relativos à participação em concursos, prémios de qualidade e certificação do sistema de gestão de qualidade; Custo eficaz (resultados obtidos com o menor custo possível).

Pontuação do Critério 9 (soma dos SC/2)

0,0

Justificação da pontuação

## **APÊNDICE VIII – ATAS**



CAF 2016

## AGENDA E ATA DE REUNIÃO DE AUTOAVALIAÇÃO

<b>PARTICIPANTES</b>	MARIANA COSTA E MARIA JOÃO PASCOAL				
<b>DATA</b>	25/10/2016	<b>HORA</b>	09-12.30	<b>LOCAL</b>	<b>UCC</b>
<b>AGENDA</b>					
<b>CÓDIGO</b>	<b>ASSUNTOS A TRATAR</b>				
	Preparação da apresentação do projeto				
	Formalização do modelo de apresentação				
	Planeamento do processo de autoavaliação				
	Recolha de documentação				
	Elaboração de documentos de registos				
<b>ATA DA REUNIÃO</b>					
<b>ASSUNTOS RESOLVIDOS</b>		<b>ASSUNTOS NÃO RESOLVIDOS</b>		<b>OBSERVAÇÕES</b>	
Decidiu-se adotar o modelo de autoavaliação avançado, por refletir o ciclo PDCA. Dividir cada critério/subcritérios por sessão – 9 sessões (3 meses) Plano de ação de formação Construção de power point com grelhas de avaliação para o critério Liderança Construção de power point para 2ª sessão		Construção de Missão, Visão, valores e código de conduta; Divulgação de Missão, Visão, Valores e código de conduta			
<b>PRÓXIMOS PASSOS</b>					
Preparar questionários de satisfação Enviar por mail (construir grupo de contactos/mail) critérios/subcritérios de 2ª sessão					



CAF 2016

## AGENDA E ATA DE REUNIÃO DE AUTOAVALIAÇÃO

<b>PARTICIPANTES</b>	AMÉLIA MARTINS; ANA FÁRIA; ANA RAPOSO; ISABEL CRISTINA; GLÓRIA MATOS; MANUELA ROMBO; PAULA CAMARA; JOSÉ CARDOSO; HELENA RABAÇA; INÊS PEREIRA; MARGARIDA COSTA; MARIANA COSTA; MARIA JOÃO PASCOAL				
<b>DATA</b>	28/10/2016	<b>HORA</b>	13-16H	<b>LOCAL</b>	<b>UCC</b>
<b>AGENDA</b>					
<b>CÓDIGO</b>	<b>ASSUNTOS A TRATAR</b>				
	Apresentação do modelo CAF				
	Explicação do ciclo PDCA				
	Definição dos elementos da equipa de autoavaliação				
<b>ATA DA REUNIÃO</b>					
<b>ASSUNTOS RESOLVIDOS</b>		<b>ASSUNTOS NÃO RESOLVIDOS</b>		<b>OBSERVAÇÕES</b>	
Modelo de autoavaliação apresentado à equipa; Esclarecimento sobre o processo de ciclo PDCA; Formalização da equipa de autoavaliação		Enviar por mail critérios/subcritérios de 1ª sessão; Definir estratégias que facilitem o momento da autoavaliação.		Introdução ao modelo de autoavaliação CAF; Elementos da equipa pouco confortáveis e pouco receptivos a este processo de autoavaliação	
<b>PRÓXIMOS PASSOS</b>					
Preparar material para avaliação do critério 1, facilitando a preparação dos elementos da equipa.					



CAF 2016

## AGENDA E ATA DE REUNIÃO DE AUTOAVALIAÇÃO

<b>PARTICIPANTES</b>	AMÉLIA MARTINS; ANA FÁRIA; ANA RAPOSO; ISABEL CRISTINA; GLÓRIA MATOS; MANUELA ROMBO; PAULA CAMARA; JOSÉ CARDOSO; HELENA RABAÇA; INÊS PEREIRA; MARGARIDA COSTA; MARIANA COSTA; MARIA JOÃO PASCOAL				
<b>DATA</b>	10/11/2016	<b>HORA</b>	13-16H	<b>LOCAL</b>	<b>UCC</b>
<b>AGENDA</b>					
<b>CÓDIGO</b>	<b>ASSUNTOS A TRATAR</b>				
	Avaliação do critério Liderança				
	Discussão dos respetivos subcritérios				
	Avaliação dos subcritérios				
<b>ATA DA REUNIÃO</b>					
<b>ASSUNTOS RESOLVIDOS</b>		<b>ASSUNTOS NÃO RESOLVIDOS</b>		<b>OBSERVAÇÕES</b>	
AVALIAÇÃO DOS 4 SUBCRITÉRIOS DO CRITÉRIO LIDERANÇA		Divulgação e revisão de Missão, Visão, valores e código de conduta		Elementos da equipa pouco confortáveis e pouco receptivos a este processo de autoavaliação Surgiram muitas dúvidas no que se refere à missão, visão e valores	
<b>PRÓXIMOS PASSOS</b>					
Preparar material para avaliação do critério 2, facilitando a preparação dos elementos da equipa. Construir grupo de contactos no correio eletrónico Enviar por mail critérios/subcritérios de 2ª sessão					



CAF 2016

## AGENDA E ATA DE REUNIÃO DE AUTOAVALIAÇÃO

<b>PARTICIPANTES</b>	ANA FÁRIA; ANA RAPOSO; ISABEL CRISTINA; GLÓRIA MATOS; MANUELA ROMBO; PAULA CAMARA; JOSÉ CARDOSO; INÊS PEREIRA; MARGARIDA COSTA; PEDRO SANTOS; MARGARIDA BRIGIDO; ROSA FERREIRA; MARIANA COSTA; MARIA JOÃO PASCOAL				
<b>DATA</b>	15/11/2016	<b>HORA</b>	13-16H	<b>LOCAL</b>	<b>UCC</b>
<b>AGENDA</b>					
<b>CÓDIGO</b>	<b>ASSUNTOS A TRATAR</b>				
	Apresentação do critério 2				
	Discussão dos respetivos subcritérios				
	Avaliação dos subcritérios				
<b>ATA DA REUNIÃO</b>					
<b>ASSUNTOS RESOLVIDOS</b>		<b>ASSUNTOS NÃO RESOLVIDOS</b>		<b>OBSERVAÇÕES</b>	
AVALIAÇÃO DO CRITÉRIO 2				Mantém-se a pouca receptividade de alguns dos elementos da equipa	
<b>PRÓXIMOS PASSOS</b>					
Preparar questionários de satisfação Enviar por mail critérios e subcritérios de 3ª e 4ª sessão					

## **APÊNDICE IX – PLANO DE AÇÃO DE MELHORIA**

<b>Critério</b>	<b>LIDER</b>	<b>GESTOR/OUTROS</b>	<b>PARTILHADO</b>
1	Rever discutir afixar e divulgar a missão visão e valores; definir níveis, funções, responsabilidades e competências; adotar política para a organização, alinhar objetivos, metas e resultados.	Melhorar registos, indicadores, e comunicação externa.	Assegurar um sistema de gestão dos processos e parcerias em conformidade com a estratégia, planeamento, necessidades e expetativas dos interessados.
2	Aplicação do método de trabalho enfermeiro responsável por lista de utentes/famílias.	Envolver as partes interessadas no planeamento e estratégias; assegurar viaturas, equipamento informático, toner adequado às multifunções; concertar horas de cuidados de enfermagem (mais 35h para o grupo da saúde escolar, mais 35h partilhadas pelo projeto criar crescer e cuidar e o NACJR, mais 20h de prestação de cuidados a dependentes) de atendimento médico (35h). 1 AT permanente e integrado. 1 Enfermeiro para cada 5000 utentes, logo 80 mil utentes-16 enfermeiros (Norma para o calculo de dotações seguras dos CE, OE 2014).	Formação adequada às necessidades; partilha de informação e experiencias entre unidades com as mesmas características; estrutura organizacional que permita a implementação de processos e projetos planeados segundo prioridades e prazos definidos; melhorar a comunicação e divulgação de objetivos, planos e atividades; análise semestral da informação existente no MIMUF e correções dos registos no Sclínico para melhor traduzir o trabalho desenvolvido; debater situações de mudança; obrigatoriedade de contratualização de objetivos predefinidos e minimizar dificuldades/resistência à mudança.
3	Apresentação do cálculo de necessidades de horas alocadas à UCC, mediante o número e necessidades dos utentes; reportar necessidade de recuperação de espaços físicos (infiltrações de água, cortar arbustos do estacionamento, postos de trabalho adequados às necessidades, temperatura ambiental adequada, limpeza das instalações e material, transporte de sujus em viaturas).	Garantir e adequar recursos e competências à missão definida para a unidade; alocação de recursos competentes e adequados às necessidades da unidade; implementar cultura de reconhecimento e recompensa pelo desempenho; retenção de pessoas afetas a desempenhos de sucesso; utilizar competências e definir funções no recrutamento de pessoas; melhorar o bem-estar – recuperação de espaços físicos; recompensar os colaboradores de forma não financeira como parcerias que proporcionem descontos em artigos ou serviços e /ou horários flexíveis.	Motivar para o desenvolvimento de projetos profissionais; promover o desenvolvimento de competências na área do trabalho de projeto e da liderança; construir manuais de integração e tutoria de estudantes e novos colaboradores; formação por <i>e-learning</i> ; utilização de tecnologia de comunicação como fonte de comunicação entre utentes e equipa, avaliar resultados e o impacto desta inovação; realização de inquéritos periódicos, sobre satisfação entre outros, garantindo o feedback e ações de melhoria.

	LIDER	GESTOR/OUTROS	PARTILHADO
4	<p>Envolver os utentes e famílias nos projetos; incentivar os utentes e famílias a elogiar (folha de elogios) e reclamar (livro de reclamações) de acordo com a situação; construir manuais de procedimentos e tutoria; garantir a boa utilização dos recursos disponíveis; assegurar que a informação permaneça nas unidades mesmo após a saída dos colaboradores.</p>	<p>Assegurar instalações adequadas, garantindo segurança e privacidade (sala contígua e de apoio à esterilização para armazém de farmácia piso -1 o que disponibilizava 1 sala no piso 1 para registos e atendimentos de populações de risco – crianças e famílias). Garantir disponibilidade dos recursos indispensáveis à prestação de cuidados de excelência.</p>	<p>Desenvolver parcerias apropriadas segundo os vários aspetos da responsabilidade social, inclusive com outras unidades do ACES; definir responsabilidades dos parceiros; partilhar boas práticas <i>benchlearning</i> e <i>benchmarking</i>; promover o voluntariado; aplicar inquéritos de opinião aos utentes; tratar dados e implementar melhoria; agilizar aprovação de normas e procedimentos, divulgar normas e procedimentos pelo ACES; formação adequada e atualizada a todos os colaboradores; utilização correta dos equipamentos; garantir o correto encaminhamento dos desperdícios com o <i>hardware</i>.</p>
5	<p>Fluxograma relativo a cada área; assegurar elementos responsáveis por área; Formação em Sclínico; definir elementos de referência; assegurar a participação e envolvimento na definição dos critérios e processos de referenciação; instituir protocolos geradores de feedback das referenciações efetuadas; tomar conhecimento dos circuitos existentes e de tudo o que acontece depois da referenciação.</p>		<p>Documentos em diversos formatos e línguas; Horários flexíveis; Caixa de sugestões e divulgação de formulário de elogios e tratamento dos dados; envolver os utentes e garantir canais de comunicação eficazes (telefone, email, página de internet, entre outros); divulgar procedimentos/processos comuns para uniformizar.</p>

Critério	LIDER	GESTOR/OUTROS	PARTILHADO
6			Aplicar questionário que meça a percepção sobre imagem da organização, do envolvimento e participação do utente no processo de tomada de decisão, sobre acessibilidade, transparência, serviços, informação disponível; definir a frequência dos inquéritos; aplicar questionários que meçam o desempenho relativo ao envolvimento (número de sugestões recebidas e implementadas), grau de utilização de métodos inovadores no atendimento ao utente (página de Internet, email); divulgar aos utentes os resultados obtidos; Aplicar questionários que meçam os resultados da acessibilidade (horários, tempos de espera, custos), da transparência da prestação de serviços (número de canais de informação e sua eficiência,
7	Promover processos de AA com agendamento a 12 ou 24 meses; reportar resultados.		Implementar questionário relativo à percepção global; resultados relativos à percepção das condições de trabalho; resultados relativos à percepção da carreira e competências; Indicadores relativos ao comportamento; indicadores e relativos à motivação e ao envolvimento; indicadores relativos à avaliação de desempenho; indicadores relativos ao desenvolvimento de competências; indicadores relativos às relações interpessoais; frequência do reconhecimento individual; frequência de participação em atividades sociais (idosos, escolas, entre outras).
8			Desenvolver mais projetos direcionados para grupos de risco ou para as necessidades da população (crianças em idade escolar-cidadania, sexualidade, comportamentos saudáveis; adultos com doença crónica-cuidados paliativos, cuidados no luto das famílias e idosos-prevenção do isolamento).
9	Promoção de auditorias a processos e desempenho.		Resultados relativos à qualidade e quantidade dos serviços prestados, nível de qualidade dos serviços comparativamente com padrões de qualidade, resultados das auditorias, resultados de inovação nos serviços. Inovação dos serviços, apresentação dos resultados dos níveis de desempenho, eficácia das parcerias, valor acrescentado na utilização de tecnologia e informação (diminuir burocracias e economia de tempo); resultados relativos à participação em concursos, prémios; custo eficácia (resultados obtidos com o menor custo possível).

## **ANEXOS**

**ANEXO I – CERTIFICADO DE PRESENÇA ENCONTRO CAF**

# Certificado

Ministério das Finanças  
**dgaep**  
direção-geral da administração  
e do emprego público

Certifica-se que **MARIA JOÃO MONTEIRO PASCOAL**, participou no II.º Encontro Nacional da CAF, realizado nos dias 29 e 30 junho de 2016, num total de 13 horas, nas instalações do Ministério das Finanças.

Certificado n.º 64/06/2016

Lisboa, 30 de junho de 2016

A Diretora-Geral



(Joana Ramos)

**ENCONTRO**  
**cafe**  
NACIONAL