

O CONTRIBUTO DA AUDITORIA INTERNA PARA A GOVERNAÇÃO CLÍNICA E DE SAÚDE NUMA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

INÊS FILIPA GONÇALVES LOURENÇO

**Trabalho de Projeto
para a obtenção do Grau de Mestre
em Gestão de Unidades de Saúde**

2018

**O CONTRIBUTO DA AUDITORIA
INTERNA PARA A GOVERNAÇÃO
CLÍNICA E DE SAÚDE NUMA
UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR**

INÊS FILIPA GONÇALVES LOURENÇO

**Trabalho de Projeto
para a obtenção do Grau de Mestre
em Gestão de Unidades de Saúde**

Trabalho efetuado sob a orientação de:
Professor Dr. Luís Miguel Serra Coelho

Faro, dezembro de 2018

Título: O contributo da Auditoria Interna para a Governação Clínica e de Saúde numa Unidade de Saúde Familiar

Autora: Inês Filipa Gonçalves Lourenço

Declaração de autoria de trabalho

“Declaro ser a autora deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.”

Copyright

“A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.”

“O verdadeiro progresso não pode ser feito num ambiente em conflito ou fricção. Descobrir o problema só é metade da batalha. A outra metade é implementar a recomendação.”

“O desafio da melhoria contínua ou Avaliar para Melhorar”

Stephen Keatin, Honeywell

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais por, mesmo fisicamente longe, estarem sempre presentes, pelas suas palavras de coragem nos momentos de maior esforço e por me transmitirem, desde criança, que com trabalho e dedicação podemos alcançar os nossos sonhos... e que alimentam o meu ser guerreiro, para defrontar todos os meus projetos de vida...

*Aquela estrelinha que agora mora no céu!!!
Que me abandonou durante esta etapa.*

A quem, mesmo longe, está sempre comigo....

*E à nossa mais primorosa obra Unidade de Saúde Familiar Ossónoba:
a todos os meus colegas de trabalho, que fazem parte dela
e que contribuíram para a construção deste projeto...
O meu – muito – obrigada. Sem vocês não teria sido possível.*

Ao Professor Dr. Luís Coelho, por ter aceitado orientar o meu raciocínio, o meu pensamento, dedicação, que se somatizaram neste trabalho académico.

RESUMO

Introdução: A auditoria interpares clínica (AIC), foi introduzida na organização dos cuidados de saúde primários (CSP) em Portugal como um processo de melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Este projeto teve por base descrever este novo paradigma, onde examina o modo como há necessidade de avaliar a qualidade dos cuidados através de AIC a nível de resultados em saúde, introduzido pela estratégia de Governação Clínica e da Saúde (GCS). Assim, a auditoria incorporou-se à rotina das instituições de saúde com o intuito de avaliar os aspectos qualitativos da assistência ao utente, aos processos internos. **Evidências:** O que estrutura e dá consistência à GCS são processos de cuidados, normas de orientação válidas assentes em forte evidência, que não fragmentem a prática da Medicina Geral e Familiar (MGF) respeitando os seus princípios e valores. As Normas Clínicas emitidas pela Direção-Geral da Saúde (DGS), sob proposta do Departamento da Qualidade na Saúde e do Conselho Nacional de Auditoria e Qualidade da Ordem dos Médicos, em matéria de qualidade clínica, são uma prioridade da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020. **Metodologia:** A elaboração de um instrumento que sirva de guião para AIC à aplicação das normas clínicas constitui-se como atividade pedagógica deste projeto de intervenção no serviço (PIS), onde se identificou como alvo de intervenção, a inexistência de um guia de atuação padronizado para AI aos procedimentos inerentes aos registos dos serviços da carteira básica contratualizadas nas Unidades de Saúde Familiares (USF). **Conclusões:** A AIC das normas e processos clínicos é uma ferramenta de melhoria contínua da qualidade clínica, ao permitir avaliar o desempenho dos prestadores, conduzindo a ganhos de eficiência, uma vez que tais normas são elaboradas de forma a indicar, como primeira opção e com base na evidência científica publicada.

Palavras-chave: Governação Clínica e de Saúde, Auditoria Interna na Saúde, Unidades de Saúde Familiar

ABSTRACT

Introduction: Clinical interpare audit (CIA) was introduced in the organization of primary health care in Portugal as a process to improve the quality of the care provided. This project was designed to describe this new paradigm, which examines the need to evaluate the quality of care through CIA in health outcomes, introduced by the Clinical Governance and Health (CGH) strategy. Thus, the audit was incorporated into the routine of health institutions in order to evaluate the qualitative aspects of patient care, as a internal processes. **Evidence:** What structures and gives consistency to the CGH is care processes, strong guidelines based on strong evidence that do not detract from the practice of General and Family Medicine, respecting its principles and values. The Clinical Norms issued by the Directorate General of Health, on a proposal from the Department of Quality in Health and the National Council of Audit and Quality of the Order of Physicians, on clinical quality, are a priority of the National Strategy for Quality in Health 2015-2020. **Methodology:** The elaboration of an instrument that serves as a guideline for CIA to the application of clinical norms constitutes a pedagogical activity of this project of intervention in the service, where it was identified as a target for intervention, the lack of a standardized guide for action for IA to the procedures inherent to the records of basic portfolio services contracted in the Family Health Units. **Conclusions:** The CIA of clinical norms and processes are tools for the continuous improvement of clinical quality, allowing to evaluate the performance of health providers, leading to efficiency gains, once that those standards are responsible for the health indicators. CIA should be based on published scientific evidence.

Keywords: Clinical and Health Governance, Internal Health Audit, Family Health Units.

ÍNDICE

	Página
RESUMO -----	vi
ABSTRACT -----	vii
ÍNDICE DE FÍGURAS -----	x
ÍNDICE DE TABELAS -----	xi
LÍSTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS -----	xii
INTRODUÇÃO -----	1
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO -----	3
1 – A GOVERNAÇÃO CLÍNICA E DE SAÚDE NO CONTEXTO DA REFORMA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS -----	3
1.1 – DEFINIÇÃO DE GOVERNANÇA E GOVERNAÇÃO CLÍNICA E DE SAÚDE	6
2 – O PAPEL DA AUDITORIA INTERNA OPERACIONAL DENTRO DO CONTEXTO DA GOVERNAÇÃO CLÍNICA E DE SAÚDE NO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE -----	13
3 – INTEGRAÇÃO DOS PROCESSOS DE AUDITORIA INTERNA CLÍNICA NA ESTRATÉGIA NACIONAL PARA A QUALIDADE NA SAÚDE 2015- 2020 E NA MELHORIA CONTÍNUA -----	17
CAPÍTULO II – METODOLOGIA DE ANÁLISE -----	22
1 – IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA E DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO -----	23
1.1 – ANÁLISE ESTRATÉGICA -----	26
2 – OBJETIVOS DO PROJETO -----	29
3 – TIPO DE ESTUDO -----	30
4 – CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DO ESTUDO -----	32
4.1 – PARÂMETROS DE CARACTERIZAÇÃO DAS USF -----	32
4.2 – CARACTERIZAÇÃO DA USF OSSÓNOBA -----	34

CAPÍTULO III – PLANO DE INTERVENÇÃO	36
1 – CRONOGRAMA DE ATIVIDADES DO PROJETO DE INTERVENÇÃO NO SERVIÇO	38
2 – ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	39
3 – AVALIAÇÃO	54
CAPÍTULO IV – CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
BIBLIOGRAFIA	58
APÊNDICES	62
APÊNDICE 1 – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO TRABALHO DE PROJETO INTEGRADO NO MESTRADO DE GESTÃO DE UNIDADES DE SAÚDE	63
APÊNDICE 2 – GUIÃO PARA AUDITORIA INTERPARES CLÍNICA	66

ÍNDICE DE FÍGURAS

Página

Figura 1.1 – *Workshop “Governança Clínica e de Saúde”, Peniche, 8 de Maio de 2010* --- 10

ÍNDICE DE TABELAS

	Página
Tabela 1.1 – <i>Vertentes da reforma dos CSP</i> -----	5
Tabela 1.2 – <i>Métodos e Instrumentos da Governação Clínica e da Saúde</i> -----	11
Tabela 2.3 – <i>Matriz SWOT</i> -----	27
Tabela 2.4 – <i>Tipos de Projeto</i> -----	31
Tabela 3.5 – <i>Responsáveis dos Procedimentos Clínicos da Carteira Básica de Serviços</i> ----	46

LÍSTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACES	Agrupamentos de Centros de Saúde
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
AI	Auditoria Interna
AIC	Auditoria Interpares Clínica
ARS	Administração Regional de Saúde
AT	Assistentes Técnicos
BI	Bilhete de Identidade
BI-CSP	Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários
CG	Conselho Geral
CS	Centro de Saúde
CSP	Cuidados de Saúde Primários
CT	Conselho Técnico
DGS	Direção-Geral da Saúde
Dr.	Doutor
Dr. ^a	Doutora
GCS	Governança Clínica e de Saúde
IDG	Índice de Desempenho Global
IFAC	International Federation of Accountants
IIA	Institute of Internal Auditors
I.P.	Instituição Pública
IPAI	Instituto Português de Auditoria Interna
MCSP	Missão de Cuidados de Saúde Primários
MIMUF®	Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais
MGF	Medicina Geral e Familiar
nº	número
NOC	normas de orientação clínica
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
PIS	Projeto de Intervenção no Serviço
SNS	Serviço Nacional de Saúde

SWOT	Strengths Weaknesses Opportunities and Threats
UAG	Unidade de Apoio à Gestão
UAlgFE	Universidade do Algarve – Faculdade de Economia
UCC	Unidades de Cuidados na Comunidade
UCSP	Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados
URAP	Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
USF	Unidades de Saúde Familiares

INTRODUÇÃO

No âmbito do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, da Faculdade de Economia da Universidade do Algarve, apresentamos o presente Trabalho de Projeto intitulado: A Integração da Auditoria Interpares para a GCS e de Saúde numa USF, com base no Despacho n.º 1400-A/2015 do Diário da República n.º 28/2015, que tem por objetivo a integração dos processos de auditoria interna (AI) clínica na estratégia nacional para a qualidade na saúde 2015-2020 e na melhoria contínua. Pois existe como prioridade o aumento da adesão a normas de orientação clínica (NOC): aumentar a clínica reflexiva, através do hábito de realização sistemática de auditorias clínicas internas e avaliação dos resultados operacionais e verificar o grau de conformidade de aplicação das normas clínicas nacionais, através de auditorias externas efetuadas por pares.

Com a evolução e a competitividade dos mercados, cada vez mais, as organizações têm necessidade de informações atempadas e úteis que permitam a gestão de unidades de saúde por forma atingirem os seus objetivos e vislumbrar perspetivas para o futuro.

Neste contexto, a figura da AI tem vindo a assumir um papel cada vez mais importante no seio das organizações privadas e nestes últimos anos no sector público, onde se atende aos interesses dos gestores, no sentido em que esta audita não somente a parte contabilística/financeira, como, também, a parte não contabilística, cuidados de saúde com qualidade indo de encontro à implementação da adequação das normas da DGS e dos processos de cada serviço, estabelecendo um controlo mais amplo dentro da organização.

Procura-se, no presente projeto, servir de guia/manual de auditorias clínicas e organizacionais, aos serviços de saúde públicos e proporcionar uma reflexão sobre o contributo da AI para a gestão eficaz das organizações públicas. Para tal, realizaram-se pesquisas bibliográficas sobre os principais conceitos, estruturas, procedimentos operacionais, riscos, normas e legislação pertinente à AI e à sua relação com a gestão e GCS e governança.

A GCS surge, assim, como um elemento central da vida das equipas multiprofissionais. Promove o desenvolvimento de uma cultura técnico-profissional com significado para as profissões de saúde, confere sentido àquilo que se faz e reúne os

instrumentos indispensáveis para a melhoria contínua da qualidade dos processos e das práticas profissionais.

Este trabalho projeto, encontra-se estruturado num primeiro capítulo, com desenvolvimento do enquadramento teórico sobre a GCS no contexto da reforma dos CSP e o papel da AI dentro do contexto da GCS no Serviço Nacional de Saúde (SNS). Posteriormente, num segundo capítulo, onde se irá abordar a metodologia de análise, apresentando a problemática, os objetivos, o tipo de estudo de projeto a desenvolver, com o respetivo planeamento e calendarização e a caracterização da entidade acolhedora – USF Ossónoba. No terceiro capítulo, denominado de plano de intervenção, serão apresentadas as estratégias e as atividades desenvolvidas para a elaboração do guião de auditorias interpares clínicas de onde faz parte integrante o manual de procedimentos e respetivas checklist para os programas de saúde contratualizados na carteira básica, com base a servir de guia para as respetivas AI, onde integro um plano de atividades do que foi desenvolvido durante o trabalho PIS.

Assim, o Trabalho de Projeto de AI para a USF Ossónoba foi elaborado espelhando a linha condutora para as outras USF, fomentando a capacidade da sociedade, das comunidades e das organizações para a auto-organização e implementação de rotinas de avaliação, de revisão e de aprendizagem permanente.

A USF Ossónoba pertence ao Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) Central I – Faro – Administração Regional de Saúde (ARS) Algarve e encontra-se inserida no SNS português. A sua base de atuação está centrada no utente/família/comunidade, garantindo uma prestação de cuidados de saúde de qualidade à população em geral e acessíveis em tempo oportuno. A USF Ossónoba tem como política de qualidade a melhoria contínua dos cuidados, de acordo com as necessidades e expectativas dos utentes.

No entanto, devemos evidenciar que esta nova forma de encarar os CSP será, inevitavelmente, o início de uma “nova era”. Esta “nova era” assumida como um conceito transformador dos CSP, de certa forma inovadora, tornou a pesquisa bibliográfica uma tarefa de difícil execução, uma vez que os dados disponíveis e as análises sobre o assunto ainda são escassos.

Mas também este projeto tem por objetivo servir de guia orientador para profissionais que queiram arriscar e realizar AI nas suas USF. A tarefa é árdua, mas não impossível! Requer criatividade, empenho e dedicação.

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 – A GOVERNAÇÃO CLÍNICA E DE SAÚDE NO CONTEXTO DA REFORMA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Os CSP são o pilar central e a principal forma de contacto dos cidadãos com o sistema de saúde. Estes proporcionam o primeiro nível de contacto do indivíduo, da família e da comunidade, permitindo a aproximação da assistência de saúde o mais perto possível dos locais onde a população vive e trabalha e constituem o primeiro elemento de um processo permanente de assistência de saúde (Ferreira, Escoval, Lourenço, Matos, & Ribeiro, 2010). Desta forma, os CSP não podem deixar de ser encarados como o ativo do sistema de saúde, que mais poderão contribuir para o bem-estar económico e social.

Nos últimos vinte anos assistiram-se a reformas generalizadas que visaram, nomeadamente, a flexibilidade e procura de maior eficiência dos sistemas de saúde (Saltman, & Figueras, 1997, 1998). Os Centros de Saúde (CS) e a saúde comunitária têm, em Portugal, uma história com cerca de 40 anos. Esta experiência tem convergido com cerca de trinta anos de desenvolvimento da medicina pessoal e familiar na comunidade. A integração destes dois processos tem sido uma marca distintiva dos CSP em Portugal e da sua evolução.

De facto, na história da organização dos serviços de saúde em Portugal é possível descrever o desenvolvimento dos CSP em seis fases (Biscaia, Martins, Gonçalves, & Antunes, 2008): uma primeira fase, desde 1971 até ao período revolucionário de 1974-1975 com a constituição dos CS de 1ª geração, onde foram criados os primeiros CS associados ao que então se entendia por saúde pública — incluindo atividades como a vacinação, vigilância de saúde da mulher, da grávida e da criança, saúde escolar e ambiental, entre outras. É o lançamento de uma visão sistémica dos CSP. Seguida a fase de 1975 a 1982 com a institucionalização do SNS (Lei de bases – nº56/1979, de 15 de setembro) e do serviço médico à periferia e da carreira de MGF; de 1983 até 1994, a fase dos CS integrados, chamados de 2ª geração, onde os primeiros CS foram integrados com os numerosos postos dos antigos Serviços Médico-Sociais. Este processo de fusão

conduziu a uma maior racionalidade formal, mas não resultou numa melhoria naquilo que eram as principais virtudes dos componentes integrados — acessibilidade a consultas e a visitas domiciliárias, por um lado e por outro, a programação de atividades com objetivos de saúde. Em sequência, surge o período de 1995 a 2001 com a introdução de modelos organizativos experimentais dos CSP – CS de 3ª geração; seguido da fase de 2002 até 2004 assinalada pela constituição de parcerias público-privadas nos CSP. Com o Decreto-Lei nº60/2003, de 1 de abril, é implementada uma organização em que os serviços públicos e privados surgem como parte integrante de uma única rede de serviços de saúde financiada pelo Estado (Biscaia, et al., 2008). O foco é a abertura dos CSP ao sector social e privado e o reforço da vertente gestionária dos CS, onde estes são configurados como serviços sujeitos às leis do mercado.

Este processo termina, em 2005, com a tomada de posse do novo Governo (com maioria absoluta no parlamento) e consequente início de um novo ciclo para os CSP. Ocorreu a revogação do Decreto-Lei nº60/2003 de 1 de abril da Rede de CSP e a criação da unidade de Missão de Cuidados de Saúde Primários (MCSP) com a Resolução do Conselho de Ministros nº 157/2005, de 12 de outubro, de forma a implementar a mudança (Biscaia, et al., 2008), mantendo-se o Plano Nacional de Saúde 2004-2010 como o guia de planeamento estratégico para a saúde.

A MCSP considerou que para que pudesse acontecer a reforma dos CSP seria fundamental modernizar e reconfigurar os CS uma vez que estes são o coração do SNS e a estrutura de alicerçamento de todo o Sistema de Saúde Português e o primeiro ponto de acesso do cidadão aos cuidados de saúde.

Esta arquitetura organizacional inerente à reforma dos CSP, impulsionada em 2005, combina hierarquia e pluriarquia e assenta nas vertentes que estão sistematizadas na tabela 1.1.

O desenvolvimento destas linhas de ação centram-se: na reorganização dos CS, em que o modelo hierárquico de comando e controle vertical passa a coexistir e tem de adaptar-se e respeitar uma rede de equipas autónomas, ao mesmo tempo que se desenvolvem relações de contratualidade e de responsabilidade por processos e por resultados, a todos os níveis e na criação de órgãos próprios de gestão a nível local, nos CSP.

Tabela 1.1 – *Vertentes da reforma dos CSP*

Rede descentralizada de equipas/ Unidades multiprofissionais	Equipas com carácter estrutural permanente e com missões diferenciadas específicas: <ul style="list-style-type: none">• Cuidados à pessoa e à família: USF e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP)• Cuidados a grupos com necessidades especiais e intervir seletivamente na comunidade: Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC)
Descentralização da gestão para o nível local	Através da constituição de ACES com diretores executivos e conselhos executivos
Concentração de meios e recursos escassos	Para os rentabilizar e/ou obter economias de escala: <ul style="list-style-type: none">• Gestão de recursos – Unidade de Apoio à Gestão (UAG)• Apoios multidisciplinares específicos às unidades funcionais – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP)
GCS	Desenvolvimento de um sistema de pilotagem técnico-científica envolvendo todos os profissionais sob a orientação dos conselhos clínicos dos ACES
Participação da comunidade	Ênfase e reforço da participação da comunidade através de órgãos como o gabinete do cidadão e o conselho da comunidade

Fonte: Coordenação Estratégica dos CSP (2011)

Esta mudança é acompanhada por uma estrutura organizacional claramente diferente. Verifica-se a existência de uma organização dos CSP mais complexa, mas melhor adaptada às necessidades das pessoas e às expectativas dos profissionais de saúde. É delineada uma estrutura onde passam a existir apenas cinco ARS e setenta e quatro ACES. Por cada ACES existem várias unidades funcionais de serviços diferenciados dos CSP e intra-articulados, de onde se destacam as USF.

Esta reforma está integrada num conjunto de mudanças da administração pública. Segundo Pisco (2008) [enquanto coordenador da MCSP] os parâmetros basilares desta mudança estão apoiados nas diretrizes de renovação do próprio sistema da administração pública, trazendo benefícios evidentes para o seu sucesso. São eles a diminuição de estruturas administrativas, a viabilidade financeira, a melhoria de acessibilidades e a qualidade da prestação de cuidados.

Em abril de 2010 deram-se por terminadas as funções da MCSP, abrindo assim lugar a um novo modelo de governação da Reforma de 2005 dos CSP, assente em estruturas simplificadas, funcionais e flexíveis que se articulam com as estruturas formais de administração de saúde já existentes. Este novo modelo de governação pretende responder à necessidade de articular os dispositivos de prossecução da Reforma de 2005 dos CSP e consolidar as inerentes transformações organizacionais quer a nível nacional, quer regional, quer local, por forma a diminuir disparidades e desigualdades de evolução e qualidade. É assim reforçada a necessidade intrínseca de construir uma cultura e práticas

regulares de responsabilização, de avaliação e de transparência a todos os níveis, em prol de uma garantia de sustentabilidade da Reforma de 2005 dos CSP, a médio e longo prazo (Ministério da Saúde, 2010).

Para efeitos do disposto anteriormente são criadas três estruturas, designadamente: a Coordenação Estratégica, a Coordenação Nacional e o Conselho Consultivo.

É também indicado que o novo modelo de governação da Reforma dos CSP deverá ter em especial atenção mecanismos adequados de articulação e cooperação no domínio do Plano Tecnológico e da Investigação. É também pretendido o desenvolvimento de iniciativas nos domínios de sistemas de informação (racionalização da arquitetura do sistema de informação em CSP, interoperabilidade de aplicações, dispositivos eficazes de processamento estatístico de dados com feedback automático para monitorização permanente da situação de indicadores de atividade e de resultados).

1.1 – DEFINIÇÃO DE GOVERNANÇA E GOVERNAÇÃO CLÍNICA E DE SAÚDE

No âmbito dos novos modelos de organização dos cuidados de saúde, a GCS é o processo através do qual as organizações prestadoras de cuidados de saúde são responsáveis pela melhoria contínua da qualidade dos serviços e pela garantia de elevados padrões de cuidados, criando um ambiente que estimule a excelência dos cuidados clínicos (Santos, & Sá, 2010).

Governar vem da palavra grega “*kubernân*” que significa pilotar. Recorrendo à metáfora da navegação e da pilotagem, assume-se que a sua finalidade é a de conduzir o barco ao local de destino, em segurança e com a máxima eficiência de meios possíveis. Conduzir o barco com elegância e qualidade é o meio para o fazer. Porém, a finalidade é chegar ao porto de destino.

De igual modo, o objetivo da GCS em CSP é o de guiar as equipas para alcançar os resultados clínicos e de saúde desejados. O que implica: definir os resultados a alcançar; definir os níveis desses resultados (qualitativo ou quantitativo); definir a forma e os meios para o fazer; executar; verificar passo a passo se está tudo a correr como previsto e corrigir rotas, meios e modos de fazer (monitorização e controle); avaliar no final se os objetivos desejados foram atingidos e quanto.

Os resultados finais a atingir são, essencialmente, de oito tipos:

- Potencial de saúde - melhorar as defesas, o potencial de saúde das pessoas e a auto-perceção dos seus estados de saúde;
- Determinantes da saúde - reduzir ou controlar fatores que possam determinar a ocorrência de doenças, acidentes ou morte;
- Doenças agudas - ajudar a resolver e/ou a encurtar episódios agudos de doença e conseqüente sofrimento;
- Doenças evitáveis - reduzir ocorrência de doenças evitáveis, num dado período de tempo;
- Doenças crónicas - reduzir ou controlar a ocorrência de sofrimento/consequências/complicações de doenças;
- Mortes prematuras evitáveis - reduzir o número de mortes prematuras evitáveis (com os meios disponíveis);
- Qualidade de vida - aumentar os níveis de funcionalidade e de qualidade de vida relacionados com a saúde;
- Esperança de vida com qualidade - aumentar o número de anos vividos com qualidade.

Assim, o conceito de GCS combina duas ideias: melhorar os níveis de saúde e obter resultados clínicos a nível individual mais obter resultados de saúde de âmbito grupal ou populacional.

Este modo de ver integra a conceção da “*clinical governance*” iniciada no Reino Unido, em 1997, com a corrente de “*health governance*” orientada para objetivos de ganhos de saúde e de bem-estar a nível de grupos e de populações. Inclui, assim, as áreas da saúde pública e as da intervenção em saúde comunitária (Coordenação Estratégica dos CSP, 2011).

Em relação à terminologia, há quem prefira usar o termo governança, outros preferem a palavra governação. Para efeitos práticos poderemos aceitar que:

- governança seja usada para referir a teoria, os princípios e valores, os conhecimentos, a disciplina, os métodos;
- governação diga respeito à prática, ao ato de governar, de “pilotar” no terreno.

A GCS é difícil de resumir em definições. Contudo, podem tentar-se aproximações como as que a seguir se apresentam.

Governança ou GCS em CSP é um sistema de conhecimentos, de atitudes e de práticas de pilotagem clínica individual, de equipas e de serviços para obter resultados em termos de efetividade com equidade (ganhos em saúde) para as pessoas, famílias e comunidades, com o envolvimento de todos, através da melhoria contínua da qualidade dos processos assistenciais e de intervenção em saúde.

Segundo a Coordenação Estratégica dos CSP (2011), a partir de 2001 Portugal tenta melhorar a saúde através da explicitação de mecanismos de responsabilização, começando a partir de 2003 a dar-se particular importância aos processos que visam aumentar a transparência da atuação das diferentes unidades de saúde e dos profissionais do SNS. Deste modo, a governança clínica foi uma das estratégias adotadas pelas novas estruturas organizativas dos CS (ACES) para melhorarem e manterem a qualidade dos seus cuidados em saúde.

Esta estratégia baseia-se no Modelo de Excelência da *European Foundation for Quality Management* que se guia pelos princípios da “Qualidade Total” e que constitui um marco de referência para estruturar, avaliar e melhorar a qualidade das organizações (Santos, & Sá, 2010). Estes princípios fundamentais da excelência são:

- Orientação para os resultados - A excelência depende do equilíbrio e satisfação das necessidades de todos os grupos de interesse relevantes para a organização;
- Orientação para o cliente - O cliente é o árbitro final da qualidade do produto e do serviço;
- Liderança e coerência dos objetivos - O comportamento dos líderes de uma organização suscita por si só a clareza dos objetivos e um ambiente de unidade que permite alcançar a excelência;
- Gestão de processos e atividades - As organizações atuam de maneira mais efetiva quando todas as suas atividades inter-relacionadas são geridas de forma sistemática e as decisões e melhorias adotadas vão ao encontro de todos os grupos de interesse;
- Desenvolvimento e envolvimento dos colaboradores - O potencial de cada um dos processos da organização é melhor aproveitado se houver entre todos os implicados uma cultura de partilha de valores, confiança e responsabilização;

- Aprendizagem, inovação e melhoria contínua - As organizações alcançam o seu máximo rendimento quando gerem e partilham o seu conhecimento dentro de uma cultura geral de aprendizagem, inovação e melhoria contínua;
- Desenvolvimento de parcerias - As organizações são mais efetivas quando estabelecem parcerias, que sejam mutuamente benéficas, baseadas na confiança, na partilha de conhecimentos e na integração;
- Responsabilidade social - O melhor modo de servir os interesses da organização e das pessoas que a integram, a longo prazo, é seguindo os valores éticos, superando as expectativas e as normas da sociedade no seu conjunto.

De acordo com Santos e Sá (2010) partindo destes princípios fundamentais da excelência, a GCS deverá assentar em três pilares essenciais:

- a focalização na saúde e bem-estar da pessoa – o olhar primordial da GCS é para «fora», para os utentes, para a comunidade, para os subgrupos populacionais com necessidades especiais de cuidados e, só depois, para «dentro», para a organização e seus processos;
- o envolvimento de todos, a todos os níveis – a GCS não é compatível com a dicotomia “uns governam *versus* outros são governados”. Cada profissional de saúde detém uma capacidade de decisão técnica autónoma, inclusive de ordenar despesa (prescrição médica, por exemplo) pelo que a gestão clínica requer o envolvimento e a responsabilização universal de todos os profissionais e, progressivamente, também dos utentes e da comunidade;
- a orientação para resultados entendendo-se estes como ganhos em saúde (outcomes) – a GCS visa desenvolver uma cultura de avaliação de processos e, sobretudo, de resultados clínicos e de saúde, a todos os níveis. Desde o desempenho de cada unidade funcional e do agrupamento (ACES) como um todo, passando pela avaliação do desempenho das várias equipas e unidades funcionais.

Os elementos centrais constitutivos da GCS em CSP segundo Santos e Sá (2010) dividem-se em oito componentes essenciais e são: a centralização na pessoa, a gestão do risco clínico, os recursos humanos, a melhoria contínua dos processos, a adequação de cuidados, a inovação e desenvolvimento, a prestação de contas e resultados e ganhos em saúde, que formam os lados do octógono da figura 1.1.

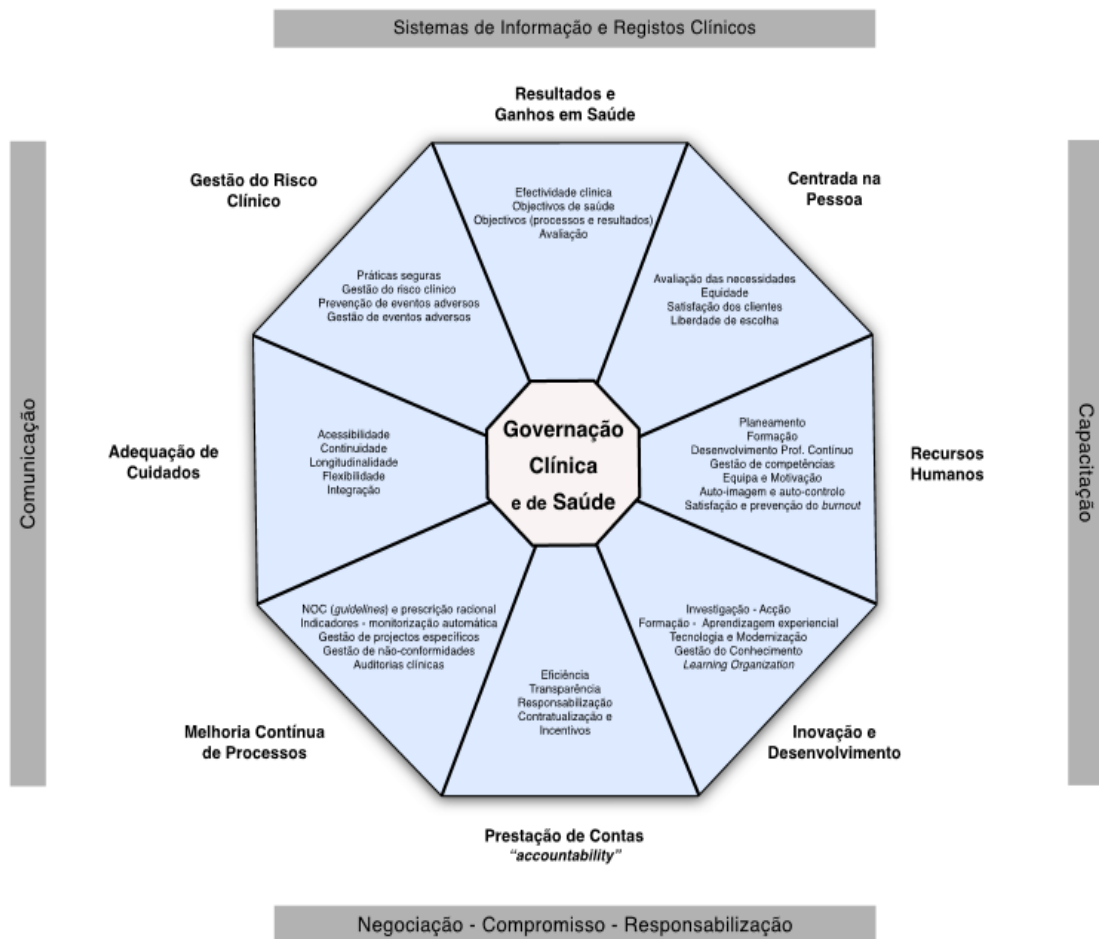


Figura 1.1 – Workshop “Governação Clínica e de Saúde”, Peniche, 8 de Maio de 2010 citado por Santos e Sá (2010)

A lógica da arquitetura do diagrama da figura 1.1 é a seguinte:

- no eixo vertical dispõem-se os propósitos (“*purposes*”) e os processos de prestação de contas (“*accountability*”);
- no campo direito concentra-se a componente humana – as pessoas (“*people*”) e seu desenvolvimento, motivação, realização e satisfação;
- no campo esquerdo figuram os processos (“*processes*”) e seu aperfeiçoamento e desenvolvimento contínuos.

O diagrama segue o modelo de desenvolvimento organizacional conhecido internacionalmente como "Modelo 3P" (*purposes, people, processes*), que se apresentam explicados na tabela 1.2.

Tabela 1.2 – *Métodos e Instrumentos da Governação Clínica e da Saúde*

Pilares Essenciais	Meios (métodos e instrumentos)
<i>“Purposes”</i> (Visão, fins, resultados, outcomes, ganhos em saúde)	Métodos e instrumentos para medir e avaliar: <ul style="list-style-type: none">• efetividade (resultados: imediatos, intermédios e finais ou de impacto)• Eficiência• Equidade dos cuidados e das intervenções
<i>“People”</i> (Pessoas: profissionais, utentes e parceiros da comunidade)	Estratégias de capacitação, motivação e envolvimento: <ul style="list-style-type: none">• Formação e desenvolvimento profissional contínuo• Métodos e instrumentos para medir e avaliar a satisfação dos profissionais (e dos utentes)• Métodos e instrumentos para medir e avaliar a literacia, capacitação e “empowerment” dos utentes em saúde
<i>“Processes”</i> (Melhoria continua da qualidade dos processos)	Arquitetura e gestão de processos clínicos e de processos de intervenção em saúde comunitária e populacional: <ul style="list-style-type: none">• Elaboração ou adaptação de guias de prática clínica, NOC ou “guidelines” relacionados com os processos definidos• Implementação das referidas guias de prática clínica, NOC ou “guidelines”• Definição de sistemas de indicadores (multidimensionais)• Auditorias clínicas• Gestão do risco clínico e segurança dos doentes• Desenho e implementação de sistemas de monitorização e controlo de desempenho• Gestão de processos específicos

Investigação nas várias áreas da GCS.

Fonte: Santos, & Sá (2010)

A GCS em CSP deve ter por base as pessoas (tanto os utentes como os profissionais) são o pilar nobre essencial no qual se centram e focalizam todos os processos de GCS - a equipa de “pilotagem” ou de governação deve possuir as competências indispensáveis para cumprir com sucesso a sua missão. Os “pontos de partida” são os problemas e as necessidades de saúde, e sua priorização, para os quais se organizam respostas adequadas. Os “pontos de chegada”, isto é, dos objetivos e metas a atingir: os caminhos/percursos mais adequados a seguir, a escolha das melhores estratégias para atingir os resultados desejados.

Devemos fazer a seleção e uso correto de métodos e instrumentos de navegação para garantir um bom controlo e condução do processo ao longo do tempo. E um sistema de monitorização que permita verificar, ao longo do percurso, que a “nave” mantém o sentido, o rumo e o ritmo de progressão adequados para atingir a tempo e em segurança o destino desejado.

Ainda deve conter um modelo de avaliação que permita ajuizar, no final, o grau de sucesso atingido. Para que tudo seja possível, é necessário um bom sistema de informação, no qual a qualidade dos registos clínicos desempenha um papel crucial.

2 – O PAPEL DA AUDITORIA INTERNA OPERACIONAL DENTRO DO CONTEXTO DA GOVERNAÇÃO CLÍNICA E DE SAÚDE NO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

A temática da GCS tem vindo, progressivamente, a ganhar visibilidade e notoriedade um pouco por todo o mundo. Não sendo uma área totalmente nova, a conjuntura atual deu-lhe uma maior relevância. De facto, a cada vez maior competitividade, complexidade e exigência dos mercados e do meio envolvente, veio trazer novas e cada vez mais abundantes discussões sobre a forma como são governadas e controladas as organizações/instituições de saúde. Como tal, a definição de regras internas de funcionamento e tomada de decisão e a equipa de gestão, da ética e de controlo interno e a gestão do risco são prementes e críticas para as organizações na atualidade.

Os cuidados de saúde (consultas, meios complementares de diagnóstico, medicamentos, intervenções cirúrgicas, tratamentos, vacinas, domicílios, entre outros) em Portugal acarretam custos elevados. A despesa total em saúde representa, em Portugal, um valor de 10,2% do Produto Interno Bruto (PIB) - superior ao da média da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) – 9,3%, (Pordata, 2014). Assim, gerir uma organização que seja orientada para os cuidados prestados na saúde faz com que a eficiência e eficácia sejam avaliadas pelos utentes que procuram os seus serviços.

O mais importante quando se recorre a uma organização de saúde, como é o caso dos CS ou hospitais, é promover a saúde, prevenir ou tratar a doença, pelo menos com uma melhor qualidade de vida. Isso faz com que resultados financeiros ou avaliações de desempenhos não sejam, pelo conhecimento geral, de relativa importância para um bom funcionamento na qualidade dos serviços prestados.

Contudo, tal como referido por Carvalho (2013), não é possível abordar a saúde e os cuidados de saúde sem levar em conta conceitos como custo-efetividade, eficácia, eficiência e produtividade no funcionamento das organizações de saúde. Por outras palavras, encontra-se aqui a definição de auditoria operacional na sua génese: a economia, a eficiência e a eficácia das organizações. A auditoria operacional acaba assim por ir mais

além do que os próprios conceitos financeiros aplicando o vulgarmente chamado conceito dos 3E's.

Assim, tornar os serviços de saúde eficientes exige descrever as suas tarefas/procedimentos, estabelecer objetivos para o seu desempenho e contribuição e avaliar periodicamente o seu desempenho em relação a esses objetivos, através de AI operacional.

Podemos encontrar na literatura algumas definições para auditoria operacional na saúde:

Haller (1986), define auditoria operacional como uma revisão metódica de programas, organizações, atividades ou segmentos operacionais dos setores público e privado, com a finalidade de avaliar e comunicar se os recursos da organização estão a ser eficientemente usados e se estão a ser alcançados os objetivos operacionais.

Pinto (1995) refere-se a esta auditoria, como sendo a inspeção das atividades da organização exercida por profissionais do seu quadro interno, subordinado ao respetivo órgão de gestão com a finalidade de revelar deficiências e sugerir medidas de aperfeiçoamento em todos os campos em que tal possa ser útil.

Araújo (2004) conceitualiza este tipo de auditoria como a análise e avaliação de desempenho de uma organização – no todo ou em partes – objetivando formular recomendações e comentários que contribuirão para melhorar os aspetos de economia, eficiência e eficácia.

A International Organization of Supreme Audit Institutions (2005) através das suas Diretrizes para a Aplicação de Normas de Auditoria Operacional, enfoca a eficiência e eficácia sem desprezar a observância da economicidade: a auditoria operacional é um exame independente da eficiência e da eficácia das atividades, dos programas e dos organismos da Administração Pública, prestando a devida atenção à economia, com o objetivo de realizar melhorias.

De acordo com Pinheiro (2008) e sintetizando, a auditoria operacional consiste em avaliar as diversas atividades/processos da empresa, tendo em conta a complexidade das operações, o controlo interno instituído e a dispersão geográfica, numa ótica de contribuir para a melhoria da performance da empresa ou organização.

Podemos assim encontrar um aspeto comum em todas as definições: a auditoria operacional contribui para possibilitar que a gestão cumpra com o seu principal desafio, preencher a diferença entre o que é feito e o que pode ser feito.

Numa organização de serviços de saúde e segundo o Manual de AI elaborado pela ACSS (2007b) a AI deverá incidir sobre a eficiência e eficácia das operações e processos; reforçar a confiança e integridade da informação financeira e operacional; salvaguardar os ativos e verificar a conformidade com a legislação e regulamentos aplicáveis. Está assim reforçado o que defende Pinto (1995) sobre a auditoria operacional, pois para este, não é nada mais do que uma área mais abrangente da AI, aplicada a todos os âmbitos e setores da organização, sem exceção.

Surgem assim os conceitos de *outputs* e *outcomes*, onde imaginando um sistema de produção, consideramos os *outputs* todos os produtos criados, e *outcomes* serão todos os benefícios que com eles advierem. Traduzindo isto para o panorama da saúde em Portugal, *outputs* serão as corretas utilizações (de uma forma económica e eficiente) dos meios necessários ao tratamento de um doente desde o pessoal médico, de enfermagem, ao mais elaborado meio de diagnóstico e tratamento; *outcomes* será então o resultado eficaz obtido após a utilização de todos estes fatores, que se traduzirá na cura, diagnóstico da doença, tratamento ou na melhoria da qualidade de vida do doente. De uma forma mais geral, *outcomes* serão os efeitos e (espera-se) benefícios causados pela utilização correta dos *outputs*.

Confirmando e de um modo bastante crítico, defende Carvalho (2013) que os problemas na saúde estão intimamente relacionados com a quase obrigatória passagem de uma perspetiva exclusivamente operacional do desempenho, suportada nos *outputs* e na avaliação da eficiência (fazer bem as coisas) para uma outra índole eminentemente estratégica, que inclui o *outcome* e a eficácia (fazer as coisas certas), a qual é o único caminho possível para um conseguido processo de avaliação da excelência em desempenho do que se quer e/ou deve levar a cabo.

Refere ainda, por outras palavras, que existe uma necessidade nuclear de se passar, em termos de contratualização, do *output* para o *outcome*. Carvalho (2013) acrescenta ainda que a necessidade de controlo sobre a gestão de cuidados de saúde tem que passar “obrigatoriamente por uma dupla abordagem: operacional – de *outputs* – pela maior eficiência na utilização dos recursos disponibilizados; estratégica – de *outcomes* – pela resposta efetiva, estrutural e de longo prazo às necessidades de saúde, em todos os seus aspetos mais relevantes.

Em suma, a auditoria é definida como uma atividade de apreciação independente, sendo encarada como um serviço da mesma para poder examinar e avaliar as suas

atividades, auxiliando os membros da organização no desempenho eficaz das suas responsabilidades, através de disponibilização de análises, apreciações, recomendações, conselhos e informações das atividades analisadas (Rodrigues, 2013).

Face às considerações apresentadas, pode-se enfatizar que a AI contribui para o modelo de GCS ao:

- atuar em áreas críticas da organização, promovendo a redução dos riscos de gestão;
- fortalecer o sistema de controlo interno por meio de uma eficiente monitorização;
- recomendar decisões que procurem solucionar falhas nos processos organizacionais;
- garantir credibilidade e transparência ao processo de prestação de contas;
- provocar maior envolvimento e responsabilidade do Conselho de Administração, do Conselho Fiscal e do Comité de Auditoria frente às recomendações mencionadas nos seus pareceres e relatórios.

Em resumo, e focando apenas a perspetiva da boa gestão, podemos apontar como vantagens desta abordagem as seguintes:

- superior controlo de gestão e meio eficaz de suporte à decisão permitindo aos gestores, mediante o “apetite” para o risco definido, disporem das melhores ferramentas que lhes permitam dirigir a organização por caminhos (um pouco) menos incertos e perigosos;
- certificado de credibilidade institucional perante os *stakeholders*, tanto perante os públicos internos (empregados) como externos (investidores, fornecedores) à organização/instituição mostra uma postura de responsabilidade e rigor e transmite uma imagem de solidez que, na atualidade, constitui um fator de diferenciação extremamente relevante.

Com esta forma de atuação, a AI estará a contribuir para a consecução das metas previamente estabelecidas, ao preservar o património e maximizar os resultados da organização, caracterizando-se, deste modo, a sua contribuição para o modelo de GCS.

3 – INTEGRAÇÃO DOS PROCESSOS DE AUDITORIA INTERNA CLÍNICA NA ESTRATÉGIA NACIONAL PARA A QUALIDADE NA SAÚDE 2015- 2020 E NA MELHORIA CONTÍNUA

A Qualidade em Saúde beneficiou das experiências de outros sectores e sofreu um processo semelhante em termos de desenvolvimento e aplicação de conceitos. Hoje crê-se que parcimónia económica e qualidade são duas vertentes inseparáveis na prestação dos melhores cuidados com os recursos disponíveis.

Não é apenas uma característica do produto final (cuidados de saúde); resulta da organização no seu todo, considerando os recursos organizacionais e profissionais, as atividades desenvolvidas e ainda a sua relação com os resultados obtidos, tanto na vertente física e funcional como na vertente psicossocial; está ainda relacionada com a "forma como as coisas se fazem em determinada organização", ou seja, com os valores, crenças e atitudes partilhadas pelos seus membros – cultura organizacional. Por último, e dado que os utilizadores também fazem parte do sistema prestador, relaciona-se com a forma como estes percebem a qualidade dos cuidados, assim como as alterações na sua qualidade de vida.

De acordo com o Plano Nacional de Saúde 2015-2020, integrado no Despacho n.º 1400-A/2015, publicado no Diário da República n.º 28/2015, o acesso a cuidados de saúde de qualidade, durante todo o tempo e em todos os níveis da prestação, é um direito fundamental do cidadão, a quem é reconhecida toda a legitimidade para exigir qualidade nos cuidados que lhe são prestados.

Indo de encontro ao Plano Nacional de Saúde 2015-2020, para haver qualidade na prestação de cuidados de saúde, deve-se investir no desenvolvimento de boas práticas de segurança dos cuidados de saúde, na elaboração de procedimentos e protocolos. As consequências nefastas resultantes de incidentes ocorridos na prestação de cuidados de saúde têm repercussão humana, física e emocional, nos doentes e nas suas famílias, mas também têm repercussões estratégicas na reputação do SNS e na sua economia, e nos seus resultados contratualizados.

Há, no entanto, que ter em consideração que a qualidade dos cuidados de saúde não se resume à garantia da sua segurança. O conceito de qualidade na saúde assenta em

várias dimensões, como a pertinência dos cuidados, a sua segurança, a sua aceitabilidade e acessibilidade e a sua prestação no momento adequado. Assenta, ainda, na garantia da continuidade dos cuidados e na sua eficiência e efetividade.

A necessidade de se enfatizar, de modo particular, a segurança dos doentes através do presente Plano, não deve fazer esquecer a necessidade de serem garantidas as outras dimensões da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde.

Cada serviço prestador de cuidados de saúde é, em si mesmo, um sistema muito complexo e instável, que requer uma forte e permanente capacidade de adaptação à multiplicidade de patologias, de atos e de percursos diagnósticos e terapêuticos, requerendo, por este motivo, uma gestão atenta e inovadora dos numerosos aspetos humanos, técnicos e organizacionais associados à prestação de cuidados de saúde. Neste tipo de ambiente, a gestão dos riscos associados aos cuidados obriga a uma abordagem global, coletiva, organizada e permanentemente acompanhada, que deve ser auditada. A eficácia desta abordagem global assenta na implicação ativa de três grandes funções estreitamente ligadas entre si: a função de GCS, a função de acompanhamento e a função operacional.

Compete aos órgãos máximos de gestão dos serviços e entidades públicas prestadoras de cuidados de saúde, designadamente os agrupamentos de CS, os estabelecimentos hospitalares, independentemente da sua designação, e as unidades locais de saúde, alocar recursos, validar as ações programadas e monitorizar os resultados da gestão dos riscos associados aos cuidados de saúde.

Cada unidade de saúde deve assegurar, através da respetiva comissão da qualidade e segurança, criada nos termos do Despacho n.º 3635/2013, a implementação e acompanhamento das ações identificadas no plano e o cumprimento dos calendários estabelecidos, assegurando a boa gestão dos recursos envolvidos. Aos profissionais prestadores diretos de cuidados de saúde compete assegurar o cumprimento das ações estabelecidas nos planos de ação de cada unidade de saúde.

Assim, a AI na GCS e de saúde tem-se destacado como instrumento de controlo mais adequado e eficiente para fazer face às necessidades da gestão, na qual deverá apoiar a organização onde está inserida na identificação e avaliação às exposições significativas ao risco, no estabelecimento de controlos efetivos e na proposta de recomendações para a melhoria do processo de governação (Semedo, & Roque, 2013).

Com a aprovação dos Estatutos dos hospitais (ACSS, 2007a) é criada, em 2005, a figura do auditor interno nas unidades de saúde integradas no SNS. Esta imposição legal reconhece a importância da função de AI para ajudar as unidades de saúde a alcançar os seus objetivos, avaliar e melhorar a eficácia dos processos de gestão de risco, de controlo e de governação. Já na Lei nº 27/2002 que aprovou o novo regime jurídico da gestão hospitalar estavam previstas auditorias às instituições integradas na rede de prestação de cuidados de saúde do Ministério da Saúde. A própria Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) não se alheou desta necessidade, tendo elaborado o Manual de AI e a Metodologia de Gestão de Risco, destinados aos Hospitais em conjunto com a *Price Water House Coopers*, e assim começa o historial de AI no sector da saúde em Portugal (Toga, 2014).

O Decreto-Lei nº 244/2012, de 9 de novembro que altera os Estatutos dos hospitais no seu preâmbulo refere que, atendendo à complexidade da gestão dos hospitais e aos deveres especiais que impendem sobre os gestores públicos no domínio da criação e manutenção de um sistema de controlo e vigilância organizativa e funcional, reconhece-se a importância de reforçar os mecanismos de controlo interno regular da atividade destas entidades, em benefício das boas práticas de gestão empresarial e de uma atuação mais eficiente e transparente da governação. Deste modo, para além da internalização das atividades de AI na própria estrutura orgânica do hospital, procede-se à revisão do enquadramento jurídico do auditor interno, incrementando novas exigências de qualificação, capacitação jurídica e experiência profissional adequada para a designação do auditor interno e incentivando à especialização dos agentes envolvidos (médicos).

Na vertente dos CSP, começa recentemente, a falar-se em AI interpares (clínica e organizacional), onde foi elaborado em dezembro de 2017, pelo Grupo Técnico Nacional da GCS nos CSP, um guia de orientação para as unidades funcionais, onde se encontra integrado no processo de contratualização do Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP) para 2019 a integração das AI nas unidades funcionais como parte da Subárea "Melhoria Contínua da Qualidade". A subárea da "Melhoria Contínua da Qualidade" possui 2 dimensões: o acesso; e os Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados. Estas dimensões são operacionalizadas através de processos de melhoria contínua com realização de AI (clínicas e/ou organizacionais).

A realização de auditorias de qualidade em CSP, apesar de onerosa, tem como vantagem a possibilidade de avaliação contextualizada e individualizada da qualidade da prestação de cuidados, o desenvolvimento personalizado dos profissionais, constituir um veículo de informação dirigido e envolver a gestão do centro com a qualidade. Possibilitam, por estas razões um envolvimento com comprometimento (*commitment*) dos profissionais e reúnem condições de se constituírem num importante instrumento de desenvolvimento contínuo da qualidade.

O caso dos CSP, dada a sua posição privilegiada em relação à comunidade e às restantes instituições prestadoras de cuidados, confere uma importância particular tanto à articulação inter-institucional como à articulação com a comunidade; a diversidade da sua prestação de cuidados tornou necessário escolher alguns aspetos da prestação passíveis de fornecer elementos indicadores das condições de prestação global (*tracers*).

Segundo Morais e Martins (2013), em Portugal finalmente são reconhecidos, como fatores determinantes para a criação da função de AI, não só a dimensão deste tipo de entidades públicas empresariais (E.P.E.), mas sobretudo a complexidade da gestão e a necessidade de uma atuação mais eficiente e transparente da governação das mesmas. Deste modo, é também reconhecida e reforçada a relevância e o papel da AI como função de monitorização e ajuda aos Gestores Públicos. Estão, assim, a ser criados os Serviços de AI nas unidades de saúde integradas no SNS, onde se avizinha ainda um longo caminho a percorrer, para alterar este paradigma de pensamento.

A fim de minorar os aspetos subjetivos das auditorias, as avaliações das prestações devem ser baseadas em orientações clínicas, procedimentos e protocolos de serviço. Na sua ausência, é aceitável a utilização de consensos baseados na informação clínica disponível e na experiência dos profissionais (prática baseada na evidência).

Uma vez ponderados os custos inerentes ao processo e ao uso alternativo dos recursos disponíveis, estes aspetos foram incluídos na definição de um modelo de auditorias em saúde, considerada uma das formas mais construtivas de avaliar a qualidade dos serviços.

Em suma, o Sector da Saúde tem sofrido profundas alterações nos últimos anos e cada vez mais é exigida uma maior transparência na aplicação dos recursos públicos. Esta transparência consegue-se com o auxílio da AI, uma vez que é uma ferramenta de controlo formada por um conjunto de procedimentos e técnicas que tem por objetivo examinar a integridade, adequação e eficácia dos controlos internos e das informações clínicas,

financeiras e operacionais. A AI tem evoluído ao longo do tempo e atualmente inclui nas suas competências a identificação, análise e avaliação dos riscos, contribuindo para que os principais objetivos sejam concretizados. Cada vez mais a AI acrescenta qualidade e valor às entidades, uma vez que compreende todos os processos e através da supervisão da governação clínica, identifica os riscos associados a cada área e toma medidas para corrigir eventuais entraves aos objetivos que a entidade se propõe, conseguindo ainda priorizar as áreas mais críticas, nas quais irá incidir com mais cuidado o seu trabalho.

A auditoria é parte de um todo, uma das etapas do processo de gestão de serviços de saúde, que possibilita uma avaliação sistemática da assistência, com vista a mensurar os resultados da assistência, bem como analisar os seus custos; tem potencial para fornecer informações que subsidiem a reafirmação de medidas exitosas e a reordenação de ações inadequadas, tanto no âmbito operacional (assistencial) quanto no financeiro.

CAPÍTULO II – METODOLOGIA DE ANÁLISE

A palavra “metodologia” significa, em poucas palavras, o caminho ou via para a realização de algo (Fortin, 2009). Portanto, foi descrito como o projeto se realizou para o cumprimento dos objetivos propostos.

O projeto pode ser definido como um conjunto de práticas conscientemente finalizadas que se desenvolvem através de um processo complexo que inclui momentos de ação e representação, conduzindo à existência de interações múltiplas e diversificadas (Silva & Miranda, 1990). Trata-se, portanto, de um conjunto de atividades planificadas com vista a alcançar um determinado objetivo através da utilização de recursos disponíveis.

De acordo com Miranda (2008), uma das características que distingue o conceito de projeto do de mera atividade (isolada, automática ou imposta) é o seu carácter intencional e gerador, pois o projeto pode ser pensado como *projectus*, algo “lançado para a frente”.

Na metodologia devem ser apresentados todos os procedimentos a serem adotados no projeto, contendo um roteiro claro e detalhado das etapas necessárias e das respectivas atividades a serem executadas. Com uma metodologia bem feita, é possível perceber que a organização tem clareza do que deve ser realizado para uma boa execução do projeto.

Segundo Fortin (2009), existem diversos métodos de trabalhos de projectos de investigação, mas todos seguem uma estrutura básica:

- Observação e análise: definição do problema, pesquisa, identificação dos objetivos e restrições;
- Planear e projetar: geração de opções de projeto, escolha de opção de projeto, desenvolvimento, aprimoramento, detalhamento;
- Construir e executar: protótipo; produção.

Segundo o mesmo autor (2009), podemos descrever os seguintes passos para elaboração de um projeto:

- Identificação de oportunidade;

- Análise do problema (levantamento de informações);
- Geração de ideias (fontes/técnicas);
- Seleção de ideias (triagem);
- Desenvolvimento e teste do conceito;
- Desenvolvimento da estratégia;
- Análise financeira/organizacional;
- Implementação.

Assim, neste capítulo, pode-se explicar como a participação dos parceiros contribuirão para a execução das atividades.

Lembre-se que todas as atividades listadas no seu plano de trabalho deverão ser detalhadas na metodologia, bem como todos os custos relacionados devem constar no orçamento do projeto.

Na metodologia deve ser esmiuçado como cada atividade será realizada.

Para levar a cabo a aplicação do trabalho de PIS escolhido, ainda é necessário ter em conta determinados procedimentos éticos e formais.

Nos termos de Fortin (2009) a ética coloca problemas particulares aos investigadores decorrentes das exigências morais que, em certas situações, podem entrar em conflito com o rigor da investigação. Por outro lado, especifica esta ideia e considera como exigências éticas, os assuntos relacionados com o consentimento informado, anonimato, e confidencialidade devendo ainda ter em consideração a obtenção de dados, tratamento e relações participante-investigador.

Foi apresentado o pedido de autorização (Apêndice 1) no dia 19 de dezembro de 2017, para realização do PIS – U.S.F. Ossónoba – ACES Central I – Administração Regional do Algarve, I.P.

1 – IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA E DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

Para que haja investigação é necessário ter por base uma situação considerada como problemática, ou seja, uma situação que possa causar algum mal-estar, irritação, inquietação, e que, conseqüentemente, exige um melhoramento ou modificação, ou pelo menos, uma explicação/compreensão mais clara do fenómeno observado. Segundo Fortin

(2009), para formular um problema de investigação é necessário escolher previamente um domínio de investigação que interesse ou preocupe o investigador e se revista de importância para a disciplina ou, um tema de investigação que se reporte a uma situação problemática e estruturar uma questão que orientará o tipo de investigação a realizar-se e lhes dará um significado.

Assim, o tema a desenvolver será: “O Contributo da Auditoria Interna para a Governação Clínica e de Saúde numa Unidade de Saúde Familiar”.

De acordo com Fortin (2009), as etapas que conduzem à escolha de um problema de investigação são: escolher um domínio de investigação; enunciar uma questão preliminar; determinar os tipos de questão e os níveis de conhecimento e analisar criticamente a(s) questão(ões) de investigação.

De carácter mais restrito, um problema de pesquisa científica é, em primeiro lugar, uma questão, uma sentença em forma interrogativa. Em segundo lugar, é uma questão que geralmente pergunta alguma coisa a respeito das relações entre fenómenos ou variáveis. A resposta à questão é procurada na pesquisa.

Nem toda a questão dá necessariamente lugar a uma investigação, algumas questões à partida já estão resolvidas, outras não necessitam propriamente de uma investigação. Desta forma antes de investir esforços no desenvolvimento de um estudo, o investigador deve ter a certeza da pertinência da pergunta da partida, no que concerne ao seu valor e contributo quer para os indivíduos e sociedade, quer para o corpo de conhecimentos de uma disciplina e o seu interesse para a prática profissional e desenvolvimento científico (Fortin, 2009).

Assim, a questão de partida que surgiu, após a definição e a reflexão sobre o nosso tema foi: Qual o contributo das AI interpares, às normas e procedimentos clínicos e organizacionais de saúde, para a GCS numa USF?

Identificou-se como problema alvo de intervenção, a inexistência de um guia de atuação padronizado para as AI aos procedimentos inerentes aos registos dos serviços/programas da carteira básica contratualizadas nas USF de prestação de cuidados administrativos, médicos e de enfermagem.

Verificou-se como diagnóstico de situação os registos dos profissionais de saúde, a falta de formação nos sistemas informáticos para registos dos programas de saúde com qualidade, pelo qual existem discrepâncias nos registos das equipas interdisciplinares, sem haver uma uniformização de registos por programas.

Assim, a importância dos registos adquiriu uma preocupação real para a equipa interdisciplinar a exercer funções na USF. Como resultado desta inquietação, surge a necessidade de construção de um guião de AIC.

Tal fato pode ter implicações a diferentes níveis: para a pessoa enquanto utente, relacionado com a segurança e qualidade dos cuidados; para os profissionais do serviço, pela exigência em lidar com a complexidade dos registos clínicos diários e não clarificação do modo de funcionamento das nossas bases de dados de registos clínicos, diretamente relacionadas com (in)satisfação profissional; e também para a própria instituição, pelo eventual comprometimento da qualidade assistencial e pelos custos associados a uma prática não normalizada.

A problemática em questão enquadra-se no Despacho n.º 1400-A/2015 de Diário da República n.º 28/2015, que tem por objetivo a integração dos processos de AI clínica na estratégia nacional para a qualidade na saúde 2015-2020 e na melhoria contínua. Pois existe como prioridade o aumento da adesão a NOC: aumentar a clínica reflexiva, através do hábito de realização sistemática de auditorias clínicas internas e avaliação dos resultados a nível nacional e verificar o grau de conformidade de aplicação das normas clínicas nacionais, através de auditorias externas efetuadas por pares.

O presente trabalho de projeto irá decorrer na USF Ossónoba – Faro – ACES I Central – pertencente à ARS Algarve, I.P. e nele serão incluídos todos os procedimentos e normas inerentes aos programas de saúde da DGS que pertencem à carteira básica de uma USF.

Procura-se, no presente projeto, criar um guião de AIC aos serviços de saúde públicos, onde se encontra incluído um manual de procedimentos e a checklist dos mesmos, para a qualidade dos registos clínicos, cujo objetivo será o de obtenção de ganhos em saúde, melhoria dos indicadores relativos à saúde da população, continuidade e qualidade dos cuidados médicos e de enfermagem e identificação das necessidades do utente/família. E ainda, proporcionar uma reflexão sobre o contributo da AI para a gestão eficaz das organizações públicas.

1.1 – ANÁLISE ESTRATÉGICA

O termo SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats) resulta da conjugação das iniciais das palavras anglosaxónicas *Strengths* (forças), *Weaknesses* (fraquezas), *Opportunities* (oportunidades) e *Threats* (ameaças). A análise SWOT corresponde à identificação por parte de uma organização, dos principais aspetos que caracterizam a sua posição estratégica num determinado momento, tanto a nível interno como externo (forma como a organização se relaciona com o seu meio envolvente) (Tribunal de Contas da União, 2010.).

O ambiente externo dita as Oportunidades e Ameaças dos organismos, correspondendo às suas perspetivas de evolução no meio envolvente, as quais são condicionadas pelas decisões e circunstâncias externas ao seu poder de decisão.

Apesar de o não poder controlar, os organismos devem procurar conhecer e monitorizar o seu ambiente externo com frequência, de modo a aproveitar as oportunidades e a evitar as ameaças. No entanto, evitar ameaças nem sempre é possível, cabendo ao planeamento a definição atempada da forma de as enfrentar, de modo a tentar minimizar os seus efeitos e estar atento às oportunidade dadas que permitam melhorar a prestação da organização (ibidem).

Do ambiente interno resultam as Forças e Fraquezas dos organismos, constituindo estes os principais aspetos que os diferenciam dos seus congéneres. Este pode ser controlado pelos dirigentes do organismo, uma vez que resulta das estratégias de atuação definidas pelos seus próprios membros (ibidem).

Desta forma, os pontos fortes devem ser ressaltados ao máximo e os pontos fracos deverão determinar uma atuação conducente ao seu controlo ou à minimização dos seus efeitos.

A combinação da análise destes dois ambientes, interno e externo, e das suas variáveis (Forças e Fraquezas; Oportunidades e Ameaças) facilitam a análise do posicionamento do organismo, a definição das suas estratégias e a tomada de decisões por parte dos seus dirigentes.

A aplicação da técnica análise SWOT serve de ferramenta estratégica na estruturação da auditoria, pois é uma ferramenta indicada para fazer diagnóstico de ambientes e permite gerir estrategicamente o planeamento, e direcionar as suas

potencialidades para atingir os objetivos preestabelecidos para a auditoria (Instituto Serzedello Corrêa, 2014).

Tabela 2.3 – *Matriz SWOT*

Pontos Fortes (S)	Pontos Fracos (W)
<ul style="list-style-type: none">• Ambiente de trabalho• Capacidade técnica• Abertura à inovação• Recursos científicos e produtivos• Contratualização com os CSP• Operacionalização da reforma organizacional das ARS (criação dos ACES)• Desenvolvimento da GCS	<ul style="list-style-type: none">• Insuficiência dos sistemas e redes de informação• Falta de alinhamento organizacional• Deficit de comunicação organizacional• Desconhecimento interinstitucional• Insuficiência ao nível da GCS
Oportunidades (O)	Ameaças (T)
<ul style="list-style-type: none">• Reorganização dos processos clínicos e organizacionais nos CSP• Modernização e desenvolvimento organizacional• Trabalho em rede social (como forma de contribuir para a sustentabilidade do SNS)• Elaboração dos procedimentos carteira de serviços dos CSP• Necessidade de adequar os sistemas de informação à nova estrutura organizacional• Necessidade de integrar a inovação tecnológica nos serviços de saúde• Cuidados de Saúde Primários como lugar de inovação• Desenvolvimento da plataforma BI-CSP	<ul style="list-style-type: none">• Dependência de serviços• Baixo nível de responsabilização das unidades de saúde (na sua auto-gestão)• Falta de inclusão de auditorias clínicas e organizacionais internas nas unidades de saúde• Falta de realização de procedimentos para as auditorias internas na saúde• Inexistência de formação sobre AI e governação clínica

Objetivando a análise do cenário interno e externo, ao compilar todas as informações colhidas através dos quatro elementos do diagnóstico, o produto oriundo da análise SWOT gerará, de forma estruturada, uma matriz de informações denominada Matriz SWOT, que disposta em quatro quadrantes, aloca as informações obtidas.

Essa tese consolida-se mediante o exemplo da experiência do Tribunal de Contas da União (2010) que a utiliza, nos trabalhos de auditoria, a elaboração da matriz SWOT, que auxilia a equipa a caracterizar, de forma sistemática, situações relacionadas às forças ou fraquezas internas, bem como às oportunidades e às ameaças externas do objeto da auditoria. Permite, dessa forma, identificar estratégias adequadas e equilibradas para priorizar a atuação na auditoria.

A análise SWOT é parte integrante das metodologias de planeamento estratégico das auditorias, deve ser aplicada antes da formulação da estratégia de ação como aporte

de recursos que subsidiarão a fundamentação para o planeamento organizacional de médio e longo prazo da organização e a tomada de decisões mais acertadas (ibidem).

Na tabela 2.3, procede-se, à identificação das tendências relevantes para a USF Ossónoba – Faro – ACES I Central – pertencente à ARS Algarve, I.P, os pontos fortes e fracos das suas capacidades atuais e as oportunidades e ameaças para o seu desenvolvimento face ao contexto envolvente.

2 – OBJETIVOS DO PROJETO

Após a clarificação do problema organizacional formulámos os objetivos, que orientaram o projeto nas suas diferentes fases (Fortin, 2009).

O objetivo geral do Trabalho de Projeto passou por se integrar os processos de AI clínica nas USF, como estratégia nacional para a qualidade na saúde 2015-2020 e na melhoria contínua. E aumentar a clínica reflexiva, através do hábito de realização sistemática de auditorias clínicas internas e avaliação dos resultados a nível nacional.

Por sua vez, como objetivos específicos definiu-se, de acordo com as fases em que decorreu o PIS, os seguintes:

- Realizar pesquisa bibliográfica acerca da temática do PIS;
- Observar momentos de atuação da equipa de assistentes técnicos (AT), médicos e de enfermagem nas consultas de programas da carteira básica contratualizada;
- Elaborar um guião de AIC de procedimentos/fluxogramas dos programas de saúde contratualizados, das respetivas equipas, sustentado pelas normas da DGS e pelo bilhete de identidade (BI) dos indicadores (2017) contratualizados para 2018;
- Validar em conselho técnico (CT) e posteriormente realizar aprovação em reunião de conselho geral (CG) dos respetivos procedimentos;
- Implementar em janeiro de 2019, o guião de atuação para posteriormente se procederem às auditorias clínicas (auditorias operacionais em saúde);
- Verificar o grau de conformidade de aplicação das normas clínicas nacionais (procedimentos), através de AI efetuadas por o CT da USF durante o ano de 2019;
- Avaliar, sistemática e periodicamente, a viabilidade do projeto implementado.

Os Objetivos Operacionais definidos enquadravam-se no Objetivo Estratégico n.º 3 da ACSS aprovados pela Deliberação n.º 03/CD/2016 de 29 de fevereiro (Administração Central do Sistema de Saúde, 2017) designado: promover a eficiência interna, melhorando os processos internos de gestão e decisão e de planeamento e controlo, num contexto de maior responsabilização das estruturas intermédias, de maior agilidade organizacional e de maior colaboração inter-departamental.

3 – TIPO DE ESTUDO

Todos os desenhos de estudo têm em comum a observação sistemática dos fenómenos de interesse, o uso da teoria e dos métodos estatísticos para analisar os dados e interpretar os resultados. Para além de ser importante o nível de conhecimento no domínio em estudo para a escolha do tipo de investigação, é o objetivo de investigação que determina o método apropriado ao estudo de um fenómeno.

Classifica-se o estudo de descritivo e exploratório. É descritivo pois o objetivo é conhecer fatores ou perceções ligadas a um determinado fenómeno/realidade, não procurando explicá-lo, visam denominar, classificar, descrever uma população ou conceptualizar uma situação, usando geralmente questionários ou observação estruturada (Fortin, 2009).

Pretende-se, de facto, caracterizar as variáveis envolvidas no fenómeno em estudo; mas, para além disso, pretende passar-se de um contexto essencialmente descritivo para a exploração de relação entre os conceitos. Segundo Vilelas (2009) o estudo exploratório consiste na exploração de domínios da investigação pouco conhecidos ou desenvolvidos, ou seja, com o objetivo de obter maior conhecimento de um fenómeno.

Ainda se deve ter em conta, os fluxos de trabalho, que definem os componentes disponíveis num projeto e os tipos de projeto que definem a estrutura de um projeto, incluindo a terminologia utilizada no projeto. Ao escolher um fluxo de trabalho, devemos considerar o tipo de projeto que deseja criar - os tipos de projeto definem a estrutura de um projeto, incluindo a terminologia utilizada no projeto. Os termos padrão usados no projeto dependem do tipo de projeto selecionado (http://enablement.acl.com/helpdocs/projects/current/userguide/ptbr/Content/projects/creating_projects/workflows_and_project_types.html).

Segundo as referências anteriores, há dois fluxos de trabalho disponíveis nos projetos:

- Plano de trabalho: adequado para projetos diretos que consistem num conjunto de etapas ou procedimentos que a equipa de garantia executará e a documentação do resultado de cada etapa – fluxo de trabalho de plano de trabalho;

- Controlo Interno: apropriado para tipos mais complexos de projeto onde narrativas são definidas, orientações são realizadas para verificar o desenho do controlo e os testes são realizados para verificar a efetividade operacional dos controlos – fluxo de trabalho de controlo interno.

Os tipos de projeto padrão são categorizados pelos fluxos de trabalho identificados na tabela abaixo.

Tabela 2.4 – *Tipos de Projeto*

Fluxo de Trabalho	Tipo de Projeto	Descrição
Plano de Trabalho	AI (Operacional)	<ul style="list-style-type: none">• AI onde os riscos são testados identificando e executando procedimentos de auditoria
	Auditoria de Asseguração de Receita	<ul style="list-style-type: none">• Revisão de licença/conformidade de royalties
	Exame/Investigação de Conformidade	<ul style="list-style-type: none">• Auditoria de conformidade regulatória ou legal
	Outro Projeto/Auditoria	<ul style="list-style-type: none">• Todos os tipos de auditoria
Controlo Interno	Revisão de Sarbanes-Oxley	<ul style="list-style-type: none">• Revisão de controlos internos para conformidades SOX
	AI (Controlo interno e Financeiro)	<ul style="list-style-type: none">• AI onde os riscos são abordados identificando e testando controlos
	Auditoria SOC/SSAE16/ISAE3402	<ul style="list-style-type: none">• Exames do serviço do auditor de controlos internos
	Revisão de Processo de Negócio	<ul style="list-style-type: none">• Revisão de processos operacionais ou de negócios

Fonte: http://enablement.acl.com/helpdocs/projects/current/userguide/ptbr/Content/projects/creating_projects/workflows_and_project_types.html

Enquadrando-nos no referencial teórico anterior, neste trabalho PIS utilizamos como metodologia o fluxo de trabalho - Plano de Trabalho, pois teve-se por base realizar um guião para a auditoria de procedimentos padrão, com uma lista de atividades a realizar para posteriormente poderem ser auditados internamente programas de saúde (registos adequados de consultas) que levam ao atingimento dos objetivos contratualizados e por sua vês à qualidade em saúde.

O fluxo de trabalho de um Plano de Trabalho é adequado para projetos diretos que consistem num conjunto de etapas ou procedimentos que a equipa executará e deve ser descrita detalhadamente a documentação do resultado de cada etapa. Os fluxos de trabalho de Plano de Trabalho funcionam bem para projetos operacionais e listas de verificação; projetos de conformidade e reguladores e projetos de garantia geral.

Neste PIS aplicou-se um projeto operacional e de lista de verificação.

4 – CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DO ESTUDO

4.1 – PARÂMETROS DE CARACTERIZAÇÃO DAS USF

A reforma de 2005 dos CSP consistiu, numa primeira fase, na reestruturação organizacional desenvolvida a partir da linha da frente da prestação de cuidados de saúde, onde foram criadas equipas multiprofissionais de contato direto com a população – as USF.

Entende-se por USF uma célula organizacional elementar de prestação de cuidados de saúde individuais, familiares e na comunidade, integrada em rede com outras unidades funcionais do CS. Foram constituídas com o objetivo de melhorar a qualidade e continuidade dos cuidados de saúde, bem como, o aumento da satisfação, quer do utente quer dos profissionais, através da criação de equipas multiprofissionais formadas por médicos de MGF, enfermeiros de família e AT (secretários clínicos), sendo providas de autonomia organizativa, funcional e técnica. São equipas com cerca de 3 a 10 médicos de família, 3 a 10 enfermeiros, 3 a 10 AT. São de constituição voluntária por parte dos profissionais, que se responsabilizam pela prestação de cuidados a uma população de 4.000 a 18.000 cidadãos, dependente da área geográfica que abrange (Biscaia, et al., 2008).

Nem todas as USF estão no mesmo plano de desenvolvimento organizacional. A diferenciação entre os vários modelos de USF (A, B e C) é resultante do grau de autonomia organizacional, da diferenciação do modelo retributivo e de incentivos dos profissionais, e do modelo de financiamento e respetivo estatuto jurídico (Lapão, 2008).

O modelo A corresponde na prática, a uma fase de aprendizagem e de aperfeiçoamento do trabalho em equipa de saúde familiar, ao mesmo tempo que constitui um primeiro contributo para o desenvolvimento da prática da contratualização interna. É uma fase indispensável nas situações em que esteja muito enraizado o trabalho individual isolado e/ou onde não haja qualquer tradição nem práticas de avaliação de desempenho técnico-científico em saúde familiar (Despacho n.º 24 101/2007). Este modelo a nível de gestão de contratualização de indicadores, baseia-se numa avaliação anual, com incentivos institucionais, se atingirem os objetivos contratualizados.

O modelo B é o indicado para equipas com maior amadurecimento organizacional onde o trabalho em equipa de saúde familiar seja uma prática efetiva e que estejam dispostas a aceitar um nível de contratualização de patamares de desempenho mais exigente (ibidem). Este modelo caracteriza-se por existirem incentivos individuais para cada equipa profissional e são pagos mensalmente.

Por último o modelo C tem como característica a existência de um contrato programa. Podem ser equipas do sector público ou pertencerem ao sector privado, cooperativo ou social. Trata-se de um modelo experimental com carácter supletivo a regular por diploma próprio (ibidem).

Assim, podemos integrar nesta reforma o modelo de contratualização. Onde esta, é uma peça fundamental para uma melhor gestão em saúde, a nível macro porque contribui para gerar melhor acesso, eficiência, afetividade e satisfação, e ao nível micro, pois legitima a auto motivação e a prática de uma gestão por objetivos e apresentação de resultados de modo a motivar e estimular os profissionais (Ferreira, et al., 2010).

A introdução da prática da contratualização em ambiente de CSP é um instrumento indispensável no processo de mudança do sistema de saúde, favorecendo a transparência e responsabilidade. Como tal, foi definido um modelo de contratualização, onde foi privilegiada a contratualização de indicadores de processo, de resultado e de gestão da saúde e da doença, com vista à promoção da qualidade dos cuidados em saúde.

Assim, a contratualização de serviços de saúde surgiu como um meio de melhorar a capacidade de resposta aos cidadãos e de aumentar a eficiência através da minimização dos custos associados à prestação de cuidados de saúde.

As USF ainda dispõem de instrumentos próprios de contratualização, gestão, monitorização e avaliação, designadamente: plano de ação, plano de contratualização, regulamento interno, manual de articulação e o manual de boas-práticas (Decreto-Lei n.º 298/2007).

Anualmente, as USF passam pelo processo de contratualização de metas de desempenho, acesso e eficiência que procuram garantir o equilíbrio entre a exigência e a exequibilidade, no sentido de conduzir a ganhos de saúde, bem como premiar o esforço e desempenho, com atribuição de incentivos, aos profissionais que as integram.

Como legislado no regime jurídico de organização e funcionamento das USF, é obrigatório a monitorização e avaliação de resultados, distinguindo as diferenças de desempenho, através de valores de referência: em painéis de indicadores, nas economias

de custos, nos níveis de satisfação dos cidadãos e dos profissionais, bem como na implementação de programas de qualidade e de processos de acreditação. Esta monitorização está em parte assente em indicadores de desempenho referentes a áreas específicas (disponibilidade, acessibilidade, produtividade, qualidade técnico-científica, efetividade, eficiência e satisfação), em que os seus resultados têm influência direta sobre: ganhos em saúde de qualidade, o sistema retributivo dos profissionais e da instituição, o plano de qualificação profissional, as tecnologias de informação e comunicação, e os recursos físicos e humanos das USF (MCSP, 2006).

Esta reorganização dos CSP orienta-se pelos princípios e valores da boa governação, em que a ação é centrada nas pessoas; orientada para o cidadão; inclusiva de vontades e saberes; transparente nos processos de decisão; baseada na melhor evidência disponível; e presenciando um quadro ético de responsabilidade social (Missão de Cuidados de Saúde Primários [MCSP], 2006).

4.2 – CARACTERIZAÇÃO DA USF OSSÓNOMA

O PIS foi desenvolvido na USF Ossónoba, é do tipo modelo A e funciona com autonomia organizativa, técnica e funcional, na dependência do ACES Algarve I - Central da ARS Algarve e desenvolve a sua atividade na cidade de Faro, nas instalações do CS de Faro, situado na Urbanização Graça Mira – Lejana de Cima, em Faro. Funciona todos os dias úteis, entre as 8 horas e as 20 horas.

Esta, iniciou a sua atividade a 21 de agosto de 2017 e foi inaugurada a 29 de novembro de 2017 por sua Excelência o Secretário de Estado Dr. Manuel Delgado.

A USF Ossónoba encontra-se localizada na freguesia da União de Freguesias de Faro (Sé e São Pedro), no entanto, a sua área de atuação abrange utentes de todo o concelho de Faro. Salienta-se, também, que na lista de utentes da USF alguns residem fora da área geográfica definida, aos quais é garantido a carteira básica, salvo no que diz respeito às visitas domiciliárias de acordo com as limitações previstas na legislação em vigor.

A USF Ossónoba baseia-se numa equipa multidisciplinar constituída por dezassete profissionais de saúde: seis médicos de MGF, seis enfermeiros de família e cinco AT.

O modelo de equipa multiprofissional deve ser exercido em efetiva complementaridade, potenciando as aptidões e competências dos diversos profissionais e assegurando uma relação interpessoal e profissional estável.

No uso da sua autonomia administrativa, a USF possui a capacidade de exercício, através dos seus órgãos próprios, para assegurar a sua própria gestão e o seu normal funcionamento; praticar os atos necessários ao desenvolvimento dos seus profissionais e atribuir responsabilidades e tarefas, procedendo à distribuição do pessoal por atividades, de acordo com as normas gerais aplicáveis.

A autonomia científica e técnica da USF envolve a capacidade para, de acordo com a legislação em vigor: definir, programar e executar os seus planos de ação; decidir sobre os conteúdos da prestação de serviços à comunidade e outras atividades; definir as condições e os métodos de prática clínica; desenvolver protocolos e procedimentos de atuação próprios e escolher os processos de avaliação adequados.

Para dar resposta a estes serviços, a equipa manteve em execução os programas de saúde estabelecidos pela carteira básica que constam do plano de ação:

- Programa de saúde Infantil e Juvenil;
- Programa de Planeamento Familiar;
- Programa de Saúde Materna;
- Programa de Prevenção Oncológica;
- Programa de vigilância de Diabéticos;
- Programa de Vigilância de Hipertensos;
- Programa de Vigilância de Hipocoagulados;
- Programa de Saúde do Idoso;
- Programa de Vacinação;
- Programa de Cuidados em Situações de Doença Aguda;
- Programa de Visita Domiciliária;
- Programa de Vacinação;
- Sala de Tratamentos e Cuidados de Enfermagem.

CAPÍTULO III – PLANO DE INTERVENÇÃO

Neste capítulo foi elaborado um plano de intervenção para a realização do PIS para implementação de procedimentos de auditorias clínicas internas, dos programas de saúde, nas unidades funcionais dos CSP, como forma a auxiliar e servir de guia às equipas de conselhos técnicos das USF.

Um plano de trabalho constitui-se como uma orientação no momento de executar um projeto. É um plano detalhado e preciso do conjunto de atividades que se pretendem desenvolver e que cobre as várias vertentes da gestão e a sua respetiva calendarização sob a forma de um cronograma. É considerada uma fase crucial para todo o processo. Nesta fase, define-se cada atividade, as metas e objetivos que se pretende alcançar, as estratégias, os meios e os instrumentos que serão utilizados com vista à execução do projeto (Guia PMBOK, 2017).

Assumindo-o como uma ferramenta indispensável internamente para a USF Ossónoba, para utilizarmos como forma de planeamento e avaliação de desempenho quanto à execução dos objetivos propostos e sua concretização a nível da sua contratualização com o ACES; externamente utilizando-a junto da sociedade, por via da caracterização da USF, privilegiando desta forma, a relação com os *stakeholders*.

Segundo a EUAX (2018), os *stakeholders* do projeto são os indivíduos ou organizações que estão ativamente envolvidos no projeto, ou que poderão ser afetados pela execução do projeto. A equipa de gestão de projeto deverá identificar os *stakeholders*.

Uma vez identificado, é definido para cada *stakeholder* os seus requisitos e expectativas de modo a obter o sucesso no projeto.

Segundo a mesma referência, deve haver uma tipologia de *stakeholders*, estas são apresentadas seguidamente:

- Gestor do projeto – responsável pelo projeto – Enfermeira Inês Lourenço;
- Equipa de gestão do projeto – grupo de pessoas que está diretamente envolvida nas atividades de gestão do projeto – CT da USF Ossónoba (Dr.^a Ana Rita Marta, Enfermeira Inês Lourenço e AT Andreia Cabeleira);

- Membros da equipa de projeto – grupo de pessoas que está diretamente envolvido nas atividades do projeto – equipa interdisciplinar da USF Ossónoba;
- Cliente/utilizador – pessoas ou organização que beneficiará com o produto final – utentes utilizadores da USF Ossónoba;
- Sponsor – patrocinador – USF Ossónoba;
- Influenciadores – pessoas ou organizações não diretamente envolvidas, mas que contribuem para o mesmo – Faculdade de Economia da Universidade do Algarve.

Desta forma, e para que seja possível a implementação deste trabalho de projeto, é essencial que haja um planeamento e estruturação das atividades que se pretendem desenvolver. Uma atividade pode ser subdividida em várias ações e estas devem ser submetidas a um tempo previamente definido para a sua concretização.

De seguida apresenta-se o Plano de Trabalho num cronograma de Gantt, onde sintetiza a parte operacional do projeto. Ele foi muito útil na execução do projeto e pode ser usado inclusive para o planeamento da organização e monitorização do projeto.

2 – ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

O PIS foi implementado na USF Ossónoba – Faro – ACES I Central – pertencente à ARS Algarve, I.P. Para a sua consecução, preconizou-se a utilização de diversos recursos que se encontram seguidamente descritos. Não necessitando de se elaborar um orçamento, pois os recursos utilizados, tanto materiais, como humanos, estão alocados à USF Ossónoba.

As estratégias escolhidas para as diversas fases de implementação da intervenção, pretenderam assim afirmar-se como resposta à análise SWOT que se pôde antever, no sentido de permitir a efetiva concretização dos objetivos definidos.

Para tal, foi fornecida informação de forma continuada a toda a equipa, sobre todo o desenrolar do processo, através de reuniões com os mesmos. Aspeto especial deste envolvimento foi a validação final dos procedimentos em CG, conferindo assim o necessário valor institucional deste documento.

O envolvimento de toda a equipa multidisciplinar na realização dos procedimentos para as auditorias clínicas, no circuito dos mesmos, começando na receção e abordagem do utente nos AT, passando pelos enfermeiros e por fim pelos médicos, constituiu um meio fundamental para ultrapassar uma eventual resistência à mudança e para permitir um conhecimento individual do guia quando chamados a utilizá-lo no seu dia-a-dia profissional. Assim, todos os profissionais da USF Ossónoba estiveram envolvidos na participação e realização do PIS, onde será mais fácil a motivação para as novas práticas e uma maior satisfação pelo sucesso que se pretende alcançar.

Seguidamente, apresentam-se, as fases em que decorreu o projeto, conforme cronograma apresentado anteriormente, descrevendo-se as atividades desenvolvidas, com fundamentação das escolhas.

1) Realizar pesquisa bibliográfica acerca da temática do PIS

Esta primeira fase do projeto correspondeu à pesquisa realizada para fundamentação teórica da temática escolhida que se encontra descrita. Esta pesquisa bibliográfica permitiu-nos não só justificar a problemática do PIS como serviu de ponto de partida para a execução do

mesmo, e para aprofundarmos conhecimentos em estratégias de GCS, tal como a realização de AI clínicas, promovendo assim o aumento de qualidade nos cuidados de saúde.

2) Caracterização da gestão da entidade acolhedora (USF Ossónoba) tendo por base o regulamento interno da USF e o respetivo plano de ação anual.

Ainda surgiu a necessidade e pertinência de se apresentar a caracterização da entidade recetora, para se conhecer o modo de funcionamento da USF, onde se descreveram as atividades desenvolvidas na carteira básica de serviços e o modo de gestão da respetiva unidade, de forma a adequar a realização dos procedimentos internos.

A USF Ossónoba tem um modelo de gestão participada, por objetivos, identificados, temporizados e quantificados em sede de plano de atividades. Tem, ainda, por modelo de gestão a participação ativa de todos os elementos na sua gestão. Assim, cada área funcional da unidade deve possuir uma equipa com representantes dos três setores, responsabilizando-se por assegurar o cumprimento dos objetivos.

A gestão e funcionamento da USF Ossónoba rege-se pelos seguintes princípios:

- Gestão por objetivos a que correspondem a planos de ação anuais ou plurianuais, devidamente elaborados e formalizados em programas que são apresentados ao Departamento de Contratualização do ACES;
- Sistema de informação de gestão descentralizada com difusão das informações necessárias à elaboração dos programas e sua execução;
- Plano de Atividades elaborado para cada três anos, com metas anuais;
- Compete aos responsáveis pelos processos-chave da USF, com o apoio do CT e do coordenador e ouvidos todos os profissionais, elaborar e atualizar o plano de atividades (elaboração de procedimentos, fluxogramas, apresentação de estratégias para alcançar os objetivos e medição dos mesmos);
- Plano de Atividades/Plano de Ação aprovado em CG.

Assim, a USF funciona com uma gestão por objetivos visando a prestação de cuidados continuados e de forma personalizada, a cada um dos seus utentes.

Mensalmente, há uma avaliação interna do cumprimento intercalar das metas estabelecidas para eventual correção de desvios que possam vir a ser identificados. Esta avaliação interna será feita pelo Coordenador da USF ou na sua ausência pelo CT. A mesma

avaliação será divulgada e serão discutidas estratégias individuais, setoriais ou de conjunto para uma aproximação aos objetivos propostos.

Os profissionais desta unidade assumem o compromisso de aplicar as regras de funcionamento interno, onde a prestação de cuidados de saúde integrados continuados e eficientes exige cooperação interdisciplinar - trabalho de equipa pelo método médico de família/enfermeiro de família – complementado por um método adequado de inter-substituição e de co-responsabilização.

A carteira básica de serviços contratualizada da USF Ossónoba, de acordo com a portaria n.º 1368/2007, de 18 de outubro, inclui:

- vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença nas diversas fases da vida: geral, saúde da mulher, saúde do recém-nascido, da criança e do adolescente, saúde do adulto e do idoso;
- cuidados em situação de doença aguda;
- acompanhamento clínico das situações de doença crónica e patologia múltipla;
- cuidados no domicílio;
- interligação e colaboração em rede com outros serviços, sectores e níveis de diferenciação, numa perspetiva de "gestor de saúde" do cidadão.

Constam desta carteira básica:

- **Consulta programada de vigilância de saúde:** É uma consulta programada para o médico ou para a enfermagem que tem por objetivo, vigiar regularmente o estado de saúde. Alguns grupos da população mais vulneráveis, como crianças, grávidas, idosos, determinados grupos de pessoas com doença crónica que necessitam de uma atenção especial, pelo que devem efetuar consultas programadas e periódicas:
 - Consulta de saúde infantil e juvenil: para utentes menores de 19 anos, no decurso da vigilância em saúde infantil e juvenil, conforme as orientações emanadas pela DGS, são efetuadas intervenções que visam a obtenção contínua de ganhos em saúde nesta população (Apêndice 2 – Anexo 4 – Procedimento de Gestão da Saúde Infantil e Juvenil);
 - Consulta de planeamento familiar: para mulheres em idade fértil inscritas na USF (mulheres até aos 54 anos de idade), consulta de saúde da mulher: para mulheres inscritas na USF com 55 anos ou mais - realizam-se aconselhamentos em saúde sexual e rastreio do cancro colo útero e da mama - conforme as orientações emanadas pela DGS (Apêndice 2 – Anexo 2 – Procedimento de Gestão da Saúde da Mulher);

- Consulta de saúde materna: para mulheres grávidas inscritas na USF, onde se procede ao seguimento das mulheres grávidas de baixo e médio risco. Aconselhamento e preparação para a maternidade, conforme as orientações emanadas pela DGS (Apêndice 2 – Anexo 3 – Procedimento de Gestão da Saúde Materna);
- Consulta de Grupos de risco: para utentes com patologias que necessitam de acompanhamento regular (ex. diabetes [Apêndice 2 – Anexo 8 – Procedimento de Gestão da Doença de Diabetes], hipertensão arterial [Apêndice 2 – Anexo 6 – Procedimento de Gestão da Doença de Hipertensão Arterial], hipocoagulados [Apêndice 2 – Anexo 7 – Procedimento de Gestão de Hipocoagulados com Antagonistas da Vitamina K]) com o objetivo de seguimento e prevenção secundária conforme as orientações da DGS;
- Consulta programadas de visita domiciliária: para utentes impossibilitados de se dirigir à USF com o objetivo de assistência a utentes dependentes com mobilidade condicionada ou com incapacidade aguda que impossibilite a deslocação à USF (Apêndice 2 – Anexo 11 – Procedimento de Visita Domiciliária).
- **Consulta programada de enfermagem**: intervenção efetuada por enfermeiro visando a realização de uma avaliação e/ou promoção/educação para a saúde.
- **Vacinação programada**: Na USF Ossónoba podem ser administradas todas as vacinas incluídas no Programa Nacional de Vacinação, conforme as orientações emanadas pela DGS, da responsabilidade do Ministério da Saúde e integra as vacinas consideradas mais importantes para defender a saúde da população portuguesa. As vacinas extra-plano, segundo prescrição médica são também administradas na unidade (Apêndice 2 – Anexo 10 – Procedimento de Vacinação).
- **Tratamentos Curativos e Administração de Terapêutica**: A USF Ossónoba dispõe de um serviço de enfermagem que pode prestar diversos tipos de cuidados - administração de medicamentos injetáveis por via subcutânea, endovenosa e intramuscular mediante apresentação de guia de tratamento com a posologia (Apêndice 2 – Anexo 9 – Procedimento de Sala de Tratamentos).
- **Consulta do dia** (Apêndice 2 – Anexo 5 – Procedimento de Gestão da Doença Aguda): A USF Ossónoba dispõe de períodos diários de consulta do dia que se destina ao atendimento de situações de doença aguda ou agudização da doença crónica. No próprio dia, com o respetivo médico de família em período previamente definido e destinado à resolução de situações clínicas agudas. Está prevista uma hora desta consulta por dia em cada profissional médico.

Esta consulta será sempre garantida no próprio dia pelo seu médico de família ou por outro médico, caso não seja possível o atendimento pelo próprio médico de forma atempada.

Consulta de iniciativa do utente, marcada presencialmente no próprio dia, dentro do horário do médico de família, no período estipulado para esse efeito, distribuídas ao longo do dia.

- **Consulta de inter-substituição** (Apêndice 2 – Anexo 5 – Procedimento de Gestão da Doença Aguda): a equipa que integra a USF Ossónoba assume o compromisso assistencial da sua população inscrita, designadamente a inter-substituição dos seus elementos em situação de ausência e/ou esgotada a capacidade de atendimento pelo próprio médico.

Esta USF dispõe de períodos diários de consulta de inter-substituição que se destinam ao atendimento de situações de doença aguda ou agudização da doença crónica.

Consulta de iniciativa do utente, marcada presencialmente no próprio dia e no período estipulado para esse efeito, distribuídas ao longo do dia.

Situações que podem constituir motivo para a consulta inter-substituição:

- Problemas agudos ou de instalação recente;
- Dor;
- Traumatismos ligeiros;
- Febre;
- Problemas respiratórios, digestivos, circulatórios, urinários, de pele, oculares;
- Outros, que por decisão de um dos elementos da equipa assim seja considerada e/ou necessite de intervenção imediata.

Os procedimentos/fluxogramas para os programas assistenciais apresentados anteriormente, foram elaborados durante a concretização deste projeto, com base em NOC e diretrizes da DGS, por forma a serem parte integrativa do guião para AI da carteira básica de serviços contratualizada.

3) Enquadramento da atividade de AIC na USF

Foi feita reunião geral com a equipa multidisciplinar da USF Ossónoba dando a conhecer a Operacionalização da Contratualização de CSP 2018.

Na subárea da contratualização para as USF de 2018 engloba a "Melhoria Contínua da Qualidade" que possui duas dimensões: acesso; e programas de Melhoria Contínua de

Qualidade e Processos Assistenciais Integrados. Estas dimensões são operacionalizadas através de processos de melhoria contínua com realização de AI (clínicas e/ou organizacionais).

Assim, a monitorização e avaliação das diferentes dimensões dos indicadores da carteira básica de serviços contratualizada, são operacionalizados para além dos resultados dos indicadores, através do grau de implementação de processos de AI (clínica ou organizacional).

Cada processo de auditoria implementado é valorizado com 0, 1 ou 2 pontos em função da avaliação operacionalizada através de uma grelha especificada descrita no Guia de Operacionalização da Contratualização de CSP 2018, da ACSS (2017d).

A partir de 2018 cada unidade funcional tem que realizar dois processos de AI: um na dimensão "Acesso"; e outro na dimensão " Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados". No entanto, as unidades funcionais poderão realizar mais do que um processo de auditoria para cada dimensão. A definição dos processos de auditoria será efetuada até à submissão do plano de ação (fase de negociação da contratualização), sendo explicitados no seu conteúdo (ibidem).

Foi identificado como problema alvo de intervenção, a inexistência de um guião de atuação padronizado para as AI aos procedimentos inerentes aos registos dos serviços/programas da carteira básica contratualizadas nas USF de prestação de cuidados administrativos, médicos e de enfermagem. Como tal, foi sugerido à equipa da USF Ossónoba a elaboração de procedimentos de registos clínicos e de formas de atuação organizacional, para que no fim do projeto pudessemos reunir todos estes ficheiros e elaborarmos um guião de AIC.

Assim, iniciou-se a focalização do trabalho do PIS pela definição de objetivos e respetivas estratégias para:

Processos Assistenciais Integrados que colocam o cidadão, com as suas necessidades e expectativas, no centro do sistema e englobam, numa lógica de processo contínuo, todas as atuações dos profissionais de saúde. Esta abordagem permite ordenar e otimizar os diferentes fluxos de trabalho, integrando as diferentes componentes que intervêm na prestação dos cuidados, homogeneizando as atuações e colocando a ênfase nos resultados (Despacho n.º 1400-A/2015, publicado no Diário da República n.º 28/2015).

Objetivos

- Cumprir os vários Processos Assistenciais da DGS, nomeadamente o Processo Assistencial Integrado da Diabetes e Processo Assistencial Integrado do Risco Cardiovascular no Adulto;

- Identificar áreas com possibilidade de melhoria interna.

Estratégias:

- Implementar e cumprir os vários Processos Assistenciais da DGS, nomeadamente o Processo Assistencial Integrado da Diabetes e Processo Assistencial Integrado do Risco Cardiovascular no Adulto – através da realização de fluxogramas;
- Realizar manuais de procedimentos;
- Desenvolver um plano de acompanhamento interno anual para melhoria de área identificada com essa necessidade;
- Monitorizar através de AI a verificação do cumprimento dos processos assistenciais, manual de procedimentos e plano de acompanhamento.

NOC incorporam a evidência científica e respondem às situações mais frequentes e relevantes na prestação de cuidados, patologias múltiplas, na poli-medicação, na gestão de risco e a perspetiva de percurso clínico, capacitando a gestão de caso e o trabalho em equipa. As NOC promovem a melhor eficiência dos serviços e estabelecem padrões comparativos de qualidade, incluindo indicadores de acesso, adequação e desempenho, com mais ações custo-efetivas (Despacho n.º 1400-A/2015, publicado no Diário da República n.º 28/2015).

Objetivo

- Adotar e aplicar as NOC na prestação de cuidados ao utente, com base na melhor evidência clínica disponível.

Estratégias

- Realizar reuniões clínicas periodicamente, onde possam ser apresentadas e discutidas as NOC em vigor;
- Elaborar os manuais de procedimentos para os programas do Plano Nacional de Saúde contratualizados nas carteiras básicas das USF, de acordo com as NOC;
- Realizar AI para avaliar a aplicabilidade desses procedimentos e o cumprimento das NOC.

4) Realização dos procedimentos dos programas da carteira básica de serviços contratualizados para a USF

Verificou-se como diagnóstico de situação os registos dos profissionais de saúde, a falta de formação nos sistemas informáticos para registos dos programas de saúde com qualidade, pelo qual existem discrepâncias nos registos das equipas interdisciplinares, sem haver uma uniformização de registos por programas.

Assim, a importância que os registos adquiriram tornou-se uma preocupação real para a equipa interdisciplinar a exercer funções na USF. Como resultado desta inquietação, surge a necessidade de construção de um manual de procedimentos para a qualidade dos registos clínicos (integrado no Apêndice 2), cujo objetivo pré-estabelecido foi o de obtenção de ganhos em saúde, melhoria dos indicadores relativos à saúde da população, continuidade e qualidade dos cuidados médicos e de enfermagem e identificação das necessidades do utente/família.

Foram distribuídos os respetivos programas por equipas, com um elemento de cada categoria profissional, para elaboração dos respetivos procedimentos, que se apresentam na tabela seguinte.

Tabela 3.5 – Responsáveis dos Procedimentos Clínicos da Carteira Básica de Serviços

PROCEDIMENTOS CLÍNICOS		RESPONSÁVEIS		
Carteira básica de consultas	Anexos integrados no Apêndice 2	Médico	Enfermeiro	Assistente Técnico
Doença Aguda	Anexo 5	Daniela	Inês	Ana Rolão
Saúde da Mulher	Anexo 2	Daniela	Inês	Cristina
Saúde Materna	Anexo 3	Daniela	Inês	Cristina
Saúde do Adulto e do Idoso	Anexo 1	Yvan	Inês	Ana Rolão
Saúde Infantil e Juvenil	Anexo 4	Sílvia	Susana	Andreia
Pessoas com Diabetes	Anexo 8	Ana Lúcia	Helga	Ana Rolão
Pessoas com Hipertensão	Anexo 6	Ionela	Paulo	Carla
Hipocoagulados	Anexo 7	Ana Lúcia	Inês	Andreia
Consulta domiciliária	Anexo 11	Ana Rita	Helga	Cristina
Vacinação	Anexo 10	Ionela	Luís	Cristina
Tratamentos	Anexo 9	Ionela	Susana	Ana Rolão

5) Reuniões de revisão e validação dos procedimentos pelo CT da USF Ossónoba

O CT é constituído por um médico (Ana Rita Marta), um enfermeiro (Inês Lourenço) e um assistente técnico (Andreia Cabeleira), preferencialmente detentores de qualificação

profissional mais elevada e de maior experiência profissional nos CSP em USF, escolhidos pelos elementos de cada grupo profissional.

Compete ao CT em articulação com o conselho clínico e de saúde do ACES a orientação necessária à observância das normas técnicas emitidas pelas entidades competentes e a promoção de procedimentos que garantam a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, tendo por referência a carta da qualidade.

Ainda, são competências do CT:

- Divulgar junto da equipa as normas emitidas pelas entidades competentes;
- Elaborar/promover procedimentos que garantam a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde;
- Elaborar e manter atualizado o manual de boas práticas;
- Validar flyer/panfletos, entre outros documentos, elaborados na USF;
- Avaliar o grau de satisfação dos utentes da USF Ossónoba e dos profissionais;
- Identificar necessidades de formação;
- Promover a organização de atividades de investigação e de formação;
- Realizar AI.

As reuniões do CT realizam-se na última quinta-feira de cada mês das 13:00h às 14:00h na sala de reuniões da USF, e foram realizadas nas datas identificadas no cronograma apresentado.

Para as reuniões, as respetivas equipas de trabalho identificadas na tabela 3.5 enviaram após convocatória da reunião e definição de temas, os respetivos procedimentos para revisão dos mesmo pelo CT.

Para avaliação dos procedimentos, utilizámos como meio de referência, o BI dos indicadores (ACSS, 2017c), o programa de registos clínicos S-Clínico® e baseamo-nos nas NOC descritas na bibliografia nacional e internacional.

As reuniões foram devidamente planeadas (estando disponível como documentos internos da USF Ossónoba, as respetivas convocatórias de reuniões e atas subsequentes) e nas mesmas realizaram-se questões intercaladas aos respetivos grupos de trabalho com o objetivo de recolher a opinião dos elementos relativamente ao apresentado. Discutiram-se formas de organização e apresentação dos procedimentos e foram explanadas as razões das escolhas e fundamentadas algumas responsabilidades que nela constam. Todos os elementos do CT, nas diferentes reuniões, concordaram unanimemente, com os passos descritos nos procedimentos de registos, fluxogramas e checklist.

Se os procedimentos para avaliação em cada reunião fossem da concordância de todos os elementos do CT, e se seguissem os critérios de elaboração estrutura e formatação definidas em reunião para elaboração destes documentos internos, seriam submetidos a CG para aprovação.

6) Aprovação dos procedimentos em reunião de CG da USF Ossónoba

No cumprimento do artigo 13º do Decreto-Lei 298/2007 de 22 de agosto o CG é constituído por todos os elementos da equipa da USF Ossónoba.

O CG reúne pelo menos de quatro em quatro meses e, em reunião extraordinária, mediante convocatória do coordenador da equipa ou a pedido de metade dos seus elementos.

As decisões respeitantes ao conjunto de todos os grupos profissionais são tomadas por consenso ou, caso não seja possível, recorre-se ao voto secreto, contando cada profissional com um voto. São aprovadas as decisões por maioria de dois terços segundo a legislação em vigor.

As convocatórias para reunião geral mencionam a respetiva ordem de trabalhos e foram emitidas com pelo menos vinte e quatro horas de antecedência e enviadas por correio eletrónico para todos os elementos da equipa.

São competências do CG:

- Eleger o coordenador da USF Ossónoba;
- Propor a nomeação de novo coordenador;
- Aprovar as escolhas dos responsáveis dos diferentes grupos profissionais da USF Ossónoba;
- Pronunciar-se sobre a saída/admissão de qualquer elemento da equipa multiprofissional;
- Aprovar: o regulamento interno, a carta da qualidade, o plano de ação, o relatório de atividades, o regulamento de distribuição de incentivos, o manual de procedimentos, a proposta da carta de compromisso e plano de acompanhamento interno;
- Zelar pelo cumprimento do regulamento interno, da carta de qualidade e do plano de ação;
- Pronunciar-se sobre os instrumentos de articulação, gestão e controlo dos recursos afetos e disponibilizados à USF;
- Pronunciar-se e aprovar, sempre que for necessário, substituir algum elemento

da equipa devido a ausência superior a duas semanas, quando estiver em causa o normal funcionamento da USF;

- Pronunciar-se sempre que estiver em causa qualquer questão relevante para o normal funcionamento da USF.

As reuniões do CG realizam-se nas primeiras quintas-feiras de cada mês das 13:00h às 14:00h na sala de reuniões da USF Ossónoba e foram realizadas nas datas identificadas no cronograma apresentado, com as respetivas convocatórias, onde constam a data da reunião, horário de início e fim, local de realização e ordem de trabalhos.

Nas reuniões gerais, são enviados os procedimentos em cada convocatória para que os profissionais da equipa possam ler antecipadamente e em reunião geral aquando da sua apresentação para a equipa e retroprojetado, já hajam sugestões de alterações. Depois procede-se à votação para aprovação do procedimento e decisão de quando a próxima revisão do mesmo.

Em todas as reuniões foram elaboradas as atas (em arquivo na respetiva USF) de onde constam o nome dos presentes e ausentes, com respetiva justificação da ausência, assuntos discutidos, entre os quais os procedimentos que foram aprovados, deliberações tomadas, forma de votação (para aprovação ou votação devem estar presente sempre dois terços dos elementos).

As atas encontram-se colocadas na pasta partilhada para que todos os profissionais tenham acesso, impressa, assinada por todos os presentes e arquivada em pasta própria.

7) Realização do guião de AIC que integra um manual de procedimentos, com as respetivas checklist que servem de base para as AI

Após necessidade apresentada pela equipa da USF, foi construído um manual para a qualidade dos registos de clínicos, que poderá ser analisado no apêndice 2. Este manual constituiu um suporte de apoio aos serviços da carteira básica contratualizada, assegura a continuidade de cuidados de saúde, contribui para o cumprimento dos indicadores a ser contratualizados e ainda permite obter ganhos em saúde da população. Para a sua concretização procedemos à recolha e análise de documentação de suporte, reunimos a equipa de multidisciplinar a USF Ossónoba, para organizar selecionar a informação que seria incluída no respetivo manual. Posteriormente elaborámos o manual para a qualidade dos registos eletrónicos com base no sistema informático S-Clínico® que será apresentado numa reunião do CG para aprovação, conforme indica o cronograma.

Como resultado do trabalho PIS foi elaborado um guião de AIC onde se descreve a forma como realizar auditorias, os passos para a sua consecução e elaboração do relatório final e a integração de procedimentos e fluxogramas dos programas de saúde contratualizados, sustentado pelas normas da DGS e pelo BI dos indicadores contratualizados para 2018 (ACSS, 2017c), que estão colocados na pasta partilhada da USF Ossónoba, por forma a servirem de guia de atuação. E serão integrados no relatório de atividades do BI-CSP da USF Ossónoba.

Encontra-se apresentado em apêndice 2, o Guião de AIC para os programas de saúde da carteira básica de serviço contratualizada, de onde consta de cada procedimento, uma breve definição do programa de saúde, o respetivo fluxograma de atuação e as normas de orientação de como se procedem aos registos clínicos desse programa, que servem de checklist para AI de avaliação da qualidade de registos clínicos. Por fim apresentamos uma checklist dos indicadores contratualizados para cada programa, que permitem as unidades funcionais atingirem os objetivos e também como forma de servirem de guia para as AI clínicas em saúde.

8) Formação à equipa interdisciplinar da USF Ossónoba sobre AI na saúde

Dado que a equipa interdisciplinar não apresentava formação na área de GCS, contratualização e auditorias em saúde, surgiu a necessidade de formar os elementos da USF para posteriormente conseguirem realizar uma AI clínica, tal como é solicitado na contratualização.

A ARS Algarve, organizou em 14 de dezembro de 2017 as 4^o Jornadas sobre “Contratualização – o desenvolvimento de uma cultura de GCS – um desafio para os CSP”, de onde compareceram da equipa da USF Ossónoba, o CT.

Ainda, a equipa do CT e coordenadora estiveram presentes no Auditório da Sede da ARS Algarve, no dia 31 de janeiro de 2018, para apresentação da plataforma do BI-CSP e no dia 1 de outubro de 2018 para a apresentação da plataforma do BI-CSP, com a temática: “GCS/contratualização: BI-CSP” e a plataforma para a sua operacionalização, com o formador Dr. José Luís Biscaia da Coordenação Nacional dos CSP.

A USF Ossozona ainda organizou a formação interna para o dia 20 de outubro de 2018, na Universidade do Algarve - Campus das Gambelas, com a temática: “Auditorias - Avaliação da Qualidade”, com os objetivos de ajudar a implementar as AI; ajudar a implementar avaliações de qualidade; garantir a melhoria contínua de processos e indicadores clínicos e a diminuição do erro.

Pretendemos com o contributo da realização de formação, dotar os participantes de formação técnica e científica, em contexto multidisciplinar e com uma visão integrada, na área da gestão da qualidade em saúde por forma a dar resposta às necessidades das unidades de saúde em matéria de gestão da qualidade de modo a aplicarem ferramentas de gestão na planificação das atividades e participarem em AI clínicas.

9) Apresentação do resultado do PIS à USF Ossónoba, para implementação do Guião AIC de atuação, para posteriormente se procederem às AI clínicas (auditorias operacionais em saúde)

Após elaboração deste projeto, irá ser apresentada a avaliação do mesmo, na reunião geral da primeira quinta-feira do mês de dezembro de 2018, onde irá constar: os instrumentos de recolha de dados para as AI (checklist), o feedback da realização de formação sobre AI (resumo sobre a formação) fazendo uma ponte de interligação com o resumo da fundamentação teórica sobre AI e GCS, que irá contribuir para a elaboração das duas AI para o plano de ação de 2019 da USF Ossónoba (AI diagnóstica de carácter clínico ao Programa de Saúde Materna e a AI diagnóstica de carácter organizacional à Consulta de Doença Aguda).

Atividade 1: AI para o Plano de Ação de 2019

- Identificação: AI diagnóstica de carácter clínico ao Programa de Saúde Materna
- Definição do processo: AI na vertente clínica
- Resultado esperado: A vigilância de Saúde Materna está contratualizada através de múltiplos indicadores de qualidade que se pretendem que estejam entre os valores esperados. São os indicadores 11 – Proporção grávidas com consulta médica de vigilância no 1º trimestre; 307 – Proporção grávidas com ecografia 1º trimestre; 295 – Proporção Puérperas com cinco ou mais consultas de vigilância em enfermagem durante a gravidez e com uma consulta na revisão do puerpério. Pretende-se fazer um estudo observacional retrospectivo e descritivo.
- Indicadores associados:
 - 11 – Proporção grávida c/ consulta méd. vigilância 1º trimestre;
 - 307 – Proporção grávidas com ecografia 1º trimestre;
 - 295 – Proporção Puérperas com cinco ou mais consultas de vigilância em enfermagem durante a gravidez e com uma consulta na revisão do puerpério.

- A AI terá como alvo as grávidas inscritas e vigiadas na USF Ossónoba com parto entre janeiro e dezembro de 2018, sendo utilizado como critério de exclusão as grávidas não vigiadas. As fontes de dados a utilizar são o MIMUF® e o SClínico®.
- Calendarização prevista (ao mês) das seguintes fases:
 - Avaliação do desempenho atual: março 2019
 - Discussão e análise dos resultados: abril e maio 2019
 - Introdução das mudanças: junho a dezembro de 2019
 - Reavaliação: 2020
- Dimensões associadas: Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados.

Atividade 2: AI para o Plano de Ação de 2019

- Identificação: AI diagnóstica de carácter organizacional à consulta de Doença Aguda (consulta do dia e inter-substituição)
- Definição do processo: AI na vertente Organizacional
- Resultado esperado: O indicador 344 - proporção de consultas médicas realizadas no dia do agendamento devem situar-se entre os 20 e os 35% que se refere às solicitações das consultas do dia e intersubstituição por doença aguda. Este valor está sistematicamente acima do previsto. Assim, pretende-se fazer um estudo observacional retrospetivo e descritivo. A AI terá como alvo as consultas do dia solicitadas entre janeiro e dezembro de 2018. Pretende-se avaliar 20 consultas do dia, realizadas por cada um dos médicos. As fontes de dados a utilizar são os impressos de solicitação de consulta do dia, o Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais (MIMUF®) e o SClínico®.
- Calendarização prevista (ao mês) das seguintes fases:
 - Avaliação do desempenho atual: fevereiro 2019
 - Discussão e análise dos resultados: março e abril 2019
 - Introdução das mudanças: maio a dezembro de 2019
 - Reavaliação: 2020

10) Fase de Monitorização dos resultados e o Follow-up

Consideramos que a avaliação e divulgação dos resultados finais da intervenção, se reveste de extrema importância como forma de tornar público o trabalho desenvolvido e desse modo contribuir para a satisfação profissional dos envolvidos.

O CT responsável pela implementação do projeto, assumirá a avaliação dos indicadores definidos, através da verificação do grau de conformidade de aplicação das normas clínicas nacionais (procedimentos), por meio de AI efetuadas pelo mesmo.

Apenas poderemos realizar esta etapa, como indicado e datado no ponto anterior nas respetivas atividades, para podermos comparar o índice de desempenho global (IDG) de cada categoria contratualizada dos indicadores e verificarmos se com a introdução da uniformização dos procedimentos de registos clínicos, se houve mudança de atitudes por parte dos profissionais de saúde, recorrendo a AI dos mesmo procedimentos para avaliar e monitorizar resultados e implementar mudanças se necessário.

3 – AVALIAÇÃO

Após elaboração do PIS importa agora avaliar o que se projetou à data de realização do mesmo e o realizado até à presente data.

Elaboramos um guião de AIC onde se integram a criação de procedimentos/fluxogramas com as respetivas checklist dos programas de saúde contratualizados, sustentado pelas normas da DGS e pelo BI dos indicadores contratualizados para 2018 (ACSS, 2017c), que servem de base para as AI.

Sabendo que só se pode evoluir como ciência se se conseguir evidenciar os cuidados, como podemos afirmar que os resultados são sensíveis aos cuidados de saúde, se não forem registadas todas as decisões que são assumidas? Esta é uma oportunidade para as equipas de saúde documentarem as suas intervenções e basearem a sua prática em evidências e uma oportunidade para a comunidade melhorar os registos informáticos em saúde.

Antes de mais, devemos esclarecer que a única intenção que nos moveu ao longo do PIS foi a melhoria dos registos eletrónicos e aproveitar toda a potencialidade que estes nos proporcionam na “visualização” dos cuidados como contributo para a nossa população e para a ciência da saúde. A garantia da continuidade de cuidados, a possibilidade de avaliarmos as intervenções e de evidenciarmos os resultados foram os objetivos major desta investigação.

É necessário que os profissionais de saúde documentem os cuidados que prestam, os diagnósticos, as intervenções e os resultados para que seja possível evidenciar a qualidade dos cuidados prestados (Jansson, Pilhammar-Andersson, & Forsberg, 2010).

Como todos os projetos, este apresentou algumas limitações, nomeadamente, o tempo que foi despendido para a realização do PIS, na elaboração de procedimentos e fluxogramas clínicos e organizacionais; e o tempo que considerávamos necessário para obter resultados, dado que trabalhamos em tempo real, num ano. No entanto, só poderemos analisar resultados da intervenção do PIS em 2019 e aplicar o guião às auditorias contratualizadas durante o mesmo ano.

Durante o tempo previsto para elaboração deste projeto integrado no mestrado de gestão de unidades de saúde, devido ao curto período, não foi possível proceder à avaliação do projeto. Ainda assim, e no âmbito do mesmo, perspetivámos realizar a avaliação do projeto a médio/longo prazo, tal como indicado anteriormente, durante a realização das duas AI no ano

de 2019, já que este deve acontecer após um período de verificação de alterações de comportamento por parte da equipa interdisciplinar, após findar o ano civil para monitorização dos indicadores.

Podemos concluir que os resultados alcançados estão em consonância com os objetivos que estiveram na base de implementação do PIS, pois este permite dar uma resposta eficaz às necessidades/ameaças para a saúde; incluiu inovação e mudança; proporciona uma melhoria de cuidados de saúde e uma melhoria da organização dos serviços; e pretende ser um projeto que seja implementado e que tenha continuidade para replicação futuramente por outras Instituições de saúde, com os devidos ajustamentos aos contextos. Deste modo, pretende-se que este projeto sirva de guia de orientação e de aplicação para outras unidades funcionais (se for validado pela ARS Algarve) mais especificamente para USF, dado que por ano na sua contratualização de 2018, se iniciou a necessidade de realizar duas AI e os profissionais, não apresentam conhecimentos, nem bases teóricas na área e não tiveram formação para realizarem as AI.

Na qualidade de um bom projeto, devemos valorizar a dimensão sustentabilidade, onde a implementação do projeto assegura as condições necessárias para garantir a sua continuidade sustentada. E a dimensão equidade, onde a implementação deste projeto contribuiu para uma maior equidade entre grupos da população no acesso e na utilização dos cuidados de saúde.

A implementação deste projeto contribui para uma utilização mais racional dos recursos e permite dar resposta às necessidades dos utentes, utilizando os recursos adequados aos cuidados de que necessitam, contribuindo para a obtenção de ganhos em saúde;

Quanto à dimensão inovação e originalidade, a natureza do projeto é inovadora e tem criatividade, ainda não estando documentado publicamente (que seja do nosso conhecimento), por pesquisas realizadas, um guião de auditorias em saúde nos CSP, tão detalhado.

Ainda contribui para o desenvolvimento das competências dos profissionais envolvidos, pois permite ser um veículo transmissor de formação. Ainda realizamos uma formação interna para com o objetivo de aumentar conhecimentos sobre AI na equipa multidisciplinar. E temos por objetivo, com a continuidade da implementação do projeto a disseminação/divulgação do conhecimento pelas outras unidades funcionais, que contribui para o aprofundamento do tema pelas equipas multidisciplinares das mesmas. Assim, na dimensão transferibilidade, o nosso PIS é aplicável a outros serviços/instituições com adequação ao contexto e com evidência de resultados.

O PIS acrescenta valor ou beneficia a Organização, pois pretendemos que este guião de AIC, possa ajudar os profissionais de saúde, no registo da prestação de cuidados.

A implementação do projeto contribuiu para a melhoria dos processos e procedimentos na Organização na dimensão impacto na Qualidade Organizacional, pois ajuda os gestores no sentido de valorizar a tomada de decisão das equipas de saúde e permitir a visualização dos contributos dos resultados na comunidade.

CAPÍTULO IV – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a globalização e o atual cenário político-financeiro do país, o setor de saúde passou a procurar novas alternativas para a gestão, com o foco na necessidade das organizações de saúde adaptar-se a um mercado cada vez mais competitivo. A necessidade de garantir resultados positivos e clientes satisfeitos requer que as organizações aprendam a associar baixos custos com excelência de qualidade para os seus clientes.

O principal objetivo dos serviços de saúde é o de atender com a melhor qualidade possível, ou seja, com efetividade, eficiência, equidade, aceitabilidade, acessibilidade e adequabilidade. Assim, a fim de garantir a qualidade dos serviços prestados aos clientes, nos dias atuais, grandes empresas têm-se preocupado em utilizar a auditoria, de forma contínua nas suas organizações, visto que os clientes estão cada vez mais convictos dos seus direitos. A auditoria tem-se tornado um dos temas mais relevantes nas instituições prestadoras dos serviços de saúde, podendo ser público ou privado. Assim, as instituições de saúde têm-se preocupado em utilizar a auditoria com o objetivo de garantir a qualidade dos serviços prestados.

Deste modo, a auditoria incorporou-se à rotina das instituições de saúde com o intuito de avaliar os aspectos qualitativos da assistência requerida pelo utente, os processos internos e as contas objetivando a redução da perda financeira ou ainda a reestruturação dos serviços. Esta garante a qualidade pelos serviços oferecidos e prestados, aperfeiçoa os procedimentos técnicos, administrativos, e éticos dos profissionais da saúde. Avalia o desempenho do serviço, promove o processo educativo objetivando sempre à melhoria da qualidade do atendimento, a um custo compatível com os recursos financeiros disponíveis, e pelo justo valor do serviço prestado.

Portanto, a importância da auditoria em serviços de saúde está cada vez maior. Ela possibilita aos gestores aprimorar todos os controlos que envolvem a gestão de saúde e sua sustentabilidade financeira, pois além da conferência das contas, possibilita o assessoramento no dimensionamento, na manutenção da instituição, e na avaliação contínua da qualidade dos processos. Desta forma a auditoria é um grande instrumento de gestão, uma vez que contribui efetivamente para a alocação e aplicação adequadas dos recursos para a qualidade dos serviços oferecidos.

BIBLIOGRAFIA

- Administração Central do Sistema de Saúde (2007a) *Manual de Auditoria Interna dos Hospitais – Parte I*, Lisboa, PriceWaterHouseCoopers.
- Administração Central do Sistema de Saúde (2017b) *Síntese do Relatório de Atividades de Auditoria Interna 2016*, Lisboa, Ministério da Saúde.
- Administração Central do Sistema de Saúde (2017c) *Bilhete de Identidade dos Indicadores dos Cuidados de Saúde Primários para o Ano de 2017*, Lisboa, Ministério da Saúde.
- Administração Central do Sistema de Saúde (2017d) *Guia de Operacionalização da Contratualização de CSP 2018*, Lisboa, Ministério da Saúde.
- Araújo, I. P. S. (2004) *Introdução à Auditoria Operacional* (2ª ed.), Rio de Janeiro, FGV Editora.
- Attie, W. (1998) *Auditoria: conceitos e aplicações* (3ª ed.), São Paulo, Atlas.
- Biscaia, A. R., Martins, J. N., Gonçalves I. F. & Antunes, A. R. (2008) *Cuidados de Saúde Primários em Portugal, reformar para novos sucessos*, Lisboa, Padrões Cultural Editora.
- Cabral, S. C. (2014) *A Contratualização nos cuidados de Saúde Primários como ferramenta de gestão nas Unidades de Saúde Familiar* (Relatório de Estágio de Mestrado em Economia), Coimbra, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- Castanheira, N. (2007) *Auditoria interna baseada no risco* (Dissertação de Mestrado em Contabilidade e Auditoria), Minho, Escola de Economia e Gestão da Universidade do Minho.
- Carvalho, M. J. (2013) *Gestão da Saúde em Portugal: Uma década perdida*, Porto, Vida Económica.
- Coordenação Estratégica dos Cuidados de Saúde Primários (2011) *Governação Clínica e de Saúde em Cuidados de Saúde Primários. O que é? Para que serve? Com o fazer?* Lisboa, Ministério da Saúde. Disponível em: estrategia.csp@sg.min-saude.pt/, (acedido em: 04.02.2018)
- Costa, A. F., Pereira, J. M. & Blanco, S. R. (2006) Auditoria do setor público no contexto da nova gestão pública. *Revista de Estudos Politécnicos* 3 (5/6), 201-225.
- Cunha A. P., Orofino C. L. F., Costa A. P. & Donato J. G. (2003) Serviço de enfermagem: um passo decisivo para a qualidade. *Revista Nursing* 60(6), 25-30.
- Decreto-Lei nº 60/2003 de 1 de abril, *Diário da República nº 77/2003 – I série-A*, Ministério da Saúde.

- Decreto-Lei nº 298/2007 de 22 de agosto, *Diário da República nº 161/2007 – I série*, Ministério da Saúde.
- Decreto-Lei nº 244/2012 de 9 de novembro, *Diário da República nº 217/2012 – I série*, Ministério da Saúde.
- Despacho nº 24 101/2007 de 22 de outubro, *Diário da República nº 203/2007 – II série*, Ministério da Saúde.
- Despacho nº 3635/2013 de 7 de março, *Diário da República nº 47/2013 – II série*, Ministério da Saúde.
- Despacho nº 1400-A/2015 de 10 de fevereiro, *Diário da República nº 28/2015 – 1º Suplemento, II Série*, Ministério da Saúde.
- EUAX (2018) *EUAX: Consultoria em gestão empresarial com foco em performance* Disponível em: <https://www.euax.com.br/2017/02/o-que-sao-e-como-identificar-os-stakeholders-do-seu-projeto/>, (acedido em: 04.11.2018)
- Ferreira, A. S., Escoval, A., Lourenço, A., Matos, T. & Ribeiro, R. (2010) A contratualização de cuidados de saúde. In Simões, J. (Ed.), *30 Anos do Serviço Nacional de Saúde - um percurso comentado*, Coimbra, Almedina.
- Fortin, M. F. (2009) *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*, Loures, Lusodidacta.
- Guia PMBOK (2017) *Um Guia do Conhecimento em Gerenciamento de Projetos* (6ª ed.), Newtown Square P.A., Project Management Institute.
- Grupo Técnico Nacional da Governação Clínica e de Saúde nos Cuidados de Saúde Primários (2017) *Auditoria Interpares – Guia para uma Auditoria Interpares (Clínica e Organizacional)*, Lisboa, Serviço Nacional de Saúde.
- Haller, E. (1986) *Avaliação de desempenho operacional – Estabelecimento e Administração de uma auditoria operacional*, São Paulo, PriceWaterhouseCoopers.
- http://enablement.acl.com/helpdocs/projects/current/userguide/ptbr/Content/projects/creating_projects/workflows_and_project_types.html
- International Federation of Accountants (1999) *Amostragem de Auditoria e Outros Procedimentos Seletivos de Teste*, International Standard of Related Services.
- International Federation of Accountants (2012) *Apoio da IFAC a um conjunto único de normas de auditoria: auditorias de pequeno e médio porte*. Disponível em: http://www.ibracon.com.br/downloads/pdf/policyPositionPaper_2_Final.pdf, (acedido em: 19.01.2018)
- Institute of Internal Auditors (1978) *Standards for the Professional Practice of Internal Auditing*. Disponível em: <http://www.theiia.org>, (acedido em: 21.01.2018)
- Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento (2009) *Manual de Auditoria Interna*, Lisboa, Gabinete de Avaliação e Auditoria Interna. Disponível em: http://www.instituto-camoes.pt/images/cooperacao/av_au_docs_basic_au3.pdf, (acedido em: 19.01.2018)

- Instituto Português de Auditoria (2013) *Tradução das Normas Internacionais para a Prática Profissional de Auditoria Interna*. Disponível em: <https://na.theiia.org/standards-guidance/Public%20Documents/IPPF%202013%20Portuguese.pdf>, (acedido em: 13.02.2018)
- Instituto Serzedello Corrêa (2014) *Técnicas de Auditoria Operacional, aula 5*, Brasília, Apostila.
- International Organization of Supreme Audit Institutions (2005) *Diretrizes para aplicação de normas de auditoria operacional do International Organization of Supreme Audit Institutions*, Salvador, Tribunal de Contas do Estado da Bahia.
- Instituto Português de Auditoria (2013) *Tradução das Normas Internacionais para a Prática Profissional de Auditoria Interna*. Disponível em: <https://na.theiia.org/standards-guidance/Public%20Documents/IPPF%202013%20Portuguese.pdf>, (acedido em: 13.02.2018)
- Jansson, I., Pilhammar-Andersson, E. & Forsberg, A. (2010) Evaluation of documented nursing care plans by the use of nursing - sensitive outcome indicators. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 16, 611-618.
- Lapão, L.V. (2008) The role of complexity and innovation in the new primary care governance model in Portugal. *The Innovation Journal - Special Issue on Complexity* 13(3).
- Lei n.º 27/2002 de 8 de novembro, *Diário da República n.º 258/2002 – I série-A*, Ministério da Saúde.
- Lei n.º 56/1979, de 15 de setembro, *Diário da República n.º 214/1979 – I série*, Ministério da Saúde.
- Lorenzo, M. J. P. (2001) La auditoria interna orientada a los procesos. *Partida Doble* julio-agosto, 78-85.
- Ministério da Saúde (2010) *Reforma dos Cuidados de Saúde Primários - Nota Informativa sobre o Novo Modelo de Governação*, Lisboa, Ministério da Saúde.
- Miranda, G. L. (2008) *Leitura comentada do texto "O método de Projeto" de W. Kilpatrick (2007/1918)*, 1-9.
- Missão para os Cuidados de Saúde Primários (2006) *Linhas de ação prioritária para o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários*, Lisboa, Ministério da Saúde.
- Missão para os Cuidados de Saúde Primários (2010) *Estatísticas Globais das Unidades de Saúde Familiar – Relatório de 8 de fevereiro de 2010*, Lisboa, Ministério da Saúde.
- Morais, G. & Martins, I. (2013) *Auditoria Interna: Função e Processo* (4ª ed.), Lisboa, Áreas Editora.
- Pinheiro, J. L. (2008) *Auditoria Interna. Manual prático para Auditores Internos*, Lisboa, Rei dos Livros.

- Pinheiro, C. G. A. (2013) *Acrescentar valor á organização com a auditoria interna*. (Dissertação de Mestrado em Auditoria), Porto, Instituto Superior de Contabilidade e Administração do Porto.
- Pinto, M. V. (1995) *Princípios de Auditoria Operacional*, Lisboa, S.P.B Livreiros.
- Pisco, L. (2008) Reform of Primary Health Care in Portugal - A journey through Family Medicine in Europe. *Jornal Médico de Família* 151(3).
- Pordata – Base de Dados de Portugal Contemporâneo (2014). Disponível em: <https://www.pordata.pt/Home>, (acedido em: 21.03.2018)
- Portaria n.º 1368/2007 de 18 de outubro, *Diário da República n.º 201/2007 – I série*, Ministério da Saúde.
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005 de 12 de outubro, *Diário da República n.º 196/2005 – I série-B*, Ministério da Saúde.
- Rodrigues, S. (2013) *O contributo da auditoria interna para uma gestão eficaz* (Dissertação de Mestrado em Auditoria), Porto, Instituto Superior de Contabilidade e Administração do Porto.
- Saltman, R. B. & Figueras, J. (1997) *European Health Care Reform - Analysis of Current Strategies*, Copenhaga, World Health Organization, Regional Office for Europe.
- Saltman, R. B. & Figueras, J. (1998) Analyzing the evidence on European health care reforms. *Health Affairs*, 17, 85-108.
- Santos I. & Sá E. (2010) Estratégias de governação clínica. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 26, 606-12.
- Semedo, D & Roque, L. (2013) *A Auditoria Interna nas Empresas da Saúde do Setor Empresarial do Estado*. Disponível em: <http://www.occ.pt/news/comcontabaudit/pdf/49.pdf>, (acedido em: 09.03.2018)
- Serapioni, M. (2009) Avaliação da qualidade em saúde: reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 85, 65-82.
- Silva, I. & Miranda, G. (1990) *Projeto Alcácer*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.
- Toga, A. (2014) A Importância da Auditoria Interna na Saúde. *Revista Gestão Hospitalar*, dezembro de 2014, 44-47.
- Tribunal de Contas (1999) *Auditoria ao Serviço Nacional de Saúde - Relatório Final*, Lisboa, Ministério da Economia. Disponível em: https://www.tcontas.pt/pt/actos/rel_auditoria/1999/2s/rel038-1999-2s.pdf, (acedido em: 17.04.2018)
- Tribunal de Contas da União n.º 30/2010 de 9 de dezembro, *Portaria-SEGCEX n.º 31*, Brasília.
- Vilelas, J. (2009) *Investigação: o Processo de Construção do Conhecimento*, Lisboa, Edições Sílabo.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO TRABALHO DE PROJETO INTEGRADO NO MESTRADO DE GESTÃO DE UNIDADES DE SAUDE

Á Exma. Sr.^a Coordenadora
Dr.^a Daniela Emílio
da Unidade de Saúde Familiar Ossónoba - Faro,
pertencente ao ACES Central I – ARS Algarve I.P.

Assunto: Pedido de Autorização para realização do Projeto de Intervenção no Serviço, para a realização do trabalho de projeto de mestrado integrado no Mestrado de Gestão de Unidades de Saúde

Inês Filipa Gonçalves Lourenço, enfermeira a exercer funções na U.S.F Ossónoba – Faro e a frequentar o Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, na Universidade do Algarve, pretende realizar Projeto de Intervenção no Serviço na área da Gestão de Unidades de Saúde, subordinado ao tema “A Integração da Auditoria Inter pares para a Governação Clínica e de Saúde (GCS) numa USF”, com base no Despacho n.º 1400-A/2015 de Diário da República n.º 28/2015, que tem por objetivo a integração dos processos de auditoria interna clínica na estratégia nacional para a qualidade na saúde 2015-2020 e na melhoria contínua. Pois existe como prioridade o aumento da adesão a normas de orientação clínica: aumentar a clínica reflexiva, através do hábito de realização sistemática de auditorias clínicas internas e avaliação dos resultados a nível nacional e verificar o grau de conformidade de aplicação das normas clínicas nacionais, através de auditorias externas efetuadas por pares.

Procura-se, no presente projeto, servir de guia/manual de auditorias clínicas e organizacionais, aos serviços de saúde públicos e proporcionar uma reflexão sobre o contributo da auditoria interna para a gestão eficaz das organizações públicas. Assim, pretende-se que este projeto de intervenção no serviço possa vir a assumir como contributos em termos de relevância na governação clínica.

Assim, o Trabalho de Projeto de auditoria interna para a USF Ossónoba foi elaborado espelhando a linha condutora para as outras USF, fomentando a capacidade da

sociedade, das comunidades e das organizações para a auto-organização e implementação de rotinas de avaliação, de revisão e de aprendizagem permanente.

Para levar a cabo todo o trabalho que se lhe segue, venho por este meio solicitar a V.^a Ex.^a a autorização da Instituição de Saúde para a realização do projeto na USF Ossónoba.

Anexo a esta carta, o protocolo de investigação do qual consta:

- e o projeto de dissertação.

Sem outro assunto de momento, subscrevo com elevada estima e consideração agradecendo desde já a atenção dispensada.

Atenciosamente,

Faro, 19 de dezembro de 2017

Pede deferimento,

Inês Filipa Gonçalves Lourenço
(Inês Filipa Gonçalves Lourenço)

Autorização :

- Sim
 Não

Data:

19 / 12 / 2017

A Exma. Sr.^a Dr.^a Coordenadora:

Daniela Emílio
Daniela Emílio
Coordenadora
USF Ossónoba
Daniela Emílio

APÊNDICE 2 – GUIÃO PARA AUDITORIA INTERPARES CLÍNICA



Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde

GUIÃO PARA AUDITORIA INTERPARES CLÍNICA

Inês Filipa Gonçalves Lourenço

**Trabalho de Projeto de Mestrado
em Gestão de Unidades de Saúde
integrado na USF Ossónoba**

**Trabalho efetuado sob a Orientação de:
Professor Doutor Luís Serra Coelho**

**Trabalho efetuado em colaboração com a:
Equipa multidisciplinar da Unidade de Saúde Familiar Ossónoba**

Faro, dezembro 2018

ÍNDICE

Página

LÍSTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	iv
INTRODUÇÃO	1
1 – INTEGRAÇÃO DOS PROCESSOS DE AUDITORIA INTERNA CLÍNICA NA ESTRATÉGIA NACIONAL PARA A QUALIDADE NA SAÚDE 2015-2020 E NA MELHORIA CONTÍNUA NA GOVERNAÇÃO CLÍNICA E DE SAÚDE NO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE	3
2 – MÉTODOS E TÉCNICAS DE AUDITORIA	6
2.1 – FASE DE PLANEAMENTO	6
2.2 – FASE DE EXECUÇÃO	10
2.3 – FASE DO RELATÓRIO	12
2.4 – FASE DE MONITORIZAÇÃO E O FOLLOW-UP	14
3 – PROCEDIMENTOS DOS PROGRAMAS DA CARTEIRA BÁSICA DE SERVIÇOS CONTRATUALIZADOS	16
4 – CHECKLIST DOS PROGRAMAS DA CARTEIRA BÁSICA DE SERVIÇOS CONTRATUALIZADOS	17
CONSIDERAÇÕES FINAIS	18
BLIBLIOGRAFIA DE BASE	20
ANEXOS	21
ANEXO 1 – PROCEDIMENTO DE GESTÃO DA SAÚDE DO ADULTO E DO IDOSO	22
ANEXO 2 – PROCEDIMENTO DE GESTÃO DA SAÚDE DA MULHER	31
ANEXO 3 – PROCEDIMENTO DE GESTÃO DA SAÚDE MATERNA	39
ANEXO 4 – PROCEDIMENTO DE GESTÃO DA SAÚDE INFANTIL E JUVENIL	50
ANEXO 5 – PROCEDIMENTO DE GESTÃO DA DOENÇA AGUDA	58

ANEXO 6 – PROCEDIMENTO DE GESTÃO DA DOENÇA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL	63
ANEXO 7 – PROCEDIMENTO DE GESTÃO DE HIPOCOAGULADOS COM ANTAGONISTAS DA VITAMINA K	71
ANEXO 8 – PROCEDIMENTO DE GESTÃO DA DOENÇA DE DIABETES --	77
ANEXO 9 – PROCEDIMENTO DE SALA DE TRATAMENTOS	86
ANEXO 10 – PROCEDIMENTO DE VACINAÇÃO	92
ANEXO 11 – PROCEDIMENTO DE VISITA DOMICILIÁRIA	99
ANEXO 12 – CHECKLIST DOS PROGRAMAS DA CARTEIRA BÁSICA DE SERVIÇOS CONTRATUALIZADOS	105

LISTA DE ABREVIATURAS

AI – Auditoria Interna

CSP – Cuidados de Saúde Primários

GTN-GCS-CSP – Grupo Técnico Nacional da Governação Clínica e de Saúde
Cuidados de Saúde Primários

IIA – Institute of Internal Auditors

IFAC – International Federation of Accountants

IPAI – Instituto Português de Auditoria Interna

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UF – Unidades Funcionais

USF – Unidade de Saúde Familiar

INTRODUÇÃO

As Normas Clínicas emitidas pela Direção-Geral da Saúde, sob proposta do Departamento da Qualidade na Saúde e do Conselho Nacional de Auditoria e Qualidade da Ordem dos Médicos, em matéria de qualidade clínica, são uma prioridade da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020.

A auditoria interpares clínica foi introduzida na nova organização dos cuidados de saúde primários (CSP) em Portugal como um processo de melhoria de qualidade dos cuidados prestados.

Neste sentido, a auditoria à implementação das Normas e Processos Clínicos é por definição, uma ferramenta de melhoria contínua da qualidade clínica, ao avaliar o desempenho dos prestadores, conduzindo a ganhos de eficiência, uma vez que tais normas são elaboradas de forma a indicar, como primeira opção e com base na evidência científica publicada, as melhores e simultaneamente menos onerosas opções diagnósticas e terapêuticas.

Verificamos como diagnóstico de situação e problemática, auditarmos os registos dos profissionais de saúde, a falta de formação nos sistemas informáticos para registos dos programas de saúde com qualidade, pelo qual existem discrepâncias nos registos das equipas interdisciplinares, sem haver uma uniformização de registos por programas de saúde.

Segundo Madeira (2013), para o auditor desenvolver uma auditoria, é importante que exista na organização um Manual de Auditorias que o auxilie na forma como as suas ações devem ser desenvolvidas.

Como solução apresentada, para uniformização de registos clínicos da carteira básica de serviços contratualizados, decidimos elaborar o presente guião para auditoria interpares clínica na Unidade de Saúde Familiar (USF) Ossónoba, com os procedimentos e respetivos fluxogramas dos programas de saúde e respetivas checklist clínicas para auditorias.

Dado que, na contratualização de 2017, solicitou-se a realização de duas auditorias internas (AI) por ano e na qual constatámos que os profissionais, não apresentavam conhecimentos, nem bases teóricas nesta área, pretendemos que este guião (se for validado pela Administração Regional de Saúde Algarve) sirva de guia

de orientação e de aplicação para outras unidades funcionais (UF), mais especificamente para outras USF.

Com a elaboração deste guião temos como finalidade integrar e auxiliar os processos de AI clínica na estratégia nacional para a qualidade na saúde 2015-2020 e na melhoria contínua; verificar o grau de conformidade de aplicação das normas clínicas nacionais, através de AI efetuadas por pares e aumentar a clínica reflexiva, através do hábito de realização sistemática de AI clínicas e avaliação dos resultados a nível nacional.

1 – INTEGRAÇÃO DOS PROCESSOS DE AUDITORIA INTERNA CLÍNICA NA ESTRATÉGIA NACIONAL PARA A QUALIDADE NA SAÚDE 2015-2020 E NA MELHORIA CONTÍNUA NA GOVERNAÇÃO CLÍNICA E DE SAÚDE NO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

A temática da governação clínica e de saúde tem vindo, progressivamente, a ganhar visibilidade e notoriedade um pouco por todo o mundo. Não sendo uma área totalmente nova, a conjuntura atual deu-lhe uma maior relevância. De facto, a cada vez maior competitividade, complexidade e exigência dos mercados e do meio envolvente, veio trazer novas e cada vez mais abundantes discussões sobre a forma como são governadas e controladas as organizações/instituições de saúde. Como tal, a definição de regras internas de funcionamento, tomadas de decisão e a equipa de gestão, da ética e de controlo interno e a gestão do risco são prementes e críticas.

Assim, tornar os serviços de saúde eficientes exige descrever as suas tarefas/procedimentos, estabelecer objetivos e avaliar periodicamente o seu desempenho em relação a esses objetivos, através de auditorias internas.

Etimologicamente, a palavra auditoria tem origem no verbo latino *audire* que significa ouvir, sendo o auditor reconhecido como aquele que ouve.

Até 1999, o Institute of Internal Auditors (IIA) (1978) define AI como uma função de avaliação independente, estabelecida na organização para examinar e avaliar as suas atividades, como um serviço para a organização. O objetivo da AI é apoiar os membros da organização no desempenho eficaz das suas responsabilidades. Com este fim, a AI fornece-lhes análises, avaliações, recomendações, conselhos, e informação concernente às atividades revistas. O objetivo da auditoria inclui a promoção de um controlo eficaz a um custo razoável.

Já o Tribunal de Contas (1999), no seu glossário define AI como o serviço ou departamento interno de uma entidade incumbido pela direção de efetuar verificações e de avaliar os sistemas e procedimentos da entidade com vista a minimizar as probabilidades de fraudes, erros ou práticas ineficazes.

A definição atual de AI segundo o Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento (2009) é a seguinte: uma atividade independente, de avaliação objetiva e de consultadoria, destinada a acrescentar valor e a melhorar as operações

de uma organização. Assiste a organização na consecução dos seus objetivos, através de uma abordagem sistemática e disciplinada, na avaliação da eficácia dos processos de gestão do risco, de controlo e de governação. A função de AI deve reportar a um órgão elevado da organização e ao Comité de Auditoria, quando exista, ou a outro, de forma a garantir a sua independência e a permitir cumprir com as suas responsabilidades. O seu objetivo é o de contribuir para a criação de valor, através do apoio que presta à gestão.

Assim começa o novo paradigma que a AI enfrenta. Esse paradigma baseia-se na visão dos processos com enfoque nos riscos do negócio. Onde a AI passa de reativa a proativa, atuando em tempo real, participando em planos estratégicos e dando as suas recomendações com base no risco existente, optando por evitar/diversificar, partilhar/transferir ou controlar/aceitar o risco existente. Salienta-se a mudança de paradigma com a passagem de um papel de avaliação independente para uma atividade integrada na gestão de risco (ibidem).

A grande diferença entre os anteriores enfoques e o atual enfoque da AI baseada no risco, reside na análise estratégica e na avaliação dos processos de negócio como passo prévio ao trabalho que atualmente se leva a cabo nos departamentos de auditoria, pelo que o planeamento da mesma deverá estar alinhado com a estratégia da organização e o plano de negócio (Lorenzo, 2001).

Morais e Martins (2013) defendem auditoria como sendo um processo sistemático de, objetivamente, obter e avaliar prova acerca da correspondência entre informações, situações ou procedimentos e critérios pré-estabelecidos, assim como comunicar conclusões aos interessados, pela adoção dos princípios de *Corporate Governance*.

Em suma, a auditoria é definida como uma atividade de apreciação independente, sendo encarada como um serviço da mesma para poder examinar e avaliar as suas atividades, auxiliando os membros da organização no desempenho eficaz das suas responsabilidades, através de disponibilização de análises, apreciações, recomendações, conselhos e informações das atividades analisadas (Rodrigues, 2013).

Face às considerações apresentadas, pode-se enfatizar que a AI contribui para o modelo de governação clínica e da saúde ao:

- atuar em áreas críticas da organização, promovendo a redução dos riscos de gestão;

- fortalecer o sistema de controlo interno por meio de uma eficiente monitorização;
- recomendar decisões que procurem solucionar falhas nos processos organizacionais;
- garantir credibilidade e transparência ao processo de prestação de contas;
- provocar maior envolvimento e responsabilidade do Conselho de Administração, do Conselho Fiscal e do Comité de Auditoria frente às recomendações mencionadas nos seus pareceres e relatórios.

Em resumo, e focando apenas a perspetiva da boa gestão, podemos apontar como vantagens desta abordagem as seguintes:

- superior controlo de gestão e meio eficaz de suporte à decisão permitindo aos gestores, mediante o risco definido, disporem das melhores ferramentas que lhes permitam dirigir a organização por caminhos menos incertos e perigosos;
- certificado de credibilidade institucional perante os *stakeholders*, tanto perante os públicos internos (empregados) como externos (investidores, fornecedores) à organização/instituição, onde se demonstra uma postura de responsabilidade e rigor e transmite uma imagem de solidez.

Com esta forma de atuação, a AI estará a contribuir para a consecução das metas previamente estabelecidas, ao maximizar os resultados da organização, caracterizando-se, deste modo, a sua contribuição para o modelo de governação clínica e da saúde.

2 – MÉTODOS E TÉCNICAS DE AUDITORIA

Segundo o Tribunal de Contas (1999) o sentido e alcance que devem ser atribuídos aos termos métodos e técnicas de auditorias, são os seguintes: os métodos são os processos racionais e orientados de acordo com normas específicas, que vão conduzir o auditor na direção do resultado desejado. As técnicas são os meios ou instrumentos que o auditor utiliza na realização do seu trabalho e que lhe possibilitam formar uma opinião.

O auditor, na execução do seu trabalho, socorre-se de um vasto conjunto de procedimentos que o auxiliam na formação de uma opinião e que variam consoante o tipo de trabalho a realizar, podendo classificar-se em gerais e específicos. Os procedimentos gerais são os que têm aplicação em várias fases da execução do exame e compreendem as seguintes técnicas de verificação: inspeção, observação, entrevista, confirmação, análise e cálculo. Os procedimentos específicos são os que têm apenas aplicação em certas áreas.

A opinião do auditor precisa estar fundamentada em factos comprovados, evidências factuais e informações irrefutáveis. O auditor precisa avaliar cada elemento quanto à objetividade, importância, validade e fiabilidade.

De uma forma geral, e independentemente dos seus objetivos e da entidade por ela responsável, qualquer auditoria estrutura-se em quatro fases sequenciais, cuja observância é determinante para o respetivo sucesso, são elas: a fase de planeamento, a fase de execução, a fase do relatório e a fase de monitorização/follow-up (Pinheiro, 2013).

2.1 – FASE DE PLANEAMENTO

O planeamento consiste na determinação antecipada de quais os procedimentos que serão aplicados, bem como a sua extensão e distribuição no tempo e escolha dos auditores que executarão o trabalho (Attie, 1998).

Esta etapa serve de preparação da AI e engloba: definir os objetivos, âmbito e critérios de auditoria; realizar as comunicações prévias à realização da auditoria e preparar os documentos de trabalho: *checklist* e/ou guião de entrevista.

A norma de desempenho 2200 - Planeamento do trabalho de auditoria (Instituto Português de Auditoria Interna [IPAI], 2013) diz que os auditores internos devem desenvolver e documentar um plano para cada compromisso, incluindo os objetivos, âmbito, prazo de execução e a alocação de recursos ao compromisso. A norma de desempenho 2201 - Considerações sobre o Planeamento (ibidem) diz que é necessário tomar em consideração:

- Os objetivos da atividade que vão ser avaliados e os meios pelos quais a atividade controla seu desempenho;
- Os riscos significativos para a atividade, os seus objetivos, recursos e operações e os meios pelos quais o impacto potencial dos riscos é mantido num nível aceitável;
- A adequação e a eficácia dos processos de governança, gerenciamento de riscos e controlos da atividade, comparativamente a uma estrutura ou modelo compatível;
- As oportunidades para se fazerem melhorias significativas nos processos de governança, gerenciamento de riscos e controlos da atividade.

De acordo com a International Federation of Accountants (IFAC) (2012): um planeamento adequado contribui para assegurar que seja dedicada atenção apropriada a áreas importantes da auditoria, que problemáticas são identificadas na unidade e que possam ser resolvidas na aquisição de novas estratégias de trabalho. O planeamento adequado também ajuda à devida atribuição de trabalho aos membros da equipa de trabalho, facilita a direção e supervisão dos membros da equipa de trabalho e a revisão do seu trabalho, e ajuda, quando aplicável, na coordenação do trabalho feito por auditores de componentes e peritos.

A natureza e extensão das atividades de planeamento variarão de acordo com a dimensão e complexidade da entidade, a anterior experiência do auditor com a entidade e as alterações nas circunstâncias que ocorram durante o trabalho de auditoria.

Nesta fase pretende-se obter um estudo preliminar, cujo objetivo é um profundo conhecimento da entidade a auditar e a elaboração e aprovação do plano global de auditoria.

No estudo preliminar, também designado por pré-planeamento, deve-se proceder à recolha e avaliação prévia da informação, avaliação preliminar dos sistemas e dos controlos, definição dos objetivos de auditoria em pormenor e determinação das necessidades de recursos e calendarização da ação (realização de um cronograma).

Relativamente à elaboração e aprovação do plano global de auditoria, deve ser contemplado o âmbito e a natureza da auditoria, a respetiva calendarização e objetivos, os critérios e a metodologia a utilizar e a discriminação de todos os recursos indispensáveis à sua consecução. Constitui, assim, um documento chave, que deve ser preparado em devido tempo e conter todas as informações necessárias, permanecendo, no entanto, claro e conciso.

O planeamento da auditoria ajuda a cumprir os seguintes objetivos:

- garantir que o auditor concentre os seus esforços em áreas importantes da auditoria;
- identificar potenciais problemas;
- completar rapidamente o trabalho;
- distribuir e coordenar o trabalho entre os assistentes e outros auditores e especialistas.

Para o IFAC (1999) o auditor deve considerar os seguintes aspetos ao desenvolver o plano de auditoria:

- conhecimento do negócio;
- entendimento dos sistemas contabilísticos e de controlo interno;
- risco e relevância;
- natureza, época de aplicação e extensão dos procedimentos;
- coordenação, direção, supervisão e revisão.

Em suma, e segundo o Grupo Técnico Nacional da Governação Clínica e de Saúde Cuidados de Saúde Primários (GTN-GCS-CSP) (2017):

A seleção de um problema

- É uma situação/problema muito frequente?
- Afeta grande número de pessoas?
- É uma área ou processo essencial?
- Existe suficiente e adequada evidência/informação disponível?

Onde estamos:

- Conhecemos a nossa situação?
- Está bem caracterizada?
- Podemos melhorar o desempenho?
- O processo (de melhoria) depende de nós? O que deve acontecer?

Estão bem definidos:

- O resultado esperado?
- A variação aceitável?
- A descrição do processo (o quê, como, a quem, quando e quem)?

Os critérios definidos e utilizados, são:

- Adequados para os objetivos da auditoria?
- Adequados ao contexto de exercício? Relevantes? Mensuráveis?
- Baseados na evidência disponível?
- Priorizados?
- Consensuais entre os participantes?
- Objetivados por forma a não legitimar diferentes interpretações?
- Os padrões estabelecidos, são: Explícitos para todos os critérios?
- Baseados na evidência disponível? Realistas?
- Consensuais entre os participantes?

Compromisso e planeamento

- A auditoria tem a adesão explícita dos profissionais envolvidos?
- A equipa coordenadora da auditoria está bem identificada e detém as competências necessárias?

- Os objetivos da auditoria: Estão claramente estabelecidos? São realistas? Reúnem consenso dos profissionais envolvidos?
- Está claro qual a unidade de observação?
- Está estabelecido o período (dimensão temporal) em observação?
- Os dados a recolher são os relevantes em função dos critérios definidos?

A metodologia de recolha de dados (se for manual):

- É adequada?
- Está identificado quem os vai recolher?
- Estão identificados quais vão ser recolhidos?
- Estão elaborados formulários (matrizes) para a recolha de dados?
- Foi elaborado cronograma de todas as fases e respetivas atividades? o Foi negociada e consensualizada a atribuição de tarefas?
- Existe procedimento para monitorizar se a recolha de dados é completa (se for manual)?
- A proposta de metodologia de análise estatística é clara e adequada?

O auditor necessita de elaborar o chamado dossier permanente da entidade, que integra todas as informações consideradas relevantes pelo auditor e que possam ter de ser consultadas, no presente ou no futuro.

2.2 – FASE DE EXECUÇÃO

Nesta fase procede-se ao exame e avaliação concreta dos controlos instituídos, à elaboração do programa de trabalho e à execução deste programa. Os programas de trabalho devem conter, de forma desenvolvida e pormenorizada, as verificações (de conformidade) que devem ter lugar e constituem instrumentos de coordenação, repartição de tarefas e de supervisão do trabalho (IFAC, 2012).

A execução da AI inter pares engloba:

- Preparação e condução da reunião inicial de lançamento da auditoria;
- Execução da auditoria;
- Recolha de dados na grelha de auditoria;
- Abordagem ao contraditório;

- Informação para a Direção Clínica/Comissão de Qualidade e Segurança das conclusões da reunião de serviço quanto aos resultados da auditoria.

No que respeita ao exame e avaliação do controlo, os objetivos consistem na análise do controlo existente na entidade a auditar com vista a aferir a sua fiabilidade e grau de confiança, pois de tal dependerá o aprofundamento ou não do trabalho de auditoria, bem como o tipo de testes que se irão aplicar.

Nesta fase os auditores internos procedem à elaboração dos papéis de trabalho. A norma de desempenho do IIA 2330 - Documentação das informações (IPAI, 2013) diz que os auditores internos devem documentar a informação relevante para fundamentar as conclusões e os resultados do trabalho.

Os papéis de trabalho formam um conjunto de formulários e documentos que contêm as informações e apontamentos obtidos durante a ação, bem como as provas e descrições dessas realizações (Attie, 1998).

Relativamente à elaboração do programa de trabalho, deve o auditor identificar detalhadamente as áreas, as operações, registos ou documentos a analisar, em conformidade com os objetivos definidos no plano de auditoria, referindo ainda os procedimentos a aplicar. Há ainda necessidade de elaborar procedimentos e fluxogramas detalhados para cada uma das áreas a examinar e que constituirão os dossiers correntes da auditoria. Engloba toda a informação relativa a cada auditoria específica. Contém os programas de trabalho e mapas de trabalho, fluxogramas e procedimentos de processos-chave dos programas de saúde.

Para a análise e avaliação, a norma de desempenho do IIA 2320 - Análise e Avaliação (IPAI, 2013) sugere que os auditores internos devem fundamentar as conclusões e resultados do compromisso através de análises e avaliações adequadas.

Dentro da avaliação temos uma primeira apreciação, que segundo o GTN-GCS-CSP (2017) consiste na recolha de dados para saber se esta foi adequada e completa:

- Os resultados foram comparados, critério a critério, com os padrões previamente estabelecidos?
- Os resultados foram: os divulgados a todos os profissionais envolvidos? E discutidos por todos os profissionais envolvidos?

- Os resultados eram os esperados?
- Se não eram os resultados esperados, foram discutidas e analisadas as causas e/ou razões para tal?
- Foi identificada necessidade de mudanças?
- As mudanças identificadas e respetivas propostas, são: realistas? consensuais? dependem dos profissionais envolvidos?
- Foram planeadas e calendarizadas as mudanças definidas?
- Foi definida de forma consensualizada a data para a avaliação subsequente?

2.3 – FASE DO RELATÓRIO

O relatório representa a fase final do trabalho do auditor que é a comunicação dos resultados. Segundo Morais e Martins (2013) a comunicação dos resultados é uma declaração formal da reflexão do auditor, consequência direta da sua base de dados.

O relatório deve contemplar as atividades e programas ou projetos auditados e observar, correta e imparcialmente, os factos constatados. Deverá ser elaborado com objetivos claros, concisos e exatos, que terão de estar sempre presentes face à necessidade de apreensão correta do respetivo conteúdo por parte dos destinatários.

Segundo os mesmos autores (2013) os objetivos do relatório são:

- Reportar a informação necessária e relevante que permita conduzir as recomendações suscetíveis de ajudar na tomada de decisão;
- Fornecer um relato permanente, global e coerente de uma investigação, trabalho, estudo ou pesquisa;
- Identificar com clareza as melhorias necessárias à entidade;
- Induzir os destinatários para a necessidade da implementação das recomendações;
- Vender convictamente o trabalho da AI;
- Avaliar o trabalho do auditor.

A Norma de Desempenho do IIA 2400 - Comunicação dos Resultados (IPAI, 2013) expressa que os auditores internos devem comunicar os resultados do compromisso. Ainda, a Norma de Desempenho do IIA 2410 - Critérios para a

Comunicação (IPAI, 2013) indica que as comunicações devem incluir os objetivos do compromisso e o seu âmbito bem como as conclusões correspondentes, recomendações e os planos de ação.

O relatório representa um dos documentos mais relevantes do auditor interno, dado que é por este meio que comunica aos diferentes destinatários as conclusões do seu trabalho (ibidem).

Segundo o GTN-GCS-CSP (2017) cada auditoria deve ter um respetivo relatório:

- O relatório está escrito numa linguagem clara e compreensível?
- O relatório faz uma descrição clara do impacto da auditoria?
- Identifica os ganhos/melhorias para: os doentes? os profissionais? os serviços?
- Tem uma lista de referências bibliográficas adequada?
- O relatório tem um sumário sucinto dos aspetos-chave?
 - 1) introdução
 - 2) enquadramento teórico da AI
 - 3) fases da AI
 - 2.1. planeamento
 - 2.2. execução
 - 2.3. comunicação
 - 2.4. follow-up
 - 4) condicionantes/sugestões
 - 5) conclusões
 - 6) referências bibliográficas

No que diz respeito à divulgação do relatório, Morais e Martins (2013) afirmam que este deve ser dirigido ao nível da direção de quem dependa a área sujeita a auditoria, ou seja, àqueles que estão em posição de poder tomar as ações corretivas ou assegurar que poderão ser tomadas (como por exemplo: coordenadores das USF, conselhos clínicos e diretores executivos dos Agrupamentos de Centros de Saúde).

2.4 – FASE DE MONITORIZAÇÃO E O FOLLOW-UP

A importância da AI numa empresa/organização resulta das ações de melhoria implementadas pela gestão, face às recomendações identificadas nas ações de auditoria.

Na opinião de Pinheiro (2013), a ação de auditoria de *follow-up* (acompanhamento) destina-se a avaliar o grau de implementação das recomendações formuladas bem como a oportunidade da medida corretiva, face à data de discussão do relatório e ao seu grau de importância.

Pinheiro (2013) ainda reforça que o plano de ações de auditoria deverá explicitar os *follow-up's* a realizar, considerando um prazo razoável que permita avaliar o grau de implementação das recomendações tendo em conta a sua natureza, extensão e data provável de implementação fornecidas pelos responsáveis.

A Norma de Desempenho do IIA 2500 - Monitorização do progresso (IPAI, 2013) diz que o responsável pela auditoria tem que estabelecer e manter um sistema de monitorização do efeito dos resultados comunicados à gestão. E ainda diz que a norma de desempenho 2500.A1 (IPAI, 2013), que o responsável pela auditoria deve estabelecer um processo de *follow-up* para monitorizar e assegurar que as ações da gestão foram efetivamente implementadas ou que os gestores superiores aceitaram o risco de não tomar qualquer medida.

Nesta fase e segundo o GTN-GCS-CSP (2017) é incorporada a avaliação subsequente:

- A recolha de dados foi adequada e completa?
- Os resultados foram comparados, critérios a critério, com os padrões previamente estabelecidos?
- Os resultados foram divulgados a todos os profissionais envolvidos? E discutidos por todos os profissionais envolvidos?
- Os resultados eram os esperados?
- Há relação plausível entre os resultados e as mudanças implementadas?
- Se não eram os resultados esperados, foram discutidas e analisadas as causas e/ou razões para tal?
- Se as mudanças necessárias não foram efetivas, foi discutido e analisado o porquê?
- Foram identificadas novas áreas relacionadas a necessitar de alterações?

- Foi considerada a necessidade de uma nova avaliação?
- Se os resultados são os esperados, foi identificado o indicador/métrica de monitorização da área/problema auditado?

A auditoria é parte de um todo, uma das etapas do processo de gestão de serviços de saúde, que possibilita uma avaliação sistemática da assistência, com vista a mensurar os resultados da assistência, bem como analisar os seus custos; tem potencial para fornecer informações que subsidiem a reafirmação de medidas exitosas e a reordenação de ações inadequadas, tanto no âmbito operacional (assistencial) quanto no financeiro.

3 – PROCEDIMENTOS DOS PROGRAMAS DA CARTEIRA BÁSICA DE SERVIÇOS CONTRATUALIZADOS

Verificamos como diagnóstico de situação nos registos dos profissionais de saúde, a falta de formação nos sistemas informáticos para registos dos programas de saúde com qualidade, pelo qual existem discrepâncias nos registos das equipas interdisciplinares, sem haver uma uniformização de registos por programas.

Assim, surge a importância, de que os registos adquiriram uma preocupação real para a equipa interdisciplinar a exercer funções na USF Ossónoba. Como resultado desta inquietação, surge a necessidade de construção de um manual de procedimentos para a qualidade dos registos clínicos, cujo objetivo será o de obtenção de ganhos em saúde, melhoria dos indicadores relativos à saúde da população, continuidade e qualidade dos cuidados médicos e de enfermagem e identificação das necessidades do utente/família.

Assim foram realizados pela equipa multidisciplinar da USF Ossónoba, os procedimentos clínicos da carteira básica de consultas contratualizadas para as USF:

- Saúde do Adulto e do Idoso (Anexo 1)
- Saúde da Mulher (Anexo 2)
- Saúde Materna (Anexo 3)
- Saúde Infantil e Juvenil (Anexo 4)
- Doença Aguda (Anexo 5)
- Doença de Hipertensão Arterial (Anexo 6)
- Doença de Hipocoagulados (Anexo 7)
- Doença de Diabetes (Anexo 8)
- Tratamentos (Anexo 9)
- Vacinação (Anexo 10)
- Visita domiciliária (Anexo 11)

A arquitetura dos procedimentos clínicos, identificados anteriormente, tiveram por base as Normas de Orientação Clínicas ou “*guidelines*”, o Bilhete de Identidade dos indicadores multidimensionais (2017) e a prática clínica, indo de encontro à qualidade dos cuidados e gestão do risco clínico e segurança dos doentes.

4 – CHECKLIST DOS PROGRAMAS DA CARTEIRA BÁSICA DE SERVIÇOS CONTRATUALIZADOS

A checklist é um instrumento simples e muito eficaz que certifica determinadas condições do serviço, de procedimento, produtos ou outras atividades. O seu objetivo é certificar que toda a programação seja cumprida conforme as etapas estabelecidas.

Este instrumento é considerado uma ferramenta de qualidade, que pode também ser aplicado em diversos campos dos setores da saúde, visto que a prática organizativa e clínica não é uma tarefa fácil por conter diversas atividades que requerem atenção na governação clínica da saúde nas UF.

Como uso da checklist, o gestor, o coordenador e a equipa do conselho técnico de cada unidade funcional acompanha os vários processos existentes, observando se as atividades estão a ser bem desenvolvidas, mais efetivas e adequadas às necessidades dos utentes/clientes. Por ser um mecanismo de controlo, é primordial a sua utilização nas organizações, que permite ganhar tempo, diminuir erros e aumentar a produtividade. Logo, é possível organizar prioridades, administrar o desenvolvimento das tarefas e ainda controlar os custos, com qualidade na prestação de cuidados de saúde.

Assim, surge a necessidade de construção de um manual de checklist de procedimentos da carteira básica de serviços (Anexo 12), para a qualidade dos registos clínicos, cujo objetivo será o de obtenção de ganhos em saúde, melhoria dos indicadores e para servir de ferramenta para as auditorias clínicas, a serem realizadas anualmente na USF Ossónoba.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A AI na governação clínica e da saúde tem-se destacado como instrumento de controlo mais adequado e eficiente para fazer face às necessidades da gestão, na qual deverá apoiar a organização onde está inserida na identificação e avaliação às exposições significativas ao risco, no estabelecimento de controlos efetivos e na proposta de recomendações para a melhoria do processo de governação (Semedo & Roque, 2013).

A realização de auditorias de qualidade em CSP, apesar de onerosa, tem como vantagem a possibilidade de avaliação contextualizada e individualizada da qualidade da prestação de cuidados, o desenvolvimento personalizado dos profissionais, constituir um veículo de informação dirigido e envolver a gestão do centro com a qualidade. Possibilitam, por estas razões um envolvimento com comprometimento (*commitment*) dos profissionais e reúnem condições de se constituírem num importante instrumento de desenvolvimento contínuo da qualidade.

A fim de minorar os aspetos subjetivos das auditorias, as avaliações das prestações devem ser baseadas em orientações clínicas, procedimentos e protocolos de serviço. Na sua ausência é aceitável a utilização de consensos baseados na informação clínica disponível e na experiência dos profissionais.

Uma vez ponderados pelos custos inerentes ao processo e ao uso alternativo dos recursos disponíveis, estes aspetos foram incluídos na definição de um modelo de auditorias em saúde, considerada uma das formas mais construtivas de avaliar a qualidade dos serviços.

Em suma, o sector da saúde tem sofrido profundas alterações nos últimos anos e cada vez mais é exigida uma maior transparência na aplicação dos recursos públicos. Esta transparência consegue-se com o auxílio da AI, uma vez que é uma ferramenta de controlo formada por um conjunto de procedimentos e técnicas que tem por objetivo examinar a integridade, adequação e eficácia dos controlos internos e das informações clínicas, financeiras e operacionais. A AI tem evoluído ao longo do tempo e atualmente inclui nas suas competências a identificação, análise e avaliação dos riscos, contribuindo para que os principais objetivos sejam concretizados. Cada vez mais a AI acrescenta qualidade e valor às entidades, uma vez que compreende todos


os processos e através da supervisão da governação clínica, identifica os riscos associados a cada área e toma medidas para corrigir eventuais entraves aos objetivos que a entidade se propõe, conseguindo ainda priorizar as áreas mais críticas, nas quais irá incidir com mais cuidado o seu trabalho.

BLIBLIOGRAFIA DE BASE

- Administração Central do Sistema de Saúde (2017) *Bilhete de Identidade dos Indicadores dos Cuidados de Saúde Primários para o Ano de 2017*, Lisboa, Ministério da Saúde.
- Attie, W. (1998) *Auditoria: conceitos e aplicações*, (3ª ed.), São Paulo, Atlas.
- Grupo Técnico Nacional da Governação Clínica e de Saúde nos Cuidados de Saúde Primários (2017) *Auditoria Inter pares – Guia para uma Auditoria Inter pares (Clínica e Organizacional)*, Lisboa, Serviço Nacional de Saúde.
- Institute of Internal Auditors (1978) *Standards for the Professional Practice of Internal Auditing*. Disponível em <http://www.theiia.org.>, (acedido em: 21.01.2018)
- Instituto Português de Auditoria (2013) *Tradução das Normas Internacionais para a Prática Profissional de Auditoria Interna*. Disponível em: <https://na.theiia.org/standards-guidance/Public%20Documents/IPPF%202013%20Portuguese.pdf>, (acedido em: 13.02.2018)
- Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento (2009) *Manual de Auditoria Interna*, Lisboa, Gabinete de Avaliação e Auditoria Interna. Disponível em: http://www.instituto-camoes.pt/images/cooperacao/av_au_docs_basic_au3.pdf, (acedido em: 19.01.2018)
- International Federation of Accountants (2012) *Apoio da IFAC a um conjunto único de normas de auditoria: auditorias de pequeno e médio porte*. Disponível em http://www.ibracon.com.br/downloads/pdf/policyPositionPaper_2_Final.pdf, (acedido em: 19.01.2018)
- Lorenzo, M.J.P. (2001) La auditoria interna orientada a los procesos. *Partida Doble*, Julio-Agosto, 78-85.
- Morais, G. & Martins, I. (2013) *Auditoria Interna: Função e Processo*, (4ª ed.), Lisboa, Áreas Editora.
- Pinheiro, C. G. A. (2013) *Acrescentar valor á organização com a auditoria interna*. (Dissertação de Mestrado em Auditoria), Porto, Instituto Superior de Contabilidade e Administração do Porto.
- Rodrigues, S. (2013) *O contributo da auditoria interna para uma gestão eficaz*. (Dissertação de Mestrado em Auditoria), Porto, Instituto Superior de Contabilidade e Administração do Porto.
- Semedo, D & Roque, L. (2013) *A Auditoria Interna nas Empresas da Saúde do Setor Empresarial do Estado*. Disponível em: <http://www.occ.pt/news/comcontabaudit/pdf/49.pdf>, (acedido em: 09.03.2018)
- Tribunal de Contas (1999) *Auditoria ao Serviço Nacional de Saúde - Relatório Final*, Lisboa, Ministério da Economia. Disponível em https://www.tcontas.pt/pt/actos/rel_auditoria/1999/2s/rel038-1999-2s.pdf, (acedido em: 17.04.2018)

ANEXOS

ANEXO 1 – PROCEDIMENTO DE GESTÃO DA SAÚDE DO ADULTO E DO IDOSO

	PROCEDIMENTO	CÓDIGO: 040
		DATA: 08/11/2018
		VERSÃO N.º: 1
		REVISÃO N.º:
IDENTIFICAÇÃO: Gestão da Saúde do Adulto e do Idoso		
ÂMBITO: UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR OSSÓNOMA		

I - INTRODUÇÃO:

O programa de saúde do adulto e do idoso visa assegurar a todos os utentes da Unidade de Saúde Familiar (USF) Ossónoba a possibilidade de serem acompanhados nas suas necessidades de cuidados de saúde, quer na vertente curativa, quer na vertente da prevenção da doença e na promoção da saúde.

II - DEFINIÇÃO:


Através deste programa e das atividades a desenvolver procura-se dar resposta às solicitações de todos os utentes a partir dos, independentemente do sexo, de forma a cuidar na doença, preservar e promover a saúde e ainda reabilitar ou minimizar a incapacidade.

A USF Ossónoba pretende envolver toda a equipa multiprofissional no plano de cuidados de apoio domiciliário e simultaneamente envolver os familiares e/ou outros cuidadores informais no processo de adaptação da diminuição das capacidades e recuperação nas situações de doença crónica ou aguda e assim, promover a manutenção da autonomia, independência e qualidade de vida do utente.

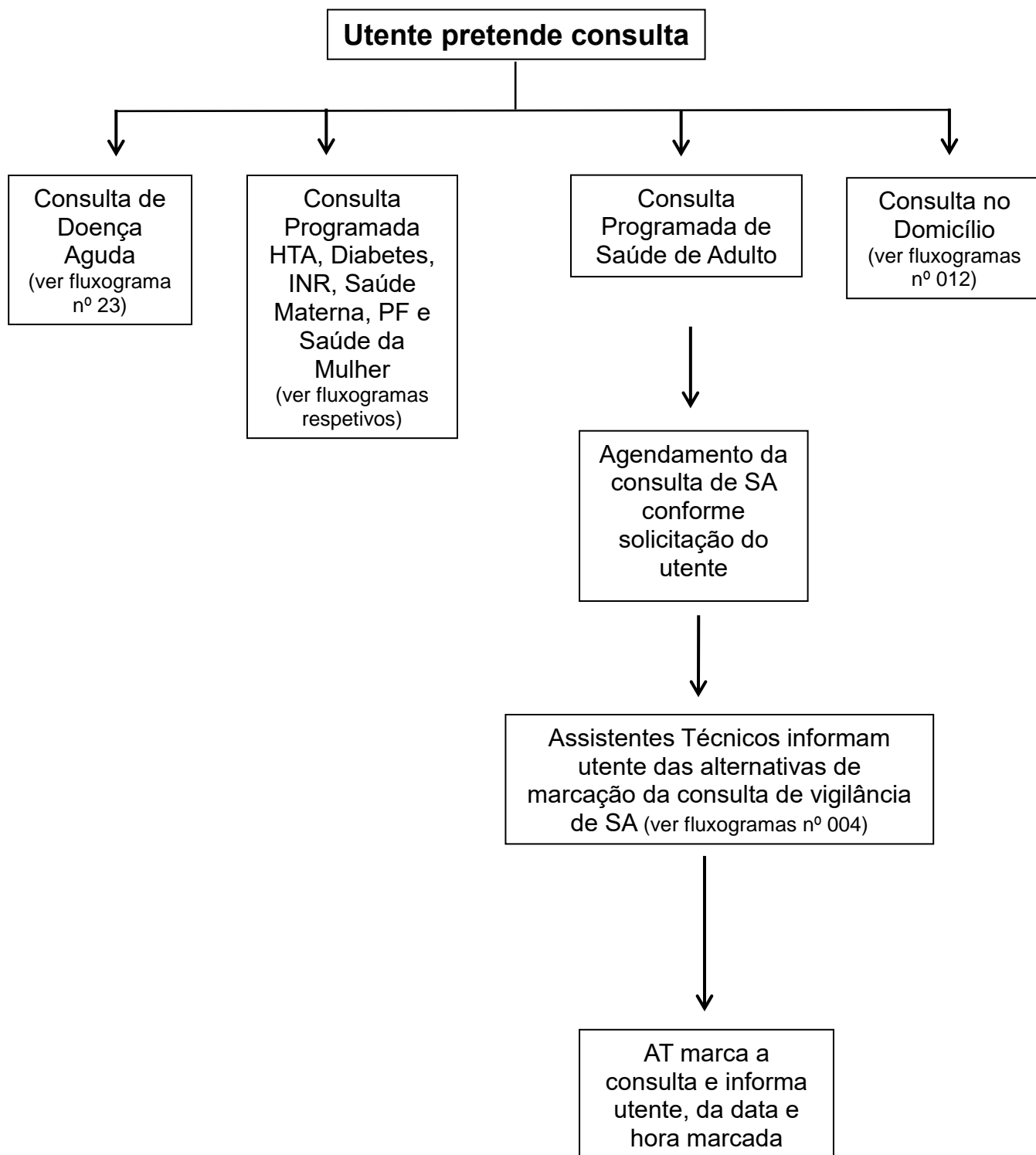
III – OBJETIVOS

Este procedimento pretende constituir uma ferramenta orientadora para a equipa administrativa, de enfermagem e médica, que visa ser um instrumento de trabalho por forma a uniformizar os registos/procedimentos a nível do SClínico®, com base em requisitos explícitos de boas práticas, para a melhoria dos cuidados prestados pela USF Ossónoba.


ELABORADO	REVISTO	APROVADO	PRÓXIMA REVISÃO	PÁGINA
Yvan Rodrigues, Inês Lourenço Ana Rolão		CG_29/11/2018	Novembro_2021	1

	PROCEDIMENTO	CÓDIGO: 040
		DATA: 08/11/2018
		VERSÃO N.º: 1
		REVISÃO N.º:
IDENTIFICAÇÃO: Gestão da Saúde do Adulto e do Idoso		
ÂMBITO: UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR OSSÓNOBA		

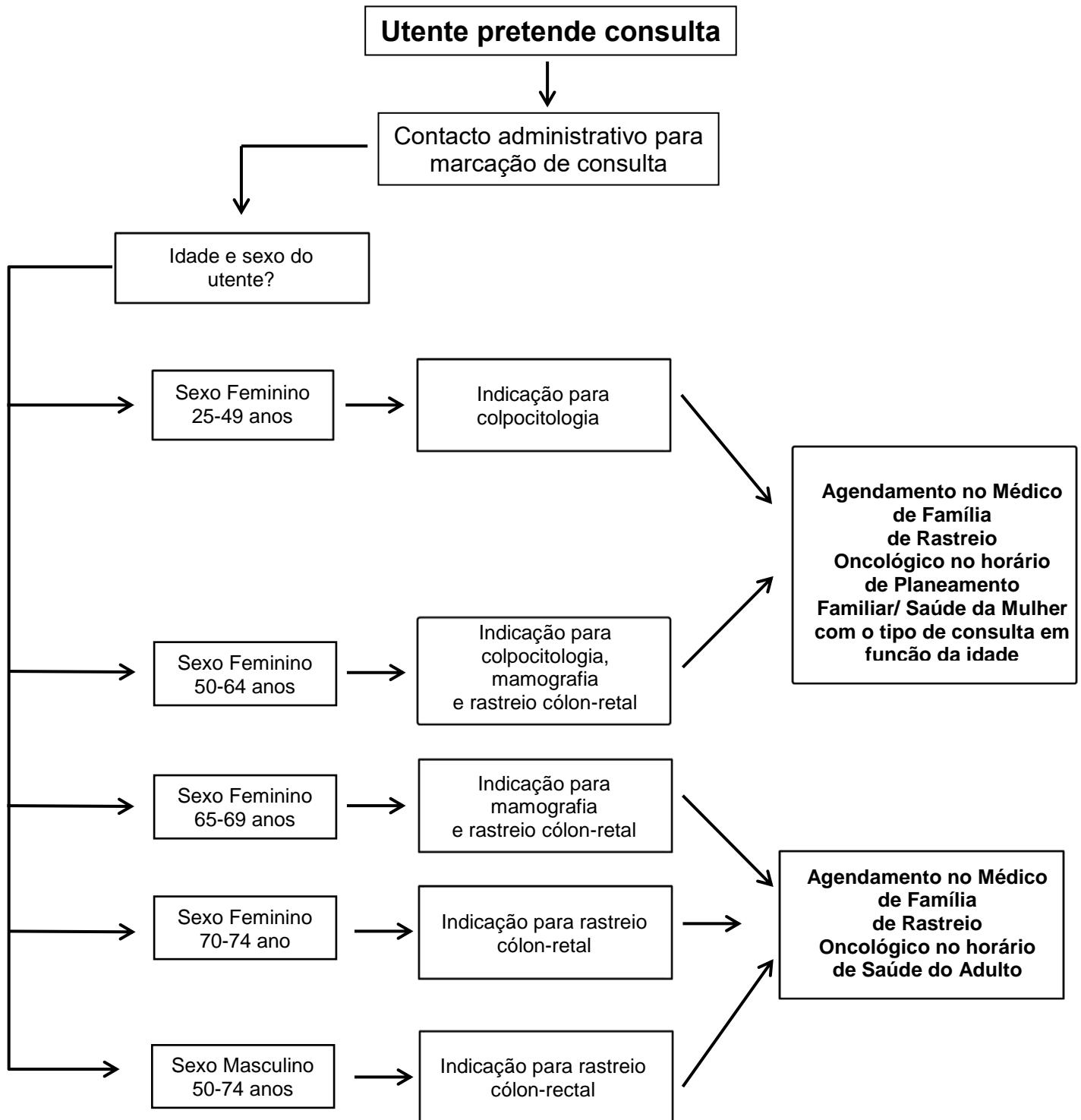
IV – FLUXOGRAMA:




ELABORADO	REVISTO	APROVADO	PRÓXIMA REVISÃO	PÁGINA
Yvan Rodrigues, Inês Lourenço Ana Rolão		CG_29/11/2018	Novembro_2021	2

	<h1>PROCEDIMENTO</h1>	CÓDIGO: 040
		DATA: 08/11/2018
		VERSÃO N.º: 1
		REVISÃO N.º:
IDENTIFICAÇÃO: Gestão da Saúde do Adulto e do Idoso		
ÂMBITO: UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR OSSÓNOMA		

CONSULTA DE RASTREIO ONCOLÓGICO



ELABORADO	REVISTO	APROVADO	PRÓXIMA REVISÃO	PÁGINA
Yvan Rodrigues, Inês Lourenço Ana Rolão		CG_29/11/2018	Novembro_2021	3

	PROCEDIMENTO	CÓDIGO: 040
		DATA: 08/11/2018
		VERSÃO N.º: 1
		REVISÃO N.º:
IDENTIFICAÇÃO: Gestão da Saúde do Adulto e do Idoso		
ÂMBITO: UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR OSSÓNOMA		

V – PROCEDIMENTOS ADMINISTRATIVO/MÉDICOS/ENFERMAGEM POR ÁREA DE DESEMPENHO

Indicador 046	Proporção de utentes com idade entre [50; 75[anos, com rastreio de cancro do colon e reto efetuado
------------------	---

PROCEDIMENTOS MÉDICOS

No SClínico®, para serem contabilizados devem ser registados nos resultados dos exames de rastreio, no módulo de MCDT.

O exame da tabela de MCDT convencionados, válido para identificar [PSOF] é o seguinte:

- [Sangue oculto nas fezes, fezes], código 607.6, área A. Pelo menos um resultado de pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF), nos últimos 2 anos.

Os exames da tabela de MCDT convencionados, válidos para identificar [retosigmoidoscopia] são os seguintes:


- [Rectosigmoidoscopia flexível], código 007.8, área F. - Pelo menos um resultado de retosigmoidoscopia, nos últimos 5 anos
- [Colonoscopia esquerda], código 006.0, área F.
- [Colonoscopia esquerda], código 102.3, área F.

Os exames da tabela de MCDT convencionados, válidos para identificar [colonoscopia] são os seguintes:

- [Colonoscopia total], código 005.1, área F.
- [Colonoscopia total], código 101.5, área F.
- [Colonoscopia, pacote de procedimentos], código 100.7, área F.

Pelo menos um resultado de colonoscopia, nos últimos 10 anos.

ELABORADO	REVISTO	APROVADO	PRÓXIMA REVISÃO	PÁGINA
Yvan Rodrigues, Inês Lourenço Ana Rolão		CG_29/11/2018	Novembro_2021	4

	PROCEDIMENTO	CÓDIGO: 040
		DATA: 08/11/2018
		VERSÃO N.º: 1
		REVISÃO N.º:
IDENTIFICAÇÃO: Gestão da Saúde do Adulto e do Idoso		
ÂMBITO: UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR OSSÓNIBA		

Indicador 262	Proporção de utentes com determinação de risco diabetes tipo 2 registado nos últimos 3 anos
------------------	---

Exprime a proporção de utentes com 18 ou mais anos, não diabéticos e com pelo menos uma avaliação de risco de diabetes tipo 2, registado nos últimos 36 meses.

O risco de diabetes tipo 2 pode ser registado por qualquer médico, interno ou enfermeiro da unidade de saúde, usando o campo de risco de diabetes tipo 2.

PROCEDIMENTOS ENFERMAGEM


SClínico®:

1. Abrir contato definindo o local (Centro de Saúde) e a Proveniência (consulta médico de família).
 2. Definir Tipo de contato (consulta de enfermagem) e selecionar Programas Activos correspondentes (Saúde Adulto/P.N. Saúde das Pessoas Idosas).
 4. No Processo de enfermagem, deve-se definir como Intervenções de Diagnóstico:
 - ◆ Monitorizar Índice de massa corporal – Ativar (ou não) diagnóstico sugerido pelo sistema – Atribuir horário às intervenções sugeridas face ao foco/diagnóstico que se considere importantes para o utente em avaliação – efetuar o registo de: Monitorizar peso corporal – Atribuir horário e registar valor; Monitorizar Altura – Atribuir horário e registar valor.
 5. Nas intervenções ainda levantar: Registo do risco de diabetes tipo 2 em intervenções – pesquisar todas: Avaliar risco de diabetes tipo 2.
- A informação migra para o SClínico®.

PROCEDIMENTOS MÉDICOS

SClínico®: O risco de diabetes tipo 2 pode ser registado quer na ficha individual quer nos programas de hipertensão, de saúde materna, planeamento familiar e rastreio oncológico, sendo contabilizado para este indicador independentemente onde é registado. Esta informação migra do SClínico® (registo de enfermagem), com validação posterior do médico.

ELABORADO	REVISTO	APROVADO	PRÓXIMA REVISÃO	PÁGINA
Yvan Rodrigues, Inês Lourenço Ana Rolão		CG_29/11/2018	Novembro_2021	5

	<h2>PROCEDIMENTO</h2>	CÓDIGO: 040
		DATA: 08/11/2018
		VERSÃO N.º: 1
		REVISÃO N.º:
IDENTIFICAÇÃO: Gestão da Saúde do Adulto e do Idoso		
ÂMBITO: UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR OSSÓNOBA		

Indicador 098	Proporção de utentes com 25 ou mais anos, que têm a vacina antitetânica atualizada
------------------	--

PROCEDIMENTOS ENFERMAGEM

As vacinas devem ser registadas no e-Vacinas, na plataforma do Registo de Saúde Eletrónico (RSE). O SIARS apenas faz leitura de informação contida nesta base de dados.

Contabilizam-se todas as vacinas registadas, independentemente do titular do registo pertencer ou não à unidade de saúde.

Para efeitos do cumprimento deste indicador, aceita-se o [registo simplificado] da 3ª dose ou superior nos últimos 10 ou 20 anos consoante a idade.

No processo no SClínico® deve-se levantar o programa:

- ◆ Avaliar adesão à vacinação (consultar procedimento relativo à vacinação)

PROCEDIMENTOS MÉDICOS


No SClínico® o médico deve verificar na opção vacinação do RSE, se o utente tem as vacinas actualizadas ou em atraso. Caso necessário actualizar, encaminhar para equipa de enfermagem.

Indicador 030	Proporção de utentes com diabetes ou com doença respiratória crónica ou com doença cardíaca crónica ou com idade superior a 65 anos, com a vacina da gripe prescrita ou efetuada nos últimos 12 meses
------------------	---

O indicador exprime a proporção de utentes com a vacina da gripe com pelo menos uma prescrição de vacina da gripe nos últimos 12 meses ou pelo menos uma inoculação de vacina da gripe nos últimos 12 meses - de entre inscritos com diabetes ou com doença respiratória crónica ou com doença cardíaca crónica ou com idade superior a 65 anos.

O registo da vacina deve ser igual ao anterior para a vacina do Td.

ELABORADO	REVISTO	APROVADO	PRÓXIMA REVISÃO	PÁGINA
Yvan Rodrigues, Inês Lourenço Ana Rolão		CG_29/11/2018	Novembro_2021	6

	PROCEDIMENTO	CÓDIGO: 040
		DATA: 08/11/2018
		VERSÃO N.º: 1
		REVISÃO N.º:
IDENTIFICAÇÃO: Gestão da Saúde do Adulto e do Idoso		
ÂMBITO: UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR OSSÓNOMA		

PROCEDIMENTOS MÉDICOS

Incluem-se todas as prescrições em receitas médicas da vacina da gripe pertencentes ao grupo 18.1 (Vacinas simples e conjugadas) da classificação CFT.

PROCEDIMENTOS ENFERMAGEM

A inoculação de vacinas da gripe deve ser registada no e-Vacinas, na plataforma do RSE. O SIARS apenas faz leitura de informação contida nesta base de dados.

Contabilizam-se todas as vacinas registadas, independentemente do titular do registo pertencer ou não à unidade da saúde.

- ◆ Avaliar adesão à vacinação (consultar procedimento relativo à vacinação)


Indicador 294	Taxa de consultas de enfermagem no domicílio por 1.000 inscritos idosos
Indicador 003	Taxa de consultas médicas no domicílio por 1000 inscritos

Exprime o número de domicílios de enfermagem e médicos realizados por ano por cada 1.000 utentes (para os domicílios médicos contabilizam todos os utentes incluídos no ficheiro. Para os domicílios de enfermagem contabilizam apenas os utentes que têm idade igual ou superior a 65 anos).

- ◆ Consultar procedimento domicílios

297	Proporção de utentes com idade igual ou superior a 65 anos, sem prescrição prolongada de ansiolíticos, nem de sedativos, nem de hipnóticos, no período em análise
-----	---

ELABORADO	REVISTO	APROVADO	PRÓXIMA REVISÃO	PÁGINA
Yvan Rodrigues, Inês Lourenço Ana Rolão		CG_29/11/2018	Novembro_2021	7

	<h1>PROCEDIMENTO</h1>	CÓDIGO: 040
		DATA: 08/11/2018
		VERSÃO N.º: 1
		REVISÃO N.º:
IDENTIFICAÇÃO: Gestão da Saúde do Adulto e do Idoso		
ÂMBITO: UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR OSSÓNOBA		

PROCEDIMENTOS MÉDICO

São contabilizadas todas as prescrições de medicamentos pertencentes ao grupo ansiolíticos, sedativos e hipnóticos com prescrições médicas "medicação prolongada" (superior a 53 DDD; ver BI do indicador para a tabela dos DDD).


Para se atingir o indicador apenas devemos limitar a prescrição de ansiolíticos/hipnóticos para cada utente aos 53 DDD/ano a fim de ficar alinhado com o preconizado na norma de orientação clínica da DGS sobre "Tratamento Sintomático da Ansiedade e Insónia com Benzodiazepinas e Fármacos Análogos" (nº 055/2011, atualizada em 21-1-2015).

Código ATC	DCI	DDD	Unidade
N05BA	Mexazolam	---	---
N05BA01	Diazepam	10	mg
N05BA02	Clordiazepóxido	30	mg
N05BA03	Medazepan	20	mg
N05BA04	Oxazepam	50	mg
N05BA05	Clorazepato dipotássico	20	mg
N05BA06	Lorazepam	2,5	mg
N05BA08	Bromazepam	10	mg
N05BA09	Clobazam	20	mg
N05BA10	Cetazolam	---	---
N05BA11	Prazepam	30	mg
N05BA12	Alprazolam	1	mg
N05BA13	Halazepam	100	mg
N05CD11	Loprazolam	1	mg
N05CF01	Zopiclona	7,5	mg
N05CF02	Zolpidem	10	mg
N05CF03	Zaleplon	10	mg
N05CH01	Melatonina	2	mg
N05CM02	Clometiazol	1500	mg
N05CM09	Valeriana	---	---
N05CM18	Dexmedetomidina	1	mg
R06AA09	Doxilamina	---	---

Código ATC	DCI	DDD	Unidade
N05BA15	Camazepam	30	mg
N05BA16	Nordazepam	15	mg
N05BA17	Fludiazepam	0,75	mg
N05BA18	Loflazepato de etilo	2	mg
N05BA22	Clozazolam	---	---
N05BA23	Tofizopam	---	---
N05BB01	Hidroxicina	75	mg
N05BC01	Meprobamato	1200	mg
N05BC01	Emilcamato	900	mg
N05BE01	Buspirona	30	mg
N05CD	Delorazepam	---	---
N05CD01	Flurazepam	30	mg
N05CD02	Nitrazepam	5	mg
N05CD03	Flunitrazepam	1	mg
N05CD04	Estazolam	3	mg
N05CD05	Triazolam	0,25	mg
N05CD06	Lormetazepam	1	mg
N05CD07	Temazepam	20	mg
N05CD08	Midazolam	15	mg
N05CD09	Brotizolam	0,25	mg
N05CD10	Quazepam	15	mg

ELABORADO	REVISTO	APROVADO	PRÓXIMA REVISÃO	PÁGINA
Yvan Rodrigues, Inês Lourenço Ana Rolão		CG_29/11/2018	Novembro_2021	8

ANEXO 2 – PROCEDIMENTO DE GESTÃO DA SAÚDE DA MULHER

	PROCEDIMENTO	CÓDIGO:016
		DATA:2/08/2018
		VERSÃO N.º:1
		REVISÃO N.º:
IDENTIFICAÇÃO: Gestão da Saúde da Mulher		
ÂMBITO: UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR OSSÓNOBA		

I - INTRODUÇÃO


A Saúde da Mulher divide-se na prestação de cuidados de saúde preventivos, às mulheres dos 15 aos 64 anos, visando uma sexualidade responsável, o controlo da fertilidade de acordo com o desejo e as possibilidades do casal, bem como a preparação, planeamento da gravidez e seguimento da gravidez. Assim, a área da Saúde da Mulher engloba um conjunto de atividades internacionalmente designada por Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR) e que a nível da prestação se encontra dividida em: Saúde Materna (SM), Planeamento Familiar (PF) e Rastreio do Cancro do colo do útero e mama, enquadrando-se numa prioridade nacional do Programa Nacional de Saúde Reprodutiva (PNSR) da Direção Geral de Saúde (DGS) – “Saúde Reprodutiva - Planeamento Familiar” (orientações técnicas 9)

A consulta de Saúde da Mulher deve assegurar, também, outras actividades de promoção da saúde, tais como informação e aconselhamento sexual, prevenção e diagnóstico precoce das doenças sexualmente transmissíveis (DST's), do cancro do colo do útero e da mama, prestação de cuidados pré-concepcionais e no puerpério, prevenção do tabagismo e do uso de drogas ilícitas.

II – DEFINIÇÃO

De acordo com o Programa de Acção da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Cairo – 1994), o conceito de Saúde Reprodutiva implica que as pessoas possam ter uma vida sexual satisfatória e segura e que tenham a capacidade de se reproduzir e decidir se, quando e com que frequência o fazem. Esta última condição pressupõe o direito de homens e mulheres serem informados e terem acesso a métodos de planeamento familiar da sua escolha. Abrange, ainda, o direito à saúde sexual, entendida como potenciadora da vida e das relações interpessoais. Nessa linha de definição, os cuidados a prestar em Saúde Reprodutiva constituem um leque de serviços, técnicas e métodos que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivos, através da prevenção e resolução de problemas, dando respostas adequadas às necessidades,

ELABORADO	REVISTO	APROVADO	PRÓXIMA REVISÃO	PÁGINA
Daniela Emílio/Inês Lourenço/Cristina Lima		CG_2_8_18	Agosto_2021	1


	PROCEDIMENTO	CÓDIGO:016
		DATA:2/08/2018
		VERSÃO N.º:1
		REVISÃO N.º:
IDENTIFICAÇÃO: Gestão da Saúde da Mulher		
ÂMBITO: UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR OSSÓNOBA		

nesta área, ao longo do ciclo de vida dos indivíduos. Os vários elementos da saúde reprodutiva estão intimamente interligados, daí que a melhoria de um facilita a melhoria dos outros e, de igual modo, a deterioração de um condiciona a deterioração dos outros. Assim, a educação sexual conduzirá, provavelmente, ao controlo da fertilidade e à prevenção das DST's, com consequências positivas na sexualidade, gravidez, infertilidade, vigilância pré-concepcional e pré-natal, segurança no parto, qualidade e sobrevivência das crianças. As actividades de Planeamento Familiar constituem, deste modo, uma componente fundamental da prestação de cuidados em Saúde Reprodutiva.

III – OBJETIVO

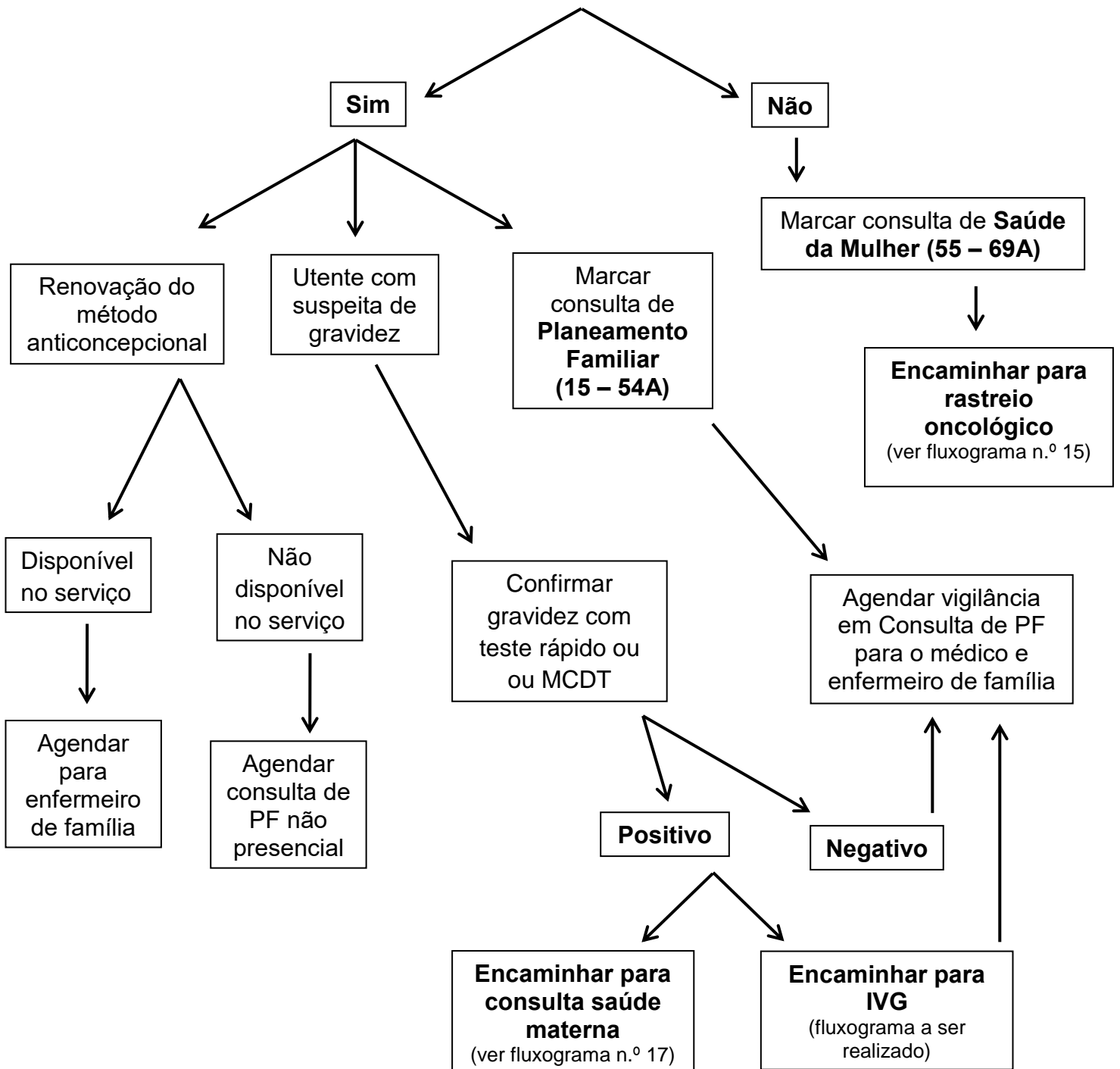
Este procedimento pretende constituir uma ferramenta orientadora para a equipa administrativa, de enfermagem e médica, que visa ser um instrumento de trabalho por forma a uniformizar os registos/procedimentos a nível do SClínico®, com base em requisitos explícitos de boas práticas, para a melhoria contínua dos cuidados prestados pela USF Ossónoba.

ELABORADO	REVISTO	APROVADO	PRÓXIMA REVISÃO	PÁGINA
Daniela Emílio/Inês Lourenço/Cristina Lima		CG_2_8_18	Agosto_2021	2


	<h1>PROCEDIMENTO</h1>	CÓDIGO:016
		DATA:2/08/2018
		VERSÃO N.º:1
		REVISÃO N.º:
IDENTIFICAÇÃO: Gestão da Saúde da Mulher		
ÂMBITO: UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR OSSÓNOMA		

IV – FLUXOGRAMA

Utente do sexo feminino com idade até aos 49 anos



ELABORADO	REVISTO	APROVADO	PRÓXIMA REVISÃO	PÁGINA
Daniela Emílio/Inês Lourenço/Cristina Lima		CG_2_8_18	Agosto_2021	3

	PROCEDIMENTO	CÓDIGO:016
		DATA:2/08/2018
		VERSÃO N.º:1
		REVISÃO N.º:
IDENTIFICAÇÃO: Gestão da Saúde da Mulher		
ÂMBITO: UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR OSSÓNOBA		

V – PROCEDIMENTOS ADMINISTRATIVOS

Utentes com idades compreendidas entre os 15 e os 54 anos:


1. Verificar se o utente tem pelo menos uma consulta agendada/realizada de Planeamento Familiar nos últimos 36 meses;
2. Questionar se faz colpocitologia no privado e em caso de resposta positiva pedir para trazer relatório (>25anos);
3. Ativar consulta para respetivo enfermeiro e médico de família. No registo da consulta médica alterar para Planeamento Familiar e na do enfermeiro isentar com o código 13 (planeamento familiar/saúde materna realizado por outros profissionais de saúde);
4. Activar consulta para enfermeiro de família para levantar contraceptivo, associando nota com o nome do contraceptivo.

Utentes com mais de 55 anos:

1. Verificar se utente tem pelo menos uma consulta de Saúde da Mulher agendada / realizada nos últimos 36 meses;
2. Realizar agendamento manual no enfermeiro de família 20 minutos antes da consulta médica;
3. Questionar se faz colpocitologia no privado e em caso de resposta positiva pedir para trazer relatório (<64 anos);
4. Ativar consulta para respetivo enfermeiro e médico de família. No registo de consulta do enfermeiro isentar com o código 17 (consulta conexa/dependente).

Registo de citologia na base de dados e envio semanalmente (4ª feira) para o laboratório do CHUA Portimão.

ELABORADO	REVISTO	APROVADO	PRÓXIMA REVISÃO	PÁGINA
Daniela Emílio/Inês Lourenço/Cristina Lima		CG_2_8_18	Agosto_2021	4

	<h2>PROCEDIMENTO</h2>	CÓDIGO:016
		DATA:2/08/2018
		VERSÃO N.º:1
		REVISÃO N.º:
IDENTIFICAÇÃO: Gestão da Saúde da Mulher		
ÂMBITO: UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR OSSÓNOBA		


Mulheres que refiram suspeita de gravidez:

1. Agendamento para médico (CNP – PF) para emissão de credencial para análise com indicação por escrito para mostrar resultado ao enfermeiro;
2. Agendamento de Planeamento Familiar o mais precocemente possível. (para transformar em Saúde Materna se necessário).

VI – PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

1. Abrir contato definindo o local (Centro de Saúde) e a Proveniência (consulta médico de família);
2. Definir Tipo de contato (consulta de enfermagem) e selecionar Programas Activos correspondentes (Saúde Adulto e Planeamento Familiar e Rastreio do cancro do colo do útero [25, 65];
3. Depois de aberta a consulta, deve-se associar os respetivos Programas se tal ainda não está feito.
4. No Processo, deve-se executar as **Intervenções de Diagnóstico**:
 - ◆ Avaliar uso de contraceptivos, atribuir horário e selecionar item correspondente. Ativar e validar diagnóstico sugerido;
 - ◆ Avaliar conhecimento sobre menstruação;
 - ◆ Avaliar conhecimento sobre menopausa;
 - ◆ Avaliar adesão à vacinação (consultar procedimento relativo à Vacinação);
 - ◆ Monitorizar Uso do Tabaco, atribuir o horário “Neste Contato”, registar valores, ativar o diagnóstico sugerido e selecionar a intervenção “Avaliar uso de Tabaco”;
 - ◆ Monitorizar Tensão Arterial – Atribuir valor tensional, ativar e validar o diagnóstico sugerido;
 - ◆ Monitorizar Índice de massa corporal – Ativar diagnóstico sugerido pelo sistema – Atribuir horário às intervenções sugeridas face ao foco/diagnóstico que se considere importantes para o utente em avaliação.

ELABORADO	REVISTO	APROVADO	PRÓXIMA REVISÃO	PÁGINA
Daniela Emílio/Inês Lourenço/Cristina Lima		CG_2_8_18	Agosto_2021	5

	PROCEDIMENTO	CÓDIGO:016
		DATA:2/08/2018
		VERSÃO N.º:1
		REVISÃO N.º:
IDENTIFICAÇÃO: Gestão da Saúde da Mulher		
ÂMBITO: UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR OSSÓNOBA		

Focos de Atenção e Diagnóstico:

- ◆ Metabolismo energético – Ativar foco, seleccionar as intervenções e atribuir horário:
 - Avaliar risco de diabetes tipo 2
 - Monitorizar altura;
 - Monitorizar peso corporal; Atribuir horário às intervenções.
 - Monitorizar índice de massa corporal.

- ◆ Nas Prescrições – Atitudes Terapêuticas – seleccionar e atribuir horário nas seguintes intervenções:
 - Avaliação de Tensão Arterial
 - Colpocitologia, atribuir o horário “Todos os Contatos”, seleccionar “Intervenções” e escolher “colaborar na técnica”, atribuindo-lhe o horário “Neste Contato”.


- ◆ Na Avaliação inicial – saúde reprodutiva – preencher campos do ciclo menstrual e da contraceção; e ainda ir a – autovigilância/rastreio e preencher campos: mamografia e da colpocitologia.

VI – PROCEDIMENTOS MÉDICOS

Mulheres dos 15 aos 54 anos

1. Consulta médica de vigilância de Planeamento Familiar realizada por qualquer médico ou interno da unidade, nos últimos 36 meses;
2. Registo parametrizado do método de planeamento familiar utilizado (ou da não utilização do método) no Programa de P.F.
3. Classificação como “problema de saúde da consulta” os códigos ICPC-2 específicos a utilizar são W10, W11, W12, W13, W14, W15 ou sub-rúbricas
4. Registo de pressão arterial no módulo respetivo

ELABORADO	REVISTO	APROVADO	PRÓXIMA REVISÃO	PÁGINA
Daniela Emílio/Inês Lourenço/Cristina Lima		CG_2_8_18	Agosto_2021	6

	PROCEDIMENTO	CÓDIGO:016
		DATA:2/08/2018
		VERSÃO N.º:1
		REVISÃO N.º:
IDENTIFICAÇÃO: Gestão da Saúde da Mulher		
ÂMBITO: UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR OSSÓNOBA		

5. Realização e registo de colpocitologia em meio líquido: código B012.4 ou Pesquisa de DNA por PCR, cada PCR: código 31730 na área da Anatomia Patológica nos últimos 5 anos

Mulheres dos 50 aos 69 anos


1. Consulta médica de vigilância de Saúde da Mulher realizada por qualquer médico ou interno da unidade, nos últimos 36 meses;
2. Registo de pressão arterial no módulo respetivo
3. Realização e registo de colposcopia em meio líquido: código B012.4 ou Pesquisa de DNA por PCR, cada PCR: código 31730 na área da Anatomia Patológica nos últimos 5 anos
4. Realização e registo de mamografia, código 446.4 ou mamografia unilateral, código 447.2 na área radiologia nos últimos 2 anos

VIII – CHEK LIST INDICADORES

INDICADORES
Indicador 045 – Proporção de mulheres [25;60[A com rastreio do cancro do colo do útero
Pelo menos um registo médico com o código - [Exame citológico cervico-vaginal com processamento automatizado em camada fina], código 012.4, área B. do resultado de colpocitologia em meio líquido nos últimos 5 anos;
Pelo menos um registo médico com o código [Pesquisa de DNA por PCR, cada PCR], código 31730, área Anatomia Patológica, do resultado pesquisa de DNA do HPV por PCR nos últimos 5 anos.

ELABORADO	REVISTO	APROVADO	PRÓXIMA REVISÃO	PÁGINA
Daniela Emílio/Inês Lourenço/Cristina Lima		CG_2_8_18	Agosto_2021	7

ANEXO 3 – PROCEDIMENTO DE GESTÃO DA SAÚDE MATERNA

	PROCEDIMENTO	CÓDIGO:017
		DATA:2/8/2018
		VERSÃO N.º:1
		REVISÃO N.º:
IDENTIFICAÇÃO: Gestão da Saúde Materna		
ÂMBITO: UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR OSSÓNOBA		

I – INTRODUÇÃO


Em Portugal, a introdução de um programa nacional de vigilância da gravidez enquadrada numa Rede de Referência Materno-Infantil e na articulação do trabalho realizado nos Cuidados de Saúde Primários e nos Cuidados Hospitalares - no âmbito das Unidades Coordenadoras Funcionais- constituíram marcos decisivos para o sucesso conseguido. Estes recursos, aliados à implementação de medidas de saúde pública, de que são exemplo a vacinação e a melhoria dos cuidados alimentares, a educação para a saúde (literacia) da população em geral e na grávida em particular, assim como o alargamento do enquadramento legal para a proteção na parentalidade, contribuíram, também, para diminuir a morbilidade e mortalidade materno-infantil. Nos últimos 35 anos a proporção de mulheres com consultas de vigilância pré-natal, o número de partos que ocorrem em meio hospitalar e são assistidos por profissionais de saúde qualificados aumentaram significativamente. A cobertura aproximou-se da totalidade. A mortalidade materna e infantil (perinatal, neonatal e no primeiro ano de vida) foram reduzidos progressivamente, colocando Portugal entre os países com melhores indicadores na saúde materno-infantil.

A otimização de resultados e ganhos em saúde durante a gravidez só pode ir ainda mais longe se for enquadrada num conjunto alargado de intervenções, a iniciar na consulta pré-concepcional e a finalizar na consulta de puerpério, a serem realizados nos cuidados de saúde primários.

II – DEFINIÇÃO

A gravidez é um momento do ciclo de vida em que se cruzam fatores individuais, grupais e transgeracionais do ponto de vista somático, psicológico e cultural. Deve ser, além disso, conceptualizada como uma possibilidade de intervenção que ultrapassa os ganhos associados ao seu desfecho, nomeadamente na modificação dos hábitos e comportamentos que se prolongam ao longo do ciclo de vida da mulher, da criança e de todo o agregado familiar. São exemplo a

ELABORADO	REVISTO	APROVADO	PRÓXIMA REVISÃO	PÁGINA
Daniela Emílio/Inês Lourenço/Cristina Lima		CG_2-08-2018	Agosto_2021	1

	PROCEDIMENTO	CÓDIGO:017
		DATA:2/8/2018
		VERSÃO N.º:1
		REVISÃO N.º:
IDENTIFICAÇÃO: Gestão da Saúde Materna		
ÂMBITO: UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR OSSÓNOMA		


modificação de hábitos alimentares, a prática de exercício físico, a cessação tabágica, e a cessação do consumo de substâncias psicoativas.

O período da gravidez deve ser considerado como uma oportunidade para identificar e modificar situações de risco de patologia futura, tais como a diabetes gestacional e a pré-eclâmpsia. Hoje em dia sabe-se que a ocorrência destas situações durante a gestação aumenta o risco futuro de diabetes e doença cardiovascular na mulher.

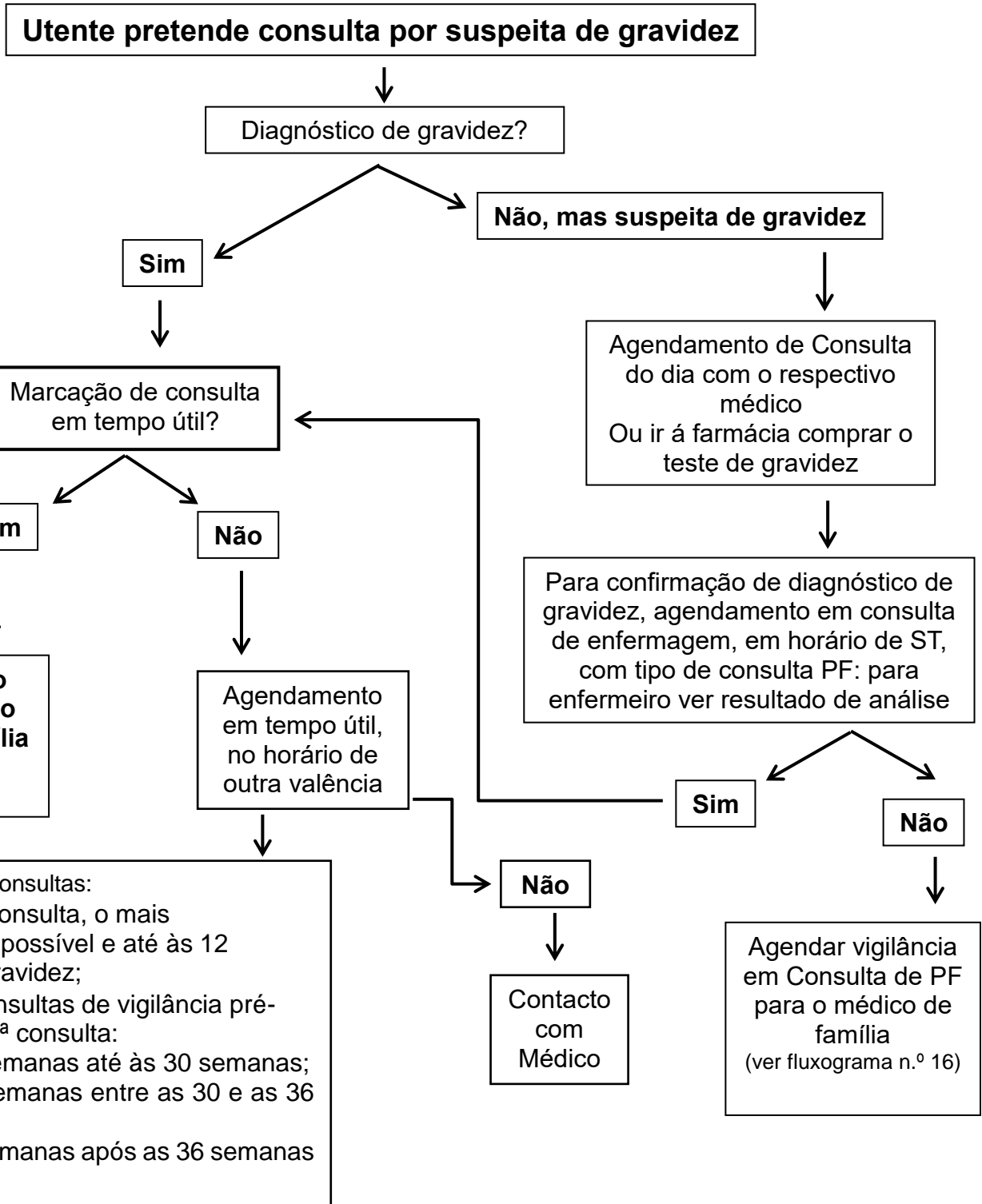
III – OBJETIVOS

Este procedimento pretende constituir uma ferramenta orientadora para a equipa administrativa, de enfermagem e médica, que visa ser um instrumento de trabalho por forma a uniformizar os registos/procedimentos a nível do Clínico, com base em requisitos explícitos de boas práticas, para a melhoria contínua dos cuidados prestados pela USF Ossónoba.


ELABORADO	REVISTO	APROVADO	PRÓXIMA REVISÃO	PÁGINA
Daniela Emílio/Inês Lourenço/Cristina Lima		CG_2-08-2018	Agosto_2021	2

	PROCEDIMENTO	CÓDIGO:017
		DATA:2/8/2018
		VERSÃO N.º:1
		REVISÃO N.º:
IDENTIFICAÇÃO: Gestão da Saúde Materna		
ÂMBITO: UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR OSSÓNÓBA		

IV – FLUXOGRAMA



ELABORADO	REVISTO	APROVADO	PRÓXIMA REVISÃO	PÁGINA
Daniela Emílio/Inês Lourenço/Cristina Lima		CG_2-08-2018	Agosto_2021	3

	PROCEDIMENTO	CÓDIGO:017
		DATA:2/8/2018
		VERSÃO N.º:1
		REVISÃO N.º:
IDENTIFICAÇÃO: Gestão da Saúde Materna		
ÂMBITO: UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR OSSÓNOBA		

V – PROCEDIMENTOS ADMINISTRATIVOS


1. Agendamento de 1ª consulta de gravidez, consulta programada, o mais precoce possível (até às 12 semanas e 6 dias - nos primeiros 90 dias de gestação), preferencialmente em consulta de programa de saúde materna.
2. Agendamento de consultas, segundo indicação médica:
 - 2.1. a cada 4-6 semanas até às 30 semanas;
 - 2.2. a cada 2-3 semanas entre as 30 e as 36 semanas;
 - 2.3. a cada 1-2 semanas após as 36 semanas até ao parto (42 dias incluindo o dia do parto);
 - 2.4. Revisão do puerpério até às 6 semanas após o parto
3. Ativar consulta para respetivo enfermeiro e médico de família. No registo da 1ª consulta é necessário sinalizar o tipo de consulta – Saúde materna/vigilância e isentar consulta de enfermagem com o código 13 (planeamento familiar / saúde materna realizado por outros profissionais de saúde).
4. Na 1ª consulta colocar isenção no RNU (data de início do benefício é a data da última menstruação (DUM) – verificado no livro da grávida ou declaração médica para o efeito)
5. Na activação da consulta da revisão do puerpério selecionar campo R.P.

VI – PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

A. Agendamento e ativação de pelo menos 5 consultas de enfermagem de vigilância no período compreendido entre a DUM e o fim da gravidez, com diagnósticos de enfermagem e/ou intervenções de enfermagem seguintes, de acordo com CIPE-2B - vigilância em saúde materna:

1. Abrir contato definindo o local (Centro de Saúde) e a Proveniência (consulta médico de família).
2. Definir Tipo de contato (consulta de enfermagem) e selecionar Programas Activos

ELABORADO	REVISTO	APROVADO	PRÓXIMA REVISÃO	PÁGINA
Daniela Emílio/Inês Lourenço/Cristina Lima		CG_2-08-2018	Agosto_2021	4

	<h1>PROCEDIMENTO</h1>	CÓDIGO:017
		DATA:2/8/2018
		VERSÃO N.º:1
		REVISÃO N.º:
IDENTIFICAÇÃO: Gestão da Saúde Materna		
ÂMBITO: UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR OSSÓNOBA		


correspondentes (Saúde Adulto e Saúde Materna), preenchendo a data da última menstruação e o consumo de tabaco.

3. Depois de aberta a consulta, deve-se associar os respetivos Programas se tal ainda não está feito.
4. No Processo, deve-se executar as **Intervenções de Diagnóstico**:
 - ◆ Avaliar adesão à vacinação (consultar procedimento relativo à Vacinação) – registar inoculação de Tdpa no e-vacinas a partir das 22 semanas (aquando da grávida trazer o relatório da ecografia morfológica do 2º trimestre);
 - ◆ Monitorizar Uso do Tabaco, atribuir o horário “Neste Contato”, registar valores, ativar o Diagnóstico sugerido e selecionar a intervenção “Avaliar uso de Tabaco”;
 - ◆ Avaliar auto cuidado - atividade física;
 - ◆ Avaliar compromisso no alimentar-se;
 - ◆ Avaliar compromisso no auto cuidado: vestuário.

Focos de Atenção e Diagnóstico:

- ◆ Metabolismo energético – Ativar foco e selecionar as intervenções:
 - Avaliar risco de diabetes tipo 2;
 - Monitorizar altura;
 - Monitorizar peso corporal; Atribuir horário às intervenções;
 - Monitorizar índice de massa corporal.
- ◆ Avaliar gravidez – Gravidez – Atribuir horário; Selecionar itens adequados ao utente; Ativar Diagnóstico sugerido pelo sistema; Atribuir horário às intervenções sugeridas face ao foco/diagnóstico que se considere pertinentes, inclusivé:
 - Avaliar gravidez (teste imunológico da gravidez (TIG) Positivo);
 - Calcular a data provável do parto;
 - Monitorizar parâmetros de urina;
 - Tensão Arterial – Atribuir valor tensional;
 - Frequência Cardíaca;

ELABORADO	REVISTO	APROVADO	PRÓXIMA REVISÃO	PÁGINA
Daniela Emílio/Inês Lourenço/Cristina Lima		CG_2-08-2018	Agosto_2021	5

	PROCEDIMENTO	CÓDIGO:017
		DATA:2/8/2018
		VERSÃO N.º:1
		REVISÃO N.º:
IDENTIFICAÇÃO: Gestão da Saúde Materna		
ÂMBITO: UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR OSSÓNOBA		

- Monitorizar uso do álcool;
- Monitorizar uso do tabaco.

◆ Nas Prescrições – Atitudes Terapêuticas – selecionar e atribuir horário nas seguintes intervenções:

- Avaliação de Tensão Arterial;
- Teste combur – Monitorizar parâmetros de urina.

B. Agendamento e ativação de pelo menos uma consulta de revisão puerpério no período compreendido entre o fim da gravidez e o 42º dia de puerpério, com diagnósticos de enfermagem e/ou intervenções de enfermagem seguintes, de acordo com CIPE-2B - consulta de revisão do puerpério:

1. Abrir contato definindo o local (Centro de Saúde) e a Proveniência (consulta médico de família).
5. Definir Tipo de contato (consulta de enfermagem) e selecionar Programas Activos correspondentes (Saúde Adulto, Puérpério, Planeamento Familiar e Rastreios do cancro do colo do útero), e dar termo do programa Saude Materna, preenchendo a data do dia parto.
6. No Processo, deve-se executar as **Intervenções de Diagnóstico** e os **Focos de Atenção e Diagnóstico**:

◆ Gravidez – Avaliar gravidez (TIG Negativo) – Sem gravidez - Atribuir horário; Selecionar itens adequados ao utente; ativar diagnóstico sugerido pelo sistema; atribuir horário às intervenções sugeridas face ao foco/diagnóstico que se considere pertinentes, inclusivé:

◆ Avaliar uso de contraceptivos– Ativar foco e selecionar as intervenções:


- Instruir o uso de contraceptivos;
- Providenciar contraceptivo.

◆ Avaliar hemorragia

◆ Amamentar – Ativar foco e selecionar as intervenções:

- Incentivar amamentação;
- Ensinar sobre amamentar.


ELABORADO	REVISTO	APROVADO	PRÓXIMA REVISÃO	PÁGINA
Daniela Emílio/Inês Lourenço/Cristina Lima		CG_2-08-2018	Agosto_2021	6

	<h1>PROCEDIMENTO</h1>	CÓDIGO:017
		DATA:2/8/2018
		VERSÃO N.º:1
		REVISÃO N.º:
IDENTIFICAÇÃO: Gestão da Saúde Materna		
ÂMBITO: UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR OSSÓNOBA		

VII – PROCEDIMENTOS MÉDICOS

1. Primeira consulta médica de vigilância de gravidez nos primeiros 90 dias de gestação (12 semanas e 6 dias)
 - 1.1. Confirmar gravidez, registo do diagnóstico médico da gravidez (códigos ICPC-2 W78, W79, W84 ou sub-rúbricas na lista de problemas como problema ativo)
 - 1.2. Registo dos dados no módulo ou programa de gravidez, sendo obrigatória a DUM.
 - 1.3. Registo dos restantes dados no módulo da gravidez e preencher o quadro respetivo.
 - 1.4. Pedido da ecografia obstétrica do 1º trimestre [M272.0 ou M 490.1] a realizar entre as [11;14[semanas de acordo com a norma clínica da DGS 23/2011 (revista a 21/05/2013);
 - 1.5. Pedido de exames laboratoriais do 1º trimestre da gravidez de acordo com a norma orientação clínica da DGS 37/2011 (revista a 20/12/2013):
 - 1.5.1. Hemograma: código A1080.9;
 - 1.5.2. Tipagem ABO e Rh: código 079.5;
 - 1.5.3. Pesquisa de aglutinas irregulares (teste de Coombs indireto): código A1169.4;
 - 1.5.4. Glicémia em jejum: código A1270.4;
 - 1.5.5. VDRL: código A875.3;
 - 1.5.6. Serologia Rubéola IgG: código A1161.9 (NOTA: caso a IgG da Rubéola seja positiva, grávida imunizada, numa consulta pré-concepcional, a grávida não tem indicação para repetir o exame no 1º trimestre da gravidez;
 - 1.5.7. Serologia Rubéola IgM: código A1162.7;
 - 1.5.8. Serologia Toxoplasmose IgG: código A1164.3;
 - 1.5.9. Serologia Toxoplasmose IgM: código A1165;
 - 1.5.10. Ac. VIH 1 e 2: código A1308.5;
 - 1.5.11. AgHbs: código A1130.9;
 - 1.5.12. Urocultura com eventual ISA: código A1265.8;
 - 1.5.13. Colposcopia em meio líquido: código B012.4 ou Pesquisa de DNA por PCR, cada PCR: código 31730 na área da Anatomia Patológica;
 - 1.6. Prescrever suplementação com ácido fólico (Circular Normativa da DGS nº 2/DSMIA de


ELABORADO	REVISTO	APROVADO	PRÓXIMA REVISÃO	PÁGINA
Daniela Emílio/Inês Lourenço/Cristina Lima		CG_2-08-2018	Agosto_2021	7

	<h1>PROCEDIMENTO</h1>	CÓDIGO:017
		DATA:2/8/2018
		VERSÃO N.º:1
		REVISÃO N.º:
IDENTIFICAÇÃO: Gestão da Saúde Materna		
ÂMBITO: UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR OSSÓNOBA		

16/01/2006), ferro e iodo (Orientação da DGS 011/2013) de acordo com o Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco.


- 1.7. Registo do bem-estar materno fetal.
2. Consulta idealmente entre as 14 e 16 semanas e 6 dias
 - 2.1. Registo da 1ª ecografia, com data de realização entre as [11;14[semanas e registada até ao 154º dia de gestação (21 semanas e 6 dias) no módulo de registo dos MCTDs.
 - 2.2. Registo dos exames laboratoriais, com data de realização entre as [11;14[semanas e registada até ao 154º dia de gestação (21 semanas e 6 dias) no módulo de registo dos MCTDs.
 - 2.3. Pedido de Serologia Rubéola IgG: código A1161.9 e Serologia Rubéola IgM: código A1162.7 se grávida não imune no 1º trimestre a realizar entre [18;21[semanas.
 - 2.4. Pedido da ecografia obstétrica do 2º trimestre [M292.5 ou M291.7] a realizar entre as [20;22[semanas de acordo com a norma clínica da DGS 23/2011 (revista a 21/05/2013).
3. Consulta antes das 24 semanas
 - 3.1. Registo da 2ª ecografia, com data de realização entre as [20;22[semanas e registada até ao 216º dia de gestação (30 semanas e 6 dias) no módulo de registo dos MCTDs.
 - 3.2. Registo da serologia da Rubéola se indicada, com data de realização entre as [18;21[semanas e registada até ao 259º dia de gestação (36 semanas e 6 dias) no módulo de registo dos MCTDs.
 - 3.3. Pedido de exames laboratoriais do 2º trimestre da gravidez de acordo com a norma orientação clínica da DGS 37/2011 (revista a 20/12/2013):
 - 3.3.1.1. Hemograma: código A1080.9;
 - 3.3.1.2. Pesquisa de aglutinas irregulares (teste de Coombs indireto): código A1169.4;
 - 3.3.1.3. PTGO com 75g de glicose: código A1048.5;
 - 3.3.1.4. Serologia Toxoplasmose IgG: código A1164.3 e Serologia Toxoplasmose IgM: código A1165 se não imune no 1º trimestre;
 - 3.4. Pedido de Imunoglobulina, à farmácia, anti-D se grávida Rh-
 - 3.5. Recomendação de vacinação com boostrix de acordo com a orientação 002/2016 da DGS.

ELABORADO	REVISTO	APROVADO	PRÓXIMA REVISÃO	PÁGINA
Daniela Emílio/Inês Lourenço/Cristina Lima		CG_2-08-2018	Agosto_2021	8

	<h1>PROCEDIMENTO</h1>	CÓDIGO:017
		DATA:2/8/2018
		VERSÃO N.º:1
		REVISÃO N.º:
IDENTIFICAÇÃO: Gestão da Saúde Materna		
ÂMBITO: UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR OSSÓNOBA		

- 3.6. Pedido da ecografia obstétrica do 3º trimestre [M492.8] a realizar entre as [30;32[semanas de acordo com a norma clínica da DGS 23/2011 (revista a 21/05/2013);
4. Consulta entre as 27 semanas e as 30 semanas e 6 dias
- 4.1. Registo dos exames laboratoriais, com data de realização entre as [24;29[semanas e registo até ao 259º dia de gestação (36 semanas e 6 dias).
- 4.2. Pedido de exames laboratoriais do 3º trimestre da gravidez de acordo com a norma orientação clínica da DGS 37/2011 (revista a 20/12/2013):
- 4.2.1. Hemograma: código A1080.9;
- 4.2.2. VDRL: código A875.3;
- 4.2.3. Serologia Toxoplasmose IgG: código A1164.3 e Serologia Toxoplasmose IgM: código A1165 se não imune;
- 4.2.4. Ac. VIH 1 e 2: código A1308.5;
- 4.2.5. AgHbs: código A1130.9 se este negativo no primeiro trimestre;
- 4.2.6. Pesquisa de Streptococcus β hemolítico do grupo B: código A1214.3.
- 4.3. Referenciação a Consulta de Bem-Estar Fetal no CHUA.
5. Consulta entre as 34 e 35 semanas e 6 dias
- 5.1. Registo da 3ª ecografia, com data de realização entre as [30;22[semanas e registada até ao 301º dia de gestação (43 semanas) no módulo de registo dos MCTDs.
- 5.2. Registo dos exames laboratoriais, com data de realização entre as [32;38[semanas e registada até ao 301º dia de gestação (43 semanas) no módulo de registo dos MCTDs.
- 5.3. Registo do bem-estar materno fetal.
6. Consulta entre as 36 e 38 semanas e 6 dias
- 6.1. Registo do resultado Streptococcus β hemolítico do grupo B, com data de realização entre as [35;38[semanas e registado até ao 301º dia de gestação (43 semanas) no módulo de registo dos MCTDs.
7. Consulta após as 40 semanas
- 7.1. Registo do bem-estar materno fetal.
8. Consulta do Puerpério - entre a 4ª e a 6ª semana pós-parto

ELABORADO	REVISTO	APROVADO	PRÓXIMA REVISÃO	PÁGINA
Daniela Emílio/Inês Lourenço/Cristina Lima		CG_2-08-2018	Agosto_2021	9

	PROCEDIMENTO	CÓDIGO:017
		DATA:2/8/2018
		VERSÃO N.º:1
		REVISÃO N.º:
IDENTIFICAÇÃO: Gestão da Saúde Materna		
ÂMBITO: UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR OSSÓNOBA		


- 8.1. Registo no módulo da gravidez da Data do Parto, tipo de parto e local;
- 8.2. Início/ativação do Módulo Planeamento Familiar;
- 8.3. Avaliação do bem-estar da puerpera e exame objectivo dirigido.

VIII – CHEK LIST INDICADORES DA SAÚDE MATERNA

INDICADORES
Indicador 011- Proporção de grávidas com 1ª consulta médica de vigilância da gravidez, realizada no 1º trimestre
A primeira consulta médica de vigilância de gravidez foi realizada no primeiro trimestre (12 semanas e 5 dias ou 90 dias de gravidez), com o registo do diagnóstico médico de gravidez (W78, W79, W84)
Indicador 295 - Proporção de puérperas com 5 ou mais consultas de enfermagem em saúde materna durante a gravidez e com uma consulta de revisão de puérpero
Teve 5 consultas de enfermagem realizadas durante a gravidez
Teve uma consulta de enfermagem de revisão de puérpero, até aos 42 dias, e dar termo do programa de saúde materna e iniciar o programa de puérpero.
Indicador 307 - Proporção de grávidas que realizaram, pelo menos um exame ecográfico durante o 1º trimestre de gravidez
Realização de primeira ecografia entre as 11 e as 13 semanas de gravidez e registada até às 24 semanas e 6 dias de gestação.

ELABORADO	REVISTO	APROVADO	PRÓXIMA REVISÃO	PÁGINA
Daniela Emílio/Inês Lourenço/Cristina Lima		CG_2-08-2018	Agosto_2021	10

ANEXO 4 – PROCEDIMENTO DE GESTÃO DA SAÚDE INFANTIL E JUVENIL

	PROCEDIMENTO	CÓDIGO: 008
		DATA:05/10/2018
		VERSÃO N.º:2
		REVISÃO N.º:1
IDENTIFICAÇÃO: Gestão da Saúde Infantil e Juvenil		
ÂMBITO: UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR OSSÓNOMA		

I – INTRODUÇÃO

As crianças, de acordo com a Convenção sobre os Direitos da Criança, ratificada por Portugal em 1990, entendidas como “todo o ser humano menor de 18 anos”, constituem um grupo prioritário e justificam o maior empenho e disponibilidade por parte dos profissionais de saúde¹.

Assim a USF Ossónoba pretende aplicar o *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*, de forma a assegurar o melhor seguimento à sua população em idade pediátrica, favorecendo a igualdade de oportunidades de desenvolvimento.

II – DEFINIÇÃO

A saúde infantil e juvenil compreende o período de tempo que decorre entre o nascimento e os 18 anos de vida.


Sendo uma fase da vida marcada por inúmeras etapas de desenvolvimento, em que o contexto onde a criança se insere contribui fortemente para o seu desenvolvimento, importa implementar estratégias de saúde que, em parceria com a família, escolas, comunidade, realcem os aspetos promotores de um crescimento e desenvolvimento positivos.

III – OBJETIVOS

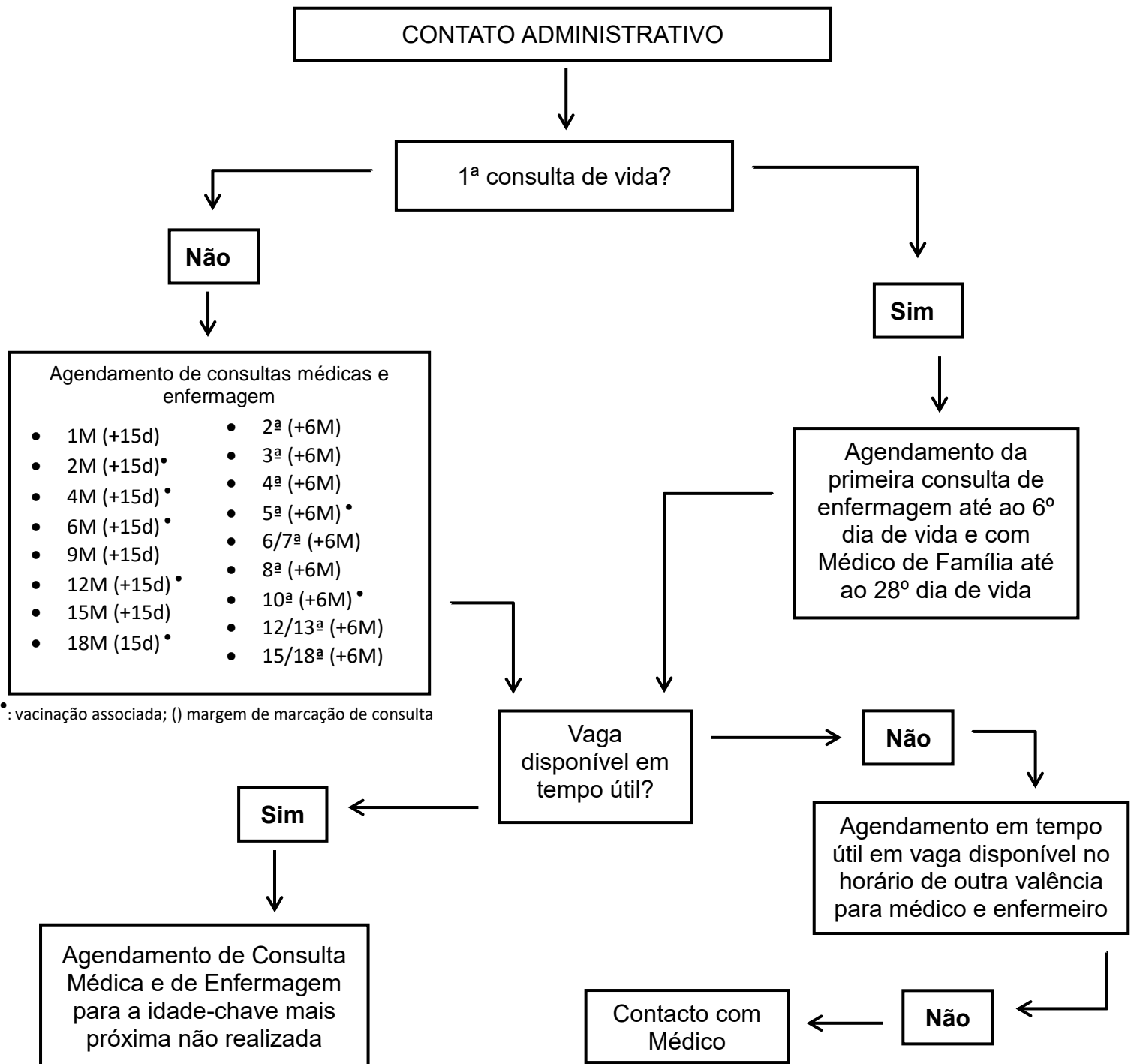
Este procedimento pretende constituir uma ferramenta orientadora para a equipa administrativa, de enfermagem e médica, que visa ser um instrumento de trabalho por forma a uniformizar os registos/procedimentos a nível do SClínico, com base em requisitos explícitos de boas práticas, para a melhoria contínua dos cuidados prestados pela USF Ossónoba.

¹ Portugal. Direcção-Geral da Saúde. A saúde Infantil e Juvenil: Programa Nacional/Direcção-Geral da Saúde


ELABORADO	REVISTO	APROVADO	PRÓXIMA REVISÃO	PÁGINA
Silvia Conceição/Susana Vicente/Andreia Strecht	29_11_2019	CG_8_11_2018	Setembro_2021	1

	PROCEDIMENTO	CÓDIGO: 008
		DATA: 05/10/2018
		VERSÃO N.º: 2
		REVISÃO N.º: 1
IDENTIFICAÇÃO: Gestão da Saúde Infantil e Juvenil		
ÂMBITO: UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR OSSÓNOMA		

IV – FLUXOGRAMA



ELABORADO	REVISTO	APROVADO	PRÓXIMA REVISÃO	PÁGINA
Silvia Conceição/Susana Vicente/Andreia Strecht	29_11_2019	CG_8_11_2018	Setembro_2021	2

	PROCEDIMENTO	CÓDIGO: 008
		DATA:05/10/2018
		VERSÃO N.º:2
		REVISÃO N.º:1
IDENTIFICAÇÃO: Gestão da Saúde Infantil e Juvenil		
ÂMBITO: UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR OSSÓNOMA		


V – PROCEDIMENTO ADMINISTRATIVO

1. Inscrição no Registo Nacional de Utentes (RNU) no primeiro contato da criança/recém-nascido na unidade;
2. Agendar para o enfermeiro de família para teste do pézinho entre as 72 horas e o 6º dia de vida, com duração de 30m;
3. Avaliar disponibilidade do médico de família, ou na sua ausência outro que o substitua, para realização da primeira consulta de vida no dia do agendamento do teste do pézinho ou para outro dia até aos 28 dias de vida;
4. Agendar consultas nos primeiros 6 meses de vida para as idade-chave, segundo fluxograma;
5. Verificar se tem consulta marcada, agendar consulta médica e de enfermagem para a idade-chave mais próxima não realizada;
6. Ativar consulta para respetivo médico e enfermeiro de família, no Sinus® assinalar como consulta de saúde infantil/juvenil – vigilância e exame global de saúde 5/6 anos e 12/13 anos para as respetivas idades;
7. Proceder ao reagendamento de consultas que não foram efetuadas. Segundo indicação médica.

VI – PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM

1. Abrir contacto definindo o local (Unidade de Saúde);
2. Definir Tipo de contacto (consulta de enfermagem) e selecionar o Programa Ativo correspondente (Saúde Infantil – dos 0 aos 13 anos /Saúde juvenil – dos 13 aos 18 anos inclusive);
3. Depois de aberta a consulta, deve-se associar o respetivo Programa se tal ainda não estiver feito;
4. No Processo, deve-se ativar os focos pertinentes originando os respetivos diagnósticos (comprometimento/conhecimento ou não de determinada área) e selecionando posteriormente

ELABORADO	REVISTO	APROVADO	PRÓXIMA REVISÃO	PÁGINA
Silvia Conceição/Susana Vicente/Andreia Strecht	29_11_2019	CG_8_11_2018	Setembro_2021	3

	PROCEDIMENTO	CÓDIGO: 008
		DATA: 05/10/2018
		VERSÃO N.º: 2
		REVISÃO N.º: 1
IDENTIFICAÇÃO: Gestão da Saúde Infantil e Juvenil		
ÂMBITO: UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR OSSÓNOMA		

as intervenções de diagnóstico adequadas ao utente, de acordo com a idade, atribuindo horário:

♦ Avaliar desenvolvimento infantil e juvenil, a fim de abrir o quadro do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, para posterior preenchimento:

- Peso corporal;
- Perímetro cefálico (até aos 3 anos, exclusive);
- Altura;
- Tensão arterial (a partir dos 3 anos);
- Preencher escala de Sheridan (até aos 5 anos).

♦ Avaliar adesão à vacinação (consultar procedimento relativo à vacinação);


♦ Avaliar conhecimento da mãe e (ou) do pai sobre desenvolvimento infantil (sinais de alerta e cuidados antecipatórios) - ativar foco e selecionar as intervenções adequadas ao utente atribuindo horário;

♦ Avaliar papel parental - ativar foco e selecionar as intervenções adequadas ao utente atribuindo horário;

Desde a 1ª consulta, sempre que adequado à situação, selecionar simultaneamente ou em alternativa, as intervenções e instituir intervenções de diagnóstico relativo a:

- ♦ Avaliar o mamar;
- ♦ Vigiar coto umbilical (no RN) (até cicatrização);
- ♦ Avaliar comportamento de vinculação (0-3m; 4-6m; 7-24m; 25-36m; 3A);
- ♦ Avaliar conhecimento sobre medidas de segurança;

ELABORADO	REVISTO	APROVADO	PRÓXIMA REVISÃO	PÁGINA
Silvia Conceição/Susana Vicente/Andreia Strecht	29_11_2019	CG_8_11_2018	Setembro_2021	4

	PROCEDIMENTO	CÓDIGO: 008
		DATA:05/10/2018
		VERSÃO N.º:2
		REVISÃO N.º:1
IDENTIFICAÇÃO: Gestão da Saúde Infantil e Juvenil		
ÂMBITO: UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR OSSÓNOMA		

A todos os utentes com idade \geq a 14 anos deve ser ainda efetuada a avaliação de:

- ◆ Avaliar os sinais de maturação feminina/masculina;
- ◆ Monitorizar uso do tabaco, registar valores, ativar o diagnóstico sugerido e selecionar a intervenção “Avaliar uso de Tabaco”;
- ◆ Monitorizar uso do álcool, atribuir horário, registar valores, ativar foco sugerido e selecionar Avaliar uso de Álcool e preencher o quadro respetivo;
- ◆ Metabolismo energético – Ativar foco, selecionar as intervenções e atribuir horário: Avaliar risco de diabetes tipo 2.


- 5 Nas Prescrições – Atitudes Terapêuticas – selecionar e atribuir horário nas seguintes intervenções: - Avaliação de Tensão Arterial

VII – PROCEDIMENTO MÉDICO

Consulta de vigilância, contacto direto, com codificação de A98 no A do SOAP, a fim de aplicar o *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*.


1. Abrir contacto e verificar Alertas;
2. Abrir programa de saúde infantil /saúde juvenil no O. Verificar se o utente tem o programa com estado ativo. Quando se abre o programa e grava-se informação, aparece automaticamente o código A98 no A do SOAP;
3. Validar peso, estatura, PC e TA (esta última só a partir dos 3 anos);
4. Abrir item *Sheridan* e avaliar, pelo menos 2 registos no primeiro ano de vida, e 1 no segundo ano;
5. Garantir que o utente realiza pelo menos 6 consultas médicas no primeiro ano; 3 no segundo em contacto direto ou domicílio;

ELABORADO	REVISTO	APROVADO	PRÓXIMA REVISÃO	PÁGINA
Silvia Conceição/Susana Vicente/Andreia Strecht	29_11_2019	CG_8_11_2018	Setembro_2021	5

	PROCEDIMENTO	CÓDIGO: 008
		DATA:05/10/2018
		VERSÃO N.º:2
		REVISÃO N.º:1
IDENTIFICAÇÃO: Gestão da Saúde Infantil e Juvenil		
ÂMBITO: UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR OSSÓNOMA		

6. Garantir registo e validação de peso e altura pelo menos 1 vez dos 5 aos 7 anos, e outra dos 11 aos 14 anos, em qualquer programa ou na ficha individual;
7. Avaliar hábitos tabágicos a partir dos 14 anos na ficha individual (programa de tabagismo e quantificação de tabaco), pelo menos 1 vez em 3 anos. A codificação P17 não é suficiente;
8. Avaliar hábitos alcoólicos a partir dos 14 anos na ficha individual (quantificação de álcool por semana), pelo menos 1 vez em 3 anos. A codificação P16 não é suficiente;
9. Avaliar Risco de diabetes a partir dos 14 anos na ficha individual;
10. Ativar programa de Planeamento Familiar nas adolescentes com idade superior ou igual a 15 anos;
11. Avaliar em todas as consultas atualização de Plano Nacional de Vacinação. Para tal, ir a ficha do utente, ao fechar ou antes de entrar na ficha de consulta, e clicar em e-vacinas. Orientar para elemento de enfermagem se não atualizado;
12. Em todas as consultas, registar/validar os cuidados antecipatórios e parâmetros a avaliar. Registar os sinais de alarme existentes, até aos 5 anos (intervenção facultativa).

ELABORADO	REVISTO	APROVADO	PRÓXIMA REVISÃO	PÁGINA
Silvia Conceição/Susana Vicente/Andreia Strecht	29_11_2019	CG_8_11_2018	Setembro_2021	6


	PROCEDIMENTO	CÓDIGO: 008
		DATA:05/10/2018
		VERSÃO N.º:2
		REVISÃO N.º:1
IDENTIFICAÇÃO: Gestão da Saúde Infantil e Juvenil		
ÂMBITO: UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR OSSÓNÓBA		

VIII – CHECKLIST DE INDICADORES

INDICADORES
Indicador 14 - Proporção RN com consulta médica de vigilância até 28 dias vida
<ul style="list-style-type: none"> • ≥ 1 consulta médica de vigilância (contacto direto) com A98 no A do SOAP, até ao 28º dia.
Indicador 93 - Proporção de crianças com 2 anos, com PNV cumprido ou em execução à data de referência do indicador
<ul style="list-style-type: none"> • PNV totalmente cumprido às 0h do dia em que completam os 2 anos de idade (com registo no e-vacinas). • As datas de inoculação devem ser prévias a este momento, podendo as datas de registos ir até à data de referência do indicador.
Indicador 94 - Proporção de crianças com 7 anos, com PNV cumprido ou em execução à data de referência do indicador
<ul style="list-style-type: none"> • PNV cumprido ou em execução nas crianças que completam os 7 anos de idade, com inscrição ativa na USF (com registo no e-vacinas).
Indicador 95 - Proporção de jovens com 14 anos, com PNV cumprido ou em execução à data de referência do indicador
<ul style="list-style-type: none"> • PNV cumprido ou em execução nas crianças que completam os 14 anos de idade (com inscrição ativa na USF).

ELABORADO	REVISTO	APROVADO	PRÓXIMA REVISÃO	PÁGINA
Silvia Conceição/Susana Vicente/Andreia Strecht	29_11_2019	CG_8_11_2018	Setembro_2021	7

ANEXO 5 – PROCEDIMENTO DE GESTÃO DA DOENÇA AGUDA

	PROCEDIMENTO	CÓDIGO: 023
		DATA: 06/09/2018
		VERSÃO N.º: 1
		REVISÃO N.º:
IDENTIFICAÇÃO: Gestão da Doença Aguda		
ÂMBITO: UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR OSSÓNOBA		

I – INTRODUÇÃO

A Gestão da Doença Aguda assume particular importância, pois necessita de uma resposta rápida e atempada, onde engloba a consulta de intersubstituição e a consulta do dia.

A consulta do dia e a consulta de intersubstituição destinam-se na sua essência à doença aguda ou agudização da doença crónica e em oferecer serviços básicos em caso de ausência prolongada do médico de família.


II – DEFINIÇÃO

A equipa que integra a USF Ossónoba, dispõe de períodos diários de consulta do dia e de Intersubstituição que se destinam ao atendimento de situações de doença aguda ou agudização da doença crónica. Situação que podem constituir motivo para a Consulta do Dia e Intersubstituição:

- Problemas agudos ou de instalação recente;
- Dor;
- Traumatismos ligeiros;
- Febre;
- Problemas respiratórios, digestivos, circulatórios, urinários, de pele, oculares;
- Outros, que por decisão de um dos elementos da equipa assim seja considerada e/ou necessite de intervenção imediata.

Consulta de iniciativa do utente, marcada presencialmente no próprio dia e no período estipulado para esse efeito, distribuídas ao longo do dia. No próprio dia, com o respetivo médico de família existe um período previamente definido e destinado à resolução destas situações clínicas agudas

ELABORADO	REVISTO	APROVADO	PRÓXIMA REVISÃO	PÁGINA
Daniela Emílio/ Inês Lourenço/ Ana Rolão		06-09-2018	Setembro 2021	1

	PROCEDIMENTO	CÓDIGO: 023
		DATA: 06/09/2018
		VERSÃO N.º: 1
		REVISÃO N.º:
IDENTIFICAÇÃO: Gestão da Doença Aguda		
ÂMBITO: UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR OSSÓNOMA		


ou através da intersubstituição dos seus elementos em situação de ausência e/ou esgotada a capacidade de atendimento pelo próprio médico.

Esta consulta será sempre garantida no próprio dia pelo seu médico de família ou por outro médico, caso não seja possível o atendimento pelo próprio médico de forma atempada.

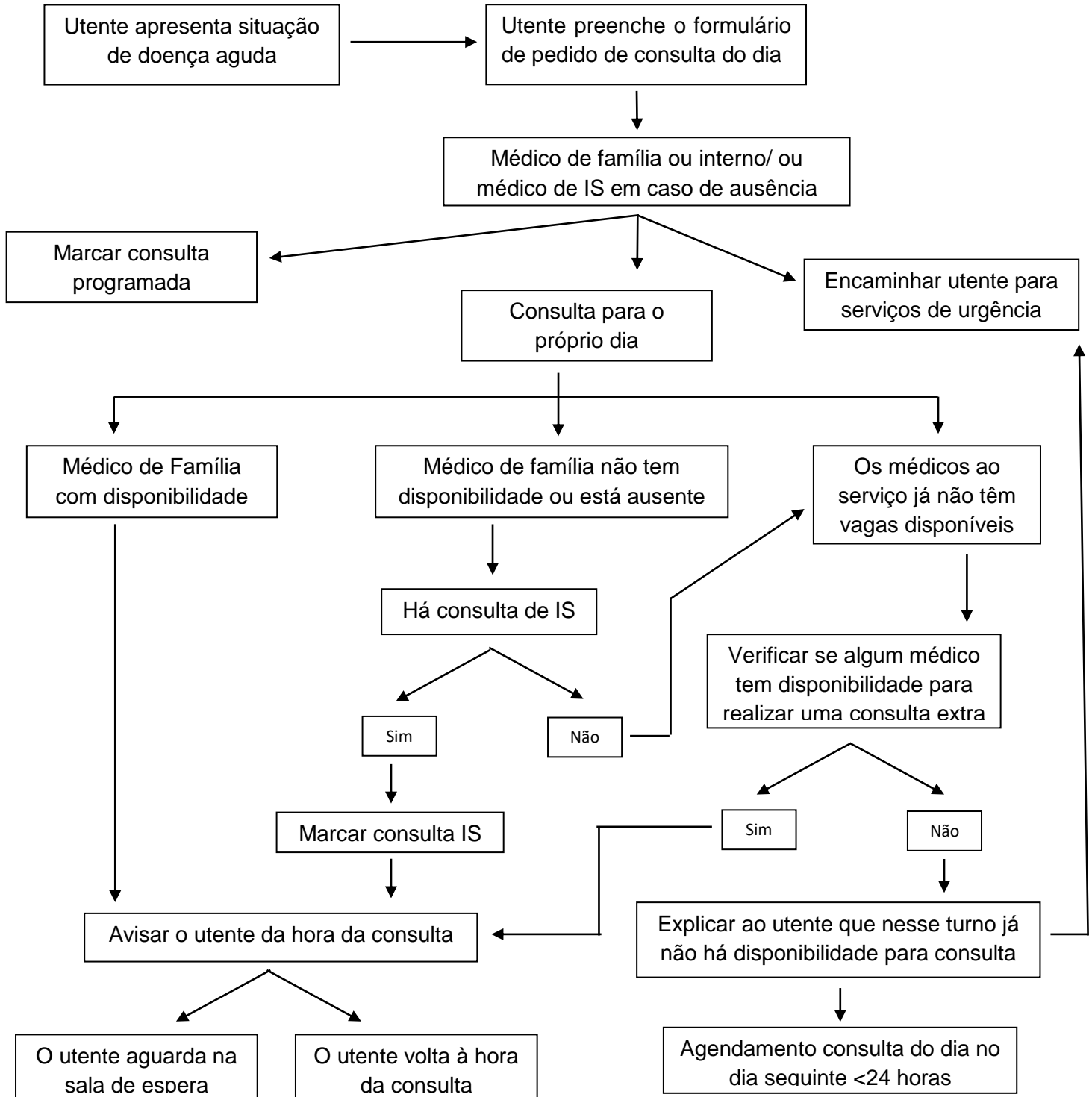
III – OBJETIVO

Este procedimento pretende constituir uma ferramenta orientadora para a equipa administrativa, de enfermagem e médica, que visa ser um instrumento de trabalho por forma a uniformizar os registos/procedimentos a nível do SClínico, com base em requisitos explícitos de boas práticas, para a melhoria contínua dos cuidados prestados pela USF Ossónoba.


ELABORADO	REVISTO	APROVADO	PRÓXIMA REVISÃO	PÁGINA
Daniela Emílio/ Inês Lourenço/ Ana Rolão		06-09-2018	Setembro 2021	2

	<h1>PROCEDIMENTO</h1>	CÓDIGO: 023
		DATA: 06/09/2018
		VERSÃO N.º: 1
		REVISÃO N.º:
IDENTIFICAÇÃO: Gestão da Doença Aguda		
ÂMBITO: UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR OSSÓNOBA		

V – FLUXOGRAMA



ELABORADO	REVISTO	APROVADO	PRÓXIMA REVISÃO	PÁGINA
Daniela Emílio/ Inês Lourenço/ Ana Rolão		06-09-2018	Setembro 2021	3

	PROCEDIMENTO	CÓDIGO: 023
		DATA:06/09/2018
		VERSÃO N.º:1
		REVISÃO N.º:
IDENTIFICAÇÃO: Gestão da Doença Aguda		
ÂMBITO: UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR OSSÓNOMA		

IV – PROCEDIMENTOS ADMINISTRATIVOS

Marcar consulta conforme indicação médica, com os códigos:

- 00 – consulta aberta – doença;
- 80 – consulta de inter-substituição – doença

Ativar a consulta como: SA/doença

Todas as situações agudas que careçam de intervenção imediata devem ser comunicadas ao médico ou enfermeiro de família ou outros que os substituam e direccionadas para a sala de tratamentos urgentes.

Situações de utentes com suspeita de doenças infecto-contagiosas, devem ser colocados na sala de tratamentos após efectuar o check-in.


Situações de utentes com temperatura elevada, devem ser encaminhados para enfermeira para ver a necessidade de baixar a febre com medicação, embora tenham consulta para o médico.

VI – CHEK LIST INDICADORES

INDICADOR
Indicador 344 – Proporção de consultas médicas realizadas no dia do agendamento
<ul style="list-style-type: none"> • Exprime a proporção de consultas médicas presenciais que são realizadas no dia em que são agendadas

ELABORADO	REVISTO	APROVADO	PRÓXIMA REVISÃO	PÁGINA
Daniela Emílio/ Inês Lourenço/ Ana Rolão		06-09-2018	Setembro 2021	4

ANEXO 6 – PROCEDIMENTO DE GESTÃO DA DOENÇA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL

	PROCEDIMENTO	CÓDIGO:019
		DATA:08/11/2018
		VERSÃO N.º:1
		REVISÃO N.º:
IDENTIFICAÇÃO: Gestão da doença de Hipertensão Arterial		
ÂMBITO: UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR OSSÓNOMA		

I - INTRODUÇÃO:

No âmbito do trabalho desenvolvido pelo Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares, da Direção-Geral da Saúde, a Hipertensão Arterial (HTA) constitui um dos principais fatores de risco das doenças cardiovasculares, sendo a principal causa de morte no nosso país. Uma população com HTA tem um risco sete vezes maior de desenvolver doença cerebrovascular e três a quatro vezes maior de ter doença isquémica cardíaca do que uma população normotensa. Por conseguinte surge a importância do programa de HTA.

É, pois importante a ação integrada de todos os profissionais da equipa de saúde com vista à mudança de estilos de vida, aproveitando todos os contactos para fazer prevenção, diagnóstico e orientação terapêutica.

II - DEFINIÇÃO:

A Direção Geral de Saúde (DGS) define hipertensão arterial (HTA) como a “elevação persistente, em várias medições e em diferentes ocasiões, da pressão arterial sistólica (PAS) igual ou superior a 140mmHg e/ou da pressão diastólica (PAD) igual ou superior a 90 mmHg.


A hipertensão arterial classifica-se em três graus:

- grau 1 a HTA ligeira - PAS entre 140 e 159 mmHg e/ou PAD entre 90 e 99 mmHg
- grau 2 a HTA moderada – PAS entre 160 e 179 mmHg e/ou PAD entre 100 e 109 mmHg
- grau 3 a HTA grave - PAS \geq 180 mmHg e/ou PAD \geq 110mmHg

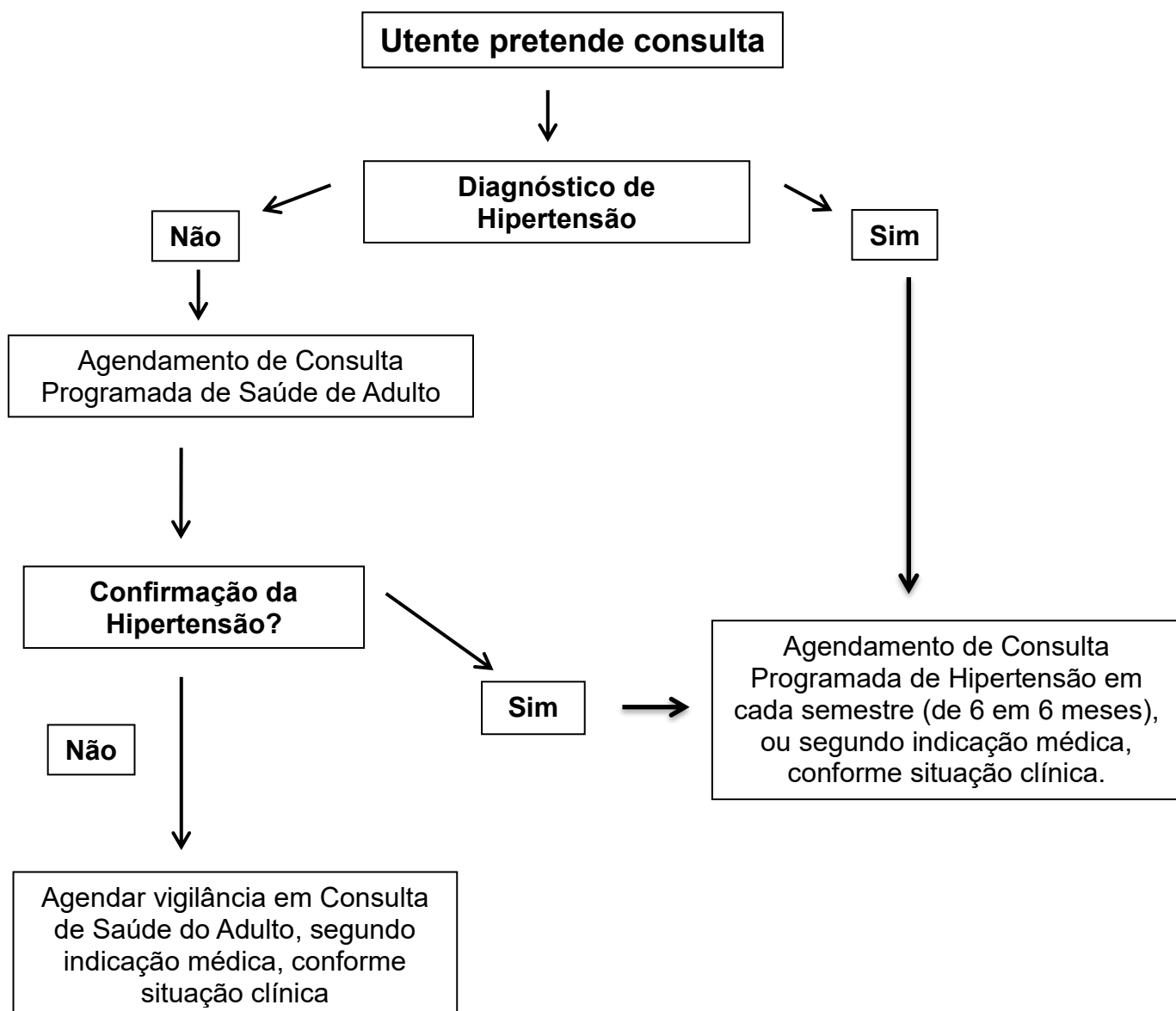
III – OBJETIVOS

Este procedimento pretende constituir uma ferramenta orientadora para a equipa administrativa, de enfermagem e médica, que visa ser um instrumento de trabalho por forma a uniformizar os registos/procedimentos a nível do SClínico®, com base em requisitos explícitos de boas práticas, para a melhoria dos cuidados prestados pela USF Ossónoba.


ELABORADO	REVISTO	APROVADO	PRÓXIMA REVISÃO	PÁGINA
Carla Ferreira/Ionela Cojocar/ Paulo Silva		CG_08_11_18	Novembro_2021	1

	PROCEDIMENTO	CÓDIGO:019
		DATA:08/11/2018
		VERSÃO N.º:1
		REVISÃO N.º:
IDENTIFICAÇÃO: Gestão da doença de Hipertensão Arterial		
ÂMBITO: UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR OSSÓNÓBA		

IV – FLUXOGRAMA



ELABORADO	REVISTO	APROVADO	PRÓXIMA REVISÃO	PÁGINA
Carla Ferreira/Ionela Cojocar/ Paulo Silva		CG_08_11_18	Novembro_2021	2

	PROCEDIMENTO	CÓDIGO:019
		DATA:08/11/2018
		VERSÃO N.º:1
		REVISÃO N.º:
IDENTIFICAÇÃO: Gestão da doença de Hipertensão Arterial		
ÂMBITO: UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR OSSÓNÓBA		

V – PROCEDIMENTOS ADMINISTRATIVOS


- 1 - Verificar se o utente tem uma consulta de vigilância agendada por semestre;
- 2 - Ativar as consultas para o respectivo médico e enfermeiro de família, no SINUS assinalar consulta (SA/Vigilância);
- 3 - Agendamento de próxima consulta conforme indicação médica;
- 4 – Proceder ao reagendamento das consultas que não foram efetuadas, segundo indicação médica;
- 5 – Convocar utentes não cumpridores, segundo indicação médica/enfermagem.

VI - PROCEDIMENTO ENFERMAGEM

- 1 - Abrir contato definindo o local (Centro de Saúde) e a Proveniência (consulta médico de família).
2. Definir Tipo de contato (consulta de enfermagem) e selecionar Programas Activos correspondentes (Saúde Adulto ou P.N. Saúde das Pessoas Idosas e P.N.D.C.C. Risco: Hipertensão).
3. Depois de aberta a consulta, deve-se associar os respetivos Programas se tal ainda não estiver feito.
4. No Processo, deve-se executar as **Intervenções de Diagnóstico**:
 - ◆ Monitorizar Tensão Arterial – Atribuir valor tensional, ativar e validar o diagnóstico sugerido;
 - ◆ Avaliar adesão à vacinação (consultar procedimento relativo à Vacinação);
 - ◆ Monitorizar Uso do Tabaco, atribuir o horário, registar valores, ativar o diagnóstico sugerido e selecionar a intervenção “Avaliar uso de Tabaco“;
 - ◆ Monitorizar Índice de massa corporal – Ativar diagnóstico sugerido pelo sistema – Atribuir horário às intervenções sugeridas face ao foco/diagnóstico que se considere importantes para o utente em avaliação;

Focos de Atenção e Diagnóstico:

ELABORADO	REVISTO	APROVADO	PRÓXIMA REVISÃO	PÁGINA
Carla Ferreira/Ionela Cojocar/ Paulo Silva		CG_08_11_18	Novembro_2021	3

	<h2>PROCEDIMENTO</h2>	CÓDIGO:019
		DATA:08/11/2018
		VERSÃO N.º:1
		REVISÃO N.º:
IDENTIFICAÇÃO: Gestão da doença de Hipertensão Arterial		
ÂMBITO: UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR OSSÓNÓBA		

◆ **Metabolismo energético** – Ativar foco e atribuir horário às intervenções, selecionar as intervenção e atribuir horário:

- Avaliar risco de diabetes tipo 2
- Monitorizar altura;
- Monitorizar peso corporal;
- Monitorizar perímetro abdominal;
- Monitorizar índice de massa corporal.

◆ **Avaliar Gestão do Regime terapêutico** – Selecionar itens adequados ao utente; Ativar Diagnóstico sugerido pelo sistema; Atribuir horário às intervenções sugeridas face ao foco/diagnóstico que se considere pertinentes

- Avaliar adesão ao regime de exercício
- Avaliar adesão ao regime dietético
- Avaliar adesão ao regime medicamentoso

◆ **Avaliar auto-vigilância** registando se o utente realiza ou não a auto-vigilância conforme prescrito.


◆ **Monitorizar uso de tabaco**, atribuir horário, registar valores, ativar foco sugerido e seleccionar Avaliar uso de Tabaco e preencher o quadro respetivo.

◆ **Monitorizar uso do álcool**, atribuir horário, registar valores, ativar foco sugerido e seleccionar Avaliar uso de Alcool e preencher o quadro respetivo.

◆ **Nas Prescrições – Atitudes Terapêuticas** – selecionar e atribuir horário nas seguintes intervenções:

- Avaliação de Tensão Arterial


ELABORADO	REVISTO	APROVADO	PRÓXIMA REVISÃO	PÁGINA
Carla Ferreira/Ionela Cojocar/ Paulo Silva		CG_08_11_18	Novembro_2021	4

	PROCEDIMENTO	CÓDIGO:019
		DATA:08/11/2018
		VERSÃO N.º:1
		REVISÃO N.º:
IDENTIFICAÇÃO: Gestão da doença de Hipertensão Arterial		
ÂMBITO: UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR OSSÓNÓBA		

VII – PROCEDIMENTOS MÉDICOS

1. Verificar se o utente tem o diagnóstico de HTA (rúbricas K86 ou K87 da ICPC-2) na lista de problemas com estado activo;
2. Os códigos ICPC-2 específicos de HTA aparecem automaticamente no A do SOAP quando se abre o programa de Hipertensão Arterial;
3. O utente deve ter pelo menos uma consulta médica de vigilância em hipertensão num dos semestres, e pelo menos uma consulta médica ou de enfermagem de vigilância, realizada no outro semestre;
4. O utente com HTA deverá ter pelo menos um registo de pressão arterial em cada um dos semestres;
5. O utente com HTA deverá ter pelo menos um registo parametrizado de peso, altura e IMC medido nos últimos 12 meses, bem como o registo de hábitos tabágicos e alcoólicos.
6. O utente com HTA deverá ter pelo menos uma avaliação de risco cardiovascular, realizada nos últimos 36 meses se cumprir os seguintes critérios:
 - 40 ou mais anos;
 - Não ter nenhum dos seguintes diagnósticos ativo:
 - Diabetes (T89 ou T90)
 - Enfarte agudo do miocárdio (K75)
 - Doença cardíaca isquémica sem angina (K74)
 - Trombose ou acidente vascular cerebral (K91)
 - Aterosclerose ou doença vascular periférica (K92)
7. O utente com hipertensão sem diagnóstico ativo de diabetes (T89 ou T90) deve ter realizada a avaliação do risco de diabetes, pelo menos uma vez nos últimos 36 meses;
8. O utente com hipertensão deve ter pelo menos uma análise de microalbuminúria (ou equivalente) realizada nos últimos 36 meses registada com os códigos:
 - A560.6 – microalbuminúria (permite registar microalbuminúria de 24H, 12H e em amostra de urina.

ELABORADO	REVISTO	APROVADO	PRÓXIMA REVISÃO	PÁGINA
Carla Ferreira/Ionela Cojocar/ Paulo Silva		CG_08_11_18	Novembro_2021	5

	PROCEDIMENTO	CÓDIGO:019
		DATA:08/11/2018
		VERSÃO N.º:1
		REVISÃO N.º:
IDENTIFICAÇÃO: Gestão da doença de Hipertensão Arterial		
ÂMBITO: UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR OSSÓNOBA		

- A1318.2 – Albumina de baixa concentração
- A596.7 – Proteinúria

No caso de a análise ser efetuada na unidade de saúde, pode ser registada em campo específico nas aplicações de registos;


9.O utente com hipertensão deve ter pelo menos um resultado de colesterol total, colesterol HDL, e triglicérideos realizados nos últimos 24 meses registados com os códigos:

- A1029.9 – colesterol total
- A412.0 – Colesterol HDL
- A620.3 – Triglicérideos

7. Assinalar a medicação anti-hipertensora actual:

- São contabilizados registos de TA realizados por qualquer médico, interno ou enfermeiro da unidade;
- Não são considerados valores tensionais inseridos em texto livre.

ELABORADO	REVISTO	APROVADO	PRÓXIMA REVISÃO	PÁGINA
Carla Ferreira/Ionela Cojocar/ Paulo Silva		CG_08_11_18	Novembro_2021	6


	PROCEDIMENTO	CÓDIGO:019
		DATA:08/11/2018
		VERSÃO N.º:1
		REVISÃO N.º:
IDENTIFICAÇÃO: Gestão da doença de Hipertensão Arterial		
ÂMBITO: UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR OSSÓNÓBA		

VIII – CHEK LIST INDICADORES

INDICADOR
Indicador 020 - Proporção hipertensos < 65 A, com PA < 150/90
<ul style="list-style-type: none"> • Pelo menos uma avaliação de tensão arterial nos últimos 6 meses e último resultado inferior a 150/90mmHg; • Se existir mais do que um registo no período em análise apenas será considerado o último; • Para efeitos de análise o utente deverá ter idade inferior a 65 anos (na data de referência do indicador-período em análise flutuante- e a 31 de Dezembro do ano em curso, - período em análise fixo); • Os valores de tensão arterial podem ser registados na ficha individual ou em qualquer programa (hipertensão, diabetes, saúde materna, planeamento familiar e saúde infantil).
Indicador 352 - Custo com terapêutica do doente com HTA
<ul style="list-style-type: none"> • Somatório do Preço de Venda ao Público dos anti-hipertensores prescritos aos doentes com Hipertensão arterial; • Consideram-se os medicamentos hipertensores prescritos por qualquer médico ou interno da unidade de saúde durante o período em análise
Indicador 353 - Custo com terapêutica do doente com HTA controlada
<ul style="list-style-type: none"> • Somatório do preço de venda ao público dos anti-hipertensores prescritos aos doentes com Hipertensão arterial que, no semestre que antecede a avaliação, apresentem o último valor tensional inferior a 150/90mmHg.

ELABORADO	REVISTO	APROVADO	PRÓXIMA REVISÃO	PÁGINA
Carla Ferreira/Ionela Cojocar/ Paulo Silva		CG_08_11_18	Novembro_2021	7

ANEXO 7 – PROCEDIMENTO DE GESTÃO DE HIPOCOAGULADOS COM ANTAGONISTAS DA VITAMINA K

	PROCEDIMENTO	CÓDIGO:010
		DATA:15/11/2018
		VERSÃO N.º:1
		REVISÃO N.º:
IDENTIFICAÇÃO: Gestão da doença de Hipocoagulados com antagonistas da vitamina K		
ÂMBITO: UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR OSSÓNOMA		

I - INTRODUÇÃO:

Estima-se que em Portugal existam cerca de 100.000 doentes hipocoagulados, estando este número a aumentar a um ritmo próximo de 14% ao ano, segundo dados de 2015, do IMS (Intercontinental Marketing Services).

II - DEFINIÇÃO:

Um doente anticoagulado necessita de acompanhamento regular, por forma a garantir a prevenção de fenómenos tromboembólicos e/ou hemorrágicos.

Para tal é feito acompanhamento em consulta de hipocoagulação com:


- Avaliação e follow-up terapêutico (com teste analítico INR);
- Registo de eventos tromboembólicos e/ou hemorrágicos;
- Controlo da adesão à terapêutica;
- Ensino sobre precauções e cuidados a ter;
- Esclarecimento de dúvidas.

Consulta destinada a utentes com necessidade de tomar medicamentos hipocogulantes. Efetua-se por referenciação hospitalar ou do médico de família e mediante agendamento.

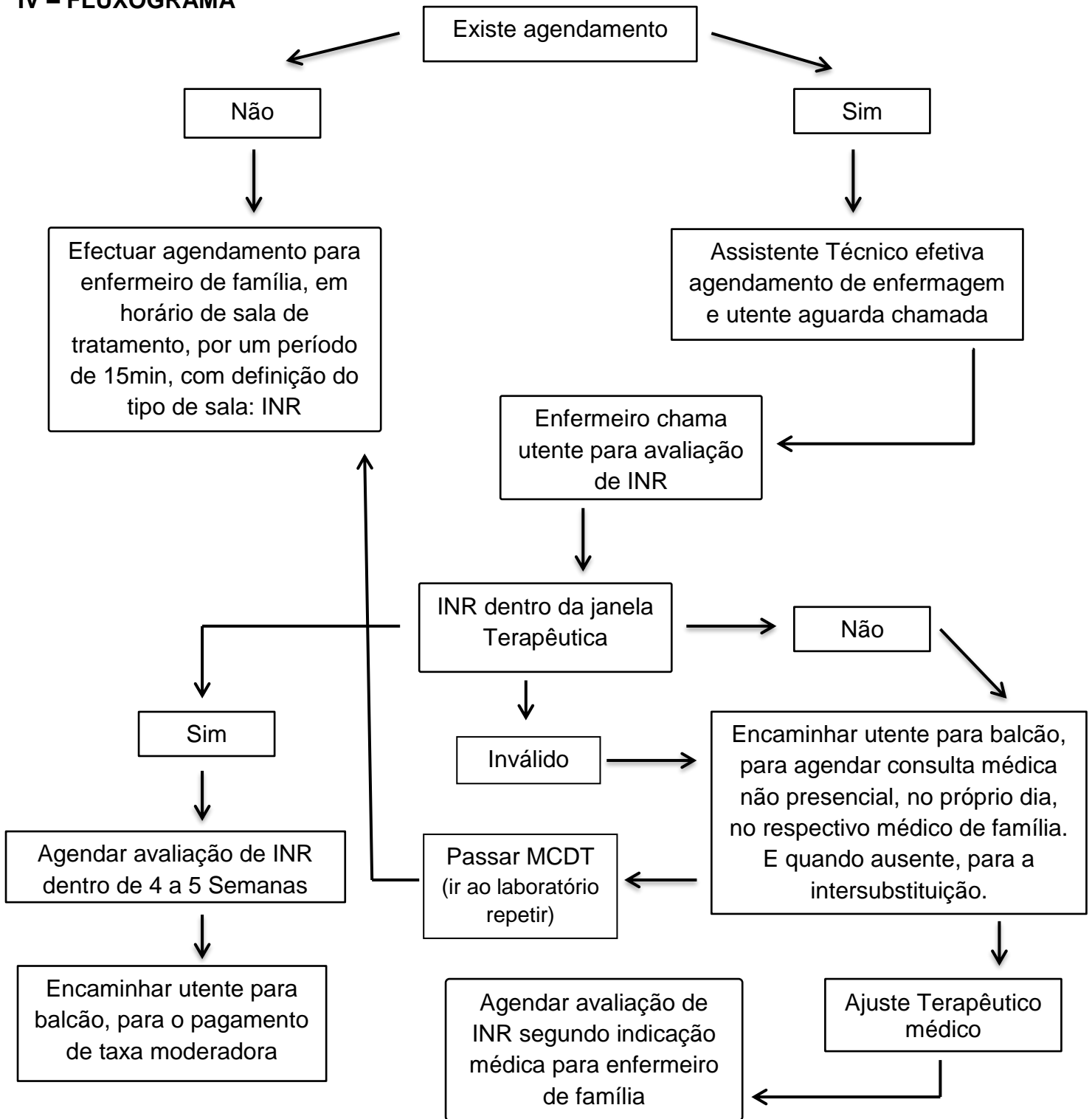
III – OBJETIVOS

Este procedimento pretende constituir uma ferramenta orientadora para a equipa administrativa, de enfermagem e médica, que visa ser um instrumento de trabalho por forma a uniformizar os registos/procedimentos a nível do SClínico®, com base em requisitos explícitos de boas práticas, para a melhoria dos cuidados prestados pela USF Ossónoba.


ELABORADO	REVISTO	APROVADO	PRÓXIMA REVISÃO	PÁGINA
Ana Lúcia / Inês Lourenço Andreia Strecht		CG_29_11_2018	Novembro_2021	1

	<h2>PROCEDIMENTO</h2>	CÓDIGO:010
		DATA:15/11/2018
		VERSÃO N.º:1
		REVISÃO N.º:
IDENTIFICAÇÃO: Gestão da doença de Hipocoagulados com antagonistas da vitamina K		
ÂMBITO: UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR OSSÓNOMA		

IV – FLUXOGRAMA



ELABORADO	REVISTO	APROVADO	PRÓXIMA REVISÃO	PÁGINA
Ana Lúcia / Inês Lourenço Andreia Strecht		CG_29_11_2018	Novembro_2021	2

	PROCEDIMENTO	CÓDIGO:010
		DATA:15/11/2018
		VERSÃO N.º:1
		REVISÃO N.º:
IDENTIFICAÇÃO: Gestão da doença de Hipocoagulados com antagonistas da vitamina K		
ÂMBITO: UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR OSSÓNOBA		


V – PROCEDIMENTOS ADMINISTRATIVOS

- 1 – Agendar ato de enfermagem, por periodo de 15 min, com definição INR, conforme indicação médica/enfermagem;
- 2 - Ativar para o respetivo enfermeiro de família;
- 3 – Agendar e ativar no SINUS, como consulta não presencial (CNP) para o médico de família, conforme indicação dos enfermeiros;
- 4 – Agendamento do próximo ato de enfermagem conforme indicação médica/enfermagem.

VI - PROCEDIMENTO ENFERMAGEM

- 1 - Abrir contato definindo o local (Centro de Saúde) e a Proveniência (ato de enfermagem).
2. Definir Tipo de contato (consulta de enfermagem) e selecionar Programas Activos correspondentes (Saúde Adulto ou P.N. Saúde das Pessoas Idosas e Hipocoagulados).
3. Depois de aberta a consulta, deve-se associar os respetivos Programas se tal ainda não estiver feito.
4. No Processo, deve-se executar as **Intervenções de Diagnóstico**:
 - ◆ Monitorizar INR (índice internacional normalizado);
 - ◆ Avaliar hemorragia;
 - ◆ Monitorizar Tensão Arterial – Atribuir valor tensional, ativar e validar o diagnóstico sugerido;
 - ◆ Avaliar adesão à vacinação (consultar procedimento relativo à Vacinação);
 - ◆ Monitorizar Uso do Tabaco, atribuir o horário, registar valores, ativar o diagnóstico sugerido e selecionar a intervenção “Avaliar uso de Tabaco”;
 - ◆ Monitorizar Índice de massa corporal – Ativar diagnóstico sugerido pelo sistema – Atribuir horário às intervenções sugeridas face ao foco/diagnóstico que se considere importantes para o utente em avaliação.

ELABORADO	REVISTO	APROVADO	PRÓXIMA REVISÃO	PÁGINA
Ana Lúcia / Inês Lourenço Andreia Strecht		CG_29_11_2018	Novembro_2021	3

	PROCEDIMENTO	CÓDIGO:010
		DATA:15/11/2018
		VERSÃO N.º:1
		REVISÃO N.º:
IDENTIFICAÇÃO: Gestão da doença de Hipocoagulados com antagonistas da vitamina K		
ÂMBITO: UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR OSSÓNIBA		

Focos de Atenção e Diagnóstico:

◆ Metabolismo energético – Ativar foco e atribuir horário às intervenções, selecionar as intervenções e atribuir horário:

- Avaliar risco de diabetes tipo 2
- Monitorizar altura;
- Monitorizar peso corporal;
- Monitorizar perímetro abdominal;
- Monitorizar índice de massa corporal.

◆ Avaliar Gestão do Regime terapêutico – Selecionar itens adequados ao utente; Ativar Diagnóstico sugerido pelo sistema; Atribuir horário às intervenções sugeridas face ao foco/diagnóstico que se considere pertinentes

- Avaliar adesão ao regime dietético;
- Avaliar adesão ao regime medicamentoso.


◆ Monitorizar uso de tabaco, atribuir horário, registar valores, ativar foco sugerido e seleccionar Avaliar uso de Tabaco e preencher o quadro respetivo.

◆ Monitorizar uso do álcool, atribuir horário, registar valores, ativar foco sugerido e seleccionar Avaliar uso de Alcool e preencher o quadro respetivo.

◆ Nas Prescrições – Atitudes Terapêuticas – selecionar e atribuir horário nas seguintes intervenções:

- Avaliação de Tensão Arterial;
- Colheita de Sangue.

ELABORADO	REVISTO	APROVADO	PRÓXIMA REVISÃO	PÁGINA
Ana Lúcia / Inês Lourenço Andreia Strecht		CG_29_11_2018	Novembro_2021	4


	PROCEDIMENTO	CÓDIGO:010
		DATA:15/11/2018
		VERSÃO N.º:1
		REVISÃO N.º:
IDENTIFICAÇÃO: Gestão da doença de Hipocoagulados com antagonistas da vitamina K		
ÂMBITO: UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR OSSÓNOMA		

VII – PROCEDIMENTOS MÉDICOS

- ◆ Registrar como consulta não presencial – encaminhado pelo enfermeiro, se necessário, para ajuste terapêutico;
- ◆ Efetuar registo de ajuste terapêutico de acordo com o valor da análise de INR e de acordo com o intervalo definido;
- ◆ Orientar quanto ao agendamento da análise seguinte com o enfermeiro de família.

ELABORADO	REVISTO	APROVADO	PRÓXIMA REVISÃO	PÁGINA
Ana Lúcia / Inês Lourenço Andreia Strecht		CG_29_11_2018	Novembro_2021	5

ANEXO 8 – PROCEDIMENTO DE GESTÃO DA DOENÇA DE DIABETES

	PROCEDIMENTO	CÓDIGO:009
		DATA:08/10/2018
		VERSÃO Nº:1
		REVISÃO N.º:
IDENTIFICAÇÃO: Gestão da Doença de Diabetes		
ÂMBITO: UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR OSSÓNOBA		

I – INTRODUÇÃO


O Programa Nacional de Controlo da Diabetes existe, em Portugal, desde a década de setenta, tendo sido actualizado em 1992 pela então Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários e revisto em 1995, quando da reformulação das Administrações Regionais de Saúde e à luz de uma visão integradora entre cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares, sendo, portanto, um dos mais antigos programas nacionais de saúde pública.

Foram, assim, estabelecidos, sucessivamente, dois protocolos de colaboração no âmbito da diabetes, os quais, envolvendo simultaneamente o Ministério da Saúde, as pessoas com diabetes, a comunidade científica, a indústria farmacêutica, os distribuidores de produtos farmacêuticos e as farmácias, visaram a congregação de esforços na melhoria da acessibilidade das pessoas com diabetes aos dispositivos indispensáveis à sua auto vigilância.

A comissão de acompanhamento do programa nacional de controlo da diabetes criou, simultaneamente, o Guia do Diabético, como elemento responsabilizador do alcance de objectivos terapêuticos da pessoa com diabetes e várias normas de boas práticas profissionais na abordagem desta doença, nomeadamente no que se refere ao diagnóstico precoce e tratamento das suas principais complicações, como a cegueira por retinopatia diabética, a doença renal crónica terminal, a vasculopatia e neuropatia periféricas e as doenças cardiovasculares.

O programa nacional de prevenção e controlo da diabetes deve ser implementado numa óptica de intercepção e complementaridade com o Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre os Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida, o Programa Nacional de Prevenção e Controlos das Doenças Cardiovasculares, o Programa Nacional de Combate à Obesidade e a Plataforma Nacional Contra a Obesidade, visando prevenir o excesso de peso e a obesidade em todos os grupos etários da população.

ELABORADO	REVISTO	APROVADO	PRÓXIMA REVISÃO	PÁGINA
Ana Lúcia/Helga Parra/Ana Rolão		CG_8_11_18	Novembro_2021	1

	PROCEDIMENTO	CÓDIGO:009
		DATA:08/10/2018
		VERSÃO Nº:1
		REVISÃO N.º:
IDENTIFICAÇÃO: Gestão da Doença de Diabetes		
ÂMBITO: UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR OSSÓNOBA		

II - DEFINIÇÃO

A diabetes mellitus (DM) é uma doença crónica e ainda um fator de risco cardiovascular (RCV), acompanhando-se de elevada morbidade e mortalidade.

A DM é um grave e crescente problema de saúde mundial, atingindo todas as idades e todos os países. De fato, as alterações do estilo de vida que ocorreram no nosso país nos últimos 30 anos tiveram como consequência o aumento da prevalência da diabetes, principalmente a tipo 2.


A sua prevenção e controlo adequados levam a uma diminuição das complicações quer em frequência, quer em gravidade. De salientar, ainda, que a sua prevalência sofreu um grande acréscimo nos últimos 10 anos, rondando atualmente os 13%. Em termos de composição da taxa de prevalência de diabetes, 56% dos indivíduos com esta doença já havia sido diagnosticada e em 44% ainda não tinha sido diagnosticado. Tais fatos, obrigam à prestação de melhores cuidados e ao diagnóstico cada vez mais precoce do doente com diabetes para além de uma vigilância correta e articulada a nível dos cuidados de saúde primários, o que implica que a equipa de saúde médico, enfermeiro e assistente técnico funcione de um modo integrado e complementar.

III - OBJETIVOS

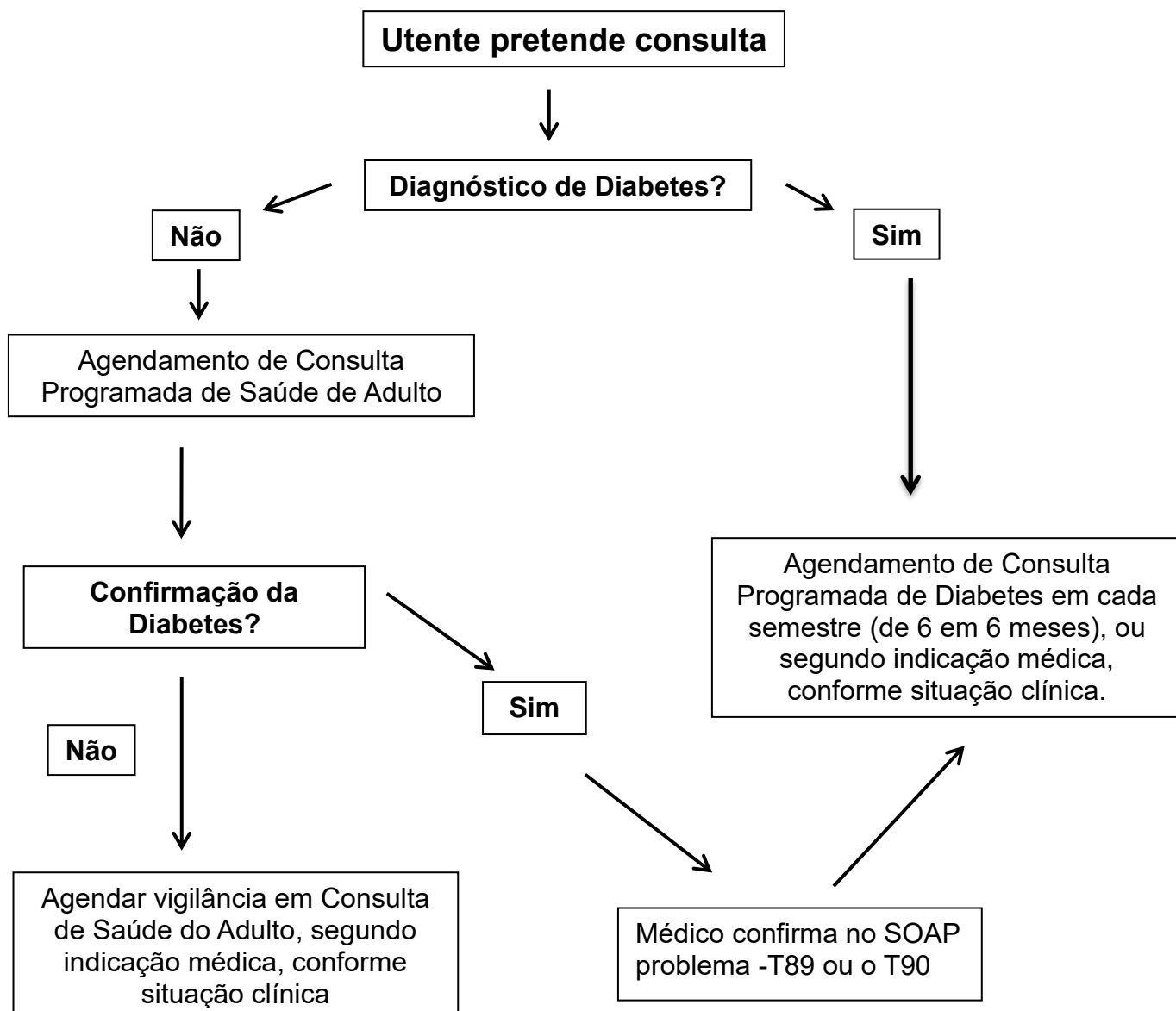
Este procedimento pretende constituir uma ferramenta orientadora para as equipas de administrativos, enfermagem e médica, na USF Ossónoba.

Visa ser um instrumento de trabalho por forma a uniformizar os registos/procedimentos a nível do Sclinico®, com base em requisitos explícitos de boas práticas, para a melhoria contínua dos cuidados prestados pela USF Ossónoba


ELABORADO	REVISTO	APROVADO	PRÓXIMA REVISÃO	PÁGINA
Ana Lúcia/Helga Parra/Ana Rolão		CG_8_11_18	Novembro_2021	2

	PROCEDIMENTO	CÓDIGO:009
		DATA:08/10/2018
		VERSÃO N.º:1
		REVISÃO N.º:
IDENTIFICAÇÃO: Gestão da Doença de Diabetes		
ÂMBITO: UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR OSSÓNOBA		

IV – FLUXOGRAMA



ELABORADO	REVISTO	APROVADO	PRÓXIMA REVISÃO	PÁGINA
Ana Lúcia/Helga Parra/Ana Rolão		CG_8_11_18	Novembro_2021	3

	PROCEDIMENTO	CÓDIGO:009
		DATA:08/10/2018
		VERSÃO Nº:1
		REVISÃO N.º:
IDENTIFICAÇÃO: Gestão da Doença de Diabetes		
ÂMBITO: UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR OSSÓNOBA		


V – PROCEDIMENTOS ADMINISTRATIVOS

1. Verificar se utente tem uma consulta de DM (Código 10 SA/Diab.) agendada por semestre.
2. Ativar consulta para o respetivo médico e enfermeiro de família, no Sinus® – assinalar como consulta de vigilância.
3. Agendamento da próxima consulta conforme indicação médica.
4. Proceder ao reagendamento de consultas que não foram efetuadas, segundo indicação médica.
5. Convocar utentes não cumpridores, segundo indicação médica/enfermagem.

VI – PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

1. Abrir contato definindo o local (Centro de Saúde) e a Proveniência (consulta médico de família).
2. Definir Tipo de contato (consulta de enfermagem) e selecionar Programas Activos correspondentes (Saúde Adulto ou P.N. Saúde das Pessoas Idosas e P.N. Diabetes).
3. Depois de aberta a consulta, deve-se associar os respetivos Programas se tal ainda não estiver feito.
4. No Processo, deve-se ativar os **Focos de Atenção e Diagnóstico**:
 - ◆ Metabolismo energético – Ativar foco, selecionar as intervenções e atribuir horário às intervenções:
 - Avaliar conhecimento sobre diabetes;
 - Monitorizar altura;
 - Monitorizar glicémia capilar;
 - Monitorizar hemoglobina glicosilada (Hba1c);
 - Monitorizar índice de massa corporal;
 - Monitorizar perímetro abdominal;
 - Monitorizar peso corporal;

ELABORADO	REVISTO	APROVADO	PRÓXIMA REVISÃO	PÁGINA
Ana Lúcia/Helga Parra/Ana Rolão		CG_8_11_18	Novembro_2021	4

	PROCEDIMENTO	CÓDIGO:009
		DATA:08/10/2018
		VERSÃO Nº:1
		REVISÃO N.º:
IDENTIFICAÇÃO: Gestão da Doença de Diabetes		
ÂMBITO: UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR OSSÓNIBA		


5. No Processo, deve-se executar as **Intervenções de Diagnóstico**:

- ◆ Avaliar diabetes, a fim de abrir o quadro do Programa Nacional de Diabetes, para posterior preenchimento: glicémia capilar; Hba1c; perímetro abdominal; peso corporal; tensão arterial e registar o risco de úlcera de pé diabético no respetivo quadro;
- ◆ Avaliar Gestão do Regime terapêutico – Selecionar itens adequados ao utente; Ativar Diagnóstico sugerido pelo sistema; Atribuir horário às intervenções sugeridas face ao foco/diagnóstico que se considere pertinentes.
 - Avaliar adesão ao regime de exercício;
 - Avaliar adesão ao regime dietético;
 - Avaliar adesão ao regime medicamentoso.
- ◆ Avaliar auto-vigilância registando se o utente realiza ou não a auto-vigilância conforme prescrito.
- ◆ Avaliar adesão à vacinação (consultar procedimento relativo à Vacinação).
- ◆ Nas Prescrições – Atitudes Terapêuticas – selecionar e atribuir horário nas seguintes intervenções:
 - Colheita de Sangue;
 - Avaliação de Tensão Arterial.
- ◆ Monitorizar uso de tabaco, atribuir horário, registar valores, ativar foco sugerido e seleccionar Avaliar uso de Tabaco e preencher o quadro respetivo.

VII – PROCEDIMENTOS MÉDICOS

1. Verificar se o utente tem o diagnóstico de Diabetes Mellitus (rubricas T89 ou T90 da ICPC-2) na lista de problemas, com estado ativo.
2. Garantir que o utente realiza pelo menos 2 consultas médicas de vigilância de diabetes durante

ELABORADO	REVISTO	APROVADO	PRÓXIMA REVISÃO	PÁGINA
Ana Lúcia/Helga Parra/Ana Rolão		CG_8_11_18	Novembro_2021	5

	<h2>PROCEDIMENTO</h2>	CÓDIGO:009
		DATA:08/10/2018
		VERSÃO Nº:1
		REVISÃO N.º:
IDENTIFICAÇÃO: Gestão da Doença de Diabetes		
ÂMBITO: UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR OSSÓNIBA		

os 12 meses que antecedem a data final do período em análise, sendo uma consulta em cada semestre. Estas consultas devem ter codificado T89 ou T90 na avaliação para ser válido.

3. O utente deve ter pelo menos 1 registo de pressão arterial registada em cada semestre. Validar sempre os valores de TA fazendo *duplo click* no valor para este passar a verde.

4. Deve ter um registo do IMC e do peso nos últimos 12 meses.

5. Deve ter um registo de estatura realizado após os 20 anos de idade ou nos 12 meses que antecedem a data do indicador.

6. O utente deve ter pelo menos 1 registo de resultado de hemoglobina A1C (MCDT com código A531.2) em cada semestre:

- ◆ A Hemoglobina A1c pode ser registada usando o módulo de análises, o módulo de diabetes, ou o módulo de MCDT; A data registada é a data realizada e pode ser registada até 30 dias após o final d período em análise.

- ◆ No módulo de análises, podem ser usadas a [Hemoglobina A1C], a [Hemoglobina A1c=Hemoglobina Glicosilada (Cromat.)] e a [Hemoglobina Glicosilada];

- ◆ No módulo de diabetes deve ser usado o campo [Hemoglobina A1C];

- ◆ No módulo de MCDT pode ser usado o MCDT 531.2, área A, HEMOGLOBINA A1c = HEMOGLOBINA GLICOSILADA (CROMAT.).

7. O utente deve ter pelo menos 1 registo de resultado de microalbuminúria, realizado durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise:

- ◆ A microalbuminúria pode ser registada usando o módulo de análises, o módulo de diabetes, o módulo de hipertensão, ou o módulo de MCDT;


- ◆ Módulo de análises: Análise 597.5, área A, "proteinúria em urina 24H" ;

- ◆ Módulo diabetes: "microalbuminúria"; "proteinúria";

- ◆ Módulo HTA: MCDT 597.5, área A, PROTEINAS PESQUISA NA URINA 24 HORAS (PROTEINÚRIA).

8. O utente deve ter pelo menos 1 registo de resultados de colesterol total (MCDT com código A410.3 ou com código A1029.9), colesterol HDL (MCDT com código A412.0) e triglicéridos (MCDT com código A620.3) realizados durante os 24 meses que antecedem a data final do período em

ELABORADO	REVISTO	APROVADO	PRÓXIMA REVISÃO	PÁGINA
Ana Lúcia/Helga Parra/Ana Rolão		CG_8_11_18	Novembro_2021	6


	PROCEDIMENTO	CÓDIGO:009
		DATA:08/10/2018
		VERSÃO Nº:1
		REVISÃO N.º:
IDENTIFICAÇÃO: Gestão da Doença de Diabetes		
ÂMBITO: UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR OSSÓNOBA		

análise. Podem ser registados quer no módulo de análises, quer no módulo de diabetes, quer no módulo de hipertensão. Apesar de poderem ser registados no módulo de MCDT, não são daí lidos pelo SIARS.

VIII – CHEK LIST INDICADORES DIABETES

INDICADORES
Indicador 039 – Proporção de DM com última HgbA1c <= 8,0%
<ul style="list-style-type: none"> HgbA1c registado na tabela de MCDT (Código A531.2) ou em campo próprio no módulo de diabetes, no último semestre; A Última HgbA1c registada no semestre é a analisada.
Indicador 261 – Proporção de utentes com Diabetes Mellitus com registo de risco de ulceração do pé no último ano
<ul style="list-style-type: none"> Avaliação do risco de úlcera diabética registado no módulo de diabetes; Registo por qualquer médico, interno ou enfermeiro da unidade de saúde; Avaliação pelo menos 1 vez por ano.
Indicador 274 – Proporção de utentes com diabetes tipo 2 e indicação para insulinoaterapia, a fazer terapêutica adequada
<ul style="list-style-type: none"> Último registo de HgbA1c > 9% ou a média de resultados HbA1c >9% nos últimos 12 meses; Pelo menos 1prescrição de insulina nos últimos 12 meses; Pelo menos 1 insulina nos últimos 12 meses.
Indicador 275 – Proporção de utentes com novo diagnóstico de DM2 que iniciam terapêutica com metformina em monoterapia
<ul style="list-style-type: none"> Primeira vez que se insere T90 nos problemas ativos (corrigir data de inicio do diagnóstico nos problemas ativos); Só são contabilizados utentes com prescrição de fármacos;

ELABORADO	REVISTO	APROVADO	PRÓXIMA REVISÃO	PÁGINA
Ana Lúcia/Helga Parra/Ana Rolão		CG_8_11_18	Novembro_2021	7

	PROCEDIMENTO	CÓDIGO:009
		DATA:08/10/2018
		VERSÃO Nº:1
		REVISÃO N.º:
IDENTIFICAÇÃO: Gestão da Doença de Diabetes		
ÂMBITO: UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR OSSÓNOBA		

- 1ª Prescrição de antidiabéticos orais ----> metformina em monoterapia;
- Não prescrição de outros antidiabéticos orais nos 30 dias seguintes.

Indicador 350 - Custo com terapêutica do doente com Diabetes Mellitus


- Somatório do PVP de medicamentos ou de dispositivos médicos relacionados com a Diabetes Mellitus: antidiabéticos não insulínicos; insulinas; tiras de glicemia; agulhas de doseamento de glicemia, agulhas de insulina;
- Prescrito por qualquer médico ou interno da unidade;
- T89 ou T90 na lista de problemas, com o estado de "ativo".

Indicador 351 - Custo com terapêutica do doente com Diabetes Mellitus controlado

- Despesa média, nos doentes com Diabetes Mellitus controlada com: antidiabéticos não insulínicos; insulinas; tiras de glicemia; agulhas de doseamento de glicemia; agulhas de insulina;
- Prescrito por qualquer médico ou interno da unidade;
- T89 ou T90 na lista de problemas, com o estado de "ativo";
- Pelo menos 1 registo de HbA1c no último semestre;
- O último registo de HbA1c \leq 8%.

ELABORADO	REVISTO	APROVADO	PRÓXIMA REVISÃO	PÁGINA
Ana Lúcia/Helga Parra/Ana Rolão		CG_8_11_18	Novembro_2021	8

ANEXO 9 – PROCEDIMIENTO DE SALA DE TRATAMENTOS

	PROCEDIMENTO	CÓDIGO: 018
		DATA: 08/11/2018
		VERSÃO N.º: 1
		REVISÃO N.º:
IDENTIFICAÇÃO: Sala de Tratamentos		
ÂMBITO: UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR OSSÓNOBA		

I – INTRODUÇÃO

Os cuidados de saúde aqui prestados são transversais a todos os programas, mas, pela sua especificidade e forte impacto na USF em custos laborais e materiais, dá-se um tratamento individualizado.

A sala de tratamentos tem um papel fundamental na prestação de cuidados de saúde (curativos/paliativos) e pode e deve desempenhar ainda uma função não menos importante no aconselhamento e educação dos utentes, sendo por vezes o primeiro contacto dos utentes com a USF Ossónoba. Estes cuidados preventivos e curativos, resultantes de situações agudas ou crónicas, têm como objetivo melhorar a qualidade de vida e também ajudar o utente/família a aproveitar ao máximo as suas capacidades funcionais, qualquer que seja o seu estado de saúde. Estes fazem parte da prática diária na USF, estando estabelecido na respetiva unidade, vários períodos para a realização dos mesmos, o mais atempadamente possível.


A marcação de tratamentos/injetáveis proceder-se-á por atendimento presencial ou telefone, entre as 8 horas e as 20 horas, desde que exista um número suficiente de assistentes técnicos que permitam assegurar este atendimento, sem comprometer o atendimento presencial.

II - DEFINIÇÃO:

O ato do enfermeiro na sala de tratamentos consiste na avaliação diagnóstica, prognóstica, de prescrição, execução e avaliação, das intervenções, técnicas e medidas terapêuticas de enfermagem, relativas à prevenção, promoção, manutenção, reabilitação, palição e recuperação das pessoas, grupos ou comunidades, no respeito pelos valores éticos e deontológicos da profissão.

Consideram-se autónomas as ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais e

ELABORADO	REVISTO	APROVADO	PRÓXIMA REVISÃO	PÁGINA
Ionela Cojocar/ Susana Vicente/ / Ana Rolão		CG_29_11_2018	Novembro_2021	1

	PROCEDIMENTO	CÓDIGO: 018
		DATA: 08/11/2018
		VERSÃO N.º: 1
		REVISÃO N.º:
IDENTIFICAÇÃO: Sala de Tratamentos		
ÂMBITO: UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR OSSÓNOMA		


interdependentes as ações realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respetivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingirem um objetivo comum, decorrentes de planos de ação previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas.

Não obstante estas premissas, estabelecem-se alguns pressupostos que devem ser atendidos, de modo a permitir uma prestação de cuidados organizada e segura.

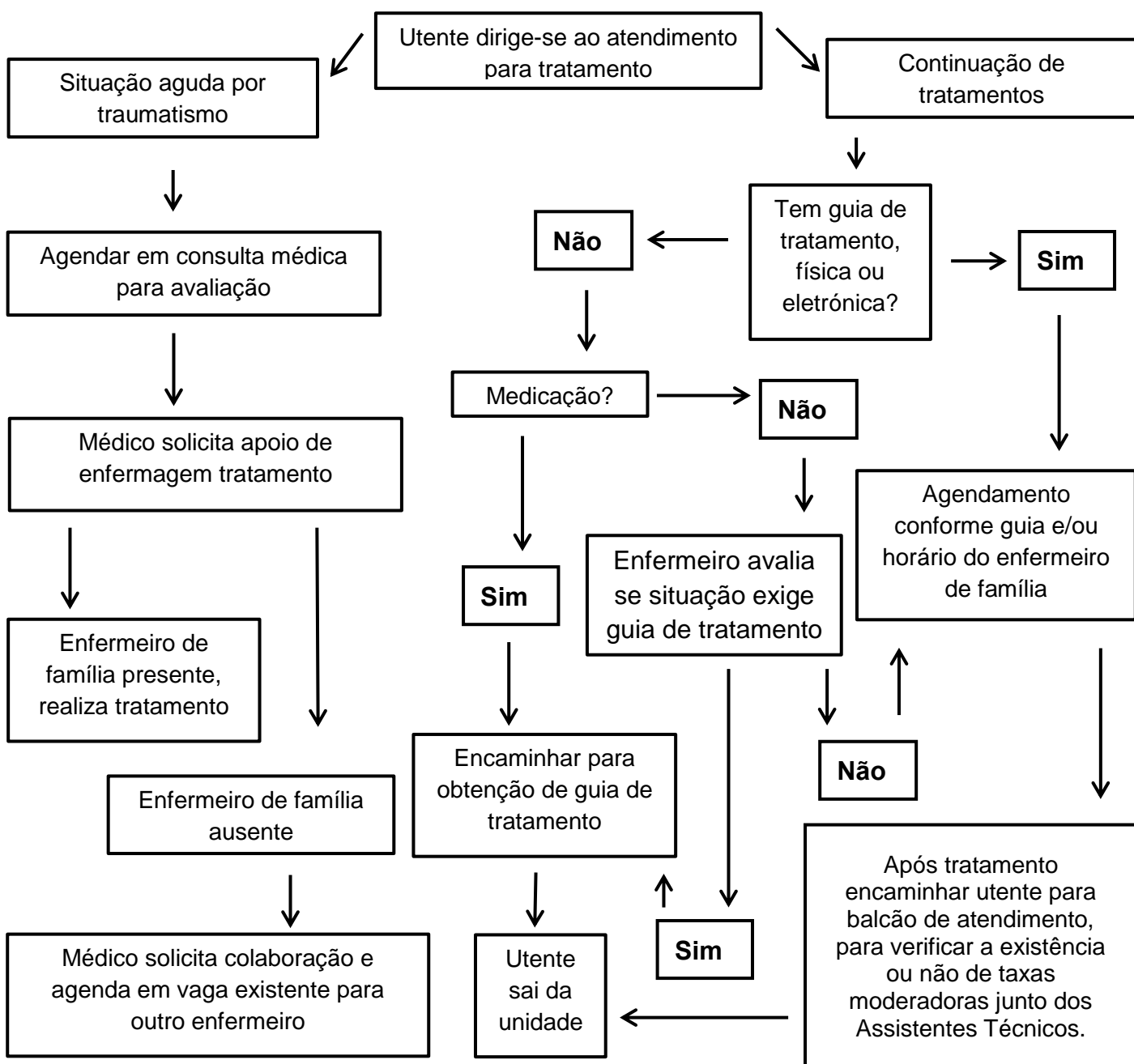
III – OBJETIVOS

Este procedimento pretende constituir uma ferramenta orientadora para a equipa administrativa, de enfermagem e médica, que visa ser um instrumento de trabalho por forma a uniformizar os registos/procedimentos a nível do SClínico®, com base em requisitos explícitos de boas práticas, para a melhoria dos cuidados prestados pela USF Ossónoba.


ELABORADO	REVISTO	APROVADO	PRÓXIMA REVISÃO	PÁGINA
Ionela Cojocar/ Susana Vicente/ / Ana Rolão		CG_29_11_2018	Novembro_2021	2

	PROCEDIMENTO	CÓDIGO: 018
		DATA: 08/11/2018
		VERSÃO N.º: 1
		REVISÃO N.º:
IDENTIFICAÇÃO: Sala de Tratamentos		
ÂMBITO: UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR OSSÓNOMA		

IV – FLUXOGRAMA



ELABORADO	REVISTO	APROVADO	PRÓXIMA REVISÃO	PÁGINA
Ionela Cojocar/ Susana Vicente/ / Ana Rolão		CG_29_11_2018	Novembro_2021	3

	PROCEDIMENTO	CÓDIGO: 018
		DATA:08/11/2018
		VERSÃO N.º:1
		REVISÃO N.º:
IDENTIFICAÇÃO: Sala de Tratamentos		
ÂMBITO: UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR OSSÓNOMA		


V – PROCEDIMENTOS ADMINISTRATIVOS

- 1 – Agendar e efetivar o primeiro tratamento/injetável, para o enfermeiro de família ou outro que o substitua em caso de ausência, como consulta de enfermagem;
- 2 – Efetivar tratamento/injetável para o enfermeiro, no SClínico®, como ato de enfermagem;
- 3 – Agendamento do próximo tratamento/injetável, como ato de enfermagem, conforme indicação, para o enfermeiro de família ou outro que o substitua na sua ausência, em horário de sala de tratamentos;

VI - PROCEDIMENTO ENFERMAGEM

- 1 - Abrir contato definindo o local (Centro de Saúde/Domicílio) e a Proveniência;
2. Definir Tipo de contato (ato/consulta de enfermagem) e selecionar Programas Ativos correspondentes (Saúde Adulto ou P.N. Saúde das Pessoas Idosas ou Saúde Infantil – dos 0 aos 13 anos /Saúde juvenil – dos 13 aos 18 anos inclusive e Tratamentos Feridas/Úlceras);
 - Sempre que for um primeiro tratamento deverá ser consulta de enfermagem;
3. Depois de aberta a consulta, deve-se associar os respetivos Programas se tal ainda não estiver feito;
4. No Processo, deve-se ativar os focos pertinentes, de acordo com a situação clínica do utente: ferida, queimadura, úlcera – originando os respetivos diagnósticos, exemplo (escrever ferida e selecionar em seguida o tipo de ferida “cirúrgica”, “traumática”, “neoplásica”);
5. Selecionar as intervenções sugeridas face ao foco / diagnostico (ex. "executar tratamento" e "vigiar penso de ferida");
6. Caso esteja selecionado “Executar tratamento“, descrever o tratamento de feridas em local próprio;
7. Para atos interdependentes tal como medicação e atitudes terapêuticas, selecionar “prescrição

ELABORADO	REVISTO	APROVADO	PRÓXIMA REVISÃO	PÁGINA
Ionela Cojocar/ Susana Vicente/ / Ana Rolão		CG_29_11_2018	Novembro_2021	4

	PROCEDIMENTO	CÓDIGO: 018
		DATA: 08/11/2018
		VERSÃO N.º: 1
		REVISÃO N.º:
IDENTIFICAÇÃO: Sala de Tratamentos		
ÂMBITO: UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR OSSÓNOMA		

médicas”, inserir o nome do medicamento e as atitudes terapêuticas que forem adequadas (nunca esquecer de registar em observações a origem da prescrição);

8. Quando do último tratamento o enfermeiro deve avaliar e dar termo de todas as intervenções, diagnósticos e focos agregados ao tratamento;

VI – PROCEDIMENTOS MÉDICOS


As ações interdependentes realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respetivas qualificações profissionais, em conjunto com os médicos, manifestam a necessidade de uma prescrição terapêutica. Pelo qual, o médico aquando da sua prescrição deve ir:

1. Guia de tratamento:
 - ◆ Atitudes terapêuticas – selecionar o ato de acordo com a situação clínica do utente
 - ◆ Prescrição de terapêutica – para a administração de fármacos

Deve-se enviar guia interna na plataforma e imprimir guia em papel.

ELABORADO	REVISTO	APROVADO	PRÓXIMA REVISÃO	PÁGINA
Ionela Cojocar/ Susana Vicente/ / Ana Rolão		CG_29_11_2018	Novembro_2021	5

ANEXO 10 – PROCEDIMENTO DE VACINAÇÃO

	PROCEDIMENTO	CÓDIGO:014
		DATA:08/11/2018
		VERSÃO N.º:1
		REVISÃO N.º:
IDENTIFICAÇÃO: Vacinação		
ÂMBITO: UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR OSSÓNIBA		

I - INTRODUÇÃO:

A atualização do Programa Nacional de Vacinação (PNV) 2017, aprovada pelo Despacho n.º 10441/2016 do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, de 9 de agosto de 2016 e publicado no Diário da República, 2ª série, n.º 159, de 19 de agosto de 2016, entrou em vigor em janeiro de 2017. O PNV aplica-se, gratuitamente, a todos os utentes do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Recomendam-se diferentes esquemas de vacinação, em função da idade e do estado vacinal anterior e ainda esquemas específicos para grupos de risco ou em circunstâncias especiais. Paralelamente, existem vacinas, extra PNV, que carecem obrigatoriamente de prescrição médica.

II - DEFINIÇÃO:

A vacinação é considerada um método eficaz no combate a doenças infectocontagiosas. Ainda que haja implementação de um PNV em Portugal, um dos aspetos mais importantes para que cumpra os seus objetivos é garantir a segurança, a estabilidade e o poder imunológico das vacinas administradas, pelo que se torna imperioso a organização, a implementação e a manutenção de um sistema eficaz, fiável e controlável.

Esta Unidade de Saúde Familiar (USF) otimizará todas as oportunidades para iniciar e atualizar esquemas de vacinação dispondo também de períodos diários de atendimento para esse efeito.

III – OBJETIVOS

Este procedimento pretende constituir uma ferramenta orientadora para a equipa administrativa, de enfermagem e médica, que visa ser um instrumento de trabalho por forma a uniformizar os registos/procedimentos a nível do SClínico®, com base em requisitos explícitos de boas práticas, para a melhoria dos cuidados prestados pela USF Ossónoba.

ELABORADO	REVISTO	APROVADO	PRÓXIMA REVISÃO	PÁGINA
Ionela Cojocar/ Luís Pimenta/ Cristina Lima		CG_29/11/2018	Novembro_2021	1



PROCEDIMENTO

CÓDIGO:014

DATA:08/11/2018

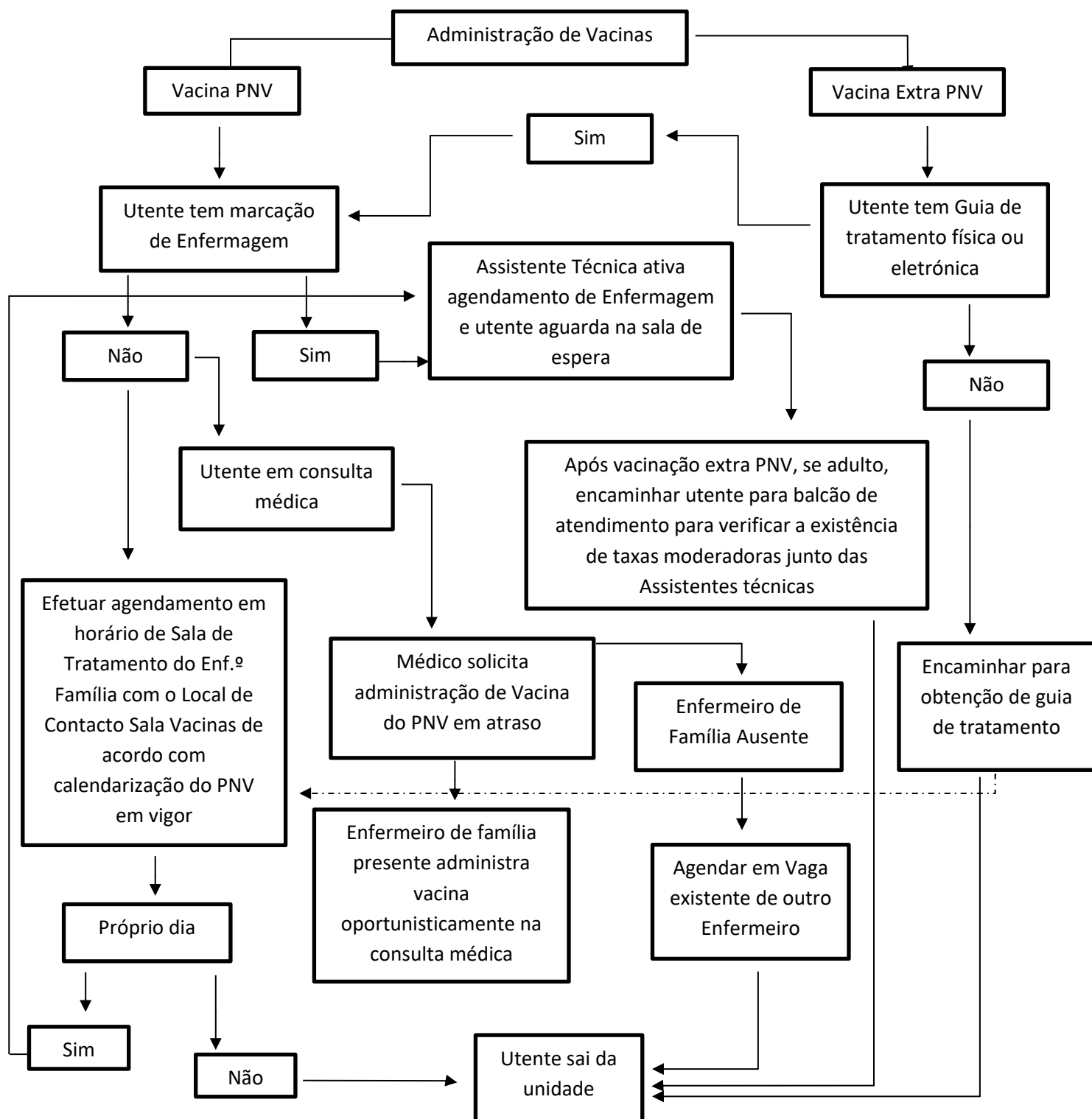
VERSÃO N.º:1

REVISÃO N.º:


IDENTIFICAÇÃO: Vacinação

ÂMBITO: UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR OSSÓNIBA

IV – FLUXOGRAMA



ELABORADO	REVISTO	APROVADO	PRÓXIMA REVISÃO	PÁGINA
Ionela Cojocar/ Luís Pimenta/ Cristina Lima		CG_29/11/2018	Novembro_2021	2

	PROCEDIMENTO	CÓDIGO:014
		DATA:08/11/2018
		VERSÃO N.º:1
		REVISÃO N.º:
IDENTIFICAÇÃO: Vacinação		
ÂMBITO: UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR OSSÓNOBA		


V – PROCEDIMENTOS ADMINISTRATIVOS

- 1 – Agendar para o enfermeiro de família, em horário de sala de tratamentos (15-30 min);
- 2 – Ativar no SClínico® as vacinas para o respetivo enfermeiro de família, como ato de enfermagem;
- 3 – Agendamento da próxima vacina conforme indicação de enfermagem.

VI - PROCEDIMENTO ENFERMAGEM

- 1 - Abrir contato definindo o local (Centro de Saúde/Domicílio) e a Proveniência;
2. Definir Tipo de contato (ato/consulta de enfermagem) e selecionar Programas Ativos correspondentes (Saúde Adulto ou Saúde Infantil – dos 0 aos 13 anos /Saúde juvenil – dos 13 aos 18 anos inclusive);
3. Depois de aberta a consulta, deve-se associar os respetivos Programas se tal ainda não estiver feito;
4. No Processo, deve-se executar as **Intervenções de Diagnóstico**:
 - ◆ Avaliar adesão à vacinação:
 - Realizar as atividades de diagnóstico: cumpre ou não cumpre e efetuar as avaliações encadeadas sugeridas pelo sistema;
 - Posteriormente ativar o diagnóstico e selecionar as intervenções sugeridas, atribuindo-lhe um horário;
 - Se o utente não cumpre as vacinas – deve selecionar a intervenção: incentivar adesão à vacinação, administrar vacina, vigiar resposta/reação à vacina no local e ensinar sobre resposta/reação à vacina e planejar vacinação;
 - Se recusa a vacina fazer o registo no e-Vacinas que recusa.

ELABORADO	REVISTO	APROVADO	PRÓXIMA REVISÃO	PÁGINA
Ionela Cojocar/ Luís Pimenta/ Cristina Lima		CG_29/11/2018	Novembro_2021	3

	PROCEDIMENTO	CÓDIGO:014
		DATA:08/11/2018
		VERSÃO N.º:1
		REVISÃO N.º:
IDENTIFICAÇÃO: Vacinação		
ÂMBITO: UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR OSSÓNOBA		

♦ As vacinas devem ser registadas no e-Vacinas, na plataforma da Registo de Saúde Eletrónico (RSE). O SIARS apenas faz leitura de informação contida nesta base de dados. No e-Vacinas selecionar a vacina a administrar e preencher os campos solicitados:

- Escolher a vacina pretendida e inserir data, nº de Inoculação (obrigatório)
- A designação comercial da vacina, o lote e o local de administração são de preenchimento obrigatório, mas pode ser assumido como desconhecido.


5. Para as **Vacinas extra PNV**

- ♦ Escolher o separador: medicação e inserir a vacina em causa;
- ♦ Selecionar via de administração;
- ♦ Atribuir horário conforme se trate de dose única ou caso necessite de reforço;
- ♦ Nas especificações poderá ser registado esquema prescrito, médico prescriptor, e outras informações consideradas pertinentes;
- ♦ O registo de vacinas da gripe do SNS administradas a utentes menores de 65 anos ou Prevenar13 também do SNS, administradas a maiores de 18 anos deverá ser acompanhado do motivo da vacinação no campo das observações destinado para o efeito de registo no e-Vacinas.

6. Para a **Transcrição de boletins de vacinação**

- ♦ No e-Vacinas selecionar: transcrever histórico;
- ♦ Escolher a vacina pretendida e inserir data, Nº de Inoculação (obrigatório);
- ♦ A designação comercial da vacina, o lote e o local de administração são de preenchimento obrigatório, mas pode ser assumido como desconhecido;
- ♦ O e-Vacinas apenas permite a inserção de um registo/vacina de cada vez. Assim deve-se repetir o processo tantas vezes quanto necessário;
- ♦ Recomenda-se que, em cada vacina seja registado em observações o texto: “Transcrição de boletim de vacinas e identificar o país”.

ELABORADO	REVISTO	APROVADO	PRÓXIMA REVISÃO	PÁGINA
Ionela Cojocar/ Luís Pimenta/ Cristina Lima		CG_29/11/2018	Novembro_2021	4

	PROCEDIMENTO	CÓDIGO:014
		DATA:08/11/2018
		VERSÃO N.º:1
		REVISÃO N.º:
IDENTIFICAÇÃO: Vacinação		
ÂMBITO: UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR OSSÓNÓBA		

7. Para a **Não Vacinação – Recusa/Imunização/Contraindicação**

- ◆ Selecionar o separador: Mais ações;
- ◆ Registrar: Não Vacinação;
- ◆ Selecionar vacina;
- ◆ Escolher motivo de não vacinação (Recusa/Imunização/Contraindicação);
- ◆ Escolher detalhe do motivo;
- ◆ Indicar data de início;
- ◆ Indicar, caso se aplique, data de fim.

8. Para **Reações adversas/ reação anafilática**


Em caso de reação esta deverá ser registada no SClínico® e e-Vacinas, nos campos destinados a esse efeito bem como no Boletim individual de Saúde.

- ◆ No e-Vacinas, ao lado do registo da vacina, encontra-se um campo: reações adversas. Nesse campo selecionar, as reações adversas à administração da vacina.
- ◆ No SClínico®, deverá registar-se na intervenção: vigiar resposta/reacção à vacina.

VII – PROCEDIMENTOS MÉDICOS

No SClínico® o médico deve verificar na opção vacinação do RSE, se o utente tem as vacinas atualizadas ou em atraso. Caso necessário atualizar, encaminhar para equipa de enfermagem.

ELABORADO	REVISTO	APROVADO	PRÓXIMA REVISÃO	PÁGINA
Ionela Cojocar/ Luís Pimenta/ Cristina Lima		CG_29/11/2018	Novembro_2021	5


	PROCEDIMENTO	CÓDIGO:014
		DATA:08/11/2018
		VERSÃO N.º:1
		REVISÃO N.º:
IDENTIFICAÇÃO: Vacinação		
ÂMBITO: UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR OSSÓNOMA		

VIII – CHEK LIST INDICADORES

INDICADORES
Indicador 93 - Proporção de crianças com 2 anos, com PNV cumprido ou em execução à data de referência do indicador
<ul style="list-style-type: none"> PNV totalmente cumprido às 0h do dia em que completam os 2 anos de idade (com registo no e-Vacinas). As datas de inoculação devem ser prévias a este momento, podendo as datas de registos ir até à data de referência do indicador.
Indicador 94 - Proporção de crianças com 7 anos, com PNV cumprido ou em execução à data de referência do indicador
<ul style="list-style-type: none"> PNV cumprido ou em execução nas crianças que completam os 7 anos de idade, com inscrição ativa na USF (com registo no e-Vacinas).
Indicador 95 - Proporção de jovens com 14 anos, com PNV cumprido ou em execução à data de referência do indicador
<ul style="list-style-type: none"> PNV cumprido ou em execução nas crianças que completam os 14 anos de idade (com inscrição ativa na USF).
Indicador 98-Proporção de utentes com 25 ou mais anos, que têm a vacina antitetânica atualizada
<ul style="list-style-type: none"> As vacinas devem ser registadas no e-Vacinas, na plataforma do RSE. O SIARS apenas faz leitura de informação contida nesta base de dados. Contabilizam-se todas as vacinas registadas, independentemente do titular do registo pertencer ou não à USF. Para efeitos do cumprimento deste indicador, aceita-se o [registo simplificado] da 3ª dose ou superior nos últimos 10 ou 20 anos consoante a idade.
Indicador 30 – Proporção de utentes com diabetes ou com doença respiratória crónica ou com doença cardíaca crónica ou com idade superior a 65 anos, com a vacina da gripe prescrita ou efetuada nos últimos 12 meses
<ul style="list-style-type: none"> A proporção de utentes com a vacina da gripe com pelo menos uma prescrição de vacina da gripe nos últimos 12 meses de entre inscritos com diabetes ou com doença respiratória crónica ou com doença cardíaca crónica ou com idade superior a 65 anos.

ELABORADO	REVISTO	APROVADO	PRÓXIMA REVISÃO	PÁGINA
Ionela Cojocar/ Luís Pimenta/ Cristina Lima		CG_29/11/2018	Novembro_2021	6

ANEXO 11 – PROCEDIMIENTO DE VISITA DOMICILIÁRIA

	PROCEDIMENTO	CÓDIGO: 012
		DATA:08/11/2018
		VERSÃO N.º:1
		REVISÃO N.º:
IDENTIFICAÇÃO: VISITA DOMICILIÁRIA		
ÂMBITO: UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR OSSÓNOBA		

I - INTRODUÇÃO

A visita domiciliária (VD) constitui uma forma de garantir uma melhor acessibilidade aos cuidados de saúde primários e é talvez uma das mais importantes áreas de trabalho, uma vez que nos permite de forma concreta e efectiva ir ao encontro das reais necessidades de cuidados de cada indivíduo/família. Todavia, é necessário racionalmente utilizar os recursos existentes de modo a atingir elevados ganhos em saúde.

II – DEFINIÇÃO

De acordo com a Portaria 1368/2007, entende-se por domicílio, a habitação permanente do doente, excluindo-se lares, casas de repouso, IPSS, e outros locais semelhantes, pois essas entidades possuem profissionais contratados nos seus quadros.


O domicílio deverá estar na respectiva área geográfica de influência da USF Ossónoba. Deste modo, este tipo de serviço é especialmente dirigido a utentes inscritos que residam na área geográfica de influência da USF com doença progressiva e/ou incapacitante, com algum grau de dependência, dificuldade de locomoção, acamados, ou com incapacidade temporária (pós-operatório ou acidentados) para deslocação à USF.

Os cuidados no domicílio devem ser uma das áreas básicas e prioritárias de atuação das equipas de saúde, de forma a garantir acessibilidade de cuidados de saúde a todos e tem critérios definidos de marcação e de prioridade, que estão directamente relacionados com o grau de dependência do utente inscrito.

Realiza-se de segunda a sexta-feira nos horários definidos para cada equipa. Em caso de ausência de equipa de família, e avaliado caso a caso, o utente poderá ser avaliado por outra equipa.

A visita domiciliária é um instrumento de realização de cuidados no domicílio, sendo constituído por ações que permitem o cuidado a pessoas com alguma alteração no seu estado de saúde ou para realizar atividades preventivas associadas aos programas de saúde.

ELABORADO	REVISTO	APROVADO	PRÓXIMA REVISÃO	PÁGINA
Ana Rita/ Helga Santos/ Cristina Lima		CG_29_11_2018	Novembro_2021	1

	PROCEDIMENTO	CÓDIGO: 012
		DATA:08/11/2018
		VERSÃO N.º:1
		REVISÃO N.º:
IDENTIFICAÇÃO: VISITA DOMICILIÁRIA		
ÂMBITO: UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR OSSÓNOMA		

Distinguimos dois tipos de visita domiciliária:


- Visita domiciliária com objectivo preventivo - Visa assegurar a vigilância de saúde do utente incapaz de se deslocar à USF; prevenir complicações da imobilidade/ alectuamento - úlceras de pressão, desidratação, entre outros; instruir/educar prestadores de cuidados informais.
- Visita domiciliária com objectivo curativo - Visa assegurar cuidados de enfermagem, nomeadamente: tratamento de feridas, administração de injectáveis, entre outros.

III – OBJETIVO

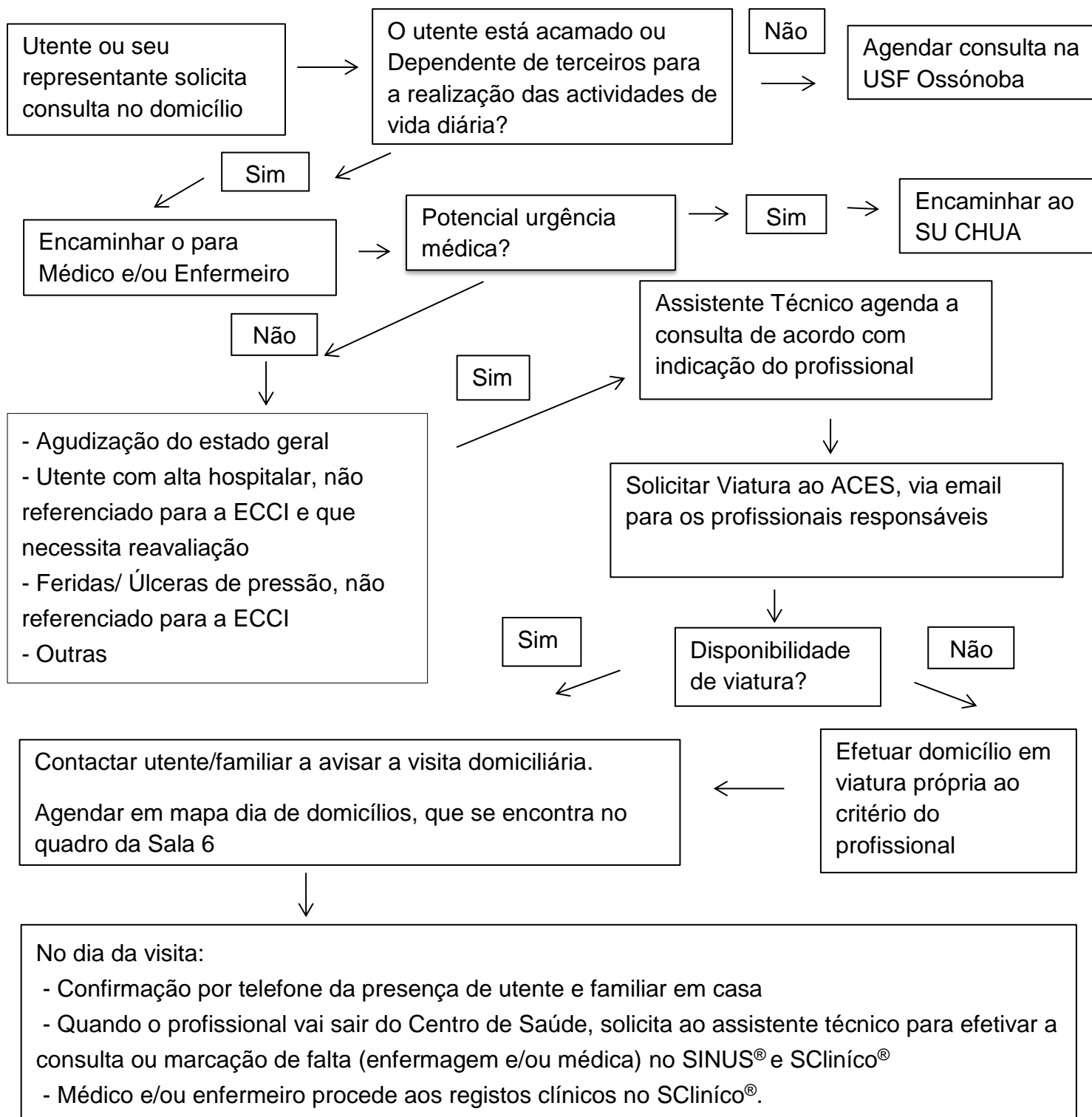
Este procedimento pretende constituir uma ferramenta orientadora para as equipas de administrativas, enfermagem e médica, que visa o seguimento adequado pela equipa da USF Ossónoba a utentes que não podem se deslocar à unidade.

Visa ser um instrumento de trabalho por forma a uniformizar os registos/procedimentos a nível do SClínico®, com base em requisitos explícitos de boas práticas, para a melhoria contínua dos cuidados prestados pela USF Ossónoba.


ELABORADO	REVISTO	APROVADO	PRÓXIMA REVISÃO	PÁGINA
Ana Rita/ Helga Santos/ Cristina Lima		CG_29_11_2018	Novembro_2021	2

	<h1>PROCEDIMENTO</h1>	CÓDIGO: 012
		DATA: 08/11/2018
		VERSÃO N.º: 1
		REVISÃO N.º:
IDENTIFICAÇÃO: VISITA DOMICILIÁRIA		
ÂMBITO: UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR OSSÓNOMA		

IV – FLUXOGRAMA



ELABORADO	REVISTO	APROVADO	PRÓXIMA REVISÃO	PÁGINA
Ana Rita/ Helga Santos/ Cristina Lima		CG_29_11_2018	Novembro_2021	3

	PROCEDIMENTO	CÓDIGO: 012
		DATA:08/11/2018
		VERSÃO N.º:1
		REVISÃO N.º:
IDENTIFICAÇÃO: VISITA DOMICILIÁRIA		
ÂMBITO: UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR OSSÓNOMA		

V – PROCEDIMENTOS ADMINISTRATIVOS


- O assistente técnico (AT) confirma dados do utente – morada e telefone;
- O utente/cuidador solicita visita domiciliária de enfermagem/médica, o AT entra em contacto com o médico e/ou enfermeiro ou regista o contacto telefónico do utente/cuidador ao enfermeiro/médico ou encaminha a chamada para o respectivo profissional;
- Informa o utente/cuidador que o enfermeiro/médico irá entrar em contacto telefónico para informar da provável data da VD;
- O agendamento da visita domiciliária médica deve ser marcado no Sinus® no painel de domicílios do médico – Código 07;
- O agendamento da visita domiciliária de enfermagem, deve ser feito no SClínico®, como consulta no domicílio de enfermagem com a presença do utente (direta);
- Ativar contato no Sinus® após indicação médica/enfermagem;
- Marcar falta conforme indicação médica/enfermagem se o domicílio não se realizar por falha do utente.

VI – PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

Após definida a data da VD, deve-se agendar a visita domiciliária em impresso próprio e afixar no painel existente na sala 6 e na agenda so Sclinico®.

1. Abrir contato definindo o local (Domicílio) e a Proveniência (consulta médico de família).
2. Definir Tipo de contato (ato ou consulta de enfermagem) e selecionar Programas Activos correspondentes (Saúde Adulto ou P.N. Saúde das Pessoas Idosas e Dependentes).
3. Depois de aberta a consulta, deve-se associar os respetivos Programas se tal ainda não estiver feito.
4. No Processo, deve-se executar **Focos de Atenção e Diagnóstico** (Atribuir horário às intervenções sugeridas face ao foco/diagnóstico que se considere pertinentes):
 - ◆ Avaliar adesão à vacinação (consultar procedimento relativo à Vacinação);

ELABORADO	REVISTO	APROVADO	PRÓXIMA REVISÃO	PÁGINA
Ana Rita/ Helga Santos/ Cristina Lima		CG_29_11_2018	Novembro_2021	4

	PROCEDIMENTO	CÓDIGO: 012
		DATA:08/11/2018
		VERSÃO N.º:1
		REVISÃO N.º:
IDENTIFICAÇÃO: VISITA DOMICILIÁRIA		
ÂMBITO: UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR OSSÓNOBA		

- ◆ Monitorização de Índice de massa corporal;
- ◆ Monitorização de Tensão Arterial;
- ◆ Avaliação do Risco de Queda;
- ◆ Avaliação do Risco de Úlcera de Pressão;
- ◆ Avaliação do Autocuidado;
- ◆ Avaliação da Dor.

VI – PROCEDIMENTOS MÉDICOS

- Abrir contato no painel “Consultas Domicílio”.
- Efetuar registos de acordo com o programa de saúde específico de cada utente.
- Registo de avaliação de BARTHEL

VIII – CHEK LIST INDICADORES DOMICÍLIO

INDICADORES
Indicador 003 - Taxa de domicílios médicos por 1000 inscritos
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Assistente técnico agenda marcação da consulta no SINUS® no painel de domicílios da agenda do médico. ✓ Domicílios são realizados por qualquer médico ou interno da unidade.
Indicador 294 - Taxa de domicílios enfermagem por 1000 inscritos idosos
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Assistente técnico agenda visita domiciliária como consulta no domicílio de enfermagem com a presença do utente (direta). ✓ Domicílios realizados por qualquer enfermeiro da unidade a utentes com mais de 65 anos de idade.

ELABORADO	REVISTO	APROVADO	PRÓXIMA REVISÃO	PÁGINA
Ana Rita/ Helga Santos/ Cristina Lima		CG_29_11_2018	Novembro_2021	5

ANEXO 12 – CHECKLIST DOS PROGRAMAS DA CARTEIRA BÁSICA DE
SERVIÇOS CONTRATUALIZADOS



**CHECK LIST PARA AUDITORIA INTERNA A
PROCEDIMENTOS DE REGISTOS DA
GESTÃO DE CONSULTA DE SAÚDE DO
ADULTO E DO IDOSO**

Nº utente:

Data da avaliação:

Avaliado por:

Responsável:

Nº	CONFORMIDADE/REGISTO ESPERADO	CUMPRE	NÃO CUMPRE	NÃO APLICAVEL	EVIDÊNCIA/FONTE
CONSULTA DE ENFERMAGEM					
1	Programas Activos correspondentes (saúde Adulto ou P.N. Saúde das Pessoas Idosas)				
2	Que tenham um registo parametrizado do IMC, TA em cada consulta				
3	Nas Prescrições – Atitudes Terapêuticas – Avaliação de Tensão Arterial.				
4	Pelo menos um registo de risco de diabetes tipo 2, ativando o foco “metabolismo energético”, por qualquer enfermeiro da USF				
5	Pelo menos um registo dos hábitos tabágicos nos últimos 36 meses				
6	Pelo menos um registo dos hábitos alcoólicos nos últimos 36 meses				
7	PNV cumprido em utentes com 25 ou mais anos, que têm a vacina antitetânica e VASPR atualizada				
8	Vacina da gripe efetuada nos últimos 12 meses em utentes com diabetes ou com doença respiratória crónica ou com doença cardíaca crónica ou com idade superior a 65 anos				
CONSULTA MÉDICA					
9	Registos biométricos e parâmetros vitais				
10	Um registo de risco de diabetes tipo 2, em qualquer programa ou ficha individual, por qualquer médico ou interno da USF				
11	Avaliação de risco cardiovascular, realizada nos últimos 36 meses se cumprir os critérios identificados no procedimento respetivo				
12	1 registo de resultados de colesterol total, em campo proprio, realizados durante os 24 meses				
13	Pelo menos um registo dos hábitos tabágicos nos últimos 36 meses, por qualquer enfermeiro da USF				
14	Pelo menos um registo dos hábitos alcoólicos nos últimos 36 meses, por qualquer enfermeiro da USF				
15	Verificação de vacinas atualizadas no SRE				
16	Registo do resultado do rastreio de cancro do colon e reto, efetuado a utentes com idade entre [50; 75[anos				

ELABORADO	APROVADO	PRÓXIMA REVISÃO	REVISTO	PÁGINA
Inês Lourenço				1



**CHECK LIST PARA AUDITORIA INTERNA A
PROCEDIMENTOS DE REGISTOS DA
GESTÃO DE CONSULTA DE SAÚDE DO
ADULTO E DO IDOSO**

Nº utente:

Data da avaliação:

Avaliado por:

Responsável:

17	utentes com idade igual ou superior a 65 anos, sem prescrição prolongada de ansiolíticos, nem de sedativos, nem de hipnóticos, no período em análise				
----	--	--	--	--	--

DOCUMENTOS

18	Existe um fluxograma/procedimento do processo e a sua sequência está a ser seguida?				
19	As instruções padronizadas do fluxograma refletem a realidade da operação no posto de trabalho?				
20	As características identificadas no BI dos Indicadores e nas Normas da DGS estão a ser monitoradas trimestralmente para garantir a qualidade dos cuidados?				

ELABORADO	APROVADO	PRÓXIMA REVISÃO	REVISTO	PÁGINA
Inês Lourenço				2



**CHECK LIST PARA AUDITORIA INTERNA A
PROCEDIMENTOS DE REGISTOS DA
GESTÃO DE CONSULTA DE SAÚDE DA
MULHER**

Nº utente:

Data da avaliação:

Avaliado por:

Responsável:

Nº	CONFORMIDADE/REGISTO ESPERADO	CUMPRE	NÃO CUMPRE	NÃO APLICAVEL	EVIDÊNCIA/FONTE
ASSISTENTES TÉCNICOS					
1	Verificar se utente tem pelo menos uma consulta agendada/realizada de Planeamento Familiar (entre os 15 e os 54 anos)/ Saúde da Mulher (superior a 55 anos) nos últimos 36 meses				
CONSULTA DE ENFERMAGEM					
2	Programas Activos correspondentes (saúde Adulto e Planeamento Familiar e Rastreio do cancro do colo do útero [25, 65])				
3	Que tenham um registo parametrizado do IMC, TA, em cada consulta				
4	Focos de Atenção e Diagnóstico: Avaliar uso de contraceptivos				
5	Focos de Atenção e Diagnóstico: Avaliar conhecimento sobre menstruação				
6	Focos de Atenção e Diagnóstico: Avaliar conhecimento sobre menopausa				
7	Nas Prescrições – Atitudes Terapêuticas – Avaliação de Tensão Arterial.				
8	Nas Prescrições – Atitudes Terapêuticas – Colpocitologia.				
9	Avaliação inicial – saúde reprodutiva – registo ciclo menstrual e da contraceção				
10	Avaliação inicial – saúde reprodutiva – autovigilância/rastreio – registo mamografia e da colpocitologia				
11	Pelo menos um registo de risco de diabetes tipo 2, ativando o foco “metabolismo energético”				
12	Pelo menos um registo dos hábitos tabágicos nos últimos 36 meses				
13	Pelo menos um registo dos hábitos alcoólicos nos últimos 36 meses				
14	PNV cumprido nos utentes com inscrição ativa: parâmetro "vacina antitetânica" e "VARPR"				
CONSULTA MÉDICA					
15	Consulta médica de vigilância de Planeamento Familiar/Saúde Mulher nos últimos 36 meses				
16	Registo parametrizado do método de planeamento familiar utilizado (ou da não utilização do método) no				

ELABORADO	APROVADO	PRÓXIMA REVISÃO	REVISTO	PÁGINA
Inês Lourenço				1



**CHECK LIST PARA AUDITORIA INTERNA A
PROCEDIMENTOS DE REGISTOS DA
GESTÃO DE CONSULTA DE SAÚDE DA
MULHER**

Nº utente:

Data da avaliação:

Avaliado por:

Responsável:

	Programa de P.F.				
17	Registo da classificação como “problema de saúde da consulta” os códigos ICPC-2 específicos a utilizar são W10, W11, W12, W13, W14, W15 ou sub-rúbricas				
18	Registo de colpocitologia em meio líquido: código B012.4 ou Pesquisa de DNA por PCR, cada PCR: código 31730 na área da Anatomia Patológica nos últimos 5 anos				
19	Registo de mamografia, código 446.4 ou mamografia unilateral, código 447.2 na área radiologia nos últimos 2 anos				
20	Registos biométricos e parâmetros vitais				
21	Um registo de risco de diabetes tipo 2, em qualquer programa ou ficha individual, nos últimos 36 meses				
22	Pelo menos um registo dos hábitos tabágicos nos últimos 36 meses				
23	Pelo menos um registo dos hábitos alcoólicos nos últimos 36 meses				
24	Verificação de vacinas atualizadas no RSE				

DOCUMENTOS

25	Existe um fluxograma/procedimento do processo e a sua sequência está a ser seguida?				
26	As instruções padronizadas do fluxograma refletem a realidade da operação no posto de trabalho?				
27	As características identificadas no BI dos Indicadores e nas Normas da DGS estão a ser monitoradas trimestralmente para garantir a qualidade dos cuidados?				

ELABORADO	APROVADO	PRÓXIMA REVISÃO	REVISTO	PÁGINA
Inês Lourenço				2



**CHECK LIST PARA AUDITORIA INTERNA A
PROCEDIMENTOS DE REGISTOS DA
GESTÃO DE CONSULTA DE SAÚDE
MATERNA**

Nº utente:

Data da avaliação:

Avaliado por:

Responsável:

Nº	CONFORMIDADE/REGISTO ESPERADO	CUMPRE	NÃO CUMPRE	NÃO APLICÁVEL	EVIDÊNCIA/FONTE
ASSISTENTES TÉCNICOS					
1	Agendar 1ª consulta de gravidez, nos primeiros 90 dias de gestação				
2	Agendar consultas de acordo com as semanas de gestação				
3	Na 1ª consulta gravidez colocar isenção no RNU				
4	Na ativação da consulta da revisão do puerpério selecionar campo R.P.				
CONSULTA DE ENFERMAGEM					
5	5 consultas de enfermagem de vigilância no período compreendido entre a DUM e o fim da gravidez, com intervenção de diagnóstico de enfermagem vigilância em saúde materna				
6	Selecionar programas ativos correspondentes (Saúde Adulto e Saúde Materna)				
7	Ter um registo parametrizado do IMC, TA e combur, em cada consulta				
8	Registo dos hábitos tabágicos nos últimos 36 meses				
9	Registo dos hábitos alcoólicos nos últimos 36 meses				
10	Registo de risco de diabetes tipo 2, ativando o foco "metabolismo energético"				
11	PNV cumprido no parâmetro "vacina antitetânica"				
12	PNV cumprido nas grávidas entre as 22 e as 35 semanas, com parâmetro "vacina Tdpa"				
13	1 consulta de enfermagem de revisão do puerpério, no período compreendido entre o [fim da gravidez] e o 42º dia de puerpério				
14	Selecionar programas ativos correspondentes (Saúde Adulto, Puerpério, Planeamento Familiar e Rastrear do cancro do colo do útero), e dar termo do programa Saúde Materna, preenchendo a data do dia parto				
15	Selecionar Focos de Atenção e Diagnóstico: Avaliar uso de contraceptivos– Ativar foco e selecionar as intervenções: Instruir o uso de contraceptivos e providenciar contraceptivo.				
16	Selecionar Focos de Atenção e Diagnóstico: Avaliar hemorragia				

ELABORADO	APROVADO	PRÓXIMA REVISÃO	REVISTO	PÁGINA
Inês Lourenço				1



**CHECK LIST PARA AUDITORIA INTERNA A
PROCEDIMENTOS DE REGISTOS DA
GESTÃO DE CONSULTA DE SAÚDE
MATERNA**

Nº utente:

Data da avaliação:

Avaliado por:

Responsável:

17	Selecionar Diagnóstico: Amamentar – Ativar foco e selecionar as intervenções: incentivar amamentação e ensinar sobre amamentar				
CONSULTA MÉDICA					
18	Registo do diagnóstico médico de gravidez (códigos da ICPC-2 W78, W79 ou W84) na lista de problemas, no estado [ativo] durante pelo menos um dia do período compreendido entre a [Data início] e a [data de fim da gravidez]				
19	Validar registos biométricos e parâmetros vitais no módulo de saúde materna				
20	1 consulta médica de vigilância de gravidez nos primeiros 90 dias de gestação com códigos ICPC-2 W78, W79, W84 ou sub-rúbricas na lista de problemas como problema ativo				
21	Registo DUM				
22	Registo dos hábitos tabágicos nos últimos 36 meses				
23	Registo dos hábitos alcoólicos nos últimos 36 meses				
24	Registo de risco de diabetes tipo 2				
25	Registo de resultado de ecografia obstétrica do 1.º trimestre, com data de realização entre as [11; 14[semanas ([78; 98] dias ou das 11S+0D até às 13S+6D) de gestação				
26	Registo de resultado de ecografia obstétrica do 2.º trimestre, com data de realização entre as [19; 23[semanas ([134; 161] dias) de gestação				
27	Registo de resultado de ecografia obstétrica do 3.º trimestre, com data de realização entre as [30; 35[semanas ([211; 245] dias) de gestação				
28	Registo de resultado de [hemograma], com data de realização entre as [0; 14[semanas ([1; 98] dias) de gestação				
29	Registo de resultado de [tipagem ABO e Rh], entre a data de nascimento da grávida e o 98º dia de gestação				
30	Registo de resultado de [Pesquisa de aglutininas irregulares (teste de Coombs indireto)], com data de realização entre as [0; 14[semanas ([1; 98] dias) de gestação				
31	Registo de resultado de [Glicémia em jejum], com data de realização entre as [0; 14[semanas ([1; 98] dias) de gestação				
32	Registo de resultado de [VDRL], com data de realização entre as [0; 14[semanas ([1; 98] dias) de gestação				
33	Registo de resultado de [hemograma], com data de realização entre as [24; 29[semanas ([169; 203] dias) de gestação				

ELABORADO	APROVADO	PRÓXIMA REVISÃO	REVISTO	PÁGINA
Inês Lourenço				2



**CHECK LIST PARA AUDITORIA INTERNA A
PROCEDIMENTOS DE REGISTOS DA
GESTÃO DE CONSULTA DE SAÚDE
MATERNA**

Nº utente:

Data da avaliação:

Avaliado por:

Responsável:

34	Um registo de resultado de [Pesquisa de aglutininas irregulares (teste de Coombs indireto)], com data de realização entre as [24; 29[semanas ([169; 203] dias) de gestação				
35	Registo de resultado de [PTGO com 75 g de glicose], com data de realização entre as [24; 29[semanas ([169; 203] dias) de gestação				
36	Registo de resultado de [hemograma], com data de realização entre as [32; 38[semanas ([218; 266] dias) de gestação				
37	Registo de resultado de [VDRL], com data de realização entre as [32; 38[semanas ([218; 266] dias) de gestação				
38	Consulta médica de revisão do puerpério, realizada entre a [data de fim da gravidez] e o 42º dia de puerpério				
39	Registo no módulo da gravidez da Data do Parto, tipo de parto e local				
40	Registo Início/ativação do Módulo Planeamento Familiar				
41	Verificação de vacinas atualizadas no SRE				
DOCUMENTOS					
42	Existe um fluxograma/procedimento do processo e a sua sequência está a ser seguida?				
43	As instruções padronizadas do fluxograma refletem a realidade da operação no posto de trabalho?				
44	As características identificadas no BI dos Indicadores e nas Normas da DGS estão a ser monitoradas trimestralmente para garantir a qualidade dos cuidados?				

ELABORADO	APROVADO	PRÓXIMA REVISÃO	REVISTO	PÁGINA
Inês Lourenço				3



**CHECK LIST PARA AUDITORIA INTERNA A
PROCEDIMENTOS DE REGISTOS DA
GESTÃO DE CONSULTA DE SAÚDE
INFANTIL E JUVENIL**

Nº utente:

Data da avaliação:

Avaliado por:

Responsável:

Nº	CONFORMIDADE/REGISTO ESPERADO	CUMPRE	NÃO CUMPRE	NÃO APLICAVEL	EVIDÊNCIA/FONTE
ASSISTENTES TÉCNICOS					
1	Agendar teste do pézinho entre as 72h e o 6º dia de vida				
2	Agendar primeira consulta de vida, até aos 28 dias				
3	Agendar consultas de acordo com as idades chave				
CONSULTA DE ENFERMAGEM					
4	O programa de saúde infantil – [0 – 13[anos e saúde juvenil dos [13 – 18] anos selecionado				
5	Intervenção de diagnóstico: avaliar desenvolvimento infantil e juvenil selecionada				
	Registos biometricos				
	Registos de parametros vitais				
6	Recém-nascido com TSHPKU efetuado até ao 6º dia de vida (aceites registos até D7)				
7	Latente, até aos 11 meses de idade, com ≥ 6 consultas de enfermagem de vigilância (contacto presencial)				
8	Lactente, até aos 11 meses de idade, com ≥ 2 registos parametrizados da avaliação segundo a tabela de <i>Sheridan</i> (no máximo até 5 dias após a consulta de enfermagem)				
9	Criança, entre os 11 e os 23 meses de idade, com ≥1 registos parametrizados da avaliação segundo a tabela de <i>Sheridan</i> (no máximo até 5 dias após a consulta de enfermagem)				
10	Criança, entre os 11 e os 23 meses de idade, com ≥ 3 avaliações de peso com medição compreendida no período em análise				
11	Criança, entre os 11 e os 23 meses de idade, com ≥ 3 registos de altura com data de medição				
12	Crianças que completam 7 anos (intervalo [7; 8[anos) e que tenham pelo menos um peso e uma altura registados no intervalo [5; 7[anos				
13	Crianças entre [14; 15[anos que tenham um peso e uma altura registados no intervalo [11; 14[anos				
14	Criança com PNV totalmente cumprido às 0h do dia em que completa 1 ano de idade				
15	PNV totalmente cumprido às 0h do dia em que completam os 2 anos de idade.				

ELABORADO	APROVADO	PRÓXIMA REVISÃO	REVISTO	PÁGINA
Inês Lourenço				1



**CHECK LIST PARA AUDITORIA INTERNA A
PROCEDIMENTOS DE REGISTOS DA
GESTÃO DE CONSULTA DE SAÚDE
INFANTIL E JUVENIL**

Nº utente:

Data da avaliação:

Avaliado por:

Responsável:

16	PNV cumprido ou em execução nas crianças que completam os 7 anos de idade, com inscrição ativa na USF				
17	PNV cumprido ou em execução nas crianças que completam os 14 anos de idade, com inscrição ativa na USF				
18	Utente inscritos com mais de 14 anos com pelo menos um registo dos hábitos tabágicos nos últimos 36 meses				
19	Utentes inscritos com mais de 14 anos com pelo menos um registo dos hábitos alcoólicos nos últimos 36 meses				
20	Utentes inscritos com mais de 14 anos com pelo menos um registo de risco de diabetes tipo 2, ativando o foco "metabolismo energético"				

CONSULTA MÉDICA

21	Validar registos biométricos e parâmetros vitais				
22	1ª consulta médica até ao 28º dia com codificação A98 na avaliação SOAP				
23	Lactente, até aos 11 meses de idade, ie [1; 330[dias, com ≥ 6 consultas médicas de vigilância (contacto direto) com A98 no A do SOAP				
24	Lactente, até aos 11 meses de idade, ie [1; 330[dias, com ≥ 2 registos parametrizados da avaliação segundo a tabela de <i>Sheridan</i> , no máximo até 5 dias após a consulta médica				
25	Criança, entre os 11 e os 23 meses, ie [330; 700[dias, com ≥ 3 consultas médicas de vigilância (contacto direto) com A98 no A do SOAP				
26	Criança, entre os 11 e os 23 meses de idade, ie [330; 700[dias, com ≥ 1 registos parametrizados da avaliação segundo a tabela de <i>Sheridan</i> , no máximo até 5 dias após a consulta médica				
27	Criança, entre os 11 e os 23 meses de idade, ie [330; 700[dias, com ≥ 3 avaliações de peso com medição compreendida no período em análise, em qualquer programa ou ficha individual				
28	Criança, entre os 11 e os 23 meses de idade, ie [330; 700[dias, com ≥ 3 registos de altura com data de medição pertencente ao intervalo em análise, em qualquer programa ou ficha individual				
29	Crianças que completam 7 anos (intervalo [7; 8[anos) e que tenham pelo menos um peso e uma altura registados no intervalo [5; 7[anos, em qualquer programa ou ficha individual				
30	Crianças que completam 14 anos, ie [14; 15[anos e que tenham pelo menos um peso e uma altura registados no intervalo [11; 14[anos, em qualquer programa ou ficha individual				

ELABORADO	APROVADO	PRÓXIMA REVISÃO	REVISTO	PÁGINA
Inês Lourenço				2



**CHECK LIST PARA AUDITORIA INTERNA A
PROCEDIMENTOS DE REGISTOS DA
GESTÃO DE CONSULTA DE SAÚDE
INFANTIL E JUVENIL**

Nº utente:

Data da avaliação:

Avaliado por:

Responsável:

31	Utente inscritos com mais de 14 anos com pelo menos um registo dos hábitos tabágicos nos últimos 36 meses, em qualquer programa ou ficha individual				
32	Utentes inscritos com mais de 14 anos com pelo menos um registo dos hábitos alcoólicos nos últimos 36 meses, em qualquer programa ou ficha individual, por qualquer médico ou interno da USF				
33	Utentes inscritos com mais de 14 anos com pelo menos um registo de risco de diabetes tipo 2, em qualquer programa ou ficha individual, por qualquer médico ou interno da USF				
35	Verificação de vacinas atualizadas no SRE				
DOCUMENTOS					
36	Existe um fluxograma/procedimento do processo e a sua sequência está a ser seguida?				
37	As instruções padronizadas do fluxograma refletem a realidade da operação no posto de trabalho?				
38	As características identificadas no BI dos Indicadores e nas Normas da DGS estão a ser monitoradas trimestralmente para garantir a qualidade dos cuidados?				

ELABORADO	APROVADO	PRÓXIMA REVISÃO	REVISTO	PÁGINA
Inês Lourenço				3

	CHECK LIST PARA AUDITORIA INTERNA A PROCEDIMENTOS DE REGISTOS DA GESTÃO DE CONSULTA DE DOENÇA AGUDA	Nº utente:
		Data da avaliação:
		Avaliado por:
		Responsável:

Nº	CONFORMIDADE/REGISTO ESPERADO	CUMPRE	NÃO CUMPRE	NÃO APLICAVEL	EVIDÊNCIA/FONTE
ASSISTENTES TÉCNICOS					
1	consulta com os códigos: 80 – consulta de inter-substituição – doença				
2	consulta com os códigos: 00 – consulta aberta – doença				
CONSULTA MÉDICA					
3	Registo de consultas médicas presenciais que são realizadas no dia em que são agendadas				
DOCUMENTOS					
4	Existe um fluxograma/procedimento do processo e a sua sequência está a ser seguida?				
5	As instruções padronizadas do fluxograma refletem a realidade da operação no posto de trabalho?				
6	As características identificadas no BI dos Indicadores e nas Normas da DGS estão a ser monitoradas trimestralmente para garantir a qualidade dos cuidados?				

ELABORADO	APROVADO	PRÓXIMA REVISÃO	REVISTO	PÁGINA
Inês Lourenço				1



**CHECK LIST PARA AUDITORIA INTERNA A
PROCEDIMENTOS DE REGISTOS DA
GESTÃO DE CONSULTA DE HIPERTENSÃO**

Nº utente:

Data da avaliação:

Avaliado por:

Responsável:

Nº	CONFORMIDADE/REGISTO ESPERADO	CUMPRE	NÃO CUMPRE	NÃO APLICAVEL	EVIDÊNCIA/FONTE
ASSISTENTES TÉCNICOS					
1	Verificar se utente tem uma consulta agendada por semestre				
CONSULTA DE ENFERMAGEM					
2	Programas Activos correspondentes (saúde Adulto ou P.N. Saúde das Pessoas Idosas e P.N.D.C.C. Risco: Hipertensão)				
3	Que tenham um registo parametrizado do IMC, TA e perímetro abdominal, em cada consulta				
4	Pelo menos uma avaliação de tensão arterial nos últimos 6 meses				
5	Último resultado de TA inferior a 150/90mmHg				
6	Focos de Atenção e Diagnóstico: Avaliar Gestão do Regime terapêutico – Avaliar adesão ao regime de exercício				
7	Focos de Atenção e Diagnóstico: Avaliar Gestão do Regime terapêutico – Avaliar adesão ao regime dietético				
8	Focos de Atenção e Diagnóstico: Avaliar Gestão do Regime terapêutico – Avaliar adesão ao regime medicamentoso				
9	Nas Prescrições – Atitudes Terapêuticas – Avaliação de Tensão Arterial.				
10	Pelo menos um registo de risco de diabetes tipo 2, ativando o foco “metabolismo energético”, por qualquer enfermeiro da USF				
11	Pelo menos um registo dos hábitos tabágicos nos últimos 36 meses				
12	Pelo menos um registo dos hábitos alcoólicos nos últimos 36 meses				
13	PNV cumprido nos utentes com inscrição ativa: parâmetro "vacina antitetânica" e "VARPR"				
CONSULTA MÉDICA					
14	Diagnóstico de HTA (K86 ou K87 da ICPC-2) na lista de problemas, com estado activo				
15	2 registos médicos de vigilância de HTA durante os 12 meses, sendo um em cada semestre e um deles ser do tipo consulta de vigilância				
16	Pelo menos uma avaliação de tensão arterial nos últimos				

ELABORADO	APROVADO	PRÓXIMA REVISÃO	REVISTO	PÁGINA
Inês Lourenço				1



**CHECK LIST PARA AUDITORIA INTERNA A
PROCEDIMENTOS DE REGISTOS DA
GESTÃO DE CONSULTA DE HIPERTENSÃO**

Nº utente:

Data da avaliação:

Avaliado por:


Responsável:

	6 meses				
17	Último resultado de TA inferior a 150/90mmHg				
18	Validar registos biométricos e parâmetros vitais				
19	Um registo de risco de diabetes tipo 2, em qualquer programa ou ficha individual, por qualquer médico ou interno da USF				
20	Avaliação de risco cardiovascular, realizada nos últimos 36 meses se cumprir os critérios identificados no procedimento respetivo				
21	1 registo de resultados de colesterol total, em campo próprio, realizados nos últimos 24 meses				
22	1 registo de resultado de microalbuminúria, em campo próprio, realizado nos últimos 36 meses				
23	Pelo menos um registo dos hábitos tabágicos nos últimos 36 meses, por qualquer enfermeiro da USF				
24	Pelo menos um registo dos hábitos alcoólicos nos últimos 36 meses				
25	Verificação de vacinas atualizadas no SRE				
26	Somatório do Preço de Venda ao Público dos anti-hipertensores prescritos aos doentes com Hipertensão arterial				
27	Somatório do preço de venda ao público dos anti-hipertensores prescritos aos doentes com Hipertensão arterial que, no semestre que antecede a avaliação, apresentem o último valor tensional inferior a 150/90mmHg				

DOCUMENTOS

28	Existe um fluxograma/procedimento do processo e a sua sequência está a ser seguida?				
29	As instruções padronizadas do fluxograma refletem a realidade da operação no posto de trabalho?				
30	As características identificadas no BI dos Indicadores e nas Normas da DGS estão a ser monitoradas trimestralmente para garantir a qualidade dos cuidados?				

ELABORADO	APROVADO	PRÓXIMA REVISÃO	REVISTO	PÁGINA
Inês Lourenço				2

	CHECK LIST PARA AUDITORIA INTERNA A PROCEDIMENTOS DE REGISTOS DA GESTÃO DE CONSULTA DE HIPOCOAGULADOS COM ANTAGONISTAS DA VITAMINA K	Nº utente:
		Data da avaliação:
		Avaliado por:
		Responsável:

Nº	CONFORMIDADE/REGISTO ESPERADO	CUMPRE	NÃO CUMPRE	NÃO APLICÁVEL	EVIDÊNCIA/FONTE				
ASSISTENTES TÉCNICOS									
1	Verificar se utente tem consulta agendada para o enfermeiro de família								
2	Verificar se utente tem consulta não presencial (CNP) para o médico de família								
CONSULTA DE ENFERMAGEM									
3	Programas Activos correspondentes (saúde Adulto ou P.N. Saúde das Pessoas Idosas e Hipocoagulados)								
4	Focos de Atenção e Diagnóstico: Monitorizar INR (índice internacional normalizado)								
5	Focos de Atenção e Diagnóstico: Avaliar hemorragia								
6	Que tenham um registo parametrizado do TA em cada consulta								
7	Focos de Atenção e Diagnóstico: Avaliar Gestão do Regime terapêutico – Avaliar adesão ao regime medicamentoso								
8	Focos de Atenção e Diagnóstico: Avaliar Gestão do Regime terapêutico – Avaliar adesão ao regime dietético								
9	Nas Prescrições – Atitudes Terapêuticas – Avaliação de Tensão Arterial.								
10	Nas Prescrições – Atitudes Terapêuticas – Colheita de Sangue								
11	Pelo menos um registo de risco de diabetes tipo 2, ativando o foco “metabolismo energético”								
12	Pelo menos um registo dos hábitos tabágicos nos últimos 36 meses								
13	Pelo menos um registo dos hábitos alcoólicos nos últimos 36 meses								
14	PNV cumprido nos utentes com inscrição ativa: parâmetro "vacina antitetânica"								
CONSULTA MÉDICA									
15	Codificar patologia que leva à necessidade de hipocoagulação, na lista de problemas, com estado activo								
16	Validar valor de INR								
17	Validar registos biométricos e parâmetros vitais								
18	Registo da dose terapêutica de antagonistas da vitamina K								
19	Um registo de risco de diabetes tipo 2, em qualquer								
ELABORADO		APROVADO		PRÓXIMA REVISÃO		REVISTO		PÁGINA	
Inês Lourenço								1	



**CHECK LIST PARA AUDITORIA INTERNA A
PROCEDIMENTOS DE REGISTOS DA
GESTÃO DE CONSULTA DE
HIPOCOAGULADOS COM ANTAGONISTAS
DA VITAMINA K**

Nº utente:

Data da avaliação:

Avaliado por:

Responsável:

	programa ou ficha individual, por qualquer médico ou interno da USF				
20	Avaliação de risco cardiovascular, realizada nos últimos 36 meses se cumprir os critérios identificados no procedimento respetivo				
21	1 registo de resultados de colesterol total, em campo proprio, realizados durante os 24 meses				
22	Pelo menos um registo dos hábitos tabágicos nos últimos 36 meses, por qualquer enfermeiro da USF				
23	Pelo menos um registo dos hábitos alcoólicos nos últimos 36 meses, por qualquer enfermeiro da USF				
24	Verificação de vacinas atualizadas no SRE				

DOCUMENTOS

25	Existe um fluxograma/procedimento do processo e a sua sequência está a ser seguida?				
26	As instruções padronizadas do fluxograma refletem a realidade da operação no posto de trabalho?				
27	As características identificadas no BI dos Indicadores e nas Normas da DGS estão a ser monitoradas trimestralmente para garantir a qualidade dos cuidados?				

ELABORADO	APROVADO	PRÓXIMA REVISÃO	REVISTO	PÁGINA
Inês Lourenço				2



**CHECK LIST PARA AUDITORIA INTERNA A
PROCEDIMENTOS DE REGISTOS DA
GESTÃO DE CONSULTA DE DIABETES**

Nº utente:

Data da avaliação:

Avaliado por:

Responsável:

Nº	CONFORMIDADE/REGISTO ESPERADO	CUMPRE	NÃO CUMPRE	NÃO APLICAVEL	EVIDÊNCIA/FONTE
ASSISTENTES TÉCNICOS					
1	Verificar se utente tem uma consulta de DM (Código 10 SA/Diab.) agendada por semestre				
CONSULTA DE ENFERMAGEM					
2	Programas Activos correspondentes (saúde Adulto ou P.N. Saúde das Pessoas Idosas e P.N. Diabetes)				
3	Que tenham um registo parametrizado do IMC, TA e perímetro abdominal, em cada semestre				
4	HgbA1c registado em campo próprio no módulo de diabetes, no último semestre				
5	Avaliação do risco de úlcera diabética registado no módulo de diabetes, pelo menos 1 vez por ano				
6	Focos de Atenção e Diagnóstico: Avaliar Gestão do Regime terapêutico – Avaliar adesão ao regime de exercício				
7	Focos de Atenção e Diagnóstico: Avaliar Gestão do Regime terapêutico – Avaliar adesão ao regime dietético				
8	Focos de Atenção e Diagnóstico: Avaliar Gestão do Regime terapêutico – Avaliar adesão ao regime medicamentoso				
9	Nas Prescrições – Atitudes Terapêuticas – Colheita de Sangue				
10	Nas Prescrições – Atitudes Terapêuticas – Avaliação de Tensão Arterial.				
11	Pelo menos um registo dos hábitos tabágicos nos últimos 36 meses				
12	Pelo menos um registo dos hábitos alcoólicos nos últimos 36 meses				
13	PNV cumprido nos utentes com inscrição ativa: parâmetro "vacina antitetânica" e "VASPR"				
CONSULTA MÉDICA					
14	Diagnóstico de Diabetes Mellitus (rubricas T89 ou T90) na lista de problemas, com estado ativo				
15	2 consultas médicas de vigilância de diabetes durante os 12 meses, sendo uma consulta em cada semestre				
16	Validar registos biométricos e parâmetros vitais				
17	HgbA1c registado em campo próprio no último semestre				
18	1 registo de resultado de microalbuminúria, em campo				
ELABORADO		APROVADO		PRÓXIMA REVISÃO	
Inês Lourenço					
			REVISTO		PÁGINA
					1



**CHECK LIST PARA AUDITORIA INTERNA A
PROCEDIMENTOS DE REGISTOS DA
GESTÃO DE CONSULTA DE DIABETES**

Nº utente:

Data da avaliação:

Avaliado por:

Responsável:

	próprio, realizado nos últimos 12 meses				
19	1 registo de resultados de colesterol total, em campo próprio, realizados nos últimos 24 meses				
20	Avaliação do risco de úlcera diabética registado no módulo de diabetes, pelo menos 1 vez por ano				
21	Pelo menos um registo dos hábitos tabágicos nos últimos 36 meses				
22	Pelo menos um registo dos hábitos alcoólicos nos últimos 36 meses				
23	Verificação de vacinas atualizadas no SRE				
24	Pelo menos 1 prescrição de insulina nos últimos 12 meses quando o último registo de HgbA1c > 9% ou a média de resultados HbA1c > 9% nos últimos 12 meses				
25	1ª prescrição de antidiabéticos orais com metformina em monoterapia após diagnóstico				
26	Não prescrição de outros antidiabéticos orais nos 30 dias seguintes após diagnóstico				
27	Somatório do PVP de medicamentos ou de dispositivos médicos relacionados com a Diabetes Mellitus: antidiabéticos não insulínicos; insulinas; tiras de glicemia; agulhas de doseamento de glicemia, agulhas de insulina				
28	Despesa média, nos doentes com Diabetes Mellitus controlada com: antidiabéticos não insulínicos; insulinas; tiras de glicemia; agulhas de doseamento de glicemia, agulhas de insulina				
DOCUMENTOS					
29	Existe um fluxograma/procedimento do processo e a sua sequência está a ser seguida?				
30	As instruções padronizadas do fluxograma refletem a realidade da operação no posto de trabalho?				
31	As características identificadas no BI dos Indicadores e nas Normas da DGS estão a ser monitoradas trimestralmente para garantir a qualidade dos cuidados?				

ELABORADO	APROVADO	PRÓXIMA REVISÃO	REVISTO	PÁGINA
Inês Lourenço				2

	CHECK LIST PARA AUDITORIA INTERNA A PROCEDIMENTOS DE REGISTOS DA SALA DE TRATAMENTOS	Nº utente:
		Data da avaliação:
		Avaliado por:
		Responsável:

Nº	CONFORMIDADE/REGISTO ESPERADO	CUMPRE	NÃO CUMPRE	NÃO APLICAVEL	EVIDÊNCIA/FONTE
ASSISTENTES TÉCNICOS					
1	Utente tem tratamento/injetável agendada segundo indicação de enfermagem para o respectivo enfermeiro de família				
CONSULTA DE ENFERMAGEM					
2	Programas Activos correspondentes (Saúde Adulto ou P.N. Saúde das Pessoas Idosas ou Saúde Infantil – 0 aos 13 anos /Saúde juvenil – 13 aos 18 anos inclusivé e Tratamentos Feridas/Úlceras)				
3	Focos de Atenção e Diagnóstico: Ferida, Úlcera, Queimadura				
4	Registo do tipo de tratamento no “Executar tratamento”				
5	Nas Prescrições – Atitudes Terapêuticas – (tipo de tratamento com horário).				
6	Nas Prescrições – Administração de medicação – (nome do medicamento, com via de administração e horário)				
7	PNV cumprido nos utentes com inscrição ativa: parâmetro "vacina antitetânica"				
CONSULTA MÉDICA					
8	Registo de prescrição atitude terapeutica				
9	Registo de prescrição medicação				
10	PNV cumprido nos utentes com inscrição ativa: parâmetro "vacina antitetânica"				
DOCUMENTOS					
11	Existe um fluxograma/procedimento do processo e a sua sequência está a ser seguida?				
12	As instruções padronizadas do fluxograma refletem a realidade da operação no posto de trabalho?				
13	As características identificadas nas Normas da DGS estão a ser monitoradas trimestralmente para garantir a qualidade dos cuidados?				

ELABORADO	APROVADO	PRÓXIMA REVISÃO	REVISTO	PÁGINA
Inês Lourenço				1

	CHECK LIST PARA AUDITORIA INTERNA A PROCEDIMENTOS DE REGISTOS DA VACINAÇÃO	Nº utente:
		Data da avaliação:
		Avaliado por:
		Responsável:

Nº	CONFORMIDADE/REGISTO ESPERADO	CUMPRE	NÃO CUMPRE	NÃO APLICAVEL	EVIDÊNCIA/FONTE
ASSISTENTES TÉCNICOS					
1	Utente tem vacina agendada segundo indicação de enfermagem para o respectivo enfermeiro de família				
CONSULTA DE ENFERMAGEM					
2	Programas Activos correspondentes (Saúde Adulto ou P.N. Saúde das Pessoas Idosas ou Saúde Infantil – 0 aos 13 anos /Saúde juvenil – 13 aos 18 anos inclusivé)				
3	Focos de Atenção e Diagnóstico: Avaliar adesão à vacinação				
4	Registo de vacinas no e-Vacinas				
5	Nas Prescrições – Administração de medicação – (nome da vacina extra-plano, com via de administração e horário)				
6	PNV cumprido em crianças com 2 anos				
7	PNV cumprido em crianças com 7 anos				
8	PNV cumprido em utentes com 25 ou mais anos, que têm a vacina antitetânica atualizada				
9	Vacina da gripe efetuada nos últimos 12 meses em utentes com diabetes ou com doença respiratória crónica ou com doença cardíaca crónica ou com idade superior a 65 anos				
CONSULTA MÉDICA					
10	PNV cumprido nos utentes com inscrição ativa				
11	Vacina da gripe prescrita em utentes com doença respiratória crónica ou com doença cardíaca crónica				
DOCUMENTOS					
12	Existe um fluxograma/procedimento do processo e a sua sequência está a ser seguida?				
13	As instruções padronizadas do fluxograma refletem a realidade da operação no posto de trabalho?				
14	As características identificadas nas Normas da DGS estão a ser monitoradas trimestralmente para garantir a qualidade dos cuidados?				

ELABORADO	APROVADO	PRÓXIMA REVISÃO	REVISTO	PÁGINA
Inês Lourenço				1

	CHECK LIST PARA AUDITORIA INTERNA A PROCEDIMENTOS DE REGISTOS DA VISITA DOMICILIÁRIA	Nº utente:
		Data da avaliação:
		Avaliado por:
		Responsável:

Nº	CONFORMIDADE/REGISTO ESPERADO	CUMPRE	NÃO CUMPRE	NÃO APLICAVEL	EVIDÊNCIA/FONTE				
ASSISTENTES TÉCNICOS									
1	O agendamento médico está marcado e ativado no Sinus no painel de domicílios do médico com o código 07								
2	O agendamento de enfermagem está ativado no SCLinico, como consulta no domicílio de enfermagem e ativado no Sinus® como domicilio								
CONSULTA DE ENFERMAGEM									
3	Programas Activos correspondentes (saúde Adulto ou P.N. Saúde das Pessoas Idosas e Dependentes)								
4	Que tenham um registo parametrizado do IMC e TA								
5	Focos de Atenção e Diagnóstico: Avaliação do Autocuidado								
6	Focos de Atenção e Diagnóstico: Avaliação do Risco de Queda								
7	Focos de Atenção e Diagnóstico: Avaliação do Risco de Úlcera de Pressão								
8	Focos de Atenção e Diagnóstico: Avaliação da Dor								
9	Nas Prescrições – Atitudes Terapêuticas – Avaliação de Tensão Arterial.								
10	Pelo menos um registo de risco de diabetes tipo 2, ativando o foco “metabolismo energético”, por qualquer enfermeiro da USF								
11	Pelo menos um registo dos hábitos tabágicos nos últimos 36 meses, por qualquer enfermeiro da USF								
12	Pelo menos um registo dos hábitos alcoólicos nos últimos 36 meses, por qualquer enfermeiro da USF								
13	PNV cumprido em utentes com 25 ou mais anos, que têm a vacina antitetânica atualizada								
14	Registos de acordo com o programa de saúde específico de cada utente								
CONSULTA MÉDICA									
15	Contato no painel “Consultas Domicílio”								
16	Registo da avaliação de BARTHEL								
17	Registos de acordo com o programa de saúde específico de cada utente								
DOCUMENTOS									
18	Existe um fluxograma/procedimento do processo e a sua sequência está a ser seguida?								
ELABORADO		APROVADO		PRÓXIMA REVISÃO		REVISTO		PÁGINA	
Inês Lourenço								1	

	CHECK LIST PARA AUDITORIA INTERNA A PROCEDIMENTOS DE REGISTOS DA VISITA DOMICILIÁRIA	Nº utente:
		Data da avaliação:
		Avaliado por:
		Responsável:

19	As instruções padronizadas do fluxograma refletem a realidade da operação no posto de trabalho?				
20	As características identificadas no BI dos Indicadores e nas Normas da DGS estão a ser monitoradas trimestralmente para garantir a qualidade dos cuidados?				