



Instituto Politécnico de Santarém

Escola Superior de Saúde de Santarém

**Contributo do
acolhimento de
enfermagem para a
qualidade dos cuidados
à pessoa no contexto
domiciliário**

**Relatório de Estágio para a obtenção do grau de Mestre na
área de Enfermagem de Saúde Comunitária**

**Sílvia Maria Mendes
Domingos Gaspar**

2019, novembro



Instituto Politécnico de Santarém

Escola Superior de Saúde de Santarém

**Contributo do
acolhimento de
enfermagem para a
qualidade dos cuidados
à pessoa no contexto
domiciliário**

**Relatório de Estágio para a obtenção do grau de Mestre na
área de Enfermagem de Saúde Comunitária**

**Sílvia Maria Mendes
Domingos Gaspar**

**Orientadora
Professora Doutora Maria
Irene Mendes Pedro Santos**

2019, novembro

PENSAMENTO

“Nunca te é dado um desejo sem também te ser dado o poder de o realizares. Podes, no entanto, ter de lutar por isso.”

Richard Bach

DEDICATÓRIA

Aos meus queridos pais Francisco e Rosa, marido Carlos e filhos João e Maria.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos, os que comigo trilharam este caminho, manifestando apoio e incentivo para a concretização dos objetivos delineados.

À Professora Doutora Irene Santos pela sua partilha de conhecimentos, disponibilidade, apoio e orientação ao longo deste trabalho;

À Professora Doutora Alcinda Reis, orientadora do estágio I pelo seu apoio, disponibilidade e orientação;

Ao Professor Doutor José Amendoeira, Professora Doutora Maria do Carmo; Professora Doutora Regina Ferreira e Professora Doutora Teresa Coelho, por tudo o que ensinaram no decorrer do primeiro semestre deste curso, o que se constituiu como pilar fundamental deste processo de aprendizagem;

À colega e amiga Magdalena Ornelas, pela partilha, apoio, disponibilidade e incentivo para seguir em frente;

À Enfermeira Especialista e Mestre Corina Freire, pela orientação ao longo deste percurso, por tudo o que me ensinou e acima de tudo, por demonstrar pelo seu desempenho e competência o valor e importância do EEEC no sistema de saúde e na comunidade.

À Enfermeira Especialista e Mestre Albertina Mendonça, pelo seu apoio e partilha de conhecimento;

À Equipa da UCC Cartaxo, pela forma como me receberam e colaboraram no desenvolvimento do projeto;

Aos meus queridos pais por toda a ajuda e disponibilidade;

Ao meu querido marido, pelo incentivo e apoio incondicional;

Aos meus queridos filhos, pela compreensão, apoio e incentivo ao longo deste caminho.

ABREVIATURAS, ACRÓMIOS E SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde
CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens
CPCJR – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco
CRI – Centro de Resposta Integradas
Dec. – Decreto
DGS – Direção Geral da Saúde
ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados
ENQS – Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde
Ed. – Edição
EEEC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária
et al. – entre outros
f. – Folha
ICN – International Council of Nurses
INE – Instituto Nacional de Estatística
Km² – quilómetro quadrado
Nº /nº – número
MDAIF- Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar
NREM – Modelo da efetividade dos cuidados de enfermagem
OCDE – Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial de Saúde
p. – página
PAUF – Plano de Ação Unidade Funcional
PDCA – ‘Plan’, ‘Do’, ‘Check’, ‘Act’
PNS – Plano Nacional de Saúde
pp. – páginas
PrS – Promoção da Saúde
RCEEEEC – Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária
RPQCEEC – Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária
RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

RESUMO

O envelhecimento populacional é uma realidade incontornável, que ocupa um lugar de destaque nas decisões políticas, institucionais e organizacionais, conduzindo inevitavelmente à necessidade de desenvolvimento de novas respostas em saúde.

À enfermagem exige-se uma intervenção centrada na pessoa/família e no cuidador informal, que garanta a humanização e a qualidade nos cuidados. O acolhimento do enfermeiro à pessoa no seu domicílio assume uma extraordinária importância, pois permite identificar as necessidades, problemas, angústias e expectativas da pessoa/família e/ou cuidador informal.

O projeto de intervenção comunitária desenvolvido, teve como suporte metodológico o Planeamento em Saúde (Nunes, 2016) e visa contribuir para a qualidade do acolhimento de enfermagem à pessoa no seu domicílio, considerando a qualidade dos cuidados de saúde como elemento essencial no desempenho dos sistemas de saúde.

No sentido de identificar as estratégias e intervenções de enfermagem a incluir no acolhimento de enfermagem à pessoa no seu domicílio, foi realizada uma *Scoping Review*, sustentando desta forma a prática baseada na evidência.

Palavras-chave: Acolhimento de enfermagem, Pessoa, Qualidade dos cuidados.

ABSTRACT

Population-ageing is an unavoidable reality that has a relevant position in political, institutional and organizational decisions, inevitably leading to the need of the development in new health responses. It is required to nursing an intervention centered in the person/family and informal caregiver that ensures humanization and quality of care. The Patient admission at home assumes an extraordinary importance, as it allows to identify the needs, problems, anguishes and expectations of the person/family and/or informal caregiver.

The community intervention project developed, had as methodological support the Planning in Health (Nunes, 2016). This aims to contribute to the quality of nursing care to the person at home, considering the quality of health care as an essential element in the performance of health systems. A scoping review was performed in order to identify the nursing strategies and interventions included in nursing care taking to the person at home, in this way sustaining the evidence-based practice.

Key words: Nursing, Patient admission, Person, Quality of care.

ÍNDICE

	f.
INTRODUÇÃO.....	12
1 – ENQUADRAMENTO TEORICO CONCEPTUAL	16
1.1 – A ENFERMAGEM NO ACOLHIMENTO À PESSOA NO DOMICÍLIO	16
1.2 – MODELO DE BETTY NEUMAN NO ACOLHIMENTO	20
1.3 – QUALIDADE DOS CUIDADOS NA ENFERMAGEM.....	24
2 – PLANEAMENTO EM SAÚDE.....	29
2.1 – DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	29
2.2 – DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES, FIXAÇÃO DE OBJETIVOS	33
2.3 – SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS.....	33
2.3.1 – Scoping Review – Percurso metodológico e resultados	34
2.4 – ELABORAÇÃO E EXECUÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	37
2.5 – AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO	43
3 – ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NOUTROS PROJETOS DA UCC – UMA ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE A CONSTRUÇÃO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA	46
4 – CONCLUSÃO	49
5 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	51
ANEXOS.....	58
ANEXO I – O projeto de intervenção comunitária	59
ANEXO II – Protocolo de pesquisa da Scoping Review	89
ANEXO III – Certificado de presença Workshop “Processos e Procedimentos”	137
ANEXO IV – Convite para reunião de apresentação de projeto	139
ANEXO V – Diapositivos da reunião de apresentação de projeto	142
ANEXO VI – Convite para sessão de formação nº 1.....	146
ANEXO VII – Diapositivos da apresentação sessão de formação nº 1	148
ANEXO VIII – Convite para sessão de formação nº 2.....	154
ANEXO IX – Diapositivos da sessão de formação nº 2	157
ANEXO X – Procedimento de Acolhimento do Enfermeiro à Pessoa Integrada em ECCL.....	162
ANEXO XI – Documento de suporte registos de cuidados de enfermagem diários.....	239
ANEXO XII – Instrumento de auditoria interna	242
ANEXO XIII – Pastas individuais e personalizadas (Foto)	244

ANEXO XIV – Pasta de arquivo físico de kit de acolhimento	246
ANEXO XV – Instrumento de registo de planeamento semanal.....	248
ANEXO XVI – Seminário intercalar.....	250
ANEXO XVII – Seminário final.....	254

ÍNDICE DE TABELAS

	f.
Tabela 1 – Análise de conteúdo de entrevistas.....	32
Tabela 2 – Apresentação de projeto à equipa da UCC- Objetivos e Conteúdos	39
Tabela 3 – Sessão de Formação nº1 - Objetivos e Conteúdos	39
Tabela 4 - Sessão de Formação nº2 - Objetivos e Conteúdos	39
Tabela 5 - Indicadores de atividade	43

ÍNDICE DE FIGURAS

	f.
Figura 1 – Adaptação do modelo de Betty Newman	23
Figura 2 – Adaptação do Ciclo de Deming.....	26
Figura 3 – Mapa Administrativo do Concelho do Cartaxo.....	30
Figura 4 – População residente no concelho do Cartaxo	31
Figura 5 – Contributos Da Scoping Review mobilizados	37

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio e Relatório, do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Santarém (ESSS). O Estágio foi desenvolvido na Unidade de Cuidados da Comunidade (UCC) do Cartaxo, onde foi realizado o Projeto de Intervenção Comunitária (Anexo I), que teve como ponto de partida o diagnóstico de enfermagem realizado no Estágio I na UCC do Cartaxo.

No desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária seguiu-se a metodologia do Planeamento em Saúde, agindo em conformidade com Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (RCEEEEC) definido pela Ordem dos Enfermeiros (Regulamento nº 428/2018).

A realização do presente relatório reflete a prática desenvolvida ao longo do Estágio de Intervenção Comunitária, que teve como desígnio a aquisição das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (EEEC). Como objetivos gerais para o relatório foram definidos os seguintes: analisar de forma crítica e reflexiva estratégias de intervenção em enfermagem comunitária desenvolvidas tendo por base a metodologia de Planeamento em Saúde; evidenciar o enquadramento da prática clínica baseada na evidência tendo como recurso *Scoping Review*; analisar os resultados das intervenções de enfermagem no contexto dos cuidados especializados em enfermagem comunitária; analisar a importância da implementação do projeto de intervenção comunitária para a qualidade dos cuidados de enfermagem e analisar as competências desenvolvidas no âmbito da enfermagem comunitária.

Portugal vivencia uma rápida transição demográfica, caracterizada por um aumento da longevidade, tendência que se tem vindo a verificar ao longo dos anos (Direção Geral da Saúde, 2017) (DGS). Segundo o Ministério da Saúde (2017) (MS), o saldo natural (ou fisiológico) mantém-se negativo desde 2010. De acordo com dados disponíveis na PORDATA (2017), o índice de envelhecimento, passou de 101,6 % no ano de 2001, para 153,2% no ano de 2017.

O Ministério da Saúde (2018), salienta ainda que, somos uma população envelhecida, que se depara com novos problemas de saúde, sendo que as doenças crónicas assumem um peso crescente no setor da saúde.

Esta realidade está em conformidade com a caracterização demográfica do concelho do Cartaxo, o que implica a necessidade de adequar os serviços de saúde às necessidades dos clientes, levando à necessidade de alterações estruturantes na organização dos serviços, não esquecendo a importância da garantia da humanização e qualidade dos cuidados prestados.

Aos serviços de saúde e ao EEEEC impõe-se um enorme desafio, exigindo-se conhecimento, implementação de projetos, programas e estratégias que visem por um lado, a promoção de um

envelhecimento ativo com a responsabilização da pessoa pela gestão da sua saúde. Por outro lado, o apoio à pessoa dependente, família e capacitação dos cuidadores informais, proporcionando assim, as condições necessárias à permanência no seu domicílio quando assim o desejarem.

Entre outras estruturas de apoio social e de saúde, em Portugal foi criada em 2006 a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) (Decreto-Lei nº 101/ 06 do Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, 2006).

Das diferentes tipologias e respostas da RNCCI, constam as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), os cuidados de saúde prestados por estas equipas, privilegiam a proximidade entre os profissionais de saúde, pessoa, família e cuidadores informais, pois são estes os principais prestadores de cuidados no domicílio. Ao enfermeiro compete o conhecimento do perfil dos cuidadores informais, assim como das suas dificuldades e expetativas, relativamente aos cuidados que presta. É essencial consolidar uma parceria com a família e cuidadores informais, capacitando, valorizando e dando-lhes suporte na prestação de cuidados. É fundamental capacitar a pessoa e a sua família sobre como lidar com as situações de doença e dependência, com as quais se deparam e que são potencialmente geradoras de conflitos e tensões, a fim de contribuir para a qualidade de vida da pessoa cuidada, familiar cuidador e família no domicílio (Rocha *et al.*,2008).

A visita domiciliária por parte do enfermeiro constitui-se, como estratégia prioritária no cuidado à pessoa em situação de dependência, família e/ou cuidador informal, permitindo uma maior proximidade entre quem cuida e quem é cuidado. Entende-se por cuidador informal o responsável pela “prestação de cuidados, executados preferencialmente no domicílio, e que habitualmente ficam sob a responsabilidade dos elementos da família, dos amigos ou vizinhos” (Sequeira, 2010, p.156).

Cuidar no domicílio implica uma relação de parceria entre o enfermeiro e a pessoa, família e cuidador informal, a qual se deve iniciar no momento do acolhimento realizado pelo enfermeiro. Mesmo quando realizado no domicílio da pessoa ou dos seus familiares, o acolhimento é um momento privilegiado, em que o enfermeiro acolhe o outro como alvo dos seus cuidados, iniciando-se um processo de relação interpessoal entre o enfermeiro e a pessoa, onde a comunicação é o elemento essencial (Silva, 2010).

Silva (2010), define acolhimento como, a relação estabelecida com a pessoa e que se inicia no momento da admissão, o mesmo refere que, o enfermeiro durante o acolhimento deve ter especial atenção a aspetos psicológicos e emocionais, sentimentos e pensamentos presentes e deve transmitir confiança nos cuidados que presta. O acolhimento deve ser considerado, não como um ato pontual, mas sim como uma atitude que se desenvolve ao longo do processo de cuidados.

O acolhimento de enfermagem assume uma importância relevante pois, possibilita identificar necessidades, problemas, medos, angústias, desejos e expectativas, que o impacto da doença podem vir a causar na pessoa e família (Gonçalves, 2014).

O acolhimento enquanto cuidado de enfermagem deve ser visto como, uma ferramenta para humanização dos serviços de saúde, com qualificação da escuta, favorecimento à construção de vínculos e à garantia de acesso à população, o que pressupõe a responsabilização dos profissionais pelos cuidados prestados (Costa *et al*, 2016).

No acolhimento de enfermagem à pessoa no domicílio, o foco de atenção do enfermeiro deverá estar centrado não só nas necessidades da pessoa dependente, mas também na família e cuidador informal e é fundamental que seja garantida a qualidade dos cuidados prestados. Nesta continuidade, a OE através do RCEEEEC salienta que, é essencial que o EEEEC, privilegie o domínio da qualidade, incorpore nas suas práticas os resultados de estudos e investigações, no sentido do desenvolvimento das competências, aperfeiçoamento das práticas clínicas, intervenção sustentada nas políticas de saúde e na melhoria dos resultados em saúde (Regulamento nº 428/2018, 2018). O Plano Nacional de Saúde (PNS) Revisão e Extensão a 2020, define como um dos seus quatro eixos estratégicos a Qualidade em Saúde e salienta que, a preocupação com a qualidade dos cuidados é um dever de todos os profissionais e organizações de saúde, pelo que, o desenvolvimento de estratégias de melhoria contínua da qualidade é um imperativo moral, pois contribui para a melhoria da equidade e do acesso aos cuidados de saúde em tempo útil (DGS, 2015a).

Neste sentido é fundamental que o enfermeiro inclua na sua prática clínica estratégias de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, por forma a assegurar a utilização eficiente dos recursos, mantendo níveis elevados de qualidade e segurança necessários à prestação de cuidados.

O desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária reflete a importância, da garantia da qualidade do acolhimento de enfermagem à pessoa no domicílio, em que a centralidade dos cuidados é sempre a pessoa como sujeito de cuidados, pois a centralidade dos cuidados na pessoa/cliente é um atributo de elevada qualidade dos cuidados revelando que os cuidados prestados se enquadram num paradigma holista, de flexibilidade e reciprocidade (Ferreira & Amendoeira, 2015).

O Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária, o Código Deontológico dos Enfermeiros, o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária (RPQCEEC) e a legislação vigente, reguladora do funcionamento da RNCCI e SNS, foram documentos basilares no desenvolvimento deste projeto, assim como, o PNS 2020 e a Estratégia Nacional para a Qualidade em saúde 2015- 2020 (ENQS).

O referencial teórico de enfermagem mobilizado na implementação do projeto de intervenção comunitária foi o modelo teórico de Betty Neuman, segundo a qual, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária trabalha com e para a comunidade promovendo os processos de readaptação, educando e ajudando a gerir os recursos internos e externos da pessoa, da família e da comunidade (Neuman et al, 2011). Segundo a perspetiva de Neuman, o conceito de pessoa enquanto sistema, não se restringe somente ao indivíduo e pode englobar a família, o grupo, a comunidade ou uma dimensão social (Neuman et al, 2011). Ao longo do relatório será utilizado o conceito pessoa segundo a perspetiva do modelo de Betty Neuman.

A metodologia utilizada na implementação do projeto de intervenção comunitária foi o Planeamento em Saúde, esta constitui-se como uma ferramenta técnica e administrativa indispensável à gestão, que exprime o desejo de mudança, considerando durante todo o processo,

atributos como a eficácia, a eficiência, a qualidade e a equidade e serve para determinar onde se quer chegar e tomar as decisões adequadas e pertinentes que, levarão ao objetivo pretendido (Nunes, 2016),

O diagnóstico de enfermagem priorizado foi, “Comunidade [cuidadores informais] com falta de conhecimento sobre serviços de saúde [acesso e organização dos cuidados de saúde de ECCI]” (ICN, 2016), dada a importância do desenvolvimento do sistema de qualidade na unidade e a necessidade de desenvolver um procedimento de trabalho no âmbito do acolhimento do enfermeiro à pessoa admitida em ECCI, foi proposto a realização do projeto de intervenção comunitária intitulado por “Contributo do acolhimento de enfermagem para a qualidade dos cuidados à pessoa no contexto domiciliário”.

O EEEEC deve procurar a excelência do exercício, contribuído para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem, tendo como elementos importantes face à organização dos cuidados especializados de enfermagem comunitária e de saúde pública, entre outros: a “Definição, implementação e monitorização de estratégias de melhoria contínua da qualidade no âmbito da gestão de saúde da população, avaliando e analisando o impacto das intervenções em saúde” (Regulamento n.º 348/2015, p.16484). O projeto desenvolvido visou a garantia da qualidade dos cuidados, prestados à pessoa integrada na ECCI do Cartaxo, sabendo que o acolhimento é um cuidado de enfermagem determinante no processo de cuidados, que marca a relação interpessoal entre o enfermeiro e a pessoa, deve caracterizar-se como uma intervenção de excelência, centralizada na pessoa e que promova a humanização e a qualidade dos cuidados de enfermagem. Pelo que intervir na organização dos cuidados prestados pela equipa de ECCI, no âmbito do acolhimento à pessoa, contribui para a qualidade dos cuidados, disseminação e desenvolvimento do sistemas de gestão da qualidade.

Considerando fundamental sustentar a prática clínica da enfermagem, baseada na evidência e no conhecimento científico e sabendo que é essencial incorporar os resultados de estudos e investigações, no sentido do desenvolvimento das competências, aperfeiçoamento das práticas clínicas (Regulamento n.º 348/2015), realizou-se a *Scoping Review*, com o objetivo de identificar as estratégias de enfermagem no acolhimento à pessoa no contexto domiciliário, que contribuam para a qualidade dos cuidados. Tendo como ponto de partida a seguinte questão: Quais as estratégias de enfermagem no acolhimento à pessoa no contexto domiciliário, que contribuem para a qualidade dos cuidados?

A estrutura do relatório encontra-se dividida em capítulos, iniciando-se com a introdução, que inclui a justificação do projeto desenvolvido, assim como os objetivos do relatório, seguindo-se o enquadramento teórico-conceitual relacionado com o tema do projeto e uma abordagem do modelo teórico adotado como referência conceptual no desenvolvimento do projeto. Seguindo-se a apresentação da metodologia de implementação do projeto tendo como linha condutora a Metodologia de Planeamento em Saúde. A finalizar este relatório apresentam-se as atividades desenvolvidas no âmbito de outros programas e projetos da UCC Cartaxo e a análise reflexiva acerca do desenvolvimento as competências de enfermagem comunitária, terminando com a conclusão.

1 – ENQUADRAMENTO TEORICO CONCEPTUAL

No atual capítulo pretende-se fazer um enquadramento teórico e conceptual da temática do acolhimento enquanto cuidado de enfermagem; modelo teórico de Betty Neuman enquanto referencial teórico do projeto e qualidade dos cuidados de enfermagem, considerando-se estes pontos como elementares para uma melhor explicitação da forma como estes assuntos estão interligados.

1.1 – A ENFERMAGEM NO ACOLHIMENTO À PESSOA NO DOMICÍLIO

O crescente envelhecimento da população contribui para o agravamento dos problemas de saúde, trazendo consigo situações de dependência, que se refletem em novas necessidades em saúde (Amendoeira, 2009a).

Entre outras respostas sociais de saúde, foram criadas em 2006 as Equipas de Cuidados Continuados Integrados, da responsabilidade das Unidades de Cuidados na Comunidade dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), cfr. n.º 4 do art. 11º do DL nº 28/2008 de 22 de fevereiro, estas equipas multidisciplinares prestam cuidados centrados na reabilitação, readaptação, manutenção e conforto, a pessoas em situação de dependência funcional transitória ou prolongada, doença terminal ou processo de convalescença, que não se podem deslocar de forma autónoma (Portaria nº 50/2017 dos Ministérios da Saúde e do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, 2017).

A ECCI tem como desígnio garantir à pessoa: a prestação dos cuidados de saúde, de reabilitação, de manutenção, de natureza paliativa e de apoio psicossocial adequados, promovendo o envolvimento dos familiares ou dos cuidadores informais; a personalização dos cuidados prestados privilegiando a designação de um gestor de caso, que garanta o acompanhamento do processo individual e a comunicação com outros intervenientes na prestação de cuidados, sendo preferencialmente um enfermeiro; assegurar apoio psicológico e emocional; a consulta multidisciplinar e acompanhamento assistencial de cariz paliativo; o apoio no desempenho das atividades básicas e instrumentais da vida diária e a promoção de um ambiente seguro, confortável, humanizado que promova a autonomia e garantir a capacitação dos familiares ou dos cuidadores informais (Portaria nº 50/2017 dos Ministérios da Saúde e do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, 2017).

Preconiza-se, que a comunidade seja o contexto preferencial dos cuidados à pessoa dependente, privilegiando os cuidados no domicílio, pois de acordo com diversos estudos, os familiares são por norma os principais cuidadores informais, preconizando-se assim que estes sejam considerados no processo de cuidados simultaneamente como utentes e como parceiros. Como utentes, na medida em os próprios também carecem frequentemente de cuidados, quer porque são de idade avançada, quer porque a exigência do processo de cuidados tem impacto na sua própria saúde. Como parceiros, na medida em que, necessitam de ser capacitados enquanto cuidadores, tornando assim mais efetiva a sua intervenção no processo de cuidados (Ministérios da Saúde e do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, 2016).

Duas em cada três pessoas idosas com dependência que recebem cuidados de longa duração no domicílio (66%), estes são exclusivamente prestados pelo seu cuidador informal, na sua maioria mulheres e filhas (Ministérios da Saúde e do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, 2016). O conceito de dependência está estreitamente relacionado com a incapacidade da pessoa para a satisfação das necessidades humanas básicas. Deste modo, “entende-se por dependência a incapacidade do indivíduo para alcançar um nível de satisfação aceitável relativamente às suas necessidades, pelo facto de se encontrar impossibilitado de adotar comportamentos ou realizar tarefas sem a ajuda de outros” (Sequeira, 2010, p.5). Para o autor, o cuidador informal é aquele que presta cuidados à pessoa em situação de dependência, sendo que são cuidados executados preferencialmente no domicílio, de forma não remunerada, podendo abranger uma parte ou a totalidade dos cuidados prestados, sob a responsabilidade de elementos da família, vizinhos ou amigos. A pessoa que presta estes cuidados é designada por cuidador informal ou prestador de cuidados informal, “não existem diferenças objetivas que clarifiquem o conteúdo de um ou de outro, apenas se trata de alterações do léxico, com a mesma correspondência em termos semânticos” (Sequeira, 2010, p.157). Pelo que ao longo do relatório assume-se a opção pela designação de cuidador informal. Para Sequeira (2010), os cuidadores podem ser designados por primários, secundários ou terciários no que se refere à sua responsabilidade do cuidar. Os primários são aqueles que têm a responsabilidade integral de supervisionar, orientar, acompanhar e/ou cuidar diretamente a pessoa, enquanto os secundários são os que ajudam a prestar cuidados de forma ocasional ou regular, mas não têm a responsabilidade de cuidar, ou seja, habitualmente são familiares que dão auxílio ao cuidador principal, os terciários são os que ajudam esporadicamente ou só quando solicitado em situações de emergência, mas não tem qualquer responsabilidade pelo cuidar.

Cuidar no domicílio implica uma relação de parceria entre o enfermeiro, pessoa, família e cuidador informal. A visita domiciliária pode ser utilizada como estratégia destinada a envolver a família e o cuidador informal na prestação de cuidados e em conjunto definir os papéis tanto dos membros da família como dos profissionais de saúde.

Segundo Filipe (2011), a visita domiciliária, permite ao enfermeiro:

1) Avaliar de forma mais rigorosa a estrutura da família, da natureza do ambiente e comportamento naquele ambiente;

2) Identificar tanto as barreiras como os apoios para atingir os objetivos da promoção da saúde;

3) Contribuir para o controlo e participação ativa da família na satisfação das suas necessidades.

Para Stanhope & Lancaster (2011), os cuidados domiciliários oferecem à pessoa a oportunidade de receber cuidados de saúde no seu ambiente natural, as autoras consideram essencial trabalhar com os cuidadores informais a prestação de cuidados à pessoa. Para as autoras a intervenção do enfermeiro em contexto de visita domiciliária, constitui-se como estratégia prioritária no cuidado à pessoa dependente, contudo ao enfermeiro, acresce ainda mais, a complexidade de cuidar, pois o enfermeiro entra como convidado no contexto de domicílio da pessoa, pelo que deve desenvolver uma relação de parceria e confiança com a pessoa e seu cuidador informal. E no contexto domiciliário o enfermeiro não tem muitos recursos, pelo que é essencial que desenvolva competências de organização e adaptação aos diferentes contextos.

Independentemente do contexto de prestação de cuidados, a enfermagem é disciplina e profissão, cujo centro de interesse reside no cuidado da pessoa que em interação contínua com o seu ambiente, vive experiências de saúde (Kérouac et al, 1996). A enfermagem tem como verdadeira essência, “cuidar a pessoa e família tendo por base as suas necessidades e considerando-as parceiras no processo de cuidados. Esta relação com a pessoa e família é uma das competências em que a enfermagem deve apostar para a sua prática clínica” (Silva, 2011, p.19).

Spínola & Amendoeira (2014) acrescentam que as atividades de enfermagem desenvolvidas por enfermeiros devem ter por base as interações entre estes e a pessoa, como centro do seu interesse, mobilizando os conhecimentos que lhe permitem fazer o diagnóstico e o planeamento do trabalho, que ele próprio executa e controla.

O cuidar na disciplina de enfermagem é assumido, como o seu conceito central, pela dimensão técnico-relacional que tem implícita e a razão de ser dos cuidados de enfermagem, é a pessoa que recebe esses cuidados (Amendoeira, 2004). Sendo que o processo de cuidados é na perspetiva de Amendoeira (1999, 2000, 2006), um processo de interação, onde a pessoa é o centro de interesse e onde o profissional possui os conhecimentos específicos que lhe permitem diagnosticar e planear o trabalho, que ele próprio executa e controla. Baseado numa relação interpessoal que ocorre entre quem necessita de ajuda e a pessoa capaz de dar ajuda, onde o cuidado não é mecânico, mas sim humanístico.

O acolhimento de enfermagem constitui-se como um cuidado privilegiado do processo de cuidados, pois em qualquer que seja o contexto, o enfermeiro inicia o processo de cuidados no acolhimento à pessoa. Este cuidado é, na maioria das vezes, determinante para a relação terapêutica que se irá estabelecer ao longo do processo assistencial (Silva, 2010), sendo por isso um cuidado de enfermagem, essencial no desenvolvimento de todo o processo de cuidados.

Como primeiro contacto, o acolhimento projeta a imagem da organização junto dos seus clientes, pelo que compete ao enfermeiro assegurar que a relação desenvolvida atinja o equilíbrio entre o fator humano e a componente técnica, necessitando por isso, de mobilizar as competências (pessoais e profissionais) no domínio da comunicação, enquanto processo multifacetado. (Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P., 2011).

De acordo com Ferreira & Valério (2003), o acolhimento afigura-se como muito mais que um simples ato inicial de admissão do doente num serviço, de facto, o acolhimento é um cuidado de enfermagem. O termo acolhimento excede a noção de primeiro contacto ou receção, este permite o sentimento de envolvimento na equipa multidisciplinar, através da permanente troca de informação, favorecendo assim a criação de relações calorosas, personalizadas e de confiança, desta forma, um acolhimento eficaz vai fomentar o sentimento de confiança (Jorge, 2004).

Para Costa et al (2016), o acolhimento afigura-se como muito mais que um simples ato inicial de admissão do doente num serviço, de facto, o acolhimento é um cuidado de enfermagem. O termo acolhimento excede a noção de primeiro contacto ou receção, este permite o sentimento de envolvimento, através da permanente troca de informação, favorecendo assim a criação de relações calorosas, personalizadas e de confiança. O acolhimento é também a oportunidade para partilhar informações, devendo o enfermeiro estar centrado no paradigma da promoção da saúde, que de acordo com a OMS (1986), é um processo que visa aumentar e capacitar os indivíduos e comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social o indivíduo ou o grupo devem ser capazes de identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Com a estratégia de Promoção da Saúde (PrS), pretende-se que o enfermeiro consiga capacitar e dotar o cuidador informal de competências que lhe permitam assumir o papel de prestador de cuidados de forma mais adequada. Os enfermeiros intervêm no sentido da PrS, com uma ação educativa, sistemática e integradora ao longo do processo de adaptação do cuidador/família, proporcionando conhecimento e 'empowerment', para incentivar respostas saudáveis às mudanças. Também Ferreira & Amendoeira (2015), salientam que "responder às necessidades e atender às preferências dos clientes, bem como, realizar educação para a saúde e disponibilizar informação de saúde, são pressupostos indispensáveis à satisfação da qualidade dos cuidados pelos clientes, revelando a importância do papel do enfermeiro nestas áreas" (p.405).

Na valorização da excelência do cuidar, o enfermeiro deve estar consciente da relevância do acolhimento e da importância da comunicação como "forma de intervenção, que permite operacionalizar um cuidado mais humanizado, mas cuja eficácia deve ser garantida pelo próprio enfermeiro e não deixada à sorte ou ao acaso" (Coelho, 2013, p. 24), pois é através de uma comunicação eficaz, que se consegue identificar as necessidades de cada um e satisfazê-las adequadamente (Silva, 2012).

A comunicação é essencial na prática da enfermagem, sendo mesmo vista como um instrumento básico, "Falar de comunicação em Enfermagem, deve ser sinónimo de falar de um tipo de comunicação que seja terapêutica, que ajude as pessoas a concretizar os seus projetos de saúde" (Coelho, 2013, p.45).

Segundo Potter & Perry (2006) o enfermeiro usa as suas habilidades de comunicação para agrupar, examinar e passar informações, bem como para proceder a elaborar o processo de enfermagem, sendo que o processo de enfermagem resultará melhor se o enfermeiro dominar a arte da comunicação de modo eficaz.

Uma comunicação eficaz exige, segundo Coelho (2013), uma "atenção especial tanto à dimensão verbal como à não-verbal e fazer isto implica a utilização da escuta por parte do enfermeiro" (p.50). Na opinião de Freitas et al. (2014) a comunicação não-verbal representa um instrumento de ajuda terapêutica que promove o cuidado em enfermagem. Para este autor, a comunicação não-verbal e o impacto dos problemas por ela causados no cuidado, é mais forte que os causados pela comunicação verbal, podendo dificultar o estabelecimento do vínculo de confiança entre o enfermeiro e a pessoa. Araújo et al. (2007) refere que os enfermeiros têm dificuldade em entender e utilizar os sinais não-verbais de forma eficiente, encaminhando a relação interpessoal com a pessoa mais pela comunicação verbal do que pela comunicação não-verbal. Acrescenta ainda que o enfermeiro necessita refletir sobre a comunicação não-verbal para torná-la mais consciente e ter recursos para entender o seu próprio comportamento e o da pessoa. Nesta continuidade Phaneuf (2005), afirma que uma das principais funções da comunicação não-verbal é complementar o processo da comunicação verbal, permitindo dar maior ênfase à mensagem. A mesma autora salienta que é essencial que o enfermeiro considere que, a atitude de escuta é sobretudo perceptível no comportamento não-verbal. Escutar é essencial para compreender as

peças (Coelho, 2013), “a observação e a escuta são fenómenos complementares e intimamente ligados. São essenciais ao estabelecimento de uma comunicação enfermeiro-pessoa cuidada e válida” (Phaneuf, 2005, p.147).

É essencial que o enfermeiro desenvolva competências de comunicação, pois “quanto melhor o enfermeiro dominar diversas estratégias de comunicação e as utilizar com uma intenção terapêutica concreta, melhores serão os resultados obtidos” (Coelho, 2013). A comunicação e a relação de ajuda são considerados fatores importantes na humanização e qualidade dos cuidados, sendo a comunicação uma ferramenta de base para a instauração da relação de ajuda (Phaneuf, 2005).

A essência do trabalho do enfermeiro é o cuidar, o acolhimento à pessoa realizado pelo enfermeiro é um cuidado de enfermagem, onde a pessoa está na centralidade dos cuidados, sendo avaliadas as suas necessidades e expectativas, e onde a comunicação se assume como instrumento básico e fundamental no processo de cuidados.

O acolhimento para além de favorecer a integração da pessoa no processo de cuidados, é um princípio inerente à qualidade dos cuidados prestados por qualquer organização de saúde (Instituto da Droga e da Toxicoddependência, I. P., 2011).

É por isso essencial que se desenvolvam processos de melhoria contínua que promovam a garantia da humanização e qualidade do acolhimento de enfermagem à pessoa integrada no seu domicílio.

1.2 – MODELO DE BETTY NEUMAN NO ACOLHIMENTO

No desenvolvimento deste estágio, teve-se como referencial teórico de enfermagem, o modelo de Betty Neuman, um modelo baseado na teoria geral dos sistemas enquanto sistemas abertos. Segundo Neuman o EEEEC trabalha com e para a comunidade promovendo os processos de readaptação, educando e ajudando a gerir os recursos internos e externos da pessoa, da família e da comunidade. Estes compreendem dimensões tão complexas como a psicológica, a sociocultural, a espiritual, a fisiológica e a de desenvolvimento (Tomey & Alligood, 2004).

Segundo estes autores este modelo tem presentes quatro conceitos centrais, a pessoa, a saúde, o meio ambiente e a enfermagem. O conceito de pessoa enquanto cliente/sistema, pode ser um indivíduo, família, grupo ou comunidade. O sistema do cliente é um composto dinâmico de inter-relações entre fatores fisiológicos, psicológicos, socioculturais, espirituais e de desenvolvimento, estando em constante mudança e deslocação e como um sistema aberto em interação recíproca com o ambiente. Trata-se de um modelo dinâmico, flexível e global, que garante uma estrutura, organização e orientação para responder à complexidade de intervenções e processos na comunidade (Tomey & Alligood, 2004).

O conceito saúde é visto como um contínuo do bem-estar ao mal-estar de natureza dinâmica e constantemente sujeito à mudança. “O bem-estar (...) indica que as necessidades do sistema total estão a ser satisfeitas” (Tomey & Alligood, 2004, p.340).

O ambiente engloba todos os fatores internos e externos que rodeiam e interagem com o sistema da população alvo em estudo a relação entre ambiente e pessoa é recíproca. “Os stressores (intrapessoais, interpessoais e extrapessoais) são importantes para o conceito de ambiente e são descritos como forças ambientais que interagem com, e alteram potencialmente a estabilidade do sistema” (Tomey e Alligood, 2004, p. 340).

Neuman identificou três ambientes relevantes: interno, externo e criado. O ambiente interno é intrapessoal, o ambiente externo é interpessoal ou extrapessoal e contempla todas as interações que ocorrem fora do cliente. O ambiente criado é inconscientemente desenvolvido e utilizado pelo cliente para sustentar o ‘coping’ protetor. O ambiente criado é de natureza dinâmica e mobiliza todas as variáveis do sistema para criar um efeito isolador que ajuda o cliente a lidar com a ameaça de stressores ambientais mudando-se a si próprio ou a situação (Neuman, 2011).

A organização do modelo de Neuman contempla a existência de um núcleo central (pessoa, família, comunidade) protegido por linhas concêntricas, linhas de defesa e resistência, a linha flexível de defesa atua como fronteira controlando as trocas de material, energia ou informação através de coisas tais como leis, as políticas, a resolução de conflitos e as tomadas de decisão. A penetração do stressor vai pressionar a linha normal de defesa do sistema cliente, causando períodos de instabilidade até que o sistema se recomponha através da utilização dos recursos disponíveis (Linhas de Resistência) tanto internos como externos. A Linha Normal de Defesa é um estado de saúde do sistema desenvolvido ao longo do tempo e reflete-se nos indicadores de saúde e determinantes sociais tais como, estilos de vida, taxas de vacinação, casas disponíveis, emprego, taxas de criminalidade. A Linha Flexível de Defesa inclui atividades e programas tais como redes de vizinhança que refletem as crenças e valores básicos do sistema sobre cuidados de saúde. A estabilidade do cliente consegue-se através da prevenção primária, secundária e terciária (Neuman, 2011).

Neuman definiu três níveis de intervenção, a intervenção-preventiva pode ser primária, secundária e terciária, conforme a linha que se pretende defender e/ou fortalecer face aos stressores. Os stressores são forças definidas como “estímulos produtores-de-tensão que têm o potencial para causar instabilidade ao sistema” (Neuman, 2011, pág. 23).

A intervenção primária resulta da perceção do risco e das consequências da possível exposição a determinados fatores de stress. Neste nível desenvolvem-se ações intencionais para ajudar o cliente a reter, atingir e/ou manter a estabilidade do sistema. Podem ocorrer antes ou depois das linhas protetoras de defesa ou resistência serem penetradas nas fases de reação e de reconstituição. Neuman defende a intervenção inicial quando se suspeita ou identifica um stressor. As intervenções baseiam-se num possível ou real grau de reação, recursos, objetivos e num resultado antecipado.

A intervenção secundária, que resulta da mobilização dos recursos internos e externos do cliente, de modo a selecionar as estratégias de intervenção que visam a reconstituição do equilíbrio

do sistema e, a intervenção terciária que resulta da mobilização dos recursos do cliente para prevenir novas reações aos stressores ou regressão, de modo a manter o equilíbrio alcançado (Neuman, 2011).

Tendo como referência este modelo de enfermagem, ao longo do desenvolvimento do projeto, entende-se o grupo de cuidadores informais da pessoa integrada em ECCI, enquanto sujeito dos cuidados como elemento central do processo de cuidados. Sabendo que à luz do modelo, o conceito de ambiente contempla os stressores (intrapessoais, interpessoais e extrapessoais) enquanto forças ambientais em interação com a estabilidade do sistema, é fundamental compreender a relação entre a pessoa, o ambiente e stressores. Na perspetiva de Neuman as intervenções de enfermagem devem ser intencionais e dirigidas para os fatores de stress, sejam estes reais ou potenciais, que afetam, ou podem vir a afetar, a harmonia e o funcionamento do sistema cliente. Nesta continuidade, foram identificados como fatores stressores intrapessoais: deficit de conhecimentos da pessoa acerca da organização e acesso ao serviço de ECCI; cuidadores informais com idades entre 51 e 80 anos e baixo nível de escolaridade e elevado índice de dependência da pessoa integrada em ECCI. Como fatores stressores extrapessoais: a inexistência de procedimento de enfermagem no acolhimento à pessoa.

Estes stressores interferem com o equilíbrio do sistema, pelo que desenvolver intervenções na área da melhoria contínua dos cuidados de enfermagem centrada no cliente e no âmbito do acolhimento à pessoa pode determinar todo o processo de cuidados e por isso interferir com o equilíbrio do sistema/cliente. Esta intervenção ocorre ao nível da prevenção primária, tendo como objetivo a redução de fatores de stress e de condições adversas que, potencial ou realmente, se encaixam no funcionamento do sistema (Tomey & Alligood, 2004).

No decorrer do desenvolvimento do projeto, a intervenção intencional da enfermagem, envolve a equipa de enfermagem e a organização dos cuidados, com o objetivo de promover a garantia da qualidade dos cuidados prestados à pessoa integrada na ECCI.

A figura abaixo, ilustra a adaptação do Modelo de Sistemas de Neuman.

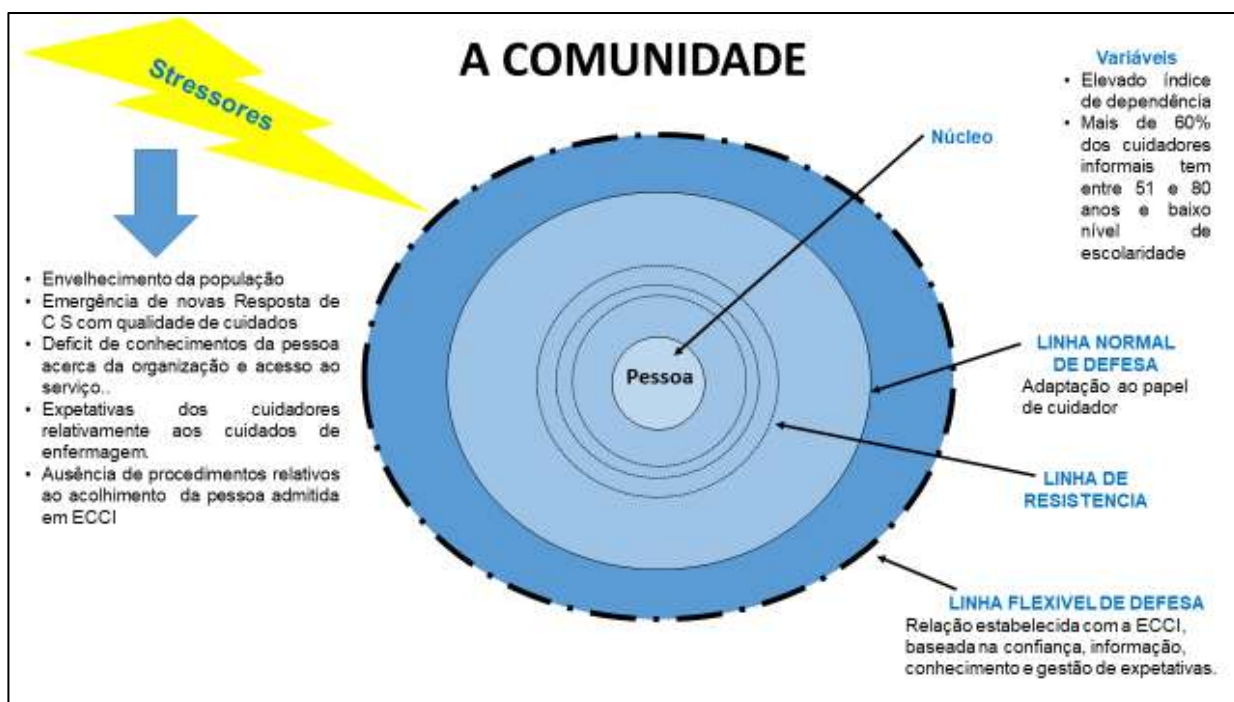


Figura 1 – Adaptação do modelo de Betty Newman

A intervenção de enfermagem tem como objetivo a prevenção através da redução de fatores de stress. A intervenção primária resulta da perceção do risco e das consequências da possível exposição ao fator de stress. Neste nível desenvolvem-se ações intencionais para ajudar o cliente a reter, atingir e/ou manter a estabilidade do sistema.

Relativamente ao projeto implementado e de acordo com o enquadramento teórico conceptual de Betty Newman, no núcleo encontra-se a pessoa, foco principal da intervenção de enfermagem, que neste caso se refere ao grupo de cuidadores informais da pessoa dependente integrada na ECCI.

Como referido anteriormente, em situação de dependência da pessoa, a família e os cuidadores informais têm um papel fundamental na continuidade de cuidados dos seus membros dependentes, pelo que, devem ser incluídos pelos enfermeiros no processo de cuidados. A prestação e cuidados no domicilio constitui um enorme desafio, pelo que cabe ao enfermeiro desenvolver intervenções promotoras de equilíbrio, bem estar e segurança na dinâmica familiar, para que se possa garantir a continuidade dos cuidados. Intervir na família durante a adaptação ao papel de prestador de cuidados da pessoa em situação de dependência, é de enorme complexidade e implica também uma avaliação ao nível da família.

É a família que, na maioria dos casos se torna o agente do autocuidado, assumindo a prestação de cuidados, o que implica uma reestruturação de toda a dinâmica familiar. Impõe-se assim, uma avaliação que interligue a família, o membro prestador de cuidados e a pessoa cuidada (Figueiredo, 2012).

O Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Família baseia-se na teoria dos sistemas, desenvolvendo-se a partir do Modelo de Calgary, e propõe três dimensões avaliativas, que permitem efetuar a avaliação familiar e posteriormente definir intervenções direcionadas às necessidades da

família. A avaliação centra-se em três áreas distintas de atenção: avaliação estrutural; de desenvolvimento e funcional, cada uma definida por dados diversos de categorização. A avaliação dos dados em complementaridade, permite um conhecimento aprofundado da família, possibilitando direcionar as intervenções no sentido do fortalecimento desta (Figueiredo, 2009).

A enfermagem assume nesta dimensão da prestação de cuidados, um papel fundamental, pois, intervir na família durante a adaptação ao papel de prestador de cuidados da pessoa em situação de dependência, é de enorme complexidade e implica uma avaliação ao nível da família, onde devem ser utilizados instrumentos de avaliação nomeadamente: O Apgar familiar de Smilkstein (avalia a funcionalidade da família); a Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe (avalia a probabilidade de incidência de doenças desde doença física ou psíquica a doença psicossomática, incluído na Dimensão funcional expressiva e a notação social da família (Graffar Adaptado) (Figueiredo, 2012).

1.3 – QUALIDADE DOS CUIDADOS NA ENFERMAGEM

Os sistemas de saúde desempenham um papel central nas sociedades modernas ao ajudar as pessoas a manter e a melhorar a sua saúde, as alterações demográficas e sociais determinam novas necessidades em saúde para as quais urge organizar respostas adequadas, de forma personalizada, de qualidade em proximidade, focalizadas na promoção da saúde, na gestão do risco, na prevenção da doença e de acidentes, nos cuidados de (re) adaptação e de suporte (Regulamento n.º 348/2015). A qualidade dos cuidados de saúde é o elemento essencial do desempenho dos sistemas de saúde.

O PNS 2020 emitido pela DGS (DGS, 2015^a) refere que, a OMS-Euro aconselha os Estados a implementar estratégias nacionais para a qualidade e segurança em saúde que tenham particular atenção à necessidade de se adotarem medidas que sejam sustentáveis a longo prazo (DGS, 2015). Em Portugal a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde tem sido uma das prioridades quer do PNS 2015-2020, quer da Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde 2015-2020.

O PNS 2020 salienta que:

“Melhorar continuamente a qualidade no sector da saúde significa tudo fazer, diariamente, para que os cuidados prestados sejam efetivos e seguros; para que a utilização dos recursos seja eficiente; para que a prestação de cuidados seja equitativa; para que os cuidados sejam prestados no momento adequado; para que a prestação de cuidados satisfaça os cidadãos e corresponda, tanto quanto possível, às suas necessidades e expectativas” (DGS, 2015a, p.16).

Por sua vez a ENQS visa assegurar que as funções de governação, coordenação e ação local, centradas no utente, estão devidamente alinhadas nos mesmos objetivos, mantendo o respeito pelas dimensões da efetividade, eficiência, acesso, segurança, equidade, adequação,

oportunidade, continuidade e respeito pelo cidadão. Tem como missão potenciar e reconhecer a qualidade e a segurança da prestação de cuidados de saúde, para garantir os direitos dos cidadãos na sua relação com o sistema de saúde (Despacho n.º 5613/2015).

Em saúde a qualidade está orientada para as necessidades, eficiência, eficácia, efetividade e equidade, e tem como objetivo um sistema de melhoria contínua dos cuidados. A qualidade em saúde é vista como a obtenção dos maiores benefícios, com os menores riscos para o cliente, benefícios estes que se definem em função do alcançável de acordo com os recursos disponíveis e os valores sociais existentes (Donabedian, 1988).

A importância da qualidade no sector da saúde é resultante do crescente interesse das organizações de saúde em adoptarem metodologias de gestão, de garantia e de melhoria contínua da qualidade, não só porque os clientes, cada vez mais, o esperam e exigem, mas também por saberem que poderão ter ganhos económicos e em saúde consideráveis (Shaw, 2010).

Na gestão das organizações de saúde, o conceito de qualidade aponta para a importância de olharmos para o cliente como o elemento central, numa perspetiva em que os ganhos em saúde de cada cliente se constituirão também como ganhos ou lucros para a organização. Sendo que, “os enfermeiros são considerados essenciais à prestação de cuidados de saúde e o cliente é o elemento central (Ferreira & Amendoeira, 2015).

A gestão pela qualidade é uma estratégia que orienta para os resultados e para a satisfação dos beneficiários, devendo garantir-se que os serviços prestados satisfaçam as exigências da qualidade. Assistimos a uma transformação dos sistemas de prestação de cuidados de saúde e em simultâneo surgem novos modelos de gestão e governação (Amaral, 2014).

O Departamento da Qualidade na Saúde (2017), pela pessoa do seu diretor, José Alexandre Diniz salienta que, “promover e garantir a qualidade e a melhoria contínua dos serviços de saúde, é um imperativo de todos os que dedicam a sua vida profissional, ao serviço público dos cidadãos que os procuram para receberem cuidados globais, integrados e seguros a que têm direito” (p.5).

O EEEEC deve assumir como referencial para qualidade dos cuidados prestados na sua prática clínica diária, o RPQCEEC (Regulamento n.º 348/2015, 2015), o mesmo salienta que é necessário que a formação profissional básica, especializada, dos enfermeiros privilegie o domínio da qualidade. É fundamental que o EEEEC inclua na sua prática clínica estratégias de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, de modo a assegurar a utilização eficiente dos recursos, mantendo níveis elevados de qualidade e segurança necessária; organize respostas adequadas, de forma personalizada, de qualidade e em proximidade e que incorpore nas suas práticas os resultados de estudos e investigações, promovendo o desenvolvimento das competências, aperfeiçoamento das práticas clínicas, intervenção sustentada nas políticas de saúde e na melhoria dos resultados em saúde (Regulamento n.º 348/2015).

Incluir estratégias de melhoria contínua da qualidade na prática clínica dos enfermeiros implica, de acordo com o Conselho de Enfermagem Regional da Secção Sul da OE (2013), a adoção da estratégia do Ciclo de Deming (Plan; Do; Check; Act/Adjust), sendo no entanto proposto uma adaptação, que se por se entender que responde melhor às necessidades específicas dos projetos de enfermagem esta proposta contempla 8 etapas, como se pode observar na figura 2,

- 1 – Identificar e descrever o problema
- 2 – Perceber o problema e dimensioná-lo
- 3 – Formular objetivos iniciais
- 4 – Perceber as causas
- 5 – Planear e executar as tarefas/atividades
- 6 – Verificar os resultados
- 7 – Propor medidas corretivas, standardizar e treinar a equipa
- 8 - Reconhecer e partilhar o sucesso.



Também Nunes (2016), destaca o Ciclo PDCA (Plan, Do, Check, Action) de Deming, como uma das sete ferramentas

Figura 2 – Adaptação do Ciclo de Deming

básicas da qualidade. O autor salienta que “um conjunto cada vez maior de ferramentas e metodologias da qualidade está a ser utilizado, de forma crescente, pelas organizações de todos os sectores de atividade, onde também se incluem as organizações de saúde” (Nunes, 2016, p.69). O ciclo PDCA é uma ferramenta que “orienta o processo de planeamento, estabelece metas a alcançar, após análise do problema a resolver, aponta tarefas a executar e os recursos necessários para essa execução. Acompanha a execução das tarefas propostas e refaz o plano ou parte dele” (Nunes, 2016,p. 99).

A avaliação da qualidade dos cuidados de saúde faz parte do processo de melhoria contínua, sendo crucial para tornar visível o que se passa dentro de uma organização e o que pode ser feito para melhorar o seu desempenho (Mendes, 2012).

As profissões da saúde são desafiadas a demonstrarem e documentarem a qualidade da sua contribuição para a saúde das pessoas (Amaral, 2014). É pela necessidade de se demonstrar e documentar a qualidade dos cuidados de enfermagem que surgem modelos de análise, como o Nursing Role Effectiveness Model (NREM) (Irvine et al.,1998). O modelo apresenta as relações entre variáveis que estão relacionadas com a estrutura organizacional; os processos e as intervenções de enfermagem; com os resultados que se operam no doente, no enfermeiro e na organização (Doran, 2011).

A dimensão estrutura, segundo a perspectiva do NREM, refere-se a variáveis relacionadas com os enfermeiros, clientes e organização. O tempo de experiência, o conhecimento e o nível de competência são variáveis que, associadas aos enfermeiros, podem afetar a qualidade dos cuidados (Irvine et al., 1998, & Doran, 2011). Também a idade, o estado funcional do cliente na admissão, o diagnóstico e a gravidade do problema de saúde, bem como as comorbilidades deste, podem afetar os resultados em saúde.

A dimensão Processo, relaciona-se com os papéis e atividades desempenhados pelos enfermeiros dentro das suas competências. Os papéis representam as posições que os profissionais ocupam dentro das organizações e a que estão associados determinados comportamentos esperados. Doran (2011), descreve que as atividades dos enfermeiros dizem respeito às

intervenções independentes, interdependentes e às intervenções relacionadas com o papel do médico. As intervenções independentes são iniciadas pelos enfermeiros em resposta às necessidades dos clientes, não necessitando de prescrição de terceiros, incluem juízo clínico, implementação de cuidados e avaliação da resposta aos cuidados prestados. As intervenções interdependentes enquadram-se nas funções e atividades partilhadas com outros membros da equipa interdisciplinar, incluem atividades de comunicação, implementação e coordenação de cuidados de manutenção. Já relativamente às intervenções relacionadas com o papel do médico, são ações dos enfermeiros em resposta a prescrições médicas e avaliação da resposta do cliente que está inerente a essa intervenção.

Por sua vez os Resultados refletem o produto final dos cuidados prestados, que consiste em resultados sensíveis às intervenções dos enfermeiros, os resultados são descritos em seis categorias: prevenção de complicações, gestão de sintomas, conhecimento da doença, tratamento e gestão de efeitos secundários, estado funcional e autocuidado, satisfação com os cuidados e custo (Doran, 2011).

Este modelo representa a natureza multidimensional dos cuidados e pode orientar a investigação sobre a forma como os cuidados prestados pelos enfermeiros influenciam o sucesso ou insucesso dos cuidados nos resultados obtidos e as condições que os influenciam (Doran 2011).

Este modelo explica, ao invés de controlar, os múltiplos fatores que contribuem para o estado do doente e para os cuidados saúde prestados pelos enfermeiros, e enfatiza o facto que qualquer resultado é sensível aos cuidados fornecidos (Amaral, 2014). As variáveis da dimensão estrutura (caraterísticas da organização, do cliente e do profissional) influenciam o processo (intervenções dos enfermeiros) e influenciam também o resultado (resultados sensíveis em enfermagem). A qualidade só pode ser medida através da ligação que se estabelece entre a estrutura e o processo por um lado e os resultados pelo outro (Irvine *et al.* 1998 & Doran, 2011). A partir deste modelo é possível inferir que desenvolver programas de melhoria contínua que possam contribuir para o desenvolvimento dos sistemas de qualidade de uma organização (estrutura), pode ter implicações no processo de cuidados e vir a refletir-se nos resultados.

É essencial a avaliação dos serviços de saúde por parte dos clientes, constituindo-se esta como contributo importante para a melhoria contínua da qualidade nas unidades de saúde. Conhecer a satisfação dos clientes, no sentido de se proceder à otimização dos recursos e da melhoria da prática assistencial, é por isso fundamental. O conceito de qualidade em saúde está inevitavelmente ligado à satisfação do cliente, esta deve ser encarada como um indicador da qualidade. Ferreira & Amendoeira (2015), referem que “responder às necessidades e atender às preferências dos clientes, bem como, realizar educação para a saúde e disponibilizar informação de saúde, são pressupostos indispensáveis à satisfação da qualidade dos cuidados pelos clientes (...) revelando a importância do enfermeiro nestas áreas” (p. 405).

No sentido da garantia da satisfação da pessoa, relativamente aos cuidados prestados, é essencial que o enfermeiro conheça as necessidades e expectativas desta, logo no início do processo de cuidados, ou seja no acolhimento à pessoa realizado pelo enfermeiro. Na perspetiva de Silva (2009) a satisfação consiste na “...perspetiva dos utentes pelo cumprimento das suas expectativas

e necessidades” (p. 58) o autor refere que, quando a perceção do serviço vai de encontro às suas expectativas, existe um nível positivo de satisfação com os cuidados prestados, quando a perceção excede as expectativas, o cliente pode ficar encantado mas, pelo contrário, se as perceções não atendem às expectativas, ocorre a insatisfação.

Atualmente nas organizações de saúde, a satisfação dos clientes é uma das variáveis essenciais a incluir nos modelos de gestão. Desenvolver metodologias válidas de avaliação da satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem prestados, pode revelar-se um valioso contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados pela ECCI.

A avaliação da satisfação do cliente, como indicador da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados pela ECCI, possibilita à equipa, analisar o impacto dos seus cuidados, permitindo assim a definição e implementação de estratégias de melhoria contínua, como contributo para a qualidade dos cuidados, estando desta forma em linha com um dos eixos estratégicos do PNS 2020, a Qualidade em Saúde (DGS, 2015a).

O ambiente de cuidados não é uma entidade abstrata e no caso dos serviços de saúde, diremos que é um contexto onde se cruzam vários intervenientes, com o objetivo de contribuir para os melhores resultados em saúde e que pode influenciar a organização dos cuidados. Nesta continuidade, salientam-se os cuidados domiciliários, prestados em ambiente de elevada complexidade, os quais exigem por parte do enfermeiro uma atenção especial relativamente à organização dos cuidados e às estratégias de intervenção adotadas. Assim, é premente desenvolverem-se processos de melhoria contínua no âmbito do acolhimento da pessoa no contexto do seu domicílio, que possam contribuir para a garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem.

2 – PLANEAMENTO EM SAÚDE

O projeto de intervenção comunitária, foi desenvolvido no âmbito dos Cuidados Continuados integrados, na ECCI do Cartaxo.

De acordo com o estabelecido pela OE, o projeto teve como linha condutora a metodologia do planeamento em saúde, conduzindo assim ao desenvolvimento das competências definidas no RCEEEEC, passando a citar: “Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde a avaliação do estado de saúde de uma comunidade” (Regulamento nº 428/2018, 2018, p.19335).

Para Nunes (2016), o planeamento constitui uma ferramenta técnica e administrativa indispensável à gestão, que exprime o desejo de mudança, considerando durante todo o processo, atributos como a eficácia, a eficiência, a qualidade e a equidade. Serve para determinar onde se quer chegar e tomar as decisões adequadas e pertinentes que, levarão ao objetivo pretendido. Segundo Imperatori & Giraldes (1993) a metodologia de planeamento em saúde pode definir-se como a racionalização do uso dos recursos com vista a atingir os objetivos fixados.

Na saúde o planeamento faz-se num processo continuo através da previsão dos recursos assim como dos serviços necessários, no intuito de alcançar os objetivos definidos obedecendo a critérios de prioridade que permitam optar de entre os percursos possíveis aquele que mais se adequa e que assente numa tomada de decisão fundamentada, sendo que devem ser contempladas as dificuldades existentes (Tavares, 1990).

O planeamento em saúde, segundo Imperatori & Giraldes (1993), constitui-se de três fases fundamentais: a elaboração do plano, que é composta pelo diagnóstico da situação; pela definição de prioridades; pela fixação de objetivos; pela seleção de estratégias; pela elaboração de programas e projetos e pela preparação para a execução, a segunda fase é a execução e a terceira fase é a avaliação.

2.1 – DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

O Diagnóstico da Situação, é o primeiro passo da metodologia do Planeamento em Saúde, devendo corresponder às necessidades da população (Imperatori & Giraldes, 1993). As três técnicas fundamentais para a uma correta elaboração do diagnóstico são: Consulta de indicadores, inquéritos e pesquisa de consenso, este consenso pode ser obtido entre um grupo de pessoas conhecedoras dos problemas e da população em estudo (Nunes, 2016).

Na primeira etapa, a de Diagnóstico de Saúde desenvolvida no Estágio I na Unidade de Cuidados da Comunidade do Cartaxo, foi realizada a apreciação da comunidade, consultados indicadores, identificados os problemas de saúde, definidas as necessidades e elaborado o diagnóstico de enfermagem comunitária, dando oportunidade do desenvolvimento da competência definida para o EEEC “Procede à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade” (Regulamento nº 428/2018, 2018, p.19335).

O projeto de intervenção comunitária foi desenvolvido na UCC do Cartaxo. Esta unidade de saúde iniciou a sua atividade em 08/02/2010, em conformidade com o Despacho nº 10143/2009, e tem como missão,

Contribuir para a melhoria do estado de saúde da população do concelho do Cartaxo, visando a obtenção de ganhos em Saúde, através da intervenção de cariz comunitário de uma equipa multidisciplinar que atua em parceria com várias entidades do concelho (UCC, 2018).

A UCC do Cartaxo encontra-se integrada no ACES da lezíria e ARSLVT, e disponibiliza a sua carteira de serviços aos residentes na área geográfica do concelho do Cartaxo, onde estão incluídas as Uniões de freguesias do Cartaxo/Vale da Pinta e de Ereira/Lapa, e as freguesias de Pontével, Valada, Vale da Pedra e Vila Chã de Ourique, como ilustrado na figura 3.



Figura 3 – Mapa Administrativo do Concelho do Cartaxo

A área geográfica de abrangência da UCC Cartaxo é de 158 Km², com uma densidade populacional de 155 pessoas/Km², de acordo com Censos de 2011. O Cartaxo tem uma população residente segundo os últimos Censos de 23.855 pessoas e tem vindo a diminuir desde 2012 (INE, 2017), a estrutura etária da população residente no concelho encontra-se representado na figura 4. Apresenta um índice de envelhecimento de 173,3%, superior ao nacional que é de 155,4% (INE, 2017) e um índice de dependência total no município de 55,2%, sendo que a média de Portugal continental é de 55%.

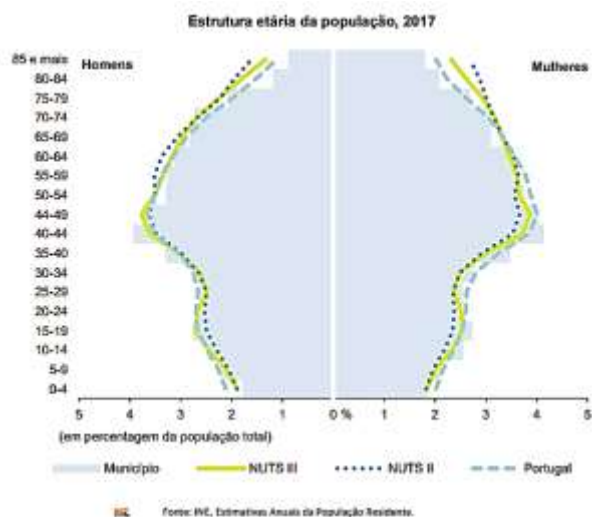


Figura 4 – População residente no concelho do Cartaxo

A UCC oferece um período assistencial com o horário das 8h às 18h nos dias úteis e sábados, domingos e feriados das 9 às 13 horas. Disponibiliza na sua carteira de serviços aos residentes na área geográfica do concelho do Cartaxo, os seguintes programas: Programa de Saúde Escolar; Equipa de Cuidados Continuados Integrados; Equipa comunitária de saúde mental, em parceria com o serviço de psiquiatria do HDS; Programa de Acompanhamento de Utentes com Problemas de Álcool; Programa de Parentalidade; Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco/Equipa Prevenção de Violência nos Adultos; Classe Movimento Dor Crónica Lombar e Projeto de Parceria com: a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco (CPCJR); Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância; Rede Social e Projeto de Parceria e Núcleo Local de Inserção.

Sendo um concelho marcado pelo envelhecimento da população, requer-se por parte do EEEC um olhar atento às necessidades desta população assim como a otimização respostas de saúde adequadas. O aumento crescente do envelhecimento da população na nossa sociedade deve conduzir a um maior interesse no desenvolvimento de projetos relativos à assistência da população idosa.

Dadas as características demográficas do concelho, marcado por um índice de envelhecimento superior ao índice de envelhecimento nacional, assim como o elevado índice de dependência e o interesse manifestado pela coordenadora da UCC relativamente à qualidade dos cuidados prestados no âmbito da ECCI, considerou-se pertinente intervir nesta área.

Neste estudo foram utilizadas diferentes técnicas de colheita de dados, assim como metodologias de âmbito qualitativo e quantitativo.

Numa abordagem qualitativa, foram realizadas entrevistas semiestruturadas a quatro informantes chave. A análise das entrevistas foi realizada recorrendo ao método de análise de conteúdo, definida por Bardin (2016) como o conjunto de técnicas de análise de comunicações visando procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. Assim, foram transcritas as

entrevistas dos informantes chave, constituindo o *corpus*, que segundo Bardin (2016) é o conjunto de todos os documentos tidos em conta para serem submetidos a procedimentos de análise de conteúdo.

Após a leitura flutuante do *corpus* das entrevistas, foram identificadas as unidades de registo que foram agrupadas, de forma gradual e progressiva, consoante o conteúdo e contexto das mesmas. Do conteúdo das entrevistas realizadas aos informantes chave, emergiram os seguintes temas, dimensões e categorias que apresentamos sob a forma de tabela.

Tabela 1 – Análise de conteúdo de entrevistas

Temas	Dimensões	Categorias
Qualidade em saúde	Melhoria da qualidade organizacional	Estratégias de melhoria contínua. Parcerias intersectoriais.
	Satisfação dos clientes	Acolhimento Cuidados de enfermagem
Papel de cuidador informal	Necessidades do cuidador informal	Capacitação Apoio ao cuidador

Tendo bem presente a importância da avaliação dos cuidados de enfermagem como elemento fundamental para a garantia da qualidade, foi realizado também um estudo descritivo, exploratório e transversal, com uma abordagem de pesquisa quantitativa, com o objetivo de: avaliar a satisfação dos cuidadores face aos cuidados de enfermagem prestados pelos enfermeiros da ECCI do Cartaxo.

Foi utilizado o formulário de avaliação de satisfação dos clientes, relativamente aos cuidados de enfermagem prestados pela ECCI. Trata-se de um instrumento normalizado que possibilita, uma monitorização transversal e sistémica da satisfação com os cuidados de enfermagem prestados pelas ECCI (Vilela, 2017). Este formulário embora também tenha sido validado para a pessoa dependente, neste estudo foi aplicado só a cuidadores, o instrumento apresenta uma estrutura multidimensional, composta por subescalas estabilizadas, robustas concetualmente e fiáveis e foi criado e validado por Vilela (2017).

O estudo realizado no Estágio de Diagnóstico de Situação, mostra-nos que a caracterização dos cuidadores informais deste concelho encontra-se em consonância com resultados de estudos da mesma área de investigação realizados em Portugal. Este grupo populacional caracteriza-se por ser predominantemente do sexo feminino, com idades entre os 51 e 80 anos, maioritariamente casados ou em união de facto, predominantemente familiares da pessoa dependente, cerca de 43% dos cuidadores não possuem experiência anterior como cuidadores e maioritariamente coabitam com a pessoa dependente.

Após o tratamento e análise dos dados e seguindo a metodologia de planeamento em saúde de Imperatori e Giraldes (1993) e ainda na fase de diagnóstico de situação, realizou-se a validação dos resultados com a comunidade, num fórum comunitário em espaço público, com o objetivo de efetuar a confrontação do diagnóstico com as necessidades sentidas pela comunidade e hierarquização das mesmas. A validação dos dados com os participantes, investigadores,

enfermeiros comunitários, residentes na comunidade e políticos foi fundamental para realização do diagnóstico de enfermagem.

2.2 – DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES, FIXAÇÃO DE OBJETIVOS

Relativamente à Definição de Prioridades, salienta-se que, após se tomar conhecimento da situação existente deve proceder-se de forma justificada e/ou fundamentada a uma hierarquização dos conteúdos trazidos pelo diagnóstico da situação (Nunes, 2016).

Nesta etapa utilizaram-se critérios de priorização como: magnitude; transcendência e vulnerabilidade. Assim como também foram integradas na tomada de decisão, as orientações estratégicas elencadas no PNS 2020 (DGS, 2015a) e prioridades definidas pela ENQS 2015-2020 (Despacho n.º 5613/2015). A concretização desta etapa promoveu o desenvolvimento da competência: “Estabelece as prioridades em saúde de uma comunidade” (Regulamento nº 428/2018, 2018, p.19335).

O diagnóstico de enfermagem priorizado foi: “Comunidade [cuidadores informais] com falta de conhecimento sobre serviços de saúde [acesso e organização dos cuidados de saúde de ECCI” (ICN, 2016).

Seguindo a metodologia do Planeamento em Saúde, posteriormente à priorização dos problemas segue-se a etapa de estabelecimento de objetivos, estes devem ser aceites por todos os intervenientes no processo de planeamento, permitindo o envolvimento e participação de todos os atores, pois para serem aceites, os objetivos terão que ser compreendidos, para que possam motivar a ação (Nunes, 2016). O objetivo geral foi: Desenvolver programa de melhoria contínua da qualidade no âmbito da organização dos cuidados de enfermagem no acolhimento à pessoa integrada na ECCI do Cartaxo.

2.3 – SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

A Seleção de Estratégias corresponde à quarta etapa do planeamento em saúde, que consiste em conceber um processo baseado num conjunto de técnicas específicas organizadas com a finalidade de alcançar um objetivo. É essencial efetuar uma estimativa dos recursos a utilizar, se os recursos forem insuficientes, as estratégias deverão ser revistas, tal como os objetivos (Imperatori e Geraldês, 1993). A seleção de estratégias, deve ser suficientemente detalhada para que possa ser efetivamente compreendida (Nunes, 2016). Esta etapa do planeamento deu lugar ao desenvolvimento da competência definida pela OE para o EEEEC, “Formula objetivos e estratégias

face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas” (Regulamento nº 428/2018, 2018, p.19335).

As estratégias eleitas para o desenvolvimento do projeto foram:

- Realizar Scoping Review;
- Desenvolver formação no âmbito do acolhimento de enfermagem;
- Desenvolver formação no âmbito da qualidade em saúde, processo e procedimentos;
- Sensibilizar e envolver a equipa para a importância do projeto;
- Realizar formação em serviço à equipa: no âmbito do acolhimento de enfermagem; da qualidade em saúde, processo e procedimentos e protocolo e resultados de *Scoping Review*;
- Adotar a metodologia do Ciclo de Deming, como estratégia de melhoria contínua.

2.3.1 – Scoping Review – Percurso metodológico e resultados

Segundo a OE o enfermeiro comunitário deve disponibilizar informação baseada em evidência científica que suporte as decisões em saúde (Regulamento nº 428/2018, 2018). Para Stanhope & Lancaster (2011), a pesquisa da evidência “proporciona uma base científica para a prática (...) a utilização da investigação para apoiar a prática conduzirá a melhores resultados no cliente e maior eficácia da prática” (p.291).

Assim, na procura da evidência científica mais recente como sustentação da prática clínica e sabendo que a Revisão Sistemática de Literatura (RSL) se constitui como um dos instrumentos essenciais à afirmação da enfermagem baseada na evidência, realizou-se a *Scoping review* (Anexo II), seguindo o protocolo de ‘Joanna Briggs Institute’. A questão de pesquisa, definida foi: Quais as estratégias de enfermagem no acolhimento à pessoa no contexto domiciliário, que contribuem para a qualidade dos cuidados?

E de acordo com o protocolo, desenvolveu-se pesquisa bibliográfica que permitiu definir o quadro conceptual, assim como as palavras-chave a utilizar nas diferentes bases de dados. Sendo as palavras-chaves as seguintes: *Nurs**; *Patient admission e Quality of Health Care*, estas foram previamente validadas como descritores na plataforma Mesh Browser 2019. De seguida foram definidos os critérios de inclusão, e foram utilizados como limitadores: texto completo disponível; Friso temporal da data de publicação: 01/01/2014 a 31/03/2019; Português e Inglês; humano; Faixas etárias; todos os adultos e idade superior a 65 anos; texto completo em PDF. As bases de dados utilizadas foram a Ebsco (CINAHL Complete; MedLine Complete; MedicLatina e Nursing e Allied Health Collection: Comprehensive), pubmed e proquest.

Através da utilização o Prisma 2009 Flow Diagram foram encontrados 69 artigos, através das bases de dados referenciadas. Deste número, foram eliminados 5 artigos duplicados, dos 64 artigos, 57 foram eliminados a partir da leitura do título. Reuniram-se 7 artigos, que cumpriam os

critérios de elegibilidade. Estes foram submetidos aos critérios de inclusão definida, tendo-se excluído 5, foram por isso selecionados 2 artigos ambos estudos qualitativos.

Da análise destes obtiveram-se contributos considerados relevantes face ao objetivo da pesquisa, cuja síntese dos resultados passamos a apresentar.

As evidências mostraram que colocar as pessoas no centro do atendimento e conhecê-las em sua própria casa tem um efeito poderoso tanto para a pessoa como para o cuidador e é valorizado por estes enquanto clientes (Takahashi et al., 2019). Também Ferreira & Amendoeira (2015) referem que quando o cliente está na centralidade dos cuidados, esta centralidade é preditora dos resultados sensíveis em enfermagem, nomeadamente o autocuidado terapêutico e a satisfação da qualidade dos cuidados pelos clientes. Nesta continuidade Amendoeira (2006) salienta que, é essencial que o enfermeiro tenha presente que, o processo de cuidados, é um processo de interação, onde o centro é a pessoa e, onde o profissional possui os conhecimentos específicos que lhe permitem diagnosticar e planear o trabalho, que ele próprio executa e controla.

Os achados evidenciam que, os cuidadores apreciaram a capacidade que os enfermeiros têm de dar resposta a questões de saúde e não relacionadas à saúde, que afetam a qualidade de vida da pessoa, valorizam a comunicação e capacidade para escutar, fornecida na visita domiciliária, o tempo e a disponibilidade dos enfermeiros para entender as suas necessidades e sentiram que as visitas domiciliares lhes davam paz de espírito (Takahashi et al., 2019).

Os achados destacam a comunicação dos enfermeiros com a pessoa e cuidador, como determinante no processo de cuidados e conseqüentemente na qualidade dos cuidados. Nessa continuidade, Coelho, (2013) salienta que, não é possível cuidar sem comunicar, é por isso essencial que os enfermeiros desenvolvam competências comunicativas que contribuam para garantir a eficácia da comunicação que estabelecem ou mantêm com as pessoas a quem prestam cuidados.

De acordo com a evidência obtida, um objetivo importante do processo de admissão inclui documentar o 'Start of Care' (início de cuidados) que deve contemplar a realização e discussão do plano de cuidados incluindo a intervenção multidisciplinar (serviços necessários, como fisioterapia e assistência social), agendamento de visita futura e reconciliação de medicação. A capacitação da pessoa e cuidador foi considerada como contributo importante para a envolvimento no plano de cuidados (Yang *et al.*, 2019; Takahashi et al., 2019).

A capacitação da pessoa e cuidador é um contributo importante para a envolvimento no plano de cuidados, este deve-se iniciar no momento do acolhimento (Yang *et al.*, 2019; Takahashi et al., 2019).

É fundamental que os enfermeiros estabeleçam e consolidem logo no início do processo de cuidados uma parceria com os cuidadores informais, valorizando-os e dando-lhes suporte nos cuidados, capacitando a pessoa e a sua família sobre como lidar com as situações de doença com as quais se deparam, que são potencialmente geradoras de conflitos e tensões (Rocha et al., 2008).

Relativamente à reconciliação de medicação, em Portugal, a Norma nº 018/2016 emitida pela DGS (2016), refere que, as instituições prestadoras de cuidados de saúde, através das

comissões da qualidade e segurança, devem promover a implementação do processo de reconciliação da medicação.

Os achados salientam que é durante a primeira visita domiciliária que o enfermeiro deve iniciar a educação para a saúde, devendo abordar temas como: conhecimento sobre a doença; autocuidado e gestão do regime terapêutico (Yang *et al.*, 2019; Takahashi *et al.*, 2019).

Contudo alertam que, a colheita de dados na primeira visita consome muito tempo, pelo menos 1 hora, a média de tempo gasto na primeira visita domiciliária no estudo em análise, foi de 66,7 minutos.

A pessoa após a alta hospitalar geralmente necessita de descansar, e tendo em consideração que o domicílio é o espaço privado, não é apropriado ficar muito tempo (Yang *et al.*, 2019). Pelo que, devem encontrar-se alternativas de registo rápido durante a colheita de dados, como por exemplo, esboçar uma ideia e preencher os dados completos mais tarde. De acordo com os achados, recolher dados em suporte de papel e posteriormente transferir para plataformas informáticas é uma estratégia que contribui para a precisão dos dados, assim como também contribui para o desenvolvimento do pensamento crítico do enfermeiro. Completar dados após a visita domiciliária, pode ajudar a reduzir o tempo gasto na casa da pessoa, uma consideração importante na primeira visita domiciliária (Yang *et al.*, 2019).

Segundo os autores, rever os dados colhidos na visita domiciliária, no momento da transferência destes dados para a plataforma informática, permite ao enfermeiro identificar respostas ausentes, incorretas ou incompletas, o que contribui para melhorar a qualidade da documentação. Contudo, a documentação total após sair da casa da pessoa pode introduzir problemas relacionados à memória em relação aos detalhes da admissão, permitir erros e omissões (Yang *et al.*, 2019).

Em saúde a qualidade está orientada para as necessidades, eficiência, eficácia, efetividade e equidade, e tem como objetivo um sistema de melhoria contínua dos cuidados (Donabedian, 1988), onde os enfermeiros são considerados essenciais à prestação de cuidados de saúde e o cliente é o elemento central (Ferreira & Amendoeira, 2015).

Como conclusões e implicações para o futuro considero pertinente realçar que:

- O acolhimento realizado pelo Enfermeiro, deve colocar a pessoa no centro de interesse e ser baseado numa relação interpessoal que conduza à Humanização dos Cuidados.
- A centralidade da pessoa no processo de cuidados de enfermagem é valorizada pela pessoa e vai ao encontro das suas expectativas, pelo que contribui para a qualidade dos cuidados prestados.
- A evidência científica, mostra que a comunicação terapêutica é fundamental para a qualidade dos cuidados prestados durante o acolhimento e contribui para a satisfação dos clientes dos serviços de saúde. Aspectos como: escuta; tempo despendido; atenção dispensada e envolvimento da pessoa são aspetos valorizados pelo cliente.
- As intervenções de: educação para a saúde; capacitação da pessoa; reconciliação medicamentosa; elaboração do plano de cuidados e planeamento adequado das visitas,

são intervenções indispensáveis a desenvolver no acolhimento da pessoa em contexto domiciliário.

- Conhecer as expectativas e avaliar a satisfação da pessoa acerca do acolhimento é um contributo para a garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem e promove a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.



Figura 5 – Contributos Da Scoping Review mobilizados

Salienta-se que o protocolo de pesquisa da Scoping Review encontra-se por completo em anexo deste relatório (Anexo II).

2.4 – ELABORAÇÃO E EXECUÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

A etapa do planeamento em saúde que se segue é a Elaboração de Programas e Projetos, trata-se do estudo pormenorizado das atividades imprescindíveis à execução parcial ou total, de uma estratégia para atingir um ou mais objetivos (Imperatori & Giraldes, 1993).

Considera-se que importa fazer a distinção entre programa e projeto. Assim, um programa é “o conjunto de atividades necessárias à execução parcial ou total de uma determinada estratégia, que exigem a utilização de recursos humanos, materiais e financeiros e que são geridos por um mesmo organismo” (Imperatori & Giraldes, 1993, p.129). Enquanto projeto é definido como “uma atividade que decorre num período de tempo bem delimitado, que visa obter um resultado específico e que contribui para a execução de um programa” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 129).

Encontrado o Diagnóstico de Enfermagem e estabelecidas as prioridades e tendo sido identificado a necessidade de desenvolver um procedimento de trabalho no âmbito do acolhimento do enfermeiro à pessoa integrada em ECCI e sabendo que, na procura permanente da excelência no seu exercício profissional, o EEEEC contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem (Regulamento n.º 348/2015, 2015), considerou-se pertinente que a intervenção se centrasse no desenvolvimento de uma estratégia de melhoria contínua, sendo a intervenção dirigida à organização dos cuidados no acolhimento de enfermagem à pessoa integrada em ECCI. Assim, foi desenvolvido o projeto de intervenção intitulado por: “Contributo do acolhimento de enfermagem para a qualidade dos cuidados à pessoa no contexto domiciliário”.

Esta atividade permitiu a aquisição da competência “Estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados” (Regulamento nº 428/2018, p.19335).

Na etapa de Preparação para a Execução, pretende-se facilitar a realização das atividades, através da apresentação das atividades, da visualização dos obstáculos à execução e da previsão dos recursos necessários. Visa essencialmente o estudo detalhado das atividades necessárias à execução de uma determinada estratégia, no sentido de atingir os objetivos (Imperatori e Giraldes, 1993). Nesta etapa pode recorrer-se à elaboração de cronogramas, estes são gráficos de duas dimensões que relacionam as atividades com o tempo necessário para as desenvolver (Imperatori, 1993). O cronograma relativo a este projeto foi realizado e pode ser consultado no projeto de intervenção que se encontra em Anexo I.

Na etapa da execução foram colocadas em prática as atividades programadas no plano, sendo que foram realizadas dando cumprimento ao cronograma elaborado. De seguida descrevem-se as atividades desenvolvidas no âmbito do projeto:

A pesquisa bibliográfica no âmbito da temática do projeto foi uma constante ao longo do desenvolvimento deste, pois, é essencial que o EEEEC privilegie o domínio da qualidade, incorpore nas suas práticas os resultados de estudos e investigações, no sentido do desenvolvimento das competências, aperfeiçoamento das práticas clínicas (Regulamento n.º 348/2015, 2015);

A Realização de um Workshop com o tema – Processos e Procedimentos promovido pela Associação Nacional das Unidades de Saúde Familiar no dia 30 de março e cujo certificado de presença se encontra em anexo (Anexo III), revelou-se de especial importância pois, veio consolidar conhecimentos e competências do âmbito da gestão dos sistemas de qualidade, adquiridas no semestre anterior na Unidade Curricular de Gestão em Enfermagem. O que está em concordância com o que nos refere Mezomo (2001), ao salientar que “qualidade exige mudança de pensamento e mudança de atitudes que só um conhecimento consolidado pode provocar. Só pessoas fortemente conscientizadas do valor do processo de melhoria da qualidade, e com claro senso de prosperidade podem assegurar efetividade ao processo” (p. 245).

A realização de reuniões com a enfermeira coordenadora em funções de gestão, permitiu a discussão e validação do desenvolvimento do projeto. Este é o responsável, em primeira linha, pela defesa da segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem e deve desenvolver um sistema de

gestão de qualidade como modelo de excelência e referência para a melhoria contínua da qualidade da prestação de cuidados de saúde e das organizações (Regulamento n.º 348/2015).

Nas reuniões semanais de ECCEI, privilegiou-se a participação assídua, o que se revelou também um contributo importante no acompanhamento do projeto, pois nestas reuniões foi possível discutir e validar aspetos relacionados com o desenvolvimento do projeto, mantendo a equipa envolvida no processo.

Foi apresentado o projeto em reunião agendada e formalizada para esse fim, cujo os objetivos e conteúdos abordados estão descritos na tabela 2, foi efetuado convite individual a cada profissional (Anexo IV) para estar presente na reunião, o projeto foi apresentado com recurso ao PowerPoint (Anexo V).

Tabela 2 – Apresentação de projeto à equipa da UCC- Objetivos e Conteúdos

Apresentação de projeto	
Objetivos	Conteúdos abordados
Sensibilizar a equipa para a importância do projeto; Promover o envolvimento da equipa na implementação do projeto; Apresentar projeto à equipa de UCC.	Objetivos do projeto; Caraterização da população do concelho; Diagnóstico de enfermagem Comunitária; Importância da qualidade dos cuidados; Importância do acolhimento de Enfermagem; Metodologia de planeamento em Saúde; Plano operacional das atividades.

Realizou-se uma sessão de formação à equipa da UCC, cujo tema foi “Qualidade em saúde - Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem” e os objetivos e conteúdos abordados estão descritos na tabela 3, tendo sido enviado convite individual a cada profissional (Anexo VI) e realizada apresentação com recurso ao PowerPoint (Anexo VII);

Tabela 3 – Sessão de Formação nº1 - Objetivos e Conteúdos

Qualidade em saúde - Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem	
Objetivo	Conteúdos abordados
Promover desenvolvimento de competência dos pares relativamente ao processo de melhoria contínua dos cuidados	Qualidade Qualidade em saúde Processo e procedimento Elementos de um procedimento Apresentação de procedimento em construção e documentos anexos

Realizou-se a segunda sessão de formação à equipa da UCC, cujo tema foi “O contributo do acolhimento de enfermagem para a qualidade dos cuidados prestados à pessoa no contexto domiciliário”, os objetivos e conteúdos abordados estão descritos na tabela 4, tendo sido enviado convite individual a cada profissional (Anexo VIII), a apresentação foi realizada com recurso ao PowerPoint (Anexo IX).

Tabela 4 - Sessão de Formação nº2 - Objetivos e Conteúdos

O contributo do acolhimento de enfermagem para a qualidade dos cuidados prestados à pessoa no contexto domiciliário	
Objetivo	Conteúdos abordados

<p>Apresentar a metodologia e os resultados da Scoping Review; Promover a reflexão acerca das estratégias de acolhimento promotoras da qualidade dos cuidados; Promover a reflexão acerca da importância da prática baseada na evidência na qualidade dos cuidados de Enfermagem.</p>	<p>Conceitos: Enfermagem; Acolhimento; Qualidade em Saúde; Pessoa e Cuidador informal. Protocolo da scoping review</p>
---	---

Na sessão nº 2, além da apresentação do protocolo e resultados da ‘Scoping Reveiw’, foi também discutido a importância do acolhimento e da comunicação como promotores de qualidade dos cuidados. Nesta continuidade Cavaco (2013), acrescenta que a qualidade da comunicação depende da experiência e da formação dos enfermeiros e realça a importância da adequação de estratégias de comunicação. Pelo que a comunicação é uma intervenção de enfermagem, que necessita ser integrada na prática clínica de forma consciente, uma vez que esta se reflete em ganhos para a saúde, bem-estar e qualidade de vida da pessoa. Contudo não chega utilizar somente a comunicação verbal, é essencial estar atento aos sinais não-verbais, saber interpretar corretamente mensagens não-verbais permite-nos compreender adequadamente a mensagem. A formação contínua na área da comunicação é essencial ao longo de todo o percurso do enfermeiro.

Realizou-se um “Procedimento de Acolhimento do Enfermeiro à Pessoa Integrada em ECCI” (Anexo X), pois a qualidade dos cuidados de enfermagem depende em parte da forma como estes estão organizados. Os procedimentos permitem definir a sequência de tarefas, responsabilidades, os equipamentos e os documentos a utilizar para uma prática. Os procedimentos representam uma “série de atividades interligas que devem realizar-se como uma sequência cronológica previamente determinada” (Nunes, 2016, p. 69).

Este procedimento foi construído tendo por base legislação vigente e atual, assim como normas e orientações técnicas que podem ser consultadas nos anexos do procedimento, que se encontra como Anexo X deste relatório. O rigor da sua estrutura e critérios gráficos são fruto de conhecimentos adquiridos na formação realizada no âmbito da gestão da qualidade, processo e procedimentos, durante o estágio.

Na elaboração do procedimento, foi também tido em consideração uma das ferramentas básicas da qualidade, a 5W2H, que ajuda a planear uma ação necessária ao bom funcionamento de uma organização, identifica o problema, o lugar, tempo e pessoa assim como também indica o caminho a percorrer e prevê os recursos disponíveis (Nunes, 2016).

Do procedimento fazem parte vários documentos que são complementares à sua operacionalização, estes estão disponíveis como apêndices do procedimento, que serão enumerados de seguida:

- Instrumento de avaliação inicial, com respetivas escalas de avaliação;
- Guia de acolhimento;
- Folheto com direitos e deveres do utente;
- Folheto com informação de produtos de apoio;
- Folheto de continuidade de cuidados;
- Instrumento de reconciliação medicamentosa;

- Instrumento de Plano Individual de Intervenção.

O procedimento realizado evidencia a importância do gestor de caso, indo ao encontro do que é definido pela Portaria nº 50/2017 (2017), que refere que na concretização dos objetivos das equipas domiciliárias exige-se um funcionamento que proporcione e garanta ao utente entre outros: “a personalização dos cuidados prestados mediante a identificação de um profissional, preferencialmente, enfermeiro, designado «Gestor de Caso», responsável direto pelo acompanhamento do processo individual e garante da comunicação com os demais intervenientes na prestação de cuidados” (Portaria nº 50/2017, 2017, p.613).

O procedimento criado, reforça a importância da identificação inequívoca como critério de qualidade, remetendo para a Norma nº 18/2011 da DGS (DGS, 2011), que se encontra como Anexo III do procedimento.

Neste procedimento é também evidenciado a importância da reconciliação medicamentosa, indo ao encontro da Norma nº 18/2016 da DGS (DGS, 2016). Foi criado um documento para ser utilizado pelo enfermeiro, que se encontra como Apêndice VI do procedimento, salientando-se que as instituições prestadoras de cuidados de saúde, devem promover a implementação do processo de reconciliação da medicação, no sentido de garantir a segurança e qualidade dos cuidados. Também as evidências científicas obtidas através da *Scoping Review*, salientam e reforçam a importância de realizar esta intervenção.

O instrumento de avaliação inicial, que pode ser consultado como Apêndice I do procedimento, visa sistematizar a colheita de dados que se considera importante e fundamental na primeira visita domiciliária, sendo que nela constam dados relativos à pessoa dependente e ao cuidador informal e respetivas escalas de avaliação. Nesta continuidade Yang *et al.*, (2019) & Takahashi *et al.*, (2019) referem que um objetivo importante do processo de admissão inclui documentar o *Start of Care* (início de cuidados) que deve contemplar a realização e discussão do plano de cuidados incluindo a intervenção multidisciplinar, agendamento da visita futura e reconciliação de medicação (Yang *et al.*, 2019 & Takahashi *et al.*, 2019).

A entrega do guia de acolhimento como intervenção integrada no procedimento, visa facultar à pessoa informações importantes relativamente à intervenção da equipa, pois disponibilizar informação acessível à pessoa contribui para o seu ‘empowerment’ e gestão da sua própria saúde. Este documento encontra-se disponível para consulta como Apêndice II do procedimento.

A integração do folheto de direitos e deveres (Apêndice III) deve-se ao facto de não estar instituído na unidade a disponibilização sistematizada desta informação. Fornecer ao cidadão informação sobre os seus direitos, a fim de que ele possa ter elementos suficientes para ajuizar sobre a efetividade desses mesmos direitos, é um dos critérios de qualidade avaliado pelo Departamento da Qualidade no processo de acreditação da DGS (Departamento da Qualidade na Saúde, 2014). Este folheto encontra-se disponível para consulta como apêndice do procedimento.

O folheto de informação de produtos de apoio (Apêndice IV), visa informar a pessoa acerca do funcionamento do banco de ajudas técnicas disponível no concelho, salienta-se que a construção deste folheto foi realizada em parceria com a rede social do município. Este documento encontra-se disponível para consulta como apêndice do procedimento.

O folheto de continuidade de cuidados (Apêndice V), promove a comunicação entre a pessoa e/ou cuidador informal/formal e o enfermeiro, constituindo-se assim como contributo para a continuidade de cuidados, segurança e qualidade dos cuidados.

O Instrumento para o Plano Individual de Intervenção (Apêndice VII), é essencial que seja iniciado na primeira visita. A abordagem à pessoa deve assegurar a prestação de cuidados de saúde, baseada numa planificação de objetivos partilhados, permitindo assim gerir adequadamente as expectativas de quem recebe os cuidados.

Em cuidados continuados, a participação do próprio, e dos seus familiares ou dos cuidadores informais, na elaboração do plano individual de intervenção constitui um dos direitos dos utentes integrados na RNCCI (Portaria n.º 50/2017, 2017).

Elaborou-se um documento de suporte registos de cuidados de enfermagem diários (Anexo XI), que acompanha o enfermeiro diariamente em todas as visitas domiciliárias, dado que se verificou a ausência de qualquer suporte de informação escrita a utilizar durante o decorrer das visitas domiciliárias. A evidência científica, mostra-nos a importância de realizar registos em suporte de papel, sendo que a transferência de dados para plataforma informática, contribui para a precisão de dados, pensamento crítico e reduz a probabilidade de erro, traduzindo-se numa estratégia para a qualidade dos registos. Este instrumento encontra-se em formato desdobrável e é transportado em bolsa plastificada dentro da mala de cuidados domiciliários por cada enfermeiro.

Realizou-se um instrumento de auditoria interna (Anexo XII), pois realizar uma auditoria ao procedimento implementado torna-se fundamental para planear, executar e avaliar de modo qualitativo os cuidados prestados pelos enfermeiros. Este é um elemento fundamental para orientar os profissionais de enfermagem no exercício de suas atividades, permite identificar os pontos fracos e também propor sugestões de melhoria (Santos *et al.*, 2014).

Elaboraram-se pastas individuais e personalizadas (Anexo XIII) com o nome de cada profissional, que visa o transporte dos documentos que constam no procedimento como imprescindíveis à visita de acolhimento, estas pastas permitem o transporte dos documentos garantindo o princípio da confidencialidade e proteção de dados.

Criou-se uma pasta de arquivo físico onde constam os *kits* de acolhimento, (Anexo XIV) previamente constituídos pela assistente técnica, estes possuem todos os documentos necessários para a visita de acolhimento à pessoa.

Na sequência do desenvolvimento do projeto foi criada uma Pasta virtual partilhada, disponível na sessão pessoal de todos os profissionais da UCC, onde constam todos os documentos relativos ao procedimento assim como legislação e documentos normativos de apoio ao projeto. Na realização desta atividade recorreu-se à colaboração do serviço de informática do ACES Lezíria.

Como documento de apoio à gestão dos cuidados realizou-se, com recurso ao programa informático EXCEL®, um instrumento de registo de planeamento semanal (Anexo XV), este permite planear as visitas domiciliárias de acordo com as necessidades da pessoa, número de enfermeiros e viaturas disponíveis, o que contribui para otimização dos recursos face à priorização das necessidades da pessoa. Com este instrumento é possível identificar permanentemente o número

de pessoas internadas na ECCI e extra ECCI e respetivo gestor de caso. Permite também a monitorização no momento exato, do número de visitas domiciliárias por pessoa e por dia/semana.

Foram contactadas as IPSS que articulam com a UCC no sentido de esclarecer acerca do processo de referenciação para a RNCCI.

Ao longo do desenvolvimento do projeto, foram realizadas diversas visitas domiciliárias no âmbito dos Cuidados Continuados Integrados em conjunto com a equipa de enfermagem da EEI, no sentido de acompanhar todo o processo de implementação do projeto.

2.5 – AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

Para Imperatori & Giraldes (1993), a etapa da avaliação consiste em comparar algo com um padrão, de forma a corrigir ou afinar as atividades realizadas ou planear de forma mais eficiente. A avaliação pode ser quantitativa ou qualitativa, dependendo dos indicadores definidos. A avaliação mede também o impacto das atitudes tomadas na sociedade e na economia, esta última etapa do planeamento permite quantificar o trabalho realizado e medir as transformações que este é capaz de produzir. A tabela 5 representa as metas definidas e os resultados de execução atingidos, verificando-se uma taxa de sucesso elevada.

Tabela 5 – Indicadores de atividade de execução

Meta	Indicador	Resultados
Realizar 100% das reuniões programadas, com enfermeira cooperante	Nº de reuniões efetuadas/nº de reuniões programadas x100	(5/5) x 100 = 100%
Realizar 100% das sessões de formação programadas	Nº de sessões de formação efetuadas/nº de sessões de formação programadas x100	(2/2) x 100 = 100%
Realizar sessão de formação nº 1 programadas com presença de 80% da equipa de enfermagem	Nº de enfermeiros participantes/nº enfermeiros de ECCI x100	(8/9) x 100 = 90%
Realizar sessão de formação nº 2 programadas com presença de 80% da equipa de enfermagem	Nº de enfermeiros participantes/nº enfermeiros de ECCI x100	(7/9) x 100 = 90%
Realizar 4 reuniões de acompanhamento da implementação do projeto, com a equipa	Nº de reuniões efetuadas/nº de reuniões programadas x100	(4/4) x 100 = 100%
Elaborar procedimento de acolhimento do enfermeiro à pessoa integrada em ECCI	Aprovação do documento pelo Conselho Técnico da UCC	Aprovação o procedimento e os respetivos documentos que constam como apêndices, em Conselho Técnico a 18 de junho de 2019

Implementar procedimento de acolhimento do enfermeiro à pessoa integrada em ECCI	Implementação do procedimento pela equipa	Implementado pelo procedimento pela equipa
Realizar instrumento de auditoria ao procedimento	Aprovação do documento pelo Conselho Técnico da UCC	Aprovado documento em CT. Auditoria a realizar ao procedimento no prazo de 6 meses
Contactar presencialmente com todas IPSS que articulam com a UCC	Todas as IPSS	Todas contatadas presencialmente, à excepção de uma que foi contatada telefonicamente

Tendo em consideração a avaliação qualitativa durante a implementação do projeto e sendo o envolvimento da equipa um indicador importante, salienta-se que a equipa demonstrou desde o momento da apresentação do projeto interesse e manifestou que este correspondia às suas necessidades. Contudo na fase de operacionalização do procedimento alguns elementos, demonstraram alguma resistência à mudança, no entanto essa resistência foi diminuindo ao longo da implementação do mesmo, sendo substituída por reconhecimento da vantagem da sua implementação.

Relativamente à implementação do projeto foram ainda realizadas atividades que não constam do plano, mas que se revelaram com impacto na operacionalização deste, foi elaborado um instrumento de planeamento semanal, que se revelou uma ferramenta de gestão muito útil quer para a equipa, quer para coordenadora, permitindo obter dados de monitorização permanentemente, contribuindo para a otimização da gestão de recursos humanos e materiais.

A criação de uma pasta de transporte de documentos e a criação da pasta de arquivo onde se encontram os *kits* de acolhimento, foram também consideradas pela equipa como um ótimo contributo.

Sabendo que é indissociável de um projeto de melhoria contínua da qualidade, a realização de auditorias, salienta-se que, no espaço de seis meses após a implementação do procedimento, está previsto a realização de uma auditoria ao procedimento recorrendo ao instrumento elaborado e aprovado em conselho técnico.

A perspetiva de continuidade do projeto confirma-se, quer pela motivação da equipa na implementação do mesmo, quer pela contratualização deste no Plano de Ação da Unidade Funcional 2019 da UCC do Cartaxo, realizado com o ACES Leiria. Contudo fica o desafio não só da sua continuidade, como também da avaliação de indicadores de resultados da sua implementação.

Segundo Donabedian (1988), uma boa estrutura aumenta a probabilidade de um bom processo, e um bom processo aumenta a probabilidade de um bom resultado. Atualmente o procedimento está implementado pelos enfermeiros, tendo sido aprovado pelo Conselho Técnico da UCC. Consciente de que, os resultados correspondem às consequências das atividades realizadas nos serviços de saúde nas diferentes dimensões, espera-se então, que melhoria da qualidade se possa refletir nos resultados. Os resultados por sua vez podem ser avaliados por indicadores, como: a avaliação da satisfação dos cuidadores informais, esta que está prevista realizar-se após um ano da implementação do projeto, recorrendo à utilização do formulário de

avaliação de satisfação dos clientes, relativamente aos cuidados de enfermagem prestados pela ECCI (Vilela, 2017); avaliação do nível de conhecimentos do cliente relativamente ao acesso e organização dos cuidados de saúde de ECCI e a análise de reclamações dos clientes de ECCI. A avaliação e análise de indicadores de resultado, promove também a continuidade do ciclo de melhoria contínua, estando desta forma em linha com um dos eixos centrais do PNS 2020 (DGS, 2015a). Rosa (2016), salienta no seu estudo a importância da “valorização de indicadores de monitorização da efetividade das intervenções de enfermagem na produção de resultados sensíveis, valorizando o papel do enfermeiro como gestor de cuidados” (p.183).

A coordenadora da unidade e equipa mostraram-se motivadas para dar continuidade ao desenvolvimento do sistema de gestão da qualidade com a elaboração do manual de qualidade da unidade reconhecendo os contributos positivos do projeto para a qualidade dos cuidados de enfermagem pelo que se pode afirmar, que este projeto foi o primeiro passo de muitos no desenvolvimento do Sistema de Gestão da Qualidade da UCC do Cartaxo.

Destaca-se ainda que se cumpriu todas as etapas propostas para o programa de melhoria contínua, sugeridas pelo Conselho de Enfermagem Regional da Secção Sul da OE (2013), no guião para a organização de projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Considera-se que o desenvolvimento desta etapa contribuiu para o desenvolvimento da competência “Avalia programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados” (Regulamento nº 428/2018, 2018, p.19335).

3 – ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NOUTROS PROJETOS DA UCC – UMA ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE A CONSTRUÇÃO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

O desenvolvimento do projeto de intervenção de enfermagem contribuiu para a aquisição de competências específicas de EEEC com já descrito anteriormente ao longo do relatório. No entanto tal como planeado no projeto e de acordo com o respetivo cronograma desenvolveram-se ao longo do estágio atividades noutros projetos e programas da UCC, com o objetivo de enriquecer e desenvolver competências nesta área da especialização da enfermagem. As quais saliento como experiências muito enriquecedoras, não só pela sua diversidade e oportunidade de aprendizagem, mas também por permitir refletir acerca da importância da intervenção do EEEC na unidade de saúde, na comunidade, na articulação com parceiros sociais e unidades funcionais do ACES. Permitiu também perceber que o EEEC é reconhecido pelos parceiros da comunidade, pela sua competência e pelos contributos que oferece na área dos cuidados de saúde.

Acrescenta-se ainda como um contributo muito importante no desenvolvimento de competências específicas do EEEC, o facto da enfermeira cooperante fazer parte da equipa da Unidade de Saúde Pública local, tendo sido por isso, proporcionado a realização de visitas domiciliárias em conjunto com a equipa de Saúde Pública, no âmbito da realização de inquérito epidemiológico, idosos em risco e Equipa de Prevenção de Violência em Adultos, o que promoveu o desenvolvimento das competências: “Lidera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania”, “Integra, nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas”, “Procede à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade” e “Procede à vigilância epidemiológica dos fenómenos de saúde-doença que ocorrem numa determinada área geodemográfica” (Regulamento nº 428/2018,2018).

Foi possível no decorrer do estágio integrar por dois dias a equipa de enfermagem do Centro de Resposta integradas de Santarém (CRI), experiência diferente, mas igualmente enriquecedora, dirigida a uma comunidade de risco e vulnerável.

A participação nas atividades do Programa de Acompanhamento de Utentes com Problemas de Álcool, no domicílio e em consulta, um programa piloto de parceria da UCC e do CRI de Santarém, evidenciou o enriquecimento da intervenção comunitária, pela parceria estabelecida por estas duas unidades com missões distintas, mas com um fim comum e mantendo a pessoa sempre na centralidade dos cuidados. Ainda na continuidade deste projeto, acompanhei a equipa num encontro de médicos internos de medicina geral e familiar. Onde foi apresentado o programa de acompanhamento de utentes com problemas de álcool, sobressaindo-se aqui a responsabilidade

do EEEC em identificar, desenvolver e disseminar boas práticas, privilegiando o seu intercâmbio (Regulamento n.º 348/2015, 2015).

No âmbito da comissão social de freguesia, foi possível participar numa reunião onde estiveram presentes vários representantes dos parceiros intersectoriais. A intervenção do EEEC neste contexto revela-se de especial importância, pois verifica-se uma proximidade com os problemas da comunidade local, que são percecionados também por outros parceiros, dando a oportunidade ao EEEC de “Participar, em parceria com outras instituições da comunidade e com a rede social e de saúde, em projetos de intervenção comunitária dirigida a grupos com maior vulnerabilidade” e “Intervir em grupos e/ou comunidades com necessidades específicas assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados.” e “Colaborar na elaboração de protocolos entre os serviços de saúde e as diferentes instituições da comunidade” (Regulamento n.º 348/2015, 2015).

No âmbito do programa de acompanhamento de utentes com doença mental, foi possível participar numa sessão de formação dinamizada pelo serviço de psiquiatria do hospital de Santarém com o tema: Pessoa com depressão, participar na reunião mensal realizada no serviço de psiquiatria do Hospital de Santarém, onde são discutidos todos os caso clínicos de doentes com doença mental que se encontram na comunidade, nesta reunião está bem patente a importância do EEEC como o profissional de saúde que melhor conhece a comunidade e a sua vulnerabilidade, assim é como também mobiliza recursos da comunidade e estabelece parcerias intersectoriais em resposta as necessidade da comunidade, famílias e pessoas.

Na Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), a participação em conjunto com a enfermeira cooperante, em reuniões da CPCJ, permitiu compreender a importância da participação do EEEC, em parceria com outras instituições da comunidade e com a rede social e de saúde, em projetos de intervenção comunitária dirigida a grupos com maior vulnerabilidade. Sendo o enfermeiro um profissional reconhecido pelos pares, pelas suas competências neste contexto. No âmbito da CPCJ o EEEC desenvolve a competência de coordenação, dinamização e participação em programas de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde (Regulamento nº 428/2018, 2018).

Relativamente ao Programa Nacional de Saúde Escolar, a participação foi efetivada a vários níveis de intervenção: idade pré-escolar com sessão de educação para a saúde relativamente à saúde oral e ao nível do 7º ano e 8º ano de escolaridade tendo sido trabalhado o tema do consumo de canábis e tabagismo respetivamente. Onde se evidenciou a importância do EEEC na comunidade escolar enquanto responsável pela “coordenação, promoção implementação e monitorização das atividades constantes dos Programas de Saúde conducentes aos objetivos do Plano Nacional de Saúde” (Regulamento nº 428/2018, 2018). Salienta-se a utilização de metodologias e estratégias de intervenção inovadoras, promotoras da participação de todos os intervenientes no processo educativo. A escola é o contexto privilegiado para a PrS, tendo em conta a idade precoce das crianças que a frequentam e dado que as aprendizagens se fazem em espiral consoante o nível etário das crianças (Pereira, 2000). A OMS, indo ao encontro do referido, estabeleceu metas de saúde, tendo a PrS e os estilos de vida saudáveis uma abordagem

privilegiada no ambiente escolar (Parecer n.º 14/2013). Em Portugal o Plano Nacional de Saúde Escolar é o referencial do sistema de saúde, que promove o desenvolvimento de competências na comunidade educativa, que lhe permite melhorar o seu nível de bem-estar físico, mental e social e contribuir para a sua qualidade de vida (DGS, 2015b).

A participação no seminário I (Anexo XVI) e seminário II (Anexo XVII) revelaram-se essenciais neste percurso de formação, pela diversidade, partilha de projetos e estratégias a implementar e demonstra a diversidade e vasta área de intervenção do EEEC.

4 – CONCLUSÃO

Pretende-se que a conclusão seja uma síntese de um caminho percorrido, este que se iniciou com a promessa que seria recheado de frutos, o que de facto se confirmou, embora por vezes um caminho bastante sinuoso. Mas foram colhidos os frutos, acompanhados de aprendizagens, novas competências, afetos, experiências, reflexão sobre a prática e o desafio de me desafiar a mim própria sem nunca querer desiludir quem acreditou em mim.

Este relatório foi mais que explicar a implementação do projeto de intervenção, foi a oportunidade de refletir sobre a ação e melhorar a qualidade do desempenho enquanto enfermeira, refletir acerca da aquisição de competências específicas do EEEC, desenvolvidas ao longo deste percurso de enriquecimento pessoal, formativo e profissional.

O EEEC tem como foco da sua intervenção a comunidade e grupos, dirige a sua intervenção ao desenvolvimento de projetos de saúde a grupos que se encontram a vivenciar processos de saúde/doença, com o objetivo da promoção da saúde, prevenção e tratamento de doença, readaptação funcional e reinserção social. Tendo sempre por base a metodologia do planeamento em saúde, esta que, permite a apreciação de uma comunidade, o diagnóstico de situação, a definição de prioridades, objetivos e estratégia, assim como desenvolver projetos e programas.

No desempenho das suas competências específicas, contribui para a implementação, operacionalização e monitorização dos diferentes Programas de Saúde que integram o Plano Nacional de Saúde; participa em parceria com outras instituições da comunidade e com a rede social e de saúde, para o desenvolvimento de projetos de intervenção comunitária dirigida a grupos com maior vulnerabilidade; mobiliza parceiros e grupos da comunidade na identificação e resolução de problemas de saúde e participa na gestão de sistemas de vigilância epidemiológica.

O projeto desenvolvido, além de ser promotor da aquisição e desenvolvimento de competências específicas do EEEC, permitiu também ir ao encontro de algumas das prioridades definidas pela ENQS 2015-2020 como, a melhoria da qualidade clínica e organizacional, onde destacamos entre outras intervenções, implementar mecanismos para a melhoria contínua da qualidade e promover a investigação clínica enquanto instrumento de melhoria da qualidade assistencial e institucional (Despacho n.º 5613/2015, 2015). Assim como também, contribuiu para a obtenção de ganhos em saúde uma vez que, a implementação do projeto incide no âmbito de dois dos quatro Eixos Estratégicos transversais do PNS 2020; Equidade e Acesso Adequado aos Cuidados de Saúde e Qualidade em Saúde, segundo a Direção Geral da Saúde (2015a) “A ação, no âmbito destes Eixos, permite obter ganhos em saúde, melhorar o desempenho do Sistema, bem como a capacidade deste se desenvolver como um todo, nomeadamente através do fortalecimento

de sistemas de informação para a tomada de decisão; integração de programas e projetos; e intervenções focadas em resultados” (p.4).

No desenvolvimento do projeto de intervenção privilegiou-se uma prática baseada na centralidade dos cuidados e sustentada na evidência científica atual, a realização da *Scoping Review*, revelou-se um contributo precioso, na definição e fundamentação de estratégias e intervenções a incluir no acolhimento de enfermagem à pessoa no seu domicílio.

Através do processo reflexivo é permitido concluir, que o sucesso deste percurso académico deve-se a condições intrínsecas enquanto pessoa e estudante, como a motivação, predisposição para aprender e disponibilidade para novos desafios. Mas também a fatores facilitadores externos, como a orientação, apoio e disponibilidade da professora orientadora e disponibilidade e apoio da enfermeira cooperante, que sempre proporcionou condições promotoras de aprendizagem e desenvolvimento de competências específicas do EEEC. Salienta-se ainda que a frequência, das unidades curriculares do primeiro semestre deste curso, foram essenciais como pilares de sustentabilidade do conhecimento.

Destaca-se ainda como fator facilitador e promotor de qualidade no processo de ensino-aprendizagem, o facto de ter sido facultado pelo ACES Lezíria o estatuto de equiparação a bolseira, que em muito contribuiu para a qualidade do trabalho desenvolvido. Mas também, acredito que o trabalho desenvolvido, vai mais além do diagnóstico de situação de um grupo populacional e implementação de um projeto de intervenção. Este demonstrou a importância de se desenvolver na UCC um sistema de gestão da qualidade, que assente na evidência científica e que corresponda às necessidades e expectativas das pessoas/famílias/grupos e comunidade.

O envolvimento neste projeto, proporcionou grande satisfação pessoal e profissional, pois para além de promover o desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem comunitária, permitiu contribuir para a qualidade dos cuidados de enfermagem, conseqüentemente para a qualidade total da unidade de saúde, não esquecendo que, cabe ao EEEC ser também agente de mudança no seu contexto de trabalho e contribuir para o desenvolvimento de estratégias de melhoria contínua com impacto na qualidade dos cuidados. Sabendo que o EEEC persegue os mais elevados níveis de satisfação dos grupos e comunidades (Regulamento n.º 348/2015), foi definida, implementada e monitorizada uma estratégia de melhoria contínua da qualidade tendo sempre como foco o diagnóstico de enfermagem, otimizaram-se fluxos de informação e recursos, contribuiu-se para o processo de capacitação, sempre com o objetivo de maximizar a satisfação do grupo alvo da intervenção do projeto.

A melhoria da qualidade no Sistema de Saúde é, um imperativo moral de todos, pois contribui para a melhoria da equidade e do acesso aos cuidados de saúde, da segurança e da adequação com que esses cuidados são prestados (DGS, 2015a).

5 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Amaral, A. (2014). *Resultados dos cuidados de enfermagem - qualidade e efetividade*. Tese para obtenção do grau de Doutor em Organização e Gestão de Empresas, na especialidade de estratégia e Comportamento Organizacional, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal. Recuperado de <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/28468>
- Amendoeira, J. (2006). *Enfermagem. Disciplina do conhecimento*. Sinais Vitais. 2006, Nº 67.
- Amendoeira, J. (2008). *Profissões e estado: o conhecimento profissional em enfermagem*. In Ávila, J. e Pereira, H. (Orgs), *Políticas públicas, conhecimento profissional. A educação e a enfermagem em reestruturação*. Porto. Pivpsic/Legis Editora
- Amendoeira, J. (2009b). *Ensino de enfermagem. Perspectivas de desenvolvimento*. Pensar Enfermagem, Nº 1, Vol. 13, 1º Sem. Recuperado de http://pensarenfermagem.esel.pt/pe/index.asp?acao=listartigoseid_revista=7
- Amendoeira, J. (2009a). *Políticas de saúde em Portugal e desigualdades. Seminários Temáticos Políticas Públicas e Desigualdades*. Disponível em: <https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/86/1/Pol%C3%ADticas%20de%20sa%C3%B Ade%20em%20Portugal%20e%20desigualdades.pdf>
- Amendoeira, J. (2018). *Aulas de Revisão Sistemática de Literatura no âmbito do 7º Curso de Mestrado Enfermagem Comunitária*. Santarém
- Araújo, M., Silva, M. e Puggina, A. (2007). *A comunicação não-verbal enquanto fator iatrogénico*. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 41 (3). Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n3/11>
- Bardin L. (2016). *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70
- Cardoso, A. Pinto, P. (2002). *Acolhimento do doente no hospital – um cuidado de enfermagem*. Revista Nursing: Revista de Formação Contínua em Enfermagem. N.º 170. p. 11-14
- Cavaco, V., José, H. e Lourenço, I. (2013). *Comunicar com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva: que estratégias? revisão sistemática*. Revista de Enfermagem UFPE on line, 7, 4535-4543.
- Coelho, M. (2013). *Um Utente, Uma Pessoa diferente*. Loures: Lusociência.
- Conselho de Enfermagem Regional da Secção Sul da Ordem dos Enfermeiros, (2013). *Guião para a organização de projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem*. Lisboa, Portugal. Recuperado de

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/sul/informacao/Documents/Guião%20para%20elaborac_ão%20projetos%20qualidade%20SRS.pdf

Conselho Internacional de Enfermeiros (2016). *Classificação internacional para a prática de enfermagem CIPE/ICNP-Versão 2015*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Recuperado de https://futurosenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe_2015.pdf

Costa, P., Garcia, A., & Toledo, V. (2016). *Acolhimento e cuidado de enfermagem: um estudo fenomenológico*. *Texto Contexto Enferm*, 25(1), 1-7. Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/pt_0104-0707-tce-25-01-4550015.pdf

Decreto-Lei nº 101/2006. *Cria Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. *Diário da República I – A Série*, 6 de Junho de 2006. Ministério da Saúde e Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. Lisboa. Recuperado de: <https://dre.pt/application/conteudo/353934>

Decreto-Lei nº 28/2008. *Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde*. *Diário da República nº I Série*, 22 de fevereiro de 2008. Ministério da Saúde. Lisboa. Recuperado de: <https://dre.pt/application/conteudo/247675>

Departamento da Qualidade na Saúde (2017). *Manual de Standards*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Recuperado de: https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/manual_de_acreditacao_de_unidades_de-audegestao_clinica_ms_1_02_print_v31.aspx

Departamento da Qualidade na Saúde, (2014). *Manual de Acreditação de Unidades de Saúde da Ministério da Saúde*. 2ª Edição., Lisboa: Direção Geral da Saúde. Recuperado de [file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/i021639%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/i021639%20(3).pdf)

Despacho n.º 5613/2015. *Estratégia nacional para a qualidade na saúde 2015 – 2020*. *Diário da República nº 102, II Série*, 27 de maio de 2015. Ministério da Saúde. Lisboa. Recuperado de: <https://dre.pt/application/file/67318639>

Despacho nº10143/2009. *Regulamento da Organização e Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade*. *Diário da República n.º 74/2009, Série II de 16 de abril de 2009*. Ministério da Saúde. Lisboa.

Direção-Geral de Saúde (2011). Norma nº 018/2011 de 23/05/2011. Lisboa: DGS

Direção Geral da Saúde (2015a). *Plano nacional de saúde: revisão e extensão a 2020*. Lisboa: DGS. Recuperado de <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>

Direção Geral da Saúde (2015b). *Programa nacional de saúde escolar*. Lisboa. Recuperado de: <https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Sa%C3%BAde-Escolar-2015.pdf>.

Direção Geral da Saúde (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025*. Lisboa: Recuperado de <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>

Direção-Geral de Saúde (2016). Norma nº 018/2016 de 30/12/2016. Lisboa: DGS

Donabedian, A. (1988). *The Quality of Care*. *JAMA*, 260, 1743-1748. Recuperado de: file:///C:/Users/Utilizador/Dropbox/CMEC%20%20sem/relatorio%20final%20dia%2028/Donabedian_Quality%20of%20Care_JAMA%201988.pdf

Doran, D. (2003). *Nursing-Sensitive Outcomes: State of the Science*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers.

Doran, D. (2011). *Nursing Outcomes: The State of the Science* (2 nd ed.). Sudbury, MA: Jones e Bartlett Learning.

Ferreira, C & Valério, A. (2003). *Acolhimento do doente num serviço de internamento*. Revista Informar: Revista de Formação Contínua em Enfermagem, 30. p.10 -13.

Ferreira, R., & Amendoeira, J. (2015). *Resultados sensíveis em enfermagem. Ensaio: modelo de avaliação da qualidade dos cuidados*. Revista da UIIPS, 3(5), 396-407. Recuperado de : https://www.researchgate.net/publication/306577690_Resultados_sensíveis_em_enfermagem_Ensaio_modelo_de_avaliacao_da_qualidade_dos_cuidados

Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar*. Loures: Lusociência
Filipe, M. (2011). *Visita domiciliária: contributos da enfermagem na manutenção da amamentação*. Dissertação de mestrado, Universidade de Coimbra. Coimbra. Portugal. Recuperado de: https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/20122/1/Visita%20domicili%C3%A1ria_Contributos%20da%20enfermagem%20na%20manuten%C3%A7%C3%A3o%20da%20amamenta%C3%A7%C3%A3o_Filipe.pdf

Freitas, F., Costa, K., Rebouças, C, Fernandes, M. & Lima, J. (2014). *Comunicação não-verbal entre enfermeiros e idosos à luz da proxémica*. Revista Brasileira de Enfermagem, 67(6). Recuperado de: https://scholar.google.pt/scholar?hl=pt-PT&as_sdt=0%2C5&q=Comunica%C3%A7%C3%A3o+n%C3%A3o+verbal+entre+enfermeiros+e+idosos+%C3%A0+luz+da+prox%C3%AAmica&btnG=Gulbenkian

Gonçalves, Â. C. R. (2014). *O acolhimento da pessoa com doença hemato-oncológica e sua família*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Saúde de Lisboa, Lisboa, Portugal. Recuperado de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16259/1/relat%C3%B3rio%20est%C3%A1gio-Angela%20imprimir%202.pdf>
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/sul/informacao/Documents/Gui%C3%A3o%20para%20elaborac%C2%B8%C3%A3o%20projetos%20qualidade%20SRS.pdf>

ICN (2016). *Classificação internacional para a prática de enfermagem - Versão 2015*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde* (3ª Ed.), Lisboa: Obras Avulsas.

Instituto da Droga e da Toxicodpendência, (2011). *Manual de Boas Práticas Enfermagem*. Lisboa: Ministério da Saúde. Recuperado de: <http://www.sicad.pt/BK/Intervencao/TratamentoMais/Documentos%20Partilhados/enfermag.pdf>

Instituto Nacional de Estatística (2017). Portal do Instituto Nacional de Estatística. Recuperado de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_mainexpid=INE

Irvine, D., Sidani, S., & McGillis Hall, L.(1998). *Findingvalue in nursing care: a framework for quality improvement and clinicaevaluation*. *Nursing Economic*, 16,pp. 110

Jorge, A. (2004). *Família e hospitalização da criança: (re) pensar o cuidado em enfermagem*. Loures: Lusociência.

Kérouac, S., Pepin, J.; Ducharme, F.; Duquette, A.; Major, F. (1996). *La pensée infirmière. Conceptions et stratégies*. Quebec: Maloine.

Lisboa: Direção Geral da Saúde. Recuperado de <https://dre.pt/application/file/67318639>

Mendes, V. (2012). *Qualidade no Serviço Nacional de Saúde: Evolução recente e perspectivas futuras*. Tese de Mestrado em Gestão da Saúde, Universidade Nova de Lisboa Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa, Portugal. Recuperado de <https://run.unl.pt/handle/10362/9400>

Mezomo, J. (2001). *Gestão da Qualidade na Saúde: Princípios Básicos*. Brasil: Ed. Manote Ltda

Ministério da Saúde (2017). *Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas em 2017*. Ministério da saúde: Portal da Saúde. Recuperado de https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio_Acesso_SNS_2017_v.final_.pdf

Ministério da Saúde (2018). *Retrato da Saúde 2018*. Lisboa. Ministério da saúde: Portal da Saúde. Recuperado de https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf.

Ministérios da saúde e do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (2016). *Plano de Desenvolvimento da RNCCI 2016-2019*. Ministérios da saúde e do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. Lisboa. Recuperado de: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/02/Plano-de-desenvolvimento-da-RNCCI.pdf>

Neuman B & Fawcett J. (2011). *The Neuman Systems Model* (5th Ed.), Upper Saddle River (US): Pearson.

Neuman, B. (1995). *The Neuman Systems Model* (3ª Ed.) USA: Library of Congress

Nunes, M. (2016). *Cartilha Metodológica do Planeamento em Saúde e as suas ferramentas de Auxílio* (1ª Ed.), Lisboa: Chiado Editora.

OMS. (1986). *Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde, 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, Ottawa, Canadá*. pp. 17-21. Recuperado de <http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005525.pdf>

Parecer N.º 14/2013. Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Programa Nacional de saúde escolar (PNSE). OE. Lisboa Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESIP_Parecer_14_2013_Plano_de_Saude_Escolar.pdf

Pereira, M. (2000). *Promoção da saúde na educação pré-escolar – concepções e práticas das educadoras de infância em educação para a saúde*. Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa, Portugal.

Pereira, M. (2017). *Promoção da saúde nos curricula de enfermagem: Conhecimento dos professores e sentidos atribuídos pelos estudantes*. Tese de doutoramento em enfermagem,

Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal. Recuperado de https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/24199/1/TESE_FINAL_Maria%20do%20Carmo%20Pereira.pdf

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Montreal: Lusociência.
PORDATA (2018). *Base de Dados de Portugal Contemporâneo*. Recuperado em: <https://www.pordata.pt/Municipios/%C3%8Dndice+de+envelhecimento-458>.

Portaria nº 50/2017. *Procede à segunda alteração à Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro, alterada pela Portaria n.º 289-A/2015*. *Diário da República, 1.ª Série*, 2 de fevereiro de 2017. Ministérios da saúde e do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. Lisboa. Recuperado de: <https://dre.pt/application/conteudo/106388650>

Potter, P. e Perry, A. (2006). *Fundamentos de Enfermagem - Conceitos e Procedimentos*. Lisboa: Lusociências.

Regulamento n.º 348/2015. *Ordem dos Enfermeiros. Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde pública*. *Diário da República, N.º 118/2015. II.ª série*, 19 de junho de 2015. Recuperado de: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfComunitariaSauPublica_DRJun2015.pdf

Regulamento nº 428/2018. *Ordem dos enfermeiros. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na Área de Enfermagem de Saúde Familiar*. *Diário da República, N.º 135/2018, IIª Série*, 16 de julho de 2018. Recuperado de: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/115698616/details/normal?!=1>

Regulamento nº 76/2018 (2018). *Ordem dos enfermeiros. Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão*. *Diário da República, N.º 21/2018. II.ª Série*, 30 de janeiro de 2018. Recuperado de: <https://dre.pt/application/conteudo/114599547>

Regulamento nº348/2015 (2015). *Ordem dos enfermeiros. Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde Pública*. *Diário da República: 2ª Série.Nº118*. Recuperado de: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfComunitariaSauPublica_DRJun2015.pdf *acedido em 02/10/2016*

Rocha, M., Linard, A., dos Santos, L. & de Sousa, L. (2018). *Acolhimento na consulta ginecológica de enfermagem: percepções de mulheres da Estratégia Saúde da Família*. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 19. Recuperado de: http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/34935/1/2018_art_mglrocha.pdf

Rocha, M., Vieira, M. & Sena, R. (2008). *Desvelando o cotidiano dos cuidadores informais de idosos*. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 61 (6). Pp.801-808. Brasília. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000600002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

Rosa, M. M. G. (2016). *Resultados sensíveis às intervenções de enfermagem: a pessoa idosa em contextos de RNCCI*. Tese de doutoramento em enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto, Portugal. Recuperado de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/87644/2/166984.pdf>

Santos T., Costa A., Carvalho L. et al. (2014). *Auditoria em enfermagem: desafios e competências profissionais*. *Revista de Enfermagem UFPE on line.*, Recife, 8 (supl. 2):3581- 3586.

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel.

Shaw, C., Bruneau, C., Kutryba, B., De Jongh, G., & Suñol, R. (2010). *Towards hospital standardization in Europe*. *International Journal for Quality in Health Care*. 22(4), 244-249. Recuperado de: https://scholar.google.pt/scholar?hl=pt-PT&as_sdt=0%2C5eq=Towards+hospital+standardization+in+Europe.+International+Journal+for+Quality+in+Health+Care&btnG

Silva, A. (2009). *A Qualidade do Serviço de Urgência: Perceções dos Utentes e dos Prestadores*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal. Recuperado de <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/3471/1/2010001235.pdf>

Silva, A. (2012). *Humanização dos cuidados de enfermagem no serviço de internamento de pediatria: percepção dos pais e dos enfermeiros*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal. Recuperado de: <file:///C:/Users/Utilizador/Dropbox/CMEC%20%20sem/estagio%20/doc%20para%20proj/acolhimento%20tese.pdf>

Silva, M. (2011). *Método da Disciplina de Enfermagem Educação e transições no contexto da ação*. Candidatura ao Concurso para atribuição do Título de Especialista da Carreira Docente do Ensino Superior Politécnico de Santarém - Escola Superior de Saúde de Santarém, Santarém, Portugal. Recuperado de: <https://repositorio.ipsantarém.pt/bitstream/10400.15/675/1/Metodo%20da%20disciplina%20em%20Enfermagem.pdf>

Silva, M., 2010. *Necessidade Pré-operatória do Doente Cirúrgico. Acolhimento em Enfermagem*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Ciências Abel Salazar Universidade do Porto, Porto, Portugal. Recuperado de: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26919/2/Dissertacao%20de%20Mestrado%20em%20Ciencias%20de%20Enfermagem%202010.pdf>

Spínola, A. e Amendoeira, J. (2014). *O Processo de Cuidados: Análise da conceção dos Estudantes de Enfermagem*. *Revista de Enfermagem Referência*. IV Série, n.º 2, p. 163-170. Recuperado de: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn2/serIVn2a17.pdf>

Stanhope, M. & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População (7ª Ed.)*, Loures: Lusodidata.

Takahashi P., Finnie, D., Quigg, S., Borkenhagen, L., Kumbamu, A., Kimeu, A. e Griffin, J. (2019). *Compreender experiências de pacientes e familiares cuidadores no programa Mayo Clinic Care Transitions: um estudo qualitativo*. *Clinical Interventions in Aging*. 17, 25. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6304078/>

Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Ministério da Saúde, Departamento de Recursos Humanos da Saúde – Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional. Lisboa: Ministério da Saúde.

Tomey, A & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. Loures: Lusociência.

UCC Cartaxo (2018). *Plano de Ação da UCC Cartaxo*. Cartaxo. Recuperado de http://portal.anmsp.pt/02-Epidemiologia/021-Demografia/Demografia_conceitos.htm#idi

UCC Cartaxo, (2019). *Bilhete de identidade de Cuidados de Saúde Primários*. Disponível em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30032/3140651/Pages/default.aspx>.

Vilela, A. (2017). *Satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem prestados pelas equipas de cuidados integrados*. Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, Porto, Instituto de Ciências da Saúde.

Yang, Y., Bass, E., Bowles, K. e Sockolow, P. (2019). *Impact of Home Care Admission Nurses' Goals on Electronic Health Record Documentation Strategies at the Point of Care*. Computers, Informatics, Nursing, 37(1), 39. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6343953/>

ANEXOS

ANEXO I – O projeto de intervenção comunitária



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
7º CURSO DE MESTRADO
EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA
ESTÁGIO E RELATÓRIO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA



Projeto Estágio de Intervenção Comunitária

Autora:

Sílvia Gaspar

Nº915011116

Professor Orientador:

Irene Santos

Enfermeira Cooperante:

Corina Freire

Santarém, 15 de Março 2019



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
7º CURSO DE MESTRADO
EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA
ESTÁGIO E RELATÓRIO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA



Projeto Estágio de Intervenção Comunitária

“Contributo do acolhimento de enfermagem para a qualidade dos cuidados à pessoa no contexto domiciliário”

Autora:

Sílvia Gaspar

Nº915011116

Professor Orientador:

Irene Santos

Enfermeira Cooperante:

Corina Freire

Santarém, 15 de Março 2019

ABREVIATURAS, ACRÓMIOS E SIGLAS

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

USF-AN – Unidade de Saúde Familiar – Associação Nacional

Art.º - Artigo

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

Dec. – Decreto

DGS – Direção Geral de Saúde

ECCI – Equipa Cuidados Continuados Integrados

Ed. – Edição

EECSP – Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública

ESSS – Escola Superior de Saúde de Santarém

et al. – entre outros

f. – Folha

ICN – International Council of Nurses

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPS – Instituto Politécnico de Santarém

IPSS - Instituições particulares de solidariedade social

Km² – quilómetro quadrado

MS – Ministério da Saúde

Nº /nº – número

OE – Ordem dos Enfermeiros

p. – página

PDCA - Plan, Do, Check, Action (Planear, fazer, verificar e agir)

PII – Plano Individual de Intervenção

PNS – Plano Nacional de Saúde

pp. – páginas

RNCCI – Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

SINUS – Sistema de Informação para as Unidades de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UMCCI – Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

RPQCEEC - Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	6
1 - CARATERIZAÇÃO DO CONCELHO DO CARTAXO	8
2 - A UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DO CARTAXO	13
2.1- ENFERMEIRO ESPECIALISTA ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ECCI DO CARTAXO ..	14
3 - ENQUADRAMENTO GERAL DO PROJETO DE INTERVENÇÃO	17
4 - PLANO OPERACIONAL DAS ATIVIDADES A IMPLEMENTAR.....	22
5 - CRONOGRAMA DE ATIVIDADES.....	27
6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	29

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa Administrativo do Concelho de Cartaxo.....	8
Figura 2 - População residente no conselho do Cartaxo, INE 2017.....	8

INTRODUÇÃO

A elaboração do presente projeto de intervenção comunitária, surge integrando a Unidade Curricular de Estágio e Relatório de Intervenção Comunitária, no âmbito do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária. O estágio decorrerá de 04 de março a 12 de julho de 2019, com um total de 420 horas de contacto, sendo a carga total de trabalho de 840 horas, no contexto de Unidade de Cuidados na Comunidade do Cartaxo, unidade funcional integrada no ACES Lezíria.

Segundo o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar, uma das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública é: Estabelecer, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Foi com base na metodologia de Planeamento em Saúde, que se desenvolveu a primeira etapa de Planeamento em Saúde, o diagnóstico de situação, realizada no Estágio I, que decorreu de 17 de dezembro de 2018 com término a 22 de fevereiro do ano 2019, na Unidade de Cuidados na Comunidade do Cartaxo. Mas, até atingir a meta final, há que percorrer um longo caminho constituído por várias etapas interdependentes (Nunes, 2016). Pelo que, dando continuidade à metodologia do Planeamento em Saúde, pretende-se no Estágio de Intervenção Comunitária, a decorrer no mesmo contexto, desenvolver as restantes etapas designadas segundo esta metodologia. Na primeira etapa, a de Diagnóstico de Situação foi realizada a apreciação da comunidade, identificados os problemas de saúde, definidas as necessidades e elaborado o diagnóstico de enfermagem comunitária para a população em estudo, os Cuidadores Informais da Pessoa integrada em ECCI. A etapa que se seguiu, foi a definição de prioridades, pois tal como nos descreve Nunes (2016), após se tomar conhecimento da situação existente deve proceder-se de forma justificada e/ou fundamentada a uma hierarquização dos conteúdos trazidos pelo diagnóstico da situação. Desta hierarquização surgiu o diagnóstico: *Comunidade [cuidadores informais] com falta de conhecimento sobre serviços de saúde [acesso e organização dos cuidados de saúde de ECCI]*, para definição do diagnóstico recorreu-se à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE (ICN, 2015).

Na implementação do projeto de intervenção comunitária adota-se como quadro conceptual o modelo de Betty Neuman, segundo o qual, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária trabalha com e para a comunidade promovendo os processos de readaptação, educando e ajudando a gerir os recursos internos e externos da pessoa, da família e da comunidade.

Estes compreendem dimensões tão complexas como a psicológica, a sociocultural, a espiritual, a fisiológica e a de desenvolvimento (Neuman, 1995).

Define-se para este estágio de intervenção comunitária, o seguinte objetivo geral:

- Desenvolver competências nos Cuidados Especializados de Enfermagem, na área de especialização do conhecimento em Enfermagem Comunitária, em contextos da comunidade e em situações de saúde e/ou de risco diversos.

Como objetivos específicos:

- Conhecer a organização dos cuidados de saúde primários;
- Conhecer a organização e funcionamento da UCC do cartaxo;
- Realizar Projeto de Intervenção comunitária, tendo em conta recursos disponíveis;
- Desenvolver estratégias de enfermagem comunitária no âmbito do acolhimento do cliente admitido na ECCI do cartaxo;
- Desenvolver estratégia de melhoria contínua no âmbito da organização dos cuidados de enfermagem relativamente ao acolhimento do cliente admitido na ECCI do cartaxo.

1 – CARATERIZAÇÃO DO CONCELHO DO CARTAXO

No que respeita às características fisiológicas, o concelho do Cartaxo situado no coração do Ribatejo, detentor do estatuto de cidade com 158,2 Km² é constituído por seis freguesias: União de freguesias do Cartaxo e Vale da Pinta, União de freguesias de Ereira e Lapa, Pontével, Valada, Vale da Pedra e Vila Chã de Ourique.

O concelho é atravessado por quatro estradas nacionais: a EN 3, entre Santarém e o Carregado, EN 3-2, entre Cruz do Campo e Valada, EN 3-3, entre Cartaxo e Reguengo de Valada, e EN 114-2, entre Almoster e Setil. Possui ainda uma ligação rápida entre a cidade e a A1. Nas vias fluviais, o concelho possui o Rio Tejo, que passa por Valada, onde existe uma praia fluvial.

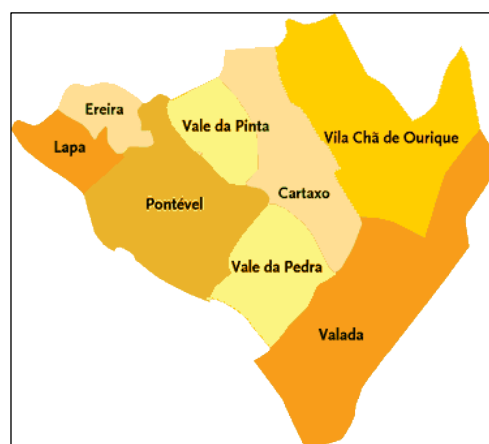


Figura 1 - Mapa Administrativo do Concelho de Cartaxo

No que se refere à saúde o Centro de Saúde do Cartaxo faz parte do ACES da Lezíria (ACES Lezíria), que abrange 9 concelhos com uma área de 3490,9 Km², na Região da Lezíria do Tejo, são eles: Almeirim, Alpiarça, Cartaxo, Chamusca, Coruche, Golegã, Rio Maior, Salvaterra de Magos e Santarém.

A estrutura etária da população da área de abrangência ACES Lezíria, incluindo o concelho do Cartaxo, aproxima-se do verificado em Portugal.

O Cartaxo abrange 158,2 Km² com uma densidade populacional de 150,8 pessoas por Km², a população residente segundo os últimos Censos é de 23.855 pessoas, tem vindo a diminuir desde 2012 (INE,2017).

O índice de envelhecimento do município do Cartaxo é de 173,3% superior ao nacional que é de 155,4%.O índice de dependência total no município do Cartaxo é de 55,2% e em Portugal continental é de 55% (INE,2017).

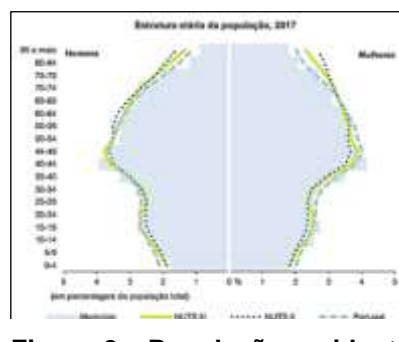


Figura 2 - População residente no conselho do Cartaxo, INE 2017

Relativamente aos *indicadores de saúde*: Número de nascimentos de 171; taxa de mortalidade infantil 0,0%; nº de óbitos de 293; nº de jovens com menos de 15 anos 13,1%; população em idade ativa (%) dos 15 aos 65 anos 64,4%; idosos (%) 65 anos e mais 22,4% (Pordata,2017).

Em relação aos *estilos de vida*, onde se inclui os comportamentos de risco, como são os *hábitos tabágicos* são de 5,6%, correspondente a 1544 utentes (Utentes do ACES Lezíria inscritos em consulta de medicina geral e familiar com diagnóstico de “Abuso Tabaco”, a 31 dezembro 2012)

Em relação aos *hábitos alcoólicos* 0,5% correspondente a 136 utentes (Utentes do ACES Lezíria inscritos em consulta de medicina geral e familiar, com diagnóstico de “Abuso crónico álcool”, a 31 dezembro 2012) (Perfil de Saúde Local do ACES Lezíria,2013).

Características Psicológicas, crimes contra a integridade física, criminalidade e taxa de condução de veículo com alcoolemia igual ou superior a 1,2g/l, a Taxa de criminalidade é de 38,3%, Taxa de crimes contra a integridade física 6,0, Taxa de condução de veículo com alcoolemia igual ou superior a 1,2g/l é de 3,4% (Perfil de Saúde Local do ACES Lezíria,2013).

Características de desenvolvimento, o índice de dependência total no município do Cartaxo é de 55,2% e em Portugal continental são de 55%. O *Índice de Dependência de Idosos* é a relação entre a população idosa e a população em idade ativa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 anos ou mais *anos* e o *número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos*. Geralmente é expresso em percentagem (por 100 pessoas com 15-64 anos). (Portal da Saúde Pública, 2018). O índice de dependência de idosos no município do cartaxo é de 34,8 % e em Portugal continental é de 33,5%. Constatando-se que este é um concelho mais envelhecido que a média nacional (PORDATA, 2018).

Características socioculturais, Beneficiários do rendimento social de inserção: Beneficiários da segurança social por 1000 habitantes em idade ativa (‰) 25,93 Beneficiários/as do rendimento social de inserção, da segurança social (N.º) 541 (Número e permissão dos beneficiários do RSI, na área de abrangência do ACES Lezíria, por concelho, 2011). Pensionistas da segurança social: Pensionistas da segurança social por 1000 habitantes em idade ativa (‰) 336,88; Pensionistas da segurança social (N.º) 7022; Valor médio anual das pensões da segurança social (€/ N.º) 4980 (Número e permissão de pensionistas e valor médio anual, na área de abrangência do ACES Lezíria, por concelho, 2011).

Número de reformados, aposentados e pensionistas da caixa geral de aposentações 1.231; pensões da segurança social 7.246 (Pordata,2017).

A população residente segundo os últimos Censos é de 23.855 pessoas, tem vindo a diminuir desde 2012 (INE,2017).

O índice de envelhecimento do município do Cartaxo é de 173,3% superior ao nacional que é de 155,4% (INE,2017).

Características Espirituais, a maioria da população professa a fé Cristã- Católica

Contexto Intersistemico

Refere-se ao sistema de prestação de cuidados de saúde primários, neste existe uma UCC e duas unidades de saúde familiar e uma UCPS.

Características do subsistema saúde e segurança relativamente aos recursos de saúde a população dispõe do Centro de Saúde do Cartaxo que faz parte do ACES da Lezíria, este abrange 9 concelhos com uma área de 3490,9 Km², na Região da Lezíria do Tejo, são eles: Almeirim, Alpiarça, Cartaxo, Chamusca, Coruche, Golegã, Rio Maior, Salvaterra de Magos e Santarém.

Características do subsistema sócio cultural no âmbito do subsistema cultura e recreação, possui um moderno Centro Cultural, que oferece um vasto leque de espetáculos, desde teatro, dança, música, cinema. O Ateneu Artístico Cartaxense também promove atividades do âmbito cultural. No desporto, possui um Estádio Municipal, de construção recente, vocacionado para a realização de espetáculos desportivos ao mais alto nível permitindo, simultaneamente, o desenvolvimento de atividades na vertente de lazer, recreação, formação e competição. A par destas, cada freguesia tem o seu centro cultural, social e/ou recreativo, bem como infraestruturas de lazer.

Características do subsistema educação, a comunidade em estudo dispõe de várias infraestruturas do interesse público. As primeiras infraestruturas que o concelho conheceu foram as escolas primárias, construídas e inauguradas no período do Estado Novo, facto que pode ser verificado nos seus traços arquitetónicos. Ainda durante este período, foi construída a Escola Secundária, na década de 1970. Dado o crescente número de população estudantil, na década de 1990, foi Cartaxo. A rede escolar do concelho sofreu alterações de modernização e organização, constituindo atualmente em 2 agrupamentos escolares, o Agrupamento de Escolas D. Sancho I (com 9 estabelecimentos de ensino) e o Agrupamento de Escolas Marcelino Mesquita (com 7 estabelecimentos de ensino). Aos quais se junta o Jardim de Infância do Cartaxo e o Jardim de Infância da Ereira (Plano Ação UCC, 2015-2017).

Características do subsistema económico A característica deste sector metropolitano é a de um subúrbio industrial e logístico, com grande peso de infraestruturas de transporte e de produção e abastecimento de energia e combustíveis, as quais marcam a paisagem e a imagem do território, condicionam a qualidade ambiental e contribuem para a diferenciação social e urbanística.

Características do subsistema leis e política, o município do Cartaxo é administrado por uma Câmara Municipal, composta por um Presidente, um Vice-Presidente e cinco vereadores, quatro dos quais sem pelouro. Existe uma Assembleia Municipal, que é o órgão deliberativo do município, constituída por 27 elementos, dos quais 6 são presidentes de junta de freguesia e os restantes eleitos diretamente pelos munícipes. Na sequência das eleições autárquicas de 2017.

Características do subsistema religião relativamente a este subsistema, salienta-se que algumas igrejas, predominantemente católicas.

Contexto Extrasistémico.

Características do subsistema Saúde e Segurança População servida por sistema público de saneamento básico: por sistema público de abastecimento de água 89,0%, por sistema de drenagem de águas residuais 67,0 %, por estação de tratamento de águas residuais 51,0%. (ACES Lezíria, 2015)

A aplicação do Programa Nacional de Vacinação (PNV) a nível do ACES Lezíria permitiu obter significativos ganhos, com elevadas taxas de cobertura vacinal (superiores a 96% em todas as vacinas avaliadas) (ACES Lezíria, 2015).

De acordo com o Sistema de Informação para a Saúde Oral (SISO), verifica-se um decréscimo do índice CPO nos três últimos anos do PNPSO, para as três coortes avaliadas.

De acordo com os registos clínicos, 22,4% dos utentes (47329) do ACES Lezíria sofrem de hipertensão arterial, 8,4 % (17755) de diabetes (ACES Lezíria, 2015).

De acordo com dados do INSA, em 2012 foram notificados 493 casos de VIH-SIDA.

Documentação publicada pelo Sistema de Vigilância do Programa de Tuberculose (SVIG-TB) indica uma incidência da Tuberculose, em 2012, no ACES Lezíria (22,88 por 100 000 habitantes), próxima da verificada no Continente (22,33). Da análise dos processos de Doenças de Declaração Obrigatória que deram entrada na USP em 2012, a Tuberculose Respiratória foi a de maior notificação no ACES Lezíria (51% das As taxas quinquenais de mortalidade neonatal (1,9 ‰) e infantil (2,8 ‰) são inferiores à da RLVT (2,7 ‰ e 3,6 ‰) e Continente (2,4 ‰ e 3,1 ‰).

Relativamente à taxa de mortalidade padronizada na população, para todas as idades, (por causas de morte específicas em ambos os sexos), verifica-se que as causas de morte com valores superiores aos da RLVT e aos do Continente são: doenças cerebrovasculares, pneumonia, tumor maligno do cólon e reto, diabetes melitus, acidentes de transporte e lesões auto provocadas intencionalmente (ACES Lezíria, 2015).

Da análise dos dados fornecidos pelo Gabinete de Informação para a Gestão Hospital

Distrital de Santarém, relativos aos doentes tratados por acidente, em 2013, verifica-se que o maior número de acidentes é de ordem pessoal (70,5%), seguindo-se os acidentes de trabalho (10,5%) (ACES Lezíria, 2015).

Na proteção civil, o concelho possui bombeiros municipais, um quartel da Guarda Nacional Republicana e um posto da Polícia de Segurança Pública, todos com sede na cidade do Cartaxo.

Características do subsistema comunicação e transportes, o concelho é atravessado por quatro estradas nacionais: a EN 3, entre Santarém e o Carregado, EN 3-2, entre Cruz do Campo e Valada, EN 3-3, entre Cartaxo e Reguengo de Valada, e EN 114-2, entre Almoester e Setil. O concelho possui ainda uma ligação rápida entre a cidade e a A1. Nas vias fluviais, o concelho possui o Rio Tejo, que passa por Valada, onde existe uma praia fluvial. No transporte rodoviário, o concelho possui várias paragens de autocarro e um terminal na cidade. Outro serviço prestado à população é o TUC, Transporte Urbano do Cartaxo, que serve a cidade e lugares em redor da mesma. No transporte ferroviário, o concelho é servido por três apeadeiros na Linha do Norte: Reguengo, Setil e Santana. (Município do Cartaxo Plano Estratégico 2005-2015).

2 – A UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DO CARTAXO

As alterações demográficas, o envelhecimento da população e o aumento das doenças crónicas despontam novas necessidades de saúde, nomeadamente nos cuidados de saúde primários com ênfase na capacidade de resposta e resolução de problemas relativos a esta problemática.

Com a reforma dos Cuidados de Saúde Primários, foram criados os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) (Dec. Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro), estes serviços públicos de saúde, estão dotados de autonomia administrativa e constituídos por várias unidades funcionais que agrupam um ou mais centros de saúde em que o principal objetivo é garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de uma determinada área geográfica. Estas unidades funcionais são: as Unidades de Saúde Familiares (USF), as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), as Unidades de Saúde Pública (USP) e as Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP).

O despacho nº 10143/2009, de 16 de abril, vem regulamentar a organização e o funcionamento das UCC, no artigo 3º define a missão destas unidades, “a UCC tem por missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde” (despacho nº 10143/2009).

Em conformidade com a legislação referida foi criada a UCC do Cartaxo, com data de início em 08/02/2010, tendo com missão “contribuir para a melhoria do estado de saúde da população do concelho do Cartaxo, visando a obtenção de ganhos em Saúde, através da intervenção de cariz comunitário de uma equipa multidisciplinar que atua em parceria com várias entidades do concelho...” (Plano de Ação, 2018).

A UCC oferece um período assistencial com o horário das 8h às 18h nos dias úteis e sábados, domingos e feriados das 9 às 13 horas. Disponibiliza na sua carteira de serviços aos residentes na área geográfica do concelho do Cartaxo, os seguintes programas:

- Programa de Saúde Escolar;
- Programa de Cuidados Continuados Integrados;
- Programa de Visita Domiciliaria a Pessoas Dependentes;
- Programa de Acompanhamento de Utentes com Problemas de Álcool;
- Programa de Parentalidade;
- Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco/Equipa Prevenção de Violência nos Adultos;
- Classe Movimento Dor Crónica Lombar;
- Projeto de Parceria – CPCJR;

- Projeto de Parceria – Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância;
- Projeto de Parceria – Rede Social;
- Projeto de Parceria – Núcleo Local de Inserção.

A equipa da UCC tem como equipa nuclear: 8 enfermeiros (5 na ECCI) mais 14 horas de enfermagem de saúde materna mais 7 horas de enfermagem, 1 assistente técnica, 1 fisioterapeuta, 1 psicólogo a tempo parcial (14 horas) e é coordenada por uma enfermeira EEEC.

2.1 – ENFERMEIRO ESPECIALISTA ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ECCI DO CARTAXO

Em Portugal a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) foi criada em 2006, entre outras tipologias integra a Equipa de Cuidados Continuados Integrados, designada por ECCI, que é uma tipologia com uma resposta, enquadrada na prestação de cuidados de saúde primários, e sempre que existam Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) no ACES encontram-se integradas nestas unidades funcionais, cfr. n.º 4 do art. 11º do DL nº 28/2008 de 22 de fevereiro. Estas equipas têm um papel muito importante quer na prestação de cuidados à pessoa, quer na capacitação dos cuidadores informais. Tornando assim, possível a prestação de cuidados continuados a pessoas dependentes, o apoio e capacitação dos seus cuidadores informais no seu contexto domiciliário.

A ECCI presta serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal, ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se de forma autónoma (DL nº 101/2006, de 6 de Junho).

A ECCI do Cartaxo, dirige a sua intervenção a pessoas em situação de dependência, incluindo os cuidadores informais, que necessitam de cuidados continuados de saúde e de apoio social, de natureza preventiva, reabilitadora ou paliativa.

A partir de janeiro de 2019 foram contratualizadas 35 vagas na ECCI para população do concelho do Cartaxo. Esta equipa assegura a prestação de cuidados, todos os dias do ano, no horário de funcionamento das 8 às 18 horas nos dias úteis e, conforme as necessidades, aos fins-de-semana e feriados, das 9 às 14 horas.

As pessoas acompanhadas pela ECCI do Cartaxo apresentam os critérios sugeridos pela RNCCI, nomeadamente:

- Dependência funcional transitória, decorrente de processo de convalescença ou outro; dependência funcional prolongada; idosos com critérios de fragilidade; incapacidade grave, com forte impacto psicossocial; doença severa, em fase avançada ou terminal; frequência de cuidados de saúde domiciliários, superior a uma vez por dia; prestação

de cuidados que exceda 1h e 30m por dia em pelo menos três dias por semana; necessidade de cuidados que requeiram um grau de diferenciação que exceda a equipa básica, por exemplo: Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Psicologia, Enfermagem de Reabilitação, etc., e pessoas com prognóstico de vida limitado, que provocam grande impacto emocional ao doente e família e com necessidade de controlo sintomático imediato ou a breve prazo.

O EEEEC na sua prática clínica na ECCI deve ter sempre por base o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública (OE, 2018). Pelo que deve:

- a) Estabelecer, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade. Considerando a complexidade dos problemas de saúde de uma comunidade realiza o planeamento em saúde de acordo com as diferentes etapas. A metodologia de planeamento em saúde, possibilita a avaliação do estado de saúde da comunidade, com elaboração de diagnóstico de saúde, estabelecendo prioridades em saúde, programas e projetos para resolução de problemas identificados.
- b) Contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades. Promover a capacitação de grupos e comunidades com vista à consecução de projetos de saúde coletivos.
- c) Integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde. Considerando a relevância e especificidades dos diferentes Programas de Saúde e os objetivos estratégicos do Plano Nacional de Saúde. A maximização das atividades de âmbito comunitário é fundamental para a obtenção de ganhos em saúde.
- d) Realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico. (OE, 2018).

3 – ENQUADRAMENTO GERAL DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

Como já mencionado anteriormente, Portugal está a passar por uma rápida transição demográfica, caracterizada por um aumento progressivo e acentuado da população adulta e idosa. Tendência que se tem vindo a confirmar ao longo dos anos, Segundo o Ministério da Saúde (2017), o saldo natural (ou fisiológico) mantém-se negativo desde 2010 (os óbitos superam os nados-vivos). De acordo com dados disponíveis na PORDATA (2018), o índice de envelhecimento em Portugal, passou de 101,6 % no ano de 2001, para 153,2% no ano de 2017. O Ministério da Saúde (2018) salienta que, somos uma população envelhecida, que se depara com novos problemas de saúde, sendo que as doenças crónicas assumem um peso crescente no setor da saúde. Esta realidade está em conformidade com a caracterização demográfica do concelho do Cartaxo. O que implica necessariamente maior utilização dos serviços de saúde e implicações estruturantes.

O envelhecimento acompanhado de dependência é uma realidade incontornável e os cuidadores informais são os efetivos prestadores de ajuda e assistência de longa duração, em casa, às pessoas em situação de dependência e destes, depende a continuidade dos cuidados (Assessing Needs of Care in European Nations, ANCIEN, 2011). Estima-se que 80% do apoio requerido pelo idoso dependente seja proporcionado pelos cuidadores informais, na sua maioria, familiares (Silva,2009), os cuidadores informais, são indiscutivelmente uma rede de suporte para a garantia da satisfação das necessidades do idoso em situação de dependência. Pelo que, cabe ao EEEC, o conhecimento do perfil dos cuidadores informais e das suas dificuldades no processo de cuidar o que permite, planejar e implementar estratégias adequadas às necessidades, tendo em conta a realidade da pessoa, família e cuidador. O enfermeiro deve consolidar uma parceria com o cuidador informal, valorizando-o e dando-lhe suporte nos cuidados, capacitando a pessoa e a sua família sobre como lidar com situações potencialmente geradoras de conflitos e tensões, a fim de contribuir para a qualidade de vida da pessoa cuidada, cuidador e família no domicílio (Rocha *et al*, 2008).

Aos serviços de saúde e ao enfermeiro impõe-se um enorme desafio, exigindo-se conhecimento e implementação de estratégias que visem por um lado a promoção de um envelhecimento ativo com a responsabilização da pessoa pela gestão da sua saúde. Por outro lado a capacitação e apoio aos cuidadores informais, considerando-os como parceiros para a prestação de cuidados, que quando apoiados e capacitados são fundamentais para a qualidade dos cuidados prestados à pessoa idosa dependente.

Proporcionar à pessoa dependente e família, a permanência no seu microssistema (família), potencializando recursos existentes neste, pode constituir-se uma importante resposta. Podendo até revelarem-se uma redução considerável de custos para os serviços públicos.

Contudo é fundamental que seja garantida a qualidade dos cuidados prestados, quer à pessoa dependente, quer ao cuidador informal. Nesta continuidade salienta-se que a Qualidade em

Saúde, a Equidade e Acesso Adequado aos Cuidados de Saúde, a Cidadania em Saúde e Políticas Saudáveis são os quatro eixos do Plano Nacional de Saúde Revisão e Extensão a 2020 (2015), orientação segundo a qual o enfermeiro deve apoiar a sua prática clínica. No que se refere ao Acesso Adequado aos Cuidados de Saúde e segundo o Relatório Anual de Acesso 2017, a redução das desigualdades entre os cidadãos no acesso à saúde, em conjunto com o reforço do poder do cidadão no seio do SNS, promovendo a disponibilidade, acessibilidade, comodidade, transparência, celeridade e humanização dos serviços, definiu-se como uma prioridade entre outras, do XXI Governo Constitucional (Ministério da Saúde, 2018).

Também as pessoas têm vindo a adotar uma postura mais ativa, ou menos passiva, relativamente aos cuidados que lhes são prestados, têm expectativas cada vez mais elevadas, exigem mais transparência na informação sobre o desempenho das organizações prestadoras de cuidados, mais regulação, mais informação e maior participação nas decisões (DGS, 2010), exigindo enquanto clientes, cuidados de saúde de qualidade.

Reconhecendo a importância da avaliação da satisfação, como um relevante indicador da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados pela ECCI, desenvolveu-se um estudo centrado na avaliação da satisfação do cuidador informal, face aos cuidados de enfermagem prestados pela ECCI do Cartaxo. Possibilitando desta forma a identificação de necessidades/problemas mais emergentes deste grupo populacional, conduzindo assim à formulação do seguinte diagnóstico de enfermagem: *Comunidade [cuidadores informais] com falta de conhecimento sobre serviços de saúde [acesso e organização dos cuidados de saúde de ECCI]* para definição do diagnóstico recorreu-se à CIPE (ICN, 2015).

Considerando este diagnóstico, reconhece-se que as dimensões, Acesso aos cuidados de Saúde e Organização dos Cuidados de Enfermagem no contexto da ECCI do Cartaxo, apresentam oportunidade de implementação de estratégias de melhoria contínua, nomeadamente no que se refere ao *Acolhimento do cliente* (pessoa/família/cuidador informal) admitidos na ECCI do Cartaxo. Considera-se que o desenvolvimento de estratégia de melhoria contínua neste âmbito poderá contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem e satisfação do cliente. Assim a estratégia de melhoria a desenvolver, implica a construção e implementação de: um guia de acolhimento para o cliente admitido na ECCI e a construção e implementação de um procedimento, como instrumento orientador da organização dos cuidados de enfermagem no acolhimento do cliente admitido na ECCI. Saliencia-se que a melhoria da qualidade no Sistema de Saúde é, um imperativo moral, porque contribui para a melhoria da equidade e do acesso aos cuidados de saúde em tempo útil, da segurança e da adequação com que esses cuidados são prestados (PNS, 2015). Também Nunes (2016), refere que “um conjunto cada vez maior de ferramentas e metodologias da qualidade está a ser utilizado, de forma crescente, pelas organizações de todos os sectores de atividade, onde também se incluem as organizações de saúde” (Nunes, 2016; p:69). Das 7 (sete) ferramentas básicas da qualidade, referenciadas pelo autor destacamos o Ciclo PDCA (Plan, Do, Check, Action) de Deming, este é um método de abordagem sistemática para a resolução ágil de problemas pela gestão, a primeira fase do ciclo consiste no planeamento e análise das atividades ou processos que se pretende melhorar, seguido da implementação na prática dessas melhorias;

segue-se a monitorização e por fim a ação corretiva ou de melhoria consoante os resultados observados durante todo o processo (Deming, 1986 citado por Mendes, 2012).

Este método de abordagem sistemática, o Ciclo PDCA, é também proposta pelo Conselho de Enfermagem Regional da Secção Sul da OE, no “Guião para a organização de projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem” (Ordem do Enfermeiros, 2013).

O processo de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde prestados pelos enfermeiros é da responsabilidade da enfermagem e dos enfermeiros, pelo que, é fundamental que o EEEEC inclua na sua prática clínica estratégias de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, de modo a assegurar a utilização eficiente dos recursos, mantendo níveis elevados de qualidade e segurança necessários.

Nesta continuidade e tendo em consideração o enquadramento do projeto em desenvolvimento, salienta-se que, de acordo como o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária, é essencial que o EEEEC organize respostas adequadas, de forma personalizada, de qualidade e em proximidade, focalizadas na promoção da saúde, na gestão do risco, na prevenção da doença e de acidentes, nos cuidados de (re) adaptação e de suporte (OE, 2015).

Além de um entendimento profundo sobre os determinantes dos problemas de saúde de grupos ou de uma comunidade na conceção do diagnóstico de saúde de uma comunidade, e entre outras intervenções, espera-se que o EEEEC, intervenha em grupos e/ou comunidades com necessidades específicas assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados. É fundamental que este privilegie o domínio da qualidade, incorpore nas suas práticas os resultados de estudos e investigações, no sentido do desenvolvimento das competências, aperfeiçoamento das práticas clínicas, intervenção sustentada nas políticas de saúde e na melhoria dos resultados em saúde. (OE, 2015).

A gestão pela qualidade é uma estratégia que orienta para os resultados e para a satisfação dos beneficiários, devendo garantir-se que os serviços prestados satisfaçam as exigências da qualidade.

Segundo o RPQCEECSP é essencial organizar respostas adequadas, de forma personalizada, de qualidade e em proximidade, focalizadas na promoção da saúde, na gestão do risco, na prevenção da doença e de acidentes, nos cuidados de (re) adaptação e de suporte (OE, 2015). De acordo com os referidos regulamentos e tendo em consideração o Enunciado Descritivo - Satisfação do Cliente, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e saúde pública, exerce uma procura permanente na excelência no exercício profissional. São elementos importantes da satisfação dos grupos/comunidades, relacionada com os processos de prestação de cuidados especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, entre outros:

O respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos dos grupos e comunidades na conceção de intervenções com vista à resolução de problemas identificados;

Otimização de rede de suporte e interação com competência cultural no desenvolvimento dos projetos de saúde dos grupos ou comunidades;

Otimização de fluxos de informação e recursos com vista à maximização da satisfação de grupos e comunidade.

De acordo com o Enunciado Descritivo - A Organização dos Cuidados de Enfermagem, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e saúde pública, exerce uma procura permanente na excelência no exercício profissional e contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem. E são elementos importantes face à organização dos cuidados especializados de enfermagem comunitária e de saúde pública, entre outros:

Fundamentar as práticas num modelo intervenção ratificado e apropriado pela equipa, onde o foco dos cuidados são os grupos específicos e de maior vulnerabilidade e a comunidade, em diferentes contextos de saúde.

Definição, implementação e monitorização de estratégias de melhoria contínua da qualidade no âmbito da gestão de saúde da população, avaliando e analisando o impacto das intervenções em saúde.

Utilização de um sistema de informação que incorpore a CIPE e toda a informação que permite a gestão de saúde de grupos e comunidade.

Utilização dos resultados da avaliação periódica da satisfação dos enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária e saúde pública realizada, com recurso a instrumentos validados para profissionais de saúde (de acordo com o ciclo de gestão das organizações), para definir estratégias promotoras de satisfação dos profissionais.

A dotação dos enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária e saúde pública face às necessidades dos grupos/comunidade, colaborando na adequação de recursos às necessidades identificadas, com base em documentos orientadores sobre dotações seguras.

Existência de política de formação contínua de o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e saúde pública, promotora do seu desenvolvimento profissional e da qualidade dos eus cuidados especializados

A utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem com vista à maximização da satisfação dos grupos/comunidades e do seu capital humano, social e cultural (O E, 2015).

Com o desenvolvimento deste projeto pretende-se evidenciar a importância do *Acolhimento do cliente*, enquanto cuidado e enfermagem. Um acolhimento humanamente adequado, é um cuidado essencial no processo assistencial ao cliente.

O termo *acolhimento* excede a noção de primeiro contacto ou receção, este permite o sentimento de envolvimento na equipa multidisciplinar, através da permanente troca de informação, favorecendo assim a criação de relações calorosas, personalizadas e de confiança. Desta forma, um acolhimento eficaz vai fomentar o sentimento de confiança (Jorge, 2004). É no acolhimento realizados pelo enfermeiro à pessoa/cuidador informal, realizado no momento da admissão na ECCI, que se deve iniciar a relação e intervenção terapêutica adequada, que contribua para que o cliente tenha uma participação ativa segura e informada no seu processo terapêutico e simultaneamente facilitadora do acesso aos cuidados de saúde.

De seguida e tendo em consideração, a metodologia de Planeamento em Saúde, seguem-se as seguintes etapas:

- Fixação de objetivos, estes devem ser aceites por todos os intervenientes no processo de planeamento, permitindo o envolvimento e participação de todos os atores. Pois para serem aceites, os objetivos terão que ser compreendidos, para que possam motivar a ação (Nunes, 2016).
- Seleção de estratégias, estas devem ser suficientemente detalhadas para que possam ser efetivamente compreendidas (Nunes, 2016).
- Preparação da execução do plano e avaliação, nesta etapa pode recorrer-se à elaboração cronogramas, estes são gráficos de duas dimensões que relacionam as atividades com o tempo necessário para as desenvolver (IMPERATORI, 1993 citado por Nunes, 2016).

4 – PLANO OPERACIONAL DAS ATIVIDADES A IMPLEMENTAR

Diagnóstico: Comunidade [cuidadores informais] com falta de conhecimento sobre serviços de saúde [Acesso e organização dos cuidados de saúde de ECCI] (ICN,,2015).

População Alvo: Pessoa integrada em ECCI do Cartaxo.

Objetivo geral do plano operacional de atividades a implementar:

Desenvolver programa de melhoria contínua da qualidade no âmbito da organização dos cuidados de enfermagem no acolhimento da pessoa admitida na ECCI do Cartaxo.

Objetivos específicos	Estratégias de Intervenção	Local	Recursos	Horizonte e temporal	Indicadores de avaliação	Metas
<p>Conhecer a organização dos CSP e a organização da UCC enquanto unidade orgânica do ACES Lezíria.</p> <p>Realizar o projeto de intervenção individual.</p>	<p>Consultar documentos e legislação atualizada relativa à organização dos CSP</p> <p>Construção de projeto de intervenção de acordo com diagnóstico.</p>	Instalações da UCC Cartaxo e outros contextos.	Enf. Sílvia	<p>Março2019</p> <p>Março2019</p>	<p>Integração na equipa de UCC no espaço de tempo de quinze dias.</p> <p>Construção de acordo com cronograma</p>	Cumprir cronograma

Mobilizar informação e conhecimento baseado na evidência científica mais recente.	Realização de pesquisa bibliográfica acerca da construção de procedimento de acolhimento do enfermeiro à pessoa integrada na ECCI do Cartaxo. Realização de Scoping Review	Instalações da UCC Cartaxo e outros contextos.	Enf. Sílvia	De Março a Junho de 2019	Apresentação e divulgação de resultados da Scoping Review, à equipa da UCC	
Validar projeto com a coordenadora da UCC Sensibilizar equipa de ECCI para a importância do projeto. Envolver a equipa de enfermagem de ECCI na elaboração do procedimento.	Apresentação e discussão do projeto com a coordenadora da UCC Elaboração e envio de convite a cada elemento da equipa, para o momento de apresentação do projeto. Apresentação e discussão do projeto, à Equipa de ECCI em reunião de equipa.	Instalações da UCC Cartaxo e outros contextos.	Enf. Sílvia e equipa de ECCI.	De Março a Junho de 2019	Número de elementos presentes na apresentação do projeto. Disponibilidade e participação da equipa durante a apresentação do projeto Envolvimento da equipa na implementação do projeto	80% de enfermeiros da UCC presentes.
Elaborar procedimento de acolhimento do enfermeiro à pessoa integrada na ECCI do Cartaxo Validar com Coordenadora de ECCI documentos elaborados.	Construção do procedimento de acolhimento do enfermeiro à pessoa integrada na ECCI do Cartaxo. Validação e discussão com Coordenadora de UCC, acerca do documento em construção	Instalações da UCC Cartaxo e outros contextos.	Enf. Sílvia e Coordenadora			100% das reuniões programadas com a Enf. coordenadora

Validar com equipa de enfermagem de ECCI documentos elaborados.	(Procedimento), a realizar em reunião de equipa. Realização de reuniões com a equipa para discussão de aspetos relacionados com a construção do procedimento de acolhimento do enfermeiro à pessoa integrada na ECCI do Cartaxo.		Enf. Sílvia e equipa de enfermagem de ECCI.			100% das reuniões programadas com equipa
Implementar procedimento de acolhimento do enfermeiro à pessoa integrada na ECCI do Cartaxo.	Implementação do procedimento de acolhimento do enfermeiro à pessoa integrada na ECCI do Cartaxo.				Aprovação do procedimento realizado, pelo concelho técnico da UCC Adesão da Equipa de Enfermagem à implementação do procedimento	Aprovar o procedimento até ao término do estágio
Promover o desenvolvimento de competências dos enfermeiros relativamente ao acolhimento do enfermeiro à pessoa integrada na ECCI do Cartaxo	Motivação da equipa de enfermagem para o reconhecimento da importância da elaboração de um procedimento, enquanto ferramenta promotora de qualidade dos cuidados. Promoção do envolvimento da equipa de enfermagem na construção do procedimento para enfermeiros e construção de guia de acolhimento do cliente admitido na ECCI do Cartaxo.	Instalações da UCC Cartaxo.	Enf. Sílvia	De Março a Junho de 2019	Envolvimento e Participação da Equipa de Enfermagem na implementação do projeto.	Manter motivação da equipa durante todo o processo de implementação do projeto.
	Realização de momento de formação da equipa de enfermagem, apresentação da	Instalações da UCC Cartaxo.	Enf. Sílvia	Maior 2019	Número de elementos presentes na	Mínimo de 80% de enfermeiros

	metodologia e análise da Scoping Review				apresentação do projeto. Disponibilidade e participação da equipa durante a apresentação do projeto Envolvimento da equipa na implementação do projeto	presentes formação.
Desenvolver competências no âmbito do Sistema da Qualidade e a implementação de Procedimentos.	Participação em formação organizada pela USF-AN . Sobre Sistema da Qualidade e a implementação de Procedimentos.	Lisboa	Enf. Sílvia	Março 2019	Reflexão acerca do contributo da formação; Partilha de conhecimentos adquiridos com a equipa; Certificado de Presença na formação.	
Promover o desenvolvimento de competências dos enfermeiros relativamente ao Sistema da Qualidade e a implementação de Procedimentos.	Realização de momento de formação da equipa de enfermagem, sobre: "Sistema da Qualidade e a implementação de Procedimentos".	Instalações da UCC Cartaxo.	Enf. Sílvia e equipa de enfermagem de ECCI.	Abril 2019	.	Mínimo de 80% de enfermeiros presentes na formação.
Conhecer a intervenção do EEEC em todos os programas da UCC	Participação nas atividades dos projetos em desenvolvimento pela UCC, nomeadamente: Programa de Saúde Escolar; Equipa comunitária de saúde	Na comunidade geodemográfica de influência da UCC.	Enf. Sílvia	De Março a Junho de 2019	Participação nos projetos desenvolvidos pela UCC sempre que seja	Participação em todos os projetos desenvolvidos pela UCC

Participar nas intervenções do EEEC em todos os programas da UCC	mental; Programa de Acompanhamento de Utentes com Problemas de Álcool; Programa de Parentalidade; Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco/Equipa Prevenção de Violência nos Adultos; Projeto de Parceria – CPCJR; Projeto de Parceria – Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância; Projeto de Parceria – Rede Social; Projeto de Parceria – Núcleo Local de Inserção.				proporcionada a oportunidade por parte da Enf, Cooperante ou outro elementos da equipa.	sempre que seja proporcionad a a oportunidade por parte da Enf, cooperante ou outro elementos da equipa.
Realizar instrumento de auditoria ao procedimento Validar com coordenadora da UCC o instrumento de auditoria ao procedimento	Elaboração instrumento de auditoria ao procedimento Apresentação e validação do instrumento de auditoria ao procedimento, à coordenadora da UCC		Enf. Sílvia		Aprovação do instrumento de auditoria ao procedimento, pelo concelho técnico da UCC	Aprovação do instrumento de auditoria ao procedimento, pelo concelho técnico da UCC até ao término do estágio
Informar parceiros intersectoriais da área de prestação de serviço social, acerca da organização dos cuidados de saúde prestados pela ECCI do Cartaxo.	Contatar presencialmente as IPSS locais de apoio social, a fim de informar acerca da organização dos cuidados de saúde prestados pela ECCI do Cartaxo e do acesso aos cuidados prestados pela ECCI.	Na sede de cada IPSS.	Enf. Sílvia e viatura do serviço ou própria.	Março 2019	Número de IPSS contactadas presencialmente	Contactar todas as IPSS presencialmente

5 – CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Diagnóstico: Comunidade [cuidadores informais] com falta de conhecimento sobre serviços de saúde [organização dos cuidados de saúde de ECCI] (ICN,,2015).

População Alvo: Pessoa integrada em ECCI do Cartaxo.

Objetivo geral do plano operacional de atividades a implementar: Desenvolver programa de melhoria contínua da qualidade no âmbito da organização dos cuidados de enfermagem no acolhimento do cliente admitido na ECCI do Cartaxo.

	Março				Abril				Maio				Junho				Julho			
	04 08	11 15	18 22	25 29	01 05	08 12	15 19	22 26	29 03	06 10	13 17	20 24	27 31	03 07	10 14	17 21	24 28	01 05	08 12	
Elaboração de projeto	X	X					Férias de páscoa													
Realização de pesquisa bibliográfica Elaboração de RSL- Scoping Review	X	X	X	X	X	X			X	X	X									
Apresentação e discussão do projeto, à Coordenadora da UCC e Equipa de ECCI.			X																	
Validação com equipa as necessidades sentidas, acerca da necessidade de construção e uniformização do procedimento			X																	
Elaboração do procedimento de acolhimento do enfermeiro à pessoa integrada em ECCI			x	x	x	x			x	x										
Validação e discussão com equipa de enfermagem, acerca do documento em construção (Procedimento)						x														
Implementação do procedimento											x	x	x	x	x	x	x			
Avaliação da Implementação do procedimento																				

6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde, (2017). *Relatório de monitorização da rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI) – 1º Semestre*. Recuperado de: http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Relatorio_Monitorizacao_RNCCI_1_Semestre-2017.pdf
- Amendoeira, J. (2009). *Políticas de saúde em Portugal e desigualdades. Seminários Temáticos Políticas Públicas e Desigualdades*. Recuperado de: <https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/86/1/Pol%C3%ADticas%20de%20sa%C3%B Ade%20em%20Portugal%20e%20desigualdades.pdf>
- Assessing Needs of Care in European Nations (ANCIEN). (2011). *The supply of informal care in Europe. Europe: European Network of Economic Policy Research Institutes*. Recuperado de: http://www.ancien-longtermcare.eu/sites/default/files/ENEPRI%20RR94%20 ANCIEN%20WP%203 %20Supply%20of%20Informal%20Care%20in%20Europe_0.pdf.
- Cardoso, A. Pinto, P. (2002). *Acolhimento do doente no hospital – um cuidado de enfermagem. Revista Nursing: Revista de Formação Contínua em Enfermagem*. N.º 170. p. 11-14
- Costa, P., Garcia, A., e Toledo, V. (2016). *Acolhimento e cuidado de enfermagem: um estudo fenomenológico*. *Texto Contexto Enferm*, 25(1), 1-7. Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/pt_0104-0707-tce-25-01-4550015.pdf
- Conselho de Ministros. (2012). *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho. *Mundo saúde* (1995), 37(1), 105-118.
- Direção Geral da Saúde (2015a). *Plano nacional de saúde: revisão e extensão a 2020*. Lisboa: DGS. Recuperado de <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>
- Despacho n.º 3618-A/2016. *Determina a criação do Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados*. Diário da República nº49 II Serie, 10 de março de 2016. Recuperado de: <https://dre.pt/application/conteudo/73833508>
- Despacho n.º 5613/2015. *Estratégia nacional para a qualidade na saúde 2015 – 2020*. Diário da República nº 102, II Série, 27 de maio de 2015. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Figueiredo-Pereira, M. (2017). *Promoção da saúde nos curricula de enfermagem: Conhecimento dos professores e sentidos atribuídos pelos estudantes*. Tese de doutoramento em enfermagem, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa. Portugal. Acedido em 22 de fevereiro de 2019, Recuperado de: https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/24199/1/TESE_FINAL_Maria%20do%20Carmo%20Pereira.pdf
- Freire, C. (2013). *A prática da gestão de caso na Unidade de Cuidados na Comunidade*. (Doctoral dissertation).
- Furtado, C., e Pereira, J. (2010). *Equidade e acesso aos cuidados de saúde*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa. Recuperado de: file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/Equidade_e_Acesso_aos_Cuidados_de_Saude.pdf
- Imperatori, E. e Giraldes, M. (1993). *Metodologia do planeamento da saúde: manual para uso em*

serviços centrais, regionais e locais. 3a Ed. Lisboa: ENSP.

ECCL. (2007). *A equipa de cuidados continuados integrados: Orientações para a sua constituição nos centros de saúde*. Lisboa: Missão para os Cuidados de Saúde Primários.

Jorge, A. (2004). *Família e hospitalização da criança: (re) pensar o cuidado em enfermagem*. Loures: Lusociência.

Leite, J., Maia, C., e Sena, R. (2014). *Acolhimento: perspectiva de reorganização da assistência de enfermagem*. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v52n2/v52n2a02.pdf>

Martins, M. (2005). *A promoção da saúde: percursos e paradigma*. Revista de saúde Amato Lusitano, 42-46. Recuperado de: <https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/93/1/A%20Promo%C3%A7%C3%A3o%20da%20sa%C3%BAde.pdf>. Consultado em 28/11/2018

Mendes, V. (2012). *Qualidade no Serviço Nacional de Saúde: Evolução recente e perspectivas futuras* (Doctoral dissertation), Universidade Nova de Lisboa. Escola Nacional de Saúde Pública). Recuperado de: <https://run.unl.pt/handle/10362/9400>

Ministério da Saúde (2017). *Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas em 2017*. Recuperado de: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio_Acesso_SNS_2017_v.final_.pdf.

Ministério da Saúde. (2018). *Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas 2017*. Recuperado de: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio_Acesso_SNS_2017_v.final_.pdf. Em 20/02/2019.

Ministério da Saúde. (2018). *Retrato da Saúde 2018*. Lisboa. Recuperado de: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf.

Ministério da Saúde (2007). *Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Cuidados Continuados Integrados nos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa. Ministério da Saúde

Nunes, M. (2016). *Cartilha Metodológica do Planeamento em Saúde e as Ferramentas de Auxílio*, Chiado Editora.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde pública*. Lisboa. Recuperado de: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfComunitariaSauPublica_DRJun2015.pdf em 28/12/2018.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar*. Lisboa. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/115698616/details/normal?l=1> em 28/12/2018.

Pereira, M. (2017). *Promoção da saúde nos curricula de enfermagem conhecimento dos professores e sentidos atribuídos pelos estudantes. Tese de doutoramento*. Universidade Católica Portuguesa. Instituto de Ciências da Saúde. Disponível em: https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/24199/1/TESE_FINAL_Maria%20do%20Carmo%20Pereira.pdf

PORDATA (2018). *Base de Dados de Portugal Contemporâneo*. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Municipios/%C3%8Dndice+de+envelhecimento-458>.

Rocha, L. (2013). *Os cuidadores informais de pessoas em situação de dependência e a utilização do suporte social para o cuidar em casa* (Doctoral dissertation, [sn]). Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/16188>.

- Rocha, M., Vieira, M. e Sena, R. (2008). *Desvelando o cotidiano dos cuidadores informais de idosos- Revista Brasileira de Enfermagem*. 61 (6). Pp.801-8. Brazilia. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n6/a02v61n6>
- Silva, A. (2009). *Efectividade de um programa de intervenção na percepção de sobrecarga dos familiares cuidadores de pessoas idosas com demência* (Doctoral dissertation).
- Silva, J.; Sousa, M.; Mercadié, M.; Amaral, L.; Ribeiro, M.; Maia, L.; McDonough, J.; Hellenen, S.; Seal, M.; Franco, J.; Gubernatis, H.; Cardoso, J.; Baptista, A.; Santos, N.; Alves, M.; Meersschaert, L.; Delgado, E.; Pinto, H. (2008). (org). *Empowerment: Capacitar para Agir*. Lisboa: Padrões Culturais Editora.
- Stanhope, M. e Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública – Cuidados de saúde na Comunidade, centrados na população*. 7ª edição. Loures: Lusociência
- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2011). *Manual do Prestador, Recomendações para a Melhoria Continua*.

ANEXO II – Protocolo de pesquisa da Scoping Review



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE
SANTARÉM
7º CURSO DE MESTRADO
EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA



O contributo do acolhimento de enfermagem para a qualidade dos cuidados à pessoa no contexto domiciliário.

Autores:

Sílvia Gaspar, nº 915011116

Orientadora:

Professora Doutora
Irene Santos

Santarém, Março de 2019



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE
SANTARÉM
7º CURSO DE MESTRADO
EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA



O contributo do acolhimento de enfermagem para a qualidade dos cuidados à pessoa no contexto domiciliário.

SCOPING REVIEW

Autores:

Sílvia Gaspar, nº 915011116

Orientadora:

Professora Doutora
Irene Santos

Santarém, Março de 2019

Review Title

O contributo do acolhimento de enfermagem para a qualidade dos cuidados prestados à pessoa no contexto domiciliário.

.Reviewers

¹ Sílvia Gaspar

² Irene Santos

Center conducting the review

Escola Superior de Saúde de Santarém – Unidade de Monitorização de Indicadores em Saúde

Review question

Quais as estratégias de enfermagem no acolhimento à pessoa no contexto domiciliário, que contribuem para a qualidade dos cuidados?

Objective

Identificar quais as estratégias de enfermagem no acolhimento à pessoa no contexto domiciliário, que contribuam para a qualidade dos cuidados.

Key word (Mesh Descriptors):

Passam a ser designadas por descritores Mesh as palavras-chave: *Nurs**; Patient admission e Quality of Health Care, validadas na Mesh Browser 2019.

Background

Portugal está a passar por uma rápida transição demográfica, caracterizada por um aumento progressivo e acentuado da população adulta e idosa. Tendência que se tem vindo a confirmar ao longo dos anos, Segundo o Ministério da Saúde (2017), o saldo natural (ou fisiológico) mantém-se negativo desde 2010 (os óbitos superam os nados-vivos). De acordo com dados disponíveis na PORDATA (2018), o índice de envelhecimento em Portugal, passou de 101,6 % no ano de 2001, para 153,2% no ano de 2017.

Aos serviços de saúde e ao enfermeiro impõe-se um enorme desafio, exigindo-se conhecimento e implementação de estratégias que visem por um lado a promoção de um envelhecimento ativo com a responsabilização da pessoa pela gestão da sua saúde. Por outro lado o apoio e prestação de cuidados a pessoas em situação de dependência e a capacitação e apoio

aos cuidadores informais, sendo estes considerados como parceiros para a prestação de cuidados, que quando apoiados e capacitados são fundamentais para a qualidade dos cuidados prestados à pessoa dependente, entendendo-se por pessoa dependente aquela que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária (Decreto- Lei no 101/2006, Ministério da Saúde e Ministério da Solidariedade e da Segurança Social).

É fundamental desenvolver respostas que promovam a manutenção de um envelhecimento saudável, a promoção da autonomia e a melhoria da intervenção dos familiares cuidadores e outros prestadores de cuidados. Entre outras estruturas de apoio social e de saúde, em Portugal foi criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) em 2006, que surge de uma parceria estabelecida entre os Ministérios do Trabalho e Solidariedade Social e da Saúde com o objetivo de promover a continuidade da prestação de cuidados de Saúde e Apoio Social (Decreto-lei n.º 101/2006, de 06 de junho).

Das diferentes tipologias e respostas da RNCCI, constam as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), da responsabilidade das Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) dos ACES, cfr. n.º 4 do art. 11º do DL nº 28/2008 de 22 de fevereiro. As ECCI prestam cuidados centrados na reabilitação, readaptação, manutenção e conforto, a pessoas em situação de dependência funcional transitória ou prolongada, doença terminal ou processo de convalescença, que não se podem deslocar de forma autónoma. (Diário da República, 1.ª série — N.º 24 — 02 de fevereiro de 2017). Com a intervenção destas equipas é possível proporcionar à pessoa dependente, a permanência no seu domicílio, potencializando recursos existentes neste, pode constituir-se uma importante resposta com uma redução considerável de custos económicos.

O envelhecimento acompanhado de dependência é uma realidade incontornável e os cuidadores informais são os efetivos prestadores de ajuda e assistência de longa duração, em casa, às pessoas em situação de dependência e destes, depende a continuidade dos cuidados (Assessing Needs of Care in European Nations, ANCIEN, 2011). Estima-se que 80% do apoio requerido pelo idoso dependente seja proporcionado pelos cuidadores informais, na sua maioria, familiares (Silva, 2009), os cuidadores informais, são indiscutivelmente uma rede de suporte para a garantia da satisfação das necessidades da pessoa em situação de dependência. Por cuidador informal, entende-se a pessoa que presta cuidados à pessoa em situação de dependência, e quando os cuidados são prestados por um familiar este é denominado por membro da família prestador de cuidados, cuidador informal ou familiar cuidador, sendo um elemento da rede social do dependente que assume o compromisso de lhe prestar cuidados não remunerados e sem qualquer vínculo formal (Figueiredo, 2007; Lage, 2007; Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2006 citados por Petronilho, 2013). Figueiredo (2007) citado por Petronilho (2013) refere-se ao cuidado informal, como a

interação entre um membro da família, amigo, ou vizinho, que ajudam a pessoa a realizar atividades que são necessárias para viver com dignidade, de maneira regular e não remunerada.

A essência do trabalho do enfermeiro é o cuidar, processo este que envolve contato próximo com o a pessoa e suas necessidades e expectativas. O cuidar na disciplina de enfermagem é assumido, como o seu conceito central, pela dimensão técnico-relacional que tem implícita (Amendoeira, 2004; Paiva, 2004; Lopes, 2005, Basto, 2009). Num processo de cuidados a pessoa é o centro de interesse, este baseia-se numa relação interpessoal que ocorre entre quem necessita de ajuda e a pessoa capaz de dar ajuda, onde o cuidado não é mecânico, mas sim humanístico (Amendoeira, 2009).

Em cuidados domiciliários, cabe ao enfermeiro, além de centrar os seus cuidados à pessoa dependente, também focar a sua atenção no cuidador informal, sendo fundamental conhecer o perfil deste, suas dificuldades e necessidades, permitindo desta forma, planejar e implementar estratégias adequadas. Nos cuidados à pessoa dependente no seu domicílio, enfermeiro deve consolidar uma parceria com o cuidador informal, valorizando-o e dando-lhe suporte nos cuidados, capacitando a pessoa e a sua família sobre como lidar com situações potencialmente geradoras de conflitos e tensões, a fim de contribuir para a qualidade de vida da pessoa cuidada, cuidador e família no domicílio (Rocha *et al*, 2008).

O acolhimento da pessoa em qualquer unidade e/ou por qualquer equipa de saúde, é um cuidado de enfermagem, de crucial importância, no desenvolvimento de todo o processo assistencial. Pois o primeiro contacto do cliente com o enfermeiro que o acolhe é, na maioria das vezes, determinante para a relação terapêutica que se irá estabelecer (Silva, 2010). Como primeiro contato, o acolhimento projeta a imagem da organização junto dos seus clientes. Compete ao Enfermeiro assegurar que a relação desenvolvida atinja o equilíbrio entre o fator humano e a componente técnica, importa por isso, mobilizar as competências (pessoais e profissionais) no domínio da comunicação, enquanto processo multifacetado e plural. (Instituto da Droga e da Toxicodpendência, I. P., 2011).

O acolhimento em enfermagem prende-se com a relação estabelecida com o cliente, que se inicia no momento da admissão no serviço e tem como principal objetivo a transmissão de confiança, tendo em vista a participação nos seus cuidados.

Na valorização da excelência do cuidar o enfermeiro deve estar ciente da importância do acolhimento, também como promotor de qualidade na comunicação desenvolvida, pois é através de uma comunicação eficaz, que se consegue identificar as necessidades de cada um e satisfaze-las adequadamente (Silva, 2012).

O termo **acolhimento** excede a noção de primeiro contacto ou receção, este permite o sentimento de envolvimento na equipa multidisciplinar, através da permanente troca de informação, favorecendo assim a criação de relações calorosas, personalizadas e de confiança. Desta forma, um acolhimento eficaz vai fomentar o sentimento de confiança (Jorge, 2004).

Para Costa *et al* (2016), o acolhimento deve ser uma ferramenta para humanização dos serviços de saúde, com valorização do processo de escuta qualificada, facilitando a reorganização dos serviços e melhorando a qualidade da assistência, tendo a pessoa sempre como foco central dos cuidados e como participante ativo. Os mesmos autores salientam que, os enfermeiros são capazes de reconhecer a tradução do acolhimento em escuta qualificada, humanização, responsabilização e comprometimento com as necessidades do outro.

O acolhimento é também um momento de encontro, escuta e torna-se favorável para o estabelecimento de vínculo entre o cliente e profissionais dos serviços de saúde (Rocha *et al*, 2018). Este deve ser considerado, não como um ato pontual, mas sim como uma atitude que vai sendo desenvolvida ao longo do processo de cuidados e que, de certa forma, permite amenizar medos, ansiedade e insegurança (Silva, 2010).

Sobre a apresentação efetuada pelo enfermeiro, Serra (2005) acrescenta que, em muitos casos, a mesma faz-se, também, acompanhar da “(...) entrega de um folheto informativo sobre o serviço (...)” (Serra, 2005:54).

Uma boa prática de acolhimento facilita a integração do cliente no processo assistencial de cuidados e é um princípio inerente à qualidade dos cuidados prestados por qualquer organização de saúde (Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P., 2011).

É fundamental que seja garantida a qualidade dos cuidados prestados, ao cliente logo a partir do momento do acolhimento. Nesta continuidade salienta-se que a Qualidade em Saúde, surge como um dos quatro eixos do Plano Nacional de Saúde Revisão e Extensão a 2020 (2015), orientação segundo a qual o enfermeiro deve apoiar a sua prática clínica.

Também as pessoas têm vindo a adotar uma postura mais ativa, ou menos passiva, relativamente aos cuidados que lhes são prestados, têm expectativas cada vez mais elevadas, exigem mais transparência na informação sobre o desempenho das organizações prestadoras de cuidados, mais regulação, mais informação e maior participação nas decisões (DGS, 2010), exigindo enquanto clientes, cuidados de saúde de qualidade.

Diniz (2017) salienta que promover e garantir a qualidade e a melhoria contínua dos serviços de saúde, com rigor e respeito, é um imperativo de todos os que dedicam a sua vida profissional, ao serviço público dos cidadãos que os procuram para receberem cuidados globais, integrados e seguros a que têm direito.

Por sua vez a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 (2015) (ENQS) aprovada pelo Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio; visa assegurar que as funções de governação, coordenação e ação local, centradas no utente, estão devidamente alinhadas nos mesmos objetivos, mantendo o respeito pelas dimensões da efetividade, eficiência, acesso, segurança, equidade, adequação, oportunidade, continuidade e respeito pelo cidadão. O mesmo documento salienta ainda que, a qualidade em saúde é definida como a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis

e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão (Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio).

A ENQS 2015-2020 tem como missão potenciar e reconhecer a qualidade e a segurança da prestação de cuidados de saúde, para garantir os direitos dos cidadãos na sua relação com o sistema de saúde.

Define como prioridades:

- A Melhoria da qualidade clínica e organizacional, onde destacamos entre outras intervenções: Implementar mecanismos para a melhoria contínua da qualidade e Promover a investigação clínica enquanto instrumento de melhoria da qualidade assistencial e institucional.
- Aumento da adesão a normas de orientação clínica;
- Reforço da segurança dos doentes;
- Monitorização permanente da qualidade e segurança;
- Reconhecimento da qualidade das unidades de saúde;
- Informação transparente ao cidadão e aumento da sua capacitação. (Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio)

A qualidade, estreitamente ligada à segurança dos cuidados de saúde é uma garantia de sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde e do sistema de saúde Português. (Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio)

O conceito de qualidade em saúde está inevitavelmente ligado à satisfação do cliente, esta deve ser encarada como um indicador da qualidade. É essencial a avaliação dos serviços de saúde por parte dos clientes, constituindo-se esta como contributo importante para a melhoria contínua da qualidade nas unidades de saúde. Conhecer a satisfação dos clientes, no sentido de se proceder à otimização dos recursos e da melhoria da prática assistencial, é por isso fundamental. Segundo Vilela (2017) a satisfação dos clientes é uma das variáveis essenciais a incluir nos modelos de gestão e governo da qualidade dos serviços.

A satisfação do cliente é um importante indicador da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados também, pelas equipas domiciliárias de cuidados continuados. Pelo que desenvolver metodologias válidas e fiáveis de avaliação da satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem prestados por estas equipas é função do domínio disciplinar da enfermagem (Vilela, 2017).

A satisfação dos clientes é um dos principais indicadores da qualidade dos serviços de saúde, a satisfação destes ocorre quando as suas necessidades e expectativas se encontram

satisfeitas, tornando as suas percepções mais positivas e os resultados esperados alcançados (Ribeiro, 2014).

A avaliação dos cuidados, assume uma importância cada vez maior nas organizações de saúde e entre outros indicadores de qualidade, a avaliação da satisfação do cliente é um relevante indicador da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

A Ordem do Enfermeiros elege a Satisfação do Cliente como um dos sete enunciados descritivos, apresentados no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária (Regulamento n.º 348/2015, 2015).

De acordo com o referido regulamento e tendo em consideração o Enunciado Descritivo - Satisfação do Cliente, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e saúde pública, exerce uma procura permanente na excelência no exercício profissional. São elementos importantes da satisfação dos grupos/comunidades, relacionada com os processos de prestação de cuidados especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, entre outros:

O respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos dos grupos e comunidades na conceção de intervenções com vista à resolução de problemas identificados;

Otimização de rede de suporte e interação com competência cultural no desenvolvimento dos projetos de saúde dos grupos ou comunidades;

Otimização de fluxos de informação e recursos com vista à maximização da satisfação de grupos e comunidade.

A utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem com vista à maximização da satisfação dos grupos/comunidades e do seu capital humano, social e cultural (O E, 2015).

A melhoria da qualidade no Sistema de Saúde é, um imperativo moral, pois contribui para a melhoria da equidade e do acesso aos cuidados de saúde em tempo útil, da segurança e da adequação com que esses cuidados são prestados (DGS, 2015).

Inclusion criteria

Types of participants

Pessoa dependente; familiar cuidador

Concept

Enfermagem; Qualidade dos cuidados de enfermagem; Acolhimento; Pessoa dependente; familiar cuidador.

Context

Domicílio

Types of studies

Qualitativos, quantitativos e mistos

Search strategy

Expressão pesquisa booleano com a conjunção *and* (*Nurs*and Patient admission and Quality of Health Care*)

Bases de dados incluídas:

•Na plataforma EBSCO Host:

- CINAHL complete
- Nursing e Allied Health Collection: Comprehensive
- MedLine Complete
- MedicLatina
- PubMed
- ProQuest

Limitadores:

•**CINAHL complete:** Texto completo; Referências disponíveis; Resumo disponível; Friso temporal da data de publicação: 01/01/2014 a 31/03/2019; Português e Inglês; humano; qualquer autor é enfermeira; prática baseada em evidência; Faixas etárias; todos os adultos e idade superior a 65 anos; Texto completo em PDF.

•**Nursing e Allied Health Collection: Comprehensive:** Friso temporal da data de publicação: 01/01/2014 a 31/03/2019; Texto completo em PDF, Português e Inglês; Referências disponíveis.

•**MEDLINE complete:** Texto completo em PDF; Friso temporal da data de publicação: 01/01/2014 a 31/03/2019; Resumo disponível; Português e Inglês; Humano; Faixas etárias: +19 anos e idade superior a 65 anos.

•**MedicLatina:** Texto completo em PDF; Friso temporal da data de publicação: 01/01/2014 a 31/03/2019; Texto completo em PDF.

•**PubMed:** Tipo de artigo: Review; free full text; Clinical; Friso temporal de 01/01/2014 a 31/03/2019; Humans; Língua: inglês, português; francês e espanhol. Idade: +19 anos.

- **ProQuest:** Texto completo, friso temporal de 01/01/2014 a 31/03/2019, Faixa etária: +19 anos; Tipos de fonte: dissertações e teses, livros, relatórios, revistas, revistas acadêmicas, revistas especializadas, outras fontes. Tipo de documento: artigo, artigo principal, dissertação, livro, relatório. Idioma: Português e Inglês

Study Selection

Foram identificados 69 artigos, através das bases de dados referenciadas. Deste número, foram eliminados 5 artigos duplicados. Dos 64 artigos, 57 foram eliminados a partir da leitura do título. Através da utilização o Prisma 2009 Flow Diagram (presente no Appendix III), reuniram-se 7 artigos, que cumpriam os critérios de elegibilidade. Estes foram submetidos aos critérios de inclusão definidos, tendo-se excluído 5.

Foram por isso seleccionados 2 artigos, ambos estudos qualitativos.

Artigos seleccionados:

Nº1 – Impact of Home Care Admission Nurses' Goals on Electronic Health Record Documentation Strategies at the Point of Care

Nº2 – Understanding experiences of patients and family caregivers in the Mayo Clinic Care Transitions program: a qualitative study

Artigos excluídos:

Nº3 – “Picking up the pieces” *Meanings of receiving home nursing care when being old and living with advanced cancer in a rural área.

Nº4 – Perceived barriers and enablers to conducting nursing assessments in residential aged care facilities in Victoria, Australia

Nº5– Variation Across U.S. Assisted Living Facilities: Admissions, Resident Care Needs, and Staffing

Nº6 – Increasing Capacity for Family Care

Nº7 – Quality in residential care: exploring residents', family members', managers' and staff perspectives

Data collection

Os dados para este protocolo foram colhidos através de um instrumento presente no Appendix IV: Data extraction instrument, é constituído por 9 questões, que permitiram identificar o estudo. Contempla o título, autores, ano de publicação, país de origem e objetivos do artigo, identifica as metodologias e métodos, as fontes de pesquisa, população e amostra e nível de evidência, integra os dados significativos extraídos dos artigos consultados, a interpretação desenvolvida, e o contributo retirado do estudo para a compreensão desta *scoping review*.

Data synthesis

O crescente envelhecimento da população contribui para o agravamento dos problemas de saúde, trazendo consigo situações de dependência, que se refletem em novas necessidades em saúde (Amendoeira, 2009). Nas últimas décadas, Portugal depara-se, com um processo de envelhecimento populacional e um modelo de transição epidemiológica, que implica além de competência técnico-científica, novas formas de olhar a organização dos cuidados de saúde. O aumento da esperança de vida mas também o aumento de doenças crónicas contribuem para

umentar o risco de dependência física e social a que as pessoas estão sujeitas. As respostas de prestação de cuidados de saúde organizados no domicílio, são uma resposta em franco desenvolvimento em Portugal e que se operacionaliza através da RNCCI. Contudo há a preocupação e compromisso dos profissionais de saúde de garantir a qualidade na prestação de cuidados neste contexto. Sendo que o acolhimento de enfermagem marca o início do processo de cuidados de enfermagem, importa explorar a evidência mais recente, que possa contribuir para o encontro de estratégias a desenvolver promotoras de qualidade dos cuidados prestados nesta etapa do processo assistencial à pessoa.

Neste sentido, as evidências mostraram que colocar as pessoas no centro do atendimento e conhecê-los em sua própria casa tem um efeito poderoso tanto para a pessoa como para o cuidador (Takahashi *et al.*, 2019: 26). Também Ferreira e Amendoeira (2015) referem que quando o cliente está na centralidade dos cuidados, esta centralidade é preditora dos resultados sensíveis em enfermagem, nomeadamente o autocuidado terapêutico e a satisfação da qualidade dos cuidados pelos clientes. Estudos demonstram que a pessoa dependente e seu cuidador valorizam o facto dos cuidados de enfermagem serem centrados na pessoa e a capacidade que os enfermeiros têm de dar resposta a questões de saúde e não relacionadas à saúde, que afetam a qualidade de vida da pessoa.(Takahashi *et al.*, 2019).

É essencial que o enfermeiro tenha presente que, o processo de cuidados, é um processo de interação, onde o centro é a pessoa e, onde o profissional possui os conhecimentos específicos que lhe permitem diagnosticar e planear o trabalho, que ele próprio executa e controla(Amendoeira, 2000, 2003, 2006).

O acolhimento enquanto cuidado de enfermagem deve ser visto como, uma ferramenta para humanização dos serviços de saúde, com qualificação da escuta, favorecimento à construção de vínculos e à garantia de acesso à população, o que pressupõe a responsabilização dos profissionais pelo cuidado prestados (Costa *et al.*, 2016).

Os achados evidenciam que, os cuidadores apreciaram a comunicação e capacidade para escutar, fornecida na visita domiciliária, o tempo e a disponibilidade dos enfermeiros para entender as suas necessidades e sentiram que as visitas domiciliares lhes davam paz de espírito (Takahashi *et al.*, 2019).

É fundamental que os enfermeiros estabeleçam e consolidem logo no início do processo de cuidados uma parceria com os cuidadores informais, valorizando-os e dando-lhe suporte nos cuidados, capacitando a pessoa e a sua família sobre como lidar com as situações de doença com as quais se deparam, que são potencialmente geradoras de conflitos e tensões. (Rocha *et al.*,2008).

Os achados destacam a comunicação dos enfermeiros com a pessoa e cuidador como determinante no processo de cuidados. Nessa continuidade, Coelho, (2013) salienta que “Não é possível cuidar sem comunicar, torna-se fundamental que os enfermeiros desenvolvam competências comunicativas que lhe permitam, no seu quotidiano enquanto cuidadores por

excelência, garantir a eficácia da comunicação que estabelecem ou mantêm com as pessoas em situação de cuidados”.

A capacitação da pessoa e cuidador foi considerada como contributo importante para a envolvimento no plano de cuidados (Yang *et al.*, Takahashi *et al.*, 2019).

De acordo com a evidência obtida, um objetivo importante do processo de admissão inclui documentar o *Start of Care* (início de cuidados) que deve contemplar a realização e discussão do plano de cuidados incluindo a intervenção multidisciplinar (serviços necessários, como fisioterapia e assistência social), agendamento visita futura, padrões de e reconciliação de medicação. A capacitação da pessoa e cuidador foi considerada como contributo importante para a envolvimento no plano de cuidados (Yang *et al.*, Takahashi *et al.*, 2019).

Relativamente à reconciliação de medicação, em Portugal, a DGS (2016), através do Despacho nº 3635/2013, de 27 de fevereiro, refere que, as instituições prestadoras de cuidados de saúde, através das comissões da qualidade e segurança, devem promover a implementação do processo de reconciliação da medicação.

Os achados salientam que é durante a primeira visita domiciliária que o enfermeiro deve iniciar a educação para a saúde, devendo abordar temas como: conhecimento sobre a doença; auto cuidado e gestão do regime terapêutico (Yang *et al.*, Takahashi *et al.*, 2019). Contudo alertam que, a colheita de dados na primeira visita consome muito tempo, pelo menos 1 hora, a média de tempo gasto na primeira visita domiciliária no estudo em análise, foi de, 66,7 minutos.

A pessoa após a alta hospitalar geralmente necessita de descansar, e tendo em consideração que o domicílio é o espaço privado, não é apropriado ficar muito tempo (Yang *et al.*, 2019).

Pelo que, deve encontra-se alternativas de registo rápido durante a colheita de dados, como por exemplo, esboçar uma ideia e preencher os dados completos mais tarde. De acordo com os achados, recolher dados em suporte de papel e posteriormente transferir para plataformas informáticas é uma estratégia que contribui para a precisão dos dados, assim como também contribui para o desenvolvimento do pensamento crítico do enfermeiro. Completar dados após a visita domiciliária, pode ajudar a reduzir o tempo gasto na casa da pessoa, uma consideração importante na primeira visita domiciliária (Yang *et al.*, 2019).

Rever os dados colhidos na visita domiciliária, no momento da transferência destes dados para a plataforma informática, permite ao enfermeiro identificar respostas ausentes, incorretas ou incompletas, o que contribui para melhorar a qualidade da documentação. Contudo a documentação total após sair da casa da pessoa pode introduzir problemas relacionados à memória em relação aos detalhes da admissão, permitir erros e omissões (Yang *et al.*, 2019).

Em saúde a qualidade está orientada para as necessidades, eficiência, eficácia, efetividade e equidade, e tem como objetivo um sistema de melhoria contínua dos cuidados (Donabedian, 1988), onde os enfermeiros são considerados essenciais à prestação de cuidados de saúde e o cliente é o elemento central (Ferreira e Amendoeira, 2015).

Como conclusões e implicações para o futuro considero pertinente realçar que:

- O acolhimento realizado pelo Enfermeiro, deve colocar a pessoa no centro de interesse e ser baseado numa relação interpessoal que conduza à Humanização dos Cuidados.
- A centralidade no processo de cuidados de enfermagem é valorizada pela pessoa e vai ao encontro das suas expetativas, pelo que contribui para a qualidade dos cuidados prestados.
- A evidência científica, mostra que a comunicação terapêutica é fundamental para a qualidade dos cuidados prestados durante o acolhimento e para a satisfação dos clientes dos serviços de saúde. Aspetos como: escuta; tempo despendido; atenção dispensada e envolvimento da pessoa são aspetos valorizados pelo cliente.
- As intervenções de: educação para a saúde; capacitação da pessoa reconciliação medicamentosa; elaboração do plano de cuidados e planeamento adequado das visitas, são intervenções indispensáveis a desenvolver no acolhimento da pessoa em contexto domiciliário.
- A evidência científica, mostra-nos que é importante realizar registos em suporte de papel, no momento da primeira visita domiciliária, sendo que a transferência de dados para plataforma informáticas, contribui para a precisão de dados, pensamento crítico e reduz a probabilidade de erro, traduzindo-se numa estratégia para a qualidade dos cuidados.
- Conhecer e avaliar a satisfação e expetativas da pessoa acerca do acolhimento é um contributo para a garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem, através da melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Conflicts of interest

Os autores não têm conflitos de interesse a declarar.

Acknowledgements

A autora agradece à Professora Titular da Unidade Curricular: Prof^a Dra. Irene Santos, pelo apoio prestado, dedicação e disponibilidade longo do desenvolvimento desta *scoping review*.

References

- Amendoeira, J. (2009). *Políticas de saúde em Portugal e desigualdades. Seminários Temáticos Políticas Públicas e Desigualdades*. Recuperado de: <https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/86/1/Pol%c3%adticas%20de%20sa%c3%bade%20em%20Portugal%20e%20desigualdades.pdf>
- Assessing Needs of Care in European Nations (ANCIEN). (2011). The supply of informal care in Europe. Europe: European Network of Economic Policy Research Institutes. Recuperado de: http://www.ancien-longtermcare.eu/sites/default/files/ENEPRI%20RR94%20_ANCIEN%20WP%203_%20Supply%20of%20Informal%20Care%20in%20Europe_0.pdf.
- Assunção, Geórgia P.; FERNANDES, Raquel A. - Humanização no atendimento ao paciente idoso em unidade de terapia intensiva: análise de literatura sobre a atuação do profissional de saúde. [Em linha]. Londrina: Serviço Social em Revista. Vol. 12, nº2 (2010), p. 69-82. ISSN 1679-4842 [Consult. 17 Abril. 2013]. Disponível em WWW: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/7543>>.
- Cardoso, Ana Bela; PINTO, Paulo – Acolhimento do doente no hospital – um cuidado de enfermagem. *Revista Nursing: Revista de Formação Contínua em Enfermagem*. N.º 170 (2002) p. 11-14
- Carvalho, J.M. e Cristão, A.S. (2012). O valor dos cuidados de enfermagem: a consulta de enfermagem no homem submetido a prostatectomia radical. *Revista de Enfermagem Referência*. III série – (7), 103-112.
- Costa, P. C. P. D., Garcia, A. P. R. F., e Toledo, V. P. (2016). Acolhimento e cuidado de enfermagem: um estudo fenomenológico. *Texto Contexto Enferm*, 25(1), 1-7.
- Costa, P. C. P. D., Garcia, A. P. R. F., e Toledo, V. P. (2016). Acolhimento e cuidado de enfermagem: um estudo fenomenológico. *Texto Contexto Enferm*, 25(1), 1-7. Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/pt_0104-0707-tce-25-01-4550015.pdf
- Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Ministério da Saúde e Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. Recuperado de: <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/38563865.pdf>
- Despacho n.º 5613/2015. *Estratégia nacional para a qualidade na saúde 2015 – 2020*. Diário da República n.º 102, II Série, 27 de maio de 2015. Ministério da Saúde. Lisboa. Recuperado de: <https://dre.pt/application/file/67318639>
- Diário da República. 2.a Serie. N.o 49 – Despacho n.o 3618-A/2016, de 10 de marco: 8660(5)-8660(6)
- Direção Geral da Saúde (2015a). *Plano nacional de saúde: revisão e extensão a 2020*. Lisboa: DGS. Recuperado de <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>

Ferreira, R., e Amendoeira, J. (jan de 2015). Resultados sensíveis em enfermagem. Ensaio: modelo de avaliação da qualidade dos cuidados. *Revista da UIIPS*, 3(5), pp. 396-407.

Figueiredo-Pereira, Maria do Carmo Silva (2017). *Promoção da saúde nos currícula de enfermagem: Conhecimento dos professores e sentidos atribuídos pelos estudantes*. Tese de doutoramento em enfermagem, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa. Portugal. Acedido em 22 de fevereiro de 2019, em https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/24199/1/TESE_FINAL_Maria%20do%20Carmo%20Pereira.pdf

Freire, C. (2013). *A prática da gestão de caso na Unidade de Cuidados na Comunidade* (Doctoral dissertation).

Furtado, C., e Pereira, J. (2010). Equidade e acesso aos cuidados de saúde. *Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa*. Disponível em: [file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/Equidade e Acesso aos Cuidados de Saude.pdf](file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/Equidade_e_Acesso aos Cuidados de Saude.pdf)

Integrados, E. D. C. C. (2007). A equipa de cuidados continuados integrados: Orientações para a sua constituição nos centros de saúde. *Lisboa: Missão para os Cuidados de Saúde Primários*.

Jorge, A. M. (2004). *Família e hospitalização da criança: (re) pensar o cuidado em enfermagem*. Loures: Lusociência.

Kim, Y., Evangelista, L.S., Phillips, L.R., Pavlish, C., e Kopple, J.D. (2010). The EndStage Renal Disease Adherence Questionnaire (ESRD-AQ): Testing The Psychometric Properties in Patients Receiving In-Center Hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*. Vol37 nº 4. P. 377-393.

Leite, J. C., Maia, C. C. A., e Sena, R. R. (2014). Acolhimento: perspectiva de reorganização da assistência de enfermagem. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v52n2/v52n2a02.pdf>

Mendes, V. D. M. P. (2012). *Qualidade no Serviço Nacional de Saúde: Evolução recente e perspectivas futuras* (Doctoral dissertation), Universidade Nova de Lisboa. Escola Nacional de Saúde Pública). Disponível em: <https://run.unl.pt/handle/10362/9400>

Ministério da Saúde, 2017. *Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas em 2017*. Recuperado de: Em https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio_Acesso_SNS_2017_v.final_.pdf.

Ministério da Saúde, 2018. *Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas 2017*. Recuperado de: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio_Acesso_SNS_2017_v.final_.pdf. Em 20/02/2019

Ministério da Saúde, 2018. *Retrato da Saúde 2018*. Lisboa. Recuperado de: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf.

Ministério da Saúde, 2007. *Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Cuidados Continuados Integrados nos Cuidados de Saúde Primários*. Ministério da Saúde. Lisboa

Nunes, M. (2016). *Cartilha Metodológica do Planeamento em Saúde e as Ferramentas de Auxílio*, Chiado Editora.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde pública. Lisboa. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPa dQualidadeCuidEspecializEnfComunitariaSauPublica_DRJun2015.pdf em 28/12/2018.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Lisboa. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/115698616/details/normal?!=1> em 28/03/2019.

Pereira, M. (2017). *Promoção da saúde nos curricula de enfermagem: Conhecimento dos professores e sentidos atribuídos pelos estudantes*. Tese de doutoramento em enfermagem, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal. Recuperado de https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/24199/1/TESE_FINAL_Maria%20do%20Carmo%20Pereira.pdf

Gonçalves, A. (2014). *O Acolhimento da Pessoa com Doença HematoOncológica e sua Família - Intervenções de Enfermagem*. Relatório de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Opção Enfermagem Oncológica de Saúde. Escola Superior de Lisboa, Lisboa, Portugal. Recuperado de: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16259/1/relat%C3%B3rio%20est%C3%A1gio-Angela%20imprimir%202.pdf>

Petronilho, F. A. S. (2013). *A alta hospitalar do doente dependente no autocuidado: Decisões, destinos, padrões de assistência e de utilização dos recursos: Estudo exploratório sobre o impacte nas transições do doente e do familiar cuidador*. Tese de doutoramento, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal, Lisboa.

Direção Geral de Saúde (2015). *Plano Nacional de Saúde revisão e extensão a 2020..* <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>

Políticas Públicas e Desigualdades. Disponível em: <https://repositorio.ipsantarem.pt/>

Pontes, Jorge. (2009). Avaliação inicial do doente, importância e realidade. Jornadas da Qualidade. Centro Hospitalar do Alto Ave. 11/2009.

PORDATA Base de Dados de Portugal Contemporâneo (2018). Disponível em: <https://www.pordata.pt/Municipios/%C3%8Dndice+de+envelhecimento-458>.

- Portaria nº 50/2017 dos Ministérios da saúde e do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (2017). *Diário da República, I Série. Nº 24 (02-02-2017)*, pp. 610.
- Ribeiro, R.M. (2014). Cuidados de Enfermagem prestados pelas equipas de cuidados continuados integrados-Satisfação dos utentes e cuidadores. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/9540>
- Regulamento nº 428/2018. *Diário da República, N.º 135/ 16 de julho de 2018 -2.ª série*. Ministério da Saúde. Lisboa.Recuperado em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/115698616/details/normal?!=1>
- Regulamento nº 76/2018. *Diário da República, N.º 21/ 30 de janeiro de 2018 -2.ª série*. Ministério da Saúde. Lisboa.Recuperado em: <https://dre.pt/application/conteudo/114599547>
- Rocha, L. M. D. C. (2013). *Os cuidadores informais de pessoas em situação de dependência e a utilização do suporte social para o cuidar em casa* (Doctoral dissertation, [sn]). Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/16188>.
- Rocha, M. G. L., Linard, A. G., dos Santos, L. V. F., e de Sousa, L. B. (2018). Acolhimento na consulta ginecológica de enfermagem: percepções de mulheres da Estratégia Saúde da Família. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 19.
- Rocha, M., Vieira, M. e Sena, R. (2008). Desvelando o cotidiano dos cuidadores informais de idosos- *Revista Brasileira de Enfermagem*. 61 (6). Pp.801-8. Brasília. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n6/a02v61n6>
- Rodrigues, Vítor – *A Complexidade dos problemas humanos no Hospital*. Vila Real: Edições do Norte, Lda., 1999. 93p. ISBN 972-8546-00-9
- Serra, Miguel Nunes – *Aprender a ser doente – Processos de Aprendizagem de Doentes em Internamento Hospitalar*. Loures: Lusociência, 2005. 86p. ISBN 972-8383-93-2
- Silva, A. M. A. D. (2009). *Efectividade de um programa de intervenção na percepção de sobrecarga dos familiares cuidadores de pessoas idosas com demência* (Doctoral dissertation).
- Silva, A. R. (2012). *Humanização dos cuidados de enfermagem no serviço de internamento de pediatria: percepção dos pais e dos enfermeiros* (Doctoral dissertation).disponível em: <file:///C:/Users/Utilizador/Dropbox/CMEC%20%20sem/estagio%20/doc%20para%20proj/acolhimento%20tese.pdf>
- Silva, J.; Sousa, M.; Mercadié, M.; Amaral, L.; Ribeiro, M.; Maia, L.; McDonough, J.; Hellenen, S.; Seal, M.; Franco, J.; Gubernatis, H.; Cardoso, J.; Baptista, A.; Santos, N.; Alves, M.; Meersschaert, L.; Delgado, E.; Pinto, H. (2008). (org). *Empowerment: Capacitar para Agir*. Lisboa: Padrões Culturais Editora.
- Silva, M. A., 2010. *Necessidade Pré-operatória do Doente Cirúrgico. Acolhimento em Enfermagem*. Dissertação de Mestrado, 2010. Disponível em:<https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/26919/2/Dissertaao%20de%20Mestrado%20em%20Ciencias%20de%20Enfermagem%202010.pdf>
- Takahashi PY, Finnie, DM, Quigg, SM, Borkenhagen, LS, Kumbamu, A., Kimeu, AK e Griffin, JM (2019). Compreender experiências de pacientes e familiares cuidadores no programa Mayo Clinic Care Transitions: um estudo qualitativo. *Intervenções clínicas no envelhecimento* , 17 , 25. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6304078/>

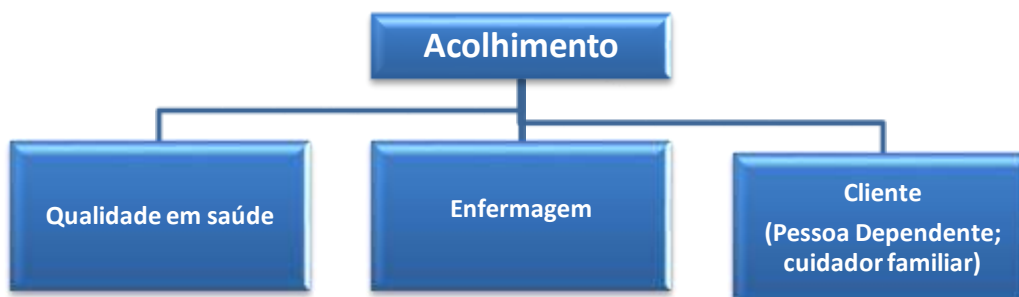
Toxicodependência, Instituto da Droga e da, (2011). Manual de Boas Práticas Enfermagem. Lisboa. Disponível em: <http://www.sicad.pt/BK/Intervencao/TratamentoMais/Documentos%20Partilhados/enfermag.pdf>

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2011). Manual do Prestador, Recomendações para a Melhoria Continua.

Vilela, A. C. L. (2017). Satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem prestados pelas equipas de cuidados integrados. Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, Porto, Instituto de Ciências da Saúde. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/24206>

Yang, Y., Bass, E. J., Bowles, K. H., e Sockolow, P. S. (2019). Impact of Home Care Admission Nurses' Goals on Electronic Health Record Documentation Strategies at the Point of Care. *Computers, Informatics, Nursing*, 37(1), 39. Disponível em: file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/Impact_of_Home_Care_Admission_Nurses_Goals_on_Ele.pdf

Appendix I: Mapa conceptual



Adaptado de Curso 1st Comprehensive Systematic Review Training Program (CRSTP) Portugal Centre for EvidenceBasedPractice–PCEBP. ESENFUC_UICISA

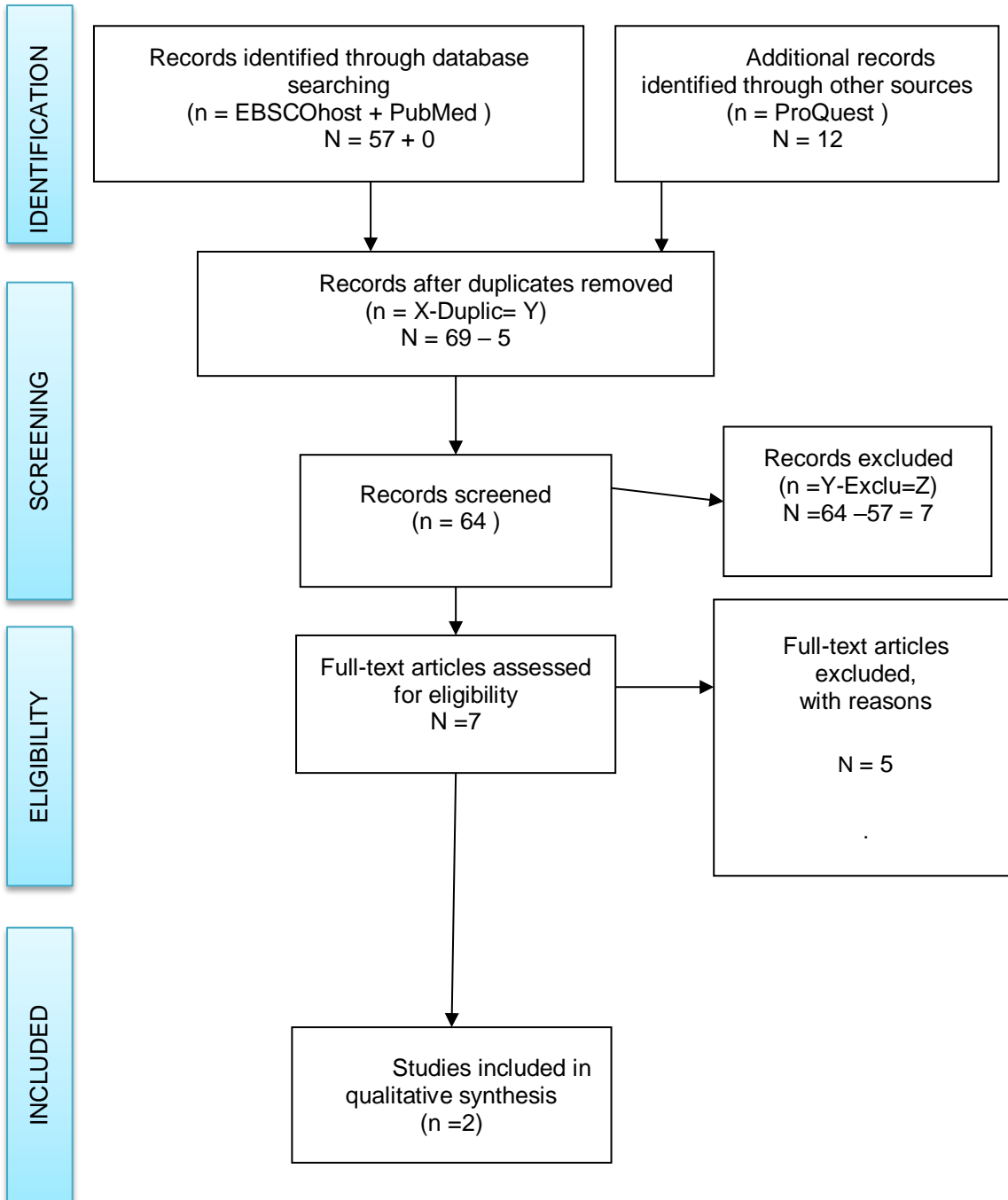
Appendix II: Initial Search Strateg

Bases de dados	Plataforma – EBSCOhost				Proquest	Pubmed
	CINAHL Complete	Nursing e Allied Health Collection: Comprehensive	MedLine Complete	MedicLatina		
Descritores						
<i>Nurs</i> *(1)	691	7,559	7,899	998	1127	2466
Quality of Health Care (2)	5	92	98	34	12	3
patient admission (3)	14	97	108	10	55	9
1 e 2 e 3	0	20	37	0	12	0
1 e 2 ou 3	32	2648	1281	78	98	0

Appendix III: Appraisal instruments



PRISMA 2009 Flow Diagram



From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

For more information, visit www.prisma-statement.org.

Appendix IV: Data extraction instrument

Artigo: Impact of Home Care Admission Nurses' Goals on Electronic Health Record Documentation Strategies at the Point of Care

Artigo nº1 – Data extraction instrument

1º Revisor: Sílvia Gaspar

Título da Revisão: O contributo do acolhimento de enfermagem para a qualidade dos cuidados prestados à pessoa no contexto domiciliário.

Questão: Quais as estratégias de enfermagem no acolhimento à pessoa no contexto domiciliário, com impacto na qualidade dos cuidados?

Critérios de Inclusão (PCC):

População: Pessoa dependente e familiar cuidador

Conceitos: Enfermagem; Qualidade dos cuidados de enfermagem; Acolhimento; pessoa dependente; familiar cuidador.

Contexto: Domicílio

Autores: Yushi Yang, PhD, Ellen J. Bass, PhD, Kathryn H. Bowles, PhD, RN, FAAN, FACMI, Paulina S. Sockolow, DrPH, MS, MBA

➤ **Ano da Publicação:**

2019

➤ **País de origem:**

Pensilvânia

➤ **Objetivos:**

Identificar as estratégias de documentação do Registo Eletrónico de Enfermagem, dos enfermeiros de visita domiciliar e como seus objetivos afetam essas estratégias.

Obter informação e recomendações sobre o design do EHR e oportunidades para outras tecnologias e treino para apoiar os objetivos do enfermeiro e identificar os riscos potenciais de concluir a documentação fora do local de atendimento.

➤ **Metodologia/métodos:**

O Conselho de Revisão Institucional da Universidade de Drexel aprovou este estudo como parte de um estudo maior destinado a desenvolver e disseminar recomendações de desenho e implementação para apoiar os requisitos de informação, tomada de decisão e fluxo de trabalho dos enfermeiros de internação domiciliar.

Este estudo envolveu observações de enfermeiras que completaram a admissão em cuidados domiciliares em casas de pacientes e depois na agência.

Dois pesquisadores (EJB e PSS) realizaram observações de 10 pacientes em tratamento domiciliar (cinco enfermeiros foram observados, admitindo dois pacientes cada).

Os observadores reuniram cada enfermeiro na agência e obtiveram o consentimento informado, se necessário. Na casa do paciente, eles obtiveram o consentimento informado do paciente e gravaram o áudio e observaram a enfermeira admitindo o paciente no atendimento domiciliar.

Amostra

Cinco RNs de atendimento domiciliar, tantos enfermeiros que realizam visitas domiciliares quanto gerentes de cuidados, os pacientes foram recrutados por meio de uma estratégia de amostragem por conveniência (baseada em interesse, acordo e cronograma) pela liderança da agência.

Os cinco enfermeiros participantes eram brancos, de 25 a 47 anos de idade, e a maioria do sexo feminino, com uma média de 9,8 anos de experiência profissional em saúde.

➤ Fontes de pesquisa utilizadas:

Os observadores gravaram o vídeo da enfermeira completando a admissão na agência e fizeram perguntas, incluindo "Por que você documenta esses dados na casa do paciente?"; "Por que você documenta esses dados depois de visitar o paciente?"; e "Quais são as suas estratégias para documentar?"

Na casa do paciente e na agência, pelo menos um observador ficou atrás da enfermeira e fotografou cada tela do EHR como apoio.

Com base em uma perspectiva de engenharia de usabilidade, a documentação de EHR foi analisada no nível da tela de entrada de dados, que codificou as estratégias de documentação das enfermeiras para cada tela de entrada de dados (por exemplo, guia horizontal), analisando as gravações de vídeo e capturas de tela.

A partir das gravações em áudio transcritas, extraíram-se os depoimentos das enfermeiras relacionadas às estratégias e digitaram-se numa grelha de Excel (Microsoft, Redmond, WA).

Depois da análise temática, os conceitos que transmitiram o significado essencial, foram organizados e agrupados como temas.

Os autores utilizaram triangulação de pesquisa (análise de múltiplas perspectivas) para garantir a validade da codificação e análise temática. Cada membro (EJB, PSS, KHB) analisou os resultados e forneceu feedback, com prioridade dada à contribuição do enfermeiro especialista (KHB). O conselho consultivo externo incluía enfermeiros, informáticos e um engenheiro de fatores humanos; eles revisaram as descobertas para garantir ainda mais a validade.

➤ Interpretação Desenvolvida:

"Durante a primeira visita domiciliar, o enfermeiro pode precisar realizar atividades de cuidado direto

(por exemplo, cuidados com feridas) e pode precisar educar os pacientes e cuidadores sobre vários tópicos (por exemplo, conhecimento da doença, autogestão da condição, autogestão da medicação). Um objetivo importante do processo de admissão inclui documentar o Start of Care (SOC) que inclui o plano de cuidados (problemas e intervenções abordadas durante o episódio), inclusão de outras disciplinas (serviços necessários, como fisioterapia e assistência social), agendamento visita futura, padrões de visitas (visitas após a admissão e número total de visitas de enfermagem qualificadas) e reconciliação de medicação (processo de criação de uma lista precisa dos medicamentos do paciente, comparando as ordens de alta e medicamentos em casa)". (Yang *et al.*, 2019: 39)

"O Resultado e Conjunto de Informações de Avaliação (OASIS) e a colheita de dada adicional relacionada ao paciente consomem muito tempo, levando pelo menos 1 hora e exigindo que quase toda a primeira visita seja concluída." (Yang *et al.*, 2019: 39)

"A documentação após sair da casa do paciente pode introduzir problemas relacionados à memória em relação aos detalhes da admissão, permitir erros e omissões e aumentar a carga de trabalho." (Yang *et al.*, 2019: 40)

"Nas 10 observações, o tempo médio no paciente em casa foi de 66,7 minutos" (Yang *et al.*, 2019: 45)

"Outro suporte incluiu fazer anotações eletrônicas fora do EHR. Às vezes, os enfermeiros usavam recursos em seus dispositivos de computação, como o equivalente eletrônico de notas adesivas ou outros aplicativos relacionados a anotações, enquanto estavam na casa do paciente" (Yang *et al.*, 2019: 46)

"Um terceiro apoio envolveu métodos não-eletrônicos. Às vezes as enfermeiras escreviam anotações em papel em branco. Em outros momentos, eles usaram documentação em papel relacionada ao paciente... o documento em papel serviu de referência ao preencher a tela de "medicação" e chamar o médico enquanto estava na agência." (Yang *et al.*, 2019: 47)

"Havia três razões específicas para documentar fora do local de atendimento: (1) garantir a precisão dos dados, (2) reduzir o tempo na casa do paciente e (3) prevenir infecções.

1 - O objetivo de garantir a precisão dos dados foi um motivo para revisar e / ou modificar a documentação após a visita domiciliar... um motivo para adicionar dados à documentação posteriormente... um motivo para iniciar e concluir a documentação após a visita domiciliar... os enfermeiros podem precisar aplicar habilidades de pensamento crítico para determinar as informações apropriadas a serem inseridas.

2 - Reduzir o tempo na casa do paciente era uma razão para adicionar dados à documentação após a visita e para iniciar e terminar a documentação fora do ponto de atendimento. Portanto, para entrada de dados que exija mais tempo, o enfermeiro pode completar a documentação após a visita do paciente." (Yang *et al.*, 2019: 48)

“Uma visita domiciliária é o primeiro encontro face a face que a agência tem com o paciente para o episódio atual. Como o paciente foi recentemente transferido de um hospital, de uma instalação de enfermagem especializada ou de um local semelhante, o paciente geralmente precisa descansar. Um enfermeiro mencionou especificamente não querer gastar muito tempo porque o paciente pode estar cansado... Os enfermeiros perceberam as casas dos pacientes como um espaço privado no qual não é apropriado ficar muito tempo. Portanto, eles intencionalmente completaram algumas telas posteriormente... Por exemplo, eles escreveram dados de medicação em papel e documentaram mais tarde para reduzir o tempo de visita” (Yang *et al.*, 2019: 48)

“...Para garantir a precisão dos dados, uma enfermeira pode revisar e modificar os dados documentados posteriormente na residência do paciente. O processo pode ajudar os enfermeiros a identificar respostas ausentes, incorretas ou incompletas. Correções baseadas na documentação existente melhoram a qualidade da documentação” (Yang *et al.*, 2019: 49)

“Completar essas telas fora do ponto de atendimento reduz o tempo gasto na casa do paciente, uma consideração importante na primeira visita domiciliar.” (Yang *et al.*, 2019: 49)

“Para garantir a precisão dos dados e reduzir o tempo na casa do paciente, os enfermeiros podem documentar alguns dados na casa do paciente e deixar os dados que exigem um pensamento crítico para mais tarde”. (Yang *et al.*, 2019: 50)

“Enfermeiros podem visar construir um relacionamento um-a-um com os pacientes durante a visita de admissão...prestar atenção individual ao paciente é um processo importante, porém demorado, na admissão no atendimento domiciliar “ (Yang *et al.*, 2019: 50)

“Independentemente dos métodos, as estratégias de auxílio-memória são úteis para alcançar múltiplos objetivos de enfermagem. Por exemplo, tomar notas das medidas da ferida na casa do paciente em papel e documentá-las posteriormente pode ajudar a garantir a precisão dos dados, reduzir o tempo gasto na casa do paciente e evitar infecções” (Yang *et al.*, 2019: 50)

(EHR) Registo de saúde eletrônico

➤ **Contributo para a questão de revisão:**

Os autores do estudo em análise consideram importante, que na primeira visita domiciliar se faça o agendamento visita futura e se defina o planeamento de visitas domiciliárias. Salientam a importância de se realizar a reconciliação de medicação (processo de criação de uma lista precisa dos medicamentos do paciente, comparando as ordens de alta e medicamentos em casa).

Os mesmos, salienta-se a importância do enfermeiro construir na primeira visita um relacionamento com a pessoa baseado numa atenção individual desta.

Os autores destacam que a colheita de dados na primeira visita consome muito tempo, pelo menos 1 hora, no estudo em questão os autores a média de tempo gasto na primeira visita domiciliar foi de, 66,7 minutos. Os mesmos salientam que a pessoa após a alta hospitalar geralmente necessita de descansar, e que tendo em consideração que o domicílio é o espaço privado, não é apropriado ficar

muito tempo. Devendo por isso encontra-se alternativas de registo rápido durante a colheita de dados, como por exemplo, esboçar uma ideia e preencher os dados completos mais tarde.

Recolher dados em suporte de papel e posteriormente transferir para plataformas informáticas é segundo os autores do artigo uma estratégia que contribui para a precisão dos dados, assim como também contribui para o desenvolvimento do pensamento crítico do enfermeiro.

Ao rever os dados colhidos na visita domiciliária, no momento da transferência destes dados para a plataforma informática, o enfermeiro tem a oportunidade de identificar respostas ausentes, incorretas ou incompletas. O que segundo os autores do estudo em análise, contribui para melhorar a qualidade da documentação.

Os autores do estudo analisado, referem que é durante a primeira visita domiciliar que o enfermeiro inicia a educação para a saúde, devendo abordar temas como: conhecimento sobre a doença; auto cuidado e gestão do regime terapêutico. Assim como também salientam como importante realizar na primeira visita a discussão do plano de cuidados incluindo a intervenção multidisciplinar.

Artigo: Understanding experiences of patients and family caregivers in the Mayo Clinic Care Transitions program: a qualitative study

Artigo nº2 – Data extraction instrument

1º Revisor: Sílvia Gaspar

Título da Revisão: O contributo do acolhimento de enfermagem para a qualidade dos cuidados prestados à pessoa no contexto domiciliário.

Questão: Quais as estratégias de enfermagem no acolhimento à pessoa no contexto domiciliário, que contribuam para a qualidade dos cuidados?

Critérios de Inclusão (PCC):

População: Pessoa dependente e familiar cuidador

Conceitos: Enfermagem; Qualidade dos cuidados de enfermagem; Acolhimento; pessoa dependente; familiar cuidador.

Contexto: Domicilio

Autores:

Paul Y Takahashi ; Dawn M Finnie; Stephanie M Quigg; Lynn SBorkenhagen; Ashok Kumbamu; Ashley K Kimeu; Joan M Griffin

➤ **Ano da Publicação:**

2019

➤ **País de origem:**

USA

➤ **Objetivos:**

O objetivo foi entender as experiências de pacientes e cuidadores que atualmente ou recentemente estavam no programa Mayo Clinic Care Transitions (MCCT) e aplicar esse conhecimento para melhorar o programa clínico.

➤ **Metodologia/métodos:**

Realizou-se um estudo qualitativo com pacientes e cuidadores, bem como profissionais de saúde.

Investigadores entrevistaram:

17 Pacientes e nove de seus cuidadores sobre sua experiência com o programa Mayo Clinic Care Transitions (MCCT) e 8 Prestadores de cuidados de saúde descreveram experiências do programa MCCT.

Os dados das entrevistas semiestruturadas foram gravados em áudio, transcritos, e avaliados através de análise de conteúdo.

Foram usados Métodos de codificação indutiva para eleger os temas sobre a experiência com o programa MCCT.

➤ **Fontes de pesquisa utilizadas:**

Entrevistas semiestruturadas

➤ **Interpretação Desenvolvida:**

“Cuidadores apreciaram melhor a comunicação fornecida na visita domiciliar e sentiram que as visitas domiciliares lhes davam paz de espírito”. (Takahashi *et al.*, 2019: 17)

“os pesquisadores observaram que os pacientes e seus cuidadores desejavam informações sobre as necessidades e doenças pós-hospitalares.” (Takahashi *et al.*, 2019: 18)

“Após a demissão do paciente no hospital, um enfermeiro afiliado à MCCT avalia o paciente em casa dentro de cinco dias úteis. O enfermeiro realiza uma avaliação geriátrica abrangente, incluindo reconciliação de medicação, avaliação das necessidades da comunidade, um plano de ação para questões agudas e planos de cuidados de longo prazo para condições crônicas de saúde.” (Takahashi *et al.*, 2019: 20)

“O valor para os pacientes com cuidados em casa, foi consistente entre os três grupos... Eles sentiram que os enfermeiros tiveram tempo para entender suas necessidades. As discussões sobre medicação foram importantes para os pacientes, cuidadores e provedores e permitiram que os enfermeiros compreendessem questões da medicação” (Takahashi *et al.*, 2019: 22)

“... Os enfermeiros forneceram educação ou informação que os pacientes sentiam que não recebiam enquanto estavam no hospital ou estavam muito confusos ou doentes para a absorver.” (Takahashi *et al.*, 2019: 23)

“...Pacientes e cuidadores falaram que os enfermeiros do programa eram gentis, pacientes e conhecedores. A descrição dos próprios PNs e como eles interagiram com os pacientes e cuidadores surgiu como uma característica importante do programa em geral” (Takahashi *et al.*, 2019: 23)

“...o enfermeiro aborda as necessidades sociais ou a coordenação de serviços que ajudarão o paciente, além de questões médicas, apoio social ou recados.

“Pacientes e cuidadores falaram sobre as características do profissional de enfermagem e o atendimento centrado no paciente, bem como sobre a capacidade de navegar por questões de saúde e não relacionadas à saúde que afetam a qualidade de vida e o cuidado de toda a pessoa. ” (Takahashi *et al.*, 2019: 24)

“Pacientes e cuidadores descreveram o PE como um conhecedor, um bom ouvinte” (Takahashi *et al.*, 2019: 26)

“Pacientes e cuidadores descreveram o atendimento da MCCT como tratando a pessoa como um todo, tendo uma conexão com tudo o que precisam e sendo capazes de atender às suas necessidades e objetivos. ” (Takahashi *et al.*, 2019: 26)

“Em um estudo ...-sobre transições de cuidados, os pacientes sentiram que a educação sobre medicamentos, a assistência domiciliar de enfermagem, as visitas imediatas e a melhoria na comunicação ajudaram a impedir a readmissão hospitalar.” (Takahashi *et al.*, 2019: 26)

“O elo entre o paciente e o enfermeiro era forte e importante em termos de conforto, conhecimento e comunicação.” (Takahashi *et al.*, 2019: 28)

“Os cuidadores em nosso estudo relataram a importância da comunicação e das relações com os PNs. Em estudos anteriores, os cuidadores relataram a necessidade de ter sua situação compreendida, estar envolvida com o processo, obter informações práticas, estar em harmonia com cuidadores formais e ter tempo pessoal e prontidão emocional” (Takahashi *et al.*, 2019: 28)

“Em nosso estudo, os cuidadores sentiram que tinham melhor comunicação e alguma consistência com os PNs. Essa comunicação natural é um método para promover melhores cuidados. Os

cuidadores e os pacientes foram capacitados para fornecer e utilizar a autoavaliação das condições médicas, o que também foi um conceito importante para envolvê-los no plano de cuidados. “ (Takahashi *et al.*, 2019: 26)

“Colocar os pacientes no centro de atendimento e conhecê-los em sua própria casa tem um efeito poderoso tanto para o paciente quanto para o cuidador.” (Takahashi *et al.*, 2019: 26)

“Comunicação e atendimento centrado no paciente foram importantes” (Takahashi *et al.*, 2019: 29)

➤ **Contributo para a questão de revisão:**

No estudo em análise realizado em contexto de transição de cuidados para o domicílio, salienta-se a comunicação desenvolvida na visita domiciliária, como instrumento fundamental que contribui para o bem-estar da pessoa e cuidador.

Foi observado pelos pesquisadores que as pessoas e seus cuidadores desejavam informações sobre satisfação das necessidades e sobre a sua doença.

Após a alta hospitalar, na avaliação inicial realizada pelo enfermeiro em contexto domiciliário, deve incluir-se a reconciliação de medicação, avaliação das necessidades da comunidade e a realização do plano de cuidados.

Os clientes deste serviço de cuidados domiciliários valorizaram o tempo e a disponibilidade dos enfermeiros para entender as suas necessidades, a sua capacidade para escutar a pessoa, a comunicação estabelecida, assim como a disponibilidade para orientar na gestão do regime medicamentoso. E também a educação para a saúde fornecida pelos enfermeiros foi valorizada pelos clientes.

Características dos enfermeiros como: ser gentil, paciente, competente, e abordar necessidades sociais ou a coordenação de serviços, são também valorizadas pelos clientes destes programas.

A pessoa dependente e seu cuidador valorizam o fato dos cuidados de enfermagem serem centrados na pessoa e a capacidade que os enfermeiros têm de dar resposta a questões de saúde e não relacionadas à saúde que afetam a qualidade de vida da pessoa.

No estudo em análise, é evidente a importância que os cuidadores atribuem à comunicação e às relações estabelecidas com os enfermeiros, salientando com agrado o fato de se sentirem compreendidos e de serem envolvidos no processo de cuidados. A capacitação da pessoa e cuidador foi neste estudo considerada como contributo importante para a envolvimento no plano de cuidados.

Os autores salientam que aspetos como: a gestão do regime medicamentoso; a assistência domiciliar de enfermagem; as visitas imediatas e a qualidade na comunicação estabelecida com o cliente, ajudaram a impedir a readmissão hospitalar.

Os autores referem a comunicação estabelecida entre enfermeiros e pessoa/cuidador como um instrumento que promove a qualidade dos cuidados. E a prestação de cuidados centrada na pessoa tem um efeito poderoso quer na pessoa dependente, quer no cuidador.

FEATURE ARTICLE

OPEN

Impact of Home Care Admission Nurses' Goals on Electronic Health Record Documentation Strategies at the Point of Care

Yushi Yang, PhD, Ellen J. Bass, PhD, Kathryn H. Bowles, PhD, RN, FAAN, FACMI, Paulina S. Sockolow, DrPH, MS, MBA

Home care nurses have multiple goals at the patient admission visit. Electronic health records support some of these goals, including high-quality documentation, but nurses may not complete the electronic documentation at the point of care. To characterize admission nurses' practices at the point of care and lay the foundation for design recommendations, this study investigates admission nurses' documentation strategies with respect to entering electronic data and how nursing goals affect them. We conducted 10 observations of home care agency admissions with five admission nurses in rural Pennsylvania. We collected screenshots and recorded the admission process. We asked the nurses questions outside the point of care. We coded the nurses' strategies at the data-entry screen level. Using thematic analysis, we investigated the influence of nursing goals on documentation strategies. Subject matter experts reviewed our findings. Several goals affect nurses' documentation strategies: ensure data accuracy, reduce time in the patient's home, and prevent infection. Home care admission nurses distribute the electronic documentation temporarily due to their goals. Nurses developed memory aids to support completion of the documentation after leaving the patients' homes. Design and training should support the distributed manner in which home care nurses document patient encounters.

KEY WORDS: Distributed documentation, Electronic health record, Home care admission, Nursing goals

Author Affiliations: College of Computing and Informatics (Dr Yang), Department of Health Systems and Science Research, College of Nursing & Health Professions (Dr Bass and Sockolow), Department of Information Science, College of Computing & Informatics (Dr Bass), and School of Biomedical Engineering, Science & Health Systems (Dr Bass), Drexel University; and School of Nursing, University of Pennsylvania, Philadelphia (Dr Bowles); and Center for Home Care Policy & Research, Waiving Nurse Services of New York (Dr Bowles).

The authors have declared that they have no significant relationships with, or financial interest in, any commercial companies pertaining to this article.

This project was supported by grant number R011HD04532 from the Agency for Healthcare Research and Quality. The content is solely the responsibility of the authors and does not necessarily represent the official view of the Agency for Healthcare Research and Quality.

Corresponding author: Yushi Yang, PhD, College of Computing and Informatics, 3141 Chestnut St, Drexel University, Philadelphia, PA 19104 (ygyang@drexel.edu).

This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-No Derivatives License 4.0 (CC BY-NC-ND), where it is permissible to download and share the work provided it is properly cited. The work cannot be changed in any way or used commercially without permission from the journal.

Copyright © 2019 The Authors. Published by Wolters Kluwer Health | Inc.
DOI: 10.1097/CIN.0000000000000499

Nurses have multiple goals, such as providing high-quality patient care, devoting attention to the patient, preventing infections and other undesirable outcomes, and completing high-quality documentation.¹⁻⁴ These goals can affect how nurses complete their work. For example, to enhance nurse-patient interaction, including maintaining eye contact and reducing head-down time, a hospital floor nurse may take notes on paper when with the patient and then complete documentation in the electronic health record (EHR) after leaving the patient's room.⁵

In home care, admission nurses face the challenge of managing multiple goals. During the first home visit, a nurse may need to perform direct care activities (eg, wound care) and may need to educate patients and caregivers on various topics (eg, disease knowledge, condition self-management, medication self-management). An important goal of the admission process includes documenting the Start of Care (SOC) that includes the care plan (problems and interventions addressed during the episode), inclusion of other disciplines (services needed, such as physical therapy and social work), future visit patterns (visits following the admission and total number of skilled nursing visits), and medication reconciliation (process of creating an accurate list of the patient's medications by comparing discharge orders and medications in the home).⁶ Another important goal is to meet the documentation requirements of the Centers for Medicare & Medicaid Services. To support agency quality assessment and care reimbursement, each admission requires the answers to Outcome and Assessment Information Set (OASIS) questions.⁷ Also, the nurse may be required to document agency-requested data. The OASIS and additional patient-related data collection are very time-consuming, taking at least 1 hour and requiring almost the entire first visit to complete.

Home care agencies have implemented healthcare information technologies to help nurses address some of their goals.⁸ Electronic health records can support critical thinking, decision making, and productivity, and enable accurate information capture, information sharing, and care coordination with those who have access to the EHR.^{9,10} However, a pilot study showed that one EHR only partially supports nurses' decisions and their workflows.¹¹ Another study at a different agency

showed that nurses may not complete EHR documentation for the admission at the point of care.¹²

Documenting after leaving the patient's home may introduce issues related to memory regarding details of the admission, enable errors and omissions, and increase workload.¹³ Although the impact has not been studied in home settings, the temporal distribution of documentation has affected other roles in ambulatory settings. For example, in ambulatory care, while physicians spent 37.0% of the time with patients in the examination room, they also spent an additional 1 to 2 hours completing EHR-related work.¹⁴ Thus, it is important to understand what home care admission nurses' point-of-care EHR documentation strategies are and whether the nurses' multiple goals influence these strategies.

Objective

In this study, we identify home care admission nurses' EHR documentation strategies and investigate how their goals affect these strategies. The results can inform recommendations regarding EHR design and opportunities for other technology and training to support nurses' goals and to mitigate potential risks of completing documentation outside the point of care.

METHODS

The Drexel University Institutional Review Board approved this study as part of a larger one intended to develop and disseminate design and implementation recommendations to support home care admission nurses' information requirements, decision making, and workflow. This study involved observations of nurses completing the admission to home care in patients' homes and afterward at the agency.

Setting and Sample

The small rural Pennsylvania home health agency participating in this study serves a majority white population with lower socioeconomic status. We reimbursed the agency at the nurses' standard hourly salary for participation. Five home care RNs, both home-visiting nurses and care managers, who admit patients were recruited using a convenience sampling strategy (based on interest, agreement, and schedule) by the agency's leadership. The five nurse participants were white, 25 to 47 years of age, and mostly females, with an average of 9.8 years of work experience in healthcare.

Electronic Health Record

The agency used a laptop-based, commercial EHR (Allegheny Software Publishers, St Marys, PA), designed for the point of care. For patient admission, the SOC Assessment module incorporated (1) 80 OASIS questions (M questions); (2) 130 additional patient-related questions; (3) four clinical decision support tools (ie, two risk-of-fall tools [Missouri Alliance for Home Care 10,¹⁵ Timed Up and Go¹⁶], Braden

Scale,¹⁷ and nutritional health screening); and (4) two graphical tools (ie, pain rating scale using FACIES and integumentary status locator).

The EHR's SOC Assessment module was organized in a hierarchical fashion. Twenty-one vertical tabs identified the themes of patient assessment (see the left side of Figure 1). Selecting a vertical tab changed the data-entry area to include a horizontal tab tailored to the patient assessment theme. For example, the "Sensory" patient assessment tab was associated with six horizontal tabs, including vital signs; eye, ear, nose, and throat; pain; vision; speech; and pain assessment, in addition to a free text "Notes" tab (Figure 1). The SOC Assessment module incorporated 65 horizontal tabs plus another 15 "Notes" data-entry tabs. The designed flow of navigation for the EHR was to select the vertical tabs from top to bottom. Within each theme, the flow included selecting the horizontal tabs from left to right.

Each horizontal tab had unique data-entry screen layouts and items. The human-computer interaction included multiple-choice questions, single-choice options (ie, check marks), and blank text fields associated with labels. Some data-entry screens had notes fields at the bottom. Data-entry screens employing check marks usually included a notes field in which check marks were used for clinical findings (such as an abnormality), while the notes field allowed further explanation. For example, the "Respiratory" tab included 52 check marks and a notes field about abnormal findings or other narrative texts. The nurse checked "WNL" (within normal limits) if a patient had no issues with respiration. The nurse checked "SOB" for shortness of breath. Other examples in the list included inhalation treatment; cough (frequent, occasional, or chronic); productive (thin, thick, clear, yellow, white, frothy, or hemoptysis); breath sounds (clear, crackles, wheezes, dyspnea, exertion, rhonchi, diminished, absent, or rales); anterior (right, left, upper or lower); posterior (right, left, upper or lower); pain (inspiration, expiration, resting, or exertion); tracheostomy; and other.

The EHR included some data validation checking. Missing data and contradictory answers across items were identified. For example, if M1011 (inpatient diagnosis) was not entered, the message "Missing M1011 Answer" was generated. For therapy need and plan of care (M2200) and current payment source for home care (M0150), the message "M2200 should be N/A if M0150 is not 1—Medicare: traditional fee for service" was displayed if the values for the two questions were not consistent with each other.

Data Collection

Two researchers (E.J.B. and P.S.S.) conducted observations of 10 home care patient admissions (five nurses were observed admitting two patients each). The observers met each

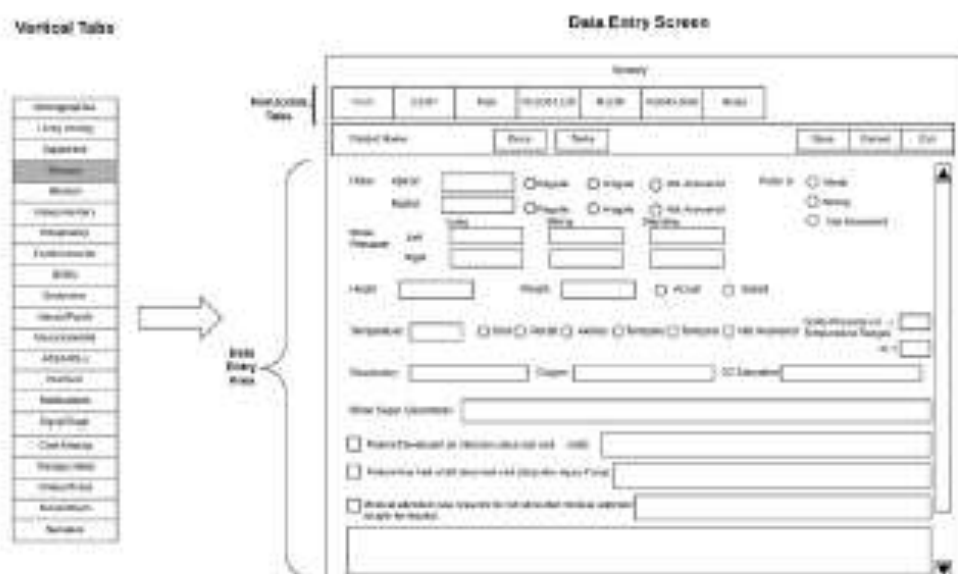


FIGURE 1. Electronic health record design. The left shows the 21 vertical tabs of patient assessment themes, including Vitals (Vital signs), EENT (eye, ear, nose, and throat), Pain, M1200-M1220 (Vision), M1230 (Speech), and M1040-1042 (Pain assessment). Selecting a vertical tab changes the data entry area to include horizontal tabs that support data entry navigation within the patient assessment theme. The right shows an example of data entry screen associated with the "Vitals" horizontal tab under the theme of "Sensory."

nurse at the agency and obtained informed consent, if needed. In the patient's home, they obtained informed consent from the patient and recorded audio and observed the nurse admitting the patient to home care. A nurse may conduct home visits consecutively and then complete a batch of documentation. For this study, the nurses were scheduled to return to the agency after visiting each patient. The observers recorded video of the nurse completing the admission at the agency and asked questions including "Why do you document these data at the patient's home?"; "Why do you document these data after visiting the patient?"; and "What are your strategies for documenting?"

In the patient's home and at the agency, at least one observer stood behind the nurse and photographed each EHR screen as a backup.

Data Analysis

Based on a usability engineering perspective, the EHR documentation was analyzed at the data-entry screen level by Y.Y., who coded the nurses' documentation strategies for each data-entry screen (ie, horizontal tab) by reviewing the video recordings and screenshots. This analysis identified where a nurse started and finished documentation for each data-entry screen (in the patient's home or at the agency). From the transcribed audio recordings, Y.Y. extracted nurses' statements related to the strategies and entered them into an Excel spreadsheet (Microsoft, Redmond, WA). Using thematic

analysis,¹⁸ concepts that conveyed the essential meaning were organized and grouped as themes.¹⁹ This analysis addressed the influence of nursing goals on documentation strategies. The authors used research triangulation (analysis from multiple perspectives)²⁰ to ensure validity of the coding and thematic analysis, and Y.Y. described the process in an audit trail. Each member (E.J.B., P.S.S., K.H.B.) reviewed the results and provided feedback, with priority given to input from the expert nurse (K.H.B.). The external advisory board comprised nurses, informaticists, and a human factors engineer; they reviewed the findings to further ensure validity.

RESULTS

Across the 10 observations, the mean time in the patient home was 66.7 minutes. The mean time back at the agency was 68.6 minutes, including time for researchers to ask questions for clarification. The times spent at the agency were longer than is typical due to the questions.

Documentation at the Point of Care and After Leaving the Patients' Homes

We identified six possible ways that nurses start and finish EHR documentation at the data-entry screen level. The first strategy is to start and finish documentation through the data-entry screen in the patient's home. For example, a nurse admitted a patient with an arm wound and completed the "respiratory" data-entry screen. The nurse listened to the

patient's lungs. While still in the home but after completing other work, the nurse asked the patient about breathing, coughing, congestion, and respiratory diagnosis history. Although the nurse identified some wheezing, the patient denied having any issues related to respiration. Based on this information, the nurse documented in the notes field on the "respiratory" data-entry screen that there was an occasional expiratory wheeze in the left upper lobe and that the patient denied SOB, coughing, congestion, or any other symptoms.

The second strategy is to start documentation in the patient's home and review the data later. For example, one nurse answered questions on the "Pressure Ulcer" data-entry screen (M1322-1334) in the patient's home and reviewed the answers at the agency. Another nurse answered questions on the "Urinary and Bowel Incontinence" data-entry screen (M1600-1630) in the patient's home and reviewed the answers at the agency.

The third strategy is to start documentation in the patient's home and finish it by modifying the previously entered data afterward. For example, one nurse answered the M-1800 question (Groom: Current ability to tend safely to personal hygiene needs) as "0—Able to groom self unaided, with or without the use of assistive devices or adapted methods"; M-1810 question (Current ability to dress upper body safely) as "0—Able to get clothes out of closets and drawers, put them on and remove them from the upper body without assistance"; and M-1820 question (Current ability to dress lower body safely) as "0—Able to obtain, put on, and remove clothing and shoes without assistance." The nurse reviewed the documentation for "M1800-1820" at the agency, and after thinking about the patient's SOB, and its influence on the answers, raised the ratings one level. The rationale for the revision was: "Actually now that I'm just thinking shortness of breath-wise, I think I'm going to go with a 1. Just because he was short of breath just sitting there so I think it would be more appropriate and safety-wise, he'd be better off with having someone lay this stuff out for him at least."

The fourth strategy is to start documentation on a screen in the patient's home and add and possibly modify data later. For example, a patient with back and wrist fractures due to a fall was admitted to home care. The nurse listened to the patient's lungs, asked about SOB, and observed the patient ambulate to the bathroom. The patient denied SOB; however, the nurse identified SOB as the patient moved. While in the patient's home, the nurse had documented "breath sounds: clear" and "posterior: right, left, upper, and lower" on the "Respiratory" screen. Back at the agency, the nurse also selected "SOB" and "diminished" and added information to the Respiratory notes field indicating that (1) the patient denied SOB, but it was evident during ambulation;

(2) the breathing sounds were clear and diminished in the bases; and (3) the patient was not in acute respiratory distress.

The fifth strategy is to start and finish the documentation at the agency. For example, a patient in need of wound care was admitted, and in the patient's home, the nurse conducted an examination, asked about respiration (eg, issues such as SOB while walking, coughing, and congestion), and found no respiratory issues, so did not document respiration. Back at the agency, the nurse checked "breath sounds: clear" and wrote in the notes field that the patient denied SOB, cough, or congestion and that lung sounds were clear to auscultation.

The sixth strategy is to skip everything and document no data. Some screens may include items to be entered by other disciplines or care roles or may not be relevant for other reasons. For example, all nurses skipped the M-1017 (Diagnoses Requiring Medical or Treatment Regimen Change Within Past 14 Days) screen. At this agency, coders enter data about patient diagnoses. Also, most free-text notes screens were skipped; nurses added information in the notes field associated with the relevant data-entry screen, instead of using the standalone horizontal notes tab.

Memory Supports for Documentation Outside the Point of Care

Nurses utilized three external memory supports for EHR documentation outside the point of care. One support involved purposeful, partial, or incomplete documentation in the EHR in the patient's home. The idea was to sketch the solution in order to fill in the complete data later. In one case, a nurse did not know the exact spelling for a medication and entered "5 FE" in the notes field on the "infusion" screen. Back at the agency, this entry was sufficient to remind the nurse to review the referral documents and to enter the full name of the medication and exact dosage.

Another support included making electronic notes outside the EHR. Nurses sometimes used features on their computing devices such as the electronic equivalent of sticky notes or other notes-related applications while in the patient's home. For example, a patient with a hip fracture due to a fall was admitted to home care. The nurse stored patient contact information, wound measures, and other data on the computer's desktop. Back at the agency, the nurse added the data to the appropriate locations in the EHR.

A third support involved nonelectronic methods. Sometimes nurses wrote notes on blank paper. At other times, they used patient-related paper documentation. For example, while conducting medication reconciliation in the home, one nurse marked up a paper copy of the discharge document with check marks where the medication was correct, question marks where there were questions about a medication, and notes where a medication was not in the patient's home or the

dosage was not consistent with the medication list. Such marks reminded the nurse to contact the physician for clarification; the paper document served as a reference when completing the "medication" screen and calling the physician while at the agency.

Impact of Goals on Electronic Health Record Documentation Strategies

There were three specific reasons for documenting outside the point of care: (1) ensure data accuracy, (2) reduce time in the patient's home, and (3) prevent infections.

Ensure Data Accuracy

The goal of ensuring data accuracy was a reason to review and/or modify the documentation after the home visit. Nurses made sure that the data were accurate. For example, one nurse explained, "[I am] just looking over my answers because sometimes I hit the wrong buttons." Another said, "[I am] just double checking that I don't need to add anything."

Ensuring data accuracy was a reason to add data to the documentation afterward (Strategy 4). One nurse wrote incomplete phrases in the notes field on the "Endocrine" screen and completed the notes at the agency. Writing notes requires critical thinking, which may be disrupted by patients. The nurse stated, "Because I can't think in the house, like if I'm thinking then, usually the patient will start talking because there is awkward silence, and then I can't think about what I'm putting into the computer."

Ensuring data accuracy was also a reason to start and finish the documentation after the home visit (Strategy 5). Data may be documented as collected in the patients' homes (eg, flu shot history and vital signs) and entered in the EHR based on the patient's answer or the assessment value. However, other data items require synthesis. In some cases, the nurses may need to apply critical-thinking skills to determine the appropriate information to enter (eg, OASIS item M-1034 overall status). For example, one nurse explained, "M-1034 is your nursing judgment on his overall prognosis. Since he has the COPD (chronic obstructive pulmonary disease) and a history of these frequent hospitalizations and things, that bases off of why you pick that. This is our opinion on the patient's overall status outcome. And that's just based off of our nursing judgment."

In some cases, the value for one data item may be influenced by another. For example, safety measures data items are influenced by medication. One nurse stated, "I didn't fill this in when I was there, [the safety measures], just because what I do, I come back here [the agency], and just what I want to make sure is, medication-wise, is he on any anticoagulants?"

Reduce Time in the Patient's Home

Reducing time in the patient's home was a reason to add data to the documentation after the visit (Strategy 4) and to start and finish documentation outside the point of care (Strategy 5). Two nurses specifically mentioned that they skipped some data-entry screens or only partially documented in the patient's home, to reduce the time spent there. Therefore, for data entry that requires more time, the nurse may complete the documentation after the patient visit.

A home care admission visit is the first face-to-face encounter that the agency has with the patient for the current episode. Because the patient has recently transitioned from a hospital, skilled nursing facility, or similar location, the patient generally needs to rest. One nurse specifically mentioned not wanting to spend too much time because the patient might be tired: "It's too much for me to sit and type and type and type, and you could tell she was getting tired."

Nurses perceived the patients' homes as private space in which it is not appropriate to stay too long. Therefore, they intentionally completed some screens later. One nurse said, "I don't want to be there for hours and hours in this person's home invading their space too much."

Nurses knew which data-entry screens were good candidates for later completion. For example, they wrote medication data on paper and documented later to reduce visit time. One nurse stated, "It's time consuming to type all the meds in there while I'm in the home. And it was already an hour and a half that we were there for."

To shorten the visit, some nurses skipped a lot of the data-entry screens. For example, one admission nurse skipped 32 of the 65 data-entry screens (49.2%) in one visit and skipped 51 data-entry screens (78.5%) in another. This nurse mentioned another benefit of not documenting in the home: building a one-on-one nurse-patient relationship: "I like to have a more one-on-one patient experience. That's more important to me than putting in this whole long assessment and making them wait between," and "I can sit there and fiddle around on my computer, but if I'm sitting there between every question and typing something into my computer, people feel analyzed and not more one-on-one. Like that relationship—especially when I've never met a patient before and I'm trying to build that rapport with them, it's hard when you're constantly looking at your computer screen."

However, not every nurse prioritized reducing time in the patient's home. For example, one nurse who completed most of the documentation during the admission visit spent longer than average time there (93 minutes during the first observation and 75 minutes during the second). In the first observation, the nurse completed all documentation and later reviewed one screen (M1 850-M1870), with questions related to transfer, ambulation, and eating. For this screen, the nurse wanted to consult with the supervisor before revising the answers. In the

second observation, the nurse completed all but five data-entry screens in the patient's home.

Prevent Infections

Nurses mentioned the goal of preventing infections as a reason to start and finish the documentation outside point of care (Strategy 5). Admission nurses completed wound care and other clinical tasks during the visit. Many infections are preventable, and nurses strive to avoid them. As a nurse generally wears gloves while conducting the physical assessment and wound care, touching the keyboard during these procedures is not possible due to infection control practices. One nurse who provided wound care at a patient's home wrote notes about the wound measurements on paper and documented them on the data-entry screen labeled as "Integumentary" back at the agency. The nurse explained, "Actually part of that is just for sanitation-wise. Like if you know I'm touching a wound, I'm not going to go and type."

DISCUSSION

In this study, we observed home care admission nurses and characterized their documentation strategies during the admission visit in patients' homes. We identified six strategies with regard to when (and thus where) nurses document in the EHR. We found that nurses use memory supports for documentation outside SOC. We identified three goal-related themes as the reasons for completing the documentation outside the point of care.

The Impact of Goals on Documentation Strategies

We examined how nurses' goals influenced their strategies with respect to documentation in the patient's home. Goal-related themes emerged: (1) ensure data accuracy, (2) reduce time in the patient's home, and (3) prevent infections. Based on the nurses' explanations, it was clear that these documentation strategies were a result of intentional decisions about how to address multiple goals. For example, to ensure data accuracy, a nurse may later review and modify data that are documented in the patient's home. The process can help nurses identify missing, incorrect, or incomplete answers. Corrections based on the existing documentation improve the quality of documentation. Contrary to the positive impacts of distributed documentation in home care that we identified, delayed data entry in the hospital setting is often considered a potential risk because clinicians are not able to fully utilize clinical decision support embedded in EHRs.²¹ Also, delayed data entry in the hospital leads to wasted provider time due to unsuccessful data searching by other team members and increases the likelihood of adverse events.²²

To reduce time in the patient's home, a nurse may finish the documentation afterward. Research has shown that to complete OASIS at the start of care nurses have to spend a

long time in the patient's home (ie, 93.9-minute in-home time and 61.3-minute documentation time).²³ In addition, some data-entry screens may take large amounts of time to complete due to the multiple data items required. For example, for each medication, the nurse needs to enter the medication name, dosage, frequency, route, and start and stop dates. The data-entry time may be extensive, because home care patients take a median of five medications, and 19% of patients take nine or more medications.²⁴ Completing those screens outside the point of care reduces the time spent in the patient's home, an important consideration on the first home care visit. This is consistent with a study of physicians, which revealed that EHR data were documented later, outside the exam room, because completing an electronic "diary" can be time consuming.¹⁴

To prevent infections while completing the patient assessment, a nurse may have to document the results, such as wound care measures, later in the day. Nurses may need to wear gloves while completing the physical assessment. Documenting afterward can avoid contamination of the keyboard and the opportunity to spread infections. This practice is consistent with hospital nurses' goal to decrease healthcare-associated infections, as that is a primary cause of preventable death and disability of hospitalized patients.²⁵

The nurses have two sets of different goals: patient care (eg, sterility) and administration (eg, efficient documentation). Sometimes the distribution of the documentation between the patients' homes and the agency is a result of prioritizing goal related to patient care. For example, nurses apply their nursing knowledge and critical thinking to the patient assessment. This process may take time and require concentration and synthesis of information. To ensure data accuracy and reduce time in the patient's home, nurses may document some data in the patient's home and leave those data requiring critical thinking for later.

Nurses may aim to build a one-on-one relationship with patients during the admission visit. Thus, they may defer some data entry to after the home visit in order to reduce the amount of time focused on the EHR device. The patient may be unknown to the nurse during the first visit. Even if the nurse has seen the patient in the past, providing one-on-one attention to the patient is an important but time-consuming process at the home care admission.²⁶ Studies of physicians found doctors were also conflicted between entering data in the EHR and paying attention to their patients in the exam room.²⁷⁻²⁹

Nurses' Memory Supports for Distributed Documentation

We observed that nurses developed memory supports for the distributed documentation. To support remembering what to document, the nurses may use the EHR as intended (such as using the notes data-entry screen), may use other

electronic methods (such as electronic sticky notes on the device's desktop), or may use nonelectronic methods (such as paper). Regardless of the methods, memory-aid strategies are helpful in achieving multiple nursing goals. For example, taking notes of wound measures in the patient's home on paper and documenting afterward can help ensure data accuracy, reduce the time spent in the patient's home, and avoid infections. While each nurse developed individual preferred methods for creating memory aids, introduction of best practices for memory support may be helpful to provide for contingencies. These memory-support strategies were also used by emergency department physicians, who made handwritten notes (eg, patient's and caretaker's names, bed number, and chief complaints) on paper at the bedside and used these as the basis for their official notes in the EHR.³⁰

Electronic Health Record Design and Related Recommendations

Goal Management

In our observations, not all of the nurses prioritized goals the same way. Some nurses appeared to prioritize the need to reduce time spent in the patient's home, while at least one nurse prioritized completion of the electronic documentation at the point of care. Agencies should consider developing policies and training programs and working with EHR vendors to both support nurses' awareness of multiple goals and build strategies to support data entry at the point of care. Training nurses how to document while engaging the patient or caregiver in the documentation process may be helpful.³¹

Memory Supports

With respect to data entry, nurses have many reasons to enter data after the patient visit, such as checking with a supervisor or contacting the physician or other parties to get or share information (eg, medication clarification). However, the nurses tended to revisit all of the pages (even ones deemed completed) because there was no mechanism to mark screens as finished or intentionally not completed. The EHR we observed did not provide any user-initiated methods for identifying data screens that the nurse wanted to review or skip. Such capabilities may enhance efficiency by supporting nurses who defer activities to after the patient visit.

Infection Prevention

Alternative data-entry devices (eg, hands-free data entry) or augmentation of existing ones (eg, keyboard covers) could help to reduce the risk of contamination while documenting. Future research should evaluate the effectiveness of such technologies.

Supporting Critical Thinking

Nurses may enter data that require critical thinking after the patient visit. Electronic health record design considerations include the ability to summarize the assessment findings to assist the nurse with decision making. Highlighting abnormal findings, patient goals, and inconsistent data may be helpful.

Data Element Grouping

In our observations, there were some data items that the nurses never addressed. These data items, which were intended for other disciplines, were intermixed with those the nurse did need to consider. We recommend organizing the screens by role so that nurses do not need to spend time skipping data irrelevant to them.

Interoperability and Data Transfer

Interoperability and data transfer across information systems can avoid doubled data entry and simplify local workflows.³² In the context of home care admissions, adequate interoperability and data transfer from referral facilities, such as an auto-filled medication list, may help nurses prioritize the goals related to patient care at the point of care.

Limitations of the Study

The limitations of this study include the sample. Only five nurses from a single home health agency using a single EHR system were observed. To enhance research transferability, future work should include additional observations at different agencies, with different nurse and patient populations, and with different EHRs at the point of care. Regarding data collection, we were not able to video record the home visit due to concerns for patient privacy. The data in the patient's home included audio recordings, field notes, and screen shots of the EHR. The documentation strategies were analyzed at the screen level. Some strategies across the data-entry screens might also be interesting to analyze (such as screens with fall risk assessments and the M code questions associated with fall risk). Regarding the proposed recommendations, while they are based on the research, they do require implementation and evaluation. Participation of the agency and its point-of-care EHR vendor is required to address the feasibility of such future work.

CONCLUSIONS

Home care admission nurses achieve multiple goals regarding both patient care and administration. To address these goals, which may sometimes conflict, nurses distribute the EHR documentation temporally. To support the management of goals and the distributed documentation, we proposed EHR design, other technologies, and training recommendations, which require further evaluation.

Acknowledgment

The authors thank the nurse participants and the home care agency.

References

1. Altun I. Innovation in behavior patterns that drive dentists nurses. *Nursing Ethics*. 2008;15(5): 828-840.
2. Horrocks S, Anderson E, Selvidurai C. Systematic review of when nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *British Medical Journal*. 2002;324(7341): 819-823.
3. Gould D, Wilson-Barnett J, Ream E. Nurses' infection control practice hand decontamination, the use of gloves and sharp instruments. *International Journal of Nursing Studies*. 1996;33(2): 143-160.
4. Chaevisakarnsook A, Chapman Y, Francis K, Davies C. The study of nursing documentation complexity. *International Journal of Nursing Practice*. 2008;12(3): 368-374.
5. Moody LE, Stocumb E, Berg B, Jackson D. Electronic health records documentation in nursing: nurses' perception, attitudes, and preferences. *Computers, Informatics, Nursing*. 2004;22(5): 337-344.
6. Sackelow P, Yang Y, Bao E, Bawles NH, Holmberg A, Pofasnick S. Data visualization of home care admission on nurses' decisionmaking. In: *AMIA Annual Symposium Proceedings 2017*. Bethesda, MD: American Medical Informatics Association; 2017: 1897-1898.
7. Shughnessy PW, Oake KS, Schriener RC. Outcome-based quality improvement in home health care: the OAGS indicators. *Quality Management in Health Care*. 1998;7(3): 56.
8. Courtney KL, Demitz G, Alexander GL. Information technology: changing nursing practices at the point-of-care. *Nursing Administration Quarterly*. 2005;29(4): 315-322.
9. Prasant L, Penina L, Tamblyn R, Jussawari Y. The impact of electronic health records on time efficiency of physicians and nurses: a systematic review. *Journal of the American Medical Informatics Association*. 2005;12(5): 505-516.
10. Burton LC, Anderson GF, Russo W. Using electronic health records to help coordinate care. *Medical Quarterly*. 2004;20(3): 457-463.
11. Sackelow P, Bao E, Bawles NH, Holmberg A. Homecare nurses' decisionmaking during admission care planning. *Studies in Health Technology and Informatics*. 2010;225: 28-32.
12. Yang Y, Bao E, Sackelow P. Distribute of electronic documents on practice of homecare admission: informing electronic health record design guidelines. In: *Proceedings of the Human-Computer and Ergonomics Society 2007 Annual Meeting*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications; 2017: 573-577.
13. Wickens CD, Hollands JG, Stevens S, Parasuraman R. *Ergonomics Psychology & Human Performance*, 4th Edition. New York, NY: Psychology Press; 2003.
14. Siroky C, Grijen L, Li L, et al. Allocation of physician time in ambulatory practice: a time and motion study in 4 specialties. *Annals of Internal Medicine*. 2010;152(11): 753-760.
15. Missouri Alliance for Home Care. MAHC ID—Fall Risk Assessment Tool. 2012. <https://www.homecaremissouri.org/projects/fall-risk-records/>. Oct 2012. Available at: <https://www.homecaremissouri.org/projects/fall-risk-records/>. Accessed August 29, 2017.
16. Pobjacko D, Richardson S. The Timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *Journal of American Geriatrics Society*. 1990;38(2): 142-148.
17. Bergstrom N, Demuth P, Braden BJ. A clinical trial of the Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk. *The Nursing Clinics of North America*. 1997;22(2): 417-426.
18. Patton MQ. *Qualitative Research and Evaluation Methods*, 3rd Edition. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications; 2001.
19. Seidman J. *The Coding Manual for Qualitative Researchers*, Edition 3. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications; 2006.
20. Garter N, Beyer-Lukaczki D, DiCarlo A, Blythe J, Neville AJ. The use of triangulation in qualitative research. *Oncol Nurs Forum*. 2004;44(5).
21. Gaffey AD. Communication and documentation considerations for electronic health records. *Journal of Health Care Risk Management*. 2009;25(2): 18-20.
22. Carlson E, Calambokidis C, Oake K, et al. Point-of-care technology supports bedside documentation. *Journal of Nursing Administration*. 2010; 40(4): 360-365.
23. Little DF, Shughnessy PW, Oake KS, Powell MC, Richard AA, Conroy KS. A study of reliability and duration of home health assessment using OAGS. *Home Health Care Services Quarterly*. 2004;22(4): 43-63.
24. Meredith S, Feldman PH, Hey D, et al. Possible medication errors in home health care patients. *Journal of American Geriatrics Society*. 2001; 49(8): 723-724.
25. Gray C, Klee E. Hospital-acquired infections: current trends and prevention. *Critical Care Nursing Clinics of North America*. 2007;21(1): 50-65.
26. Elberbeck CH, Foster SD, Verney S. Nurses' observations and experiences of problems and adverse effects of medication management in home care. *Geriatric Nursing (New York, NY)*. 2004;28(5): 164-170.
27. Ventris W, Kodjczyk S, Vucelja N, Martin R, Nygren P, Stewart V. Physician, patient, and the electronic health record: an ethnographic analysis. *Annals of Family Medicine*. 2006;4(2): 124-131.
28. Shachak A, Reib S. The impact of electronic medical records on patient-doctor communication during consultation: a narrative literature review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2009;15(4): 641-649.
29. Harari Z. Effects of e-health on CHU use on doctor-patient communication: a systematic literature review. *Journal of Innovation in Health Informatics*. 2014;25(1): 30-39.
30. Park SY, Lee SY, Chen Y. The effects of EMR deployment on doctors' work practices: a qualitative study in the emergency department of a teaching hospital. *International Journal of Medical Informatics*. 2002;55(3): 204-217.
31. Meurer M, Oatley P, Garman KL, Frutier K, Smeeding L. *Guide to Patient and Family Engagement: Environmental Scan Report*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2012.
32. Wray P, Batt O, Koh C, Lovis C, Garde S. Electronic patient records: moving from islands and bridges towards electronic health records for continuity of care. *Yearbook of Medical Informatics*. 2007;5(1): 34-46.

Understanding experiences of patients and family caregivers in the Mayo Clinic Care Transitions program: a qualitative study

This article was published in the following Dove Press journal
Clinical Interventions in Aging

Paul Y Takahashi¹
Dawn M Finnie²
Stephanie M Quigg¹
Lynn S Borkenhagan¹
Ashok Kumbamu³
Ashley K Kimou¹
Joan M Griffin^{1,3}

¹Department of Internal Medicine, Division of Primary Care Internal Medicine, Mayo Clinic, Rochester, MN, USA; ²Robert D and Patricia E Kern Center for Science of Health Care Delivery, Mayo Clinic, Rochester, MN, USA; ³Department of Health Science Research, Division of Health Care Policy and Research, Mayo Clinic, Rochester, MN, USA

Background: Care transitions programs are increasingly used to improve care and reduce re-admission of patients after hospitalization. To learn from the experience of patients who have participated in the Mayo Clinic Care Transitions (MCCT) program and to understand the patient experience, we sought perspectives of patients, caregivers, and providers who worked with participants of the MCCT program.

Methods: Investigators interviewed 17 patients and nine of their caregivers about their experience with the MCCT program. Eight health care providers described provider experiences with the MCCT program. Data from semistructured interviews were audio recorded, transcribed, and evaluated through content analysis. Inductive coding methods were used to elicit themes about patient experience with the MCCT program.

Results: Patients, caregivers, and providers emphasized that the MCCT program prevented hospitalizations and contributed to the health and quality of life of participants. All three stakeholder groups emphasized the value of the home visit and provision of the visit on a patient's "home turf" as central to the program. Patients appreciated speaking to a provider without the stress and exertion of a trip to the clinic. Caregivers appreciated improved communication provided in the home visit and felt that home visits gave them peace of mind. Patients, caregivers, and providers also identified the need for improved phone triage and communication.

Conclusion: Patients, caregivers, and providers acknowledged the care transitions problem and emphasized the benefits of seeing patients on their home turf rather than in an office visit. This qualitative study of patient, caregiver, and provider experiences further validates the importance of the MCCT program.

Keywords: geriatrics, home care, program evaluation, nurse practitioner, hospitalization

Background

Patients and family caregivers often face difficult issues following a hospitalization.¹ Many have changes in medication regimens^{2,3} or have medical conditions with complex care routines.⁴ Health care systems have begun to pay closer attention to this transition period⁵ through the use of health coaches,⁶ standard hospital dismissals,⁷ or nurse practitioners (NPs) to assist patients.⁸ Patients must prepare for the physical challenges of going home from the hospital and the need to organize and plan for upcoming appointments in the medical health care system.⁹ Our practice started the Mayo Clinic Care Transitions (MCCT) program to assist with hospital aftercare for high-risk patients.^{10–12} By using a model in which a NP conducted home visits, we found a higher 30-day re-admission rate for control patients (20.1%) than MCCT patients (12.4%), with a 7.7% absolute reduction ($P=0.002$).¹³

Correspondence: Paul Y Takahashi
Division of Primary Care Internal
Medicine, Mayo Clinic, 650 First Street
SW, Rochester, MN 55905, USA
Tel +1 507 254 4446
Fax +1 507 254 0026
Email takahashi.paul@mayo.edu

submit your manuscript | www.dovepress.com

Dovepress

https://doi.org/10.2196/2018.12.001

Clinical Interventions in Aging 2018;14:17–23



© 2018 Takahashi et al. This work is published and licensed by Dove Medical Press Limited. The full terms of this license are available at <http://www.dovepress.com/terms-and-conditions> and apply to the entire content of this article. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited. For all other uses, permission should be sought from Dove Medical Press Limited. The copyright terms for this article are available at <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

Even with significant reduction in re-admission rates, acceptance of the program by patients and providers is critical for program sustainability and success. In one population of patients over 65 with cognitive impairment, investigators observed that patients and their caregivers desired information about posthospital needs and illness.¹⁷ They ascribed importance of care coordination for primary care communication and appointments and valued the importance of the family or friend caregiver experience.¹⁸ To better understand the experience of our patient population, we sought to evaluate the MCCT program's strengths and weaknesses from the perspectives of the patients, their caregivers, and their health care providers. Although similar to other programs based on a home visit by NPs,⁴ our program differs from others described in the literature because of our patient population and the intensity of visits. Thus, the experiences of a care transitions program are unclear regarding stakeholders when patients are enrolled for shorter periods and when the stakeholders include patients with multiple morbidities. Our goal was to understand the experiences of patients and caregivers who currently or recently were in the MCCT program and to apply this knowledge to improve the clinical program. To fully explore these experiences, we conducted a qualitative study with patients and caregivers, as well as health care providers.

Methods

Care transitions program

The MCCT program has been described previously.¹² This program is staffed by advanced practice registered nurses (APRNs). To be a licensed APRN, a person must be an NP with a graduate degree in nursing and have completed 2,080 hours of supervised or collaborative practice.¹⁹

Patients enroll in the MCCT program on the basis of their scores on the Elder Risk Assessment Index (ERAI), which stratifies for risk of hospitalization.²⁰ Among older patients, scores greater than 16 indicate that the top 10% is at risk for hospitalization and an emergency department visit.²⁰ Patients are initially approached in the hospital by a registered nurse (RN) for possible enrollment in the MCCT program. After a patient's hospital dismissal, an MCCT-affiliated NP evaluates the patient at home within five business days. The NP performs a comprehensive geriatric assessment, including medication reconciliation, evaluation of community needs, an action plan for acute issues, and long-term care plans for chronic health conditions. The patient is subsequently either seen or called at least once a week for 30 or more days. The total number of contacts, by phone or in person, varies depending on the length of program enrollment and

the complexity, with all participants receiving a minimum of 4. Approximately six visits are made either by phone or face to face. Patients or their caregivers maintain phone access with the primary care team and are dismissed from the MCCT program when their medical condition stabilizes, as determined by the NP and the patient's geriatrician.

Patient population

The initial estimate for patient accrual before initiation of the study was 18 patients based on the general numbers of patients in the program. Patients eligible for the present study had ERAI scores exceeding 16, had their first home visit of the MCCT program between January 9 and August 31, 2015, and had completed the program. All patients who met inclusion criteria were sent a letter asking whether they would participate in a study about the MCCT. The patients who returned signed consent forms were contacted by the study coordinator to set up an interview. Patients were excluded from the study if they were unable to provide informed consent, did not sign the form for the Health Insurance Portability and Accountability Act requirements, or did not have a proxy to provide informed consent. Caregivers of eligible patients who gave consent were also qualified for participation. The patients identified their own caregivers for participation.

Health care providers involved in the MCCT were asked to participate in this study. The providers, including medical doctors, RNs, and the NPs engaged in the program, were contacted through email. The medical doctors could have been the primary physician of the participants prior to the study. The RNs and NPs were staff who worked exclusively with MCCT. The Mayo Clinic Institutional Review Board approved the study protocol, informed consent, and interview guides. The study was conducted in accordance with the ethical principles outlined in the Declaration of Helsinki.¹⁶

Qualitative data collection

In-depth telephone interviews with 17 study-eligible patients were conducted over 6 months (interviews were conducted from March 12, 2015, through September 29, 2015). During nine patient interviews, caregivers participated in the interview alongside the patients; sometimes, the caregiver responded with the patient to the same question and sometimes responded to questions directed specifically to the caregiver. Because caregivers, often familial, play an important role in the care of these frail, complex patients, particularly during times of care transition,¹⁷ we felt that it was appropriate to include their voice in this conversation. Although they were not the focus of this study, these caregivers provide

valuable context about the patient experience during and after hospitalization as well as experience with the MCCT program. The iterative interview process allowed the research team to fully explore patient and caregiver experiences. This study followed the standards for reporting qualitative research guidelines.¹⁸

Health care providers were interviewed during the same time frame as patients and caregivers but were interviewed during a telephone call at a time convenient for the provider. Interviews were conducted by two members of the research team with expertise in qualitative methods (DMF and SMQ) using a semistructured interview guide. Interviews ranged from 13 to 50 minutes for patients and caregivers and from 18 to 44 minutes for providers. All interviews were audio recorded, transcribed, de-identified, and stored on a secure server.

Qualitative analysis

Members of the research team (DMF and SMQ) used a phenomenologic approach to analyze and understand the experience of patients in the MCCT program, followed by a thematic content analysis to analyze the final transcripts. This approach involved reading all transcripts to achieve immersion in the transcript data and to obtain a sense of the data as a whole.¹⁹ Transcripts were read word for word to derive themes that captured key thoughts or concepts from the data.^{20,21} Themes were then organized into codes. A code book was developed on the basis of these coding schemes, and definitions were applied to each code by researchers. These themes were applied back to the transcripts, and line-by-line inductive coding was used to structure data thematically. This approach was an interpretive process whereby themes were identified through review of the data to elicit common themes without generating theory. The approach is common for qualitative interview data derived from the health care research. Knowledge generated from content analysis was based on the patient, caregiver, and provider perspectives about their experiences with the MCCT program.

The team's two qualitative researchers (DMF and SMQ) each coded all data to ensure that the open coding was consistent and reproducible (thereby improving reliability). Analytical software for the qualitative data (NVivo 10; QSR International Pty Ltd, Doncaster, VIC, Australia) provided structure to the coding and the data to ensure proper coding. This software provided an audit trail for decisions made on coding throughout the process. The team used triangulation of data from the patients, caregivers, and providers to ensure

consistency of the themes, thus improving validity. The individual experience of the patient was the primary information source; however, experiences of caregivers and providers were considered. We also used investigator triangulation of the primary analysis team, with two analysts versed in qualitative techniques but not related to the MCCT program.

Sampling and recruitment of patients and caregivers

Of 91 patients who met the eligibility criteria and were contacted to participate, 55 did not respond, 15 stated that they were not interested, and three returned the signed consent after the target accrual was met. Eighteen of the 91 patients sent invitation letters back with signed consent forms, indicating their interest in study participation. One patient later declined to be interviewed because of time constraints. Thus, 17 patients were interviewed.

Sampling and recruitment providers

Fifteen invitations were sent through email between March 5, 2015, and June 24, 2015, to health care providers of the MCCT patients. Of the 15 recipients, eight gave verbal consent to participate and completed a qualitative interview. For provider interviews, two physicians, two advanced practice providers, and four RNs participated.

Results

Patient cohort

Seventeen patients were recruited for the study (10 men and seven women). Median (range) overall age was 82 (60–95) years. Median (range) ERAI score was 18 (16–21). As designed, the sample was at high risk for hospitalization.¹³ Among the patients, 12 patients (71%) had heart failure and five (29%) had COPD. Nine patients (53%) had caregivers who were interviewed.

The home visit

The inherent value of patients being at home for the care visits was consistent among the three groups. One patient referred to this as being on home turf. Patients and caregivers valued the home visit with feeling more comfortable conversing about their needs in their own environment. It gave them freedom to talk about their concerns and situation. They felt that NPs took the time to understand their needs. Medication discussions were important to patients, caregivers, and providers and allowed NPs to understand medication issues that may not be discussed in an office visit. Patients and NPs discussed diet and food. The ability to ask specific

Box 1 Overall themes from 17 patients

Home visit: description by patients and caregivers about what their home visit entails, the process, and what happens during the home visit. The home visit emerged as the central theme and most important component of the HCCT program.

- Time: patients and caregivers spoke of the time NPs take during the home visit, as opposed to being rushed during an office visit.
 - Medication: patients and caregivers spoke about medication discussions, reconciliation, and adjustments during the home visit.
 - Food: descriptions were made about diet and food and the importance that diet has on chronic conditions.
 - Education: NPs provided education or information that the patients felt they did not get while in the hospital or were too confused or ill to absorb.
 - Home: part of the importance of the home visit, patients talk about being in their home, and the ease of asking questions in their own environment. The freedom to talk about things in the comfort of their own home on their own terms.
- NPs' characteristics: patients and caregivers spoke of the HCCT NPs being kind, patient, and knowledgeable. The description of the NPs themselves and how they interacted with the patients and caregivers emerged as an important characteristic of the program in general.
- Whole person: talk of how the NP addresses issues other than the cause of the hospitalization. What the NP does that affects other areas of the patient's care.
 - Physical NP addressing other health concerns aside from the recent hospitalization.
 - Coordination: NP addressing social needs or coordination of services that will help the patient aside from medical issues, social support, or errands.
 - QOL: how the NP visits affects the patients' QOL or helps them achieve their activities of daily living or meet their personal goals.

Abbreviations: NPs, nurse practitioners; HCCT, Home Clinic Care Transition; QOL, quality of life.

questions about foods that were in their cupboards was particularly valuable. The NPs provided patients with education or information that the patients felt they did not get while in the hospital or were too confused or overwhelmed to absorb (Boxes 1 and S1).

Patient 4 commented, "Well, I think I feel more comfortable and it gives me the opportunity to ask questions back. You know, a lot of times I have, ah, questions about something that I don't fully understand, and I can enter that into the conversation and it's just, it's more I think the conversation's more complete when we're together and talking. You gotta have feedback, both ways, and I don't do that on the telephone." Patient 14 noted, "I think that I'm more relaxed in my own home, and I can think better."

The providers, and specifically the NPs, also described how invaluable it was to be able to visibly see the patients' home environment; talk to them on their own terms; and identify environmental, social, or medical factors that may not be related to their recent hospitalization but are important to their health and recovery. The providers felt that the home visit was more personal, gave the patients more opportunity to ask questions, and helped them understand their situation. Following is a comment from Provider 101.

Yeah, that it's invaluable that they can go out there and, for instance, they see [the patients] within 2 days. They have a hospital dismissal so they can take a look at their dismissal summary, and all like the list of their medications, and they can go in their house and pull all their pill bottles and say, "These don't match". Or the patient may say, "Well I'm

taking my husband's." Or, "I can only afford ____ and I'm only taking it every other day." Things that you wouldn't pick up on. Or they could say, "Oh, I see you have a throw rug there on your floor, that's not a good idea," or things like, look in the bathroom, and see, "Maybe some safety bars would be helpful in your bathroom". And they go through all their screening tools. I'd like to think an RN could probably do that and help them with their visit, but, yeah, I think that the time that they spend in the home in their first visit, maybe 2 hours in the home, a really thorough exam, well, more can get pulled out of that instead of a 15-minute visit in the office.

Patients and caregivers spoke about the characteristics of the NP and the patient-centered care provided, as well as the ability to navigate the health and non-health-related issues that affect the quality of life and care of the whole person (Box 2). The comfort and connection built by an NP visiting a patient's home are the key components of that home visit. Patient 10 reported,

Well it's the fact that they, that they come to the home ... We don't have to make the trip in the clinic. When they come to the home, they make us feel like we're important ... They're very concerned about our welfare.

The convenience of being at home and not having to travel, especially given the challenging health conditions the patients face, was also discussed frequently. Patients reported challenges with getting to and from appointments. Physically, travel to the outpatient clinic was taxing and difficult, particularly after a hospital stay. Participation

Box 2 Themes from nine caregivers of patients

Caregivers: caregivers talk of less worry and stress by having someone come into the home.
 Caregivers' communication: caregivers talk of improved communication and ability to talk to the NP and ask questions.
 NPs' patient-centered care: discussion of the NP coordinating care and making appointments, advocating for their specific needs, and listening to their needs as an individual.
 Self-management/patient activation: patients discuss their willingness to learn to self-manage or take steps to manage their condition. This is important in the case of patient who might be best suited for the MCCT program.

Abbreviations: MCCT, Mayo Clinic Care Transitions; NP, nurse practitioner.

in the MCCT allowed patients to avoid travel. Caregiver 18 said,

So, um, I thought there the convenience of [an NP] coming in 'cause there's no way my dad would have been able to get into a car and then tolerate driving down there, finding, you know, a parking space, being transported around. I mean, with the combination of his heart failure and his lungs, you know, he's a double-whammy so to speak, so it makes it hard.

In an unexpected benefit of the home visit, patients were able to forego telephone follow-up calls because they would have issues addressed by their NPs. Many patients and caregivers reported issues before MCCT participation of having to wait extended periods on the telephone triage system and being redirected frequently when they called. Similarly, patients reported preferring the face-to-face conversation of the home visit because they were unable to hear well ($n=6$) or to hold the phone receiver because of arthritis ($n=1$); the timing of the phone calls also was inconvenient ($n=3$). As Patient 4 described,

Well, I think it's, for I thing for me, I'm so hard of hearing, I have trouble on the telephone. And I'm doing fairly well with you right now, but a lot of times, when they call in, I don't even know who I'm talking to and it seems like they all talk too fast for people that are hard of hearing.

The NP role

Patients and caregivers described the NP as being knowledgeable, a good listener, and a systems navigator. The patients

also stated that the NP respected people's lives. For example, Patient 12 said,

Well, she seemed very interested in what was going on with me and my family, if anything was botherin' me, what questions I had for her, and seemed to always listen really well to anything I was talking about. . . . Yeah, it sounded like she had really read probably all about me from Mayo papers and so forth, so she seemed to be very knowledgeable about almost everything that has happened with my health.

Care of the whole person

Patients and caregivers described the MCCT care as treating the whole person, having a connection to everything they need, and being able to address their needs and goals. They described this care as going beyond the posthospital recovery and addressing other needs, both medical and nonmedical. Some study participants described the improvement to their quality of life and their ability to transition back to their normal life. Providers described being able to improve the quality of life of some patients and, for others, keeping the patient out of the hospital and addressing end-of-life needs.

MCCT program evaluation

The patients and caregivers described challenges with the care team phone triage system. The providers expressed their passion for taking care of the care transition program population. They also voiced the advantages of end-of-life discussions and palliative care (Box 3).

Box 3 Themes from eight providers

The home visit: being on the patient's "home turf." Providers felt that doing the visit at home provided some improvement in care.
 End-of-life care, palliative care, future care: providers recognized the home visit as an opportunity to discuss end-of-life care issues with the patient.
 Continuity of care, relationships, and the MCCT team: the home visit was also described as a way to maintain consistency and continuity of care following a hospital stay.
 Passion for this patient population: discussion of the MCCT program led the providers to talk about their passion for working with this patient population, often composed of geriatric patients with failing health.
 Staffing, phone issues, communication: staffing is often an issue. Not being able to enroll patients who qualify and would benefit, being able to provide coverage 24 hours a day and 7 days a week for MCCT patients, and having access to care providers through telephone contact are often issues as well.

Abbreviations: MCCT, Mayo Clinic Care Transitions.

Discussion

In this qualitative study of 17 patients, nine caregivers, and eight providers, we learned the importance of providing care on the home turf and the comfort of visits with the NP in the home. For the ill patients in this transition population, being comfortable meant that they talked more openly at home. Caregivers were able to communicate with the NP directly. Other studies have evaluated similar high-risk populations and sought some evaluation of the patient's experience. Our study focused in the community, whereas other studies sought input from patients in residential facilities or Programs of All-Inclusive Care for the Elderly after hospital dismissal.²²

One identified barrier involved the phone triage system and the difficulty of getting access to care when they needed it. The providers mentioned the importance of the telephone in the communication challenge. Patients, caregivers, and providers all identified that the MCCT program helped to reduce the need to call the phone triage. They also mentioned that home visits eliminated the burden of the journey to the medical clinic. Difficulty in communication with the telephone was the biggest limitation within the program. Some patients could not use the telephone because they had hearing loss. Different patient groups experience different feelings after hospital dismissal. Among cancer patients and caregiver groups, the patients expressed themes of timely care, issues with ongoing concerns, needing to regain control, and appreciating care transitions.²³ Among patients with heart failure, aspects that continue to be important are an understanding of heart failure, how to work with it, getting control of the situation, and end-of-life care.²⁴ There is comfort of communicating at home that is not seen in the hospital or office setting.

Patients provided positive comments on the professionalism and help of the NPs and the RNs. They commented on the role of the NP as the center of the care transitions team. These comments reinforce the importance of both the NP as the center of the medical home after hospital discharge and the use of medical teams.²⁵ Previous studies have emphasized the importance of medical care after a hospital stay. In a Department of Veterans Affairs study of care transitions, patients felt that medication education, home health nursing, prompt visits, and improved communication helped prevent hospital readmission.²⁶ Similarly, the importance of continuity of care with a care transitions team was emphasized in a study from UK,²⁷ and other studies have shown that NPs are seen positively by patients in other care transitions programs.¹¹ We, too, found that the link from patient to NP was strong and important in comfort, knowledge, and communication.

Consistent with previous research, the caregivers in our study reported the importance of communication and relationships with the NPs. In previous studies, caregivers have reported the need to have their situation understood, to be involved with the process, to obtain practical information, to be in harmony with formal caregivers, and to have both personal time and emotional readiness.²⁸ Communication between patients and the medical team or discharge team has also been reported as important.²⁹ In our study, the caregivers felt that they had better communication and some consistency with the NPs. This natural communication is one method to fostering improved care. Caregivers and patients were empowered to provide and use self-assessment of medical conditions, which was also an important concept to have them involved with the care plan.

The providers confirmed many of the feelings and sentiments of both the patients and the caregivers. They appreciated the importance of the home as a center of providing care. They had a sense that lowering the barriers of access might help to provide better medical care. The providers who work in the MCCT program reported being committed to the population generally and to the care for patients and caregivers. Similar to patients and caregivers, providers in other qualitative studies have expressed the importance of communication and the need for education as central to successful care transitions.³⁰

There are many practical implications from our research. Placing patients at the center of care and meeting them at their own home have a powerful effect for both patient and caregiver. Meeting at someone's home may take a relationship to a different level and may improve the satisfaction of the patient. For many patients with multimorbidities who were dismissed from the hospital, the home visit from the MCCT enhances care beyond medication reconciliation, medical action plans, and safety evaluations.

This qualitative study has weaknesses and strengths. We triangulated the assessment of the program through three different groups and found similar responses. Our goal was to describe a broad set of experiences until we found commonalities across those experiences. Nevertheless, a possibility is that the MCCT patients who participated in the study had a different set of experiences than the MCCT patients who did not participate; thus, the possibility of volunteer bias exists. This is particularly important for this older, frail population, where persons with severe chronic illness may not have participated. In a similar manner, the providers who responded could be different from the general provider population. A volunteer bias may have existed for

the providers as well as the patients. In addition, recall bias is a possible factor in the study. Participants were enrolled in the study after their enrollment in the program. There is a possibility of social desirability bias from the participants. In another limitation, the caregivers were present with the participants, which could influence the answers of the caregivers. A study that specifically assesses caregiver experiences may be appropriate in the future. Despite these weaknesses, the experiences of patients, caregivers, and providers shed light on the importance of home visits after hospital dismissal. In particular, they reinforce the utility of the home as the center of the health care visit.

Conclusion

We observed that patients, caregivers, and providers embraced the MCCT program and found aspects of the program valuable. Central to this care was the importance of seeing the patient in the home environment, as opposed to the office. Patients reported the comfort of talking in the home and felt that fewer barriers to receiving care occurred with home visits than with clinic visits, especially for patients with physical difficulties or hearing problems. As medical complexity increases, providers and caregivers value the ability to spend time in an environment that is relaxing for patients. Communication and patient-centered care were important in this venue. Possibly, the home is a better place than the office to communicate with patients and caregivers.

Abbreviations

APNP, advanced practice registered nurse; ERAI, Elder Risk Assessment Index; MCCT, Mayo Clinic Care Transitions; NP, nurse practitioner; RN, registered nurse.

Acknowledgments

All authors contributed toward data analysis, drafting, and revising the paper and agree to be accountable for all aspects of the work. Portions of the manuscript were published in abstract form in *J Am Geriatr Soc*. 2016;64:S68.

Disclosure

PYT serves on a medical advisory board for Axiall, LLC. The other authors report no conflicts of interest in this work.

References

- Makaryus AN, Friedman EA. Patients' understanding of their treatment plans and diagnosis at discharge. *Mayo Clin Proc*. 2005;80(8):991-994.
- Cochrane RA, Mandal AR, Ludwig-Scott M, Walker R. Changes in drug treatment after discharge from hospital in geriatric patients. *BMJ*. 1992;305(6855):694-696.
- Cornish PL, Knowles SR, Marchesano R, et al. Unintended medication discrepancies at the time of hospital admission. *Arch Intern Med*. 2005;165(4):424-429.
- Kramholz HM. Post-hospital syndrome – an acquired, transient condition of generalized risk. *N Engl J Med*. 2013;368(2):100-102.
- Coleman EA, Smith JD, Frank JC, Min SJ, Perry C, Kramer AM. Preparing patients and caregivers to participate in care delivered across settings: the Care Transitions Intervention. *J Am Geriatr Soc*. 2004;52(11):1817-1825.
- Coleman EA, Perry C, Chabners S, Min SJ. The care transitions intervention: results of a randomized controlled trial. *Arch Intern Med*. 2006;166(17):1822-1828.
- Jack BW, Chetty VK, Anthony D, et al. A reorganised hospital discharge program to decrease rehospitalization: a randomized trial. *Ann Intern Med*. 2009;150(3):178-187.
- Naylor MD, Brinson DA, Campbell RL, Maidin G, McCauley KM, Schwartz JS. Transitional care of older adults hospitalized with heart failure: a randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc*. 2004;52(5):675-684.
- Niehrman U, Wodchis WP, Bouquardt IL. Experiences of older adults in transition from hospital to community. *Can J Aging*. 2015;34(1):90-99.
- Syed H, Chen CJ, Crane S. Hospital readmission and the value of a care transitions program for the elderly: a retrospective cohort study. *Primary Health Care: Open Access*. 2012;2:113.
- Takahashi PY, Haas LR, Quigg SM, et al. 30-day hospital readmission of older adults using care transitions after hospitalization: a pilot prospective cohort study. *Clin Interv Aging*. 2013;8:729-736.
- Takahashi PY, Naumova JM, Peterson SM, et al. Short-term and long-term effectiveness of a post-hospital care transitions program in an older, medically complex population. *Healthc (Amst)*. 2016;4(1):30-35.
- Headway C, Trezza R, Bisby MB, et al. A qualitative analysis of an advanced practice nurse-directed transitional care model intervention. *Gerontologist*. 2012;52(3):394-407.
- Minnesota Board of Nursing [website on the Internet]. Advanced practice registered nurse (APRN) licensed general information. Available from: [https://mn.gov/boardofnursing/advanced-practice/advanced-practice-registered-nurse-\(aprn\)-license-general-information/](https://mn.gov/boardofnursing/advanced-practice/advanced-practice-registered-nurse-(aprn)-license-general-information/). Accessed October 4, 2018.
- Crane SJ, Tang EH, Hanson GI, Chu S, Chaudhry R, Takahashi PY. Use of an electronic administrative database to identify older community dwelling adults at high-risk for hospitalization or emergency department visits: the elders risk assessment index. *BMC Health Serv Res*. 2010;10:338.
- World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*. 2013;310(20):2191-2194.
- Levine C, Halper D, Peint A, Gould DA. Bridging troubled waters: family caregivers, transitions, and long-term care. *Health Aff (Millwood)*. 2010;29(1):116-124.
- O'Brien BC, Harris JH, Beckman TJ, Road DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. *Acad Med*. 2014;89(9):1245-1251.
- Teach R. *Qualitative Research: Analysis Types and Software Tools*. New York, NY: Falmer Press; 1995.
- Miles MB, Huberman M. *Qualitative Data Analysis: An Expanded Source Book*. 2nd ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 1994.
- Morse J, Field PA. *Qualitative Research Methods for Healthcare Professionals*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1995.
- Tolan MP, Abbott KM, Hirschman KB, Naylor MD. Transitions in care among older adults receiving long-term services and supports. *J Gerontol Nurs*. 2012;36(11):40-47.
- Ang WJ, Lang SP, Ang H, Lopez V. Transition journey from hospital to home in patients with cancer and their caregivers: a qualitative study. *Support Care Cancer*. 2016;24(10):4319-4326.

24. Jones J, Newell CT, Sadava R, Akhwalia S, Bekubstan IM. The future as a series of transitions: qualitative study of heart failure patients and their informal caregivers. *J Gen Intern Med*. 2015;30(2):176-182.
25. Rockney JM, Soriano TA, Hernandez CR, et al. The team approach to home-based primary care: restructuring care to meet individual, program, and system needs. *J Am Geriatr Soc*. 2015;63(2):358-364.
26. Spohr AM, Campbell RR, Cherris C. Seamless Care. *Safe Patient Transitions From Hospital to Home*. In: Kern D, editor. *Journal of the American Medical Association*. 2005. Available from: <http://ama-assn.org/dmcp/ADMG33720>. Accessed November 21, 2018.
27. Cowie L, Morgan M, White P, Gulliford M. Experiences of continuity of care of patients with multiple long-term conditions in England. *J Health Serv Res Policy*. 2009;14(2):82-87.
28. Glava JL, Steiner P, Dupuis SL, Mock SE, Senti SM. An examination of family caregiver experiences during care transitions of older adults. *Can J Aging*. 2014;33(2):137-153.
29. Chapin RK, Chandran D, Sengstack JF, Kosrzig TL. Hospital to community transitions for adults: discharge planners and community service providers' perspectives. *Soc Work Health Care*. 2014;53(4):311-329.
30. Fuji KT, Abbott AA, Norris JF. Exploring care transitions from patient, caregiver, and health-care provider perspectives. *Clin Nurs Res*. 2013; 22(3):258-274.

Supplementary material

Box S1 Sample of quotes from patients and caregivers

"Home turf"

"But being at home, you seem to be a lot more comfortable and able to talk about things, and they understand, you know, that you are also a mother and a grandmother and all that, that, you know, that there's a lot of things going on in my life ... And that made it a lot easier." (Patient 1) □

Nurse

"There ... (nurse practitioner) runs the show ... And, ah, I mean that as an honest thing that's you need somebody that's a primary. To actually sort of funneling everything through 1 person ..." (Patient 1) □

"Um, I strength, um, that he very very considerate and very very caring, um, Their main purpose of being here is to, you know, listen to their patients' needs and she did that. (chuckled) You know, she did that very well; she listened to mom's concerns and and her needs and she helped us with a lot of stuff, so; wonderful lady." (Caregiver 1) □

Whole person

"How much it was covered by my insurance, how I go about finding out that stuff, and actually ... (nurse) was the one that told me to probably call a certain place; I've got it written down over here, but they could give me a little bit better help on that." (Patient 1) □

"Yeah, I get in these depressed moods, and, you know, being a homebody I can't associate with people, and you know I have them come and visit, you know it's a one on one, you know, I'll get a one on one with somebody ... Feel like a human instead of a, oh, homebound rat or something." (Patient 1) □

"From what I was coming out of the hospital, absolutely ... Oh, I mean, I just wasn't very good when I came out the hospital ... I got home and, ah, I'm sitting in a chair but I had to, I don't know, who would have made all these appointments to see the right people or get me on the right prescription? (Interviewer: So it sounds like you've almost had um this ah personally nurse in a way) Oh, in a sense you got a whole group of 'em. You got exercise, you got daily nursing ... You got (a nurse) who coordinates all of that stuff and comes out herself ... Yeah, and resting in my own bed, my daughter cares." (Patient 1) □

"Well, you know that there there a lot of, ah, things that affect that because, ah, depending on what I was in the hospital before for the last time I was, I think the last year I was in the hospital for pneumonia again and heart breathing and, ah, it was tougher when I got out because, you know, it was basically just discharge, go home, and then try to get back into the groove without any support system. And that's what I look at the care transition as, is a support system for you to basically transition back into your normal life." (Patient 7) □

Clinical Interventions in Aging

Publish your work in this journal

Clinical Interventions in Aging is an international, peer-reviewed journal focusing on evidence-based reports on the value or lack thereof of treatments intended to prevent or delay the onset of maladaptive correlates of aging in human beings. This journal is indexed on PubMed Central, MedLine,

CAS, Scopus and de Elsevier Bibliographic databases. The manuscript management system is completely online and includes a very quick and fair peer-review system, which is all easy to use. Visit <http://www.dovepress.com/submit.php> to read real queries from published authors.

Submit your manuscript | <http://www.dovepress.com/submit.php>



ANEXO III – Certificado de presença Workshop “Processos e Procedimentos”

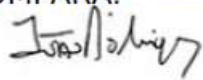
CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Sr(a)

silvia maria mendes gaspar

Frequentou o Workshop "**Processos e Procedimentos**", que decorreu no dia **30 de março de 2019**, em Lisboa, num total de **4 horas**.

Este Workshop foi promovido pelo Núcleo Regional do distrito de Lisboa da USF-AN e está inserido no COMPARA.



João Rodrigues | Presidente da Direção



Rosário Santos | Núcleo Regional do distrito de Lisboa



ANEXO IV – Convite para reunião de apresentação de projeto

Convite

- No âmbito do desenvolvimento do Estágio de Intervenção Comunitária a desenvolver na UCC Cartaxo, a enfermeira Sílvia Gaspar vem convidar os profissionais da unidade a estar presente na a apresentação do **“Projeto de Estágio de Intervenção Comunitária - ACOLHIMENTO DA PESSOA NA ECCI”**
- A realizar no dia 19 de março, na sala de reuniões do CS do Cartaxo, pelas 14,30 h.
- Contamos com a sua participação.

ANEXO V – Diapositivos da reunião de apresentação de projeto

**Projeto de Estágio de Intervenção Comunitária
ACOLHIMENTO DA PESSOA NA ECCI**



AUTORA
Sílvia Caspar Nº91501118
PROFESSOR ORIENTADOR
Prof. Dra. Irene Santos
ENFERMEIRA COOPERANTE
EEECSP - Mãe Carmo
Fátia

Cartaxo, 19 março 2019

Envelhecimento da população

- Conhecimento e implementação de estratégias de promoção de um envelhecimento ativo com a responsabilização da pessoa para gestão da sua saúde.
- Reabilitação e adaptação da pessoa à sua situação de saúde.
- Capacitação e apoio aos cuidadores informais, considerando-os como parceiros para a prestação de cuidados, estes, quando aplicados e capacitados são fundamentais para a qualidade dos cuidados prestados à pessoa idosa dependente.

Qualidade dos cuidados

- É fundamental que o EEECSIP inclua na sua prática clínica estratégias de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, de modo a assegurar a utilização eficiente dos recursos, mantendo níveis elevados de **qualidade e segurança** reconhecidos.
- Organizar respostas adequadas, de forma personalizada, de **qualidade e em proximidade**, focadas na **promoção da saúde, na gestão do risco, na prevenção da doença e de acidentes**, nos cuidados de **triagem e de suporte**, assegurando o acesso a **cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados**.
- É essencial que privilegie o **domínio da qualidade**, incorpore nas suas práticas os resultados de **estudos e investigações, no sentido do desenvolvimento das competências, qualificando as práticas clínicas, intervenção sustentada nos pilares de saúde e na melhoria dos resultados em saúde.** (Ordem dos enfermeiros, 2015)

**Projeto de Estágio de Intervenção Comunitária
ACOLHIMENTO DA PESSOA EM ECCI**

OBJETIVO GERAL:
Desenvolver competências nos cuidados especializados de Enfermagem, na área de especialização do conhecimento em enfermagem comunitária, em contextos da comunidade e em situações de saúde e/ou de risco diversos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Conhecer a organização dos cuidados de saúde primários;
- Conhecer a organização e funcionamento da UCC do Cartaxo;
- Realizar Projeto de Intervenção, de acordo com o diagnóstico de enfermagem comunitária realizado, tendo em conta recursos disponíveis;
- Desenvolver estratégias de enfermagem comunitária no âmbito do acolhimento da pessoa/família/cuidador informal, integrados na ECCI do cartaxo;
- Desenvolver estratégia de melhoria contínua no âmbito da organização dos cuidados de enfermagem relativamente ao acolhimento da pessoa/família/cuidador informal, integrados na ECCI do cartaxo.

Acolhimento

- Um acolhimento, humanamente adequado, é uma ciência e uma arte que, no exercício, deve estar em continuada busca de aperfeiçoamento.
- O termo acolhimento excede a noção de primeiro contacto ou recepção, este permite o sentimento de envolvimento na equipa multidisciplinar, através da permanente troca de informação, favorecendo assim a criação de relações calorosas, personalizadas e de confiança. Desta forma, um acolhimento eficaz vai fomentar o sentimento de confiança (Jorge, 2004).
- É no acolhimento feito pelo enfermeiro à pessoa/cuidador informal, realizado no momento da admissão, que se deve iniciar a relação terapêutica. Para que este grupo populacional possa ter uma participação ativa e informada no processo terapêutico e simultaneamente facilitadora do acesso aos cuidados de saúde.

O EEECSIP na Comunidade

Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade. Considerando a complexidade dos problemas de saúde de uma comunidade realiza o planeamento em saúde de acordo com as diferentes etapas.

A metodologia de planeamento em saúde, possibilita a avaliação do estado de saúde da comunidade, com elaboração de diagnóstico de saúde, estabelecendo prioridades em saúde, programas e projetos para resolução de problemas identificados.

(MCEEECSIP, 2018).

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária trabalha com e para a comunidade promovendo os processos de readaptação, educando e ajudando a gerir os recursos internos e externos da pessoa, da família e da comunidade.

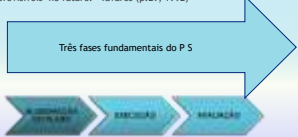
Estes compreendem dimensões tão complexas como a psicológica, a sociocultural, a espiritual, a fisiológica e a de desenvolvimento.

(Neuman, 1995)

PLANEAMENTO EM SAÚDE...

► "[...]um processo de previsão de recursos e de serviços necessários para atingir objetivos, determinados segundo a ordem de prioridades estabelecidas, permitindo escolher (s) solução(ões) ótima(s) entre várias alternativas, essas escolhas tomam em consideração os constrangimentos atuais ou previsíveis no futuro." Tavares (p.29, 1992)

Três fases fundamentais do P 5

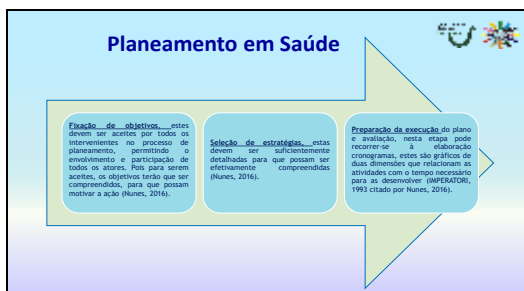


DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

1 – Comunidade | cuidadores informais | com falta de conhecimento sobre serviços de saúde [Relacionado com organização/acesso aos cuidados de saúde da ECCJ]

- ▶ Nível baixo de satisfação relativamente a: Informação acerca dos direitos e deveres; (F)
- ▶ Disponibilidade de materiais e equipamentos necessários aos cuidados; (F)
- ▶ 57% dos cuidadores informais referem não saber identificar quem é o enfermeiro gestor de caso do seu familiar; (F)
- ▶ "Melhorar a informação fornecida no início da prestação de cuidados" (Ra)
- ▶ "Facultar informação em suporte de papel" (Ra)
- ▶ "Identificar qual o enfermeiro responsável pelo familiar" (Ra)
- ▶ "É necessário divulgar o trabalho realizado pela equipa" (F)
- ▶ "deve haver um procedimento que defina no primeiro contacto todos os documentos que devem ser entregues" E2
- ▶ "a gestão de caso sabe-se que é uma das metodologias que promove a melhoria dos cuidados"; E3
- ▶ "é muito importante perceber... se o utente e se os colaboradores identificam a pessoa que é a sua gestora de caso." E3
- ▶ Desajuste das expectativas dos cuidadores informais face às reais necessidades de cuidados.

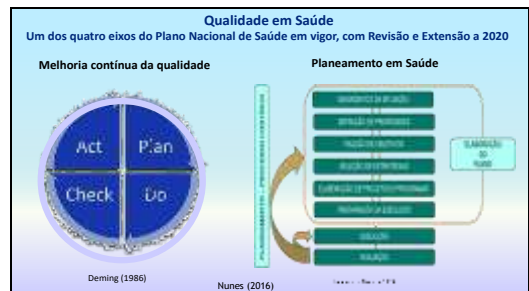
Objetivos específicos	Estratégias de Intervenção	Local	Recursos	Horizonte temporal
Promover o reconhecimento da competência enfermeira relativamente ao acolhimento do paciente/cuidador informal designado em ECCJ do Cartão.	Realização de Scoping Review Realização do momento de formação da equipa de enfermagem, apresentação de resultados de Scoping Review Migração do equipas de enfermagem para o reconhecimento da importância da elaboração de um procedimento, enquanto ferramenta promotora de qualidade dos cuidados. Promoção do envolvimento da equipa de enfermagem na construção do procedimento para enfermeiros e construção de manual de acolhimento para a pessoa/cuidador integrado em ECCJ.	Instituições da UCC Cartão	Enf. Silva	Maio a maio 2019
Desenvolver competências na área de gestão de qualidade e estratégias de melhoria contínua de qualidade.	Participação em formação especializada para ISO 9001 Sobre princípios da Gestão da Qualidade, como elaborar e implementar um manual de procedimentos numa unidade de saúde.	Silves	Enf. Silva	30 Março a junho 2019



Objetivos específicos	Estratégias de Intervenção	Local	Recursos	Horizonte temporal
Conhecer a intervenção de intervenção do EECOP em todas as unidades de saúde em programas da UCC	Participação nas atividades dos projetos em desenvolvimento pela UCC, nomeadamente: Programa de Saúde Escolar; Equipa comunitária de saúde mental; Programa de Acompanhamento de Utentes com Problemas de Álcool; Programa de Parentalidade; Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco; Rede/Rede de Prevenção de Violência nas Adulterias; Projeto de Paternidade – Centro de Proteção de Crianças e Jovens em Risco; Projeto de Paternidade – Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância;	No contextos prodromáticos de influência da UCC	Enf. Silva	Maio a junho de 2019
Informar pais/terceiros intervenientes da área de prestação de serviços sociais, acerca da organização dos cuidados de saúde prestados pela ECCJ do Cartão.	Constituir presencialmente as IPSS locais de apoio social, a fim de obterem acerca da organização dos cuidados de saúde prestados pela ECCJ do Cartão e do acesso aos cuidados prestados pela ECCJ.	No salão de cada IPSS.	Enf. Silva e outros do serviço de saúde própria.	Maio de 2019

PLANO OPERACIONAL DAS ATIVIDADES A IMPLEMENTAR

Objetivos específicos	Estratégias de Intervenção	Local	Recursos	Horizonte temporal
Conhecer a organização do CSP e a organização da UCC enquanto unidade orgânica do ACSJ Leiria.	Consultar documentos e legislação atualizada relativa à organização do CSP	Instituições da UCC Cartão e outras.	Enf. Silva	Maio 2019
Realizar o projeto de intervenção comunitária.	Constituição do projeto de intervenção de acordo com diagnóstico. Apresentação e discussão do projeto, à Coordenadora da UCC e Equipa de Enfermagem de ECCJ em reunião de equipa.	Instituições da UCC Cartão e outras.	Enf. Silva	Maio 2019
Implementar procedimento de acolhimento da enfermagem à pessoa integrada na ECCJ do Cartão.	Validação com equipa de necessidades sentidas, acerca da necessidade de elaboração de um procedimento de acolhimento à pessoa integrada na ECCJ do Cartão. Constituição do procedimento de acolhimento da enfermagem à pessoa. Validação e discussão com equipa de enfermagem, acerca do documento em construção (Procedimento), a realizar em reunião de equipa. Implementação do procedimento, de acolhimento. Realização de reuniões, com Enfermeiros Coordenadores, para discussão de aspetos relacionados com a construção do procedimento de acolhimento. Implementar procedimento de acolhimento da enfermagem à pessoa integrada na ECCJ do Cartão.	Instituições da UCC Cartão e em contexto de visita domiciliária.	Enf. Silva e equipa de enfermagem de ECCJ.	Maio a junho 2019




ANEXO VI – Convite para sessão de formação nº 1

Convite

- No âmbito do desenvolvimento do Estágio de Intervenção Comunitária a desenvolver na UCC Cartaxo, a enfermeira Sílvia Gaspar vem convidar os profissionais da unidade a participar num momento de partilha e discussão, cujo tema é “**Gestão da Qualidade, Processos e Procedimentos**”.
- A realizar no dia 23 de abril na sala de reuniões do CS do Cartaxo, pelas 14,30 h.
- Contamos com a sua participação.

ANEXO VII – Diapositivos da apresentação sessão de formação nº 1

**Projeto de Estágio de Intervenção Comunitária
ACOLHIMENTO DA PESSOA NA ECCEI**



Qualidade em saúde - Processo e procedimentos

AUTORA
Sílvia Gaspar Nº915011116
PROFESSOR ORIENTADOR
Prof. Dra. Irene Barros
ENFERMEIRA COOPERANTE
ECCSP e Escola Colina
Praia

Cartaxo, 23 abril 2019

Qualidade Total

Qualidade total – satisfazer os desejos e as necessidades das partes interessadas

Partes interessadas não são só os clientes, mas também:

- Os profissionais e famílias;
- Fornecedores;
- Meio ambiente;
- Comunidade;
- Governo, etc

Atender aos requisitos das partes interessadas é uma questão de sobrevivência

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
FACIS

PLANO DE SESSÃO

MISTRANDA: Sílvia Gaspar

TEMA: **Qualidade em saúde** - Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

OBJETIVO DA APRESENTAÇÃO: Promover desenvolvimento de competência dos pares relativamente ao processo de melhoria contínua dos cuidados

- Sensibilizar para a importância do conceito de Qualidade em saúde e princípios da Gestão da Qualidade;
- Apresentar procedimentos de acolhimento e documentos de apoio, em construção;
- Promover a discussão com os pares acerca dos documentos em construção.

LOCAL: UCC Cartaxo DATA: 23/04/2019 DURAÇÃO: 40 minutos

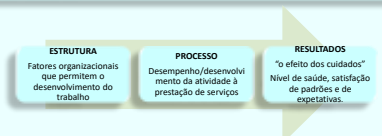
ETAPA	DURAÇÃO	CONTEÚDO	QUEM	MATERIAS E MÉTODOS
Introdução	2'	• Apresentação: • Tema • objetivos	Sílvia	• Plano de sessão
Desenvolvimento	35'	1. Qualidade 2. Qualidade em saúde 3. Processo e procedimento 4. Elementos de um procedimento 5. Apresentação do procedimento em construção e documentos anexos	Sílvia	• Data Show • Expositivo
Conclusões	3'	• Síntese	Sílvia	• Data show

Qualidade em Saúde

Qualidade em saúde é vista como a obtenção dos maiores benefícios, com os menores riscos para o cliente, benefícios estes que se definem em função do alcançável de acordo com os recursos disponíveis e os valores sociais existentes. Em saúde a qualidade está orientada para as **necessidades, eficiência, eficácia, efetividade e equidade**, e tem como objetivo a **melhoria contínua dos cuidados** (Donabedian, 1988)

O autor refere que a avaliação e promoção da qualidade, só é possível devido às relações existentes entre os três componentes – **estrutura, processo e resultado**.

"boa estrutura aumenta a probabilidade de um bom processo, e um bom processo aumenta a probabilidade de um bom resultado" (Donabedian, 1988)



ESTRUTURA
Fatores organizacionais que permitem o desenvolvimento do trabalho

PROCESSO
Desempenho/desenvolvimento da atividade à prestação de serviços

RESULTADOS
"o efeito dos cuidados"
Nível de saúde, satisfação de padrões e de expectativas.

Qualidade

Qualidade
Juran – é a adequação dos bens ou serviços à sua finalidade ou uso. Juran, 1948
Deming – É tudo aquilo que melhora o produto do ponto de vista do cliente.
É algo que tem que mudar constantemente, visto que o ponto de vista do cliente também muda.
Donabedian – a qualidade é um conjunto de propriedades de um serviço, que o tornam adequado à missão de uma organização concebida como resposta às necessidades e expectativas dos seus clientes. Donabedian, 1980

Qualidade
Características do produto e do serviço que correspondem à necessidade do cliente.

RELAÇÃO

EXPECTATIVA ↔ REALIDADE

E = R QUALIDADE
E > R EXCELENCIA
E < R FRUSTRAÇÃO (insatisfação)

A satisfação dos clientes é um dos principais indicadores da qualidade dos serviços de saúde, a satisfação destes ocorre quando as suas necessidades e expectativas se encontram satisfeitas. (Cruz e Moreira, 2016)

Qualidade em Saúde

A necessidade de um **sistema de Qualidade** foi identificada pela OMS Europa, na declaração "Saúde para todos no ano 2000"; Meta 31.0ª **Agenda Europeia de Saúde**, realizada entre 1995 e 1997, e pelo Conselho da Europa na sua recomendação 17/79 do Conselho de Ministros.

A organização mundial de saúde (OMS) entende como **cuidados de saúde de qualidade** os que contemplam um elevado grau de excelência profissional, com riscos mínimos, com resultados de saúde para os clientes e com eficiência na utilização dos recursos ('world health organization' (WHO), 2006).

Qualidade em Saúde

Um dos quatro eixos do Plano Nacional De Saúde, com Revisão e extensão a 2020

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 tem, como principal missão potenciar e reconhecer a qualidade e a segurança da prestação de cuidados de saúde, para garantir os direitos dos cidadãos na sua relação com o sistema de saúde e identificar como uma das prioridades a:

Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (OE, 2015)

Estatégias

- Melhorar a qualidade clínica e organizacional
- Implementar mecanismos para a melhoria contínua da qualidade.
- Criar orientações organizacionais de integração das respostas assistenciais às necessidades dos doentes no nível de prestação de cuidados, assegurando quando necessário, a sua referenciação adequada, informação e atenção.
- Identificar e desenvolver boas práticas, privilegiando o seu reconhecimento.

https://www.igsi.gov.pt/pt/qualidade/temas/qualidade-organizacional/qualidade-na-saude.aspx

- É fundamental que o CEECP inclua na sua prática clínica **estratégias de melhoria contínua da qualidade** dos cuidados de saúde, de modo a assegurar a utilização eficiente dos recursos, mantendo elevados níveis de qualidade e segurança necessária
- Orientar respostas adequadas, de forma personalizada, de qualidade e em proximidade, focadas na prevenção de saúde, no gestão de risco, na prevenção de danos e de acidentes, nos cuidados de (re) adaptação e de suporte, integrando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e equitativos
- É essencial que privilegie o domínio da qualidade, incorpore nas suas práticas os resultados de estudos e investigações, no sentido do desenvolvimento das competências, aperfeiçoamento das práticas clínicas, incorporando sustentada nos perfis de saúde e na melhoria dos resultados em saúde. (Direito dos enfermeiros, 2016)

A qualidade deve ser assegurada por processos e procedimentos específicos, desenhados para cada organização

Processo

Conjunto de procedimentos que transformam entradas (inputs) em resultados (saídas/outputs) e deste modo acrescentam valor.

- ▶ "O que" Fazer

Procedimento

Forma de realizar atividades e ativar os processos, especificando o seu controlo, tendo em atenção a sequência de tarefas, detalhes e responsabilidades, os equipamentos e os documentos a utilizar para uma boa gestão. É a forma específica de executar uma atividade ou processo.

- ▶ "como" Fazer

Sistema de Gestão da Qualidade

- ▶ Ferramenta que traz controlo e padronização dos processos;
- ▶ Permite a avaliação da eficácia das ações tomadas.
- ▶ Conjunto de elementos interligados, que funcionam como uma engrenagem para atender à política da qualidade e aos objetivos da organização.

Princípios da gestão da qualidade

1. O cliente é o foco
2. Liderança
3. Envolvimento das pessoas
4. Abordagem por processos
5. Abordagem da gestão como um sistema
6. Melhoria contínua – PDCA
7. Abordagem factual para a tomada de decisão
8. Gestão pelo relacionamento

Implementar procedimentos

Envolver todos os profissionais na elaboração de todos os procedimentos

Reuniões periódicas
Treino e acompanhamento

Os procedimentos devem estar sempre acessíveis

Melhora a competitividade e a comunicação entre pares

Diminui o desperdício em recursos

Evita a duplicação no trabalho

Os procedimentos podem ser:

- Operacionais/Chave** (relacionados com a missão da organização)
- Supporte** Apoiam os processos chave
- Gestão** Garantem o desenvolvimento da Qualidade

Melhoria contínua da qualidade

Um método de Gestão

Deming (1986)

Melhoria contínua da qualidade

- Planear **Definição do problema**
- **DO** (Executar) **Executar o Plano de Ação**
- **Check** (Verificar)
- **ACT** (Agir)

É uma técnica simples que visa o controlo do processo, podendo ser usada de forma contínua para a gestão das atividades de uma organização.

Construção de um procedimento

- ▶ 1. Modelo
- ▶ 2. Destinatários
- ▶ 3. Título
- ▶ 4. Conteúdo
- ▶ 5. Notas e avisos
- ▶ 6. Ser rastreável (o documento deve estar rastreável com títulos e tópicos)
- ▶ 7. Descrição completa
- ▶ 9. Resposta a 5 perguntas, quem faz, o quê, onde, quando e como.
- ▶ 8. Histórico
- ▶ 10. Efetuar testes

UCC				Código	
Cartão				Aprovado e	
Unidade	Acolhimento do utente na ECCI			Revista e	
Página				Valida até:	
Processo procedimental	Clinica	x	Formação	Elaborado por:	
	Administrativo		Serviço de apoio	Doutorados: Equipa de Enfermagem de ECCI	

ASSUNTO: Acolhimento de utente na ECCI
OBJETIVO: Uniformizar intervenções de enfermagem no acolhimento à pessoa integrada em ECCI

► Critérios

As pessoa em situação de dependência funcional transitória ou prolongada, que não se podem deslocar de forma autónoma, cujo critério de referenciação assenta na fragilidade, limitação funcional grave, condicionada por fatores ambientais, com doença severa, em fase avançada ou terminal, ao longo do ciclo de vida, que reúnem condições no domicílio que permitam a prestação dos cuidados continuados integrados que requerem:

- e) Frequência de prestação de cuidados de saúde superior a 1 vez por dia, ou, prestação de cuidados de saúde superior a 1 hora e 30 minutos por dia, no mínimo de 3 dias por semana;
- f) Cuidados além do horário normal de funcionamento da equipa de saúde familiar, incluindo fins-de-semana e feriados;
- g) Complexidade de cuidados que requiera um grau de diferenciação ao nível da reabilitação;
- h) Necessidades de suporte e capacitação ao cuidador informal. (ORIENTAÇÃO TÉCNICA Nº 1/CNCHNCCI/2017)

► ENQUADRAMENTO:

- ◊ A Equipa de Cuidados Continuados Integrados têm como principal objetivo a "prestação de serviços domiciliários (...) a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescência, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se de forma autónoma" (Decreto-Lei nº101/2006, p.3862).
- ◊ Assegura respostas em diversas áreas, tais como: Cuidados domiciliários de saúde, de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e ações paliativas, sendo as visitas das profissionais programadas, regulares e têm por base necessidades clínicas detetadas pela equipa (Ministério da Saúde, 2007).
- ◊ A ECCI do Cartaxo, dirige a sua intervenção a pessoas em situação de dependência, incluindo os cuidadores informais, que necessitam de cuidados continuados de saúde e de apoio social, de natureza preventiva, reabilitadora ou paliativa.
- ◊ A ECCI tem um papel fundamental, quer na prestação de cuidados à pessoa dependente, quer na capacitação dos cuidadores informais. Tornando assim, possível a prestação de cuidados continuados a pessoas dependentes, o apoio e capacitação dos seus cuidadores informais no seu contexto domiciliário.

PROCEDIMENTO

► Admissão em ECCI

1. A lista de utentes que "aguardam ação" deve ser consultada na Gestcare CCI no início e final do dia. A admissão do utente deve ser efetivada no prazo de 1 dia útil (Artigo 21.º portaria 50/2017).
2. Considera-se que a pessoa é admitida em ECCI a partir do momento em que na plataforma GestCare® CCI, o enfermeiro altera o estado do episódio para "admissão efetivada".
3. Após "admissão efetivada", procede-se à recolha de dados do utente nas plataformas GestCare® CCI, Clínico utilizando a estratégia de identificação inequívoca de acordo com a Orientação nº 18/2011 da DGS.
4. O "Gestor de Caso" associa o utente à ECCI no Clínico e efetua respetivos registos.
5. Inicia-se o preenchimento do instrumento de avaliação inicial.

ACOLHIMENTO

- ◊ O acolhimento prende-se com a relação estabelecida com a pessoa/família/cuidador informal, que se inicia no momento da admissão e tem como principal objetivo a transmissão de confiança, tendo em vista a participação destes, nas decisões relativas aos seus cuidados. O primeiro contacto é, na maioria das vezes, determinante para a relação terapêutica que se irá estabelecer ao longo do processo assistencial (Silva, 2010).
- ◊ O termo acolhimento excede a noção de primeiro contacto ou receção, este permite o sentimento de envolvimento na equipa multidisciplinar, através da permanente troca de informação, favorecendo assim a criação de relações calorosas, personalizadas e de confiança. Desta forma, um acolhimento eficaz vai fomentar o sentimento de confiança (Torgo, 2004).
- ◊ O acolhimento deve ser considerado, não como um ato pontual, mas sim como uma atitude que vai sendo desenvolvida ao longo do processo de cuidados e que, de certa forma, permite amenizar medos, ansiedade e insegurança (Silva 2010). Segundo Formarier (1984), cit. por Silva, (2010, p. 32), "o acolhimento é uma atitude permanente que visa ir ao encontro do outro para passar do seu estado de estranho ao de companheiro".
- ◊ Para além de favorecer a integração da pessoa processo terapêutico, a boa prática de Acolhimento é um princípio inerente à qualidade dos cuidados prestados por qualquer organização de saúde.

PROCEDIMENTO

► Planeamento de visita domiciliária

1. De acordo com as informações reunidas define-se o "Gestor de Caso", sendo no entanto possível ser alterado, caso se justifique, após a avaliação da pessoa.
2. A visita domiciliária é planeada no prazo máximo de 48 horas. Antes de realizar a mesma, o enfermeiro efetua contato telefónico com utente/família/cuidador.
3. Informal, para agendar o primeiro contacto e validar os dados relativos à localização do domicílio.
4. Providência toda a documentação relativa ao primeiro contato:
 - Instrumento de avaliação inicial;
 - Guia de acolhimento de ECCI;
 - Cartão de contactos da unidade;
 - Folheto de direitos e deveres dos utente;
 - Folheto de ajudas técnicas, caso se justifique (Anexo V) e
 - Documento para PII.

PROCEDIMENTO

▶ **Realização de primeira visita domiciliar**

1. A primeira visita domiciliar deve ser preferencialmente realizada por dois profissionais de saúde, sendo um dete o "Gestor de Caso".
2. O enfermeiro apresenta-se à pessoa/família/cuidador informal identificando-se pelo seu nome e referindo o nome do Gestor de Caso.
3. Apresenta a ECCI: missão, valores, funcionamento, objetivos e equipa.
4. Entrega o guia de acolhimento e cartão de contactos.
5. Entrega o folheto de direitos e deveres dos utentes à pessoa/família/cuidador informal.
6. Entrega o folheto de ajudas técnicas, ou outros caso se justifique à pessoa/família/cuidador informal.
7. Dá continuidade à colheita de dados da pessoa/cuidador informal, com recurso ao **instrumento de avaliação inicial**.
8. Negocia com a pessoa/cuidador informal, os principais **objetivos da intervenção da ECCI – Inicia PIV**.
9. Negocia com pessoa/cuidador informal, a **regularidade prevista de VD** de acordo com a avaliação das necessidades e objetivo definidos para a situação atual.

PROCEDIMENTO

Elaboração de Plano Individual de Intervenção (PII)

- ▶ A abordagem ao utente deve assegurar a prestação de cuidados de saúde, baseada numa planificação de objetivos partilhados.
- ▶ Esta abordagem implica:
 - ▶ Envolvimento do utente/família/cuidador informal e equipa multidisciplinar na elaboração do seu Plano Individual de Intervenção;
 - ▶ Respostas organizadas e flexíveis de acordo com as necessidades e preferências dos utentes;
 - ▶ A elaboração do PII é coordenada pelo GC, com a participação de todos os profissionais envolvidos utilizando o impresso próprio.
- ▶ Após a sua elaboração deve-se entregar uma cópia ao utente/família/cuidador informal.

PROCEDIMENTO

▶ **Após primeira visita domiciliar**

1. O Gestor de Caso articula com o médico ou outro profissional de saúde para que efetue um contato multidisciplinar dentro de 48 após a associação da pessoa ao programa ECCI em SClínico.
2. Na situação em que a pessoa tenha sido referenciada para a ECCI por outra unidade, que não a sua USF ou UCSF, o enfermeiro informa a respetiva equipa de saúde da admissão do utente em ECCI, através de email e solicita ao médico a reconciliação da medicação, agindo em conformidade com a Norma nº18/2016 e elabora folha de apoio à gestão de regime medicamentoso, para facultar à pessoa/cuidador informal.
3. O enfermeiro atualiza os dados da pessoa admitida no plano semanal e procede ao agendamento da próxima VD no SClínico.
4. O enfermeiro regista no SClínico em campo de notas gerais a data de admissão da pessoa em ECCI e identifica o "Gestor de Caso".
5. Em programa de saúde seleciona o programa "Dependentes" e outros associados às necessidades da pessoa (tratamento de feridas, reabilitação, saúde mental etc).
6. O enfermeiro realiza os registos em avaliação inicial.
7. O enfermeiro avalia se utente cumpre PNV, planeta ou articula com a equipa de saúde a atualização de PNV.
8. O Gestor de Caso realiza os registos na plataforma da GestCare® CCI de acordo com a Orientação-Técnica NP2 da CNCRNCC de 27-fev-de-2017.

Documentos em construção/validação	Documentos de apoio
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Instrumento de avaliação inicial ▶ Guia de acolhimento de ECCI ▶ Folheto de direitos e deveres dos utentes ▶ Folheto de ajudas técnicas ▶ Documento para PII ▶ Registo de regime medicamentoso ▶ Folheto de registos de continuidade de cuidados ▶ Folheto de registos diários de enfermagem 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Orientação técnica nº1 da CNCRNCC/2017 - Atualização do processo de referenciação, Portaria nº 50/2017, de 2 de fevereiro ▶ Orientação Técnica NP2 da CNCRNCC de 27-fev-de-2017 - Implementação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde/Modelo de funcionamento adaptado à Norma de Informação de Saúde Nacional de Cuidados Continuados Integrados (CCCI-CCI) ▶ Portaria 50/2017 - Portaria que procede à segunda alteração à Portaria nº 174/2014, de 15 de setembro, alterada pela Portaria nº 289/2016, de 17 de setembro ▶ Norma nº18/2016 DSS - Reconciliação da medicação ▶ Orientação nº 18/2011 DSS - Medicamentos e procedimentos de identificação, inquérito dos doentes, em instituições de saúde

PROCEDIMENTO

▶ **Após primeira visita domiciliar**

1. O "Gestor de Caso" efetua respetivos registos no SClínico, além de outros focos de acordo com as necessidades da pessoa, devem ser evidenciados os seguintes focos:
 - ▶ Autocuidado
 - ▶ Gestão do regime terapêutico
 - ▶ Papel do prestador de Cuidados
 - ▶ Stress do prestador de cuidados
 - ▶ Dor
 - ▶ Risco de Úlcera de Pressão
 - ▶ Risco de Queda
 - ▶ Gestão do Regime Terapêutico

O Gestor de Caso deve mensalmente avaliar todos os focos de atenção, no que se refere a feridas e UFP a avaliação deve ser semanal, o Gestor de Caso de definir o dia da semana em que faz esta avaliação.

A UCC Cartaxo ao implementar o procedimento do acolhimento do utente na ECCI está a contribuir para a uniformização do processo assistencial, equidade e acesso adequados aos cuidados de saúde e capacitação da pessoa/família/cuidador informal.

O grande desafio para todos os profissionais da área de saúde é: Avaliar e consequentemente melhorar a qualidade dos cuidados. Assegurar a todos os utilizadores, o acesso a cuidados de qualidade, em tempo útil e com custos adequados. (Reiva, 2008)

ANEXO VIII – Convite para sessão de formação nº 2

Convite

- No âmbito do desenvolvimento do Estágio de Intervenção Comunitária a desenvolver na UCC Cartaxo, a enfermeira Sílvia Gaspar vem convidar os profissionais da unidade a participar num momento de partilha e discussão, cujo tema é “Protocolo de Scoping Review - ***“O contributo do acolhimento de enfermagem para a qualidade dos cuidados prestados à pessoa no contexto domiciliário”***”.
- A realizar no dia 04 de junho na sala de reuniões do CS do Cartaxo, pelas 14,30 h.
- Conto com a sua participação.

ANEXO IX – Diapositivos da sessão de formação nº 2

**Projeto de Estágio de Intervenção Comunitária
ACOLHIMENTO DA PESSOA NA ECCI**



O contributo do acolhimento de enfermagem para a qualidade dos cuidados à pessoa no contexto domiciliário.

**REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA
A Scoping Review**

- A Revisão Sistemática de Literatura (RSL) constitui-se na atualidade como um dos instrumentos essenciais à afirmação da Enfermagem baseada na evidência (científica), que em associação com a experiência profissional e o valor atribuído à centralidade da pessoa quanto às suas preferências e valores, permite sustentar uma prática baseada na evidência (PBE).
- Como empreendimento científico, uma revisão sistemática influenciará as decisões de saúde e deverá ser conduzida com o mesmo rigor esperado em toda a investigação (pesquisa).
- Atualmente existem 10 opções para o desenvolvimento da Revisão Sistemática de Literatura (RSL):
 - ❖ *Scoping reviews*

José Amândio
RN | MSc | PhD | Pós-Doc em Enfermagem

PLANO DE SESSÃO

MENTORADA: Sílvia Gaspar

TEMA: O contributo do acolhimento de enfermagem para a qualidade dos cuidados prestados à pessoa no contexto domiciliário. Promover a reflexão acerca das estratégias de acolhimento promotoras da qualidade dos cuidados.

OBJETIVO DA APRESENTAÇÃO: Apresentar a metodologia e os resultados do Scoping Review.

LOCAL: UCC Cascaes **DATA:** 04/06/2019 **DURAÇÃO:** 30 minutos

ETAPA	DURAÇÃO	CONTEÚDO	QUEM	MATERIAS E METODOS
Introdução	2'	• Apresentação: • Tema • Objetivos	Moderador	• Plano de sessão
Desenvolvimento	20'	1. Background 2. Objetivo do scoping review 3. Incluição/critérios 4. Initial search strategy 5. Appraisal instrument 6. Study selection 7. Data collection	Sílvia Gaspar	• Data show • Expositivo
Conclusões	8'	• Data synthesis • Implicações para o futuro	Sílvia Gaspar	• Data show • Expositivo

**REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA
Scoping Review**

Este Protocolo organiza-se em torno dos seguintes campos de conteúdo, assumindo a estrutura proposta pelo JBI.


- Review Title**
O contributo do acolhimento de enfermagem para a qualidade dos cuidados prestados à pessoa no contexto domiciliário.
- Reviewers**
Sílvia Gaspar
Irene Santos
- Review question**
Quais as estratégias de enfermagem no acolhimento à pessoa no contexto domiciliário, que contribuem para a qualidade dos cuidados?
- Objective**
Identificar quais as estratégias de enfermagem no acolhimento à pessoa no contexto domiciliário, que contribuem para a qualidade dos cuidados.
- Key word (Mesh Descriptors):**
Passam a ser designadas por descritores Mesh as palavras-chave: Nurs*; Patient admission and Quality of Health Care, validadas na Mesh Browser: 2019.

José Amândio
RN | MSc | PhD | Pós-Doc em Enfermagem

O contributo do acolhimento de enfermagem para a qualidade dos cuidados prestados à pessoa no contexto domiciliário.

Protocolo de Scoping Review

A PBE é o uso consciente, explícito e judicioso da melhor evidência atual para a tomada de decisão sobre o cuidar individual do doente (Atallah & Castro, 1998)




A PBE sustenta-se num tripé que considera:
- a síntese da melhor evidência externa ou de pesquisa,
- a experiência do profissional e
- os valores e preferências da pessoa, isto é, centrada na pessoa e na família. (José Amândio, 2018)

É essencial que o EEECS privilegie o domínio da qualidade, incorpore nas suas práticas os resultados de estudos e investigações, no sentido do desenvolvimento das competências, aperfeiçoamento das práticas clínicas. (Peters dos enfermeiros, 2015)

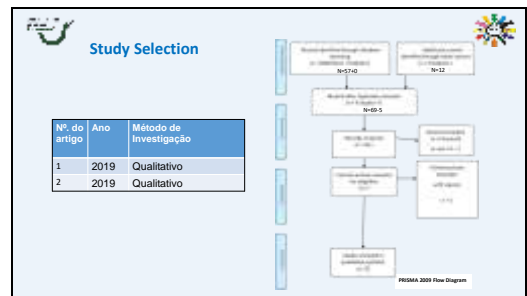
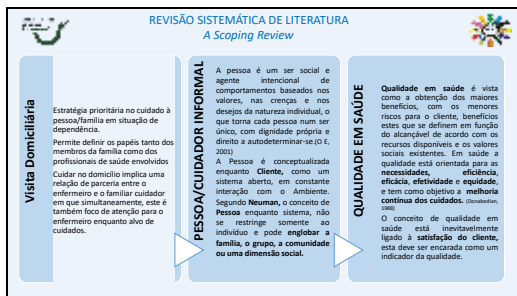
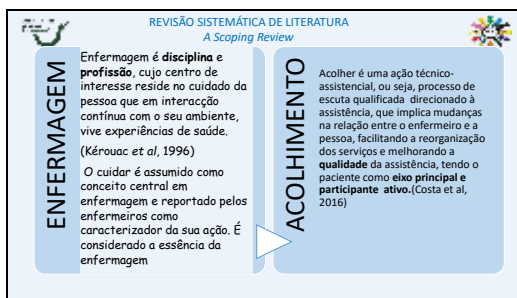
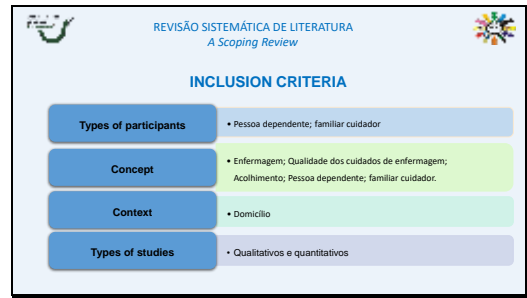
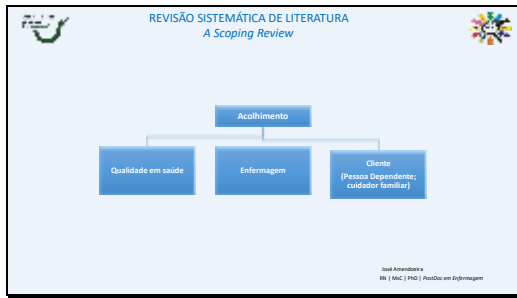
**REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA
A Scoping Review**

Conteúdos:

1. Background
2. Mapa conceptual
3. Inclusion criteria
4. Initial search strategy
5. Appraisal instruments
6. Study selection
7. Data collection
8. Data synthesis
9. Implicações para o futuro



José Amândio
RN | MSc | PhD | Pós-Doc em Enfermagem



REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA
A Scoping Review

Data collection

Os dados foram colhidos através de um instrumento "Data extraction instrument", que é constituído por 9 questões.

Impact of Home Care Admission Nurses' Goals on Electronic Health Record Documentation Strategies at the Point of Care

O objetivo foi identificar as estratégias de documentação do Registo Eletrónico de Enfermagem, dos enfermeiros de visita domiciliar e como seus objetivos afetam essas estratégias.

Autores: Xueji Yang, PhD, Ellen J. Bassi, PhD, Kathryn M. Owens, PhD, RN, FAAN, FACM, Patricia S. Sockoline, DPH, MS, MBA 2019 Pensilvânia

Understanding experience of patients and family caregivers in the Mayo Clinic Care Transitions program: a qualitative study

O objetivo foi entender as experiências de pacientes e cuidadores que atualmente ou recentemente estavam no programa Mayo Clinic Care Transitions (MCCT) e aplicar esse conhecimento para melhorar o programa clínico.

Realizou-se um estudo qualitativo com pacientes e cuidadores, bem como profissionais de saúde.

Investigadores entrevistaram: 17 Pacientes e nove de seus cuidadores sobre sua experiência com o programa Mayo Clinic Care Transitions (MCCT) e 8 Prestadores de cuidados de saúde descreveram experiências do programa MCCT.

Autores: Paul Y Takahashi, Dawn M Fazio, Stephanie M Gagli, Lynn Stöberl-Hagen, Auhik Kumbhani, Ashley K Kemp, Joann M Griffin 2019 USA

DATA SYNTHESIS

ESTRATÉGIAS DA ENFERMAGEM

Um objetivo importante do processo de admissão inclui documentar o Start of Care (início de cuidados) que deve contemplar a realização e discussão do plano de cuidados incluindo a intervenção multidisciplinar (serviços necessários, como fisioterapia e assistência social), **agendamento visita futura, padões de e reconciliação de medicação.** (Yang et al., Takahashi,et al., 2019)

É durante a primeira visita domiciliar que o enfermeiro deve iniciar a **educação para a saúde**, devendo abordar temas como: **conhecimento sobre a doença, auto cuidado e gestão do regime terapêutico.** A **capacitação da pessoa e cuidador** foi considerada como **contributo importante para a envolvimento no plano de cuidados.** (Yang et al., Takahashi,et al., 2019)

As instituições prestadoras de cuidados de saúde, através das comissões da qualidade e segurança, criadas pelo Despacho nº 3635/2013, de 27 de fevereiro, devem promover a implementação do processo de **reconciliação da medicação.** (DGS, 2016)

DATA SYNTHESIS

Quais as estratégias de enfermagem no acolhimento à pessoa no contexto domiciliário, que contribuem para a qualidade dos cuidados?

Colocar os pacientes no **centro do atendimento** e conectá-los em sua própria casa tem um **efeito poderoso** tanto para o paciente quanto para o cuidador. (Takahashi,et al., 2019: 26)

Processo de cuidados, é um processo de interação onde o centro é a pessoa e onde o profissional possui os conhecimentos específicos que lhe permitem diagnosticar e planejar o trabalho, que ele próprio executa e controla. (Amendolara, 2000, 2003, 2006)

A pessoa deve ser vista como **central no sistema de saúde.** (Juri, 1978)

A pessoa dependente e seu cuidador **valorizam** o fato dos cuidados de enfermagem serem **centrados na pessoa** e a capacidade que os enfermeiros têm de dar resposta a questões de saúde e não relacionadas à saúde que afetam a qualidade de vida da pessoa. (Takahashi,et al., 2019)

O **acolhimento** deve ser uma ferramenta para **humanização** dos serviços de saúde, com qualificação da **escuta**, favorecimento à construção de vínculos e à **garantia de acesso** à população, o que pressupõe a **responsabilização** dos profissionais pelo cuidado prestado. (Costa et al., 2016)

DATA SYNTHESIS

ESTRATÉGIAS DA ENFERMAGEM

Os autores destacam que a colheita de dados na **primeira visita** consome **muito tempo**, pelo menos 1 hora, a média de tempo gasto na primeira visita domiciliar no estudo em análise, foi de, 56,7 minutos.

A **pessoa após a alta hospitalar** geralmente **necessita de descansar**, e tendo em consideração que o domicílio é o espaço privado, **não é apropriado ficar muito tempo.** (Yang et al., 2019)

Deve encontrar-se **alternativas de registo rápido durante a colheita de dados**, como por exemplo, esboçar uma ideia e preencher os dados completos **mais tarde.** Recolher dados em suporte de papel e posteriormente transferir para plataformas informáticas é segundo os autores do artigo uma estratégia que contribui para a **precisão dos dados**, assim como também contribui para o **desenvolvimento do pensamento crítico do enfermeiro.** (Yang et al., 2019: 50)

Completar dados após a VD, pode ajudar a **reduzir o tempo gasto** na casa da pessoa, uma consideração importante na primeira visita domiciliar. (Yang et al., 2019: 50)

DATA SYNTHESIS

ESTRATÉGIAS DA ENFERMAGEM

Cuidadores apreçaram a **comunicação** e capacidade para **escutar**, fornecida na visita domiciliar, o **tempo** e a disponibilidade dos enfermeiros para **entender** as suas necessidades e sentiram que as visitas domiciliares lhes davam paz de espírito. (Takahashi,et al., 2019)

É fundamental que o enfermeiro tenha em conta que, a atitude de **escuta** é sobretudo perceptível no comportamento **não verbal do ajudante.** A **observação** e a **escuta** são dois fenómenos complementares e intimamente ligados. São essenciais ao estabelecimento de uma comunicação enfermeiro-pessoa (Phelan, 2005)

Os enfermeiros devem consolidar uma **parceria com os cuidadores informais**, valorizando-os e dando-lhe **suporte** nos cuidados, **capacitando a pessoa e a sua família** sobre como lidar com as situações de doença com as quais se deparam, que são potencialmente geradoras de conflitos e tensões. (Rocha,et al.,2008)

"Não é possível **cuidar sem comunicar**, torna-se fundamental que os enfermeiros desenvolvam **competências comunicativas** que lhe permitam, no seu quotidiano enquanto cuidadores por excelência, **garantir a eficácia** da comunicação que estabelecem ou mantêm com as pessoas em situação de cuidados" (Coelho, 2013)

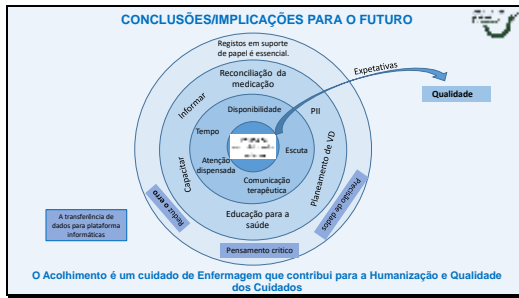
DATA SYNTHESIS

ESTRATÉGIAS DA ENFERMAGEM

As estratégias de **auxílio-memória** são úteis para alcançar múltiplos objetivos de enfermagem. Por exemplo, **tomar notas das medidas da ferida na casa do paciente em papel** e documentá-las **posteriormente** pode ajudar a garantir a **precisão dos dados**, reduzir o tempo gasto na casa do paciente. (Yang et al., 2019: 50)

Rever os **dados** colhidos na visita domiciliar, no momento da transferência destes dados para a plataforma informática, **permite ao enfermeiro identificar respostas ausentes, incorretas ou incompletas.** O que contribui para melhorar a **qualidade** da documentação (Yang et al., 2019).

A **documentação total** após sair da casa da pessoa pode introduzir problemas relacionados à memória em relação aos detalhes da admissão, **permitir erros e omissões.** (Yang et al., 2019: 40)




REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA

A Scoping Review

É urgente sustentar a prática clínica da enfermagem, baseada na evidência e no conhecimento científico mais atual, como contributo para a segurança e qualidade dos cuidados prestados.

A prática clínica baseada na evidência, que coloca a pessoa na centralidade dos cuidados contribui para a qualidade dos cuidados em saúde e satisfação do cliente.

ANEXO X – Procedimento de Acolhimento do Enfermeiro à Pessoa Integrada em ECCI

	UCC Cartaxo			Código:	
				Aprovado a:	18 de junho de 2019
Versão: 1	Acolhimento do utente na ECCI			Revisto a:	
Páginas: 7				Valido até:	Junho de 2020
Tipo de procedimento	Clinico	X	Formação	Elaborado por: Sílvia Gaspar	
	Administrativo		Serviço de apoio	Destinatários: Equipa de Enfermagem de ECCI	

ASSUNTO: Acolhimento de utente na ECCI

OBJETIVO: Uniformizar intervenções no acolhimento do utente admitido em ECCI

ENQUADRAMENTO:

A ECCI é da responsabilidade das unidades de cuidados de saúde primários (CSP) e das entidades de apoio social para a prestação de serviços domiciliários. Têm como principal objetivo a “prestação de serviços domiciliários (...) a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar-se de forma autónoma” (Decreto-Lei nº101/2006, p.3862).

A ECCI assegura respostas em diversas áreas, tais como: Cuidados domiciliários de saúde, de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e ações paliativas, sendo as visitas das profissionais programadas, regulares e têm por base necessidades clínicas detetadas pela equipa (Ministério da Saúde, 2007). A ECCI do Cartaxo, dirige a sua intervenção a pessoas em situação de dependência, incluindo os cuidadores informais, que necessitam de cuidados continuados de saúde e de apoio social, de natureza preventiva, reabilitadora ou paliativa.

A ECCI tem um papel fundamental, quer na prestação de cuidados à pessoa dependente, quer na capacitação dos cuidadores informais. Tornando assim, possível a prestação de cuidados continuados a pessoas dependentes, o apoio e capacitação dos seus cuidadores informais no seu contexto domiciliário.

Critérios

Pessoas em situação de dependência funcional transitória ou prolongada, que não se podem deslocar de forma autónoma, cujo critério de referenciação assenta na fragilidade, limitação funcional grave, condicionada por fatores ambientais, com doença severa, em fase avançada ou terminal, ao longo do ciclo de vida, que reúnam condições no domicílio que permitam a prestação dos cuidados continuados integrados que requeiram:

- a) Frequência de prestação de cuidados de saúde superior a 1 vez por dia, ou, prestação de cuidados de saúde superior a 1 hora e 30 minutos por dia, no mínimo de 3 dias por semana;
- b) Cuidados além do horário normal de funcionamento da equipa de saúde familiar, incluindo fins-de-semana e feriados;
- c) Complexidade de cuidados que requeira um grau de diferenciação ao nível da reabilitação;
- d) Necessidades de suporte e capacitação ao cuidador informal (ORIENTAÇÃO TÉCNICA Nº 1/CNCRNCCI/2017) (Anexo I)

PROCEDIMENTO:

1- Admissão em ECCI

A lista de utentes que “aguardam ação” deve ser consultada na Gestcare CCI no início e final do dia, sendo da responsabilidade do enfermeiro da equipa referenciadora. A admissão do utente deve ser efetivada no prazo de 1 dia útil (Artigo 21.º portaria 50/2017). (Anexo II)

Antes da mesma deve-se realizar o contato telefónico com a pessoa e ou familiar cuidador, para agendar a primeira VD e validar os dados relativos à localização do domicílio de acordo com a estratégia de identificação inequívoca de acordo com a Orientação nº 18/2011 da DGS. (Anexo III)

Considera-se que a pessoa é admitida em ECCI a partir do momento em que na plataforma GestCare® CCI, o enfermeiro altera o estado do episódio para “admissão efetivada”.

Após “admissão efetivada”, procede-se à recolha de dados do utente nas plataformas GestCare® CCI, SClinico utilizando a estratégia de identificação inequívoca de acordo com a Orientação nº 18/2011 da DGS (Anexo III)

E inicia-se o preenchimento do instrumento de avaliação inicial (Apêndice I)

2-Planeamento de visita domiciliária

- a. A vista domiciliária é planeada no prazo máximo de 48 horas após a admissão na Gestcare CCI .
- b. Antes de realizar a VD deve providenciar-se toda a documentação relativa ao primeiro contato:
 1. Instrumento de avaliação inicial (Apêndice I);
 2. Guia de acolhimento de ECCI (Apêndice II);
 3. Folheto de direitos e deveres dos utentes (Apêndice III);
 4. Folheto de produtos de apoio (Apêndice IV);
 5. Folheto de registos de continuidade de cuidados (Apêndice V);
 6. Outros folhetos de informação complementar que se adequam às necessidades da pessoa;
 7. Instrumento de apoio à gestão de regime medicamentoso (Apêndice VI);
 8. Documento para PII (Apêndice VII).

3- Realização de primeira visita domiciliária

- a. A primeira visita domiciliária deve ser preferencialmente realizada por dois profissionais de saúde.
- b. O enfermeiro apresenta-se à pessoa/familiar cuidador, identificando-se pelo seu nome.
- c. Apresenta a ECCI: missão; valores; funcionamento; objetivos e equipa.
- d. Entrega o guia de acolhimento e cartão de contactos.
- e. Entrega o folheto de direitos e deveres dos utentes à pessoa e ou família cuidador.
- f. Entrega o folheto informação a cerca dos produtos de apoio, caso se justifique à pessoa/família/cuidador informal.

- g. Entrega o folheto de Registo de continuidade de cuidados.
- h. Dá continuidade à colheita de dados relativa à pessoa, familiar e ou cuidador, com recurso ao **instrumento de avaliação inicial**;
- i. Negoceia com a pessoa e ou cuidador familiar, os principais **objetivos da intervenção da ECCI – Inicia PII**;
- j. Negoceia com pessoa e ou cuidador familiar, a **regularidade prevista de VD** de acordo com a avaliação das necessidades e objetivo definidos para a situação atual.

4- Após primeira visita domiciliária

- a. O enfermeiro associa o utente à lista de ECCI no SClinico (passando a sombreado de azul)
- b. O enfermeiro articula com o médico e/ou outro profissional de saúde para que efetue um RAC multidisciplinar dentro de 48 após a associação da pessoa ao programa ECCI em SClinico.
- c. O enfermeiro informa a respetiva equipa de saúde da admissão do utente em ECCI, através de *email* e solicita ao médico a reconciliação da medicação, agindo em conformidade com a Norma nº18/2016 (Anexo IV) e elabora folha de apoio à gestão de regime medicamentoso a pessoa/cuidador familiar.
- d. O enfermeiro atualiza os dados da pessoa admitida no plano semanal de VD e procede ao agendamento da próxima VD no SClinico.
- e. O enfermeiro efetua no SClinico os respetivos registos:
 - O enfermeiro regista em campo de notas gerais data de admissão da pessoa em ECCI e identifica o enfermeiro Gestor de Caso”.
 - Em programa de saúde seleciona o programa “Dependentes” e outros associados às necessidades da pessoa (tratamento de feridas, reabilitação, saúde mental etc.);
 - O enfermeiro realiza os registos em avaliação inicial;
 - O enfermeiro avalia se utente cumpre PNV, planeia ou articula com a equipa de saúde a atualização de PNV.
 - Além de outros focos de acordo com as necessidades da pessoa, os registos devem evidenciar os seguintes focos:
 - Autocuidado
 - Gestão do regime terapêutico
 - Papel do prestador de Cuidados
 - *Stress* do prestador de cuidados
 - Dor
 - Risco de Ulcera de Pressão
 - Risco de Queda
 - Gestão do Regime Terapêutico
- f. O enfermeiro realiza os registos na plataforma da GestCare® CCI de acordo com a Orientação-Técnica-Nº2-da-CNCRNCC-de-27-fev-de-2017 (Anexo V)

5- Elaboração de Plano Individual de Intervenção (PII)

A abordagem ao utente deve assegurar a prestação de cuidados de saúde, baseada numa planificação de objetivos partilhados.

Esta abordagem implica:

- Envolvimento da pessoa/cuidador familiar e equipa multidisciplinar na elaboração do seu Plano Individual de Intervenção;
- Respostas organizadas e flexíveis de acordo com as necessidades e preferências dos utentes/ familiar/cuidador informal;
- A elaboração do PII é coordenada pelo GC, com a participação de todos os profissionais envolvidos utilizando o impresso próprio.
- Após a sua elaboração deve se entregue uma cópia à pessoa/cuidador familiar.

Siglas:

CCI – Cuidados Continuados Integrados

CI – Consentimento Informado

CNCRNCCI – Comissão Nacional de Coordenação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECL – Equipa Coordenação Local

ECR – Equipa de Coordenação Regional

ER´s – Equipas Referenciadoras

CNCRNCCI - Comissão Nacional de Coordenação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

GC – Gestor de Caso

MFSSSESS .- Ministérios das Finanças, da Saúde e da Solidariedade, Emprego e Segurança Social

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

UCC – unidade Cuidados na Comunidade

UCP – Unidade de Cuidados Paliativos

ULDM- Unidade Longa Duração e manutenção

UMDR – Unidade Média duração e reabilitação

UP – Ulcera de pressão

VD – Visita domiciliária

RAC – Registo administrativo

Referências bibliográficas:

CNCRNCCI, 2017. Orientação Técnica Nº 1/ de 27/02/2017 - Alterações ao processo de referenciação decorrentes da segunda alteração à Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro, alterada e republicada pela Portaria nº 50/2017, de 2 de fevereiro

CNCRNCCI, 2017. Orientação Técnica Nº 2/ de 27/02/2017 – Implementação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde/Módulos de preenchimento obrigatório no sistema de informação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (GestCare CCI)

Integrados, Unidade de Missão para os Cuidados Continuados, 2011. Manual do Prestador - Recomendações para a Melhoria Contínua. Lisboa Saúde, Direção-geral da 2016. *Norma nº 18/2016* . Lisboa. Disponível em: <file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/i023186.pdf>

Direção-geral da saúde. 2016. Orientação nº 18/2011. Lisboa. Disponível em: <file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/i021732.pdf>

Portaria nº 50/ 2017 - Introduz a classificação do grau de funcionalidade segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade alterações desde o momento da referenciação e ao longo de toda a trajetória do utente na Rede, e Saúde. Ministérios das finanças da saúde e da solidariedade Social emprego e segurança, 2017 *Diário da República, 1.ª série — N.º 24 — 2 de fevereiro de 2017*

Portaria nº 174/2014 - Introduz aperfeiçoamentos no que respeita às condições de instalação e funcionamento das unidades de internamento e define as relativas às unidades de ambulatório da RNCCI. Ministérios das finanças, da saúde e da solidariedade Social, emprego e segurança, 2014. *Diário da República, I Série. Nº 174 (10-09-2014)*, pp. 4865-4882.

APÊNDICES

APÊNDICE I
Instrumento de Avaliação Inicial



UCC Cartaxo



Unidade de Cuidados na Comunidade do Cartaxo

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM

EscaLa numérica da dor

Sem dor	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dor máxima
	0 (Sem Dor)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (Dor Máxima)

Norma Nº 09/DGCG Data: 14/06/2003

EscaLa de Braden

PERCEÇÃO SENSORIAL	Completamente limitada	1
	Muito limitada	2
	Ligeiramente limitada	3
	Nenhuma limitação	4
HUMIDADE	Pele constantemente húmida	1
	Pele muito húmida	2
	Pele ocasionalmente húmida	3
	Pele raramente húmida	4
ATIVIDADE	Acamado	1
	Sentado	2
	Anda ocasionalmente	3
	Anda frequentemente	4
MOBILIDADE	Completamente imobilizado	1
	Muito limitada	2
	Ligeiramente limitada	3
	Nenhuma limitação	4
NUTRIÇÃO	Muito pobre	1
	Provavelmente inadequada	2
	Adequada	3
	Excelente	4
FRICÇÃO E FORÇAS DE DESLIZAMENTO	Problema	1
	Problema potencial	2
	Nenhum problema	3
TOTAL		

Alto Risco de Desenvolvimento de úlceras de pressão - valor final ≤ 16

Baixo Risco de Desenvolvimento de úlceras de pressão - valor final ≥ 17



INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM

Escala de Glasgow

Parâmetros	Resposta observada	Score
Abertura ocular	Espontânea	4
	Ao estímulo verbal	3
	Ao estímulo doloroso	2
	Nenhuma resposta	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confuso	4
	Inapropriada	3
	Sons incompreensível	2
	Nenhuma resposta	1
	Resposta motora	Obedece a ordens simples
Localiza a dor		5
Movimentos de retirada		4
Flexão anormal		3
Extensão anormal		2
Nenhuma resposta		1
Total		
Score		
A classificação que varia de 3 a 8 pontos é considerada grave;		
A classificação de 9 a 12 pontos é considerada moderada;		
A classificação de 13 a 15 é considerada leve.		

Escala de quedas de Morse

Historial de quedas nos últimos 3 meses	Sim	0			
	Não	25			
Diagnostico Secundário	Sim	0			
	Não	15			
Ajuda para caminhar	Nenhuma ajuda/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas	0			
	Muletas/canadianas/bengala/andarilho	15			
	Apoia-se no mobiliário para andar	30			
Medicação e/ou heparina intravenosa	Sim	0			
	Não	20			
Marcha	Normal/acamado/imóvel	0			
	Debilidado	10			
	Dependente de ajuda	20			
Estado mental	Consciente das suas limitações	0			
	Esquece-se das suas limitações	15			
Total					
Baixo Risco	0-24	Médio risco	25-50	Alto risco	+ de 50



INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM

Escala de Barthel

ALIMENTAÇÃO	Independente	10
	Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos)	5
	Dependente	0
TRANSFERÊNCIAS	Independente	15
	Precisa de alguma ajuda	10
	Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	5
	Dependente, não tem equilíbrio sentado	0
TOALETE	Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes	5
	Dependente, necessita de alguma ajuda	0
UTILIZAÇÃO DO WC	Independente	10
	Precisa de alguma ajuda	5
	Dependente	0
BANHO	Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	5
	Dependente, necessita de alguma ajuda	0
MOBILIDADE	Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	15
	Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	10
	Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas	5
	Imóvel	0
SUBIR E DESCER ESCADAS	Independente, com ou sem ajudas técnicas	10
	Precisa de ajuda	5
	Dependente	0
VESTIR	Independente	10
	Com ajuda	5
	Impossível	0
CONTROLO INTESTINAL	Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar	10
	Acidente ocasional	5
	Incontinente ou precisa de uso de clisteres	0
CONTROLO URINÁRIO	Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho	10
	Acidente ocasional (máximo uma vez por semana)	5
	Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	0
Total		

SCORES

≤ 50 – Dependência Grave

≥ 55 - ≤ 90 – Dependência Moderada

≥ 95 – Dependência Ligeira



INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM

Escala de Sobrecarga do Cuidador (Sequeira, 2007)

Nº	Item	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?					
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente?					
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?					
4	Sente-se envergonho/a pelo comportamento do seu familiar?					
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?					
6	Considera que a situação atual afeta de forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?					
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?					
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?					
10	Vê a sua saúde ser afetada por ter de cuidar do seu familiar?					
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?					
12	Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar					
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o/a visitarem devido ao seu familiar?					
14	Acredita que o seu familiar espera que cuide dele como se fosse a única pessoa com quem pode contar?					
15	Considera que não dispõem de economias suf. para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas?					
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?					
17	Considera que perdeu o controlo da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?					
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?					
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?					
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?					
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?					
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?					

Total

Cada item é pontuado de forma qualitativa/quantitativa da seguinte forma:

Nunca = (1);
Quase nunca = (2);
Às vezes = (3);
Muitas vezes = (4) e
Quase sempre = (5).

SCORES

≥ 61 – Sobrecarga Severa

41 - 60 – Sobrecarga Moderada a Severa

21 - 40 – Sobrecarga Moderada

≤ 21 – Ausência de Sobrecarga

APÊNDICE II
Guia de acolhimento de ECCI

Como ter acesso aos cuidados pres- tados pela ECCI?

A pessoa que se encontre no domicílio deve requerer uma avaliação junto da sua unidade de saúde (enfermeiro/médico de família). Que por sua vez realiza a referenciação para a EC- CI.

Se a pessoa se encontrar numa unidade de internamento hospitalar ou na RNCCI será referenciada pela equipa de gestão de alta.



Elogios/Sugestões/Reclamações

Apelamos à sua participação de forma a melhorar a qualidade dos serviços

Deixe a sua opinião.

(Caixa de sugestões nas instalações da UCC)

Horário de Atendimento

Dias úteis 8 h - 17h30

Fins de Semana e Feriados 9 h - 13h00

Rua do Progresso, N.º 2

2070—085 Cartaxo

T. 916562727- 243 700 652

ucc.cartaxo@arslvt.min-saude.pt

ucc.cartaxo.coord@arslvt.min-saude.pt

Elaborado por Enf.

Sílvia Gaspar Revisto e

aprovado pelo CT a

18/06/2019

Revisão: .../.../....



GUIA DE ACOLHIMENTO ECCI CARTAXO



consigo!

A **Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)** constitui uma das tipologias de serviço da **Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)** e integra a **Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC)**.

Tem como **missão**:

Prestar cuidados no domicílio, centrados na reabilitação, readaptação, manutenção e conforto, a pessoas em situação de dependência, doença terminal, ou em processo de convalescença, cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar -se de forma autónoma..

A **ECCI** tem um serviço gratuito, dando resposta a um máximo de 35 utentes, na área do concelho de Cartaxo.

A **ECCI** é um serviço de proximidade que privilegia a identificação do **Gestor de Caso**, sendo este o elemento de articulação entre todos os intervenientes, facilitando a comunicação e a coordenação entre a equipa prestadora de cuidados e o utente /família.

Durante a sua integração em **ECCI** o profissional **Gestor de Caso** é:



Equipa de Cuidados Continuados Integrados do Cartaxo

Presta Cuidados de Saúde no domicílio a pessoas do concelho do Cartaxo em situação de:

- Dependência funcional transitória, decorrente de processo de convalescença ou outro;
- Dependência funcional prolongada;
- Idosos com critérios de fragilidade;
- Incapacidade grave, com forte impacto psicossocial;
- Doença severa, em fase avançada ou terminal.

Realiza sempre que necessário:

- Articulação com Serviços de Apoio Domiciliário;
- Capacitação e apoio a cuidadores formais e informais;
- Referenciação a outros níveis da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados;
- Orienta para a otimização das ajudas técnicas/ produtos de apoio.



Alta/Transferência de ECCI

As altas são analisadas entre a Equipa Multidisciplinar, utente e prestador de cuidados, estas podem ser:

- Por atingir os objetivos;
- Por transferências para outras tipologias;
- A pedido.

A alta/transferência é da exclusiva responsabilidade da Equipa Multidisciplinar.

A transferência para outras unidades da Rede Nacional dos Cuidados Continuados, implica o preenchimento de um impresso próprio, que deve ser subscrito pelo próprio ou por quem, legalmente, o possa substituir.



APÊNDICE III
Folheto de direitos e deveres dos utentes

DIREITOS DOS UTENTES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

1. Direito de escolha
2. Direito ao consentimento ou recusa
3. Direito à adequação da prestação dos cuidados de sa-de
4. Direito à proteção dos dados pessoais da vida privada
5. Direito ao sigilo dos dados pessoais
6. Direito à informação
7. Direito à assistência espiritual e religiosa
8. Direito a reclamar e apresentar queixa
9. Direito de associação
10. Direito dos menores e incapazes terem representantes legais
11. Direito ao acompanhamento



UTENTE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE TEM O DEVER DE:

1. Respeitar os direitos de outros utentes, e dos profissionais de sa-de com os quais se relacione.
2. Respeitar as regras de organização e funcionamento dos serviços e estabelecimentos de sa-de.
3. Colaborar com os profissionais de sa-de em todos os aspetos relativos à sua situação.
4. Pagar os encargos que derivem da prestação dos cuidados de sa-de, quando for caso disso.

Rua do Progresso, N.º 2
2070—085 Cartaxo
T. 916562727- 243 700 652
ucc.cartaxo@arslvt.min-saude.pt
ucc.cartaxo.coord@arslvt.min-saude.pt

Elaborado por Enf. Sílvia Gaspar
Revisto e aprovado pelo CT a 18/06/2019
Revisão: .../.../...

Referencias bibliográficas:
Lei nº 15/2014, de 21 de março



DIREITOS E DEVERES DOS UTENTES



A pensar em si e sempre consigo!



DIREITO DE ESCOLHA

O utente tem direito de escolha dos serviços e prestadores de cuidados de sa-de, na medida dos recursos existentes e das regras de organização dos serviços de sa-de.

DIREITO DE CONSENTIMENTO OU RECUSA

O consentimento ou a recusa da prestação dos cuidados de sa-de devem ser declarados de forma livre e esclarecida. O utente pode, em qualquer momento da prestação dos cuidados de sa-de, revogar o consentimento.

DIREITO À ADEQUAÇÃO DA PRESTAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE

O utente tem direito a receber, com prontidão ou num período de tempo considerado clinicamente aceitável, consoante os casos, os cuidados de sa-de de que necessita. O utente tem direito à prestação dos cuidados de sa-de mais adequados e tecnicamente mais corretos. Os cuidados de sa-de devem de ser prestados humanamente e com respeito pelo utente.

DIREITO À PROTEÇÃO DOS DADOS PESSOAIS DA VIDA PRIVADA

O utente p titular dos direitos à proteção de dados pessoais e à reserva da vida privada. O tratamento dos dados de sa-de deve obedecer ao disposto na lei garantindo, designadamente, que os dados recolhidos são os adequados, pertinentes e não excessivos para as finalidades prosseguidas. O utente p titular do direito de acesso aos dados pessoais recolhidos e pode exigir a retificação de informações inexatas e a inclusão de informações total ou parcialmente omissas, nos termos da Lei.



DIREITO AO SIGILO DOS DADOS PESSOAIS

O utente tem direito ao sigilo sobre os seus dados pessoais.

Os profissionais de sa-de estão obrigados ao dever de sigilo relativamente aos factos de que tenham conhecimento no exercício das suas funções, salvo lei que disponha em contrário ou decisão judicial que imponha a sua revelação

DIREITO À INFORMAÇÃO

O utente tem o direito a ser informado pelo prestador dos cuidados de sa-de sobre a sua situação, as alternativas possíveis de tratamento e a evolução provável do seu estado.

A informação deve ser transmitida de forma acessível, objetiva, completa e inteligível.

DIREITO À ASSISTENCIA ESPIRITUAL E RELIGIOSA

O utente tem direito à assistência religiosa, independentemente da religião que professe.

Às igrejas ou comunidades religiosas, legalmente reconhecidas, são asseguradas condições que permitam o livre exercício da assistência espiritual e religiosa aos utentes internados em estabelecimentos de sa-de do SNS, que a solicitem, nos termos da Lei.



DIREITO A RECLAMAR E APRESENTAR E QUEIXA

O utente tem direito a reclamar e apresentar queixa nos estabelecimentos de sa-de, nos termos da lei, bem como a receber indemnização por prejuízos sofridos.

Os serviços de sa-de, os fornecedores de bens ou de serviços de sa-de e os operadores de sa-de são obrigados a possuir livro de reclamações, que pode ser preenchido por quem o solicitar.

As reclamações e queixas podem ser apresentadas no livro de reclamações, por carta, fax, e.mail, ou no site do Hospital, sendo obrigatória a sua resposta, nos termos da lei.

DIREITO DE ASSOCIAÇÃO

O utente tem direito a constituir entidades que o representem e que defendam os seus interesses, nomeadamente sob a forma de associações para a promoção e defesa da sa-de ou de grupos de amigos de estabelecimentos de sa-de.

DIREITO DOS MENORES E INCAPAZES TEREM REPRESENTANTES LEGAIS

Os representantes legais dos menores e incapazes podem exercer os direitos que lhes cabem, designadamente o de recusarem assistência, com observância dos princípios constitucionais.

DIREITO AO ACOMPANHAMENTO

Nos serviços de urgência do SNS. Quando se trata de mulher grávida internada em estabelecimento de sa-de, durante todas as fases do trabalho de parto. Quando se trata de crianças internadas em estabelecimento de sa-de, pessoas com deficiência, pessoas em situação de dependência e pessoas com doença incurável em estado avançado e em estado final de vida.



APÊNDICE IV
Folheto de produtos de apoio

AQUISIÇÃO DE PRODUTOS DE

APOIO/AJUDAS TÉCNICAS

Pessoas com deficiência e/ou incapacidade, necessidades especiais, que possuam grau de incapacidade atestada, por Atestado Médico de Incapacidade Multiuso, igual ou superior a 60%, ou que sejam pensionistas com complemento por dependência de 1.º ou 2.º grau, têm direito a solicitar a aquisição de produtos de apoio à Segurança Social.

A Segurança Social financia a aquisição de produtos de apoio/ajudas técnicas, que constem da Lista homologada publicada em Despacho anual do Instituto Nacional para a Reabilitação, I.P.

A comparticipação corresponde a 100% do custo do produto de apoio quando este não for comparticipado por outros (SNS, Subsistemas de Saúde ou Companhia Seguradora) A atribuição do financiamento está sujeita às disponibilidades orçamentais do ISS, I.P., designadamente, a prevista nos Despachos anuais dos Ministérios da Educação, da Saúde e do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social.

Referências bibliográficas:

Regulamento interno do BPA, Rede social do Cartaxo

Guia Prático Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio (sapa) Instituto da Segurança Social, I.P.

Elaborado por Enf. Sílvia Gaspar

Revisto e aprovado pelo CT a 18/06/2019



DEVE APRESENTAR NOS SERVIÇOS

LOCAIS DA SEGURANÇA SOCIAL:

- Ficha de Prescrição de Produtos de Apoio efetuada por médico de Centro de Saúde ou equipas multidisciplinares dos Centros Prescritores Especializados, corretamente preenchida e no modelo em vigor;
- Documento de identificação civil válido e do seu representante legal;
- Atestado Médico de Incapacidade Multiuso (exceto se a/o cidadão/o for pensionista com complemento de dependência de 1.º ou 2.º grau, o que deve ser verificado na aplicação CNP Sistema de Pensões);
- Comprovativo do IBAN, caso a pessoa com deficiência ou incapacidade ou seu representante legal pretenda transferência bancária;
- Comprovativo da situação regularizada perante a administração fiscal ou autorização para a sua consulta, on-line, pelo ISS, I.P. (1);
- Três orçamentos, no mínimo, de fornecedores distintos exclusivamente para o(s) código(s) ISO do(s) produto(s) prescrito(s) desagregado(s) por códigos, com data posterior à da Ficha de Prescrição, com menção a marca, modelo e tamanho.

Rua do Progresso, N.º 2 2070—085 Cartaxo

T. 916562727- 243 700 652

ucc.cartaxo@arsvt.min-saude.pt



AJUDAS TÉCNICAS E PRODUTOS DE APOIO



A pensar em si e sempre consigo!



Os Produtos de Apoio/Ajudas Tpcnicas são indispensáveis j autonomia e adaptação das pessoas que apresentam dependência temporária ou definitivamente e perda de autonomia física.

No concelho do Cartaxo, a entidade Promotora do Banco de Produtos de Apoio p o Município do Cartaxo enquanto responsável pela rede social



As entidades parceiras são:

ACVP- Associação Comunitária Vale da Pedra

APPACDM- Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental

Associação Comunitária da Assistência Social de Vila Chã de Ourique

Camara Municipal do Cartaxo;

Centro de dia da Lapa;

Centro de dia de Pontpvel;

Centro Social Distrital de Segurança Social;

Centro Social e Paroquial de Vale da Pinta;

CruzVermelha Portuguesa—Cartaxo;

O Tejo—Centro de Dia de Valada; Santa

Casa da Misericórdia do Cartaxo;

Serhogar System do Cartaxo;

Unidade de Cuidados na Comunidade do Cartaxo.



Quem pode ter acesso aos produtos de apoio/ajudas tpcnicas?

O Banco de Produtos de Apoio, abrange como beneficiários, pessoas residentes no Concelho do Cartaxo.

Pode requerer Produtos de Apoio/Ajudas Tpcnicas se:

- Apresenta deficiência ou incapacidade de forma temporária ou definitiva;
- É familiar ou cuidador informal de pessoa com deficiência ou incapacidade.

O Beneficiário poderá usufruir do equipamento pelo tempo necessário j sua utilização, mediante a assinatura de termo de responsabilidade.

Como ter acesso aos produtos de apoio/ajudas tpcnicas?

Os pedidos devem ser efetuados por escrito mediante o preenchimento de formulário próprio e entregues na entidade proprietária do produto. Embora possam ser apresentados pelos requerentes a qualquer uma das Entidades Parceiras.

Documentos necessários:

Formulário de requisição do produto de apoio;

Fotocopia do Bilhete de Identidade/Cartão do Cidadão do Requerente e do Beneficiário;

Fotocopia do cartão do Sistema ou Sub-Sistema de Sa--de;

Fotocopia de declaração de IRS do ano anterior e/ou outros comprovativos de rendimentos.



e conveniente que o pedido venha acompanhado de prescrição mpdica, que contenha os seguintes elementos:

Identificação do utente;

Identificação do produto de apoio;

Identificação do serviço prescritor

Identificação do mpdico

Data da prescrição e numero de sistema ou subsistema.

Nas situações de ausência de prescrição mpdica ou relatório mpdico, a atribuição de Produto de Apoio deve ser precedida de visita domiciliar por parte de profissional de Unidade de Cuidados da Comunidade, para que seja efetuada a avaliação funcional e adequação do Produto de Apoio.

Entrega e Devolução do Equipamento

Deve ser assegurada pelo requerente.

Em situação de necessidade permanente, deve ser entregue anualmente a renovação do pedido, a não entrega deste implica a devolução imediata do equipamento j Entidade Gestora.

Taxas de utilização

A utilização dos produtos de apoio prevê o pagamento de uma taxa mensal de acordo com os escalões de rendimento ilíquido mensal. Deverá pagar uma caução do produto requerido, sendo esta devolvida em 80% se o produto estiver em conformidade no momento de entrega.

O requerente do Produto de Apoio /Ajuda Tpcnicas deve tomar conhecimento do Regulamento Interno do Banco de Produto de Apoio/Ajuda Tpcnicas e das respetivas condições de cedência.



APÊNDICE V

Folheto de registos de continuidade de cuidados

Observações:



Utente:

Cuidador informal

Gestor de Caso

Data de início de intervenção de ECCI
__/__/__

Rua do Progresso, N.º 2
2070—085 Cartaxo
T. 916562727- 243 700 652
ucc.cartaxo@arslvt.min-saude.pt
ucc.cartaxo.coord@arslvt.min-saude.pt



Elaborado por Enf. Sílvia Gaspar
Revisto e aprovado pelo CT a 18/06/2019
Revisão: .../.../...

Registos de
continuidade de
cuidados



A pensar em si e sempre
consigo!



Necessidades	Observações	Data ASS.	Observações	Data	Observações	Data ASS.	Observações	Data
				ASS.				ASS.
Sinais vitais/dôr								
Pele								
Alimentação								
Mobilidade								
Eliminação								
Algiação								
Entubação NG								
Frequência da VD								
Profissionais de saúde que intervêm								
Notas								



APÊNDICE VI

Instrumento de apoio à gestão de regime medicamentoso

APÊNDICE VII
Documento para PII



Utente:		SNS:	Gestor de caso	Data de início:
Problemas/Necessidades			Pontos fortes	
Objetivos:		Técnicos Intervenientes	Intervenções:	Data de termo
Data de alta: ___/___/___	Objetivos atingidos:	Óbito:	Transferência para outra tipologia:	
Ass.prof. _____			Ass. Utente ou representante: _____	

ANEXOS

ANEXO I
Orientação Técnica N° 1/CNCRNCCI/2017



ORIENTAÇÃO TÉCNICA Nº 1/CNCRNCCI/2017

DATA: 27/02/2017

Assunto: Alterações ao processo de referenciação decorrentes da segunda alteração à Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro, alterada e republicada pela Portaria nº 50/2017, de 2 de fevereiro

Para: ECR, ECL, EGA, Profissionais referenciadores dos Hospitais e dos ACES e Unidades Prestadoras da RNCCI

C/c: ARS, Centros Distritais do ISS, I.P.

Na sequência do previsto na Portaria n.º 50/2017, de dia 2 de fevereiro, são introduzidos um conjunto de alterações no processo de referenciação relacionadas com as entidades referenciadoras, critérios de referenciação e admissão, procedimentos e registos.

I - Referenciação para unidades e equipas (artigo 19º da Portaria nº 50/2017, de 2 de fevereiro)

A referida Portaria inclui novas condições gerais e redefine os critérios de referenciação por tipologia.

Para as unidades e equipas da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) podem ser referenciadas as pessoas com limitação funcional, em processo de doença crónica ou na sequência de doença aguda, em fase avançada ou terminal, ao longo do ciclo de vida e com necessidades de cuidados de saúde e de apoio social.

São condições gerais de admissão em todas as tipologias da RNCCI as seguintes situações:

- a) A alimentação entérica;
- b) O tratamento de úlceras de pressão e ou feridas;
- c) A manutenção e tratamento de estomas;
- d) A terapêutica parentérica;
- e) As medidas de suporte respiratório designadamente a oxigenoterapia ou a ventilação assistida;
- f) Ajuste terapêutico e ou de administração de terapêutica, com supervisão continuada.

Comissão Nacional de Coordenação da Rede Nacional de
Cuidados Continuados Integrados

Av. João Crisóstomo, 9, 1049-062 Lisboa,

PORTUGAL

TEL + 351 21 798 42 00 FAX + 351 21 798 42 40 EMAIL cncci@cncci.min-saude.pt



Além das condições gerais referidas, são critérios de referenciação específicos por tipologia:

Unidade de Convalescença:

As situações que, na sequência de episódio de doença aguda, impliquem perda de funcionalidade transitória, e careçam de cuidados de saúde que, pela sua complexidade ou duração, não possam ser prestados no domicílio, com previsibilidade de recuperação ou ganhos funcionais atingíveis até 30 dias consecutivos que requeiram:

- a) Cuidados médicos e de enfermagem, permanentes;
- b) Reabilitação funcional intensiva.

Unidade de Média Duração e Reabilitação:

As situações que, na sequência de doença aguda ou reagudização de doença crónica, impliquem perda de funcionalidade, careçam de continuidade de cuidados de saúde, reabilitação funcional e apoio social e pela sua complexidade ou duração, não possam ser assegurados no domicílio, com previsibilidade de ganhos funcionais atingíveis até 90 dias consecutivos que requeiram:

- a) Cuidados médicos diários e de enfermagem, permanentes;
- b) Reabilitação funcional.

Unidade de Longa Duração e Manutenção:

As situações que impliquem a prestação de cuidados de apoio social, continuidade de cuidados de saúde e de manutenção do estado funcional, que pela sua complexidade ou duração, não possam ser assegurados no domicílio e tenham necessidade de internamento num período superior a 90 dias consecutivos que requeiram:

- a) Cuidados médicos regulares e cuidados de enfermagem permanentes;
- b) Reabilitação funcional de manutenção;
- c) Internamento em situações temporárias por dificuldade de apoio familiar e necessidade de descanso do principal cuidador, até 90 dias por ano.

Unidades de Dia e Promoção de Autonomia:

As situações que necessitam da prestação de cuidados de apoio social, saúde, promoção, autonomia ou manutenção do estado funcional de pessoas que, podendo permanecer no domicílio, não podem aí ver assegurados esses cuidados face à complexidade ou duração.



□ Equipas Domiciliárias

As situações de dependência funcional transitória ou prolongada, que não se podem deslocar de forma autónoma, cujo critério de referenciação assenta na fragilidade, limitação funcional grave, condicionada por fatores ambientais, com doença severa, em fase avançada ou terminal, ao longo do ciclo de vida, que reúnam condições no domicílio que permitam a prestação dos cuidados continuados integrados que requeiram:

- a) Frequência de prestação de cuidados de saúde superior a 1 vez por dia, ou, prestação de cuidados de saúde superior a 1 hora e 30 minutos por dia, no mínimo de 3 dias por semana;
- b) Cuidados além do horário normal de funcionamento da equipa de saúde familiar, incluindo fins-de-semana e feriados;
- c) Complexidade de cuidados que requeira um grau de diferenciação ao nível da reabilitação;
- d) Necessidades de suporte e capacitação ao cuidador informal.

De acordo com o disposto no nº 7 do artigo 23º da Portaria 50/2017 de 2 de fevereiro, os utentes internados em unidade, quando agudizam e carecem de cuidados em hospital integrado no SNS, por período temporal superior a 8 dias, beneficiam de prioridade na readmissão na RNCCI.

II - Entidades referenciadoras CSP (n.ºs 4, 5, 6, do artigo 20º da Portaria nº 50/2017, de 2 de fevereiro) A referida Portaria determina novas entidades referenciadoras ao nível dos ACeS. Os elementos da entidade referenciadora nos ACeS são designados entre os profissionais das Unidades de Saúde Familiar (USF) e das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP).

III - Processo de referenciação (artigo 20º da Portaria nº 50/2017, de 2 de fevereiro)

O processo de referenciação apresenta alterações quanto aos módulos de preenchimento obrigatório e prazos para procedimentos.

No processo de referenciação deve constar a seguinte informação:

- a) Diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional da Doença;
- b) Registo de comorbilidades;

- c) Classificação do grau de funcionalidade segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde;
- d) Avaliação médica, de enfermagem, do serviço social e qualquer outra informação relevante;
- e) Proposta da tipologia de cuidados da RNCCI;
- d) Informação dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica realizados;

Comissão Nacional de Coordenação da Rede Nacional de
Cuidados Continuados Integrados

Av. João Crisóstomo, 9, 1049-062 Lisboa,

PORTUGAL

TEL + 351 21 798 42 00 FAX + 351 21 798 42 40 EMAIL cncci@cncci.min-saude.pt

e) Anotações sobre o programa de seguimento do utente e de marcações de próximas consultas ou exames complementares, com identificação do responsável pelo seguimento, quando aplicável.

Os módulos de preenchimento obrigatório e periodicidade encontram-se definidos em orientação técnica específica.

São redefinidos prazos para referenciação, que pode ser realizada desde início do internamento até 4 dias antes da data prevista da alta.

A EGA, avalia e confirma no prazo de 2 dias úteis até ao momento da alta a informação definida nos n.ºs

1 e 3 do artigo 20º da Portaria 50/2017, de 2 fevereiro.

Os profissionais referenciadores dos ACeS, enviam a proposta de referenciação à ECL, no prazo máximo de 5 dias após o início da referenciação.

Lisboa, 27 de fevereiro de 2017

O Coordenador da Comissão Nacional de Coordenação da Rede
Nacional de Cuidados Continuados Integrados

(Manuel Lopes)



ANEXO II
Artigo 21º Portaria50/2017

do continente, às relações de trabalho entre empregadores filiados na associação de empregadores outorgante e trabalhadores ao seu serviço não representados pela associação sindical outorgante.

A atividade de cantinas, refeitórios e fábricas de refeições é excluída da presente extensão, uma vez que é abrangida por convenção coletiva específica, outorgada pela AHRESP.

Considerando ainda que a convenção coletiva regula diversas condições de trabalho, procede-se à ressalva genérica de cláusulas contrárias a normas legais imperativas.

Foi publicado o aviso relativo ao projeto da presente extensão no *BTE*, n.º 48, de 29 de dezembro de 2016, ao qual não foi deduzida oposição por parte dos interessados.

De acordo com o n.º 2 do artigo 514.º do Código do Trabalho, ponderadas as circunstâncias sociais e económicas justificativas da extensão e observados os critérios necessários para o alargamento das condições de trabalho previstas em convenção coletiva, nomeadamente o critério previsto na subalínea ii) da alínea c) do n.º 1 da RCM, promove-se a extensão do contrato coletivo e das suas alterações.

Assim,

Manda o Governo, pelo Secretário de Estado do Emprego, no uso da competência delegada pelo Despacho n.º 1300/2016, de 13 de janeiro de 2016, do Ministro do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 18, de 27 de janeiro de 2016, ao abrigo do artigo 514.º e do n.º 1 do artigo 516.º do Código do Trabalho e da Resolução do Conselho de Ministros n.º 90/2012, publicada no *Diário da República*, 1.ª série, n.º 211, de 31 de outubro, alterada pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 43/2014, publicada no *Diário da República*, 1.ª série, n.º 122, de 27 de junho de 2014, o seguinte:

Artigo 1.º

1 — As condições de trabalho constantes do contrato coletivo e suas alterações entre a Associação da Hotelaria, Restauração e Similares de Portugal (AHRESP) e a FESAHT — Federação dos Sindicatos da Agricultura, Alimentação, Bebidas, Hotelaria e Turismo de Portugal, publicados, no *Boletim do Trabalho e Emprego*, n.º 3, de 22 de janeiro de 2012, e n.º 21, de 8 de junho de 2016, são estendidas:

a) Nos distritos de Beja, Castelo Branco, Coimbra, Évora, Guarda, Lisboa, Leiria, Portalegre, Santarém e Setúbal às relações de trabalho entre empregadores não filiados na associação de empregadores outorgante que se dediquem à atividade de restauração ou de bebidas, campos de golfe que não sejam complemento de unidades hoteleiras, casinos e parques de campismo e trabalhadores ao seu serviço das profissões e categorias profissionais previstas na convenção;

b) No território do continente, às relações de trabalho entre empregadores filiados na associação de empregadores outorgante que prossigam a atividade referida na alínea anterior e trabalhadores ao seu serviço das profissões e categorias profissionais previstas na convenção não representados pela associação sindical outorgante.

2 — As retribuições da tabela salarial inferiores à retribuição mínima mensal garantida apenas são objeto de extensão nas situações em que sejam superiores à retri-

buição mínima mensal garantida, em vigor, resultante de redução relacionada com o trabalhador, de acordo com o artigo 275.º do Código do Trabalho.

3 — O disposto na alínea a) do n.º 1 não se aplica aos empregadores filiados na APHORT — Associação Portuguesa da Hotelaria, Restauração e Turismo.

4 — A presente portaria não se aplica a cantinas, refeitórios e fábricas de refeições.

5 — Não são objeto de extensão as cláusulas contrárias

a normas legais imperativas.

Artigo

1 — A presente portaria entra em vigor no quinto dia após a sua publicação no *Diário da República*.

2 — A tabela salarial e as cláusulas de natureza pecuniária prevista na convenção, em vigor, produzem efeitos a partir do primeiro dia do mês da publicação da presente portaria.

O Secretário de Estado do Emprego, *Miguel Filipe Pardal Cabrita*, em 30 de janeiro de 2017.

TRABALHO, SOLIDARIEDADE E SEGURANÇA SOCIAL E SAÚDE

Portaria n.º 50/2017

de 2 de fevereiro

O XXI Governo Constitucional no seu programa para a saúde estabelece como prioridade expandir e melhorar a integração da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados que tem como objetivo, nos termos definidos pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho, a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência.

Face à experiência decorrente da aplicação dos normativos relativos ao processo de referenciação, revelou-se necessário proceder a alterações ao referido processo com vista, designadamente à sua agilização e desmaterialização. Por outro lado pretende-se, através da presente alteração, introduzir desde o momento da referenciação e ao longo de toda a trajetória do utente na Rede, a classificação do grau de funcionalidade segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, conferindo assim racionalidade clínica a todo o processo, centrando a intervenção na potencialização da capacidade funcional dos utentes segundo uma perspetiva biopsicossocial e possibilitando a avaliação dos resultados da intervenção. Assim, ao abrigo do n.º 10 do artigo 32.º e do artigo 42.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, na redação que lhe foi dada pelo Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho, manda o Governo, pela Secretária de Estado da Segurança Social e pelo Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, o seguinte:

Artigo 1.º

Objeto

A presente portaria procede à segunda alteração à Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro, alterada pela Portaria n.º 289-A/2015, de 17 de setembro, que define as

condições de instalação e funcionamento a que devem obedecer as unidades de internamento e de ambulatório, doravante designadas por unidades, bem como as condições de funcionamento a que devem obedecer as equipas de gestão de altas e as equipas de cuidados continuados integrados da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), estas últimas designadas por equipas domiciliárias.

Artigo 2.º

Alterações à Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro

Os artigos 2.º, 3.º, 6.º, 7.º, 9.º, 10.º, 14.º, 19.º, 20.º, 21.º, 23.º, 24.º e 36.º da Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro, alterada pela Portaria n.º 289-A/2015, de 17 de setembro, passam a ter a seguinte redação:

«Artigo 2.º

[...]

- a) [...]
- b) [...]
- c) [...]
- d) “Referenciação”, ato de avaliação, pelos profissionais competentes, dos doentes a propor para a RNCCI;
- e) “Reabilitação Funcional”, processo global e contínuo que visa a recuperação, desenvolvimento e manutenção da funcionalidade relativa a todas as áreas de desempenho e estruturas do corpo, com vista à promoção da independência e/ou autonomia otimizando o potencial e minimizando os impactos das incapacidades nas atividades da vida diária e na participação social.

Artigo 3.º

[...]

1 — [...]

- a) [...]
- b) [...]
- c) [...]
- d) [...]
- e) [...]
- f) [...]
- g) [...]
- h) [...]
- i) [...]
- j) [...].

2 — A definição e caracterização dos espaços necessários ao desenvolvimento das atividades das unidades da RNCCI devem ainda obedecer às condições específicas de instalação previstas nos anexos I e II à presente portaria que dela fazem parte integrante.

3 — Para efeitos do disposto nos números anteriores, mantêm-se válidas as autorizações de funcionamento das unidades emitidas ao abrigo da legislação vigente antes da entrada em vigor da presente portaria.

4 — [...]

Artigo 6.º

[...]

- 1 — [...].
- 2 — [...].

3 — [...].

- a) [...]
- b) [...]
- c) [...]
- d) [...]
- e) [...]
- f) [...]
- g) [...].

4 — A unidade de ambulatório pode funcionar em instituições com unidades de internamento de média duração e reabilitação, de longa duração e manutenção e em outros estabelecimentos de instituições privadas de solidariedade social ou instituições legalmente equiparadas e entidades privadas com fins lucrativos.

Artigo 7.º

[...]

1 — A equipa de gestão de altas (EGA) é uma equipa hospitalar multidisciplinar, sediada em hospital integrado no SNS, que avalia e confirma a proposta de referenciação dos utentes para as unidades e equipas da RNCCI.

2 — [...].

3 — [...].

4 — [...].

Artigo 9.º

[...]

1 — [...]:

- a) [...]
- b) [...]
- c) [...]
- d) Condições de pagamento do valor dia, por parte do utente, definidas para as unidades de internamento de média duração e reabilitação, de longa duração e manutenção e de ambulatório;
- e) [...]
- f) [...]
- g) [...]
- h) [...]
- i) [...].

2 — O regulamento interno é elaborado pela entidade promotora e gestora da unidade e é enviado à ECR, para aprovação, antes da entrada em funcionamento da unidade.

Artigo 10.º

Processo individual de cuidados continuados

1 — As unidades e equipas devem organizar o processo individual de cuidados continuados (PICC) em suporte informático ou em papel que inclui, designadamente:

- a) [...]
- b) [...]
- c) Identificação e contacto do médico assistente;
- d) [...]
- e) [...]
- f) [...]
- g) [...].

- h) [...]
i) [...]
j) [...].

2 — O PICC do utente deve ser permanentemente atualizado, e no que respeita a registo de observações, prescrições, administração de terapêutica e prestação de serviços e cuidados, deve ser anotada a data e a hora em que foram realizados, bem como a identificação do seu autor.

3 — O PICC é de acesso restrito nos termos da legislação aplicável.

4 — As unidades e equipas prestadoras asseguram o arquivo do PICC, em conformidade com a legislação vigente.

Artigo 14.º

Dotações de recursos humanos

1 — As unidades e equipas da RNCCI, de forma a assegurar níveis adequados de qualidade na prestação de cuidados, devem adaptar a dotação dos recursos humanos (RH) ao nível de dependência dos utentes tendo como referencial mínimo o disposto no anexo IV à presente portaria que dela faz parte integrante.

2 — [...].

Artigo 19.º

Referenciação para unidades e equipas

1 — Sem prejuízo do disposto no artigo 31.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, com a redação que lhe foi dada pelo Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho, para as unidades e equipas da RNCCI serem referenciadas as pessoas com limitação funcional, em processo de doença crónica ou na sequência de doença aguda, em fase avançada ou terminal, ao longo do ciclo de vida e com necessidades de cuidados de saúde e de apoio social.

2 — São ainda condições gerais de admissão em todas as tipologias da RNCCI as seguintes situações:

- A alimentação entérica;
- O tratamento de úlceras de pressão e ou feridas;
- A manutenção e tratamento de estomas;
- A terapêutica parentérica;
- As medidas de suporte respiratório designadamente a oxigenoterapia ou a ventilação assistida;
- Ajuste terapêutico e ou de administração de terapêutica, com supervisão continuada.

3 — Para as unidades de convalescença são também critérios de referenciação as situações que, na sequência de episódio de doença aguda, impliquem perda de funcionalidade transitória, e careçam de cuidados de saúde que, pela sua complexidade ou duração, não possam ser prestados no domicílio, com previsibilidade de recuperação ou ganhos funcionais atingíveis até 30 dias consecutivos que requeiram:

- Cuidados médicos e de enfermagem, permanentes;
- Reabilitação funcional intensiva.

4 — Para unidade de média duração e reabilitação, para além do disposto no n.º 2, são ainda critérios de referenciação, as situações que na sequência de doença

aguda ou reagudização de doença crónica, impliquem perda de funcionalidade, careçam de continuidade de cuidados de saúde, reabilitação funcional e apoio social e pela sua complexidade ou duração, não possam ser assegurados no domicílio, com previsibilidade de ganhos funcionais atingíveis até 90 dias consecutivos que requeiram:

- Cuidados médicos diários e de enfermagem, permanentes;
- Reabilitação funcional.

5 — Para além do disposto no n.º 2, são critérios de referenciação para unidade de longa duração e manutenção as situações que impliquem a prestação de cuidados de apoio social, continuidade de cuidados de saúde e de manutenção do estado funcional, que pela sua complexidade ou duração, não possam ser assegurados no domicílio e tenham necessidade de internamento num período superior a 90 dias consecutivos que requeiram:

- Cuidados médicos regulares e cuidados de enfermagem permanentes;
- Reabilitação funcional de manutenção;
- Internamento em situações temporárias por dificuldade de apoio familiar e necessidade de descanso do principal cuidador, até 90 dias por ano.

6 — São critérios de referenciação para unidades de dia e promoção de autonomia (UDPA) as situações que necessitam da prestação de cuidados de apoio social, saúde, promoção, autonomia ou manutenção do estado funcional de pessoas que, podendo permanecer no domicílio, não podem aí ver assegurados esses cuidados face à complexidade ou duração.

7 — As equipas domiciliárias destinam-se a pessoas em situação de dependência funcional transitória ou prolongada, que não se podem deslocar de forma autónoma, cujo critério de referenciação assenta na fragilidade, limitação funcional grave condicionada por fatores ambientais, com doença severa, em fase avançada ou terminal, ao longo do ciclo de vida, que reúnam condições no domicílio que permitam a prestação dos cuidados continuados integrados que requeiram:

- Frequência de prestação de cuidados de saúde superior a 1 vez por dia, ou, prestação de cuidados de saúde superior a 1 hora e 30 minutos por dia, no mínimo de 3 dias por semana;
- Cuidados além do horário normal de funcionamento da equipa de saúde familiar, incluindo fins de semana e feriados;
- Complexidade de cuidados que requeira um grau de diferenciação ao nível da reabilitação;
- Necessidades de suporte e capacitação ao cuidador informal.

8 — Consideram-se critérios de não admissão em unidades e equipas, as pessoas:

- Com episódio de doença em fase aguda;
- Com necessidade exclusiva de apoio social;
- Cujo objetivo de internamento seja o estudo diagnóstico;
- Cujo regime terapêutico inclua antibióticos de uso exclusivo hospitalar.

Artigo 20.º

Processo de referenciação dos utentes provenientes dos hospitais e dos cuidados de saúde primários

1 — Os profissionais de saúde dos hospitais designadamente, médicos, enfermeiros e assistentes sociais, referenciam as pessoas com critérios clínicos para potencial ingresso na RNCCI, de acordo com a seguinte informação:

Diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional da Doença;

Registo de comorbilidades;

Classificação do grau de funcionalidade segundo a *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*;

Avaliação médica, de enfermagem, do serviço social e qualquer outra informação relevante;

Proposta da tipologia de cuidados da RNCCI.

2 — A referenciação pode ser realizada desde o início do internamento até quatro dias antes da data prevista da alta.

3 — A EGA receciona a proposta de referenciação e no prazo de dois dias úteis, avalia e confirma toda a informação até ao momento da alta, designadamente:

- a) Informação da situação clínica e medicação;
- b) Indicação das necessidades em cuidados;
- c) Informação do serviço social;
- d) Informação dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica realizados;
- e) Anotações sobre o programa de seguimento do utente e de marcações de próximas consultas ou exames complementares, com identificação do responsável pelo seguimento, quando aplicável.

4 — Sempre que o utente seja proveniente da comunidade, nomeadamente o domicílio, a referenciação é efetuada, com as devidas adaptações, pelos profissionais de saúde das unidades de saúde familiar (USF) e das unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP) sendo aplicável o procedimento constante do n.º 1.

5 — Os profissionais das unidades de cuidados na comunidade (UCC) sinalizam às USF e UCSP os doentes com potencial de referenciação.

6 — Os profissionais que integram as USF e as UCSP enviam à ECL a proposta de referenciação no prazo máximo de cinco dias, após o início da referenciação.

7 — A ECL valida a proposta de referenciação e a tipologia adequada.

8 — Na referenciação do utente para unidade ou equipa deve ter-se em conta a proximidade da área do domicílio do utente relativamente à unidade ou equipa e sempre que possível ter em consideração a sua preferência.

Artigo 21.º

[...]

1 — A admissão de utentes nas unidades e equipas é precedida de proposta de referenciação dos profissionais de saúde dos hospitais e dos cuidados de saúde primários.

2 — A ECR determina, no prazo de um dia útil, a alocação de vaga do utente em unidade ou equipa da RNCCI, na medida dos recursos e vagas existentes.

3 — A admissão na unidade ou equipa da RNCCI efetiva-se no prazo de um dia útil.

4 — Para efeitos de admissão nas unidades de internamento e equipas domiciliárias é necessário obter o prévio consentimento informado por parte do utente, ou do seu representante legal.

5 — [...].

6 — As unidades e equipas prestadoras não podem recusar a admissão do utente após a validação da ECL.

7 — [Revogado].

Artigo 23.º

[...]

1 — [...].

2 — [...].

3 — [...].

4 — Sempre que considerada a necessidade de mobilidade por transferência do utente, deve a unidade ou equipa elaborar proposta fundamentada à ECL da área de influência da unidade para respetiva validação.

5 — A mobilidade por transferência do utente deve ter em consideração o critério de proximidade ao domicílio deste, sendo prioritária em relação aos utentes em lista de espera para admissão na RNCCI.

6 — [...].

7 — Os utentes internados em unidade, quando agudizam e carecem de cuidados em hospital integrado no SNS, por período temporal superior ao determinado nos n.ºs 2 e 3 do artigo anterior, beneficiam de prioridade na readmissão na RNCCI.

8 — A preparação da alta deve ser iniciada com uma antecedência que permita encontrar a solução mais adequada à necessidade de continuidade de cuidados, pressupondo a necessária articulação entre a unidade e as ECL competentes.

Artigo 24.º

[...]

1 — O pedido de adesão, por parte das entidades promotoras e gestoras previstas no n.º 1 do artigo 36.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, com a redação que lhe foi dada pelo Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho, que ainda não integrem a RNCCI, formaliza-se mediante preenchimento do formulário constante do anexo V à presente portaria que dela faz parte integrante, disponível no sítio da internet da ARS e do ISS, I. P.

2 — [...].

Artigo 36.º

[...]

1 — Até à entrada em vigor do regime jurídico do licenciamento para as unidades da RNCCI, a competência para a emissão da autorização de funcionamento cabe à Entidade Reguladora da Saúde, mediante parecer prévio da ECR, que contenha despacho favorável da ARS, I. P., e do Centro Distrital do ISS, I. P., de acordo com o modelo constante do anexo III à presente portaria.

2 — [...].

3 — [...].

4 — [...].»

Artigo 3.º

Republicação

1 — É republicado em anexo à presente portaria, da qual faz parte integrante, a Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro, com a redação atual.

2 — Para efeitos de republicação, onde se lê: «Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social» deve ler-se «Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social».

Artigo 4.º

Entrada em vigor

A presente portaria entra em vigor no primeiro dia útil do mês subsequente ao da sua publicação.

Em 24 de janeiro de 2017.

A Secretária de Estado da Segurança Social, *Cláudia Sofia de Almeida Gaspar Joaquim*. — O Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, *Fernando Manuel Ferreira Araújo*.

ANEXO

Republicação da Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro, alterada pela Portaria n.º 289-A/2015, de 17 de setembro

CAPÍTULO I

Disposições Gerais

Artigo 1.º

Objeto

1 — A presente portaria define as condições de instalação e funcionamento a que devem obedecer as unidades de internamento e de ambulatório, doravante designadas por unidades, bem como as condições de funcionamento a que devem obedecer as equipas de gestão de altas e as equipas de cuidados continuados integrados da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), estas últimas designadas por equipas domiciliárias, previstas no artigo 12.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho.

2 — A presente portaria regula também os vários níveis de coordenação da RNCCI.

3 — São ainda regulados os procedimentos relativos às adesões dos serviços e estabelecimentos integrados no Serviço Nacional de Saúde e das instituições do setor social e do setor privado que adiram à RNCCI após a entrada em vigor do presente diploma.

4 — Excetuam-se do âmbito de aplicação da presente portaria as unidades de internamento e de ambulatório destinadas a cuidados pediátricos, as quais se regem por legislação própria.

Artigo 2.º

Definições

Para efeitos do presente diploma consideram-se:

a) «Condições de instalação», as condições relativas à construção e segurança das instalações e das pessoas que se refere a acessos, circulação, instalações técnicas e equipamentos e tratamento de resíduos das unidades da

RNCCI, compreendendo a construção de raiz, a remodelação e a adaptação de edifício;

b) «Condições de funcionamento», as condições que permitem e viabilizam a concretização dos objetivos das unidades e equipas da RNCCI;

c) «Condições de adesão», as condições que viabilizam a integração das entidades promotoras e gestoras na RNCCI;

d) «Referenciação», ato de avaliação, pelos profissionais competentes, dos doentes a propor para a RNCCI;

e) «Reabilitação Funcional», processo global e contínuo que visa a recuperação, desenvolvimento e manutenção da funcionalidade relativa a todas as áreas de desempenho e estruturas do corpo, com vista à promoção da independência e/ou autonomia otimizando o potencial e minimizando os impactos das incapacidades nas atividades da vida diária e na participação social.

CAPÍTULO II

Condições de instalação

Artigo 3.º

Instalações

1 — As instalações de unidades da RNCCI devem estar em conformidade com a legislação nacional e comunitária vigente, nomeadamente no que diz respeito a:

- Localização;
- Terreno;
- Construção;
- Instalações e equipamentos de águas e esgotos;
- Instalações e equipamentos elétricos;
- Instalações e equipamentos mecânicos, incluindo as centrais e redes de gases medicinais;
- Instalações e equipamentos de segurança contra incêndios;
- Equipamento geral;
- Equipamento de uso clínico;
- Sistema de gestão de resíduos de natureza diversa.

2 — A definição e caracterização dos espaços necessários ao desenvolvimento das atividades das unidades da RNCCI devem ainda obedecer às condições específicas de instalação previstas nos anexos I e II à presente portaria que dela fazem parte integrante.

3 — Para efeitos do disposto nos números anteriores, mantêm-se válidas as autorizações de funcionamento das unidades emitidas ao abrigo da legislação vigente antes da entrada em vigor da presente portaria.

4 — Ao licenciamento de construção e autorização de utilização é aplicável a legislação em vigor, sem prejuízo do disposto na presente portaria.

CAPÍTULO III

Condições de funcionamento

Artigo 4.º

Direitos dos utentes

Sem prejuízo do disposto no artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, com a redação que lhe foi dada pelo Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho, o

funcionamento das unidades e equipas da RNCCI baseia-se no respeito pelos seguintes direitos do utente:

- a) Integridade física, psíquica e moral;
- b) Identidade pessoal e reserva da vida privada;
- c) Não discriminação;
- d) Respeito pela sua decisão, ou do seu representante, quanto aos procedimentos a efetuar no âmbito da prestação dos cuidados, em conformidade com a legislação vigente;
- e) Participação do próprio, e dos seus familiares ou dos cuidadores informais, na elaboração do plano individual de intervenção;
- f) Confidencialidade dos dados do processo individual e outras informações clínicas;
- g) Participação, sempre que possível, dos familiares ou dos cuidadores informais no apoio ao utente, desde que este apoio contribua para o seu bem-estar e equilíbrio psicoafetivo;
- h) Visita, sem restrições de dias, em horário alargado, que tenha em conta as necessidades do envolvimento familiar e social nos termos definidos em regulamento interno e desde que tal não ponha em causa o normal funcionamento dos serviços, o bem-estar dos doentes e a prestação de cuidados aos mesmos;
- i) Convivência social, promovendo o relacionamento entre os utentes, e destes com os seus familiares e amigos, bem como com os profissionais, no respeito pela sua vontade e interesses;
- j) Assistência religiosa e espiritual, por solicitação do utente ou a pedido de familiares ou dos cuidadores informais.

Artigo 5.º

Funcionamento das unidades de internamento

1 — As unidades de internamento prestam cuidados de saúde e de apoio social, na sequência de episódio de doença aguda ou da necessidade de prevenção de agravamentos de doença crónica, centrados na reabilitação, readaptação, manutenção e cuidados paliativos a pessoas que se encontram em situação de dependência, com vista à sua reintegração sociofamiliar.

2 — A concretização dos objetivos das unidades da RNCCI exige um funcionamento que proporcione e garanta ao utente:

- a) Prestação dos cuidados de saúde, de reabilitação, de manutenção, de conforto e de apoio psicossocial adequados;
- b) Personalização dos cuidados prestados mediante a identificação de um profissional, designado «Gestor de Caso», responsável direto pelo acompanhamento do processo individual e garante da comunicação com os demais intervenientes na prestação de cuidados;
- c) Utilização adequada dos fármacos;
- d) Alimentação que tenha em conta uma intervenção nutricional adequada;
- e) Prestação de cuidados de higiene;
- f) Um ambiente seguro, confortável, humanizado e promotor de autonomia;
- g) Atividades de convívio e lazer;
- h) Participação, ensino e treino dos familiares/cuidadores informais.

3 — A prestação de cuidados exige uma avaliação multidisciplinar das necessidades do utente, realizada nas

48 horas após a admissão, e implica a elaboração de um plano individual de intervenção.

Artigo 6.º

Funcionamento da unidade de ambulatório

1 — As unidades de ambulatório prestam cuidados continuados integrados de manutenção, de promoção de autonomia e apoio social a pessoas com diferentes graus de dependência, sem necessidade de internamento, que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio, ou cuja situação não aconselhe a prestação de cuidados no domicílio.

2 — As unidades de ambulatório devem organizar-se para prestar cuidados continuados diferenciados em função das patologias e ou grau de dependência dos utentes.

3 — A concretização dos objetivos da unidade de ambulatório exige um funcionamento em regime diurno, todos os dias úteis, por um período não inferior a oito horas diárias de forma a garantir e proporcionar ao utente:

- a) Cuidados de saúde de âmbito preventivo, manutenção e reabilitação;
- b) Desenvolvimento de atividades de treino cognitivo, de treino de atividades de vida diária e de atividades instrumentais de vida diária;
- c) Desenvolvimento de atividades de reabilitação e de manutenção das capacidades motoras e sensoriais;
- d) Promoção da interação do utente com a família, ou com o cuidador informal;
- e) Apoio na satisfação de necessidades básicas, nomeadamente a alimentação e higiene pessoal;
- f) Participação, ensino e treino dos familiares ou cuidadores informais;
- g) Realização de atividades culturais e de lazer, tendo em vista a socialização.

4 — A unidade de ambulatório pode funcionar em instituições com unidades de internamento de média duração e reabilitação, de longa duração e manutenção e em outros estabelecimentos de instituições privadas de solidariedade social ou instituições legalmente equiparadas e entidades privadas com fins lucrativos.

Artigo 7.º

Funcionamento das equipas de gestão de altas

1 — A equipa de gestão de altas (EGA) é uma equipa hospitalar multidisciplinar, sediada em hospital integrado no SNS, que avalia e confirma a proposta de referência dos utentes para as unidades e equipas da RNCCI.

2 — As equipas referidas no número anterior fazem o planeamento de alta relativamente a todos os doentes que necessitem de cuidados continuados integrados, imediatamente após um internamento hospitalar, bem como a todos os doentes que apresentem um grau de dependência que não lhes permita o regresso ao domicílio em condições de segurança ou aqueles em que seja necessária uma avaliação mais precisa do grau de dependência.

3 — A EGA devem ser sinalizados, pelo serviço onde se encontram internados, todos os doentes que necessitem de cuidados continuados integrados para que se possa proceder a um planeamento articulado e atempado da alta.

4 — Em cada hospital integrado no SNS deve existir uma EGA.

Artigo 8.º

Funcionamento das equipas domiciliárias

1 — As equipas domiciliárias prestam cuidados centrais na reabilitação, readaptação, manutenção e conforto, a pessoas em situação de dependência, doença terminal, ou em processo de convalescença, cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar-se de forma autónoma.

2 — A prestação de cuidados exige uma avaliação multidisciplinar das necessidades da pessoa realizada pelas equipas domiciliárias e implica a elaboração de um plano individual de intervenção.

3 — As equipas referidas no n.º 1 são equipas da RNCCI, da responsabilidade dos cuidados de saúde primários, enquadradas no âmbito da prestação de cuidados dos ACES, integrados ou não em unidade local de saúde, E. P. E. (ULS) em articulação com as unidades e outras equipas da RNCCI.

4 — As condições de funcionamento das equipas domiciliárias constam de carta de compromisso a celebrar entre o ACES, integrados ou não em ULS e a Administração Regional de Saúde, I. P. (ARS) e os CDists do ISS, I. P.

5 — A concretização dos objetivos das equipas domiciliárias exige um funcionamento que proporcione e garanta ao utente:

- Prestação dos cuidados de saúde, de reabilitação, manutenção, de natureza paliativa e de apoio psicossocial adequados, promovendo o envolvimento dos familiares ou dos cuidadores informais;
- Personalização dos cuidados prestados mediante identificação de um profissional, preferencialmente, enfermeiro, designado «Gestor de Caso», responsável direto pelo acompanhamento do processo individual e garante da comunicação com os demais intervenientes na prestação de cuidados;
- Prestação de apoio psicoemocional;
- Consulta multidisciplinar e acompanhamento assistencial de natureza paliativa;
- Apoio no desempenho das atividades básicas e instrumentais da vida diária;
- Promoção de um ambiente seguro, confortável, humanizado e promotor de autonomia;
- Participação, ensino e treino dos familiares ou dos cuidadores informais.

Artigo 9.º

Regulamento interno das unidades

1 — As unidades dispõem de um regulamento interno de funcionamento que contém, designadamente, os seguintes elementos:

- Direção técnica, direção clínica e mapa de pessoal, no qual seja indicado o número de profissionais por categoria, bem como o correspondente número de horas a afetar à unidade;
- Direitos e deveres dos utentes e seus familiares ou cuidadores informais;
- Serviços e cuidados disponíveis;
- Condições de pagamento do valor dia, por parte do utente, definidas para as unidades de internamento de média duração e reabilitação, de longa duração e manutenção e de ambulatório;
- Condições do depósito de bens;

- Condições de admissão, mobilidade, alta e reserva de lugar;
- Horários de funcionamento, nomeadamente, horário das refeições;
- Gestão de reclamações;
- Demais regras de funcionamento.

2 — O regulamento interno é elaborado pela entidade promotora e gestora da unidade e é enviado à ECR, para aprovação, antes da entrada em funcionamento da unidade.

Artigo 10.º

Processo individual do utente

1 — As unidades e equipas devem organizar o processo individual de cuidados continuados (PICC) em suporte informático ou em papel que inclui, designadamente:

- Identificação do utente;
- Data de admissão;
- Identificação e contacto do médico assistente;
- Identificação e contacto do «Gestor de Caso» da unidade ou da equipa;
- Identificação e contactos dos familiares, cuidadores informais e representante legal quando exista;
- Cópia do Consentimento Informado e do Termo de Aceitação, quando aplicável;
- Contrato de prestação de serviços;
- Plano individual de intervenção;
- Registos relativos à evolução do estado de saúde do utente no âmbito dos respetivos planos individuais de cuidados;
- Nota de alta.

2 — O PICC do utente deve ser permanentemente atualizado, e no que respeita a registo de observações, prescrições, administração de terapêutica e prestação de serviços e cuidados, deve ser anotada a data e a hora em que foram realizados, bem como a identificação do seu autor.

3 — O PICC é de acesso restrito nos termos da legislação aplicável.

4 — As unidades e equipas prestadoras asseguram o arquivo do PICC, em conformidade com a legislação vigente.

Artigo 11.º

Contrato de Prestação de Serviços

1 — As entidades promotoras e gestoras de unidades de internamento de média duração e reabilitação e longa duração e manutenção e de ambulatório, devem celebrar contratos de prestação de serviços com os utentes e ou seus familiares e, quando exista, com o representante legal.

2 — No âmbito do contrato referido no número anterior, poderá ser prevista uma caução, com o objetivo de assegurar o respetivo pagamento do internamento do utente.

Artigo 12.º

Acesso à informação

1 — As unidades devem ter disponível e em local bem visível e de fácil acesso a seguinte informação e documentos:

- Licença ou autorização de funcionamento;
- Horário de atendimento;

- c) Identificação do diretor técnico;
- d) Identificação do diretor clínico e do enfermeiro coordenador;
- e) Horário de funcionamento, incluindo horário das visitas;
- f) Plano e horário das atividades;
- g) Mapa semanal das ementas;
- h) Referência à existência de regulamento interno e de livro de reclamações.

2 — As unidades devem ser identificadas mediante afixação de placa identificativa com logótipo da RNCCI e respetiva tipologia, em conformidade com as regras definidas pelos organismos competentes.

CAPÍTULO IV

Recursos Humanos

Artigo 13.º

Requisitos

Os profissionais das unidades e equipas devem possuir as qualificações necessárias, designadamente título profissional, adequado ao exercício das funções.

Artigo 14.º

Dotações das unidades em recursos humanos

1 — As unidades e equipas da RNCCI, de forma a assegurar níveis adequados de qualidade na prestação de cuidados, devem adaptar a dotação dos recursos humanos (RH) ao nível de dependência dos utentes tendo como referencial mínimo o disposto no anexo IV à presente portaria que dela faz parte integrante.

2 — Para efeitos do disposto no número anterior, não é considerada a colaboração de voluntários ou de pessoas em estágio profissional prévio à obtenção da qualificação necessária para o exercício de funções.

Artigo 15.º

Direção técnica das unidades

1 — Ao Diretor Técnico, em articulação com os órgãos de gestão da entidade promotora e gestora, compete designadamente:

- a) Definir um modelo de gestão integrada de cuidados e submetê-lo à aprovação dos órgãos de gestão da instituição;
- b) Implementar internamente os programas de gestão da qualidade;
- c) Promover a melhoria contínua e a humanização dos cuidados continuados integrados;
- d) Supervisionar, coordenar e acompanhar a atividade dos profissionais;
- e) Implementar programas de formação, iniciais e contínuos, bem como desenvolver um programa de integração de novos profissionais.

2 — Para além do disposto no Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, com a redação que lhe foi dada pelo Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho, quanto à direção técnica das unidades de internamento, o diretor técnico da unidade

de ambulatório deve ser um profissional da área da saúde ou da área psicossocial.

Artigo 16.º

Recursos humanos das equipas de gestão de altas

1 — As EGA integram um médico, um enfermeiro e um assistente social, podendo ainda integrar outros profissionais, nomeadamente para apoio administrativo, sempre que o volume e a complexidade de atividades o justificar.

2 — Os profissionais que integram as EGA são designados pelo conselho de administração do hospital e exercem as suas funções, preferencialmente, em regime de tempo completo, em espaço próprio e equipado para o efeito.

3 — Quando, em função da dimensão da área de intervenção, não for possível ou adequado que todos os profissionais se encontrem a tempo completo, devem ser fixados horários ajustados que garantam o normal funcionamento da EGA, os quais deverão expressamente constar de regulamento interno.

4 — Os conselhos de administração dos hospitais integrados no SNS designam um interlocutor em cada centro de responsabilidade, departamento ou serviço, a quem cabe a articulação com a EGA.

5 — Os conselhos de administração dos hospitais integrados no SNS designam um responsável pela coordenação da EGA que articula com as ECL e com a ECR.

Artigo 17.º

Recursos humanos das equipas domiciliárias

1 — As equipas domiciliárias integram, designadamente, médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas e assistentes sociais, sendo a respetiva afetação da responsabilidade do ACES, de acordo com os objetivos contratualizados.

2 — Os profissionais referidos no número anterior são nomeados pelo Conselho de Administração da ULS ou pelo Diretor Executivo do ACES, sob proposta do coordenador da unidade de cuidados na comunidade, sempre que exista e a sua composição e dimensão deve ter em conta as características sociodemográficas, epidemiológicas e geográficas da área onde está inserida.

Artigo 18.º

Formação dos profissionais

1 — Cabe às entidades promotoras e gestoras das unidades e equipas, no início de cada ano, o desenvolvimento do plano anual de formação, tendo como referência o levantamento de necessidades e as recomendações das ARS e CDist do ISS, I. P.

2 — As entidades promotoras e gestoras das unidades e equipas devem garantir a participação dos seus profissionais em ações de formação, no âmbito das orientações e objetivos gerais da RNCCI, bem como em ações promovidas por outras entidades, desde que correspondam aos objetivos da RNCCI e contribuam para sua formação contínua.

3 — A ARS/ACSS e o ISS, IP podem, sempre que entendam necessário, solicitar às entidades promotoras e gestoras das unidades e equipas comprovativos da formação realizada.

CAPÍTULO V

Referenciação na RNCCI e admissão nas unidades e equipas

Artigo 19.º

Referenciação para unidades e equipas

1 — Sem prejuízo do disposto no artigo 31.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, com a redação que lhe foi dada pelo Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho, para as unidades e equipas da RNCCI podem ser referenciadas as pessoas com limitação funcional, em processo de doença crónica ou na sequência de doença aguda, em fase avançada ou terminal, ao longo do ciclo de vida e com necessidades de cuidados de saúde e de apoio social.

2 — São ainda condições gerais de admissão em todas as tipologias da RNCCI as seguintes situações:

- a) A alimentação entérica;
- b) O tratamento de úlceras de pressão e ou feridas;
- c) A manutenção e tratamento de estomas;
- d) A terapêutica parentérica;
- e) As medidas de suporte respiratório designadamente a oxigenoterapia ou a ventilação assistida;
- f) Ajuste terapêutico e ou de administração de terapêutica, com supervisão continuada.

3 — Para as unidades de convalescença são também critérios de referenciação as situações que, na sequência de episódio de doença aguda, impliquem perda de funcionalidade transitória, e careçam de cuidados de saúde que, pela sua complexidade ou duração, não possam ser prestados no domicílio, com previsibilidade de recuperação ou ganhos funcionais atingíveis até 30 dias consecutivos que requeiram:

- a) Cuidados médicos e de enfermagem, permanentes;
- b) Reabilitação funcional intensiva.

4 — Para unidade de média duração e reabilitação, para além do disposto no n.º 2, são ainda critérios de referenciação, as situações que na sequência de doença aguda ou reagudização de doença crónica, impliquem perda de funcionalidade, careçam de continuidade de cuidados de saúde, reabilitação funcional e apoio social e pela sua complexidade ou duração, não possam ser assegurados no domicílio, com previsibilidade de ganhos funcionais atingíveis até 90 dias consecutivos que requeiram:

- a) Cuidados médicos diários e de enfermagem, permanentes;
- b) Reabilitação funcional.

5 — Para além do disposto no n.º 2, são critérios de referenciação para unidade de longa duração e manutenção as situações que impliquem a prestação de cuidados de apoio social, continuidade de cuidados de saúde e de manutenção do estado funcional, que pela sua complexidade ou duração, não possam ser assegurados no domicílio e tenham necessidade de internamento num período superior a 90 dias consecutivos que requeiram:

- a) Cuidados médicos regulares e cuidados de enfermagem permanentes;
- b) Reabilitação funcional de manutenção;

c) Internamento em situações temporárias por dificuldade de apoio familiar e necessidade de descanso do principal cuidador, até 90 dias por ano.

6 — São critérios de referenciação para unidades de dia e promoção de autonomia (UDPA) as situações que necessitam da prestação de cuidados de apoio social, saúde, promoção, autonomia ou manutenção do estado funcional de pessoas que, podendo permanecer no domicílio, não podem aí ver assegurados esses cuidados face à complexidade ou duração.

7 — As equipas domiciliárias destinam-se a pessoas em situação de dependência funcional transitória ou prolongada, que não se podem deslocar de forma autónoma, cujo critério de referenciação assenta na fragilidade, limitação funcional grave condicionada por fatores ambientais, com doença severa, em fase avançada ou terminal, ao longo do ciclo de vida, que reúnam condições no domicílio que permitam a prestação dos cuidados continuados integrados que requeiram:

- a) Frequência de prestação de cuidados de saúde superior a 1 vez por dia, ou, prestação de cuidados de saúde superior a 1 hora e 30 minutos por dia, no mínimo de 3 dias por semana;
- b) Cuidados além do horário normal de funcionamento da equipa de saúde familiar, incluindo fins de semana e feriados;
- c) Complexidade de cuidados que requeira um grau de diferenciação ao nível da reabilitação;
- d) Necessidades de suporte e capacitação ao cuidador informal.

8 — Consideram-se critérios de não admissão em unidades e equipas, as pessoas:

- a) Com episódio de doença em fase aguda;
- b) Com necessidade exclusiva de apoio social;
- c) Cujo objetivo de internamento seja o estudo diagnóstico;
- d) Cujo regime terapêutico inclua antibióticos de uso exclusivo hospitalar.

Artigo 20.º

Processo de referenciação dos utentes provenientes dos hospitais e dos cuidados de saúde primários

1 — Os profissionais de saúde dos hospitais designadamente, médicos, enfermeiros e assistentes sociais, referenciam as pessoas com critérios clínicos para potencial ingresso na RNCCI, de acordo com a seguinte informação:

- a) Diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional da Doença;
- b) Registo de comorbilidades;
- c) Classificação do grau de funcionalidade segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde;
- d) Avaliação médica, de enfermagem, do serviço social e qualquer outra informação relevante;
- e) Proposta da tipologia de cuidados da RNCCI.

2 — A referenciação pode ser realizada desde o início do internamento até quatro dias antes da data prevista da alta.

3 — A EGA receciona a proposta de referenciação e no prazo de dois dias úteis, avalia e confirma toda a informação até ao momento da alta, designadamente:

- a) Informação da situação clínica e medicação;
- b) Indicação das necessidades em cuidados;

- c) Informação do serviço social;
- d) Informação dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica realizados;
- e) Anotações sobre o programa de seguimento do utente e de marcações de próximas consultas ou exames complementares, com identificação do responsável pelo seguimento, quando aplicável.

4 — Sempre que o utente seja proveniente da comunidade, nomeadamente o domicílio, a referenciação é efetuada, com as devidas adaptações, pelos profissionais de saúde das unidades de saúde familiar (USF) e das unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP) sendo aplicável o procedimento constante do n.º 1.

5 — Os profissionais das unidades de cuidados na comunidade (UCC) sinalizam às USF e UCSP os doentes com potencial de referenciação.

6 — Os profissionais que integram as USF e as UCSP enviam à ECL a proposta de referenciação no prazo máximo de cinco dias, após o início da referenciação.

7 — A ECL valida a proposta de referenciação e a tipologia adequada.

8 — Na referenciação do utente para unidade ou equipa deve ter-se em conta a proximidade da área do domicílio do utente relativamente à unidade ou equipa e sempre que possível ter em consideração a sua preferência.

Artigo 21.º

Processo de admissão nas unidades e equipas

1 — A admissão de utentes nas unidades e equipas é precedida de proposta de referenciação dos profissionais de saúde dos hospitais e dos cuidados de saúde primários.

2 — A ECR determina, no prazo de um dia útil, a alocação de vaga do utente em unidade ou equipa da RNCCI, na medida dos recursos e vagas existentes.

3 — A admissão na unidade ou equipa da RNCCI efetiva-se no prazo de um dia útil.

4 — Para efeitos de admissão nas unidades de internamento e equipas domiciliárias é necessário obter o prévio consentimento informado por parte do utente, ou do seu representante legal.

5 — Para além do documento referido no número anterior, a admissão nas unidades de internamento de média duração e reabilitação, de longa duração e manutenção e de ambulatório, carece ainda da assinatura do termo de aceitação das situações de comparticipação do utente, e da tomada de conhecimento da necessidade da celebração de contrato de prestação de serviços, no momento da admissão, em conformidade com a legislação aplicável.

6 — As unidades e equipas prestadoras não podem recusar a admissão do utente após a validação da ECL.

7 — [Revogado].

CAPÍTULO VI

Continuidade de cuidados integrados, prorrogação, mobilidade e alta

Artigo 22.º

Continuidade da prestação de cuidados

1 — Para a concretização dos objetivos terapêuticos, a continuidade da prestação de cuidados a cada utente deve

ser reavaliada quinzenal ou mensalmente pela unidade, conforme se trate de unidade de convalescença ou de média duração e reabilitação, e trimestralmente, na unidade de longa duração e manutenção e mensalmente na unidade de ambulatório e nas equipas domiciliárias, salvaguardando-se sempre nas diferentes tipologias as eventuais avaliações intercalares que sejam necessárias.

2 — Nas situações em que os utentes internados em unidades da RNCCI careçam de cuidados em hospital integrado no SNS, por período superior a 24 horas, pode ocorrer reserva de lugar por um período de oito dias, contando os dias de reserva para a determinação da taxa de ocupação da unidade.

3 — Sem prejuízo do disposto no número anterior, em situações excecionais devidamente comprovadas e justificadas do ponto de vista clínico, o período de oito dias de reserva de lugar pode ser alargado até ao máximo de doze dias, com autorização da respetiva ECL.

Artigo 23.º

Procedimentos de prorrogação, mobilidade e alta

1 — Sempre que esgotados os prazos de internamento fixados no artigo 19.º, e se não atingidos os objetivos terapêuticos, pode haver lugar a pedido de prorrogação do internamento do utente ou pode haver necessidade de mobilidade do mesmo para outra unidade de internamento mais adequada à melhoria ou recuperação da sua situação clínica e social.

2 — Para efeitos de prorrogação do internamento, a unidade elabora proposta fundamentada, até 5 dias antes do período de internamento máximo previsto para a unidade da RNCCI, que submete a autorização da ECR.

3 — A ECL assegura, sob prévia autorização da ECR, sempre que excedido o período de internamento máximo previsto para a unidade da RNCCI e após reavaliação da situação a continuidade do utente na respetiva unidade.

4 — Sempre que considerada a necessidade de mobilidade por transferência do utente, deve a unidade ou equipa elaborar proposta fundamentada à ECL da área de influência da unidade para respetiva validação.

5 — A mobilidade por transferência do utente deve ter em consideração o critério de proximidade ao domicílio deste, sendo prioritária em relação aos utentes em lista de espera para admissão na RNCCI.

6 — Para efeitos do disposto no número anterior, e caso não haja coincidência entre o domicílio do utente e a área geográfica da unidade ou equipa, compete à ECL da área da unidade articular-se com a competente ECR com vista à observância do critério de proximidade.

7 — Os utentes internados em unidade, quando agudizam e carecem de cuidados em hospital integrado no SNS, por período temporal superior ao determinado nos n.ºs 2 e 3 do artigo anterior, beneficiam de prioridade na readmissão na RNCCI.

8 — A preparação da alta deve ser iniciada com uma antecedência que permita encontrar a solução mais adequada à necessidade de continuidade de cuidados, pressupondo a necessária articulação entre a unidade e as ECL competentes.

CAPÍTULO VII

Adesão à RNCCI

Artigo 24.º

Pedido de adesão

1 — O pedido de adesão, por parte das entidades promotoras e gestoras previstas no n.º 1 do artigo 36.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, com a redação que lhe foi dada pelo Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho, que ainda não integrem a RNCCI, formaliza-se mediante preenchimento do formulário constante do anexo V à presente portaria que dela faz parte integrante, disponível no sítio da internet da ARS e do ISS, I. P.

2 — O formulário a que se refere o número anterior deve ser devidamente preenchido e assinado por quem tenha competência para o ato nos termos legais e entregue na ARS competente.

Artigo 25.º

Processo de adesão à RNCCI

1 — Instruído o pedido de adesão, a ECR competente aprecia e emite parecer, no prazo máximo de dez dias úteis contados da receção do pedido, tendo em conta o seguinte:

- a) Cobertura territorial de acordo com os rácios definidos, pelos organismos competentes, para cada uma das tipologias da RNCCI;
- b) Adequabilidade da intervenção proposta face ao disposto no presente diploma;
- c) Existência de cobertura orçamental.

2 — Para efeitos do disposto no número anterior, a ECR deve obrigatoriamente promover a participação dos competentes serviços da ARS e do ISS, I.P nas decisões a tomar.

3 — Na sequência da emissão de parecer favorável, deve a entidade promotora e gestora na RNCCI proceder à entrega dos seguintes documentos:

- a) Planta de localização;
- b) Planta de implantação do/s edifício/s;
- c) Planta de todos os pisos onde se localiza a unidade, incluindo os espaços partilhados, com indicação dos equipamentos;
- d) Estudo prévio de arquitetura e das especialidades de engenharia com escala tecnicamente adequada, nos termos da legislação em vigor.

Artigo 26.º

Parecer prévio à decisão

1 — Após a construção de raiz ou de ampliação ou remodelação para tipologias da RNCCI, são confirmadas as condições de instalação em visita técnica final, sendo a entidade promotora notificada para apresentar à ECR, no prazo de trinta dias úteis, a contar da respetiva notificação, os seguintes documentos:

- a) Comprovativo da segurança contra incêndios em edifícios emitido pela Autoridade Nacional de Proteção Civil, que tenha em consideração eventuais obras de remodelação e ou reconversão do edificado para nova utilização-tipo ou nova categoria de risco;

b) Telas finais dos projetos de arquitetura e especialidades de engenharia;

c) Licença(s) de estabelecimento para instalações elétricas do tipo A e ou B, nos termos da legislação em vigor;

d) Certificado de exploração para instalações elétricas do tipo C, se aplicável nos termos da legislação em vigor;

e) Declaração do técnico responsável pela exploração das instalações elétricas e último relatório de inspeção desse técnico, para instalações elétricas que carecem de técnico responsável pela exploração, nos termos da legislação em vigor;

f) Relatório de vistoria anual, para instalações que dispensam a existência de um técnico responsável pela exploração, nos termos da legislação em vigor;

g) Certificação dos ascensores, se aplicável nos termos da legislação em vigor;

h) Cópia do contrato de manutenção dos aparelhos elevadores, se aplicável nos termos da legislação em vigor;

i) Autorização de utilização emitida pela Câmara Municipal competente, com identificação do uso a que se destina;

j) Comprovativo do controlo sanitário da água, caso existam depósitos de reserva de água para consumo humano;

k) Certificação energética das instalações de climatização;

l) Termo de responsabilidade, passado por entidade credenciada, atestando a conformidade da instalação da Rede de Gases Medicinais e do Sistema de Aspiração/Vácuo com as normas e legislação portuguesas e as normas e diretivas europeias aplicáveis bem como da certificação dos materiais utilizados na instalação da rede de gases medicinais e de aspiração/vácuo, nos termos do modelo constante do anexo VI à presente portaria que dela faz parte integrante, disponível no sítio da Internet da ARS, acompanhado de documento comprovativo da certificação da entidade instaladora.

2 — A ECR emite parecer final sobre a viabilidade da adesão à RNCCI, no prazo de trinta dias úteis, a contar da data da receção dos respetivos documentos.

3 — Do parecer a que se refere o número anterior deve constar:

- a) Elementos relativos à unidade e equipa prestadora;
- b) Elementos relativos à entidade promotora e gestora;
- c) Identificação da tipologia e rácios previstos na área geográfica;
- d) Data de entrada do formulário;
- e) Procedimentos efetuados, incluindo a menção da interrupção dos prazos, no caso de pedido de elementos/aperfeiçoamentos;
- f) Avaliação das condições de funcionamento;
- g) Avaliação das instalações da unidade nas vertentes de arquitetura, instalações e equipamentos elétricos, instalações e equipamentos de águas e esgotos e instalações e equipamentos mecânicos;
- h) Direção Técnica e Mapa de Pessoal;
- i) Conclusão devidamente fundamentada.

4 — A ECR deve obrigatoriamente promover a participação nas decisões a tomar dos competentes serviços da ARS e do ISS, I. P., sempre que estejam em causa pareceres ou decisões acerca de unidades de média duração e reabilitação, longa duração e manutenção e de ambulatório.

Artigo 27.º

Decisão

- 1 — A decisão sobre a adesão à RNCCI compete ao Conselho Diretivo da ARS territorialmente competente, salvo o disposto no número seguinte.
- 2 — Quando se trate de unidades de internamento de média duração e reabilitação, longa duração e manutenção e de ambulatório, a decisão sobre a adesão à RNCCI compete, ainda ao Conselho Diretivo do ISS, I. P.
- 3 — O prazo para decisão sobre adesão à RNCCI é de 15 dias úteis, contados da data da emissão do parecer final referido no n.º 2 do artigo anterior.

Artigo 28.º

Celebração de contrato

- 1 — A adesão formaliza-se com a celebração de contrato, em modelo próprio a aprovar pelos Ministérios da Saúde e do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, celebrado entre a entidade promotora e gestora, a ARS, salvo o disposto no número seguinte.
- 2 — Quando se trate de unidades de internamento de média duração e reabilitação, longa duração e manutenção e de ambulatório, o contrato referido no número anterior é também celebrado com o CDist do ISS, I.P
- 3 — Não é admitida a subcontratação, salvo em casos excecionais devidamente fundamentados e sujeitos à prévia aprovação da ARS e do CDist do ISS, I. P.

CAPÍTULO VIII

Avaliação e sistemas de informação

Artigo 29.º

Monitorização, avaliação e auditorias

- 1 — O funcionamento e a qualidade dos cuidados e serviços prestados, os processos realizados, os resultados obtidos, e a articulação das unidades com outros recursos de saúde e ou sociais, estão sujeitos a uma avaliação periódica, sem prejuízo dos processos internos de melhoria contínua no âmbito da respetiva gestão da qualidade.
- 2 — As unidades podem ser sujeitas a auditorias técnicas e financeiras pelos competentes serviços dos Ministérios da Saúde e do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, no âmbito das suas atribuições, que para o efeito poderão recorrer a serviços externos.
- 3 — Para efeitos do disposto, no número anterior as unidades devem facultar o acesso às instalações e à documentação tida por pertinente pelas equipas auditoras.
- 4 — As auditorias referidas no n.º 2 devem ser efetuadas de forma conjunta e articulada entre os serviços competentes dos Ministérios da Saúde e do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social.
- 5 — As auditorias referentes a matérias de infraestruturas deverão ser levadas a cabo exclusivamente pela Entidade Reguladora da Saúde.
- 6 — No âmbito da avaliação periódica referida no n.º 1, podem, ainda, as unidades ser objeto de estudos que visem a avaliação da satisfação dos utentes, a realizar em articulação com as entidades promotoras e gestoras.

Artigo 30.º

Suportes de informação

- 1 — As unidades procedem ao registo dos dados necessários à referência e monitorização evolutiva e de resultados mediante o preenchimento dos formulários e módulos disponíveis, na plataforma informática da RNCCI.
- 2 — É garantido às unidades e equipas o acesso a um conjunto de indicadores organizacionais e de gestão clínica, anualmente definidos pela ACSS, I. P. e pelo ISS, I. P.
- 3 — É garantido igualmente a ligação das plataformas de informação clínica das entidades promotoras e gestoras a custos das mesmas com a plataforma informática da RNCCI para a recolha da informação que se entenda necessária e suficiente à gestão da RNCCI, no estrito cumprimento da Lei de proteção de dados pessoais
- 4 — A gestão de acessos à plataforma informática da RNCCI é da responsabilidade da ACSS.

CAPÍTULO IX

Coordenação da RNCCI

Artigo 31.º

Coordenação Nacional

A RNCCI é coordenada pela ACSS, IP à qual compete promover a articulação com os organismos competentes dos Ministérios da Saúde e do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social.

Artigo 32.º

Coordenação Regional

- 1 — A coordenação a nível regional é assegurada por cinco ECR, constituídas de modo multidisciplinar, integrando representantes das ARS e dos CDists do ISS, I. P., designados por três anos, renováveis, respetivamente, pelo Conselho Diretivo das ARS e pelo Conselho Diretivo do ISS, I. P.
- 2 — Cada ECR deve integrar, no mínimo, da área da saúde, um médico, um enfermeiro e um assistente técnico e, da área social, um técnico superior podendo ainda integrar outros profissionais sempre que o volume e a complexidade da atividade o justifiquem.
- 3 — A ECR é dimensionada em função das necessidades e dos recursos existentes e constituída por profissionais com conhecimentos e experiência nas áreas de planeamento, gestão e avaliação, que exercem as suas funções em regime de tempo completo.
- 4 — Quando em função da dimensão da área de intervenção não for possível ou adequado que todos os profissionais exerçam funções em regime de tempo completo, devem ser fixados horários ajustados que garantam o normal funcionamento da(s) equipa(s), os quais deverão expressamente constar em regulamento interno.
- 5 — A coordenação da ECR é assegurada por um profissional nomeado pela ARS territorialmente competente.
- 6 — Os profissionais que integram as ECR não podem ser, simultaneamente, prestadores de cuidados no âmbito da Rede.
- 7 — As ECR atuam numa base regional, tendo por referência a área de influência da ARS.
- 8 — As competências das ECR estão definidas no artigo 10.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, com

a redação que lhe foi dada pelo Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho.

Artigo 33.º

Funcionamento das ECR

1 — O modo de funcionamento das ECR consta de regulamento interno, que é elaborado no primeiro mês de funcionamento, e aprovado pelo Conselho Diretivo da ARS e pelo Conselho Diretivo do ISS, I. P. com conhecimento da coordenação nacional.

2 — Do regulamento interno das ECR deve constar, designadamente:

- a) Local e horário de funcionamento;
- b) Periodicidade das reuniões;
- c) Prazos para apresentação de planos e relatórios de atividades;
- d) Composição da ECR e regime de afetação dos profissionais que a constituem;
- e) Processo de substituição do coordenador nas suas ausências ou impedimentos;
- f) Processos de articulação com as equipas coordenadoras aos níveis nacional e local;
- g) Instrumentos de monitorização e controlo da atividade e da qualidade dos processos e de controlo dos resultados das unidades e equipas da Rede, de acordo com as orientações da coordenação nacional.

3 — As ECR estão sedeadas nas instalações das ARS que asseguram os meios necessários ao desempenho das suas competências e atribuições.

Artigo 34.º

Coordenação Local

1 — A coordenação a nível local, é assegurada pelas ECL, constituídas de modo multidisciplinar, integrando, no mínimo, da área da saúde, um/a médico/a e um/a enfermeiro/a, e, da área social, um técnico superior e, sempre que necessário, um/a técnico/a das autarquias locais, designado pelo(s) presidente(s) de Câmara Municipal, podendo ainda integrar outros profissionais sempre que o volume e a complexidade da atividade o justifiquem.

2 — Os elementos que constituem as ECL são designados, consoante as áreas de intervenção, pelo Conselho Diretivo da ARS, sob proposta do Diretor Executivo do ACES ou do Conselho de Administração da ULS, e pelo Conselho Diretivo do ISS, I. P. sob proposta dos Diretores dos CDists do ISS, I. P. por um período de três anos, renovável.

3 — A coordenação da ECL é assegurada por um profissional de saúde nomeado pelo Conselho Diretivo da ARS territorialmente competente sob proposta do Diretor Executivo do ACES, ouvido o Coordenador da UCC, ou do Conselho de Administração da ULS.

4 — Os elementos da ECL exercem as suas funções em regime de tempo completo.

5 — Quando em função da dimensão da área de intervenção não for possível ou adequado que todos os profissionais exerçam funções em regime de tempo completo, devem ser fixados horários ajustados que garantam o normal funcionamento da (s) equipa (s), os quais deverão expressamente constar em regulamento interno.

6 — Os elementos da ECL não podem ser, simultaneamente, prestadores de cuidados no âmbito da RNCCI, com ressalva dos casos em que a entidade promotora e gestora tenha natureza pública.

7 — É criada, no mínimo, uma ECL, para efeito de coordenação operativa da RNCCI, em cada ACES, e em cada Unidade Local de Saúde, que não tenha ACES constituído, coincidindo com as respetivas áreas de influência.

8 — As competências das ECL estão definidas no artigo 11.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, com a redação que lhe foi dada pelo Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho.

Artigo 35.º

Funcionamento das ECL

1 — O modo de funcionamento das ECL consta de regulamento interno, que é aprovado pelo Diretor Executivo do ACES/ULS, submetido à apreciação da ECR que emite parecer vinculativo, que contem, designadamente, os seguintes elementos:

- a) Local e horário de funcionamento;
- b) Periodicidade das reuniões, no mínimo semanal;
- c) Prazos para a apresentação, à ECR, de planos de ação anuais, e relatórios de execução;
- d) Composição da ECL e regime de afetação dos profissionais que a constituem;
- e) Processo de substituição do coordenador nas suas ausências ou impedimentos;
- f) Processos de articulação com a ECR;
- g) Instrumentos de monitorização e controlo da atividade e da qualidade dos processos e de controlo dos resultados das unidades e equipas, de acordo com as orientações da coordenação regional e nacional.

2 — As ECL estão sedeadas nas instalações dos ACES que asseguram os meios necessários para o desempenho das suas competências e atribuições.

CAPÍTULO X

Disposições transitórias e finais

Artigo 36.º

Autorização de funcionamento

1 — Até à entrada em vigor do regime jurídico do licenciamento para as unidades da RNCCI, a competência para a emissão da autorização de funcionamento cabe à Entidade Reguladora da Saúde, mediante parecer prévio da ECR, que contenha despacho favorável da ARS, I. P., e do Centro Distrital do ISS, I. P., de acordo com o modelo constante do anexo III à presente portaria.

2 — Decorridos 45 dias sem que a ERS emita autorização de funcionamento, esta considera-se tacitamente deferida, a título provisório, até à emissão da autorização de funcionamento pela Entidade Reguladora da Saúde, nos termos previstos no número anterior.

3 — Da autorização referida no n.º 1 consta a lotação máxima de cada uma das unidades.

4 — Aos lugares que podem ser geridos pelas entidades promotoras e gestoras de forma autónoma não é aplicável o disposto nos Capítulos V e VI do presente diploma.

Artigo 37.º

Adequação

1 — As unidades que, à data da entrada em vigor do presente diploma, integram a RNCCI, devem adequar-se

às condições nelas previstas, desde que os espaços físicos existentes permitam as adaptações necessárias.

2 — Não é aplicável o disposto no número anterior às unidades que foram beneficiárias de apoio financeiro ao abrigo do Programa Modelar I e II, bem como as unidades que integraram as Experiências Piloto de 2006.

3 — Após as vistorias, as entidades competentes devem elaborar relatório final sobre a adequação das instalações aos requisitos técnicos constantes dos programas funcionais anexos à presente portaria e que dela fazem parte integrante, bem como identificar as alterações necessárias a realizar, se tal for possível e financeiramente razoável.

Artigo 38.º

Norma revogatória

São revogados:

- a) Os números 2, 3 e 14 e o Anexo I da Portaria n.º 1087-A/2007, de 5 de setembro;
- b) O Despacho n.º 19040/2006, dos Secretários de Estado da Segurança Social e Adjunta e da Saúde, de 19 de setembro;
- c) O Despacho n.º 6359/2011, das Ministras do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde, de 13 de abril;
- d) Os números 2, 3 e 4 do Despacho n.º 7968/2011, da Ministra da Saúde, de 2 de junho.

Artigo 39.º

Entrada em vigor

A presente portaria entra em vigor no primeiro dia útil do mês subsequente ao da sua publicação.

ANEXO I

RNCCI — Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Unidades de internamento de convalescença, de média duração e reabilitação, e de longa duração e manutenção

1 — Arquitetura

Os requisitos técnicos seguintes são complementares aos dos regulamentos técnicos legais, de arquitetura, com os quais as instalações das unidades também terão de estar conformes, de acordo com a legislação aplicável.

1.1 — Programa funcional tipo:

(especificações mínimas)

Nota prévia:

As instalações referidas de seguida são consideradas por módulos 30 camas e por piso de internamento. Nas situações em que coexista mais do que uma tipologia de resposta da RNCCI permite-se, quando possível, no mesmo edifício a utilização comum dos espaços de apoio pelas diferentes tipologias sempre que dessa utilização não advier prejuízo para a qualidade dos cuidados prestados ao utente, nomeadamente, receção, atendimento, I.S. de visitantes, gabinete de direção, secretariado, gabinete de atendimento, copa, refeitório, sala de convívio, banho assistido, gabinete médico/de enfermagem, área de medicina física e de reabilitação, área de pessoal, área de logística e depósito de cadáveres. Os espaços de utilização comum com outras tipologias devem ser objeto de acréscimo proporcional de área, sempre que tal se justifique, permitindo desse modo o adequado exercício das atividades da Unidade, sem constrangimentos de área útil. Nestas unidades de internamento os quartos podem ser individuais, duplos ou triplos, sendo que, pelo menos 15 % (arredondamento por defeito) correspondem a quartos individuais e 20 % correspondem a quartos triplos.

Designação	Função do compartimento	Área útil (mínima) m²	Largura (mínima) m	Obs.
Área de receção				
Átrio		-	-	Pode ser comum a outras tipologias de unidades/respostas sociais.
Posto de atendimento		-	-	Pode ser comum a outras tipologias de unidades/respostas sociais.
Receção de visitas e encaminhamento.				
IS de visitantes		5	-	Pode ser comum a outras tipologias de unidades/respostas
a) sociais.				
a) Mínimo uma, adaptada a mobilidade condicionada.				soas com
Área de direção e administrativa				
Gabinete da Direção	Gestão da unidade	-	-	Opcional.
Pode ser comum a outras tipologias de unidades/respostas sociais.				
Sala de secretariado	Zona de atividade administrativa	-	-	Opcional. Pode ser comum a outras tipologias de unidades/respostas sociais.
Área de atendimento social				
Gabinete de atendimento	Atendimento a familiares	12		Pode ser comum a outras tipologias de unidades/respostas sociais.

Designação	Função do compartimento	Área útil (mínima) m ²	Largura (mínima) m	Obs.
Área de refeições, de convívio e de atividades				
Copa	Apoio à área de internamento	8	-	Com tina de bancada.
Receção e conferência de dietas. Preparação de refeições ligeiras.				
Refeitório	Sala de refeições.....	2 m ² por utente (para	-	Pode ser comum a outras unidades.
utilização, em simultâneo, no mínimo de 50 % dos utentes).				Pode ser sala única, adequadamente dividida, ou várias salas
las perfazendo no total a área estabelecida.				
Com lavatório.				
Sala de convívio/atividades . . . familiares.	Sala para convívio de doentes e	2 m ² por utente (para	-	Pode ser comum a outras unidades.
tâneo, no mínimo de 80 % dos utentes).		utilização, em simul-		Pode ser sala única, adequadamente dividida, ou várias salas
las perfazendo no total a área estabelecida.				
IS associadas		5	2,2	a) Devem ser previstas duas IS
a)			-	separadas por sexos, adapta-
das a pessoas com mobilidade condicionada.				
Cabeleireiro/Podólogo		-	-	Pode ser comum a outras tipos
logias de unidades/respostas sociais.				
Pode ser um serviço contratado.				
Com pontos de água e esgoto.				
Área de quartos e higiene pessoal				
Quarto.....	Com 1 cama	12	3,5	O corredor interior de acesso à
Com 2 camas (no máximo) . . .		18	3,5	I.S. do quarto não conta para
Com 3 camas (no máximo)		24	3,5	a área útil do mesmo.
Pelo menos 15 % dos quartos da unidade são individuais.				
IS de cada quarto		5	2,2	Acesso privativo do quarto, adap-
tada a pessoas com mobilidade condicionada e com zona de duche com ralo no pavimento.				
Com uma área livre correspondente à de um círculo de 1,5 m de diâmetro.				
Banho assistido.....	Banho assistido de doentes . . .	10	2,8	Deve ter, preferencialmente, lo-
calização central na unidade de internamento.				
Podem ser comuns a outras tipologias de unidades/respostas sociais.				
Com sanita e lavatório.				
Área médica e de enfermagem				
Posto de enfermagem	Com zonas de armazenamento,	12	-	Deve ter localização central na
de preparação de medicação e de registos.				área de internamento.
a visualização da circulação na unidade.				A zona de registos deve permitir
Equipada com tina e torneira de				
manual.				comando não
Sala de observação/tratamentos	Trabalho clínico, pensos e outros	16	3,5	Equipada com lavatório e tor-
tratamentos.				neira de comando não manual.
Gabinete médico/de enfermagem		12	-	Pode ser comum a outras tipolo-
gias de unidades.				
Deve ter lavatório e torneira de				
manual.				comando não
Área de medicina física e reabilitação				
Ginásio/fisioterapia Terapia ocupacional.	Desenvolvimento de atividades de reabilitação e ocupacionais.	50	-	Pode ser comum a outras tipologias de unidades/respostas
sociais.				
Pode ser sala única, adequadamente				
dividida,				
rias salas.	ou			
Eletroterapia				
Tratamentos com parafina e parafango.	Com zona individualizada para tratamentos de parafina e parafango.	20	-	Pode ser comum a outras tipologias de unidades/respostas sociais.
			serem	vá-

Designação	Função do compartimento	Área útil (mínima) m ²	Largura (mínima) m	Obs.
Terapia da fala da fala. sociais. IS associadas	Tratamentos para reabilitação	12	-	Pode ser comum a outras tipologias de unidades/respostas
	a) soas com mobilidade condicionada. Área de pessoal	5	2,2	a) Duas IS separadas por sexos e uma outra adaptada a pes-
Sala de trabalho multidisciplinar	Trabalho de profissionais da unidade, reuniões e pausa. Podem ser comuns a outras tipologias de unidades/respostas sociais.	14	-	Deve ter localização próxima do posto de enfermagem.
Vestiários de pessoal.....	Com zona de cacifos, IS associadas e chuveiros. sociais. Separados por sexos. Área de logística (Pode ser comum a outras unidades/valências)	-	-	Podem ser comuns a outras tipologias de unidades/respostas
Zona de material clínico	Arrumação de material clínico armário/estante/carro.	-	-	Possibilidade de arrumação em
Zona de material de consumos	Arrumação de material de consumo.	-	-	Possibilidade de arrumação em armário/estante/carro.
Zona de roupa limpa.....	Arrumação de roupa limpa armário/estante/carro.	-	-	Possibilidade de arrumação em
Sala de equipamento de limpeza	Arrumação de material e carro de limpeza. de água com sistema de chuveiro para higienização de equipamento.	4	-	Equipada com lavatório e pia de despejo com torneira, ponto
Sala de desinfecção	Para lavagem e desinfecção de material clínico. e torneira de comando não manual.	4	-	Opcional. Equipada com tina de lavagem
Sala de lavagem e desinfecção de arrastadeiras.	- despejos. Dispensável quando na unidade existirem apenas arrastadeiras descartáveis.	-	-	Equipada com lavatório e pia de
Sala de sujos	Para arrumação temporária de sacos de roupa suja, sacos de resíduos e para despejos de limpeza e Sala de sujos e despejos. Equipada com lavatório e pia de despejos com torneira, com sistema de chuveiro para higienização de equipamento. Casa mortuária	4	-	Possibilidade de existência de sala única que reúna as funções de Sala de equipamento
Depósito de cadáveres	Para depósito temporário de cadáveres. edifício). Com lavatório	10	-	Deve existir, no mínimo, uma por unidade (no sentido de

Áreas complementares (os serviços podem ser contra- de alargamento com 2,00 m de largura útil à entrada dos quartos para cruzamento de duas macas.

Os requisitos técnicos das áreas complementares de esterilização, cozinha e lavandaria são os que se encontram previstos nos normativos legais e regulamentares em vigor aplicáveis a estas áreas funcionais.

As respetivas áreas podem ser comuns a outras unidades/valências.

1.2 — Outros requisitos de arquitetura:

Todos os corredores destinados à circulação de macas devem ter o mínimo de 2,00 m úteis de largura. Em casos excepcionais de edifícios cuja estrutura não permita adaptação a este requisito, admite-se que os corredores destinados à circulação de macas possam ter o mínimo de 1,40 m úteis de largura, devendo ser previstas bolsas

Não são permitidas rampas nem degraus nas circulações horizontais do interior do edifício.

Nos quartos com mais de uma cama, a distância entre camas deve ser, no mínimo de 0,90 m. A distância entre uma das camas e a parede lateral deve ser, no mínimo de 0,60 m. Deve também ser considerada uma área livre na qual se inscreva um círculo de 1,50 m de diâmetro, entre a outra cama e a parede lateral.

Os quartos individuais de 18 m² já existentes em unidades de internamento e construídos em cumprimento dos programas funcionais aprovados ao abrigo do programa modelar I e II, podem ser readaptados a quartos duplos desde que se respeite a percentagem de 15 %, no mínimo, para quartos individuais.

Os quartos têm de ter iluminação e ventilação naturais e equipamento que permita o seu completo obscurecimento.

Sempre que a unidade de cuidados continuados tiver um desenvolvimento superior a um piso deve haver uma escada principal com uma largura não inferior a 1,40 m e pelo menos outra de serviço, com exceção para pisos com acesso de nível ao exterior.

As portas dos quartos, salas de observação/tratamento e banhos assistidos devem ter o mínimo de 1,10 m de largura útil.

Todas as instalações sanitárias de doentes devem ser acessíveis por pessoas com mobilidade condicionada. Os acessos às instalações sanitárias não devem devassar os locais de circulação dos utentes e do pessoal.

As instalações sanitárias devem ser privativas por cada quarto. Excetua-se a zona de duche que pode ser partilhada por cada 2 quartos, salvaguardada a devida privacidade.

Nas instalações sanitárias, as portas devem abrir para fora sem criar conflitos de circulação ou ser de correr pelo exterior da parede, por questões de higienização.

Todas as fechaduras devem ser comandadas pelo exterior por intermédio de chave mestra. Os puxadores das portas devem ser de manípulo e as fechaduras devem permitir a abertura pelo interior e pelo exterior.

Deve ser sempre garantido um percurso interior desde a unidade de internamento até às instalações da área de medicina física e de reabilitação.

Devem ser previstos dispensadores de desinfetante nos quartos, para a desinfecção das mãos dos profissionais (sendo dispensável a existência de lavatórios; a lavagem de mãos poderá ser feita na IS).

Em todos os gabinetes onde haja prestação de cuidados a doentes deve ser instalado lavatório com torneira de comando não manual.

Caso a unidade se situe a um nível diferente do piso de entrada, deve existir monta-camas com as dimensões mínimas de 2,40 x 1,40 x 2,30 m (comprimento x largura x altura), com porta automática de 1,30 m de abertura útil e altura livre de passagem de 2,10 m.

Em caso de impossibilidade de instalação do previsto no ponto anterior, admite-se a instalação de monta-macas, com as dimensões mínimas de 2,10 x 1,30 x 2,20 m (comprimento x largura x altura), com porta automática de 1,20 m de abertura útil e altura livre de passagem de 2,0 m.

2 — Especialidades de engenharia

Os requisitos técnicos seguintes são complementares aos dos regulamentos técnicos legais, de engenharia, e aos das normas técnicas comunitárias aplicáveis a cada uma das respetivas especialidades, com os quais as instalações das unidades também terão de estar conformes.

2.1 — Instalações e equipamentos elétricos:

Devem seguir-se as disposições regulamentares prescritas pela Portaria n.º 949-A/2006, de 11 de setembro, RTIEBT (Regras Técnicas de Instalações Elétricas de Baixa Tensão), nomeadamente em termos de segurança de pessoas e bens. Concretamente, devem ser implementadas as seguintes funcionalidades, sistemas, ou equipamentos:

2.1.1 — Instalação de um grupo eletrogéneo para efeitos de assegurar a alimentação de socorro ou de substituição, cujo objetivo é o de providenciar alimentação elétrica destinada a manter em funcionamento a

instalação ou partes desta, em caso de falta da alimentação normal. Os equipamentos essenciais à segurança das pessoas devem ser alimentados por uma fonte de segurança ou de emergência, que não deve ser usada para outros fins, caso seja única. Desta forma, poderão coexistir, na mesma instalação, dois grupos eletrogéneos: um destinado à alimentação de socorro e outro, caso seja essa a opção do projetista, destinado aos circuitos de segurança ou de emergência;¹

2.1.2 — As camas devem dispor de um sistema acústico-luminoso que assegure a chamada de enfermeira ou outro pessoal de serviço pelos doentes. Este sistema deve satisfazer às seguintes condições:

a) Incorporar um dispositivo de chamada e um sinalizador luminoso de confirmação de chamada localizado junto à cabeceira da cama ou em local visível pelo doente. O cancelamento da chamada só poderá ser efetuado no próprio compartimento onde se realizou a chamada. A chamada é assinalada por sinalização luminosa junto à porta de entrada da enfermaria ou quarto e no posto de enfermeira com sinal acústico e luminoso;

b) Possibilitar a transferência de chamadas para o local onde se encontre a enfermeira e a realização de chamadas de emergência;

c) Os demais compartimentos a que o doente tenha acesso, designadamente casas de banho, sanitários, refeitório e salas de estar, devem ser abrangidos pelo sistema de chamada de enfermeira;

d) O sistema deve ser considerado uma instalação de segurança.

2.1.3 — Todos os compartimentos devem dispor do número de tomadas de energia necessárias à ligação individual de todos os equipamentos cuja utilização simultânea esteja prevista (um equipamento por tomada) mais uma tomada adicional para equipamento de limpeza;

2.1.4 — Todos os compartimentos onde potencialmente possa ser utilizado equipamento telefónico ou informático, devem dispor de uma tomada dupla por cada 10/12 m² de superfície, com um mínimo de uma tomada dupla por cada posto de trabalho ou equipamento dedicado;

2.1.5 — Todos os ascensores, quando existentes, devem dispor das condições para se movimentarem até ao piso de entrada em caso de falha de energia elétrica. Pelo menos um ascensor com capacidade para transporte de camas deve manter-se em funcionamento com alimentação de socorro;

2.1.6 — Recomenda-se a alimentação de todos os circuitos de iluminação pelo setor de socorro, na sua totalidade ou parcialmente, segundo critérios devidamente fundamentados no projeto da especialidade de Eletrotecnia. Recomenda-se, também, a adoção, na iluminação interior, das orientações constantes da Norma ISO 8995 CIE S 008/E de 15/05/2003, contendo as especificações da «*Commission Internationale de L'Éclairage*» sobre os níveis de iluminação e respetiva uniformidade em estabelecimentos de saúde, bem como sobre a capacidade de restituição de cores das fontes luminosas a utilizar e sobre a prevenção do desconforto visual;

2.1.7 — Além das instalações de iluminação de segurança e de vigília prescritas nas regras supramencionadas, nos locais onde o paciente permaneça acamado deve

prever-se iluminação geral e iluminação de leitura ou de observação, à cabeceira da cama.

2.2 — Instalações e equipamentos mecânicos:

2.2.1 — Climatização

As instalações de climatização devem estar de acordo com a regulamentação em vigor.

Observações:

Nas salas de apoio com eventual produção de ambientes poluídos, devem ser aplicados sistemas de extração forçada de ar.

É obrigatório prever sistemas de extração generalizados. O sistema de «sujos» deve ser independente do de «limpos».

2.2.2 — Instalações de gases medicinais:

É obrigatória, em todas as unidades a existência de oxigénio, aspiração/vácuo, nomeadamente nos quartos, bem como nas salas de tratamento e, de preferência, também nas salas de convívio e nas salas de refeições.

Requisitos:

A central de vácuo deve ser fisicamente separada das restantes, com a extração do sistema situada a uma cota de, pelo menos, 3 m acima das admissões de ar próximas.

Se o ar comprimido respirável for produzido por compressores, a central deve de ser fisicamente separada das restantes.

Todas as centrais devem ter uma fonte primária, uma fonte secundária e uma fonte de reserva, de comutação automática

As tomadas devem ser de duplo fecho, não intermutáveis de fluido para fluido

A utilização do tubo de poliamida apenas pode ser permitido nas calhas técnicas, suportes de teto e colunas de teto, quando integrado pelo fabricante e desde que acompanhado dos respetivos certificados CE medicinal

2.2.3 — Instalações frigoríficas

Deve existir frigorífico de modelo laboratorial próprio para a conservação de medicamentos, certificado para o efeito, equipado com registador de temperatura e alarme.

¹ Em substituição do segundo grupo eletrogéneo com motor de combustão interna, poder-se-á recorrer a outro tipo de alimentação alternativa, tal como uma UPS — Unidade de Alimentação Ininterrupta, não havendo critério de obrigatoriedade neste aspeto, deixando-se margem para que, desde que tecnicamente bem fundamentada, seja utilizada uma ou outra solução.

ANEXO II

RNCCI — Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Unidades de dia e de promoção da autonomia

1 — Arquitetura

Os requisitos técnicos seguintes são complementares aos dos regulamentos técnicos legais, de arquitetura, com os quais as instalações das unidades também terão de estar conformes, de acordo com a legislação aplicável.

1.1 — Programa funcional tipo: (especificações mínimas)

Nota prévia:

As instalações referidas de seguida são consideradas para um valor médio de 30 doentes, em cada dia, simultaneamente.

Nas situações em que coexista mais do que uma tipologia de resposta da RNCCI permite-se, quando possível, a utilização comum dos espaços pelas diferentes tipologias, ou estrutura residencial para pessoas idosas sempre que dessa utilização não advier prejuízo para a qualidade dos cuidados prestados ao utente, nomeadamente, receção, atendimento, I.S. de visitantes, gabinete de direção, secretariado, gabinete de atendimento, copa, refeitório, sala de convívio, banho assistido, gabinete médico/de enfermagem, área de medicina física e de reabilitação, área de pessoal, área de logística, Presume-se que os 30 doentes estão distribuídos pelas zonas de medicina física e reabilitação, pela zona de atividades terapêuticas, pela zona médica /enfermagem e/ou pelo local de exercício/movimento. Os doentes poderão, complementarmente, ser objeto de apoio social, psicológico ou outros.

As unidades de dia e de promoção da autonomia devem estar, preferencialmente, acopladas a unidades de internamento de cuidados continuados integrados.

Devem ser previstos espaços não terapêuticos, para pausas, ou seja, para recreação, convívio e repouso, ao longo do dia.

As zonas referidas, podem coexistir com espaços preexistentes, na sua proximidade, de unidades de internamento. Os compartimentos comuns a espaços preexistentes devem ser objeto de acréscimo proporcional de área, sempre que tal se justifique, permitindo desse modo o adequado exercício das atividades da UDPA, sem constrangimentos de área útil.

Designação	Função do compartimento	Área útil (mínima) m ²	Largura (mínima) m	Obs
Área de receção				
Átrio		-	-	Pode ser comum a outras tipologias de unidades.
Posto de atendimento.....		-	-	Pode ser comum a outras tipologias de unidades.
Receção e encaminhamento.				
IS de acompanhantes		5	-	Pode ser comum a outras tipologias de unidades.
a)			-	
a) Mínimo uma, adaptada a pes-				
mobilidade condi-				
cionada.				soas com

Designação	Função do compartimento	Área útil (mínima) m ²	Largura (mínima) m	Obs
Área de direção e administrativa				
Gabinete da Direção	Gestão da unidade Pode ser comum a outras tipolo- gias de unidades.	-	-	Opcional.
Sala de secretariado	Zona de atividade administrativa e de arquivo clínico. gias de unidades. Área de atendimento social	-	-	Opcional. Pode ser comum a outras tipolo- gias de unidades.
Gabinete de atendimento	Atendimento a familiares gias de unidades. Área de refeições, de convívio e de atividades	12	-	Pode ser comum a outras tipolo- gias de unidades.
Sala de estar/ recreação	Sala de estar de doentes e fami- liares. tâneo, no mínimo de 80 % dos utentes). las perfazendo no total a área estabelecida.	2 m ² por utente (para utilização, em simul-	-	Pode ser comum a outras tipolo- gias de unidades. Pode ser sala única, adequada- mente dividida, ou várias sa-
Sala (s) de refeições	Sala de refeições de doentes utilização, em simul- tâneo de 50 % dos utes). las perfazendo no total a área estabelecida.	2 m ² por utente (para utilização, em simul-	-	Pode ser comum a outras tipolo- gias de unidades. Pode ser sala única, adequada- mente dividida, ou várias sa-
IS dos doentes	Com lavatório. 5 a) a) Devem ser previstas duas IS separadas por sexos, adapta- das a pessoas com mobilidade condicionada.	-	-	Pode ser comum a outras tipolo- gias de unidades.
Área de vestiários, estética e higiene pessoal de utentes				
Vestiários de utentes.....	Para mudança de roupa. Com cacifos e bancos. Desenhado de forma a permitir a existência de uma área livre correspondente à de um cír- culo de 1,5 m de diâmetro.	-	-	Pode ser comum a outras tipolo- gias de unidades.
Sala de cuidados de estética e higiene.	Cuidados pessoais de promoção da autoestima. Deve ser dotado de ponto de água quente e água fria e esgoto.	12	-	Pode ser comum a outras tipolo- gias de unidades.
Sala de banho	Banho acompanhado de utentes gias de unidades. Com sanita e lavatório.	10	2,8	Pode ser comum a outras tipolo- gias de unidades.
Área médica e de enfermagem				
Gabinete médico.....	12 gias de unidades. Com lavatório e torneira de comando não manual.	12	-	Pode ser comum a outras tipolo- gias de unidades.
Gabinete de Enfermagem	Trabalho clínico, pensos e outros tratamentos. Com lavatório com torneira de comando não manual.	16	-	Pode ser comum a outras tipolo- gias de unidades.
Área de fisioterapia, atividades ocupacionais/atividades da vida diária (AVD) e de movimento em grupo				
Ginásio/Fisioterapia.....	Desenvolvimento de atividades físicas de reabilitação ou tra- tamentos individuais. mente dividida, ou várias salas.	40	-	Pode ser comum a outras tipolo- gias de unidades. Pode ser sala única, adequada-
Terapia ocupacional/Treino de AVD.	Desenvolvimento de atividades psicomotoras e/ou de estimu- lação e treino de AVD /auto- nomia.	40	-	Pode ser comum a outras tipolo- gias de unidades.
Ginásio /Movimento em grupo	Desenvolvimento de atividades de exercício em grupo, mo- bilidade geral e animação coletiva.	30	-	Pode ser comum a outras tipolo- gias de unidades. Pode ser sala única, adequada- mente dividida, ou várias salas.
Terapia da fala	Desenvolvimento de atividades de comunicação e capacidades intelectuais/ cognitivas.	12	-	Pode ser comum a outras tipolo- gias de unidades.

Designação	Função do compartimento	Área útil (mínima) m ²	Largura (mínima) m	Obs
IS associadas	a) das a pessoas com mobilidade condicionada. Área de descanso ou relaxamento	5	-	a) Devem ser previstas duas IS separadas por sexos, adapta-
Sala de repouso.....	Com cadeirões reclináveis Pode ser comum a outras tipolo- gias de unidades. Área de pessoal	12	3,5	3 m ² /posto.
Sala de trabalho multidisciplinar	Trabalho de profissionais da uni- dade, reuniões e pausa.	14	-	Pode ser comum a outras tipolo- gias de unidades.
Vestiários de pessoal.....	Com zona de cacifos IS associa- das e chuveiros. Área de logística	-	-	Pode ser comum a outras tipolo- gias de unidades.
Zona de material clínico	Arrumação de material clínico gias de unidades Possibilidade de arrumação em armário.	-	-	Pode ser comum a outras tipolo- gias de unidades. Possibilidade
Zona de material de consumo	Arrumação de material de con- sumo. de arrumação em armário.	-	-	Pode ser comum a outras tipolo- gias de unidades. Possibilidade
Zona de roupa limpa.....	Arrumação de roupa limpa gias de unidades. Possibilidade de arrumação em armário.	-	-	Pode ser comum a outras tipolo- gias de unidades. Possibilidade
Sala de equipamento de limpeza	Arrumação de material e carro de limpeza. de água com sistema de chu- veiro para higienização de equipamento. Pode ser	4	-	Equipada com lavatório e pia de despejo com torneira, ponto comum a outras unida- des/valências.
Zona de lavagem e desinfecção de material clínico.	Lavagem e desinfecção de dispo- sitivos médicos e terapêuticos gias de unidades. Equipada com tina de lavagem e torneira de comando não manual.	4	-	Opcional. Pode ser comum a outras tipolo- gias de unidades.
Zona de armazenagem de resí- duos.	Destinado ao armazenamento de sacos de resíduos. Equipada com de água com sistema de chu- veiro para higienização de equipamento.	-	-	Pode ser comum a outras tipolo- gias de unidades. pia de despejos com torneira, ponto

Áreas complementares (os serviços podem ser contra-
tados)

Os requisitos técnicos das áreas complementares de
cozinha e lavandaria são os que se encontram previstos nos
normativos legais e regulamentares em vigor aplicáveis a estas áreas
funcionais.

As respetivas áreas podem ser comuns a outras unida-
des/valências.

1.2 — Outros requisitos de arquitetura:

Todos os corredores destinados à circulação de macas
devem ter o mínimo de 2,00 m úteis de largura. Em casos
excepcionais de edifícios cuja estrutura não permita adap-
tação a este requisito, admite-se que possam ter o mínimo
de 1,40 m úteis de largura, devendo ser previstas bolsas de
alargamento com 2,00 m de largura útil para cruzamento de duas
macas.

Não são permitidas rampas nem degraus nas circulações
horizontais do interior do edifício.

Sempre que a unidade tiver um desenvolvimento su-
perior a um piso deve haver uma escada principal com
uma largura não inferior a 1,20 m e pelo menos outra

de serviço, com exceção para pisos com acesso de nível
ao exterior.

As portas das salas de estar e de refeições, bem como
as portas de todas as salas de tratamentos e terapia, devem
ter o mínimo de 1,00 m de largura útil.

Nas instalações sanitárias, as portas devem abrir para
fora sem criar conflitos de circulação ou ser de correr.
Nestes casos, deverão deslizar pelo exterior da parede,
por questões de higienização. Todas as fechaduras devem
ser comandadas pelo exterior por intermédio de chave
mestra. Os puxadores das portas devem ser de manípulo e
as fechaduras devem permitir a abertura pelo interior e pelo
exterior.

Deve ser sempre garantido um percurso interior desde a
unidade de dia e promoção de autonomia até às instalações
da área de medicina física e de reabilitação, se nestas forem
realizadas as atividades da unidade de dia.

Em todos os gabinetes onde haja prestação de cuidados
a doentes deve ser instalado lavatório com torneira de
comando não manual.

Caso a unidade se situe a um nível diferente do piso
de entrada, deve existir monta-macas, com as dimensões
mínimas de 2,10 x 1,30 x 2,20 m (comprimento x largura

x altura), com porta automática de 1,20 m de abertura útil e altura livre de passagem de 2,0 m.

1.3 — Equipamento de transporte:

Deve ser prevista uma carrinha de serviço para o transporte de doentes. Este equipamento pode ser interno ou externo.

2 — Especialidades de engenharia

Os requisitos técnicos seguintes são complementares aos dos regulamentos técnicos legais, de engenharia, e aos das normas técnicas comunitárias aplicáveis a cada uma das respetivas especialidades, com os quais as instalações das unidades também terão de estar conformes.

Quando a Unidade de dia e de promoção da autonomia existir em conjunto com outra tipologia (unidades de internamento de média duração e reabilitação ou de longa duração e manutenção, devem ser seguidos os requisitos das especialidades de engenharia definidos para as tipologias referidas.

2.1 — Instalações e equipamentos elétricos:

Devem seguir-se as disposições regulamentares prescritas pela Portaria n.º 949-A/2006, de 11 de setembro, RTIEBT (Regras Técnicas de Instalações Elétricas de Baixa Tensão), nomeadamente em termos de segurança de pessoas e bens. Concretamente, devem ser implementadas as seguintes funcionalidades, sistemas, ou equipamentos:

2.1.1 — Instalação de um grupo eletrogéneo para efeitos de assegurar a alimentação de socorro ou de substituição, cujo objetivo é o de providenciar alimentação elétrica destinada a manter em funcionamento a instalação ou partes desta, em caso de falta da alimentação normal. Os equipamentos essenciais à segurança das pessoas devem ser alimentados por uma fonte de segurança ou de emergência, que não deve ser usada para outros fins, caso seja única. Desta forma, poderão coexistir, na mesma instalação, dois grupos eletrogéneos: um destinado à alimentação de socorro e outro, caso seja essa a opção do projetista, destinado aos circuitos de segurança ou de emergência;²

2.1.2 — Os compartimentos a que o doente tenha acesso, designadamente casas de banho, sanitários, refeitório e salas de estar, devem ser abrangidos pelo sistema de chamada de enfermeira. O sistema deve ser considerado uma instalação de segurança;

2.1.3 — Todos os compartimentos devem dispor do número de tomadas de energia necessárias à ligação individual de todos os equipamentos cuja utilização simultânea esteja prevista (um equipamento por tomada) mais uma tomada adicional para equipamento de limpeza;

2.1.4 — Todos os compartimentos onde potencialmente possa ser utilizado equipamento telefónico ou informático, devem dispor de uma tomada dupla por cada 10/12 m² de superfície, com um mínimo de uma tomada dupla por cada posto de trabalho ou equipamento dedicado;

2.1.5 — Todos os ascensores, quando existentes, devem dispor das condições para se movimentarem até ao piso de entrada em caso de falha de energia elétrica. Pelo menos um elevador com capacidade para transporte de camas deve manter-se em funcionamento com alimentação de socorro;

Recomenda-se a alimentação de todos os circuitos de iluminação pelo setor de socorro, na sua totalidade ou parcialmente, segundo critérios devidamente fundamentados no projeto da especialidade de Eletrotécnica. Recomenda-se, também, a adoção, na iluminação interior, das orientações constantes da Norma ISO 8995 CIE S 008/E de 15/05/2003, contendo as especificações da «*Commission Internationale de L'Éclairage*» sobre os níveis de iluminação e respetiva uniformidade em estabelecimentos de saúde, bem como sobre a capacidade de restituição de cores das fontes luminosas a utilizar e sobre a prevenção do desconforto visual.

2.2 — Instalações e equipamentos mecânicos:

2.2.1 — Climatização

As instalações de climatização devem estar de acordo com a regulamentação em vigor.

Observações:

Nas salas de apoio com eventual produção de ambientes poluídos, devem ser aplicados sistemas de extração forçada de ar.

É obrigatório prever sistemas de extração generalizados. O sistema de «sujos» deve ser independente do de «limpos».

2.2.2 — Instalações de gases medicinais:

Apenas é necessária a existência de garrafa de oxigénio portátil e de aparelho de aspiração portátil, numa proporção de 1 conjunto/10 utentes.

2.2.3 — Instalações

frigoríficas

Deve existir frigorífico de modelo laboratorial próprio para a conservação de medicamentos, certificado para o efeito, equipado com registador de temperatura e alarme.

² Em substituição do segundo grupo eletrogéneo com motor de combustão interna, poder-se-á recorrer a outro tipo de alimentação alternativa, tal como uma UPS — Unidade de Alimentação Ininterrupta, não havendo critério de obrigatoriedade neste aspeto, deixando-se margem para que, desde que tecnicamente bem fundamentada, seja utilizada uma ou outra solução.

ANEXO III

Autorização de funcionamento

A Entidade Reguladora da Saúde declara que a unidade... (denominação da unidade), sita em..., código postal..., localidade..., Distrito de..., Concelho de..., Freguesia..., Telefone..., Fax..., com entidade promotora e gestora... (identificação da entidade), contratada para a prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social, em regime de internamento e ou em regime de ambulatório para unidade de... (identificar a tipologia de resposta), com lotação máxima de..., cumprem, à presente data, as condições de funcionamento nos termos estabelecidos na legislação aplicável.

Mais declaram que, qualquer alteração às condições de funcionamento objeto da presente autorização fica dependente de nova autorização que incidirá sobre as alterações obrigatoriamente comunicadas pela entidade promotora e gestora à Entidade Reguladora da Saúde.

..., ... de... de 20..

Entidade Reguladora da Saúde.

ANEXO IV

Recursos humanos recomendados nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados (a)

Perfil Profissional	Unidade de Cuidados Continuados Integrados	Unidade de Cuidados Continuados Integrados		Unidade de Cuidados Continuados Integrados	Unidade de Cuidados Continuados Integrados	Presença
		Unidade de Cuidados Continuados Integrados	Unidade de Cuidados Continuados Integrados			
Médico (Unidade Médica Física)	40	30	30	30	30	presença diária
Psicólogo	20	20	20	20	20	presença ao longo da semana
Enfermeiro (Unidade Coordenadora e Enfermeiro de Recrutamento)	400	300	240	330	330	presença permanente
Fisioterapeuta	30	30	30	30	30	presença diária
Auxiliar Social	40	40	40	40	40	presença ao longo da semana
Terapeuta da Fala	0	0	0	0	0	presença ao longo da semana
Auxiliar Técnico-cultural	20	20	40	0	0	presença ao longo da semana
Substituída	5	5	0	0	0	presença ao longo da semana
Terapeuta Ocupacional	40	40	20	0	0	presença ao longo da semana
Personal Auxiliar	500	400	330	330	330	presença permanente

Perfil Profissional	Unidade de Dia e Noite de Autismo	Presença
Médico Social Médica (Unidade)	0	
Psicólogo	20	presença diária
Enfermeiro	20	presença diária
Fisioterapeuta	20	presença diária
Auxiliar Social	20	presença diária
Auxiliar Técnico-cultural	40	presença diária
Terapeuta Ocupacional	20	presença diária
Personal Auxiliar	200	presença diária

34) Considera a unidade de 30 camas/leitos.
 35) Considera a unidade de 20 camas. Avalia a necessidade de recursos humanos de acordo com o perfil profissional.
 36) As áreas comuns (recepção e sala de espera) são de responsabilidade da área administrativa, sendo possível e recomendável que a unidade tenha um espaço próprio para a recepção e sala de espera.
 37) As unidades de longa duração e de curta duração, devem considerar um sistema de Médica de Longo Prazo.
 38) Indicar o número de leitos de emergência da unidade.
 39) Indicar o número de leitos de emergência.

procurador), com poderes de representação de ____ (denominação da entidade instaladora, credenciada para o efeito, número de identificação fiscal e sede), declara, sob compromisso de honra, que a sua representada:

a) Instalou na(s) Unidade(s) de Cuidados Continuados Integrados, sita(s) na ____ (local de instalação completo), o sistema de distribuição de gases medicinais e o sistema de aspiração/vácuo, compostos por ____ (oxigénio, ar comprimido respirável, vácuo), de acordo com as normas e legislação portuguesa e comunitária aplicáveis, designadamente e sem limitar, a Diretiva do Conselho n.º 93/42/CEE, de 14 de junho, e o Decreto-Lei n.º 273/95, de 23 de outubro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 30/2003, de 14 de fevereiro;

b) Que os dispositivos médicos instalados ostentam a respetiva Marcação CE e/ou certificação CE,

Pelo que assume toda a responsabilidade, civil e criminal, pela sua correta instalação e pela conformidade dos materiais utilizados.

____, ____/____/____

Assinatura(s)

ANEXO V

The image shows a screenshot of a web-based form titled 'CUIDADOS CONTINUADOS'. The form is divided into several sections for data entry:

- IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE:** Includes fields for 'Número de identificação fiscal', 'N.º de identificação do Registo das Atividades', 'Número de identificação', 'Localidade', 'Código Postal', 'País', 'Telefone', and 'E-mail'. There are also checkboxes for 'Unidade de Cuidados Continuados Integrados' and 'Unidade de Cuidados Continuados de Longo Prazo'.
- IDENTIFICAÇÃO DE OUTROS SERVIÇOS E RESPOSTAS DA ENTIDADE:** A section for additional services.
- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE:** Includes fields for 'Número de identificação', 'Localidade', 'Código Postal', 'País', 'Telefone', and 'E-mail'.
- IDENTIFICAÇÃO DO BARRA E REFEIÇÃO:** A section for bar and dining identification.
- IDENTIFICAÇÃO DO ENDEREÇO:** A section for address identification.
- IDENTIFICAÇÃO DO BARRA:** A section for bar identification.

TRABALHO, SOLIDARIEDADE E SEGURANÇA SOCIAL E PLANEAMENTO E DAS INFRAESTRUTURAS

Portaria n.º 51/2017

de 2 de fevereiro

A Portaria n.º 190-B/2015, de 26 de junho, que aprova o regulamento geral do Fundo de Auxílio Europeu às Pessoas Mais Carenciadas (FEAC), bem como a regulamentação específica do Programa Operacional de Apoio às Pessoas Mais Carenciadas em Portugal (POAPMC), para o período compreendido entre 1 de janeiro de 2014 e 31 de dezembro de 2020, operacionaliza o FEAC em algumas das matérias que exigem adaptações face à natureza própria deste Fundo, estabelecendo ainda regras especiais de aplicação, designadamente, no âmbito dos recursos e da programação, do acompanhamento, avaliação e informação, e do financiamento, pagamentos e sistema de informação. Decorrido um período inicial de implementação do POAPMC, no qual se aplicaram transitoriamente regras do Programa Comunitário de Ajuda Alimentar a Carenciados (PCAAC), em cumprimento de normativos europeus, importa agora proceder a ajustamentos ao regulamento geral do FEAC e à regulamentação específica do POAPMC, de modo a adequar o modelo de implementação do FEAC aos seguintes objetivos principais:

a) Simplificar o modelo de governação FEAC, de forma a agilizar as decisões necessárias à operacionalização do POAPMC;

b) Proceder a um planeamento territorial da intervenção do POAPMC sustentado na identificação de necessidades, garantindo uma resposta de apoio alimentar aos cidadãos mais carenciados, em função do lugar onde residam, independentemente das respostas previamente existentes;

c) Adequar as obrigações das entidades parceiras, que procedem à distribuição dos bens alimentares no âmbito do POAPMC, às exigências acrescidas deste Programa,

ANEXO VI

Termo de responsabilidade por instalação do sistema de distribuição de gases medicinais e do sistema de aspiração/vácuo

____ (nome, número de documento de identificação e morada), na qualidade de ____ (gerente, administrador,

ANEXO III
Orientação nº 18/2011 da DGS

ORIENTAÇÃO

DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

Francisco
Henrique
Moura George

Digitally signed by Francisco
Henrique Moura George
DN: cn=Francisco Moura George,
ou=Direção-Geral da Saúde,
o=Ministério da Saúde,
c=PT



NÚMERO: 018/2011

DATA: 23/05/2011

ASSUNTO: Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde

PALAVRAS-CHAVE: Identificação de Doentes

PARA: Hospitais do Serviço Nacional de Saúde e Unidades de Cuidados Continuados Integrados

CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde (dqs@dgs.pt)

Nos termos da alínea c) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 66/2007, de 29 de maio, na redação dada pelo Decreto Regulamentar nº 21/2008, de 2 de dezembro, emite-se a Orientação seguinte:

1. Nos serviços prestadores de cuidados de saúde deve ser sempre confirmada a identidade dos doentes.
2. A identificação dos doentes deve ser feita com pulseira, sempre que adequado.
3. A confirmação da identidade do doente deve ser feita do seguinte modo:
 - 3.1. Todos os doentes devem iniciar, em regra, o contacto com os serviços de saúde através dos serviços administrativos.
 - 3.2. Nos serviços administrativos será confirmada a informação relativa à sua identificação, morada e contactos.
 - 3.3. São exceções as situações de urgência e emergência médica.
 - 3.4. É responsabilidade do pessoal envolvido na prestação dos cuidados de saúde confirmar que os presta à pessoa certa.
 - 3.5. Em todos os contactos com o doente, antes da realização de qualquer ato, é necessário confirmar a sua identidade com, pelo menos, dois dados inequívocos da sua identificação.
 - 3.6. Consideram-se dados de identificação fidedigna do doente:
 - a) O primeiro e último nome;
 - b) A data de nascimento;
 - c) O número único de processo clínico na instituição.
 - 3.7. Não se consideram dados de identificação fidedignos o número do quarto ou da cama de um doente internado.
4. Na identificação com pulseira:
 - 4.1. O uso da pulseira de identificação permite minimizar situações de risco em ambientes específicos e constitui um equipamento de segurança. Este facto deve ser explicado ao doente, pedindo-lhe a sua colaboração.
 - 4.2. O uso de uma pulseira de identificação não significa o abandono da identificação verbal. A pulseira serve como meio complementar de identificação segura.
 - 4.3. A identificação dos doentes com pulseira aplica-se a doentes em:
 - a) Internamento hospitalar e internamento em unidade de cuidados continuados de longa duração;
 - b) Hospital de dia;
 - c) Realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica;
 - d) Cirurgia de ambulatório;
 - e) Atendimento em urgências.
 - 4.4. Exclui-se o uso de pulseira de identificação no internamento crónico em psiquiatria.
 - 4.5. Na pulseira deve ser colocada a informação dos dados de identificação fidedigna do doente. O nome deve constar em maiúsculas, data de nascimento no formato dia/mês/ano (99/99/9999), número único de processo clínico da instituição (99.999.999).

- 4.6. Ao doente admitido sem que seja possível determinar a sua identificação será colocado na sua pulseira:
- Nome: Desconhecido;
 - Número de processo único provisório.
- 4.7. Assim que possível será identificado o doente e substituída a pulseira com a informação definida nos termos gerais.
- 4.8. A pulseira será retirada do doente imediatamente antes de abandonar a instituição de saúde.
- 4.9. A pulseira será inutilizada por corte e destruída.
- 4.10. Cada instituição deve definir:
- A quem compete a colocação da pulseira no doente.
 - Procedimento de identificação dos doentes em caso de catástrofe.
- 4.11. Características das pulseiras de identificação:
- As pulseiras devem ser de cor branca, independentemente dos diagnósticos, sexo, ou qualquer outra característica do doente.
 - O material que as compõe deve ser antialérgico e inócuo para o doente.
 - As pulseiras devem ser flexíveis e cómodas, sem arestas ou bordos cortantes, resistente à água, resistente à tensão e resistente ao calor.
 - As pulseiras devem poder suportar a informação de identificação fidedigna em letra de tamanho 12 ou superior em fonte comum, em tinta resistente e de cor preta.
 - As pulseiras devem ser de tamanho ajustável no pulso e com fecho de segurança não manipulável.
 - As pulseiras não devem ser reutilizáveis e devem cumprir as normas relativas à proteção do ambiente.
- 4.12. A pulseira será colocada no pulso do braço dominante do doente. Se tal não for prático, cabe ao profissional identificar qual o local mais adequado para a sua colocação.
- 4.13. Uma pulseira danificada deve ser substituída logo que possível.
- 4.14. Quando o doente recusar o uso da pulseira de identificação, o mesmo deve ser alertado para o aumento de risco a que se expõe para que possa tomar uma decisão informada. Tanto a recusa como a explicação fornecida ao doente devem constar nos registos clínicos e deve ser assinada pelo doente.
- 4.15. Quando, por motivos clínicos, o doente não puder usar uma pulseira de identificação, compete ao profissional responsável pelos cuidados de saúde garantir a segurança do doente através de medidas alternativas. As medidas alternativas podem passar pela colocação de uma pulseira numa peça de roupa que o doente veste ou, em caso de alergia, sobre uma gaze no pulso do doente.
5. Devem ser seguidos os seguintes dez princípios na identificação dos doentes:
- Confirme a identidade do doente antes de realizar cada ato.
 - Se não for possível determinar com segurança a identificação do doente não realize o ato.
 - Utilize sempre mais do que um dado de identificação inequívoca. Recorra sempre a dois dos três elementos e nunca só a um.
 - Não assumam que dar o nome ao doente para ele confirmar a sua identificação é garantia que o doente é, de facto, quem confirma ser. Um doente pode responder afirmativamente por ansiedade, por limitação auditiva, por confusão, etc.
 - Pergunte qual o nome do doente, para que seja ele a identificar-se.
 - Não assumam que o doente que está numa cama é o doente certo.
 - Confira os dados do doente com os da pulseira antes de a colocar, mesmo que conheça bem o doente. É importante verificar que os dados estão corretamente inscritos na pulseira.

- 5.8. Verifique a legibilidade da pulseira com frequência. Substitua a pulseira antes que se torne ilegível.
- 5.9. Na alta do doente a pulseira só deve ser retirada imediatamente antes da saída da instituição.
- 5.10. O doente tem o direito de recusar a utilização da pulseira. É dever do profissional informar o doente do risco que corre, para que o doente possa assumir o risco conscientemente.

FUNDAMENTAÇÃO

As falhas associadas à identificação de doentes são causa de erros com medicação, transfusões, realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, realização de atos a pessoas erradas e outros incidentes de gravidade para os doentes.

A Organização Mundial de Saúde, no âmbito da aliança mundial para a segurança dos doentes, apresentou um conjunto de recomendações que orientaram vários países na estruturação de normas de identificação inequívoca dos doentes das organizações de saúde.

Das iniciativas que os diferentes países desenvolveram reuniram-se aprendizagens e alertas que orientaram a preparação da presente Orientação.

Cada instituição desenvolveu as normas internas que considerou melhor se ajustarem à identificação dos seus doentes. Estas normas, apesar de aparentemente ajustadas aos contextos locais, não refletem, em regra, as melhores práticas com base na evidência.

É comummente aceite que existe um potencial de redução de risco pela uniformização em todo o sistema de saúde de procedimentos de identificação dos doentes.

APOIO CIENTÍFICO

Ana Cristina Costa, Anabela Graça, Carlos Henriques, Celene Neves, Maria João Gaspar, Fernando Barroso

BIBLIOGRAFIA

Australian Commission for Safety and Quality in Health Care. Specifications for a standard patient identification band.

2010.

Junta de Andaluzia, Consejería de Salud, Comité Operativo para la Seguridad del Paciente. Procedimiento General de Identificación de Pacientes. 2009.

Standardising wristbands improves patient safety. 2007 julho 03: 24.

(<http://www.npsa.nhs.uk/patientsafety/alerts-and-directives/notices/wristbands>, último acesso em 02-05-2011).

WHO. Patient Safety Solutions - Patient Identification. volume I, solution 2, 2007 maio.

Mannos D, NCPS patient misidentification study: a summary of root cause analyses. VA NCPS Topics in Patient Safety. Washington, DC, United States Department of Veterans Affairs, June-July 2003

(http://www.va.gov/ncps/TIPS/Docs/TIPS_Jul03.doc, último acesso em 02-05-2011).

Santell J, Improving patient identification. Drug Topics, Health-Systems Edition : 2004 junho : 21 : 18-19.

Francisco George
Diretor-Geral da Saúde

ANEXO IV
Norma nº18/2016 da DGS

NÚMERO: 018/2016

DATA: 30/12/2016

ASSUNTO: Reconciliação da medicação

PALAVRAS-CHAVE: Segurança do doente; segurança na medicação; reconciliação da medicação

PARA: Instituições prestadoras de cuidados de saúde do Sistema de Saúde

CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde (dqs@dgs.pt)

Nos termos da alínea a) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de janeiro, a Direção Geral da Saúde, por proposta do Departamento da Qualidade na Saúde emite, na área da qualidade organizacional a seguinte:

NORMA

1. As instituições prestadoras de cuidados de saúde, através das comissões da qualidade e segurança, criadas pelo Despacho nº 3635/2013, de 27 de fevereiro, devem promover a implementação do processo de reconciliação da medicação, designadamente:
 - a) Adotar uma abordagem sistemática para a reconciliação da medicação, envolvendo uma equipa multidisciplinar que identifique e estabeleça as estratégias adequadas à implementação do processo, conforme anexo.
 - b) Assegurar que a reconciliação da medicação seja realizada nos pontos vulneráveis/críticos de transição de cuidados, nomeadamente na admissão e alta hospitalar e na transferência intra/inter instituições prestadoras de cuidados de saúde.
 - c) Avaliar a possibilidade de implementação simultânea deste processo em todos os pontos críticos. Quando tal não for exequível, definir um plano de operacionalização, para o qual se sugere a priorização subsequente:
 - (i.) Ao nível dos Cuidados Hospitalares, o primeiro ponto crítico a considerar deverá ser a admissão que resulte em internamento.
 - (ii.) Ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, o primeiro ponto crítico a considerar deverá ser a consulta após alta hospitalar com entrega da respetiva nota de alta.
 - (iii.) Ao nível dos Cuidados Continuados Integrados, o primeiro ponto crítico a considerar deverá ser a admissão.
 - d) Assegurar que a reconciliação da medicação seja realizada num prazo máximo de 24 horas após a transição de cuidados.
 - e) Normalizar a forma de comunicação entre os profissionais de saúde e a informação essencial a transmitir sobre o doente e a sua medicação.

Norma nº 018/2016 de

- (i.) Garantir que a informação sobre o doente (idade, peso, alergias, resultados de exames, etc.) está disponível, é eficaz, oportuna, exata e adequada aos diferentes níveis de intervenção profissional, ao longo de todo o processo.
- f) Desenvolver estratégias e implementar medidas que garantam o envolvimento do doente e/ou cuidadores disponibilizando informação/formação útil e adequada sobre a medicação, no cumprimento do Despacho n.º 2784/2013, de 12 de fevereiro de 2013.
- g) Definir políticas de responsabilização individual e de envolvimento dos profissionais de saúde, dentro de um contexto de responsabilidade partilhada, designando, de forma clara, os papéis e os responsáveis das diferentes etapas no processo de reconciliação da medicação.
 - (i.) Os profissionais envolvidos deverão ser responsáveis por manter toda a documentação do processo completa, exata, relevante e atualizada.
 - (ii.) Os profissionais envolvidos deverão ser responsáveis pela precisão e qualidade da informação transmitida em todos os pontos de transição de cuidados, de forma a garantir a eficácia do processo.
- h) Assegurar que os profissionais são qualificados e detentores de formação específica no âmbito do processo de reconciliação da medicação. Para tal, deve ser:
 - (i.) Disponibilizada orientação e formação, garantido um período adequado de integração dos profissionais no processo.
 - (ii.) Assegurado que os profissionais envolvidos no processo frequentam, pelo menos anualmente, formação sobre segurança do doente, segurança na medicação e reconciliação da medicação.
- i) Monitorizar o processo de reconciliação da medicação, o seu impacto na redução do risco de incidentes relacionados com a medicação e admissões hospitalares evitáveis, promovendo uma aprendizagem não-punitiva num contexto de melhoria contínua da qualidade.

2. O instrumento de auditoria organizacional.

Instrumento de Auditoria				
Norma "Reconciliação da medicação"				
Unidade:				
Data: ___/___/___		Equipa auditora:		
Critérios	Sim	Não	N/A	Evidência / Fonte
Instituição do processo de reconciliação da medicação				
Realização do processo de reconciliação da medicação por uma equipa multidisciplinar				
Identificação dos pontos vulneráveis/críticos na Instituição				
Realização da reconciliação da medicação em todos os pontos vulneráveis/críticos identificados				
Realização da reconciliação da medicação no prazo máximo de 24 horas após a transição de cuidados				
Normalização da comunicação entre profissionais e entre instituições				
Garantia da acessibilidade dos profissionais de saúde à informação essencial do doente e da medicação				
Implementação de medidas que garantam o envolvimento do doente e/ou cuidador no processo				
Definição clara dos papéis e responsabilidades dos profissionais				
Promoção de formação e atualização dos profissionais				
Monitorização do processo de reconciliação da medicação, com implementação de medidas de acordo com os resultados				
Subtotal	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE (IC)	%			

Avaliação de cada $x = \frac{\text{Total de respostas SIM}}{\text{Total de respostas aplicáveis}} \times 100 = (\text{IQ}) \text{ de } \dots\%$

3. A presente Norma é complementada com o seguinte texto de apoio que orienta e fundamenta a sua implementação.



Francisco George
Diretor-Geral da Saúde

TEXTO DE APOIO

Conceito, definições e orientações

- A. Reconciliação da medicação: processo de análise da medicação de um doente, sempre que ocorrem alterações na medicação, com o objetivo de evitar discrepâncias, nomeadamente omissões, duplicações ou doses inadequadas, promovendo a adesão à medicação e contribuindo para a prevenção de incidentes relacionados com a medicação.
- B. Discrepância na medicação: diferença entre a medicação habitual do doente e a medicação instituída em cada momento de transição de cuidados (e.g. medicamentos suspensos, adicionados ou substituídos), que pode ser intencional ou não intencional e que para a qual não se encontre justificação no processo clínico do doente ou em qualquer outra fonte de informação considerada aceitável.
- C. Segurança na medicação: atividades para evitar, prevenir ou corrigir incidentes que podem resultar do uso de medicamentos.
- D. Processo de gestão da medicação: processo que tem início na seleção, aquisição e armazenamento do medicamento, até à sua prescrição, validação, dispensa, preparação, administração e monitorização.

Fundamentação

- A. A reconciliação da medicação é um processo que contribui para manter atualizada a lista da medicação de cada doente, bem como outras informações importantes, nomeadamente reações adversas a medicamentos (RAM) e alergias, evitando discrepâncias entre a sua medicação habitual e a medicação instituída em cada momento de transição de cuidados.
- B. A transição de cuidados intra/inter instituições prestadoras de cuidados de saúde aumenta o risco de incidentes relacionados com a medicação e de admissões hospitalares evitáveis.
- C. A reconciliação da medicação é um processo baseado na evidência que contribui de forma significativa para a redução de incidentes relacionados com a medicação provocados por informação incompleta ou insuficiente sobre o doente e a medicação.
- D. A literatura mostra que (i) entre 10 a 70% das histórias medicamentosas contêm pelo menos um erro; (ii) até 1/3 desses erros têm o potencial de causar dano ao doente; (iii) mais de 50% dos erros de medicação ocorrem na transição entre cuidados; (iv) doentes com um ou mais medicamentos em falta na nota de alta têm um risco 2.3 vezes superior de serem readmitidos no hospital em relação aos que têm a informação medicamentosa correta; (v) 85% das discrepâncias são originadas por falhas no processo de recolha da informação sobre a medicação dos doentes.
- E. A reconciliação da medicação é um processo multidisciplinar e centrado no doente. Difere do processo habitual de revisão da medicação pela incorporação de outra informação, nomeadamente medicamentos não sujeitos a receita médica, produtos naturais e suplementos alimentares, bem como pelo recurso a outras fontes de informação (e.g. lista de medicação entregue pelo doente e/ou cuidadores; os próprios medicamentos entregues pelo doente; informação disponível nos sistemas informatizados).

- F. A educação dos doentes deve ser um foco prioritário no processo de reconciliação da medicação. O reconhecimento de que parte da informação é recolhida junto de fontes leigas em termos de saúde deve ser considerado e as instituições devem providenciar assistência para que a informação recolhida seja a mais exata quanto possível.

Avaliação

- A. A avaliação da implementação da presente Norma é contínua, executada a nível local, regional e nacional, através de processos de auditoria interna e externa.
- B. A efetividade da implementação da presente Norma e a emissão de diretivas e instruções para o seu cumprimento é da responsabilidade das direções clínicas das instituições prestadoras de cuidados de saúde.

Comité Científico

- A. A presente Norma foi elaborada pelo Departamento da Qualidade na Saúde, da Direção Geral da Saúde, no âmbito da melhoria da qualidade no sistema de saúde.
- B. A elaboração da proposta da presente Norma teve o apoio científico de Anabela Graça e André Coelho.
- C. Foram subscritas declarações de interesse de todos os peritos envolvidos na elaboração da presente Norma.

Coordenação executiva

A coordenação executiva da atual versão da presente Norma foi assegurada por Maria João Gaspar.

Referências bibliográficas

Cornish PL, Knowles SR, Marchesano R, *et al.* Unintended medication discrepancies at the time of hospital admission. *Arch Intern Med.* 2005;165(4):424 -9

Gleason KM, McDaniel MR, Feinglass J, *et al.* Results of the Medications At Transitions and Clinical Handoffs (MATCH) study: an analysis of medication reconciliation errors and risk factors at hospital admission. *J Gen Intern Med.* 2010;25(5):441-7

Health Quality e Safety Commission. *Medicine Reconciliation Standards, Version 3.* Wellington: Health Quality e Safety Commission. 2012. ISBN: (online) 978-0-478-38531-1

Medications at Transitions and Clinical Handoffs (MATCH) Toolkit for Medication Reconciliation. Content last reviewed August 2012. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patient-safety-resources/resources/match/index.html>

Mekonnen AB, McLachlan AJ, Brien JA. Pharmacy-led medication reconciliation programmes at hospital transitions: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Pharm Ther.* 2016 Apr;41(2):128-44

Ministério da Saúde. Despacho n.º 2784/2013, de 11 de fevereiro de 2013. Aprova os registos eletrónicos relativos às notas de alta médica e de enfermagem nos serviços e estabelecimentos integrados no Serviço Nacional de Saúde. Diário da República, 20 fev 2013; 36 (II série): 6908- 6909.

Stowasser DA, Stowasser M, Collins DM. A randomised controlled trial of medication liaison services - acceptance and use by health professionals. J. Pharm. Pract. Res. 2002.;32:133-40

Tam VC, Knowles SR, Cornish PL, *et al.* Frequency, type and clinical importance of medication history errors at admission to hospital: a systematic review. Can. Med. Assoc. J 2005;173(5): 510-5

World Health Organisation. Assuring Medication Accuracy at Transitions of Healthcare. Patient Safety Solution Volume 1, Solution 6. 2007. Acedido em Dez 2016
<http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution6.pdf>

ANEXO - PROCESSO DE RECONCILIAÇÃO DA MEDICAÇÃO

FASE I – RECOLHA DA LISTA DE MEDICAÇÃO DO DOENTE

Usando no mínimo duas fontes de informação, o profissional de saúde deve recolher a lista de medicação do doente (incluindo medicamentos não sujeitos a receita médica, produtos naturais, suplementos alimentares, entre outros) bem como outras informações importantes, nomeadamente reações adversas a medicamentos (RAM) e alergias.

- As fontes de informação poderão ser, nomeadamente: registos informatizados (PEM); informação verbal transmitida pelo doente ou familiares/cuidadores; lista de medicação entregue pelo doente; os próprios medicamentos entregues pelo doente; informação dos lares; informação das unidades de cuidados na comunidade; notas clínicas; notas de alta e/ou transferência entre cuidados; registos da farmácia hospitalar; registos prévios de reconciliação.
- Sempre que disponível, a informação que conste nos sistemas informatizados (por exemplo, na PEM) deve ser considerada e confirmada com o doente ou familiares/cuidadores.

FASE II – COMPARAÇÃO DA LISTA DE MEDICAÇÃO DO DOENTE COM A MEDICAÇÃO PRESCRITA NA TRANSIÇÃO

O profissional de saúde compara a lista de medicação (bem como RAM e alergias) recolhida com a medicação prescrita, identificando e documentando quaisquer discrepâncias.

- Os formulários de reconciliação da medicação devem ser integrados nos processos clínicos dos doentes.
- O uso de abreviaturas e símbolos deve ser evitado.

Em cada momento de transição de cuidados, todas as alterações ocorridas na medicação dos doentes devem ser documentadas, datadas e comunicadas pelos profissionais de saúde envolvidos, de forma a garantir a qualidade da continuidade dos cuidados.

FASE III – CORREÇÃO DAS DISCREPÂNCIAS IDENTIFICADAS

A documentação do processo de reconciliação da medicação deve indicar se a discrepância requer intervenção do médico prescriptor.

- Se a discrepância for considerada urgente, o prescriptor deve ser contactado imediatamente para discutir e corrigir a situação, devendo este:
 - a. Reconciliar cada discrepância, indicando se a mesma é não intencional ou intencional.
 - b. Documentar a razão pela qual o medicamento foi interrompido, modificado, suspenso ou iniciado.
 - c. Assinar e datar, confirmando a reconciliação para cada discrepância.
 - d. Atualizar o processo clínico do doente.
- Uma vez reconciliadas todas as discrepâncias, a lista de medicação, alergias e RAM é classificada como a mais exata naquele ponto temporal

ANEXO V
Orientação Técnica nº2/CNCRNCCI/2017



ORIENTAÇÃO TÉCNICA Nº 2/CNCRNCCI/2017

DATA: 27/02/2017

Assunto: Implementação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde/Módulos de preenchimento obrigatório no sistema de informação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (GestCare CCI)

Para: ECR, ECL, EGA, Profissionais referenciadores dos Hospitais e dos ACES e Unidades Prestadoras
da RNCCI

C/c: ARS, Centros Distritais do ISS, I.P.

Na sequência da segunda alteração à Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro, alterada e republicada pela Portaria n.º 50/2017, de 2 de fevereiro, são introduzidos um conjunto de alterações nos procedimentos, os quais têm como objetivos o incremento da racionalidade clínica, a simplificação do ~~processo de referenciação e a melhoria do processo de acompanhamento através da identificação dos~~ ganhos em saúde.

Nessa medida, impõe-se adotar a classificação do grau de funcionalidade segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), prevista na portaria acima mencionada.

Esta classificação será utilizada desde o momento da referenciação e ao longo de toda a trajetória do utente na Rede, conferindo assim racionalidade clínica a todo o processo, centrando a intervenção na potencialização da capacidade funcional dos utentes segundo uma perspetiva biopsicossocial e possibilitando a avaliação dos resultados da intervenção.

A CIF será utilizada como instrumento obrigatório de referenciação pelos profissionais de saúde responsáveis pelo tratamento e acompanhamento do utente a propor para qualquer unidade da RNCCI, definindo deste modo uma baseline.

Será, depois, sistematicamente utilizada nas unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), pelos profissionais, em todos os momentos de reavaliação obrigatórios (conforme previsto no nº 1 do artigo 22º da Portaria n.º 50 2017, de 2 de fevereiro), bem como para justificar propostas de prorrogação do internamento e ainda no momento da alta do doente.

Deste modo, por forma a garantir o processo atrás referido, estão disponíveis no sistema de informação/registo que suporta a RNCCI (GestCare), as Tabelas de Classificação da Funcionalidade, diferenciadas por fases do ciclo de vida, nomeadamente:

- Tabela Nacional de Funcionalidade (TNF), destinada a pessoas com idade compreendida entre os 18 e os 64 anos;
- Tabela de Funcionalidade do Idoso (TFI), destinada a pessoas mais de 65 anos.

Comissão Nacional de Coordenação da Rede Nacional de Cuidados
Continuados Integrados

Av. João Crisóstomo, 9, 1049-062 Lisboa,

PORTUGAL

TEL + 351 21 798 42 00 FAX + 351 21 798 42 40 EMAIL cncci@cncci.min-saude.pt



Neste contexto, com a adoção da CIF deixa de ter carácter obrigatório a aplicação do Instrumento de Avaliação Integrado (IAI).

De notar que os procedimentos de referenciação para a RNCCI são baseados no preenchimento de módulos disponíveis no sistema de informação desta Rede.

Todos os registos efetuados obedecem ao princípio do processo único, com uma ficha de identificação do doente à qual é agregada a informação dos vários episódios de referenciação na RNCCI.

De salientar também que nenhum dos registos, com excepção dos dados de identificação da ficha do utente, pode ser alterado após a sua validação e gravação, também no respeito legal da não omissão ou alteração de registos de saúde.

Os profissionais que referenciem os utentes para a RNCCI, bem como as unidades/equipas prestadoras, devem assim proceder ao preenchimento dos módulos do aplicativo de monitorização da RNCCI abaixo apresentados, bem como respeitar a periodicidade expressa.

A forma de monitorização passa a assentar na classificação do grau de funcionalidade segundo a CIF, de acordo com o determinado na Portaria nº 50/2017, de 2 fevereiro.

A CIF é, portanto, utilizada como instrumento obrigatório de referenciação, na avaliação periódica para acompanhamento do doente, para proposta de prorrogação do internamento e ainda no momento da alta.

I - Módulos de preenchimento obrigatório por diferente nível de acesso

EQUIPAS DE GESTÃO DE ALTAS RNCCI

Profissionais referenciadores dos Hospitais e dos ACES

- Avaliação dos Parâmetros Vitais
- Avaliação dos Parâmetros Biofísicos
- Avaliação de UP - sempre que presente(s) - uma avaliação por Úlcera Avaliação do risco de UP
- Avaliação do risco de queda
- Avaliação da Queda - sempre que se justificar
- Avaliação da Diabetes - sempre que presente
- Avaliação Médica (inclui diagnóstico principal e secundários de acordo com a Classificação Internacional da Doença)
- Avaliação de Enfermagem
- Avaliação Social

Comissão Nacional de Coordenação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Av. João Crisóstomo, 9, 1049-062 Lisboa,

PORTUGAL

TEL + 351 21 798 42 00 FAX + 351 21 798 42 40 EMAIL cncci@cncci.min-saude.pt



- Agregado Familiar
- Contactos Privilegiados
- Classificação do grau de funcionalidade (CIF), que substitui IAI - Avaliação de acordo com o ciclo de vida e tipologia RNCCI:
 1. Tabela Nacional de Funcionalidade (TNF), destinada a pessoas com idade compreendidas entre os 18 e os 64 anos;
 2. Tabela de Funcionalidade do Idoso (CIFI), destinada a pessoas 65 anos e mais.

EQUIPAS DOMICILIÁRIAS RNCCI

ADMISSÃO (primeiras 24 horas)

- Avaliação Médica
- Avaliação de Enfermagem
- Avaliação Social
- Avaliação de UP - sempre que presente(s) - uma avaliação por Úlcera
- Avaliação do risco de UP
- Avaliação do risco de queda
- Avaliação da Queda - sempre se justificar
- Avaliação da Diabetes - sempre que presente
- Avaliação dos Parâmetros Vitais
- Avaliação dos Parâmetros Biofísicos
- Agregado Familiar
- Contactos Privilegiados
- Classificação do grau de funcionalidade (TNF, CIFI)

ACOMPANHAMENTO (avaliação de acordo com o PII, no mínimo quinzenal)

- Avaliação dos Parâmetros Vitais
- Avaliação dos Parâmetros Biofísicos
- Avaliação Médica - atualizações
- Avaliação de Enfermagem - atualizações
- Avaliação Social - atualizações

Comissão Nacional de Coordenação da Rede Nacional de
Cuidados Continuados Integrados
Av. João Crisóstomo, 9, 1049-062 Lisboa,
PORTUGAL

TEL + 351 21 798 42 00 FAX + 351 21 798 42 40 EMAIL cncci@cncci.min-saude.pt



- Avaliação de UP - dias 1 e 15 do mês - uma avaliação por Úlcera
- Avaliação do risco de UP - mensal quando não existe UP
- Avaliação do risco de queda - mensal
- Avaliação da Queda - sempre se justificar
- Avaliação da Diabetes - sempre que presente
- Classificação do grau de funcionalidade (TNF, CIFI) - avaliação de acordo com o PII, no mínimo quinzenal

ALTA

- Avaliação dos Parâmetros Vitais
- Avaliação dos Parâmetros Biofísicos
- Avaliação de UP - uma avaliação por Úlcera
- Avaliação do risco de UP
- Avaliação do risco de queda
- Avaliação da Queda - sempre se justificar
- Avaliação da Diabetes - sempre que presente
- Avaliação Médica
- Avaliação de Enfermagem
- Avaliação Social
- Classificação do grau de funcionalidade (TNF, CIFI)
- Nota de alta

UNIDADES DE INTERNAMENTO

RNCCI

ADMISSÃO

- Avaliação dos Parâmetros Vitais
- Avaliação dos Parâmetros Biofísicos
- Avaliação de UP - sempre que presente(s) - uma avaliação por Úlcera
- Avaliação do risco de UP
- Avaliação do risco de queda
- Avaliação da Queda - sempre se justificar

Comissão Nacional de Coordenação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Av. João Crisóstomo, 9, 1049-062 Lisboa,

PORTUGAL

TEL + 351 21 798 42 00 FAX + 351 21 798 42 40 EMAIL cncci@cncci.min-saude.pt



- Avaliação da Diabetes - sempre que presente
- Avaliação Médica
- Avaliação de Enfermagem
- Avaliação Social - conforme previsto no artigo 22.º da Portaria n.º 50/2017, de 2 de fevereiro
- Agregado Familiar
- Contactos Privilegiados
- Classificação do grau de funcionalidade (TNF, CIFI)

ACOMPANHAMENTO (UC - reavaliação semanal; UMDR - reavaliação quinzenal; ULDM - reavaliação mensal)

- Avaliação dos Parâmetros Vitais
- Avaliação dos Parâmetros Biofísicos
- Avaliação de UP - dias 1 e 15 do mês - uma avaliação por Úlcera
- Avaliação do risco de UP - Avaliação mensal quando não existe UP
- Avaliação do risco de queda - mensal
- Avaliação da Queda - sempre se justificar
- Avaliação da Diabetes - sempre que presente
- Avaliação Médica - atualizações
- Avaliação de Enfermagem - atualizações
- Avaliação Social - conforme previsto no artigo 22.º da Portaria n.º 50/2017, de 2 de fevereiro
- Classificação do grau de funcionalidade (TNF, CIFI) - Avaliação mensal

ALTA

- Avaliação dos Parâmetros Vitais
- Avaliação dos Parâmetros Biofísicos
- Avaliação de UP - uma avaliação por Úlcera
- Avaliação do risco de UP
- Avaliação do risco de queda
- Avaliação da Queda - sempre se justificar
- Avaliação da Diabetes - sempre que presente

Comissão Nacional de Coordenação da Rede Nacional de
Cuidados Continuados Integrados
Av. João Crisóstomo, 9, 1049-062 Lisboa,
PORTUGAL

TEL + 351 21 798 42 00 FAX + 351 21 798 42 40 EMAIL cncci@cncci.min-saude.pt



- Avaliação Médica
- Avaliação de Enfermagem
- Avaliação Social
- Classificação do grau de funcionalidade (TNF, CIFI) Nota de alta

Outra informação obrigatória

Todas as alterações de contactos privilegiados e do agregado familiar devem ser registadas.

A presente orientação revoga a Diretiva Técnica n.º 1, de 3.03.2010, da ex-Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, e a Circular Informativa n.º 27, de 21.12.2015, da Administração Central do Sistema de Saúde, IP

Lisboa, 27 de fevereiro de 2017

O Coordenador da Comissão Nacional de
Coordenação da
Rede Nacional de Cuidados
Continuados Integrados

(Manuel Lopes)

Anexo:
Manual de aplicação da tabela de classificação da funcionalidade para idosos - janeiro 2017.

Comissão Nacional de Coordenação da Rede
Nacional de Cuidados Continuados Integrados
Av. João Crisóstomo, 9, 1049-062

Lisboa, PORTUGAL

TEL + 351 21 798 42 00 FAX + 351 21 798 42 40 EMAIL cncci@cncci.min-saude.pt

ANEXO XI – Documento de suporte registos de cuidados de enfermagem diários



Observações:

Enfermeiro:

Data: / /

Registos diários de enfermagem

Rua do Progresso, N.º 2

2070-085 Cartaxo

T. 916562727- 243 700 652

ucc.cartaxo@arslv.tmin-saude.pt

ucc.cartaxo.coord@arslv.tmin-saude.pt

Elaborado por Enf. Sílvia Gaspar

Revisão e aprovação pelo

CT a .../.../...

Revisão: .../.../...



A pensar em si e sempre consigo!



ANEXO XII – Instrumento de auditoria interna

UCC Cartaxo			
Instrumento de Auditoria			
Procedimento	Acolhimento do utente em ECCI		
Auditor			
Data		Nº auditoria	

Com os objetivos:

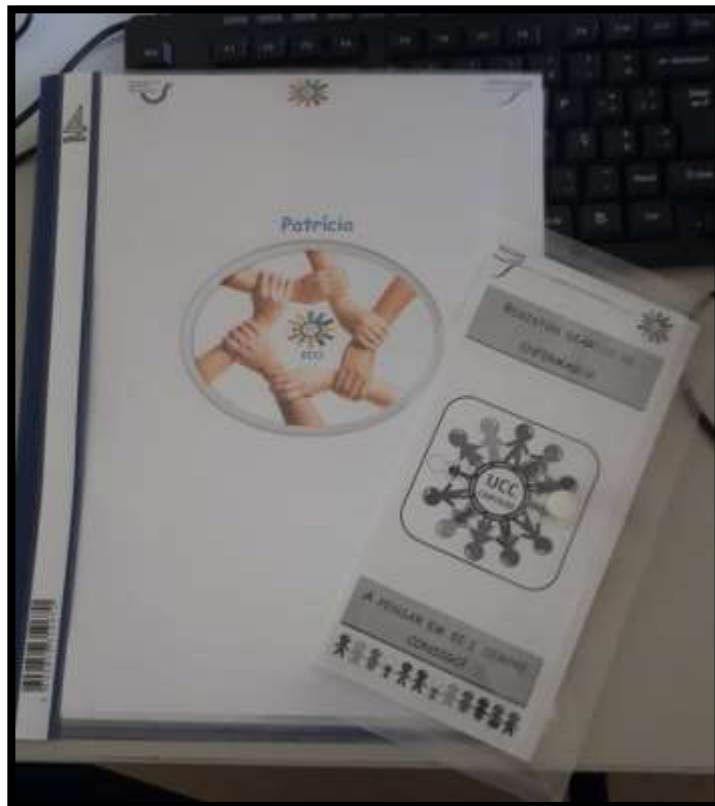
- Verificar grau de cumprimento do procedimento;
- Promover a melhoria contínua da qualidade.

Fontes de informação:

- Arquivo físico dos processos
- Processo Clínico (Sclínico Gestcare CCI).
- Observação direta

	Critérios auditoria	SIM	NÃO	N/A
1	✓A admissão do utente é efetivada na, Gestacare CCI nas 24 horas seguintes (dias uteis) à colocação em ECCI			
2	A VD é realizada no máximo até 48 horas seguintes à admissão em ECCI			
3	✓Utentes são associados ao Sclínico ECCI nas 48 horas seguintes à admissão em ECCI			
4	A folha de avaliação inicial é preenchida no 1º VD			
5	✓Da folha de Avaliação Inicial consta a confirmação da entrega de folhetos ✓			
6	✓Do arquivo físico consta folha de avaliação inicial			
7	✓Todos os utentes têm gestor de caso nomeado e identificado em alerta de Sclínico			
8	✓O processo do utente tem ativo o programa dependentes ✓			
9	✓O processo do utente tem ativo o foco autocuidado ✓			
10	✓O processo do utente tem ativo o foco GRT ✓			
11	✓O processo do utente tem ativo o foco papel do prestador de cuidados ✓			
12	✓O processo do utente tem ativo o foco dor ✓			
13	✓O processo do utente tem ativo o foco UP ✓			
14	✓O processo do utente tem ativo o foco queda ✓			
15	✓O processo do utente tem ativo o foco Stress do prestador de cuidados ✓			
	✓SUBTOTAL			
	✓INDICE DE CONFORMIDADE (IC)			

ANEXO XIII – Pastas individuais e personalizadas (Foto)



ANEXO XIV – Pasta de arquivo físico de kit de acolhimento



Kit Acolhimento
ECCI



ANEXO XV – Instrumento de registro de planeamiento semanal

ANEXO XVI – Seminário intercalar

Projeto de Estágio de Intervenção Comunitária
ACOLHIMENTO DA PESSOA NA ECCI



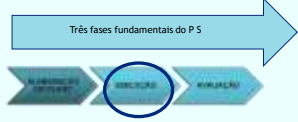
AUTORA
 Silvia Gaspar Nº91501116
 PROFESSOR ORIENTADOR
 Prof. Dra. Irene Santos
 ENFERMEIRA COOPERANTE
 EEECCIP de Moura Gomes
 Fátima

Cartaxo, 02 maio 2019

PLANEAMENTO EM SAÚDE...

Diagnóstico: Comunidade [cuidadores informais] com falta de conhecimento sobre serviços de saúde [acesso e organização dos cuidados de saúde de ECCI] para definição do diagnóstico recorreu-se à CIPE (ICN, 2015).

Três fases fundamentais do P 5



Projeto de Estágio de Intervenção Comunitária
ACOLHIMENTO DA PESSOA/FAMÍLIA/CUIDADOR INFORMAL NA ECCI DO CARTAXO

Objetivo geral:


- Desenvolver competências nos cuidados especializados de Enfermagem, na área de especialização do conhecimento em enfermagem comunitária, em contextos da comunidade e em situações de saúde e/ou de risco diversos.

Objetivos específicos:

- Conhecer a organização dos cuidados de saúde primários;
- Conhecer a organização e funcionamento da UCC do cartaxo;
- Desenvolver Projeto de Intervenção, de acordo com o diagnóstico de enfermagem comunitária realizado;
- Desenvolver estratégia de melhoria contínua da qualidade no âmbito da organização dos cuidados de enfermagem, relativamente ao acolhimento da pessoa/família/cuidador informal integrados na ECCI do Cartaxo.

Melhoria contínua da qualidade

Um método de Gestão



Deming (1986)

- Planear** - Definição do problema
- DO** - Executar o Plano de Ação, Procurar conhecimentos necessários para a execução
- Check** (Verificar) Validação da eficácia do PA e da execução
- ACT** (Agir)

Objetivos alcançados:
 Padronizar o que foi desenvolvido

Objetivos não atingidos:
 Analisar as causas; Criar novo PA


É uma técnica simples que visa o controlo do processo, podendo ser usada de forma contínua para a gestão das atividades de uma organização.

Competências específicas do Enfermeiro Especialista
 em Enfermagem Comunitária
 Na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública



- a) Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
- b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
- c) Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;
- d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito gendemiográfico

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS



ANEXO XVII – Seminário final

Projeto de Estágio de Intervenção Comunitária

ACOLHIMENTO

O CONTRIBUTO DO ACOLHIMENTO DE ENFERMAGEM PARA A QUALIDADE DOS CUIDADOS À PESSOA NO CONTEXTO DOMICILIÁRIO.

A COMUNIDADE

Stressores

- Envelhecimento da população do concelho
- Elevado índice de dependência
- Emergência de novas Respostas de C/S com qualidade de cuidados
- Deficit de conhecimentos da pessoa acerca da organização e acesso ao serviço
- Mais de 50% dos cuidadores informais tem entre 55 e 80 anos e baixo nível de escolaridade
- Expectativas dos cuidadores
- Qualidade de procedimentos relativos ao acolhimento da pessoa admitida em ECI

Enfermagem

A intervenção de enfermagem tem como objetivo a prevenção através da redução de fatores de stress e de condições adversas que, potencial ou realmente, se encaixam no funcionamento ótimo do doente" (Doney e Allington, 2004).

Betty Neuman (1995)

ACES LEZIRIA - UCC do Cartaxo

- Programa de Saúde Escolar;
- Programa de Visita Domiciliar a Pessoas Dependentes;
- Programa de Acompanhamento de Utentes com Problemas de Álcool;
- Equipa comunitária de saúde mental, em parceria com o serviço de psiquiatria do HDS;
- Programa de Parentalidade;
- Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco/Equipa Prevenção de Violência nos Adultos;
- Classe Movimento Dor Crónica Lombiar;
- **Programa de Cuidados Continuados Integrados**

Colabora em parceria com:

- Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco;
- Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância;
- Rede Social;
- Núcleo Local de Inserção;

Scoping Review

O Protocolo de pesquisa organizou-se, assumindo a estrutura proposta pelo JBI.

- **Review Title**
O contributo do acolhimento de enfermagem para a qualidade dos cuidados à pessoa no contexto domiciliário.
- **Review question**
Quais as estratégias de enfermagem no acolhimento a pessoa no contexto domiciliário, que contribuem para a qualidade dos cuidados?
- **Objective**
Identificar quais as estratégias de enfermagem no acolhimento a pessoa no contexto domiciliário, que contribuem para a qualidade dos cuidados.

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

Planeamento em Saúde – Elaboração do Plano

Avaliação da satisfação + Fórum comunitário + Informantes-chave + Observação

Comunidade (cuidadores informais) com falta de conhecimento sobre serviços de saúde (Acceso e organização dos cuidados de saúde de ECI) (CPT, 2015).

Coordenadora interessada com a qualidade

RNCC ECI + Emergência de novas Respostas de C/S + Elevado índice de dependência + Envelhecimento da população do concelho

Projeto

"O contributo do Acolhimento de Enfermagem para a qualidade dos cuidados à Pessoa no contexto domiciliário"

PNS 2020
ENQS 2015-2020
RCEEEEC (2018)
RPOCECSP(2015)
Conceção Enf. Betty Neuman
SCOPING REVIEW

CONTRIBUTOS DA SCOPING REVIEW MOBILIZADOS

O Acolhimento é um cuidado de Enfermagem que contribui para a Humanização e Qualidade dos Cuidados

Estratégias

Planear - Definição do problema

DO - Executar o Plano de Ação, Procurar conhecimentos necessários para a execução

Check - (Verificar) Validação da eficácia do PA e da execução

ACT - (Agir) **Objetivos alcançados:** Padronizar o que foi desenvolvido, **Objetivos não atingidos:** Analisar as causas; Criar novo PA

EXECUÇÃO DO PROJETO

Realização de doc. de apoio à gestão e planeamento de cuidados

O instrumento ECEC permite:

- Planeamento funcional de acordo com as necessidades da pessoa e nº de enf. e visitas;
- Identificar nº de utentes internados em ECI e extra ECI;
- Monitorizar no momento exato, nº de VD por pessoa e por semana;
- Otimizar a distribuição por gestor de caso

EXECUÇÃO DO PROJETO

É essencial que o EEECCSP privilegie o domínio da qualidade, incorpore nas suas práticas os resultados de estudos e investigações, no sentido do desenvolvimento das competências, aperfeiçoamento das práticas clínicas, intervenção sustentada nas políticas de saúde e na melhoria dos resultados em saúde. (Ordem das enfermeiras, 2015)

EQUIPA UCC

- Monitorizar: Gestão de qualidade, processo e procedimento
- Formar: Protocolo e resultados do Scoping Review
- Desenvolver
- Envolver

AVALIAÇÃO DO PROJETO

Estrutura

- Participação nas formações
- Contribuição do projeto no PAUI da UCC
- Contribuição do procedimento
- Integração do procedimento em conceito geral de UCC

Processo

- Realização de ações à implementação do procedimento de acolhimento do enfermeiro à pessoa no domicílio e todos os utentes admitidos em ECI
- Implementação do procedimento de acolhimento do enfermeiro à pessoa no domicílio e todos os utentes admitidos em ECI
- Projeto com perspetiva de continuidade na UCC

Resultado

- Avaliação de auditoria ao procedimento no espaço de 6 meses
- Realização de avaliação de satisfação dos cuidadores informais
- Número de reclamações dos utentes de ECI relativamente ao acolhimento

"Boa estrutura aumenta a probabilidade de um bom processo, e um bom processo aumenta a probabilidade de um bom resultado" (Donabedian, 1988). Tanto a estrutura como o processo podem ser condicionados ou influenciados pelas profissionais e pela organização o mesmo, não acontece com os resultados que são o referencial a partir do qual a efetividade da estrutura e dos processos pode ser avaliada.

EXECUÇÃO DO PROJETO

Realização e Implementação de procedimento

Atividades desenvolvidas promotoras de desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e saúde Pública

O EEECCSP Como promotor de divulgação de boas práticas de Enfermagem.

CRU

Reunião UCC comissão social de frequentadores

Gestão de material GLINT

Plano de ação contratualização

Avaliação com unidades funcionais

Reunião Parceiros Intersectoriais

VD com Unidades de Apoio

VD no âmbito da saúde mental

VD ECCI

Reunião de ELI

Reunião alargada da CPCJ

Saúde Pública

Reunião YDS EESM

SNPI

Saúde Escolar

