

# Manual de Procedimentos



2022

Revisão em 2022/2023

**USF Novos Horizontes**

**ACES Pinhal Litoral**

**ARS Centro**

**Tel.: 244470211**

**Rua dos Bombeiros, 4**

**2480-375 Juncal**

[usf.novoshorizontes@arscentro.min-saude.pt](mailto:usf.novoshorizontes@arscentro.min-saude.pt)

**Coordenação**

Tânia Marlene Ramos Pereira Gomes (Médico)

[002073@arscentro.min-saude.pt](mailto:002073@arscentro.min-saude.pt)

**Conselho Técnico**

Mara Andreia Vieira Galo (Médico)

[magalo@arscentro.min-saude.pt](mailto:magal@arscentro.min-saude.pt)

Maria Inês Martins Caetano (Enfermeira)

[micaetano@arscentro.min-saude.pt](mailto:micaetano@arscentro.min-saude.pt)

Sónia Pragosa Costa (Secretaria Clínica)

[spcosta@arscentro.min-saude.pt](mailto:spcosta@arscentro.min-saude.pt)



## FICHA TÉCNICA

---

**Título do documento:** Manual de Procedimentos da USF Novos Horizontes

**Versão:** 2

**Data de elaboração:** novembro 2019

**Data da última revisão:** dezembro 2022

## Índice

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1. ESTRUTURA DA UNIDADE .....</b>   | <b>6</b>  |
| <b>2. ESTRUTURA ORGÂNICA DA USF NOVOS HORIZONTES E COMPETÊNCIAS .....</b>  | <b>8</b>  |
| 2.1. CONSELHO GERAL .....  | 8         |
| 2.2. COORDENADOR.....  | 8         |
| 2.3. CONSELHO TÉCNICO .....  | 10        |
| <b>3. ÁREAS DE RESPONSABILIDADE POR PROFISSIONAL.....</b>  | <b>11</b> |
| <b>4. PROCEDIMENTOS.....</b>   | <b>13</b> |
| MP 1 – CARTA DOS DIREITOS E DEVERES DO UTENTE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE .....  | 16        |
| MP 2- TRATAMENTO DE RECLAMAÇÕES, SUGESTÕES E ELOGIOS.....  | 18        |
| MP 3 - MONITORIZAÇÃO DO TEMPO DE ESPERA PARA A CONSULTA MARCADA .....  | 20        |
| MP 4 – INDICADORES DE QUALIDADE DE SEGURANÇA DOS UTENTES .....   | 21        |
| MP 5 - COMUNICAÇÃO EFICAZ .....  | 23        |
| MP 6 – GESTORES INTERINOS DE CADA POLO FUNCIONAL .....   | 26        |
| MP 7 – QUALIFICAÇÃO DOS ESPAÇOS DE ATENDIMENTO .....   | 28        |
| MP 8 - AVALIAÇÃO ANUAL DA SATISFAÇÃO DOS UTENTES E PROFISSIONAIS .....   | 30        |
| MP 9 - AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO E EFICÁCIA DA USF NH .....  | 31        |
| MP 10 - GESTÃO DE BARREIRAS DE COMUNICAÇÃO .....   | 33        |
| MP 11 - ACOLHIMENTO E ORIENTAÇÃO DE UTENTES .....  | 34        |
| MP 12 - IDENTIFICAÇÃO DE PESSOAS ESTRANHAS À USF NH .....  | 36        |
| MP 13 - REPRESENTAÇÃO LEGAL .....  | 38        |
| MP 14 - RENTEV E RENDDA .....  | 40        |
| MP 15 - QUESTÕES ÉTICAS .....  | 43        |
| MP 16 - PEDIDO DE SEGUNDA OPINIÃO .....  | 44        |
| MP 17 - POSSIBILIDADE DE AUDIÇÃO COM COORDENADOR .....   | 46        |
| MP 18 - CONSENTIMENTO INFORMADO .....  | 48        |
| MP 19 - IDENTIFICAÇÃO INEQUÍVOCA DO UTENTE .....   | 52        |
| MP 20 - INSCRIÇÃO DE NOVOS UTENTES E ATRIBUIÇÃO DE EQUIPA DE SAÚDE FAMILIAR (MÉDICO DE FAMÍLIA, ENFERMEIRO DE FAMÍLIA E SECRETÁRIO CLÍNICO DE FAMÍLIA) ..... | 55        |
| MP 21 - MUDANÇA DE PROFISSIONAL DE SAÚDE DE REFERÊNCIA A PEDIDO DO UTENTE.....   | 57        |
| MP 22 - PERFIL DE COMPETÊNCIA POR POSTO DE TRABALHO .....  | 59        |
| MP 23 - GESTORES DOS PROCESSOS ASSISTENCIAIS .....   | 62        |
| MP 24 - PARTICIPAÇÃO DE UTENTES EM ATIVIDADES DE ENSINO .....  | 64        |
| MP 25 - PROCESSO ASSISTENCIAL DE CONSULTA PROGRAMADA .....   | 66        |
| MP 26 - CONSULTA DE DOENÇA AGUDA .....   | 70        |
| MP 27 - PROCESSO ASSISTENCIAL DE VISITAÇÃO DOMICILIÁRIA.....   | 72        |
| MP 28 - PROCESSO ASSISTENCIAL DE CONSULTA DE INTERSUBSTITUIÇÃO .....   | 74        |
| MP 29 – ATENDIMENTO NÃO PRESENCIAL .....   | 76        |
| MP 30 - VIGILÂNCIA PROGRAMADA DE GRUPOS DE RISCO .....   | 78        |
| MP 31 - VIGILÂNCIA PROGRAMADA DE GRUPOS VULNERÁVEIS.....   | 80        |
| MP 32 - ATENDIMENTO A UTENTES ESPORÁDICOS.....   | 83        |

|   |     |
|---|-----|
| MP 33 - APOIO AO CUIDADOR .....   | 86  |
| MP 34 - VACINAÇÃO.....  | 88  |
| MP 35 - REFERENCIAÇÃO INTERNA E EXTERNA .....   | 90  |
| MP 36 - ATUAÇÃO PERANTE UTENTES COM NECESSIDADES PALIATIVAS .....   | 92  |
| MP 37 - SISTEMA DE RENOVAÇÃO DE TRATAMENTO CRÓNICO .....  | 94  |
| MP 38 - QUALIDADE DOS REGISTOS CLÍNICOS .....   | 96  |
| MP 39 - PARTILHA DA INFORMAÇÃO E EFICÁCIA NA COMUNICAÇÃO.....   | 99  |
| MP 40 - HORÁRIOS .....  | 103 |
| MP 41 - ASSIDUIDADE.....  | 105 |
| MP 42 - ELABORAÇÃO DO PLANO DE FÉRIAS .....   | 107 |
| MP 43 - FALTAS, FOLGAS E LICENÇAS.....  | 109 |
| MP 44 - COMISSÃO GRATUITA DE SERVIÇO .....  | 111 |
| MP 45 - IMUNIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS .....  | 114 |
| MP 46 - ELABORAÇÃO E GESTÃO DOCUMENTAL .....  | 116 |
| MP 47 - TAXAS MODERADORAS .....   | 119 |
| MP 48 - GESTÃO DE STOCK .....   | 121 |
| MP 49 - MONITORIZAÇÃO DA PRESCRIÇÃO .....   | 124 |
| MP 50 - GESTÃO DE EQUIPAMENTOS E INSTALAÇÕES.....   | 125 |
| MP 51 - GESTÃO DO RISCO CLÍNICO E NÃO CLÍNICO – PREVENÇÃO DE INCIDENTES .....   | 127 |
| MP 52 - GESTÃO DAS NÃO CONFORMIDADES .....  | 130 |
| MP 53- GESTÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA UTENTES E PROFISSIONAIS.....  | 132 |
| MP 54 - REGISTO DE OCORRÊNCIAS E INCIDENTES .....   | 137 |
| MP 55 - MANUTENÇÃO DA REDE DE FRIO.....   | 139 |
| MP 56 – PRECAUÇÕES BÁSICAS DO CONTROLO DE INFEÇÕES – EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL.....                            | 142 |
| MP 57 - PRECAUÇÕES BÁSICAS DO CONTROLO DE INFEÇÕES – CIRCUITO DE ESTERILIZAÇÃO .....                                    | 144 |
| MP 58 - PRECAUÇÕES BÁSICAS DO CONTROLO DE INFEÇÕES – CRITÉRIOS DE MANUSEAMENTO DE RESÍDUOS.....                         | 146 |
| MP 59 - PRECAUÇÕES BÁSICAS DO CONTROLO DE INFEÇÕES – HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS.....   | 148 |
| MP 60 - PRECAUÇÕES BÁSICAS DO CONTROLO DE INFEÇÕES - LIMPEZA DAS INSTALAÇÕES .....                                      | 153 |
| MP 61 – PRECAUÇÕES BÁSICAS DO CONTROLO DE INFEÇÕES - EXPOSIÇÃO ACIDENTAL A MATERIAL<br>POTENCIALMENTE CONTAMINADO ..... | 156 |
| MP 62 – FORMAÇÃO CONTINUA .....   | 159 |
| MP 63- SISTEMAS DE INFORMAÇÃO, APLICAÇÕES INFORMÁTICAS E EQUIPAMENTO INFORMÁTICO.....                                   | 161 |
| MP 64 - PRIVACIDADE DO UTENTE .....   | 163 |
| MP 65 - GESTÃO DO ARQUIVO INATIVO .....   | 166 |

## 1. Estrutura da Unidade

A USF está estruturada em Órgãos de Gestão (Coordenador da equipa, Conselho Técnico e equipa da Monitorização), Núcleos Facilitadores e Elos Dinamizadores de Atividades, definido nos decretos-lei - **Decreto-Lei n.º 298/2007- Regime Jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar (USF); alterado pelo Decreto-Lei n.º 73/2017.**

A estrutura orgânica da USF é constituída pelos seguintes órgãos principais:

- ✓ **Conselho Geral** - funções descritas no **Artigo 13.º - Decreto-Lei n.º 298/2007** (todos os elementos da Equipa Multidisciplinar) – órgão máximo
- ✓ **Coordenador** – funções descritas no **Artigo 12.º - Decreto-Lei n.º 298/2007**, eleito a cada 3 anos pelo Conselho Geral
- ✓ **Conselho Técnico** – funções descritas no **Artigo 14.º - Decreto-Lei n.º 298/2007** formado por um elemento eleito de cada grupo profissional (médico, enfermeiro e secretário clínico).

A equipa multiprofissional da USFNH é constituída pelos elementos constantes no Quadro 1.

| Grupo Profissional | Nome                                      | Local Trabalho | Nº horas alocadas |
|--------------------|---|----------------|-------------------|
| Assistente Técnica | Ângela Maria Rego                         | Juncal         | 35                |
| Assistente Técnica | Lucrécia Maria Ferreira Santos<br>Pereira | Pedreiras      | 35                |
| Assistente Técnica | Elisabete Brito                           | Calvaria       | 35                |
| Assistente Técnica | Sónia Pragosa Costa                       | Pedreiras      | 35                |
| Assistente Técnica | Susana Catarina São José Vieira           | Juncal         | 35                |
| Enfermeiro         | Florbela Gomes Ferreira                   | Calvaria       | 35                |
| Enfermeiro         | Maria Inês Martins Caetano                | Calvaria       | 35                |
| Enfermeiro         | Liliana Maria Silva Monteiro Cerejo       | Juncal         | 35                |
| Enfermeiro         | Lina Maria Beato Santos Oliveira          | Juncal         | 35                |
| Enfermeiro         | Maria Helena Carvalho Rodrigues           | Pedreiras      | 35                |

|                       |                                     |           |    |
|-----------------------|-------------------------------------|-----------|----|
| <b>Enfermeiro</b>     | Rita Isabel Fortes Pereira Moiteiro | Pedreiras | 35 |
| <b>Assistente MGF</b> | Tânia Marlene Ramos Pereira         | Juncal    | 40 |
| <b>Coordenadora</b>   | Gomes                               |           |    |
| <b>Assistente MGF</b> | Joana Filipa Marinho Oliveira       | Pedreiras | 40 |
| <b>Assistente MGF</b> | Hugo Sérgio Sousa Carvalho          | Juncal    | 42 |
| <b>Assistente MGF</b> | Nuno Miguel Simões Couto            | Calvaria  | 40 |
| <b>Assistente MGF</b> | Mónica Cecília Teixeira Barbosa     | Pedreiras | 40 |
| <b>Assistente MGF</b> | Mara Andreia Vieira Galo            | Calvaria  | 40 |

Quadro 1 - Equipa da USF Novos Horizontes 2022

Os profissionais encontram-se organizados em equipas de família (Secretária Clínica /Médico (a) / Enfermeiro (a)) como mostra o quadro 2.

| <b>Médico</b>         | <b>Enfermeiro</b>  | <b>Secretário Clínico</b> |
|-----------------------|--------------------|---------------------------|
| <b>Tânia Pereira</b>  | Liliana Cerejo     | Susana Vieira             |
| <b>Joana Oliveira</b> | Rita Moiteiro      | Lucrecia Santos           |
| <b>Nuno Couto</b>     | Florabela Ferreira | Elisabete Brito*          |
| <b>Hugo Carvalho</b>  | Lina Oliveira      | Ângela Rego               |
| <b>Mónica Barbosa</b> | Helena Domingues   | Sónia Costa               |
| <b>Mara Galo</b>      | Maria Inês Caetano | Elisabete Brito*          |

Quadro 2 – Equipas de família da USF Novos Horizontes

*\*apoio pontual em escala própria pela restante equipa do secretariado clínico*

## 2. Estrutura Orgânica da USF Novos Horizontes e Competências

### 2.1. Conselho Geral

| Identificação  | Competências  |
|--|---|
| <p><b>Médicos</b></p> <p><b>Enfermeiros</b></p> <p><b>Secretários Clínicos</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprovar o Regulamento Interno, a Carta da Qualidade, o Plano de Ação, o Relatório de Atividades e o plano de investimentos para a aplicação de incentivos institucionais;</li> <li>• Aprovar a proposta da carta de compromisso;</li> <li>• Zelar pelo cumprimento do regulamento interno, da Carta de Qualidade e do Plano de Ação;</li> <li>• Propor a nomeação do novo Coordenador a qual está dependente de homologação do Diretor Executivo do ACES PL;</li> <li>• Aprovar a substituição de qualquer elemento, da equipa multiprofissional;</li> <li>• Aprovar a substituição temporária de qualquer elemento da equipa em caso de ausência por motivo de exercício de funções em outro serviço ou organismo devidamente autorizado;</li> <li>• Pronunciar-se sobre os instrumentos de articulação, gestão e controlo dos recursos afetos disponibilizados à USF;</li> <li>• Deliberar sobre a extinção da USF</li> <li>• Pronunciar-se sobre a cobertura assistencial e questões relevantes, para o normal funcionamento da USF.</li> </ul> |

### 2.2. Coordenador

| Identificação               | Competências  |
|-----------------------------|---|
| <p><b>Tânia Pereira</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tem a responsabilidade de facilitar a comunicação entre as várias equipas e entre os elementos das equipas</li> <li>• Acompanhar e coordenar o trabalho da USF de modo a integrar ideias e esforços, promovendo a formação de equipas multidisciplinares e estimulando o desenvolvimento do espírito de equipa, facilitando a comunicação entre os vários elementos</li> <li>• Coordenar as ações necessárias ao desenvolvimento da USF em articulação com o Diretor Executivo e Conselho Clínico do ACES – Pinhal Litoral;</li> <li>• Facilitar a comunicação entre as várias equipas e entre os elementos das equipas;</li> <li>• Estimular e desenvolver o espírito de equipa;</li> </ul> |

- Coordenar as atividades da equipa multiprofissional, de modo a garantir o plano de ação; e os princípios orientadores da atividade da USF;
- Gerir os processos e determinar os atos necessários ao seu desenvolvimento;
- Presidir ao Conselho Geral da USF;
- Assegurar a representação externa da USF;
- Assegurar a realização de reuniões com a população abrangida pela USF ou com os seus representantes, no sentido de dar previamente a conhecer o plano de ação e o relatório de atividades;
- Autorizar comissões gratuitas de serviço no País;
- Aprovar o plano de férias e o horário de trabalho de todos os grupos profissionais, bem como proceder ao controlo da assiduidade de todos os elementos da equipa;
- Elaborar as escalas de Atendimento Complementar, nos feriados e fins de semana no Centro de Saúde de Porto de Mós, para os profissionais médicos.
- Confirmar e validar documentos – Assiduidade, Autorizar ou alterar o Plano de Férias dos profissionais, Autorizar Folgas e Compensações Horárias, Validar ausências por motivo de saúde, própria ou de dependentes, exigências legais ou motivos educacionais de dependentes; Validação de Deslocações dos profissionais em viatura própria ou de aluguer por motivos de serviço; Validação de Credenciais de Transporte de Utentes.
- Coordenar a elaboração de documentos de trabalho, entre os quais se destacam o Regulamento Interno, o Plano de Ação da Unidade de Saúde (PAUF), Manual de Articulação e os Relatórios de Atividades da Unidade (RAUF).
- Delegar ou subdelegar a outro elemento da equipa, as competências essenciais ao funcionamento diário da USF;
- Emitir declaração, para efeitos curriculares ou outros, acerca da realização de funções ou participação em atividades na USF.
- Coordenar reuniões periódicas (ou delegar a coordenação), gerais ou sectoriais, para avaliar o trabalho efetuado, planificar trabalho e protocolar atuações, obter ou transmitir informações, tomar decisões e clarificar responsabilidades;
- Ser interlocutor com a Direção do ACES e outras instituições

2.3. Conselho Técnico

| Identificação  | Competências   |
|--|--|
| <p><b>Mara Galo</b><br/><b>M<sup>a</sup> Inês Caetano</b><br/><b>Sónia Pragosa</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientação necessária a observância das normas técnicas emitidas pelas entidades competentes;</li> <li>• Promoção de procedimentos que garantam a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde tendo por referência a Carta de Qualidade;</li> <li>• Avaliação do grau de satisfação dos utentes da USF e dos profissionais da equipa;</li> <li>• Elaborar e manter atualizado o Manual de Boas Práticas/Procedimentos;</li> <li>• Organizar e supervisionar as atividades de formação contínua e de investigação;</li> <li>• Promover a Formação Interna e Externa a todos os profissionais</li> <li>• Contribuir para o desenvolvimento de uma cultura organizacional de formação, qualidade, humanização, espírito crítico e rigor científico.</li> <li>• Elaborar em conjunto com o Coordenador a elaboração do Plano de Ação (PAUF) / Contratualização.</li> </ul> |

Quadro 3 – Constituição e competências da Estrutura Orgânica da USF Novos Horizontes, segundo DL n.º. 298/2007, DL 73/2017 e Regulamento Interno V2.2022

### 3. Áreas de Responsabilidade por Profissional

| Processos da USF                                |   |                                   | Gestores dos processos |  |                            |
|---|---|-----------------------------------|------------------------|--|----------------------------|
|   |   |                                   | Médico                 | Enfermeiro                               | Secretário clínico         |
| PROCESSOS ASSISTENCIAIS                         | Consulta Programada                     | Diabetes                          | Nuno Couto             | Florabela Ferreira                       | Elisabete Brito            |
|   |   | Hipertensão                       | Joana Oliveira         | Florabela Ferreira                       | Elisabete Brito            |
|   |   | Doenças Respiratórias             | Joana Oliveira         | Helena Carvalho                          | Elisabete Brito            |
|   |   | Saúde do Adulto/idoso             | Hugo Carvalho          | Lina Oliveira                            | Ângela Rego                |
|   |   | Saúde Infantil e Juvenil          | Tânia Pereira          | Liliana Cerejo                           | Susana Vieira              |
|   |   | P. Familiar e Saúde Materna       | Mara Galo              | Inês Caetano                             | Elisabete Brito            |
|   |   | Vacinação                         | Mónica Barbosa         | Helena Carvalho/Liliana Cerejo           | Susana Vieira              |
|   |   | Reumatologia                      | Hugo Carvalho          | Rita Moiteiro                            | Susana Vieira              |
|   |   | Saúde Mental                      | Mónica Barbosa         | Helena Carvalho                          | Sónia Pragosa              |
|   |   | Rastreamentos Oncológicos         | Hugo Carvalho          | Lina Oliveira                            | Ângela Rego                |
|   | Hipocoagulação                          | Tânia Pereira                     | Liliana Cerejo         | Susana Vieira                            |                            |
| Consulta Aberta e consulta de Intersubstituição |   | Mara Galo/<br>Nuno Couto          | Helena Carvalho        | Elisabete Brito                          |                            |
| Consulta Domiciliária                           |   | Mónica Barbosa                    | Rita Moiteiro          | Lucrecia Pereira                         |                            |
| PROCESSOS DE GESTÃO                             | Sistema da Qualidade                    | Monitorização                     | Nuno Couto             | Rita Moiteiro                            | Sónia Pragosa              |
|   | Gestão da Qualidade                     |                                   |                        |  |                            |
|   | Formação Contínua                       | Conselho Técnico                  | Mara Galo              | Inês Caetano                             | Sónia Pragosa              |
| PROCESSOS DE SUPORTE                            | Comunicação                             |                                   | Joana Oliveira         | Helena Carvalho                          | Ângela Rego                |
|   | Aprovisionamento                        |                                   | Tânia Pereira          | Liliana Cerejo/Rita Moiteiro             | Susana Vieira /Ângela Rego |
|   | Recursos Financeiros                    |                                   | Mara Galo              | Inês Caetano                             | Sónia Pragosa              |
|   | Gestão do risco (clínico e não clínico) | Instalações e equipamento técnico | Tânia Pereira          | Gestores Interinos<br>Florabela Ferreira | Elisabete Brito            |
|   |   | Segurança                         | Mónica Barbosa         | Lina Oliveira<br>Rita Moiteiro           |                            |
|   |   | Controlo de infeção               | Hugo Carvalho          | Lina Oliveira                            | Ângela Rego                |

|  |  |                         |                   |               |                     |
|--|--|-------------------------|-------------------|---------------|---------------------|
|  | Informática/<br>Sistema de<br>Informação | *SIMMA/ALERT            | Nuno Couto        | Lina Oliveira | Susana /Sónia       |
|  | Documentação                             | Biblioteca e<br>Arquivo | Hugo Carvalho     | Rita Moiteiro | Elisabete Brito     |
|  | RNCCI                                    | Equipa da<br>Comunidade | Mónica<br>Barbosa | Inês Caetano  | Lucrecia<br>Pereira |
|  | Assiduidade /escalas/férias/CA           |                         | Tânia Pereira     | Inês Caetano  | Sónia Pragosa       |
|  | Coaching/ Team Building                  |                         | Mónica<br>Barbosa | Rita Moiteiro | Lucrecia<br>pereira |

#### 4. Procedimentos

|  |  |
|--|--|
| MP 1 – Carta dos direitos e deveres do utente dos serviços de saúde  |  |
| MP 2- Tratamento de reclamações, sugestões e elogios   |  |
| MP 3 - Monitorização do tempo de espera para a consulta marcada  |  |
| MP 4 – Indicadores de Qualidade de Segurança dos Utentes   |  |
| MP 5 - Comunicação eficaz  |  |
| MP 6 – Gestores Interinos de cada Polo Funcional   |  |
| MP 7 – Qualificação dos espaços de atendimento   |  |
| MP 8 - Avaliação anual da satisfação dos utentes e profissionais   |  |
| MP 9 - Avaliação do desempenho e eficácia da USF NH  |  |
| MP 10 - Gestão de barreiras de comunicação   |  |
| MP 11 - Acolhimento e orientação de utentes  |  |
| MP 12 - Identificação de pessoas estranhas à USF NH  |  |
| MP 13 - Representação Legal  |  |
| MP 14 - RENTEV e RENNDA  |  |
| MP 15 - Questões éticas  |  |
| MP 16 - Pedido de segunda opinião  |  |
| MP 17- Possibilidade de audição com Coordenador  |  |
| MP 18 - Consentimento informado  |  |
| MP 19 - Identificação inequívoca do utente   |  |
| MP 20 - Inscrição de novos utentes e atribuição de equipa de saúde familiar (médico de família, enfermeiro de família e secretário clínico de família) |  |
| MP 21 - Mudança de profissional de saúde de referência a pedido do utente  |  |
| MP 22 - Perfil de competência por posto de trabalho  |  |
| MP 23 - Gestores dos processos assistenciais   |  |
| MP 24 - Participação de utentes em atividades de ensino  |  |
| MP 25 - Processo assistencial de consulta programada   |  |
| MP 26 - Consulta de Doença Aguda   |  |
| MP 27 - Processo assistencial de visitação domiciliária  |  |
| MP 28 - Processo assistencial de consulta de intersubstituição   |  |

|  |  |
|--|--|
| MP 29 – Atendimento não presencial   |  |
| MP 30 - Vigilância programada de grupos de risco   |  |
| MP 31 - Vigilância programada de grupos vulneráveis                                      |  |
| MP 32 - Atendimento a utentes esporádicos  |  |
| MP 33 - Apoio ao cuidador  |  |
| MP 34 - Vacinação  |  |
| MP 35 - Referenciação interna e externa  |  |
| MP 36 - Atuação perante utentes com necessidades paliativas                              |  |
| MP 37 - Sistema de renovação de tratamento crónico                                       |  |
| MP 38 - Qualidade dos registos clínicos  |  |
| MP 39 - Partilha da Informação e Eficácia na comunicação                                 |  |
| MP 40 - Horários   |  |
| MP 41 - Assiduidade  |  |
| MP 42 - Elaboração do Plano de Férias  |  |
| MP 43 - Faltas, folgas e Licenças  |  |
| MP 44 - Comissão Gratuita de Serviço   |  |
| MP 45 - Imunização dos profissionais   |  |
| MP 46 - Elaboração e gestão documental   |  |
| MP 47 - Taxas moderadoras  |  |
| MP 48 - Gestão de stock  |  |
| MP 49 - Monitorização da prescrição  |  |
| MP 50 - Gestão de equipamentos e instalações   |  |
| MP 51 - Gestão do risco clínico e não clínico – prevenção de incidentes                  |  |
| MP 52 - Gestão das não conformidades   |  |
| MP 53- Gestão da violência contra utentes e profissionais                                |  |
| MP 54 - Registo de ocorrências e incidentes  |  |
| MP 55 - Manutenção da Rede de Frio   |  |
| MP 56 – Precauções básicas do Controlo de Infeções – Equipamento de Proteção Individual. |  |
| MP 57- Precauções Básicas do Controlo de Infeções – Circuito de esterilização            |  |

|   |  |
|---|--|
| MP 58 - Precauções Básicas do Controlo de Infeções – Critérios de manuseamento de resíduos.                     |  |
| MP 59 - Precauções básicas do controlo de infeções – higienização das mãos                                      |  |
| MP 60 - Precauções Básicas do Controlo de Infeções - Limpeza das instalações.                                   |  |
| MP 61 – Precauções Básicas do Controlo de Infeções - Exposição acidental a material potencialmente contaminado. |  |
| MP 62 – Formação continua   |  |
| MP 63- Sistemas de Informação, aplicações informáticas e equipamento informático                                |  |
| MP 64 - Privacidade do Utente   |  |
| MP 65 - Gestão do arquivo inativo   |  |

| <b>MP 1 – CARTA DOS DIREITOS E DEVERES DO UTENTE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE</b> |  |
|--|--|
| <b>Data elaboração</b>   | 08-12-2022   |
| <b>Data de revisão / nº versão</b>   | Nº 1   |
| <b>Data Aprovação</b>  | Conselho Geral RCG – ata nº 10 - 14-12-2022  |
| <b>Data Máxima de Revisão:</b>   | 12/2023  |
| <b>1. Objetivo</b>   | Garantir o cumprimento da Carta do Direito a acesso aos cuidados de saúde do cidadão no SNS.   |
| <b>2. Âmbito</b>   | Processo de Gestão / Centrada no cidadão / Acessibilidade do cidadão.  |
| <b>3. Responsabilidade</b>   | Conselho Técnico – Mara Galo, Mª Inês Caetano, Sónia Pragosa   |
| <b>4. Descrição</b>  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. A Carta dos Direitos de acesso aos cuidados de saúde pelos utentes no SNS deve estar afixada em local de fácil acesso e consulta pelos utentes inscritos na USF NH.</li> <li>2. Todos os profissionais de saúde da USF NH têm conhecimento desta e informam os utentes sobre os Tempos Máximos de Resposta Garantida (TMRG) para a prestação de cuidados de que necessita.</li> <li>3. São garantidos os seguintes TMRG pela portaria 153/2017 com adaptação da DIOR (<i>ver em 6. referencias</i>).</li> <li>4. Existem vários procedimentos relativos a garantia da TRMG neste Manual de Procedimentos.</li> </ol> |
| <b>5. Avaliação</b>  | Auditoria semestral em Reunião de Monitorização  |
| <b>7. Referências/Documentos de apoio</b>                                  | <p><b>[1] Portaria n.º 153/2017:</b> Define os Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG) no Serviço Nacional de Saúde para todo o tipo de prestações de saúde sem carácter de urgência e aprova e publica a Carta de Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do SNS. <i>Consulta in:</i> <a href="https://www.iasaude.pt/attachments/article/2526/portaria_153_2017_tempos_maximos_resposta_garantidos.pdf">https://www.iasaude.pt/attachments/article/2526/portaria_153_2017_tempos_maximos_resposta_garantidos.pdf</a></p> <p><b>[2] Regulamento Interno da USF NH V2.2022</b></p>   |

**[3] Ver:**

- MP 25 - Processo assistencial de consulta programada
- MP - 26. Processo assistencial de consulta aberta
- MP - 27. Processo assistencial de visitação domiciliar
- MP - 28. Processo assistencial de consulta de intersubstituição
- MP - 29. Atendimento não presencial
- MP - 30. Vigilância programada de grupos de risco (HTA, diabetes, hipocoagulação e tratamento de feridas)
- MP - 31. Vigilância programada de grupos vulneráveis (SIJ, saúde materna e revisão de puerpério, pré-concepcional)
- MP - 32. Atendimento a utentes esporádicos
- MP - 37. Sistema de renovação de medicação crónica

| <b>MP 2- TRATAMENTO DE RECLAMAÇÕES, SUGESTÕES E ELOGIOS</b>   |   |
|---|---|
| <b>DATA ELABORAÇÃO</b>  | 04-11-2019  |
| <b>Data de revisão / nº versão</b>  | Nº 2 (08-12-2022)   |
| <b>Data Aprovação</b>   | Conselho Geral      RCG – ata nº 10 - 14-12-2022,   |
| <b>Data Máxima de Revisão:</b>  | 12/2025   |
| <b>1. Objetivo</b>  | Definir o processo de gestão das reclamações, sugestões e elogios                             |
| <b>2. Âmbito</b>  | Processo de gestão / centralidade do cidadão / Reclamações, sugestões e elogios               |
| <b>3. Responsabilidade</b>  | Conselho Técnico e Coordenação – Tânia Pereira e Mara Galo, Maria Inês Caetano, Sónia Pragosa |
| <b>4. Descrição</b>   |   |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. As reclamações, sugestões e elogios são efetuadas junto da SC, independentemente do profissional visado, exceto se o visado for a SC em funções - neste caso receção é feita por outro elemento da equipa. Existe informação das opções disponíveis, incluindo possibilidade de atendimento no gabinete do cidadão e pela coordenadora, afixada na sala e guia do utente.</li> <li>2. Exposição no 'Livro Amarelo': SC disponibiliza imediatamente o livro ao utente que o solicite e presta apoio se necessário no preenchimento, garantindo que todos os elementos identificativos necessários estão corretamente registados (Nome do utente, morada e telefone de contacto, Nº de identificação civil, data de nascimento e data e hora de apresentação da exposição)</li> <li>3. Cada exposição é composta por uma folha original (permanece no livro) e três cópias (uma das quais é entregue ao utente). Exposição é digitalizada e encaminhada por correio eletrónico ao gabinete de cidadão no prazo de 5 dias uteis, assim como o direito a resposta do elemento visado, da pessoa presente mais capacitada para descrever o sucedido, ou ainda por parte da coordenadora.</li> <li>4. Exposição é apresentada em RMP onde se avalia se é necessário implementar medidas corretoras ou audição do profissional visado. Avaliação é registada na grelha existente para o efeito.</li> <li>5. <b>Sugestões ou elogios:</b> SC entrega impresso próprio ao utente, o qual deverá ser colocado na caixa existente na sala de espera para o efeito (Caixa de Sugestões).</li> </ol> |   |

6. Semanalmente, às quartas-feiras, a SC definida no polo retira os impressos da caixa, preenche a grelha e arquiva em pasta própria que é levada à RMP seguinte para avaliação. Verifica existência de caneta e formulários. É enviada cópia à UAG. Coordenadora emite posteriormente resposta à sugestão do utente de acordo com o definido em reunião.
7. Utente deverá ser atendido, preferencialmente, numa zona calma e privada.
8. Todos os documentos devem ser arquivados na pasta própria existente no Juncal
9. Anualmente é realizado um relatório que se anexa ao RA, com análise dos resultados das reclamações, sugestões e elogios efetuados e medidas corretoras implementadas.

#### 6. Fluxograma

Reclamação, sugestão ou elogio

**Secretária Clínica:**

- Auxilia e esclarece utente
- Livro amarelo: Entrega cópia ao utente e garante correto preenchimento
- Sugestão/elogio: informa sobre a caixa de sugestões
- Cópias são enviadas ao gabinete do cidadão

**Reunião Multiprofissional seguinte:**

- leitura e avaliação
- Decididas medidas corretas, quando aplicável e/ou audição do profissional
- Preenchimento da grelha

#### 7. Referências/Documentos de apoio

- [1] <https://www.livroamarelo.gov.pt>
- [2] De acordo com o Despacho Ministerial nº 8958/2013, publicado em Diário da República no dia 9 de julho de 2013, e para os efeitos do disposto no Despacho Ministerial 26/86, de 30 de junho
- [3] Manual de articulação USFNH – ACeS Pinhal Litoral 2022

| <b>MP 3 - MONITORIZAÇÃO DO TEMPO DE ESPERA PARA A CONSULTA MARCADA</b> |  |
|--|--|
| <b>Data elaboração</b>   | 08-12-2022   |
| <b>Data de revisão / nº versão</b>                                     | Nº 1   |
| <b>Data Aprovação</b>  | Conselho Geral<br>RCG – ata nº 4 - 15-02-2023  |
| <b>Data Máxima de Revisão:</b>   | 12/2025  |
| <b>1. Objetivo</b>   | Monitorizar e publicitar o tempo médio de espera pela consulta após a hora marcada.  |
| <b>2. Âmbito</b>   | Processos de Gestão / Organização centrada no cidadão  |
| <b>3. Responsabilidade</b>   | Gestores da Monitorização – Dr. ° Nuno Couto, EF Rita Moiteiro, SC Susana Vieira   |
| <b>4. Descrição</b>  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. As consultas médicas e de enfermagem na USF NH são agendadas previamente ou no próprio dia, em hora definida ao minuto.</li> <li>2. É aconselhada a chegada do utente com 30 minutos de antecedência e existe um período de tolerância para o atraso do utente (cinco minutos para CA/CIS e dez minutos para consulta programada), definido no RI.</li> <li>3. Quando a consulta não é iniciada na hora agendada, a USF garante um tempo de espera após a hora marcada para a consulta não superior a sessenta minutos.</li> <li>4. A monitorização periódica do tempo de espera para a consulta marcada tem o intuito de classificar o nosso desempenho, identificar dificuldades no cumprimento do tempo da marcação e definir estratégias para melhorar os nossos resultados. Três elementos da equipa da USF (médico, enfermeiro e SC) são responsáveis pela monitorização trimestral do tempo de espera (março, junho, setembro, dezembro).</li> <li>5. Em reunião multiprofissional são apresentados os resultados, com o tempo médio de consulta de cada médico e enfermeiro, para discussão em grupo das estratégias para melhorar os tempos.</li> </ol> |
| <b>6. Fluxograma</b>   | N.A  |
| <b>7. Referências/Documentos de apoio</b>                              | [1] Regulamento Interno da USF NH V2.2022; [2] DiOr.   |

**MP 4 – INDICADORES DE QUALIDADE DE SEGURANÇA DOS UTENTES**

|                                    |   |                               |
|------------------------------------|---|-------------------------------|
| <b>Data elaboração</b>             | 08-12-2022  |                               |
| <b>Data de revisão / nº versão</b> | Nº 1  |                               |
| <b>Data Aprovação</b>              | Conselho Geral  | RCG – ata nº 10 - 14-12-2022, |
| <b>Data Máxima de Revisão:</b>     | 12/2023   |                               |
| <b>1. Objetivo</b>                 | Garantir o acesso a cuidados de saúde de qualidade através do cumprimento do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026  |                               |
| <b>2. Âmbito</b>                   | Processos de Gestão / Resultados / Monitorização dos Indicadores de qualidade e segurança da USF  |                               |
| <b>3. Responsabilidade</b>         | Conselho Técnico – Dr.ª Mara Galo/ EF Mª Inês Caetano/ SC Sónia Pragosa   |                               |
| <b>4. Descrição</b>                | <p>1. Cultura de Segurança do ambiente interno:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adesão as medidas institucionais para o aumento de cultura de segurança interno (p.e formação interna para a segurança do utente).</li> </ul> <p>2. Segurança da Comunicação:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Após a alta hospitalar de um utente, os profissionais devem aceder as notas de alta das entidades hospitalares disponíveis, e transcrever para o Sclinico os dados e os cuidados para o domicílio/alteração terapêutica proposta.</li> <li>• Cumprir o procedimento sobre transição segura de cuidados.</li> </ul> <p>3. Segurança na utilização da medicação:</p> <p>4. Prevenção da ocorrência de quedas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Os Médicos e/ou Enfermeiros avaliam o risco de queda – Escala de Morse – aos utentes com mais de 65 anos e outros utentes com elevada dependência, atuando de acordo com o grau de risco, ajustando o plano de cuidados e ensino à situação específica do utente;</li> <li>• Sem risco – avaliação anual/ Baixo risco – reavaliação semestral / alto risco – reavaliação trimestral.</li> </ul> <p>5. Prevenção de úlceras de pressão:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Os Enfermeiros de Família devem avaliar o risco de úlcera de pressão- Escala de Braden - aos utentes no domicílio, atuando de acordo com o grau de risco, ajustando o plano de cuidados e ensino à situação específica do utente;</li> <li>• Baixo risco – reavaliação semestral / alto risco – reavaliação trimestral.</li> </ul> |                               |

6. Prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes/acidentes

- Os profissionais reportam os incidentes no link <https://forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?id=CEbllh3wxUaAJGPMli5fUbCd4gl9AzpBiDArqH4Fk1hURVM2TUw0R1MyS1NYWE02NFAzRVUwWEduVY4u> , existente no Teams – “prevenção de incidentes” – a Coordenadora recebe a notificação – agiliza com os gestores internos e dos processos a resolução do incidente – preenche-se a grelha de acordo com o risco e probabilidade de recorrência, e é lida em reunião Multiprofissional/Conselho Geral para medidas corretivas, se aplicável.
- Podem também notificar no “diário de bordo” – suporte em papel e link, no Teams. <https://forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?id=CEbllh3wxUaAJGPMli5fUbCd4gl9AzpBiDArqH4Fk1hUQzVKSTFETkVGWVZZtkNMRIIMUVA5MkdSSC4u>
- O NOTIFIC@ geralmente é reservada para casos de agressão física e/ou verbal.

7. Prevenção e controlo das infeções e resistências a antimicrobianos:

- Devem cumprir as boas praticas na prescrição dos antimicrobianos (NOC da DGS, *Guidelines*, etc.)

5. Avaliação

- Análise trimestral dos indicadores de resultado de prescrição fármaco terapêutica, em reunião de Monitorização.
- Pelo menos 1 sessão de formação anual no âmbito deste tema;
- Análise e relatório anual dos incidentes

6. Fluxograma

N.A

7. Referências/Documentos de apoio

**[1]** Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro - Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026) <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>

**[2]** Norma n.º 001/2017 - Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde <https://normas.dgs.min-saude.pt/2017/02/08/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude/>

**[3]** Norma DGS: Reconciliação da Medicação - Norma n.º 018/2016 DGS de 30/12/2016 <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182016-de-30122016-pdf.aspx>

| <b>MP 5 - COMUNICAÇÃO EFICAZ</b>   |  |
|------------------------------------|--|
| <b>Data elaboração</b>             | 08-12-2022   |
| <b>Data de revisão / nº versão</b> | Nº 1   |
| <b>Data Aprovação</b>              | Conselho Geral RCG – ata nº 10 - 14-12-2022  |
| <b>Data Máxima de Revisão:</b>     | 12/2024  |
|                                    |  |
| 1. Objetivo                        | Garantir comunicação eficaz no fluxo dos utentes entre diferentes níveis de cuidados de saúde  |
| 2. Âmbito                          | Processos assistenciais/Transição de cuidados de saúde   |
| 3. Responsabilidade                | Conselho Técnico   |
| 4. Descrição                       | 1- A transferência de informação entre profissionais de saúde deve ser prioritária em todos os momentos vulneráveis/críticos da transição de cuidados. Deve ser preferencialmente escrita no processo clínico, sendo que em todos os casos deve obedecer aos critérios da técnica <b>ISBAR</b> , descrita na Norma DGS 01/2017 |

| <b>Mnemónica ISBAR</b>  |   |
|---|---|
| <b>I</b><br><b>Identificação</b>  |   |
| Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e recetor) bem como do doente a que diz respeito a comunicação   | <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Nome completo, data nascimento, género e nacionalidade do doente;</li> <li>b) Nome e função do Profissional de Saúde emissor;</li> <li>c) Nome e função do Profissional de Saúde recetor;</li> <li>d) Serviço de origem/destinatário;</li> <li>e) Identificação da pessoa significativa/cuidador informal.</li> </ul>   |
| <b>S</b><br><b>Situação Atual/Causa</b>   |   |
| Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde   | <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Data e hora de admissão;</li> <li>b) Descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde;</li> <li>c) Meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) realizados ou a realizar.</li> </ul>   |
| <b>B</b><br><b>Antecedentes/<br/>Anamnese</b>   |   |
| Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, diretivas antecipadas de vontade   | <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Antecedentes clínicos;</li> <li>b) Níveis de dependência;</li> <li>c) Diretivas antecipadas de vontade;</li> <li>d) Alergias conhecidas ou da sua ausência;</li> <li>e) Hábitos relevantes;</li> <li>f) Terapêutica de ambulatório e adesão à mesma;</li> <li>g) Técnicas invasivas realizadas;</li> <li>h) Presença ou risco de colonização/infeção associada aos cuidados de saúde e medidas a implementar;</li> <li>i) Identificação da situação social e da capacitação do cuidador.</li> </ul> |
| <b>A</b><br><b>Avaliação</b>  |   |
| Informações sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas | <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Problemas ativos;</li> <li>b) Terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída;</li> <li>c) Alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas;</li> <li>d) Focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas.</li> </ul>  |
| <b>R</b><br><b>Recomendações</b>  |   |
| Descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente  | <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Indicação do plano de continuidade de cuidados;</li> <li>b) Informação sobre consultas e MCDT agendados;</li> <li>c) Identificação de necessidades do cuidador informal.</li> </ul>   |

2- A transição de cuidados observa-se sempre que um utente é admitido na USF ou transferido para outra unidade de cuidados primários (CSP) ou Rede nacional de cuidados continuados (RNCC).

3- Cabe ao médico de família e enfermeiro de família emitir carta de transferência no Sistema de Informação de acordo com o modelo ISBAR, cuja cópia será entregue ao utente pelo secretariado clínico, onde se encontrem descritas as informações necessárias à transição eficaz de cuidados, nas seguintes situações:

- A. Transferência do utente para outra Unidade Funcional (UCSP/USF)
  - 1. Transferência do utente para unidade da RNCC/IPSS/Família de acolhimento
- C. Referenciação excecional ao Serviço de Urgência

4- As instituições devem assegurar que:

- A) O respetivo plano anual de formação contemple formação específica para todos os profissionais envolvidos no processo de transferência de informação, que inclua a técnica ISBAR;

B) O processo de transferência de informação é monitorizado através da execução de auditorias internas, nos termos do Despacho nº 2784/2013.

## 5. Avaliação

Aplicação do Instrumento de auditoria organizacional da Norma DGS 001/2017 "Comunicação eficaz na Transição de Cuidados de Saúde", a um processo clínico aleatório.

| Instrumento de Auditoria   |     |     |     |                   |
|--|-----|-----|-----|-------------------|
| Norma "Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde"   |     |     |     |                   |
| <b>Unidade:</b>  |     |     |     |                   |
| <b>Momentos da transição de cuidados:</b>  |     |     |     |                   |
| <input type="radio"/> Admissão hospitalar<br><input type="radio"/> Admissão na unidade de cuidados de saúde primários<br><input type="radio"/> Admissão na unidade de cuidados continuados integrados<br><input type="radio"/> Alta hospitalar |     |     |     |                   |
| <b>Data:</b> __/__/__  |     |     |     |                   |
| <b>Equipa auditora:</b>  |     |     |     |                   |
| Critérios  | Sim | Não | N/A | Evidência / Fonte |
| 1. Na transição de cuidados é utilizada a técnica de comunicação ISBAR?  |     |     |     |                   |
| 2. Na transição de cuidados, sem prejuízo das situações a que se refere o nº 1 do Despacho nº 2784/2013, de 11 de fevereiro, é utilizada a técnica de comunicação ISBAR?   |     |     |     |                   |
| 3. Nos momentos vulneráveis/críticos, a transferência de informação entre profissionais é prioritária?   |     |     |     |                   |
| 4. Os responsáveis pelo processo de transmissão de informação, na transição de cuidados, estão identificados de forma inequívoca?  |     |     |     |                   |
| 5. A transmissão de informação nas transições ocorre de forma escrita?   |     |     |     |                   |
| 6. A instituição assegura formação aos profissionais envolvidos no processo de transferência de informação sobre a técnica ISBAR?  |     |     |     |                   |
| 7. A instituição monitoriza o processo de transferência de informação nos termos do Despacho nº 2784/2013?   |     |     |     |                   |
| <b>Subtotal</b>  | /_  | /_  | /_  | <del>    </del>   |
| <b>ÍNDICE CONFORMIDADE (IC)</b>  |     |     | %   | <del>    </del>   |

## 7. Referências/Documentos de apoio

[1] Norma DGS 001/2017 "Comunicação eficaz na Transição de Cuidados de Saúde" (<https://dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>)

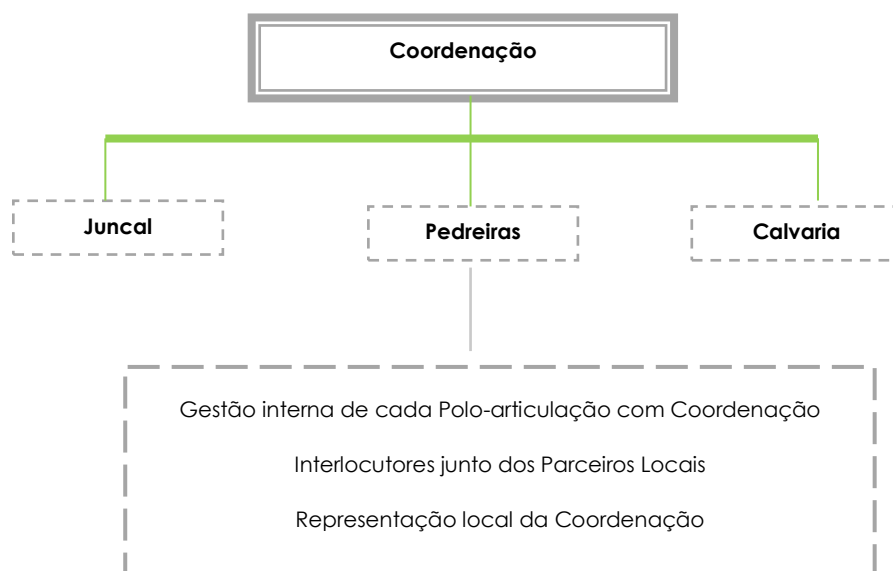
[2] DiOr

| <b>MP 6 – GESTORES INTERINOS DE CADA POLO FUNCIONAL</b> |   |                |
|---|---|----------------|
| <b>Data elaboração</b>                                  | 08-12-2022  |                |
| <b>Data de revisão / nº versão</b>                      | Nº 1  |                |
| <b>Data Aprovação</b>                                   | Conselho Geral  | Nº1/11-01-2023 |
| <b>Data Máxima de Revisão:</b>                          | 12/2023   |                |
| <b>1. Objetivo</b>                                      | Definir o procedimento para Gestão Interna dos Polos da Calvaria, Pedreiras e Juncal com nomeação dos Gestores Interinos em articulação com a Coordenação.  |                |
| <b>2. Âmbito</b>  | Processos de Gestão / Profissionais/ Delegação de Competências  |                |
| <b>3. Responsabilidade</b>                              | Coordenadora – Rita Moiteiro (Pedreiras), Florbela Ferreira (Calvaria), Lina Oliveira (Juncal).   |                |
| <b>4. Descrição</b>                                     | <p>1. A USF Novos Horizontes é uma unidade multipolar constituída pelos 3 Polos Funcionais, localizadas nas freguesias a quem lhes é atribuído o nome institucional:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>I. Polo do Juncal</li> <li>II. Polo da Calvaria</li> <li>III. Polo das Pedreiras</li> </ol> <p>2. A USF Novos Horizontes possui 6 equipas de saúde, apoiadas por 5 secretárias clínicas. Cada um dos 3 Polos é constituído por 2 equipas de saúde (Médico de Família/Enfermeiro de Família), apoiadas pelo secretariado clínico.</p> <p>3. A dispersão das atividades assistenciais e não assistenciais entre 3 Polos tornou necessário a delegação por parte da Coordenação das suas funções para os Elos Locais – Gestores Interinos de cada Polo Funcional. Para tal foram nomeados os seguintes Elos locais de ligação:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>I. Polo do Juncal – Lina Oliveira.</li> <li>II. Polo da Calvaria – Florbela Ferreira.</li> <li>III. Polo das Pedreiras – Rita Moiteiro.</li> </ol> <p>4. De forma a melhorar a gestão interna de cada um dos 3 Polos Funcionais, a Coordenação delega a responsabilidade em cada um dos 3 gestores alocados aos referidos polos, assumindo</p> |                |

localmente as responsabilidades inerentes ao Coordenador, sempre em articulação com o mesmo, a saber:

- I. Interlocutores com os parceiros locais (Juntas de Freguesia, IPSS, etc.), podendo reunir-se com os mesmos em nome da Coordenação e servir de elo entre estes parceiros e a Coordenação, sempre que se verificar necessário.
- II. Gestão interna de cada Polo – material, avarias, equipas e gestão dos profissionais, etc. – articulando-se com a Coordenação.

## 5. Fluxograma



## 6. Referências/Documents de apoio

[1] Dior

[2] Regulamento Interno V2. 2022

**MP 7 – QUALIFICAÇÃO DOS ESPAÇOS DE ATENDIMENTO**

|                                    |  |                              |
|------------------------------------|--|------------------------------|
| <b>Data elaboração</b>             | 08-12-2022   |                              |
| <b>Data de revisão / nº versão</b> | Nº 1   |                              |
| <b>Data Aprovação</b>              | Conselho Geral   | RCG – ata nº 10 - 14-12-2022 |
| <b>Data Máxima de Revisão:</b>     | 12/2024  |                              |
| <b>1. Objetivo</b>                 | Garantir que a área de atendimento apresenta condições que permitam o atendimento em segurança, conforto e privacidade e no respeito por quem evidencia necessidades especiais   |                              |
| <b>2. Âmbito</b>                   | Processo de Gestão / Resultados<br>Processos assistenciais / Organização centrada no cidadão<br>Processos de suporte / Gestão de risco   |                              |
| <b>3. Responsabilidade</b>         | Tânia Pereira, Florbela Ferreira, Rita Moiteiro, Ângela Rego   |                              |
| <b>4. Descrição</b>                | <p><b>1. Exterior/Unidade:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sinalética presente no exterior</li> <li>- Existência de condições promotoras do acesso de utentes com mobilidade reduzida: lugar para deficientes, possibilidade de circulação em cadeira de rodas, elevador no polo das pedreiras (em caso de avaria poderá ser transitoriamente alterado o gabinete de consulta a estes utentes).</li> <li>- Unidade dispõe do equipamento necessário e em perfeito estado de funcionamento para a extinção de incêndios. Deve ser requerida formação para a sua utilização segura.</li> <li>- Existência de planta de emergência e respetivo sistema de iluminação e sinalização.</li> <li>- Garantia de intimidade e privacidade em todos os locais – ver procedimento M ??</li> <li>- É feito um diagnostico de situação com base nas sugestões/reclamações e inquéritos de satisfação - após análise implementam-se medidas corretoras definidas.</li> </ul> <p><b>2. Sala de espera:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Caixa de sugestões colocada em local de livre acesso, afastada da observação dos profissionais.</li> <li>- O espaço de atendimento encontra-se delimitado por meio de fita (na inexistência de outras barreiras), salvaguardando a privacidade do atendimento.</li> <li>- O utente é identificado de forma inequívoca - ver procedimento M19.</li> </ul> |                              |

- O balcão de atendimento permite acesso a pessoas em cadeira de rodas.
- A sala de espera dispõe de luminosidade, arejamento e encontra-se dotada de ar condicionado.
- Encontra-se afixada carta de direitos e deveres e material de educação para a saúde, atualizado. Possibilidade de consulta em outros idiomas.
- Material afixado sobre a organização e funcionamento da unidade.
- Existência de WC, incluindo com acesso a pessoas com mobilidade reduzida e em cadeira de rodas.

### **3. Gabinetes de consulta:**

- Computador com acesso à internet e telefone com acesso ao exterior.
- Dispõe de ar condicionado.
- As consultas são realizadas com a porta fechada.

### **4. Profissionais:**

- Os profissionais estão identificados.

### **5. Atendimento não presencial:**

- A unidade dispõe de telefone com acesso ao exterior e internet em todos os postos de trabalho e endereço de correio eletrônico para todos os profissionais.

O contacto por esta via é realizado apenas com o utente e para os contactos que constam do processo clínico, exceto em caso de utentes menores ou que tenham um representante legal.

### **5. Avaliação**

Inquéritos de satisfação do utente (anual)

Auditoria do material afixado (mínimo anual)

Auditoria da identificação inequívoca (MP 19)

### **6. Referências/Documentos de apoio**

[1] DiOr

| <b>MP 8 - AVALIAÇÃO ANUAL DA SATISFAÇÃO DOS UTENTES E PROFISSIONAIS</b>                                       |   |
|---|---|
| <b>Data elaboração</b>  | 04-11-2019  |
| <b>Data de revisão / nº versão</b>  | 08-12-2022 - Nº 1   |
| <b>Data Aprovação</b>   | Conselho Geral<br>RCG – ata nº 10 – 14-12-2022  |
| <b>Data Máxima de Revisão:</b>  | 12/2024   |
| <b>1. Objetivo</b>  | Garantir a avaliação anual da satisfação dos utentes e profissionais  |
| <b>2. Âmbito</b>  | Processos de Gestão / resultados / avaliação da satisfação dos utentes e profissionais  |
| <b>3. Responsabilidade</b>  | Conselho Técnico – Mara Galo, Mª Inês Caetano, Sónia Pragosa  |
| <b>4. Descrição</b>   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anualmente a equipa do CT promove a avaliação da satisfação dos utentes e profissionais.</li> <li>2. Revisão anual dos instrumentos de avaliação e calculada amostra necessária.</li> <li>3. No mês de outubro e/ou novembro é realizada a avaliação.</li> <li>4. Tratamento dos dados recolhidos em novembro e/ou dezembro.</li> <li>5. Reflexão dos resultados em reunião multiprofissional – decidir medidas de melhoria a adotar.</li> <li>6. Afixação dos resultados da avaliação e melhorias propostas em local visível ao utente, para consulta, no primeiro trimestre do ano seguinte.</li> </ol> |
| <b>5. Fluxograma</b>  | NA  |
| <b>6. Avaliação</b>   | Anual, no último trimestre de cada ano civil  |
| <b>7. Referências/Documentos de apoio</b>   |   |
| [1] Grelha Dior <a href="https://sdm.min-saude.pt/bi.aspx?id=184">https://sdm.min-saude.pt/bi.aspx?id=184</a> |   |

| <b>MP 9 - AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO E EFICÁCIA DA USF NH</b> |   |                              |
|--|---|------------------------------|
| <b>Data elaboração</b>                                     | 08-12-2022  |                              |
| <b>Data de revisão / nº versão</b>                         | Nº 1  |                              |
| <b>Data Aprovação</b>                                      | Conselho Geral  | RCG – ata nº 10 - 14-12-2022 |
| <b>Data Máxima de Revisão:</b>                             | 12/2024   |                              |
| <b>1. Objetivo</b>   | Monitorizar, avaliar e definir estratégias para melhorar o desempenho e eficácia da USF NH.   |                              |
| <b>2. Âmbito</b>   | Processos de Gestão   |                              |
| <b>3. Responsabilidade</b>                                 | Nuno Couto, Rita Moiteiro, Susana Vieira  |                              |
| <b>4. Descrição</b>  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. A USF NH tem implementado uma prática contínua de monitorização, discussão e implementação de medidas de melhoria do seu IDG, em concordância e visando o cumprimento da sua Carta de Qualidade, Carta de Compromisso, Carta dos Direitos e Deveres do Utente dos serviços de saúde e a Carta de Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do Serviço Nacional de Saúde (Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio).</li> <li>2. Em periodicidade trimestral (março, junho, setembro e dezembro), os Gestores de Monitorização da USF NH apresentam em reunião multiprofissional os resultados do IDG da USF NH, e os resultados dos vários indicadores individuais de cada ficheiro de utentes, ou de algum grupo sectorial.</li> <li>3. Procura-se assim que a equipa reflita nestes resultados, de forma a definir estratégias para a melhoria contínua da qualidade dos nossos serviços e introdução de medidas corretoras para melhorar o desempenho em alguma área menos bem conseguida, e no IDG em geral.</li> <li>4. É feita calendarização anual das reuniões de Monitorização do IDG, que é feita em sede de Reunião de Conselho Geral como descrito na grelha DIOR.</li> </ol> |                              |
| <b>5. Avaliação</b>  | Auditoria trimestral do IDG em Reunião de Monitorização – com proposta de medidas corretoras, e avaliação posterior da sua implementação, quando no trimestre seguinte se faz nova avaliação do IDG da USF NH.  |                              |

6. Referências/Documentos de apoio

[1] DIOR

| <b>MP 10 - GESTÃO DE BARREIRAS DE COMUNICAÇÃO</b> |  |                              |
|---|--|------------------------------|
| <b>Data elaboração</b>                            | 08-12-2022   |                              |
| <b>Data de revisão / nº versão</b>                | Nº 1   |                              |
| <b>Data Aprovação</b>                             | Conselho Geral   | RCG – ata nº 10 - 14-12-2022 |
| <b>Data Máxima de Revisão:</b>                    | 12/2024  |                              |
| <b>1. Objetivo</b>                                | Garantir a neutralização das barreiras da comunicação  |                              |
| <b>2. Âmbito</b>                                  | Processos Assistenciais / Tomada de decisão do cidadão sobre os problemas de saúde.  |                              |
| <b>3. Responsabilidade</b>                        | Joana Oliveira, Helena Carvalho, Ângela Rego   |                              |
| <b>4. Descrição</b>                               | <p>1. Perante utentes cujo idioma não seja o português, a USF dispõe dos seguintes mecanismos agilizadores da comunicação:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>I. Tradução da informação afixada e publicitada em Guia do Utente para inglês, francês e espanhol estando publicitada na sala de espera a possibilidade de o consultar.</li> <li>II. Disponibilização do suporte documental destinado ao utente em outros idiomas, nomeadamente o inglês, francês e ucraniano.</li> <li>III. Contacto da Linha de Apoio a Migrantes, solicitando acesso ao Serviço de Tradução Telefónica, através dos contatos 808 257 257 e/ou 218 106 191.</li> <li>IV. ACES PL disponibiliza lista de interlocutores para os diferentes idiomas (pasta pública-Intranet)</li> </ol> <p>2. Perante utentes surdos-mudos, a USF NH agiliza através do canal de conversação no site do SNS 24 disponível em <a href="https://www.sns24.gov.pt/contacto-acessivel-cidadao-surdo/">https://www.sns24.gov.pt/contacto-acessivel-cidadao-surdo/</a> (videochamada e webchat, as diligenciais para as respetivas interações necessárias com os profissionais de saúde.</p> |                              |
| <b>5. Referências/Documentos de apoio</b>         |  |                              |
| <b>[1]</b>  | DIOR   |                              |
| <b>[2]</b>  | Guia do utente da USF NH – versão português, inglês e ucraniano.   |                              |

| <b>MP 11 - ACOLHIMENTO E ORIENTAÇÃO DE UTENTES</b> |  |                              |
|--|--|------------------------------|
| <b>Data elaboração</b>                             | 08-12-2022   |                              |
| <b>Data de revisão / nº versão</b>                 | Nº 1   |                              |
| <b>Data Aprovação</b>                              | Conselho Geral   | RCG – ata nº 10 - 14-12-2022 |
| <b>Data Máxima de Revisão:</b>                     | 12/2024  |                              |
| <b>1. Objetivo</b>                                 | Garantir eficácia no acolhimento e orientação dos utentes  |                              |
| <b>2. Âmbito</b>                                   | Processos de Suporte/ Gestão da Informação e Comunicação<br>/ Atendimento pelo secretariado clínico  |                              |
| <b>3. Responsabilidade</b>                         | Joana Oliveira, Liliana Cerejo, Helena Carvalho e SC Elisabete   |                              |
| <b>4. Descrição</b>                                | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. O atendimento promovido pelo secretariado clínico representa a porta de entrada na USF NH e como tal, espera-se dos profissionais que se encontrem no balcão uma atitude cortês, amigável e facilitadora.</li> <li>2. Está publicitado no placard da entrada a organização da equipa segundo equipas de saúde familiar (médico/enfermeiro/secretario clínico de família).</li> <li>3. No primeiro contacto com a USF, compete ao secretário clínico fornecer ao utente as informações genéricas sobre o funcionamento da USF NH, nomeadamente sobre a identificação da equipa de saúde atribuída, contactos e formas de contacto, confirmação dos dados pessoais do utente, entrega do guia do utente e convite à consulta da informação afixada na USF.</li> <li>4. Anualmente, a equipa do secretariado clínico deve fazer formação sobre o atendimento ao utente.</li> <li>5. O atendimento presencial implica a orientação do utente para o fim ao qual se dirigiu aos serviços, com a máxima eficácia possível. A resolução de situações administrativas mais complexas e que não possam ser resolvidas in loco devem ser remetidas para o secretário clínico de família como gestor do caso, com a informação ao utente do mesmo.</li> <li>6. O atendimento não presencial por telefone ou email traduz-se na resolução do motivo do contacto pelo utente ou orientação/encaminhamento para quem, da equipa de saúde familiar, se encontre em melhor posição para o resolver.</li> </ol> |                              |
| <b>5. Fluxograma</b>                               | N.A  |                              |

6. Referências/Documentos de apoio

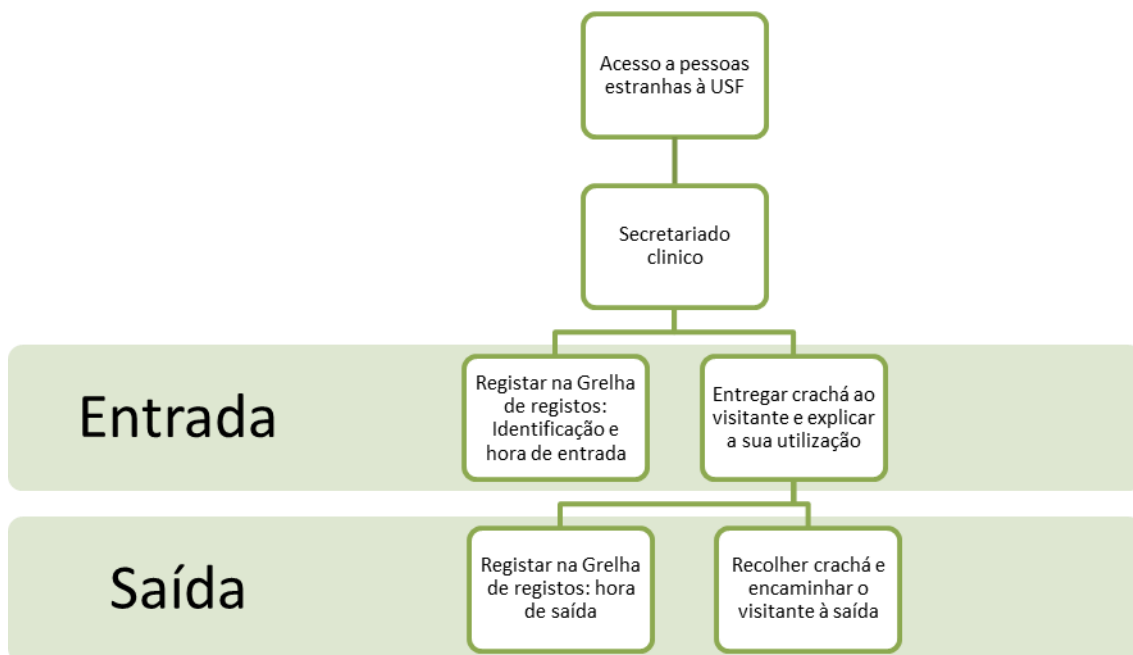
[1] DIOR

[2] Guia do utente da USF NH – versão português, inglês e ucraniano

[3] Regulamento Interno V2-2022.

| <b>MP 12 - IDENTIFICAÇÃO DE PESSOAS ESTRANHAS À USF NH</b> |  |                              |
|--|--|------------------------------|
| <b>Data elaboração</b>                                     | 04-11-2019   |                              |
| <b>Data de revisão / nº versão</b>                         | Nº 2 (08-12-2022)  |                              |
| <b>Data Aprovação</b>                                      | Conselho Geral   | RCG – ata nº 10 - 14-12-2022 |
| <b>Data Máxima de Revisão:</b>                             | 12/2023  |                              |
| <b>1. Objetivo</b>   | Garantir eficácia no acolhimento e orientação dos utentes  |                              |
| <b>2. Âmbito</b>   | Processos de Suporte/ Gestão da Informação e Comunicação<br>/ Atendimento pelo secretariado clínico  |                              |
| <b>3. Responsabilidade</b>                                 | Joana Oliveira, Liliana Cerejo, Elisabete Brito  |                              |
| <b>4. Descrição</b>  | <ol style="list-style-type: none"> <li>São consideradas pessoas estranhas à USF todas as pessoas não identificadas que se encontrem no interior da USF: delegados de informação médica (DIM's) e técnicos de manutenção. Também podem ser designadas de visitantes.</li> <li>Os utentes, alunos de enfermagem e medicina, internos de medicina e os profissionais das outras UF's e da UAG não são considerados pessoas estranhas à USF.</li> <li>O controlo do acesso de pessoas estranhas à USF NH, deve ser feito por todos os profissionais.</li> <li>O acesso de pessoas estranhas à USF NH implica um primeiro contacto com o secretariado clínico que regista em suporte papel "entradas e Saídas", o acesso de pessoas estranhas (com nota de identificação, hora da entrada e hora da saída).</li> <li>No caso dos utentes, todos os elementos da equipa devem assegurar que quem acede ao interior das instalações da USF NH só o faz após chamada aos gabinetes médicos e de enfermagem.</li> <li>Todas as pessoas consideradas estranhas à USF que acedem ao seu interior devem ser portadoras de um crachá identificador previamente entregue no secretariado.</li> <li>O agendamento de DIM para a equipa médico obedece a agendamento prévio em agenda existente para o efeito, no secretariado. O acesso do DIM ao interior da USF obedece ao ponto 4.</li> <li>O agendamento de DIM para a equipa de enfermagem obedece a agendamento prévio com a gestora sectorial. O acesso do DIM ao interior da USF obedece ao ponto 4.</li> </ol> |                              |

## 5. Fluxograma



## 6. Avaliação

Auditoria anual:

- Análise anual dos registos da grelha "Entradas e Saídas" e implementação das medidas corretivas discutidas em Reunião Multiprofissional.

## 7. Referências/Documentos de apoio

[1] DIOR

[2] Guia do utente da USF NH – versão português, inglês e ucraniano

[3] Regulamento Interno V2-2022.

| <b>MP 13 - REPRESENTAÇÃO LEGAL</b> |   |                              |
|------------------------------------|---|------------------------------|
| <b>Data elaboração</b>             | 08-12-2022  |                              |
| <b>Data de revisão / nº versão</b> | Nº 1  |                              |
| <b>Data Aprovação</b>              | Conselho Geral  | RCG – ata nº 10 - 14-12-2022 |
| <b>Data Máxima de Revisão:</b>     | 12/2023   |                              |
| <b>1. Objetivo</b>                 | Garantir a representação legal dos utentes nas circunstâncias previstas na lei  |                              |
| <b>2. Âmbito</b>                   | Processos assistenciais /Centralidade no Cidadão / Tomada de decisão do cidadão sobre os problemas de saúde   |                              |
| <b>3. Responsabilidade</b>         | Joana Oliveira, Florbela Ferreira, Lucrecia Pereira   |                              |
| <b>4. Descrição</b>                | <p>1. <u>Representante legal do utente</u>: A representação legal dos utentes está prevista na lei em cidadãos menores (entre os 16-18 anos) ou incapazes intelectualmente ou emocionalmente de compreender a abrangência das intervenções diagnósticas e/ou terapêuticas, conforme a Lei 49/2018.</p> <p>2. <u>Inscrição na USF NH</u></p> <p>A. O familiar, tutor ou representante legal de um utente que preencha os critérios descritos em 1, no ato da inscrição do utente na USF, deve representar documento comprovativo da incapacidade bem como comprovativo da tutoria ou representação legal do utente. A inscrição, conforme procedimento, deve ser agilizada pelo secretario clínico de família.</p> <p>B. O secretário clínico deve assinalar nas notas administrativas do processo clínico a condição do utente necessitar de 3ª pessoa e dar conhecimento desta condição á restante equipa de saúde familiar (email ou mensagem interna eletrónica).</p> <p>C. O médico de família deve em resumo do processo clínico eletrónico registar a condição de incapacidade na tomada de decisões</p> <p>3. Na utilização dos serviços da Carteira de Serviços da USF:</p> <p>A. O utente que se encontre na situação prevista em 1, sempre que recorre à USF deve ser acompanhado pelo familiar, tutor ou representante legal, que deve ser portador do documento comprovativo referido no ponto anterior.</p> <p>B. O secretário clínico agenda a consulta após verificação da documentação e do registo no campo das observações administrativas.</p> |                              |

- C. O utente que careça de representação legal deve ser sempre acompanhado pelo familiar tutor ou representante legal nas consultas médicas e/ou de enfermagem, ou qualquer outro ato.
- D. O médico deve informar o representante do diagnóstico clínico do utente, terapêutica (dose, efeitos secundários e reações adversas), necessidade de realização de MCDT's ou referência a outros serviços de saúde, certificando-se que toda a informação é compreendida e assegurando-se que o representante fará o utente cumprir a terapêutica, ou o prepare para intervenção diagnóstica ou curativa.
- E. O enfermeiro deve informar o representante de todos os atos certificando-se que este os compreende.
- F. A convocatória para as consultas de vigilância será realizada ao cuidado do representante legal definido.

#### 5. Fluxograma

N.A

#### 6. Avaliação

N.A

#### 7. Referências/Documentos de apoio

**[1]** Lei 49/2018 de 14 de Agosto, DR 1ª série nº156, pág 4072-4086, que cria o regime jurídico do maior acompanhado, eliminando os institutos da interdição e da inabilidade (<https://data.dre.pt/eli/lei/49/2018/08/14/p/dre/pt/html>)

**[2]** DiOr

| <b>MP 14 - RENTEV E RENNDA</b>     |   |
|------------------------------------|---|
| <b>Data elaboração</b>             | 04-11-2019  |
| <b>Data de revisão / nº versão</b> | Nº 2 (08-12-2022)   |
| <b>Data Aprovação</b>              | Conselho Geral      RCG – ata nº 1 - 11-01-2023   |
| <b>Data Máxima de Revisão:</b>     | 12/2023   |
| <b>1. Objetivo</b>                 | Avaliar o cumprimento do consentimento informado e participação ativa na tomada de decisões   |
| <b>2. Âmbito</b>                   | Processos assistenciais /Centralidade no Cidadão / Testamento Vital /RENTEV) / Registo nacional de não dadores /RENNDA)   |
| <b>3. Responsabilidade</b>         | Conselho Técnico – Mara Galo, Mª Inês Caetano, Sónia Pragosa  |
| <b>4. Descrição</b>                | <p>1. Está disponível na sala de espera e no secretariado informação documentada escrita relativa ao acesso ao RENTEV e RENNDA, bem como a possibilidade de ter acesso a informação/esclarecimento junto dos profissionais de saúde.</p> <p>2. Relativamente ao RENTEV, o utente sempre que solicite deve ser informado de que:</p> <p style="margin-left: 20px;">I. O testamento vital é um documento onde o utente pode inscrever os cuidados de saúde que pretende ou não receber e permite também a nomeação de um procurador de cuidados de saúde.</p> <p>3. Pode constar no seu testamento vital:</p> <p style="margin-left: 20px;">a) Não ser submetido a tratamentos de suporte artificial das funções vitais.</p> <p style="margin-left: 20px;">b) Não ser submetido a tratamento fútil, inútil ou desproporcionado do seu quadro clínico e de acordo com as boas práticas profissionais, nomeadamente no que diz respeito às medidas de suporte básico de vida, alimentação e hidratação artificiais que apenas visem retardar o processo natural de morte.</p> <p style="margin-left: 20px;">c) Receber os cuidados paliativos adequados à sua situação de saúde.</p> <p style="margin-left: 20px;">d) Não ser submetido a tratamentos que se encontram em fase experimental.</p> <p style="margin-left: 20px;">e) Autorizar ou recusar a participação em programas de investigação científica e ensaios clínicos.</p> |

6. Para o preenchimento do Testamento vital, o utente pode aceder ao Portal do utente ou aceder ao Formulário para registo da "Diretiva Antecipada de Vontade", que depois de preenchida, deve ser reconhecida por um notário ou com assinatura presencial junto de um funcionário do RENTEV que no ACES Pinhal Litoral se situa na Morada: Avenida Heróis de Angola, n° 59 – 2400-154 Leiria Telefone: 244 812 200.
7. O utente pode consultar o seu testamento vital através do Portal do utente.
8. Caso o utente não disponha de recursos para aceder ao formulário eletrónico, este e deve ser disponibilizado em papel pelo secretario clínico da USF.
9. As dúvidas do utente poderão ser esclarecidas através das FAQ's do RENTEV, disponíveis em <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/rentev-faqs-pdf.aspx>
  - I. Relativamente ao Testamento vital do utente, o médico/enfermeiro de família poderá consultá-lo através do Registo de Saúde Eletrónico/Portal Profissional.
10. Relativamente ao RENNDA, o cidadão sempre que solicite, deve ser informado de que:
  - a) A legislação portuguesa assenta no conceito de doação presumida, pelo que, alguém que deseje não ser dador terá que registar essa vontade por iniciativa própria, ou através de alguém com poder de o representar.
  - b) A inscrição no RENNDA é realizada através de um formulário específico disponível em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/upload/2016/10/impresso-RENNDA.pdf> que deve ser entregue, depois de preenchido, no secretariado clínico na USF.
  - c) Caso o utente não disponha de recursos para aceder ao formulário, este deve ser disponibilizado em papel pelo secretariado na nossa UF.
  - d) As suas dúvidas poderão ser esclarecidas através das FAQ's do RENNDA, disponíveis em <https://www.sns24gov.pt/servico/registo-nacional-de-nao-dadores-rennda/>
11. Relativamente ao RENNDA, a equipa da USF agirá em conformidade:
  - I. O secretário clínico ao receber o formulário deve atestar a identificação do utente de acordo com o cartão de cidadão/identificação do representante legal e dar entrada do documento na USF.
  - II. O secretário clínico deve encaminhar o formulário preenchido para envio, no 1ºm dia útil após entrega para o ACES que remeterá para os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, arquivando uma cópia no processo clínico do utente e dando conhecimento do mesmo à equipa de saúde.

## 5. Fluxograma

N.A

6. Avaliação

N.A

7. Referências/Documentos de apoio

[1] Lei nº25/2012 de 16 de Junho, DR 1ª série nº136/2012, pag.3728-3730/

<https://data.dre.pt/eli/lei/25/2012/07/16/p/dre/pt/html>

[2] Circular Informativa SOMS-DGS nº05/2014 / <https://spms.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/09/Circular-Informativa-Conjunta-DGS-SPMS-RENTEV.pdf>

[3] Portaria nº141/2018 de 18 de maio, DR 1ª série nº 96/2018 /

<https://data.dre.pt/eli/port/141/2018/05/18/p/dre/pt/html>

[4] Lei nº 12/1993 de 22 de Abril, DR 1ª série nº 94/1993 / <https://data.dre/eli/12/1993/04/22/p/dre/pt/html>

| <b>MP 15 - QUESTÕES ÉTICAS</b>            |   |
|---|---|
| <b>Data elaboração</b>                    | 08-12-2022  |
| <b>Data de revisão / nº versão</b>        | Nº 1  |
| <b>Data Aprovação</b>                     | Conselho Geral      RCG – ata nº 1 - 11-01-2023   |
| <b>Data Máxima de Revisão:</b>            | 12/2023   |
| <b>1. Objetivo</b>                        | Definir procedimento para a formulação de questões e/ou pedido de aconselhamento à comissão de ética.   |
| <b>2. Âmbito</b>                          | Processo assistencial / Centralidade do Cidadão / Conflitos Éticos  |
| <b>3. Responsabilidade</b>                | Conselho Técnico – Mara Galo, Mª Inês Caetano, Sónia Pragosa  |
| <b>4. Descrição</b>                       | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Qualquer profissional que identifique conflito ou questão ética no exercício profissional deve solicitar por email um parecer técnico ao CT.</li> <li>1. CT avalia situação em reunião e emite um parecer. Assunto é levado a discussão na RMP seguinte.</li> <li>1. Sobre a reflexão da equipa e análise sobre a matéria, será formulado um pedido de parecer à Comissão de Ética, remetido pelo coordenador, com conhecimento do CCS.</li> <li>1. O parecer recebido será discutido e analisado em RMP, com alteração de algum procedimento se necessário.</li> </ol> |
| <b>5. Fluxograma</b>                      |   |
| N.A                                       |   |
| <b>6. Avaliação</b>                       |   |
| N.A                                       |   |
| <b>7. Referências/Documentos de apoio</b> |   |
| <b>[1] DIOR</b>                           |   |

| <b>MP 16 - PEDIDO DE SEGUNDA OPINIÃO</b> |   |                              |
|--|---|------------------------------|
| <b>Data elaboração</b>                   | 08-12-2022  |                              |
| <b>Data de revisão / nº versão</b>       | Nº 1  |                              |
| <b>Data Aprovação</b>                    | Conselho Geral  | RCG – ata nº 10 - 14-12-2022 |
| <b>Data Máxima de Revisão:</b>           | 12/2023   |                              |
| <b>1. Objetivo</b>                       | Garantir o direito a uma segunda opinião, interna ou externa à USF NH.  |                              |
| <b>2. Âmbito</b>                         | Processo assistencial /Centralidade do cidadão / Direito a segunda opinião  |                              |
| <b>3. Responsabilidade</b>               | Gestores de comunicação - Joana Oliveira, Helena Carvalho, Ângela Rego  |                              |
| <b>4. Descrição</b>                      | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. A USFNH assegura a qualquer utente inscrito, a possibilidade de aceder a uma segunda opinião médica, desde que o mesmo demonstre essa intenção e existam condições da obtenção da mesma.</li> <li>2. Pedido de segunda opinião médica dentro da equipa médica da USFNH: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Utente faz o requerimento junto do secretariado – preenche formulário - (ver anexo II – formulários 2.1) - próprio onde deve constar obrigatoriamente as razões invocadas para o pedido;</li> <li>b) SC regista receção no suporte de registo de entrada de pedidos de segunda opinião e introduz na pasta da coordenação;</li> <li>c) Pedido é encaminhado à coordenadora;</li> <li>d) Coordenadora analisa o pedido nos termos em que é efetuado e poderá, se assim o entender, ouvir o utente e o médico de família de proveniência, acerca das circunstâncias do mesmo. A coordenadora indicará depois um outro médico que, em concordância, irá conceder o parecer. Essa informação será veiculada para o secretariado clínico que ficará responsável pela marcação de consulta para esse mesmo médico no sentido de garantir o acesso a uma segunda opinião. A decisão sobre o pedido deverá ser registada por escrito, pela coordenadora da USFNH, no impresso de pedido segunda opinião, que é de novo remetido ao secretariado clínico.</li> <li>e) O secretariado clínico notifica o utente da decisão tomada acerca do pedido de segunda opinião médica dentro da USFNH e informa por email, colocando em anexo</li> </ol> </li> </ol> |                              |

o formulário preenchido, o médico de família e médico que irá conceder a segunda opinião.

3. O original do impresso contendo o pedido do utente e a decisão da coordenadora da USFNH são arquivados pelo secretariado clínico em pasta própria.
4. Pedido de segunda opinião médica fora da USFNH pode ser feito de duas formas:
  - a) Presencialmente em consulta programada com o médico de família. Deverá ser registado no processo clínico do utente (SClínico) o motivo da consulta;
  - b) Por escrito e entregue ao secretariado clínico, que por sua vez reencaminhará ao médico de família.

#### 5. Fluxograma

N.A

#### 6. Avaliação

Nº de formulários entregues, análise e relatório final.

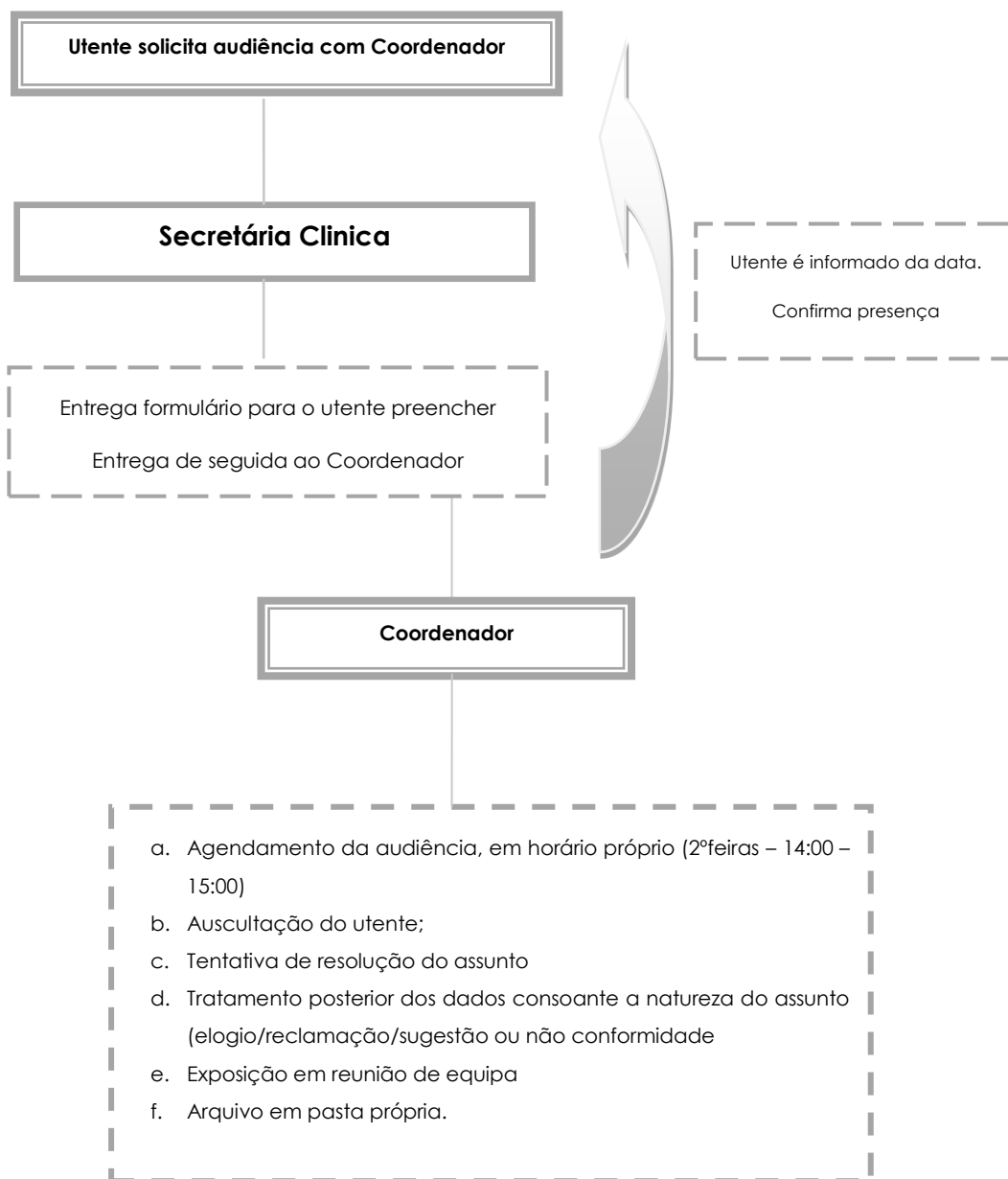
#### 7. Referências/Documentos de apoio

**[1]** Grelha Dior

**[2]** Carta dos direitos e deveres do doente

| <b>MP 17 - POSSIBILIDADE DE AUDIÇÃO COM COORDENADOR</b> |   |
|---|---|
| <b>Data elaboração</b>                                  | 06-01-2023  |
| <b>Data de revisão / nº versão</b>                      | Nº 1  |
| <b>Data Aprovação</b>                                   | Conselho Geral RCG – ata nº 1/2023 - 11-01-2023   |
| <b>Data Máxima de Revisão:</b>                          | 12/2023   |
| <b>1. Objetivo</b>                                      | Garantir a possibilidade que o utente obtenha uma audiência com o Coordenador, caso seja essa a sua vontade.  |
| <b>2. Âmbito</b>  | Processos Assistenciais / Organização Centrada na Pessoa / Atendimento personalizado  |
| <b>3. Responsabilidade</b>                              | Secretariado Clínico e Coordenação  |
| <b>4. Descrição</b>                                     | <p>1. No sentido de proporcionar condições para exercício de tal direito a todos os utentes que o desejem, o procedimento deverá ser o seguinte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• É afixada no placard informativo que se destina à divulgação de informação para utentes e que está localizado em sítio visível em cada Polo Funcional, de fácil acesso pelo utente e notória visibilidade a informação de que existe a possibilidade de o utente solicitar um contacto personalizado e com privacidade com o Coordenador ou em quem delegar, para apresentar suas sugestões, reclamações ou obter esclarecimento.</li> </ul> <p>2. A audiência com o coordenador carece de marcação:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. O Secretário Clínico entrega ao utente o formulário para requerimento de audiência (Anexo II – formulários 2.2)</li> <li>b. O utente preenche o formulário;</li> <li>c. O Secretário Clínico receciona o documento e agenda segundo disponibilidade do Coordenador, que dispõe de horário próprio para o efeito, e informa o utente do dia e hora do atendimento.</li> </ol> <p>3. Após cada audiência o Coordenador elabora um resumo do assunto discutido e partilha em reunião Multiprofissional ou Conselho Geral.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Caso se verifique uma não conformidade o mesmo segue os pressupostos do MP 53 - Gestão das não conformidades;</li> <li>• Se verificada uma sugestão, reclamação ou elogio segue então o fluxograma do MP 2. Tratamento de Reclamações, sugestões e elogios.</li> </ul> |

## 5. Fluxograma



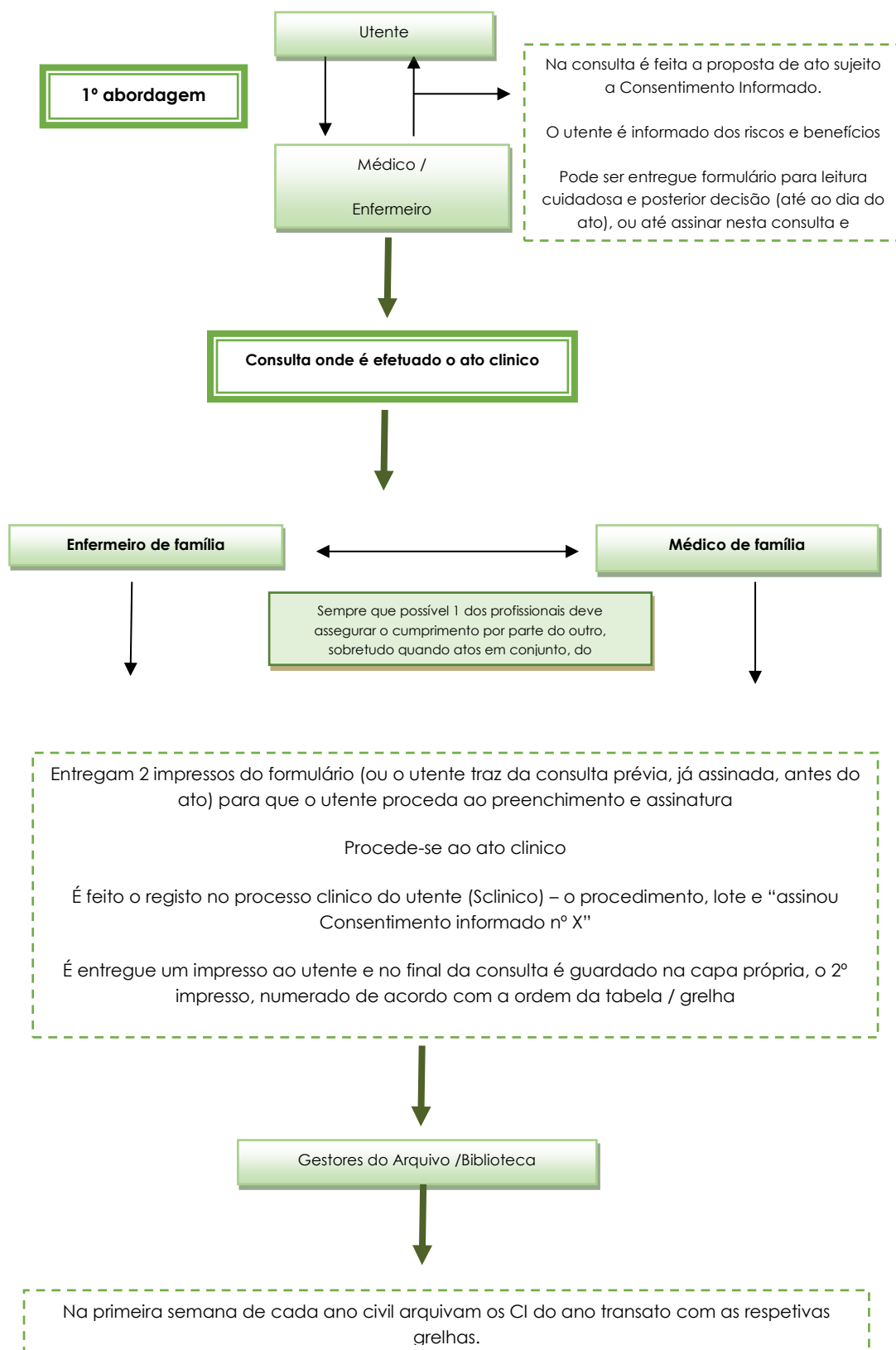
## 6. Referências/Documentos de apoio

[1] DIOR

| <b>MP 18 - CONSENTIMENTO INFORMADO</b> |  |
|--|--|
| <b>Data elaboração</b>                 | 24-10-2019   |
| <b>Data de revisão / nº versão</b>     | 08-12-2022 – Versão nº 2   |
| <b>Data Aprovação</b>                  | Conselho Geral      RCG – ata nº 10 - 14-12-2022   |
| <b>Data Máxima de Revisão:</b>         | 12/2023  |
| <b>1. Objetivo</b>                     | Avaliar o cumprimento do Consentimento informado e participação ativa nas decisões.  |
| <b>2. Âmbito</b>                       | Processos Assistenciais/ Consentimento informado   |
| <b>3. Responsabilidade</b>             | Coordenação/Gestores de Segurança/Arquivo e Biblioteca – Tânia Pereira /Hugo Carvalho, Rita Moiteiro e Lina Oliveira/ Elisabete Brito e Susana Vieira  |
| <b>4. Descrição</b>                    | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. O consentimento informado, livre e esclarecido configura-se como um elemento fundamental no atual contexto de prestação de cuidados de saúde, um imperativo ético e legal que deverá ser observado em todas as circunstâncias que o justifiquem.</li> <li>2. Traduz a manifestação expressa da autonomia do utente no processo decisório concernente a atos diagnósticos/terapêuticos propostos e passíveis de ser exercidos pelos profissionais de saúde.</li> <li>3. O termo de consentimento deve ser isento de dúvidas, devendo os profissionais de saúde obrigar-se à prestação prévia de informações e demais esclarecimentos, indicando vantagens e desvantagens, bem como riscos inerentes às intervenções. Desse modo, obedece-se a um dos principais preceitos normativos/deontológicos, garante do reconhecido direito de autodeterminação do utente.</li> <li>4. Do consentimento informado deve constar a declaração da pessoa sobre o acesso à informação oral e escrita assumindo que lhe foram fornecidas todas as explicações e o tempo de reflexão de que necessitava para a sua aceitação explícita, deve: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Ser feito em duplicado, para que um dos exemplares possa ficar na posse da pessoa;</li> <li>b. Identificar a unidade de saúde</li> <li>c. Apresentar de forma legível o nome, a assinatura, o número de cédula profissional ou número mecanográfico e contacto institucional do profissional que dá a informação e recolhe o consentimento.</li> </ol> </li> </ol> |

- d. Identificar o ato/intervenção proposto e a sua natureza;
  - e. Identificar os potenciais benefícios, riscos frequentes e riscos graves associados ao ato/procedimento e as eventuais alternativas viáveis e cientificamente reconhecidas.
  - f. Identificar os potenciais riscos decorrentes de uma não intervenção, em caso de dissentimento
5. Procedimentos internos sujeitos a Consentimento Informado na USF Novos Horizontes:
- a) Administração da gamaglobulina Anti-D, a grávidas
  - b) Administração da vacina VASPR em mulheres em idade fértil
  - c) Pequenas cirurgias previamente programadas
  - d) Colocação de Dispositivos Intrauterinos no contexto de Planeamento Familiar
  - e) Colocação de Implantes subcutâneos no contexto de Planeamento Familiar
  - f) Gravações de pessoas em fotografia ou suporte áudio ou audiovisual no contexto de Teleconsulta (Dermatologia ou outro)
  - g) Trabalhos científicos/Investigação.
6. Para cada situação existe um formulário próprio guardado em suporte digital – pasta de grupos, e suporte em papel na pasta "Consentimentos Informados".
7. Gravação de consultas pelo doente e/ou representante legal – o que diz a Lei:
- I. *«A captação de som não poderá ser realizada por um particular sem consentimento do outro, face aos direitos de personalidade envolvidos e que estão garantidos pelas normas de proteção de dados pessoais e até pela Constituição da República Portuguesa.*
  - II. *Não sendo dado consentimento, em geral, tal gravação não deverá ser utilizada, podendo considerar-se haver responsabilização do agente prevaricador perante a Comissão Nacional de Proteção de Dados e, eventualmente, ao nível penal/criminal e cível (havendo danos comprováveis).*
  - III. *Nota-se que, caso o trabalhador médico não preste consentimento e, ainda assim, o doente insista na gravação, poderá aquele não realizar a consulta agendada, devendo registar no processo clínico o que ocorreu e as razões pelas quais assim decidiu.»*

## 5. Fluxograma



## 6. Avaliação

Anexo II- PAI – Consentimentos informados V2.2022

- Realizada avaliação anual de acordo com o Plano de Auditoria expressa no PAI respetivo e apresentada em reunião Multiprofissional/Conselho Geral/Formativa.

Gestores do Armazém avançado devem comunicar o total de SIU/Implantes aos Gestores de Segurança aos auditores para que possam averiguar se:

- Nº total de CI (SIU/IMPLANON) / Nº total de material utilizado

## 7. Referências/Documentos de apoio

**[1]** Norma DGS 015/2013 - Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito

[https://www.ucp.pt/sites/default/files/2019-](https://www.ucp.pt/sites/default/files/2019-03/DGS%20Consentimento%20Informado%20DGS_atualizado%204Nov2015.pdf)

[03/DGS%20Consentimento%20Informado%20DGS\\_atualizado%204Nov2015.pdf](https://www.ucp.pt/sites/default/files/2019-03/DGS%20Consentimento%20Informado%20DGS_atualizado%204Nov2015.pdf)

**[2] Enquadramento jurídico**

Constituição da República Portuguesa

Art.º 25.º (Direito à integridade pessoal)

1. A integridade moral e física das pessoas é inviolável.

Código Penal Art.º 156.º (Intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos arbitrários)

1.As pessoas indicadas no artigo 150.º que, em vista das finalidades nele apontadas, realizarem intervenções ou tratamentos sem consentimento do paciente são punidas com pena de prisão até 3 anos ou com pena de multa.

Art.º 157.º (Dever de esclarecimento)

Para efeito do disposto no artigo anterior, o consentimento só é eficaz quando o paciente tiver sido devidamente esclarecido sobre o diagnóstico e a índole, alcance, envergadura e possíveis consequências da intervenção ou do tratamento (...)

Código Civil Art.º 70.º (Tutela geral da personalidade)

1. A lei protege os indivíduos contra qualquer ofensa ilícita ou ameaça de ofensa à sua personalidade física ou moral.

Art.º 340.º (Consentimento do lesado)

1. O ato lesivo dos direitos de outrem é lícito, desde que este tenha consentido na lesão.

Lei de Bases da Saúde Base XIV (Estatuto dos utentes)

| <b>MP 19 - IDENTIFICAÇÃO INEQUÍVOCA DO UTENTE</b> |   |                               |
|---|---|-------------------------------|
| <b>Data elaboração</b>                            | 24-10-2019  |                               |
| <b>Data de revisão / nº versão</b>                | 08-12-2022 – Nº 2   |                               |
| <b>Data Aprovação</b>                             | Conselho Geral  | RCG – ata nº 10 - 14-12-2022, |
| <b>Data Máxima de Revisão:</b>                    | 12/2023   |                               |
| <b>1. Objetivo</b>                                | Garantir procedimento para a Identificação inequívoca do utente   |                               |
| <b>2. Âmbito</b>                                  | Processos de Suporte/Segurança/ Identificação inequívoca do utente  |                               |
| <b>3. Responsabilidade</b>                        | Coordenação e Gestores dos Processos de Segurança – Tânia Pereira, Florbela Ferreira, Lina Oliveira, Susana Vieira  |                               |
| <b>4. Descrição</b>                               | <p>1. Tendo por base a Orientação Nº 018/2011, de 23 de maio de 2011, da Direção Geral da Saúde e procedimento definido pela USF Novos Horizontes, neste âmbito, passam a ser imprescindível em cada contacto a confirmação da identidade dos utentes, utilizando para tal pelo menos 2 dados.</p> <p>2. Neste sentido, deve ser reforçado junto de todos os utentes que devem sempre iniciar o contacto presencial com a unidade de saúde através dos serviços administrativos. Nos serviços administrativos será confirmada a informação relativa à sua identificação, morada e contactos.</p> <p>3. Passa a ser fundamental que se faça acompanhar sempre do seu cartão de cidadão, ou de outro tipo de documento que comprove os seus dados pessoais e número de utente do Serviço Nacional de Saúde.</p> <p style="padding-left: 40px;">a. Está afixado cartaz, assinado pelo Coordenador da USF NH, junto de cada balcão de atendimento administrativo e em sítio visível.</p> <p>4. Na USF Novos Horizontes deve ser sempre confirmada a identidade dos utentes através do pedido de documento de identificação (Cartão de Cidadão, Bilhete de Identidade, passaporte ou outro tipo de documento válido para o efeito (que contenha fotografia p.e) no primeiro contato com a Unidade e sempre que necessário, segundo fluxograma que se apresenta de seguida.</p> |                               |

## 5. Fluxograma

### Responsabilidade do Secretariado Clínico

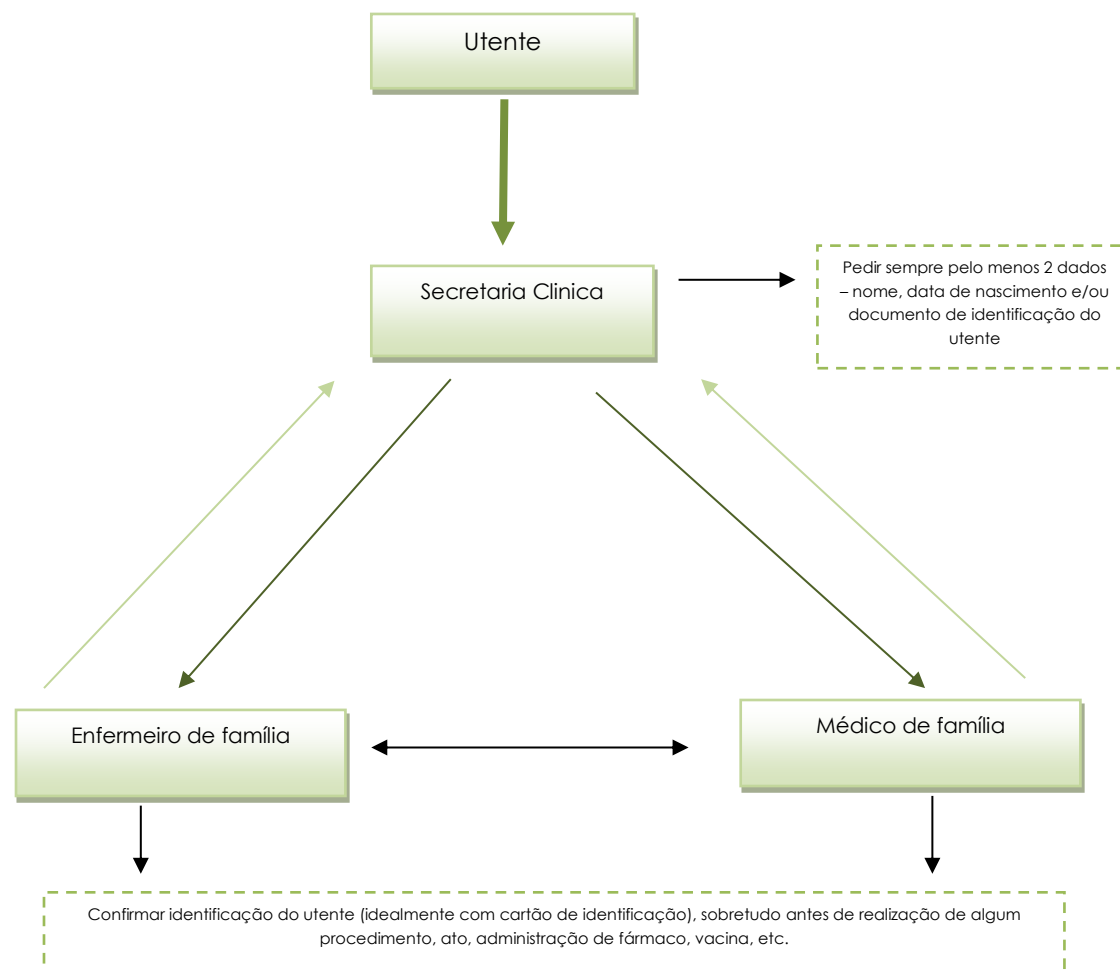
1. Todos os doentes devem iniciar, em regra, o contacto com os serviços de saúde através dos serviços administrativos.
2. Nos serviços administrativos será confirmada a informação relativa à sua identificação, morada e contactos.
3. São exceções as situações de urgência e emergência médica.
4. É responsabilidade do pessoal envolvido na prestação dos cuidados de saúde confirmar que os presta à pessoa certa.
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.
6. Consideram-se dados de identificação fidedigna do doente:
  - a) O primeiro e último nome;
  - b) A data de nascimento;
  - c) Cartão de cidadão/passaporte ou outro que contenha fotografia;

### Responsabilidade do Médico e/ou de Enfermagem de Família

Devem ser seguidos os seguintes dez princípios na identificação dos doentes:

1. Confirme a identidade do doente antes de realizar cada ato.
2. Se não for possível determinar com segurança a identificação do doente não realize o ato.
3. Utilize sempre mais do que um dado de identificação inequívoca. Recorra sempre a dois dos três elementos e nunca só a um.
4. Não assuma 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.
5. Pergunte qual o nome do doente, para que seja ele a identificar-se.
6. Não assuma que o doente que responde à chamada feita quando aguardam na sala de espera é o doente certo, confirme sempre a identificação quando entra no gabinete (médico ou de enfermagem).
7. Confira os dados do doente, mesmo que conheça bem o doente.

Circuito do utente na área/processo



## 7. Avaliação

Auditar anualmente uma pequena amostragem de doentes e todos os profissionais de saúde (secretárias clínicas, enfermeiros de família e médicos de família) para verificar o cumprimento adequado da norma – ANEXO II - PAI - Identificação Inequivoca do Utente revisto V2.2022

## 8. Referências/Documents de apoio

**[1]** Norma DGS - 018/2011 - Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde, 23/05/2011

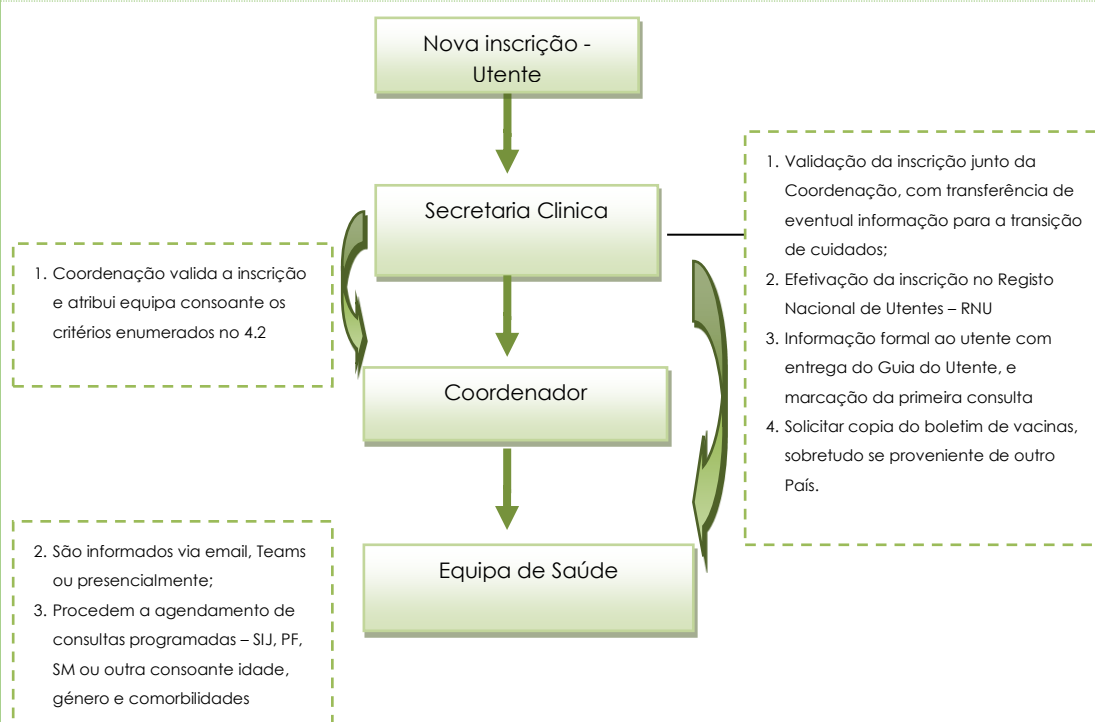
[https://static.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2011/Maio/Orient\\_018\\_2011.pdf](https://static.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2011/Maio/Orient_018_2011.pdf)

| <b>MP 20 - INSCRIÇÃO DE NOVOS UTENTES E ATRIBUIÇÃO DE EQUIPA DE SAÚDE FAMILIAR (MÉDICO DE FAMÍLIA, ENFERMEIRO DE FAMÍLIA E SECRETÁRIO CLÍNICO DE FAMÍLIA)</b> |  |                                  |                           |
|---|--|----------------------------------|---------------------------|
| <b>Data elaboração</b>  | 24-10-2019   |                                  |                           |
| <b>Data de revisão / nº versão</b>  | 08-12-2022 – Nº 2  |                                  |                           |
| <b>Data Aprovação</b>   | Conselho Geral   | RCG – ata nº 1/2023 - 11-01-2023 |                           |
| <b>Data Máxima de Revisão:</b>  | 12/2023  |                                  |                           |
| <b>1. Objetivo</b>  | Garantir a atribuição de equipa de saúde familiar de referência.   |                                  |                           |
| <b>2. Âmbito</b>  | Processos Assistenciais / Centralidade do Cidadão /Direito de livre escolha dos profissionais de saúde e de referência   |                                  |                           |
| <b>3. Responsabilidade</b>  | Coordenação – Conselho Técnico   |                                  |                           |
| <b>4. Descrição</b>   | <p>1. A solicitação de Inscrição de novos utentes na USF NH pelo utente ou o seu representante é realizada através do preenchimento do formulário “Inscrição na USF Novos Horizontes” – guardada em suporte digital na pasta de grupos – e disponibilizada pelo Secretariado Clínico.</p> <p>2. São critérios preferenciais para a inscrição nas novas listas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>I. Médico – prioritariamente para a equipa com menos Unidades Ponderadas, e no Polo próximo da sua área de residência</li> <li>II. Enfermeiro – vinculado à inscrição no Médico de Família</li> <li>III. Secretariado Clínico – vinculado à atribuição do Médico de Família, exceto no caso do Dr. Nuno Couto – Polo da Calvaria – neste caso é atendendo à freguesia de residência do utente</li> </ol> |                                  |                           |
|   | <b>Medico</b>  | <b>Enfermeiro</b>                | <b>Secretaria Clínica</b> |
|   | <b>Polo do Juncal</b>  |                                  |                           |
|   | <b>Hugo Carvalho</b>   | Lina Oliveira                    | Ângela Rego               |
|   | <b>Tânia Pereira</b>   | Liliana Cerejo                   | Susana Vieira             |
|   | <b>Polo das Pedreiras</b>  |                                  |                           |
|   | <b>Joana Oliveira</b>  | Rita Moiteiro                    | Lucrécia Pereira          |
|   | <b>Mónica Barbosa</b>  | Helena Carvalho                  | Sónia Pragosa             |

| Polo da Calvaria  |                             |  |
|-------------------|-----------------------------|--|
| <b>Mara Galo</b>  | M <sup>a</sup> Inês Caetano | Elisabete Brito                          |
| <b>Nuno Couto</b> | Florbela Ferreira           | <i>*de acordo com área de residência</i> |

- O formulário após preenchido é entregue junto do Secretariado Clínico pessoalmente ou via email da USF – [usf.novoshorizontes@arscentro.min-saude.pt](mailto:usf.novoshorizontes@arscentro.min-saude.pt)
- Após atingidos os 10.000 utentes, valor negociado com a Direção Executiva do ACES Pinhal Litoral, a USF Novos Horizontes reserva-se ao direito de criar uma lista de espera para a inscrição de novos utentes.

## 5. Fluxograma



## 6. Avaliação

Revisão anual do procedimento até ser atingido o limite de 10.000 utentes

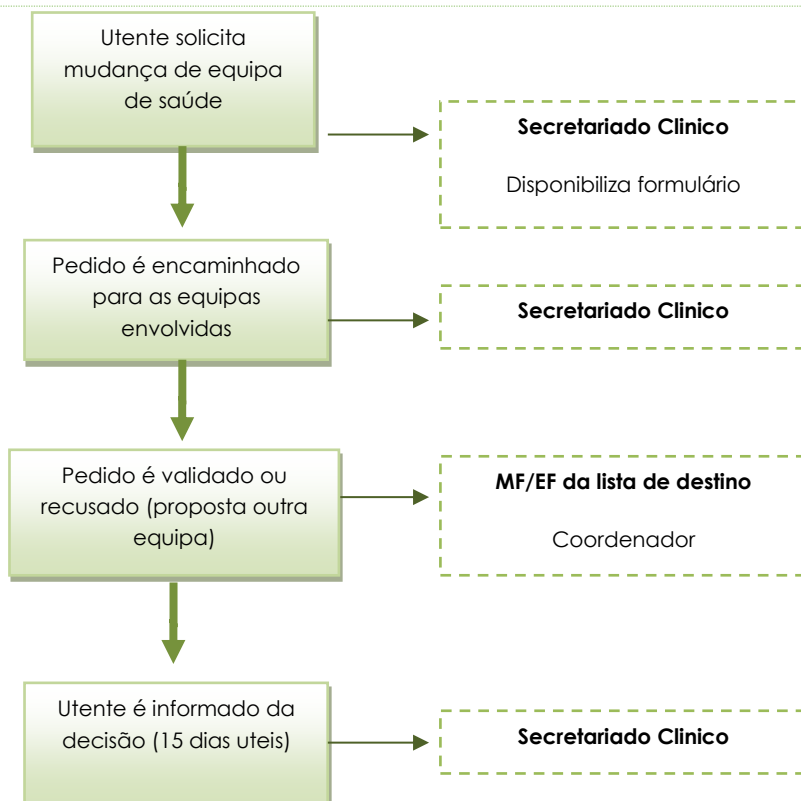
## 7. Referências

[1] DiOR

| <b>MP 21 - MUDANÇA DE PROFISSIONAL DE SAÚDE DE REFERÊNCIA A PEDIDO DO UTENTE</b> |   |
|--|---|
| <b>Data elaboração</b>   | 24-10-2019  |
| <b>Data de revisão / nº versão</b>   | 08-12-2022 – Nº 2   |
| <b>Data Aprovação</b>  | Conselho Geral<br>RCG – ata nº 1/2023 - 11-01-2023  |
| <b>Data Máxima de Revisão:</b>   | 12/2023   |
| <b>1. Objetivo</b>   | Garantir o direito de mudança de equipa de saúde familiar de referência dentro da USF, por solicitação do utente.   |
| <b>2. Âmbito</b>   | Processos Assistenciais/Centralidade do cidadão/ Mudança de profissional de saúde   |
| <b>3. Responsabilidade</b>   | Coordenação – Conselho Técnico – Conselho Geral   |
| <b>4. Descrição</b>  | <ol style="list-style-type: none"> <li>A gestão da solicitação de transferência de equipa de saúde pelo utente ou o seu representante é realizada através do preenchimento do formulário “Pedido de mudança de equipa de saúde na USF Novos Horizontes” – guardada em suporte digital na pasta de grupos – e disponibilizada pelo Secretariado Clínico. <ul style="list-style-type: none"> <li>O formulário possui na página 2 a identificação das equipas de saúde e é lembrado que a mudança de Médico implica mudança de enfermeiro e possivelmente de Secretária Clínica. Isto poderá depois ter influência nos domicílios e/ou outros cuidados.</li> </ul> </li> <li>O formulário é disponibilizado ao utente sempre que o solicitar junto do Secretariado Clínico, presencialmente ou via email.</li> <li>Após o preenchimento e entrega do formulário no secretariado clínico de referência, este dá conhecimento ao Coordenador, que por sua vez dá conhecimento às equipas em questão. O pedido é discutido em reunião de equipa para reflexão pela equipa. Posteriormente procede-se à validação do pedido de mudança.</li> <li>Caso o utente pretenda inscrição em Lista que tenha atingido o limite de UP pode ser convidado a escolher outra equipa de saúde, que tenha menos UP.</li> <li>O Secretariado clínico procede então à mudança da equipa de saúde nas plataformas respetivas, arquivando a documentação em pasta própria e desmarca as consultas agendadas na equipa anterior.</li> </ol> |

6. Conforme procedimento do ACES, qualquer Médico ou Enfermeiro pode recusar ou cancelar a inscrição de um utente na sua lista, nomeadamente por rutura da relação profissional clínico-doente, mediante justificação enviada ao Diretor Executivo, acompanhado de parecer da Coordenação da USF NH, após realização de reunião sectorial médica/enfermagem, no qual o assunto tenha sido discutido, cabendo a decisão final do Diretor Executivo.

## 5. Fluxograma



## 6. Referências/Documents de apoio

[1] DIOR

| MP 22 - PERFIL DE COMPETÊNCIA POR POSTO DE TRABALHO  |   |
|--|---|
| <b>Data elaboração</b>   | 08-12-2022  |
| <b>Data de revisão / nº versão</b>   | Nº1   |
| <b>Data Aprovação</b>  | Conselho Geral<br>RCG – ata nº 1/2023 - 11-01-2023  |
| Data Máxima de Revisão:  | 12/2023   |
| <b>1. Objetivo</b>   | Definir o perfil de competência por posto de trabalho   |
| <b>2. Âmbito</b>   | Processos Assistenciais / Profissionais/ Responsabilidades e funções por posto de trabalho.   |
| <b>3. Responsabilidade</b>   | Conselho Geral  |
| <b>4. Descrição</b>  |   |
| <p>1. O perfil de competência por posto de trabalho na USF Novos Horizontes assenta no enquadramento legal em vigor (ver 6. Referências/Documents de apoio), para cada grupo sectorial.</p> <p>2. Secretariado clínico: a Coordenação Nacional dos Cuidados de Saúde Primários promoveu um processo participado por assistentes técnicos/ secretários clínicos que culminou na elaboração de relatório discutido publicamente e publicado em 2020.</p>   |   |
| Funções a desempenhar  | Competências a observar para o correto desempenho das funções   |
| <p><b><u>Gestão do percurso do utente</u></b></p> <p><b>Atendimento presencial de utentes e familiares, inscrição, agendamento, encaminhamento, informação, monitorização e atualização de dados.</b></p> <p><b><u>Gestão da comunicação</u></b></p> <p>✓ <b>Divulgação e atualização da informação referente ao funcionamento do serviço, nas suas diferentes dimensões (interna e externa)</b></p> <p>✓ <b>Gestão dos fluxos de comunicação interprofissionais e das unidades com o exterior.</b></p> <p>✓ <b>Constituir-se como gestor de conflitos entre o utente e equipa de saúde.</b></p> | <p><b><u>Competências pessoais</u></b></p> <p>Abordagem humana e empática, estabelecendo um bom relacionamento com o utente, interpessoal e interpares;</p> <p>Saber colocar-se no lugar do outro; lidar com a pressão, demonstrar adaptação e resiliência;</p> <p>Cooperação com a equipa multidisciplinar e com o utente, trabalhando em equipa;</p> <p>Adquisição dos conhecimentos necessários ao desenvolvimento da profissão, apresentando uma atitude dinâmica e proactiva;</p> <p>Espírito de responsabilidade e compromisso com o serviço; Sentido crítico na análise da informação;</p> <p>Partilha conhecimentos e novas práticas de trabalho. Manter o sigilo profissional.</p> <p><b><u>Competências organizacionais e técnico profissionais</u></b></p> <p>Estabelecer, manter e concluir uma relação assistencial adequada;</p> <p>Informar dentro das suas competências e de acordo com as necessidades, recursos e nível de literacia do utente;</p> |

**Gestão de processos**

✓ **Referentes ao percurso do utente**  
**Referentes à organização e funcionamento das unidades**

Utilizar o tempo e os recursos disponíveis da forma mais adequada;

Disponibilizar-se para integrar equipas multiprofissionais; definir e gerir adequadamente as prioridades de trabalho;

Conhecer os modelos e processos de contratualização em vigor e os processos de gestão da qualidade;

Conhecer os sistemas de informação em uso;

Conhecer o enquadramento legal e organizacional dos cuidados de saúde primários, em particular, e do SNS;

Gerir os recursos materiais; conhecer os processos chave organizacionais e assistenciais.

**Processos chave organizacionais e assistenciais:**

**Competências genéricas:**

- ✓ Possuir os conhecimentos técnicos necessários às exigências do posto de trabalho;
- ✓ Expressar-se oralmente e por escrito com clareza, fluência e precisão;
- ✓ Adaptar o discurso consoante o interlocutor, adequando de forma eficaz o atendimento, perante as diferentes situações com os utentes e profissionais de saúde;
- ✓ Conhecer técnicas de secretariado, gestão de processos;
- ✓ Reconhecer a importância dos dados em saúde e da sua proteção;
- ✓ Utilizar estratégias assertivas para a resolução de conflitos;
- ✓ Procurar o aperfeiçoamento contínuo, alargando os seus conhecimentos;
- ✓ Dominar as ferramentas básicas do office (Word, Excel, PowerPoint);
- ✓ Primar pela assiduidade e pontualidade, apresentação adequada e identificação inequívoca.

**Competências front office:**

- ✓ Receber, atender e encaminhar os utentes;
- ✓ Receber e identificar as necessidades do interlocutor, encaminhando adequadamente as chamadas telefónicas;
- ✓ Receber e encaminhar adequadamente os pedidos presenciais, telefónico, via email e fax dos utentes;
- ✓ Agendar consultas programadas e de doença aguda (consulta aberta);
- ✓ Conhecer todos os procedimentos relacionados com a isenção e dispensa de taxas moderadoras, transportes reembolsos e inscrição de cidadãos migrantes;
- ✓ Assegurar, quando necessário, o serviço em regime de intersubstituição;
- ✓ Informar com assertividade e cortesia a maneira de corretamente utilizar os recursos.

**Competências back office:**

- ✓ Realizar tarefas administrativas prévias ao processamento na UAG;
- ✓ Gerir os processos de manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos; fazer e atualizar o inventário dos equipamentos médico e administrativo;
- ✓ Arquivar e realizar gestão de documentos;
- ✓ Requerer mensalmente necessidades de consumíveis administrativos e gerir o respetivo stock.

**Outras competências:**

- ✓ Gerir os sistemas de informação e interface com as várias aplicações e programas informáticos do SNS;
- ✓ Colaborar no circuito da resposta à audição interna na sequência de uma reclamação ou sugestão, recebendo e encaminhando as reclamações, sugestões e elogios;
- ✓ Gerir as convocatórias relativamente aos vários programas de saúde;
- ✓ Colaborar em ações de educação para a saúde e em outras consideradas relevantes para a prossecução da missão do ACES.
- ✓ Gerir a correspondência expedida e recebida, bem como correio eletrónico.
- ✓ Gerir internamente os pedidos de acesso à informação de saúde (articulação com o Responsável de Acesso à Informação);
- ✓ Gerir o circuito relativamente aos documentos do consentimento informado;
- ✓ Avaliar e gerir os dados administrativos referentes à referência externa; estabelecer contacto com os utentes por iniciativa da equipa; Reconvocar os utentes que não compareçam a consultas;
- ✓ Monitorizar o cumprimento dos tempos de resposta garantida (TMRG) de todos os pedidos dos utentes, incluindo os de outros níveis de cuidados;
- ✓ Monitorizar o tempo de espera no dia da consulta e eventuais desistências.

3. Enfermagem: o perfil de funções e competências dos enfermeiros obedece ao disposto no Regulamento do Perfil de Enfermeiro nos Cuidados Gerais (DR 79/2015), no Regulamento de Competências Específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária (DR 135/2018), REPE – Regulamento do exercício profissional do enfermeiro da Ordem dos Enfermeiros:
  - ✓ Cuida da família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo dos ciclos de vida, e aos diferentes níveis de prevenção.
4. Médicos: tem de deter pelo menos o grau de especialista e a categoria de assistente em Medicina Geral e Familiar da carreira especial médica, de acordo com o DL 73/2017. O seu perfil de competências está descrito no "Perfil de Competências do especialista em Medicina Geral e Familiar", do Colégio de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

#### 5. Fluxograma

N/A

#### 6. Referências/Documentos de apoio

[1] DIOR

[2] Regulamento Interno V2. 2022

[3] **Decreto-Lei n.º 73/2017**, de 21 de junho - Altera o regime jurídico das unidades de saúde familiar -

<https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/73-2017-107541409>

[4] Regime Jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar (USF) -**Decreto-Lei n.º**

**298/2007** - Diário da República n.º 161/2007, Série I de 2007-08-22 - <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/decreto-lei/2007-107546128>

[5] PROPOSTA DE DESPACHO – VERSÃO DE 19 DE OUTUBRO DE 2021 **MAPA COMPETÊNCIAS DO ASSISTENTE TÉCNICO NA**

**ÁREA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: PERFIL SECRETÁRIO CLÍNICO** <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biblioteca/Documents/Anexos%20Relat%C3%B3rio%20Intercalar%20GAPS%20Mar%C3%A7o%202022/Anexo%20-%20Perfil%20Compet%C3%Aancias%20dos%20Secret%C3%Arios%20CI%C3%ADnicos.pdf>

[6] **Regulamento do Perfil de Enfermeiro nos Cuidados Gerais** [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil\\_vf.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf)

[7] **Perfil de competências do especialista em Medicina Geral e Familiar:** <https://ordemdosmedicos.pt/perfil-de-competencias-do-especialista-em-medicina-geral-e-familiar/>

**MP 23 - GESTORES DOS PROCESSOS ASSISTENCIAIS**

|                                    |                   |                                  |
|------------------------------------|-------------------|----------------------------------|
| <b>Data elaboração</b>             | 24-10-2019        |                                  |
| <b>Data de revisão / nº versão</b> | 08-12-2022 – Nº 2 |                                  |
| <b>Data Aprovação</b>              | Conselho Geral    | RCG – ata nº 1/2023 - 11-01-2023 |
| <b>Data Máxima de Revisão:</b>     | 12/2023           |                                  |

**1. Objetivo** Garantir a delegação de competências do Coordenador em gestores de processos assistenciais, e o cumprimento das suas responsabilidades.

**2. Âmbito** Processos Assistenciais / Gestores dos processos assistenciais

**3. Responsabilidade** Conselho Geral

**4. Descrição**

1. A USF Novos Horizontes enquanto organização de prestação de cuidados de saúde, estabelece objetivos assistenciais a partir dos seus processos assistenciais, objetivos esses que são monitorizados continuamente e cujas metas a USF se compromete a cumprir;
2. Para o cumprimento dessas metas é importante a designação de gestores de processos assistenciais, definidas por áreas clínicas, conforme o Regulamento Interno, por delegação de competências da Coordenação;
3. As responsabilidades destes gestores de processos assistenciais são definidas de acordo com os objetivos assistenciais e o perfil de competência dos profissionais em articulação com o Conselho Técnico – ver *fluxograma*.
4. A reestruturação/eliminação ou introdução de novos processos assistenciais e/ou gestores desses processos ocorre por proposta do Conselho Geral.

**5. Fluxograma**

| Processos da USF        |                     | Gestores dos processos      |                |                                |                 |
|-------------------------|---------------------|-----------------------------|----------------|--------------------------------|-----------------|
|                         |                     | Médico                      | Enfermeiro     | Secretário clínico             |                 |
| PROCESSOS ASSISTENCIAIS | Consulta Programada | Diabetes                    | Nuno Couto     | Florabela Ferreira             | Elisabete Brito |
|                         |                     | Hipertensão                 | Joana Oliveira | Florabela Ferreira             | Elisabete Brito |
|                         |                     | Doenças Respiratórias       | Joana Oliveira | Helena Carvalho                | Elisabete Brito |
|                         |                     | Saúde do Adulto/idoso       | Hugo Carvalho  | Lina Oliveira                  | Ângela Rego     |
|                         |                     | Saúde Infantil e Juvenil    | Tânia Pereira  | Liliana Cerejo                 | Susana Vieira   |
|                         |                     | P. Familiar e Saúde Materna | Mara Galo      | M <sup>o</sup> Inês Caetano    | Elisabete Brito |
|                         |                     | Vacinação                   | Mónica Barbosa | Helena Carvalho/Liliana Cerejo | Susana Vieira   |
|                         |                     | Reumatologia                | Hugo Carvalho  | Rita Moiteiro                  | Susana Vieira   |

|                   |   |                        |                 |                  |
|-------------------|---|------------------------|-----------------|------------------|
|                   | Saúde Mental  | Mónica Barbosa         | Helena Carvalho | Sónia Pragosa    |
|                   | Rastreios Oncológicos   | Hugo Carvalho          | Lina Oliveira   | Ângela Rego      |
|                   | Hipocoagulação  | Tânia Pereira          | Liliana Cerejo  | Susana Vieira    |
|                   | Consulta Aberta e consulta de Intersubstituição   | Mara Galo / Nuno Couto | Helena Carvalho | Elisabete Brito  |
|                   | Consulta Domiciliária   | Mónica Barbosa         | Rita Moiteiro   | Lucrecia Pereira |
| Responsabilidades | <b>Revisão do fluxograma de atuação</b><br><b>Revisão anual dos Manuais de Boas Praticas</b><br><b>Monitorização contínua dos resultados dos Indicadores contratualizados</b><br><b>Operacionalização dos Planos de Auditoria</b> |                        |                 |                  |

#### 6. Referências/Documentos de apoio

[1] DIOR;

[2] Regulamento Interno V2. 2022

| <b>MP 24 - PARTICIPAÇÃO DE UTENTES EM ATIVIDADES DE ENSINO</b> |   |                             |
|--|---|-----------------------------|
| <b>Data elaboração</b>   | 08-12-2022  |                             |
| <b>Data de revisão / nº versão</b>                             | Nº 1  |                             |
| <b>Data Aprovação</b>  | Conselho Geral  | RCG – ata nº 1 - 11-01-2023 |
| <b>Data Máxima de Revisão:</b>                                 | 12/2023   |                             |
| <b>1. Objetivo</b>   | Garantir a colaboração consentida do cidadão na formação de novos profissionais de saúde  |                             |
| <b>2. Âmbito</b>   | Processos assistenciais – centralidade do cidadão<br>Processos de suporte – formação externa  |                             |
| <b>3. Responsabilidade</b>                                     | Conselho Técnico – Mara Galo, Maria Inês Caetano, Sónia Costa   |                             |
| <b>4. Descrição</b>  | <p>1. Encontra-se publicitado no Guia de acolhimento ao utente e afixado na USF a informação de que a unidade é local de formação de alunos (medicina e enfermagem) e internos (Formação Geral, Medicina Geral e Familiar e Pediatria). Está prevista a possibilidade de o utente recusar a presença de formandos durante o atendimento.</p> <p>2. Nas situações em que o formando irá observar pela primeira vez utente, médico especialista ou enfermeira da unidade apresenta aluno/interno ao utente e questiona sobre consentimento para a realização da consulta pelo formando ou na presença do mesmo. Nas observações seguintes, no caso de internos autónomos, os mesmos poderão chamar diretamente utente, questionando novamente se o consentimento para realização de consulta se mantém.</p> <p>3. Durante o estágio, sempre que possível, alunos e internos elaboram material de educação para a saúde ou sessões formativas relevantes para utentes e profissionais.</p> |                             |
| <b>5. Fluxograma</b>   | N.A   |                             |

## 6. Avaliação

|  | <b>CrITÉRIOS a avaliar</b>   | <b>Cumprido?</b> |
|--|--|------------------|
|  | Informação afixada nas salas de espera sobre possibilidade de recusa de presença de formandos em consulta? |                  |
|  | Formandos participaram nas formações internas?   |                  |
|  | Formando criaram material de educação para a saúde?  |                  |

## 7. Referências/Documentos de apoio

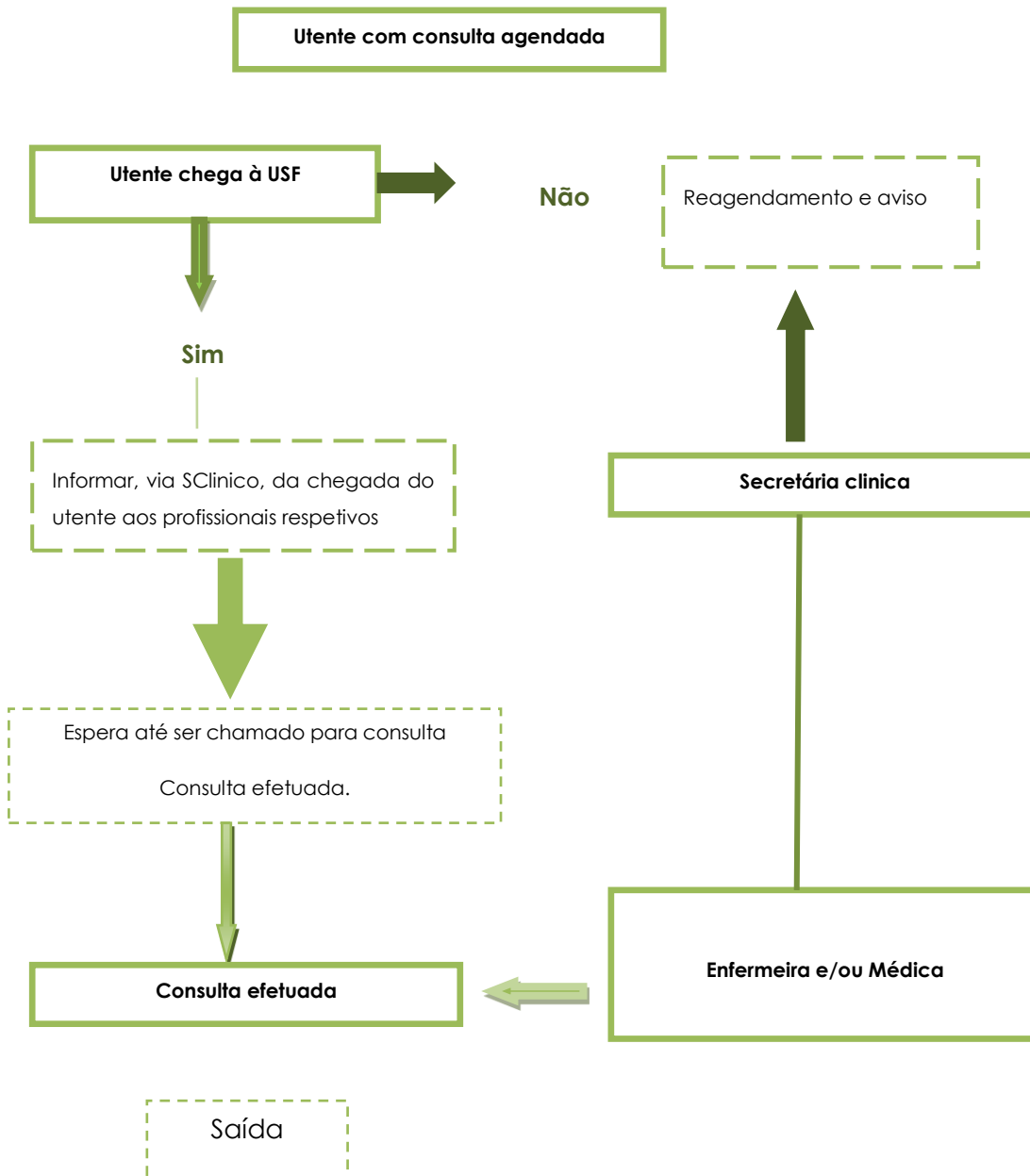
- [1]** Grelha Dior
- [2]** Guia de acolhimento ao utente V3.2022
- [3]** Manual de acolhimento do interno USF NH V3.2022

| <b>MP 25 - PROCESSO ASSISTENCIAL DE CONSULTA PROGRAMADA</b>  |  |                             |
|--|--|-----------------------------|
| <b>Data elaboração</b>   | 24-10-2029   |                             |
| <b>Data de revisão / nº versão</b>   | 08-12-2022 - Nº 2  |                             |
| <b>Data Aprovação</b>  | Conselho Geral   | RCG – ata nº 4 - 15-02-2023 |
| <b>Data Máxima de Revisão:</b>   |  | 12/2023                     |
| <b>1. Objetivo</b>   | Definir o circuito do utente na marcação da consulta programada  |                             |
| <b>2. Âmbito</b>   | Processos Assistenciais   Organização Centrada no Cidadão –<br>Identificação dos processos assistenciais |                             |
| <b>3. Responsabilidade</b>   | Gestores dos vários processos assistenciais de consulta programada                                       |                             |
| <b>4. Descrição</b>  |  |                             |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. A consulta programada é uma consulta de iniciativa do utente ou da equipa de família, em períodos de 20 minutos, para vigilância de saúde ou de doença crónica, de acordo com o plano de saúde individual previamente definido. Esta deve ser marcada com antecedência, por qualquer meio de comunicação, no horário da própria equipa de família.</li> <li>2. A marcação das consultas pode ser efetuada presencialmente num balcão do secretariado da USF NH, por telefone, Portal da Saúde, ou correio eletrónico, diretamente pelo próprio ou através de um representante.</li> <li>3. De forma a minimizar a ocorrência de erros e promover a segurança do utente, para a marcação de consulta é necessária a verificação correta da identidade do utente a qual é realizada obrigatoriamente, de acordo com MP 19.</li> <li>4. A USF NH garante a possibilidade de agendamento de consulta programada em todo o horário de funcionamento da Unidade, e o prazo máximo de 15 dias para a marcação de consulta a pedido do utente, sempre que a situação clínica o justifique. A definição do tempo máximo de resposta garantido está contida na Portaria nº153/2017.</li> <li>5. Os utentes deverão comparecer 30 minutos antes da hora marcada para a consulta programada, sendo a tolerância de dez minutos. Após esse período de tolerância, o profissional de saúde marca “falta”.</li> </ol> |  |                             |

6. Após a marcação da "falta" é expressamente proibido a efetivação da consulta sem prévia autorização do profissional de saúde;
7. Se devidamente justificado pelo utente, o secretariado clínico pode contactar o profissional de saúde e averiguar a possibilidade de este atender o utente;
8. O Médico ou Enfermeiro de Família podem reservar-se ao direito de recusar o atendimento dos utentes que ultrapassam o limite de tolerância indicados no ponto 4 (Regulamento Interno V2. 2022);
9. O Médico ou Enfermeiro de Família que aceitam o atendimento do utente em atraso podem reservar-se a atender o utente em outro horário, a comunicar ao secretariado clínico, de forma a não prejudicar os utentes que comparecem e cumprem a hora marcada.
10. A USF garante um tempo de espera após a hora marcada para a consulta, não superior a sessenta minutos.
11. No Regulamento Interno da USF NH estão definidos os gestores ou elos de cada processo assistencial de consulta programada.
12. O agendamento da consulta programada pode ser realizado pelo SC, enfermeiro ou médico, no entanto, nas seguintes situações há um elemento da equipa responsável pela sua habitual programação:
  - A. Secretário clínico
    - ✓ Consultas de saúde por situações não agudas, por iniciativa do utente;
    - ✓ Primeiras consultas após inscrição na USF;
    - ✓ Remarcação de consulta após falta de utente.
  - B. Enfermeira(o)
    - ✓ Consultas de SIJ, de acordo com a periodicidade prevista no Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil;
    - ✓ Consultas de saúde de adultos a cada três anos, quando não ocorre qualquer contacto com a USF nesse período;
    - ✓ Remarcações de consulta de SIJ, SM ou PF após falta do utente;
    - ✓ Atos e consultas de enfermagem, de acordo com a situação clínica.
  - C. Médico(a)
    - ✓ Consultas de vigilância de grupos vulneráveis e de risco, conforme acordo e conduta da equipa
    - ✓ Consultas de saúde de adultos a cada três anos, quando não ocorre qualquer contacto com a USF nesse período;
    - ✓ Reavaliações de consulta de SA, de acordo com o critério clínico.

✓ Consultas domiciliárias conforme plano de saúde do utente

### 5. Fluxograma



### 6. Avaliação

Monitorização do IDG – trimestral.

### 7. Referências/Documentos de apoio

[1] Regulamento Interno da USF NH (v2022)

**[2]** DiOr

**[3]** Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio | DRE

**[4]** Manual de Procedimentos 19 - Identificação inequívoca do utente

| <b>MP 26 - CONSULTA DE DOENÇA AGUDA</b> |   |
|---|---|
| <b>Data elaboração</b>                  | 08-12-2022  |
| <b>Data de revisão / nº versão</b>      | Nº 1  |
| <b>Data Aprovação</b>                   | Conselho Geral      RCG – ata nº 4 - 15-02-2023   |
| <b>Data Máxima de Revisão:</b>          | 12/2023   |
| <b>1. Objetivo</b>                      | Definir o funcionamento da consulta de intersubstituição  |
| <b>2. Âmbito</b>                        | Processos Assistenciais   Organização Centrada no Cidadão –<br>Identificação dos processos assistenciais  |
| <b>3. Responsabilidade</b>              | Nuno Couto, Helena Carvalho e Elisabete Brito   |
| <b>4. Descrição</b>                     | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. A consulta de doença aguda destina-se a situações de saúde que surgiram ou agravaram nos últimos três dias.</li> <li>2. Situações de maior gravidade (urgência/emergência) devem ser assistidas na urgência hospitalar ou contactando o 112.</li> <li>3. Pedido de consulta aguda na unidade segue o circuito presente no Anexo 1: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utente (ou representante) solicita consulta junto do secretariado clínico (SC)</li> <li>• SC entrega formulário (anexo 2) para preenchimento ou preenche com dados fornecidos pelo utente nas situações em que os mesmos estejam impossibilitados de preencher ou nos casos de pedidos pela via telefónica</li> <li>• SC garante preenchimento completo e deverá ocupar a próxima vaga de aberta/Intersubstituição disponível, tendo as particularidades abordadas de seguida.</li> </ul> </li> <li>4. Particularidades na decisão sobre agendamento de aberta ou Intersubstituição: <ul style="list-style-type: none"> <li>• No caso de vaga de Intersubstituição em polo distinto, a ocupação de vaga apenas deve ocorrer se existir margem mínima de 30 minutos para o início do horário de consulta, caso contrário deverá ser agendada a vaga imediatamente a seguir disponível.</li> <li>• Se intervalo entre vagas no próprio polo e polo distinto igual ou inferior a 30 minutos, favorece-se o agendamento no próprio polo mesmo que haja uma vaga em horário anterior.</li> </ul> </li> </ol> |

5. Pedidos de consulta através da Saúde 24 seguem as mesmas regras, tendo em atenção qual o tempo sugerido para avaliação, o qual poderá ser em dia distinto - dado a ter em atenção no caso de necessidade de gestão de vagas.
6. Agendamento destas consultas deve ser feitas pelas SC no SClínico a partir do local onde se visualizam as referenciações.

### 5. Fluxograma

Pedido de consulta de Doença Aguda - preenchimento do formulário

SC agenda consulta aberta ou de intersubstituição de acordo com vagas e particularidades de agendamento

Garantir tempo mínimo para agendamento noutra polo de 30 minutos

Se duas vagas com 30 minutos ou menos de diferença privilegiar próprio polo

### 6. Avaliação

Revisão anual do procedimento.

Avaliação dos pedidos efetuados durante uma semana.

### 7. Referências/Documents de apoio

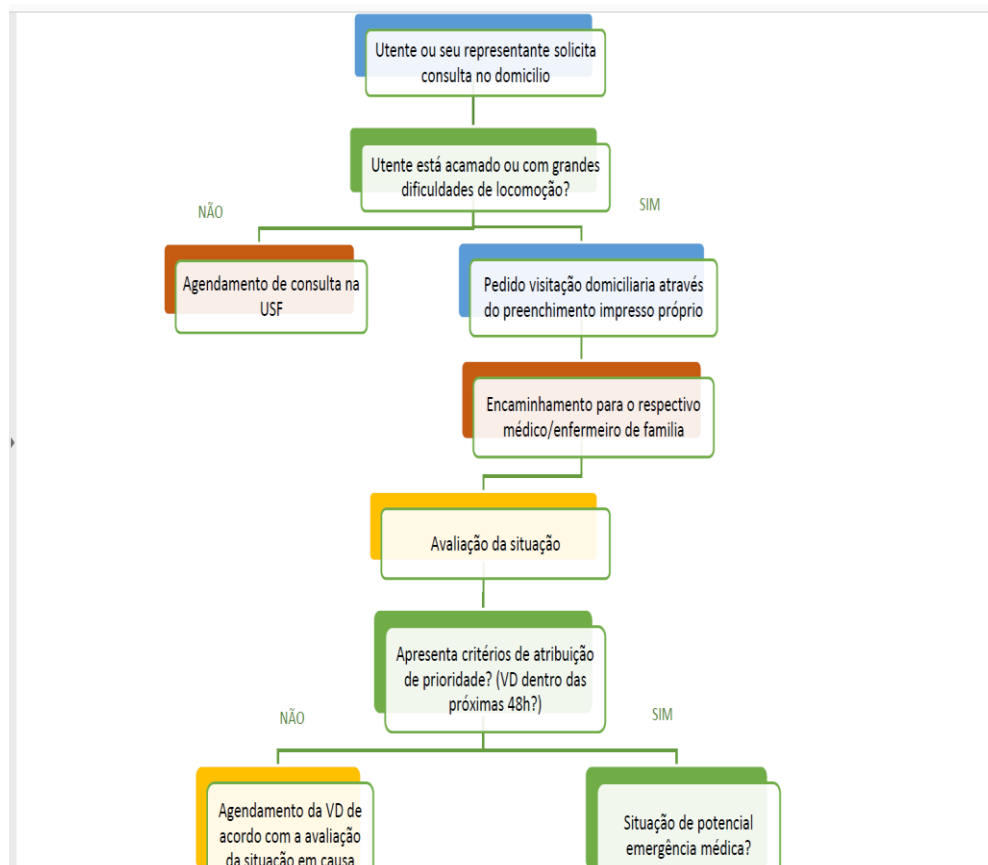
**[1]** Regulamento Interno

**[2]** Guia de acolhimento ao utente

| <b>MP 27 - PROCESSO ASSISTENCIAL DE VISITAÇÃO DOMICILIÁRIA</b>   |   |
|--|---|
| <b>Data elaboração</b>   | 08-12-2022  |
| <b>Data de revisão / nº versão</b>   | Nº 1  |
| <b>Data Aprovação</b>  | Conselho Geral RCG – ata nº 4 - 15-02-2023                |
| <b>Data Máxima de Revisão:</b>   | 12/2023   |
| <b>1. Objetivo</b>   | Definir os critérios atendimento não presencial           |
| <b>2. Âmbito</b>   | Processos Assistenciais   Organização Centrada no Cidadão |
| <b>3. Responsabilidade</b>   | Rita Moiteiro, Mónica Barbosa, Lucrecia Pereira           |
| <b>4. Descrição</b>  |   |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. A visitação domiciliária (VD) consiste numa consulta efetuada no domicílio do utente, em situação de dependência ou cujo estado de saúde comprovadamente não aconselha a deslocação à USF. Pode ter as características definidas para consulta programada ou para consulta por doença aguda (consulta aberta ou de intersubstituição).</li> <li>2. Esta consulta tem a finalidade de prestar cuidados no domicílio ao utente com dependência (crónica ou transitória), tentando responder de forma personalizada às necessidades de cada utente e família, que residam na área geográfica de abrangência da unidade funcional.</li> <li>3. O tempo máximo de resposta garantido está referido na Portaria nº153/2017 e no Regulamento Interno da Unidade: <ol style="list-style-type: none"> <li>I. se motivo não relacionado com doença aguda, deve ser marcada uma consulta programada com realização dentro de um prazo máximo de 15 dias úteis;</li> <li>II. se consulta por doença aguda, a resposta poderá ser garantida entre as 24 e 48 horas apos receção do pedido, tendo em conta a exequibilidade da realização do domicílio nos termos em que for solicitada pelo utente ou cuidador.</li> </ol> </li> <li>4. O domicílio será efetuado se a justificação do pedido for aceite pelo profissional, e, será de acordo com a disponibilidade de horário do mesmo, bem como do transporte (do próprio profissional ou táxi) e outros fatores necessários para a realização do mesmo.</li> </ol> |   |

5. O requerente do domicílio deve garantir a segurança do profissional de saúde que presta este serviço. Se não cumpridas as condições de segurança o profissional reserva-se ao direito de recusar efetuar o domicílio até que a situação esteja resolvida.
6. O requerimento de VD pelo cuidador é realizado através de formulário próprio da USF Novos Horizontes (ANEXO II – formulários).

## 5. Fluxograma



## 6. Avaliação

Monitorização do IDG trimestral

## 7. Referências/Documentos de apoio

[1] Regulamento Interno da USF NH (v2022)

[2] Portaria nº153/2017

| MP 28 - PROCESSO ASSISTENCIAL DE CONSULTA DE INTERSUBSTITUIÇÃO |   |
|--|---|
| <b>Data elaboração</b>   | 08-12-2022  |
| <b>Data de revisão / nº versão</b>                             | Nº 1  |
| <b>Data Aprovação</b>  | Conselho Geral      RCG – ata nº 4 - 15-02-2023   |
| <b>Data Máxima de Revisão:</b>                                 | 12/2023   |
| <b>1. Objetivo</b>   | Definir o funcionamento da consulta de intersubstituição  |
| <b>2. Âmbito</b>   | Processos Assistenciais   Organização Centrada no Cidadão –<br>Identificação dos processos assistenciais  |
| <b>3. Responsabilidade</b>                                     | Nuno Couto, Helena Carvalho e Elisabete Brito   |
| <b>4. Descrição</b>  | <p>1. A USF Novos Horizontes possui um sistema de intersubstituição entre os diversos elementos da equipa multidisciplinar, destinado a garantir a continuidade de cuidados.</p> <p>2. A consulta de intersubstituição destina-se ao atendimento a utentes cujo Médico ou Enfermeiro de família não está disponível, seja por ausência programada ou não programada.</p> <p>3. Esta consulta pode ser agendada em contexto de doença aguda, segundo as vagas disponíveis para atendimento no próprio dia. Os procedimentos para o agendamento de consulta por doença aguda estão definidos no Procedimento 26.</p> <p>4. No caso de <b>ausência programada inferior a 2 semanas</b> no <b>grupo profissional médico</b>:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Devem ser assegurados os <i>serviços mínimos</i> pelo “elemento espelho” aos utentes do ficheiro do profissional ausente, e as situações agudas asseguradas em regime de intersubstituição, nos horários designados por cada equipa de saúde para o efeito;</li> <li>b. O número de horas de trabalho semanal dos restantes elementos mantém-se inalterado;</li> <li>c. A renovação de receituário crónico será efetuada, dando resposta num prazo de 72 horas, e será primordialmente assegurado pelo seu “elemento espelho” – colega que está alocado no mesmo Pólo Funcional.</li> </ol> <p>5. Nas <b>ausências inferiores a 2 semanas</b> no <b>grupo profissional de enfermagem</b>:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Os utentes serão distribuídos para o “elemento espelho” e/ou de acordo com o decidido previamente entre a equipa;</li> </ol> |

- b. O número de horas de trabalho semanal dos restantes elementos mantém-se inalterado, podendo, no entanto, sofrer reajustes de acordo com as necessidades do serviço e compromisso do horário assistencial dos Polos Funcionais, privilegiando a Sede-Juncal.
6. Nas **ausências inferiores a 2 semanas** no **grupo profissional dos secretários clínicos**:
- a. A intersubstituição (sextas-feiras rotativas) será realizada por todos os elementos da equipa multidisciplinar de forma equitativa;
- b. O número de horas de trabalho semanal dos restantes elementos pode manter-se inalterado, ou sofrer alterações após acordo mútuo, se necessário para manter o compromisso do horário assistencial dos Polos Funcionais.
7. Nas **ausências superiores a duas semanas** de todos os grupos profissionais:
- a. As obrigações do elemento ausente são garantidas pelos restantes elementos do grupo profissional, através do recurso a trabalho extraordinário, exceto em situações programadas;
- b. O sistema de intersubstituição abrange a Carteira Básica de Serviço;
- c. Esta situação não pode exceder o período de 120 dias a partir do qual, sob proposta da USF, o ACES PL deve proceder à substituição do elemento ausente, exceto nos casos em que a ausência resulta do exercício de licença de maternidade.

#### 5. Fluxograma

N.A

#### 6. Avaliação

Monitorização trimestral do IDG

#### 7. Referências/Documentos de apoio

[1] Regulamento Interno da USF NH (v2022)

[2] Portaria nº153/2017

[3] DIOR

| <b>MP 29 – ATENDIMENTO NÃO PRESENCIAL</b> |   |                             |
|---|---|-----------------------------|
| <b>Data elaboração</b>                    | 08-12-2022  |                             |
| <b>Data de revisão / nº versão</b>        | Nº 1  |                             |
| <b>Data Aprovação</b>                     | Conselho Geral  | RCG – ata nº 4 - 15-02-2023 |
| <b>Data Máxima de Revisão:</b>            | 12/2023   |                             |
| <b>1. Objetivo</b>                        | Definir os critérios de atendimento não presencial pelos profissionais da USF<br><br>Definir atuação do secretariado clínico em situações de ausência ou impossibilidade de atendimento pelo médico, enfermeiro de família e outros profissionais de saúde.   |                             |
| <b>2. Âmbito</b>                          | Processo de Suporte / Gestão da informação e comunicação com o cidadão  |                             |
| <b>3. Responsabilidade</b>                | Joana Oliveira, Helena Carvalho e Ângela Rego   |                             |
| <b>4. Descrição</b>                       | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atendimento não presencial é um meio de contato do utente com a Unidade. É um meio disponibilizado a todos os utentes de forma a maximizar o acesso e como complemento da continuidade de cuidados. Pode ser por telefone, e-mail e suporte papel (Anexo II - formulários), estando disponíveis durante o funcionamento da Unidade (sede ou polos).</li> <li>2. O atendimento telefónico, depende da capacidade da Unidade (número de SC de serviço no dia e do fluxo de atendimento presencial).</li> <li>3. Os horários médicos contemplam períodos de consulta não presencial de forma a complementar os cuidados, pois são atos médicos sem presença do utente (renovação de medicação, declarações, credenciais de transporte, ver e registar meios auxiliares de diagnóstico, prescrição de fisioterapia, e outros casos a avaliar pelo médico). <ul style="list-style-type: none"> <li>• Os SC agendam em espaço próprio para este efeito na agenda médica, e este procede ao ato clínico e responde em conformidade pela via mais adequada (via e-mail, papel, telefone).</li> </ul> </li> <li>4. Os pedidos de renovação de receituário crónico seguem o estabelecido no MP 37.</li> <li>5. No caso dos contatos por e-mail, é necessário ter uma "política responsável", adaptado às características de cada ficheiro clínico, visto haver tendência para cada vez mais ser utilizado, o</li> </ol> |                             |

que pode facilitar a perda de informação e assoberbar as tarefas diárias dos profissionais. Cada clínico pode definir regras específicas para o acesso por e-mail.

6. Em situações de ausência ou impossibilidade de atendimento presencial por parte dos profissionais de saúde, este é garantido aos serviços mínimos em sistemas de intersubstituição, descrito em manual próprio (MP 28)
7. O circuito do utente no âmbito do atendimento telefónico prevê que:
  - a) O utente contacta a USF identificando-se e referindo com que pretende falar
  - b) O SC agenda contacto não presencial para o médico/enfermeiro de família num período em que este esteja presente ou caso se justifique para o profissional que se encontre em Consulta aberta/Intersubstituição
  - c) O profissional contacta o utente, assim que possível registando o contacto.
  - d) O contato do utente com o medico/enfermeiro será realizado no próprio dia, mediante disponibilidade do profissional sendo o utente avisado disso aquando do contato.
  - e) O utente poderá contactar com a sua equipa de saúde por email institucional. O nº contato e email estão publicitados no guia do utente, no placard informativo e no portal da saúde.

## 5. Fluxograma

N.A

## 6. Avaliação

Monitorização do IDG trimestral

## 7. Referências/Documentos de apoio

**[1]** Regulamento Interno USF Novos Horizontes, 2022

**[2]** Grelha DiOr

**[3]** Guia de Acolhimento do Utente 2022

**[4]** Glossário para Unidades de Saúde Familiar, 2006

| <b>MP 30 - VIGILÂNCIA PROGRAMADA DE GRUPOS DE RISCO</b> |   |
|---|---|
| <b>Data elaboração</b>                                  | 04-11-2019  |
| <b>Data de revisão / nº versão</b>                      | 08-12-2022 - Nº 2   |
| <b>Data Aprovação</b>                                   | Conselho Geral RCG – ata nº 4 - 15-02-2023  |
| <b>Data Máxima de Revisão:</b>                          | 12/2023   |
| <b>1. Objetivo</b>                                      | Garantir o acesso a programas de vigilância de saúde em grupos de risco.  |
| <b>2. Âmbito</b>  | Processos Assistenciais   Organização Centrada no Cidadão –<br>Identificação dos processos assistenciais  |
| <b>3. Responsabilidade</b>                              | Gestores dos respetivos processos assistenciais de Diabetes e Hipertensão   |
| <b>4. Descrição</b>                                     | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. A carteira básica de serviço da USF NH inclui consultas programadas de vigilância de grupos de risco, no contexto de prevenção secundária de doença, nomeadamente: Hipertensão (HTA), Diabetes, Hipocoagulação e Tratamento de Feridas.</li> <li>2. Os aspetos clínicos e científicos referentes às consultas de Hipertensão e Diabetes estão descritos nos respetivos Manuais de Boa Prática Clínica.</li> <li>3. As consultas de vigilância de Diabetes ou HTA são agendadas pelo enfermeiro ou médico da equipa de saúde, ou em ausências prolongadas de um elemento da equipa de saúde do utente pelo sistema de intersubstituição. No caso de falta do utente a consulta agendada, o enfermeiro ou SC entra em contacto com o utente para reagendamento da consulta, ou caso essa comunicação não seja possível o utente pode solicitar remarcação após contacto com o secretariado da unidade.</li> <li>4. As consultas médicas ou de enfermagem de Diabetes têm uma periodicidade mínima semestral. As consultas médicas de HTA têm uma periodicidade mínima anual, sendo que pelo menos em cada semestre é avaliada a tensão arterial em consulta de enfermagem ou em consulta não presencial se tiver havido ensino prévio ao utente sobre os registos em ambulatório da tensão arterial.</li> </ol> |

5. As consultas de Tratamento de Feridas ou de Hipocoagulação são agendadas através do contacto do utente com o secretariado, ou pode ser agendada pelo enfermeiro ou médico para reavaliação clínica no seguimento de qualquer outra consulta em que seja identificada a necessidade para tal.
  
6. Na USF NH não está atualmente definida a categoria de consulta de vigilância de Doenças Respiratórias, Reumatologia ou Saúde Mental, apesar de estarem definidos os gestores de cada processo assistencial. O seguimento clínico destas patologias é realizado em consultas de Saúde de Adulto e Idoso. A atualização clínica das diferentes áreas e partilha aos colegas é da responsabilidade dos respetivos gestores ou elos.

#### 5. Fluxograma

- N. A.

#### 6. Avaliação

Revisão anual do procedimento

Monitorização trimestral do IDG

#### 7. Referências/Documentos de apoio

**[1]** Regulamento Interno

**[2]** Guia de acolhimento ao utente

**[3]** Manuais de Boas Praticas – Diabetes e Hipertensão

| <b>MP 31 - VIGILÂNCIA PROGRAMADA DE GRUPOS VULNERÁVEIS</b> |   |
|--|---|
| <b>Data elaboração</b>                                     | 04-11-2019  |
| <b>Data de revisão / nº versão</b>                         | 08-12-2022 - Nº 2   |
| <b>Data Aprovação</b>                                      | Conselho Geral      RCG – ata nº 4 - 15-02-2023   |
| <b>Data Máxima de Revisão:</b>                             | 12/2023   |
| <b>1. Objetivo</b>   | Garantir o acesso a programas de vigilância de saúde em grupos vulneráveis.   |
| <b>2. Âmbito</b>   | Processos Assistenciais   Organização Centrada no Cidadão –<br>Identificação dos processos assistenciais  |
| <b>3. Responsabilidade</b>                                 | Gestores dos respetivos processos assistenciais de Saúde Materna,<br>Planeamento Familiar, Saúde Infantil e Juvenil e Rastreios Oncológicos.  |
| <b>4. Descrição</b>  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. A carteira básica de serviço da USF NH inclui consultas programadas de vigilância de grupos vulneráveis, no contexto de prevenção primária de doença, nomeadamente: Saúde Infantil e Juvenil (SIJ), Vacinação, Planeamento Familiar (PF), Saúde Materna (SM) e Rastreio Oncológico.</li> <li>2. Os aspetos clínicos e científicos referentes às consultas de SIJ, PF e SM estão descritos nos respetivos Manuais de Boa Prática Clínica</li> <li>3. As consultas de vigilância de SIJ são agendadas pelo enfermeiro, segundo a periodicidade prevista no Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, podendo ser agendadas consultas suplementares, por exemplo para reavaliação do peso ou vacinação. Os pais ou tutores legais podem agendar consulta adicional após contacto com o SC ou enfermeiro de família. O médico pode também agendar consultas em idades intercalares de acordo com o critério clínico.</li> <li>4. As consultas de Vacinação são habitualmente agendadas pelo enfermeiro de família, ou eventualmente por outro enfermeiro da equipa em programas de vacinação da população. Também podem ser agendadas por iniciativa do utente após contacto na secretaria, mediante apresentação do boletim de vacinação. Todos os atos de vacinação são registados no SClinico e no Calendário de Vacinação do Registo de Saúde Eletrónico (RSE). (confirmar com as enfermeiras)</li> <li>5. As consultas de PF estão disponíveis para as mulheres em idade fértil (15 aos 55 anos) e os homens em qualquer idade inscritos na USF Novos Horizontes. Podem ser agendadas por iniciativa do utente após contacto na secretaria, bem como por iniciativa do enfermeiro ou do médico. Nestas consultas é incorporado o Rastreio do Cancro do Colo do Útero (RCCU), pelo que anualmente os</li> </ol> |

enfermeiros extraem a listagem das utentes elegíveis para realização de citologia cervico-vaginal, e o mesmo ou o SC procedem ao contacto com o utente e agendamento da respetiva consulta.

6. A primeira consulta de SM é agendada pela utente após contacto com o SC. As consultas subsequentes são agendadas pelo médico de família de acordo com o Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco da DGS. O médico é responsável pela referenciação para consulta hospitalar, de acordo com os critérios clínicos definidos no protocolo com o Centro Hospitalar de Leiria: Consulta de Diagnóstico Pré-Natal / Protocolo do 1º trimestre em gravidez de baixo risco, Consulta de Gravidez de Alto Risco clínico, ou Consulta de Gravidez de Termo.
7. As consultas de Rastreio Oncológico destinam-se a três rastreios:
  - O RCCU nas mulheres após os 55 anos tal como referido acima, as consultas de PF incorporam o RCCU nas mulheres em idade fértil. Anualmente os enfermeiros extraem a listagem das utentes elegíveis para realização de citologia cervico-vaginal, e o mesmo ou o SC procedem ao contacto com o utente e agendamento da respetiva consulta.
  - O Rastreio do Cancro do Cólon e Reto (RCCR) aos utentes entre os 50 e 74 anos de idade. Pode ser incorporado em consultas de Saúde do Adulto ou em qualquer outra vigilância no mesmo intervalo de idades.
  - O Rastreio do Cancro da Mama (RCM) é implementado pela Liga Portuguesa Contra o Cancro (LPCC), que convoca diretamente as utentes entre os 50 e os 69 anos bianualmente. Os resultados são enviados para a USF NH, podendo ser agendada consulta não presencial do utente para registo da mamografia ou outra informação clínica transmitida pela LPCC. Mulheres excluídas do rastreio da LPCC, como mulheres com antecedentes de carcinoma da mama, podem agendar consulta de Rastreio Oncológico para manter o seguimento clínico.
  - Os antecedentes familiares oncológicos devem ser avaliados de forma transversal, podendo assim ser adaptados ao risco familiar específico de cada utente.
8. As consultas de vigilância de grupos vulneráveis são realizadas por outros membros da equipa da USF NH no caso de ausência prolongada de algum elemento médico ou de enfermagem (ver Processo assistencial de consulta de intersubstituição).
9. A atualização clínica das diferentes áreas e partilha aos colegas é da responsabilidade dos respetivos gestores ou elos de ligação.

#### 5. Fluxograma

- N. A.

#### 6. Avaliação

Revisão anual do procedimento

Monitorização trimestral do IDG

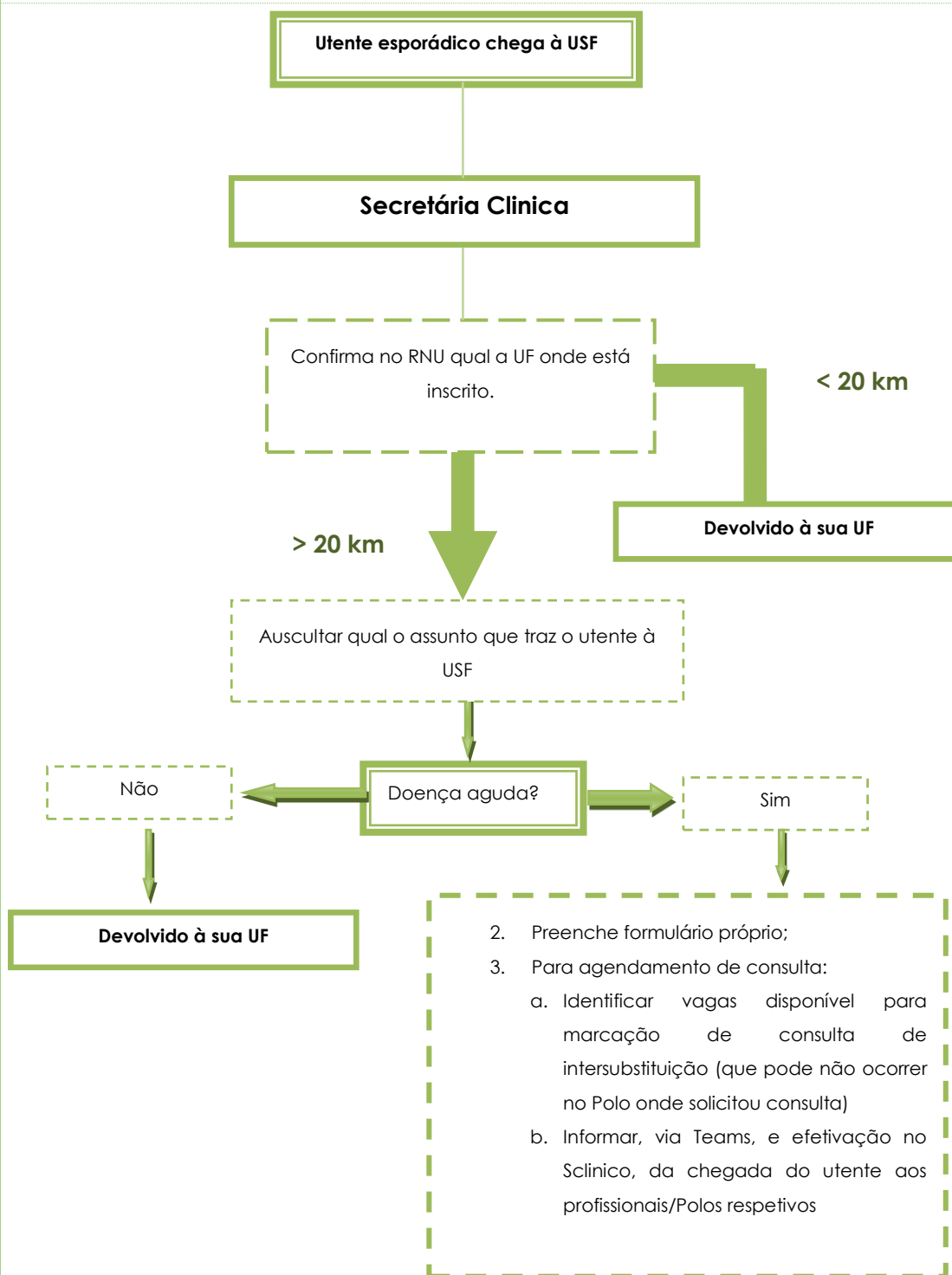
## 7. Referências/Documentos de apoio

- [1] Regulamento Interno
- [2] Guia de acolhimento ao utente
- [3] Manuais de Boas Praticas – SM, PF e SIJ

| <b>MP 32 - ATENDIMENTO A UTENTES ESPORÁDICOS</b> |  |
|--|--|
| <b>Data elaboração</b>                           | 08-12-2022   |
| <b>Data de revisão / nº versão</b>               | Nº 1   |
| <b>Data Aprovação</b>                            | Conselho Geral RCG – ata nº 1 - 11-01-2023   |
| <b>Data Máxima de Revisão:</b>                   | 12/2023  |
| <b>1. Objetivo</b>                               | Definir o procedimento para atendimento de utentes esporádicos.  |
| <b>2. Âmbito</b>                                 | Processo assistencial/ atendimento doentes esporádicos   |
| <b>3. Responsabilidade</b>                       | Conselho Geral   |
| <b>4. Descrição</b>                              | <p>Contactos esporádicos de utentes – o que diz a Lei:</p> <p>1 - Os utentes com inscrição primária ou temporária numa unidade funcional do ACeS, que contactem ocasionalmente com outra unidade funcional do mesmo ou de outro ACeS, realizam um contacto esporádico, sem que ocorra nova inscrição primária ou temporária do utente.</p> <p>2 - Os contactos esporádicos não são contabilizados na dimensão e constituição das listas do médico de família.</p> <p>3 - Sem prejuízo do referido no número anterior, estes contactos são considerados para efeitos de impacto no trabalho realizado.</p> <p>O que diz o Regulamento Interno V2, 2022:</p> <p>Os utentes designados como esporádicos, ou seja, não inscritos na USF devem ser devidamente encaminhados para a unidade de saúde em que se encontram inscritos, ou para outros locais de assistência alternativa.</p> <p>Apenas serão atendidos em situações de doença aguda clinicamente justificáveis e caso a UF onde estejam inscritos diste mais de 20km da USF NH. Nestas situações aplicam-se as regras do procedimento na doença aguda /Intersubstituição.</p> <p>Não serão atendidos para renovação de medicação habitual, passar exames auxiliares diagnósticos, CITT e outros procedimentos burocráticos, consultas de vigilância (Saúde Materna, Saúde Infantil e Juvenil, Diabetes ou Hipertensão).</p> |

Podem ser sujeitos a continuidade de tratamentos curativos pela equipa de enfermagem utentes esporádicos deslocados que estejam temporariamente a habitar na área de abrangência da USF NH, em casa de agregados familiares inscritos, após acordo com as respetivas equipas.

## 5. Fluxograma



## 6. Referências/Documentos de apoio

[1] Despacho n.º 1774-A/2017, de 24 de fevereiro - Define regras de organização e mecanismos de gestão referentes ao Registo Nacional de Utentes (RNU), bem como estabelece os critérios e os procedimentos de organização e atualização das listas de utentes nos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) e nas suas unidades funcionais

<https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/1774-a-2017-106531278>

[2] Regulamento Interno V2. 2022

[3] Circular informativa de 19-02-2019 – Gabinete Jurídico e do Cidadão “Regularização de utentes – informática. Inscrição de utentes esporádicos e sem médico de família”

[4] Manual de Articulação Comum do Centro de Saúde de Porto de Mós – em fase de finalização.

| <b>MP 33 - APOIO AO CUIDADOR</b>  |  |
|---|--|
| <b>Data elaboração</b>  | 04-11-2019   |
| <b>Data de revisão / nº versão</b>  | 08-12-2022 - Nº 2  |
| <b>Data Aprovação</b>   | Conselho Geral RCG – ata nº 4 - 15-02-2023                         |
| <b>Data Máxima de Revisão:</b>  | 12/2023  |
| <b>1. Objetivo</b>  | Garantir medidas de informação e apoio ao cuidador                 |
| <b>2. Âmbito</b>  | Processos assistenciais / Ações específicas em relação ao cuidador |
| <b>3. Responsabilidade</b>  | Mónica Barbosa, M <sup>a</sup> Inês Caetano, Elisabete Brito       |
| <b>4. Descrição</b>   |  |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Todos os utentes com 65 anos ou mais apoiados no domicílio ou com evidentes alterações do grau de dependência, são avaliados anualmente quanto ao grau de dependência de acordo com a escala de Barthel.</li> <li>2. Aos utentes cujo score da escala é inferior ou igual a 99, é ativado pelo EF o programa de saúde no SCLINICO #Dependentes". A reavaliação da escala é feita anualmente ou sempre que a condição do utente se altere.</li> <li>3. Os dependentes que apresentem dependência moderada a total devem ter na "avaliação inicial de enfermagem", a identificação do cuidador/ representante legal (nome, parentesco, contacto e morada).</li> <li>4. Os cuidadores identificados devem ter, pelo menos, uma consulta médica ou de enfermagem anual ou sempre que se verifique necessário, especificamente destinada à avaliação do seu papel de prestador de cuidados e disponibilização de medidas de apoio. O plano de cuidados para o cuidador deve incluir sempre intervenções relacionadas com a gestão do stress do prestador de cuidados.</li> <li>5. Os registos clínicos relativos à consulta do cuidador devem ser realizados no processo clínico do próprio cuidador.</li> </ol> |  |

6. O cuidador deve ser sempre informado do enquadramento legal relativo ao estatuto de Cuidador Informal (<https://data.dre.pt/eli/lei/100/2019/09/06/p/dre>) e orientado para o Gabinete Social se pretender requerer o referido estatuto.
7. Para o requerimento do Estatuto do cuidador informal tanto a pessoa cuidada como o candidato a cuidador devem reunir os critérios previstos no Guia Prático do estatuto do cuidador informal: cuidador informal principal e cuidador informal não principal.
8. Deve ser disponibilizada sistematicamente informação ao cuidador sobre as medidas de apoio e os recursos existentes na comunidade, em suporte digital ou papel, no Gabinete do Utente

#### 5. Fluxograma

N.A

#### 6. Avaliação

Manual do Cuidador V2-2023 – avaliação da sobrecarga do cuidador – futuro projeto de investigação

#### 7. Referências/Documentos de apoio

**[1]** Lei nº100/2019 de 6 de setembro, D.R 1ª série nº171/2019 /

<https://data.dre.pt/eli/lei/100/2019/09/06/p/dre>

**[2]** Guia do Cuidador (setembro 2019)/

[https://eportugal.gov.pt/documents/20142/18888649/Guia\\_dos\\_cuidadores.pdf/e186e9fb-6490-be93-e34f-8cc495748300?t=1570517106124](https://eportugal.gov.pt/documents/20142/18888649/Guia_dos_cuidadores.pdf/e186e9fb-6490-be93-e34f-8cc495748300?t=1570517106124)

**[3]** Guia prático do estatuto do cuidador informal: cuidador informal principal e cuidador informal não principal/ [http://www.seg-](http://www.seg-social.pt/documents/10152/17083150/8004_Estatuto%20Cuidador%20Informal%20Principal%20Cuidador%20Informal%20n%C3%A3o%20Principal/edcbe0f7-3b85-48b8-ad98-2e0b2e475dd4)

[social.pt/documents/10152/17083150/8004\\_Estatuto%20Cuidador%20Informal%20Principal%20Cuidador%20Informal%20n%C3%A3o%20Principal/edcbe0f7-3b85-48b8-ad98-2e0b2e475dd4](http://www.seg-social.pt/documents/10152/17083150/8004_Estatuto%20Cuidador%20Informal%20Principal%20Cuidador%20Informal%20n%C3%A3o%20Principal/edcbe0f7-3b85-48b8-ad98-2e0b2e475dd4)

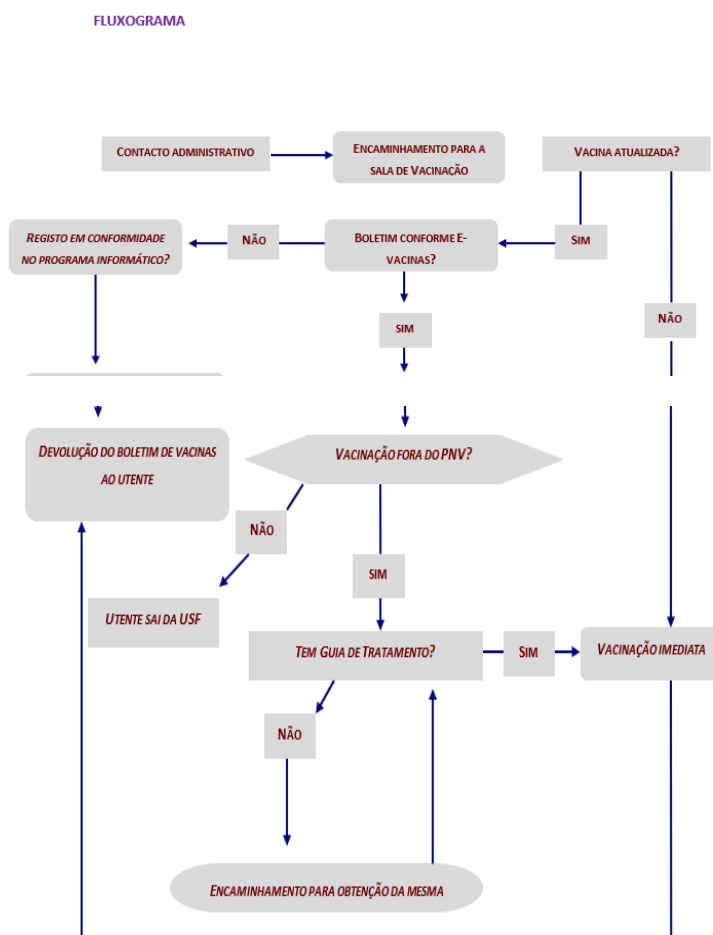
**[4]** DiOr

**[5]** Manual do Cuidador V2-2023

| <b>MP 34 - VACINAÇÃO</b>           |   |
|------------------------------------|---|
| <b>Data elaboração</b>             | 04-11-2019  |
| <b>Data de revisão / nº versão</b> | 08-12-2022 - Nº 2   |
| <b>Data Aprovação</b>              | Conselho Geral      RCG – ata nº 1 - 11-01-2023   |
| <b>Data Máxima de Revisão:</b>     | 12/2023   |
| <b>1. Objetivo</b>                 | Garantir a uniformização do circuito do utente no acesso à vacinação, com vista o cumprimento do Programa Nacional de Vacinação (PNV).  |
| <b>2. Âmbito</b>                   | Processos Assistenciais/ Vacinação  |
| <b>3. Responsabilidade</b>         | Mónica Barbosa, Helena Carvalho e Susana Vieira   |
| <b>4. Descrição</b>                | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. A vacinação é gratuita e universal e obedece aos pressupostos do PNV em vigor.</li> <li>2. A vacinação é feita durante o horário de funcionamento da USF, e deve, de preferência, ser agendada atempadamente, pelo utente, familiar ou outro representante. Pode ser agendada <i>presencialmente ou pelo telefone</i> e poderá ser também iniciativa do profissional de saúde. Não deixando, contudo, de ser garantida a sua realização perante uma oportunidade de vacinação.</li> <li>3. As vacinas constantes do PNV não necessitam de receita médica na altura da administração, as restantes não incluídas sim.</li> <li>4. As vacinas recomendadas e gratuitas nos grupos de risco identificados pelo PNV são, a requisição, o agendamento e a administração, da responsabilidade da enfermeira de família. A justificação do pedido é sempre da responsabilidade do médico (exceto BCG).</li> <li>5. A avaliação da elegibilidade para a vacina BCG é da responsabilidade da enfermagem até aos 6 anos de idade (5 anos e 364 dias), assim como é o registo na plataforma Vacinas. Em caso de elegibilidade positiva é a enfermeira de família quem referencia á equipa de vacinação (Coordenação de vacinação) para a inclusão na listagem de crianças elegíveis.</li> <li>6. Em caso de recusa de vacinação, o utente, ou representante legal, deve assinar um termo de dissentimento onde assuma a recusa, a arquivar no dossier do Consentimento Informado da USF e deve ser feito o respetivo registo na Plataforma Vacinas.</li> </ol> |

7. Sempre que solicitem, os utentes que vão viajar, devem ser informados que devem marcar
- Consulta do Viajante, na Saúde Pública do ACES de Leiria, Centro de Saúde Dr. Arnaldo Sampaio com **Consulta do Viajante** Unidade de Saúde Pública - Estrada da Mata, n.º 56. **Marrazes 2419-014 Leiria, telef: 244 849010**

## 5. Fluxograma



## 6. Avaliação

Monitorização do IDG trimestral

## 7. Referências/Documentos de apoio

[1] DiOR; [3] Manual de Boas Praticas de Vacinação V2.2023

| <b>MP 35 - REFERENCIAÇÃO INTERNA E EXTERNA</b>   |   |
|--|---|
| <b>Data elaboração</b>   | 08-12-2022  |
| <b>Data de revisão / nº versão</b>   | Nº 1  |
| <b>Data Aprovação</b>  | Conselho Geral RCG – ata nº 1 - 11-01-2023                          |
| <b>Data Máxima de Revisão:</b>   | 12/2023   |
| <b>1. Objetivo</b>   | Garantir a eficácia na referenciação interna e externa do utente    |
| <b>2. Âmbito</b>   | Processos assistências / sistema de referenciação interna e externa |
| <b>3. Responsabilidade</b>   | Nuno Couto; Rita Moiteiro; Susana Vieira e Sónia Costa              |
| <b>4. Descrição</b>  |   |
| <p><b>1. Referenciação Interna:</b></p> <p><b>a.</b> Médico-enfermeiro – o médico que observe a necessidade de avaliação/intervenção de enfermagem solicita via eletrónica (Teams) ou presencialmente a sua disponibilidade (da sua equipa ou do enfermeiro a realizar consulta de intersubstituição) e depois comunica ao Secretariado Clínico o pedido de agendamento do ato. Se justificável faz a prescrição no "Guia de Tratamento" do Sclinico.</p> <p><b>b.</b> Enfermeiro-Médico: o enfermeiro que observe e necessidade de avaliação/intervenção Médica solicita via eletrónica (Teams) ou presencialmente a sua disponibilidade para efetuar em regime de Consulta Aberta, ou quando não for possível contacta o Médico a realizar consulta de Intersubstituição e depois comunica ao Secretariado Clínico o pedido de agendamento da consulta</p> <p><b>c.</b> Psicologia – o enfermeiro ou médico que identifiquem a necessidade de referenciação para a Psicologia, deve preencher pedido eletrónico através do SCLINICO, assinalando a especialidade "Psicologia" e proceder ao preenchimento dos itens seguintes. Pode ainda enviar email aos responsáveis pela consulta na URAP do CS de Porto de Mós</p> <p><b>d.</b> Serviço Social: o enfermeiro ou médico que identifiquem a necessidade de referenciação para o Serviço Social, deve preencher pedido eletrónico através do SCLINICO, assinalando a especialidade "Serviço Social" e proceder ao preenchimento dos itens seguintes. Pode ainda enviar email aos responsáveis pela consulta na URAP do CS de Porto de Mós.</p> |   |

- e. Dentista: médico que identifique a necessidade de referência para a Medicina Dentária, deve preencher pedido eletrónico através do SCLINICO. A referência passa a ser exclusivamente feita no SCLinico, no campo dos "Pedidos" → Referência externa → Programas de saúde → Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral → Criar cheque dentista (no símbolo +) → escolher a opção "Saúde oral nos cuidados de saúde primários".
- f. Curso de preparação para o parto e parentalidade: Curso de Preparação para o Nascimento, Parto e Parentalidade (Casais /Grávidas com tempo de gestação  $\geq$  a 26 semanas); Curso de Recuperação Pós-Parto (com critérios definidos para admissão); Apoio ao aleitamento materno. A enfermeira de família entrega os contactos de email e panfleto acerca do tema à grávida. Pode ainda apoiar enviando email à responsável – EF Especialista Marta Silva – UCC Dom Fuas Roupinho.

## 2. Referência externa:

- I. Especialidade/Urgência /programa de Saúde – é feita através do ALERT e o SIGA. No caso do SIGA o Médico deve codificar no "P" – a respetiva referência de acordo com o diagnóstico do ICPC-2 – e escrever em texto livre qual a "especialidade". A referência para a Urgência pode ser feita no SCLinico, no campo dos "Pedidos" → Referência externa → Transporte para Urgência. Ao entrar coloca qual a especialidade e escreve a respetiva carta. De seguida imprime, coloca em envelope e entrega ao doente para que este leve a informação ao SU-triagem. Aos Hospitais que ainda não aderiram ao SIGA deve ser utilizado campo próprio do ALERT.
- II. REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS (RNCCI) - Segundo Dec./lei atualizado pelo nº136/2015 de 28 julho artigo 32º a admissão na RNCCI é feita sob proposta da equipa de saúde do Centro de Saúde correspondente. Na USF NH cada equipa de saúde faz a referência dos seus doentes - médico e enfermeiro de família do utente - possui password de equipa de referência. Os pedidos de referência são efetuados numa aplicação informática própria - <https://umcciweb-rncci.min-saude.pt/>
- III. Cuidados Paliativos - referenciados para a ECCI, ou em situações em que se preveja um longo período de tempo entre a referência e a entrada na ECCI, deve ser feita referência interna acompanhado por email para a enfermeira Sílvia Venda [savenda@arscentro.min-saude.pt](mailto:savenda@arscentro.min-saude.pt). Consultar o MP - prestação de cuidados em fim de vida.

## 5. Referências/Documents de apoio

[1] Plano de Ação Comum CS de Porto de Mós 2022

**MP 36 - ATUAÇÃO PERANTE UTENTES COM NECESSIDADES PALIATIVAS**

|  |  |                                  |
|--|--|----------------------------------|
| <b>Data elaboração</b>   | 13-12-2022   |                                  |
| <b>Data de revisão / nº versão</b>   | Nº1  |                                  |
| <b>Data Aprovação</b>  | Conselho Geral   | RCG – ata nº 1/2023 - 11-01-2023 |
| Data Máxima de Revisão:  | 12/2023  |                                  |
| <b>1. Objetivo</b>   | Garantir o Acesso a cuidados paliativos  |                                  |
| <b>2. Âmbito</b>   | Processos Assistenciais   Organização Centrada no Cidadão/ Prestação de cuidados em fim de vida                              |                                  |
| <b>3. Responsabilidade</b>   | Gestores dos Processos Assistenciais – Visitação Domiciliária; Gestores dos Processos de Suporte RNCCI-Equipa da Comunidade. |                                  |
| <b>4. Descrição</b>  |  |                                  |
| <p>1- Na presença de situações de utentes em fim de vida e/ou com necessidade de cuidados paliativos, devem as equipas funcionais da USF procurar articulação com a Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos do Centro Hospitalar de Leiria (EIHSCP) desde que se cumpram os critérios para intervenção desta equipa:</p> <p>a) Pessoas com doença crónica progressiva (doença oncológica, insuficiência renal ou hepática, acidente vascular cerebral com significativa incapacidade funcional, doença pulmonar ou cardíaca avançada, doenças neurodegenerativas, demências);</p> <p>b) Pessoas com doença ameaçadora de vida que escolhem não fazer tratamento orientado para a doença ou de suporte/prolongamento da vida e que requeiram este tipo de cuidados;</p> <p>c) Pessoas com lesões crónicas e limitativas, resultantes de acidentes ou outros tipos de trauma;</p> <p>d) Pessoas seriamente doentes ou em fase terminal (doença oncológica ou não oncológica) que não têm a possibilidade de recuperação ou estabilização;</p> <p>e) Adultos com malformações congénitas ou outras situações que dependam de terapêutica de suporte de vida e/ou apoio de longa duração para as suas atividades da vida diárias.</p> <p>2- Os pedidos de referência devem ser efetuados por e-mail para <a href="mailto:eihsdp@chleiria.min-saude.pt">eihsdp@chleiria.min-saude.pt</a> ou através de contacto telefónico, em dias úteis, entre as 9 e as 18 horas, para o número 244817000 - extensão 3803.</p> |  |                                  |

- 3- A colaboração pode ser solicitada para gestão de um aspeto específico dos cuidados ao utente que, uma vez resolvido/compensado pode resultar em alta da EIHS CP até nova referência ou necessidade de intervenção.
- 4- Em casos onde não seja necessária a intervenção técnica e multidisciplinar da EIHS CP, as equipas funcionais da USF podem solicitar colaboração da Enf.ª Sílvia Venda, especialista em cuidados paliativos a exercer funções na Unidade de Cuidados na Comunidade D. Fuas Roupinho.

#### 5. Referências/Documentos de apoio

**[1]** <https://www.chleiria.pt/prestacao-de-cuidados/por-tipo/equipa-intra-hospitalar-de-suporte-em-cuidados-paliativos-12/>

**[2]** DIOR

**[3]** Manual de Articulação Comum do Centro de Saúde de Porto de Mos – em elaboração

**[4]** Manual de Articulação USF NH –ACES PL V1. 2022.

| <b>MP 37 - SISTEMA DE RENOVAÇÃO DE TRATAMENTO CRÓNICO</b>  |   |
|--|---|
| <b>Data elaboração</b>   | 04-11-2019  |
| <b>Data de revisão / nº versão</b>   | 08-12-2022 - Nº 2   |
| <b>Data Aprovação</b>  | Conselho Geral      RCG – ata nº 4 - 15-02-2023                     |
| <b>Data Máxima de Revisão:</b>   | 12/2023   |
| <b>1. Objetivo</b>   | Definir os critérios e o circuito da renovação de medicação crónica |
| <b>2. Âmbito</b>   | Processo Assistencial / Organização centrada no Cidadão             |
| <b>3. Responsabilidade</b>   | Secretariado Clínico  |
| <b>4. Descrição</b>  |   |
| <p>1. Prescrição crónica é a medicação realizada pelo utente de forma continuada e que é classificada como crónica no Sistema de Informação e na aplicação PEM (Prescrição Eletrónica Médica). A prescrição crónica também pode referir-se aos cuidados respiratórios domiciliários (como Auto-CPAP), e à prescrição contínua de dispositivos médicos (exemplo: fraldas ou sondas vesicais).</p> <p><b>2. Funções dos Utentes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. O utente deve ser responsável pela sua medicação, solicitando a sua medicação crónica em quantidade suficiente até à próxima consulta, de forma a minimizar o número de pedidos redundantes. Deve também confirmar a utilização de receitas já emitidas previamente;</li> <li>b. O utente deve preencher um formulário de pedido de medicação crónica, fornecido pelo SC (Anexo II - formulários), onde devem constar os medicamentos e o número de embalagens necessárias;</li> <li>c. O pedido de renovação de receituário pode ser feito de forma presencial ou não presencial (por telefone ou correio eletrónico);</li> <li>d. No ato da entrega do formulário ao SC, o utente informa como pretende receber o receituário (impresso em papel, SMS ou por correio eletrónico).</li> </ul> <p><b>3. Funções dos Secretários Clínicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. O SC deve acolher, orientar e prestar informações corretas à chegada dos utentes;</li> <li>b. Rececionar e orientar todos os pedidos de renovação de prescrição crónica - Anexo II – formulários - quer seja ao balcão, pela caixa de correio ou por e-mail, se devidamente identificados pelo utente;</li> </ul> |   |

- c. Os pedidos de renovação de receituário podem ser rececionados durante todo o horário de funcionamento dos polos da USF Novos Horizontes;
- d. Informar o utente que os pedidos deverão ser levantados no secretariado e do TMRG para receituário (72 horas);
- e. Confirmar e registar no pedido de receituário a forma pela qual o utente pretende receber o receituário crónico;
- f. O receituário pedido e não levantado será objeto de revisão, por parte do SC, de acordo a observação regular das receitas emitidas que aguardam levantamento.

#### **4. Funções do Médico**

- a. O Médico de família deve identificar a medicação crónica do paciente e a mantê-la atualizada;
  - b. O Médico de família deve fornecer ao utente a lista de medicação crónica – guia de tratamento – emitida através do sistema informático e explicar-lhe a sua utilização;
  - c. O médico de família deve assegurar-se da necessidade efetiva dos medicamentos solicitados;
  - d. A renovação da prescrição deverá ser garantida até 72 horas após o pedido;
  - e. Para utentes que não tenham tido uma consulta nos últimos doze meses, o médico reserva-se ao direito de não emitir qualquer receituário, podendo agendar uma consulta com a brevidade considerada adequada;
5. Na ausência prolongada e previsível do médico de família as prescrições crónicas serão asseguradas pelos colegas em regime de intersubstituição

#### 5. Fluxograma

- N. A.

#### 6. Avaliação

Revisão anual do procedimento

Monitorização trimestral do IDG

#### 7. Referências/Documentos de apoio

[1] Regulamento Interno; [2] Guia de acolhimento ao utente; [3] Manuais de Boas Praticas – SM, PF e SIJ

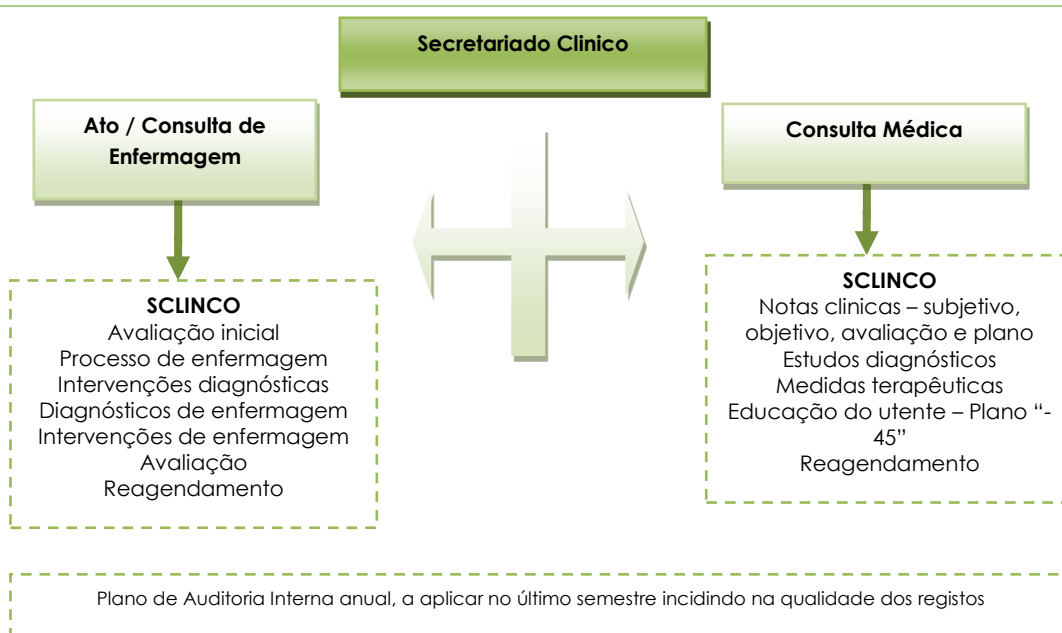
| <b>MP 38 - QUALIDADE DOS REGISTOS CLÍNICOS</b>   |   |                             |
|--|---|-----------------------------|
| <b>Data elaboração</b>   | 08-12-2022  |                             |
| <b>Data de revisão / nº versão</b>   | Nº 1  |                             |
| <b>Data Aprovação</b>  | Conselho Geral  | RCG – ata nº 1 - 11-01-2023 |
| <b>Data Máxima de Revisão:</b>   | 12/2023   |                             |
| <b>1. Objetivo</b>   | Garantir a qualidade dos registos clínicos.   |                             |
| <b>2. Âmbito</b>   | Processos assistências /qualidade e grau de cumprimento dos registos clínicos / literacia em saúde e integração de cuidados |                             |
| <b>3. Responsabilidade</b>   | Conselho Técnico – Gestores Processos Assistenciais   |                             |
| <b>4. Descrição</b>  |   |                             |
| <p><b>1. Consulta médica –</b></p> <p>Programa em vigor é o SCLINICO, sendo usada a Classificação Internacional de Cuidados Primários versão 2 – ICPC 2. Cada Médico é responsável pelo permanente registo e atualização da informação clínica no processo clínico eletrónico, após cada contato com o utente ou familiares, segundo as componentes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>I. Base de dados</li> <li>II. Lista de problemas</li> <li>III. Folha de consulta com notas e plano de seguimento – preenchimento dos campos “subjetivo”, “objetivo”, “avaliação” e “plano” no programa SCLINICO – que inclui ainda os estudos diagnósticos, as medidas terapêuticas, e a educação do utente (- 45 ou P58 se tabagismo/etilismo).</li> <li>IV. Proceder ao reagendamento da próxima consulta, se aplicável, terminando o contato.</li> </ol> <p><b>2. Consulta/ ato de enfermagem –</b></p> <p>Programa em vigor é o SCLINICO, sendo usada a Classificação Internacional para a prática de Enfermagem – CIPE. Cada Enfermeira é responsável pelo permanente registo e atualização da informação clínica no processo clínico eletrónico, após cada contato com o utente ou familiares, segundo as componentes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>I. Abrir o contato</li> <li>II. Indicar o local de contato do utente</li> <li>III. Identificar o programa de saúde relativo ao tipo de consulta em causa;</li> <li>IV. Identificar se “ato” ou “consulta”</li> </ol> |   |                             |

- V. Efetuar /completar /retificar os dados da avaliação inicial, incluindo os dados da avaliação familiar
- VI. Definir as intervenções diagnosticas/ diagnósticos de enfermagem, definindo status e selecionando as intervenções consideradas adequadas para as boas praticas
- VII. Executar o plano de cuidado de enfermagem previamente definido, concluindo as intervenções, se aplicável.
- VIII. Proceder ao reagendamento da próxima consulta, se aplicável, terminando o contato.

### 3. Avaliação da qualidade dos registos:

- Os registos clínicos procuram uniformizar as práticas e facilitar a leitura dos indicadores, fundamentando-se no juízo clínico do profissional e por isso nem sempre fiável para realizar a avaliação da qualidade dos mesmos.
- Os registos clínicos são a componente essencial e central da avaliação das boas praticas clinicas – o que não é registado é considerado não efetuado – o que é registado é prova da execução do ato.
- É da responsabilidade de cada profissional a informação que é registada.
- A USF NH anualmente avalia a qualidade dos registos clínicos em uma área em particular, sobretudo a que é de maior interesse para o IDG e onde a equipa possa estar pior.
- Para tal é elaborado um Plano de Auditoria a aplicar no último semestre de cada ano, focando-se em uma área comum a enfermagem e aos registos médicos. O Conselho Técnico avalia qual a área e delega o PAI aos gestores de processo em questão.

## 5. Fluxograma



## 6. Avaliação

Plano de Auditoria Interna a aplicar no último semestre de cada ano, procurando preferencialmente áreas que focam trabalho em comum a enfermagem e aos registos médicos, e onde a equipa tenha tido pior desempenho no ano anterior; e outros - apenas de enfermagem ou médicas que sejam relevantes para a prática clínica e com impacto no IDG.

## 7. Referências/Documentos de apoio

**[1]** DIOR

**[2]** Manuais de Boas Práticas (SM e PF, SIJ; Diabetes, Vacinação, HTA, etc.)

**MP 39 - PARTILHA DA INFORMAÇÃO E EFICÁCIA NA COMUNICAÇÃO**

|                                    |   |                             |
|------------------------------------|---|-----------------------------|
| <b>Data elaboração</b>             | 08-12-2022  |                             |
| <b>Data de revisão / nº versão</b> | Nº 1  |                             |
| <b>Data Aprovação</b>              | Conselho Geral  | RCG – ata nº 4 - 15-02-2023 |
| <b>Data Máxima de Revisão:</b>     | 12/2023   |                             |
| <b>1. Objetivo</b>                 | Garantir circuito eficaz na partilha e circulação de informação na USF NH.  |                             |
| <b>2. Âmbito</b>                   | Processos de suporte / Gestão da informação e Comunicação / Partilha da Informação e eficácia na comunicação  |                             |
| <b>3. Responsabilidade</b>         | Gestores de Processo de Gestão da Comunicação e Informação  |                             |
| <b>4. Descrição</b>                | <p>1- Comunicação Interna: embora sem a obrigatoriedade de surgir canais de comunicação pré-estabelecidos, a comunicação dentro da equipa é feita através de:</p> <p>A) Telefone: todos os gabinetes possuem um telefone com possibilidade de comunicação, não só para o interior como para o exterior;</p> <p>B) Via eletrónica/chat interno: meio de comunicação silencioso e rápido, entre todos os profissionais da USF, sendo que todos os computadores têm o aplicativo instalado;</p> <p>C) Placard no back-office da USF: onde são colocadas informações relevantes tais como formações, cronograma de reuniões da USF, avisos específicos e relacionados com a parte social da USF.</p> <p>D) Diário de Bordo: formulário online (partilhado na pasta de grupos e chat interno) que remete para uma base de dados da gestão do Conselho Técnico onde os profissionais assentam as ocorrências que entendem necessitar de melhoria. As novas entradas são analisadas em reunião multidisciplinar e as sugestões corretivas assentes em ata.</p> <p>E) E-mail: endereço eletrónico individual e do grupo, através do qual é difundida informação pelos gestores do processo de acordo com o procedimento em vigor.</p> <p>F) Reuniões Multiprofissionais: que respeita ordem de trabalhos transmitida em convocatória prévia e onde normalmente é lida e aprovada a ata anterior; são analisadas reclamações, ocorrências e sugestões; é feita um ponto de situação de tarefas pendentes e transmitidas eventuais informações relacionadas com informação externa. Outros pontos pertinentes poderão ser acrescentados à ordem de trabalhos, segundo o cronograma organizativo da USF ou por sugestão por escrito à responsável, com antecedência ao envio ad convocatória.</p> <p>G) Reuniões sectoriais: que respeita ordem de trabalhos transmitida em convocatória prévia e onde normalmente é lida e aprovada a ata anterior e discutidos temas de interesse sectorial.</p> |                             |

- 2- A circulação da informação onde constem dados clínicos dos utentes circulam na USF dentro de pastas opacas, com elásticos, A4 (2 por profissional médico e 1 para equipa de enfermagem), por forma a respeitar a confidencialidade dos dados.
- 3- A comunicação interna presencial, personalizada, oral e comportamental deve ser também entendida como uma forma importante de comunicação entre os elementos da equipa da USF.
- 4- **Correio interno:** aquele que provém da ARS Centro, ACES pinhal LITORAL, Centro de saúde ou Unidades funcionais pertencentes à área de influência da ARS Centro.
  - A) A informação pode chegar ou sair da USF por correio circuito interno (motorista do Centro de Saúde de Porto de Mós, faz ou email) ou por correio circuito externo (CTT, email), nomeadamente: email ([usf.novoshorizontes@arscentro.min-saude.pt](mailto:usf.novoshorizontes@arscentro.min-saude.pt)) ou CTT (Rua dos Bombeiros, 4B 2480-375 Juncal)
- 5- **Comunicação externa:**
  - A) Os elementos da equipa da USF, durante o seu horário de trabalho, devem respeitar o previsto no decreto-lei 135/99, de 22 de abril, garantindo a correta identificação dos profissionais;
  - B) A comunicação da USF com o exterior é garantida através do secretariado clínico, atendimento telefónico, placard informativo ao utente (localizado na sala de espera) e placard informativo ao utente localizado no exterior da USF, guia do utente e correio normal ou eletrónico;
  - C) A comunicação dos utentes com os profissionais de saúde através do email geral da USF implica o reencaminhamento do mesmo pelos gestores de processo para o profissional de saúde de destino
  - D) A comunicação dos utentes com os profissionais de saúde através do telefone obedece a procedimento próprio.
- 6- De forma permanente, deve estar **afixado na USF:**
  - A) Alternativas assistenciais (no exterior da USF, em local visível ao utente)
  - B) Certidão da Entidade Reguladora da Saúde
  - C) Carta dos direitos e Deveres dos utentes
  - D) Certidão Carta dos direitos de acesso aos cuidados de saúde
  - E) Horários, ausências previstas e serviços mínimos.
- 7- De forma permanente, deve ser **publicitado em painel:**
  - A) Carteiras básicas e adicionais e respetivos serviços mínimos
  - B) Formas de agendar consulta para todos os profissionais, durante todo o horário de funcionamento da USF
  - C) Horário de funcionamento da USF
  - D) Horário dos profissionais
  - E) Ausências programadas dos profissionais
  - F) Sistema de marcação de consultas
  - G) Tempos de espera para as consultas

- H) Horário e local de funcionamento do Gabinete do Cidadão
- I) Informação sobre a possibilidade de apresentar reclamações, sugestões e como fazê-lo;
- J) Informação sobre a possibilidade de consulta dos Instrumentos Estratégicos da USF
- K) Outras informações relevantes, tais como a possibilidade de consulta, pelo utente, toda a informação afixada em outros idiomas, nomeadamente inglês, francês e espanhol.

8- Deve constar no **Guia do Utente**:

- A) Carteiras básicas e adicionais e serviços mínimos;
- B) Horário de funcionamento
- C) Alternativas assistenciais com menção dos endereços e contactos
- D) Endereços e contactos da USF
- E) Sistema de marcação de consultas e renovação de receituário crónico
- F) Forma de apresentação de reclamações e sugestões

9- Define-se por correio externo aquele que provém de quaisquer outras instituições e também correspondência particular.

**Correspondência Recebida (Fluxograma A)**

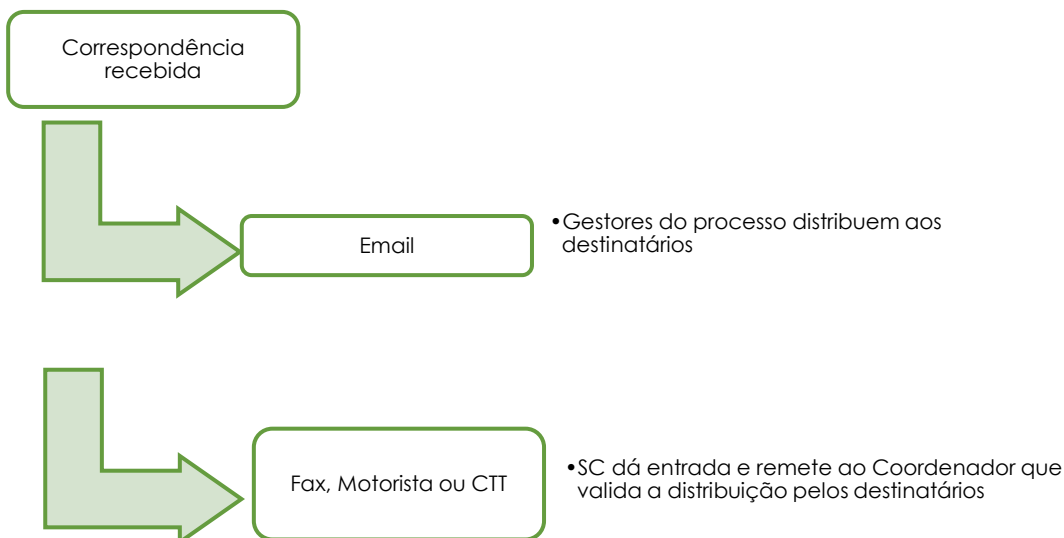
- Por email: os gestores de processo gerem a conta eletrónica e reencaminham aos respetivos destinatários a informação. Se necessário é impresso em suporte papel e arquivado em pasta própria.
- Por fax, motorista ou CTT, o secretario clínico que dá entrada do documento verifica se está tudo em ordem, dá conhecimento ao Coordenador da USF e mediante informação deste, encaminha pelos restantes elementos, ou informa os destinatários.
- Após lida e tratada, toda a informação deve ser arquivada pelo secretario clínico gestor de processo nas respetivas pastas, identificadas por assunto, situadas no BackOffice da USF (sede)

**Correspondência Expedida (Fluxograma B)**

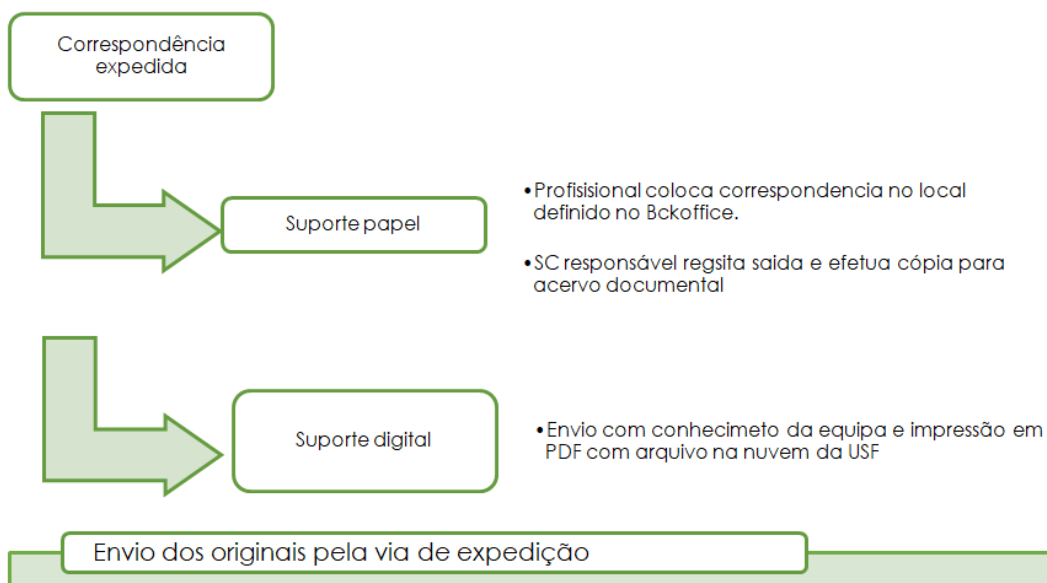
- A correspondência a expedir via CTT ou correio interno é colocada por cada profissional no local indicado para o efeito, no BackOffice. Os testes do pezinho devem ser identificados no exterior do envelope antes de enviar para o Instituto respetivo protocolado.
- A correspondência a expedir via email é remetida como conhecimento de toda a equipa e mediante importância, impressa em PDF e arquivada na paste de grupos da USF.
- O secretario clínico responsável efetua cópias de todos os ofícios e respetivos anexos, arquivando-os em pastas identificadas consoante o assunto dos mesmos.
- Os originais são encaminhados à USAG DO Centro de Saúde, para posterior envio

## 5. Fluxograma

### Fluxograma A



### Fluxograma B



## 6. Avaliação

N.A

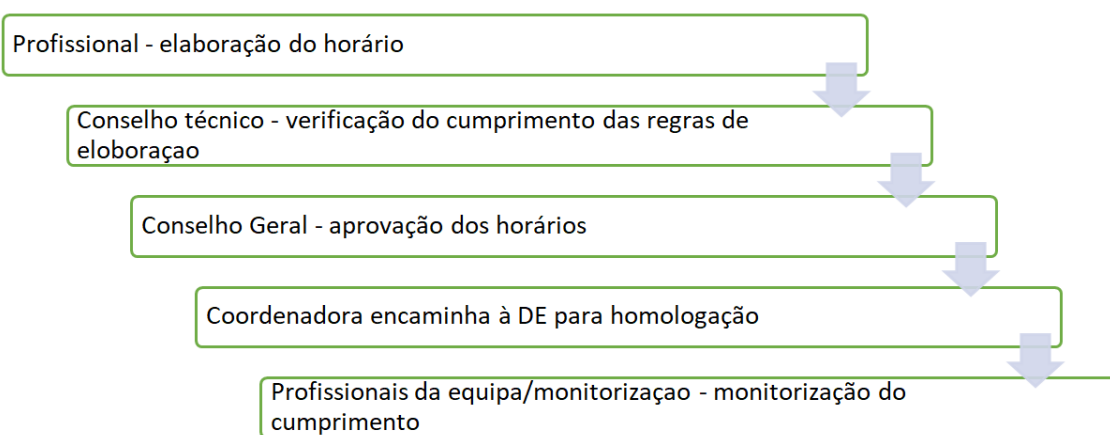
## 7. Referências/Documentos de apoio

[1] DIOR

| <b>MP 40 - HORÁRIOS</b>            |  |
|------------------------------------|--|
| <b>Data elaboração</b>             | 08-12-2022   |
| <b>Data de revisão / nº versão</b> | Nº 1   |
| <b>Data Aprovação</b>              | Conselho Geral<br>RCG – ata nº 4 - 15-02-2023  |
| <b>Data Máxima de Revisão:</b>     | 12/2023  |
| <b>1. Objetivo</b>                 | Garantir procedimento para a elaboração e revisão de horários de trabalho  |
| <b>2. Âmbito</b>                   | Processos assistenciais – Profissionais -<br>Processo de Suporte – Recursos humanos – A Horários   |
| <b>3. Responsabilidade</b>         | Mara Galo, Maria Inês Caetano e Sónia Pragosa  |
| <b>4. Descrição</b>                | <p>1. Os horários de trabalho obedecem aos seguintes critérios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Resultam da articulação entre os profissionais, garantindo o período de funcionamento da unidade;</li> <li>• Cada profissional tem pelo menos um dia em que inicia no das 8h e um dia em que termina às 20h;</li> <li>• A carga horária semanal corresponde ao horário básico acrescido do tempo necessário para o alargamento da lista de utentes;</li> <li>• Na maioria dos dias da semana, a carga horária está distribuída em períodos diferenciados da jornada de trabalho;</li> <li>• Contempla possibilidade de agendamento de consulta programada em todo o horário de funcionamento em um dia da semana (excluindo espaço de consulta aberta, domicílio e reunião);</li> <li>• A consulta programada, corresponde a pelo menos 65% das consultas;</li> <li>• Encontra-se contemplado pelo menos um período de consulta aberta e intersubstituição por cada período de trabalho (com reforço na segunda-feira e sexta-feira).</li> <li>• Incluem duas horas semanais à quarta-feira, entre as 11 e as 13 horas para reuniões de serviço. Sempre que não estejam previstas reuniões ou formações neste período, cabe ao grupo profissional definir atividades a desenvolver durante esse horário.</li> </ul> |

- Consultas a utentes de grupos vulneráveis e risco sejam programadas conjuntamente pelos respetivos médicos e enfermeiras de família, independentemente de se realizarem em simultâneo ou não.
2. Os horários de toda a equipa são revistos anualmente, com base o estudo da lista e inquéritos de satisfação, dos utentes, aprovados em CG e enviados pela coordenadora à direção executiva para homologação.
  3. Os horários de funcionamento da USF, os horários dos médicos, dos enfermeiros e dos secretários clínicos, bem como, as formas de contacto e os períodos de férias programadas dos elementos da equipa multidisciplinar, estão afixados no placar da USF destinado para o efeito.

## 5. Fluxograma



## 6. Avaliação

Revisão anual do procedimento

## 7. Referências/Documentos de apoio

[1] DIOR

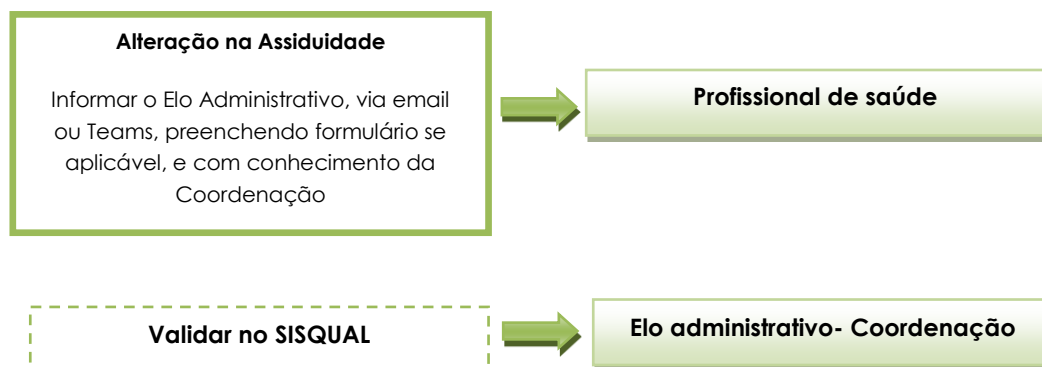
[2] Regulamento Interno V2.2022

| <b>MP 41 - ASSIDUIDADE</b>   |  |
|--|--|
| <b>Data elaboração</b>   | 08-12-2022   |
| <b>Data de revisão / nº versão</b>   | Nº 1   |
| <b>Data Aprovação</b>  | Conselho Geral      RCG – ata nº 4 - 15-02-2023                                      |
| Data Máxima de Revisão:  | 12/2023  |
| <b>1. Objetivo</b>   | Garantir procedimento para monitorização da assiduidade dos profissionais da USF NH. |
| <b>2. Âmbito</b>   | Processos de suporte / Recursos Humanos / Horários                                   |
| <b>3. Responsabilidade</b>   | Coordenadora – Elo Administrativo da Assiduidade                                     |
| <b>4. Descrição</b>  |  |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. A assiduidade dos profissionais de saúde da USF NH é realizada mediante o registo biométrico, e pela plataforma informática SISQUAL.</li> <li>2. A aplicação informática – SISQUAL – está formatada para o cumprimento dos horários homologados. Por isso, sempre que haja alteração pontual da hora de entrada / saída, o mesmo deve ser comunicado ao Elo Administrativo da Assiduidade e à Coordenação, via email ou Teams, para validação e alteração do horário, no SISQUAL. O profissional deve escrever sempre no campo “observações” qualquer alteração na entrada/ saída de determinado dia.</li> <li>3. Caso não seja feito registo biométrico na entrada / saída de determinado dia por esquecimento ou avaria do sistema informático, deve ser preenchido o formulário próprio existente na pasta de grupos, e no ANEXO II – Formulários 2.3, para validação pela Coordenação e correção no SISQUAL pelo Elo administrativo da USF NH. O profissional deve ainda escrever sempre no campo “observações” a hora da falha do registo.</li> <li>4. A Coordenadora pode validar mensalmente 4 falhas nos registos biométricos. A partir da 5ª falha a plataforma SISQUAL transfere a responsabilidade à UAG do ACES Pinhal Litoral e a justificação tem de ser efetuada junto à ARS C.</li> <li>5. Ausências por consultas, atos, etc., - FORMULARIO próprio do ACES Pinhal Litoral - - que impliquem ausentar-se algumas horas devem ser comunicados à Coordenadora e ao Elo administrativo. Deve ser trazida justificação para validação e posterior justificação no SISQUAL. É dada tolerância</li> </ol> |  |

de tempo de viagem consoante a distancia – p.e Leiria 30 minutos, Coimbra 1 hora, por cada viagem. Se o tempo de ausência pelo ato, e o tempo em deslocação, for inferior ao horário de trabalho, o profissional deve iniciar e/ou completar o resto do tempo de jornada. Deve realizar registo à chegada á USF NH e quando entra/sai para o ato pretendido.

6. Ausências por folgas /descansos compensatórios: devem ser comunicados com a máxima antecedência para avaliar se constrangimento para o serviço. Deve ser preenchido formulário próprio – ANEXO II – formulários – 2.4 pedidos de compensação horas/folgas - para validação pela Coordenação e correção no SISQUAL pelo Elo administrativo da USF NH. O profissional deve ainda escrever sempre no campo "observações" a que dia é referente o descanso compensatório.
7. Compensação em tempo – sempre que o profissional realize horas suplementares devidamente autorizadas e pretende gozar em determinado dia/horário, devem ser comunicados com a máxima antecedência para avaliar se constrangimento para o serviço. Deve ser preenchido formulário próprio – ANEXO II – formulários – 2.4 pedidos de compensação horas/folgas - para validação pela Coordenação e correção no SISQUAL pelo Elo administrativo da USF NH. O profissional deve ainda escrever sempre no campo "observações" a que dia é referente.
8. A documentação relativa a assiduidade de cada profissional é arquivada pelos Gestores da assiduidade em pasta própria (física e digital) tendo apenas acesso ao seu conteúdo os respetivos gestores e coordenadora, por forma a garantir a confidencialidade e privacidade do profissional.

## 5. Fluxograma



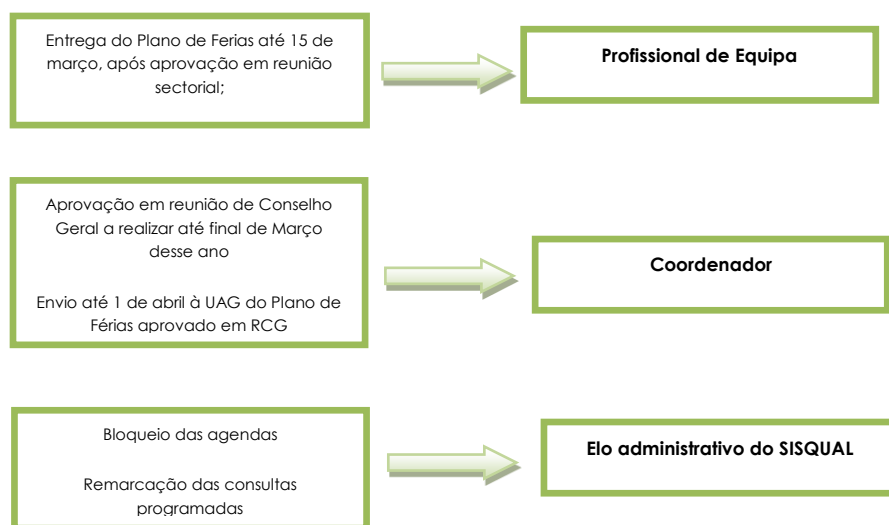
## 6. Referências/Documents de apoio

[1] DIOR; [2] Regulamento Interno V2.2022

| <b>MP 42 - ELABORAÇÃO DO PLANO DE FÉRIAS</b> |   |
|--|---|
| <b>Data elaboração</b>                       | 08-12-2022  |
| <b>Data de revisão / nº versão</b>           | Nº 1  |
| <b>Data Aprovação</b>                        | Conselho Geral<br>RCG – ata nº 4 - 15-02-2023   |
| <b>Data Máxima de Revisão:</b>               | 12/2023   |
| <b>1. Objetivo</b>                           | Garantir procedimento que estabeleça regras nas ausências por férias.   |
| <b>2. Âmbito</b>                             | Processos de Suporte/ Recursos Humanos / Plano de Férias  |
| <b>3. Responsabilidade</b>                   | Coordenação – Conselho Técnico – Elo administrativo do SISQUAL.   |
| <b>4. Descrição</b>                          | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. As ausências programadas por férias dos profissionais devem ser entregues até ao dia 15 de março de cada ano civil à Coordenação e Conselho Técnico. Após consenso entre as equipas cada elemento submete as férias para aprovação em reunião de Conselho Geral a realizar na última reunião do mês de março.</li> <li>2. As ausências programadas obedecem à legislação em vigor e tendo em conta o artigo 29º- "Continuidade e Integração dos Cuidados na USF e no Domicílio", do Regulamento Interno V2.2022, referente as regras a respeitar na marcação das férias.</li> <li>3. No caso de falta de consenso para o plano de férias para cada grupo profissional deverá ter-se em conta por ordem, os seguintes critérios. <ol style="list-style-type: none"> <li>I. O regular funcionamento do serviço.</li> <li>II. O período de férias gozadas nos anos anteriores.</li> <li>III. O interesse das partes.</li> </ol> </li> <li>4. Só é permitido a ausência de 1/3 dos elementos de cada grupo profissional; Serão consideradas exceções, ausências até 50% dos elementos de cada grupo profissional, se o período em causa for inferior ou igual a 2 dias úteis e não houver constrangimentos para o serviço;</li> <li>5. O plano de férias após aprovação em reunião de Conselho Geral é enviado ao UAG do ACES Pinhal Litoral, pela Coordenadora, até 1 de abril do ano em questão.</li> </ol> |

6. Após validação do plano de férias dos profissionais cabe ao Elo Administrativo do SISQUAL gerir o bloqueio das agendas, e a cada profissional gerir as programações, onde se inclui a remarcação de férias.
7. Em caso de alteração de período de férias / gozo de férias extra-plano, deve esta alteração ser discutida em reunião sectorial, cabendo ao profissional validar a alteração junto da Coordenação, dar conhecimento à equipa, e do Elo administrativo do SISQUAL, para proceder ao bloqueio da agenda e realizar as devidas alterações no SISQUAL.
8. Em cada Polo Funcional deve ser exposta o período de ausência por férias do profissional, ficando a tarefa encargue à Secretaria Clínica de cada equipa/Polo.
9. Em caso de ausência por férias entra em vigor o sistema de intersubstituição dos profissionais do respetivo grupo sectorial, com garantia dos serviços mínimos a executar pelo elemento “espelho” de cada Polo funcional, à exceção das consultas de agudos que entram no sistema de Consulta de Intersubstituição.

## 5. Fluxograma



## 6. Referências/Documentos de apoio

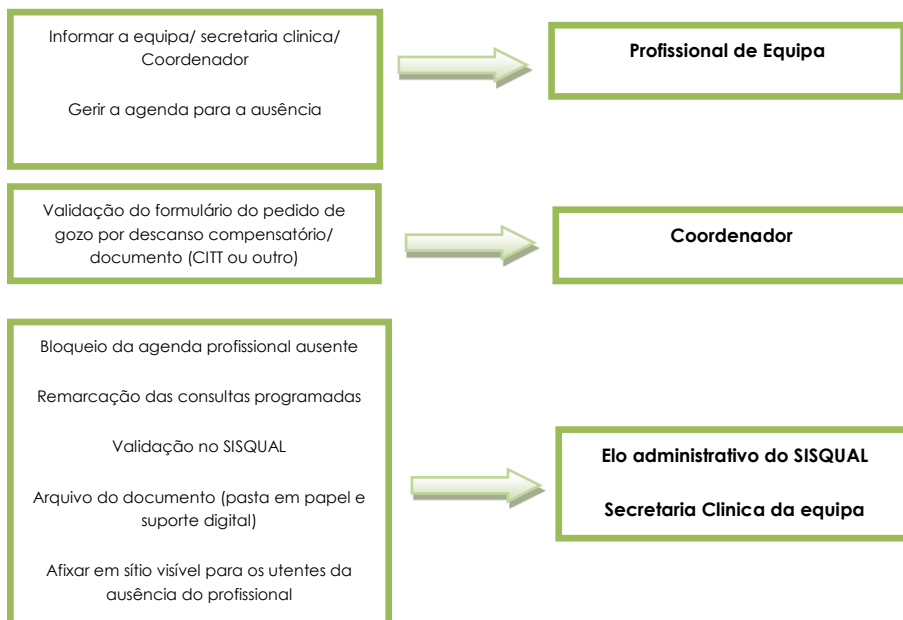
[1] DIOR

[2] Regulamento Interno V2. 2022

| <b>MP 43 - FALTAS, FOLGAS E LICENÇAS</b>  |  |                             |
|---|--|-----------------------------|
| <b>Data elaboração</b>  | 08-12-2022   |                             |
| <b>Data de revisão / nº versão</b>  | Nº1  |                             |
| <b>Data Aprovação</b>   | Conselho Geral   | RCG – ata nº 4 - 15-02-2023 |
| <b>Data Máxima de Revisão:</b>  | 12/2023  |                             |
| <b>1. Objetivo</b>  | Garantir procedimento que estabeleça regras nas ausências por “baixa médica”, licença de parentalidade, ou gozo de descanso compensatório/folga. |                             |
| <b>2. Âmbito</b>  | Processos de Suporte/ Segurança / Recursos Humanos   |                             |
| <b>3. Responsabilidade</b>  | Coordenação – Conselho Técnico – Elo administrativo do SISQUAL   |                             |
| <b>4. Descrição</b>   |  |                             |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cabe a cada profissional preencher o formulário próprio para gozo de descanso compensatório e entregar em papel (ao Secretariado Clínico para dar registo de entrada do documento), e via email ao Coordenador, com conhecimento do Conselho Técnico e do Elo administrativo do SISQUAL.</li> <li>2. O Coordenador valida o formulário, tendo em conta a constante no artigo 29º- “Continuidade e Integração dos Cuidados na USF e no Domicílio”, do Regulamento Interno V2.2022, referente a ausências programadas.</li> <li>3. O profissional deve avisar a sua equipa de saúde, e é responsável pelo reagendamento das consultas programadas. Deve igualmente dar conhecimento aos colegas interpares para que organizem o horário de intersubstituição.</li> <li>4. No caso de ausência não programada, como de doença súbita, acidente ou licença, logo que possível o próprio ou familiar deverão entrar em contato com a USF NH para que se proceda às devidas desmarcações e remarcações, e fazer a gestão das consultas de intersubstituição. Compete ao Secretário Clínico e/ou Coordenador informar a equipa da ausência do profissional por email e/ou Teams, e dar seguimento à documentação respetiva --&gt; entrada do Certificado de Incapacidade Temporária --&gt; dado Conhecimento pelo Coordenador (data, rubrica e carimbo, ou assinatura digital) --&gt; envio por email e correio interno à UAG do ACES PL, e arquivo</li> </ol> |  |                             |

de cópia no processo em papel, e suporte digital de acesso restrito aos gestores da assiduidade e coordenação.

## 5. Fluxograma



## 6. Referências/Documentos de apoio

[1] DIOR

[2] Regulamento Interno V2. 2022

| MP 44 - COMISSÃO GRATUITA DE SERVIÇO   |   |                             |
|--|---|-----------------------------|
| Data elaboração  | 08-12-2022  |                             |
| Data de revisão / nº versão  | Nº 1  |                             |
| Data Aprovação   | Conselho Geral  | RCG – ata nº 4 - 15-02-2023 |
| Data Máxima de Revisão:  | 12/2023   |                             |
|  |   |                             |
| 1. Objetivo  | Garantir procedimento que estabeleça regras nas ausências dos profissionais por Comissão Gratuita de Serviço. |                             |
| 2. Âmbito  | Processos de Suporte/ Recursos Humanos  |                             |
| 3. Responsabilidade  | Coordenação – Conselho Técnico – Elo administrativo do SISQUAL  |                             |
| 4. Descrição   |   |                             |
| <p>1. Todos os elementos da USF são incentivados a frequentar ações de formação, jornadas e congressos, adequados à sua atualização profissional; para tal devem proceder aos passos enumerados de seguida para requerer a Comissão Gratuita de Serviço, aos quais tem direito a 15 dias por ano civil.</p> <p>2. Os pedidos de <b>comissão gratuita de serviço</b> para frequentar ações de formação são apresentados, por cada profissional ao elemento do Conselho Técnico do seu grupo sectorial, que identificará eventuais inibições à ausência do funcionário e dará o seu parecer.</p> <p>I. Apenas se poderão ausentar 1/3 dos elementos da equipa multidisciplinar, de cada grupo profissional;</p> <p>II. Serão consideradas exceções, ausências até 50% dos elementos de cada grupo profissional, se o período em causa for inferior ou igual a 2 dias úteis, e não houver constrangimentos para o serviço, nomeadamente para assegurar o horário de funcionamento;</p> <p>III. Fique garantido que cada interessado não está ausente do serviço mais do que 5 dias úteis consecutivos, salvo por razões devidamente justificadas;</p> <p>IV. Fique garantido que não é autorizado a cada interessado mais do que 10 dias úteis em cada mês do calendário civil, salvo interesse devidamente justificado;</p> <p>V. Os pedidos de autorização devem ser apresentados pelos interessados com a antecedência mínima de 20 dias úteis relativamente à data prevista para a realização da ação de formação visada, salvo motivo atendível devidamente justificado.</p> |   |                             |

- VI. Após apreciação pelo Conselho Técnico são encaminhados para o Coordenador validar, e ao Elo administrativo do SISQUAL para justificação da ausência na plataforma respectiva.
3. Informação do Coordenador da Unidade (ditado pela UAG ACES PL):
    - a) Aceder ao site do STF (pasta pública)
    - b) No Menu CGS, clicar em Informação/Autorização e entrar no acesso reservado ao Responsável do Serviço, introduzindo o seu Login e Password
    - c) Quanto aos requisitos de concessão:
      - I. *Os pedidos de autorização para formação em serviço devem ser requeridos pelos interessados com a antecedência mínima 20 dias úteis relativamente à data prevista para a realização da ação de formação;*
      - II. *Informação do Coordenador da Unidade sobre o interesse particular para o serviço, devidamente identificada, com nome e cargo;*
      - III. *Garantia do normal funcionamento do serviço e garantia da prestação de serviços individualmente marcados aos utentes ou populações assistidas;*
      - IV. *A garantia que cada interessado não está ausente do serviço mais de 5 dias consecutivos;*
      - V. *A garantia de que não é autorizado mais de 10 dias úteis em cada mês do calendário civil;*
      - VI. *O ficar assegurado uma dotação de Médicos, Enfermeiros, TSS, e TDT, quando aplicável, não inferior a dois terços dos efetivos do serviço, ou metade quando o contingente apenas compreender dois elementos (esta informação tem que constar na informação de chefia).*
    - d) No quadro dos pedidos requeridos, para visualizar o pedido e emitir informação, deve clicar no Nome do Requerente.
    - e) Remeter o pedido para informação do STF, clicando em Submeter.
  4. Para autorizar "separador Responsável do ACES", introduzindo o seu login e password (USFNH), dias autorizados (tem que constar a data da ausência, na informação autorizado) e nome de quem autoriza. No requerimento deve constar:
    - I. Entidade promotora do evento formativo;
    - II. Temas a tratar e objetivos deste;
    - III. Custo Unitário da ação de formação, nomeadamente encargos com a inscrição, alojamento e transporte, se for caso disso;
    - IV. Data, local e duração do evento formativo;
    - V. Justificação do interesse particularmente relevante para o serviço que advém da frequência do evento formativo;
    - VI. Informação sobre a ausência do trabalhador vai ou não acarretar despesas extraordinárias ou pôr em causa o normal funcionamento do serviço, designadamente com adiamento de ações já programadas em relação às populações assistidas;
    - VII. Indicação do financiamento ou cofinanciamento suportado por entidade externa, quando aplicável.

5. Para **participação em eventos no estrangeiro**:
  - I. Os pedidos são requeridos em suporte papel, enviados para o ACES PL para informação do Exmo. Diretor Executivo e remetidos posteriormente para Despacho do Conselho Diretivo da ARS do centro, em tempo útil.
  - II. O formulário deve ser acompanhado, obrigatoriamente, pelo programa científico do evento, declaração da entidade financiadora e certificado da última participação de formação em serviço.
6. É obrigatório a entregas no respetivo serviço da declaração de frequência ou certificado de formação, assim como no prazo de 10 dias a contar do termo das ações de formação, os participantes devem entregar ao responsável do serviço relatório sucinto sobre os trabalhos realizados.
7. Para qualquer esclarecimento adicional contatar a Assistente Técnica Eduarda Proença para o e-mail [MEProença@arscentro.min-saude.pt](mailto:MEProença@arscentro.min-saude.pt).
8. Formação interna as senhas estão na pasta pública (NH);
9. Os Internos de Formação Geral/Específica não têm acesso à plataforma pelo que devem preencher formulário próprio, na pasta pública, e respeitar os princípios do Despacho n.º 6411/2015, de 9 de junho
10. Devem informar o Secretário Clínico equipa/Polo para que proceda ao bloqueio da agenda,
11. Cada profissional (ou a quem delega na sua equipa) é responsável pela gestão da agenda - desmarcação/remarcação das consultas programadas; e deve comunicar a toda a equipa a sua ausência (via email e/ou Teams) para que entre em vigor o sistema de intersubstituição.
12. Os elementos da equipa multidisciplinar devem apresentar e partilhar com a equipa o conhecimento adquirido nestas oportunidades formativas e entregar a ficha resumo da formação ao Conselho Técnico, bem como cópia do certificado de frequência para que conste no seu processo individual; e ao Elo administrativo do SISQUAL para justificação da ausência na plataforma respetiva.

## 6. Referências/Documentos de apoio

[1] Despacho n.º 6411/2015, de 9 de junho - Determina que profissionais de saúde do SNS podem participar em cursos, seminários, encontros, jornadas ou outras ações de formação, realizadas no país ou no estrangeiro -

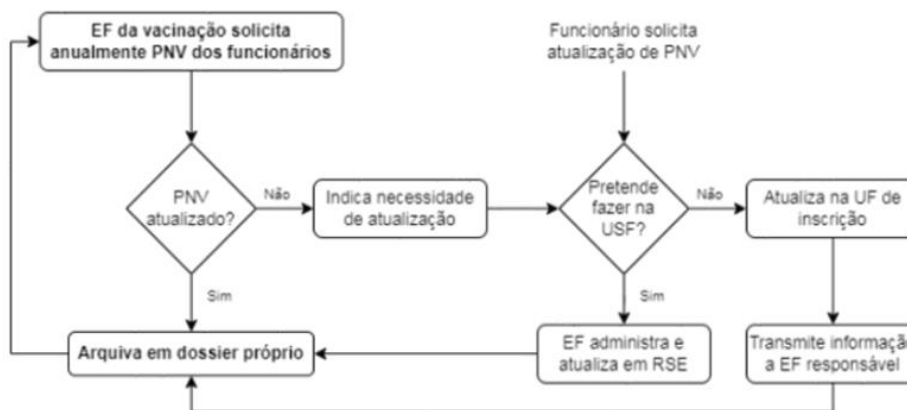
<https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/6411-2015-67442341>

[2] DIOR, [3] Regulamento Interno V2. 2022 - Artigo 29º- "Continuidade e Integração dos Cuidados na USF e no Domicílio

| <b>MP 45 - IMUNIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS</b> |   |
|---|---|
| <b>Data elaboração</b>                      | 20-01-2023  |
| <b>Data de revisão / nº versão</b>          | Nº 1  |
| <b>Data Aprovação</b>                       | Conselho Geral      RCG – ata nº 4 - 15-02-2023   |
| <b>Data Máxima de Revisão:</b>              | 12/2023   |
| <b>1. Objetivo</b>                          | Garantir que todos os profissionais da USF Novos Horizontes tenham acesso à imunização  |
| <b>2. Âmbito</b>                            | Processos de Suporte   Segurança   Segurança dos Profissionais   Imunização dos profissionais   |
| <b>3. Responsabilidade</b>                  | Elos da Vacinação – Mónica Barbosa, Helena Carvalho, Liliana Cerejo e Susana Vieira.  |
| <b>4. Descrição</b>                         | <p>1. O estado vacinal dos profissionais de saúde deve estar sempre atualizado no respetivo RSE.</p> <p>2. Os profissionais de saúde devem ter o PNV atualizado, com destaque para a vacinação com:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vacina Contra Tétano – Pelo menos 5 doses nas mulheres em idade fértil e 3 doses nos restantes. Atualização de 20 em 20 anos até aos 65 anos e depois de 10 em 10 anos ou antes em situações de exposição de risco ao agente tetanogénico.</li> <li>• Vacina Contra Hepatite B – Vacina atualizada (3 doses) ou serologia que ateste imunidade.</li> <li>• Vacina Contra Sarampo – Todos os profissionais dos serviços de saúde, independentemente da idade, devem estar vacinados com 2 doses de vacina contra sarampo ou história de imunidade conferida por doença.</li> <li>• Vacina Contra a Rubéola – As mulheres em idade fértil devem estar vacinadas com 2 doses da vacina contra a Rubéola ou serologia que ateste imunidade. Os restantes devem ter 1 dose da vacina da Rubéola.</li> <li>• Gripe sazonal – Todos os profissionais são aconselhados a vacinarem-se contra a gripe sazonal.</li> <li>• Vacina contra Covid19 – Todos os profissionais são aconselhados a vacinarem-se contra a Covid19.</li> <li>• Outras vacinas, fora do âmbito do PNV, necessárias para a proteção de profissionais de saúde contra riscos biológicos, efetuam-se no âmbito dos Serviços de Saúde Ocupacional respeitando a legislação em vigor.</li> </ul> |

3. Os profissionais que desejem atualizar o PNV podem fazê-lo na USF ou nas unidades funcionais de inscrição, devendo informar a equipa responsável pela vacinação da referida atualização.

### 5. Fluxograma –



### 6. Avaliação

Periodicidade Anual

Metodologia: Consulta da Ficha Vacinal do Profissional em Sistema Informático

Resultados: Apresentação em reunião de serviço da USF

### 7. Referências/Documentos de apoio

[1] Programa Nacional de Vacinação 2020

[2] DiOr

| <b>MP 46 - ELABORAÇÃO E GESTÃO DOCUMENTAL</b> |  |
|---|--|
| <b>Data elaboração</b>                        | 12-12-2018   |
| <b>Data de revisão / nº versão</b>            | 12-02-2023 - Nº 2  |
| <b>Data Aprovação</b>                         | Conselho Geral      RCG – ata nº 4 - 15-02-2023  |
| <b>Data Máxima de Revisão:</b>                | 12/2023  |
| <b>1. Objetivo</b>                            | <p>Estabelecer regras na afixação e divulgação de documentos e panfletos informativos de natureza organizacional e clínica aos utentes</p> <p>Garantir a qualidade da documentação produzida e da informação transmitida da USF</p> <p>Definir regras de circulação e arquivo de documentação da USF para os profissionais</p>   |
| <b>2. Âmbito</b>                              | Processos de Suporte   gestão da informação e comunicação/ entre profissionais/ elaboração e gestão documental   |
| <b>3. Responsabilidade</b>                    | Hugo Carvalho, Rita Moiteiro e Elisabete Brito   |
| <b>4. Descrição</b>                           | <p><b>DOCUMENTAÇÃO DA USF DIRIGIDA AO UTENTE</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Abrange todos os documentos e folhetos informativos disponibilizados aos utentes.</li> <li>Todos os profissionais são responsáveis pela elaboração de informação escrita destinada aos utentes.</li> <li>Cabe ao Conselho Técnico avaliar toda a informação afixada ou a afixar aos utentes e proceder à revisão da mesma.</li> <li>É da responsabilidade do Coordenador da USF autorizar a divulgação / afixação da informação, podendo este delegar responsabilidades para gestão dos documentos e panfletos disponíveis aos utentes em qualquer profissional da USF.</li> </ol> <p><b>DEFINIÇÕES, SIGLAS E ABREVIATURAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Documento: escrito elaborado pela equipa multidisciplinar da USF com a finalidade de ilustrar a informação a transmitir ao utente.</li> <li>Folheto: documento em formato de pequeno livro ou desdobrável, passível de ser transportado e lido com brevidade, contendo informação a transmitir ao utente.</li> </ul> |

- e. Todos os documentos informativos elaborados pela equipa multidisciplinar da USF devem ter preferencialmente:
  - I. O logotipo da USF no canto superior direito;
  - II. Título sugestivo da informação divulgada;
  - III. Designação da USF no canto inferior direito;
  - IV. Número e nome do documento em rodapé;
  - V. Data do documento no canto inferior esquerdo;
  - VI. Número da revisão no canto inferior esquerdo;
  - VII. Data prevista da próxima revisão no canto inferior direito;
  - VIII. Assinatura datada pelo Coordenador
  
- f. Toda a informação é afixada em painéis próprios, localizados no interior e exterior da USF, devidamente assinada e datada pelo Coordenador da unidade, e é revista com a periodicidade definida, evitando assim o risco de se encontrar afixada qualquer informação incorreta.
- g. Toda a informação afixada aos utentes, quando revista e substituída, é arquivada em pasta própria com a designação 'Documentos e folhetos para divulgação de informação aos utentes - Obsoleto'.
- h. Todos os documentos e folhetos de informação de teor clínico são da responsabilidade do conselho técnico. Compete ao mesmo avaliar, validar e verificar alguma informação desatualizada ou afixada incorretamente.
- i. Compete ao Coordenador a autorização da divulgação ou da afixação da informação.

#### DOCUMENTAÇÃO DIRECIONADA AOS PROFISSIONAIS

- a) Entende-se por documentação dirigida aos profissionais as circulares normativas e informativas do ACES Pinhal Litoral ou ARS Centro, circulares internas com as convocatórias das reuniões com a ordem de trabalhos, as atas das reuniões assim como todas as ações de formação internas e externas bem como outros assuntos de interesse geral.
- b) A informação divulgada obedece a padrões de qualidade sendo a forma de divulgação adaptada ao seu conteúdo. Cabe ao coordenador, com o apoio do Conselho técnico, validá-la antes de a divulgar e assegurar o cumprimento dos princípios constantes da informação.
- c) Os documentos informativos devem ser preferencialmente pelos membros da USF ou provenientes de entidades públicas.
- d) A documentação produzida e validade encontra-se arquivada em formato digital na pasta de grupos da USF.
- e) O arquivo documental físico encontra-se no BackOffice acessível a todos os profissionais e diz respeito a dossiers devidamente identificados cuja gestão é da responsabilidade dos gestores do processo.

#### 5. Fluxograma

N.A

6. Avaliação

Periodicidade Anual – auditoria anual ao material afixado

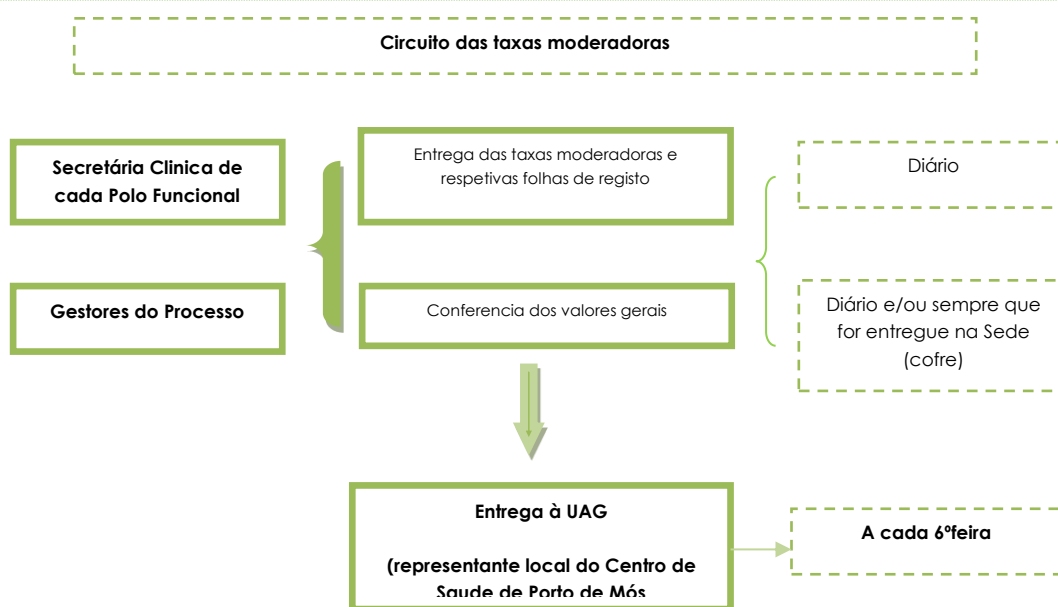
7. Referências/Documentos de apoio

[1] DiOr

| <b>MP 47 - TAXAS MODERADORAS</b>   |  |
|------------------------------------|--|
| <b>Data elaboração</b>             | 08-12-2022   |
| <b>Data de revisão / nº versão</b> | Nº 1   |
| <b>Data Aprovação</b>              | Conselho Geral RCG – ata nº 4 - 15-02-2023   |
| <b>Data Máxima de Revisão:</b>     | 12/2023  |
| <b>1. Objetivo</b>                 | Garantir procedimento administrativo no que se refere a cobrança de taxas moderadoras e outras receitas resultante da prestação de cuidados.   |
| <b>2. Âmbito</b>                   | Processos de Suporte / Gestão Financeira / Gestão das taxas moderadoras.   |
| <b>3. Responsabilidade</b>         | Gestores do Processo de Suporte - Recursos Financeiros   |
| <b>4. Descrição</b>                | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Na entrega presencial, o montante recolhido deve ser conferido pelo Gestor Financeiro Administrativo (ou quem o substitua nas suas ausências), juntamente com a listagem dos valores – listagem das taxas moderadoras do SINUS, SCLINICO, duplicado de recibos emitidos para outras receitas e recibos anulados.</li> <li>2. As importâncias recebidas nos Polos Funcionais, nos turnos de atendimento que terminem fora do horário dos gestores do processo, devem ser depositadas por quem as recebeu, no final do turno, em envelope fechado, no cofre existente para o efeito, na sala de arquivo.</li> <li>3. Nos envelopes deve ser escrito o nome de quem recebeu/colaborador, e a importância, e deve conter: <ol style="list-style-type: none"> <li>I. Listagem dos valores entregues - – listagem das taxas moderadoras do SINUS, SCLINICO, duplicado de recibos emitidos para outras receitas e recibos anulados</li> <li>II. A importância recebida.</li> </ol> </li> <li>4. Todos os valores cobrados serão enviados à UAG, em protocolo, semanalmente. A representante local da UAG (Centro de Saúde de Porto de Mós) compromete-se a realizar a recolha das receitas das taxas, as sextas-feiras.</li> <li>5. O procedimento relativo ao recebimento das taxas moderadoras mantém-se em vigor, com o correspondente depósito na Caixa Geral de Depósitos, na conta do IGCP, de acordo com o regulamento existente. (Regulamento Taxas Moderadoras e Sanitárias - Centros/Unidades Funcionais de 28/01/2016, publicitado na Ordem de Serviço do ACES nº 01/DE, de 28/1/2016).</li> </ol> |

6. Competirá ao representante local da UAG centralizar as receitas das taxas das USF Novos Horizontes, de acordo com a metodologia adotada na recolha de valores, solicitar a emissão das guias e promover o depósito bancário.
7. Não é atribuído fundo de maneiio a qualquer colaborador da USF NH.
8. As eventuais variações às receitas monetárias geradas pelas taxas moderadoras são analisadas em contexto de reunião multiprofissional

## 5. Fluxograma



## 6. Referências/Documents de apoio

[1] DIOR

[2] Manual de Articulação da USF Novos Horizontes 2022 - aprovado a 23-02-2022 (3º RMT).

[3] Regulamento Taxas Moderadoras e Sanitárias - Centros/Unidades Funcionais de 28/01/2016, publicitado na Ordem de Serviço do ACES nº 01/DE, de 28/1/2016

| <b>MP 48 - GESTÃO DE STOCK</b>  |  |
|---|--|
| <b>Data elaboração</b>  | 24-10-2019   |
| <b>Data de revisão / nº versão</b>  | 08-12-2022 – Nº 2  |
| <b>Data aprovação</b>   | Conselho Geral      RCG – ata nº 4 - 15-02-2023  |
| <b>Data Máxima de Revisão:</b>  | 12/2023  |
|   |  |
| <b>1. Objetivo</b>  | Garantir procedimento de forma a clarificar e uniformizar os procedimentos entre a USF NH e o ARMAZEM ARS C, e o Gabinete de Farmácia e Medicamento (GFM) e LOGISTICA do ACES PL, relativamente ao material de consumo clínico (CC), administrativo, farmacêutico, e hoteleiro de forma a facilitar a gestão racional dos recursos existentes e evitar rutura de stocks. |
| <b>2. Âmbito</b>  | Processos de Suporte / Aprovisionamento / Gestão de stocks   |
| <b>3. Responsabilidade</b>  | Coordenadores e Gestores do Processo de Suporte Aprovisionamento - Tânia Pereira, Liliana Cerejo, Rita Moiteiro e SC Susana Vieira;  |
| <b>4. Descrição</b>   |  |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Na USF NH encontram-se implementadas os Armazéns Avançados. Compete aos Gestores do Processo de Suporte Aprovisionamento (AA) – Liliana Cerejo e Susana Vieira (ou quem as substitua nas suas ausências) realizar o registo do consumo de material na plataforma institucional - SGICM</li> <li>2. Semanalmente é realizado o registo do consumo do material (debitado na plataforma as quantidades consumidas), sendo que os níveis na plataforma SGICM devem coincidir com o stock existente.</li> <li>3. O material de farmácia é repostado na primeira semana de cada mês, sendo a contagem efetuada a partir da data em que a farmácia procede aos aviamentos dos mesmos.</li> <li>4. O material de consumo administrativo e hoteleiro é fornecido na primeira semana de cada mês.</li> <li>5. Após a receção do material pelas AA, o mesmo é conferido de acordo com a listagem que vem anexa. Este passo pode ser realizado por quem as substitua nas suas ausências.</li> <li>6. O armazenamento dos materiais recebidos na USFNH compete à equipa de enfermagem/secretarias clínicas, com o apoio das AA, sendo acondicionado nos seguintes locais:</li> </ol> |  |

- I. Produtos farmacêuticos e material de CC – farmácia de cada Polo/Sede
  - II. Vacinas – frigorífico central na Sede (sendo distribuída para cada Polo consoante necessidades e armazenada nos frigoríficos de cada local)
  - III. Material administrativo – armazém administrativo, e depois de distribuído para cada Polo, nos armários do Secretariado Clínico;
  - IV. Material hoteleiro – sala respetiva existente em cada Polo e devidamente identificado, com apoio da equipa/elemento de limpeza do Polo respetivo.
7. A reposição do material em cada gabinete é realizada após pedido ao Secretário Clínico (verbal, email ou via Teams).
8. Na eventualidade de rotura de material, ou necessidade de outro que não conste do perfil, é realizada pelos gestores do processo um pedido extraordinário na plataforma, devidamente justificada. Assumem procedimento específico:
- a) Imunoglobulina Anti-D:
    - I. Preenchimento do Modelo nº 1804/INCM, pelo Médico e Enfermeiro de Família, com termo de consentimento assinado pela grávida.
    - II. O enfermeiro de Família procede ao envio do impresso ao GFM
    - III. A receção e armazenamento da Ig Anti-D deve ser comunicada à Enfermeira de Família, que depois administram á utente. A cópia deve ser guardada no processo em papel da utente pelo Secretariado Clínico.
  - b) Vacinas para situações especiais:
    - I. A requisição de vacinas extraordinárias (extra reposição mensal), vacinas não incluídas no perfil, vacinas para cumprimento de situações especiais previstas no PNV ou outras normas específicas, obedecem aos Procedimentos Técnicos do GFM, gerida pela Isabel Craveiro - imcraveiro@arscentro.min-saude.pt
    - II. Internamente o Médico deve emitir um Guia de Tratamento com a vacina em questão, e preencher em conjunto com a Enfermeira de Família o impresso fornecido pelo GFM
    - III. A enfermeira gestora do processo procede ao pedido à Equipa Coordenadora da Vacinação e GFM via email.
    - IV. Após validação pela Equipa Coordenadora da Vacinação, o GFM é avisado e procede ao aviamento do pedido.
    - V. O médico de família e Enfermeira de Família devem ser avisados da receção da vacina, e a mesma deve estar identificada com nome da utente a quem será administrado.
  - c) Balas de Oxigénio

- I. Compete aos profissionais que utilizam as balas de oxigénio informar os gestores do processo quando esta terminar, para que estes solicitem a substituição do mesmo.
- II. A substituição da bala é efetuada diretamente pela empresa fornecedora do ACES PL, sendo o recibo de receção enviado ao GFM.
- III. Deve existir sempre uma bala extra de oxigénio, além da que está em uso.

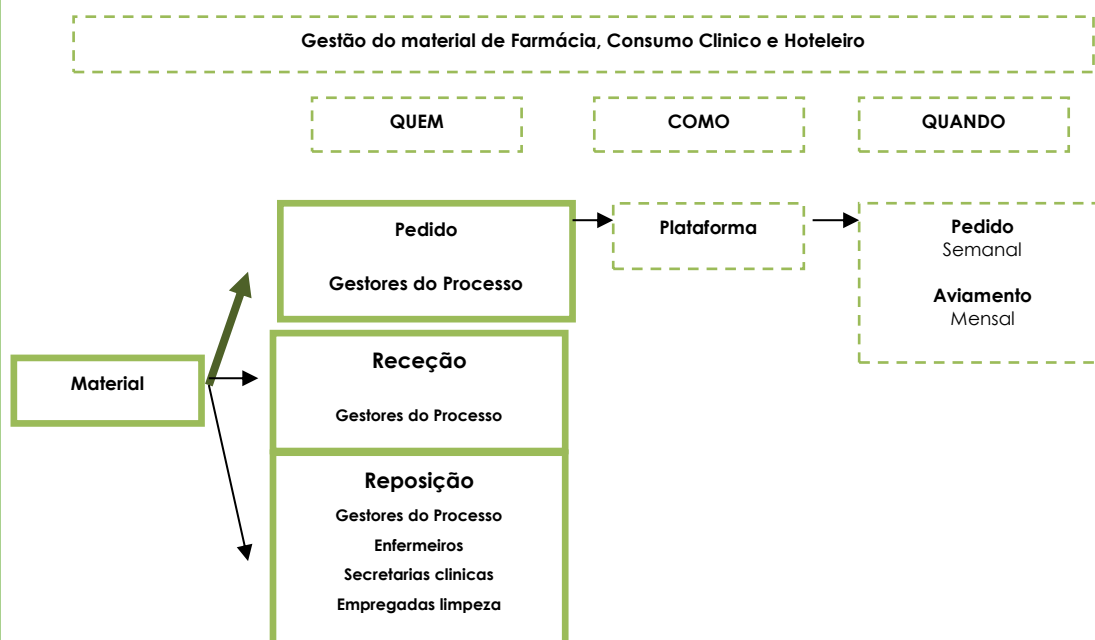
9. Prazos de validade:

- I. A monitorização dos prazos de validade cabe aos gestores de cada processo.
- II. A revisão dos prazos de validade do material em stock na farmácia deve ser realizada trimestralmente, dispondo-se o material na lógica de "first-expire", "First-Out"-FEFO.

10. **Inventário Anual nos Armazéns Avançados (AA)** –

Efetuada no mês de dezembro de cada ano civil - por incumbência da Coordenadora da UALP, via email, solicitando um responsável para o processo de contagens de existências dos artigos de farmácia e de consumo clínico e um responsável para a contagem de existências dos artigos de consumo hoteleiro e administrativo.

5. Fluxograma



6. Referências/Documents de apoio

[1] DIOR

[2] Manual de Articulação da USF Novos Horizontes 2022 - aprovado a 23-02-2022 (3º RMT).

| <b>MP 49 - MONITORIZAÇÃO DA PRESCRIÇÃO</b> |   |                             |
|--|---|-----------------------------|
| <b>Data elaboração</b>                     | 08-12-2022  |                             |
| <b>Data de revisão / nº versão</b>         | Nº 1  |                             |
| <b>Data Aprovação</b>                      | Conselho Geral  | RCG – ata nº 4 - 15-02-2023 |
| <b>Data Máxima de Revisão:</b>             | 12/2023   |                             |
| <b>1. Objetivo</b>                         | Garantir procedimento para a gestão do risco clínico.   |                             |
| <b>2. Âmbito</b>                           | Processos de Suporte / Segurança / Controlo de uso de material farmacêutico e clínico   |                             |
| <b>3. Responsabilidade</b>                 | Equipa de Monitorização – Gestores do Aprovisionamento  |                             |
| <b>4. Descrição</b>                        | <p>1. A equipa de Monitorização procede a avaliação trimestral- março – junho – setembro-dezembro - da prescrição farmacológica e MCDT, através da análise dos seguintes indicadores relativos a essa área de desempenho:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Prescrição de antidiabéticos orais;</li> <li>b) Prescrição de genéricos</li> <li>c) Prescrição de quinolonas e cefalosporinas</li> <li>d) Prescrição de coxibes</li> <li>e) Despesa de medicação PVP inscrito</li> <li>f) Despesa em MCDT</li> </ul> <p>2. O relatório dessa análise é avaliado em reunião Conselho Geral, por forma a definir medidas de melhoria;</p> <p>3. Os gestores do aprovisionamento remetem para a equipa anualmente, a listagem emitida pelo Gabinete de Farmácia e Material Clínico relativo ao material LASA e uso, no seguimento das orientações da norma da DGS 20/2014:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) LASA - Medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto semelhantes, designados por medicamentos LASA</li> </ul> |                             |
| <b>5. Fluxograma</b>                       | N/A   |                             |
| <b>6. Avaliação</b>                        |   |                             |

1. Reuniões trimestrais de Monitorização, a implementar a partir de 2023 – avaliação da prescrição farmacológica e MCDT
2. Produtos LASA - Aplicação anual do Plano de Auditoria, a iniciar em 2023, segundo a normal DGS 20/2014:

| Instrumento de Auditoria  |          |          |          |                   |
|---|----------|----------|----------|-------------------|
| Norma "Medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto semelhante "   |          |          |          |                   |
| Unidade: _____  |          |          |          |                   |
| Data: ___/___/___      Equipa auditora: _____   |          |          |          |                   |
|   |          |          |          |                   |
| Critérios   | Sim      | Não      | N/A      | EVIDÊNCIA / FONTE |
| A instituição elaborou a lista interna de medicamentos LASA.  |          |          |          |                   |
| A lista foi divulgada na instituição.   |          |          |          |                   |
| A lista foi revista, pelo menos anualmente.   |          |          |          |                   |
| Os profissionais tiveram conhecimento da lista em vigor na instituição.   |          |          |          |                   |
| Na aquisição de medicamentos e sempre que possível, a instituição considerou alternativas para não adicionar medicamentos LASA à lista interna existente. |          |          |          |                   |
| As aplicações informáticas dispõem de alertas para os medicamentos LASA.  |          |          |          |                   |
| Os medicamentos LASA estão armazenados separadamente.   |          |          |          |                   |
| Os medicamentos LASA estão identificados para que se diferenciem entre eles e dos restantes.  |          |          |          |                   |
| A instituição utiliza o método de inserção de letras maiúsculas para a diferenciação das denominações de medicamentos LASA.                               |          |          |          |                   |
| A instituição tem estratégia implementada quando existe pedido oral de medicamento LASA.  |          |          |          |                   |
| A instituição tem estratégia implementada quando existe caligrafia ilegível num pedido escrito de medicamento LASA.                                       |          |          |          |                   |
| Os profissionais realizam formação incluindo os medicamentos LASA.  |          |          |          |                   |
| <b>Subtotal</b>   | <b>0</b> | <b>0</b> | <b>0</b> |                   |
| <b>ÍNDICE CONFORMIDADE</b>  | %        |          |          |                   |

3. Revisão anual deste procedimento

## 6. Referências/Documentos de apoio

[1] DIOR

[2] Norma DGS 20/2014 - Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes

[https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/1.NORMA020\\_2014\\_ACT.DEZ2015.pdf](https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/1.NORMA020_2014_ACT.DEZ2015.pdf)

### MP 50 - GESTÃO DE EQUIPAMENTOS E INSTALAÇÕES

Data elaboração    08-12-2022

|                                    |   |                             |
|------------------------------------|---|-----------------------------|
| <b>Data de revisão / nº versão</b> | Nº 1  |                             |
| <b>Data Aprovação</b>              | Conselho Geral  | RCG – ata nº 4 - 15-02-2023 |
| <b>Data Máxima de Revisão:</b>     | 12/2023   |                             |
| <b>1. Objetivo</b>                 | Garantir procedimento relativo às regras de utilização de equipamento e instalações.  |                             |
| <b>2. Âmbito</b>                   | Processos de Suporte / Gestão do risco (clínico e não clínico) / Prevenção de Incidentes  |                             |
| <b>3. Responsabilidade</b>         | Gestores do risco – instalações e equipamento técnico   |                             |
| <b>4. Descrição</b>                | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. A listagem do material inventariado encontra-se afixada na porta de cada gabinete. Sempre que um profissional detetar uma anomalia / avaria de um equipamento deve reportar por email aos gestores do processo, com conhecimento da equipa.</li> <li>2. No caso de anomalia nas instalações compete aos gestores ou coordenador a comunicação por email à LOGISTICA do ACES PL - <a href="mailto:logistica.pl@arscentro.min-saude.pt">logistica.pl@arscentro.min-saude.pt</a></li> <li>3. No caso de necessidade de reparação de equipamentos compete aos responsáveis dos processos o envio do equipamento à representante da UAG do Centro de Saúde de Porto de Mós, para que a mesma encaminhe a quem é responsável a nível do ACES PL por essa tarefa;</li> <li>4. No caso de equipamento informático, compete a cada profissional reportar ao gabinete de informática - <a href="mailto:informatica.pl@arscentro.min-saude.pt">informatica.pl@arscentro.min-saude.pt</a> – por email e por telefone se necessário.</li> <li>5. Em caso de necessidade de inovação/substituição de equipamento compete aos Gestores do Aprovisionamento o envio do pedido - <a href="mailto:farmaceuticos@arscentro.min-saude.pt">farmaceuticos@arscentro.min-saude.pt</a> / <a href="mailto:logistica.pl@arscentro.min-saude.pt">logistica.pl@arscentro.min-saude.pt</a> / com conhecimento do Conselho Técnico e Coordenação,</li> <li>6. A comunicação de avarias / anomalias deve ser repetida no link do GOOGLE FORMS – “Notificação de Incidentes e Eventos adversos”: - <a href="https://forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?id=CEBlh3wxUaAJGPMi5fUbCd4gl9AzpBiDarqH4Fk1hURVM2TUw0R1MyS1NYWE02NFAzRVUwWFEdUJYy4u">https://forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?id=CEBlh3wxUaAJGPMi5fUbCd4gl9AzpBiDarqH4Fk1hURVM2TUw0R1MyS1NYWE02NFAzRVUwWFEdUJYy4u</a> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Após notificação, a Coordenadora recebe email, consulta o reporte, regista a avaria/ocorrência na grelha de incidentes;</li> </ol> </li> </ol> |                             |

- II. Discutido em reunião multidisciplinar
- III. Monitorização do estado de resolução do problema.

## 5. Fluxograma



## 6. Referências/Documents de apoio

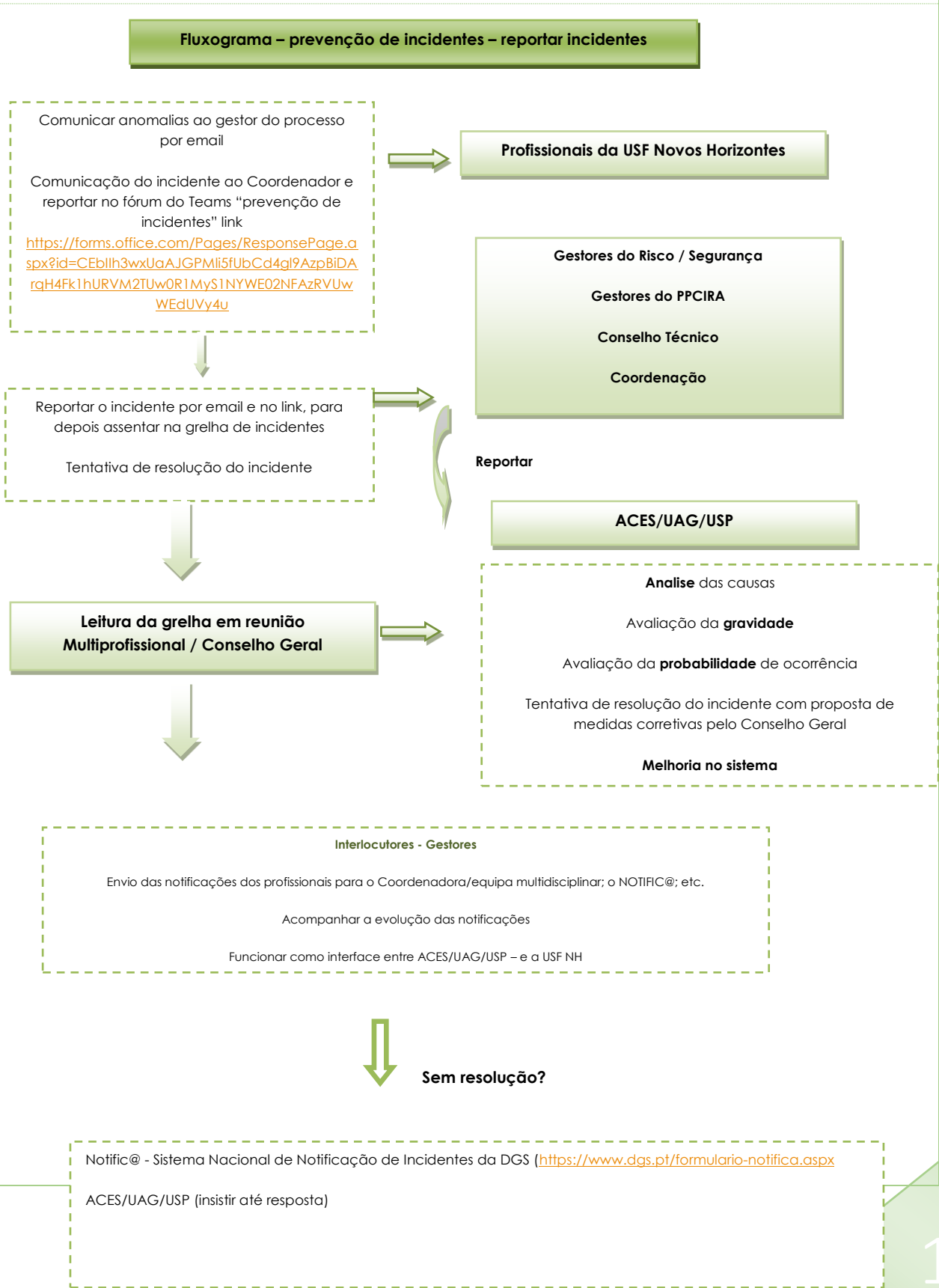
- [1] DIOR
- [2] Manual de Articulação USF NH-ACES PL 2022
- [3] Manual Prevenção de Incidentes V2.2022

| <b>MP 51 - GESTÃO DO RISCO CLÍNICO E NÃO CLÍNICO – PREVENÇÃO DE INCIDENTES</b> |                   |
|--|-------------------|
| <b>Data elaboração</b>   | 19-10-2021        |
| <b>Data de revisão / nº versão</b>   | 08-12-2022 – Nº 2 |

| <b>Data Aprovação</b>  | Conselho Geral  | RCG –ata nº 10 - 14-12-2022,  |      |               |          |                       |   |  |  |   |   |   |  |                                 |   |   |   |                 |   |   |  |   |  |
|--|---|---|------|---------------|----------|-----------------------|---|--|--|---|---|---|--|---------------------------------|---|---|---|-----------------|---|---|--|---|--|
| <b>Data Máxima de Revisão:</b>   | 12/2023   |   |      |               |          |                       |   |  |  |   |   |   |  |                                 |   |   |   |                 |   |   |  |   |  |
| <b>1. Objetivo</b>   | Garantir procedimento para a gestão do risco e prevenção de incidentes.   |   |      |               |          |                       |   |  |  |   |   |   |  |                                 |   |   |   |                 |   |   |  |   |  |
| <b>2. Âmbito</b>   | Processo de Suporte / Segurança / identificação da metodologia utilizada para a gestão do risco.                        |   |      |               |          |                       |   |  |  |   |   |   |  |                                 |   |   |   |                 |   |   |  |   |  |
| <b>3. Responsabilidade</b>   | Gestores da Segurança - Mónica Barbosa e Hugo Carvalho / Lílana Cerejo e Lina Oliveira/ Elisabete Brito e Susana Vieira |   |      |               |          |                       |   |  |  |   |   |   |  |                                 |   |   |   |                 |   |   |  |   |  |
| <b>4. Descrição</b>  |   |   |      |               |          |                       |   |  |  |   |   |   |  |                                 |   |   |   |                 |   |   |  |   |  |
| <p>1. A USF NH possui um Mapa de Riscos – Manual de Prevenção de Incidentes – ANEXO III</p> <p>I. <u>Incidente</u>: evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente</p> <p>II. Risco: probabilidade de um incidente ocorrer</p> <p>2. São definidas como áreas de intervenção para a gestão do risco clínico e não clínico as respetivas áreas de monitorização:</p>   |   |   |      |               |          |                       |   |  |  |   |   |   |  |                                 |   |   |   |                 |   |   |  |   |  |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th>Área</th> <th>Monitorização</th> <th>Gestores</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>Mapa de riscos</b></td> <td>De acordo com o Manual de prevenção de incidentes ANEXO III</td> <td>Gestores da Segurança - Mónica Barbosa / Mº Inês Caetano / Elisabete Brito</td> </tr> <tr> <td><b>Avarias ou incidentes de Equipamentos</b></td> <td>De acordo com o procedimento "Gestão de equipamentos e instalações"</td> <td>Gestores do processo Instalações e Equipamento – Mónica Barbosa / Mº Inês Caetano / Elisabete Brito</td> </tr> <tr> <td><b>Sugestões / reclamações e Agressões verbais ou físicas</b></td> <td>Cumprimento do procedimento "tratamento de reclamações, sugestões e elogios"</td> <td>Coordenação – Conselho Técnico.</td> </tr> <tr> <td><b>Prevenção e controlo de infeções</b></td> <td>Cumprimento dos procedimentos relativos ao PPCIRA</td> <td>Gestores do Controlo de Infeção – Hugo Carvalho / Lina Oliveira / Ângela Rego</td> </tr> <tr> <td><b>Fármacos</b></td> <td>Cumprimento do Procedimento relativo a "qualificação da prescrição"</td> <td>Conselho Técnico – Mara Galo / Maria Inês Caetano / Sónia Pragosa</td> </tr> <tr> <td><b>Confidencialidade da informação Clínica</b></td> <td>Cumprimento do Procedimento relativo a "Gestão da Informação e Comunicação"</td> <td>Gestores da Segurança - Mónica Barbosa / Mº Inês Caetano / Elisabete Brito</td> </tr> </tbody> </table> |   |   | Área | Monitorização | Gestores | <b>Mapa de riscos</b> | De acordo com o Manual de prevenção de incidentes ANEXO III | Gestores da Segurança - Mónica Barbosa / Mº Inês Caetano / Elisabete Brito | <b>Avarias ou incidentes de Equipamentos</b> | De acordo com o procedimento "Gestão de equipamentos e instalações" | Gestores do processo Instalações e Equipamento – Mónica Barbosa / Mº Inês Caetano / Elisabete Brito | <b>Sugestões / reclamações e Agressões verbais ou físicas</b> | Cumprimento do procedimento "tratamento de reclamações, sugestões e elogios" | Coordenação – Conselho Técnico. | <b>Prevenção e controlo de infeções</b> | Cumprimento dos procedimentos relativos ao PPCIRA | Gestores do Controlo de Infeção – Hugo Carvalho / Lina Oliveira / Ângela Rego | <b>Fármacos</b> | Cumprimento do Procedimento relativo a "qualificação da prescrição" | Conselho Técnico – Mara Galo / Maria Inês Caetano / Sónia Pragosa | <b>Confidencialidade da informação Clínica</b> | Cumprimento do Procedimento relativo a "Gestão da Informação e Comunicação" | Gestores da Segurança - Mónica Barbosa / Mº Inês Caetano / Elisabete Brito |
| Área   | Monitorização   | Gestores  |      |               |          |                       |   |  |  |   |   |   |  |                                 |   |   |   |                 |   |   |  |   |  |
| <b>Mapa de riscos</b>  | De acordo com o Manual de prevenção de incidentes ANEXO III   | Gestores da Segurança - Mónica Barbosa / Mº Inês Caetano / Elisabete Brito                          |      |               |          |                       |   |  |  |   |   |   |  |                                 |   |   |   |                 |   |   |  |   |  |
| <b>Avarias ou incidentes de Equipamentos</b>   | De acordo com o procedimento "Gestão de equipamentos e instalações"   | Gestores do processo Instalações e Equipamento – Mónica Barbosa / Mº Inês Caetano / Elisabete Brito |      |               |          |                       |   |  |  |   |   |   |  |                                 |   |   |   |                 |   |   |  |   |  |
| <b>Sugestões / reclamações e Agressões verbais ou físicas</b>  | Cumprimento do procedimento "tratamento de reclamações, sugestões e elogios"  | Coordenação – Conselho Técnico.   |      |               |          |                       |   |  |  |   |   |   |  |                                 |   |   |   |                 |   |   |  |   |  |
| <b>Prevenção e controlo de infeções</b>  | Cumprimento dos procedimentos relativos ao PPCIRA   | Gestores do Controlo de Infeção – Hugo Carvalho / Lina Oliveira / Ângela Rego                       |      |               |          |                       |   |  |  |   |   |   |  |                                 |   |   |   |                 |   |   |  |   |  |
| <b>Fármacos</b>  | Cumprimento do Procedimento relativo a "qualificação da prescrição"   | Conselho Técnico – Mara Galo / Maria Inês Caetano / Sónia Pragosa                                   |      |               |          |                       |   |  |  |   |   |   |  |                                 |   |   |   |                 |   |   |  |   |  |
| <b>Confidencialidade da informação Clínica</b>   | Cumprimento do Procedimento relativo a "Gestão da Informação e Comunicação"   | Gestores da Segurança - Mónica Barbosa / Mº Inês Caetano / Elisabete Brito                          |      |               |          |                       |   |  |  |   |   |   |  |                                 |   |   |   |                 |   |   |  |   |  |

|  |  |  |
|--|--|--|
| <b>Plano de Prevenção e Emergência</b> | *Ainda por definir – pedido de Simulacro / Plano de Emergência às Entidades competentes, reunião a agendar | Coordenação e Gestores da Segurança - Mónica Barbosa / M <sup>o</sup> Inês Caetano / Elisabete Brito |
|--|--|--|

## 5. Fluxograma



#### 6. Referências/Documentos de apoio

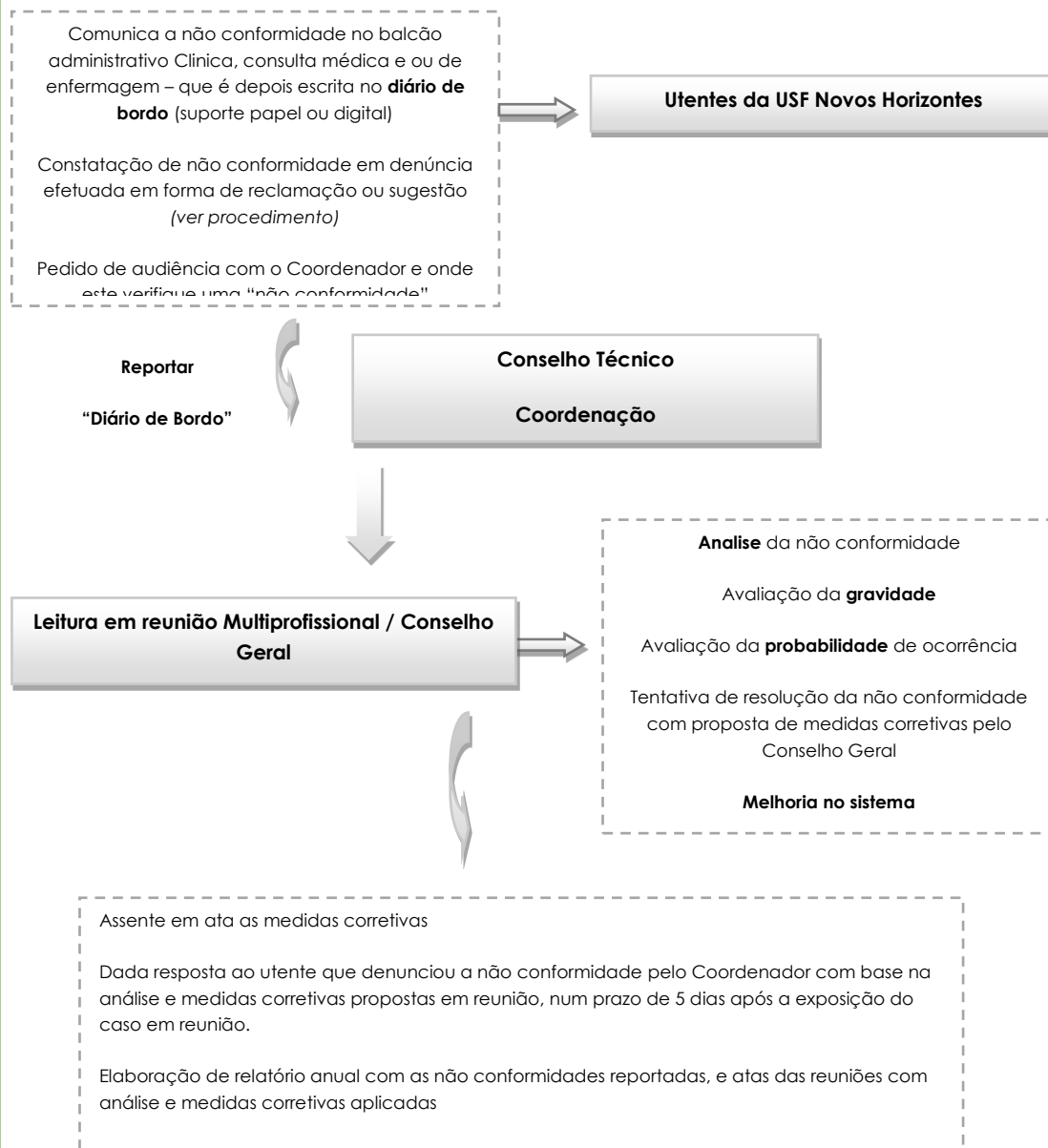
- [1] [Informação nº 002/2014 de 25/02/2014](#) - Relatório de Progresso de Monitorização do SNNIEA - 2013
- [2] [Informação nº 006/2013 de 24/12/2013](#) - Decreto-Lei n.º 121/2013, de 22 de agosto
- [3] [Orientação nº 011/2012 de 30/07/2012](#) - Análise de Incidentes e de Eventos Adversos
- [Norma nº 015/2014 de 25/09/2014](#) - Sistema Nacional de Notificação de Incidentes – NOTIFICA
- [4] DIOR
- [5] Manual de Prevenção de Incidentes V2. 2022.

#### MP 52 - GESTÃO DAS NÃO CONFORMIDADES

|                        |            |
|------------------------|------------|
| <b>Data elaboração</b> | 09-12-2022 |
|------------------------|------------|

|  |  |                             |
|--|--|-----------------------------|
| <b>Data de revisão / nº versão</b>   | Nº1  |                             |
| <b>Data Aprovação</b>  | Conselho Geral   | RCG – ata nº 4 - 15-02-2023 |
| <b>Data Máxima de Revisão:</b>   | 12/2023  |                             |
| <b>1. Objetivo</b>   |  |                             |
|  | Garantir procedimento para a gestão das não conformidades detetadas pelo utente, de forma a demonstrar que a USF NH se preocupa com as necessidades dos utentes e que o coloca no centro do sistema. |                             |
| <b>2. Âmbito</b>   |  |                             |
|  | Processo de Suporte / Centralidade no Cidadão / Participação do cidadão / identificação da metodologia utilizada para a gestão das não conformidades   |                             |
| <b>3. Responsabilidade</b>   |  |                             |
|  | Conselho Técnico - Coordenador   |                             |
| <b>4. Descrição</b>  |  |                             |
| <p>1. Definição - Uma "<b>não conformidade</b>" é um acontecimento relacionado com um utente em que o ocorrido está aquém da meta estabelecida pela unidade funcional para esse processo.</p> <p>2. É o desvio de qualquer regra ou incumprimento por parte da USF NH e que o utente tenha notificado.</p> <p style="padding-left: 40px;"><i>Por exemplo, esperar 61 minutos para além da hora de agendamento é uma não conformidade se a unidade funcional tiver definido na sua carta de qualidade que o tempo de espera recomendado é inferior</i></p> <p>3. A USF NH possui vários documentos – Carta dos Direitos; Regulamento Interno; Carta de Qualidade, Manual de Procedimentos, Carta de Compromisso de Qualidade, Guia de Acolhimento do utente, etc., em suporte em papel e digital (publicitado no BICSP <a href="https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20023/2101792/Paginas/default.aspx">https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20023/2101792/Paginas/default.aspx</a> ). onde define regras, direitos e deveres quer dos utentes quer dos profissionais e as metodologias nos diferentes processos assistenciais e outras.</p> <p>4. Sempre que o utente notifique algum desvio em relação a estes documentos e que tenham prejuízo para si, o mesmo é discutido em reunião Multiprofissional e/ou de Conselho Geral para que se proceda a melhoria das ações e para evitar futuras não conformidades.</p> |  |                             |
| <b>5. Fluxograma</b>   |  |                             |

**Fluxograma – gestão das não conformidades**



6. Referências/Documents de apoio

[1] DIOR; [2] SDM – indicador 430 - Score dimensão "participação do cidadão"

<https://sdm.min-saude.pt/bi.aspx?id=430&clusters=S>

**MP 53- GESTÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA UTENTES E PROFISSIONAIS**

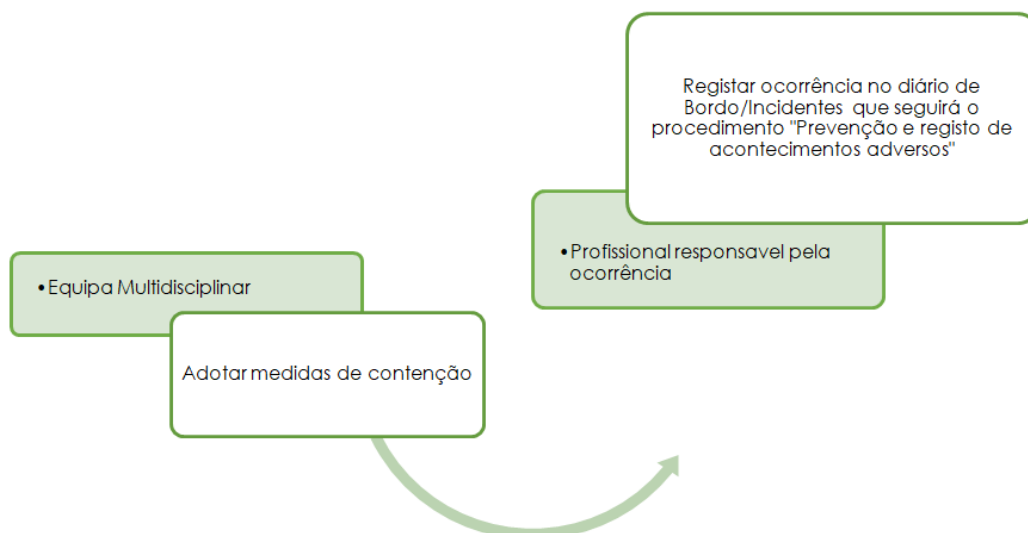
**Data elaboração** 08-12-2022

|                                    |  |                             |
|------------------------------------|--|-----------------------------|
| <b>Data de revisão / nº versão</b> | Nº 1   |                             |
| <b>Data Aprovação</b>              | Conselho Geral   | RCG – ata nº 4 - 15-02-2023 |
| <b>Data Máxima de Revisão:</b>     | 12/2023  |                             |
| <b>1. Objetivo</b>                 | Garantir procedimento a adotar pela equipa perante casos de violência física, verbal e/ou patrimonial, com profissionais e utentes   |                             |
| <b>2. Âmbito</b>                   | Processos de suporte / Segurança / Gestão da violência   |                             |
| <b>3. Responsabilidade</b>         | Dr.ª Mónica Barbosa – Elo Focal; Coordenação   |                             |
| <b>4. Descrição</b>                | <p>1- Os profissionais devem a todo o tempo procurar adotar uma postura cortês e de empatia, evitando assim situações de conflito com os utentes. Caso ocorra alguma situação de violência verbal ou física partida de um profissional da USF contra um utente, devem os restantes profissionais adotar medidas de contenção sobre a situação, proceder ao registo da ocorrência em Diário de Bordo para posterior análise em reunião multidisciplinar com discussão de medidas corretivas (<b>Fluxograma A</b>).</p> <p>2- Em caso de violência verbal, para os profissionais de saúde (<b>Fluxograma B</b>)</p> <p>A) Se for confrontado com uma situação verbalmente agressiva, o profissional deve adotar uma atitude atenta e tentar compreender a origem de tal atitude, atendendo aos princípios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usar discurso firme, mas nunca arrogante, insolente ou prepotente;</li> <li>• Nunca responder de forma igualmente violenta;</li> <li>• Procurar dialogar em voz baixa, procurar questionar o agressor para mudar assim a sua atitude emocional para o racional</li> <li>• Mantém sempre a distância de segurança, evitando contacto físico.</li> </ul> <p>3- Caso o profissional não consiga resolver a situação, deve afastar-se pedindo ajuda ou a quem o substitua, recorrendo ao colega que lhe estiver mais próximo ou que se aperceba do desacato e informar o Coordenador ou quem o substitua e chamar a GNR.</p> <p>4- Toda a situação de violência verbal deve ser registadas pelo agredido no Diário de bordo, e realizada a notificação dos utentes no Notific@, através do preenchimento do formulário (<a href="https://www.dgs.pt/formulario-notifica.aspx">https://www.dgs.pt/formulario-notifica.aspx</a>)</p> |                             |

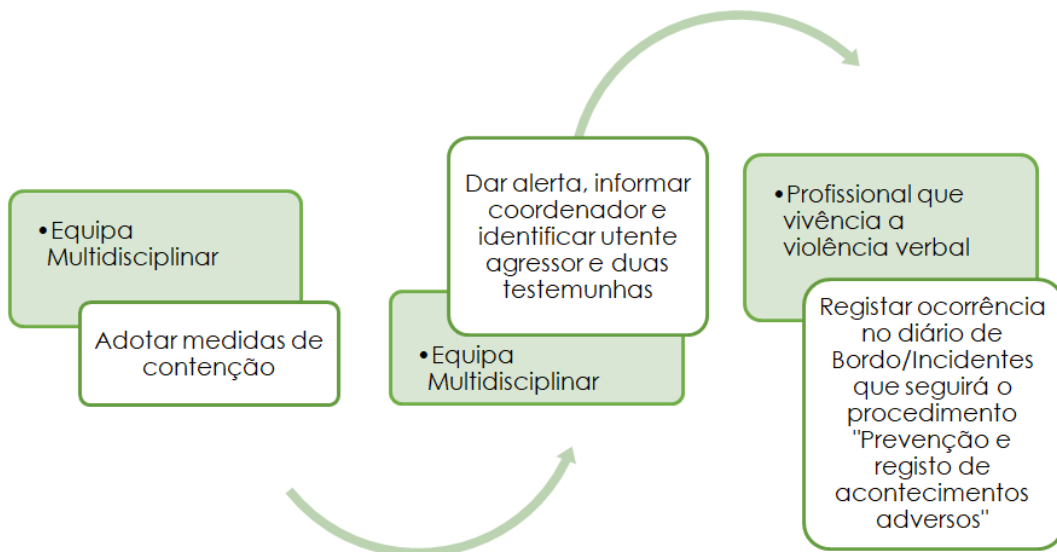
- 5- Em caso de violência física, para com o profissional de saúde (**Fluxograma C**):
- O profissional deve procurar manter a calma e afastar-se do local;
  - Pedir ajuda a colegas/outras pessoas presentes;
  - Contactar a GNR e apresentar queixa;
  - Identificar o agressor e 2 testemunhas do incidente (nome, data de nascimento, morada, telefone, nº utente, profissão);
  - Informar o coordenador ou quem o substitua.
  - Todas as situações de violência física devem ser registadas pelo agredido no Diário de bordo e notificação dos incidentes no Notific@, através do preenchimento do formulário (<https://www.dgs.pt/formulario-notifica.aspx>)
- 6- Em caso de violência contra bens patrimoniais (**Fluxograma D**):
- O profissional que testemunha, deve procurar compreender a causa da atitude;
  - Procurar questionar o agressor, tentando assim mudar a sua atitude do emocional para o racional, mantendo sempre a distância de segurança;
  - Procurar deslocar-se para um ambiente mais calmo, pedir ajuda a colegas/outras pessoas presentes;
  - Informar o coordenador ou quem o substitua
  - Contactar a GNR e notificar a ocorrência

## 5. Fluxograma

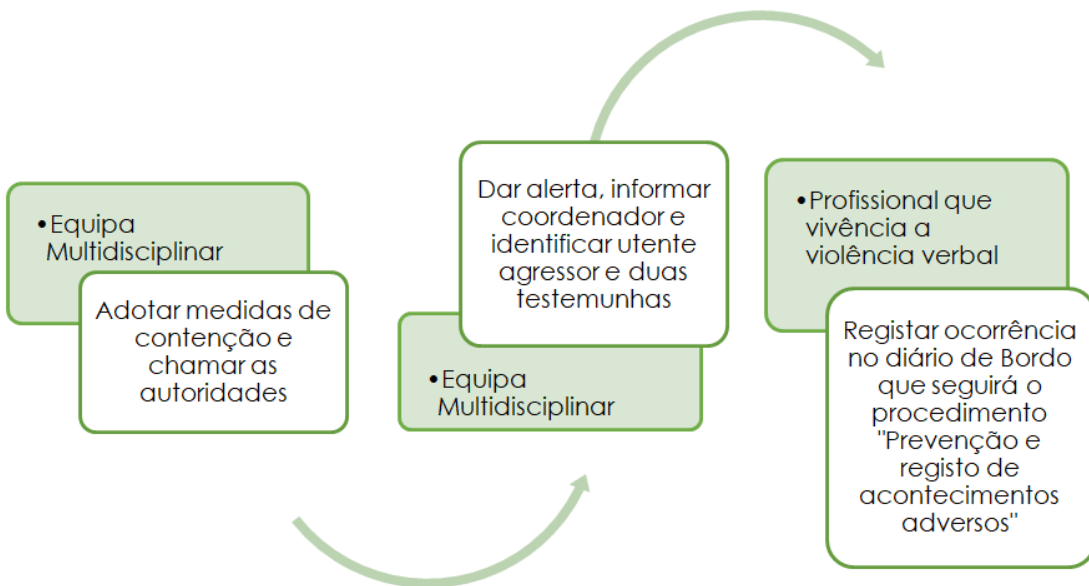
### Fluxograma A



### Fluxograma B

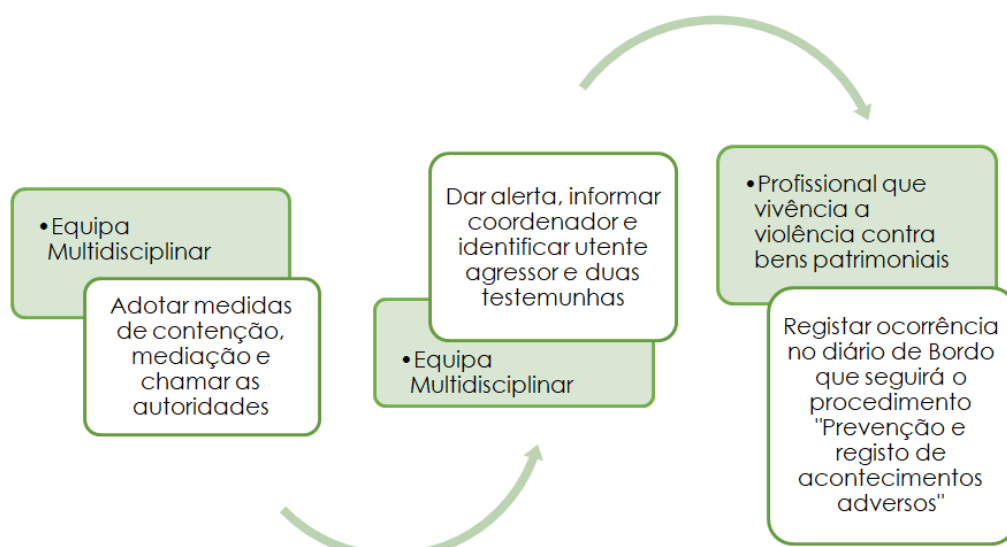


**Fluxograma C      Violência Física contra Profissionais**



**Fluxograma D**

**Violência Contra Bens Patrimoniais**



6. Avaliação

Auditoria Interna:

- A) Análise dos registos em "Diário de Bordo" e implementação das medidas corretivas discutidas em reunião multidisciplinar;
- B) Auditoria integrada no relatório do Procedimento "Indicadores de segurança e qualidade do utente"

7. Referências/Documentos de apoio

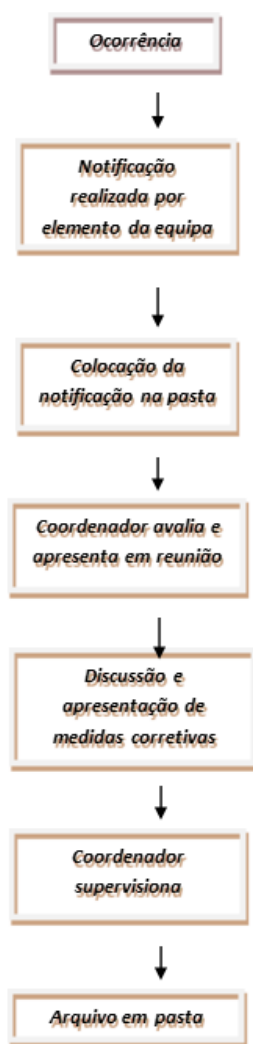
[1] DIOR

[2] Regulamento Interno V2.2022

| <b>MP 54 - REGISTO DE OCORRÊNCIAS E INCIDENTES</b> |   |                             |
|--|---|-----------------------------|
| <b>Data elaboração</b>                             | 04-11-2019  |                             |
| <b>Data de revisão / nº versão</b>                 | 13-02-2023 - Nº 2   |                             |
| <b>Data Aprovação</b>                              | Conselho Geral  | RCG – ata nº 4 - 15-03-2023 |
| <b>Data Máxima de Revisão:</b>                     | 12/2024   |                             |
| <b>1. Objetivo</b>                                 | <p>Determinar a forma de registo e notificação de ocorrências de carácter funcional e/ou organizativo da USFNH.</p> <p>Definir o processo de análise, discussão e intervenção em ocorrências de carácter funcional e/ou organizativo da USFNH</p>   |                             |
| <b>2. Âmbito</b>                                   | Processos Assistenciais / Profissionais / Suporte de registo de ocorrências   |                             |
| <b>3. Responsabilidade</b>                         | Gestores da Segurança - Mónica Barbosa e Hugo Carvalho / Liliana Cerejo e Lina Oliveira/ Elisabete Brito e Susana Vieira  |                             |
| <b>4. Descrição</b>                                | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sempre que ocorra algum acontecimento, menos positivo e causador de insatisfação, relacionado com a organização e funcionamento da USF, envolvendo qualquer um dos profissionais, este deverá ser notificado pelo profissional envolvido em impresso próprio, disponível na pasta partilhada.</li> <li>2. O impresso pode ser preenchido de forma anónima (se o notificador assim optar) ou com identificação do profissional que relata a ocorrência, e posteriormente deverá ser colocado na pasta do coordenador que se encontra no secretariado clínico.</li> <li>3. O coordenador da USF, após receber a notificação da ocorrência, fará a sua análise e apresentará à equipa em reunião multiprofissional, com o objetivo de promover a discussão da mesma em equipa e determinar medidas corretivas.</li> <li>4. O Coordenador ou a quem delegar essa função deverá supervisionar a implementação por todos os profissionais das medidas corretivas determinadas.</li> </ol> |                             |

5. As ocorrências positivas, que contribuam para a qualidade dos serviços da USF, poderão ser da mesma forma, notificadas com o objetivo de serem divulgadas e discutidas em equipa multiprofissional, com vista à sua implementação regular.
6. Todas as ocorrências notificadas, após analisadas e discutidas em equipa ficarão arquivadas em pasta própria.

## 5. Fluxograma



## 6. Referências/Documentos de apoio

[1] DIOR

| <b>MP 55 - MANUTENÇÃO DA REDE DE FRIO</b> |  |
|---|--|
| <b>Data elaboração</b>                    | 08-12-2022   |
| <b>Data de revisão / nº versão</b>        | Nº 1   |
| <b>Data Aprovação</b>                     | Conselho Geral RCG – ata nº 4 - 15-02-2023   |
| <b>Data Máxima de Revisão:</b>            | 12/2023  |
| <b>1. Objetivo</b>                        | Uniformização de procedimentos, no que diz respeito à manutenção da rede de frio, com vista a melhoria do cumprimento de Programas de Saúde (principalmente Programa Nacional de Vacinação e Programas Oncológicos - Rastreio do Cancro do Cólon e Reto).  |
| <b>2. Âmbito</b>                          | Processos de Suporte   Gestão da Informação e Comunicação   Segurança – Gestão do Risco  |
| <b>3. Responsabilidade</b>                | Enfermeiros da USF Novos Horizontes – Elo local da Vacinação   |
| <b>4. Descrição</b>                       | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. A rede de frio é um sistema que integra pessoas, equipamentos e procedimentos, que contribui para assegurar que as vacinas, fármacos termolábeis ou dispositivos médicos mantêm as condições adequadas de qualidade, segurança e eficácia, ao longo das diferentes etapas, desde o circuito de fabrico, armazenamento, distribuição até à sua administração.</li> <li>2. As características dos equipamentos de armazenamento e transporte da rede de frio seguem a Orientação nº 23/2017 da DGS. A equipa de Enfermagem de cada Pólo garante que o circuito da rede de frio é cumprido (ver fluxograma abaixo) e as condições dos equipamentos são adequadas. A USF garante a monitorização da rede de frio através do sistema vigie.</li> <li>3. O registo das temperaturas a que as vacinas e solventes são submetidos durante o transporte e armazenamento só é possível utilizando equipamento próprio para a monitorização, como termómetros, que identifiquem desvios de temperatura fora dos limites máximos e mínimos, e, que sejam calibrados com a devida periodicidade.</li> <li>4. O <u>sistema VIGIE</u> consiste na colocação de sondas nos frigoríficos das unidades funcionais, que através deste programa informático permite a monitorização, em tempo real, do funcionamento da rede de frio e ainda a emissão de alertas via e-mail e SMS sempre que a temperatura ultrapasse os limites definidos num determinado período. Na USF NH todos os enfermeiros são responsáveis pela visualização dos dados, uma vez que é uma Unidade multipolar. Assim, todos os enfermeiros estão alerta para qualquer eventualidade ou</li> </ol> |

anormalidade que ocorra, e devem transmitir aos responsáveis aos Processos de Segurança da Unidade.

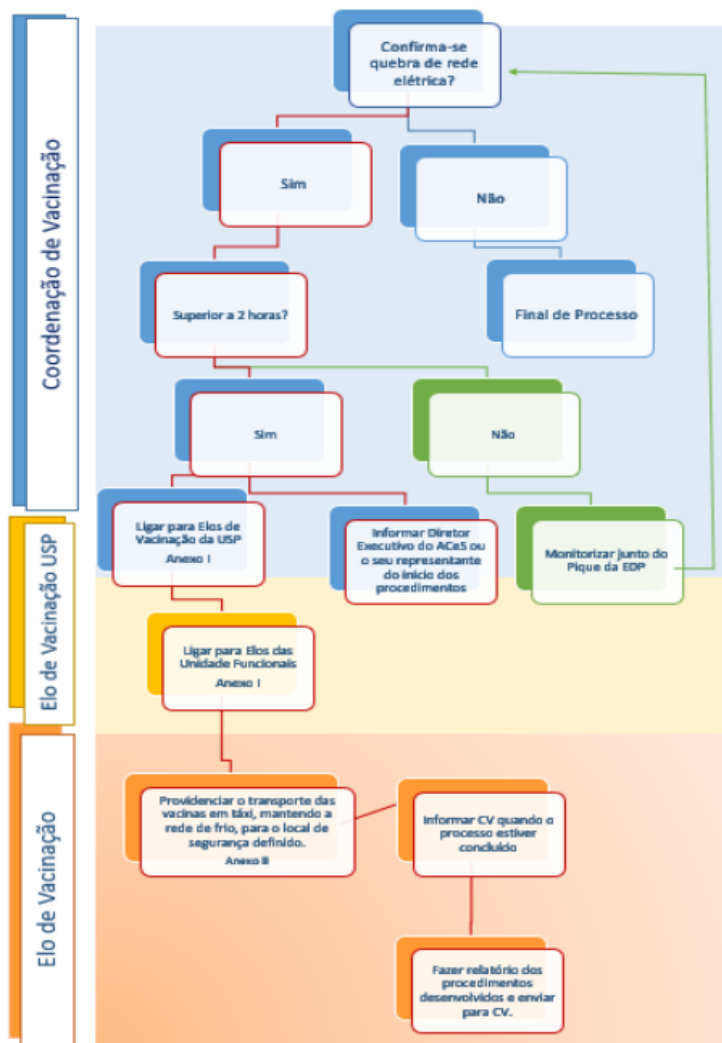
5. A Unidade não possui qualquer tipo de sistema de salvaguarda para assegurar a rede elétrica dos frigoríficos em caso de falha geral (como gerador elétrico). Quando tal acontece, os serviços farmacêuticos dão orientação para se transportar o conteúdo dos frigoríficos para outra Unidade/instituição.
6. Mapa de registos e controlo da rede frio semanal. As não conformidades são comunicadas - Relatório de não conformidades e medidas de melhoria.

#### **Quebra das Rede de Frio**

1. Sempre que ocorra uma não conformidade nas condições de transporte ou armazenamento de produtos, nomeadamente, uma avaria ou quebra de corrente, todas as vacinas têm de ser, obrigatoriamente, colocadas em quarentena, de preferência, num equipamento de frio alternativo, onde as vacinas estejam, devidamente sinalizadas, até parecer final dos serviços farmacêuticos.
2. O incidente deve ser imediatamente reportado pelo responsável pela rede de frio ao Serviço Farmacêutico respetivo

#### **5. Fluxograma**

Fluxograma em caso de quebra de frio (por quebra de rede elétrica), segundo o Manual de Procedimentos ACeS Pinhal Litoral PREV-QR - Prevenção e atuação em quebras da Rede de Frio (verificado a 18/11/2022, pág. 37)



## 6. Avaliação

Mapa de registos e controlo da rede frio semanal. Relatório de não conformidades e medidas de melhoria.

## 7. Referências/Documents de apoio

[1] Manual de Procedimentos da USF Novos Horizontes – MP 34 Vacinação

[2] Orientação DGS nº 23/2017, de 7 de dezembro, *Rede de frio das vacinas*;

[3] Manual de Procedimentos - Prevenção e atuação em quebras da Rede de Frio do ACeS Pinhal Litoral PREV-QR, verificado a 18/11/2022, pág. 37.

| <b>MP 56 – PRECAUÇÕES BASICAS DO CONTROLO DE INFEÇÕES – EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL</b> |   |                             |
|--|---|-----------------------------|
| <b>Data elaboração</b>   | 04-11-2019  |                             |
| <b>Data de revisão / nº versão</b>   | 13-02-2023 - Nº 2   |                             |
| <b>Data Aprovação</b>  | Conselho Geral  | RCG – ata nº 4 – 15-02-2023 |
| <b>Data Máxima de Revisão:</b>   | 12/2024   |                             |
| <b>1. Objetivo</b>   | Prevenir as Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS). Diminuir a resistência aos antimicrobianos. Garantir procedimento para a disponibilização e correto utilização dos equipamentos de proteção individual.   |                             |
| <b>2. Âmbito</b>   | Processos de Suporte, Segurança, Gestão de Risco, Segurança dos utentes e profissionais.  |                             |
| <b>3. Responsabilidade</b>   | Hugo Carvalho, Lina Oliveira, Ângela Vieira   |                             |
| <b>4. Descrição</b>  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. A gestão das matérias relativas à utilização dos equipamentos de proteção individual (EPI) na USF Novos Horizontes obedecem ao disposto no Manual de Procedimentos do PPCIRA ACES PL.</li> <li>2. A utilização de EPI's é uma técnica operativa no campo da prevenção de riscos profissionais. Compete ao empregador a organização dos meios de proteção coletiva e individual (art. 8º e 13º do DL 441/91; art. 272 e 275 da Lei 99/03).</li> <li>3. A organização dos meios de proteção coletiva e individual é feita através dos serviços de prevenção de riscos profissionais (Serviços de Saúde Ocupacional / Saúde do Trabalho) do ACES PL / PPCIRA, que são compostos por profissionais e técnicos devidamente certificados pela entidade que superintende na prevenção de riscos profissionais (art. 240 da Lei 35/04 - Regulamentação do Código do Trabalho).</li> </ol> |                             |
| <b>5. Fluxograma</b>   | N.A   |                             |

6. Referências/Documentos de apoio

[1] Manual de Procedimentos PPCIRA ACES PL;

[2] DiOR.

| <b>MP 57 - PRECAUÇÕES BÁSICAS DO CONTROLO DE INFEÇÕES – CIRCUITO DE ESTERILIZAÇÃO</b> |  |                             |
|---|--|-----------------------------|
| <b>Data elaboração</b>  | 04-11-2019   |                             |
| <b>Data de revisão / nº versão</b>  | 13-02-2023 - Nº 2  |                             |
| <b>Data Aprovação</b>   | Conselho Geral   | RCG – ata nº 4 – 15-02-2023 |
| <b>Data Máxima de Revisão:</b>  | 12/2024  |                             |
| <b>1. Objetivo</b>  | Prevenir as Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS). Diminuir a resistência aos antimicrobianos. Garantir procedimento para o circuito de material esterilizado.   |                             |
| <b>2. Âmbito</b>  | Processos de Suporte, Segurança / Gestão de Risco/ Segurança dos utentes e profissionais.  |                             |
| <b>3. Responsabilidade</b>  | Hugo Carvalho, Lina Oliveira, Ângela Vieira  |                             |
| <b>4. Descrição</b>   | <p>1. Material esterilizado é todo o material que sofre um processo de esterilização, em que se utilizam agentes químicos ou físicos para destruir todas as formas de vida microbiana. Convencionalmente considera-se um artigo estéril quando a probabilidade de sobrevivência dos microrganismos que o contamina é menor do que 1:1.000.000.</p> <p>2. As realizações de procedimentos instrumentais implicam a utilização de materiais cirúrgicos e outros, esterilizados, que garantam práticas seguras na garantia da prevenção infeções associadas aos cuidados de saúde. A esterilização ocorre no Serviço de Esterilização do Centro de Saúde de Porto de Mós e compete às Assistentes Operacionais agilizar o circuito de transporte e reposição de material esterilizado na unidade, assim como a sua recolha e acondicionamento para transporte.</p> <p>3. O material cirúrgico reciclável utilizado na unidade encontra-se inventariado e devidamente identificado. Após a sua utilização é colocado em recipiente próprio, presente na sala de tratamentos. O material utilizado em visitação domiciliária é colocado na sala de sujos.</p> <p>4. O material cirúrgico descartável é colocado em recipientes próprios para posterior recolha e tratamento adequado. Os materiais cortantes são colocados nos contentores para resíduos biológicos perigosos (contentor amarelo), presentes nas salas de tratamentos. O restante material é colocado no contentor para resíduos de risco biológico (saco branco), presentes nos gabinetes médicos, de enfermagem e salas de tratamentos.</p> |                             |

5. A recolha deste material é bi-diariamente pelas Assistentes Operacionais, sendo acondicionado na sala de sujos, contabilizado e encaminhado para o Serviço de Esterilização

5. Fluxograma

N.A

6. Referências/Documentos de apoio

**[1]** Manual de Procedimentos PPCIRA ACES PL;

**[2]** DiOR.

| <b>MP 58 - PRECAUÇÕES BÁSICAS DO CONTROLO DE INFEÇÕES – CRITÉRIOS DE MANUSEAMENTO DE RESÍDUOS</b> |  |                             |
|---|--|-----------------------------|
| <b>Data elaboração</b>  | 04-11-2019   |                             |
| <b>Data de revisão / nº versão</b>  | 13-02-2023 - Nº 2  |                             |
| <b>Data Aprovação</b>   | Conselho Geral   | RCG – ata nº 4 – 15-02-2023 |
| <b>Data Máxima de Revisão:</b>  | 12/2024  |                             |
| <b>1. Objetivo</b>  | Prevenir as Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS). Diminuir a resistência aos antimicrobianos. Garantir procedimento para o manuseamento e triagem de resíduos.  |                             |
| <b>2. Âmbito</b>  | Processos de Suporte / Segurança /Gestão de Risco/Segurança dos utentes e profissionais.   |                             |
| <b>3. Responsabilidade</b>  | Hugo Carvalho, Lina Oliveira, Ângela Rego  |                             |
| <b>4. Descrição</b>   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Resíduos hospitalares são resíduos resultantes de prestação de cuidados de saúde a seres humanos ou a animais, nas áreas de prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação ou investigação e ensino, bem outras atividades envolvendo procedimentos invasivos.</li> <li>2. Na unidade, todos os profissionais assumem o compromisso de triar os resíduos de acordo com os respetivos contentores.</li> <li>3. Contentores pretos: resíduos 'normais', equiparados a resíduos urbanos Grupo I e II, inclui todo o material que não oferece perigo de risco biológico, tóxico, de contaminação, e que não pode ser reciclado. Estes contentores estão disponíveis em todos os gabinetes, salas de espera, zonas de secretariado clínico, copa e casas de banho.</li> <li>4. Contentores azuis: resíduos 'normais', equiparados a resíduos urbanos Grupo I e II, inclui todo o material que não oferece perigo de risco biológico, tóxico, de contaminação, e que pode ser reciclado. Estes contentores estão disponíveis em todos os gabinetes, salas de espera, zonas de secretariado clínico e copa.</li> <li>5. Contentores brancos: resíduos do Grupo III, que incluem todo o material que oferece perigo de risco biológico, tóxico, ou outro tipo de contaminação (onde se incluem sangue ou outros fluidos orgânicos). Estes contentores estão disponíveis em todos os gabinetes médicos e de enfermagem, salas de tratamento, e viatura de serviço. Os sacos brancos resultantes da</li> </ol> |                             |

atividade domiciliária, são retirados do contentor da viatura pelo profissional que os produziu, lacras com anilha de plástico e depositados nos respetivos contentores na sala de sujos.

6. Contentores vermelhos / amarelos: resíduos de Grupo IV, que incluem todos os materiais provenientes dos produtos e medicamentos utilizados em quimioterapia, citotóxicos e citostáticos, e todo o material utilizado na sua manipulação e administração. Estes sacos estão disponíveis nas salas de tratamentos. Todos os materiais corto-perfurastes são colocados nos respetivos contentores rígidos amarelos.
7. Contentores verdes: destinados à colocação de roupa au vestuário sujos, nomeadamente resguardos e lençóis.
8. Compete às assistentes Operacionais a recolha e acondicionamento na sala de sujos. A sua subsequente recolha é efetuada pelo SUCH.

#### 5. Fluxograma

N.A.

#### 6. Referências/Documentos de apoio

- [1]** Manual de Procedimentos PPCIRA ACES PL;
- [2]** DiOR.

| <b>MP 59 - PRECAUÇÕES BÁSICAS DO CONTROLO DE INFEÇÕES – HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS</b> |  |
|---|--|
| <b>Data elaboração</b>  | 04-11-2019   |
| <b>Data de revisão / nº versão</b>  | 13-02-2023 - Nº 2  |
| <b>Data Aprovação</b>   | Conselho Geral<br>RCG – ata nº 4 – 15-02-2023  |
| <b>Data Máxima de Revisão:</b>  | 12/2024  |
| <b>1. Objetivo</b>  | Incentivar a boa prática de lavagem de mãos. Prevenir as Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS). Diminuir a resistência aos antimicrobianos.   |
| <b>2. Âmbito</b>  | Processos de Suporte / Segurança / Gestão de Risco/Segurança dos utentes e profissionais.  |
| <b>3. Responsabilidade</b>  | Hugo Carvalho, Lina Oliveira, Ângela Rego  |
| <b>4. Descrição</b>   | <p><b>a. HIGIENE DAS MÃOS</b></p> <p>A higiene das mãos é um termo geral que se aplica a qualquer um dos seguintes procedimentos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lavagem das mãos com água e sabão (não antimicrobiano ou antimicrobiano);</li> <li>2. Fricção das mãos com solução antisséptica de base alcoólica (SABA);</li> <li>3. Preparação pré-cirúrgica das mãos.</li> </ol> <p><b>b. QUANDO PROCEDER À HIGIENE DAS MÃOS</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>I. Lavar as mãos com água e sabão quando visivelmente sujas ou contaminadas, quer por resíduos proteicos ou com sangue ou outros fluidos, ou após ter utilizado a casa de banho.</li> <li>II. Em caso de suspeita ou confirmação de potencial exposição a microrganismos esporulados, incluindo surtos a <i>Clostridium difficile</i>, o processo recomendado de higiene das mãos é a lavagem com água e sabão.</li> <li>III. Usar preferencialmente soluções alcoólicas na rotina da higiene das mãos em todas as situações clínicas descritas no item D abaixo descritas, desde que as mãos não estejam visivelmente sujas. Em alternativa, lavar as mãos com água e sabão.</li> <li>IV. Proceder à higiene das mãos nas seguintes situações: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Antes e após contato direto com o doente;</li> <li>2. Antes de manusear dispositivos invasivos nos cuidados ao doente, independentemente de usar ou não luvas;</li> </ol> </li> </ol> |

3. Após contato com fluidos orgânicos ou excreções, membranas mucosas, pele não intacta, ou pensos de feridas;
  4. Ao passar de um local do corpo contaminado para outro local não contaminado, durante a prestação de cuidados no mesmo doente;
  5. Após contato com objetos inanimados (incluindo equipamento médico) e ambiente envolvente do doente;
  6. Após remover as luvas esterilizadas ou não esterilizadas;
  7. Antes de manusear a medicação ou preparar alimentos proceder à higiene das mãos utilizando solução alcoólica ou água e sabão ou água e sabão antimicrobiano;
  8. Quando se higieniza as mãos por fricção com solução alcoólica, não se deve utilizar sabão antimicrobiano em simultâneo.
- V. Modelo conceptual dos **“Cinco Momentos” da OMS** - cinco indicações para a higiene das mãos, constituindo os pontos de referência temporais fundamentais para os profissionais de saúde:
1. **“Antes do contato com o doente”;**
  2. **“Antes de procedimentos limpos ou assépticos”;**
  3. **“Após risco de exposição a fluidos orgânicos”;**
  4. **“Após contato com o doente”;**
  5. **“Após contato com o ambiente envolvente do doente”.**

### c. TÉCNICA DE HIGIENE DAS MÃOS

PRINCÍPIOS GERAIS: Quer sejam usados água e sabão com ou sem antisséptico, quer seja usada SABA, é muito importante cumprir os seguintes princípios:

- I. Retirar joias e adornos das mãos e antebraços antes de iniciar o dia ou turno de trabalho, guardando-as em local seguro (por exemplo, acondicionado em alfinete pregado por dentro do bolso da farda);
- II. Manter as unhas limpas, curtas, sem verniz. Não usar unhas artificiais na prestação de cuidados;
- III. Os cortes e abrasões devem estar cobertos com penso impermeável;
- IV. Expor os antebraços (o fardamento não deve ter mangas compridas – até aos pulsos);
- V. Aplicar corretamente o produto a usar;
- VI. Friccionar as mãos respeitando a técnica, os tempos de contatos e as áreas a abranger de acordo com os procedimentos a efetuar;
- VII. Ter atenção especial aos espaços interdigitais, polpas dos dedos, dedo polegar e punho;
- VIII. Secar/deixar secar bem as mãos com toalhetes de papel de utilização única. Estes podem ser utilizados para fechar a torneira, quando não existem manípulos de comando não manual, a fim de não recontaminar as mãos;
- IX. Evitar recontaminar as mãos após a lavagem. Se a torneira for manual não tocar com as mãos na torneira após a higienização, encerrando a mesma com um toalhete;

- X. Usar regularmente protetores da pele (creme dermoprotetor)
- XI. Se surgirem sinais de dermatite, consultar o Médico de Saúde Ocupacional.

**d. TÉCNICA DA LAVAGEM DAS MÃOS (COM ÁGUA E SABÃO)**

- I. Molhar primeiro as mãos com água, uma vez que reduz o risco de dermatites;
- II. Aplicar nas mãos a quantidade de produto recomendada pelo fabricante nas mãos;
- III. Friccionar as mãos vigorosamente durante pelo menos 15 segundos, cobrindo toda a superfície das mãos e dedos;
- IV. Enxaguar as mãos com água corrente;
- V. Secar as mãos rigorosamente com toalhete de uso único. Toalhas de tecido de uso múltiplo ou utilizadas por múltiplos profissionais de saúde não são recomendadas nas unidades de prestação de cuidados de saúde;
- VI. Se não dispuser de torneira de comando não manual, utilizar o toalhete usado para fechar a torneira. Evitar o uso de água quente, porque a exposição frequente à água quente aumenta o risco de dermatites;
- VII. As várias formas de apresentação de sabão são aceitáveis (líquido, gel, espuma ou em barra). Se o sabão em barra é utilizado, colocar o sabão em saboneteiras que permitam drenar o excesso de água e manter o sabão seco.

**e. TÉCNICA DE FRICÇÃO DAS MÃOS COM SOLUÇÃO ANTISSÉTICA DE BASE ALCOÓLICA:**

- I. Aplicar o produto na palma de uma das mãos e friccionar, cobrindo toda a superfície das mãos e dedos, até as mãos ficarem secas. Siga as recomendações do fabricante quanto ao volume de produto que deve utilizar. (Nota: Consultar Anexo III – Técnica de fricção das mãos com solução antisséptica de base alcoólica).

**f. TÉCNICA DE PREPARAÇÃO CIRÚRGICA DAS MÃOS**

- I. Remover relógios de pulso, anéis e pulseiras antes de iniciar a preparação cirúrgica das mãos;
- II. Não usar unhas artificiais;
- III. As cubas de lavagem devem ter um design que reduza o risco de salpicos;
- IV. Lavar as mãos com água e sabão antes da preparação pré-cirúrgica das mãos se estiverem visivelmente sujas. Remover a sujidade dos leitos ungueais com um estilete de unhas sob água corrente. Manter as unhas curtas;
- V. Não é recomendado a utilização de escovas na preparação pré-cirúrgica das mãos;
- VI. Utilizar antisséptico com ação residual, quer seja sabão antimicrobiano, quer solução antisséptica de base alcoólica, antes de colocar as luvas cirúrgicas;
- VII. Na preparação pré-cirúrgica das mãos com sabão antisséptico, friccionar as mãos e antebraços pelo período de tempo recomendado pelo fabricante do produto, usualmente entre 2 – 5 minutos. Longos períodos de fricção (i.é: 10 minutos) não são necessários;

- VIII. Na preparação pré-cirúrgica das mãos com solução antisséptica de base alcoólica com ação residual, seguir as instruções do fabricante do produto em relação ao tempo de aplicação. Aplicar o produto sobre as mãos totalmente secas. Não combinar os produtos (sabão antisséptico e solução antisséptica de base alcoólica) em sequência;
- IX. Durante a preparação pré-cirúrgica das mãos com solução antisséptica de base alcoólica, usar uma quantidade de produto suficiente de forma a manter as mãos e antebraços molhados durante o procedimento de preparação cirúrgica das mãos;
- X. Após aplicar a solução antisséptica de base alcoólica como recomendado, friccionar bem as mãos e antebraços até secarem completamente, e só então colocar luvas estéreis.

#### **g. A HIGIENE DAS MÃOS E O USO DE LUVAS**

O fato de se usar luvas pode ser um fator de risco para a não adesão à higiene das mãos, por isso, é importante seguir algumas recomendações:

- I. O uso de luvas não substitui a necessidade de higiene das mãos seja com água e sabão seja com solução alcoólica;
- II. Usar luvas sempre que antecipar que vai entrar em contato com sangue ou outros fluidos orgânicos, membranas mucosas ou pele não íntata (feridas);
- III. Remover as luvas após cuidar de um doente. Não usar o mesmo par de luvas para cuidar mais do que um doente;
- IV. Substituir as luvas quando cuidar de um local contaminado e passar para um local limpo, no mesmo doente. Substituir as luvas após tocar um local contaminado e antes de tocar num local limpo ou no ambiente.

#### **h. INDICAÇÃO PARA LUVAS ESTERILIZADAS**

- I. Qualquer procedimento cirúrgico; parto vaginal; procedimentos radiológicos invasivos; colocação de acessos venosos ou cateteres centrais; preparação de nutrição parentérica total e de agentes de quimioterapia.

#### **i. INDICAÇÕES PARA LUVAS LIMPAS**

- I. Possibilidade de contato com sangue, fluidos orgânicos, secreções, excreções e objetos visivelmente contaminados por fluidos orgânicos.
- II. Exposição direta ao doente: contacto com sangue; contato com membranas mucosas e com pele não íntegra; possível presença de organismos perigosos e altamente infecciosos; situações de emergência ou epidemia; colocação e remoção de acessos vasculares; derramamento de sangue; remoção de linha venosa; exame pélvico ou vaginal; aspiração de sistemas abertos de tubos

- III. Exposição indireta ao doente: esvaziamento de recipientes com fluidos orgânicos; manipulação/limpeza de instrumentos; manipulação de resíduos; limpeza de fluidos corporais.

**j. LUVAS NÃO INDICADAS (EXCETO PARA PRECAUÇÕES DE CONTATO)**

- I. Sempre que não exista possibilidade de exposição a sangue ou fluidos corporais, ou ambiente contaminado.
- II. Exposição direta ao doente: avaliação da pressão arterial, temperatura e pulso; administração de injeções SC ou IM; lavar e vestir o doente; transportar o doente; cuidar dos olhos e pavilhões auriculares (sem secreções); qualquer manipulação de acesso vascular na ausência de extravasamento de sangue.
- III. Exposição indireta ao doente: utilização do telefone; escrever nos registros do doente; administração de medicação oral; distribuição e recolha dos tabuleiros das refeições; remoção e substituição dos lençóis da cama; colocação de aparelhos de ventilação não invasiva e cânulas de oxigênio; deslocação da mobília do doente.

5. Fluxograma

|          | LAVAGEM DAS MÃOS (COM ÁGUA E SABÃO)              |   | DESINFECÇÃO ALCOÓLICA DAS MÃOS                        | DESINFECÇÃO CIRÚRGICA DAS MÃOS                                     |
|----------|--|---|---|--|
|          | Remover microrganismos transitórios              | Remover microrganismos transitórios e reduzir os residentes   | Remover microrganismos transitórios entre as lavagens | Remover microrganismos transitórios e a maior parte dos residentes |
| PRODUTO  | Água corrente e sabão líquido não antimicrobiano | Água corrente e sabão líquido antimicrobiano de ação residual | Solução alcoólica com produto dermatoprotetor         | Água corrente e sabão líquido antisséptico de ação residual        |
| EXTENSÃO | Mãos e punhos                                    | Mãos e punhos   | Mãos e punhos   | Mãos até ao antebraço  |
| TEMPO    | 40-60 segundos                                   | 40-60 segundos  | 20-30 segundos  | 2 a 5 minutos  |
| SECAGEM  | Toallete de papel                                | Toallete de papel   | Por evaporação  | Toallete de papel estéril  |

6. Referências/Documentos de apoio

Plano de Auditoria pelos Elos locais do PPCIRA – Observação da lavagem da desinfecção e das mãos dos mãos pelos profissionais de saúde da USF NH – último trimestre de cada ano

7. Referências/Documentos de apoio

[1] Manual de Procedimentos PPCIRA ACES PL; [2] DiOR.

| <b>MP 60 - PRECAUÇÕES BÁSICAS DO CONTROLO DE INFEÇÕES - LIMPEZA DAS INSTALAÇÕES</b> |  |                             |
|---|--|-----------------------------|
| <b>Data elaboração</b>  | 04-11-2019   |                             |
| <b>Data de revisão / nº versão</b>  | 13-02-2023 - Nº 2  |                             |
| <b>Data Aprovação</b>   | Conselho Geral   | RCG – ata nº 4 – 15-02-2023 |
| <b>Data Máxima de Revisão:</b>  | 12/2024  |                             |
| <b>1. Objetivo</b>  | Prevenir as Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS). Diminuir a resistência aos antimicrobianos. Garantir procedimento para a correta limpeza das instalações.  |                             |
| <b>2. Âmbito</b>  | Processos de Suporte / Segurança / Gestão de Risco/Segurança dos utentes e profissionais.  |                             |
| <b>3. Responsabilidade</b>  | Hugo Carvalho, Lina Oliveira, Ângela Rego  |                             |
| <b>4. Descrição</b>   | <p>I. Uma adequada limpeza e desinfeção das instalações e equipamentos são medidas cruciais para prevenir e reduzir as infeções cruzadas em utentes e profissionais, bem como para minimizar a gradual deterioração das superfícies.</p> <p>II. Estas medidas, quando associadas com a perceção do conforto por parte dos utentes e com a qualidade das condições de trabalho pelos profissionais, promovem, em termos gerais, uma boa imagem da instituição.</p> <p>III. A limpeza deve respeitar algumas regras, que variam consoante a classificação das diversas áreas da unidade de saúde – ver <i>fluxograma</i></p> |                             |

## 5. Fluxograma

| Área não crítica – Baixo Risco (não se realizam procedimentos clínicos) – Salas de serviço administrativo ou similares, salas de reuniões, salas de espera, corredores, átrios, refeitórios, Copas e bares, escadas (interiores, exteriores) e elevadores |                  |                                       |                                |   |                                   |   |      |
|---|------------------|---------------------------------------|--------------------------------|---|-----------------------------------|---|------|
| Área  | Periodicidade    | Tipo/Técnica de limpeza               | Equipamento                    | Produto   | Realização efectiva da actividade |   |      |
|   |                  |                                       |                                |   | S                                 | N | N.A. |
| Copa, bar, refeitório (Ex: bancada, microondas, frigorífico,...)  | Diária           | Limpeza/Manual (húmida)               | Pano microfibra verde e balde  | Agisol multisuperfícies   |                                   |   |      |
| Corrimões, puxadores e manipuladores de portas, telefones, faxes, teclados de computador, lavatórios e interruptores de luz   | Diária           | Limpeza e desinfeção/ Manual (húmida) | Pano microfibra azul e balde   | Agisol multisuperfícies   |                                   |   |      |
| Pavimento de compartimentos, halls, corredores, passadiços, entradas, patamares, escadas e elevadores   | Diária           | Limpeza/Franjar e lavagem manual      | Mopa e duplo balde             | Glow Gel activo com Lixívia 2 tampas/5l água  |                                   |   |      |
| Paredes   | Mensal           | Limpeza/Manual (húmida)               | Pano microfibra azul e balde   | Glow Gel activo com Lixívia 2 tampas/5l água  |                                   |   |      |
| Tapetes, carpetes e alcatifas   | Diária Semestral | Limpeza/Aspiração Limpeza/húmida      | Aspirador Equipamento adequado |   |                                   |   |      |
| Recipientes do lixo   | Diária Semanal   | Remoção/Manual Limpeza/Manual húmida  | Pano microfibra azul e balde   | Glow Gel activo com Lixívia 2 tampas/5l água  |                                   |   |      |
| Vidros e lâmpadas   | Trimestral       | Limpeza/Manual húmida                 | Pano microfibra azul e balde   | Agisol multisuperfícies   |                                   |   |      |
| Totalidade das paredes, tectos, greijas de ventilação, arquivos, superfícies internas de mobiliário   | Trimestral       | Limpeza/Manual (húmida)               | Equipamento apropriado         | Glow Gel activo com Lixívia 2 tampas/5l água  |                                   |   |      |
| Portas, peltoris, superfícies verticais de todo o mobiliário, tectos dos elevadores, equipamentos informáticos  | Semanal          | Limpeza/Manual (húmida)               | Pano microfibra azul e balde   | Agisol multisuperfícies (uso directo)<br>Glow Gel activo com Lixívia (2 tampas/5l água) |                                   |   |      |

**Notas:** A Limpeza deve ser sempre efectuada da área mais limpa para a área mais suja. Limpeza (água quente e detergente); Desinfeção (Álcool a 70°)

- Os manipuladores das portas, bancadas (gabinete de consulta e salas de tratamento), marquises, teclados e telefones devem ser desinfectados.
- O desinfetante a usar para telefones, puxadores, manipuladores e teclados de computador, carros de penso é o álcool a 70%.
- O desinfetante a usar nas marquises é álcool em spray.
- O equipamento eléctrico deve ser obrigatoriamente desligado da corrente antes de ser limpo.
- Deve ser utilizado EPI adequado às funções a desempenhar.

| Nunca esquecer:                         |
|---|
| - Superfícies horizontais;              |
| - Mesas, cadeiras, balcões;             |
| - Teclados;                             |
| - Telefones;                            |
| - Puxadores e manipuladores das portas. |

### LIMPEZA PROFUNDA REGULAR – PLANOS DE HIGIENIZAÇÃO

| Área Semicrítica – Médio Risco (Salas de vacinação, salas de injectáveis, salas de saúde infantil, salas de saúde materna e planeamento familiar, gabinetes de consulta, salas de administração de aerossóis, instalações sanitárias e armazém de resíduos dos grupos III e IV) |                          |                                      |  |  |                                   |   |      |
|---|--------------------------|--------------------------------------|--|--|-----------------------------------|---|------|
| Área  | Periodicidade            | Técnica de limpeza                   | Equipamento  | Produto  | Realização efectiva da actividade |   |      |
|   |                          |                                      |  |  | S                                 | N | N.A. |
| Computadores  | Diária                   | Limpeza/Manual (húmida)              | Pano microfibras azul  | Agisol multisuperfícies  |                                   |   |      |
| Teclado, telefone, manipuladores das portas   | Diária                   | Limpeza e desinfeção/Manual (húmida) | Pano microfibras azul  | Agisol multisuperfícies  |                                   |   |      |
| Peças Sanitárias  | Diária e SOS             | Limpeza e desinfeção/Manual (húmida) | Pano microfibras amarelo (lavatórios/azulejo)<br>Pano microfibras vermelho (sanitas/urínios) | Agisol Multisuperfícies<br>Glow Gel Activo com Lixívia (Uso directo) |                                   |   |      |
| Lavatórios  | Diária e SOS             | Limpeza e desinfeção/Manual (húmida) | Pano microfibras amarelo   | Agisol Multisuperfícies  |                                   |   |      |
| Vidros, lâmpadas, arquivos, superfícies internas de mobiliário  | Mensal                   | Limpeza/Manual (húmida)              | Pano microfibras azul  | Agisol Multisuperfícies  |                                   |   |      |
| Balança para bebés  | Diária e SOS             | Limpeza/Manual (húmida)              | Pano microfibras azul  | Glow Gel Activo com Lixívia (Uso directo)                            |                                   |   |      |
| Blombos, Portas   | Diária                   | Limpeza/Manual (húmida)              | Pano microfibras azul  | Agisol Multisuperfícies  |                                   |   |      |
| Superfícies horizontais   | Pavimentos: Diária e SOS | Limpeza/Lavagem com balde duplo      | Balde duplo/mopa/estregona   | Glow Gel Activo com Lixívia (2 tampas/5l água)                       |                                   |   |      |
|   | Tampas: Diária e SOS     | Limpeza/Manual (húmida)              | Pano microfibras azul  | Agisol Multisuperfícies  |                                   |   |      |
| Paredes   | Até 1.5m: Semanal        | Limpeza/Manual (húmida)              | Pano azul microfibras  | Glow Gel Activo com Lixívia (2 tampas/5l água)                       |                                   |   |      |
|   | Geral: Mensal            | Limpeza/Manual (húmida)              | Pano microfibras azul e equipamento apropriado   | Glow Gel Activo com Lixívia (2 tampas/5l água)                       |                                   |   |      |
| Tectos, greijas de ventilação   | Mensal                   | Limpeza/Manual (húmida)              | Pano microfibras azul e equipamento apropriado   | Glow Gel Activo com Lixívia (2 tampas/5l água)                       |                                   |   |      |
| Limpeza de interruptores de luz   | Diária                   | Limpeza/Manual (húmida)              | Pano azul microfibras  | Agisol Multisuperfícies  |                                   |   |      |
| Armazém de resíduos dos grupos III e IV   | Diária                   | Limpeza e desinfeção/Manual          | Duplo balde e estregona  | Glow Gel Activo com Lixívia (2 tampas/5l água)                       |                                   |   |      |

**Notas:**

A Limpeza deve ser sempre efectuada da área mais limpa para a área mais suja. Limpeza (água quente e detergente); Desinfeção (Álcool a 70°)

- Os manipuladores das portas, bancadas (gabinete de consulta e salas de tratamento), marquises, teclados e telefones devem ser desinfectados.
- O desinfetante a usar para telefones, puxadores, manipuladores e teclados de computador, carros de penso é o álcool a 70%.
- O desinfetante a usar nas marquises é álcool em spray.
- O equipamento eléctrico deve ser obrigatoriamente desligado da corrente antes de ser limpo.
- Deve ser utilizado EPI adequado às funções a desempenhar.

| Nunca esquecer:                          |
|--|
| - Teclados;                              |
| - Telefones;                             |
| - Manipuladores das portas e armários;   |
| - Superfícies horizontais, lavatórios... |

**LIMPEZA PROFUNDA REGULAR – PLANOS DE HIGIENIZAÇÃO**

| Área Crítica – Alto Risco – Salas de Penso/Tratamentos, Salas de Higiene Oral, Centro de Diagnóstico Pneumológico, Laboratório e Central de Esterilização |               |   |  |  |                                   |   |      |
|---|---------------|---|--|--|-----------------------------------|---|------|
| Áreas   | Periodicidade | Técnica de limpeza                        | Equipamento                                    | Produto  | Realização efectiva da actividade |   |      |
|   |               |   |  |  | S                                 | N | N.A. |
| Computadores  | Diária        | Limpeza/Manual (húmida)                   | Pano microfibras azul                          | Agisol Multisuperfícies                        |                                   |   |      |
| Teclado, telefone, manipul das portas   | Diária        | Limpeza e desinfeção/Manual (húmida)      | Pano microfibras azul e balde                  | Agisol Multisuperfícies                        |                                   |   |      |
| Lavatórios  | Diária        | Limpeza e desinfeção/Manual (húmida)      | Pano microfibras amarelo e balde               | Glow Gel Activo com Lixívia (Uso directo)      |                                   |   |      |
| Marquesa, Carro de pensos, Tampos de Bancadas   | Diária e SOS  | Limpeza e desinfeção/Manual (húmida)      | Pano microfibras amarelo                       | Glow Gel Activo com Lixívia (Uso directo)      |                                   |   |      |
| Pia de Despejo  | Diária        | Limpeza e desinfeção/Manual (húmida)      | Pano microfibras vermelho                      | Glow Gel Activo com Lixívia (Uso directo)      |                                   |   |      |
| Lava-pés  | Diária e SOS  | Limpeza e desinfeção/Manual (húmida)      | Pano microfibras vermelho                      | Glow Gel Activo com Lixívia (Uso directo)      |                                   |   |      |
| Pavimento   | Diária e SOS  | Limpeza/Franjar e lavagem manual (húmida) | Mopa, Duplo Balde esfregona                    | Glow Gel Activo com Lixívia (2 tampas/5l água) |                                   |   |      |
| Vidros, lâmpadas, arquivos, superfícies internas de mobiliário  | Mensal        | Limpeza/Manual (húmida)                   | Pano microfibras azul                          | Agisol Multisuperfícies                        |                                   |   |      |
| Paredes, tectos, grelhas de ventilação  | Mensal        | Limpeza/Manual (húmida)                   | Pano microfibras azul e equipamento apropriado | Glow Gel Activo com Lixívia (2 tampas/5l água) |                                   |   |      |

**Notas:**

A limpeza deve ser sempre efectuada da área mais limpa para a área mais suja.

Limpeza (água quente e detergente); Desinfeção (Álcool a 70°)

- Os manipul das portas, bancadas (gabinete de consulta e salas de tratamento), marquesas, teclados e telefones devem ser desinfectados.
- O desinfetante a usar para telefones, puxadores, manipul e teclados de computador, carros de penso é o álcool a 70%.
- O desinfetante a usar nas marquesas é com álcool em spray.
- O equipamento eléctrico deve ser obrigatoriamente desconectado da corrente antes de ser limpo.
- Deve ser utilizado EPI adequado às funções a desempenhar.

|                                     |
|-------------------------------------|
| <b>Nunca esquecer:</b>              |
| Teclados                            |
| Telefones                           |
| Manipulos das portas e armários     |
| Superfícies horizontais, lavatórios |
| Marquesas                           |
| Carros de pensos                    |

## 6. Avaliação

N.A

## 7.Referências/Documents de apoio

**[1]** Manual de Procedimentos PPCIRA ACES PL;

**[2]** DiOR.

| <b>MP 61 – PRECAUÇÕES BÁSICAS DO CONTROLO DE INFEÇÕES - EXPOSIÇÃO ACIDENTAL A MATERIAL POTENCIALMENTE CONTAMINADO</b> |   |                             |
|---|---|-----------------------------|
| <b>Data elaboração</b>  | 13-02-2023  |                             |
| <b>Data de revisão / nº versão</b>  | Nº 1  |                             |
| <b>Data Aprovação</b>   | Conselho Geral  | RCG – ata nº 4 - 15-02-2023 |
| <b>Data Máxima de Revisão:</b>  | 12/2023   |                             |
| <b>1. Objetivo</b>  | Garantir procedimento após exposição accidental a material potencialmente contaminado. Garantir a prestação de primeiros socorros aos profissionais com exposição accidental a material potencialmente contaminado.   |                             |
| <b>2. Âmbito</b>  | Processos de Suporte, Segurança, Gestão de Risco, Segurança dos utentes e profissionais.  |                             |
| <b>3. Responsabilidade</b>  | Elos internos PPCIRA.   |                             |
| <b>4. Descrição</b>   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. No caso de picada ou corte, limpar imediatamente a zona lesada com água e sabão.</li> <li>2. Se houve contacto com a pele ou mucosas (nariz, boca, olhos), lavar abundantemente com jato de água ou soro fisiológico.</li> <li>3. Em contacto direto com pele lesada limpar a zona atingida com água e sabão e desinfetar (ex.: polividona iodada em solução dérmica). NOTA: Não se recomenda a aplicação de agentes cáusticos (ex.: lixívia) ou a injeção de anti-sépticos ou desinfetantes nas feridas.</li> <li>4. O profissional acidentado/utente deve: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suspende de imediato toda a atividade;</li> <li>• Colher de imediato sangue ao utente envolvido no acidente, com consentimento informado deste (preencher documento), para efetuar serologia da hepatite B, C e VIH (1 e 2);</li> </ul> </li> </ol> |                             |

- O profissional acidentado deve deslocar-se ao serviço de urgência para realizar a sua colheita de sangue, fazendo-se acompanhar da colheita do utente devidamente identificada, acompanhada da prescrição efetuada por um médico da Unidade Funcional onde ocorreu o acidente;
  - Quando a picada acidental ocorrer com material contaminado de origem desconhecida, o procedimento anterior aplica-se apenas ao profissional acidentado;
  - Preencher o Boletim de Acompanhamento Médico.
  - Iniciar medidas profiláticas indicadas pelo médico da Urgência, em função do presente protocolo e do risco envolvido em cada situação.
5. O resultado do teste de VIH do doente deverá ser comunicado ao médico que o solicitou, em menos de duas horas, para poderem ser tomadas as necessárias medidas. O trabalhador deverá certificar-se desse resultado antes de abandonar a Urgência. As restantes análises serão enviadas pelo laboratório, nas 72 horas seguintes, para o GCLPPCIRA, na ausência do serviço de Saúde Ocupacional, e entregue cópia ao trabalhador, em envelope fechado, devendo este contactar de imediato com o GCLPPCIRA, para tomada de decisão de outras medidas e follow-up, se necessário. O GCLPPCIRA é igualmente responsável por comunicar o resultado das análises ao doente envolvido e orientá-lo para consulta, caso necessário.
6. Se o teste VIH do doente for positivo deverá a instituição hospitalar que o assistiu ou o GCLPPCIRA, após lhe serem facultados os resultados das análises, convocá-lo e pedir repetição da análise para confirmação por ELISA e Western Blot. Não deve ser dada esta informação ao utente, sem confirmação, apenas com base num teste rápido de diagnóstico. No entanto, se este teste rápido é positivo, o trabalhador deve ser aconselhado a iniciar de imediato profilaxia de acordo com as recomendações apresentadas (escala de Trauma). Caso se trate de um falso positivo, poderá posteriormente suspendê-la, visto que o risco e consequências duma eventual transmissão do VIH se sobrepõe ao risco de toxicidade duma terapêutica antirretroviral de curta duração (geralmente a confirmação é possível em menos de 1 semana).
7. Comunicar ao superior hierárquico. Contactar o GCLPPCIRA, (na ausência do grupo de Saúde Ocupacional) que avaliará as circunstâncias do acidente e as medidas de prevenção a tomar. Auto de notícia: comunicação do acidente de trabalho ao Serviço de Pessoal, no prazo de 48h (Anexo I, D. L. nº 503/99)

5. Fluxograma

N.A

6. Avaliação

N.A

7. Referências/Documentos de apoio

**[1]** Diário da República, II Série, Decreto-Lei nº 503/99 de 20 Novembro

**[2]** Manual de Procedimentos PPCIRA ACES PL

**[3]** DiOR.

| <b>MP 62 – FORMAÇÃO CONTINUA</b>   |  |
|--|--|
| <b>Data elaboração</b>   | 08-12-2022   |
| <b>Data de revisão / nº versão</b>   | Nº 1   |
| <b>Data Aprovação</b>  | Conselho Geral RCG – ata nº 4 - 15-02-2023                     |
| <b>Data Máxima de Revisão:</b>   | 12/2023  |
| <b>1. Objetivo</b>   | Garantir a elaboração e cumprimento do plano de formação anual |
| <b>2. Âmbito</b>   | Processos de suporte – formação interna e externa              |
| <b>3. Responsabilidade</b>   | Mara Galo, Maria Inês Caetano, Sónia Costa                     |
| <b>4. Descrição</b>  |  |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Avaliação das necessidades formativas – Conselho Técnico envia questionário eletrónico aos profissionais no último trimestre do ano com objetivo de identificar áreas a carecer de formação e sugestões de temas a apresentar e formadores.</li> <li>2. Até ao final do mês de dezembro é elaborado o cronograma das reuniões formativas e o plano provisório de temas a apresentar, o qual será atualizado de acordo com as necessidades. O plano é, preferencialmente, aprovado na última reunião CG do ano. Quando não possível será aprovado durante o primeiro trimestre do ano a que se refere.</li> <li>3. A unidade deve dispor de computador portátil e projetor multimédia.</li> </ol> <p><b>A. Formação interna:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Todos os profissionais têm que participar na formação interna.</li> <li>2. Pelo menos uma vez por semestre as reuniões formativas são multidisciplinares, com envolvimento de médicos, enfermeiros e secretários clínicos de forma que todos tenham uma visão de conjunto dos objetivos assistenciais e, na sua área, possam contribuir para esses objetivos.</li> </ol> |  |

**B. Formação externa:**

1. A participação em formação externa obriga ao preenchimento de requerimento prévio em papel e plataforma eletrónica e cumprimento de regras definidas no Manual de Procedimentos 44, e no plano de formação
  
2. Sempre que um profissional participa numa formação externa, deve apresentar relatório de conhecimentos pertinentes adquiridos na formação, nos três meses seguintes à sua frequência. Adicionalmente, é desejável apresentação oral em reunião formativa seguinte. Nos pedidos subsequentes de formação e em caso de empate entre profissionais, a não partilha de formação prévia constitui critério de desempate.

5. Fluxograma

N.A.

6. Avaliação

| Indicador  | Resultado |
|--|-----------|
| Foi elaborado plano de formação e o mesmo foi aprovado em RCG?   |           |
| % de ações de formação internas realizadas (A/Bx100)<br>A – nº de ações de formação interna realizadas<br>B – nº de ações de formação interna propostas      |           |
| % de relatórios de formação externa elaborados (A/Bx100)<br>A - nº de relatórios de formação externa elaborados<br>B - nº de formações externas frequentadas |           |

7. Referências/Documents de apoio

**[1]** Grelha Dior

**[2]** Plano de formação

| <b>MP 63- SISTEMAS DE INFORMAÇÃO, APLICAÇÕES INFORMÁTICAS E EQUIPAMENTO INFORMÁTICO</b>  |   |
|--|---|
| <b>Data elaboração</b>   | 13-12-2022  |
| <b>Data de revisão / nº versão</b>   | Nº 1  |
| <b>Data Aprovação</b>  | Conselho Geral RCG –ata nº 10 - 14-12-2022,   |
| <b>Data Máxima de Revisão:</b>   | 12/2023   |
| <b>1. Objetivo</b>   | Garantir procedimento para a gestão dos sistemas informáticos e segurança informática |
| <b>2. Âmbito</b>   | Processo de Suporte / Gestão da Informação e Comunicação entre os profissionais       |
| <b>3. Responsabilidade</b>   | Gestores do processo de gestão da comunicação e Informação                            |
| <b>4. Descrição</b>  |   |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Os sistemas de informação na USF Novos Horizontes são SCINICO, SINUS, SIIMA Rastreios, Alert P1, SIGA, SGTD e Sisqual.</li> <li>2. Os manuais de procedimentos disponíveis em caso de dúvida na sua utilização estão disponíveis na pasta partilhada da USF.</li> <li>3. Como medidas de segurança, a equipa deve adotar sistematicamente as seguintes medidas preventivas: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Processos clínicos em papel: manter os processos clínicos em papel em armário fechado á chave. A informação clínica dos utentes escritos circula dentro de pastas opacas.</li> <li>b) Processo clínico informático: evitar a duplicação das inscrições; não aceder a password a terceiros incluindo alunos/internos; alterar a password de acesso regularmente e respeitar as medidas de bloqueio de acesso ao computador durante o período de trabalho.</li> <li>c) Segurança informática para acesso aos dados: respeitar a política de privacidade específica para o risco de utilização de e-mail para veicular informação clínica.</li> <li>d) Circuito interno de informação clínica: para a circulação de informação dentro da USF e entra a USF e o exterior, devem ser feitos pedidos formalmente por email/chat interno à equipa.</li> </ol> </li> </ol> |   |

- e) Em caso de rotura do sistema informático, devem ser adaptados os procedimentos internos relativos ao procedimento de regras de utilização e manutenção de equipamentos e , simultaneamente, ser acionando o Plano de contingência para falha informática (Dossier disponível no BackOffice dos 3 polos, com procedimentos e formulários de registo clínico dos serviços mínimos.
4. Todas as intercorrências informáticas devem ser registadas em Diário de bordo, por forma a serem registadas em base de dados própria, contabilizadas e incluídas no Relatório de monitorização dos tempos de espera para consulta.

#### 5. Fluxograma

N.A.

#### 6. Referências/Documentos de apoio

**[1]** DIOR

**[2]** Plano de Contingência para Falha Informática

| <b>MP 64 - PRIVACIDADE DO UTENTE</b> |   |
|--------------------------------------|---|
| <b>Data elaboração</b>               | 13-12-2022  |
| <b>Data de revisão / nº versão</b>   | Nº 1  |
| <b>Data Aprovação</b>                | Conselho Geral RCG –ata nº 10 - 14-12-2022,   |
| <b>Data Máxima de Revisão:</b>       | 12/2023   |
| <b>1. Objetivo</b>                   | Garantir a privacidade do utente que é atendido na USF Novos Horizontes   |
| <b>2. Âmbito</b>                     | Processo Assistencial/ Privacidade do utente  |
| <b>3. Responsabilidade</b>           | Conselho Geral  |
| <b>4. Descrição</b>                  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. A privacidade é um direito individual que contempla situações relacionadas à proteção da intimidade dos utentes, respeito à dignidade, limitação de acesso ao corpo, aos objetos íntimos, às relações familiares e sociais.</li> <li>2. A privacidade no atendimento dos utentes nas unidades do Serviço Nacional de Saúde é um direito inalienável. Segundo a Carta dos Direitos e Deveres do Doente, publicada pela Direção Geral da Saúde, menciona: "O doente tem direito à privacidade na prestação de todo e qualquer ato médico. A prestação de cuidados de saúde efetua-se no respeito rigoroso do direito do doente à privacidade".</li> <li>3. A responsabilidade pela privacidade do utente é do profissional (médico, enfermeiro, secretária clínica ou outro) da USF Novos Horizontes que atende o utente. A transmissão de informação sobre utentes entre profissionais também deve garantir o respeito pela privacidade dos mesmos.</li> <li>4. A prestação de cuidados de saúde deve ser sempre efetuada no respeito rigoroso do utente, o que significa que qualquer ato de diagnóstico ou terapêutico só pode ser efetuado na presença de profissionais indispensáveis à sua execução, salvo se o utente consentir ou solicitar a presença de outros elementos.</li> <li>5. É igualmente neste âmbito que se insere a obrigatoriedade do segredo profissional, a respeitar por todo o pessoal que desenvolve a sua atividade na USF Novos Horizontes e que se encontra envolvido no atendimento/ tratamento do utente.</li> </ol> |

#### **6. Atendimento do utente pelo médico e enfermeiro**

- ✓ Todos os gabinetes da USF Novos Horizontes permitem o atendimento individual ao utente e devem ser tomadas certas atitudes para garantir a sua privacidade:
- ✓ As portas dos gabinetes devem ser mantidas fechadas durante o atendimento;
- ✓ Atender apenas um utente de cada vez no mesmo espaço;
- ✓ Não é permitida a presença de terceiros no gabinete durante o atendimento salvo se o doente consentir ou solicitar a presença de outros elementos;
- ✓ Solicitar autorização ao utente para que possam estar presentes formandos aquando do seu atendimento;
- ✓ Não expor o utente mais que o necessário aquando da realização de qualquer intervenção (médica /enfermagem);
- ✓ No decorrer do atendimento clínico se for necessário o utente despir-se, garantir que a porta do gabinete está trancada impossibilitando a entrada de outros profissionais.
- ✓ O sigilo e a confidencialidade são assegurados pelos profissionais da USF Novos Horizontes

#### **7. Atendimento do utente pelo Secretariado Clínico**

- ✓ No atendimento administrativo os secretários clínicos devem dirigir-se aos utentes em tom de voz baixo.
- ✓ Não permitir que outros utentes se encontrem muito próximo ou que se aglomerem pessoas no espaço de atendimento publico, assegurando maior privacidade no atendimento ao utente.
- ✓ Não disponibilizar dados pessoais dos utentes registados em sistema SINUS e na plataforma RNU (Registo Nacional de Utentes) a terceiros. Tais dados são extremamente confidenciais;
- ✓ Os utentes têm a possibilidade de recusarem serem atendidos pelo seu médico/a ou enfermeira de família na presença de formandos (Carta dos Direitos e Deveres dos Utentes).
- ✓ É garantido a todos os utentes da USF Novos Horizontes o respeito pelas convicções culturais, filosóficas e religiosas (Carta dos Direitos e Deveres dos Utentes)

#### **7 - Comunicação entre profissionais durante o atendimento de utentes**

- ✓ Durante o atendimento dos utentes, dever-se-á sempre evitar interromper o respetivo profissional, salvo situações urgentes ou consideradas prioritárias;
- ✓ Se for necessário contactar pessoalmente um assistente técnico, interromper a conversa com tato e educação, pedindo desculpa ao utente que está no momento a ser atendido e solicitar ao colega que se desloque à sala mais próxima, se necessário;

Se for necessário contactar pessoalmente um médico ou enfermeiro no respetivo consultório ou sala de tratamentos, bater sempre à porta primeiro e aguardar autorização para entrar. Pedir desculpa ao utente que está no momento a ser atendido e solicitar ao colega que se desloque à sala mais próxima, se necessário.

5. Fluxograma

N.A.

6. Avaliação

Inquéritos de Satisfação dos Utentes

7. Referências/Documentos de apoio

**[1]** Grelha Dior

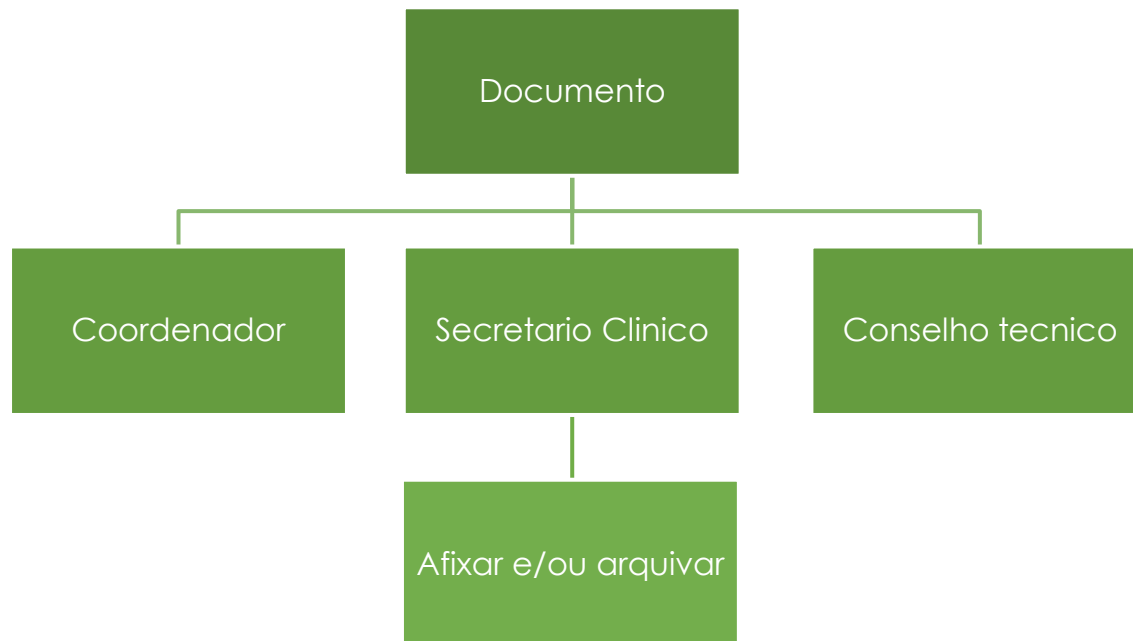
**[2]** Regulamento interno da USF Novos Horizontes.

**[3]** Carta dos Direitos e Deveres dos Utentes da USF Novos Horizontes. Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes – site da Direção Geral da Saúde ([www.dgs.pt](http://www.dgs.pt))

| <b>MP 65 - GESTÃO DO ARQUIVO INATIVO</b>   |   |
|--|---|
| <b>Data elaboração</b>   | 13-12-2022  |
| <b>Data de revisão / nº versão</b>   | Nº 1  |
| <b>Data Aprovação</b>  | Conselho Geral RCG –ata nº 10 - 14-12-2022,   |
| <b>Data Máxima de Revisão:</b>   | 12/2023   |
| <b>1. Objetivo</b>   | Garantir procedimento para a uniformização do arquivo de registos clínicos inativos |
| <b>2. Âmbito</b>   | Processo de Suporte/ Segurança dos utentes  |
| <b>3. Responsabilidade</b>   | Gestores do processo de Segurança   |
| <b>4. Descrição</b>  |   |
| <p>1. Arquivo é definido como um conjunto de documentos qualquer que seja a sua data, forma e suporte material produzidos ou recebidos por uma pessoa jurídica singular ou coletiva, ou por um organismo público ou privado, no exercício da sua atividade e conservados a título de prova ou informação para a pessoa ou instituição que o produz.</p> <p>Os arquivos, quanto a frequência de consulta, podem ser classificados em:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Ativos. Constituídos documentos recentes relativos a assuntos em curso.</li> <li>b) Semi-ativos: Documentos com baixo índice de consulta ou de consulta periódica</li> <li>c) Inativos/mortos: Documentos que por razões de ordem fiscal, jurídica ou histórica devem ser conservados, sendo a sua consulta apenas feita em casos especiais.</li> </ul> <p>2. Todos os documentos são arquivados em pastas, dossiers, pasta de grupos ou arquivo morto consoante a frequência da consulta.</p> <p>3. Para que a classificação documental funcione e seja plena de eficácia, na recuperação dos documentos, estes devem ser classificados dentro dos dossiers e estar classificados entre si.</p> <p>4. A manutenção do material do dossier precisa das seguintes precauções:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Escrever o título do dossier na lombada</li> <li>b) Manter a ordem interna</li> <li>c) Utilizar separadores para agrupar os sub-dossiers</li> </ul> <p>5. Compete ao secretariado clínico a gestão do arquivo documental, nomeadamente dos registos clínicos inativos.</p> <p>6. Relativamente as informações clínicas escritas para arquivo dos registos clínicos inativos, compete ao profissional que as recebe, após tomar conhecimento do seu conteúdo, encaminhar para o</p> |   |

secretariado clínico para arquivo em pasta opaca, com nota do nº do processo clínico do utente e médico respetivo, no cabeçalho.

#### 5. Fluxograma



#### 6. Avaliação

Inserido na avaliação do procedimento MP 4: Monitorização da qualidade e segurança dos utentes.

#### 7. Referências/Documents de apoio

[1] Grelha Dior

## Anexos

### **ANEXO I** – Guia de acolhimento do Utente 2023

### **ANEXO II** – Formulários de uso na USF conforme Manual de Procedimentos 2022-2023

- A. Pedido de segunda opinião médica dentro da equipa médica da USFNH
- B. Formulário para requerimento de audição com o Coordenador
- C. Requerimento de Visitação Domiciliária pelo cuidador
- D. Formulário de Consulta Não Presencial
- E. Formulário de pedido de medicação crónica
- F. Formulário pedido de Consulta de Agudos
- G. Formulários de não registo biométrico entrada / saída
- H. Formulários - Ausências por folgas /descansos compensatórios e Compensação em tempo

### **ANEXO III** – Planos de Acompanhamento Interno

1. Consentimentos informados.2022
2. Identificação Inequívoca do Utente revisto V2.2022

### **ANEXO IV** –

- Técnica de lavagem das mãos
- Mapa de Riscos – Manual de Prevenção de Incidentes

## Recomendações e princípios Gerais

A USF Novos Horizontes pertence ao Centro de Saúde de Porto de Mós e integra o ACeS Pinhal Litoral. Compõe-se de 3 Polos de Saúde, correspondentes a cada uma das 3 freguesias que a compõem: Calvaria de Cima, Pedreiras e Juncal.

Todos os utentes desta Unidade de saúde têm **direito a uma equipa de família**, constituída por médico, enfermeira e secretária clínica.

É **imprescindível a identificação com Cartão de Identificação**, título de residência ou Passaporte.

Procure **manter os seus dados de contacto atualizados** (telefone, morada, email).

Para renovação de medicação crónica, utilize contactos não presenciais, com resposta previsível em 72h.

**Compareça 10 minutos antes da hora marcada** para as suas consultas; Se não puder comparecer à consulta marcada, por favor avise com a maior antecedência possível.

Na sala de espera pode consultar a Carta dos Direitos e Deveres dos Utentes. Se desejar poderá consultar o Regulamento Interno da USF.

O utente tem **direito a uma segunda opinião** e a pedir **mudança de médico de família**.

As novas inscrições são encaminhados preferencialmente para equipas de saúde com menor número de utentes. Não há garantia de ficar inscrito na equipa de preferência, manifestada no requerimento, caso esta tenha atingido/ultrapassado o limite legal permitido, mesmo que queira ficar em agregado já existente.

**Utentes esporádicos** (não inscritos na USF mas inscritos em outras Unidades) — apenas são atendidos em situação de doença aguda e quando se encontram a mais de 20km do seu Centro de Saúde.

**Utentes sem Médico de Família** (sem inscrição em qualquer Unidade, sem nº de utente) devem informar-se na Secretaria quanto aos seus direitos.

## Sugestões/Elogios/Reclamações

A USF agradece todas as sugestões que possam contribuir para melhorar a sua organização e os elogios que nos estimulam a dar o nosso melhor — peça na secretaria o impresso próprio.

Caso pretenda apresentar uma reclamação solicite no secretariado o Livro de Reclamações.

O atendimento personalizado das suas sugestões/reclamações pode ser agendado com a Coordenadora da USF através do secretariado clínico. Este atendimento pode também ser realizado no gabinete do cidadão.

### Gabinete do Cidadão

Local: Av. Heróis de Angola, n.º 59 – Apartado 3000 2401 – 903 LEIRIA

Dias úteis das 9:00 às 17:00, Interrupção das 13:00 às 14:00

Telefone: 244 812 200

## Alternativas Assistenciais

**Linha SNS 24 - 808 24 24 24** (todos os dias, 24 horas por dia)

### Consulta Aberta no Centro de Saúde em Porto de Mós

**Aberto sábados, domingos e feriados das 08:00—14:00**

Morada: 19, R. da Igreja 15, Porto de Mós

Tel: 244 499 200

### Urgências Hospital de Santo André—Leiria

Morada—Rua de Santo André, Leiria

**Urgência Geral**— 244 817 016

**Urgência Ginecológica / Obstétrica** - 244 817 015

**Urgência Pediátrica** - 244 817 014

**Urgência Hospital Distrital de Pombal**—236 210 030

**Urgência Hospital Bernardino Lopes de Oliveira – Alcobaca** -262 590 401



## Guia do utente

### Polo do Juncal (sede)

Rua dos Bombeiros, nº 4, 2480-375 Juncal, **Tel: 244 470 211**

**Horário:** Dias úteis 8:00 às 20:00.

### Polo da Calvaria

Rua das Almoinhas, nº 9, 2480-055 Calvaria, **Tel: 244481030**

**Horário:** Dias úteis em horário variável\*

**2af** 8-13/14-16h, **3af** 8-18h, **4af** 8-10h30, **5af** 8-13h, **6af** 8-13h

### Polo das Pedreiras

Largo Heróis do Ultramar, nº 4, 2480-109 Pedreiras, **Tel: 244491258**

**Horário:** Dias úteis em horário variável\*

**2af** 8-13, **3af** 8-13/14-16h, **4af** 8-10h30, **5af** 8-18h, **6af** 8-13h

\*Fora do horário de abertura dos polos é dada resposta a situações agudas na sede até às 20h de dias úteis.

**Email—**[usf.novoshorizontes@arscentro.min-saude.pt](mailto:usf.novoshorizontes@arscentro.min-saude.pt)

Contacto telefónico e email acessível em todo o horário de funcionamento.

# A USF Novos Horizontes oferece aos seus utentes:



## Consultas Programadas

Carecem de marcação prévia, para médico e enfermeiro de família.

Podem ser marcadas por telefone, email, presencialmente ou através da agenda eletrónica (e-agenda) do portal da saúde todos os dias úteis das 8h às 20h.

### Destinam-se a:

- Uteses adultos, para prevenção e vigilância de problemas de saúde—Saúde de Adulto;
- Atestados médicos para carta de condução—requer avaliação oftalmológica e se aplicável avaliação psicológica recente e outros pareceres/exames que o seu médico julgar necessários;
- Uteses portadores de doenças crónicas, tais como: **diabetes, hipertensão**, entre outras;
- Uteses de grupos específicos que necessitam de consultas periódicas: **consulta de planeamento familiar, pré-concepcional, saúde materna e revisão pós-parto, saúde infantil e juvenil e rastreios oncológicos**. Estas consultas são agendadas pela sua Equipa de Saúde quando solicitado pelo utente ou quando o profissional verifica a necessidade da mesma ser realizada.
- **Vacinação**—mediante disponibilidade de agendamento com enfermeiro de família



## Consultas de Agudos

Utilizadas para as situações de doença aguda (doença que surgiu recentemente) ou agravamento recente de doença crónica; **agendada no próprio dia para qualquer médico ou enfermeiro** da unidade, por **ordem de pedido de consulta** e disponibilidade do profissional—poderá não ser atendido pela sua equipa de saúde.

**Não deve** ser utilizada para mostrar e/ou pedir exames ou análises, **tratar de assuntos administrativos ou tratar de queixas que não sejam agudas**. Isto permite que todos os utentes com doença aguda tenham atendimento no próprio dia e não tenham de recorrer a outras alternativas ( Serviço de Urgência, p.e)



## Consultas Sem Presença de Utente

A consulta sem a presença do utente serve para resolver situações que não necessitam, no momento, de observação pelo Médico. Inclui:

- Renovação de receituário crónico, incluindo terapia Ventiloterapia/oxigenoterapia;
- **Avaliação e registo de resultados de exames**. O utente pode deixar os seus exames junto do Secretariado Clínico, que procede ao agendamento e informa o utente do dia e hora em que serão avaliados. O Médico procede ao ato médico e emite um relatório final que o utente poderá depois consultar. Poderá ser contactado telefonicamente caso haja alteração grave que o justifique—deixe sempre contacto telefónico atualizado.
- Outros assuntos burocráticos (credenciais de transporte, credenciais de Fisioterapia, relatórios clínicos (para efeitos de Atestados Multiusos, Invalidez, etc.) que não requerem presença física
- **Responder a e-mails dos utentes**, seguindo as regras de boa conduta - O e-mail do médico/enfermeiro **não deve ser utilizado** para dúvidas de saúde urgentes; assuntos sem relação com a USF; Marcar/desmarcar consultas; Pedido de receituário. Devem ser enviados durante o horário de funcionamento e de acordo com as regras definidas pela equipa.



## Serviços Mínimos assegurados (ausência de médico/enfermeiro de família)

- 1a consulta de vida até aos 28 dias
- 1a consulta de saúde materna, se tempo de gestação entre as 11 e 12 semanas
- Revisão do puerpério, se tempo pós-parto entre 37 –42 dias
- Situações urgentes de planeamento familiar (inclui fornecimento de contraceção de emergência)
- Situações de doença aguda;
- Tratamentos inadiáveis;
- Renovação de medicação crónica.



## Consultas Domiciliárias

Destinam-se aos utentes com incapacidade temporária ou permanente que os impossibilita de se deslocarem à USF. A sua marcação pode ser por iniciativa do utente/cuidador, médico ou enfermeiro, por telefone ou contacto presencial.

Quando solicitadas pelo utente ou familiar terão resposta de acordo com a avaliação da situação.

Não podem ser realizadas fora da área de influência da USF



## Atividades Formativas

Poderemos ter Profissionais de Saúde em formação durante a realização das consultas e/ou no atendimento.

**Agradecemos o seu contributo na formação desses profissionais.**

O utente tem direito a recusar a presença no local de atendimento e/ ou ser consultado por internos/alunos de medicina ou de enfermagem.



## O que não fazemos

Atendimento em situações de emergência e acidentes (neste caso deverá recorrer de imediato ao hospital) ou ligue ao 112;

Preenchimento de formulários de instituições privadas;

Os médicos podem reservar-se ao direito de não emitir carta de marear, carta de caçador, atestados para licença de uso e porte de arma, atestados para desportos federados e clubes desportivos (da responsabilidade da Medicina Desportiva).

De acordo com o **Despacho 10430/2011**, de 18 de agosto de 2011, **os médicos não podem** passar prescrição de exames solicitados por hospitais ou clínicas privados ou do SNS ou qualquer outra entidade externa.

**A prescrição de exames é da exclusiva decisão e responsabilidade do médico de família.**

Nome do utente:

---

Número de identificação SNS:

Médico de Família:

---

---

Motivo do pedido:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Deliberação do Coordenador/a:

---

---

---

---

---

O seu pedido será encaminhado para o Dr/a. \_\_\_\_\_ , tendo sido  
agendada consulta para o dia \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ , às \_\_\_\_:\_\_\_\_h, no  
local \_\_\_\_\_.

## PEDIDO DE AUDIÊNCIA COORDENAÇÃO

Nº Audiência: \_\_º/202\_\_

|   |                                     |                          |  |
|---|-------------------------------------|--------------------------|--|
| <b>Nome do utente:</b>                                      |                                     | <b>Contato telemóvel</b> |  |
| <b>Data agendamento</b> <i>(a preencher pelos serviços)</i> |                                     |                          |  |
| <b>Descrição do motivo:</b>                                 |                                     |                          |  |
| <b>Resumo da audiência:</b><br><i>(Coordenador)</i>         |                                     |                          |  |
| <b>Natureza do assunto</b>                                  | Elogio/reclamação/sugestão ou outra |                          |  |
| <b>Reunião exposta/discutido em equipa</b>                  | Ata nº                              |                          |  |
| <b>Medidas corretoras propostas:</b>                        |                                     |                          |  |
| <b>Foram implementadas (sim/não)</b>                        |                                     |                          |  |
| <b>Outras observações</b>                                   |                                     |                          |  |
| <b>Data de resolução</b>                                    |                                     |                          |  |

### Requerimento de Domicílio

(Nome do cuidador/utente) \_\_\_\_\_ (grau de parentesco) \_\_\_\_\_, vem solicitar ao médico de família ( \_\_\_\_\_ ), visita domiciliar, ao utente \_\_\_\_\_, com o nº de utente do SNS - \_\_\_\_\_, morada (onde pretende domicílio) \_\_\_\_\_ por:

- Consulta programada, por condição crónica e incapacitante de mobilidade

- Doença (sub)aguda, por condição incapacitante de mobilidade

Motivo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*As condições para o requerimento da consulta ao domicílio encontram-se explícitos no Regulamento Interno V2.2022, artigo 5º (pontos 4 e 5), artigo 24º e artigo 25º (ponto 3.C e 4.C).*

Pede deferimento

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de 20\_\_

\_\_\_\_\_  
(O Cuidador)

Alameda Júlio Henriques  
Apartado 1087 | 3001-553 Coimbra

Telefone: 239 796 800  
Fax: 239 796 861

[secretariado.ca@arscentro.min-saude.pt](mailto:secretariado.ca@arscentro.min-saude.pt)  
[www.arscentro.min-saude.pt](http://www.arscentro.min-saude.pt)

**Centro de Saúde da Calvaria**  
**Rua das Almoinhas**  
**2480 – 055 Calvaria**  
**Telef. 244481030**

## UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR NOVOS HORIZONTES

(Nome) \_\_\_\_\_, portador do Cartão de Utente nº \_\_\_\_\_, residente na Rua \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_ Freguesia de \_\_\_\_\_, Concelho \_\_\_\_\_, Código Postal \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ inscrito no ficheiro do(a) Dr.(a) \_\_\_\_\_, com o processo Familiar nº \_\_\_\_\_.

Declaro que tomei conhecimento que **não terei direito a Visitas Domiciliárias de Médico e Enfermagem**, de com o estipulado no Regulamento Interno V2. 2022, artigo 4º e 5º, por estar fora da área de abrangência desta Unidade de Saúde.

USF Novos Horizontes, \_\_\_\_\_.

Assinatura do Utente: \_\_\_\_\_





## Pedido de renovação de medicação crónica

Data do pedido: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Médico de Família: \_\_\_\_\_

Nome Completo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Como pretende receber receita?  papel  SMS: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

| Nome do medicamento, dosagem | Número de embalagens |
|------------------------------|----------------------|
|                              |                      |
|                              |                      |
|                              |                      |
|                              |                      |
|                              |                      |
|                              |                      |
|                              |                      |
|                              |                      |

Ajude-nos a funcionar melhor! Leia com atenção e cumpra as regras:

- Este formulário é preferencialmente **preenchido pelo utente**/acompanhante. Não se garante emissão em caso de preenchimento incorreto ou incompleto.
- Por questões de segurança receitas eletrónicas apenas são enviadas para os **contactos existentes no processo clínico** – mantenha o seu processo atualizado!
- Este pedido aplica-se a **medicação crónica** de utentes com consulta no último ano – não se emitem receitas de medicação não habitual do utente.



## Pedido de renovação de medicação crónica

Data do pedido: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Médico de Família: \_\_\_\_\_

Nome Completo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Como pretende receber receita?  papel  SMS: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

| Nome do medicamento, dosagem | Número de embalagens |
|------------------------------|----------------------|
|                              |                      |
|                              |                      |
|                              |                      |
|                              |                      |
|                              |                      |
|                              |                      |
|                              |                      |
|                              |                      |

Ajude-nos a funcionar melhor! Leia com atenção e cumpra as regras:

- Este formulário é de **preenchimento pelo utente**/acompanhante. Não se garante emissão em caso de preenchimento incorreto ou incompleto.
- Por questões de segurança receitas eletrónicas apenas são enviadas para os **contactos existentes no processo clínico** – mantenha o seu processo atualizado!
- Este pedido aplica-se a **medicação crónica** de utentes com consulta no último ano – não se emitem receitas de medicação não habitual do utente.

A Preencher pela Secretária Clínica:

Pedido - Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_ : \_\_\_

Agendamento -  CA  CIS Médico: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_ : \_\_\_

### Pedido de consulta de Doença Aguda

A preencher pelo Utente

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Médico de Família: \_\_\_\_\_

Qual **o motivo para solicitar a consulta** de doença aguda?

Aparecimento recente de febre, falta de ar, tosse, palpitações, diarreia, vômitos, dores ou queixas a urinar

Outro motivo: \_\_\_\_\_

---

**Não são motivos** de pedido deste tipo de consulta:

- Pedidos de atestado ou declarações
- Mostrar exames (se tiver recebido indicação de quem realizou o exame para vir mostrar com urgência avise a secretária clínica)
- Pedidos de exame ou de medicação
- Renovação de baixas

Nestas situações deve falar com a secretária clínica para agendamento de outro tipo de consulta.

A preencher pelo Médico:

- Situação representava Doença Aguda? -  Sim  Não

- Problema Principal (Código ICPC-2): \_\_\_\_\_

A Preencher pela Secretária Clínica:

Pedido - Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_ : \_\_\_

Agendamento -  CA  CIS Médico: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_ : \_\_\_

### Pedido de consulta de Doença Aguda

A preencher pelo Utente

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Médico de Família: \_\_\_\_\_

Qual **o motivo para solicitar a consulta** de doença aguda?

Aparecimento recente de febre, falta de ar, tosse, palpitações, diarreia, vômitos, dores ou queixas a urinar

Outro motivo: \_\_\_\_\_

---

**Não são motivos** de pedido deste tipo de consulta:

- Pedidos de atestado ou declarações
- Mostrar exames (se tiver recebido indicação de quem realizou o exame para vir mostrar com urgência avise a secretária clínica)
- Pedidos de exame ou de medicação
- Renovação de baixas

Nestas situações deve falar com a secretária clínica para agendamento de outro tipo de consulta.

A preencher pelo Médico:

- Situação representava Doença Aguda? -  Sim  Não

- Problema Principal (Código ICPC-2): \_\_\_\_\_

**DESPACHO:**

\_\_\_\_\_  
(assinatura)  
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(DD /MM / AAAA)

**REGULARIZAÇÃO DA MARCAÇÃO DE PONTO**

Ex.<sup>mo(a)</sup> Senhor(a)

Director Executivo

\_\_\_\_\_, com a categoria de \_\_\_\_\_, e o n.º mecanográfico \_\_\_\_\_  
a exercer funções no(a) \_\_\_\_\_, solicita a V.<sup>a</sup> Ex.<sup>a</sup> se digne suprir a não marcação de ponto  
ocorrida no dia \_\_\_\_\_, na **entrada / saída (\*)** do período da **manhã / tarde (\*)**, por motivo de **não  
funcionamento ou avaria do aparelho de controlo situado no Edifício**  
\_\_\_\_\_ / **por erro ou lapso do trabalhador (\*)**,

Pede deferimento

\_\_\_\_\_  
(assinatura)

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Informação/validação p/ Responsável da Equipa:**

\_\_\_\_\_  
(assinatura e carimbo)  
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(DD /MM / AAAA)

**(\*) - (riscar o que não interessa)**

Requerimento de:

Compensação de Horário

Folga

Exm<sup>a</sup>. Sr<sup>a</sup>. Coordenadora, da USF Novos Horizontes, Dr.<sup>a</sup> Tânia Pereira


|                  |               |  |           |  |              |  |
|------------------|---------------|--|-----------|--|--------------|--|
| <b>Nome</b>      |               |  |           |  |              |  |
| <b>Categoria</b> | Enfermeira(o) |  | Médica(o) |  | Sec. Clínico |  |

a realizar funções na USF Novos Horizontes, vem solicitar autorização para gozo de folga/compensação de tempo no **dia XX/XX/20XX**, por ter realizado serviço acrescido no dia **XX/XX/20XX Consulta Aberta Centro Saúde de Porto Mós / no dia XX/XX/20XX**, no horário XXh-XXh.

Pede deferimento.

Parecer: Autorizo  Não Autorizo

A Coordenadora da USF Novos Horizontes

|   |  |  |         |       |   |
|---|--|--|---------|-------|---|
|  | <b>PLANO DE ACOMPANHAMENTO INTERNO</b> |  |         |       |   |
|   | Consentimentos informados              | <table border="1"> <tr> <td>VERSÃO:</td> <td>DATA:</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">28/12/2022</td> </tr> </table> | VERSÃO: | DATA: | 3 |
| VERSÃO:   | DATA:                                  |  |         |       |   |
| 3   | 28/12/2022                             |  |         |       |   |

## INTRODUÇÃO

Foi realizada a revisão do Manual de Procedimentos, agora designado MP 18 – Consentimentos Informados – Versão nº 2, 2022, na 10ª reunião de Conselho Geral, a 14-12-2022.

Neste constam os Procedimentos internos sujeitos a Consentimento Informado na USF Novos Horizontes (MP 18 - 2022).

Foi ainda realizada revisão do Anexo respetivo – PAI Consentimentos Informados V2.2022:

- Uma vez obtido o consentimento informado por escrito, deverá registar-se no Processo Clínico informático do utente (p.e CI assinado, entregue cópia ao utente. Arquivado em pasta própria em suporte físico com nº XXX, nº de lote);
- A folha onde consta a autorização expressa deverá ser entregue no secretariado clínico (ou pelo profissional (enfermeiro/Médico)), que arquivará em pasta própria durante um ano, transitando, posteriormente, para arquivo clínico;
- Será realizada auditoria periódica (anual) a todo o circuito.

| METODOLOGIA                 |  |
|-----------------------------|--|
| <b>ÂMBITO</b>               | Avaliação da Aplicação do Manual de Boas Práticas dos Consentimentos Informados (CI)                               |
| <b>OBJECTIVO AUDITORIA:</b> | <b>DA</b> Verificar o grau de cumprimento dos critérios de boas práticas do circuito dos Consentimentos Informados |
| <b>DATA AUDITORIA:</b>      | <b>DA</b> 22-12-2022   |
| <b>DURAÇÃO AUDITORIA</b>    | <b>DA</b> 2 horas  |
| <b>EQUIPA AUDITORA:</b>     | Tânia Pereira  |



## PLANO DE ACOMPANHAMENTO INTERNO

Consentimentos informados

VERSÃO:

3

DATA:

28/12/2022

### Objetivo:

- Auto avaliação interna.

### Âmbito:

- Auditoria ao circuito e manual dos Consentimentos informados (CI).

### Pertinência:

- Avaliação da aplicação do manual de boas práticas (consentimento informado).
- Sentida a necessidade de melhoria do circuito e registos.
- Enquadrar a prática com as Normas da DGS.

### Recolha de evidência:

- Pasta dos Consentimentos Informados.

### Metodologia

#### **I. Dimensão a estudar**

Qualidade técnico-científica no âmbito do manual de boas práticas do consentimento informado

#### **II. Unidade de estudo**

Consentimentos informados obrigatórios pela DGS, da data de até 1 ano antes (DIU/SIU; Implante SC, Imunoglobulina anti D)

#### **III. Fonte de dados/amostra**

Processo clínico eletrónico Pasta de arquivo dos CI Pasta (papel da requisição de Ig Anti D; pasta eletrónica T Grupo da requisição de DIU e Implante)

#### **IV. Tipo de avaliação**

Retrospectiva

#### **V. Tipo de critérios**

Explícitos, manual de boas práticas e circuito

**PLANO DE ACOMPANHAMENTO INTERNO**

Consentimentos informados

VERSÃO:  
3DATA:  
28/12/2022**VI. Tipo de análise**

Interna

| CRITÉRIOS A AVALIAR   | C | NC | Comentário/Sugestões/Atividades   |
|---|---|----|---|
| 1 – Existe Manual dos CI atualizado (validado)?   |   |    |   |
| 2 - Registo no Processo Clínico eletrónico da entrega e assinatura do CI ao utente?                         |   |    | SOAP DIU/Implante/Anti D/Gravação de pessoas Foto ou Audiovisual Notas Administrativas – Foto do Processo clínico |
| 3 – Assinatura/Nome legível do utente e data em que o CI foi assinado pelo mesmo                            |   |    |   |
| 4 – Assinatura/Nome legível do Médico ou Enfermeiro e data  |   |    |   |
| 5 – Utentes com idade inferior a 18 anos ou inadaptados, tem CI assinado pelo tutor ou representante legal? |   |    | Não foi possível avaliar  |
| 6 – Os CI estão arquivados em dossier próprio ?   |   |    |   |
| 7 – Existem CI no dossier com data superior a 1 ano, não estando por isso arquivados no arquivo clínico?    |   |    | Desde 2019  |
| 8 – Existe cópia de BI ou CC nos CI em que seja obrigatória essa cópia)?                                    |   |    | Utente não sabe assinar, comprovado por Bilhete de Identidade/Cartão de Cidadão                                   |

NC – Não Conformidade; C – Conformidade; N.A não aplicável


**OBTENÇÃO DA AMOSTRA**

Grelha existente na pasta própria.

Análise do estado da pasta em suporte digital e papel

| DESCRIÇÃO DAS CONSTATAÇÕES |   |    |  |
|----------------------------|---|----|--|
| CRITÉRIOS A AVALIAR        | C | NC | Comentário/Sugestões/Atividades  |
| 1 –                        | X |    | Versão nº 2 – a rever na 10ª reunião multidisciplinar 2022, e rever Manual PAI.  |
| 2 –                        | X |    | Todos apresentam letra legível e identificação adequada  |
| 3 –                        | X |    | Todos apresentam letra legível e identificação adequada  |
| 4 –                        |   |    | Não foi possível avaliar<br>Questão ética – exposição de caso à Comissão?  |
| 5 –                        | X |    | <p>Existe um suporte em papel que deve ser reorganizado e na reunião serão explicados os procedimentos e boas práticas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta grelha própria para o efeito, pelo que não foi devidamente preenchido;</li> <li>• CI não estão numerados de acordo com nº da grelha – após colocar os dados na grelha é atribuído um nº ao CI e esse deve ser escrito no canto superior direito do respetivo CI;</li> <li>• Em cada ano deve-se arquivar no processo do nº mais baixo em diante (havia mistura de CI) – de acordo com nº atribuído na grelha e não necessariamente pela data (alguns CI vêm de outros Polos)</li> </ul> <p>Existe na pasta de grupos – formulário dos vários CI e grelha.</p> |
| 6 –                        |   | X  | Não estavam arquivados, existiam CI desde 2019. Procedeu-se ao arquivo em capa própria de cada ano – 2019, 2020 e 2021 que a responsável do Arquivo/Biblioteca irá depois guardar de acordo com procedimento próprio   |
| 7 –                        |   |    | N.A  |

NC – Não Conformidade; C – Conformidade; N.A - *Nao aplicavel*

|   |  |              |                     |
|---|--|--------------|---------------------|
|  | <b>PLANO DE ACOMPANHAMENTO INTERNO</b> |              |                     |
|   | Consentimentos informados              | VERSÃO:<br>3 | DATA:<br>28/12/2022 |

## CONCLUSÃO

1. Foi organizada a pasta de grupos/suporte digital – formulários de consentimentos informados da ARS C/ ACES PL – onde existem todos os formulários necessários para o cumprimento do MP 18- Consentimentos nº2 – 2022, e que podem ser impressas em qualquer Polo.
  
2. GRELHA e atribuição de nº a cada CI e forma de arquivar na pasta em papel:
  - a. A pasta em suporte físico encontra-se na Sede, pelo que os profissionais de outros Polos devem trazer os CI quando o ato é realizado no respetivo Polo e não na Sede;
  - b. Deve ser impressa a versão da grelha existente na pasta grupos/suporte digital sempre que necessário, de preferência pelo profissional que preencheu a última alínea;
  - c. Quando é preenchida a grelha com os dados do CI é atribuído um nº XX /ano – este nº deve ser posteriormente escrito no canto superior direito do CI de forma a facilitar consulta da mesma;
  - d. A ordem de arquivo na pasta é de acordo com o nº atribuído na grelha e não a data de realização da mesma, precisamente por os profissionais de outros Polos terem de transportar as mesmas para a Sede e só de seguida preencherem a grelha.
  
3. Os Gestores do Arquivo/Biblioteca devem, a partir de 2023, realizar os seguintes procedimentos:
  - a. Na primeira semana de cada ano civil os CI do ano transato devem ser arquivados e guardados no Arquivo pelos responsáveis da Biblioteca/Gestão Documental;
  - b. As grelhas do ano a arquivar (em suporte papel), antes de guardadas no Arquivo, devem ser digitalizadas e guardadas em pasta própria para futura consulta caso se verifique necessário.

# PLANO DE ACOMPANHAMENTO INTERNO

---

IDENTIFICAÇÃO INEQUÍVOCA DO UTENTE

Outubro 2022

USF Novos Horizontes

Joana Francisca Azevedo

## Índice

|  |    |
|--|----|
| INTRODUÇÃO .....                                 | 3  |
| FUNDAMENTAÇÃO .....                              | 3  |
| PROCESSO DE MELHORIA CONTÍNUA DE QUALIDADE ..... | 5  |
| APLICAÇÃO DO PLANO DE AUDITORIA .....            | 6  |
| RESULTADOS .....                                 | 9  |
| ANÁLISE E DISCUSSÃO .....                        | 10 |
| CONCLUSÃO E MEDIDAS CORRETORAS .....             | 11 |
| BIBLIOGRAFIA .....                               | 12 |

## INTRODUÇÃO

Dado o número elevado de utentes que frequenta diariamente uma unidade de saúde, durante o seu horário de funcionamento, surge como necessidade aumentar a segurança do utente no acesso à unidade em questão. Assim sendo, é essencial o utente fazer-se apresentar de elementos identificadores, como exemplo, o cartão de cidadão ou passaporte. A falta desta documentação pode conduzir a erro de identificação e consequentemente a erro clínico e uma menor qualidade nos cuidados prestados.

A USF Novos Horizontes pretende melhorar a segurança na prestação dos cuidados de saúde, garantindo a correta e inequívoca identificação do utente, no momento do contacto com a unidade, e, antes de qualquer intervenção ou procedimento, seja pela parte médica, de enfermagem, ou pelo apoio do secretariado clínico.

## FUNDAMENTAÇÃO

Nos serviços prestadores de cuidados de saúde, a identidade dos doentes deve ser sempre confirmada através de dados fidedignos, como é o caso de nome completo, data de nascimento e do número único de processo clínico na instituição, sendo uma prática segura o recurso a, pelo menos, dois destes dados.

Na legislação e documentação com diretrizes para melhores práticas nos cuidados de saúde, está descrito que as instituições devem realizar auditorias frequentes às suas práticas e protocolos internos, neste caso em particular, àquelas práticas e protocolos que assegurem a identificação inequívoca do utente e a verificação entre a identificação e o procedimento a realizar.

Estas auditorias internas em torno da avaliação do circuito do utente dentro dos cuidados de saúde, pressupõem um esforço dentro da equipa, de forma contínua, para a promoção da segurança do utente.

O Plano Nacional para a Segurança do Utente (2021 – 2026) aprovado a 24 setembro de 2021, descreve os cuidados a ter no acesso e contacto dos doentes aos cuidados de saúde. O PNSD 2021 -2026 tem por objetivo consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde, sem negligenciar os princípios que sustentam a área da segurança do doente, como a cultura de segurança, a comunicação, e a implementação continuada de práticas seguras.

A inclusão de indicadores de segurança do doente em sede de contratualização, para os cuidados de saúde no SNS, com os respetivos incentivos institucionais de desempenho assistencial e de eficiência são uma das medidas que as ARS implementaram para que se cumpram as ações necessárias com vista à concretização dos objetivos e metas do PNSD 2021 -2026.

Este Plano encontra -se estruturado em cinco pilares que suportam catorze objetivos estratégicos. Os pilares estabelecem um referencial de consolidação e evolução em matéria de segurança do doente, nos quais se integram objetivos estratégicos, cujas metas são alcançadas pela implementação das ações definidas no presente Plano. Sendo ***Pilar 1: Cultura de segurança; Pilar 2: Liderança e governança; Pilar 3: Comunicação; Pilar 4: Prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente; Pilar 5: Práticas seguras em ambientes seguros.***

No pilar 5 são asseguradas as condições em que os serviços de saúde são prestados, e é aí que se insere a *identificação inequívoca do utente*. Este pilar sugere quais as ações a serem tomadas e quais as metas a serem atingidas.

| PILAR 5: PRÁTICAS SEGURAS EM AMBIENTES SEGUROS  |  |
|---|--|
| 5.1. IMPLEMENTAR E CONSOLIDAR PRÁTICAS SEGURAS EM AMBIENTE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE.            | <p><b>Ação</b></p> <p>a) Promoção da utilização de ferramentas digitais para práticas seguras relativas à segurança cirúrgica, segurança no parto, ocorrência de quedas, ocorrência de úlceras por pressão, identificação inequívoca de doentes, segurança da medicação e reconciliação terapêutica;</p> <p>b) Uniformização da utilização de ferramentas de monitorização do risco de incidentes de segurança na prestação de cuidados nos diferentes níveis de cuidados, incluindo o domicílio.</p> <p><b>Metas 2026:</b></p> <p>90 % das instituições prestadoras de cuidados de saúde utilizam ferramentas de controle e monitorização da prática segura relativas à segurança cirúrgica, ocorrência de quedas, ocorrência de úlceras por pressão, identificação inequívoca de doentes, segurança da medicação e reconciliação terapêutica;</p> <p>90 % das instituições prestadoras de cuidados de saúde com ferramentas para monitorização do risco de incidentes de segurança na prestação nos diferentes níveis de cuidados, incluindo o domicílio.</p>  |
| 5.2 MONITORIZAR A IMPLEMENTAÇÃO DE PRÁTICAS SEGURAS   | <p><b>Ação</b></p> <p>a) Atualização dos normativos no âmbito da segurança do doente;</p> <p>b) Auditar, anualmente, as práticas seguras relativas à segurança cirúrgica, segurança no parto, ocorrência de quedas, ocorrência de úlceras por pressão, identificação inequívoca de doentes, e segurança da medicação;</p> <p>c) Desenvolvimento e implementação dos Planos de Contingência para Emergências em Saúde Pública, com especial atenção para a área da segurança do doente.</p> <p><b>Metas 2023:</b></p> <p>100 % das instituições de saúde com Planos de Contingência para Emergências em Saúde Pública.</p> <p><b>Metas 2026:</b></p> <p>90 % das instituições de saúde com estratégias definidas para a implementação de práticas seguras nas seguintes áreas: segurança cirúrgica, segurança no parto, quedas, úlceras por pressão, infeções associadas a cuidados de saúde, identificação inequívoca de doentes, e segurança da medicação;</p> <p>90 % das instituições de saúde com auditorias internas anuais realizadas e relatórios publicados no <i>site</i> institucional.</p>  |
| 5.3 REDUZIR AS INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE (IACS) E AS RESISTÊNCIAS AOS ANTIMICROBIANOS | <p><b>Ação</b></p> <p>Reduzir as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e as resistências aos antimicrobianos (RAM).</p> <p>a) Promover a adesão das instituições de saúde à estratégia multimodal em precauções básicas de controlo de infeção, de acordo com o preconizado pelo PPCIRA;</p> <p>b) Implementação dos programas de vigilância epidemiológica do PPCIRA para as IACS;</p> <p>c) Suportar e alicerçar os serviços na implementação e monitorização das <i>bundles</i> de prevenção de IACS;</p> <p>d) Promover a implementação do Programa de Apoio à Prescrição Antibiótica (PAPA), com utilização e desenvolvimento de metodologias restritivas e de capacitação, tanto educativas como comportamentais;</p> <p>e) Garantir a atribuição de tempo protegido aos profissionais envolvidos na prevenção, controlo e monitorização das IACS e na operacionalização do PAPA nas instituições de saúde, de acordo com o Despacho n.º 15423/2013, de 26 de novembro;</p> <p>f) Partilhar, com os profissionais de saúde, os resultados dos indicadores de resultado e de processo definidos, na área das IACS, Consumo de antimicro-</p> |

|   |  |
|---|--|
|   | <p>bianos (CAM) e RAM, assim como a sua relação com a implementação de intervenções de melhoria da qualidade.</p> <p><b>Metas 2026:</b><br/> 95 % das unidades hospitalares com vigilância epidemiológica de IACS, CAM e RAM;<br/> 95 % das unidades hospitalares com implementação de PAPA;<br/> Reduzir em, pelo menos, 30 % a incidência da infeção urinária associada a cateter vesical, da infeção da corrente sanguínea associada a cateter venoso central, da pneumonia associada à ventilação e da infeção do local cirúrgico, em cada unidade hospitalar ou unidade de saúde (quando aplicável);<br/> Reduzir para menos de 10 %, a taxa de <i>K. pneumoniae</i> resistente aos carbapenemos;<br/> Reduzir em, pelo menos, 10 % o consumo de antibióticos em ambulatório;<br/> 95 % das unidades de saúde com adesão ao primeiro momento da higiene das mãos.</p> |
| <p>5.4 PROMOVER A TELESSAÚDE SEGURA</p> | <p><b>Ação</b><br/> a) Elaboração e implementação de normativo sobre telessaúde, garantindo as boas práticas no âmbito da segurança do doente.</p> <p><b>Metas 2023:</b><br/> Publicação da norma sobre telessaúde.</p>  |

*In Despacho n.º 187/2021 em Diário da República*

## PROCESSO DE MELHORIA CONTÍNUA DE QUALIDADE

Um Processo da Melhoria Contínua da Qualidade contempla as fases elencadas neste item.

### 1. Identificação

Procedimentos de identificação dos utentes pelo Secretariado Clínico no contacto com a unidade.  
Avaliação de conhecimentos e práticas de Enfermagem e Médicas.

Critérios de exclusão: utentes não presenciais, exceto teleconsultas.

### 2. Avaliação do Desempenho Atual

Conhecimento das práticas habituais com apresentação posterior dos resultados e introdução de medidas corretoras.

A avaliação ocorrerá em dois momentos – observação do atendimento pelo secretariado clínico e posteriormente, avaliação de conhecimentos da prática através de questionário on-line à equipa de enfermagem e médica.

## Objetivos

Aumentar a segurança na prestação de cuidados de saúde às pessoas acompanhadas na USF Novos Horizontes, através do uso constante do cartão de identificação por parte do utente e da verificação do mesmo por parte dos profissionais de saúde, em diversos momentos em que o doente circula na Unidade de Saúde.

Para alcançar este objetivo geral, consideram-se os seguintes objetivos e respetivas estratégias de intervenção:

## Estratégias

- i.* No âmbito do processo de Auditoria que a USF Novos Horizontes está a implementar, vai desenvolver-se na reunião multidisciplinar/formativa de 16 de novembro de 2022, uma sessão de formação interna relativa aos procedimentos a ter em conta na "identificação inequívoca dos utentes".
- ii.* Assim sendo, e tendo por base a Orientação Nº 018/2011, de 23 de maio de 2011, da Direção Geral da Saúde e procedimento definido pela USF Novos Horizontes, neste âmbito, passa a ser imprescindível em cada contacto a confirmação da identidade dos utentes, utilizando para tal pelo menos 2 dados.
- iii.* Neste sentido, deve ser reforçado junto de todos os utentes que devem sempre iniciar o contacto presencial com a unidade de saúde através dos serviços administrativos. Nos serviços administrativos será confirmada a informação relativa à sua identificação, morada e contactos.
- iv.* Passa a ser fundamental que se faça acompanhar sempre do seu cartão de cidadão, ou de outro tipo de documento que comprove os seus dados pessoais e número de utente do Serviço Nacional de Saúde.
  - a.* Está afixado cartaz, assinado pelo Coordenador da USF NH, junto de cada balcão de atendimento administrativo (ver ANEXO I) e em sítio visível.
- v.* Revisão do manual de procedimentos e boas práticas para a Identificação Inequívoca do doente
- vi.* Auditar anualmente uma pequena amostragem de doentes e profissionais de saúde (secretárias clínicas, enfermeiros de família e médicos de família) para verificar o cumprimento adequado da norma (Anexo II).
- vii.* Expor os resultados em reunião formativa - O novo ciclo de auditoria é apresentado a 16-11-2022.
- viii.* Implementação de medidas corretoras quando necessário.
- ix.* Novo ciclo de auditoria no ano seguinte.

## APLICAÇÃO DO PLANO DE AUDITORIA

|                              |   |
|------------------------------|---|
| <b>ÂMBITO</b>                | Avaliação da Aplicação do Manual de Boas Práticas da Identificação Inequívoca do Utente               |
| <b>OBJETIVO DA AUDITORIA</b> | Verificar o grau de cumprimento dos critérios de boas práticas da Identificação Inequívoca do Utente. |

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| <b>DATA DA AUDITORIA</b>    | 01.08.2022 a 12.08.2022                        |
| <b>DURAÇÃO DA AUDITORIA</b> | 2 semanas                                      |
| <b>EQUIPA AUDITORA</b>      | Joana Azevedo – Interna de Formação Específica |

#### **Objetivo**

- Autoavaliação interna.

#### **Âmbito**

- Auditoria ao circuito da Identificação Inequívoca do Utente.

#### **Pertinência**

- Avaliação da aplicação do manual de boas práticas.
- Sentida a necessidade de melhoria na Identificação Inequívoca do Utente.
- Enquadrar a prática com as Normas da DGS.

#### **Recolha de evidência**

- Observação direta da abordagem de cada Secretaria Clínica no contacto com o utente, sob uma amostra mínima de 10 utentes.
- Questionário a aplicar aos Enfermeiros e Médicos de Família sobre os conhecimentos sobre a Identificação Inequívoca do Utente e procedimento na consulta/ato – em alternativa e quando possível.

#### **Metodologia**

##### **I. Dimensão a estudar**

Qualidade técnico-científica no âmbito do manual de boas práticas Identificação Inequívoca do Utente

##### **II. Unidade de estudo**

Utente que contacta a USF no balcão administrativo.

##### **III. Fonte de dados/amostra**

Observação direta, em dia aleatório, do contacto de cada Secretária Clínica com uma amostra de 11 utentes, quando se dirigem ao balcão.

Questionário a aplicar via Google Forms aos EF/MF.

##### **IV. Tipo de avaliação**

Prospetiva

**V. Tipo de critérios**

Explícitos, manual de boas práticas e circuito

**VI. Tipo de análise**

Interna

**CRITÉRIOS A AVALIAR**

**- SECRETARIADO CLÍNICO -**

Dados que devem ser solicitados ao balcão no contacto com os utentes.

Amostra de 11 utentes por secretária clínica.

| Colocar "x" caso tenha sido solicitado esse dado |        |                  |      |                    |                   |
|--|--------|------------------|------|--------------------|-------------------|
| SECRETÁRIA CLÍNICA                               | UTENTE | ATENDIMENTO P/AT | NOME | DATA DE NASCIMENTO | CARTÃO DE CIDADÃO |
| Nome   | 1      |                  |      |                    |                   |
|  | ...    |                  |      |                    |                   |

Tabela 1 – Grelha de auditoria secretariado clínico  
Tipologia de atendimento: P – Presencial / AT – Atendimento Telefónico

**- ENFERMAGEM E MÉDICOS –**

Questionário online, através do Google Forms.

| Itens questionário aos profissionais de enfermagem e médico            |   |                    |                                 |             |                                      |        |
|--|---|--------------------|---------------------------------|-------------|--------------------------------------|--------|
| Classe Profissional  | Médico                                  |                    |                                 | Enfermeiro  |                                      |        |
| Total de anos que exerce profissão                                     |   |                    |                                 |             |                                      |        |
| Total de anos que exerce nesta instituição                             |   |                    |                                 |             |                                      |        |
| Quais os dados de identificação que devem ser solicitados aos utentes? | Nome completo ou Primeiro e último nome | Data de nascimento | Mostrar cartão de identificação | Opção A e B | Opção A, B e C                       | Nenhum |
| Em que situações os solicita?  | Todas as consultas                      | Algumas consultas  | Antes de cada ato               |             | Raramente, porque conheço os utentes |        |

Tabela 2 – Questionário Online para equipa médica e enfermagem

**RESULTADOS**

**SECRETARIADO CLÍNICO**

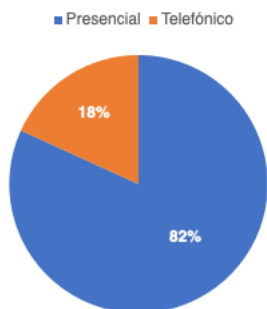


Gráfico 1 – Tipo de atendimento

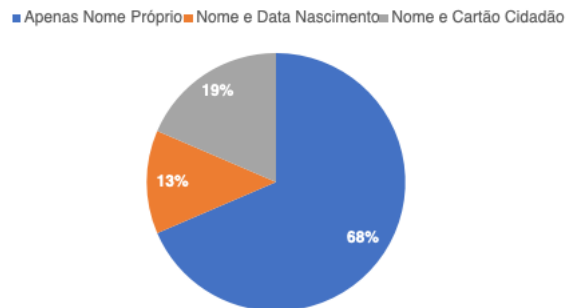


Gráfico 2 – Forma de identificação Solicitada

## ENFERMEIROS E MÉDICOS

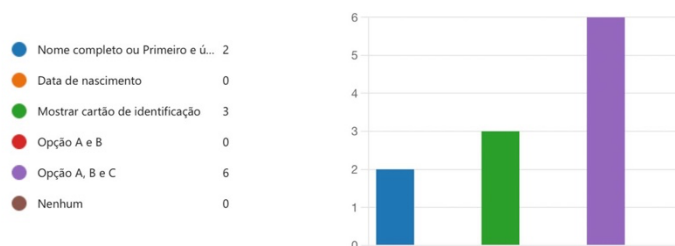


Gráfico 3 - Quais os dados que devem ser solicitados?

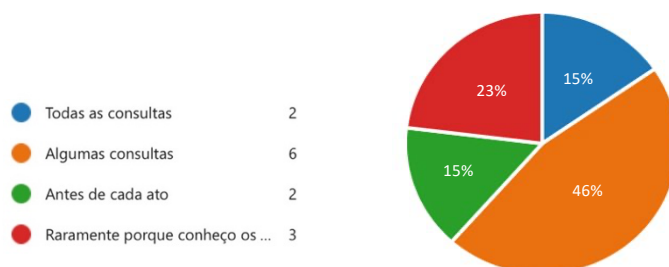


Gráfico 4 - Quando os solicita?

## ANÁLISE E DISCUSSÃO

Através deste processo de auditoria interna da identificação do utente é possível inferir o modo como é feito o circuito do utente dentro da USF Novos Horizontes, quais os seus pontos fortes e quais as fragilidades.

Durante a observação dos procedimentos do *secretariado clínico* concluiu-se que em 68% dos casos foi apenas solicitado o “nome próprio”, 19% “Cartão de cidadão” e em 13% “Nome e data de nascimento”.

Está preconizado como prática segura a identificação por recurso a, pelo menos, dois destes dados: **nome completo, da data de nascimento e do número único de processo clínico na instituição.**

Tendo em conta os resultados obtidos, em que a maioria apenas solicitou o nome próprio, este será um ponto a melhorar. É certo que as secretárias clínicas são funcionárias neste estabelecimento há muitos anos, e que, por isso, já conhecem os utentes – mas, esta prática leva a erros de identificação e à efetivação de consultas para o utente errado – o que pode acontecer por existirem nomes muito semelhantes, podendo até ser familiares. O secretariado clínico é um dos pontos funcionais mais importantes para o sucesso da prestação de cuidados, por ser o primeiro contacto do utente com a unidade, podendo impactar todo o circuito dentro da mesma.

Na 2ª parte desta auditoria foi aplicado um questionário aos restantes profissionais de saúde (equipa de enfermagem e médica). O questionário compreendia as questões **“Quais os dados de identificação que devem ser solicitados aos doentes?”** e **“Em que situações os solicita?”**

No universo de 11 profissionais, que responderam a este questionário, as respostas foram:

- “Que dados que devem ser solicitados?” a maioria respondeu que seria quer *o nome completo, data de nascimento e mostrar cartão de cidadão* (opção A, B e C – 6 respostas).

- “Em que situações solicita?” – a maioria respondeu “Algumas consultas” (6 respostas), seguido de “Raramente, porque conheço os meus utentes” (3 respostas).

Apesar de os profissionais saberem quais os dados que devem solicitar ao doente quando entra no consultório, na maioria das consultas não o fazem.

Foi ainda discutido que estar constantemente a pedir os dados de identificação, quer no gabinete de enfermagem, quer no gabinete médico, pode levar a um maior distanciamento e desconfiança do doente, havendo uma quebra na comunicação e relação terapêutica, pelo que teria de se encontrar outras alternativas. Foi salientada a importância da confirmação dos dados de identificação antes de qualquer procedimento invasivo, sendo que, por norma, são precedidos pelo preenchimento de consentimento informado.

## **CONCLUSÃO E MEDIDAS CORRETORAS**

Após a apresentação e análise dos resultados da auditoria, foram discutidas soluções e planos de melhoria.

O ponto mais importante na cadeia da identificação será o primeiro contacto dentro da unidade de saúde, e, por isso, o momento da receção ao balcão. A equipa do secretariado clínico deve uniformizar procedimentos, garantindo, para a melhor segurança do utente, que são solicitados pelo menos dois de “Nome completo”, “Data de nascimento”, “N.º identificação” ou “Cartão de Cidadão”.

O que foi constatado é que existe alguma relutância por parte dos utentes em apresentar o cartão de cidadão ou em fornecer muitos dados para se identificarem. Ainda assim será reforçado este pedido, explicando o seu propósito e disponibilizando informação para a população.

No que concerne aos restantes grupos profissionais, a falta de confirmação dos dados do utente no dia-a-dia quer no consultório de enfermagem, quer no consultório médico, pode perpetuar algum erro que tenha ocorrido no início do circuito, ao nível do atendimento ao balcão. Isto pode levar a uma rede de erros em cadeia, interferindo com os registos e o que ficará no processo clínico do utente – desde codificação de diagnósticos que não correspondem a esse utente, registo de realização de procedimentos ou até prescrição de medicação incorreta.

Foi também discutido, que a tipologia de auditoria aplicada à enfermagem e médico, não seria um método altamente eficaz e fiável de avaliar a prática clínica, tendo sido sugerido, num próximo ciclo de auditoria, fazer uma avaliação observacional do contacto destes grupos com o utente, tal como se faz para o secretariado clínico.

Uma vez que ainda há espaço para melhorar, e conhecidos os resultados da prática atual, conhecidos também quais os propósitos do *Plano Nacional Para a Segurança dos Doentes (2021 – 2026)* e como se pode garantir uma identificação inequívoca do utente dentro na USF Novos Horizontes, propõe-se uma auditoria anual.


Apresenta-se um cronograma do Plano de Acompanhamento Interno:

| CRONOGRAMA   |            |    |    |    |            |    |    |    |            |    |    |    |
|--|------------|----|----|----|------------|----|----|----|------------|----|----|----|
|  | 2022       |    |    |    | 2023       |    |    |    | 2024       |    |    |    |
|  | TRIMESTRAL |    |    |    | TRIMESTRAL |    |    |    | TRIMESTRAL |    |    |    |
|  | 1º         | 2º | 3º | 4º | 1º         | 2º | 3º | 4º | 1º         | 2º | 3º | 4º |
| Formação no âmbito da aplicação da norma               |            |    |    |    |            |    |    |    |            |    |    |    |
| Rever Manual de Procedimentos                          |            |    |    |    |            |    |    |    |            |    |    |    |
| Afixação de Material Informativo para os utentes       |            |    |    |    |            |    |    |    |            |    |    |    |
| Aplicabilidade da auditoria interna – recolha de dados |            |    |    |    |            |    |    |    |            |    |    |    |
| Apresentação resultados                                |            |    |    |    |            |    |    |    |            |    |    |    |
| Medidas corretoras                                     |            |    |    |    |            |    |    |    |            |    |    |    |

## BIBLIOGRAFIA


- Despacho n.º 9390/2021, de 24 Setembro. Publicação em Diário da República n.º 187/2021, Série II de 2021-09-24, páginas 96-103. “Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026)”
- Norma de Orientação Clínica n.º018/2011 de 23/05/2011 “Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde”


## ANEXO IV – Técnica de lavagem das mãos



Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

### OS SEUS 5 MOMENTOS PARA A HIGIENE DAS MÃOS





|          |  |  |
|----------|--|--|
| <b>1</b> | <b>ANTES DO CONTACTO COM O DOENTE</b>                    | <b>QUANDO?</b> Higienizar as mãos antes de tocar num doente enquanto se aproxima dele.<br><b>PORQUÊ?</b> Para proteger o doente de microrganismos que transportamos nas mãos.  |
| <b>2</b> | <b>ANTES DE PROCEDIMENTOS LIMPOS OU ASSÉPTICOS</b>       | <b>QUANDO?</b> Antes de qualquer procedimento envolvendo o contacto directo ou indirecto com mucosas, pele com solução de continuidade, dispositivo médico invasivo ou equipamentos.<br><b>PORQUÊ?</b> Para proteger o doente de microrganismos que transportamos nas mãos e dos da sua própria flora.                         |
| <b>3</b> | <b>APÓS RISCO DE EXPOSIÇÃO A FLUÍDOS ORGÂNICOS</b>       | <b>QUANDO?</b> Após qualquer procedimento que real ou potencialmente envolva a exposição das mãos a um fluido orgânico independentemente de se usarem luvas ou não.<br><b>PORQUÊ?</b> Para proteger o profissional de saúde e o ambiente da disseminação de microrganismos do doente.  |
| <b>4</b> | <b>APÓS CONTACTO COM O DOENTE</b>                        | <b>QUANDO?</b> Higienizar as mãos imediatamente após ter contactado com um doente, quando deixa o ambiente envolvente do mesmo.<br><b>PORQUÊ?</b> Para proteger o profissional de saúde e o ambiente da disseminação de microrganismos do doente.  |
| <b>5</b> | <b>APÓS CONTACTO COM O AMBIENTE ENVOLVENTE DO DOENTE</b> | <b>QUANDO?</b> Quando o profissional de saúde abandona o ambiente envolvente do doente após ter tocado em equipamentos, pertences pessoais ou outras superfícies inanimadas, mesmo sem ter tocado no doente.<br><b>PORQUÊ?</b> Para proteger o profissional de saúde e o ambiente da disseminação de microrganismos do doente. |

# Lavagem das mãos

medidas simples  
salvam vidas



Lave as mãos apenas quando estiverem visivelmente sujas.  
Nas outras situações use solução anti-séptica de base alcoólica (SABA).

 Duração total do procedimento: **40-60 seg.**



0 Molhe as mãos com água



1 Aplique sabão suficiente para cobrir todas as superfícies das mãos



2 Esfregue as palmas das mãos, uma na outra



3 Palma direita sobre o dorso esquerdo com os dedos entrelaçados e vice versa



4 Palma com palma com os dedos entrelaçados



5 Parte de trás dos dedos nas palmas opostas com os dedos entrelaçados



6 Esfregue o polegar esquerdo em sentido rotativo, entrelaçado na palma direita e vice versa



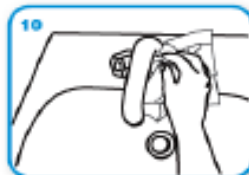
7 Esfregue rotativamente para trás e para a frente os dedos da mão direita na palma da mão esquerda e vice versa



8 Enxague as mãos com água



9 Seque as mãos com toalhete descartável



10 Utilize o toalhete para fechar a torneira se esta for de comando manual



11 Agora as suas mãos estão seguras.

Divisão Geral de Saúde  
www.usf.br

# Fricção Antissética das mãos



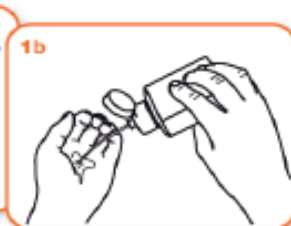
Higienize as mãos, friccionando-as com solução antisséptica de base alcoólica (SABA). Lave as mãos quando estão visivelmente sujas.



Duração total do procedimento: 20-30 seg.



1a



1b

Aplique o produto numa mão em forma de concha para cobrir todas as superfícies



2

Esfregue as palmas das mãos, uma na outra



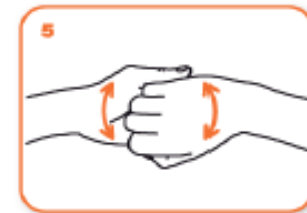
3

Palma direita sobre o dorso esquerdo com os dedos entrelaçados e vice versa



4

As palmas das mãos com dedos entrelaçados



5

Parte de trás dos dedos nas palmas opostas com dedos entrelaçados



6

Esfregue o polegar esquerdo em sentido rotativo, entrelaçado na palma direita e vice versa



7

Esfregue rotativamente para trás e para a frente os dedos da mão direita na palma da mão esquerda e vice versa



8

Uma vez secas, as suas mãos estão seguras.

## Preparação pré-cirúrgica das mãos por fricção com solução antisséptica de base alcoólica

- Lave as mãos e antebraços com água e sabão, à chegada ao bloco operatório, após colocação do fardamento específico (gorro, barrete/ touca e máscara cirúrgica). Limpe os leitos subungueais com estilete e água corrente na primeira cirurgia do dia. Seque bem as mãos com um toalhete descartável absorvente.
- Utilize uma solução antisséptica de base alcoólica (SABA) para a preparação pré-cirúrgica das mãos, que cumpra a norma EN 12791, seguindo a técnica ilustrada nas imagens de 1 a 17, antes de qualquer procedimento cirúrgico/procedimento invasivo.
- Após retirar as luvas cirúrgicas, lave as mãos com água e sabão, eliminando a presença de qualquer resíduo de pó ou fluidos orgânicos.



**1**  
Coloque aproximadamente 5 ml (3 doses) de SABA na palma de sua mão esquerda, utilizando o cotovelo do seu braço contra lateral, para acionar e dispersar.



**2**  
Mergulhe as pontas dos dedos da mão direita na solução, de forma a descontaminar a área sob as unhas (5 segundos).



**3**



**4**



**5**



**6**



**7**

**Imagens 3-7:** Espalhe a solução no antebraço direito, até ao nível do cotovelo; Assegure-se que toda a superfície da pele fica coberta pela solução alcoólica na fase líquida, utilizando movimentos circulares em volta do antebraço, até que a SABA tenha evaporado totalmente (10–15 segundos).



**8**



**9**



**10**



**11**



**12**

**Imagens 8-10:** Repita os passos 1–2 para a mão e antebraço esquerdo.

Coloque aproximadamente 5 ml (3 doses) de SABA na palma da mão esquerda, utilizando o cotovelo direito, de forma a friccionar ambas as mãos em simultâneo, até aos punhos, seguindo todos os passos descritos nas imagens 12–17 (20–30 segundos).

Enfrie totalmente a superfície das mãos até aos punhos, com SABA, friccionando as palmas das mãos em movimentos de retagão.



**13**



**14**



**15**



**16**



**17**

Friccione a palma direita sobre o dorso da mão esquerda com os dedos entrelaçados e vice-versa.

Friccione as palmas das mãos em movimentos de vai e vem, com os dedos entrelaçados.

Friccione a face posterior dos dedos, nas palmas apostas com os dedos entrelaçados, com um movimento para os lados e para trás.

Friccione o polegar da mão esquerda, em sentido rotativo entrelaçando-o na palma da mão direita e vice-versa.

Quando as mãos estiverem bem secas, pode então vestir a bata cirúrgica estéril e calçar as luvas estéril.

Repita esta sequência (em média de 60 segundos) o número de vezes que se quiser, constituem a duração recomendada pelo fabricante da SABA, para o efeito desejado. Pode ser de duas a três vezes.



Tradução e adaptação do IRR para PDI, com a colaboração de ACR/ASAP (Iberica) e Instituto de ICI, do IPDIN, Alentejo 2016.

All material, illustrations, hereafter taken by the World Health Organization, verify the information contained in this document. However, the published material is being distributed without warranty of any kind, either expressed or implied. The responsibility for the interpretation and use of the material lies with the reader. It is important that the World Health Organization be held for damages arising from its use.