

Instruções para o preenchimento

Este questionário está desenhado para apoiar os sistemas (organizações, serviços) na avaliação e aperfeiçoamento dos cuidados prestados ao doente crónico. Os resultados podem ser usados para identificar fragilidades e áreas para melhoria. O questionário deve ser preenchido, preferencialmente, por um grupo de profissionais de um mesmo local de prestação de cuidados de saúde.

1- Responda cada questão na perspetiva de um local de saúde (sistema, organização, unidade de saúde, serviço, etc.) que ofereça cuidados aos doentes crónicos.

Indique o nome e tipo de local em análise:

2- Responda cada questão explicitando como é que a organização está a atuar em relação a uma doença ou condição.

Especifique a doença ou condição: _____

3- Descreva brevemente o processo utilizado para preencher o questionário (p. ex., preenchido por consenso em reunião presencial; preenchido por um líder em consulta com outros membros da equipa; preenchido por cada membro da equipa em separado e feito uma média das respostas).

Descrição: _____

4- Cada linha deste questionário apresenta aspetos fundamentais do cuidado às doenças crónicas. Cada aspeto é dividido em níveis e em valores que demonstram os vários níveis na melhoria dos cuidados aos doentes crónicos.

Os níveis são representados por D, C, B ou A e os valores de 0 a 11. O valor mais alto em cada quadro indica que a ação descrita foi completamente implementada e o menor que a implementação está no início ou ainda não existe.

Para cada linha, identifique o nível e então, dentro desse nível, assinale o valor que melhor descreve o estágio de cuidados que existe atualmente no local e na condição escolhida. Apenas um valor pode ser preenchido por linha.

5- Some o total dos valores de cada seção e calcule a pontuação média correspondente. Preencha os campos no final de cada seção com os valores obtidos. Na última folha preencha os campos com os valores obtidos de cada seção. Some todas as pontuações e complete a pontuação média para o programa como um todo.

Avaliação dos Cuidados de saúde na doença crónica (ACIC 3.5)

Categoria 1: Organização do Sistema de prestação de cuidados de saúde: os programas de gestão das doenças crónicas podem ser mais efetivos se a organização tiver o seu foco nos cuidados à doença crónica.

Componentes	Nível D			Nível C			Nível B			Nível A		
Liderança organizacional na globalidade dos cuidados à doença crónica	... não existe ou há pouco interesse.			... reflete-se na visão da organização, nos planos de gestão, mas não existem recursos específicos para executar as ações previstas.			... reflete-se na liderança de topo da organização e na disponibilização de recursos específicos (humanos e financeiros).			... faz parte do planeamento estratégico de longo prazo da organização, possui os recursos necessários e uma equipa técnica específica e responsável pelas ações.		
Score	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Objetivos da organização para os cuidados à doença crónica	... não existem ou estão limitados a uma condição.			...existem, mas não são revistos regularmente.			... são mensuráveis e revistos.			... são mensuráveis, revistos regularmente e são incorporados em planos de melhoria.		
Score	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Estratégia para a melhoria dos cuidados à doença crónica	... é <i>ad hoc</i> (circunstancial) e não está organizada nem suportada consistentemente.			... usam uma abordagem <i>ad hoc</i> , para resolver problemas específicos à medida que surgem.			... usam uma abordagem comprovada de melhoria para problemas específicos.			... incluem uma abordagem comprovada de melhoria e usam-na proativamente para garantir os objetivos organizacionais.		
Score	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Incentivos e regulamentos para os cuidados à doença crónica	... não são usados para influenciar os objetivos da performance clínica.			... são usados para influenciar a utilização e custos dos cuidados à doença crónica			... são usados para apoiar os objetivos dos cuidados ao doente.			... são usados para motivar e empoderar os profissionais a apoiar os objetivos dos cuidados aos doente.		
Score	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Líderes de topo	... Desencorajam o envolvimento de doentes crónicos.			... não consideram uma prioridade a melhoria dos cuidados à doença crónica.			... incentivam os esforços de melhoria para os cuidados à doença crónica.			... participam de forma visível na melhoria dos cuidados à doença crónica.		
Score	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Benefícios	... desencoraja a autogestão do doente ou mudanças no sistema.			... não encoraja nem desencoraja a autogestão do doente ou mudanças no sistema.			... encorajam a autogestão do doente ou mudanças no sistema.			... estão especificamente desenhados para promoverem melhores cuidados à doença crónica.		
Score	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Score total para organização do sistema de prestação de cuidados de saúde _____

Score médio (Score para organização do sistema de prestação de cuidados de saúde / 6) _____

Categoria 2: Ligações comunitárias. A ligação entre o sistema de cuidados de saúde e os recursos da comunidade desempenha um papel importante na gestão da doença crónica.

Componentes	Nível D			Nível C			Nível B			Nível A		
Ligação dos doentes com recursos externos	... não é feito sistematicamente.			... está limitada a uma lista de recursos comunitários disponíveis, num formato acessível.			...é realizada através de um profissional designado ou recurso responsável de forma a garantir a máxima utilização dos recursos comunitários pelo doente.			... é realizada através de uma coordenação ativa entre o sistema de saúde, os serviços comunitários e os doentes.		
Score	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Parcerias com as organizações comunitárias	... não existem.			... estão a ser consideradas mas ainda não foram implementadas.			... estão estruturadas para desenvolver programas e políticas de apoio.			... estão formadas para desenvolver ativamente programas e políticas de apoio através de todo o sistema.		
Score	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Planos regionais de saúde	... não coordenam as guidelines da doença crónica, medidas ou recursos referentes aos cuidados a nível prático.			... poderiam considerar algumas guidelines, medidas e recursos referentes aos cuidados a nível prático à doença crónica mas não implementam mudanças.			... coordenam frequentemente guidelines, medidas ou recursos numa ou duas áreas da doença cónica.			... coordenam frequentemente as guidelines de doença crónica, medidas e recursos num nível prático para a maioria das doenças crónicas.		
Score	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Score total para cooperação comunitária _____

Score médio (pontuação total para cooperação comunitária / 3) _____

Categoria 3: Aplicação Prática. Várias componentes que se manifestam ao nível da prática individual dos profissionais de saúde têm demonstrado ser capazes de melhorar os cuidados das doenças crónicas. Estas características recaem sobre áreas gerais de suporte à autogestão, problemas que condicionam a intervenção do cuidador, apoio à decisão e sistemas de informação clínica.

Categoria 3a: Apoio à autogestão. O apoio efetivo à autogestão pode ajudar os doentes e famílias a enfrentar os desafios de viver e tratar a doença crónica, reduzindo os sintomas e complicações.

Componentes	Nível D			Nível C			Nível B			Nível A		
Avaliação e documentação das atividades e necessidades da autogestão	... não é feita.			... é esperadasão completamente desenvolvidas de forma padronizada.			... são regularmente avaliadas e registadas de forma padronizada, e transmitidas para o plano terapêutico aos profissionais e doentes.		
Score	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Apoio à autogestão	... está limitado à distribuição de informação (panfletos, brochuras).			... está disponível por referência a grupos de autogestão ou formadores.			... é fornecido por profissionais de saúde formados que são designados para o apoio à autogestão sem exclusividade ao atendimento dos doentes com doença crónica é fornecido por profissionais de saúde familiarizados com cada prática, formados no empoderamento do doente e na metodologia de resolução de problemas e prestam cuidados à maioria dos doentes com doença crónica.		
Score	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Resposta às preocupações dos utentes e familiares	... não é feito de forma consistente.			... é disponibilizado para alguns utentes e famílias específicas através de referência.			... é estimulado e apoiado por programas e grupos de apoio disponíveis.			... faz parte integrante dos cuidados, incluem avaliação sistemática e atividades em grupos de apoio ou programas, de forma rotineira.		
Score	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Intervenções efetivas para a mudança de comportamentos eficazes e apoio dos pares	... não estão disponíveis.			... estão limitadas à distribuição de panfletos, brochuras ou outra informação escrita.			... estão disponíveis apenas quando os doentes são referenciados a centros especializados com profissionais formados.			... estão disponíveis e são uma parte integrante da rotina dos cuidados.		
Score	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Score total para apoio à autogestão _____

Score médio (pontuação total para apoio à autogestão / 4) _____

Categoria 3b: Suporte à decisão. Os programas efetivos de gestão da doença crónica devem assegurar que os profissionais de saúde têm acesso à informação baseada na evidência necessária para o suporte à decisão dos cuidados (prática clínica). Isto inclui *guidelines* e protocolos de práticas baseadas na evidência, consultas de especialistas, educação dos profissionais de saúde e capacitação dos doentes para que, em conjunto com os profissionais, se adotem terapias eficazes.

Componentes	Nível D			Nível C			Nível B			Nível A		
Evidência baseada em guidelines	... não estão disponíveis.			... estão disponíveis, mas não são integradas nos cuidados prestados.			... estão disponíveis e apoiadas por formadores clínicos.			... estão disponíveis e integrados nos cuidados através da formação permanente dos profissionais e outros métodos, que apelam à mudança de comportamentos.		
Score	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Envolvimento de especialistas na melhoria dos cuidados saúde primários	... processa-se basicamente na referência tradicional.			... é conseguida através da liderança de especialistas, que contribuem com o sistema na implementação de guidelines de forma sistemática.			... inclui liderança de especialistas e especialistas designados que dão formação às equipas de cuidados de saúde primários.			... inclui a liderança e envolvimento de especialistas na melhoria dos cuidados de saúde primários.		
Score	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Formação específica dos profissionais de saúde na área da doença crónica	... é realizada esporadicamente.			... é realizada sistematicamente através de métodos tradicionais.			.. é realizada utilizando métodos otimizados (detalhes académicos) inclui formação de toda a equipa em métodos de cuidados da doença crónica, como a gestão da doença com enfoque na população e no apoio à autogestão.		
Score	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Informação aos doentes sobre as guidelines	... não é feito.			... acontece se for solicitado ou através de publicações da organização.			... é feita através de material didático específico para cada doente e para cada <i>guideline</i> inclui material específico desenvolvido para cada doente, para descrever como pode alcançar cada <i>guideline</i> .		
Score	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Score total para suporte à decisão _____

Score médio (score total de suporte à decisão / 4) _____

Categoria 3c: Estrutura do sistema de prestação. A evidência sugere que a gestão efetiva das doenças crónicas, envolve mais do que o simples acrescentar de intervenções adicionais a um sistema focalizado para os cuidados agudos. Podem ser necessárias mudanças nas práticas organizacionais que tenham impacto na oferta dos cuidados.

Componentes	Nível D			Nível C			Nível B			Nível A		
Funcionamento da equipa clínica	... não é abordada.			... é abordada assegurando a disponibilidade de profissionais com formação específica em aspetos chave dos cuidados à doença crónica.			... é assegurado pelo encontro regular das equipas onde são abordadas as guidelines, as responsabilidades, papéis e problemas nos cuidados à doença crónica.			... é assegurado por equipas que se encontram regularmente e têm papéis claramente definidos, incluindo, educação para a autogestão do doente, acompanhamento proactivo, recursos e outros aspetos da gestão integrada da doença crónica.		
Score	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Liderança das equipas clínicas	... não é reconhecida localmente nem pela organização.			... é assumida pela organização com atribuições específicas no organigrama da organização.			... é assegurada pela nomeação de um líder de equipa, mas as suas atribuições no âmbito da doença crónica não estão definidas.			... é garantida pela nomeação de um líder de equipa que assegura que os papéis e responsabilidades da equipa na doença crónica estão claramente definidos.		
Score	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Sistema de marcação de consultas	... pode ser usado para consultas urgentes, de seguimento e preventivas.			... assegura o acompanhamento programado dos doentes crónicos, através de consultas periódicas.			... é flexível e pode incorporar inovações, tais como consultas individuais ou em grupo.			... inclui uma organização dos cuidados que facilitada a observação do doente por múltiplos profissionais, numa única visita.		
Score	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Acompanhamento (follow-up)	... é programado informalmente pelos doentes ou profissionais, de forma <i>ad-hoc</i> é realizado pelos profissionais de saúde de acordo com as <i>guidelines</i> é assegurado pela equipa a partir da monitorização do recurso às consultas.			... é adaptado às necessidades do doente, variando em intensidade e metodologia (telefone, pessoalmente, <i>e-mail</i>) de acordo com as <i>guidelines</i> de acompanhamento.		
Score	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Consultas programadas	... não são utilizadas.			... são ocasionalmente			... são uma opção para			... são usadas para todos os		

"Translated from the Assessment of Chronic Illness Care (ACIC), Copyright 2000, The MacColl Center for Health Care Innovation, Group Health Cooperative", by Filipe Leal, Carminda Morais PhD e Rui Pimenta PhD, Portugal, 2013.

para doentes crónicos				utilizadas para doentes com complicações.			doentes interessados.			doentes crónicos e integram uma avaliação regular, intervenções preventivas e apoio à autogestão.		
Score	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Continuidade/articulação dos cuidados	... não é uma prioridade.			... depende da comunicação escrita entre os profissionais de saúde dos Cuidados de Saúde Primários(CSP) e os gestores de caso ou gestores da doença.			... entre os profissionais de CSP, especialistas e outros profissionais de áreas afins, é uma prioridade, mas não é implementada sistematicamente.			... é prioritária e todas as intervenções incluem coordenação ativa entre os CSP e os especialistas em doenças crónicas ou outros serviços relevantes.		
Score	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

(continuação da página anterior)

Score total para estrutura do sistema de prestação _____

Score médio (score total para estrutura do sistema de prestação / 6) _____

Categoria 3d: Sistema de informação clínica. A informação útil, oportuna e individualizada de doentes e de populações com doenças crónicas é um fator estruturante para programas efetivos de gestão das doenças crónicas, especialmente os que centram a sua abordagem na população.

Componentes	Nível D			Nível C			Nível B			Nível A		
Registo (lista de doentes com condições específicas)	... não está disponível.			... inclui o nome, diagnóstico, informação do contacto e data da última consulta, em papel ou em base de dados informatizada.			... permite a classificação de subpopulações por prioridades clínicas.			... está estruturado de acordo com guidelines, que fornecem alertas acerca dos serviços necessários ou pendentes.		
Score	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Alertas aos profissionais	... não disponíveis.			... incluem a notificação geral da existência de doença crónica, mas não descrevem as intervenções necessárias, no momento da consulta.			... incluem relatórios periódicos com indicações sobre serviços necessários para populações de doentes crónicos.			... incluem informação específica para os profissionais sobre a adesão às <i>guidelines</i> , no momento das consultas individuais.		
Score	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Feedback	... não está disponível ou não é específico da equipa.			... é disponibilizado de forma irregular e impessoal.			... ocorre em intervalos suficientemente frequentes para monitorizar o desempenho e é específico para a população de cada equipa.			... é oportuna, frequente e específica da equipa, sendo entregue pelo líder, de forma personalizada, para melhorar o desempenho.		
Score	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Informação sobre subgrupos relevantes de doentes com necessidades específicas	... não está disponível.			... só pode ser obtida com esforço acrescido ou programação adicional.			... pode ser obtida a pedido, mas não está disponível por rotina.			... é proporcionada, por rotina, aos profissionais de saúde para a integrar no plano de cuidados.		
Score	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Planos terapêuticos	... não são expectáveis.			... são conseguidos através de uma abordagem padronizada.			... são estabelecidos de forma participada e incluem objetivos de autogestão e clínicos.			... são estabelecidos de forma participada e incluem autogestão e gestão clínica. O acompanhamento ocorre e guia os cuidados em todos os pontos do serviço.		
Score	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Score total para sistema de informação clínica _____

Score médio (score total sistema de informação clínica/ 5) _____

Integração dos Componentes do Modelo de Gestão da Doença Crónica. Sistemas de saúde efetivos integram e combinam todos os elementos do modelo, como por exemplo, associando os objetivos de autogestão com os sistemas/registos de informação.

Componentes	Estrutura mínima			Estrutura básica			Estrutura razoável			Estrutura integral		
Informar os doentes sobre as <i>guidelines</i>	... não é realizada			... ocorre por solicitação ou através de publicações do sistema/serviço.			... ocorre através de materiais de educação para a saúde específicos para cada doente e para cada guideline.			... inclui materiais especialmente desenvolvido para doentes, com vista à promoção da sua adesão ao preconizado nas <i>guidelines</i> .		
Score	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Sistemas de registos / informação	... não inclui objetivos da autogestão do doente..			... inclui resultados da avaliação do doente (p.ex., avaliação do estado funcional, disponibilidade para participar em atividades de autogestão), mas não objetivos.			... inclui resultados da avaliação do doente, assim como objetivos da autogestão que são desenvolvidos usando dados da prática do profissional/equipa e o doente.			... inclui resultados da avaliação do doente, assim como objetivos da autogestão que são desenvolvidos usando dados da prática do profissional/equipa e o doente; e alertas rápidos para o doente e/ou profissional de saúde sobre o seguimento e periodicidade da reavaliação dos objetivos.		
Score	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Programas comunitários	... não há feedback para o sistema de saúde sobre o progresso dos doentes nestes programas.			... proporcionam esporadicamente feedback em reuniões conjuntas entre a comunidade e o sistema de saúde sobre o progresso dos doentes nos programas da comunidade.			... proporcionam esporadicamente feedback para o sistema de saúde usando mecanismos formais (como relatórios de progresso na internet) sobre o progresso dos utentes.			... proporcionam regularmente feedback ao sistema saúde sobre o progresso dos doentes e cujas opiniões são posteriormente usadas para modificar os programas para ir de encontro às necessidades dos doentes.		
Score	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Plano organizacional para o cuidado às doenças crónicas	... não tem uma abordagem populacional.			... usa dados do sistema de informação para planear os cuidados.			... usa dados do sistema de informação para planear proactivamente os cuidados para a população, incluindo o desenvolvimento de programas de autogestão e parcerias com recursos comunitários.			... usa dados do sistema de informação e contribuições das equipas multiprofissionais para planear os cuidados à população, incluindo o rastreamento, acesso ao tratamento e parcerias comunitárias, e inclui uma avaliação contínua do plano para determinar os avanços durante toda a sua implementação..		
Score	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Monitorização de consultas, avaliação do doente e planeamento de objetivos	...não é garantido.			...é feito esporadicamente, normalmente apenas para consultar.			...é assegurado através da atribuição de responsabilidade a um membro específico da equipa (p.ex. enfermeiro gestor de caso).			...é assegurado através da atribuição da responsabilidade a um membro específico da equipa (p.ex. enfermeiro gestor de caso), que usa os registos ou outros avisos para coordenar doentes e a equipa inteira.		
Score	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Guidelines para os cuidados às doenças crónicas	...não é partilhada com os doentes.			...são entregues aos doentes que expressam interesse específico no autogestão da sua doença.			...são entregues a todos os doentes para ajudá-los a desenvolver o autogestão efetiva ou programas de mudança de comportamento, e reconhecerem quando devem procurar um profissional de saúde.			...são revistas pela equipa de saúde com o doente para criar um programa de autogestão ou de mudança de comportamento compatível com as guidelines que levam em conta os objetivos dos doentes e disponibilidade para mudar.		
Score	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

(continuação da página anterior)

Score total para integração dos componentes do modelo de gestão da doença crónica _____

Score médio (Score total para integração dos componentes do modelo de gestão da doença crónica /6) _____

Resumo da Pontuação

(trazer as pontuações do final de cada categoria para esta página)

Pontuação total para organização do sistema de prestação de cuidados de saúde _____

Pontuação total para ligações comunitárias _____

Pontuação total para apoio à autogestão _____

Pontuação total para suporte à decisão _____

Pontuação total para estrutura do sistema de prestação _____

Pontuação total para sistema de informação clínica _____

Pontuação total para integração dos componentes do modelo de gestão da doença crónica _____

Pontuação Global do Programa/ Sistema/ Unidade (Soma de todas Pontuações) _____

Média da Pontuação do Programa (Pontuação Global do Programa/7) _____

O que significa?

O ACIC é organizado para que a pontuação mais alta (11) em qualquer item, seção ou avaliação final, indique um local com recursos e estrutura ótima para o cuidado aos doentes crónicos. Por outro lado, a menor pontuação possível (0), corresponde a um local com recursos e estrutura muito limitados para esse cuidado. As orientações para a interpretação dos valores são as seguintes:

Entre “0” e “2” = apoio limitado à doença crónica

Entre “3” e “5” = apoio básico à doença crónica

Entre “6” e “8” = apoio razoavelmente bom à doença crónica

Entre “9” e “11” = “apoio ou intervenção totalmente implementada