



COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIAS MÉDICAS

CONSELHO DE ACREDITAÇÃO DA ORDEM DOS MÉDICOS DE MOÇAMBIQUE

# REQUISITOS INSTITUCIONAIS

CONSELHO DE ACREDITAÇÃO E COMISSÕES DE REVISÃO

7/21/2017



## COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIAS MÉDICAS RATIFICAÇÃO DOS REQUISITOS INSTITUCIONAIS DO CONSELHO DE ACREDITAÇÃO DA ORDEM DOS MÉDICOS DE MOÇAMBIQUE

### I.- Organização Institucional e Responsabilidades

#### I.A Instituição Principal (Responsável)

I.A.1- Os programas de residências acreditados pela Conselho de Acreditação da Ordem dos Médicos ,devem funcionar sob a autoridade e control de uma Instituição Principal. A responsabilidade Institucional estende-se a todos os locais onde o residente é colocado incluindo Instituições Participantes.

I.A.2 – Uma Instituição Principal deve estar em sintonia com estes Requisitos Institucionais e deve assegurar que todos os programas acreditados estão também em sintonia, quer com os Requisitos Comuns dos Programas, quer com os Requisitos de Programa de cada especialidade aprovados pelo Conselho de Acreditação, através da respectiva Comissão de Revisão, quer com as **Políticas e Procedimentos** da Conselho de Acreditação e da CNRM.

I.A.3- Uma Instituição Principal deve obter e manter a sua acreditação institucional. Ao perder a sua acreditação institucional , põe em risco a acreditação de todos os seus programas.

I.A.4 A Instituição Principal e os seus programas acreditados só devem colocar residentes para aprendizagem em ambientes de trabalho que facilitam e promovem a segurança dos pacientes e a qualidade dos cuidados de saúde.

I.A.5 A Instituição Principal deve identificar:

a) um Director de Residências Designado pela Instituição , que em colaboração com a comissão de residências médicas da instituição (CRMI), tem a autoridade e responsabilidade de supervisionar e administrar os programas **acreditados** dessa Instituição, bem como garantir a adesão aos **Requisitos Comuns, Institucionais e de Programa de cada especialidade**, adoptados pelo Conselho de Acreditação e pela autoridade governativa a quem pertence a Instituição. Não deve acumular a responsabilidade de director de programa.

I.A.6 Um documento oficial, deve mencionar o compromisso da Instituição com a residência médica, através do apoio administrativo, educacional, recursos clínicos, incluindo pessoal, e ser datado e assinado pelos menos cada três anos pelo Director de Residências Designado pela Instituição (DRDI), pelo Director Geral da Instituição.

I.A.7 Qualquer Instituição principal ou participante que seja uma unidade de prestação de cuidados a pacientes deve estar acreditada para dispensar esses cuidados. A acreditação para dispensar cuidados é da responsabilidade do:

- Direcção Nacional de Assistência Médica
- Inspeção Geral de Saúde

I.B Comissão de Residências Médicas da Instituição (CRMI).

I.B.1 A Instituição Principal, com programas acreditados pelo Conselho de Acreditação deve ter uma (CRMI) com a seguinte composição:

- O Director de Residências Designado pela Instituição (DRDI)
- Três ou mais Directores de programas acreditados pelo Conselho de Acreditação.
- Dois representantes apontados pelos residentes da Instituição, que frequentam programas acreditados em posição de sénior.
- Um responsável da instituição que tenha a seu cargo a melhoria do atendimento e segurança dos pacientes.

I.B.1 a) Uma Instituição Principal (Responsável) que tenha apenas um programa acreditado tem de ter uma (CRMI) com a seguinte composição:

- O Director de Residências Designado pela Instituição (DRDI).
- O director do programa acreditado.
- O mínimo dois residentes que frequentam programas acreditados, ou um único residente se só houver apenas um programa.
- Um responsável da instituição que tenha a seu cargo a melhoria do atendimento e segurança dos pacientes, que não seja nem o DRDI ou um director de programa.
- Qualquer outro médico que não seja do mesmo departamento onde decorre o programa, se houver apenas um programa.

I.B.2 A CRMI pode apontar membros , comissões ou subcomissões conforme os interesses da Instituição para fazer valer as regras de acreditação.

I.B.3 A CRMI deve reunir no mínimo uma vez cada trimestre, e, em cada reunião deve ter pelo menos um residente presente. Nas actas de cada reunião devem estar incluídas as tarefas planeadas e as responsabilidades atribuídas.

I.B.4 As responsabilidades da CRMI devem incluir :

- A supervisão do estado de acreditação da Instituição e dos programas acreditados, segundo o Conselho de Acreditação .
- A supervisão da qualidade dos programas de Residências Médicas e ambiente de trabalho dentro da Instituição e dos programas incluindo das instituições participantes.
- A supervisão da qualidade das experiências educacionais dentro de cada programa acreditado que levem a resultados mensuráveis para as exigências dos requisitos, comuns ,institucionais e específicos de cada programa segundo as exigências do Conselho de Acreditação.
- A supervisão da avaliação anual dos programas acreditados, dos residentes e do corpo clínico, submetida ao Conselho de Acreditação.
- A supervisão de todos os processos relacionados com a diminuição ou encerramento de programas acreditados, na Instituição ou instituições Participantes.

I.B.4 a) Revisão e aprovação :

- Das (políticas e procedimentos) **da Instituição** referente às residências médicas da instituição.
- Do Orçamento de funcionamento e de investimento e a sua respectiva execução.
- De aplicações ao Conselho de Acreditação de novos programas.

- De alterações de vulto na estrutura e duração de programas de educação dirigidas ao Conselho de Acreditação, através das comissões de revisão.
- De introdução ou remoção de instituições participantes.
- Da indicação de novos Directores de Programa.
- De relatórios de progressão requeridos pelas Comissões de Revisão.
- De requerimentos de apelação para acções tomadas pelas Comissões de Revisão.

I.B.5 A CRMI deve demonstrar uma efectiva supervisão sobre os programas que apresentam pouco rendimento e estabelecer planos de acção para a sua correcção, com a devida comunicação à Comissão de Revisão em causa e à CNRM.

## II . Recursos Institucionais

II.A A infra-estrutura Institucional das residências médicas e as regras operativas devem:

- Assegurar que o Director de Residências Designado pela Instituição (DRDI) , seja nomeado para a função com a respectiva compensação salarial, de modo a cumprir as suas responsabilidades educacionais, administrativas e de gestão.
- Assegurar que o DRDI se engaja num desenvolvimento profissional adequado às suas responsabilidades de líder de educação.

II.B A administração do programa : A Instituição principal , em colaboração com cada programa acreditado, deve assegurar que :

- Os Directores de Programa têm recursos financeiros, humanos e materiais para cumprir efectivamente com as suas responsabilidades educacionais,

administrativas, e de liderança tal como estão descritas nos requisitos comuns, institucionais e específicos de especialidade, do Conselho de Acreditação.

- Os programas recebem apoio adequado do corpo clínico, de modo a assegurar, o cumprimento do programa de ensino e a qualidade da educação.

- Os Directores de Programa e o corpo clínico, procuram desenvolvimento profissional crescente adequado com as suas responsabilidades de líderes de educação.

II.C Forúm de Residentes: a Instituição Principal deve assegurar a disponibilidade para uma organização ,ou fórum, independente e sem interferência da direcção, que permita aos residentes dos diversos programas acreditados, poderem encontrar-se e trocar informações importantes para a sua aprendizagem e melhoria do ambiente de trabalho.

- Os residentes têm o direito de discutir no fórum, problemas , que devem ser registados em acta , para serem levados ao DRDI e CRMI.

II.D Direitos para Residentes:

A Instituição Principal , em colaboração com os seus programas acreditados , devem garantir os direitos dos residentes de acordo com o EAFP e Regulamento de Residências Médicas da CNRM.

II.E Instrumentos Educacionais

II.E.1 Recursos tecnológicos e de Comunicação:

O corpo clínico e os residentes devem ter acesso adequado a recursos de comunicação e apoio tecnológico.

II.E.2 O corpo clínico e os residentes devem ter acesso adequado a bases de dados de literatura médica da especialidade ou sub-especialidade e outros materiais de referência em formato electrónico ou em papel.

## II.F Serviços de Apoio e Sistemas

II.F.1 A Instituição Principal deve assegurar os seguintes serviços de apoio mínimos :

- Acessos intravenosos;
- Flebotomias;
- Laboratório (hemograma,bioquímica,);
- Patologia (histopatologia,citologia) ;
- Imagiologia (radiologia, ultrasonografia);
- Serviços de transporte de pacientes de forma consistente com os objectivos educacionais e qualidade e segurança de cuidados aos pacientes;
- Comissão de análise de óbitos (audit).
- Serviços de Arquivo e Estatística para captar, processar, armazenar e recuperar informação valiosa de foro clínico, social, financeiro,administrativo e técnico, que sirvam para a educação dos residentes e melhoria das actividades de ensino. Os registos médicos constituem o instrumento mais importante para armazenar e extrair informação e para analisar a atenção de saúde. Contêm toda a informação relativa a história clínica do paciente e da sua saúde. São também fonte importante de informação para os gestores de saúde sobre o controle da qualidade, as estatísticas sanitárias e a utilização dos serviços..



II.F.2 A Instituição deve assegurar um bom ambiente de trabalho e segurança que dispõe de:

- Acesso a alimentação quando de serviço em todos os locais.
- Sala/ Local de repouso , acessíveis para residentes ,para apoio à sua educação e à segurança dos pacientes.

### III. Ambiente de trabalho e aprendizagem dos residentes.

III.A A Instituição Principal e cada um dos programas acreditados devem providenciar, um ambiente de trabalho e aprendizagem no qual os residentes tenham a oportunidade de levantar as suas preocupações e receber respostas , sem medo de intimidação ou retaliação ,e se for necessário de forma confidencial conforme o mais apropriado.

III.B. A Instituição é responsável pela supervisão e documentação dessa supervisão, relacionada com o interesse do residente na :

#### III.B.1 Segurança do paciente

A Instituição Principal deve assegurar que os residentes:

- Têm acesso a sistemas para reportar erros, situações adversas, situações de insegurança, complicações , casos de “near misses” ( doentes que quase morreram ao seu cuidado) e óbitos de forma protegida e livre de intimidação.
- Têm oportunidades de contribuir para discussão das causas de problemas de raiz, que possam levar a redução de riscos no seu ambiente de aprendizagem e de trabalho.

III.B.2 A Instituição assegura que para melhoria da qualidade , os residentes participam nas iniciativas que vão sendo apresentadas e têm acesso a dados de modo a melhorar o sistema de cuidados e a reduzir quaisquer disparidades de cuidados e a melhorar os resultados dos cuidados.

III.B.3 Transição de cuidados . A Instituição Principal deve:

-Facilitar o desenvolvimento profissional do corpo clínico e dos residentes no sentido de uma melhoria constante na transição de cuidados aos pacientes.

- Assegurar que os mecanismos de transição são estandardizados para cada ambiente e tipo de paciente ,mesmo nas Instituições Participantes.

Melhoria de transição de cuidados significa que, embora o paciente seja assistido por equipe multidisciplinar e em ocasiões diversas ao longo do seu atendimento, a Instituição Principal deve fazer um esforço administrativo e o programa da mesma forma, para que o paciente se sinta um apoio personalizado e o residente tenha condições para fazer um seguimento ao longo desse tempo de atendimento, quer em ambiente ambulatorio ,quer em ambiente hospitalar.

III.B.4 Supervisão : A Instituição deve:

- Monitorar a supervisão dos Directores de Programa, Corpo Clínico e dos residentes de forma consistente com as políticas específicas dos programas e da instituição.

- Monitorar as responsabilidades profissionais, educacionais e académicas de cada elemento, incluindo os objectivos da formação e as avaliações.

- Ter mecanismos através dos quais os residentes podem reportar supervisão inadequada de forma protegida e livre de retaliações.

III.B.5 Deficiente integração, horas de serviço, gestão de fadiga e alívio, e assédio.

A Instituição deve monitorar:

- As horas de serviço de forma consistente com os requisitos comuns e específicos de cada programa , exigindo correção de qualquer falta de cumprimento .
- Os sistemas de cuidados e ambientes de trabalho e aprendizagem , de modo a facilitar a gestão de situações de fadiga e alívio para os residentes.

III.B.6 - A introdução de educação para residentes e corpo clínico, sobre gestão de fadiga e alívio dessa situação.

- Todas as questões relacionadas com deficiente integração, rendimento pedagógico, assédio e violência de qualquer natureza e tomar medidas adequadas de acordo com a legislação e os diversos regulamentos da CNRM.

IV. **Políticas e Procedimentos Institucionais** sobre as residências médicas;

IV.A.1 A Instituição Principal deve ter políticas, estratégias e procedimentos escritos sobre o recrutamento de residentes e monitorar que elas são cumpridas pelos programas acreditados, sem sobreposição ao regulamento da CNRM.

IV.A.2 Um candidato deve ter as seguintes qualificações para ser admitido a concurso por um programa acreditado pelo Conselho de Acreditação :

- Ser graduado por uma escola superior de medicina moçambicana , acreditada pelo Conselho de Acreditação da Ordem dos Médicos, ou outra autoridade com esse mandato.
- Ser certificado pelo Conselho de Certificação da Ordem dos Médicos.

- Ser graduado por uma escola de medicina estrangeira, e certificado pelo Conselho de Certificação da Ordem dos Médicos (Revalidação).
- Ter sido classificado em concurso ,após dois anos de exercício profissional no serviço público ou privado e sob tutela.
- Quaisquer outras condições determinadas pela Comissão Nacional de Residências Médicas (CNRM).

IV.A.3 No início da sua residência médica a CNRM e a Instituição fornecem toda a informação referente à sua formação, suas obrigações, direitos e deveres e outros aspectos de segurança para si e seus dependentes incluindo a sua integração no local de actividade e formação.

#### IV.B. Contracto de Acordo

Iv.B.1 O residente assina com a Direcção Nacional de Formação do Ministério da Saúde ou Instituição de Formação, acreditada no sector privado, um contracto em que se clarifica os objectivos, direitos, deveres, duração e outros aspectos referentes à sua avaliação e formação, incluindo o conhecimento assinado do regulamento de residências da CNRM.

#### IV.C Promoção, Renovação de Admissão, Expulsão

IV.C.1 A Instituição Principal deve ter uma politica que exige a cada um dos seus programas critérios de promoção, e renovação da posição de residente.

- A Instituição garante que os programas elaboram um aviso de intenção de não renovar a posição do residente, quando esse residente não for promovido ao próximo nível de residência ou for expulso ou desista da residência (CRNM).

- A Instituição garante que avisa antecipadamente o residente das condições que envolvem a suspensão, não renovação, não promoção e expulsão, independentemente da altura em que estas acções forem tomadas (CNRM).

IV.D . A Instituição Principal deve ter uma politica que realça o modus operandi , para serem submetidas queixas, por parte dos residentes, para com o programa ou para com a instituição de forma a minimizar quaisquer conflitos de interesses.

IV.E A Instituição deve providenciar aos residentes, cobertura legal para as actividades relacionadas com o decorrer do programa.

IV.F. A Instituição Principal deve proporcionar por escrito as condições de cobertura de assistência médica ou medicamentosa para os residentes e dependentes elegíveis para estar incluídos nessa cobertura, não necessariamente específico para residentes, ou adoptado do EGFE.

#### IV.G Férias e ausências

- A Instituição Principal deve ter uma política para férias e ausências , consistente com as leis aplicáveis nestes casos (regulamento da CNRM).

- Esta politica deve assegurar que cada programa fornece ao residente suficiente informação sobre o impacto das ausências no cumprimento do programa e de que forma elas podem afectar a sua elegibilidade para participar em exames da respectiva Comissão de Certificação da especialidade, ou progressão de categoria.

#### IV.H Serviços aos Residentes

A Instituição deverá desenvolver políticas, sobre os seguintes aspectos da saúde comportamental, não necessariamente específicas para residentes:

- A Instituição providência acesso dos residentes a serviço de saúde comportamental na forma de aconselhamento confidencial.
- Diminuição das capacidades médicas: A Instituição deve ter uma política , não necessariamente ligada à educação médica, sobre como lidar com a diminuição das capacidades físicas ou mentais dos médicos.
- Assédios: A Instituição deve ter uma política, não necessariamente dirigida especificamente à educação médica, que explica de que forma vai lidar com situações de assédio sexual e outras formas de assédio, mencionando de que forma as queixas devem ser apresentadas de maneira segura num ambiente não punitivo consistente com as leis e regulamentos.
- Integração de deficientes: A Instituição deve ter uma política, não necessariamente dirigida à educação médica, sobre a forma como vai lidar com residentes deficientes consistentes com as leis e regulamentos.

#### IV.I Supervisão

- A Instituição assegura uma política institucional, no que se refere à supervisão dos residentes , exigindo também a cada programa por escrito ,de que forma o programa vai fazer essa supervisão, consistente com a política institucional e os Requisitos Comuns dos programa acreditados pelo Conselho de Acreditação.

#### IV.J Horas de serviço

- A Instituição adopta uma política de horas de serviço , adequada quer às exigências dos padrões do Conselho de Acreditação quer à Instituição (regulamento da CNRM).

- Trabalho fora das horas: A Instituição não exige trabalho fora de horas , isto é, não exige que os residentes se envolvam num segundo trabalho fora do programa e sujeito a pagamento.
- Os residentes devem ter uma autorização do director de programa por escrito para aceitar um trabalho fora das horas de serviço.
- Os programas devem monitorar os efeitos adversos do trabalho fora de horas na prestação do residente, e se necessário cancelar a permissão.
- A Instituição ou os programas podem proibir o trabalho fora de horas aos residentes.

IV.K Vendedores : A Instituição pode adoptar uma politica que define as interacções possíveis entre companhias , laboratórios, e empresas com interesses na área de saúde e os residentes, bem como das ONGs, sendo que esta política pode não ser necessariamente específica para residentes.

IV.L Competição: Nem a Instituição nem os programas podem exigir qualquer contracto exclusivo para evitar o trabalho fisico ou intelectual dos residentes para outra instituição com o intuito de evitar a propagação de conhecimentos ou técnicas.

IV.M Redução de residentes ou Encerramento de programas: A Instituição deve informar o Director de Programa, o Director de Residências Designado pela Instituição e os residentes , atempadamente da sua intenção de reduzir o número de residentes ou mesmo de encerrar um determinado programa.

- A Instituição deve permitir que os residentes completem a sua formação ou assisti-los na transferência para outro programa acreditado para que continuem a sua educação.

**Único:** os requisitos comuns e institucionais fazem parte integrante de todos os programas e instituições , antes de qualquer determinação específica das **comissões de revisão**. Todos os programas devem ter as competências e requisitos centrais exigidas pelo Conselho de Acreditação.

Maputo, Efectivo 21 Novembro 2017

A Vice-Presidente da Comissão Nacional de Residências Médicas

Doutora Bernardina de Sousa Gonçalves

