



CONSELHO DE ACREDITAÇÃO DA ORDEM DOS MÉDICOS DE MOÇAMBIQUE

REQUISITOS COMUNS DOS PROGRAMAS

Conselho e Comissões de Revisão

**Efectivo a Outubro de 2016
10/15/2016**



ORDEM DOS MÉDICOS DE MOÇAMBIQUE

Concelho de Acreditação da Ordem dos Médicos de Moçambique

Requisitos Comuns dos Programas

A especialização médica é um processo que transforma um médico de clínica geral num profissional independente na prática de uma especialidade. Este processo é fisicamente, emocionalmente e intelectualmente exigente e requer um esforço de concentração ao longo do tempo para que se cumpra um Programa de Residência. Aqueles que são admitidos neste processo são residentes de um Programa.

Esta educação é experimental e necessariamente ocorre no contexto de um sistema que presta cuidados de saúde. O desenvolvimento de capacidades, conhecimentos e atitudes que levam à proficiência em todos os domínios da competência clínica, requerem que o médico residente assuma responsabilidade pessoal pelo cuidado dos pacientes individualmente. Para o residente, a actividade de aprendizagem essencial é a interação com os pacientes sob a supervisão e orientação de especialistas que dão o valor, o contexto e o significado a essas interações. À medida que o residente ganha experiência e demonstra evolução na sua capacidade de cuidar dos pacientes, ele assume posições que lhe permitem exercer essas capacidades com cada vez

maior independência. Este conceito é nuclear para o Conselho de Acreditação. A supervisão numa unidade que faz educação médica especializada , tem o objetivo de assegurar a prestação de cuidados seguros e efetivos ao paciente, assegurar o desenvolvimento de capacidades , conhecimentos e atitudes de cada residente necessárias para que exerça uma pratica clinica não supervisada e estabelecer os fundações de um crescimento profiessional continuo.

I- Instituições

I.A -Instituição Principal

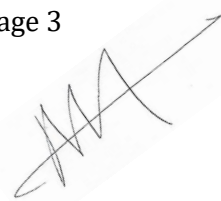
Uma Instituição Principal assume a responsabilidade do programa, mesmo que os residentes sejam colocados temporariamente em outras Instituições Participantes fora da Instituição Principal.

A Instituição Principal e o programa devem assegurar que o diretor de programa tem o tempo necessário e apoio financeiro para as suas responsabilidades educacionais ou administrativas para com o programa.

(cada Comissão de Revisão lista as Instituições Principais com programas acreditados e demais determinações)

I.B – Instituições Participantes

I.B.1 - Tem de haver uma “carta programa” de compromisso entre o programa e cada uma das instituições participantes . Esta carta deve ter um



prazo renovável. (lista as Instituições Participantes e demais determinações das comissões de revisão)

I.B.1.

a) **A carta de compromisso deve identificar os especialistas que assumem quer as tarefas educacionais como as responsabilidades de supervisão dos residentes. Deve especificar as suas responsabilidades de ensino, supervisão e avaliação formal dos residentes. Deve especificar a duração e conteúdo desse treino educacional e estabelecer as regras e procedimentos que regulam a educação do residente durante o período da sua estadia. Todos os pormenores e alterações posteriores devem ser comunicados ao Conselho de Acreditação através da respectiva Comissão de Revisão.** (cada comissão de revisão anexa cópia da carta de compromisso de cada programa, mencionando os especialistas e as suas responsabilidades com o ensino, supervisão e avaliação dos residentes, duração da rotação etc, conforme especificado pela Comissão de Revisão).

II.- Pessoal e Recursos do Programa

II.A Director de Programa

II.A.1- Existe apenas um Diretor de Programa com autoridade e responsabilidade pelo cumprimento do programa de residência referente a cada especialidade em cada instituição. A Comissão de de Residências Médicas da Instituição deve aprovar qualquer mudança do diretor de programa e deve submeter esta alteração ao Conselho de Acreditação através

da respectiva Comissão de Revisão. (outras especificações da Comissão de Revisão)

II.A.2- O Diretor de Programa deve manter a sua posição pelo tempo necessário de modo a dar continuidade, liderança e estabilidade ao programa.
(outras especificações da Comissão de Revisão)

II.A3- As qualificações do Diretor de Programa:

II.A.3.a- O Diretor de Programa deve apresentar provas de experiência educativa e administrativa aceites pelo concelho de acreditação através da respectiva Comissão de Revisão. (especificações da Comissão de Revisão)

Deve estar certificado pelo Colégio da Ordem dos Medicos, para exercer essa especialidade.

Deve pertencer ao quadro da Instituição .

O Diretor de Programa deve administrar e manter um ambiente educacional que conduza à educação dos residentes em todas as áreas de competência exigidas pelo Conselho de Acreditação.

O Diretor de Programa deve:

II.3.A.b- Supervisionar e assegurar a qualidade da educação didática e clínica nas Instituições Participantes do programa.

Aprovar o diretor do programa da Instituição participante, caso não exista um programa.

Avaliar o corpo clínico da Instituição e manter a continuidade baseada nessa avaliação.

Monitorar a supervisão dos residentes em todas as unidades.

Preparar e submeter toda a informação requisitada pelo Conselho de Acreditação através da respectiva Comissão de Revisão.

II.3.A.c- Implementar todas as normas do programa e da Instituição, distribuído-as aos residentes e aos membros da instituição.

Monitorar as horas de trabalho de acordo com as normas do regulamento e da Instituição de modo a que os residentes possam cumprir com os requisitos do programa conforme o Conselho de Acreditação (Comissão de Revisão).

Ajustar da melhor forma possível as horas de trabalho de modo a evitar situações de excesso e fadiga, que possam por em perigo a segurança dos pacientes.

Estar familiarizado com as normas Institucionais e do Conselho de Acreditação , incluindo os conteúdos nas “políticas e procedimentos” e Requisitos Institucionais para a selecção, avaliação , promoção e supervisão dos residentes.

II.3.A.d- Obter a revisão e aprovação da Instituição (comissão de residências médicas da instituição antes de submeter a informação exigida pelo Conselho de Acreditação). Isto inclui alterações de programa, horário de trabalho, relatórios periódicos de avaliação, encurtamento ou extensão do programa .

(cada comissão de revisão acrescenta quaisquer especificações que achar necessárias)

II.B. Corpo Clínico

II.B.1 Em cada local onde o programa é aprovado , deve haver corpo clínico suficiente e com qualificações documentadas para instruir e supervisionar os residentes . (acrescentos da Comissão de Revisão)

O Corpo Clínico deve:

II.B.2 Dedicar tempo suficiente ao programa educacional para poder cumprir as suas responsabilidades de supervisão e educação , demonstrando um profundo interesse na educação dos residentes.

Administrar e manter um ambiente educacional que conduza os residentes em cada uma das áreas de competência definidas pelo Conselho de Acreditação.

O Corpo Clinico deve ser certificado pela Ordem , e possuir qualificações julgadas aceitáveis pelas Comissões de Revisão de cada especialidade.

O Corpo Clinico deve estabelecer um ambiente permanente de questionamento e metodologia que active a componente de pesquisa.

II.B.3- O Corpo Clinico deve participar regularmente em discussões clínicas organizadas, visitas, discussão de casos, jornal clubs, conferências . É recomendável que alguns membros do corpo clinico tenham publicado artigos, participado em capítulos de livros ou revisões, sejam revisores de

revistas ou tenham participado em apresentação e publicação de casos ou séries de casos em sociedades científicas nacionais ou internacionais.

O corpo clínico deve encorajar e apoiar os residentes nas suas atividades educacionais. (outros acrescentos da Comissão de Revisão).

II.C Outro Pessoal

A Instituição e o programa devem em conjunto assegurar a disponibilidade do pessoal técnico ou de administração necessário para uma efetiva administração do programa como especificado no programa específico de cada especialidade. (.....Comissão de Revisão).



II.D Recursos

A Instituição e o programa devem assegurar os recursos adequados para a educação do residente tal como especificado no *programa específico de cada especialidade*. (listagem de critérios mínimos de recursos de cada Comissão de Revisão)

II. E Acesso a Informação Médica

Os residentes devem ter acesso a material médico de referência quer em formato de papel ou electrónico. Acesso a base de dados de literatura médica com capacidades de pesquisa é recomendável.(literatura recomendada por cada Comissão de Revisão incluindo a menção a três revistas internacionais)

III. Ingresso de Residentes

III.A Critérios de elegibilidade (acertos com o Regulamento da CNRM)

- Ter um diploma em medicina emitido por uma Faculdade acreditada pelo Conselho de Acreditação e ser certificado pela Ordem dos Médicos.
- Ter dois anos de prática clínica efectiva documentada e assinada pelo clínico responsável de cada local ou locais onde praticou.
- Ter feito concurso de entrada (prova de acesso) e estar colocado na posição correspondente às vagas abertas. (...Comissão de Revisão).

III.B Número de residentes

Os recursos Institucionais e do programa devem ser adequados para apoiar as vagas abertas pelo programa. (...Comissão de Revisão)

O Director de programa não pode aceitar mais residentes do que aquele aprovado pela Comissão de Revisão de cada especialidade.

O número de vagas em regra não deve ultrapassar o dobro do corpo clínico incluindo o director do programa. (..Comissão de Revisão)

III.C Transferência de Residentes

Antes de aceitar um residente transferido de outro programa, o director de programa deve obter verificação escrita ou eletrónica das experiências anteriores e a avaliação sumária do residente segundo as competências exigidas pelo Conselho de Acreditação. (..Comissão de Revisão)

III.D Outros alunos do programa

A presença de outros alunos incluindo residentes de outras especialidades, subespecialidades, estudantes de mestrado ou doutoramento, enfermeiros ou técnicos médicos, não deve interferir com a educação dos residentes.

O Diretor de Programa deve comunicar à Instituição e Comissão de Revisão a presença de outros alunos de acordo com as normas da instituição.

(...Comissão de Revisão)

IV. Programa Educacional

IV.A O curriculum deve conter as seguintes componentes

1- Objetivos educacionais do programa que devem estar disponíveis para residentes e corpo clínico.

2- Objetivos baseados em competências para cada colocação ou rotação e para cada nível educacional, que o programa deve distribuir anualmente aos residentes e corpo docente quer em formato de papel ou eletrónico.

(...Comissão de Revisão)

3- Sessões didáticas programadas

4- Delineação das responsabilidades do residente nos cuidados ao paciente, responsabilidade progressiva no manejo de pacientes e supervisão de residentes em toda a duração do programa.

5- Investigação individual e permanente durante toda a residência. (Comissão de Revisão)

IV.A.1- Competências exigidas pelo Conselho de Acreditação

O programa deve integrar as seguintes competências no curriculum:

IV.A.2- Cuidados ao paciente e capacidades técnicas

- Os residentes devem ser capazes de providenciar cuidados ao paciente de uma forma dedicada, apropriada e efectiva para o tratamento de enfermidades e promoção da saúde.

- Os residentes devem ser capazes de competentemente executar os actos médicos e cirúrgicos essenciais a cada área de especialidade (Comissão de Certificação) e conforme o ano de residência. (...Comissão de Revisão)

IV.A.3- Conhecimentos Médicos

- Os residentes devem demonstrar conhecimento das ciências biomédicas, clinicas , epidemiológicas e sócio-comportamentais , e aplicar este conhecimento aos cuidados ao paciente.

- Os residentes devem dominar a literatura recomendada pela Comissão de Certificação e de Revisão. (..Comissão de Revisão)

IV.A.4 -Aprendizagem baseada na prática e progressão na formação ao longo da carreira

- Os residentes devem demonstrar a capacidade de investigar e avaliar os seus cuidados aos pacientes, aderindo e assimilando o que é evidência científica, e melhorando continuamente a sua prestação aos pacientes, através de auto-avaliação e aprendizagem ao longo da carreira.

Deste modo os residentes devem adquirir capacidades e hábitos capazes de atingir os seguintes objetivos:

- **Identificar os pontos fortes, as deficiências e os limites do seu próprio conhecimento e capacidades.**
- **Estabelecer para si objetivos de aprendizagem e progressão.**
- **Analisar sistematicamente a prática através de métodos qualitativos e implementar alterações nos objetivos de progressão.**
- **Incorporar as suas avaliações de formação na prática diária.**
- **Localizar, compreender e assimilar a evidência relacionada com os problemas de saúde dos seus pacientes.**
- **Usar tecnologia de informação para otimizar a aprendizagem e participar na educação dos pacientes, famílias, estudantes, residentes e outros profissionais de saúde . (...Comissão de Revisão)**



IV.A.5- Capacidades de Comunicação e Interpessoais

Os residentes devem demonstrar capacidades interpessoais e de comunicação que resultem numa efetiva troca de informações e colaboração com os pacientes e as suas famílias, e todos os profissionais de saúde.

Deste modo espera-se que:

- Saibam comunicar efetivamente com pacientes, famílias e público, de forma apropriada, através de toda a gama de realidades culturais e socioeconómicas.
- Saibam comunicar com médicos, profissionais de saúde e agências e organizações profissionais e de saúde.
- Trabalhem efectivamente como membros ou dirigentes numa equipa de saúde ou outros grupos profissionais.
- Cuidem da informação por si produzida de modo a que seja clara e legível para os outros membros da equipa.
- Mostrem compromisso e acções que demonstram o seu interesse na criação e manutenção de um ambiente de trabalho sem conflitos com vista ao bem-estar dos utentes e suas famílias. (...Comissão de Revisão)

IV.A.6- Profissionalismo

Os residentes devem demonstrar o seu compromisso de executar as suas responsabilidades profissionais com aderência aos princípios éticos universais e emanados pelos seus órgãos reguladores.

Neste ponto devem demonstrar:

- **Compaixão, integridade e respeito pelos outros.**
- **Resposta adequada às necessidades dos pacientes acima dos seus próprios interesses.**
- **Respeito pela privacidade e autonomia do paciente.**

- **Hábitos de prestação de contas aos pacientes, a sociedade e à profissão.**
- **Sensibilidade e capacidade de resposta a populações diversas, incluindo diversidade de género, idade, cultura , raca, religião . deficientes fisicos ou mentais ou de orientação sexual. (...Comissão de Revisão)**

IV.A.7 Prática baseada em sistemas.

Residentes devem demonstrar alerta suficiente para responder a contextos mais gerais dos sistemas de saúde , bem como capacidade de requisitar e recursos dentro de cada sistema para proporcionar cuidados óptimos aos pacientes.

Espera-se que os residentes :

- **Trabalhem em diversos ambientes e sistemas relevantes para a sua prática clinica.**
- **Coordenem o cuidado do paciente dentro do contexto de vários sistemas de saúde na sua especialidade.**
- **Incorporem questões de custos e risco beneficio em pacientes ou populações conforme apropriado agindo com o maior cuidado.**
- **Advoguem pela qualidade dos cuidados e os cuidados óptimos para o paciente.**
- **Trabalhem com equipas interprofissionais para potenciar a segurança do doente e a qualidade da prestação. (...Comissão de Revisão)**

IV.B. Atividades curriculares de residentes

IV.B.1 O curriculum deve providenciar o conhecimento do residente dos princípios básicos de pesquisa , incluindo como a pesquisa é conduzida, avaliada , explicada aos pacientes e aplicada aos cuidados.

- Os residentes devem participar na actividade académica.**
- A Instituição e o programa devem providenciar recursos que facilitem o envolvimento dos residentes em actividades académicas e de pesquisa.**
(...Comissão de Revisão)



V. Avaliação

V.A- Avaliação de residentes

V.A.1 O Diretor de Programa deve nomear uma Comissão de Competências Clínicas conforme o regulamento da CNRM.

V.A.1 a) - No mínimo esta comissão deve ser composta por três membros do corpo clínico. Pode incluir outros membros do corpo clínico de outros programas ou membros não clínicos da equipe, com as seguintes obrigações:

- b) Deve haver uma descrição escrita de responsabilidades desta comissão.**
- c) Preparar e assegurar que as informações semestrais dos residentes, são enviadas à Comissão de Revisão da especialidade .**

d) Assessorar o diretor de programa sobre os progressos do residente, incluindo promoções, correções ou abandonos e falha de progressão.

(...Comissão de Revisão)

V.A.2 Avaliação em formação

V.A.2 a) O corpo clinico deve avaliar a prestação dos residentes de uma forma periodica durante as rotações ou outras tarefas para as quais são designados, e documentar esta avaliação no fim de cada rotação ou tarefa, de acordo com o exigido no regulamento da Comissão Nacional de Residências Médicas.

b) O programa deve providenciar material de avaliação objectivo para todas as competências , em cuidados ao paciente e capacidades técnicas, conhecimento médico, aprendizagem baseada na prática e progressão, capacidades de comunicação e interpessoais, profissionalismo e prática baseada em sistemas de saude conforme as orientações do programa especifico, e de acordo com o regulamento da CNRM.

c) O programa deve documentar a progressão do residente em cada nivel educacional e dar-lhe ao conhecimento . (..Comissão de Revisão)

V.A.3 Somatório das Avaliações

Os requisitos mínimos exigidos por cada comissão de certificação de residência específica da especialidade, devem ser um dos instrumentos usados para assegurar que os residentes são capazes de executar as actividades profissionais sem supervisão. (..Comissão de Revisão)

- **O Diretor de Programa deve produzir um somatório das avaliações logo que o residente tenha completado o programa , garantindo o acesso do residente às informações conforme as normas da Instituição.**
- **A avaliação deve conter a prestação do residente durante o período final da sua educação.**
- **A avaliação deve demonstrar que o residente tem competência suficiente para entrar na prática sem supervisão direta. (...Comissão de Revisão)**

V.B. Avaliação do corpo clínico

V.B1. Pelo menos uma vez por ano o programa deve avaliar o corpo clínico naquilo que se refere ao programa educacional.

- **Estas avaliações devem incluir as capacidades de ensino do corpo clínico, o seu compromisso com o programa educacional, conhecimento clínico, profissionalismo e actividades académicas.**
- **Estas avaliações incluem pelo menos anualmente as avaliações escritas e confidenciais feitas pelos residentes. (especificações da Comissão de Revisão)**

V.C Avaliação do programa e evolução

V.C.1 O diretor de programa deve designar uma Comissão de Avaliação do Programa com as seguintes características e tarefas:

- **Deve ser constituído por pelo menos dois membros do corpo clínico e incluir pelo menos um residente.**

- Deve ter uma descrição escrita das suas tarefas que incluem:
 - Planear, desenvolver, implementar e avaliar as actividades educacionais do programa.
 - Revêr e fazer recomendações para as metas e objectivos das competências exigidas pelo curriculum.
 - Alertar para áreas que não estejam de acordo com as normas da Conselho de Acreditação.
 - Rever o programa anualmente usando informações prestadas pelo corpo clinico, residentes e outros profissionais.
 - O programa , através da comissão de avaliação, deve documentar de uma forma sistemática a avaliação do curriculum e produzir por escrito uma avaliação anual do programa.
 - O programa deve seguir e monitorar as seguintes áreas:
 - A prestação dos residentes.
 - O desenvolvimento do corpo clinico.
 - O programa deve melhorar baseado nas informações dos residentes e do corpo clínico entre outras informações.
 - A comissão de avaliação deve propôr planos de acção para melhoria anual do programa, devendo estes ser revistos e aprovados pelo corpo clinico em actas escritas. (...Comissão de Revisão)

VI. Carga horária dos residentes , no ambiente de aprendizagem e trabalho.

VI.A Profissionalismo, responsabilidade pessoal e segurança dos pacientes.

VI.A.1 Os programas e as instituições devem educar os residentes e o corpo clínico no que se refere às responsabilidades profissionais dos médicos , de comparecer ao serviço devidamente repousados e preparados para providenciar os cuidados necessários aos pacientes.

- O programa deve assumir o compromisso e a responsabilidade de promover a segurança dos pacientes e bem estar dos residentes num ambiente de apoio educacional.

- O director de programa deve assegurar que os residentes são integrados em programas interdisciplinares de melhoramento da qualidade clínica e segurança dos pacientes.

VI.A.2.- Os residentes e o corpo docente devem demonstrar compreensão e aceitação dos seus papéis individuais nos seguintes assuntos:

- Assegurar a segurança e bem estar dos pacientes confiados aos seus cuidados.

- Providenciar que os cuidados são centrados no paciente e nas famílias.

- Reconhecer as fragilidades, incluindo situação de doença e fadiga, em si próprios e nos seus colegas.

- Procurar aprender constantemente.

- Ter honestidade e precisão nas ocorrências, resultados dos tratamentos aos pacientes, e no registo pessoal de dados. (...Comissão de Revisão)

VI.B Transferência de cuidados

VI.B.1 - Os programas devem estruturar as escalas , os serviços e as rotações, de forma a minimizar o número de transferências de cuidados dum paciente entre os médicos.

VI.B.2 - As Instituições e os programas devem assegurar e monitorar efectivamente, todos os arranjos de serviço, de modo a facilitar quer a continuidade dos cuidados quer a segurança dos pacientes.

VI.B.3.- Os programas devem assegurar que os residentes são competentes na comunicação com os membros da equipe no processo de transferência de cuidados.

VI.B.4.- A Instituição deve assegurar a disponibilidade de sistemas que informam qual o corpo clinico ou residentes responsáveis pelos cuidados a determinado paciente ao longo do tempo. (...Comissão de Revisão)

VI.C Vigilância e gestão de situações de fadiga

O programa deve:

- Educar o corpo clínico e residentes de modo a reconhecer os sinais de fadiga e privação de sono.**
- Educar o corpo clinico e residentes a gerir os processos de alívio nestas situações .**

- Cada programa deve ter um processo que assegure a continuidade dos cuidados ao paciente nos casos em que o residente estiver incapaz de manter a sua assistência a determinado paciente.
- A Instituição deve providenciar espaços de descanso ou facilitar apoio de transporte seguro para casa , aos residentes que estão demasiado cansados para regressar com segurança a casa.

VI.D Supervisão dos Residentes

VI.D.1 –

- No ambiente clínico de aprendizagem , cada paciente deve ter um médico adequadamente credenciado, identificável, que é o principal responsável pelos cuidados a esse paciente. Esta informação deve estar disponível para os residentes, corpo clinico e pacientes.

- Os residentes e o corpo clinico devem informar o paciente de qual o papel de cada um nos cuidados que lhe são prestados.

VI.D.2- O programa deve demonstrar que o nível apropriado de supervisão está calculado para todos os residentes que têm pacientes ao seu cuidado.

A supervisão deve ser exercida através de vários métodos. Algumas actividades requerem a presença física do membro do corpo clínico que supervisa. Em muitos aspectos do cuidado do paciente, o supervisor pode ser um residente de escalão superior. Outras parcelas dos cuidados prestados por residentes podem ser adequadamente supervisadas pelo mais graduado mais

próximo ou da Instituição, ou por meio de contacto telefónico ou electrónico. Muitas vezes a supervisão pode incluir a revisão posterior das acções executadas.

VI.D.3 Níveis de Supervisão

O programa deve adoptar a seguinte classificação de supervisão:

VI.D.3.a) **Supervisão Directa** – O supervisor está fisicamente presente com o residente e o paciente.

VI.D.3. b) **Supervisão Indirecta** :

- Com supervisão imediatamente disponível, ie, o supervisor está fisicamente dentro do recinto hospitalar, e disponível para proceder a Supervisão Directa.

- Com supervisão directa disponível, ie, o supervisor não está fisicamente dentro do recinto, mas está disponível imediatamente para contacto telefónico ou electrónico, e disponível para proceder à Supervisão Directa.

VI.D.3.c) **Supervisão Posterior** – o supervisor está disponível para revisão e discussão dos procedimentos , depois dos cuidados já terem sido dispensados.

VI.D.4. O privilégio de autoridade progressiva e responsabilidade, de independência condicionada, e até o papel de supervisor , delegado a cada residente deve ser determinado pelo director de programa e corpo clínico da Comissão de Competências Clínicas.

- O director de programa deve avaliar as capacidades de cada residente baseado em critérios específicos. Se disponível, a avaliação deve ser guiada por critérios específicos nacionais do Conselho de Acreditação ou suas Comissões de Revisão.

- O corpo clinico que funciona como supervisão deve delegar parte dos cuidados aos residentes , baseados nas necessidades dos pacientes e nas capacidades do residente.

- Residentes seniores devem ter um papel na supervisão de residentes juniores em reconhecimento da sua progressão para a independência cli. baseado nas necessidades de cada paciente e nas capacidades do residente individualmente. (...Comissão de Revisão)



VI.D.5 Os programas devem estabelecer regras para as circunstâncias e acontecimentos , para as quais os residentes devem comunicar com o corpo clinico (supervisor) apropriado., por exemplo, transferência de pacientes para uma unidade de cuidados intensivo ,ou intermediário.

- Em particular residentes do primeiro ano devem ser supervisionados ,quer com supervisão directa, quer com supervisão imediatamente disponível.

- A supervisão pelo corpo clinico deve ser de duração suficiente para se possa avaliar os conhecimentos e capacidades de cada residente, de modo a poder delegar no residente o nível apropriado de autoridade e responsabilidade pelos cuidados ao paciente. (...Comissão de Revisão)

VI.E Responsabilidades clínicas

As responsabilidades clinicas para cada residente devem ser baseadas no nível a que pertencem , segurança do paciente, conhecimentos, severidade e complexidade do paciente e disponibilidade dos serviços de apoio.

VI.F Trabalho de equipa

Os residentes devem cuidar dos pacientes num ambiente que preveligia a comunicação. Isto inclui a possibilidade de trabalhar como membro efectivo de uma equipa interprofissional que está a tratar determinado paciente .

(...Comissão de Revisão)

VI.G Horas de trabalho dos residentes (regulamento do CNRM)

VI.G.1 – As horas de serviço devem ser limitadas a 70 horas por semana, sendo estas correspondentes ao total de quatro semanas divididas por quatro. As Comissões de Revisão podem permitir uma variação de 10% nesta regra, mediante justificação documentada. (..Comissão de Revisão)

- Os serviços pagos dentro ou fora do programa , contam para os limites de 80 horas. No entanto estes serviços não podem interferir com a capacidade do residente atingir as metas e objectivos do programa.

- Os residentes do primeiro nível (primeiro ano) não podem fazer serviços pagos.

VI.G.2- Máximo período de duração de serviço

- **O serviço dos residentes de primeiro ano não pode exceder as 16 horas seguidas.**
 - **A partir do nível 2 (segundo ano) os residentes podem ser escalados para o máximo sem interrupção de 24 horas contínuas.**
- **Os programas devem encorajar os residentes a usar estratégias de gestão apropriada, no contexto das responsabilidades dos cuidados ao paciente. Por exemplo um período de sonolência, após 16 horas contínuas e entre as 22 horas e as 7 da manhã, na medida do possível é fortemente aconselhado.**
- **É essencial para a segurança dos pacientes e para a educação dos residentes que as transições de responsabilidade dos doentes se efectuem efectivamente. O período máximo extra que os residentes podem ficar no serviço depois de transferir os doentes para outro turno é de 4 horas.**
- **Os residentes não devem ser destacados para nenhuma tarefa clinica depois de 24 horas de trabalho contínuo.**

VI.G.3. Tempo minimo de folga entre apontamentos de escala.

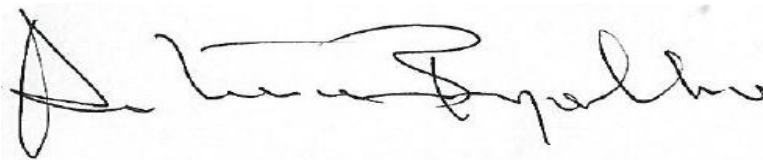
- **Residentes do primeiro ano tem 10 horas no minimo 8 horas, livres entre periodos de escala.**
- **Residentes de niveis intermediários devem ter 10 horas e minimo de 8 horas livres entre escalas. No entanto se fizeram 24 horas contínuas devem ter 14 horas de descanso.**

- Nos anos finais os residentes devem estar preparados para entrar em trabalho não supervisionado de cuidados aos pacientes e prática médica por períodos extensos e irregulares. As regras aqui são as dos limites de 70 horas e um dia de folga em 7 dias de trabalho. Nos anos finais a regra das 8 horas entre escalas por vezes não pode ser cumprida por motivos de maior independência clínica.

- Esta situação deve ser monitorada pelo diretor de programa.
- Os residentes não podem ser escalados mais de três noites seguidas .
- Quando de chamada em casa, os residentes podem vir ao hospital para atender um doente novo, ou um que está de baixa. Esta situação entra na contagem das 70 horas, mas não dá direito a nova folga. (..Comissão de Acreditação).

Maputo, Efectivo 15 de Outubro 2016 (2015-2018)

O Presidente do Conselho de Acreditação





Unico: Este documento deve ser adaptado imediatamente a todos os programas no seu conteúdo. No programa das diversas especialidades este documento "ipsis verbis" deve constar em bold, e as Comissões de Revisão de cada especialidade podem acrescentar nos lugares assinalados os textos referentes às suas próprias especificações sobre os assuntos após aprovação pelo Conselho de Acreditação.

