

Relatório de Atividades da USF Vale de Cambra



USF Unidade de Saúde Familiar
Vale de Cambra

Elaborado Conselho Técnico	Verificado Conselho Técnico	Aprovado Conselho Geral
2/1/2025	2/1/2025	19/2025 de 9/7/2025

ÍNDICE

ÍNDICE	2
Índice de Tabelas	8
Índice de Gráficos	9
Siglas / abreviaturas.....	10
INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO I - MANUAL DE PROCEDIMENTOS DE GESTÃO	13
1. Acessibilidade do Cidadão	13
1.2.1. Monitorização 1º Trimestre TMRG.....	13
1.2.2. Monitorização 2º trimestre TMRG	13
1.2.3. Monitorização 3º Trimestre TMRG.....	14
1.2.4. Monitorização 4º Trimestre TMRG.....	14
1.3.1. Monitorização 1º Trimestre Tempos de Espera para Consulta	14
1.3.2. Monitorização 2º Trimestre Tempos de Espera para Consulta	15
1.3.3. Monitorização 3ºTrimestre Tempos de Espera para Consulta	15
1.3.4. Monitorização 4º Trimestre Tempos de Espera para Consulta	16
2. Exposições.....	17
3. Gestão documental.....	17
3.1.1. Monitorização 1º Semestre	17
3.1.1. Monitorização 2º Semestre	18
4. Secretário Clínico de Família.....	19
5. Identificação dos profissionais.....	19
6. Monitorização da qualidade da prestação dos cuidados de saúde – Índice de Desempenho da Equipa 19	
7. Avaliação da Satisfação dos Utentes	20
8. Avaliação da Satisfação dos Profissionais	20
9. Avaliação e monitorização da capacidade da Coordenação	20
CAPÍTULO II - MANUAL DE PROCEDIMENTOS ASSISTENCIAIS	26
1. Privacidade do Cidadão	26
2. Confidencialidade de dados clínicos nos contatos presenciais e não presenciais.....	26
2.1.1. Monitorização 1º Semestre	26
3.1.1. Monitorização 2º Semestre	27
3. Representante Legal	28
4. Consentimento Informado, Livre e esclarecido	28
5. Registo Nacional de Não Dadores (RENDA) e Testamento Vital (RENTEV).....	29
6. Conflitos éticos nos processos assistenciais	29
7. Direito a segunda opinião.....	30
8. Mudança de profissional de saúde.....	31
9. Recusa de atos médicos /enfermagem.....	31
10. Participação dos utentes em atividades de ensino	32
11. Ações específicas do cuidador	33

12.	Processos Chave	33
13	Qualidade dos Documentos informativos e panfletos para o utente.....	38
14	Sistema de renovação da medicação crónica	38
15	Sistema de referência interna e externa	39
16	Comunicação eficaz na Transição de Cuidados	39
17	Prestação de Cuidados em fim de vida.....	39
18	Reconciliação terapêutica.....	39
19	Qualidade de registos clínicos	40
CAPÍTULO III - MANUAL DE PROCEDIMENTOS DE SUPORTE.....		41
1.	Aplicações informáticas	41
2.	Partilha de Informação e Comunicação.....	41
3.	Organização do Arquivo e transferências	41
4.	Acolhimento do cidadão	42
5.	Atendimento telefónico	42
6.	Circuito de receção de informação clínica e de resultados de Meios complementares de diagnóstico (MCDT) 43	
7.	Horários de trabalho dos profissionais e carga horária	43
8.	Assiduidade dos profissionais	43
9.	Plano de férias	44
10.	Alteração da constituição da Equipa.....	44
11.	Informação relativa aos profissionais	44
12.	Gestão de stocks	44
13.	Gestão de equipamentos e instalações	45
14.	Inventário.....	45
15.	Cultura e ambiente de segurança dos utentes	46
16.	Cultura e ambiente de segurança	46
17.	Controlo do uso de material farmacêutico	46
18.	Controlo de infeção	47
19.	Rede de Frio	47
20.	Falha do Sistema Informático	49
21.	Identificação Inequívoca do utente	49
22.	Gestão da violência	50
23.	Acontecimentos adversos	50
24.	Identificação de pessoas estranhas nas instalações da USF	50
25.	Pessoas perdidas nas Instalações da USF	51
26.	Imunização dos profissionais	51
27.	Formação contínua	51
28.	Participação/ realização de projetos de investigação.....	51
CAPÍTULO IV - DISCUSSÃO FINAL		52
APÊNDICES		53
APÊNDICE I – RELATÓRIOS TRIMESTRAIS DE EXPOSIÇÕES		54
ÍNDICE		55
Siglas / abreviaturas.....		56

1. Introdução.....	57
2. Análise dos resultados:	57
2.1 – Suporte das exposições:.....	57
2.2 – Tipos de exposições	57
2.2 – Temas de Exposições e Medidas Corretivas	58
ÍNDICE	61
Siglas / abreviaturas.....	62
1. Introdução.....	63
2. Análise dos resultados:	63
2.1 – Suporte das exposições:.....	63
2.2 – Tipos de exposições	63
2.3 – Temas de Exposições e Medidas Corretivas	64
3. conclusão	65
ÍNDICE	67
Siglas / abreviaturas.....	68
1. Introdução.....	69
2. Análise dos resultados:	69
2.1 – Suporte das exposições:.....	69
2.2 – Tipos de exposições	69
3. conclusão	71
APÊNDICE II – RELATÓRIO DA SATISFAÇÃO DOS UTENTES.....	79
1. Introdução.....	84
2. População-Alvo	84
3. Resultados da avaliação da satisfação dos utentes por dimensões	85
3.1. Caracterização da amostra	85
3.2. Perfil do utente.....	85
3.3. Carácter geral	86
3.4. Área do acesso.....	87
3.5. Atendimento do Secretariado Clínico.....	90
3.6. Atendimento do Profissional de Saúde	91
3.7. Questão aberta	94
4. MELHORIAS A IMPLEMENTAR/SUGESTÕES	96
5. CONCLUSÃO.....	96
6. PROPOSTAS PARA 2025	96
APÊNDICE III – SATISFAÇÃO DOS PROFISSIONAIS.....	97
FASE 1 do processo de melhoria contínua da qualidade (ou auditoria interna)	98

FASE 2 do processo de melhoria contínua da qualidade.....	99
FASE 3 do processo de melhoria contínua da qualidade.....	100
FASE 4 do processo de melhoria contínua da qualidade.....	100
FASE 5 do processo de melhoria contínua da qualidade.....	102
FASE 6 do processo de melhoria contínua da qualidade.....	102
Anexos	103
APÊNDICE IV – RELATÓRIO AUDITORIA DAS REFERÊNCIAS.....	104
ÍNDICE	105
ÍNDICE DE TABELAS.....	105
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	105
1. introdução.....	106
2. Identificação do local / Serviço e data.....	106
3. Critérios de inclusão	106
4. Equipa de auditores	106
5. Objetivos.....	106
6. Âmbito	107
7. Metodologia.....	107
8. Resultados.....	107
8.1. Referências Médicas	107
8.2. Referências de enfermagem	107
8.3. Total da unidade	107
Análise e Discussão dos Resultados.....	108
Conclusão.....	109
Referências	109
APÊNDICE V – RELATÓRIO AUDITORIA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS.....	110
ÍNDICE	111
9. Introdução	112
10. Identificação do local / Serviço e data.....	113

11.	Critérios de inclusão	113
12.	Equipa de auditores	113
13.	Objetivos	114
14.	Âmbito	114
15.	Metodologia.....	114
16.	Resultados.....	114
16.1.	Registos Médicos	114
16.2.	Registos de enfermagem	114
16.3.	Total da unidade	115
	Análise e Discussão dos Resultados.....	115
	Conclusão.....	115
	Referências	115
	APÊNDICE VI – PLANO MELHORIA DA QUALIDADE PLANEAMENTO FAMILIAR	116
	ÍNDICE	117
	Índice de tabelas.....	117
	Identificação e fundamentação do problema	118
	Equipa de Auditores/ Gestores.....	118
	Objetivos - Definição do processo e do resultado esperado	118
	Metodologia.....	119
	Estratégias a implementar e cronograma	120
	Procedimentos e Responsabilidades	120
	Padrões de Qualidade e resultados esperados	120
	Análise dos resultados e avaliação do desempenho	121
	Discussão	122
	Avaliação do segundo ciclo de melhoria NoVEMbro.....	122
	Conclusão.....	123
	Referências	123
	APÊNDICE VII – RELATÓRIO DAS ATIVIDADES FORMATIVAS	124

ÍNDICE	124
Índice de tabelas	126
Siglas / abreviaturas.....	126
1. Introdução	127
2. levantamento das necessidades formativas.....	127
3. Resultados obtidos na avaliação de cada sessão.....	128
4. Outras formações internas	134
5. Partilha de formações externas.....	134
6. Outras formações	135
7. Colaboração em projetos de investigação.....	136
8. Capacidade formativa	136
9. Conclusão.....	137

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Resultados referentes a março 2024 consulta aberta	34
Tabela 2 – Resultados referentes a maio 2024 consulta aberta	34
Tabela 3 – Resultados referentes a setembro de 2024 consulta aberta.....	35
Tabela 4 - Resultados referentes a dezembro de 2024 consulta aberta.....	35

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Resposta à pergunta número 1.....	22
Gráfico 2 – Respostas à pergunta número 2.	22
Gráfico 3- Respostas à pergunta número 3.....	22
Gráfico 4 – Respostas à pergunta número 4	23
Gráfico 5 – Respostas à pergunta número 5	23
Gráfico 6 – Respostas à pergunta número 6	23
Gráfico 7 – Resposta à pergunta número 7.....	24
Gráfico 8 – Resposta à pergunta número 8.....	24
Gráfico 9 – Resposta à pergunta número 9.....	25

SIGLAS / ABREVIATURAS

ACeS	Agrupamento de Centros de Saúde
ARS	Administração Regional de Saúde
CG	Conselho Geral
CIT	Certificado de Incapacidade para o Trabalho
CHEDV	Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga
CQS	Comissão da Qualidade da Saúde
CT	Conselho Técnico
CTFPTI	Contrato de Trabalho em Funções Públicas por Tempo Indeterminado
CVC	Centro Vacinação Covid
DiOr – CSP	Diagnóstico de Desenvolvimento Organizacional nos Cuidados de Saúde Primários
DL	Decreto de Lei
DM	Diabetes <i>Mellitus</i>
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
EF	Enfermeiro de Família
EPI	Equipamentos de Proteção Individual
GLP-1	<i>Glucagon-like peptide-1</i> (GLP-1)
HTA	Hipertensão
IDG	Índice de Desempenho Global
iDDP4	Inibidores da Dipeptidil Peptidase 4
IDS	Índice de Desempenho Setorial
IQ	Índice de Qualidade
LASA	<i>Look-Alike Sound-Alike</i>
MAM	Medicamentos de Alerta Máximo
MCDT	Meios Complementares de Diagnóstico
MF	Médico de Família
ND	Nível de Deficiência
NE	Nível de Exposição
NS	Nível de Segurança
PAI	Plano de Acompanhamento Interno
PAUF	Plano Ação das Unidades Funcionais
PBCI	Precauções Básicas de Controle de Infecção

PPCIRA	Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos
PVP	Preço de Venda ao Público
RCCR	Rastreio do Cancro Colon Retal
RCCU	Rastreio do Cancro do Colo do Útero
RI	Regulamento Interno
RN	Recém-nascido
RNU	Registo Nacional de Utentes
SIJ	Saúde Infantil e Juvenil
SM	Saúde Materna
SNS	Serviço Nacional de Saúde
TMRG	Tempos Máximos de Resposta Garantidos
UP	Unidades Ponderadas
USF	Unidade de Saúde Familiar
USFVLC	Unidade de Saúde Familiar vale de Cambra
VD	Visita Domiciliária

INTRODUÇÃO

A Unidade de Saúde Familiar (USF) Vale de Cambra (VLC) iniciou a sua atividade em junho de 2019, tendo transitado com parecer favorável para modelo organizativo B a 31 de outubro de 2023 e iniciado atividade como tal a 1 de janeiro de 2024.

A avaliação do trabalho realizado é uma das etapas do processo no Planeamento em Saúde e é executado, habitualmente, no final do ano.

Neste relatório de atividade avalia-se o grau de cumprimento das metas propostas e contratualizadas para o ano de 2024.

O presente relatório apresenta as monitorizações previstas em manuais de procedimentos, a avaliação do Plano de Ação das Unidades Funcionais (PAUF) e a matriz multidimensional será realizada em plataforma própria e será um anexo a este relatório. O relatório está estruturado em quatro capítulos, em que o primeiro se refere ao Manual de Procedimentos de Gestão, o segundo ao Manual de Procedimentos de Processos Assistenciais, o terceiro ao Manual de Procedimentos de Suporte, e por último, o quarto, refere-se à discussão final.

CAPÍTULO I - MANUAL DE PROCEDIMENTOS DE GESTÃO

1. Acessibilidade do Cidadão

1.1 Atribuição de equipa de saúde família: inscrição de novos utentes

1.2-Monitorização e cumprimento dos tempos máximos de resposta garantidos

1.2.1. Monitorização 1º Trimestre TMRG

A auditoria foi realizada pelo CT apresentada em reunião a 21/02/2024, ata CG 6/2024.

Resultados:

A recolha dos resultados para a monitorização dos TMRG foi realizada através da consulta do SClínico® Médico e de Enfermagem. Relativamente aos tempos de espera para consulta médica e para agendamento de consulta de enfermagem, a média de dias foi de 2 e 1 dias, respetivamente.

De referir que à data da monitorização existia um elemento um elemento médico com licença de maternidade.

Discussão e Medidas Corretivas

Os tempos de resposta foram cumpridos, não havendo necessidade de implementação de medidas corretivas.

1.2.2. Monitorização 2º trimestre TMRG

A auditoria foi realizada pelo CT apresentada em reunião a 08/05/2024, ata CG 10/2024.

Resultados

A recolha dos resultados para a monitorização dos TMRG foi realizada através da consulta do SClínico® Médico e de Enfermagem. Relativamente aos tempos de espera para consulta médica e para agendamento de consulta de enfermagem, a média de dias foi de 1 e 2 dias, respetivamente. De referir que à data da monitorização existia um elemento um elemento médico com licença de maternidade.

Discussão e Medidas Corretivas

Os tempos de resposta foram cumpridos, não havendo necessidade de implementação de medidas corretivas.

1.2.3. Monitorização 3º Trimestre TMRG

A auditoria foi realizada pelo CT apresentada em reunião a 09/10/2024, ata CG 20/2024.

Resultados

A recolha dos resultados para a monitorização dos TMRG foi realizada através da consulta do SClínico® Médico e de Enfermagem. Relativamente aos tempos de espera para consulta médica e para agendamento de consulta de enfermagem, a média de dias foi de 2 e 1 dias, respetivamente.

Discussão e Medidas Corretivas

Os tempos de resposta foram cumpridos, não havendo necessidade de implementação de medidas corretivas.

1.2.4. Monitorização 4º Trimestre TMRG

A auditoria foi realizada pelo CT apresentada em reunião a 27/11/2024, Ata CG 27/2024.

Resultados

A recolha dos resultados para a monitorização dos TMRG foi realizada através da consulta do SClínico® Médico e de Enfermagem. Relativamente aos tempos de espera para consulta médica e para agendamento de consulta de enfermagem, a média de dias foi de 2 e 1 dias, respetivamente.

Discussão e Medidas Corretivas

Os tempos de resposta foram cumpridos, não havendo necessidade de implementação de medidas corretivas.

1.3-Monitorização dos tempos de espera para consulta

1.3.1. Monitorização 1º Trimestre Tempos de Espera para Consulta

A auditoria foi realizada pelo CT apresentada em reunião a 21/02/2024, ata CG 6/2024.

Resultados

A monitorização foi realizada através do SClínico®, com base na diferença entre a hora do agendamento e a hora da efetivação da consulta por parte dos profissionais de Saúde.

Os resultados do tempo de espera para consultas não excederam o tempo previsto em Regulamento Interno (RI) nas consultas de enfermagem (15 minutos) porém excederam-no nas consultas médicas (25 minutos).

Discussão e Medidas Corretivas

Pela análise dos resultados, verificou-se que os utentes com consulta de enfermagem agendada efetivaram a consulta com pouca antecedência ou mesmo após a hora de agendamento, ao contrário dos utentes com consulta médica agendada que efetivam a consulta com a máxima antecedência. Verificou-se ainda que os utentes quando têm consulta de enfermagem e médica concomitante, o tempo de espera para a consulta médica torna-se maior uma vez que vêm com, pelo menos, 30 minutos antecedência em relação à hora de agendamento de consulta médica para a consulta de enfermagem. Por outro lado, a USF de forma a aumentar a acessibilidade aos utentes, sempre que possível e solicitado, permite alterações do horário de agendamento no próprio dia que nem sempre são alteradas no agendamento, o que, por vezes, resulta em diferenças notáveis entre o horário de agendamento e efetivação de consulta. Como medida de correção, optou-se por corrigir a hora de agendamento da consulta sempre que é solicitado e autorizado pelo profissional.

1.3.2. Monitorização 2º Trimestre Tempos de Espera para Consulta

A auditoria foi realizada pelo CT apresentada em reunião a 08/05/2024, ata CG 10/2024.

Resultados

A monitorização foi realizada através do SClínico®, com base na diferença entre a hora do agendamento e a hora da efetivação da consulta por parte do profissional de Saúde.

Os resultados do tempo de espera não excederam o tempo previsto em RI para a consulta de enfermagem (15 minutos) porém, excederam para consulta médica em apenas 1 minuto (21 minutos).

Discussão e Medidas Corretivas

As medidas implementadas anteriormente surtiram efeito, pelo que se mantêm.

1.3.3. Monitorização 3º Trimestre Tempos de Espera para Consulta

A auditoria foi realizada pelo CT apresentada em reunião a 09/10/2024, ata CG 20/2024.

Resultados

A monitorização foi realizada através do SClínico®, com base na diferença entre a hora do agendamento e a hora da efetivação da consulta por parte do profissional de Saúde.

Para as consultas médicas os utentes foram chamados em média 45 minutos antes da hora agendada, e para enfermagem os utentes em média foram chamados 41 minutos depois da hora.

Discussão e Medidas Corretivas

Relativamente ao tempo de espera para as consultas médicas, constatou-se que os utentes receberam mensagem de telemóvel com hora diferente da hora de marcação ou com trinta minutos de antecedência da hora agendada, a acrescentar que muitos utentes compareceram com muita antecedência para as consultas devido à escassez de transportes (públicos/ boleias). Relativamente às consultas de enfermagem verificou-se que por hábito o contacto era efetivado depois da realização do tratamento o que influenciou negativamente os resultados. Os agendamentos das visitas domiciliárias também tiveram influência negativa nos resultados, uma vez que a viatura partilhada entre as duas unidades do Centro de Saúde condicionou a disponibilidade para realização dos domicílios à hora agendada.

O quiosque eletrónico que iria entrar em vigor iria ajudar na gestão dos utentes.

Assim a equipa USFVLC propôs-se.

- Efetivar as consultas no início da consulta de enfermagem;
- Excluir as visitas domiciliárias das auditorias futuras.

1.3.4. Monitorização 4º Trimestre Tempos de Espera para Consulta

A auditoria foi realizada pelo CT apresentada em reunião a 27/11/2024, Ata CG 27/2024.

Resultados

A monitorização foi realizada através do SClínico®, com base na diferença entre a hora do agendamento e a hora da efetivação da consulta por parte do profissional de Saúde.

Para as consultas médicas os utentes foram efetivados em média 8 minutos antes da hora agendada, e para enfermagem em média foram efetivados 21 minutos depois da hora.

Discussão e Medidas Corretivas

As medidas implementadas resultaram em melhorias, pelo que continuaram a ser aplicadas.

1.4 – Direito do utente ao acesso aos Cuidados de Saúde e Sistema de Livre Acesso e Circulação

Como relatado anteriormente (pontos 1.2.1; 1.2.2; 1.2.3; 1.2.4) os TMRG foram analisados e discutidos em reunião.

Foi confirmado nos agendamentos de todos os profissionais médicos e de enfermagem a flexibilidade de agendamento de todas as vigilâncias fora do horário predefinido. Foi demonstrada

adaptabilidade dos seus agendamentos às necessidades demonstradas pelos utentes, por todos os profissionais.

2. Exposições

As reclamações, sugestões e elogios promovem a participação dos cidadãos, na melhoria contínua da organização e funcionamento dos serviços de saúde, bem como contribuem para melhorar a prestação de cuidados de saúde.

Todas as pessoas são titulares de um direito fundamental à reclamação, previsto desde logo na Lei de Bases da Saúde, que consagra que todas as pessoas têm direito a apresentar sugestões, reclamações e a obter resposta das entidades responsáveis.

Todos os estabelecimentos prestadores de cuidados e saúde, independentemente da sua natureza jurídica, têm a obrigação de garantir o acesso ao exercício da queixa ou da reclamação, designadamente ao livro de reclamações, que pode ser preenchido por quem o pedir (artigo 9º, n.º3 da Lei n.º 15/2014).

A monitorização é realizada trimestralmente, os resultados estão apresentados em relatórios próprios que se encontram como apêndice a este documento (Apêndice 1).

3. Gestão documental

3.1- Gestão da informação exposta na sala de espera

3.1.1. Monitorização 1º Semestre

A auditoria foi realizada pelos gestores do processo (Dr.ª Fátima Costa, Enf.ª Joana Alves e SC Élia Pinheiro) e apresentada em reunião a 10/07/2024, ata CG 15/2024.

Resultados

A monitorização foi realizada através da observação dos documentos expostos na sala de espera da USF Vale de Cambra. Embora todos os documentos internos afixados cumpriram os critérios de qualidade definidos no Manual de Procedimentos, o mesmo não aconteceu com os documentos externos à USF, uma vez que não tinham assinatura da Coordenadora ou datação. Verificou-se ainda poucos exemplares do Guia do Utente e de panfletos disponíveis na sala de espera.

Discussão e Medidas Corretivas

Pela análise dos resultados, verificou-se o cumprimento parcial dos critérios de qualidade da informação afixada, com destaque para a informação externa à USF. Decidiu-se que toda a informação externa para afixar deve ser remetida ao Coordenador, e se relevante, assinará e datará a mesma. Os elementos gestores do processo afixarão a mesma. Relativamente aos panfletos, é fundamental um maior cuidado dos elementos gestores; decide-se que o SC gestor será responsável por essa tarefa.

3.1.1. Monitorização 2º Semestre

A auditoria foi realizada pelos gestores do processo (Dr.ª Fátima Costa, Enf.ª Joana Alves e SC Élia Pinheiro) e apresentada em reunião a 05/02/2025, ata CG 4/2025.

Resultados

A monitorização foi realizada através da observação dos documentos expostos na sala de espera da USF Vale de Cambra. Todos os documentos internos e externos à USF afixados cumpriram a totalidade dos critérios de qualidade definidos no Manual de Procedimentos. Verificou-se uma ligeira melhoria na reposição dos panfletos disponíveis na sala de espera.

Discussão e Medidas Corretivas

As medidas implementadas anteriormente surtiram efeito, pelo que se mantêm. Reforça-se o papel dos secretários clínicos na reposição dos panfletos na sala de espera.

3.2- Gestão da Correspondência

Monitorização, anual, através da verificação de:

- Preenchimento do Excel de receção da correspondência, existente na pasta partilhada da USF, por lapso da equipa não foi realizado durante o ano de 2024.
 - Proposta de melhoria: realizar este registo a partir de 2025 (o que está a ser realizado desde Janeiro de 2025)
- Sequenciação da numeração dos protocolos e dos ofícios expedidos na capa física de saída de correspondência com exceção dos pedidos extraordinários aos armazéns ULS EDV, o que se verifica.

3.3 – Gestão da Pasta Partilhada

A pasta Partilhada foi continuamente atualizada pelo CT, e foram realizadas cópias de segurança e registadas em ata 14/2024 CG e 19/2024 CG.

É de referir que as cópias foram realizadas nos tempos corretos, existiu falha de registo em ata de duas das cópias realizadas.

3.4 – Organização e gestão das atas das reuniões

Todas as convocatórias para as reuniões foram enviadas com 48h de antecedência.

O conteúdo das atas obedece à ordem de trabalhos previamente enviada, e contém a aprovação das mesmas, forma de votação e o resultado.

As atas foram redigidas de forma rotativa, todos os elementos da equipa redigiram atas.

Algumas reuniões foram dinamizadas e moderadas por outros elementos, para além da coordenadora.

A monitorização foi realizada pelo CT continuamente e descrita no presente relatório.

4. Secretário Clínico de Família

4.1 – Horários do secretário Clínico de atendimento aos utentes e de retaguarda

4.2 – Tarefas Administrativas

5. Identificação dos profissionais

Nos termos do n.º 4 do art.º 7º do Decreto 73/2014 de 13 de maio, é obrigatório o uso de cartão de identificação do profissional. Na USF é importante que os profissionais de saúde estejam identificados de forma a facilitar a sua identificação e comunicação com o utente a quem presta cuidados. Desta forma, reduz-se o risco de partilha de informação com elementos estranhos à Unidade.

Através da monitorização contínua verificou-se que os profissionais da USF Vale de Cambra andam sempre identificados.

6. Monitorização da qualidade da prestação dos cuidados de saúde – Índice de Desempenho da Equipa

Ao longo do ano a equipa discutiu os resultados dos indicadores e do Índice de Desempenho da Equipa (IDE) e Índice de Desempenho Global (IDG). As análises aos indicadores ou Índices não seguiram um cronograma rígido, foram efetuadas sempre que se revelou importante ou pertinente. Os resultados das análises ficaram documentados em ata (ata CG 15/2024).

7. Avaliação da Satisfação dos Utentes

De acordo com o documento da Operacionalização da Contratualização Interna nos Cuidados de Saúde Primários para 2024, “Anualmente a UCSP e USF-B contratualizam pelo menos um Plano de melhoria na dimensão Satisfação dos Utentes”.

A área sobre a qual incide este processo de melhoria contínua da qualidade é a Satisfação dos Utentes, procurando assim responder à exigência contratual feita à unidade.

A aplicação do inquérito de satisfação permite avaliar a perceção do utente relativamente à qualidade dos cuidados de saúde, bem como a satisfação relativamente à sua equipa de saúde, atendimento e instalações. A USF VLC incentiva anualmente os seus utentes a preencherem o inquérito, que se traduz na participação dos utentes na gestão da USF e na identificação de áreas a necessitar de melhoria por parte dos profissionais.

A análise da avaliação da satisfação dos utentes encontra-se desenvolvida em relatório próprio que se encontra como apêndice deste documento (Apêndice 2).

8. Avaliação da Satisfação dos Profissionais

A satisfação no trabalho tem sido apontada como exercendo influências sobre o trabalhador, que pode manifestar-se sobre sua saúde, qualidade de vida e comportamento, com consequências para os indivíduos e para as organizações.

Assim, a satisfação dos profissionais de saúde tornou-se uma área prioritária na avaliação e garantia da qualidade dos cuidados, assumindo-se assim um importante indicador de gestão.

De acordo com o documento da Operacionalização da Contratualização Interna nos Cuidados de Saúde Primários para 2024, “Anualmente a UCSP e USF-B contratualizam pelo menos um plano de melhoria na dimensão satisfação dos utentes, um plano de melhoria na dimensão satisfação dos profissionais”. A USF VLC realiza anualmente, de acordo com os seus procedimentos internos, a avaliação da satisfação dos seus profissionais. Os resultados serão apresentados em relatório próprio que se encontra como apêndice a este documento (Apêndice 3)

9. Avaliação e monitorização da capacidade da Coordenação

O desempenho da coordenação influencia a organização da USFVLC e a qualidade da prestação de cuidados de saúde. É por isso fundamental uma monitorização anual.

De acordo com o definido no Manual de Procedimentos, é aplicado um questionário anónimo adaptado de *Pires, A.L. (1994) - As novas competências profissionais. Formar, 10, 4-19.*

Engloba a avaliação de várias áreas:

- Capacidade de iniciativa
- Capacidade de liderança
- Criatividade
- Sentido de organização
- Perseverança
- Autocontrolo
- Persuasão
- Perceção e interceção nas relações pessoais
- Interesse pelos outros

A Dr.^a Ana Patrícia Pinho desempenha funções de Coordenadora da USF VLC desde 12 de janeiro de 2022, tendo sido eleita por unanimidade.

Objetivos

- Avaliar os atributos e as capacidades da Coordenação da USFVLC durante o ano de 2024.
- Definir estratégias de melhoria.

Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e transversal. Consistiu no preenchimento anónimo de um formulário *Google Forms*®, com o inquérito aprovado em reunião de CG e existente no Manual de Procedimentos.

O *link* de preenchimento foi enviado para o email institucional de todos os profissionais da USF VLC no final do mês de novembro de 2024.

Resultados

1. É capaz de conceber, propor e realizar ações, sem ser solicitado ou sem ser forçado a tal sem influências exteriores?

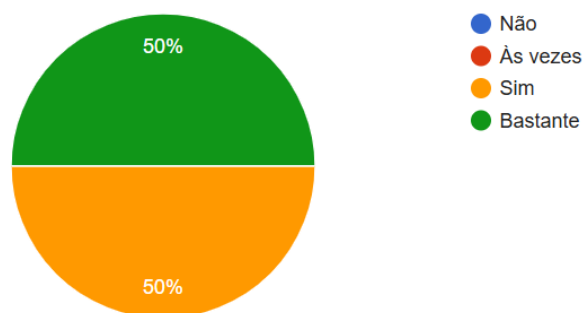


Gráfico 1 - Resposta à pergunta número 1

2. Assume eficazmente a responsabilidade pelo conjunto dos profissionais e é acompanhado e apoiado por eles, organizando os esforços de todos de modo eficiente?

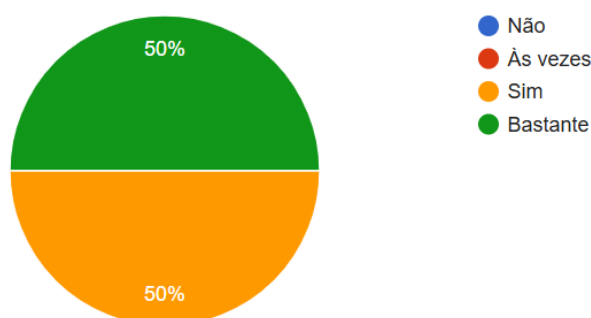


Gráfico 2 - Respostas à pergunta número 2.

3. Tem ideias originais, imaginativas e, ao mesmo tempo, sensatas e adequadas ao contexto da USF?

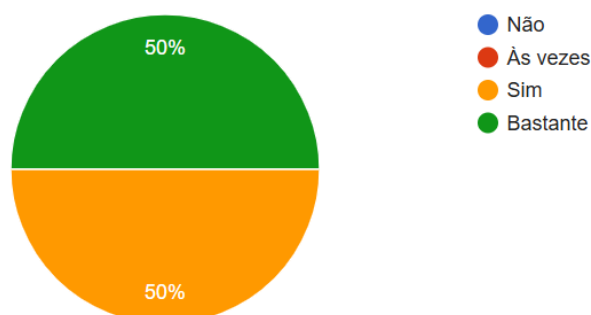


Gráfico 3- Respostas à pergunta número 3

4. É hábil a delinear planos de orientação de ações dirigidas a atingir objetivos precisos?

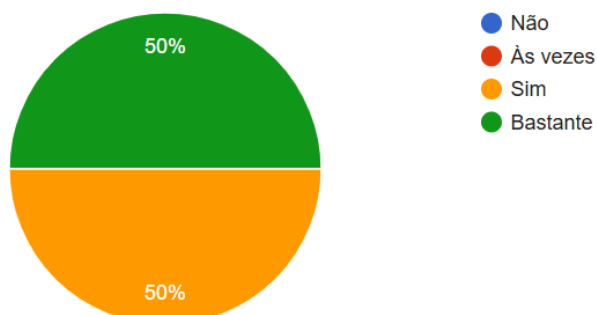


Gráfico 4 – Respostas à pergunta número 4

5. Insiste na ação, repetindo-a ou aplicando diferentes modos, até ultrapassar os obstáculos que dificultavam a concretização dos objetivos?

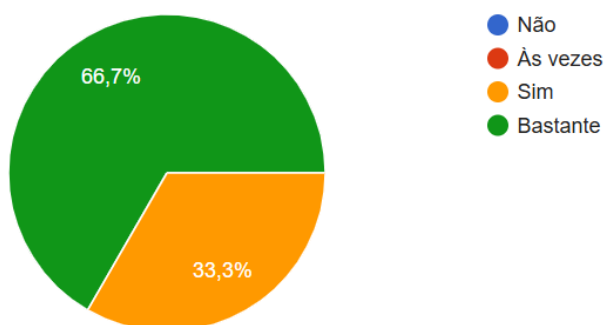


Gráfico 5 – Respostas à pergunta número 5

6. Mantém a calma e o controlo da situação, em circunstâncias altamente emotivas ou altamente stressantes?

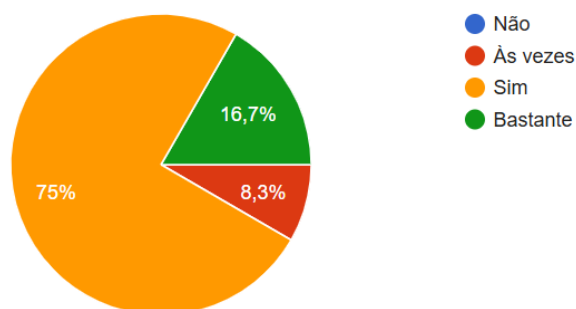


Gráfico 6 – Respostas à pergunta número 6

7. É eficaz a persuadir os profissionais de forma a obter o seu apoio para os objetivos comuns da USF, quando circunstâncias adversas os levam a não investir ou a desistir de um projeto, atividade ou padrão de prática?

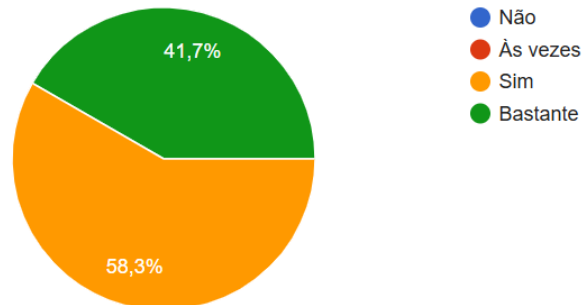


Gráfico 7 – Resposta à pergunta número 7

8. Tem capacidade intuitiva para "ver" as preocupações, os interesses, as expetativas e o estado emocional dos outros profissionais?

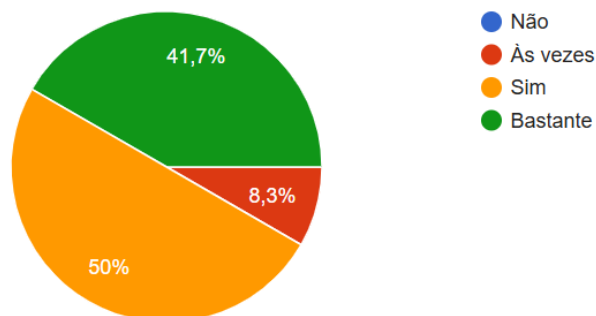


Gráfico 8 – Resposta à pergunta número 8

9. Tem preocupação e solicitude verdadeiras em relação aos outros? Preocupa-se com as suas necessidades e bem-estar? É capaz de escutar os seus problemas, dar-lhes segurança?

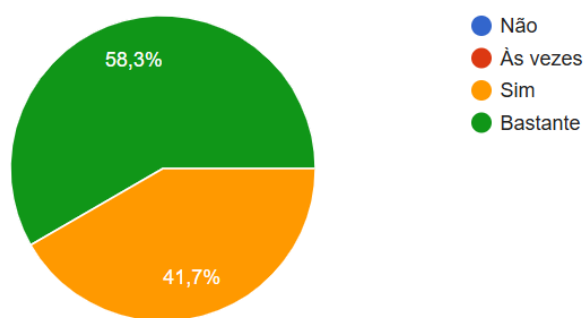


Gráfico 9 – Resposta à pergunta número 9

Discussão e Conclusão

A avaliação dos vários parâmetros (capacidade de iniciativa, liderança, criatividade, sentido de organização, perseverança, autocontrolo, persuasão, perceção e interceção nas relações pessoais e interesse pelos outros) da Coordenação foi bastante positivo, não havendo nenhum profissional em desacordo.

Verificou-se uma melhoria nos resultados da avaliação das capacidades da coordenação relativamente ao ano 2023, refletindo o bom trabalho que a coordenadora tem efetuado.

CAPÍTULO II - MANUAL DE PROCEDIMENTOS ASSISTENCIAIS

1. Privacidade do Cidadão

A Privacidade do Cidadão depende de medidas de garantia da privacidade nos locais de atendimento, garantia da privacidade em unidade formadora de profissionais, garantia de privacidade do correio eletrónico e na comunicação Interna entre profissionais

2. Confidencialidade de dados clínicos nos contatos presenciais e não presenciais

A Confidencialidade dos dados clínicos depende da adoção de medidas de garantia de confidencialidade quer nos contatos presenciais e não presenciais. Além disso, é garantido o acesso e o direito à informação clínica, de acordo com o explanado no Manual de Procedimentos. A privacidade e a confidencialidade foram avaliadas em conjunto através da verificação de uma *checklist* realizada para o efeito, com base no Manual de Procedimentos.

2.1.1. Monitorização 1º Semestre

A auditoria foi realizada pelos gestores do processo (Dr.ª Fátima Costa, Enf.ª Regina Alves e SC Alexandra Leça) e apresentada em reunião 10/07/2024, ata CG 15/2024.

Resultados

Os resultados serão apresentados por grupo profissional:

- **Médicos:** nos dias avaliados, nos gabinetes não existia informação visível dos utentes, no entanto esta não se encontrava fechada à chave.
- **Enfermeiros:** Tendo em conta os condicionalismos arquitetónicos da USF com a inexistência de gabinetes de enfermagem, a maioria das consultas é realizada nas salas de tratamento, as consultas/ atos de enfermagem; existem algumas interrupções e presença de outros elementos (necessidade de preparação de mala de domicílios, necessidade de fornecimento de anticoncecionais, tiras-teste urinárias, frascos para recolha de urina, etc). A informação não fica exposta nos gabinetes, mas a informação não estava fechada à chave.

- **Secretariado:** O procedimento de apenas entregar a documentação pedida pelo utente mediante a assinatura em documento próprio como comprovativo do levantamento da mesma não está a ser cumprido integralmente pelo secretariado.

Não tem havido renovação periódica das *passwords* nem dos cartões de identificação, que não estão atualizados desde a passagem a ULS.

Discussão e Medidas Corretivas

Pela análise dos resultados, é necessária a renovação periódica das *passwords* e dos cartões de identificação.

Apesar de não haver informação visível dos utentes nos gabinetes, a mesma deve ser armazenada em armário encerrado à chave no final do horário de trabalho. É necessário o cumprimento do procedimento relativo à privacidade do utente e confidencialidade da informação clínica. Será enviado *email* à ULS a solicitar a atualização dos cartões de identificação de todos os profissionais.

3.1.1. Monitorização 2º Semestre

A auditoria foi realizada pelos gestores do processo (Dr.ª Fátima Costa, Enf.ª Regina Alves) e apresentada em reunião 05/02/2025, ata CG 4/2025.

Resultados

Os resultados serão apresentados por grupo profissional:

- **Médicos:** nos gabinetes não existia informação visível dos utentes, no entanto esta não se encontrava fechada à chave em todas as salas.
- **Enfermeiros:** mantêm-se os mesmos constrangimentos relativamente aos condicionalismos arquitetónicos da USF. Nos gabinetes não existia informação visível dos utentes, no entanto esta não se encontrava fechada à chave em todas as salas.
- **Secretariado:** O procedimento de apenas entregar a documentação pedida pelo utente mediante a assinatura em documento próprio como comprovativo do levantamento da mesma não está a ser cumprido integralmente pelo secretariado.

Não tem havido renovação periódica das *passwords* nem dos cartões de identificação, que não estão atualizados desde a passagem a ULS.

Discussão e Medidas Corretivas

Pela análise dos resultados, é necessária a renovação periódica das *passwords*.

Apesar de não haver informação visível dos utentes nos gabinetes, a mesma deve ser armazenada em armário encerrado à chave no final do horário de trabalho. Foi já pedida à ULS a atualização dos cartões de identificação dos profissionais mas ainda não se obteve resposta.

3. Representante Legal

A monitorização deste procedimento realizou-se através da análise trimestral das não conformidades que registem incumprimento do procedimento. São posteriormente apresentados os resultados, discutidos em reunião CG, implementadas medidas de melhoria e integrados no relatório trimestral.

O grupo gestor verificou que não houve registo de não conformidades relacionadas com o Representante Legal no ano de 2024.

4. Consentimento Informado, Livre e esclarecido

O consentimento informado, esclarecido e livre, é uma forma de manifestação de vontade que destina a respeitar o direito do utente. Assim a auditoria a este parâmetro foi realizada a 16/10/24 com a equipa auditora: Dr.ª Bruna Tavares, Enf.ª Joana Alves e Secretaria Clínica Ana Gonçalves e apresentada em CG a 23/10/2024.

Metodologia

Consulta do correto preenchimento de todos os consentimentos informados.

Consentimento	Contabilização	Em conformidade SIM	Em conformidade NÃO
Colocação de dispositivos anticoncetivos - implante subcutâneo	18	18	0
Colocação de dispositivos anticoncetivos - dispositivos intrauterinos	0	0	0
Administração de Imunoglobulina anti-D	7	7	0
Gravações de pessoas em fotografia ou suporte audiovisual	40	40	0
Administração de vacina VASPR em mulheres em idade fértil	15	15	0
Rastreio do cancro do colo do útero	234	234	0
Rastreio do cancro do cólon e reto	0	0	0

Resultados

- Identificação do consentimento: 100% em conformidade

- Identificação do profissional de saúde – MF ou EF: 100% em conformidade
- Identificação do utente: 100% em conformidade
- Data em que dá o consentimento: 100% em conformidade
- Assinatura do profissional: 100% em conformidade
- Assinatura do utente ou seu representante legal: 100% em conformidade

Discussão e Medidas Corretivas

Apesar da obtenção de **100%** em todos os parâmetros, verificou-se que relativamente à identificação do utente, nem sempre foi registado o nome completo do mesmo.

Tendo em conta também a importância da **identificação inequívoca do utente**, considerou-se que, no formulário de consentimento, deve constar o nome completo e data de nascimento ou número de utente ou NOP.

Foi atualizado e apresentado o procedimento da USF VLC, de forma a manter os padrões de cumprimento.

5. Registo Nacional de Não Dadores (RENDA) e Testamento Vital (RENTEV)

A monitorização foi realizada pela equipa responsável: Dr.ª Bruna Tavares, Enf.ª Neuza Rodrigues e SC Élia Pinheiro e apresentada em CG nº 23 a 30/10/2024.

Existe publicitação do RENDA e RENTEV no guia de acolhimento do utente e na sala de espera.

Também estão disponíveis os formulários na secretaria.

Não se verificaram registos de RENDA durante o ano corrente.

Todos os elementos da equipa têm conhecimento do RENDA e RENTEV, procedimento lembrado à equipa nesta mesma data.

6. Conflitos éticos nos processos assistenciais

A monitorização foi realizada pela equipa responsável: Dr.ª Fátima Costa, Enf.ª Joana Alves e SC Alexandra Leça e apresentada em CG nº 22 a 23/10/2024.

Metodologia

Verificação nas atas das reuniões de CG se existe referência a discussão de questões de conflitos éticos.

Verificação se existem pedidos de parecer ético nas situações aplicáveis ou previstos na lei.

Resultados

- Foram discutidos 2 casos clínicos em reuniões de equipa referentes a conflitos éticos.
- Não foi submetido nenhum pedido de parecer à Comissão de Ética da ULS EDV.
- Não foi submetido nenhum projeto de investigação à Comissão de Ética.

Discussão e Medidas Corretivas

Os pareceres da Comissão de Ética eram enviados e consultados na página da ARS Norte. Desde 01/2024, com a extinção das ARS e integração na ULS EDV, a página da Intranet da instituição ainda não emitiu nenhum parecer. Os mesmos devem ser sempre discutidos em reunião de Equipa.

Medidas corretivas:

- Atualização do procedimento.
- Fomentar a partilha e discussão de mais casos clínicos relacionados com conflitos éticos.
- Divulgar os pareceres éticos emitidos pela ULS EDV.

7. Direito a segunda opinião

A USF VLC garante a possibilidade de um utente e/ou representante legal obter uma segunda opinião sobre o seu problema de saúde junto de outro profissional, que não o seu profissional de referência, quer dentro da própria USF, quer fora da USF VLC. O utente e/ou representante legal poderá, se assim o desejar, manifestar junto de qualquer um dos profissionais da USF VLC esta intenção através do preenchimento do impresso criado para efeito.

Metodologia

A monitorização é anual pelos gestores do processo Dr.ª Fátima Costa, Enf.ª Regina Alves e SC Alexandra Leça, realizada através de auditoria aos impressos próprios de pedido de segunda opinião. Cada médico monitoriza os pedidos externos de segunda opinião.

Os resultados foram apresentados e discutidos em ata de CG nº 22 de 23/10/2024.

Resultados

Durante o ano de 2024 só houve 1 pedido de 2ª opinião externa.

Discussão e Medidas Corretivas

Este número não corresponde à realidade, encontrando-se sub-registado.

A equipa comprometeu-se a fazer o registo mais assíduo de todos os pedidos de 2ª opinião internos e externos.

8. Mudança de profissional de saúde

Os utentes da USFVLC têm direito à mudança de médico, tal como explanado no RI da Unidade. Assim, a auditoria foi realizada a 17/10/24 pela equipa auditora: Dr.ª Silvana Moreira, Enf.ª Rosa Silva e S.C. Ana Gonçalves e apresentada em CG Ata nº 22 a 23/10/2024.

Metodologia

A monitorização foi efetuada através da contagem do documento de pedido de mudança de profissional criado pela USF para o efeito.

Resultados

Desde 1 de janeiro a 17 de outubro de 2024, houveram 10 pedidos de mudança de profissional de saúde dentro da equipa da USFVLC efetuadas no documento criado para o efeito. Dos 10 pedidos de mudança de profissional de saúde dentro da equipa da USF Vale de Cambra, apenas em 2 não foi alterada a equipa de saúde, mantiveram a enfermeira e secretário clínico, porque só foi manifestada vontade de mudança do médico.

Discussão e Medidas Corretivas

Nos pedidos de mudança de profissional de saúde entre a equipa de Saúde da USF deve ser utilizado o documento criado para o efeito que consta no procedimento mudança de profissionais de saúde na USF e seguimento do fluxograma que consta no mesmo.

9. Recusa de atos médicos /enfermagem

No âmbito do direito dos utentes também lhes é reservado o direito à recusa. Neste sentido, foi realizada auditoria no dia 16/10/2024 pela equipa auditora: Dr.ª Bruna Tavares, Enf.ª Joana Alves e Secretaria Clínica Élia Pinheiro e apresentada em CG a 23/10/2024.

Metodologia

Consulta do correto preenchimento de todos os dissentimentos.

Dissentimento	Contabilizaçã o	Em conformidade SIM	Em conformidade NÃO
Rastreios (2)			
Estudo endoscópico por <u>Psor</u> Positivo (2)			
Vacinação (1)			
Referenciação a Consulta Hospitalar (2)	12	12	0
Cardiologia/ <u>Cir.</u> Geral			
Referenciação ao SU (3)			
Transporte com bombeiros ao SU (2)			

Resultados

- Total de Termos de Recusa arquivados em capa própria – 28/28 – 100,0%;
- Identificação do termo de recusa – 28/28 – 100,0%;
- Identificação do profissional de saúde – MF ou EF – 28/28 – 100,0%;
- Identificação do utente – 28/28 – 100,0%;
- Data em que se dá a recusa – 28/28 – 100,0%;
- Assinatura do profissional – 28/28 – 100,0%;
- Assinatura do utente ou seu representante legal – 28/28 – 100%;
- Identificação do Número Operacional ou SNS do utente – 28/28 – 100%.

Discussão e Medidas Corretivas

Relativamente à recusa de atos médicos/ de enfermagem, verificou-se apenas 1 dissentimento assinado quanto à vacinação. Este número é manifestamente inferior ao apurado pela equipa aquando da convocatória dos utentes para cumprimento do PNV. Contudo, trata-se de um procedimento maioritariamente efetuado por telefone não permitindo a entrega do formulário para assinatura.

Assim, foi reforçado junto da equipa o cumprimento do procedimento, com entrega do formulário em contactos oportunistas, de forma a que o registo de dissentimento para cumprimento do PNV seja mais representativo da realidade.

Foi atualizado e apresentado o procedimento da USF VLC, de forma a manter os padrões de cumprimento.

10. Participação dos utentes em atividades de ensino

A participação dos utentes em atividades de ensino é incentivada por parte dos profissionais da USF VLC, no entanto, segundo a Carta dos Direitos e Deveres dos Utentes dos Serviços de Saúde, o utente tem o direito a recusar a participação/presença de formandos no decorrer da sua consulta ou atendimento.

A monitorização é anual e realizada pelos gestores do processo, através da avaliação da publicitação da existência da possibilidade de participação dos utentes em atividades de ensino na sala de espera e nas portas dos gabinetes, o que se verificou ao longo de todo o ano 2024.

11. Ações específicas do cuidador

Todos os utentes em regime de visitação domiciliária ou com dependência moderada a total devem ter identificado no seu processo clínico o cuidador e, se aplicável, a existência de representante legal (e.g. Regime Jurídico do Maior Acompanhado – Lei 49/2018 – Diário da República, 1ª Série – Nº. 156 2018-08-14).

A auditoria anual foi realizada e discutida em CG, através de auditoria aos registos médicos e de enfermagem dos utentes dependentes com a aplicação das grelhas de verificação existentes no manual de boas práticas de registos clínicos

12. Processos Chave

12.1 – Consulta programada

A consulta programada é constituída por vários tipos de consulta, que incluem as consultas de Saúde de Adulto e do Idoso, Visita Domiciliária, Saúde Infantil, Saúde Materna, Planeamento Familiar, Rastreio Oncológico, Hipertensão Arterial e Diabetes *Mellitus* e outras consultas programadas no âmbito de enfermagem, nomeadamente vacinação, tratamentos, administração de medicação, entre outros. Os profissionais da USF VLC privilegiam a atividade programada em todo o seu desempenho assistencial, visando a vigilância de saúde ou de doença crónica. A periodicidade das consultas é definida de acordo com as normas vigentes presentes nos Manuais de Boas Práticas Clínicas, salvaguardando sempre a individualidade de cada utente e as suas necessidades de saúde/critério clínico.

A monitorização é trimestral, a realizar pelos diferentes gestores de cada processo, através da análise dos resultados dos indicadores e dos registos de acordo com os respetivos manuais de

boas práticas. Os resultados foram apresentados e discutidos em CG (nº06/2024, nº12/2024, nº16/2024, nº17/2024, nº18/2024, nº26/2024).

12.2 – Consulta Aberta

A monitorização da consulta foi realizada através da análise dos indicadores 2018.339.01 [Taxa anual ajustada episódios urgência hospitalar], 2018.410.01 [Taxa anual ajustada utiliz. freq. urgência hospit.] e 2018.412.01 $[[\text{Cons. dia UF inscr.}] / ([\text{cons. dia}] + [\text{urgênc.}])]$ que dizem respeito do fluxo de utentes em serviços de urgência ou outras unidades funcionais, 2017.344.01 [Proporção de consultas médicas presenciais realizadas no próprio dia em que é efetuado o registo do agendamento] e 2017.345.01 [Proporção de consultas de enfermagem presenciais realizadas no próprio dia em que é efetuado o registo do agendamento].

A consulta aberta foi alvo de um projeto de melhoria da qualidade da USF onde os resultados estão elencados em relatório próprio.

Os resultados foram discutidos ao longo do ano em reuniões de serviço e registado em ata, Ata nº 6/2024 CG; Ata nº12/2024 CG; Ata nº 14/2024; Ata nº 17/2024 CG; Ata nº 26/2024 CG; Ata nº 2/2024 MP.

Tabela 1 – Resultados referentes a março 2024 consulta aberta

Nº do Indicador	Indicador	Resultado	Score
2018.339.01FL	[Taxa anual ajustada episódios urgência hospitalar]	72,665	0
2018.410.01FL	[Taxa anual ajustada utiliz. freq. urgência hospit.]	51,806	1,181
2018.412.01FL	$[[\text{Cons. dia UF inscr.}] / ([\text{cons. dia}] + [\text{urgênc.}])]$	51,892	1,189
2017.344.01FL	[Proporção de consultas médicas presenciais realizadas no próprio dia em que é efetuado o registo do agendamento]	34,456	2,000
2017.345.01FL	[Proporção de consultas de enfermagem presenciais realizadas no próprio dia em que é efetuado o registo do agendamento].	20,280	0,912

Legenda: FL – Flutuante; UF- Unidade Funcional

Fonte: BI CSP e Mim@uf maio 2024

Tabela 2 – Resultados referentes a maio 2024 consulta aberta

Nº do Indicador	Indicador	Resultado	Score
2018.339.01FL	[Taxa anual ajustada episódios urgência hospitalar]	70,905	0
2018.410.01FL	[Taxa anual ajustada utiliz. freq. urgência hospit.]	52,365	1,237
2018.412.01FL	$[[\text{Cons. dia UF inscr.}] / ([\text{cons. dia}] + [\text{urgênc.}])]$	53,033	1,303
2017.344.01FL	[Proporção de consultas médicas presenciais realizadas no próprio dia em que é efetuado o registo do agendamento]	36,825	2,000

2017.345.01FL	[Proporção de consultas de enfermagem presenciais realizadas no próprio dia em que é efetuado o registo do agendamento].	19,579	0,632
---------------	--	--------	-------

Legenda: FL – Flutuante; UF- Unidade Funcional

Fonte: BI CSP e Mim@uf agosto 2024

Tabela 3 – Resultados referentes a agosto de 2024 consulta aberta

Nº do Indicador	Indicador	Resultado	Score
2018.339.01FL	[Taxa anual ajustada episódios urgência hospitalar]	66,552	0
2018.410.01FL	[Taxa anual ajustada utiliz. freq. urgência hospit.]	3,734	0,409
2018.412.01FL	[[Cons. dia UF inscr.] / ([cons. dia] + [urgênc.])]	57,545	1,377
2017.344.01FL	[Proporção de consultas médicas presenciais realizadas no próprio dia em que é efetuado o registo do agendamento]	41,695	1,722
2017.345.01FL	[Proporção de consultas de enfermagem presenciais realizadas no próprio dia em que é efetuado o registo do agendamento].	19,638	0,655

Legenda: FL – Flutuante; UF- Unidade Funcional

Fonte: BI CSP e Mim@uf outubro 2024

Tabela 4 - Resultados referentes a novembro de 2024 consulta aberta

Nº do Indicador	Indicador	Resultado	Score
2018.339.01FL	[Taxa anual ajustada episódios urgência hospitalar]	60,731	0,569
2018.410.01FL	[Taxa anual ajustada utiliz. freq. urgência hospit.]	3,170	1,277
2018.412.01FL	[[Cons. dia UF inscr.] / ([cons. dia] + [urgênc.])]	63,044	2
2017.344.01FL	[Proporção de consultas médicas presenciais realizadas no próprio dia em que é efetuado o registo do agendamento]	44,931	0,428
2017.345.01FL	[Proporção de consultas de enfermagem presenciais realizadas no próprio dia em que é efetuado o registo do agendamento].	19,730	0,692

Legenda: FL – Flutuante; UF- Unidade Funcional

Fonte: BI CSP e Mim@uf janeiro 2025

Discussão e Conclusão

Face aos resultados obtidos com dados de março o CT decidiu fazer nova avaliação, dados referentes ao mês de maio, de forma a tentar perceber a evolução dos indicadores. No indicador 412 nota-se melhoria nos resultados, sendo os resultados bastantes semelhantes entre as listas. Relativamente ao indicador 344 o valor encontra-se dentro dos valores máximos esperados.

Relativamente ao indicador 345, dados referentes à consulta do próprio dia de enfermagem, detetou-se que existia um grande número de registos administrativos de contatos (RAC) efetuados diretamente sem agendamento, esta situação não é lida pelo indicador. A situação foi

discutida em reunião de contratualização e reunião de Conselho Geral em finais de maio, pelo que como o indicador é flutuante ainda não refletem os resultados.

Torna-se imperioso referir que todos os utentes que se deslocam à USF Vale de Cambra com necessidade de atendimento de enfermagem, são atendidos, independentemente do valor que o indicador mostre, os utentes têm a informação da necessidade de agendar as suas consultas, ficando os atendimentos para o próprio dia tratamentos residuais. Importa também referir que muitos atendimentos realizados no próprio dia são utentes com inscrição temporária ou sem equipa de família. Estes atendimentos não são contabilizados no indicador.

É de referir que houve melhoria em todos os indicadores ao longo do ano.

12.3 – Intersubstituição

A monitorização foi realizada pelo grupo gestor (Dr.ª Ana Luísa Esteves, Enf.ª Teresa Assunção e SC. Élia Pinheiro). Foi realizada a monitorização trimestral dos indicadores referentes à personalização, conforme descrito na tabela seguinte.

Tabela 5 - Monitorização trimestral dos indicadores referentes à personalização, em 2024 (FL)

Indicador	03/2024	06/2024	09/2024	12/2024
2013.001.01 – Proporção de consultas realizadas pelo MF	82,478	78,921	77,520	78,075
2013.005.01 – Proporção de consultas realizadas pelo EF	84,014	82,583	81,459	81,500

Da análise da tabela se conclui que, nos períodos de ausência dos respetivos médicos ou enfermeiras de família, se verifica a substituição interprofissionais, de forma a garantir a prestação de cuidados aos utentes da USF Vale de Cambra.

12.4 – Visita Domiciliária

A monitorização foi realizada pelo grupo gestor (Dr.ª Bruna Tavares, Enf.ª Joana Alves e SC. Alexandra Leça).

Foi realizada a monitorização trimestral dos indicadores referentes às VD, conforme descrito na tabela seguinte, apresentada e discutida em reunião de conselho geral.

Tabela 6 - Monitorização trimestral dos indicadores referentes às VD, em 2024 (FL)

Indicador	03/2024	06/2024	09/2024	12/2024
2013.003.01 (Taxa dom. médicos/1.000 inscritos)	28.405	26.999	26.506	25.226

2013.294.01 (Taxa dom. enf./1000 inscritos idosos)	650.463	638.978	621.940	577.838
2013.015.01 (Proporção RN c/ dom. enf. <15º dia).	62.264	64.516	55.072	54.286

Foi realizada auditoria anual aos Registos Clínicos em VD, para cada categoria profissional. Os resultados foram apresentados em reunião CG nº 26/2024 , em 20/11/2024:

Tabela 6 - Resultados da Auditoria aos Registos Médicos, em novembro 2024

CrITÉRIOS	Lista 1	Lista 2	Lista 3	Lista 4	Lista 5	Taxa de cumprimento / critério
Ficha individual preenchida (+ Barthel)						84,0%
Registo de hábitos alcoólicos e tabágicos e intervenção breve						96,0%
Identificação do cuidador no processo						100,0%
Escala de Zarit						95,7%
Escala de Braden						56,0%
Escala de Morse						72,0%
Se presença de úlcera » codificação S93						16,7%
Descrição sumária das condições de habitabilidade						100,0%
Códigos de ICPC-2 coerentes*						100,0%
Se nível de dependência moderada ou mais – A28						100,0%
SOAP com ICPC-2						100,0%
descrição das queixas do utente (S) e plano terapêutico (P)						100,0%
Atualização na PEM da medicação crónica						100,0%
Posologia explícita em toda a medicação						80,0%
Presença de Codificação -45/58						100,0%
Registo de alergias medicamentosas - RAM						76,0%
Índice Global de Qualidade	89,2%	97,0%	84,5%	83,2%	93,3%	89,5%

Tabela 7 - Resultados da Auditoria aos Registos de Enfermagem, em novembro 2024

CrITÉRIOS	Lista 1	Lista 2	Lista 3	Lista 4	Lista 5	Taxa de cumprimento / critério
Avaliação Inicial						96,0%
Foco: Adesão à Vacinação						100,0%
Foco: Hipertensão						72,0%
Foco: Auto cuidado						100,0%
Foco: Maceração						96,0%
Foco: Queda						100,0%
Foco: Úlcera de pressão						96,0%
Foco: Dor						68,0%
Foco: Papel do prestador de cuidados						92,0%
Foco: Stress do prestador de cuidados						100,0%
Foco: Gestão do regime terapêutico						88,0%
Foco: Comportamento de adesão						80,0%
Foco: Comportamento de procura de saúde						56,0%
Intervenções do Tipo Informar (Ensinar, instruir, treinar)						92,0%
Intervenções do Tipo Monitorizar (Peso, IMC, TA)						88,0%
Intervenções do Tipo Coping, Adaptação, Autocuidado e Autocontrolo)						92,0%
Índice Global de Qualidade	88,8%	97,5%	91,3%	92,5%	71,3%	88,3%

Tabela 8 - Resultados da Auditoria aos Registos do Secretariado Clínico, em novembro 2024

Critérios	Lista 1	Lista 2	Lista 3	Lista 4	Lista 5	Taxa de cumprimento / critério
Nome completo						100,0%
Sexo						100,0%
Data de nascimento						100,0%
Nacionalidade						100,0%
Morada completa						92,0%
Número do documento de identificação						100,0%
Número de identificação fiscal (NIF)						100,0%
Documento de autorização de residência válido para os cidadãos estrangeiros						100,0%
Número de identificação da segurança social (NISS)						80,0%
Número de telemóvel e número de telefone fixo						100,0%
Endereço eletrónico						20,0%
Dados de subsistema de saúde, respetivo número e data de validade						50,0%
Data de validade dos benefícios em cuidados de saúde (Regime Excecional de Comparticipação de Medicamentos (RECM), isenção TM, doenças profissionais)						100,0%
Índice Global de Qualidade	83,4%	91,2%	90,9%	90,9%	92,7%	89,8%

Foram propostas as seguintes medidas de melhoria: 1 - formação da Equipa – Apresentação do Procedimento – Acompanhamento do doente no domicílio, com dependência moderada ou grave; 2 - Registo Médico e de Enfermagem em TODAS as VD; 3 - Enfermagem regista avaliação das escalas e o Médico regista pontuação das escalas, de forma a descrever no P a intervenção necessária; 4 - Correção / Preenchimento dos campos em falta pelo Secretariado.

13 Qualidade dos Documentos informativos e panfletos para o utente

O Conselho Técnico verificou todos os documentos em vigor na USF, houve alteração ao procedimento e à formatação dos documentos, estando em conformidade com os documentos da ULS EDV.

Todos os procedimentos e panfletos foram levados a Conselho Geral para votação e aprovação.

14 Sistema de renovação da medicação crónica

A monitorização da renovação da medicação crónica é realizada trimestralmente, através do indicador 2017.335.01, que diz respeito à proporção de consultas indiretas com receitas e resposta em três dias. Considerando os meses de março, junho, setembro e dezembro de 2024, verificou-se uma subida progressiva desta proporção, com valores de 89,04%, 90,12%, 94,22% e 96,61%, respetivamente (MIM-UF). Os resultados são apresentados, discutidos e implementadas medidas de melhoria, em todos os trimestres, em CG.

15 Sistema de referenciação interna e externa

A monitorização das referenciações foi operacionalizada através da realização de auditoria onde são quantificadas e analisadas as referenciações internas e externas de cada lista de utentes, avaliado o perfil de referenciação da USF VLC e verificação da equidade entre profissionais de saúde. É realizada a apresentação, discussão e reflexão dos resultados em reunião de CG, sendo propostas medidas corretivas, se necessário e integrados no relatório de atividades. Os resultados estão representados em relatório próprio que será um apêndice a este relatório (Apêndice 4).

16 Comunicação eficaz na Transição de Cuidados

A monitorização foi realizada pelos gestores do processo, com aplicação da grelha da Norma 01/2017, tendo por base a aplicação da técnica ISBAR. A apresentação, discussão e reflexão dos resultados são discutidos em reunião de CG, sendo propostas medidas corretivas, se necessário e integradas em relatório de atividades. Os resultados estão representados em relatório próprio que será um apêndice a este relatório (Apêndice 5).

17 Prestação de Cuidados em fim de vida

A monitorização é realizada pelos gestores do processo através da verificação de referenciações atempadas para cuidados paliativos. Não existiu qualquer referenciação para os Cuidados Paliativos, no entanto registaram-se várias referenciações para Anestesiologia, a totalidade para controlo de dor oncológica/ não oncológica.

A monitorização foi apresentada e discutida em reunião de CG, ata CG 04/2025.

18 Reconciliação terapêutica

A monitorização foi realizada através da auditoria do Procedimento Reconciliação Terapêutica, realizada em novembro de 2024. Foi utilizada uma amostra de utentes aleatórios por Médico de Família da USF Vale de Cambra, considerando os utentes com agendamento em 2024 com o código administrativo “transição de cuidados”. A auditoria do procedimento reconciliação terapêutica foi efetuada com base numa amostra aleatória de um total de 36 utentes da USF Vale de Cambra registados no SClínico® com o código administrativo “transição de cuidados” durante o ano de 2024. Foi utilizado o Instrumento de Auditoria da Norma nº 018/2016 da Direção Geral da Saúde de 30/12/2016 - Reconciliação Terapêutica, apresentada e discutida anteriormente em reunião multiprofissional. De acordo com este, para o cálculo do índice de conformidade foi considerado o total de resposta SIM/total de respostas aplicáveis x 100.

Resultados

Houve parâmetros do procedimento que não foram cumpridos em termos de registos no SOAP do SClínico.

Não foi possível uma amostra aleatória de 50 utentes devido a quatro equipas terem menos de 10 utentes com consulta de reconciliação terapêutica no ano de 2024. Este facto deve-se à alteração do SClínico administrativo no 1º semestre de 2024, não sendo atualmente possível consultar os agendamentos de consultas de reconciliação terapêutica efetuados nessa data. Assim, no ano de 2024, o Índice de Conformidade da amostra aleatória dos 36 utentes com consulta de reconciliação terapêutica foi de 99,36%.

Discussão e conclusões

No geral, os registos médicos no SOAP do SClínico dos utentes com o código administrativo “transição de cuidados” apresentam informação clínica da realização da mesma embora alguns registos não sejam bem precisos na descrição da sua realização. Em relação ao critério “realização da reconciliação da medicação no prazo máximo de 24 horas após a transição de cuidados” quatro equipas cumpriram o parâmetro, mas uma equipa não o cumpriu.

No conselho geral de 27/11/2024, foram apresentados e discutidos os resultados da presente auditoria, bem como discutidas as medidas de melhoria necessárias:

- Reforço da necessidade da realização da reconciliação terapêutica nas primeiras 24 horas;
- Melhoria do registo clínico no P, identificando se foi necessária realização de reconciliação terapêutica ou não e de que forma foi efetuada.

19 Qualidade de registos clínicos

No ano de 2024 foram selecionados dois processos assistenciais para a monitorização dos registos clínicos: doentes dependentes e planeamento familiar. Os resultados referentes aos doentes dependentes está descrito acima no ponto 12.4. Os resultados dos registos de planeamento familiar estão explanados no Plano de Melhoria da Qualidade de Planeamento Familiar (Apêndice 6).

CAPÍTULO III - MANUAL DE PROCEDIMENTOS DE SUPORTE

1. Aplicações informáticas

A monitorização é efetuada por todos os profissionais, através do registo de falhas informáticas das respetivas aplicações em ocorrências através da análise trimestral das não conformidades que registem incumprimento do procedimento.

Foram realizadas duas notificações de falha do sistema informático, ambas discutidas em CG e que integraram o relatório trimestral das exposições. Como não depende da equipa não foram sugeridas melhorias.

2. Partilha de Informação e Comunicação

A partilha de informação e comunicação é monitorizada através da análise das convocatórias e das atas de todas as reuniões da USF:

- Avaliação da atualização da informação colocada na pasta partilhada, realizada em CG 15/2024;
- Evidência de realização de cópia de segurança da pasta partilhada, realizada em CG 28/2024
- Registo em ata da partilha de informação chegada por *e-mail*, atas de CG 1/2024, 13/2024, 16/2024.
- Registo em ata de partilha de informação pela coordenadora, atas CG 5/2024, 7/2024, 8/2024, 14/2024.

3. Organização do Arquivo e transferências

Monitorização Anual efetuada pelos gestores de processo.

3.1. Documentos existentes para Arquivo

Monitorizou-se a organização do arquivo da documentação da USF, que é realizada de acordo com as portarias 835/1991, 247/2000 e 157/2014 que definem o regulamento arquivístico para os serviços do Ministério da Saúde.

3.2 Arquivo

Monitorizou-se os documentos em arquivo após cumprimento dos respetivos prazos de conservação, que passam de:

- **Arquivo ativo para inativo** - Findos os prazos de conservação administrativa na fase ativa dos documentos são remetidos para o arquivo inativo.
- **Arquivo inativo para morto** - Findos os prazos de conservação administrativa na fase inativa dos documentos são remetidos para o arquivo morto. Os documentos encontram-se devidamente identificados, organizados, classificados e ordenados.

3.3 Transferências de Processos

Monitorizou-se toda a documentação em suporte de papel referente aos utentes que circula na USF em pastas fechadas.

4. Acolhimento do cidadão

A monitorização é efetuada pelos gestores do processo (Dr.^a Bruna, Enf.^a Joana e SC Élia) anualmente tendo em conta a avaliação do grau de satisfação dos utentes relativamente ao seu atendimento e orientação pelo inquérito de satisfação – veja-se resultado do inquérito de satisfação dos utentes – disponível em Apêndices.

A todos os novos utentes da USF VLC é oferecido o Guia de Acolhimento ao Utente, que se encontra disponível e de fácil acesso, em versão folheto, na sala de espera, junto com outras informações de carácter burocrático / clínico.

Não se verificou a presença de símbolos religiosos nem políticos na sala de espera nem nos gabinetes.

A USFVLC dispõe também de informação em língua estrangeira, como exemplo, o Guia de acolhimento do utente disponível em inglês, francês e braile.

Os resultados foram apresentados em reunião de CG 28/2024 e foi apontada como medida de melhoria a verificação semanal de folhetos impressos afixados.

5. Atendimento telefónico

A monitorização é anual com base nas chamadas telefónicas realizadas no Back office, com o programa SARA. Este programa é um sistema de atendimento telefónico no qual as chamadas ficam registadas no programa e os secretários devolvem a chamada ao utente. A informação transmitida ao utente é clara mediante o assunto que pretenda tratar ou até mesmo marcar

consulta. Não é possível verificar anualmente o número de chamadas realizadas, no entanto é possível verificar, contabilizando no final da jornada de trabalho as chamadas realizadas. Por lapso dos SC nunca foi registado até hoje. Como medida de melhoria os SC propõe-se a fazer os registos em folha própria.

6. Circuito de receção de informação clínica e de resultados de Meios complementares de diagnóstico (MCDT)

A monitorização é anual com base na verificação da forma como a informação é transportada, respeitando a confidencialidade; verificação do Mapa de Levantamento de Burocracias; confirmação da presença de documentação para ser levantada há mais de 6 meses; discussão dos resultados em reunião de CG e implementação de medidas de melhoria quando aplicável.

A auditoria realizada em 16/12/2024, tendo sido apresentada e discutida em reunião CG no dia 29/01/2025.

Verificou-se que a informação clínica entregue pelos utentes foi arquivada em capa própria do médico /enfermeiro de família do utente, sendo a mesma transportada para os gabinetes respetivos respeitando a confidencialidade. Verificou-se que o mapa de levantamento de burocracias não foi preenchido sempre que era entregue documentação clínica do utente, muitas vezes devido à afluência de utentes na sala de espera. Como medida de melhoria, foi reforçado em reunião CG a necessidade do cumprimento do referido registo.

À data da auditoria, não se encontrava documentação emitida há mais de 6 meses para ser levantada, refletindo a revisão mensal pelo secretariado.

7. Horários de trabalho dos profissionais e carga horária

A monitorização dos horários de trabalho dos profissionais é anual com base na análise das propostas de horários efetuadas em 2024, avaliação adequada dos horários propostos e aprovação dos mesmos em reunião de CG.

A monitorização da carga horária dos médicos e secretários clínicos da USF é efetuada mensalmente pelo coordenador da USF. A monitorização da carga horária dos enfermeiros da USF é efetuada mensalmente pela enfermeira do conselho técnico. A monitorização da carga horária da enfermeira do Conselho técnico é efetuada mensalmente pela enfermeira gestora responsável pela área da USF.

8. Assiduidade dos profissionais

Em 2017, o Despacho nº 9397/2017 de 25 de outubro estabeleceu a obrigatoriedade da utilização do registo biométrico para monitorização e controlo da assiduidade no âmbito do Serviço

Nacional de Saúde. Atualmente é efetuado pela plataforma Gestão de Horários implementada pela ULS, sendo esta monitorizada mensalmente através da mesma, pelo coordenador da USF aos profissionais médicos e secretários clínicos e pela enfermeira do conselho técnico aos enfermeiros.

9. Plano de férias

A monitorização deste procedimento é feita anualmente, com base da análise das atas e convocatórias das reuniões da USF em que se discutiu o plano de férias- ata conselho geral nº23/2024. Foi discutida em sede de conselho geral a alteração ao plano de férias de um elemento médico, ata nº15/2024.

10. Alteração da constituição da Equipa

A monitorização deste procedimento foi realizada através da análise das atas e convocatórias das reuniões da USF em que se discutiu a integração ou substituição de um elemento da equipa;
Confirmação do preenchimento dos documentos: Declaração de Aceitação (modelo APDA) e Declaração de Renúncia (modelo APDR);
Verificação do arquivo dos documentos em pasta própria no *BackOffice* “Recursos Humanos” e pasta partilhada;
No ano de 2024 não houve alteração da constituição da equipa, pelo que não existem elementos de avaliação deste procedimento.

11. Informação relativa aos profissionais

Monitorização anualmente pelo grupo gestor da análise da organização e atualização da pasta “Recursos Humanos” e análise da organização e atualização da pasta partilhada. Discussão dos resultados em reunião de CG e implementação de medidas de melhoria se necessário.

12. Gestão de stocks

Ao contrário do *Logibérica*, o novo programa de gestão do armazém (*Lynxit*) não permite saber quais os gastos efetivos da unidade com material de aprovisionamento e farmácia. Pelo que não nos é possível apurar o custo do material gasto.

Os pedidos extraordinários realizados correspondem:

- Material que teve rutura de fornecimento na distribuição mensal pelo armazém central;

- Material para carro de emergência;
- Material com justificação clínica (pedido obrigatoriamente desta forma).
- Os consumíveis mais dispendiosos são as vacinas.

Como medidas de melhoria, a euipa compromete-se a manter a gestão criteriosa dos armazéns, a reposição semanal do material das salas, de forma a reduzir as deslocações e movimentações no armazém e rever necessidades e ajustar níveis de stock do material da unidade, especialmente das vacinas.

13. Gestão de equipamentos e instalações

A monitorização é semestral com base na verificação do preenchimento das folhas de registo para o efeito: gestão de equipamentos, instalações e controlo de avarias e calibração de equipamentos.

1º Semestre:

Foram realizadas 8 notificações, a maioria realizadas pelos SC, 4 por email e 4 com guia de reparação. O material avariado divide-se em dois grandes grupos: instalações (estores , ar condicionado e WC) e equipamento médico (otoscópios e esfigmomanómetros). De referir que a média de reparação de instalações foi de 180 dias, sendo que o ar condicionado continua por substituir, e a media de reparação de equipamentos médicos foi de 180 dias e ainda continuamos a aguardar.

Em relação à Calibração aguardamos pelas novas diretrizes na ULS, uma vez que recebemos email a pedir o inventário do material necessário para calibrar e respondido a 2/7/2024.

A USF cumpriu o procedimento de gestão de equipamentos e calibração, mas o tempo de resposta do ACeS/ ULS é desadequado e desajustado. Não esta a ser cumprido o Manual de Articulação por parte do AceS/ ULS (apesar de ainda não existir manual articulação com ULS). As melhorias não dependem da USF Vale de Cambra. Foi apresentada e discutida a auditoria a 3/7/2024 ata CG 14/2024.

2º Semestre:

Foram realizadas 5 notificações, a maioria realizadas pelos SC, 4 por email e 1 com guia de reparação. O material avariado divide-se em dois grandes grupos: instalações (vidros, ar condicionado e WC profissionais) e equipamento médico (esfigmomanómetro). De referir que a média de reparação de instalações foi de mais 180 dias, sendo que o ar condicionado continua por substituir, e a media de reparação de equipamentos médicos foi de 180 dias e ainda continuamos a aguardar.

Em relação à Calibração nada de novo em relação ao primeiro semestre.

A USF cumpriu o procedimento de gestão de equipamentos e calibração, mas o tempo de resposta continua a ser desadequado e desajustado. As melhorias não dependem da USF Vale de Cambra. Foi apresentada e discutida a auditoria na ata CG 04/2025.

14. Inventário

A monitorização é anual com base na verificação da presença de folha de inventário assinada pelo Coordenador e afixada em todas as divisões; avaliação da atualização do inventário de material não consumível.

A auditoria foi realizada em 16/12/2024, tendo sido apresentada e discutida em reunião CG no dia 29/01/2025.

15. Cultura e ambiente de segurança dos utentes

A monitorização dos incidentes foi realizada trimestralmente pela equipa gestora (Dr.ª Fátima Costa, Enf.ª Neuza Rodrigues e SC Élia Pinheiro), sendo preenchido o mapa de registo e análise dos incidentes, enviado à EGIC (Equipa Gestora de Incidentes Críticos) e validado por esta. Há evidência da partilha e discussão dos incidentes em reunião de serviço, sendo implementadas medidas de melhoria.

16. Cultura e ambiente de segurança

A monitorização dos incidentes foi realizada trimestralmente pela equipa gestora (Dr.ª Fátima Costa, Enf.ª Neuza Rodrigues e SC Élia Pinheiro), sendo preenchido o mapa de registo e análise dos incidentes, enviado à EGIC (Equipa Gestora de Incidentes Críticos) e validado por esta. Há evidência da partilha e discussão dos incidentes em reunião de serviço, sendo implementadas medidas de melhoria.

A maioria dos incidentes são relativos a situações de violência exercida pelos utentes nos profissionais de saúde. A descrição sumária dos mesmos encontra-se como apêndice VIII.

17. Controlo do uso de material farmacêutico

A monitorização foi realizada pela equipa responsável: Dr.ª Ana Luísa, Enf.ª Neuza Rodrigues e SC Ana Gonçalves e apresentada em CG nº 22 a 23/10/2024, em forma de relatório.

Após a análise de todos os resultados, dos objetivos da auditoria e de todas as constatações, conclui-se que o resultado foi bom (95,65%) e que na USF há o cuidado e preocupação de utilizar e armazenar os medicamentos LASA e de Alerta Máximo da melhor forma possível. No entanto, a formação contínua sobre estes medicamentos é de máxima importância, para que todos os elementos médicos e de enfermagem os conheçam, assim como as suas regras de armazenamento e utilização e sua importância.

Relativamente às condições do armazém, estas não são as ideais. Ainda dispomos de uma estante em madeira, que ainda não foi substituída por estantes ou armário higienizável, após pedido superiormente. Será realizado novo pedido à ULS EDV. É importante referir que as condições físicas da USF Vale de Cambra não estão de acordo com os requisitos necessários ao cumprimento das normas de armazenamento do material.

Todas estas medidas visam sempre a segurança do utente.

18. Controlo de infeção

A monitorização foi realizada pela equipa responsável: Dr.ª Bruna Tavares, Enf.ª Neuza Rodrigues e SC Alexandra Leça e apresentada em CG nº 21 a 16/10/2024. Foi partilhado com a equipa o relatório da auditoria externa realizada pela UL-PPCIRA, representada pela Enf.ª Marta Loureiro e a Dr.ª Ana Sofia Azul. O índice global de qualidade do processo foi de 97,14% e o índice global de qualidade das estruturas foi de 95,83%.

Após a análise de todos os resultados, dos objetivos da auditoria e de todas as constatações, verificaram que existem aspetos que podem ser melhorados pelos profissionais, nomeadamente a colocação do cartaz no quiosque eletrónico. Contudo, existem também, aspetos que necessitam de melhoria e que não estão dependentes dos profissionais da unidade, como por exemplo, a reparação dos focos de humidade do teto. A equipa auditora parabenizou a USF pelo trabalho desenvolvido e as melhorias conseguidas.

A equipa responsável tomou todas as medidas propostas, nomeadamente a colocação do cartaz com instruções junto ao quiosque eletrónico, assim como o pedido de reparação dos focos de humidade, entre outras reparações. Também fizemos pedido de cadeiras higienizáveis e biombos para os gabinetes médicos e de enfermagem.

19. Rede de Frio

A monitorização das temperaturas ocorre todos os dias úteis, por qualquer profissional de enfermagem.

A monitorização do procedimento é anual através de auditoria dos registos de temperaturas descarregados dos *Data loggers*, das ocorrências relacionadas com a rede de frio e monitorização de quebras na rede de frio.

A auditoria foi realizada a 30/10/24 pela equipa auditora: Dr.ª Ana Luísa Esteves, Enf.ª Regina Alves e S.C. Ana Gonçalves e apresentada em CG Ata nº 23.

Resultados

Foram verificados os registos das temperaturas dos dois frigoríficos da USF;

A monitorização é feita diariamente antes do início de funcionamento da USF;

Os Datalogger's estão programados para registo de temperaturas de 10 em 10 minutos e a temperatura deve estar entre 2°C e 8 °C.

Intercorrências:

- 02/08/2024 – Entre as 11:30 e as 12:30 foi registada uma temperatura superior a 8°C do frigorífico da **SALA DE TRATAMENTOS** que corresponde à sua higienização;
- 07/08/2024 – Entre as 15:15 e as 16:15 foi registada uma temperatura superior a 8°C do frigorífico **ARMAZÉM** da sala de SI que corresponde à sua higienização;
- 02/08/2024 - Os Datalogger's não foram descarregados por motivo de greve dos enfermeiros;
- 14/08/2024 e 18/08/2024 - Verificou-se um pico de elevação de temperatura superior a 8°C, que corresponde à chegada das vacinas e seu acondicionamento no frigorífico **ARMAZÉM** da sala de SI;
- 27/08/2024 - O Datalogger do frigorífico da **SALA DE TRATAMENTOS** ficou esquecido fora do mesmo desde as 08:00 até às 09:15;
- 17/09/2024 - O Datalogger do frigorífico **ARMAZÉM** da sala de SI não foi reiniciado no dia anterior, por esse motivo as temperaturas registadas são iguais às do dia anterior, ficando assim sem registo as últimas 20 horas (16/09/2024);
- 01/10/2024 - Verificou-se um pico de elevação de temperatura que atingiu os 13°, que corresponde à chegada das vacinas da gripe e seu acondicionamento no frigorífico **ARMAZÉM** da sala de SI;
- 02/10/2024 - Verificou-se um pico de temperatura isolado de 9,5º às 17:40 por motivo de contagem de vacinas no frigorífico **ARMAZÉM** da sala de SI.

Discussão e Medidas Corretivas

À exceção dos dias 27/08 e 17/09 as alterações de temperaturas ocorridas não foram devidas a falhas humanas nem técnicas. Nos dias 27/08 e 17/09 as alterações de temperatura foram devidas a falha humana.

Como medidas corretivas, propõe-se: verificar mensalmente o stock de pilha para os Datalogger; aquando do acondicionamento das vacinas rececionadas, a porta do frigorífico deve permanecer aberta o menor tempo possível; continuar a adiantar 10 min o Datalogger aquando o reinício da leitura. Após o descarregamento dos Datalogger a equipa de enfermagem deve ter o cuidado de os colocar novamente dentro dos frigoríficos, e sempre que se fizer o descarregamento não esquecer de se reiniciar a leitura dos Datalogger's.

De destacar que estas alterações de temperaturas não colocaram em risco o acondicionamento e a segurança das vacinas.

20. Falha do Sistema Informático

A monitorização deste procedimento realizou-se através da análise trimestral das exposições registadas, os resultados são apresentados, discutidos em CG, implementadas medidas de melhoria e integrados no relatório trimestral das exposições.

O grupo gestor verificou que todas as falhas informáticas foram reportadas de forma célere e notificadas em diário de bordo.

21. Identificação Inequívoca do utente

A sua monitorização realiza-se no âmbito da “Norma/procedimento para identificação inequívoca do utente em instituições de saúde” do extinto ACeS Entre Douro e Vouga II Aveiro Norte, de 15/06/2023. Atualmente a equipa aguarda a receção de procedimento da ULSEdV, para proceder à atualização do respetivo procedimento.

Foram auditados 15 contatos com utentes, presencias e não presencias, de cada grupo profissional da USF Vale de Cambra.

Os resultados foram os seguintes:

- **Atendimento por Enfermagem – 93,33% cumpre os critérios**
- **Atendimento por Médicos – 100% cumpre os critérios**
- **Atendimento por Secretários Clínicos – 93,33% cumpre os critérios**

Tendo em vista o cumprimento das boas práticas e proceder sempre corretamente para a identificação inequívoca, propõem-se à equipa:

- Discussão e análise em equipa das não conformidades;
- Relembrar o procedimento em reunião de serviço;
- Relembrar à equipa o cartaz já elaborado e aprovado pelo Conselho Técnico e afixado na USF, com a finalidade de sensibilizar os profissionais e utentes para a identificação correta, assim como para a atualização dos seus contactos na unidade.
- Relembrar à equipa a importância de verificar sempre se os documentos emitidos na USF permitem a sua identificação inequívoca e, caso contrário, afixar a ficha do utente ao documento em causa (exemplo: prescrições da PEM).

Após a análise dos resultados, verifica-se uma melhoria na identificação inequívoca do utente face aos resultados de 2023. Tendo em conta os objetivos da auditoria, conclui-se que os resultados foram muito satisfatórios e que na USF Vale de Cambra existe o conhecimento do procedimento da identificação inequívoca e a preocupação em identificar inequivocamente os utentes. Apesar disso, o objetivo da auditoria ultrapassou a mera avaliação, servindo igualmente para sensibilizar para a realização correta do procedimento. Tendo em conta a melhoria contínua da qualidade, recomenda-se a manutenção das boas práticas na identificação inequívoca do utente, visando a segurança do mesmo.

22. Gestão da violência

A monitorização dos incidentes foi realizada trimestralmente pela equipa, sendo preenchido o mapa de registo e análise dos incidentes, enviado à EGIC (Equipa Gestora de Incidentes Críticos) e validado por esta. Há evidência da partilha e discussão dos incidentes em reunião de serviço, sendo implementadas medidas de melhoria, se necessário.

23. Acontecimentos adversos

A monitorização dos incidentes/ acontecimentos adversos foi realizada trimestralmente pela equipa gestora (Dr.ª Fátima Costa, Enf.ª Neuza Rodrigues e SC Élia Pinheiro), sendo preenchido o mapa de registo e análise dos incidentes, enviado à EGIC (Equipa Gestora de Incidentes Críticos) e validado por esta. Há evidência da partilha e discussão dos incidentes em reunião de serviço, sendo implementadas medidas de melhoria, ata CG 15/2024, CG 22/2024 e CG 3/2025.

24. Identificação de pessoas estranhas nas instalações da USF

Nem sempre as pessoas estranhas foram identificadas. Esta não conformidade não foi notificada pela equipa, mas é vontade de todos que este procedimento se cumpra na USF.

25. Pessoas perdidas nas Instalações da USF

No ano de 2024, não se verificou nenhuma situação de pessoas perdidas nas instalações da USFVLC.

26. Imunização dos profissionais

No dia 8 de Janeiro de 2025, após concedida autorização verbal, foram consultados os registos vacinais de todos os elementos da USF Vale de Cambra. Todos têm registo vacinal atualizado, o qual se encontra em documento próprio na Pasta Partilhada.

27. Formação contínua

O Plano Anual de Formação foi elaborado após a realização do levantamento de necessidades formativas, discussão em reunião multiprofissional e posteriormente aprovado em reunião do CG. Foram programadas 10 sessões formativas com todos os grupos profissionais pertencentes à USFVLC, como formadores e formandos.

Os resultados foram analisados pelo CT e posteriormente serão apresentados em reunião multiprofissional da USFVLC, encontra-se desenvolvido em relatório próprio que se encontra como apêndice deste documento (Apêndice 7).

28. Participação/ realização de projetos de investigação

A USF Vale de Cambra está a colaborar com o Instituto Ricardo Jorge no Programa Nacional de Monitorização da gripe e outros vírus respiratórios e a Dr.^a Silvana Moreira e Enf.^a Neuza Rodrigues colaboram nos Estudos Clínicos em Cuidados de Saúde primários do Centro Académico Clínico de Aveiro (EMHA).

CAPÍTULO IV - DISCUSSÃO FINAL

A USFVLC no ano de 2024 desenvolveu a sua atividade assistencial a uma população de 8075 utentes e 10 743 UP. De uma forma global, considera-se que o desempenho da USFVLC foi Bom, apesar de ter sido um ano em que alguns dos constrangimentos relativamente à pandemia Covid-19 e à vacinação Covid-19 se mantiveram.

Pela leitura deste Relatório é possível constatar o empenho e árduo trabalho desenvolvido por toda a equipa, que se compromete com os desafios contínuos que estão por base num modelo organizativo – Modelo B a que se propõe.

A USFVLC tem aumentado continuamente a sua capacidade formativa, tendo integrado pela primeira vez uma interna da Especialidade de MGF e já integrando Internos de Formação Geral, Alunos de Medicina e de Enfermagem. Reconhecemos as mais-valias da sua integração e os ganhos que trazem e podem trazer para a USFVLC.

A equipa mantém o interesse em contribuir para tornar esta USFVLC cada vez melhor e mais próxima dos seus utentes, pelo que tem incentivado a criação de uma Comissão de Utentes. Não poderíamos deixar de agradecer aos nossos utentes, os que colaboraram ativamente no cumprimento das normas e orientações desta nossa USFVLC e assim tornaram o nosso trabalho mais simples, mas também com resultados mais produtivos em saúde.

Foi um ano de muito trabalho para toda a equipa, com grande investimento profissional e pessoal de todos os seus elementos.

Avançamos para o ano de 2025, com uma grande expectativa de que correrá melhor, para que surjam as condições necessárias que permitam aos profissionais prestarem cuidados de saúde com a perspetiva de atingirem um IDE/ IDG de excelência.

Vale de Cambra, fevereiro de 2025

APÊNDICES

APÊNDICE I – RELATÓRIOS TRIMESTRAIS DE EXPOSIÇÕES

**Relatório do 1º trimestre de
Registos em Diário de Bordo/
Reclamações/ Não
conformidades/ Sugestões e
Elogios da USF Vale de Cambra
2024**



USF Unidade de Saúde Familiar
Vale de Cambra

ÍNDICE

ÍNDICE	55
Índice de Tabelas	55
Siglas / abreviaturas.....	56
1. Introdução.....	57
2. Análise dos resultados:	57
2.1 – Suporte das exposições:.....	57
2.2 – Tipos de exposições	57
2.2 – Temáticas de Exposições e Medidas Corretivas	58
3. Conclusão.....	7

Índice de Tabelas

Tabela 1- Forma como foram efetuadas as exposições e distribuição ao longo do 1º trimestre.	57
Tabela 2- Classificação das Ocorrências registadas em Diário de Bordo	58

SIGLAS / ABREVIATURAS

ACeS	Agrupamento de Centros de Saúde
CG	Conselho Geral
MF	Médico de Família
ERS	Entidade Reguladora da Saúde
RSE	Registo Saúde Eletrónico
USF	Unidade de Saúde Familiar
VLC	Vale de Cambra

1. INTRODUÇÃO

Serve o presente documento para enumerar os registos em Diário de Bordo, reclamações, não conformidades detetadas pela equipa, sugestões e elogios, ou seja, todas as exposições realizadas na Unidade de Saúde Familiar (USF) Vale de Cambra (VLC).

Os dados foram recolhidos no decurso dos meses de **janeiro a março de 2024**.

O documento refere-se às reclamações efetuadas em *Livros Amarelo*, *e-mail* ou verbalmente, as não conformidades são as que foram detetadas em impresso próprio ou *Diário de Bordo* e sugestões /elogios em formulário próprio.

2. ANÁLISE DOS RESULTADOS:

2.1 – Suporte das exposições:

No período compreendido a USF VLC registou **11 exposições**, como mostra a **tabela 1**.

Tabela 7- Forma como foram efetuadas as exposições e distribuição ao longo do 2º trimestre.

2024	Livro "Amarelo"	E- mail	Carta	Verbalmente/ telefone	Formulário da USF	Diário de Bordo	Total
janeiro	1	1	0	0	1	0	3
fevereiro	0	2	0	0	0	3	5
março	0	1	0	0	1	1	3
1º Trimestre	1	4	0	0	2	4	11

2.2 – Tipos de exposições

Formulário próprio da USF

As exposições rececionadas em formulário próprio da USF foram **duas reclamações**: uma relacionada com a falta de privacidade na secretaria, e a outra com o atendimento telefónico – apresentadas em CG dia 3/1/2024, ata nº1/2024.

Email

As exposições rececionadas por *email* foram **quatro**: em janeiro um **elogio** à Dra. Silvana Moreira apresentado em CG de 03/01/2024 ata nº 1/2024 CG; em fevereiro um **elogio** a toda a equipa e uma **reclamação** via ERS, relacionada com atendimento telefónico e apresentado em CG de 21/2/2024 ata nº6/2024; em março um **elogio** à Dra. Ana Luísa e Enf.^a Rosa, apresentado em CG de 6/3/2024 ata nº7/2024.

Diário de Bordo

As exposições apresentadas em *Diário de Bordo* foram **4**, como se pode verificar na **tabela 2**.

Tabela 8- Classificação das Ocorrências registadas em Diário de Bordo

Classificação da Ocorrência	Nº de ocorrências
Não Conformidade	0
Incidentes	4

Livro amarelo

A reclamação no livro amarelo seguiu o procedimento de resposta a reclamações e esteve relacionada com utente sem consulta marcada que queria ter consulta naquele dia. Foi discutida na reunião de CG de dia 31/01/2024 na ata nº4/2024.

2.2 – Temas de Exposições e Medidas Corretivas

Elogios: enaltecem o profissionalismo de toda a equipa;

Incidentes:

Nº 1 e 2 – utente que consecutivamente é mal-educado com os secretários clínicos. Já discutido noutros trimestres e inclusive se ofereceu mudança de unidade, que desta vez aceitou. Este incidente foi realizado em diário de bordo em dois momentos, e discutido na reunião de CG de dia 21/2/2024 ata nº6/2024.

Nº 3 – relacionado com visita domiciliária de enfermagem, que quando chegaram ao domicílio, não se encontrava ninguém em casa para abrir a porta, discutido na reunião de CG de dia 21/2/2024 ata nº6/2024.

Nº 4 – o secretário clínico retomou uma chamada telefónica, em que a utente utilizou linguagem inapropriada, brejeira e agressiva, discutido na reunião de CG de dia 20/3/2024 ata nº8/2024.

3. conclusão

Denota-se uma preocupação maior da equipa em sinalizar as ocorrências pertinentes e de bom funcionamento da unidade.

Tem sido cada vez mais frequentes os elogios a toda a equipa em detrimento de reclamações. É também notória a hiper-reactividade dos utentes com qualquer situação, mesmo sem razão evidente, traduzindo-se cada vez mais em faltas de educação.

É de salientar que todas as exposições foram discutidas em CG e foram aplicadas medidas de melhoria nas necessárias.

A distribuição das exposições foi mais frequente no mês de fevereiro.

Nota-se o esforço da equipa em prol do bom funcionamento da unidade, com ganhos na saúde para o utente e felicita-se pelos elogios.

A equipa compromete-se a aplicar as medidas de melhoria propostas.

Relatório do 2º trimestre de Registos em Diário de Bordo/ Reclamações/ Não conformidades/ Sugestões e Elogios da USF Vale de Cambra 2024



USF Unidade de Saúde Familiar
Vale de Cambra

ÍNDICE

ÍNDICE	55
Índice de Tabelas	55
Siglas / abreviaturas.....	56
1. Introdução.....	57
2. Análise dos resultados:	57
2.1 – Suporte das exposições:.....	57
2.2 – Tipos de exposições	57
2.3 – Temas de Exposições e Medidas Corretivas	58
3. Conclusão.....	7

Índice de Tabelas

Tabela 1- Forma como foram efetuadas as exposições e distribuição ao longo do 1º trimestre.	57
Tabela 2- Classificação das Ocorrências registadas em Diário de Bordo	58

SIGLAS / ABREVIATURAS

ACeS	Agrupamento de Centros de Saúde
CG	Conselho Geral
MF	Médico de Família
ERS	Entidade Reguladora da Saúde
RSE	Registo Saúde Eletrónico
USF	Unidade de Saúde Familiar
VLC	Vale de Cambra

1. INTRODUÇÃO

Serve o presente documento para enumerar os registos em Diário de Bordo, reclamações, não conformidades detetadas pela equipa, sugestões e elogios, ou seja, todas as exposições realizadas na Unidade de Saúde Familiar (USF) Vale de Cambra (VLC).

Os dados foram recolhidos no decurso dos meses de **abril a junho de 2024**.

O documento refere-se às reclamações efetuadas em *Livros Amarelo*, *e-mail* ou verbalmente, as não conformidades são as que foram detetadas em impresso próprio ou *Diário de Bordo* e sugestões /elogios em formulário próprio.

2. ANÁLISE DOS RESULTADOS:

2.1 – Suporte das exposições:

No período compreendido a USF VLC registou **5 exposições**, como mostra a **tabela 1**.

Tabela 9- Forma como foram efetuadas as exposições e distribuição ao longo do 2º trimestre.

2024	Livro "Amarelo"	E- mail	Carta	Verbalmente/ telefone	Formulário da USF	Diário de Bordo	Total
abril	0	0	0	0	0	2	2
maio	0	0	0	0	0	0	0
junho	2	0	0	0	0	1	3
2º Trimestre	2	0	0	0	0	3	5

2.2 – Tipos de exposições

Diário de Bordo

As exposições apresentadas em *Diário de Bordo* foram **3**, como se pode verificar na **tabela 2**.

Tabela 10- Classificação das Ocorrências registadas em Diário de Bordo

Classificação da Ocorrência	Nº de ocorrências
Não Conformidade	2
Incidentes	1

Livro amarelo

As reclamações no livro amarelo seguiram o procedimento de resposta a reclamações.

A primeira reclamação diz respeito a uma utente que queria consulta aberta com a própria médica de família, a qual já não teria disponibilidade, e foi agendada no próprio para outra médica, de acordo com o procedimento da nossa unidade.

A segunda reclamação é relativa a uma baixa médica, à ida a junta médica e necessidade de devolução de dinheiro recebido por parte de uma utente, todos os procedimentos foram cumpridos por parte da unidade, não havendo medidas de melhoria a implementar.

Foram discutida na reunião de CG de dia 03/07/2024, ata nº14/2024.

2.3 – Temas de Exposições e Medidas Corretivas

Não conformidades:

Nº 1 – no dia 30/04 utente dirigiu-se à unidade e apresentou SMS com marcação de consulta médica, mas não tinha qualquer consulta agendada para esse dia. A secretária clínica foi verificar se teria sido algum engano da nossa parte, mas não encontrou qualquer registo de marcação ou desmarcação de consulta. Esta não conformidade foi registada em diário de bordo, e discutida na reunião de CG de dia 08/05/2024, ata nº10/2024.

Nº 2 – no dia 04/06 houve várias falhas no sistema informático e durante a tarde esteve mesmo totalmente indisponível, levando ao não funcionamento do quiosque eletrónico e impossibilidade de devolução de chamadas telefónicas. Foi enviado *email* ao Servicedesk para reportar a situação. Esta não conformidade foi registada no diário de bordo da unidade. E discutida em reunião de CG do dia 05/06/2024, ata nº11/2024.

Incidentes:

Nº 1 – no dia 04/04 utentes (pais de criança) dirigiram-se à unidade para pedir CIT desde o dia 02/04 sem que a criança tivesse sido observada por qualquer profissional de saúde, ao serem informados que a capacidade de oferta de consulta aberta para o dia já teria sido excedida exaltaram-se e iniciaram discussão com aumento do tom de voz com os secretários clínicos. Segundo os utentes, teriam contactado SNS24 a solicitar CIT e que os mesmos terão dado indicação para se dirigirem à USF para a criança ser observada pelo Médico de Família, apesar de previamente terem colocado a criança em “autocuidados”. A Dr.ª Silvana disponibilizou-se a observar a criança, tendo explicado os pressupostos do funcionamento do SNS, reforçou importância dos direitos e deveres dos utentes. Este incidente foi registado em diário de bordo, e discutido na reunião de CG de 10/04/2024, ata nº9/2024.

3. CONCLUSÃO

Denota-se uma preocupação maior da equipa em sinalizar as ocorrências pertinentes e de bom funcionamento da unidade.

É de salientar que todas as exposições foram discutidas em CG e foram aplicadas medidas de melhoria nas necessárias.

A distribuição das exposições foi mais frequente no mês de abril e junho.

Nota-se o esforço da equipa em prol do bom funcionamento da unidade, com ganhos na saúde para o utente.

A equipa compromete-se a aplicar as medidas de melhoria propostas.

Relatório do 3º trimestre de Registos em Diário de Bordo/ Reclamações/ Não conformidades/ Sugestões e Elogios da USF Vale de Cambra 2024



USF Unidade de Saúde Familiar
Vale de Cambra

ÍNDICE

ÍNDICE	55
Índice de Tabelas	55
Siglas / abreviaturas.....	56
1. Introdução.....	57
2. Análise dos resultados:	57
2.1 – Suporte das exposições:.....	57
2.2 – Tipos de exposições	57
2.3 – Temas de Exposições e Medidas Corretivas	58
3. Conclusão.....	7

Índice de Tabelas

Tabela 1- Forma como foram efetuadas as exposições e distribuição ao longo do 1º trimestre.	57
Tabela 2- Classificação das Ocorrências registadas em Diário de Bordo	58

SIGLAS / ABREVIATURAS

ACeS	Agrupamento de Centros de Saúde
CG	Conselho Geral
MF	Médico de Família
ERS	Entidade Reguladora da Saúde
RSE	Registo Saúde Eletrónico
USF	Unidade de Saúde Familiar
VLC	Vale de Cambra

1. INTRODUÇÃO

Serve o presente documento para enumerar os registos em Diário de Bordo, reclamações, não conformidades detetadas pela equipa, sugestões e elogios, ou seja, todas as **exposições** realizadas na Unidade de Saúde Familiar (USF) Vale de Cambra (VLC).

Os dados foram recolhidos no decurso dos meses de **Julho a Setembro de 2024**.

O documento refere-se às reclamações efetuadas em *Livros Amarelo*, *e-mail* ou verbalmente, as não conformidades são as que foram detetadas em impresso próprio ou *Diário de Bordo* e sugestões /elogios em formulário próprio.

2. ANÁLISE DOS RESULTADOS:

2.1 – Suporte das exposições:

No período compreendido, a USF VLC registou **10 exposições**, como mostra a **tabela 1**.

Tabela 11- Forma como foram efetuadas as exposições e distribuição ao longo do 2º trimestre.

2024	Livro "Amarelo"	E- mail	Carta	Verbalmente/ telefone	Formulário da USF	Diário de Bordo	Total
Julho	4	0	0	0	0	1	5
Agosto	0	0	0	0	0	3	3
Setembro	0	1	0	0	0	1	2
2º Trimestre	4	1	0	0	0	5	10

2.2 – Tipos de exposições

Diário de Bordo

As exposições apresentadas em **Diário de Bordo** foram **5**, como se pode verificar na **tabela 2**.

Tabela 12- Classificação das Ocorrências registadas em Diário de Bordo

Classificação da Ocorrência	Nº de ocorrências
Não Conformidade	3
Incidentes	2

Não conformidades:

Nº 1 – no dia 09/07 houve várias falhas no sistema informático e desde as 08H esteve mesmo totalmente indisponível, levando ao não funcionamento do quiosque eletrónico e impossibilidade de devolução de chamadas telefónicas. Foi enviado *email* ao Servicedesk para reportar a situação. Esta não conformidade foi registada no diário de bordo da unidade e discutida em reunião de CG no dia 10/7/2024, ata nº15/2024.

Nº 2 – no dia 19/08 desde as 08h que quiosque eletrónico não funcionou. Esta não conformidade foi registada no diário de bordo da unidade e discutida em reunião de CG no dia 21/08/2024, ata nº16/2024.

Nº 3 – no dia 19/09 a Coordenadora da USF Dr.ª Ana Patrícia verificou que o SNS24 “referenciava” utentes para a USF sem agendamento disponível e sem motivo de consulta aguda, situação esta que gerou e continua a gerar muitos conflitos e que coloca a USF numa situação delicada. Esta não conformidade foi registada no diário de bordo da unidade e discutida em reunião de CG no dia 21/8/2024, ata nº16/2024.

Incidentes:

Nº 1 – no dia 21/08 uma utente dirigiu-se à unidade para vacinar a filha sem agendamento tendo pedido ao segurança para guardar a vacina no frigorífico. Como as salas estavam ocupadas e as enfermeiras não o puderam atender de imediato, ele entrou na sala de Saúde Infantil e guardou a vacina no frigorífico.

Tomado conhecimento do sucedido, as enfermeiras de imediato o alertaram para o fato de não ter autorização para tal e para a gravidade da situação.

Esta não conformidade foi registada no diário de bordo da unidade e discutida em reunião de CG no dia 28/8/2024, ata nº17/2024.

Nº 2 - no dia 23/08 entrou na USF um utente esporádico que já vinha da USF Calâmbrega. Elevou a voz com o secretariado e depois de lhe ter sido explicado como devia proceder ficou agressivo. Foi necessário o segurança- Sr. Jorge- intervir e convidá-lo a abandonar as instalações. Foi-lhe fornecido os números de emergência médica e do SNS24. Esta não conformidade foi registada no diário de bordo da unidade e discutida em reunião de CG no dia 23/10/2024, ata nº22/2024.

Livro amarelo

As reclamações no livro amarelo foram 4 e seguiram o procedimento de resposta a reclamações.

A primeira reclamação (nº 4) diz respeito a uma utente de nacionalidade brasileira, que mostrou o seu descontentamento ao ser-lhe solicitado o documento de identificação (passaporte) necessário para atualização de dados. Esta reclamação foi discutida no dia 3/7/2024, ata CG nº 14/2024.

A segunda reclamação (nº 5) diz respeito a uma consulta aberta agendada para as 13, mas a utente exigiu ser observada mais cedo. Esta reclamação foi discutida no dia 3/7/2024, ata CG nº 14/2024.

A terceira reclamação (nº 6) refere a “falta de informação e mau atendimento” por parte da USF, devido ao fato de ter estado na USF das 12.45 às 13.25H. Esta reclamação foi discutida no dia 21/8/2024, ata CG nº 16/2024.

A quarta reclamação (nº 7) menciona o “ incómodo” que a utente em causa sente, em relação às ausências da sua médica de família Dr.ª Silvana. Esta reclamação foi discutida no dia 21/8/2024, ata CG nº 16/2024.

ERS

A quinta reclamação (nº 8) foi realizada **via email**, referente a uma referenciação indevida do SNS 24, e que levou a utente a reclamar da sua médica de família, que estava ao serviço, mas sem vagas até ao fecho da unidade. Esta reclamação foi discutida no dia 16/10/2024, ata CG nº 21/2024.

3. CONCLUSÃO

Denota-se uma preocupação maior da equipa em sinalizar as ocorrências pertinentes e de bom funcionamento da unidade.

É de salientar que todas as exposições foram discutidas em CG e foram aplicadas medidas de melhoria nas necessárias.

A distribuição das exposições foi mais frequente no mês de Julho e Agosto.

Nota-se o esforço da equipa em prol do bom funcionamento da unidade, com ganhos na saúde para o utente, no entanto, tem havido um aumento de reclamações não diretamente relacionadas com a USF e os seus elementos.

A equipa compromete-se a aplicar as medidas de melhoria propostas.

Relatório do 4º trimestre de Registos em Diário de Bordo/ Reclamações/ Não conformidades/ Sugestões e Elogios da USF Vale de Cambra 2024



USF Unidade de Saúde Familiar
Vale de Cambra

ÍNDICE

ÍNDICE	55
Índice de Tabelas	55
Siglas / abreviaturas.....	56
1. Introdução.....	57
2. Análise dos resultados:	57
2.1 – Suporte das exposições:.....	57
2.2 – Tipos de exposições	57
2.3 – Temáticas de Exposições e Medidas Corretivas	58
3. Conclusão.....	7

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Forma como foram efetuadas as exposições e distribuição ao longo do 4º trimestre. 57

Tabela 2- Classificação das Ocorrências registadas em Diário de Bordo 58

SIGLAS / ABREVIATURAS

ACeS	Agrupamento de Centros de Saúde
CG	Conselho Geral
MF	Médico de Família
ERS	Entidade Reguladora da Saúde
RSE	Registo Saúde Eletrónico
USF	Unidade de Saúde Familiar
VLC	Vale de Cambra

1. INTRODUÇÃO

Serve o presente documento para enumerar os registos em diário de bordo, reclamações, não conformidades detetadas pela equipa, sugestões e elogios, ou seja, todas as **exposições** realizadas na Unidade de Saúde Familiar (USF) Vale de Cambra (VLC).

Os dados foram recolhidos no decurso dos meses de **outubro a dezembro de 2024**.

O documento refere-se às reclamações efetuadas em *Livros Amarelo*, *e-mail* ou verbalmente, as não conformidades são as que foram detetas em impresso próprio ou *Diário de Bordo* e sugestões /elogios em formulário próprio.

2. ANÁLISE DOS RESULTADOS:

2.1 – Suporte das exposições:

No período compreendido, a USF VLC registou **6 exposições**, como mostra a **tabela 1**.

Tabela 13- Forma como foram efetuadas as exposições e distribuição ao longo do 4º trimestre.

2024	Livro "Amarelo"	E- mail	Carta	Verbalmente/ telefone	Formulário da USF	Diário de Bordo	Total
outubro	1	1	0	0	1	1	4
novembro	1	0	0	0	0	1	2
dezembro	0	0	0	0	0	0	0
4º Trimestre	2	1	0	0	1	2	6

2.2 – Tipos de exposições

Diário de Bordo

As exposições apresentadas em **Diário de Bordo** foram **2**, como se pode verificar na **tabela 2**.

Tabela 14- Classificação das Ocorrências registadas em Diário de Bordo

Classificação da Ocorrência	Nº de ocorrências
Não Conformidade	0
Incidentes	2

Incidentes:

Nº 1 – no dia 21/10, pela SC Alexandra que descreve situação com utente que se mostrou exaltada por situação alheia à própria. A utente tinha a filha doente, exigiu que a menina fosse observada sendo rude nas palavras dirigidas, mesmo depois de saber que um médico se tinha disponibilizado para ver a menina.

Esta não conformidade foi registada no diário de bordo da unidade e discutida em reunião de CG no dia 23/10/2024, ata nº22/2024.

Nº 2 - no dia 11/11, pela Dra. Silvana que descreve mais uma situação de utente desagradável e agressivo verbalmente, tanto com SC como com ela própria, por motivo alheio à USF Vale de Cambra.

Esta não conformidade foi registada no diário de bordo da unidade e discutida em reunião de CG no dia 13/11/2024, ata nº25/2024.

Livro amarelo

As **reclamações no livro amarelo** foram **2** e seguiram o procedimento de resposta a reclamações. A primeira reclamação (nº 8) diz respeito a uma utente que não ficou satisfeita com o atendimento dos SC da unidade, demonstrando problema com a comunicação com os mesmos. Esta reclamação foi discutida no dia 23/10/2024, ata CG nº 22/2024.

A segunda reclamação (nº 9) diz respeito a uma utente que refere que a médica de família não viu as análises do pai, quando essas análises nunca chegaram à médica de família.

Esta reclamação foi discutida no dia 4/12/2024, ata CG nº 28/2024.

Nenhuma das reclamações mereceu medidas corretivas, uma vez que são cada vez mais infundadas.

ERS

A terceira reclamação foi realizada **via email**, referente a uma consulta agendada fora do horário da médica, com acordo prévio de ambas as partes. A utente recebeu mensagem síncrona de

consulta de enfermagem para 30 min antes (mensagem essa automática), pelo que teve que esperar pela consulta médica. Esta reclamação foi discutida no dia 16/10/2024, ata CG nº 21/2024.

Elogio

Houve um elogio, realizado em formulário próprio da USF, em relação ao trabalho da uma microequipa - Dr.ª Fátima e Enf.ª Regina. Este elogio foi lido e dado a conhecer à equipa no dia 9/10/2024, ata CG nº 20/2024.

3. CONCLUSÃO

Denota-se uma preocupação maior da equipa em sinalizar as ocorrências pertinentes e de bom funcionamento da unidade.

É de salientar que todas as exposições foram discutidas em CG, não tendo sido aplicadas medidas de melhoria uma vez que não foram necessárias.

A distribuição das exposições foi mais frequente no mês de outubro.

Tem-se notado um aumento de reclamações por motivos cada vez menos validos e, mais preocupante ainda, o aumento de registos de incidentes por agressividade verbal dos utentes.

Nota-se o esforço da equipa em prol do bom funcionamento da unidade, com ganhos na saúde para o utente.

APÊNDICE II – RELATÓRIO DA SATISFAÇÃO DOS UTENTES



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
ENTRE DOURO E VOUGA



REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE

FICHA TÉCNICA

TÍTULO

RELATÓRIO DE SATISFAÇÃO DO UTENTE DA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR VALE DE CAMBRA DA
ULS EDV

PROPRIEDADE

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE ENTRE DOURO E VOUGA

AUTOR e PAGINAÇÃO

USF Vale de Cambra DA ULS EDV

CONTACTOS

Morada:

Rua Dr. Cândido de Pinho
4520-211 Santa Maria da Feira
Telefone: 256 379 700

E-mails:

Unidade Funcional – usf.valecambra@ulsedv.min-saude.pt

CSH - RPublicas – RPublicas@ulsedv.min-saude.pt

CSP Feira | Arouca – gc.feiraarouca@ulsedv.min-saude.pt

CSP Aveiro Norte - gab.utente.anorte@ulsedv.min-saude.pt

Site:

<https://www.chedv.min-saude.pt/>

CONTROLO DE PUBLICAÇÕES

Versão	Autor	Aprovador	Data
V1.0	Conselho Técnico	Coordenadora	04/12/2024

ÍNDICE

1. Introdução.....	84
2. População-Alvo	84
3. Resultados da avaliação da satisfação dos utentes por dimensões	85
3.1. Caracterização da amostra	85
3.2. Perfil do utente.....	85
3.3. Carácter geral	86
3.4. Área do acesso.....	87
3.5. Atendimento do Secretariado Clínico.....	90
3.6. Atendimento do Profissional de Saúde	91
3.7. Questão aberta	94
4. MELHORIAS A IMPLEMENTAR/SUGESTÕES	96
5. CONCLUSÃO.....	96
6. PROPOSTAS PARA 2025	96

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Caracterização da população inscrita na USF Vale de Cambra	84
---	----

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Habilitações literárias dos utentes.	85
Gráfico 2 - Situação profissional dos utentes.	86
Gráfico 3- Caraterização por género da amostra.	86
Gráfico 4 - Satisfação Global em relação à USF	87
Gráfico 5 – Recomendação da USF a familiares e amigos	87
Gráfico 6 – Atendimento Telefónico	88
Gráfico 7 – Resposta aos utilizadores com necessidades especiais.	88
Gráfico 8 – tempo de espera para agendamento de consultas	89
Gráfico 9 – Pontualidade dos serviços clínicos	89
Gráfico 10 – Conforto das Instalações da USF	90
Gráfico 11 – Limpeza das instalações da USF	90
Gráfico 12 – Atendimento dos secretários clínicos	91
Gráfico 13 – Atendimento médico	91
Gráfico 14 – Atendimento de enfermagem	92
Gráfico 15 - Tempo dedicado por outro profissional	92
Gráfico 16 – Utilidade da informação clínica	93
Gráfico 17 – Envolvimento nas decisões	93
Gráfico 18 – Privacidade	94

1. Introdução

De acordo com o documento da Operacionalização da Contratualização Interna nos Cuidados de Saúde Primários para 2024, “Anualmente a UCSP e USF-B contratualizam pelo menos 1 Plano de melhoria na dimensão Satisfação dos Utentes”.

A área sobre a qual incide este processo de melhoria contínua da qualidade é, então, a Satisfação dos Utentes, procurando assim responder à exigência contratual feita à unidade.

A aplicação do inquérito de satisfação permite avaliar a perceção do utente relativamente à qualidade dos cuidados de saúde, bem como a satisfação relativamente à sua equipa de saúde, atendimento e instalações. A USF VLC incentiva anualmente os seus utentes a preencherem o inquérito, que se traduz na participação dos utentes na gestão da USF e na identificação de áreas a necessitar de melhoria por parte dos profissionais.

2. População-Alvo

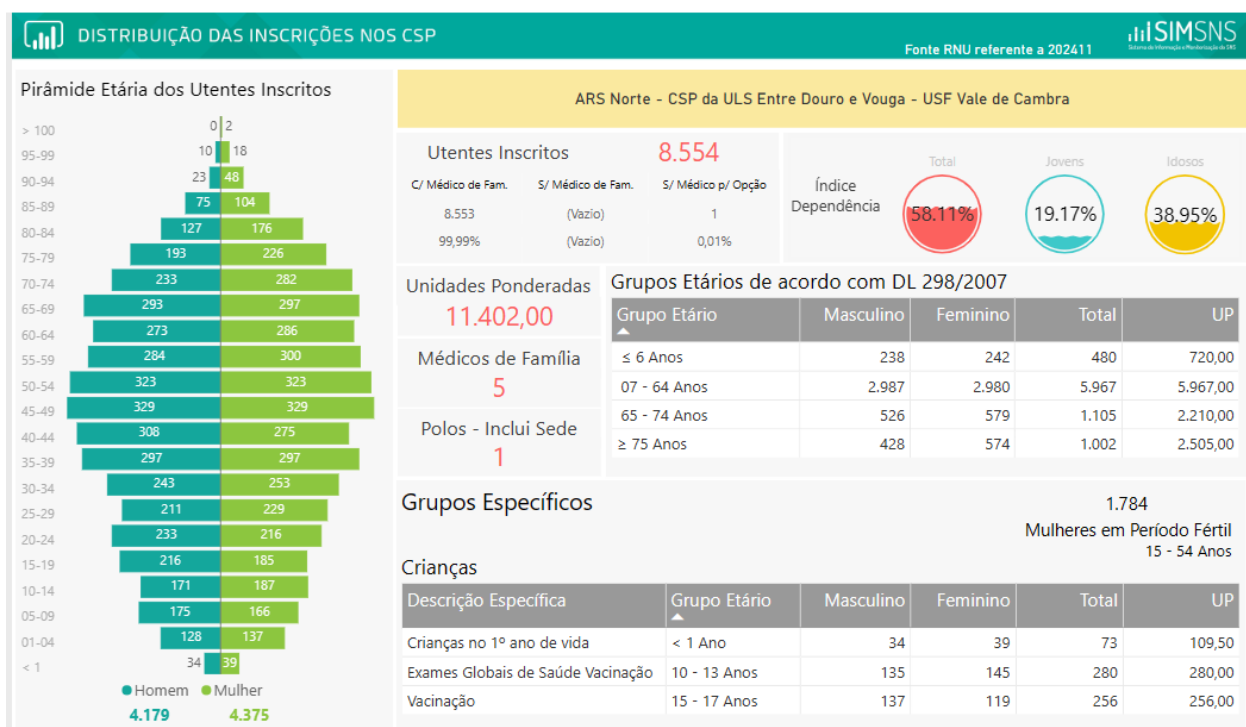


Figura 1 – Caracterização da população inscrita na USF Vale de Cambra

Fonte: BI CSP a 04/12/2024

A Figura 1 representa a caracterização e população inscrita na USF Vale de Cambra sobre a qual incidu a aplicação do inquérito.

3. Resultados da avaliação da satisfação dos utentes por dimensões

3.1. Caracterização da amostra

A caracterização da amostra não será muito fiável a sua caracterização, pois muitos dos utentes não preencheram essas respostas.

O número de utentes inscritos na USF Vale de Cambra é de 8554 como mostra a figura 1, foram preenchidos 172 questionário, em que deste valor foram apenas 5 preenchidos online os restantes foram preenchidos em papel e transcritos para a plataforma.

3.2. Perfil do utente

As habilitações literárias dos utentes era de uma pergunta em que a resposta era facultativa, sendo o número total de respostas de 162, assim como a pergunta referente às habilitações literárias e género.

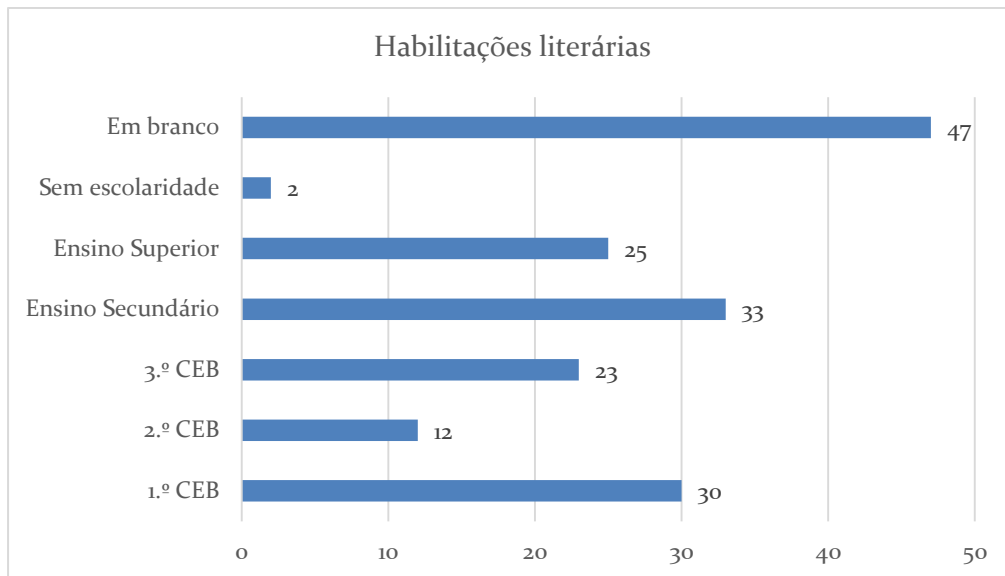


Gráfico 10- Habilitações literárias dos utentes.

O Gráfico 11 mostra a situação profissional da amostra, os resultados não permitem realizar uma análise significativa pois o número de respostas em branco foi elevado.



Gráfico 11 - Situação profissional dos utentes.

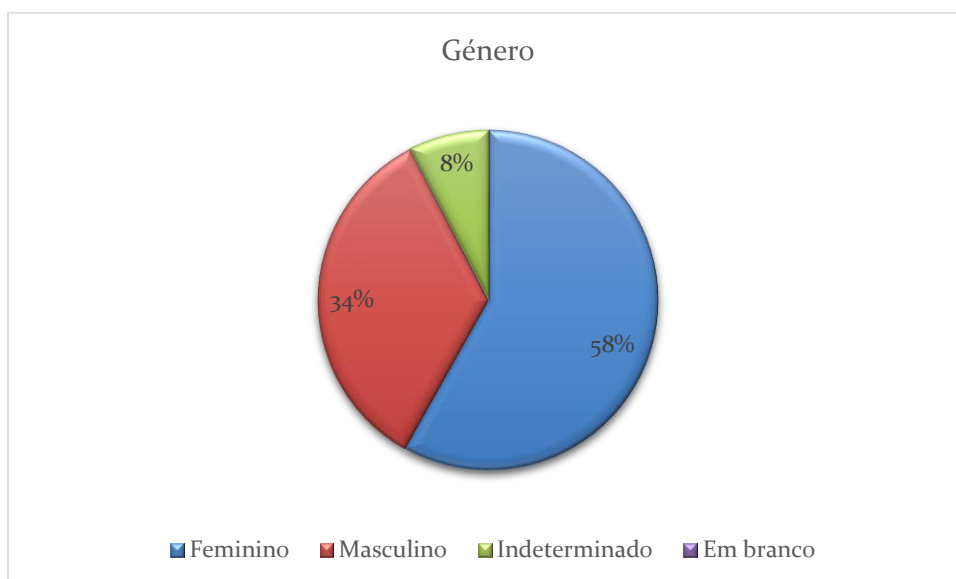


Gráfico 12- Caracterização por género da amostra.

3.3. Carácter geral

Os resultados mostram que 96% dos utentes estão satisfeitos ou muito satisfeitos com a USF e que a recomendariam a familiares e amigos.

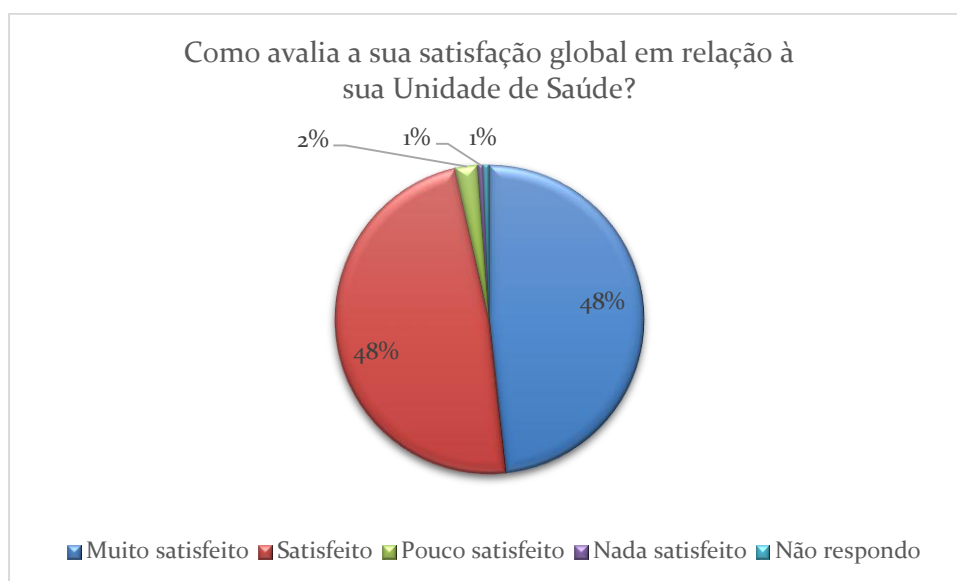


Gráfico 13 - Satisfação Global em relação à USF

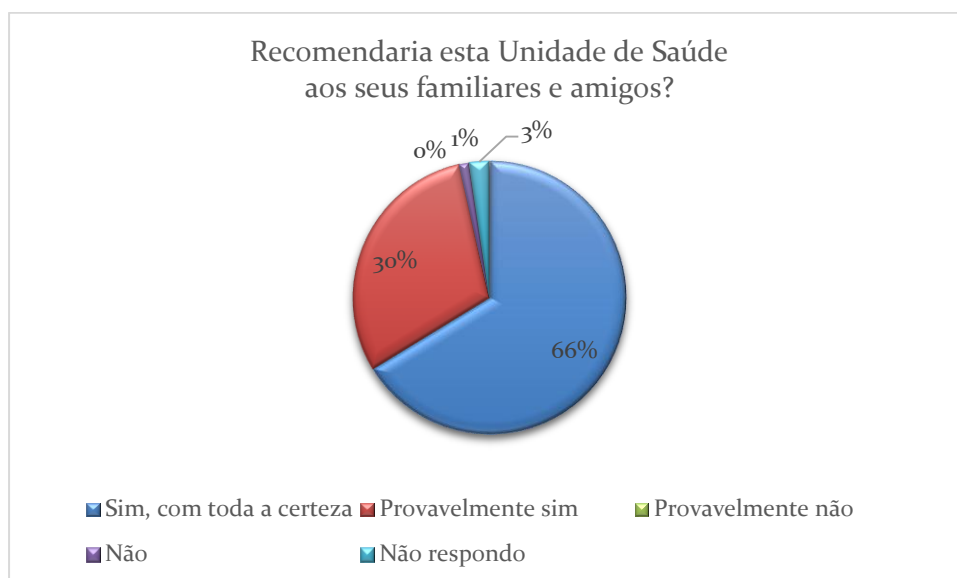


Gráfico 14 - Recomendação da USF a familiares e amigos

3.4. Área do acesso

Relativamente ao acesso a população inquerida mostrou diferentes níveis de satisfação relativamente ao contato telefónico com a USF Vale de Cambra (Gráfico 15). No que se refere aos utilizadores com necessidades especiais 41% não respondeu, o que não nos permite uma análise dos resultados. Os inquiridos mostraram satisfação no acesso. É de referir que 19% referiu que as instalações são pouco confortáveis.

Como avalia a facilidade em contactar telefonicamente com a sua Unidade de Saúde?

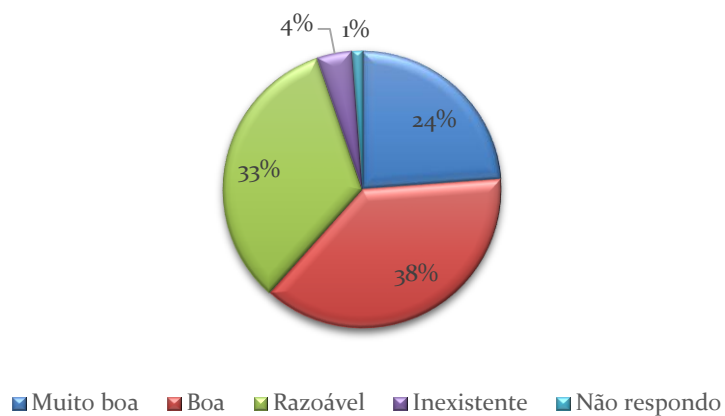


Gráfico 15 – Atendimento Telefónico

Como avalia a resposta da sua Unidade de Saúde aos utilizadores com necessidades especiais (crianças, grávidas, idosos e portadores de deficiência)?

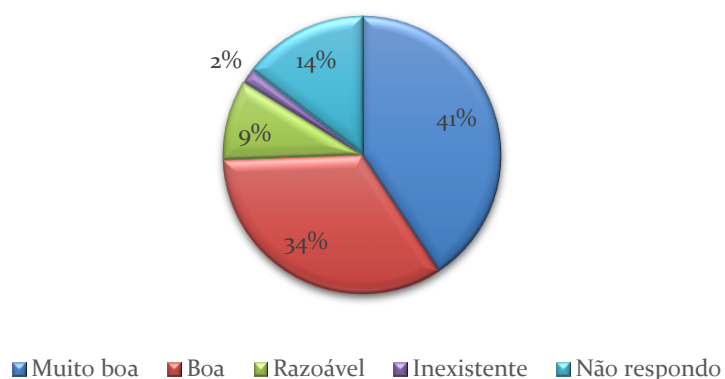


Gráfico 16 – Resposta aos utilizadores com necessidades especiais.

Como avalia a sua satisfação em relação ao tempo que decorre até ao agendamento e realização das consultas por si solicitadas?

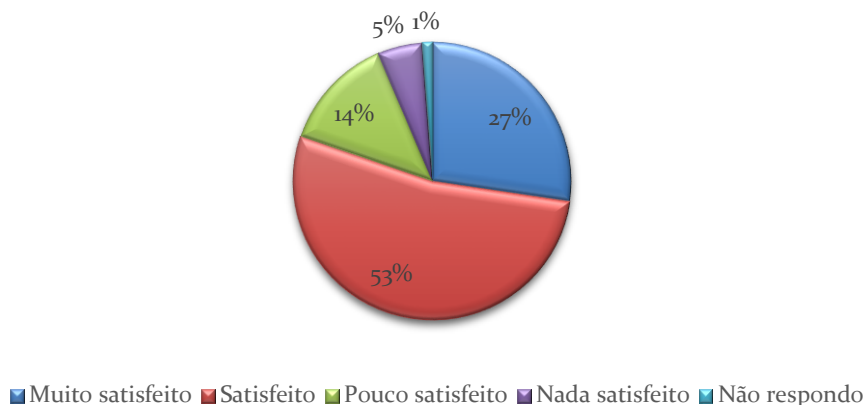


Gráfico 17 – tempo de espera para agendamento de consultas

Como avalia a sua satisfação em relação à pontualidade com que foi atendido pelos serviços clínicos?

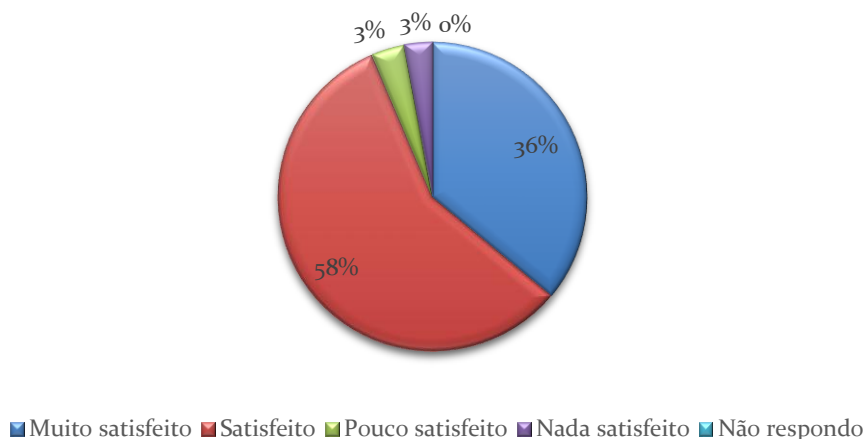


Gráfico 18 – Pontualidade dos serviços clínicos

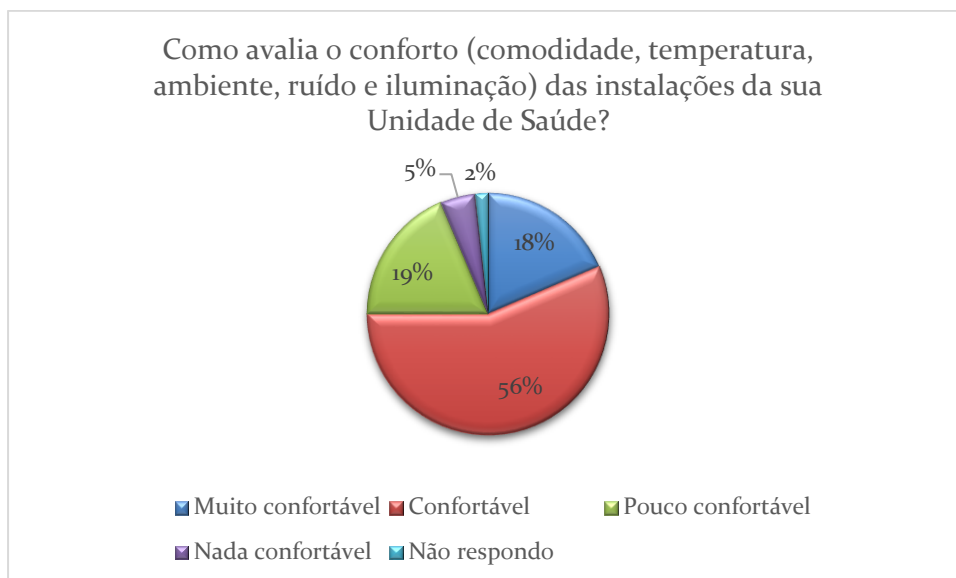


Gráfico 19 – Conforto das Instalações da USF

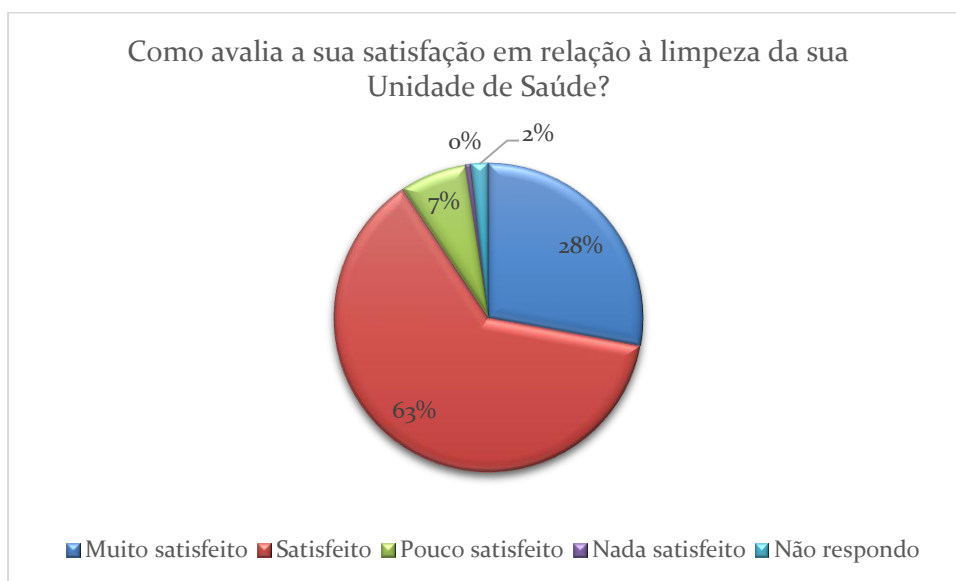


Gráfico 20 – Limpeza das instalações da USF

3.5. Atendimento do Secretariado Clínico

Os utentes mostraram grandes níveis de satisfação relativamente ao atendimento por parte do secretariado clínico.

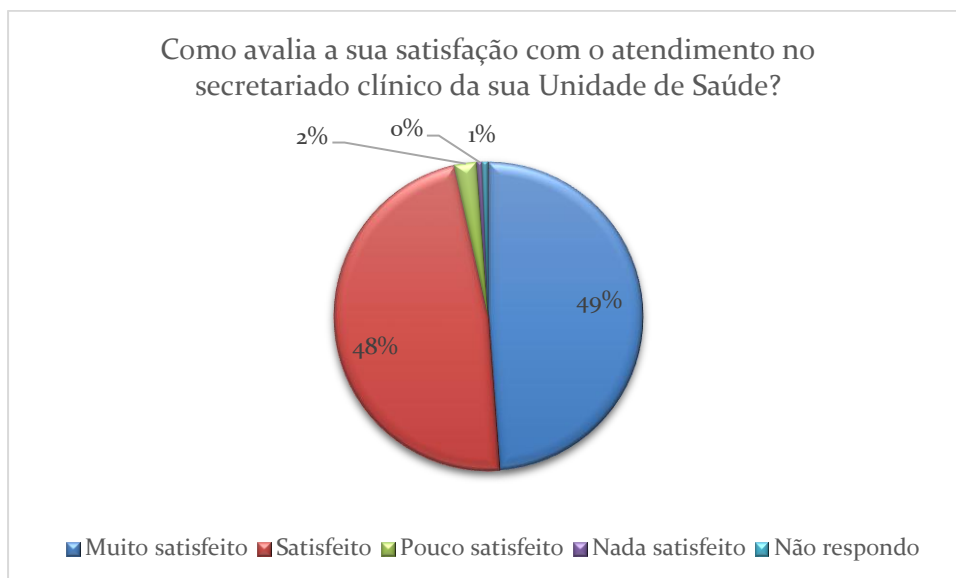


Gráfico 21 – Atendimento dos secretários clínicos

3.6. Atendimento do Profissional de Saúde

Na globalidade os inquiridos manifestaram bastante satisfação com o atendimento por parte dos profissionais de saúde. Os resultados refletem o esforço dos profissionais desta USF no atendimento personalizado e de qualidade ao sus utentes.

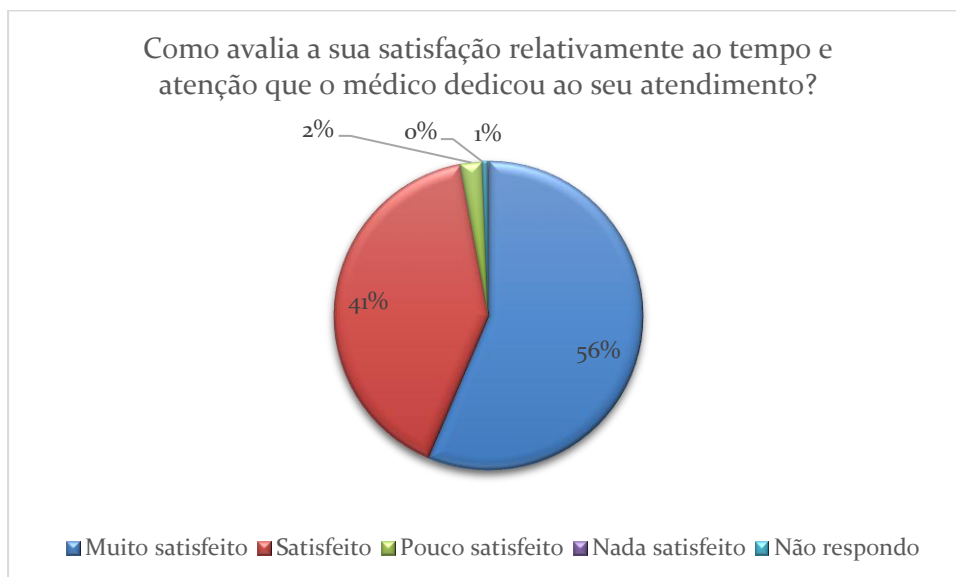


Gráfico 22 – Atendimento médico

Como avalia a sua satisfação relativamente ao tempo e atenção que o enfermeiro dedicou ao seu atendimento?

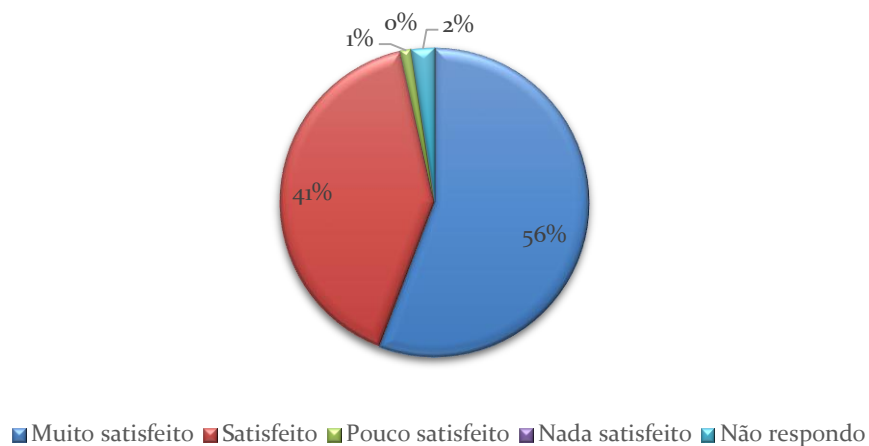


Gráfico 23 - Atendimento de enfermagem

Como avalia a sua satisfação relativamente ao tempo e atenção que outro profissional de saúde dedicou ao seu atendimento?

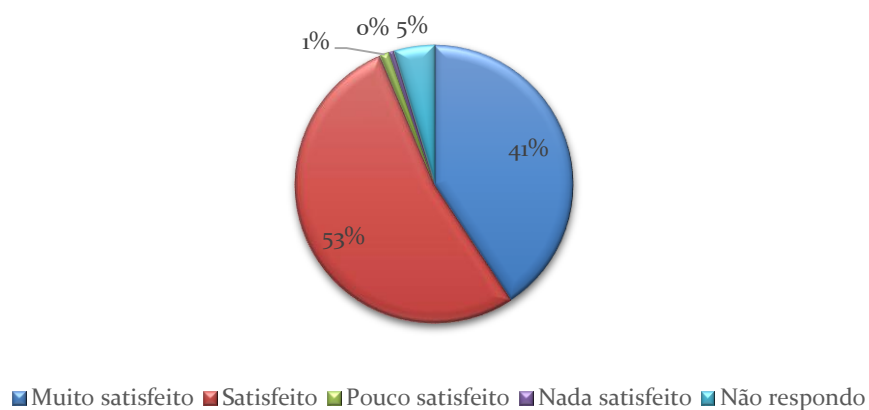


Gráfico 24 - Tempo dedicado por outro profissional

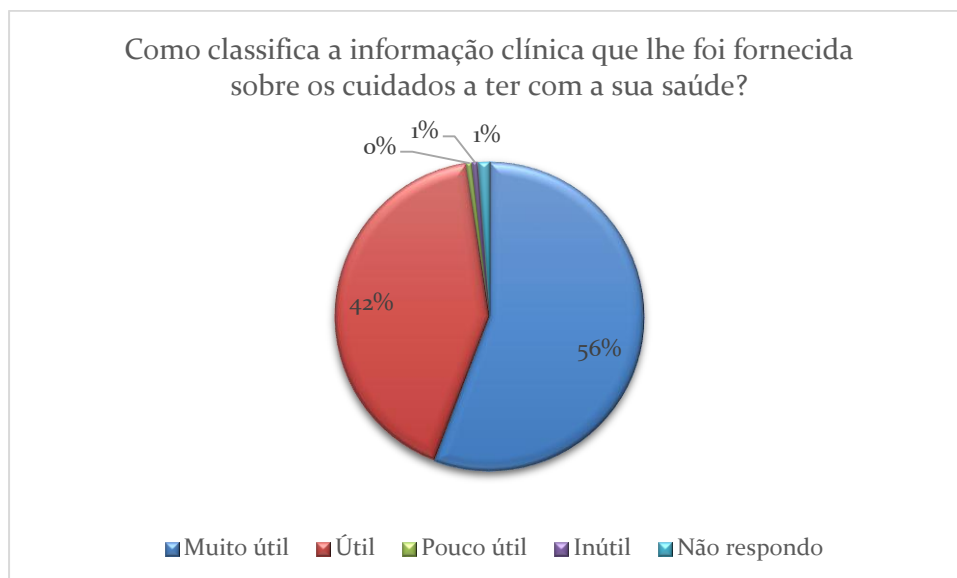


Gráfico 25 – Utilidade da informação clínica

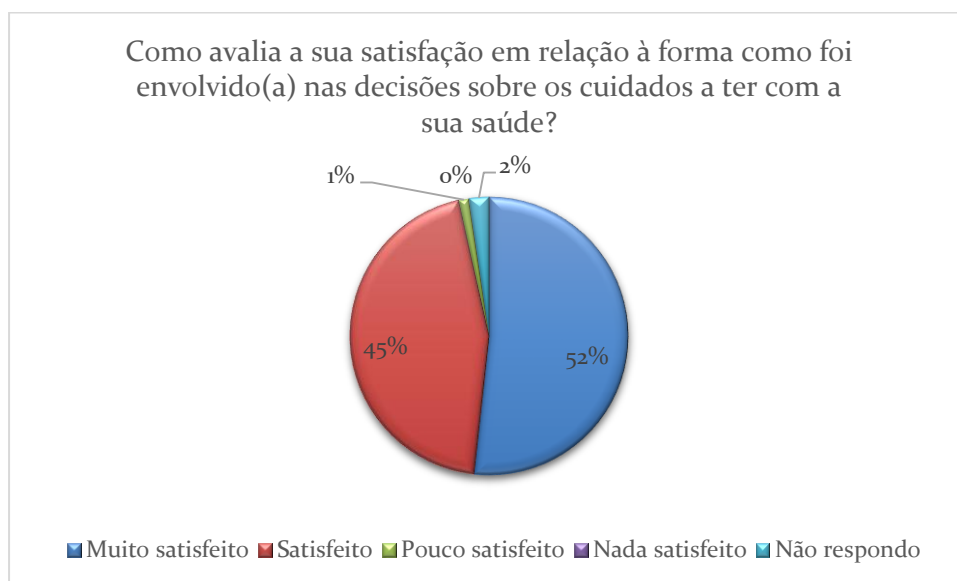


Gráfico 26 – Envolvimento nas decisões

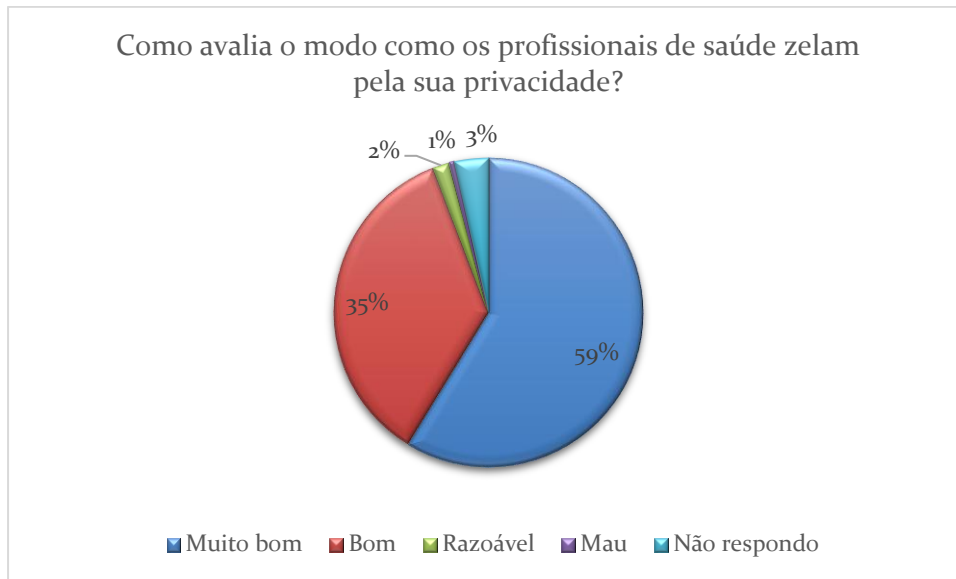


Gráfico 27 – Privacidade

3.7. Questão aberta

As questões abertas foram transcritas. Nas respostas é de salientar o número de vezes que foi referido a necessidade de realização de obras nas instalações.

Na sua opinião, como poderíamos melhorar os nossos serviços?

“Melhor atendimento na secretaria, aumentar o número de funcionário na secretaria”.

“As melhorias a fazer são no sistema nacional de saúde. Estado!”

“Tempo de espera para consulta muito demorada, 3/4 meses”

“Poderiam se tivessem mais profissionais ao serviço”.

“Primeiramente tratar o imigrante com mais cordialidade pois são feito diferenciações de atendimento bem desagradáveis em questão de secretariado são grosseiro arrogantes como dito pra eles nós somos lixo e que deveríamos voltar ao nosso país só gostaria que nos tratemos por igual por que tbm pagamos nosso impostos como um português só queremos mais respeito”.

“Por mim, acho tudo perfeito!”

"Conforto da sala de espera (cadeiras e ar condicionado), nas casas de banho nem sempre há papel higiénico e toalhas de papel para limpar as mãos.”

“No atendimento, demoram imenso tempo a atender o telefone e nem todas as pessoas que lá trabalham são atenciosas com os utentes.”

“O corpo clínico está de parabéns sobre a forma como nos tem tratado sempre que vamos a consulta, seja médicos ou enfermeiros. ”

“Ter mais acesso ao médico de família.”

“Relativamente a outras unidades de saúde estamos muito bem servidos.”

“O espaço exterior devia ser melhorado e restaurar o edifício ao nível de pintura e espaços verdes.”

“Deviam atender o telefone, porque muitas vezes só necessitamos de fazer uma pergunta e temos que aguardar que nos devolvam a chamada, e quando isso acontece a já é tarde.”

“Não ter de esperar tanto para uma consulta.”

“Nas chamadas telefónicas poderia ser mais rápido o atendimento.”

“Continuar assim.”

“Tudo bom.”

“Haver marcação de consultas mais rápido.”

“Acho confortável este estabelecimento de saúde.”

“Melhoramento das instalações.”

“Precisa de obras.”

“Melhorar instalações.”

“O único problema está na marcação de consultas em termos de demora. Ou seja, deviam existir mais médicos de família com menos utentes cada um, de forma a ser mais rápida a marcação de consultas e aliviar os médicos de toda a burocracia, colocar mais secretários clínicos a tratar desses assuntos.

Deveriam ter uma área para crianças poderem estar mais à vontade. Haver mais possibilidade de agendar consultas.”

“Obras”

“Promover a ventilação da sala de espera, basta abrir as janelas suspiro.”

“É necessário fazer obras.”

“Não é possível fazer marcações no portal SNS24 para consultas médicas mesmo com vagas disponíveis

Consultas por e-mail. Mais médicos para as consultas não demorarem meses.”

“Ter mais pessoal ao serviço para da resposta aos que não têm médico de família.”

“Para mim a única coisa que deveria mudar é o atendimento telefónico.”

“No meu caso estou muito satisfeita com os serviços.”

“Drª Bruna maravilhosa em seu atendimento e enfermeira, estão de parabéns.”

“Atendimento telefónico personalizado, de preferência. Pois a pessoas mais idosas sentem muita dificuldade.”

4. MELHORIAS A IMPLEMENTAR/SUGESTÕES

Relativamente ao acesso pretende-se implementar novos horários em 2025 de forma a colmatar as necessidades identificadas.

5. CONCLUSÃO

Podemos concluir que a população de uma forma geral demonstrou grandes níveis de satisfação com o serviço prestado pela USF Vale de Cambra e seus profissionais.

6. PROPOSTAS PARA 2025

Investir na literacia em saúde da nossa população de forma a rentabilizar serviços com o quiosque eletrónico e a modalidade de atendimento telefónico.

APÊNDICE III – SATISFAÇÃO DOS PROFISSIONAIS



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
ENTRE DOURO E VOUGA



REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE

Programas de Melhoria Contínua
no Acesso/ de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados (PAI)

ÍNDICE

FASE 1 do processo de melhoria contínua da qualidade (ou auditoria interna)	98
FASE 2 do processo de melhoria contínua da qualidade.....	99
FASE 3 do processo de melhoria contínua da qualidade.....	100
FASE 4 do processo de melhoria contínua da qualidade.....	100
FASE 5 do processo de melhoria contínua da qualidade.....	102
FASE 6 do processo de melhoria contínua da qualidade.....	102
Anexos	103

Unidade Funcional: Unidade de Saúde Familiar (USF) Vale de Cambra (VLC)

Dimensão: Satisfação dos Profissionais

FASE 1 DO PROCESSO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE (OU AUDITORIA INTERNA)

Identificação (Identificação e caracterização do "problema" ou "área" ou "processo de cuidados" na vertente clínica ou organizacional):

A satisfação no trabalho tem sido apontada como exercendo influências sobre o trabalhador, que pode manifestar-se sobre sua saúde, qualidade de vida e comportamento, com consequências para os indivíduos e para as organizações.

Assim, a satisfação dos profissionais de saúde tornou-se então uma área prioritária na avaliação e garantia da qualidade dos cuidados, assumindo-se assim um importante indicador de gestão.

De acordo com o documento da Operacionalização da Contratualização Interna nos Cuidados de Saúde Primários para 2024, “Anualmente a UCSP e USF-B contratualizam pelo menos 1 Plano de melhoria na dimensão Satisfação dos Utentes, 1 Plano de Melhoria na dimensão Satisfação dos Profissionais Plano de Melhoria na dimensão Satisfação dos Profissionais”. USF VLC realiza

anualmente, de acordo com os seus procedimentos internos, a avaliação da satisfação dos seus profissionais.

FASE 2 DO PROCESSO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

Definição do processo e resultado esperado (responder à questão "O que deve acontecer?"):

A USF VLC possui um procedimento aprovado me Conselho Geral (CG) com os seguintes objetivos:

- Caracterizar o nível de satisfação dos profissionais da USF VLC;
- Propor e discutir medidas concretas e exequíveis que possam contribuir para a progressiva melhoria da satisfação e consequente aperfeiçoamento da organização e funcionamento da Unidade;
- Comparar a evolução da satisfação dos profissionais ao longo dos anos.

Metodologia:

Durante o mês de setembro de 2024 serão enviados 14 inquéritos.

- Fonte de dados: 14 inquéritos em forma de link;
- Tipo de avaliação: retrospectiva e interna;
- Critérios de Inclusão: todos os profissionais (médicos, enfermeiros e secretários clínicos) com pelo menos um mês de atividade na Unidade;
- Critérios de Exclusão: alunos ou internos.

Padrões de Qualidade:

Tendo em conta que à data de elaboração do presente PAI, o inquérito a ser aplicado não é do conhecimento da USF VLC, os padrões de qualidade serão apenas aplicáveis à apreciação global da satisfação dos profissionais. Assim:

Indicador de percentagem de respostas obtidas:

- $\geq 75\%$ - Bom
- 50-75% - Suficiente
- $< 50\%$ - Insuficiente

Indicador de percentagem de satisfação dos utentes:

- $\geq 75\%$ Muito satisfeitos - Bom
- 50-75% Satisfeitos - Suficiente
- $< 50\%$ - Insuficiente

FASE 3 DO PROCESSO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

Avaliação do desempenho atual (responder à questão "O que está a acontecer?"):

Na Tabela 15 encontram-se descritas as atividades em execução e planeadas para o ano 2024 com o respetivo cronograma.

Tabela 15- Atividades a desenvolver e cronograma

Atividade	Quem	Quando
Realização do questionário	ULS	
Disponibilização do questionário aos profissionais	Conselho Técnico	Setembro 2024
Preenchimento dos questionários	Equipa USF VLC	Setembro 2024
Analisar os resultados do inquérito de satisfação dos profissionais	Conselho Técnico	Outubro 2024
Apresentar os resultados à equipa	Conselho Técnico	Outubro 2024
Discutir e aplicar medidas de melhoria	Conselho Geral	Outubro 2024
Divulgar os resultados e medidas de melhoria do inquérito de satisfação	Conselho Técnico e grupo Gestor da Comunicação	Novembro 2024
Elaboração de relatório final	Conselho Técnico	Novembro 2024

FASE 4 DO PROCESSO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

Discussão, análise dos resultados e medidas corretoras:

Resultados Obtidos na Satisfação dos Profissionais no inquérito da USF Vale de Cambra aplicado a 7 e 8 de outubro 2024.

Tabela 16 – Resultados obtidos na Avaliação da Satisfação dos Profissionais 2024, 7 e 8 outubro 2024

Avaliação de Carater Geral	Nº de respostas	Percentagem (%)
Respostas obtidas		
Muito Satisfeito	23	82.1
Satisfeito	5	17.9
Total satisfação	28	100.0
Avaliação em relação ao Local de trabalho	Nº de respostas	Percentagem (%)

Respostas obtidas		
Muito Satisfeito	6	8.6
Satisfeito	40	57.1
Total satisfação	46	65.7
Avaliação em relação aos recursos humanos	Nº de respostas	Percentagem (%)
Respostas obtidas		
Muito Satisfeito	32	76.2
Satisfeito	10	23.8
Total satisfação	42	100.0
Avaliação em relação à liderança (coordenador USF) *	Nº de respostas	Percentagem (%)
Respostas obtidas		
Muito Satisfeito	*realizado em	
Satisfeito	inquérito próprio	
Total satisfação		
Avaliação em relação à conciliação da vida pessoal e profissional	Nº de respostas	Percentagem (%)
Respostas obtidas		
Muito Satisfeito	0	0.0
Satisfeito	21	37.5
Total satisfação	21	37.5
Avaliação Global da USF VLC	Nº de respostas	Percentagem (%)
Respostas obtidas		
Muito Satisfeito	61	41.7
Satisfeito	76	34.1
Total satisfação	137	75.8

Os resultados apresentados na Tabela 16 espelham as respostas obtidas no inquérito realizado pelo Conselho Técnico da USF Vale de Cambra onde constam as perguntas preconizadas no indicador 2024.483.01 Monitorização da satisfação dos profissionais com exceção da caracterização dado a equipa ter um número de elementos reduzido e as respostas poderem ser facilmente identificáveis, perdendo-se o anonimato. Foi igualmente excluída a avaliação do Coordenador, pois a USF possui inquérito próprio. Pela análise dos resultados depreende-se que a satisfação global é satisfatória com valores de 75.8%. Nas questões onde se questiona se recomendaria a USF Vale de Cambra a familiares e/ou amigos e se a voltaria

a escolher para trabalhar é unanime que “sim”. No que diz respeito às instalações e equipamentos, foi perceptível uma diminuição da satisfação dos profissionais. No último capítulo que remete para a satisfação com a conciliação da vida pessoal e profissional, o nível de satisfação foi apenas de 37.5%, sendo que os restantes estão insatisfeitos e/ou muito insatisfeitos.

Face a análise e discussão dos resultados obtidos pelo inquérito de satisfação aos profissionais, enviado pela ULS Entre Douro e Vouga (EDV), no que diz respeito aos parâmetros de caráter geral, segurança, limpeza, instalações/equipamentos, espírito de equipa e comunicação, os resultados obtidos foram semelhantes aos apresentados anteriormente. No entanto, para além de extenso, este inquérito não respondia aos objetivos de avaliação requeridos pelo indicador 2024.483.01, tendo sido avaliadas várias questões direcionadas ao funcionamento da ULS. De salientar que os resultados deste último inquérito espelharam um grau insatisfatório no que diz respeito à organização da ULS EDV.

FASE 5 DO PROCESSO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

Introdução das medidas corretoras (No relatório a redigir em dezembro de 2024, a unidade funcional deverá apresentar evidências da implementação das medidas corretoras introduzidas ou indicar o modo e o local onde estas podem ser consultadas):

Como medidas corretoras foi proposto:

- Realizar as obras na USF Vale de Cambra propostas desde 2019 de forma a garantir melhores condições de trabalho no que diz respeito à segurança, equipamentos e instalações, melhorando assim de forma indireta a prestação de cuidados de saúde por uma equipa mais satisfeita.
- Enfatizar uma maior e melhor articulação entre a USF e a ULS de forma a estreitar os canais de comunicação com promoção de maior proximidade com a gestão de topo, promovendo reuniões de *feedback* regulares orientadas por profissionais que tem conhecimento do funcionamento de trabalho dos CSP.
- Diminuir burocracias de procedimentos que retiram tempo para prestar cuidados aos utentes.
- Atribuir tarefas clínicas apenas para clínicos e tudo o restante que englobe a gestão da USF ser gerido por elementos gestores fora da equipa medica/de enfermagem/ secretariado.

FASE 6 DO PROCESSO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

Reavaliação do desempenho atual (Para o relatório a redigir em dezembro de 2024, a unidade funcional deverá autopreencher a *checklist* prevista no BI do indicador 483. Deverá, também, apresentar as conclusões da análise dos questionários dos seus profissionais a que chegaram em reunião de Conselho Geral, incluindo recomendações do que deve ser mantido, alterado ou implementado de novo pela unidade com o objetivo de melhorar a satisfação dos seus profissionais; deve anexar a ata da respetiva reunião de Conselho Geral.):

A ULS EDV adotar uma gestão matricial de todos os constituintes e unidades constituintes da mesma. Os resultados estão explanados na Fase 4.

ANEXOS (caso a unidade queira incluir anexos no documento, deve aqui identificá-los pelo seu nome, o qual deve ser a adaptação do seguinte

202404_UF_PAI_Satisfação dos Profissionais_identificação do anexo

onde:

- **Anexo 1** – Inquérito de avaliação da satisfação dos profissionais.
- **Apêndice 1** – Inquérito de satisfação dos profissionais da USF VLC, disponível em:
<https://forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?id=CEbIlh3wxUaAJGPMLi5fUVHJJqiGDxJLlnM85XfvhYFUMEVSRjYyN01RWUdYVFo1NUtTU0xXREY4RC4u>

APÊNDICE IV – RELATÓRIO AUDITORIA DAS REFERÊNCIAS

Relatório da Auditoria Referenciações Internas e Externas



USF Unidade de Saúde Familiar
Vale de Cambra

Elaborado por: Drª Fátima Costa Enfª Teresa Assunção SC Ana Gonçalves	Verificado por: Conselho Técnico	Aprovado em: Conselho Geral
Em janeiro 2025	Em fevereiro 2025	Ata CG 04/2025

ÍNDICE

ÍNDICE	105
ÍNDICE DE TABELAS.....	105
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	105
Siglas / abreviaturas.....	Erro! Marcador não definido.
1. Introdução	106
2. Identificação do local / Serviço e data.....	106
3. Critérios de inclusão	106
4. Equipa de auditores	106
5. Objetivos.....	106
6. Âmbito	107
7. Metodologia.....	107
8. Resultados.....	107
8.1. Referenciações Médicas	107
8.2. Referenciações de enfermagem	107
8.3. Total da unidade	107
Análise e Discussão dos Resultados.....	108
Conclusão.....	109
Referências	109

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Número de referenciações realizadas por lista de utentes.	107
Tabela 2 – Especialidades de referenciação da equipa de enfermagem.....	107

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Percentagem de referenciações de enfermagem nos de 2023 e 2024	108
--	-----

1. INTRODUÇÃO

A referenciação dos utentes (interna e externa) é uma das competências nucleares dos Cuidados de Saúde

Primários.

De forma a garantir o cumprimento do Regulamento Interno (RI) da USF VLC e Sistema de Livre Acesso e Circulação (LAC) de utentes no Serviço Nacional de Saúde (SNS), a Unidade de Saúde Familiar (USF) Vale de Cambra (VLC) dispõe de um procedimento de sistema de referenciação Interna e Externa. Para dar cumprimento à monitorização do procedimento a USF VLC realiza uma auditoria à execução desse mesmo procedimento.

2. IDENTIFICAÇÃO DO LOCAL / SERVIÇO E DATA

A auditoria realizou-se nas instalações da USF VLC nos vários gabinetes e aos registos informáticos realizados na Plataforma Sclínico®, entre os dias 1 de janeiro de 2024 e o dia 02 de outubro de 2024.

3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram avaliados no Sclínico® perfil de enfermagem e perfil médico quais as referenciações internas e externas realizadas e na plataforma *Gestecare*® as referenciações realizadas para a Equipa Coordenadora Local (ECL)

4. EQUIPA DE AUDITORES

Gestores do Processo e elaboração do relatório: Dr.ª Fátima Costa, Enf.ª Teresa Assunção e Secretária Clínica (SC) Ana Gonçalves.

5. OBJETIVOS

- Avaliar a equidade de referenciações externas entre profissionais de saúde (médicos);
- Avaliar a dinâmica de referenciações internas entre profissionais de saúde (médicos/enfermeiros);
- Avaliar as especialidades hospitalares mais requisitadas por cada lista de utentes (TOP 5);
- Apreçar anualmente as referenciações e sua comparação com o ano prévio;
- Refletir sobre as mesmas.

6. ÂMBITO

Esta auditoria no âmbito da avaliação ao Procedimento do Manual de Processos Assistenciais o Procedimento Sistema de Referência Interna e Externa.

7. METODOLOGIA

A metodologia utilizada foi um estudo quantitativo retrospectivo de todos os registos clínicos médicos e de enfermagem para contabilização das referências internas e externas e contabilização das especialidades mais procuradas e os profissionais com maior número de referências.

8. RESULTADOS

Os resultados serão apresentados por grupo profissional, por lista de utentes e o total da Unidade.

8.1. Referências Médicas

8.2. Referências de enfermagem

A Erro! A origem da referência não foi encontrada. mostra a especialidade para onde foi realizada a referência de enfermagem por lista de utentes.

Tabela 17 - Número de referências realizadas por lista de utentes.

Especialidade	Lista 1	Lista 2	Lista 3	Lista 4	Lista 5
Curso de Preparação para a parentalidade (CPPP)	9	7	7	12	4
Apoio à Amamentação	4	3	1	12	0
Pós-Parto	4	2	4	11	0
Massagem infantil	8	3	0	9	1
Cessação tabágica	0	0	0	5	0
ECL	1	3	0	0	2
Serviço Social	0	0	0	0	0
TOTAL	26	18	12	49	7

Legenda: ECL – Equipa Coordenadora Local; CPPP – Curso de preparação para a parentalidade.

8.3. Total da unidade

A Erro! A origem da referência não foi encontrada. mostra a especialidade para onde foi realizada a referência pelos elementos de enfermagem da USF VLC.

Tabela 18 – Especialidades de referência da equipa de enfermagem

Tabela 17	Total	%
Curso de Preparação para a parentalidade (CPPP)	39	34,8

Apoio à Amamentação	20	17,9
Pós-Parto	21	18,7
Massagem infantil	21	18,7
Cessação tabágica	5	4,5
ECL	6	5,4
Serviço Social	0	0
TOTAL	112	100,0

Legenda: ECL – Equipa Coordenadora Local; CPPP – Curso de preparação para a parentalidade.

O gráfico 1 mostra os resultados do ano de 2024 em comparação com os resultados do ano de 2023.

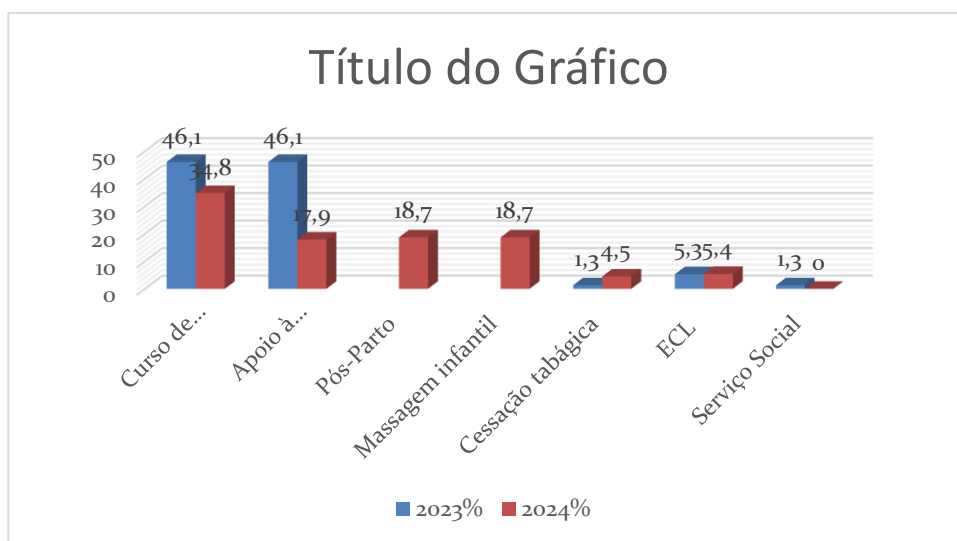


Gráfico 28 – Percentagem de referências de enfermagem nos de 2023 e 2024

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Relativamente ao ano anterior a equipa de enfermagem aumentou o número de referências face ao mesmo período do ano anterior. No estudo realizado em 2023 não foi feita distinção nos cursos: Apoio à amamentação, Recuperação pós-parto e Massagem infantil. Analisando os resultados de 2024 a soma das referências às três referidas especialidades é de 55,3% o que é superior às referências do ano anterior e superior ao resultado das referências para o Curso de Preparação para a parentalidade.

Estes resultados vêm suportar o feedback da equipa, quando se refere ao desinteresse mostrado por algumas grávidas em frequentar o Curso de Preparação para a Parentalidade, com maior incidência nas grávidas com filhos. Relativamente a estas especialidades, a diferença encontrada entre as listas deve-se ao diferente número de grávidas de cada lista.

Para a cessação tabágica, a equipa médica faz a grande maioria das referências.

A escassez de referenciações registadas ao serviço social, deve-se ao fato de a grande maioria das referenciações ser realizada, por e-mail ou pessoalmente à Técnica de Serviço Social. A equipa como medida de melhoria propõe alterar esse hábito e realizar as referenciações pelo Sclínico®. Como medida de melhoria e de forma a facilitar a monitorização das referenciações internas, a equipa médica e de enfermagem passará a arquivar as guias internas de referência para poderem ser contabilizadas as inferências internas realizadas através de guias de tratamentos. As referenciações para a ECL implicam critério de inclusão mais estreitos e são realizadas a utentes com necessidades muito específicas.

CONCLUSÃO

Podemos concluir que relativamente à equipa de enfermagem houve uma melhoria no número de referenciações realizadas, existe disparidade no número de referenciações entre as listas de utentes devido à especificidade das características das pirâmides etárias das listas. A equipa de enfermagem deve realizar a referência para o serviço social através do Sclínico® e aumentar as referenciações para a cessação tabágica. Assim como registar a referência realizada para a equipa médica e vice-versa.

REFERÊNCIAS

- Manual de Procedimentos dos Processos Assistenciais da USF Vale de Cambra

APÊNDICE V – RELATÓRIO AUDITORIA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS

Relatório da Auditoria Transição de Cuidados



USF Unidade de Saúde Familiar
Vale de Cambra

Elaborado por: Drª Silvana Moreira Enfª Teresa Assunção SC Alexandra Leça	Verificado por: Conselho Técnico	Aprovado em: Conselho Geral
Em 13/10/2024	Em:10/2024	Em:16/10/2024

ÍNDICE

ÍNDICE	111
Siglas / abreviaturas.....	111
1. Introdução	112
2. Identificação do local / Serviço e data	113
3. Critérios de inclusão	113
4. Equipa de auditores	113
5. Objetivos.....	114
6. Âmbito	114
7. Metodologia.....	114
8. Resultados.....	114
8.1. Registos Médicos	114
8.2. Registos de enfermagem	114
8.3. Total da unidade	115
Análise e Discussão dos Resultados.....	115
Conclusão.....	115
Referências	115

Siglas / abreviaturas

DGS	Direção Geral de Saúde
ECL	Equipa Coordenadora Local
ISBAR	<i>Identification, Situation, Background, Assessment, Recommendation</i>
SC	Secretário Clínico
USF VLC	Unidade de Saúde Familiar Vale de Cambra

9. INTRODUÇÃO

A transferência de informação entre profissionais de saúde deve ser prioritária em todos os momentos vulneráveis/críticos de transição de cuidados.

De acordo com a norma da DGS 1/2017 deve ser usada a técnica *Identification, Situation, Background, Assessment, Recommendation* (ISBAR). Esta é uma ferramenta de padronização de comunicação em saúde, simples, flexível, concisa e clara, promovendo uma maior segurança do utente.

Segundo o modelo explicativo da técnica ISBAR (Anexo 1 da norma), temos os parâmetros que devem constar a quando da transferência de cuidados para outros níveis, como mostra a Tabela 19.

Tabela 19 – Modelo explicativo da técnica ISBAR

Mnemónica ISBAR	
<p style="text-align: center;">I</p> <p style="text-align: center;">Identificação</p> <p>Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e recetor) bem como do doente a que diz respeito a comunicação</p>	<p>a) Nome completo, data nascimento, género e nacionalidade do doente;</p> <p>b) Nome e função do Profissional de Saúde emissor; (não aplicável)</p> <p>c) Nome e função do Profissional de Saúde recetor; (não aplicável)</p> <p>d) Serviço de origem/destinatário; (não aplicável)</p> <p>e) Identificação da pessoa significativa/cuidador informal.</p>
<p style="text-align: center;">S</p> <p style="text-align: center;">Situação Atual/Causa</p> <p>Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde</p>	<p>a) Data e hora de admissão; (não aplicável)</p> <p>b) Descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde; c) Meios complementares (não aplicável)</p>
<p style="text-align: center;">B</p> <p style="text-align: center;">Antecedentes/ Anamnese</p> <p>Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, diretivas antecipadas de vontade</p>	<p>a) Antecedentes clínicos;</p> <p>b) Níveis de dependência;</p> <p>c) Diretivas antecipadas de vontade;</p> <p>d) Alergias conhecidas ou da sua ausência;</p> <p>e) Hábitos relevantes;</p> <p>f) Terapêutica de ambulatório e adesão à mesma;</p> <p>g) Técnicas invasivas realizadas; (não aplicável)</p> <p>h) Presença ou risco de colonização/infeção associada aos cuidados de saúde e medidas a implementar;</p>

	i) Identificação da situação social e da capacitação do cuidador
<p>A</p> <p>Avaliação</p> <p>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</p>	<p>a) Problemas ativos;</p> <p>b) Terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída;</p> <p>c) Alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas;</p> <p>d) Focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas.</p>
<p>R</p> <p>Recomendações</p> <p>Descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente</p>	<p>a) Indicação do plano de continuidade de cuidados;</p> <p>b) Informação sobre consultas e MCDT agendados;</p> <p>c) Identificação de necessidades do cuidador informal.</p>

Fonte: Norma 01/2017 Comunicação eficaz na transição de cuidados

Esta auditoria no âmbito da segurança do utente, qualidade dos cuidados prestados e avaliação ao Procedimento do Manual de Processos Assistenciais Comunicação eficaz na transição de cuidados.

10. IDENTIFICAÇÃO DO LOCAL / SERVIÇO E DATA

A auditoria realizou-se nas instalações da Unidade de Saúde Familiar Vale de Cambra (USF VLC), nos vários gabinetes e aos registos informáticos realizados na Plataforma *Gestacare*®, no dia 10 de outubro de 2024.

11. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram avaliados os registos médicos e de enfermagem a todos os utentes referenciados para a Equipa Coordenadora Local (ECL).

12. EQUIPA DE AUDITORES

Gestores do Processo e elaboração do relatório: Dr^a Silvana Moreira, Enf^a Teresa Assunção e Secretária Clínica (SC) Alexandra Leça.

13.OBJETIVOS

- Monitorizar o Procedimento do Manual de Processos Assistenciais Comunicação eficaz na transição de cuidados.
- Monitorizar a aplicação da Norma da Direção Geral de Saúde (DGS) nº 001/2017, aos utentes referenciados para a ECL;

14.ÂMBITO

Esta auditoria no âmbito da avaliação ao Procedimento do Manual de Processos Assistenciais Comunicação eficaz na transição de cuidados.

15.METODOLOGIA

A metodologia utilizada foi observação retrospectiva de todos os registos clínicos médicos e de enfermagem a todos os utentes referenciados para a ECL, através da plataforma *Gestacare*®.

Ao longo do ano de 2024 e até à data foram referenciados 6 utentes onde foi aplicada a Grelha de Auditoria na Transição de Cuidados que é um anexo da Norma da DGS 001/2017.

Critérios Avaliados:

1. Na transição de cuidados é utilizada a técnica de comunicação ISBAR?
2. Nos momentos vulneráveis/ críticos, a transferência de informação entre os profissionais é prioritária?
3. Os responsáveis pelo processo de transmissão de informação, na transição de cuidados, estão identificados de forma inequívoca?
4. A transmissão de informação nas transições ocorre de forma escrita?
5. A instituição assegura formação aos profissionais envolvidos no processo de transferência de informação sobre a técnica ISBAR.
6. A instituição monitoriza o processo de transferência de informação nos termos do Despacho nº 2784/2013?

16.RESULTADOS

Os resultados serão apresentados grupo por grupo profissional e pelo total da Unidade.

16.1. Registos Médicos

O Índice de Conformidade dos registos clínicos médicos foi de 69,4%

16.2. Registos de enfermagem

O Índice de Conformidade dos registos clínicos de enfermagem foi de 72,2%.

16.3. Total da unidade

O Índice de Conformidade dos registos clínicos de enfermagem foi de 70,8%

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Na análise dos resultados verificou-se que não foi possível avaliar todos os profissionais da Familiar Vale de CUSF VLC, pois nem todos realizaram referências para a ECL.

É de salientar que nos grupos profissionais houve uma diminuição do Índice de Conformidade em relação ao ano de 2023.

O critério que tem menos validação é o que se refere à identificação inequívoca de quem realiza a transmissão de cuidados e deve-se ao fato que o médico que realiza a referência (médico de família) é o mesmo que vai acompanhar o utente.

A USF VLC faz formação anual à equipa sobre a Norma, realiza revisão do Procedimento do Manual de Processos Assistenciais: “Comunicação eficaz na transição de cuidados” apresenta à equipa e discute os resultados.

A Norma e Procedimento são anualmente monitorizados através de auditoria.

CONCLUSÃO

Podemos concluir que os elementos da USF VLC na sua maioria cumprem a Norma da DGS 001/2017 com um Índice de Conformidade, o que revela uma preocupação com a transmissão de informação e respeito pela técnica ISBAR.

Estes resultados reforçam a necessidade de formação nesta área, pois a auditoria aconteceu antes da Norma ser novamente apresentada à equipa.

A enfermagem realiza a identificação inequívoca com mais eficácia pelo fato de haver uma real transmissão de cuidados associados à transmissão de informação.

Como medidas de melhoria deverá ser melhorada a identificação inequívoca de quem está a transmitir a informação, para isso apresentar à equipa a Norma da Identificação Inequívoca.

REFERÊNCIAS

- Manual de Procedimentos da USF Vale de Cambra
- Norma da DGS 001/20 “Comunicação Eficaz na Transição e Cuidados”.

APÊNDICE VI – PLANO MELHORIA DA QUALIDADE PLANEAMENTO FAMILIAR

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE ENTRE DOURO E VOUGA



PLANO DE ACOMPANHAMENTO INTERNO

ACESSO

UTILIZAÇÃO DAS CONSULTAS DE PLANEAMENTO FAMILIAR

2024

Elaborado Conselho Técnico Grupo Gestor do Planeamento Familiar	Verificado Conselho Técnico	Aprovado Conselho Geral
Em: fevereiro 2024	Em: março de 2024	Em: 10/04/2024

ÍNDICE

ÍNDICE	117
Índice de tabelas.....	117
Siglas / abreviaturas	Erro! Marcador não definido.
Identificação e fundamentação do problema	118
Equipa de Auditores/ Gestores	118
Objetivos - Definição do processo e do resultado esperado.....	118
Metodologia	119
Estratégias a implementar e cronograma	120
Procedimentos e Responsabilidades.....	120
Padrões de Qualidade e resultados esperados	120
Análise dos resultados e avaliação do desempenho.....	121
Discussão	122
Avaliação do segundo ciclo de melhoria NoVEMbro	122
Conclusão	123
Referências	123

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Resultados em dezembro de 2023.....	118
Tabela 2 - Estratégias a implementar e Cronograma	120
Tabela 3 - Resultados obtidos Critério 1 relativamente ao 1º período de estudo (1 de janeiro a 31 de março) por lista.	121
Tabela 4 - Resultados obtidos Critério 2 relativamente ao 1º período de estudo (1 de janeiro a 31 de março) da USF VLC	121
Tabela 5 - Resultados obtidos Critério 3 relativamente ao 1º período de estudo (1 de janeiro a 31 de março) da USF VLC	122

IDENTIFICAÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROBLEMA

A elaboração de um Plano de Acompanhamento Interno (PAI) no âmbito do Planeamento Familiar (PF), surge na necessidade de aumentar quer a adesão da mulher nas consultas de PF, quer a qualidade dos registos na neste tipo de consultas. A prestação de cuidados especificamente direcionados às mulheres em idade fértil visam promover a vivência da sexualidade de forma saudável e segura, regular a fecundidade segundo o desejo do casal, preparar para a maternidade e a paternidade responsáveis, reduzir a mortalidade e a morbilidade materna, perinatal e infantil, reduzir a incidência e as consequências das doenças de transmissão sexual, contribuindo, no global, para melhorar a saúde e o bem-estar dos indivíduos e da família.

Apesar das atividades de PF serem uma prática consolidada no âmbito dos cuidados de saúde prestados pelos profissionais de saúde da Unidade de Saúde Familiar (USF) Vale de Cambra (VLC), ao analisar a Tabela 20, verifica-se que existe uma oportunidade de melhoria do intervalo aceitável para o intervalo esperado, procurando-se a uniformidade entre listas de utentes.

Tabela 20 - Resultados em dezembro de 2023

Indicadores	LU1	LU2	LU3	LU4	LU5	Intervalo aceitável	Intervalo esperado
2013.008.01 FL- Taxa de utilização de consultas de PF (méd./enf.)	74,66	68,24	64,54	66,05	60,15	[38 - 60[[60 -100[
2013.009.01 FL- Taxa de utilização de consultas de PF (enf.)	62,80	50,59	58,15	63,10	43,96	[25 - 80[[42 - 75[
2013.010.01 FL- Taxa de utilização de consultas de PF (méd.)	70,35	65,29	55,59	44,28	49,61	[25 - 65[[45 - 55[

Fonte: Bi-CSP® março 2024. Legenda: FL – Flutuante; LU – Lista de Utentes

EQUIPA DE AUDITORES/ GESTORES

A equipa definida para elaborar este PAI é constituída pelo Conselho Técnico: Dr.ª Silvana Moreira, Enf.ª Teresa Assunção, Secretária Clínica (SC) Ana Gonçalves e equipa gestora do Planeamento Familiar: Dr.ª Ana Luísa Esteves, Enf.ª Regina Alves e SC Élia Pinheiro.

OBJETIVOS - DEFINIÇÃO DO PROCESSO E DO RESULTADO ESPERADO

O presente PAI visa atingir, em todas as Listas de Utentes, resultados dentro dos intervalos esperados anteriormente descritos na Tabela 1, para os indicadores 2013.008.01, 2013.009.01 e 2013.010.01.

Como objetivo geral espera-se melhorar o acesso às consultas de PF, com enfoque na periodicidade das consultas e nos registos nesta área de atuação.

METODOLOGIA

Neste PAI foi utilizada a seguinte metodologia:

- Tipo de avaliação: estudo observacional, descritivo e retrospectivo;
- Fonte de dados: SClínico®, MIM@UF®; BI-CSP®;

A população em estudo é constituída por utentes do sexo feminino inscritas na USF VLC com idades compreendidas entre os 15 e os 49 anos (idade fértil), de acordo com os seguintes critérios de inclusão e exclusão:

Critérios de Inclusão:

- Utes do sexo feminino com idades entre os 15 e os 49 anos com inscrição na USF VLC e médico de família atribuído;

Critério de Exclusão:

- Utes sem qualquer inscrição na USF VLC;
- Utes com programa de Saúde Materna aberto no período em estudo.

Serão realizadas duas avaliações internas interpares e retrospectivas aplicadas a cada um dos períodos em estudo. Após a primeira avaliação serão sugeridas e implementadas medidas de melhoria, cujos resultados serão avaliados aquando da segunda avaliação.

Períodos temporais em estudo:

1º Período de estudo: 1 de janeiro a 31 de março 2024;

Primeira avaliação: maio de 2024;

2º Período de estudo: 1 janeiro a 30 de setembro de 2024;

Segunda avaliação: novembro de 2024.

Para a avaliação da qualidade dos registos será selecionada uma amostra. Para a amostragem são selecionadas duas semanas em cada mês contabilizando as mulheres em idade fértil que tiveram consulta médica e enfermagem de PF no período do estudo (num mínimo de 150 consultas).

Após definida a amostra, serão analisadas as consultas de Planeamento Familiar segundo as seguintes variáveis:

- Realização de pelo menos uma consulta de PF no último ano;
- Avaliação dos registos médicos e de enfermagem:
 - ✓ Registos Médicos (SClínico): abertura do programa de PF; codificação no A (SOAP) de um dos seguintes códigos do ICPC-2: W10, W11, W12, W13, W14, W15.

- ✓ Registos Enfermagem (SCLínico): abertura do programa de PF; nos Diagnósticos devem estar abertos o diagnóstico Avaliar Uso de Contracetivos e Avaliar planeamento familiar.

ESTRATÉGIAS A IMPLEMENTAR E CRONOGRAMA

As estratégias a implementar e os respetivos tempos de execução encontram-se representados na Tabela 21. Erro! A origem da referência não foi encontrada..

Tabela 21 - Estratégias a implementar e Cronograma

Atividades	Quem	Quando
Pesquisa e análise dos problemas	Conselho Técnico, Grupo Gestor	Fevereiro 2024
Elaboração do PAI	Conselho Técnico, Grupo Gestor	Março 2024
Apresentação, discussão e aprovação do PAI	Conselho Geral	Março 2024
Agendar consulta médica de PF	Secretários clínicos, Médicos, Enfermeiros	Ao longo do ano
Abertura do programa de PF	Médicos e Enfermeiros	Ao longo do ano
Codificação ICPC2	Médicos	Ao longo do ano
Recolha e análise dos dados	Médicos e Enfermeiros	maio e novembro 2024
Elaboração de relatório intermédio e respetiva apresentação	Conselho Técnico, Grupo Gestor	Maio 2024
Implementação de medidas corretivas	Médicos	maio a dezembro de 2024
Auditar o cumprimento das atividades	Conselho Técnico	novembro 2024
Elaboração de relatório final	Conselho Técnico, Grupo Gestor	novembro 2024
Apresentação e discussão do relatório final	Conselho Técnico, Grupo Gestor	dezembro 2024/ janeiro de 2025

Legenda: ICPC2 – Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários; PF – Planeamento Familiar; PAI – Plano de Acompanhamento Interno.

PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

- **Secretariado Clínico:** Agendar/efetivar as consultas para os respetivos Médicos de Família (MF); participar na recolha e análise dos dados.
- **Enfermagem:** Realizar as consultas e programar as seguintes quando necessário; participar na recolha e análise dos dados.
- **Médicos:** Realizar as consultas e programar as seguintes quando necessário; participar na recolha e análise dos dados.

PADRÕES DE QUALIDADE E RESULTADOS ESPERADOS

Para cada Critério será atribuído um Padrão de Qualidade

1. Pelo menos uma consulta de PF no último ano

- Bom se todas as Listas de Utentes no intervalo esperado dos indicadores 2013.008.01, 2013.009.01 e 2013.010.01.

- Suficiente se todas as Listas de Utentes no intervalo esperado de pelo menos dois dos indicadores 2013.008.01, 2013.009.01 e 2013.010.01.
- Insuficiente se alguma das Listas de Utentes no intervalo aceitável de dois ou mais dos indicadores 2013.008.01, 2013.009.01 e 2013.010.01.

2. Abertura do Programa de PF (Médicos e Enfermeiros)

- Bom se valores > 85%
- Suficiente se valores > 70% < 85%
- Insuficiente se valores < 70 %

3. Codificação

- Bom se valores > 85%
- Suficiente se valores > 70% < 85%
- Insuficiente se valores < 70 %

ANÁLISE DOS RESULTADOS E AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO

Avaliação Intermédia maio 2024

Tabela 22 - Resultados obtidos Critério 1 relativamente ao 1º período de estudo (1 de janeiro a 31 de março) por lista.

Critério 1 - Indicadores	Lista 1	Lista 2	Lista 3	Lista 4	Lista 5
2013.008.01 FL- Taxa de utilização de consultas de PF (méd./enf.)	65,990	57,910	64,888	70,359	61,326
2013.009.01 FL- Taxa de utilização de consultas de PF (enf.)	49,746	45,970	54,775	68,862	45,304
2013.010.01 FL- Taxa de utilização de consultas de PF (méd.)	58,376	44,478	54,775	48,204	41,436

Fonte: Bi-CSP® março 2024. **Legenda:** Enf. – Enfermeiro; FL – Flutuante; Méd. – Médico; PF – Planeamento Familiar

Tabela 23 - Resultados obtidos Critério 2 relativamente ao 1º período de estudo (1 de janeiro a 31 de março) da USF
VLC

Critério 2 - Abertura do Programa de PF	Resultados 2024
Médico	100%
Enfermagem	95,2%

Fonte: Bi-CSP® março 2024. **Legenda:** PF – Planeamento Familiar

Tabela 24 - Resultados obtidos Critério 3 relativamente ao 1º período de estudo (1 de janeiro a 31 de março) da USF VLC

Critério 3 - Codificação	Resultados 2024
Médico	98,1%

Fonte: Bi-CSP® março 2024.

DISCUSSÃO

De acordo com os padrões de qualidade definidos, conclui-se que para o critério 1 se obteve-se um resultado *suficiente*, dado que todas as listas se encontram no intervalo esperado em pelo menos dois indicadores (2013.008.01 e 2013.009.01). O resultado obtido deve-se à exclusão para análise da lista 2, por ausência prolongada da profissional médica, durante o período temporal em análise.

Relativamente ao critério 2, verificou-se 100% de cumprimento pela equipa médica e de 95,2% de cumprimento pela equipa de enfermagem, encontrando-se todas as listas no nível bom (>85%, com um mínimo obtido de 89,68% e um máximo de 100%). Ainda assim, os resultados obtidos constituem uma oportunidade de melhoria. O critério 3 obteve um nível bom, acima dos 85% definidos (98,1%). À semelhança do critério 1, foi excluída a lista 2 para análise do cumprimento dos critérios 2 e 3. Os resultados são satisfatórios, sendo essencial manter os padrões atingidos e trabalhar aqueles que ainda apresentam margem para melhoria.

AValiação DO SEGUNDO CICLO DE MELHORIA NOVEMBRO

Avaliação Final de Novembro 2024

Tabela 6 - Resultados obtidos Critério 1 relativamente ao 2º período de estudo (1 de janeiro a 30 de setembro) por lista.

Critério 1 - Indicadores	Lista 1	Lista 2	Lista 3	Lista 4	Lista 5
2013.008.01 FL- Taxa de utilização de consultas de PF (méd./enf.)	67,86	63,92	63,69	71,39	70,33
2013.009.01 FL- Taxa de utilização de consultas de PF (enf.)	49,23	32,74	51,59	66,87	45,60
2013.010.01 FL- Taxa de utilização de consultas de PF (méd.)	61,48	30,06	51,87	55,12	58,24

Fonte: Bi-CSP® novembro 2024. **Legenda:** Enf. – Enfermeiro; FL – Flutuante; Méd. – Médico; PF – Planeamento Familiar

Tabela 7 - Resultados obtidos Critério 2 relativamente ao 1º período de estudo (1 de janeiro a 30 de setembro) da USF VLC

Critério 2 - Abertura do Programa de PF	Resultados 2024
Médico	99,2%
Enfermagem	94,2%

Fonte: Bi-CSP® novembro 2024. **Legenda:** PF – Planeamento Familiar

Tabela 8 - Resultados obtidos Critério 3 relativamente ao 1º período de estudo (1 de janeiro a 30 de setembro) da USF VLC

Critério 3 - Codificação	Resultados 2024
Médico	99,2%

Fonte: Bi-CSP® novembro 2024.

CONCLUSÃO

De acordo com os padrões de qualidade definidos, conclui-se que para o critério 1 se obteve-se um resultado *bom*, dado que todas as listas se encontram no intervalo esperado nos três indicadores considerados, ressalvando que três listas se localizam entre o máximo esperado e o máximo aceitável. O resultado obtido deve-se à exclusão para análise da lista 2, por ausência prolongada da médica, ausência essa de aproximadamente 80% do tempo total utilizado para análise.

Relativamente ao critério 2, verificou-se 99,2% de cumprimento pela equipa médica e de 94,2% de cumprimento pela equipa de enfermagem, encontrando-se todas as listas no nível bom (>85%, com um mínimo obtido de 91,11% e um máximo de 97,76%). Ainda assim, os resultados obtidos constituem uma oportunidade de melhoria. O critério 3 obteve um nível bom, acima dos 85% definidos (99,2%). À semelhança do critério 1, foi excluída a lista 2 para análise do cumprimento dos critérios 2 e 3. Os resultados são bons, sendo essencial manter os padrões atingidos e trabalhar procedimentos do dia-a-dia médico e de enfermagem apresentem margem para melhoria.

REFERÊNCIAS

- Regulamento Interno Unidade de Saúde Familiar Vale de Cambra - versão 2, 2023.
- Manual de Boas Práticas de Planeamento Familiar da Unidade de Saúde Familiar Vale de Cambra - versão 2, 2023.
- Manual de Procedimentos de Processos Assistenciais da Unidade de Saúde Familiar Vale de Cambra – versão 2, 2023.

APÊNDICE VII – RELATÓRIO DAS ATIVIDADES FORMATIVAS

Relatório de Atividades Formativas e Científicas promovidas pelos Profissionais da USF Vale de Cambra



USF Unidade de Saúde Familiar
Vale de Cambra

Elaborado pelo Conselho Técnico	Apresentado em Conselho Geral
Em novembro 2023	Em 29/11/2023

ÍNDICE	124
Índice de tabelas.....	126
Siglas / abreviaturas	126
1. Introdução	127
2. levantamento das necessidades formativas	127
3. Resultados obtidos na avaliação de cada sessão	128
4. Outras formações internas.....	134
5. Partilha de formações externas.....	134
6. Outras formações	135
7. Colaboração em projetos de investigação	136
8. Capacidade formativa.....	136
9. Conclusão	137

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Lista de necessidades formativas manifestadas pela equipa	127
Tabela 2 – Avaliação da secção formativa com o tema: Contratualização	128
Tabela 3 - Avaliação da secção formativa com o tema: Atualização Guidelines DM	128
Tabela 4 - Avaliação da secção formativa com o tema: Inscrição de utentes migrantes.....	129
Tabela 5 - Avaliação da secção formativa com o tema: Atualização Guidellines Hipertensão	129
Tabela 6 - Avaliação da secção formativa com o tema: registos e indicadores vigilância de saúde infantil	130
Tabela 7 - Avaliação da secção formativa com o tema: Carro de emergência e algoritmo SBV adulto e pediátrico	131
Tabela 8 - Avaliação da secção formativa com o tema: perturbações do espectro do autismo	131
Tabela 9 - Avaliação da secção formativa com o tema: Pequena Cirurgia nos CSP	132
Tabela 10 - Avaliação da secção formativa com o tema: Úlcera de perna e úlceras de pressão.....	132
Tabela 11 - Avaliação da secção formativa com o tema: Vigilância de Saúde materna, registos e indicadores	133
Tabela 12 - Avaliação da secção formativa com o tema: PAUF e RAUF	133
Tabela 13 - Outras formações	134
Tabela 14 – Formações externas partilhadas.....	135
Tabela 15 – Outras Formações externas	135
Tabela 16 – Estágio realizados na USF VLC.....	136

SIGLAS / ABREVIATURAS

CG	Conselho Geral
CT	Conselho Técnico
DGS	Direção Geral de Saúde
NOC	Norma de orientação Clínica
RENDA	Registo Nacional de Não Dadores
RENTEV	Registo testamento Vital e Diretiva Antecipada de Vida
ULS EDV	Unidade Local de Saúde Entre Douro e Vouga
USF VLC	Unidade de Saúde Familiar Vale de Cambra

1. INTRODUÇÃO

O Plano Anual de Formação foi elaborado após a realização do levantamento de necessidades formativas, discussão em reunião multiprofissional (ata nº 3/2024 CG) e posteriormente aprovado em reunião do Conselho Geral. Foi realizado um levantamento das necessidades formativas, desse levantamento emergiram 14 temas que após análise do Conselho Técnico (CT) foram programadas 10 sessões formativas com todos os grupos profissionais pertencentes à USF Vale de Cambra (VLC), como formadores e formandos. O Plano de Formação foi posteriormente aprovado em Conselho Geral (CG) (ata nº 4/2024 CG).

Anualmente a USF VLC faz uma atualização de conhecimentos à Norma do Consentimento Informado Livre e esclarecido; Registo Nacional de Não Dadores (RENDA) e Registo de Testamento Vital e Diretiva Antecipada de Vida (RENTEV).

A avaliação das sessões foi efetuada no final de cada uma pelos formandos. Estes resultados foram analisados pelo Conselho Técnico (CT) e posteriormente serão apresentados em reunião multiprofissional da USF VLC.

2. LEVANTAMENTO DAS NECESSIDADES FORMATIVAS

O CT enviou por correio eletrónico a todos os elementos da equipa um *link* com as questões para o Levantamento de Necessidades Formativas onde a equipa enumera os temas em que tem maior interesse/ carência e os temas que se propõe a apresentar. A Tabela 25 resume os resultados das necessidades formativas.

Tabela 25 - Lista de necessidades formativas manifestadas pela equipa

Necessidade / Carência formativa
Atualização de Guidelines DM
Atualização de Guidelines HTA
Contratualização – novo modelo 2024 Novos indicadores que integram IDE
Registo de indicadores na vigilância de Saúde Infantil
Carro de emergência – casos clínicos tipo
Técnicas de pequena cirurgia
Tratamento de feridas /úlceras de perna/úlceras de pressão
Autismo
Preenchimento e realização de PAUF e RAUF
Vigilância de Saúde Materna – Registos e indicadores
Inscrição de utentes migrantes - Critérios

O Plano de Formação da USF contempla os três grupos profissionais como formandos e formadores foi aprovado em CG.

3. RESULTADOS OBTIDOS NA AVALIAÇÃO DE CADA SESSÃO

- **Data:** 28/02/2024 | **Tema:** Contratualização – novo modelo 2024- novos indicadores que integram IDE
 - **Formadores:** Dr.ª Silvana Moreira; Enf.ª Teresa Assunção; Secretária Clínica (SC) Ana Gonçalves;
 - **Formandos:** Médicos, Enfermeiros e Secretários Clínicos (n=11)
 - **Ata nº 2/2024 MP**

Tabela 26 – Avaliação da secção formativa com o tema: Contratualização

1. Como avalia a sessão formativa em relação a:	Excelente	Muito bom	Bom	Regular	Mau	NA
a. Objetivos da formação	11					
b. Conteúdos	11					
c. Estrutura dos conteúdos e sua sequência pedagógica	10	1				
d. Adequação do tempo	10	1				
2. Como avalia o desempenho dos formadores quanto a:	Excelente	Muito bom	Bom	Regular	Mau	NA
a. Domínio e clareza dos conteúdos	11					
b. Estímulo à participação dos formandos	11					
3. Como avalia os recursos utilizados:	Excelente	Muito bom	Bom	Regular	Mau	NA
a. Recursos técnico-pedagógicos (documentação, bibliografia)	10	1				
b. Condições físicas e organizativas (espaços, equipamentos, condições ambientais, apoio logístico)	9	2				

- **Data:** 03/04/2024 | **Tema:** Atualização Guidelines DM
 - **Formadores:** Dr.ª Fátima Costa; Enf.ª Rosa Silva;
 - **Formandos:** Médicos, Enfermeiros (n= 6)
 - **Ata nº5/2024 MP**

Tabela 27 - Avaliação da secção formativa com o tema: Atualização Guidelines DM

1. Como avalia a sessão formativa em relação a:	Excelente	Muito bom	Bom	Regular	Mau	NA
a. Objetivos da formação	4	2				
b. Conteúdos	4	2				
c. Estrutura dos conteúdos e sua sequência pedagógica	4	2				
d. Adequação do tempo	4	1	1			

2. Como avalia o desempenho dos formadores quanto a:	Excelente	Muito bom	Bom	Regular	Mau	NA
a. Domínio e clareza dos conteúdos	4	2				
b. Estímulo à participação dos formandos	4	2				
3. Como avalia os recursos utilizados:	Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Mau	NA
a. Recursos técnico-pedagógicos (documentação, bibliografia)	3	1	1	1		
b. Condições físicas e organizativas (espaços, equipamentos, condições ambientais, apoio logístico)	3	1	1	1		

- **Data:** 08/05/2024 | **Tema:** Inscrição de Utentes Migrantes
 - **Formadores:** SC Ana Gonçalves; SC Alexandra Leça; SC Élia Pinheiro; SC Máximo Ribeiro;
 - **Formandos:** Médicos, Enfermeiros (n=9)
 - **Ata nº 6/2024 MP**

Tabela 28 - Avaliação da secção formativa com o tema: Inscrição de utentes migrantes

1. Como avalia a sessão formativa em relação a:	Excelente	Muito bom	Bom	Regular	Mau	NA
a. Objetivos da formação	5	4				
b. Conteúdos	4	4	1			
c. Estrutura dos conteúdos e sua sequência pedagógica	4	4	1			
d. Adequação do tempo	4	4	1			
2. Como avalia o desempenho dos formadores quanto a:	Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Mau	NA
a. Domínio e clareza dos conteúdos	5	4				
b. Estímulo à participação dos formandos	5	4				
3. Como avalia os recursos utilizados:	Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Mau	NA
a. Recursos técnico-pedagógicos (documentação, bibliografia)	2	4	2	1		
b. Condições físicas e organizativas (espaços, equipamentos, condições ambientais, apoio logístico)	2	4	2	1		

- **Data:** 15/05/2024 | **Tema:** Atualização Guidellines Hipertensão
 - **Formadores:** Dr.ª Silvana Moreira; Dr.ª Cláudia Bueno; Enf.ª Rosa Silva;
 - **Formandos:** Médicos, Enfermeiros (n=8)
 - **Ata nº 7/2024 MP**

Tabela 29 - Avaliação da secção formativa com o tema: Atualização Guidellines Hipertensão

1. Como avalia a sessão formativa em relação a:	Excelente	Muito bom	Bom	Regular	Mau	NA
a. Objetivos da formação	5	2	1			
b. Conteúdos	5	5	1			

c. Estrutura dos conteúdos e sua sequência pedagógica	5	2	1			
d. Adequação do tempo	5	2	1			
2. Como avalia o desempenho dos formadores quanto a:	Excelente	Muito bom	Bom	Regular	Mau	NA
a. Domínio e clareza dos conteúdos	5	2	1			
b. Estímulo à participação dos formandos	5	2	1			
3. Como avalia os recursos utilizados:	Excelente	Muito bom	Bom	Regular	Mau	NA
a. Recursos técnico-pedagógicos (documentação, bibliografia)	4	3	1			
b. Condições físicas e organizativas (espaços, equipamentos, condições ambientais, apoio logístico)	3	3	2			

- **Data:** 19/06/2024 | **Tema:** Registos e indicadores na vigilância de Saúde Infantil
 - **Formadores:** Dr.ª Ana Patrícia; Enf.ª Regina Alves;
 - **Formandos:** Médicos, Enfermeiros e Secretários Clínicos (n=10)
 - **Ata nº 8/2024 MP**

Tabela 30 - Avaliação da secção formativa com o tema: registos e indicadores vigilância de saúde infantil

1. Como avalia a sessão formativa em relação a:	Excelente	Muito bom	Bom	Regular	Mau	NA
a. Objetivos da formação	5	5				
b. Conteúdos	6	4				
c. Estrutura dos conteúdos e sua sequência pedagógica	6	4				
d. Adequação do tempo	6	4				
2. Como avalia o desempenho dos formadores quanto a:	Excelente	Muito bom	Bom	Regular	Mau	NA
a. Domínio e clareza dos conteúdos	7	3				
b. Estímulo à participação dos formandos	7	3				
3. Como avalia os recursos utilizados:	Excelente	Muito bom	Bom	Regular	Mau	NA
a. Recursos técnico-pedagógicos (documentação, bibliografia)	4	5		1		
b. Condições físicas e organizativas (espaços, equipamentos, condições ambientais, apoio logístico)	4	5		1		

- **Data:** 04/09/2024 | **Tema:** Carro de emergência e Algoritmo de SBV adulto e pediátrico
 - **Formadores:** Dr.ª Ana Patrícia; Enf.ª Teresa Assunção;
 - **Formandos:** Médicos, Enfermeiros e Secretários Clínicos (n=10)
 - **Ata nº10 /2024 MP**

Tabela 31 - Avaliação da secção formativa com o tema: Carro de emergência e algoritmo SBV adulto e pediátrico

1. Como avalia a sessão formativa em relação a:	Excelente	Muito bom	Bom	Regular	Mau	NA
a. Objetivos da formação	9	1				
b. Conteúdos	9	1				
c. Estrutura dos conteúdos e sua sequência pedagógica	9	1				
d. Adequação do tempo	9	1				
2. Como avalia o desempenho dos formadores quanto a:	Exce Lente	Muito bom	Bom	Regular	Mau	NA
a. Domínio e clareza dos conteúdos	9	1				
b. Estímulo à participação dos formandos	8	2				
3. Como avalia os recursos utilizados:	Exce Lente	Muito bom	Bom	Regular	Mau	NA
a. Recursos técnico-pedagógicos (documentação, bibliografia)	7	2		1		
b. Condições físicas e organizativas (espaços, equipamentos, condições ambientais, apoio logístico)	4	4	1	1		

- **Data:** 06/11/2024 | **Tema:** Perturbação do Espectro do Autismo
 - **Formadores:** Dr.ª Ana Luísa Esteves, Enf.ª Regina Alves
 - **Formandos:** Médicos, Enfermeiros (n=9)
 - **Ata nº 24/2024 CG**

Tabela 32 - Avaliação da secção formativa com o tema: perturbações do espectro do autismo

1. Como avalia a sessão formativa em relação a:	Exce lente	Muito bom	Bom	Regular	Mau	NA
a. Objetivos da formação	6	3				
b. Conteúdos	6	3				
c. Estrutura dos conteúdos e sua sequência pedagógica	6	3				
d. Adequação do tempo	6	3				
2. Como avalia o desempenho dos formadores quanto a:	Exce Lente	Muito Bom	Bom	Regular	Mau	NA
a. Domínio e clareza dos conteúdos	6	3				
b. Estímulo à participação dos formandos	6	3				
3. Como avalia os recursos utilizados:	Exce Lente	Muito bom	Bom	Regular	Mau	NA
a. Recursos técnico-pedagógicos (documentação, bibliografia)	5	3		1		
b. Condições físicas e organizativas (espaços, equipamentos, condições ambientais, apoio logístico)	4	2	2	1		

- **Data:** 13/11/2024 | **Tema:** Pequena Cirurgia nos CSP

- **Formadores:** Dr.ª Ana Patrícia Pinho; Enf.ª Neuza Rodrigues;
- **Formandos:** Médicos, Enfermeiros (n=6)
- **Ata nº 25/2024 CG**

Tabela 33 - Avaliação da secção formativa com o tema: Pequena Cirurgia nos CSP

1. Como avalia a sessão formativa em relação a:	Excelente	Muito bom	Bom	Regular	Mau	NA
a. Objetivos da formação	5	1				
b. Conteúdos	5	1				
c. Estrutura dos conteúdos e sua sequência pedagógica	5	1				
d. Adequação do tempo	5	1				
2. Como avalia o desempenho dos formadores quanto a:	Excelente	Muito bom	Bom	Regular	Mau	NA
a. Domínio e clareza dos conteúdos	5	1				
b. Estímulo à participação dos formandos	5	1				
3. Como avalia os recursos utilizados:	Excelente	Muito bom	Bom	Regular	Mau	NA
a. Recursos técnico-pedagógicos (documentação, bibliografia)	3	1		2		
b. Condições físicas e organizativas (espaços, equipamentos, condições ambientais, apoio logístico)	2	1		3		

- **Data:** 27/11/2024 | **Tema:** Úlcera de perna e úlceras de pressão
 - **Formadores:** Enf.ª Joana Alves; Enf.ª Neuza Rodrigues;
 - **Formandos:** Médicos, Enfermeiros (n=9)
 - **Ata nº 27/2024 CG**

Tabela 34 - Avaliação da secção formativa com o tema: Úlcera de perna e úlceras de pressão

1. Como avalia a sessão formativa em relação a:	Excelente	Muito bom	Bom	Regular	Mau	NA
a. Objetivos da formação	8		1			
b. Conteúdos	8		1			
c. Estrutura dos conteúdos e sua sequência pedagógica	8		1			
d. Adequação do tempo	8		1			
2. Como avalia o desempenho dos formadores quanto a:	Excelente	Muito bom	Bom	Regular	Mau	NA
a. Domínio e clareza dos conteúdos	8		1			
b. Estímulo à participação dos formandos	8		1			
3. Como avalia os recursos utilizados:	Excelente	Muito bom	Bom	Regular	Mau	NA
a. Recursos técnico-pedagógicos (documentação, bibliografia)	7	1	1			

b. Condições físicas e organizativas (espaços, equipamentos, condições ambientais, apoio logístico)	7	1	1			
---	---	---	---	--	--	--

- **Data:**30/10/2024 | **Tema:** Vigilância de Saúde Materna registos e indicadores
 - **Formadores:** Dr.ª Bruna; Enf.ª Joana Alves;
 - **Formandos:** Médicos, Enfermeiros (n=11)
 - **Ata nº 23/2024 CG**

Tabela 35 - Avaliação da secção formativa com o tema: Vigilância de Saúde materna, registos e indicadores

1. Como avalia a sessão formativa em relação a:	Excelente	Muito bom	Bom	Regular	Mau	NA
a. Objetivos da formação	4	7				
b. Conteúdos	4	7				
c. Estrutura dos conteúdos e sua sequência pedagógica	6	5				
d. Adequação do tempo	5	6				
2. Como avalia o desempenho dos formadores quanto a:	Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Mau	NA
a. Domínio e clareza dos conteúdos	5	6				
b. Estímulo à participação dos formandos	3	8				
3. Como avalia os recursos utilizados:	Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Mau	NA
a. Recursos técnico-pedagógicos (documentação, bibliografia)	3	8				
b. Condições físicas e organizativas (espaços, equipamentos, condições ambientais, apoio logístico)	1	3	7			

- **Data:**20/11/2024 | **Tema:** PAUF e RAUF
 - **Formadores:** Conselho Técnico;
 - **Formandos:** Médicos, Enfermeiros, Secretários Clínicos (n=8)
 - **Ata nº 26/2024 CG**

Tabela 36 - Avaliação da secção formativa com o tema: PAUF e RAUF

1. Como avalia a sessão formativa em relação a:	Excelente	Muito bom	Bom	Regular	Mau	NA
a. Objetivos da formação	6	2				
b. Conteúdos	6	2				
c. Estrutura dos conteúdos e sua sequência pedagógica	6	2				
d. Adequação do tempo	6	2				

2. Como avalia o desempenho dos formadores quanto a:	Excelente	Muito bom	Bom	Regular	Mau	NA
a. Domínio e clareza dos conteúdos	6	2				
b. Estímulo à participação dos formandos	6	2				
3. Como avalia os recursos utilizados:	Excelente	Muito bom	Bom	Regular	Mau	NA
a. Recursos técnico-pedagógicos (documentação, bibliografia)	5	1	2			
b. Condições físicas e organizativas (espaços, equipamentos, condições ambientais, apoio logístico)	4	2	2			

A equipa ainda fez internamente partilha de conhecimentos sobre:

- RENND e RENTEV (ata nº 23/2024 CG);
- Norma de Orientação Clínica (NOC) da DSG sobre o Sarampo (ata nº 5/2024 CG);
- Formação sobre Supervisão Clínica em Enfermagem (ata nº 13/2024 CG);
- Norma nº 01/20217 Transição de Cuidados (ata nº 21/2024 CG);
- Medicamentos LASA e MAM (ata nº 23/2024 CG);
- Consentimento Informado Livre e Esclarecido.

4. OUTRAS FORMAÇÕES INTERNAS

A tabela seguinte resume outras formações internas realizadas pelos profissionais da USF VLC com formadores externos.

Tabela 37 - Outras formações

Tema/ Título (ata)	Quem	Quando
Formação de Osteoporose “ Diagnóstico e Tratamento” (Ata nº 03/2024 MP)	Dr.ª Adriana Costa	13-03-2024
Terapêutica Hormonal de Substituição (Ata nº 4/2024 MP)	Dr.ª Marta Guedes	27-03-2024

5. PARTILHA DE FORMAÇÕES EXTERNAS

Os profissionais da USF VLC partilham nas suas reuniões todas as formações externas realizadas pelos seus profissionais.

Tabela 38 – Formações externas partilhadas

Tema/ Título (ata)	Quem	Quando	Partilha
36º Jornas de cardiologia e diabetologia	Dr.ª Silvana	11 e 12 janeiro	Ata 1 MP 14/02/24
UPdate	Dr.ª Silvana	13 a 15 março	Ata 7 MP 15/05/24
Jornadas Multidisciplinares de MGF	Dr.ª Fátima	21 e 22 março	Ata 7 MP 15/05/24
MGF Summit 24	Dr.ª Ana Luísa	2 e 3 maio	Ata 15 CG 10/07/24
Curso de atualização IPO Coimbra gastroenterologia	Dr.ª Cláudia	10 maio	Ata 15 CG 10/07/24
Um dia com o diagnóstico neonatal	Enf.ª Joana	24 abril	Ata 7 MP 15/05/24
Atualização em doença respiratória	Dr.ª Cláudia	13 e 14 junho	Ata 10 MP 04/09/24
Jornada Científica hospitalar em RCV	Dr.ª Silvana	20 e 21 junho	Ata 10 MP 04/09/24
15ª Jornadas práticas de diabetologia e obesidade em MGF na Zona Norte	Dr.ª Ana Patrícia	27 e 28 junho	Ata 14 CG 03/07/24
17º Congresso do Idoso	Dr.ª Cláudia	20 e 21 junho	Ata 10 MP 04/09/24
Atualização em ginecologia	Dr.ª Cláudia	25 e 26 agosto	Ata 19 CG 02/10/24
Congresso Multidisciplinar da Dor	Dr.ª Silvana	18 a 20 setembro	Ata 19 CG 02/10/24
Jornadas MGF 360	Dr.ª Ana Luísa	31 outubro	Ata 26 CG 20/11/24
Congresso Nacional de Cuidados Paliativos	Dr.ª Cláudia	10 e 11 outubro	Ata 27 CG 27/11/24
Jornadas MGF em linha 2024	Dr.ª Ana Luísa	4 novembro	Ata 26 CG 20/11/24
XXVI Congresso Português de Reumatologia	Dr.ª Ana Patrícia	23 a 26 outubro	Ata 27 CG 27/11/24
Cardio4all	Dr.ª Fátima	24 e 25 outubro	Ata 27 CG 27/11/24
1º Encontro da consulta de pediatria/ patologia alérgica de ULS EDV	Dr.ª Cláudia Dr.ª Ana Luísa	14 a 16 novembro	Ata 26 CG 20/11/24

Legenda: IPO – Instituto Português de Oncologia; MGF – Medicina Geral e Familiar; RCV – Risco Cardiovascular; ULS EDV – Unidade Local de Saúde Entre Douro e Vouga.

6. OUTRAS FORMAÇÕES

A equipa da USF VLC participou no Encontro Científico organizado pelo FormAces onde a Enf.ª Teresa Assunção apresentou o Projeto de Supervisão Clínica de Estudantes de Enfermagem da Licenciatura.

Tabela 39 – Outras Formações externas

Tema/ Título	Quem	Quando
Serviço de urgência - Adhara Academy	Dr.ª Ana Patrícia	120h (ao longo do ano)
Pós- Graduação em Supervisão clínica de Enfermagem	Enf.ª Teresa Assunção	Ao longo do ano
6º Congresso Internacional IACS	Enf.ª Neuza Rodrigues	23 a 25 outubro
Melhorar o Diagnóstico para a Seguranças dos Utentes	Enf.ª Neuza Rodrigues	17 setembro

1º Curso online – prevenção e tratamento de feridas – 21 edição	Enf.ª Rosa Silva	14 outubro a 30 novembro
Mater en Medicina estética da Universidad Complutense Madrid	Dr.ª Silvana Moreira	Início outubro 2024
Curso Obrigatório para Orientadores de Formação pela Coordenação de internato	Dr.ª Silvana Moreira	Ao longo do ano

Legenda: IACS – Infecções Associadas a Cuidados de Saúde.

7. COLABORAÇÃO EM PROJETOS DE INVESTIGAÇÃO

A USF Vale de Cambra está a colaborar com o Instituto Ricardo Jorge no Programa Nacional de Monitorização da gripe e outros vírus respiratórios e a Dr.ª Silvana Moreira e Enf.ª Neuza Rodrigues colaboram nos Estudos Clínicos em Cuidados de Saúde primários do Centro Académico Clínico de Aveiro (EMHA).

8. CAPACIDADE FORMATIVA

A USF VLC colabora na formação pré e pós-graduada de profissionais de saúde, atualmente com duas médicas com disponibilidade para orientação de internos e duas enfermeiras com formação em Supervisão Clínica. Assim a USF disponibiliza duas médicas para orientação de internato da especialidade e duas enfermeiras para orientação de alunos de licenciatura, sendo que uma delas detém a especialidade de enfermagem Comunitária podendo orientar alunos de especialidade de enfermagem na área de Enfermagem Comunitário e Saúde Familiar.

A USF VLC implementou um Plano de Supervisão Clínica em Enfermagem cuja avaliação só será possível realizar em fevereiro, pois é a data de termino dos estágios de ensino clínico.

A tabela seguinte resume os profissionais e estudantes que realizados estágios na USF VLC no ano de 2024.

Tabela 40 – Estágio realizados na USF VLC

Nome do Aluno / Profissional	Tipo de estágio	Supervisor	Período de estágio
Marta Mendes	IFG	Dr.ª Ana Luísa	01 de janeiro a 31 de janeiro de 2024
Maria Carolina Bastos	Estágio Clínico em MGF 6º ano	Dr.ª Fátima Costa	22 de julho a 09 de agosto 2024
Beatriz Pinho valente	Estágio Clínico em MGF 5º ano	Dr.ª Fátima Costa	Novembro de 2024
Cláudia Bueno Souza	IFE MGF	Dr.ª Silvana Moreira	1 de janeiro a 31 de dezembro 2024
Beatriz	Estágio de enfermagem saúde familiar	Enf.ª Rosa Silva	16 novembro 2024 a 31 de janeiro de 2025
Daysi Elizabetty Costa Silva	Estágio de enfermagem saúde familiar	Enf.ª Rosa Silva	16 novembro 2024 a 31 de janeiro de 2025
Inês Sofia da Costa Oliveira	Enfermagem de Saúde Familiar e Comunitária 4º Ano	Enf.ª Teresa Assunção	25 novembro de 2024 a 30 de janeiro de 2025

Legenda: IFG – Internato de Formação Geral; MGF – Medicina Geral e Familiar

9. CONCLUSÃO

Em suma, pode-se concluir que houve um grau de satisfação elevado relativamente às formações internas e aos formadores (média muito bom). No entanto, nas condições físicas e organizativas verificou-se uma ligeira diminuição da satisfação (média bom) na maioria dos profissionais.

Por outro lado, importa referir que a equipa manifestou interesse em aumentar os seus conhecimentos realizando várias formações externas ou longo do ano. Todas as formações realizadas com comissão gratuita de serviço foram formalmente partilhadas em reuniões de serviço.

Todos os grupos profissionais realizaram formação interna como formandos e formadores, assim como todos os grupos profissionais realizaram formação externa.

É de notar claramente o investimento que todos os elementos da USF VLC têm realizado na sua formação profissionais, havendo um aumento notável do número de formações realizadas. Também de referir a vontade da USF VLC em aumentar a capacidade formativa da USF e contribuir com formação de excelência de novos profissionais.

A USF Vale de Cambra vai continuar a investir na formação dos seus profissionais como forma de crescimento individual e coletivo, mantendo sempre o objetivo de uma melhoria da qualidade dos cuidados que presta aos seus utentes.

APÊNDICE VIII – MAPA DE REGISTO E ANALISE DE INCIDENTES CRITICOS E EVENTOS ADVERSOS

1º Trimestre de 2024										
Nº/2024	Tipo de Incidente Crítico	Descrição Sumária	Risco (Clínico/Não clínico)	Quem identifica/Data Ocorrencia	Data conhecimento	Medidas corretivas	Responsável pela implementação das medidas corretivas	Data Resolução	Monitorização	Validação EGIC
1	Comportamento	Violência verbal de um utente com um elemento do secretariado. (Diário de Bordo)	Não clínico	Secretária Clínica Ana Maria Gonçalves	16/02/2024	Discutido em 21/02 (Ata CG 6/2024). Foi agendada uma consulta aberta e reunião com a Coordenadora da USF, às quais o utente faltou.	Equipa	16/02/2024	Monitorização do procedimento de violência	
2	Comportamento	Violência verbal de um utente com um elemento do secretariado. (Diário de Bordo)	Não clínico	Secretário Clínico Máximo Ribeiro	14/02/2024	Discutido em 21/02 (Ata CG 6/2024). Foi agendada uma consulta aberta e reunião com a Coordenadora da USF, às quais o utente faltou.	Equipa	16/02/2024	Monitorização do procedimento de violência	

3	Comportamento	Violência verbal de um familiar de em utente com um elementode enfermagem, em contexto de visita domiciliária. (Diário de Bordo)	Não clínico	Enfermeira Regina Alves	15/02/2024	Discutido em 21/02 (Ata CG 6/2024).	Equipa		Monitorização do procedimento de violência
4	Comportamento	Violência verbal de um utente com um elemento do secretariado. Ao comunicar a uma utente, por via telefónica a alteração de uma consulta aberta agendada pelo SNS para o filho (por doença da médica) a utente recusou ser atendida após 1 hora da anterior, tendo havido violência verbal da mesma e do marido. (Diário de Bordo)	Não clínico	Secretária Clínica Ana Maria Gonçalves	08/03/2024	Discutido em 20/03 (Ata CG 8/2024). Foi agendada uma consulta de substituição para daí a uma hora, mas o utente não aceitou.	Equipa	20/03/2024	Monitorização do procedimento de violência

2º Trimestre de 2024										
Nº/2024	Tipo de Incidente Crítico	Descrição Sumária	Risco (Clínico/Não clínico)	Quem identifica/Data Ocorrencia	Data conhecimento	Medidas corretivas	Responsável pela implementação das medidas corretivas	Data Resolução	Monitorização	Validação EGIC
5	Comportamento	Violência verbal de dois utentes do mesmo agregado com elementos do secretariado e elemento médico. Estes contactaram a SNS 24 que deu a indicação para autocuidados e depois contactar a USF para solicitar CIT.(Diário de Bordo e NOTIFICA)	Não clínico	Dra Silvana Moreira	04/04/2024	Discutido a 10/04 (Ata CG 9/2024).Foi explicado aos utentes em questão a importânciados direitos e deveres dos utentes. Foi solicitada reunião com C. Clínico para reportar não conformidades do SNS 24.Por se tratar de uma criança e viver fora do concelho, foi avaliada em consulta médica excedente.	Equipa	04/04/2024	Monitorização do proecedimento de violência	

3º Trimestre de 2024										
Nº/20234	Tipo de Incidente Crítico	Descrição Sumária	Risco (Clinico/Não clinico)	Quem identifica/Data Ocorrencia	Data conhecimento	Medidas corretivas	Responsável pela implementação das medidas corretivas	Data Resolução	Monitorização	Validação EGIC
6	Processo administrativo	Falha no sistema informático desde as 8h - PEM, impedidndo os médicos de emitirem CITs e de chamarem os utentes pelo Proside. Situação semelhante em várias unidades. (Diário de Bordo)	Não clinico	Dra. Ana Patrícia Pinho	09/07/2024	Discutido a 10/07 (Ata CG15/2024.	Sem medidas corretivas a aplicar	09/07/2024	Monitorização continua	
7	Processo administrativo	Erro no funcionamento do quiosque electrónico das 08h às 12h. (Diário de Bordo)	Não clinico	Dra. Ana Patrícia Pinho	19/08/2024	Discutido a 21/08 (Ata CG16/2024.	Sem medidas corretivas a aplicar	19/08/2024	Monitorização continua	
8	Comportamento	O segurança ao serviço depositou sem conhecimento prévio de qualquer elemento da USF, uma vacina comprada por um utente no frigorífico da sala de saúde infantil. (Diário de Bordo)	Não clinico	Enf. Neuza e Enf. Regina	21/ago	Discutido a 21/08 (Ata CG16/2024.	A situação foi discutida com o segurança, que foi alertado para não mexer nos frigoríficos.	21/08/2024	Monitorização continua	

9	Comportamento	Um utente esporádico, após ter sido encaminhado pela USF Calâmbrega para o Hospital, resolveu dirigir-se a esta unidade na tentativa de ter consulta médica. Quando foi informado que tal não era possível (atendimento de utentes esporádicos realizada pela USF Calâmbrega) e que deveria seguir a orientação dada, este exaltou se na secretaria, começando a gritar com o secretariado clínico em tom ameaçador. (Diário de Bordo e Notifica)	Não clínico	Dra. Silvana Moreira	23/08/2024	Discutido a 28/08 (Ata CG 17/2024)	Sem medidas corretivas a aplicar	23/08/2024	Monitorização do procedimento de violência
---	---------------	---	-------------	----------------------	------------	------------------------------------	----------------------------------	------------	--

4º Trimestre de 2024										
Nº/20234	Tipo de Incidente Crítico	Descrição Sumária	Risco (Clínico/Não clínico)	Quem identifica/Data Ocorrencia	Data conhecimento	Medidas corretivas	Responsável pela implementação das medidas corretivas	Data Resolução	Monitorização	Validação EGIC
10	Comportamento	Uma utente dirigiu-se à USF solicitando consulta aberta para a filha que estava doente, sendo informada de que já não havia disponibilidade na unidade, devendo ligar Saúde 24. A utente não aceitou a solução exigindo ser atendida na USF. (Diário de Bordo)	Não clínico	SC Alexandra Leça	21/10/2024	Discutido a 23/10 (Ata CG22/2024.	Foi explicada à utente o funcionamento da USF e Saúde 24. Como se tratava de uma criança doente, foi realizada consulta aberta extra.	21/10/2024	Monitorização continua	
11	Comportamento	Uma utente foi muito desagradável verbalmente com a médica e SC (Diário de Bordo)	Não clínico	Dra. Silvana Moreira	11/11/2024	Discutido a 13/11 (Ata CG 25/2024)	A utente foi devidamente informada, sendo esclarecidas as razões do seu descontentamento.	11/11/2024	Monitorização contínua	

