

# RELATÓRIO DE ATIVIDADES DE 2018

Unidade de Cuidados na Comunidade de Castelo  
Branco

2019





# **RELATÓRIO DE ATIVIDADES DE 2018**

**Unidade de Cuidados na Comunidade de  
Castelo Branco**



# Índice

1- INTRODUÇÃO.....	9
2- CARATERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DE CASTELO BRANCO	12
3- ÁREA GEOGRÁFICA DE INFLUÊNCIA .....	14
4- ESTRUTURA DA POPULAÇÃO.....	16
5- MISSÃO, VISÃO E VALORES .....	18
6- INIBIÇÕES DECORRENTES DA NECESSIDADE DE CUMPRIR O COMPROMISSO ASSISTENCIAL DA UCC CASTELO BRANCO .....	20
7- IDENTIFICAÇÃO DOS COLABORADORES.....	22
8- PROBLEMAS E OBJETIVOS IDENTIFICADOS NO PAUF .....	26
9- PLANO DE AÇÃO.....	30
9.1. DESEMPENHO ASSISTENCIAL.....	30
9.1.1 ACESSO.....	31
9.1.2 GESTÃO DA SAÚDE .....	33
9.1.3 GESTÃO DA DOENÇA.....	34
9.1.4 INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA.....	38
9.1.5 SATISFAÇÃO DOS UTENTES .....	38
9.2 SERVIÇOS .....	39
9.2.1 SERVIÇOS DE CARÁTER ASSISTENCIAL.....	39
9.2.2 SERVIÇOS DE CARÁTER NÃO ASSISTENCIAL.....	40
9.3 QUALIDADE ORGANIZACIONAL.....	40
9.3.1 MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE .....	41
9.3.2 SEGURANÇA .....	41
9.3.3 CENTRALIDADE NO CIDADÃO .....	41
9.4 FORMAÇÃO PROFISSIONAL.....	42
9.4.1 FORMAÇÃO INTERNA .....	42
9.4.1.1 FORMAÇÃO DA EQUIPA MULTIPROFISSIONAL.....	42
9.4.1.2 FORMAÇÃO DE INTERNOS E ALUNOS .....	43

9.4.2	FORMAÇÃO EXTERNA .....	43
9.5	ATIVIDADE CIENTÍFICA.....	44
9.6	OUTROS ASSUNTOS .....	44
10.	CONCLUSÃO .....	46
	ANEXO 1- RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO UCC.....	48

## Índice de quadros

QUADRO 1 - Distribuição dos colaboradores da UCC Castelo Branco por grupo profissional.....	22
---	----

## Índice de figuras

Figura 1 - Mapa do Distrito de Castelo Branco.....	14
Figura 2 - Distribuição das inscrições nos CSP.....	16
Figura 3 -Valor de IDG por Ano- Mês .....	27
Figura 4 -Resposta do SERVICEDESK/SPMS.....	30
Figura 5 -Valor do IDS na Área Desempenho Assistencial .....	31
Figura 6 -Resultados da Área Desempenho Assistencial Subárea Acesso; Dimensão Cobertura ou Utilização.....	31
Figura 7 -Indicadores da dimensão Cobertura ou Utilização.....	32
Figura 8 -Resultados da Área Desempenho Assistencial; Subárea Acesso; Dimensão distribuição da Atividade .....	32
Figura 9 -Indicadores da dimensão distribuição da Atividade .....	32
Figura 10 -Resultados da Área Desempenho Assistencial; Subárea Acesso; Dimensão Tempos Máximos de Resposta Garantidos.....	32
Figura 11 -Indicadores da dimensão Tempos Máximos de Resposta Garantidos.....	32
Figura 12 -Valor do IDS na Subárea Gestão da Saúde.....	33
Figura 13 -Resultados da Área Desempenho Assistencial; Subárea Gestão da Saúde ; Dimensão Saúde Reprodutiva .....	34
Figura 14 -Indicadores da dimensão Saúde Reprodutiva .....	34
Figura 15 -Resultados da Área Desempenho Assistencial; Subárea Gestão da Saúde ; Dimensão Saúde do Idoso .....	34
Figura 16 - Valor do IDS na Subárea Gestão da Doença .....	35
Figura 17 -Resultados da Área Desempenho Assistencial; Subárea Gestão da Doença; Dimensão Reabilitação .....	35
Figura 18 -Indicadores da Dimensão Reabilitação .....	35

Figura 19- Resultados da Área Desempenho Assistencial; Subárea Gestão da Doença; Dimensão Abordagem Paliativa .....	35
Figura 20 -Indicadores da Dimensão Abordagem Paliativa .....	36
Figura 21-Resultados da Área Desempenho Assistencial; Subárea Gestão da Doença; Dimensão Saúde Mental .....	36
Figura 22- Indicadores da Dimensão Saúde Mental .....	36
Figura 23- Resultados da Área Desempenho Assistencial; Subárea Gestão da Doença; Dimensão Doença Crónica .....	36
Figura 24- Indicadores da Dimensão Doença.....	36
Figura 25- Resultados da Área Desempenho Assistencial; Subárea Gestão da Doença; Dimensão ECCI.....	37
Figura 26 -Indicadores da Dimensão ECCI.....	37
Figura 27 -Resultados da Área Desempenho Assistencial; Subárea Intervenção Comunitária; Dimensão Saúde Escolar .....	38
Figura 28 – Indicadores da Dimensão Saúde Escolar .....	38
Figura 29 – Resultados da Área Desempenho Assistencial; Subárea Satisfação dos Utentes .....	39
Figura 30 - Resultados da Área Serviços; Subárea Serviços de Carácter Assistencial; Dimensão Serviços Assistenciais .....	39
Figura 31 -Resultados da Área Desempenho Serviços; Subárea Serviços de Carácter não Assistencial; Dimensão Governação Clínica .....	40
Figura 32 -Resultados da Área Qualidade Organizacional .....	40
Figura 33 -Resultados da Área Qualidade Organizacional; Subárea Melhoria Continua da Qualidade; Dimensão Melhoria continua qualidade e PAI .....	41
Figura 34 -Resultados da Área Formação Profissional; Subárea Formação Interna; Dimensão Formação da Equipa Multiprofissional .....	42
Figura 35 -Resultados da Área Formação Profissional; Subárea Formação Interna; Dimensão Formação de Internos e Alunos .....	43

## Lista de siglas

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

ULSCB,EPE – Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, Entidade Pública Empresarial

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ERA – Equipa Regional de Apoio

ARSC, IP – Administração Regional de Saúde do Centro

BI CSP – Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários

SDM – Suporte de Dados Mestre

ACES, BIS – Agrupamento de Centros de Saúde da Beira Interior Sul

INE – Instituto Nacional de Estatística

RNU – Registo Nacional de Utentes

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social

PSP – Polícia de Segurança Pública

GNR – Guarda Nacional Republicana

IPCB – Instituto Politécnico de Castelo Branco

EAPN – Rede Europeia Anti Pobreza Portugal

APEF CB – Associação de Profissionais de Educação Física de Castelo Branco

AAL – Associação Amato Lusitano

PAUF – Plano de Ação da Unidade Funcional

PN – Programa Nacional

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNSE – Programa Nacional de Saúde Escolar

PNSPI – Programa Nacional de Saúde das Pessoas Idosas

PNSM – Programa Nacional de Saúde Mental

IDG – Índice de Desempenho Global

SPMS – Serviços Partilhados do Ministério de Saúde

IDS – Índice de Desempenho Sectorial

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

USF – Unidade de Saúde Familiar

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

DE – Diretor Executivo

GAG – Gabinete de Apoio à Gestão

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CLDS - Contratos Locais de Desenvolvimento Social

GRT – Gestão do Regime Terapêutico

RN – Recém Nascidos

CSPR – Centro Social Padres Redentoristas

## *Parte I*

# Introdução



## 1. INTRODUÇÃO

No âmbito da reforma dos Cuidados de Saúde Primários, o Decreto- Lei nº 28/ 2008 de 22 de Fevereiro, criou os Agrupamentos de Centros de Saúde do Serviço Nacional de Saúde e estabeleceu o seu regime de organização e funcionamento. O despacho nº 10143/2009 de 16 de Abril, aprova o Regulamento da Organização e Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade. A missão centra-se na “(...) prestação de cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e actua ainda, na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.”.

O Decreto-Lei nº318/2009 de 2 de Novembro, criou a Unidade Local de Saúde de Castelo Branco por integração do Hospital Amato Lusitano, com os agrupamentos de Centros de Saúde da Beira Interior Sul e do Pinhal Interior Sul.

Ao elaborarmos este relatório seguimos as normas emanadas pela ACSS, no Guia de elaboração de relatórios e no Guião para contratualização no âmbito dos cuidados de saúde primários – 2019.

Como manifestação dos princípios de transparência e visibilidade propostos apresentamos os valores obtidos pela pesquisa no portal do BI CSP e do SDM.



## *Parte II*

# **Caraterização da Unidade de Cuidados na Comunidade de Castelo Branco**

## 2- CARATERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DE CASTELO BRANCO

A Unidade de Cuidados na Comunidade de Castelo Branco, adiante designada por UCC Castelo Branco, é uma unidade elementar de prestação de cuidados de saúde, apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente dedicada às pessoas, e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física funcional ou de doença, que requeira acompanhamento próximo.

Pretendemos contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da área geográfica de intervenção (Concelho de Castelo Branco), visando a obtenção de ganhos em saúde e concorrendo de um modo direto para o cumprimento da missão do ACES BIS e da ULSCB,EPE.

A UCC Castelo Branco é dotada de autonomia organizativa e técnica e integrada numa lógica de rede com as outras unidades funcionais do ACES BIS, da ULSCB,EPE, sem prejuízo da necessária articulação interinstitucional e intersectorial, indispensável à concretização da sua missão. (artigo 2º do Despacho nº 10143/2009, de 16 de Abril).

A sua sede localiza-se nas instalações do Centro de Saúde de São Tiago, situado na Rua Dr. António Sérgio, nº 10, 6000-172 Castelo Branco, com o contacto telefónico 272 340 290, e-mail [ucccastelobranco@gmail.com](mailto:ucccastelobranco@gmail.com) e [ucccastelobranco@ulscb.min-saude.pt](mailto:ucccastelobranco@ulscb.min-saude.pt) e página na internet <https://ucccb.pt/>.

O logótipo da UCC Castelo Branco representando a torre de um castelo, foi criado em 2009, aquando da candidatura, por uma Web designer. A sua justificação, prende-se com o seguinte: “A construção do território passou sempre pela imposição de marcas de presença e de ocupação, como por exemplo, os castelos, as fortalezas e fortins. Mas trata-se, também, de marcas monumentais de grande expressividade retórica. Os castelos e fortalezas eram estruturas funcionais, desempenhando o papel de defesa e de enquadramento da exploração deste ou daquele território, mas também se destinavam a prevalecer na paisagem como sinais de poder e polos de regramento da ocupação populacional.”

A UCC Castelo Branco deixa o seu legado, pelos cuidados de saúde que presta à população do Concelho de Castelo Branco.

A obtenção de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados prestados pelos colaboradores da UCC Castelo Branco, são o seu objetivo prioritário.

## *Parte III*

# Área Geográfica de Influência

### 3- ÁREA GEOGRÁFICA DE INFLUÊNCIA

O concelho de Castelo Branco é a área geográfica da UCC Castelo Branco, com uma área de 1440 Km<sup>2</sup>, insere-se na NUT II Centro e NUT III Beira Interior Sul. Dista 250 Km de Lisboa e 260Km do Porto. Faz fronteira a norte com o concelho do Fundão; a sul com o de Vila Velha de Ródão e com o rio Tejo que o separa da vizinha província espanhola de Cáceres. A oeste o concelho de Castelo Branco é limitado pelos concelhos de Oleiros e Proença-a-Nova e a este pelo concelho de Idanha-a-Nova (como se pode observar no mapa seguinte).

O concelho de Castelo Branco abrange 19 freguesias, com um total de 52703 habitantes, segundo o INE, Anuário Estatístico da Região Centro, 2017.

A única freguesia urbana é a de Castelo Branco. Alcains e União de freguesias de Cebolais de Cima e Retaxo são medianamente urbanas. As restantes são todas rurais: Alameda, Benquerenças, União de freguesias de Póvoa de Rio de Moinhos e Cafede, União de freguesias de Escalos de Baixo e Mata, União de freguesias de Escalos de Cima e Lousa, União de freguesias de Freixial do Campo e Juncal do Campo, Lardosa, Louriçal do Campo, Malpica do Tejo, Monforte da Beira, união de freguesias de Ninho do Açor e Sobral do Campo, Salgueiro do Campo, Santo André das Tojeiras, São Vicente da Beira, Sarzedas, e Tinalhas.

Figura 1 - Mapa do Distrito de Castelo Branco



Fonte: Associação Empresarial de Portugal

## *Parte IV*

# Estrutura da população

## 4- ESTRUTURA DA POPULAÇÃO

De acordo com o RNU em Dezembro de 2018, no concelho de Castelo Branco residiam 53.731 utentes, sendo estes da área de abrangência da UCC Castelo Branco.

Estes utentes encontram-se inscritos nas várias UF: USF Beira Saúde, UCSP de São Tiago, UCSP de São Miguel e UCSP de Alcains (como se pode observar na figura seguinte).

Figura 2 - Distribuição das inscrições nos CSP



Fonte: BI CSP, 2018

A baixa taxa de natalidade aliada ao aumento da esperança de vida contribuem para um aumento do envelhecimento da população e consequentemente dos problemas de saúde que lhe estão associados. Neste contexto, pode-se concluir que a evolução da estrutura etária da população residente no concelho, inicia uma trajetória preocupante em matéria de equilíbrio intergerações, sendo por isso possuidora de impactos económicos e sociais complexos.

O índice de envelhecimento e o índice de dependência são exemplo dessa preocupação, conforme se pode ver na figura anterior. É uma população com um alto

índice de dependência total, 65,49% (maioritariamente à custa do índice de dependência de idosos - 45,95%) e que tem vindo a aumentar.

## *Parte V*

# Missão, Visão e Valores

## 5- MISSÃO, VISÃO E VALORES

**MISSÃO:** prestar cuidados de saúde e de apoio psicológico e social de qualidade ao Cidadão/Família/Comunidade, com um tempo de resposta adequado a cada situação, ao menor custo, sempre norteados pela excelência dos cuidados prestados.

**VISÃO:** assegurar respostas integradas, articuladas, diferenciadas e de proximidade às necessidades em cuidados de saúde da população da área geográfica do concelho de Castelo Branco, contribuindo para a obtenção de ganhos em saúde e melhoria da acessibilidade e equidade.

### **VALORES:**

- Cooperação entre todos os elementos da equipa para a concretização dos objetivos da acessibilidade, da globalidade e da continuidade dos cuidados de saúde;
- Solidariedade e trabalho em equipa;
- Autonomia assente na auto organização funcional e técnica visando o cumprimento do plano de ação;
- Articulação com as outras unidades funcionais da ULSCB,EPE;
- Parceria informal com estruturas da comunidade local (Autarquia, ISS, IPSS, PSP, GNR, IPCB, EAPN, APEF CB, AAL, Associações sem fins lucrativos e outras);
- Avaliação contínua;
- Gestão participativa assente num sistema de comunicação e de relações entre todos os seus colaboradores, promotores de ganhos, motivação e satisfação profissional;
- Foco no Cliente - a organização depende dos seus clientes; logo deve entender as suas necessidades atuais e futuras, satisfazer as suas necessidades e implementar métodos para monitorar a sua perceção quanto aos “produtos e serviços fornecidos”;
- A melhoria contínua é um objetivo permanente da organização e transversal a todos os programas da carteira de serviços. Este princípio garante que, a partir de ações preventivas e corretivas, se caminhe na procura da excelência, através dos produtos e processos.

## *Parte VI*

# **Inibições decorrentes da necessidade de cumprir o compromisso assistencial da UCC Castelo Branco**

## **6- INIBIÇÕES DECORRENTES DA NECESSIDADE DE CUMPRIR O COMPROMISSO ASSISTENCIAL DA UCC CASTELO BRANCO**

Os objetivos definidos no PAUF da UCC Castelo Branco para todos os programas da carteira de serviços, só podem ser cumpridos se os recursos humanos e materiais necessários à execução dos mesmos forem atribuídos pelo Conselho de Administração da ULSCB,EPE.

## *Parte VII*

# Identificação dos Colaboradores

## 7- IDENTIFICAÇÃO DOS COLABORADORES

A UCC Castelo Branco atualmente é constituída por uma equipa multidisciplinar identificada no quadro 1.

QUADRO 1 - Distribuição dos colaboradores da UCC Castelo Branco por grupo profissional

Nome do colaborador	Grupo Profissional
Maria Odete Ribeiro	Enfermeiro Chefe
Coelho Vicente	Coordenadora da UCC Castelo Branco
Luísa Margarida Ventura	Enfermeiro Especialista de Reabilitação
Cardoso Gomes Pereira	
Isabel Maria Dias	Médico Pós Graduado em Cuidados Paliativos
Antunes	
Nelson Gravelho Cardoso	Enfermeiro
Maria da Graça G. David	Higienista Oral
Coelho e de A. Moura	
João Manuel Andrade	Assistente Operacional
Curado Sal	
Maria Carmo Gonçalves	Farmacêutico
Maria Valentina Almeida	Enfermeiro Mestre em Cuidados Paliativos
Santos Gonçalves	
Serviço Social da ULSCB,EPE	Assistente Social
Psicólogo da ULSCB,EPE	Psicólogo
Nutricionista da ULSCB,EPE	Nutricionista

Fonte: UCC Castelo Branco, 2018

Em março de 2018 foi colocado mais um enfermeiro na equipa da UCC Castelo Branco, não tendo sido alterado o PAUF porque o mesmo já tinha sido submetido em fevereiro do referido ano, e não permitiu editar.

Os profissionais abaixo designados, embora não contemplados na distribuição dos colaboradores da UCC Castelo Branco, são marcantes para o alcance do nosso objetivo:

- Dois elementos com CEI do IEPF de Castelo Branco – Francisco José Gil Gomes até março e José Carlos Ribeiro Gomes desde abril;
- Duas Assistentes Operacionais no serviço de esterilização no horário das 8h00 às 20h00 – Maria da Conceição Lourenço Ribeiro Santos e Augusta Gama Pires Martins;
- Um segurança desde agosto – Nuno Alexandre Laranjeira Pedro;
- Um Interno de Medicina Geral e Familiar – Andréa Bevin Rodriguez;
- A higienização das instalações são assegurados no Centro de Saúde de São Tiago em todo o horário de funcionamento do mesmo, por elementos com CEI do IEPF de Castelo Branco e por uma empresa privada.



## *Parte VIII*

# **Problemas e objetivos identificados no PAUF**

## 8- PROBLEMAS E OBJETIVOS IDENTIFICADOS NO PAUF

### **Problema 1:**

Diabetes Mellitus (Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes; Promoção da Atividade Física, Saúde e Bem Estar).

### **Objetivos**

Diminuir a prevalência da diabetes tipo 2, no concelho de Castelo Branco nos próximos 10 anos. (Intervenção comunitária destinada à população em geral visando a prevenção da Diabetes Mellitus tipo 2.

Realização de ações de literacia em saúde dirigidas à população, no âmbito da promoção da Atividade física sobre estilos de vida saudáveis e factores de risco. Realização de rastreios da diabetes entre os grupos de risco acrescido de diabetes tipo 2.

Identificação de grupos de risco através da aplicação do questionário "Findrisk", com seguimento/encaminhamento.

Elaborar e divulgar à comunidade manual/flyer de boas práticas: Promoção da Atividade Física, Saúde e Bem Estar e hábitos alimentares corretos.)

### **Problema 2:**

Hipertensão Arterial (Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares; Promoção da Atividade Física, Saúde e Bem Estar).

### **Objetivos**

Reduzir a incidência de enfarte do miocárdio e de AVC, particularmente abaixo dos 65 anos no concelho de Castelo Branco nos próximos 10 anos. (Aumentar a proporção de

hipertensos que se encontram diagnosticados e controlados;

Reduzir a prevalência de fumadores;

Reduzir a prevalência de obesos;

Aumentar a prevalência de indivíduos com hábitos regulares de exercício físico);

Realização de ações de literacia em saúde dirigidas à população, no âmbito da promoção da Atividade Física sobre estilos de vida saudáveis e fatores de risco.

### **Problema 3:**

Abuso do tabaco (PN - Prevenção e Controlo do Tabagismo; PNSIJ, PNSE).

### **Objetivos**

Reduzir a prevalência do consumo de tabaco na população do concelho de Castelo Branco nos próximos 10 anos.

Prevenir a iniciação do consumo de tabaco nos jovens.

Promover e apoiar a cessação tabágica.

Realização de ações de literacia em saúde dirigidas à comunidade sobre prevenção do tabagismo; riscos associados ao consumo e à exposição ao fumo ambiental (campanhas informativas e educativas na rua; nos estabelecimentos de ensino envolvendo os alunos, os professores, os pais e encarregados de educação e a restante comunidade educativa; nos locais de trabalho), no âmbito da promoção de uma vida livre sem tabaco.

Promover o abandono do consumo de tabaco e apoiar a cessação tabágica.

Desenvolver projetos e iniciativas de âmbito populacional, com os vários parceiros comunitários.

**Problema 4:**

Abuso do Álcool e Substâncias psicoativas; Perturbações depressivas; Suicídio (PNSE, PNSIJ, PNSPI, PNSM).

**Objetivos**

Reduzir o impacto das perturbações mentais e contribuir para a promoção da saúde mental da comunidade.

Articular com estruturas da comunidade (Comissões de Protecção de Crianças e Jovens em Risco; Equipas de Intervenção Precoce; Instituições de acolhimento para crianças em risco; Centros de Atendimento a Toxicodependentes).

Realização de ações de literacia em saúde dirigidas à população, no âmbito da promoção da saúde mental (Prevenção nas áreas da depressão e suicídio; Projeto + Contigo no 3º ciclo do Ensino Básico; Prevenção dos maus tratos na Infância; Prevenção dos maus tratos no Idoso; Prevenção do Burnout).

**Problema 5**

Doenças do aparelho circulatório e respiratório (PNSPI; Promoção da Atividade Física, Saúde e Bem Estar).

Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (Aumentar a segurança na utilização da medicação; Prevenir a ocorrência de quedas; Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão).

**Objetivos**

Promover um envelhecimento ativo, ao longo de todo o ciclo de vida.

Reduzir o número de ocorrências relacionadas com erro de medicação.

Implementar práticas seguras no âmbito dos medicamentos de alto risco.

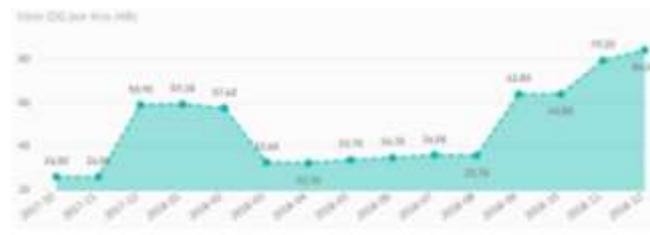
Implementar práticas seguras no âmbito da reconciliação terapêutica.

Implementar práticas para a prevenção e redução da ocorrência de quedas.

Implementar práticas para prevenir, avaliar e tratar úlceras de pressão.

Face aos problemas identificados foram desenvolvidas atividades específicas constantes do PAUF, com vista à melhoria contínua de cuidados nas diferentes sub-dimensões, que permitiram alcançar um IDG de 84 (conforme figura 2).

Figura 3 -Valor de IDG por Ano- Mês





## *Parte IX*

# Plano de Ação

## 9- PLANO DE AÇÃO

### 9.1. DESEMPENHO ASSISTENCIAL

Desde o início de atividade da UCC Castelo Branco que os colaboradores prestam cuidados de excelência e de qualidade efetuando os registos corretos nas diferentes plataformas informáticas. Informámos sempre a gestão de topo das inúmeras dificuldades que verificávamos, e inúmeras vezes reportamos os problemas (falta de dados/valores) ao SERVICEDESK / SPMS. No dia 7 de agosto de 2018, finalmente, foi

descoberto o porquê da ausência de dados como se observa na figura 3. Desde já os nossos agradecimentos a quem resolveu o problema.

Após muitas “BATALHAS” começou a ser “demonstrado ao exterior”, o resultado do esforço e dedicação do trabalho em equipa, e, desde agosto de 2018 a visualização dos resultados ser uma realidade.

Figura 4 -Resposta do SERVICEDESK/SPMS



### 9.1.1 ACESSO

Tivemos um IDS em dezembro 2018 de 82.

Figura 5 -Valor do IDS na Área Desempenho Assistencial

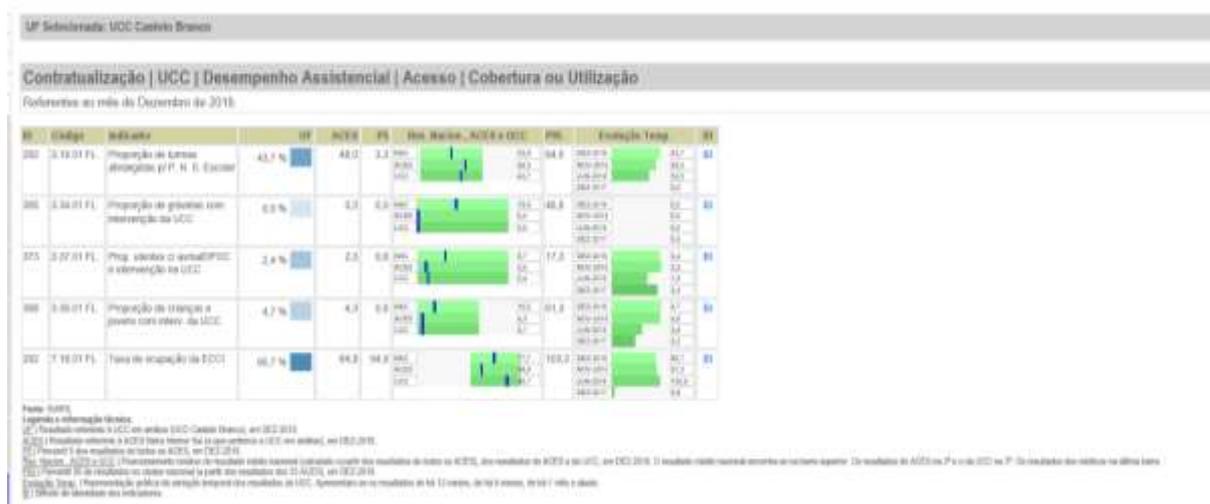
Área	Valor IDS
<b>Desempenho Assistencial</b>	<b>71,10</b>
<b>Acesso</b>	<b>82,00</b>
Cobertura ou Utilização	40,00
Distribuição da Atividade	100,00
Tempos Máximos de Resposta Garantidos	100,00

Fonte: BI CSP, 2018

Conforme se irá visualizar nas figuras seguintes, a UCC Castelo Branco na Área Desempenho Assistencial, Subárea Acesso nas diferentes Dimensões, que têm a ver com

a prestação direta dos cuidados, os resultados encontram-se acima da média nacional, permitindo um score de 2 na avaliação do BI CSP.

Figura 6 -Resultados da Área Desempenho Assistencial Subárea Acesso; Dimensão Cobertura ou Utilização



Fonte: SDM, 2018

Figura 7 -Indicadores da dimensão Cobertura ou Utilização

Cód. Indicador	Designação Indicador (+/0/-)	Tipo	Excluído	ICG	Mês Ind	Mín. Acert	Mín. Esper	Máx. Esper	Máx. Acert	Resultado	Score
2013.282.01 FL	282 - Proporção de turmas abrangidas p/ P, N, S. Escolar	FL		S	201812	15,00	20,00	100,00	100,00	45,980	3,30
2013.292.01 FL	292 - Taxa de ocupação da UCC	FL		S	201812	70,00	80,00	100,00	100,00	90,684	3,30
2017.366.01 FL	366 - Proporção de grávidas com intervenção da UCC	FL		S	201812	25,00	35,00	100,00	100,00	0,000	0,00
2017.368.01 FL	368 - Proporção de crianças e jovens com inters. da UCC	FL		S	201812	7,00	15,00	100,00	100,00	-4,676	0,00
2017.373.01 FL	373 - Prop. utentes c/ asma/DPOC e intervenção na UCC	FL		S	201812	10,00	20,00	100,00	100,00	2,421	0,00

Fonte: BI CSP, 2018

Figura 8 -Resultados da Área Desempenho Assistencial; Subárea Acesso; Dimensão distribuição da Atividade



Fonte: SDM, 2018

Figura 9 -Indicadores da dimensão distribuição da Atividade

Cód. Indicador	Designação Indicador (+/0/-)	Tipo	Excluído	ICG	Mês Ind	Mín. Acert	Mín. Esper	Máx. Esper	Máx. Acert	Resultado	Score
2013.279.02 FL	279 - Proporção VD enfermagem fim-de-semana e feriado	FL		S	201812	6,00	8,00	30,00	30,00	9,728	3,30
2013.281.01 FL	281 - Número médio visitas illness, por utente, por mês	FL		S	201812	8,00	10,00	31,00	31,00	-13,050	3,30
2017.388.01 FL	388 - Proporção de consultas não presenciais na UCC	FL		S	201812	5,00	10,00	30,00	30,00	10,774	3,30

Fonte: BI CSP, 2018

Figura 10 -Resultados da Área Desempenho Assistencial; Subárea Acesso; Dimensão Tempos Máximos de Resposta Garantidos



Fonte: SDM, 2018

Figura 11 -Indicadores da dimensão Tempos Máximos de Resposta Garantidos

Cód. Indicador	Designação Indicador (+/0/-)	Tipo	Excluído	ICG	Mês Ind	Mín. Acert	Mín. Esper	Máx. Esper	Máx. Acert	Resultado	Score
2013.280.01 FL	280 - Proporção ute. avial.equit. multip. prim. 48h	FL		S	201812	50,00	60,00	100,00	100,00	76,923	3,30

Fonte: BI CSP, 2018

Em relação aos indicadores: “Proporção de grávidas com intervenção da UCC” e “Proporção de utentes com Asma/DPOC e intervenção na UCC” os mesmos nunca foram contratualizadas, nem fazem parte de nenhum programa da carteira de serviços da UCC Castelo Branco.

No que concerne ao indicador de “Crianças e Jovens com intervenção na UCC” deparámos com uma incorreção grave, porque no denominador estão incluídas todas as

unidades funcionais do ACES, BIS com utentes inscritos: Concelho de Idanha a Nova; Concelho de Penamacor; Concelho de Vila Velha de Ródão e Concelho de Castelo Branco, sendo que, como já foi referido, a área geográfica da UCC Castelo Branco é só o Concelho de Castelo Branco. Tal incorreção prejudica gravemente o resultado no IDS e IDG da unidade, tendo o mesmo sido reportado à SPMS este mês. Até à data ainda não obtivemos resposta.

### 9.1.2 GESTÃO DA SAÚDE

Tivemos um IDS em dezembro 2018 de 50.

Figura 12 -Valor do IDS na Subárea Gestão da Saúde

<b>Gestão da Saúde</b>	<b>50,00</b>
Saúde Reprodutiva	50,00

Fonte: BI CSP, 2018

Em relação ao indicador “Proporção de crianças com amamentação exclusiva 6M” este depende dos diagnósticos/focos e registos efetuados no SAM e SAPE no SClínico dos colaboradores das UCSP's e USF, verificando-se resultados abaixo da média nacional conforme figura abaixo, afetando negativamente o valor de IDS da UCC Castelo Branco.

Figura 13 -Resultados da Área Desempenho Assistencial; Subárea Gestão da Saúde ; Dimensão Saúde Reprodutiva



Fonte: SDM, 2018

Figura 14 -Indicadores da dimensão Saúde Reprodutiva

Cód. Indicador	Designação Indicador (+ID)	Tipo	Exclusão	IDG	Mês Ind	Min. Aceit	Min. Esper	Máx. Esper	Máx. Aceit	Resultado	Score
2017.370.01 FL	370 - Proporção de crianças com amamentação exclusiva 6M	FL	12	S	201810	15,00	20,00	100,00	100,00	0,000	0,00
2017.375.01 FL	375 - Proporção de RN de termo, de baixo peso	FL		S	201812	0,00	0,00	1,50	1,60	0,000	2,00

Fonte: BI CSP, 2018

Figura 15 -Resultados da Área Desempenho Assistencial; Subárea Gestão da Saúde ; Dimensão Saúde do Idoso



Fonte: SDM, 2018

Embora não diretamente influenciado pela prestação direta da UCC Castelo Branco na dimensão saúde do adulto da Subárea Gestão

da Saúde, tivemos um bom resultado em relação à media nacional.

### 9.1.3 GESTÃO DA DOENÇA

Tivemos um IDS em dezembro 2018 de 52,5.

Figura 16 - Valor do IDS na Subárea Gestão da Doença

<b>Gestão da Doença</b>	<b>52,50</b>
Abordagem Paliativa	100,00
Doença Crónica	0,00
ECCI	62,50
Reabilitação	100,00
Saúde Mental	0,00

Fonte: BI CSP, 2018

Como em qualquer Unidade/Serviço só encontradas e melhorar a prestação de avaliando os aspetos menos positivos se cuidados. consegue debater as dificuldades

Figura 17 -Resultados da Área Desempenho Assistencial; Subárea Gestão da Doença; Dimensão Reabilitação



Fonte: SDM, 2018

Figura 18 -Indicadores da Dimensão Reabilitação

Cód. Indicador	Designação (Indicador + IDS)	Tipo	Destacado	IDG	Mês Ref	Mês Acert	Mês Esper	Mês Esper	Mês Acert	Resultado	Score
2017,107,01 FL	367 - Proporção de utentes com melhorias funcionais	FL		5	201812	50,00	60,00	100,00	100,00	65,000	4,00

Fonte: BI CSP, 2018

Figura 19- Resultados da Área Desempenho Assistencial; Subárea Gestão da Doença; Dimensão Abordagem Paliativa



Fonte: SDM, 2018

Figura 20 -Indicadores da Dimensão Abordagem Paliativa

Cód. Indicador	Designação Indicador (HDS)	Tipo	Exatidão	UDG	Mês/Ano	Mín. Acert	Mín. Esper	Máx. Esper	Máx. Acert	Resultado	Score
2017.367.01 FL	367 - Proporção utentes c/ ganhos no controlo da dor	FL		S	201812	30,00	40,00	100,00	100,00	99,090	0,96
2017.368.01 FL	368 - Prop. utentes c/ melhoria no controlo de sintomas	FL		S	201812	40,00	50,00	100,00	100,00	92,857	0,96

Fonte: BI CSP, 2018

Figura 21-Resultados da Área Desempenho Assistencial; Subárea Gestão da Doença; Dimensão Saúde Mental



Fonte: SDM, 2018

Figura 22- Indicadores da Dimensão Saúde Mental

Cód. Indicador	Designação Indicador (HDS)	Tipo	Exatidão	UDG	Mês/Ano	Mín. Acert	Mín. Esper	Máx. Esper	Máx. Acert	Resultado	Score
2017.376.01 FL	376 - Prop. utentes c/ ganho gestão stress presc. cuid.	FL		S	201812	50,00	60,00	100,00	100,00	30,232	0,36

Fonte: BI CSP, 2018

Tendo a maioria dos prestadores de cuidados idade igual ou maior a 65 anos, e estando 24 horas em permanente contacto com o utente, não se avizinha fácil a redução do stress, independentemente das ações de literacia em

saúde efetuadas, nomeadamente técnicas de relaxamento entre outras. No entanto mantemos a pertinência de alcançar um melhor resultado no futuro.

Figura 23- Resultados da Área Desempenho Assistencial; Subárea Gestão da Doença; Dimensão Doença Crónica



Fonte: SDM, 2018

Figura 24- Indicadores da Dimensão Doença

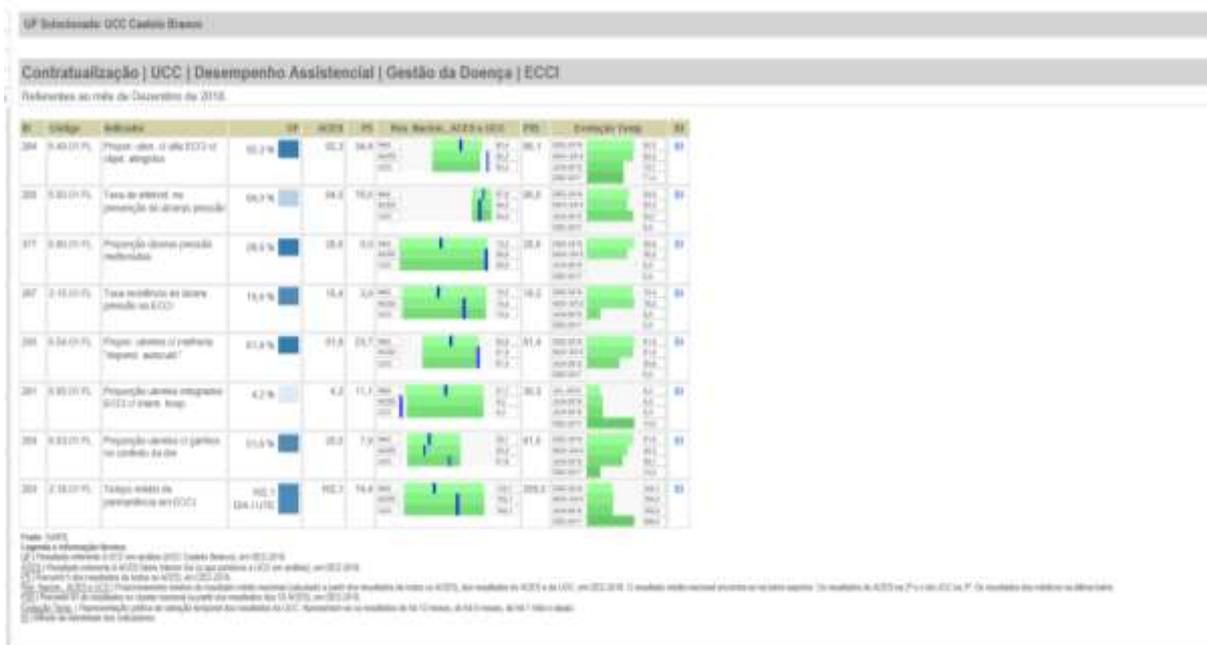
Cód. Indicador	Designação Indicador (HDS)	Tipo	Exatidão	UDG	Mês/Ano	Mín. Acert	Mín. Esper	Máx. Esper	Máx. Acert	Resultado	Score
2016.329.01 FL	329 - Taxa de resolução da ineficácia/compromisso na GRT	FL		S	201812	50,00	60,00	100,00	100,00	33,333	0,36

Fonte: BI CSP, 2018

Sendo a maioria dos utentes idosos e polimedicados, a correta Gestão do Regime Terapêutico é difícil de gerir, no entanto contamos com um esforço acrescido de todos

os colaboradores da UCC Castelo Branco, onde se inclui a farmacêutica da ULSCB, EPE. Contamos em 2019 alcançar pelo menos um Score de 1.

Figura 25- Resultados da Área Desempenho Assistencial; Subárea Gestão da Doença; Dimensão ECCI



Fonte: SDM, 2018

Figura 26 - Indicadores da Dimensão ECCI

ID	Indicador	UF	ACD	PS	Res. Assist. ACD e ECCI	PS	Desempenho (Tudo)			
2013.204.01 FL	204 - Proporc. utenc. c/ alta ECCI c/ objet. atingidos	FL	\$	201812	60,00	70,00	100,00	100,00	92,307	1,00
2013.205.01 FL	205 - Taxa de efetivid. na prevenção de úlceras pressão	FL	\$	201812	80,00	85,00	100,00	100,00	84,000	1,00
2013.207.01 FL	207 - Taxa incidência de úlceras pressão na ECCI	FL	\$	201812	0,00	0,00	15,00	20,00	15,384	1,00
2013.208.01 FL	208 - Proporção utentes c/ ganhos no controlo da dor	FL	\$	201812	40,00	50,00	100,00	100,00	49,612	1,00
2013.209.01 FL	209 - Proporc. utentes c/ melhoria "depend. autocuid."	FL	\$	201812	30,00	60,00	100,00	100,00	61,818	1,00
2013.291.01 FL	291 - Proporção utentes integrados ECCI c/ intern. hosp.	FL	\$	201812	0,00	0,00	15,00	20,00	0,000	1,00
2013.293.01 FL	293 - Tempo médio de permanência em ECCI	FL	\$	201812	15,00	30,00	120,00	140,00	152,111	1,00
2017.377.01 FL	377 - Proporção úlceras pressão melhoradas	FL	\$	201812	40,00	50,00	100,00	100,00	28,571	1,00

Fonte: BI CSP, 2018

Por serem utentes e prestadores idosos, a relação terapêutica estabelecida vai para além do cumprimento de indicadores, tornando-se difícil dar “Alta” para as outras UF, num curto espaço de tempo, o que implica ultrapassar o número de dias em permanência em ECCI, demonstrado com um

IDS de 0. No entanto, não pretendemos alterar a prestação de excelência dos colaboradores da UCC Castelo Branco, só para melhorar o score de 0.

Relativamente ao indicador “Proporção úlceras pressão melhoradas”: quando o utente é referenciado para a ECCI pelas UF



Figura 29 – Resultados da Área Desempenho Assistencial; Subárea Satisfação dos Utentes

Fonte: SDM, 2018

## 9.2 SERVIÇOS

### 9.2.1 SERVIÇOS DE CARÁTER ASSISTENCIAL

Para atingirmos os valores esperados efetuamos alargamento de horário (sem incentivos financeiros) para dar resposta às solicitações dos diversos parceiros informais, e também, assegurar a continuidade da

prestação de cuidados aos utentes da ECCI, num total de 320 horas.

Figura 30 - Resultados da Área Serviços; Subárea Serviços de Carácter Assistencial; Dimensão Serviços Assistenciais

Fonte: SDM, 2018

## 9.2.2 SERVIÇOS DE CARÁTER NÃO ASSISTENCIAL

Figura 31 -Resultados da Área Desempenho Serviços; Subárea Serviços de Caráter não Assistencial; Dimensão Governação Clínica

ID	Código	Descrição	UF	ACES	PS	Des. Monitor. ACES e UCC	PS	Indicador Temp.	SI
300	3.10.01.FL	Curso formação "serviço não assist. por UCC ACES"	UF	ACES	PS	Des. Monitor. ACES e UCC	PS	Indicador Temp.	SI
301	3.10.01.FL	Curso formação "serviço não assist. por UCC ACES"	UF	ACES	PS	Des. Monitor. ACES e UCC	PS	Indicador Temp.	SI

Fonte: SDM, 2018

A Coordenadora da UCC Castelo Branco esteve presente em todas as reuniões de governação clínica marcadas pelo DE do ACES, BIS;

Foram realizadas 4 reuniões do Conselho Geral da UCC Castelo Branco;

Mensalmente foram realizadas reuniões de equipa, onde foram discutidos casos clínicos, problemas da unidade e sua resolução, e

todos os temas que os colaboradores consideraram pertinentes.

Estivemos presentes na Reunião dos CSP em Anadia (19-07-2018).

Foi ainda realizada uma reunião extraordinária da UCC Castelo Branco, com o DE do ACES BIS, e a responsável do GAG da ULSCB, EPE (26-11-2018).

## 9.3 QUALIDADE ORGANIZACIONAL

Foi revisto o “Manual de acolhimento do utente”, o “Guia de acolhimento do utente” e o “Manual de acolhimento para novos colaboradores”.

Foram elaborados um conjunto de normas/procedimentos para uniformização dos registos no Sclínico.

Figura 32 -Resultados da Área Qualidade Organizacional

ID	Código	Descrição	UF	ACES	PS	Des. Monitor. ACES e UCC	PS	Indicador Temp.	SI
301	3.11.01.FL	Curso formação "manuais de qualidade assist."	UF	ACES	PS	Des. Monitor. ACES e UCC	PS	Indicador Temp.	SI
302	3.11.01.FL	Curso formação "manuais de qualidade assist."	UF	ACES	PS	Des. Monitor. ACES e UCC	PS	Indicador Temp.	SI

Fonte: SDM, 2018

### 9.3.1 MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

No ano de 2018 tivemos uma auditoria efetuada pela ERA da ARS Centro (anexo 1). As não conformidades imputadas à UCC Castelo Branco estão resolvidas. As não

conformidades imputadas ao Conselho de Administração da ULSCB, EPE ainda aguardam resolução.

Figura 33 -Resultados da Área Qualidade Organizacional; Subárea Melhoria Contínua da Qualidade; Dimensão Melhoria contínua qualidade e PAI

Objeto	Indicador	UF	ACIS	PI	Res. Resolva. ACIS a 10/11	PIB	Evolução Temp.	UF
UCC	UCC de atendimento telefónico com qual. a PVF	23			100%	100%	100%	23

Fonte: SDM, 2018

### 9.3.2 SEGURANÇA

No ano de 2018 a todos os Utentes admitidos na UCC Castelo Branco foram avaliados os seguintes parâmetros:

- Risco de Quedas (Escala de quedas de *Morse*): implementadas medidas corretivas. Não houve quedas a registar. Verificou-se num elevado número de utentes a redução do risco de queda no momento da alta;

- Prevenção de Úlceras de Pressão (Escala de *Braden*): Implementadas medidas corretivas. Diminuição da incidência e prevalência de úlceras de pressão;
- No âmbito da segurança de profissionais não foi registado nenhum acidente/incidente em serviço.

### 9.3.3 CENTRALIDADE NO CIDADÃO

Está previsto no Regulamento Interno da UCC Castelo Branco o tratamento a efectuar às reclamações, críticas e sugestões, onde está explanado a análise e discussão em reunião geral, e destas, dar sempre resposta ao reclamante, no prazo consignado na lei. Com grande orgulho afirmamos que desde o início

de atividade (03-02-2014) não tivemos nenhuma reclamação.

Contudo, foram dirigidos à UCC Castelo Branco, cinco “Elogios/Agradecimentos” durante o ano de 2018. Oralmente e via SMS são vários os elogios e agradecimentos recebidos.



### 9.4.1.2 FORMAÇÃO DE INTERNOS E ALUNOS

Todos os enfermeiros colaboram na orientação do ensino clínico a alunos do curso de licenciatura em enfermagem.

Durante o ano de 2018 estiveram em formação:

- 4 alunos do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias;
- 2 alunos do 3º ano da Escola Superior de Saúde do Instituto

Politécnico de Portalegre;

- 1 aluna Finlandesa do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem no âmbito do Programa de Mobilidade Erasmus;
- 1 Interna da Especialidade de Medicina Geral e Familiar, cuja tutoria é da responsabilidade da médica da UCC Castelo Branco.

Figura 35 -Resultados da Área Formação Profissional; Subárea Formação Interna; Dimensão Formação de Internos e Alunos

Fonte: SDM, 2018

### 9.4.2 FORMAÇÃO EXTERNA

No ano de 2018 os colaboradores da UCC Castelo Branco participaram nas seguintes formações efetuando sempre um resumo para partilhar com a equipa:

- 1º Congresso Internacional de Cuidados Paliativos de Castelo Branco (23 e 24-02-2018);
- “Cuidados Paliativos Pediátricos” (13-04-2018);
- Formação “+ Contigo” (22-05-2018);
- Diabetes no Centro (06-06-2018);
- Suporte Básico de Vida e Desfibrilhação Automática Externa (11-07-2018);
- Atendimento ao público (12-07-2018);
- As doenças degenerativas no séc XXI, aspetos teóricos e práticos (19-10-2018);
- Help2Care (17-12-2018).

## 9.5 ATIVIDADE CIENTÍFICA

Como palestrantes, os colaboradores da UCC Castelo Branco estiveram presentes nas seguintes comunicações livres:

- Coaching Parental (23-02-2018);
- Violência na Intimidade (06-04-2018);
- Educar para capacitar – A Visão da UCC CASTELO BRANCO (18-05-2018);
- Prevenção do Burnout (28-06-2018);
- Como cuidar de quem cuida (20-09-2018);
- Os contributos no projecto da AAL-CLDS 3G para a consolidação do trabalho em Parceria (12-12-2018);
- A outra vida para além dos Videojogos (15-12-2018).

Concorremos ao Prémio das Boas Práticas de Envelhecimento Ativo e Saudável da Região Centro (24-09-2018).

Elaboramos o poster do “Prémio das Boas Práticas de Envelhecimento Ativo e Saudável da Região Centro” (09-11-2018).

Quando entendemos ser pertinente os artigos escritos da nossa autoria são colocados na nossa página <https://ucccb.pt/>.

## 9.6 OUTROS ASSUNTOS

A UCC Castelo Branco efetuou atividades/intervenções na Comunidade com os diferentes parceiros:

- Comemoração do 4º Aniversário da UCC Castelo Branco (3-2-2018);
- Corta-Mato Distrital, integrado no Desporto Escolar Distrital (05-02-2018);
- III Feira Social *In*, integrado no projeto CLDS - 3G da Associação Amato Lusitano (19 a 22-04-2018)
- Marcha pelo Coração, organizado pela APEF CB; (27-05-2018)
- VII Edição da Semana da Saúde e Bem estar, realizado no Fórum de Castelo Branco (24 a 29-09-2018);
- Comemoração do dia Internacional das Pessoas Idosas, no Centro de convívio do Palvarinho e no Centro de Dia dos Lentiscais (01-10-2018);
- Escola e Vila em Movimento em Alcains, com o Agrupamento de Escolas José Sanches (28-10-2018);
- Projeto Acerte o Passo, realizado nas 1ª terças-feiras de cada mês, durante todo o ano, com a APEF CB;
- Abril - Mês de Prevenção dos Maus Tratos na Criança, distribuição da história do Laço Azul, e Laços Azuis em Castelo Branco com a colaboração da Escola CSPR.

## *Parte X*

# Conclusão

## 10. CONCLUSÃO

Da análise do IDG foi possível identificar alguns pontos que carecem de melhorias, como foi exposto anteriormente, tendo sempre presente a excelência da qualidade dos cuidados prestados pelos colaboradores da UCC Castelo Branco:

- ✓ Tempo médio de permanência em ECCI;
- ✓ Taxa de resolução da ineficácia/compromisso na GRT;
- ✓ Proporção de crianças e jovens com intervenção da UCC;
- ✓ Proporção de utentes com ganhos gestão stress prestador de cuidados;
- ✓ Proporção de úlceras de pressão melhoradas;
- ✓ Proporção de grávidas com intervenção da UCC;
- ✓ Proporção de utentes com Asma/DPOC e intervenção na UCC;
- ✓ Proporção de crianças com amamentação exclusiva 6M.

Em relação aos três últimos pontos, somos de opinião que deveriam ser excluídos do IDG da UCC Castelo Branco, pelo facto de não terem sido contratualizados.

Como foi referido anteriormente os resultados menos positivos foram para nós um momento de aprendizagem.

A UCC Castelo Branco na Área do Desempenho nomeadamente na subárea Gestão da Saúde, Gestão da Doença e Intervenção Comunitária, desenvolve

inúmeras atividades que não estão esplanadas na contratualização.

O ano de 2018, foi o ano de consolidação e reconhecimento do trabalho, esforço e dedicação dos colaboradores da UCC Castelo Branco. Depois de inúmeras dificuldades com que nos deparamos, mas sempre com a capacidade de as superarmos, ver explanado no BI CSP os valores reais do IDG da nossa Unidade, acrescentaram ânimo à equipa. No entanto estamos cientes que, trouxe uma responsabilidade acrescida para mantermos os padrões de qualidade que até aqui nos temos esforçado por atingir.

Em termos de sugestões de melhoria há a registar:

- Maior discussão dos problemas em equipa e maior empenho enquanto equipa;
- Melhoria na contratualização, nomeadamente indicadores que permitam contabilizar toda a atividade desenvolvida;
- Uniformização do método de trabalho em toda a equipa;
- Obras de requalificação do espaço físico da Unidade;
- Alocação dos Recursos Humanos necessários;
- Aquisição de material;
- Mais esforço na qualidade.

## *Parte XI*

## **Anexos**

## ANEXO 1 – RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO UCC

<b>RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO UCC</b>
--

<b>Identificação da unidade:</b> <b>UCC Castelo Branco</b> <b>ACES:</b> Beira Interior Sul – ULS de Castelo Branco, EPE <b>CS:</b> S.Tiago <b>Coordenador(a) em exercício:</b> Maria Odete Ribeiro Coelho Vicente <b>Data de emissão do parecer técnico:</b> 01.08.2013 <b>Data de início de atividades:</b> 03.02.2014 <b>Tempo de atividade:</b> 4 anos, 2 meses	<b>Relatório de acompanhamento n.º 4</b> <b>Data da visita de acompanhamento:</b> 03.04.2018 <b>Equipa de acompanhamento:</b> Cristina Crespo Maria de Lurdes Santos
--	--

<b>Critérios de análise sistematizados nos seguintes capítulos:</b>  <b>Capítulo I – Equipa Multiprofissional e População</b> <b>Capítulo II – DiOr-UCC: critérios de monitorização e de avaliação</b> <b>Capítulo III – DiOr-UCC: critérios de monitorização e de avaliação resolvidos</b> <b>Capítulo IV- Notas finais:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aspectos relevantes</li> <li>• Recomendações à Administração (ACeS/ARS)</li> </ul>	<b>ÂMBITO: GESTÃO DA QUALIDADE</b>  <b>REFERENCIAIS DE ANÁLISE:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Despacho 10143/2009, 16 de abril</li> <li>b) Parecer Técnico da ERA</li> <li>c) Grelha Acompanhamento das UCC</li> <li>d) Guia de Acompanhamento das UCC</li> <li>e) Regulamento Interno da UCC</li> <li>f) Plano de Ação da UCC</li> <li>g) Plano de Acompanhamento Interno</li> <li>h) Plano Anual de Formação</li> </ol> <b>RECOLHA DE INFORMAÇÃO:</b> Observação direta Entrevista Análise documental Infraestruturas (instalações e equipamentos)
--	---

No presente relatório de acompanhamento são identificados os critérios de monitorização e de avaliação, cuja evidência demonstrou estarem como não verificados à luz do referencial Guia de Acompanhamento - UCC, e aqueles cuja verificação comprova potencial de melhoria. Documentam-se ainda os critérios de monitorização e de avaliação considerados como não verificados no último relatório de acompanhamento, cuja verificação evidencia a sua resolução.

São considerados os critérios sinalizados como não verificados no último relatório de acompanhamento, os avaliados no decurso da visita de acompanhamento pela equipa da ERA e os assinalados pela UCC, na sua autoavaliação, como não cumpridos.

Numa perspetiva de melhoria contínua, a resolução das não conformidades sinalizadas requer investimento por parte de todos os intervenientes, com a implementação das devidas medidas corretivas.

Legenda	<b>NRCP</b>	Não Conformidade Repetida	Critério não verificado sinalizado no último relatório de acompanhamento
	<b>NC</b>	Não Conformidade	Critério não verificado
	<b>OP</b>	Oportunidade de Melhoria	Critério com potencial de melhoria

UCC Castelo Branco

Relatório Acompanhamento n.º 4

30 abril de 2018

Pág. 1 de 12

## CAPÍTULO I – EQUIPA PROFISSIONAL E POPULAÇÃO

Grupo profissional	Número	Condições de vínculo	Total de horas
Enfermagem	3	CTFPTI	105h/semana
Medicina	1	CTFPTI	6h/semana
Assistente Operacional	1	CIT	40h/semana

**População Residente: 53317 habitantes** (jun 2016 - PORDATA)

**População Inscrita (CS de Castelo Branco): 56120** (SIARS, março de 2018)

**N.º Enfermeiro Equivalente: 3**

**Rácio por profissional (atual): 1 enfermeiro / 17772 habitantes**

- Densidade populacional do concelho: 37,1 habitantes/km<sup>2</sup> (valor nacional de 112,3);
- Índice de Dependência Total do concelho: 59% (valor nacional de 53,2%);
- Índice de Envelhecimento do concelho: 199,1% (valor nacional de 143,9%);
- Taxa Bruta de Mortalidade no concelho: 12,2 ‰ (valor nacional de 10,5‰);
- Taxa Bruta de Natalidade no concelho: 7‰ (valor nacional de 8,3‰).

Fonte: PORDATA, 2016

Em anexo (ANEXO B): Listagem nominal dos elementos da equipa multiprofissional atual

**OBSERVAÇÕES:**

Desde o último acompanhamento pela equipa da ERA, a 24.05.2016, ocorreram alterações significativas, no que concerne aos recursos humanos. Houve a saída dos Enfermeiros Paulo Jorge Robalo e Cláudia Isabel Prata que, desde maio de 2016, deixaram de alocar horas à UCC Castelo Branco.

Dia 19 de março de 2018 integrou a equipa da UCC Castelo Branco a Enf. Valentina Almeida Santos Gonçalves, que está ainda em período experimental e irá sair o Enf. Nelson Gravelho.

Ocorreu a saída da TSSS Paula Maria Cardoso, em agosto de 2017 e, desde então, existe a disponibilidade da ULS Castelo Branco em dar respostas às necessidades identificadas por solicitação pontual da equipa, (de referir que a resposta é dado por profissionais diferentes).

A nível da ECCI têm, habitualmente, apoio da TSSS do RLIS que tem dado resposta eficaz. Têm a colaboração, ainda para a ECCI, do higienista oral, serviço de psicologia e nutrição da ULS. O assistente técnico, Carlos Henriques, que estava ao abrigo de CEI do IEFPP, terminou o contrato, não podendo renovar a prestação, pelo que não dispõem de profissional nesta área.

No que diz respeito aos projetos que a Equipa da UCC Castelo Branco desenvolve, segundo o Relatório de Atividades 2017, destaca-se, o seguinte:

**Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil** – Foi de 66,6% a proporção de utentes com melhoria no nível de "dependência no autocuidado" (4 em 6 crianças).

**Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) – Parque escolar constituído por 5800 alunos** - A proporção de crianças e jovens por nível de ensino, alvo de intervenção no PNSE (2922) foi de 50,4% assim como a Proporção

Legenda	OP	NC	NR
	OP	NC	NR
	OP	NC	NR
	OP	NC	NR

UCC Castelo Branco

Relatório Acompanhamento n.º 3.4

30 abril de 2018

Pág. 2 de 12

de alunos abrangidos por projetos de promoção da saúde e bem-estar, por nível de ensino, segundo o comportamento de saúde focado; sendo de 100% a Proporção de crianças, do 1º ciclo com Necessidades de Saúde Especiais, que foram alvo de intervenção pela equipa de Saúde Escolar (6);

**Programa Nacional de Saúde Mental** – Continuam a desenvolver o projecto apesar de não contarem já com enfermeiro especialista em Saúde Mental, a Proporção de utentes com melhoria do nível de dependência no autocuidado foi de 88,2% (34 utentes); a Taxa de resolução do Papel de Prestador Inadequado foi de 75%.

**Programa Nacional para as Pessoas Idosas** – Conseguiram uma Proporção de utentes com melhoria do nível de “dependência no autocuidado” de 86,4%.

**Rede Social** – Proporção de utentes com melhoria no nível de “dependência no autocuidado” - 86,4% (4 em 6).

**Rendimento Social de Inserção** – Taxa de resolução do Papel de Prestador Inadequado foi de 75%.

**Cuidados Continuados Integrados e Cuidados Paliativos** – Continuam com 10 vagas e acompanharam 20 utentes em 2017; tiveram uma Taxa de ocupação da ECCI de 90,3%; a Proporção de utentes com melhoria no nível de “dependência no autocuidado” foi de 90%; Taxa de resolução do Papel de Prestador Inadequado - 50%.

A equipa referiu haver grande discrepância entre os dados obtidos através do GestCare e os dados do MIM@UF pelo que há necessidade de formação sobre indicadores e registos no SCLínico.

**NACJR** – A Enf.ª Odete é a coordenadora da equipa do NACJR sendo os restantes elementos da ULS CB (médico, psicólogo e técnico de serviço social).

## CAPÍTULO II – Grelha de Avaliação - UCC: CRITÉRIOS DE MONITORIZAÇÃO E DE AVALIAÇÃO

I. ORGANIZAÇÃO E GESTÃO						
1.1. Desenvolvimento da equipa						
Nº	Critério	Observações	Tipo	Avaliação		
				NCR	NC	OP
A	Processos chave	<p>A equipa encontra-se a desenvolver o seu acervo documental, sendo definido os procedimentos de cada processo chave no Regulamento Interno. Cada procedimento tem o respetivo fluxograma. Os documentos devem obedecer a critérios específicos e a um formato gráfico uniforme de acordo com o definido em procedimento próprio.</p> <p>Os procedimentos referentes aos processos chave devem evidenciar a implementação dos Processos Assistenciais Integrados, em conformidade com as especificações metodológicas recomendadas pela Direção Geral da Saúde e dos normativos legais e regulamentares, salientando-se os respetivos códigos deontológicos profissionais e os gúes orientadores de boa prática em enfermagem (Ordem dos Enfermeiros).</p>	A			

Legenda	NCR	Não Conformidade Repetida	Critério não verificado sinalizado no último relatório de acompanhamento
	NC	Não Conformidade	Critério não verificado
	OP	Oportunidade de Melhoria	Critério com potencial de melhoria

E	Participação e atas de reuniões	As reuniões são realizadas sempre que possível com equipas multidisciplinares. Pretende-se que todos os profissionais de equipa participem nas reuniões da UCC e que sejam elaboradas atas de acordo com o que dispõe o Código do Procedimento Administrativo	B			
G	Partilha de informação e eficácia na comunicação	A equipa deve ter um procedimento que defina a classificação e distribuição de toda a correspondência da UCC.	B			
<b>1.3. Gestão e comunicação na UCC</b>						
Nº	Critério	Observações	Tipo	Avaliação		
				NCR	NC	OP
F	Prática de gestão da documentação e informação	O acervo documental da unidade, bem como os documentos afilados, devem ser uniformizados e respeitar os critérios definidos no procedimento, por exemplo no que concerne ao seu formato gráfico. A informação espórea deverá ser atualizada, datada e com prazo de validade. A monitorização da conformidade dos superiores do arquivo documental conforme definido no procedimento deve ser sustentada pela prática regular de auditoria interna. O procedimento para arquivo de documentos deve retrair o processo implementado, especificando a forma de concretização do arquivo de documentação, em função da respetiva categorização, garantindo, por padronização do circuito estabelecido, a prática regular por todos os profissionais de equipa, integrando os requisitos de referência de avaliação "Guia de Acompanhamento UCC".	A			
<b>1.4. Monitorização da UCC</b>						
Nº	Critério	Observações	Tipo	Avaliação		
				NCR	NC	OP
D	Manual de procedimentos	Já elaboraram alguns Procedimentos da unidade. Nesta perspetiva de evolução para um sistema de gestão da qualidade, os vários procedimentos consignados no MP poderão ser divididos em três grandes grupos ou famílias de processos: Processos de suporte, que não pertencendo à atividade principal da organização, sustentam a prestação do serviço; Processos Operacionais, que se encontram relacionados com a atividade da organização e os Processos de gestão, relacionados com as regras de elaboração de documentos, com a formação e com a qualidade dos registos. O conteúdo dos procedimentos integrados deve ter por referência as orientações atuais da DGS, descrevendo detalhadamente todas as intervenções necessárias para a realização da atividade, garantindo, por padronização do circuito estabelecido, que os resultados são os esperados, independentemente dos intervenientes no processo. Todos os procedimentos deverão incluir objetivos, âmbito, destinações, referências, responsabilidades, descrição.	B			
<b>Legenda</b>		<b>NCR</b> Não Conformidade Repetida	Critério não verificado analisado no último relatório de acompanhamento			
		<b>NC</b> Não Conformidade	Critério não verificado			
		<b>OP</b> Oportunidade de Melhoria	Critério com potencial de melhoria			
UCC Castelo Branco		Relatório Acompanhamento n.º 4	30 abril de 2018	Pag. 4 de 12		

		<p>fluxograma (ver regras de elaboração de fluxogramas) e anexos.</p> <p>Sugere-se o registo do n.º da ata do Conselho Geral em que o procedimento foi aprovado, a inclusão no conteúdo do rodapé (n.º da versão, data de elaboração e de revisão) e a anexação dos documentos de suporte/ impressos tipo a utilizar.</p> <p>A monitorização da aplicabilidade dos procedimentos documentados deve ser sustentada pela prática regular de auditoria interna.</p>					
1.6. Aprovisionamento							
Nº	Critério	Observações	Tipo	Avaliação			
				NCR	NC	OP	
A	Procedimentos sobre gestão de stocks	A UCC já elaborou um procedimento que documenta as entradas e saídas de materiais e produtos clínicos e administrativos, de forma a identificar o caminho desses produtos na UCC. Na revisão do procedimento deverá ainda ser presente que o armazenamento de medicamentos, produtos de saúde e dispositivos médicos é suscetível a diversos fatores: condições de armazenamento (controlo de temperatura, de luz, de humidade e do prazo de validade, medicamentos LASA, rotação de stock e devoluções). Este deve ter em conta as recentes Normas dos Serviços Farmacéuticos da ARSCJP, com especial destaque para a Norma n.º 13 – Armazenamento de Medicamentos e Produtos de Saúde nas Unidades Funcionais da ARSCJP, a Norma n.º 14 – Medicamentos MAM e a Norma n.º 15 – Prazo de Validade de Medicamentos e outros Produtos de Saúde após libertação (Embalagens Multidoses), todas emanadas em 2016.	B				
2. INFORMAÇÃO E DIREITOS DOS UTENTES							
2.1. Direitos dos cidadãos nos serviços de saúde							
Nº	Critério	Observações	Tipo	Avaliação			
				NCR	NC	OP	
H	Direito a uma segunda opinião	Garantem mas ainda está em elaboração o procedimento. A UCC deve elaborar um procedimento no sentido de os utentes poderem obter uma segunda opinião na própria equipa sobre o seu problema de saúde, ou de facultar a informação necessária, se o utente deseja obter essa informação fora da UCC.	B				
I	Privacidade no atendimento do utente	Garantem mas ainda está em discussão o procedimento. A equipa deve ter um conjunto de procedimentos que demonstrem a garantia de privacidade dos utentes/famílias em todos os locais de atendimento.	B				
2.2. Comunicação com os utentes							
Nº	Critério	Observações	Tipo	Avaliação			
				NCR	NC	OP	
A	Guia de acolhimento	Têm Guia de acolhimento da UCC, muito completo, falta apenas incluir, serviços mínimos para os diferentes programas, bem como as alternativas assistenciais, o	A				
<b>Legenda</b>		<b>NCR</b> Não Conformidade Repetida	Critério não verificado sinalizado no último relatório de acompanhamento				
		<b>NC</b> Não Conformidade	Critério não verificado				
		<b>OP</b> Oportunidade de Melhoria	Critério com potencial de melhoria				
UCC Castelo Branco		Relatório Acompanhamento n.º 4	30 abril de 2018	Pág. 5 de 12			

		sistema de marcação de consultas e outro tipo de contacto, e a forma de apresentar reclamações e sugestões.						
D	Alternativas assistenciais	A UCC deve ter atitudes as alternativas assistenciais, a que os utentes podem recorrer fora do seu período de funcionamento e a informação deve ser visível quando a UCC está encerrada. Deverá colocar o serviço SNS 24, com o respetivo número.	B					
O	Consentimento informado	A UCC já aplica o consentimento informado para ECCE e todos os atos obrigatórios. Deve proceder a uma avaliação anual do grau de cumprimento deste direito em conformidade com a Norma do Consentimento Informado da DGS nº 15/2012 atualizada a 4 de novembro de 2015, registando em ata da reunião em que foi efetuada a avaliação.	B					
<b>1. OFERTA ASSISTENCIAL</b>								
<b>3.1. Obrigação atempada de cuidados e aconselhamento</b>								
Nº	Critério	Observações	Tipo	Avaliação				
				NCR	NC	OP		
A	A carga horária disponível é compatível com a carteira de serviços	A carga horária é a seguir do necessário e recomendado (profissionais da URAF e equipa de enfermagem)	B					
<b>3.3. Cuidados domiciliários</b>								
Nº	Critério	Observações	Tipo	Avaliação				
				NCR	NC	OP		
A	Visitas domiciliárias programadas em equipa multiprofissional	Deve haver evidência documentada, no procedimento aprovado, que demonstre a prática de programação conjunta, da equipa multiprofissional, dos cuidados a prestar em contexto domiciliário, bem como o plano de intervenção conjunta. O procedimento está em execução. Ainda não tem acesso ao SICRIS todos os profissionais que integram a ECCE.	A					
<b>4. DESENVOLVIMENTO DA EQUIPA E QUALIDADE</b>								
<b>4.1. Análise da eficácia organizacional</b>								
Nº	Critério	Observações	Tipo	Avaliação				
				NCR	NC	OP		
A	Eficácia da organização	A equipa necessita de implementar a prática, pelo menos semestral, de monitorização e discussão da sua eficácia, nomeadamente as reclamações e tempos de espera, em sede de Conselho Geral. A fim de facilitar a concretização deste critério, sugere-se a compilação, em cronograma anual, dos temas a debater periodicamente em reunião de Conselho Geral, com base no referencial de avaliação das UCC, sustentando uma prática de monitorização e de discussão periódica da eficácia organizacional. A existência de sugestões/reclamações, no período em análise, também deverá ficar registada em ata. A melhorar.	A					
B	Introdução de medidas corretivas	Em Conselho Geral devem ser tomadas decisões sobre as medidas corretivas a adotar, em função dos dados	B					
Legenda		<b>NCR</b> Não Conformidade Repetida	Critério não verificado sinalizado no último relatório de acompanhamento					
		<b>NC</b> Não Conformidade	Critério não verificado					
		<b>OP</b> Oportunidade de Melhoria	Critério com potencial de melhoria					
UCC Castelo Branco		Relatório Acompanhamento n.º 4	30 abril de 2018	Fas. 6 de 12				

Identificados						
4.3. Boas práticas clínicas						
W*	Critério	Observações	Tipo	Avaliação		
				NCR	NC	OP
B	Procedimento para a qualidade dos registros clínicos	Devido às alterações constantes do SICRIS ainda não foi possível realizar o procedimento, segundo a equipe.	B			
4.4. Comunicação com os sistemas e os profissionais						
W*	Critério	Observações	Tipo	Avaliação		
				NCR	NC	OP
A	Procedimento para a qualidade dos documentos e arquivos	O procedimento para a elaboração dos documentos e arquivos da UCC deve considerar a normalização de formato gráfico dos diferentes documentos, definição dos respectivos critérios, data de elaboração, forma de validação e data de revisão ou atualização. Deve aplicar-se a todos os suportes de arquivo documental da unidade. Os documentos da UCC têm já Layout uniforme.	B			
4.5. Avaliação de satisfação dos sistemas e profissionais						
W*	Critério	Observações	Tipo	Avaliação		
				NCR	NC	OP
B	Avaliação de satisfação dos profissionais	Avaliação deve ser feita a avaliação de satisfação dos profissionais.	B			
C	Registro e divulgação das conclusões e ações a desenvolver	A equipe deve analisar os resultados do questionário de avaliação de satisfação dos profissionais e usuários e definir ações a desenvolver em função dos resultados.	B			
4.6. Formação contínua da equipe						
W*	Critério	Observações	Tipo	Avaliação		
				NCR	NC	OP
A	Plano anual integrado de formação contínua	O plano anual integrado de formação contínua da equipe multiprofissional, deve incluir o engajamento geral, as prioridades formativas individuais e coletivas, considerando as necessidades pessoais e os interesses da unidade. Deve ainda integrar o cronograma anual das atividades formativas programadas (internas e externas); Refere a metodologia de certificação da participação em ações de formação realizadas internamente (formador/formando); Refere a metodologia de produção de evidência da prática efetiva dos conhecimentos obtidos em ações de formação externa. O cronograma de formação deverá incluir informação relativa a preletores, destinatários e aos objetivos gerais e específicos das formações. Apesar de não terem plano próprio, a equipe em sede de relatório de atividades registou as atividades desenvolvidas (formações frequentadas e ministradas). A melhorar.	B			
E	Formação em suporte básico de vida	Dois elementos da UCC Castelo Branco não efetuam Suporte Avançado de Vida Breve/curto. Todos têm formação em suporte básico de vida embora alguns desatualizado.	B			
4.8. Trabalhos científicos e investigação						

Legenda	NCR	Não Conformidade Repetida	Critério não verificado sinalizado no último relatório de acompanhamento
	NC	Não Conformidade	Critério não verificado
	OP	Oportunidade de Melhoria	Critério com potencial de melhoria

Nº	Critério	Observações	Tipo	Avaliação		
				NCR	NC	OP
B	Projetos de investigação	Não tem projetos de investigação em curso validados por instituição externa.	B			
<b>4.10. Monitorização e discussão de concretização</b>						
Nº	Critério	Observações	Tipo	Avaliação		
A	Metas contratualizadas	A discussão dos resultados obtidos deve ser efetuada e documentada em ata (Reunións Conselho Geral, Reuniões Multiprofissionais). Sugere-se a anotação à ata do resultado da discussão.	A			
B	Medidas corretivas	A equipa deve discutir os resultados face às metas contratualizadas com a regularidade efetuada, especificando as medidas corretivas face aos devios identificados.	B			
C	Plano de acompanhamento interno	A equipa define em sede de PAUC, o seu plano de acompanhamento interno, sendo o tema: "Substituição do Cliente". A estrutura e o conteúdo do Plano de Acompanhamento Interno devem inspirar o disposto nas orientações para a sua elaboração e incluir a fundamentação teórica, os resultados em análise, as medidas preventivas ou corretivas a implementar e o cronograma anual de implementação do programa, evidenciando o envolvimento de todos os grupos profissionais, incluindo a avaliação do seu contributo para o resultado global (atribuições diferenciadas para cada grupo profissional). A equipa diversificadora identificada deve integrar elementos de todos os grupos profissionais, evidenciando a distribuição efetiva de responsabilidades por todos os elementos da equipa multiprofissional para a concretização dos objetivos propostos.	A			
B	Reflexão regular sobre consumo	A equipa reflete sobre os consumos e materiais. Faltam apenas mostrar a existência da monitorização e reflexão dos consumos de materiais, produtos químicos e administrativos, que poderá consistir em anexos à ata de conselho geral.	B			
<b>5. INSTALAÇÕES, SAÚDE, HIGIENE E SEGURANÇA</b>						
<b>5.1. Acessibilidade às instalações</b>						
Nº	Critério	Observações	Tipo	Avaliação		
C	Sinalética externa	Não existe sinalética exterior de identificação da UCC.	C			
<b>5.2. Sala de espera</b>						
Nº	Critério	Observações	Tipo	Avaliação		
C	Existem meios audiovisuais	não existem meios audiovisuais na sala de espera	C			
<b>5.3. Segurança</b>						
Nº	Critério	Observações	Tipo	Avaliação		
				NCR	NC	OP
<b>Legenda</b>		NCR	Não Conformidade Repetida	Critério não verificado sinalizado no último relatório de acompanhamento		
		NC	Não Conformidade	Critério não verificado		
		OP	Oportunidade de Melhoria	Critério com potencial de melhoria		
UCC Castelo Branco		Relatório Acompanhamento n.º 4	30 abril de 2018	Pág. 8 de 12		

A	Sistema de formação e de atualização de emergência	Não tem.	C			
D	Plano de emergência interno	Inexistente.	C			
E	Formação e treino em caso de sinistro	Os profissionais da UCC não têm formação e treino em caso de sinistro.	C			
F	Vigilância por empresa especializada	Inexistente.	C			
<b>3.5. Acontecimentos Adversos</b>						
Nº	Critério	Observações	Tipo	Avaliação		
				NCI	NC	OP
A	Prevenção e Registo de Acontecimentos Adversos	A UCC ainda não tem definido um procedimento escrito que identifique e previna os acontecimentos adversos decorrentes da prestação de cuidados (por exemplo: prevenção de quedas, ruturas e manuseio do armazenamento de fármacos, calibração regular de material, falhas do sistema automático e elétrico) e defina o modelo de notificação e monitorização dos mesmos, apesar do elemento submeter os procedimentos a adotar. Deve considerar as orientações programáticas, normas e orientações da DGS relativas ao Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e respetivo sistema de registo SNUCI-IP, a equipa refere que a UCC não consta da lista de UF do site.	B			
<b>6. ARTICULAÇÃO, EQUIPAMENTOS, SISTEMA DE INFORMAÇÃO</b>						
<b>6.1. Articulação</b>						
Nº	Critério	Observações	Tipo	Avaliação		
				NCI	NC	OP
C	Parcerias com instituições de Comunidade homologadas	As parcerias da UCC com as instituições da comunidade, no âmbito dos projetos implementados, devem ser devidamente homologadas pelo Conselho de Administração da ULSARFSC,IP.	C			
<b>6.3. Equipamentos</b>						
Nº	Critério	Observações	Tipo	Avaliação		
				NCI	NC	OP
C	Acesso a equipamentos necessários à intervenção da UCC	A equipa refere a falta de alguns materiais que já foram solicitados à ULS e aguardam resposta.	C			
D	Equipamentos de diagnóstico e tratamento	A unidade não dispõe de um plano de manutenção dos equipamentos, pelo que neste momento não estão devidamente calibrados.	C			
E	Utilização e conservação de equipamentos	Procedimento inexistente. A equipa deve documentar e aprovar um procedimento relativo à utilização e à conservação de equipamentos que inclua: a) Metodologia de arquivo das instruções escritas dos materiais/ equipamentos existentes, com registo de data de receção/ aquisição e localização na unidade; b) Metodologia de codificação dos materiais/ equipamentos existentes/ adquiridos; c) Metodologia de garantia de obtenção de formação relativa à utilização e à conservação dos	C			
<b>Legenda</b>		<b>NCI</b>	Não Conformidade Repetida	Critério não verificado sinalizado no último relatório de acompanhamento		
		<b>NC</b>	Não Conformidade	Critério não verificado		
		<b>OP</b>	Oportunidade de Melhoria	Critério com potencial de melhoria		
UCC Castelo Branco		Relatório Acompanhamento n.º 4	30 abril de 2018	Pág. 9 de 12		

		Material/equipamentos existentes				
6.4. Equipamento Informático						
Nº	Critério	Observações	Tipo	Avaliação		
				NCR	NC	OP
B	Impressora a cores	Não dispõe	C			
E	Existe material audiovisual	Partilhado pelas várias unidades funcionais				

**CAPÍTULO III – Guia de Acompanhamento UCC: CRITÉRIOS DE MONITORIZAÇÃO E DE AVALIAÇÃO RESOLVIDOS FACE AO ÚLTIMO ACOMPANHAMENTO**

1. ORGANIZAÇÃO E GESTÃO		
1.1. Desenvolvimento da equipa		
Nº	Critério	Tipo
B	Horários de trabalho dos profissionais	B
1.3. Gestão e comunicação na UCC		
Nº	Critério	Tipo
F	Supor de registo de ocorrências	B
1.7. Registos de equipamento e material		
Nº	Critério	Tipo
A	Inventário anual	B
1.8. Registos de utentes		
Nº	Critério	Tipo
A	Registo de utentes da UCC inativo	B
1.9. Acesso de pessoas estranhas à UCC		
Nº	Critério	Tipo
A	Identificação de estranhos	B
2. INFORMAÇÃO E DIREITOS DOS UTENTES		
2.1. Direitos dos cidadãos nos serviços de saúde		
Nº	Critério	Tipo
C	Reclamações e sugestões	B
D	Tratamento das reclamações e sugestões	B
2.3. Comunicação com os utentes		
Nº	Critério	Tipo
C	Horário de funcionamento da UCC	B
F	Atendimento telefónico	A
L	Consulta do Plano de Ação e do Relatório de Atividades	B
4. DESENVOLVIMENTO DA EQUIPA E QUALIDADE		
4.5. Avaliação da satisfação dos utentes e profissionais		
Nº	Critério	Tipo
A	Avaliação da satisfação dos utentes	B
4.6. Formação contínua da equipa		
Nº	Critério	Tipo
F	Formação em controlo de infeção	B
6. ARTICULAÇÃO, EQUIPAMENTOS, SISTEMA DE INFORMAÇÃO		
6.4. Equipamento Informático		
Nº	Critério	Tipo
C	Módulo estatístico	C

Legenda	NCR	Não Conformidade Repetida	Critério não verificado sinalizado no último relatório de acompanhamento
	NC	Não Conformidade	Critério não verificado
	OP	Oportunidade de Melhoria	Critério com potencial de melhoria

UCC Castelo Branco      Relatório Acompanhamento n.º 14      30 abril de 2018      Pág. 10 de 12

## CAPÍTULO IV - NOTAS FINAIS

### ASPECTOS RELEVANTES:

A ERA Centro foi cordialmente recebida pela equipa da UCC Castelo Branco, que demonstrou abertura e receptividade para o processo de acompanhamento. Recomenda-se que, em conjunto, continuem a utilizar o Guia de Acompanhamento como orientação para a implementação de melhorias na organização e gestão da equipa, na elaboração do acervo documental e na área do desenvolvimento da qualidade.

A ERA congratula-se com a motivação e empenhamento da equipa da UCC Castelo Branco, apesar dos constrangimentos que identificam.

A equipa referiu haver grande discrepância entre os dados obtidos através do GestCare e os dados do MIM@UF pelo que há necessidade de formação sobre indicadores e registos no SClinico.

A continuidade na elaboração do Manual de Procedimentos, a discussão e análise dos documentos e a sua aprovação registada em ata, bem como a monitorização regular dos resultados alcançados e sua discussão na equipa multidisciplinar, deverão constituir desafios para a equipa.

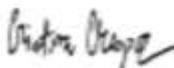
### RECOMENDAÇÕES À ADMINISTRAÇÃO (ACeS/ARS):

Esteve presente na visita de acompanhamento o Enfermeiro Diretor da ULS de Castelo Branco José Valdemar Rodrigues que colaborou no processo de acompanhamento e mostrou preocupação e empenho na procura de soluções para os constrangimentos da equipa nomeadamente as dúvidas quanto aos registos no SClinico.

A UCC Castelo Branco carece de acompanhamento e monitorização dos resultados alcançados como base de apoio ao desenvolvimento de todo o seu potencial.

Data: 2 de Maio de 2018

### A equipa de acompanhamento



(Cristina Crespo, Enf.ª)



(Maria de Lurdes Santos, Enf.ª)

### O Coordenador da ERA



(João Ribeiro, Dr.)

Legenda	NSR	Não Conformidade Repetida	Critério não verificado sinalizado no último relatório de acompanhamento
	NC	Não Conformidade	Critério não verificado
	OP	Oportunidade de Melhoria	Critério com potencial de melhoria

UCC Castelo Branco      Relatório Acompanhamento n.º 4      30 abril de 2018      Pág. 11 de 12

## ANEXO I

Listagem dos profissionais por área profissional, horas aletas à UCC e condições de vínculo.

Nome	Área	Horas aletas UCC	Vínculo
Maria Odete Ribeiro Coelho Vicente *	Enfermagem	35h/semana	CTFFPTI
Luisa Margarida Ventura Cardoso Gomes Pereira	Enfermagem	35h/semana	CTFFPTI
Nelson Gravelho Cardoso	Enfermagem	35h/semana	CTFFPTI
Isabel Maria Dias Antunes	Medicina	6h/semana	CTFFPTI
João Manuel Andrade Curado Sal	Assistência Operacional	40h/semana	CIT
Maria Valentina Almeida Santos Gonçalves **	Enfermagem	35h/semana	CIT

\* Coordenadora

\*\* Ainda em período experimental

CTFFPTI – Contrato de Trabalho em Funções Públicas por Tempo Indeterminado.

CIT – Contrato Individual de trabalho

Legenda	NC	Não Conformidade Repetida	Critério não verificado sinalizado no último relatório de acompanhamento
	IC	Não Conformidade	Critério não verificado
	OP	Oportunidade de Melhoria	Critério com potencial de melhoria

UCC Castelo Branco      Relatório Acompanhamento n.º 4      30 abril de 2018      Pág. 12 de 12