



*Reinventar o quotidiano.... a arte de superar os objetivos*

# Manual da Qualidade

**USF CellaSaúde**

2021

# Manual da Qualidade

Versão: 03  
Abril 2021



PG 01. MQ

Versão em vigor



REPÚBLICA  
PORTUGUESA

1. HISTÓRICO DAS VERSÕES  
SAÚDE



ADMINISTRAÇÃO  
REGIONAL DE  
SAÚDE DO CENTRO, I.P.

1. HISTÓRICO DAS VERSÕES SAÚDE	3
2. INTRODUÇÃO	3
2.1. Objetivos do Manual da Qualidade	3
2.2. Estrutura, gestão e distribuição do Manual da Qualidade	4
2.2.1 Estrutura e Acesso ao Manual da Qualidade	4
3. ESTRUTURA DOCUMENTAL DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE- SGQ	5
4. ÂMBITO E CAMPO DE APLICAÇÃO DO SGQ	6
5. APRESENTAÇÃO DA UNIDADE	7
5.1. Lema da unidade:	17
5.2. Valores	17
5.3. Missão	17
5.4. Visão	18
5.5. Contexto do SGQ da USF	18
6. POLÍTICA E OBJETIVOS DA QUALIDADE	20
7. DESCRIÇÃO do SISTEMA da QUALIDADE	21
9. ARQUITETURA do SISTEMA DE GESTÃO da QUALIDADE	22
10. ABORDAGEM por PROCESSOS	24
10.1. Identificação dos Processos e Gestores dos Processos	25
10.2 Caracterização dos Processos	26
11. INTERAÇÃO ENTRE PROCESSOS	27

**Elaborado por:**  
Conselho Técnico

**Verificado por:**  
Coordenadora

**Aprovado pelo Conselho Geral  
da USF**

*Se este documento for impresso é considerado obsoleto; os documentos em vigor estão a pasta informática do SGQ.*

**Data de  
Aprovação:**  
**30 /04/2021**

**Pág. 2 / 30**

# Manual da Qualidade

Versão: 03  
Abril 2021



PG 01. MQ

Versão em vigor

## 1. HISTÓRICO DAS VERSÕES

Nº da versão	Data
1	21-10-2016
2	22-06-2018
3	30-04-2021

## 2. INTRODUÇÃO

A USF CelaSaúde consolida neste documento o seu Manual da Qualidade (MQ), integrando o Sistema de Gestão da Qualidade, cuja implementação teve início em final de setembro de 2016 e teve por base a Norma ISO 9001:2015, tendo sido revisto e aprovado em 2018 e novamente revisto e aprovado em Conselho Geral a 30/04/2021.

As alterações organizativas planeadas pelo Conselho Geral da USF levam a reconhecer a extrema importância do Sistema de Gestão da Qualidade e mesmo a elegê-lo como um documento essencial para a organização e melhoria contínua dos serviços.

### 2.1. Objetivos do Manual da Qualidade

O Manual da Qualidade é a base de toda a estrutura documental do Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ), sendo o documento através do qual são determinadas e participadas, a todos os colaboradores da USF, as metodologias relacionadas com o desenvolvimento dos processos identificados e as respetivas atividades. Desta forma, o presente Manual da Qualidade constitui-se como um canal informativo, através do qual se pretende:

- Apresentar a estrutura física e organizacional da USF;

**Elaborado por:**  
Conselho Técnico

**Verificado por:**  
Coordenadora

**Aprovado pelo Conselho Geral  
da USF**

*Se este documento for impresso é considerado obsoleto; os documentos em vigor estão a pasta informática do SGQ.*

**Data de  
Aprovação:**  
**30 /04/2021**

**Pág. 3 / 30**

# Manual da Qualidade

Versão: 03  
Abril 2021



## PG 01. MQ

Versão em vigor

- Apresentar a estrutura da USF e proporcionar o conhecimento da metodologia organizativa a todos os colaboradores, com o objetivo de os motivar e os envolver;
- Descrever o sistema de gestão da qualidade aplicado na USF

### 2.2. Estrutura, gestão e distribuição do Manual da Qualidade

#### 2.2.1 Estrutura e Acesso ao Manual da Qualidade

O presente Manual descreve o Sistema de Gestão da Qualidade bem como os processos que foram identificados como fundamentais na gestão da atividade desenvolvida pelas várias áreas profissionais, com o objetivo de implementar as normas que garantem a Melhoria Contínua das práticas de Qualidade.

**O Manual da Qualidade é um documento de cumprimento obrigatório na USF CelaSaúde e é aplicável a todos os colaboradores, independentemente das funções, categorias ou vínculo contratual.**

A atual versão encontra-se disponível informaticamente na pasta partilhada da USF não sendo possível efetuar quaisquer alterações ao documento, com exceção das remodelações que a Gestora da Qualidade (GQ) vier a emitir, depois de propostas/sugestões de colaboradores ou por sua proposta, que serão sempre analisadas e aprovadas pela Coordenação.

Qualquer alteração ao atual Manual da Qualidade dará, sempre, lugar a uma nova versão.

As versões antigas serão, sempre, retiradas para a pasta de obsoletos, e serão arquivadas pela GQ.

Os colaboradores tomam conhecimento da nova versão através da disponibilização no espaço Qualidade, das pastas partilhadas.

**Elaborado por:**  
Conselho Técnico

**Verificado por:**  
Coordenadora

**Aprovado pelo Conselho Geral**  
**da USF**

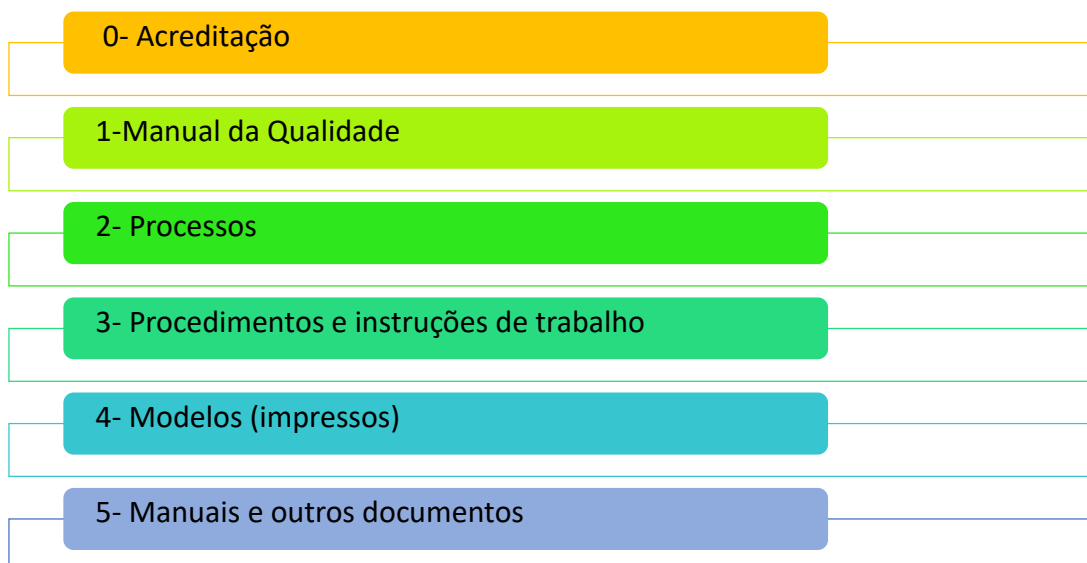
*Se este documento for impresso é considerado obsoleto; os documentos em vigor estão a pasta informática do SGQ.*

**Data de**  
**Aprovação:**  
**30 /04/2021**

Pág. 4 / 30

### 3. ESTRUTURA DOCUMENTAL DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE- SGQ

O Sistema de Gestão da Qualidade está organizado da seguinte forma:



Toda a informação sobre a qualidade consta da pasta de grupo da USF CelaSaúde e acessível a todos os profissionais.

Todos os documentos do SGQ aprovados, são editados, controlados e disponíveis na plataforma da qualidade. O Sistema de Gestão da Qualidade, nas suas diferentes partes e componentes, é gerado com a participação de todos os colaboradores da USF, resultando de um exaustivo trabalho de equipa, de um processo de debate de ideias e troca de experiências. Este sistema organizativo é, também, um instrumento de formação e de melhoria do desempenho de todos os colaboradores e um referencial que a todos respeita e responsabiliza enquanto agentes do “serviço público”.

**Elaborado por:**  
Conselho Técnico

**Verificado por:**  
Coordenadora

**Aprovado pelo Conselho Geral**  
**da USF**

*Se este documento for impresso é considerado obsoleto; os documentos em vigor estão a pasta informática do SGQ.*

**Data de**  
**Aprovação:**  
**30 /04/2021**

**Pág. 5 / 30**

### 4. ÂMBITO E CAMPO DE APLICAÇÃO DO SGQ

O Sistema de Gestão da Qualidade da USF CELAS SAÚDE aplica-se aos seguintes processos:

- **PROCESSOS DE GESTÃO:**
  - PG 01- SISTEMA DA QUALIDADE
  - PG 02- GOVERNANCE
- **PROCESSOS OPERACIONAIS**
  - PO 01- ACESSO À USF
  - PO 02- ATENDIMENTO ADMINISTRATIVO
  - PO 03- ATENDIMENTO CLÍNICO
  - PO 04- GESTÃO DAS SALAS DE ESPERA
  - PO 05- AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS UTENTES
  - PO 06- INFORMAÇÃO EXTERNA
- **PROCESSOS DE SUPORTE**
  - PS 01- APROVISIONAMENTO E GESTÃO DE STOCK
  - PS 02- INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS
  - PS 03- SISTEMAS DE INFORMAÇÃO
  - PS 04- HIGIENE E SEGURANÇA
  - PS 05- FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

**Elaborado por:**  
Conselho Técnico

**Verificado por:**  
Coordenadora

**Aprovado pelo Conselho Geral  
da USF**

*Se este documento for impresso é considerado obsoleto; os documentos em vigor estão a pasta informática do SGQ.*

**Data de  
Aprovação:**  
**30 /04/2021**

**Pág. 6 / 30**

# Manual da Qualidade

Versão: 03  
Abril 2021



PG 01. MQ

Versão em vigor

## 5. APRESENTAÇÃO DA UNIDADE

**Designação:** **USF CelaSaúde**

**Endereço:** Alameda Dr. Armando Gonçalves 40

**Código Postal:** 3000-059 Coimbra

**Telefones:** 239 488 627 239 488 628

**E-mail:** usf.celasaude@arscentro.min-saude.pt

**Sítio internet:**

<http://usfcelasaude.ipn.pt>

<https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20020/2060892/Pages/default.aspx>

**Elaborado por:**  
Conselho Técnico

**Verificado por:**  
Coordenadora

**Aprovado pelo Conselho Geral**  
**da USF**

*Se este documento for impresso é considerado obsoleto; os documentos em vigor estão a pasta informática do SGQ.*

**Data de**  
**Aprovação:**  
**30 /04/2021**

**Pág. 7 / 30**

# Manual da Qualidade

Versão: 03  
Abril 2021



PG 01. MQ

Versão em vigor

## Estrutura orgânica da USF:

Estrutura orgânica	Competências
<b>Conselho Geral</b>	Constituído por todos os elementos da equipa multiprofissional; reúne no mínimo com periodicidade bimestral ; pronuncia-se sempre que têm de ser tomadas decisões relativas à estrutura e funcionamento da equipa; discute e aprova os documentos internos da USF (Regulamento Interno, Manual de Articulação, Plano de Ação, Plano de acompanhamento Interno, Relatório de Atividades, Carta de Qualidade, distribuição dos incentivos institucionais), bem como a carta de compromisso, com posterior monitorização regular da contratualização.
<b>Coordenador da USF</b>	Médico; eleito pela equipa; responsável por presidir ao Conselho Geral da USF, coordenar as atividades da equipa multiprofissional, de modo a garantir o cumprimento do plano de ação e os princípios orientadores da atividade da USF, bem como confirmar e validar os documentos da USF que sejam exigidos por força de lei ou regulamento.
<b>Conselho Técnico</b>	Constituído por um médico e por um enfermeiro eleitos pela equipa; reúne mensalmente; responsável pela orientação necessária à observância das normas técnicas emitidas pelas entidades competentes e a promoção de procedimentos que garantam a melhoria contínua da qualidade do cuidados de saúde; tem por referência a carta da qualidade; responsável também por avaliar o grau de satisfação dos utentes da USF e dos profissionais da equipa, elaborar e manter atualizado o manual de boas práticas; organizar e supervisionar as atividades de formação contínua e de investigação.
<b>Órgãos de apoio/Núcleos Facilitadores</b>	Escolhidos tendo em conta áreas importantes para o funcionamento da USF; constituídos por um elemento de cada grupo profissional; distribuídos de acordo com interesses ou competências individuais; objetivo de rentabilização do trabalho e autorresponsabilização de todos os elementos da equipa; responsáveis pela dinamização e monitorização de cada área específica; reúnem com a regularidade necessária em cada caso.  São eles: Saúde Infantil, Saúde Materna, Planeamento Familiar, HTA, DM, Domicílios, Vacinação, Rastreamentos oncológicos, Prevenção e controle de infeção, Grupo Sentinela, Aprovisionamento/Stock e Organização de eventos.

**Elaborado por:**  
Conselho Técnico

**Verificado por:**  
Coordenadora

**Aprovado pelo Conselho Geral da USF**

*Se este documento for impresso é considerado obsoleto; os documentos em vigor estão a pasta informática do SGQ.*

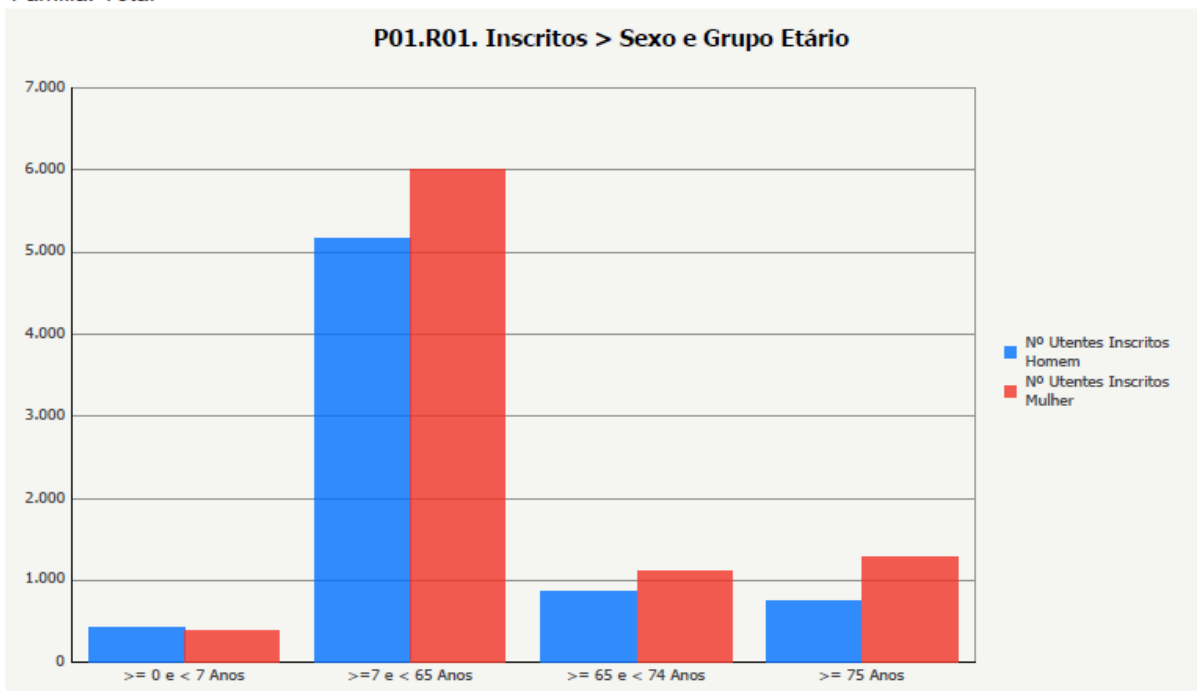
**Data de**  
**Aprovação:**  
**30 /04/2021**

Pág. 8 / 30



### Distribuição por Género e Grupo Etário

Mês: Total, Unidade Funcional / Polo P01.R01. Inscritos > Sexo e Grupo  
Hospitalar: USF CelaSaúde, Flag Etário  
Médico Família: Total, Médico  
Família: Total



Grupo Etário	Métrica		Nº Utentes Inscritos Total
	Sexo	Homem	
>= 0 e < 7 Anos	Sexo	Homem	811
>=7 e < 65 Anos	Sexo	Mulher	11.178
>= 65 e < 74 Anos	Sexo	Homem	1.980
>= 75 Anos	Sexo	Mulher	2.055
Total	Sexo	Homem	16.024

USF CelaSaúde a 14 de Abril de 2021 (Mim@uf®).

**Elaborado por:**  
Conselho Técnico

**Verificado por:**  
Coordenadora

**Aprovado pelo Conselho Geral da USF**

Se este documento for impresso é considerado obsoleto; os documentos em vigor estão a pasta informática do SGQ.

**Data de Apreciação:**  
**30 /04/2021**

Pág. 9 / 30

# Manual da Qualidade

Versão: 03  
Abril 2021



PG 01. MQ

Versão em vigor

Os 16024 utentes são maioritariamente mulheres (54,9%). Aplicando a Classificação de Sundbärg verificamos que a USF CelaSaúde apresenta uma população de características regressivas, resultado que vem de encontro ao envelhecimento da população das freguesias abrangidas.

**Indicadores de atividade Dezembro de 2020 ( fonte Mim@uf 21 ):**

<b><u>Elaborado por:</u></b> Conselho Técnico	<b><u>Verificado por:</u></b> Coordenadora	<b><u>Aprovado pelo Conselho Geral da USF</u></b>
<i>Se este documento for impresso é considerado obsoleto; os documentos em vigor estão a pasta informática do SGQ.</i>		<b><u>Data de Aprovação:</u></b> <b><u>30 /04/2021</u></b>
		<b>Pág. 10 / 30</b>

Designação Indicador (+ID)	Hierarquia Contratual - Área	Hierarquia Contratual - Sub-Área	Hierarquia Contratual - Dimensão	Min. Aceit	Min. Esper	Máx. Esper	Máx. Aceit	Resultado	Score
1 - Proporção de consultas realizadas pelo MF	Desempenho Assistencial	Acesso	Personalização	75,00	78,00	90,00	92,00	80,91 2	2
11 - Proporção gráv. c/ consulta méd. vigil. 1º trim.	Desempenho Assistencial	Gestão da Saúde	Saúde da Mulher	70,00	75,00	100,00	100,00	94,59 4	2
18 - Proporção de hipertensos com IMC (12 meses)	Desempenho Assistencial	Gestão da Doença	Hipertensão Arterial	70,00	80,00	100,00	100,00	63,43 1	0
20 - Proporção hipertensos < 65 A, com PA < 150/90	Desempenho Assistencial	Gestão da Doença	Hipertensão Arterial	50,00	67,00	100,00	100,00	35,08 1	0
23 - Proporção hipertensos com risco CV (3 A)	Desempenho Assistencial	Gestão da Doença	Hipertensão Arterial	70,00	80,00	100,00	100,00	71,13 8	1
255 - Propor. quinolonas entre antib. fatur. (embal.)	Desempenho Assistencial	Qualificação da Prescrição	Prescrição Farmacoterapêutica	0,00	0,00	8,00	10,00	4,935	2
257 - Propor. cefalosp. entre antib. fatur. (embal.)	Desempenho Assistencial	Qualificação da Prescrição	Prescrição Farmacoterapêutica	0,00	0,00	5,00	6,00	3,525	2
259 - Proporção coxibes entre AINEs faturados (DDD)	Desempenho Assistencial	Qualificação da Prescrição	Prescrição Farmacoterapêutica	0,00	0,00	4,50	6,00	14,25 5	0
269 - Índice de acompanham. adequado s. infantil 2º ano	Desempenho Assistencial	Gestão da Saúde	Saúde Infantil e Juvenil	0,80	0,85	100,00	100,00	0,791	0
274 - Propor. DM2 c/ indic. insul., em terap. adequada	Desempenho Assistencial	Gestão da Doença	Diabetes Mellitus	75,00	85,00	100,00	100,00	76,92 3	1
275 - Proporção novos DM2 em terap. c/ metform. monot.	Desempenho Assistencial	Gestão da Doença	Diabetes Mellitus	60,00	70,00	100,00	100,00	80,76 9	2
276 - Rácio DDD prescrita DPP-4 e antidiabét. orais	Desempenho Assistencial	Qualificação da Prescrição	Prescrição Farmacoterapêutica	0,00	0,00	28,00	33,00	34,19 6	0
294 - Taxa domicílios enferm. p/ 1000 inscritos idosos	Desempenho Assistencial	Gestão da Saúde	Saúde do Idoso	350,00	475,00	1500,0 0	1500,0 0	300,9 42	0
295 - Propor. puérp. 5+ cons. vig. enf. grav. e c/ RP	Desempenho Assistencial	Gestão da Saúde	Saúde da Mulher	70,00	75,00	100,00	100,00	20,40 8	0

# Manual da Qualidade

Versão: 03  
Abril 2021



## PG 01. MQ

Versão em vigor

297 - Prop. idosos s/ presc. prol. ansiol/sedat/hipnót	Desempenho Assistencial	Gestão da Saúde	Saúde do Idoso	77,00	80,00	100,00	100,00	81,93	0	2
3 - Taxa de domicílios médicos por 1.000 inscritos	Desempenho Assistencial	Acesso	Cobertura ou Utilização	12,00	18,00	35,00	40,00	10,15	7	0
30 - Proporção idosos ou doença crônica, c/ vac. gripe	Desempenho Assistencial	Gestão da Saúde	Saúde do Idoso	40,00	50,00	100,00	100,00	47,67	3	1
300 - Nº médio presc. consulta fisiatra, p/ utiliz.	Desempenho Assistencial	Qualificação da Prescrição	Prescrição MCDT	0,00	0,00	0,10	0,13	0,100		1
302 - Índice de acompanham. adequado s. infantil 1º ano	Desempenho Assistencial	Gestão da Saúde	Saúde Infantil e Juvenil	0,80	0,85	1,00	1,00	0,913		2
306 - Propor. ute. s/ rastr. VIH/SIDA que o efetuaram	Desempenho Assistencial	Gestão da Saúde	Saúde do Adulto	9,00	12,00	100,00	100,00	2,632		0
308 - Proporção grávidas com ecografia 2º trimestre	Desempenho Assistencial	Gestão da Saúde	Saúde da Mulher	72,00	80,00	100,00	100,00	59,64	9	0
310 - Índice realização exames laborat. 1º trim. grav.	Desempenho Assistencial	Gestão da Saúde	Saúde da Mulher	0,65	0,72	1,00	1,00	0,745		2
311 - Índice realização exames laborat. 2º trim. grav.	Desempenho Assistencial	Gestão da Saúde	Saúde da Mulher	0,45	0,55	1,00	1,00	0,399		0
312 - Índice realização exames laborat. 3º trim. grav.	Desempenho Assistencial	Gestão da Saúde	Saúde da Mulher	0,33	0,40	1,00	1,00	0,228		0
314 - Proporção DM com PA >= 140/90 mmHg	Desempenho Assistencial	Gestão da Doença	Diabetes Mellitus	0,00	0,00	15,00	20,00	43,91	2	0

**Elaborado por:**  
Conselho Técnico

**Verificado por:**  
Coordenadora

**Aprovado pelo Conselho Geral da USF**

*Se este documento for impresso é considerado obsoleto; os documentos em vigor estão a pasta informática do SGQ.*

**Data de Aprovação:**  
**30 /04/2021**

**Pág. 12 / 30**

# Manual da Qualidade

Versão: 03  
Abril 2021



## PG 01. MQ

Versão em vigor

315 - Proporção DM com C-LDL < 100 mg/dl	Desempenho Assistencial	Gestão da Doença	Diabetes Mellitus	35,00	45,00	100,00	100,00	2,095	0
330 - Índice de utilização anual de consultas médicas	Desempenho Assistencial	Acesso	Cobertura ou Utilização	0,80	0,85	2,00	2,00	0,705	0
331 - Índice de utilização anual de consultas enferm.	Desempenho Assistencial	Acesso	Cobertura ou Utilização	0,70	0,75	2,00	2,00	0,613	0
339 - Taxa anual ajustada episódios urgência hospitalar	Desempenho Assistencial	Acesso	Consulta no Próprio Dia	0,00	0,00	50,00	70,00	37,98	4
34 - Proporção obesos >=14A, c/ cons. vigil. obesid. 2A	Desempenho Assistencial	Gestão da Saúde	Saúde do Adulto	45,00	55,00	100,00	100,00	16,35	3
341 - Despesa PVP medic. pres. com-part. p/ insc. padrão	Desempenho Assistencial	Qualificação da Prescrição	Prescrição Farmacoterapêutica	70,00	70,00	130,00	135,00	96,55	5
342 - Proporção consul. méd. inic. ut. <= 15 dias úteis	Desempenho Assistencial	Acesso	Tempos Máximos de Resposta Garantidos	60,00	65,00	100,00	100,00	87,91	4
344 - Propor. consultas médicas realiz. no dia agendam.	Desempenho Assistencial	Acesso	Consulta no Próprio Dia	15,00	20,00	35,00	45,00	50,24	9
345 - Propor. consul. enfer. realiz. no dia do agendam.	Desempenho Assistencial	Acesso	Consulta no Próprio Dia	15,00	20,00	50,00	60,00	31,08	0
346 - Propor. consul. realiz. intervalo [8; 11[h (Q1)	Desempenho Assistencial	Acesso	Distribuição das Consultas Presenciais no Dia	15,00	20,00	35,00	37,50	34,25	9
347 - Propor. consul. realiz. intervalo [11; 14[h (Q2)	Desempenho Assistencial	Acesso	Distribuição das Consultas Presenciais no Dia	20,00	22,50	32,50	35,00	30,60	6

**Elaborado por:**  
Conselho Técnico

**Verificado por:**  
Coordenadora

**Aprovado pelo Conselho Geral da USF**

*Se este documento for impresso é considerado obsoleto; os documentos em vigor estão a pasta informática do SGQ.*

**Data de Aprovação:**  
**30 /04/2021**

**Pág. 13 / 30**

# Manual da Qualidade

Versão: 03  
Abril 2021



## PG 01. MQ

Versão em vigor

348 - Propor. consul. realiz. intervalo [14; 17] (Q3)	Desempenho Assistencial	Acesso	Distribuição das Consultas Presenciais no Dia	20,00	22,50	32,50	35,00	22,93	7	2
349 - Propor. consul. realiz. intervalo [17; 20]h (Q4)	Desempenho Assistencial	Acesso	Distribuição das Consultas Presenciais no Dia	10,00	15,00	25,00	35,00	12,19	7	1
350 - Custo c/ terapêut. do doente c/ Diabetes Mellitus	Desempenho Assistencial	Gestão da Doença	Diabetes Mellitus	120,00	120,00	350,00	570,00	352,4	70	1
351 - Custo c/ terap. doente c/ Diab. Mell. controlado	Desempenho Assistencial	Gestão da Doença	Diabetes Mellitus	120,00	120,00	350,00	350,00	357,4	88	0
352 - Custo c/ terapêut. do doente c/ HTA	Desempenho Assistencial	Gestão da Doença	Hipertensão Arterial	50,00	50,00	85,00	90,00	87,86	6	1
353 - Custo c/ terapêut. do doente c/ HTA controlada	Desempenho Assistencial	Gestão da Doença	Hipertensão Arterial	50,00	50,00	95,00	100,00	108,5	96	0
354 - Despesa MCDT prescr. p/ insc. padrão (p. conv.)	Desempenho Assistencial	Qualificação da Prescrição	Prescrição MCDT	25,00	25,00	42,50	47,50	36,21	4	2
36 - Proporção utentes DM com registo de GRT	Desempenho Assistencial	Gestão da Doença	Diabetes Mellitus	75,00	85,00	100,00	100,00	65,96	8	0
37 - Proporção DM c/ cons. enf. vigil. DM último ano	Desempenho Assistencial	Gestão da Doença	Diabetes Mellitus	75,00	85,00	100,00	100,00	57,38	5	0
378 - Propor. PVP medicam. prescr. MF contexto privado	Desempenho Assistencial	Qualificação da Prescrição	Prescrição Farmacoterapêutica	0,00	0,00	0,60	1,00	0,000	0,000	2
380 - Prop. adultos c/ asma/DPOC/bronq. cr., com diagn.	Desempenho Assistencial	Gestão da Doença	Doenças Aparelho Respiratório	70,00	80,00	100,00	100,00	88,19	4	2

**Elaborado por:**  
Conselho Técnico

**Verificado por:**  
Coordenadora

**Aprovado pelo Conselho Geral da USF**

*Se este documento for impresso é considerado obsoleto; os documentos em vigor estão a pasta informática do SGQ.*

**Data de Aprovação:**  
**30 /04/2021**

**Pág. 14 / 30**

# Manual da Qualidade

Versão: 03  
Abril 2021



## PG 01. MQ

Versão em vigor

381 - Prop. adultos c/ depressão/ansiedade, com diagn.	Desempenho Assistencial	Gestão da Saúde	Saúde do Adulto	70,00	80,00	100,00	100,00	85,78	5	2
382 - Prop. adultos com DM, com diagn.	Desempenho Assistencial	Gestão da Doença	Diabetes Mellitus	95,00	97,00	100,00	100,00	96,96	2	1
383 - Prop. adultos com HTA, com diagnóstico	Desempenho Assistencial	Gestão da Doença	Hipertensão Arterial	85,00	90,00	100,00	100,00	90,38	6	2
384 - Prop. RN cuja mãe tem registro de gravidez	Desempenho Assistencial	Gestão da Saúde	Saúde da Mulher	85,00	90,00	100,00	100,00	52,49	9	0
39 - Proporção DM c/ última HbA1c <= 8,0%	Desempenho Assistencial	Gestão da Doença	Diabetes Mellitus	50,00	60,00	100,00	100,00	43,81	2	0
395 - Prop. uten. >= 15 anos, c/ reg. hábit. tabág. 3A	Desempenho Assistencial	Gestão da Saúde	Saúde do Adulto	60,00	70,00	100,00	100,00	54,67	7	0
404 - Incidência anual de pessoas em abstin. tabág. 12M	Desempenho Assistencial	Gestão da Saúde	Saúde do Adulto	40,00	60,00	10000,00	10000,00	14,51	6	0
409 - Prop ute s/ prescr prolo ansio/seda/hipn (ajust)	Desempenho Assistencial	Qualificação da Prescrição	Prescrição Farmacoterapêutica	90,00	91,50	100,00	100,00	93,39	5	2
410 - Taxa anual ajustada utiliz. freq. urgência hospit.	Desempenho Assistencial	Acesso	Consulta no Próprio Dia	0,00	0,00	3,30	3,60	1,855	1,855	2
45 - Prop. mulheres [25;60[A, c/ rastr. C. Colo út.	Desempenho Assistencial	Gestão da Saúde	Saúde da Mulher	47,00	52,00	100,00	100,00	34,18	5	0
46 - Proporção utentes [50; 75[A, c/ rastreio cancro CR	Desempenho Assistencial	Gestão da Saúde	Saúde do Adulto	47,00	52,00	100,00	100,00	50,67	0	1

**Elaborado por:**  
Conselho Técnico

**Verificado por:**  
Coordenadora

**Aprovado pelo Conselho Geral da USF**

*Se este documento for impresso é considerado obsoleto; os documentos em vigor estão a pasta informática do SGQ.*

**Data de Aprovação:**  
**30 /04/2021**

**Pág. 15 / 30**

# Manual da Qualidade

Versão: 03  
Abril 2021



## PG 01. MQ

Versão em vigor

49 - Proporção utentes c/ DPOC, c/ FeV1 em 3 anos	Desempenho Assistencial	Gestão da Doença	Doenças Aparelho Respiratório	40,00	60,00	100,00	100,00	61,45	8	2
5 - Proporção de consultas realizadas pelo EF	Desempenho Assistencial	Acesso	Personalização	65,00	70,00	88,00	92,00	51,40	2	0
53 - Proporção utentes >=14A, c/ registo consumo álcool	Desempenho Assistencial	Gestão da Saúde	Saúde do Adulto	60,00	66,00	100,00	100,00	54,46	8	0
54 - Proporção utentes consum. álcool, c/ consulta 3A	Desempenho Assistencial	Gestão da Doença	Multimorbilidade e Outros Tipos de Doenças	55,00	70,00	100,00	100,00	22,67	4	0
54 - Proporção utentes consum. álcool, c/ consulta 3A	Desempenho Assistencial	Gestão da Saúde	Saúde do Adulto	55,00	70,00	100,00	100,00	22,67	4	0
6 - Taxa de utilização de consultas médicas - 3 anos	Desempenho Assistencial	Acesso	Cobertura ou Utilização	80,00	85,00	100,00	100,00	77,96	3	0
63 - Proporção crianças 7A, c/ cons. méd. vig. e PNV	Desempenho Assistencial	Gestão da Saúde	Saúde Infantil e Juvenil	70,00	80,00	100,00	100,00	79,62	9	1
8 - Taxa de utilização de consultas de PF (méd./enf.)	Desempenho Assistencial	Gestão da Saúde	Saúde da Mulher	45,00	60,00	100,00	100,00	30,62	9	0
95 - Proporção jovens 14A, c/ PNV cumprido ou execução	Desempenho Assistencial	Gestão da Saúde	Saúde Infantil e Juvenil	95,00	95,00	100,00	100,00	98,18	1	2
98 - Proporção utentes >= 25 A, c/ vacina tétano	Desempenho Assistencial	Gestão da Saúde	Saúde do Adulto	85,00	92,00	100,00	100,00	85,04	5	1
99 - Taxa utilização consultas de enfermagem - 3 anos	Desempenho Assistencial	Acesso	Cobertura ou Utilização	70,00	75,00	100,00	100,00	64,10	5	0

**Elaborado por:**  
Conselho Técnico

**Verificado por:**  
Coordenadora

**Aprovado pelo Conselho Geral da USF**

*Se este documento for impresso é considerado obsoleto; os documentos em vigor estão a pasta informática do SGQ.*

**Data de Aprovação:**  
**30 /04/2021**

**Pág. 16 / 30**



5.1. Lema da unidade:

***“Reinventar o quotidiano.... a arte de superar os objetivos”***

5.2. Valores

*Compromisso*

*Empenho*

*Lealdade*

*Acessibilidade*

*Segurança*

*Audácia*

*União*

*Determinação*

*Excelência*

5.3. Missão

A nossa missão assenta na prestação de cuidados assistenciais efetivos privilegiando a acessibilidade, aceitabilidade, qualidade, gestão por objetivos, promoção e desenvolvimento de atividades de investigação e formação, satisfação dos utentes e dos profissionais.

A autonomia técnico-profissional e funcional baseada em pressupostos sérios e reais de gestão, o trabalho em equipa, a responsabilização partilhada de resultados, a intervenção comunitária e as novas tecnologias, conduz-nos nesta ***missão de prestar cuidados de saúde mais eficientes, com mais qualidade e assim geradores de ganhos em saúde quantificáveis a par de profissionais motivados e participantes em todo o processo.***

# Manual da Qualidade

Versão: 03  
Abril 2021



## PG 01. MQ

Versão em vigor

### 5.4. Visão

***Ser uma equipa unida, coesa e atenta, sempre disponível para responder a cada utente superando as suas expectativas:***

- Identificar, satisfazer, ultrapassar necessidades e expectativas em saúde e prestar um atendimento de qualidade, fidelizando o utente.
- Fluir no sentido do utente, numa ótica de antecipação de necessidades, da solução do problema e outras ofertas, com o intuito de lhe agradar.
- Ser uma unidade de saúde que permita oferecer vários serviços e de qualidade.

### 5.5. Contexto do SGQ da USF

#### **Geográfico:**

A área geográfica de atuação da USF coincide com a do Centro de Saúde de Celas, ainda que, alguns utentes residentes fora do concelho de Coimbra estejam também inscritos na USF (quer por maior facilidade de deslocação quer pela proximidade com os seus locais de trabalho). Às quatro freguesias a cuja população presta cuidados (União de Freguesias de Coimbra, Santo António dos Olivais, União das Freguesias de Eiras e São Paulo de Frades e Torres do Mondego) corresponde uma população de aproximadamente 65516 habitantes, sendo que a USF presta cuidados de saúde a 16024 utentes, o que representa cerca de 24,45% da população da área de abrangência (ratio de 1780 utentes por médico e por enfermeiro e de 2680 utentes por administrativo). A Unidade está enquadrada numa zona com grande facilidade de acesso a recursos de saúde, próximo de hospitais centrais e maternidades (CHUC, MDM e MBB).

#### **Político:**

Trata-se de uma USF Modelo B desde Novembro de 2013 que privilegia inter-saberes, estabelecendo protocolos com várias áreas além da Medicina e Enfermagem, tal como Economia e Gestão, Direito, Psicologia, Instituições de Saúde Públicas (AIBILI), Privadas (IPN) e Juntas de Freguesia. Além da vertente assistencial, participa na investigação e na formação pré e pós-graduada.

**Elaborado por:**  
Conselho Técnico

**Verificado por:**  
Coordenadora

**Aprovado pelo Conselho Geral**  
**da USF**

*Se este documento for impresso é considerado obsoleto; os documentos em vigor estão a pasta informática do SGQ.*

**Data de**  
**Aprovação:**  
**30 /04/2021**

Pág. 18 / 30

### Sociológico:

População maioritariamente do género feminino (54.9%), de características regressivas pelo envelhecimento da população residente das freguesias abrangidas. População ativa representa 68.7%. Índice de envelhecimento superior a 100%. Prestamos cuidados a 26% da área de abrangência. Temos grupos populacionais com populações de características flutuantes (grupos de estudantes, analfabetismo, PALOPS e Muçulmanos, grupos étnicos e nichos populacionais que variam periodicamente).

### Demográfico :

Indicadores demográficos	Portugal (2011)	Coimbra (2011)	USF CelaSaúde (2015)	Coimbra 2019
Taxa de natalidade ‰ (nº nados vivos/população média)*1000	9,2	8,5	8,4	7,0
Taxa de mortalidade (‰) (nº óbitos/população média)*1000	9,7	9,6	8,6	12,6
Taxa de fecundidade geral (‰) (nº nados vivos/nº mulheres em idade fértil)	38,6	35,2	32,7	34,1
Índice de dependência de jovens (%) (nº utentes < 15 A/população ativa)*100	22,6	18,4	17,7	-
Índice de dependência de idosos (%) (nº utentes ≥ 65 A/população ativa)*100	28,8	30,3	33	-
Índice de dependência total (%) (nº utentes < 15 A + nº utentes ≥ 65 A)/população ativa*100	51,4	48,7	50,7	51,8
Índice de envelhecimento (%) (nº utentes ≥ 65 A/nº utentes < 15 A)*100	127,6	163,8	187	163,2
Índice de longevidade (%) (nº utentes ≥ 75 A/nº utentes ≥ 65 A)*100	47,9	48,2	50,6	48,6

Fonte: INE (Instituto Nacional de Estatística 2019)

**Elaborado por:**  
Conselho Técnico

**Verificado por:**  
Coordenadora

**Aprovado pelo Conselho Geral  
da USF**

*Se este documento for impresso é considerado obsoleto; os documentos em vigor estão a pasta informática do SGQ.*

**Data de  
Aprovação:**  
**30 /04/2021**

**Pág. 19 / 30**

# Manual da Qualidade

Versão: 03  
Abril 2021



## PG 01. MQ

Versão em vigor

### 6. POLÍTICA E OBJETIVOS DA QUALIDADE

A USF Celas Saúde tem como pressuposto estratégico, no cumprimento da sua Missão e Visão, uma Política de Qualidade assente nos seguintes vetores e objetivos:

A avaliação dos objetivos da qualidade é realizada através da monitorização dos processos do Sistema de Gestão da Qualidade.

Estes objetivos são comunicados, de forma a que todos os colaboradores possam contribuir para a sua concretização.

Os indicadores são periodicamente monitorizados e dão lugar a medidas de melhoria sempre que se detetam desvios aos objetivos projetados.

## Política e objetivos da qualidade



VETORES DA POLÍTICA DA QUALIDADE	OBJETIVOS DA QUALIDADE
Informar o cidadão, envolvê-lo como elemento ativo na organização e garantir a sua acessibilidade ao sistema de saúde.	Colocar o cidadão no centro da ação
Implementar a simplificação dos processos, uniformizar procedimentos, tarefas e respostas mais eficazes	Simplificar e melhorar a abordagem por processos
Organizar o sistema de qualidade baseado no centro de qualidade PDCA (ferramenta da qualidade utilizada no controle do processo para a solução de problemas (Plan, Do, Check e Act)).	Praticar a melhoria contínua e a eficácia do sistema de gestão
Melhorar a satisfação profissional no que diz respeito à participação nas reuniões de serviço, projetos e atividades, envolvimento (colaboração ativa, resposta a desafios...) e conhecimento (plano individual de formação, atualização de procedimentos)	Motivar os profissionais para a participação, empenho e satisfação
Monitorizar indicadores de desempenho, cumprimento de procedimentos implementados e desenvolver estratégias para melhoria contínua da qualidade	Desenvolver governação clínica no sentido da eficiência e segurança dos utentes e profissionais
Melhorar a satisfação dos utentes no que diz respeito ao atendimento administrativo, de enfermagem e médico, bem como em relação aos recursos físicos da unidade	Atender às necessidades e expectativas do cidadão USF
Defender os Cuidados de Saúde Primários assegurando a equidade, acessibilidade e continuidade dos cuidados Médicos e de Enfermagem	Garantir a continuidade dos CSP e SNS

**Elaborado por:**  
Conselho Técnico

**Verificado por:**  
Coordenadora

**Aprovado pelo Conselho Geral  
da USF**

*Se este documento for impresso é considerado obsoleto; os documentos em vigor estão a pasta informática do SGQ.*

**Data de  
Aprovação:**  
**30 /04/2021**

Pág. 20 / 30

## 7. DESCRIÇÃO do SISTEMA da QUALIDADE

O Sistema da Gestão da Qualidade foi concebido para aplicação em toda a USF e baseia-se nos 7 princípios da Gestão da Qualidade, a saber:

1. Foco no Cliente
2. Liderança
3. Comprometimento das pessoas
4. Abordagem por processos
5. Melhoria
6. Tomada de decisões baseada em evidências
7. Gestão das relações com partes interessadas relevantes

## 8. RESPONSABILIDADES NO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

A equipa do SGQ é constituída por: Coordenador da USF (Emília Nina), Conselho Técnico (Luís Almeida Pinto, Helena Pinheiro, M.ª Ceú) Vera Rodrigues, Sofia Santos, Ana Paula Santos, Isabel Araújo.

O gestor do SGQ, que responde pela equipa é o coordenador.

Funções da equipa do SGQ e do gestor da equipa:

Conselho Técnico - supervisionar o sistema da qualidade.

Conselho Geral - aprovar todas as decisões, alterações decorrentes do SGQ.

Colaboradores - mentores de oportunidade de melhoria e cumprimento dos procedimentos.

**Elaborado por:**  
Conselho Técnico

**Verificado por:**  
Coordenadora

**Aprovado pelo Conselho Geral**  
**da USF**

*Se este documento for impresso é considerado obsoleto; os documentos em vigor estão a pasta informática do SGQ.*

**Data de**  
**Aprovação:**  
**30 /04/2021**

Pág. 21 / 30

## 9. ARQUITETURA do SISTEMA DE GESTÃO da QUALIDADE

A composição do Sistema de Gestão da Qualidade integra vários instrumentos de apoio aos diferentes sectores, por forma a facilitar a consulta.

Como tal, o Sistema da Qualidade, no que se refere à sua componente documental, é organizado por seis partes distintas, sendo o presente “Manual da Qualidade” a primeira delas, como instrumento orientador de todo o sistema.

Com os distintos elementos do Sistema da Qualidade, pretende-se que todos na USF orientem a sua atividade e garantam a melhoria contínua da qualidade no serviço a prestar ao utente.

Neste contexto, é fundamental elucidar que os princípios constantes do Sistema da Qualidade são de cumprimento obrigatório e a sua implementação é avaliada periodicamente através de auditoria.

A Estrutura Documental ou Pirâmide Documental é uma representação hierárquica dos documentos que integram o SGQ.

Os documentos são tanto mais generalistas e abrangentes, quanto mais se aproximarem do topo, não pondo em causa, por esse motivo, a sua importância ou relevância no SGQ.

A USF CELASAÚDE estabeleceu e elaborou um conjunto de documentos que constituem o suporte documental do SGQ, estruturado da seguinte forma:

**Elaborado por:**  
Conselho Técnico

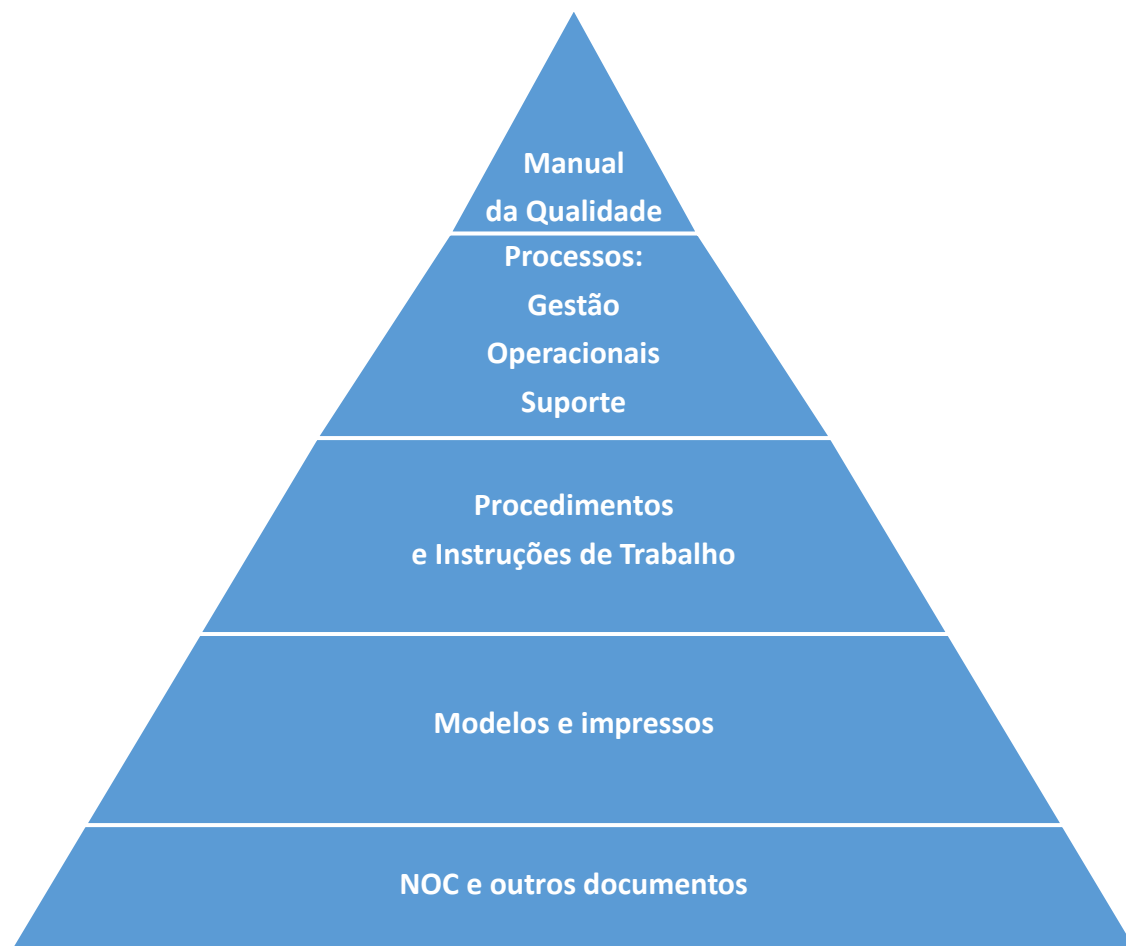
**Verificado por:**  
Coordenadora

**Aprovado pelo Conselho Geral**  
**da USF**

*Se este documento for impresso é considerado obsoleto; os documentos em vigor estão a pasta informática do SGQ.*

**Data de**  
**Aprovação:**  
**30 /04/2021**

Pág. 22 / 30



**Manual da Qualidade** – Documento que inicia a estrutura documental e proporciona todo a integração na USF, da sua política de gestão e do próprio Sistema de Gestão da Qualidade.

**Processos** – Neste patamar estão caracterizados todos os processos que descrevem as atividades da USF e que garantem a correta interação dos seus diversos componentes, com o objetivo de satisfazer as diversas partes envolvidas com a mesma.

**Procedimentos e Instruções de Trabalho** – Documentos que descrevem de forma pormenorizada as atividades dos processos.

**Elaborado por:**  
Conselho Técnico

**Verificado por:**  
Coordenadora

**Aprovado pelo Conselho Geral da USF**

*Se este documento for impresso é considerado obsoleto; os documentos em vigor estão a pasta informática do SGQ.*

**Data de**  
**Aprovação:**  
**30 /04/2021**

Pág. 23 / 30

**NOC e outros** - As Normas e Orientações Clínicas e os Planos de Acompanhamento Internos são documentos de suporte para a melhoria contínua da qualidade no Sistema de Saúde.

## 10. ABORDAGEM por PROCESSOS

A USF CellaSaúde adota a abordagem por processos na definição e implementação do SGQ permitindo descrever os seus processos, a avaliação e a melhoria contínua da sua eficácia.

Neste sentido, a estrutura do SGQ assenta em três tipos de processos, são eles:



### Processos de Gestão

Processos relativos à forma como a Gestão e os Responsáveis se comprometem com a estratégia e sua manutenção, permanente adequação e melhoria contínua dos Serviços.



### Processos Operacionais

Processos relativos ao planeamento e atribuição de recursos humanos e às condições adequadas para garantir a qualidade das operações dos serviços.



### Processos de Suporte

Processos que servem de apoio, fornecendo atividades essenciais e/ou recursos essenciais aos processos de gestão ou operacionais.

Considerando a definição de processo, percebemos que é fundamental a definição de entradas e saídas de um processo. Isto porque é ao definir quais as entradas de um processo que determinamos onde (em que atividade) começa o processo. O mesmo se passa ao definir as saídas do processo, que identificam onde o processo termina.

Um aspeto importante a considerar é o facto de um processo acrescentar valor ao longo das suas atividades. Significa isto que entre as entradas e as saídas de um processo existe acréscimo de valor à atividade.

**Elaborado por:**  
Conselho Técnico

**Verificado por:**  
Coordenadora

**Aprovado pelo Conselho Geral  
da USF**

*Se este documento for impresso é considerado obsoleto; os documentos em vigor estão a pasta informática do SGQ.*

**Data de  
Aprovação:**  
**30 /04/2021**

Pág. 24 / 30



# Manual da Qualidade

Versão: 03  
Abril 2021

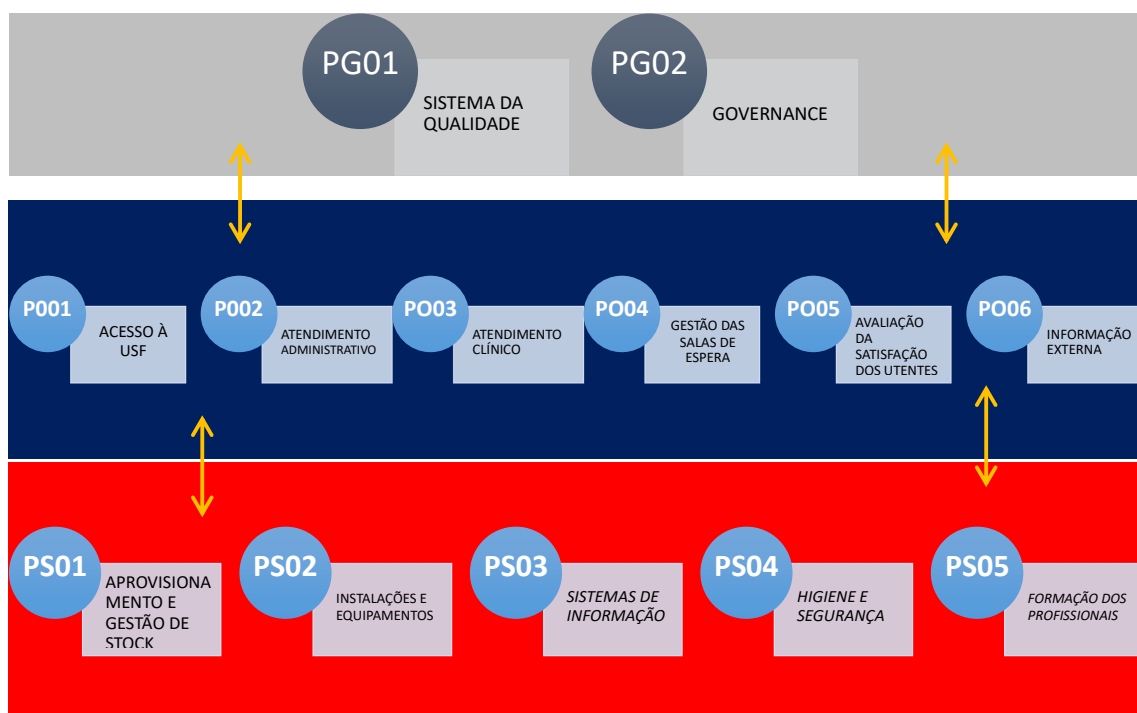


## PG 01. MQ

Versão em vigor

### 10.1. Identificação dos Processos e Gestores dos Processos

As tabelas seguintes apresentam os Processos e a sua classificação no âmbito do Sistema de Gestão da Qualidade, bem como os responsáveis dos mesmos.



PROCESSO	Processo	Gestores do processo	PROCEDIMENTOS RELACIONADOS											
			MQ	PAQ	CONST PROC	CONT DOC	NC	SM	AÇÕES PREV E CORRETIVAS					
PG.01	Sistema da Qualidade	EQUIPA DA QUALIDADE	MQ	PAQ	CONST PROC	CONT DOC	NC	SM	AÇÕES PREV E CORRETIVAS					
PG.02	Governance	EQUIPA DA QUALIDADE	RI	MAN ART	MCF	GEST DOC	REUN	INDIC	SAT	RECL E SUG	GEST AMB			
PO.01	Acesso à USF	Coord, ZÉ e MC	G ACOLH	GU	DIC IMAG	TMRG	DESPROG							
PO.02	Atendimento administrativo	ISA ARAUJO E CEU	COM UTENTE	INSCRIÇÃO	AGENDAM/	REN RECEIT	TRANSF PROC	MUD MED	AT TELEF	UT ATRAS	INTERR CONS	OB IDENT	PRIVAC LOCAL	
PO.03	Atendimento clínico	CT	SA	SI	PF	SM	DM	HTA	VD	DIREITO INF	DIR 2 OPIN	CONS INF	TEST VITAL	
PO.04	Gestão das salas de espera	ISA TELES, LUISA E CRISTINA	GEST SALAS											
PO.05	Avaliação da satisfação dos utentes e prof	CT												
PO.06	Informação Externa	COORDENADOR E EQ	QUALID DOC											
PS.01	Aprovisionamento	ZÉ, CÉU, CRISTINA e PAULA, SUSANA, ESMERALDA	AQUIS MAT	GEST STOCKS	INVENT									
PS.02	Instalações e equipamentos	COORDENADORA, ZÉ, TIAGO E FLÓRIDO	MANUAL MAN DE IE	GEST OCORR	CHAV									
PS.03	Sistema de Informação	ZÉ, ISA ARAUJO E CEU	ARQ DOC	ARQ OBIT	CORRESP	EMAIL								
PS.04	Higiene e segurança	GRUPO INF E SENT (NUNO, FLORIDO, PAULA, TIAGO, ESMERALDA, HELENA E ISAS)	MPPRI	PL SEG E PREV	PSI	POS UT	PL CONT quebra en ou SI	HIGIENIZ	CIRC E ESTER	PRAZ VAL	VIOL	SURTOS	AC TRAB	
PS.05	Formação dos profissionais	COORDENADORA e CT	M ACOLH	GUIA INT	GUIA ALUN	FORM								

**Elaborado por:**  
Conselho Técnico

**Verificado por:**  
Coordenadora

**Aprovado pelo Conselho Geral da USF**

Se este documento for impresso é considerado obsoleto; os documentos em vigor estão a pasta informática do SGQ.

**Data de Aprovação:**  
30 /04/2021

Pág. 25 / 30

### 10.2 Caracterização dos Processos

A caracterização dos processos é feita através de uma tabela inspirada no método: “Tartaruga de Crosby”, onde estão identificados para cada processo o pedido e a resposta, as etapas e também os recursos (com quê); as competências (com quem); os procedimentos (como); e os indicadores (quanto).



E para cada processo caracterizado identificamos potenciais riscos e respectivas medidas preventivas e as oportunidades de melhoria de cada processo.

Por se tratar de uma ferramenta dinâmica, sempre que aprovadas modificações a qualquer dos campos da ficha do processo, considera-se a data dessas aprovações assumida também como a data da última versão da ficha do respectivo processo.

Na parte II do Sistema Documental constam as fichas de caracterização dos processos.

**Elaborado por:**  
Conselho Técnico

**Verificado por:**  
Coordenadora

**Aprovado pelo Conselho Geral**  
**da USF**

*Se este documento for impresso é considerado obsoleto; os documentos em vigor estão a pasta informática do SGQ.*

**Data de**  
**Aprovação:**  
**30 /04/2021**

Pág. 26 / 30

## 11. INTERAÇÃO ENTRE PROCESSOS

A importância da interação dos processos é entendida sob 3 justificações:

- Demonstra que na USF não existem processos isolados; todos os processos que concorrem atualmente para a Qualidade estão em inter-relação;
- Existe necessidade de verificar sempre as implicações recíprocas dos vários processos quando se procedem a alterações de práticas ou de regras;
- Exige uma uniformização na forma como se planeiam, executam e avaliam as atividades dos processos.

O Quadro seguinte ilustra quais os processos que se inter-relacionam com cada processo, desde os de gestão, aos operacionais e aos de suporte; identificando com cores — os que têm uma relação direta.

**Elaborado por:**  
Conselho Técnico

**Verificado por:**  
Coordenadora

**Aprovado pelo Conselho Geral**  
**da USF**

*Se este documento for impresso é considerado obsoleto; os documentos em vigor estão a pasta informática do SGQ.*

**Data de**  
**Aprovação:**  
**30 /04/2021**

Pág. 27 / 30

# Manual da Qualidade

Versão: 03  
Abril 2021



## PG 01. MQ

Versão em vigor

		PG0	PG	PO	PO	PO	PO	PO	PO	PS	PS	PS	PS 04	PS 05
		1	02	01	02	03	04	05	06	01	02	03		
Processos	PG01													
	PG02													
	PO01													
	PO02													
	PO03													
	PO04													
	PO05													
	PO06													
	PS01													
	PS02													
	PS03													
	PS04													

Legenda: Preenchimento com cores cinza, azul ou vermelho os processos que têm relação direta e sem preenchimento quando não há interação entre eles.

**Elaborado por:**  
Conselho Técnico

**Verificado por:**  
Coordenadora

**Aprovado pelo Conselho Geral  
da USF**

Se este documento for impresso é considerado obsoleto; os documentos em vigor estão a pasta informática do SGQ.

**Data de  
Aprovação:**  
30 /04/2021

Pág. 28 / 30

# Manual da Qualidade

Versão: 03  
Abril 2021



## PG 01. MQ

Versão em vigor

O sistema da qualidade da USF foi concebido para responder, também, às exigências do Modelo ACSA usado na acreditação.



### I. O cidadão, centro do sistema de saúde

1. A pessoa como sujeito ativo
2. Acessibilidade e continuidade assistencial
3. Informação clínica



### II. Organização da atividade centrada na pessoa

4. Gestão dos Processos Assistenciais Integrados e Programas de Saúde
5. Promoção da Saúde na Comunidade
6. Direção da Unidade de Gestão Clínica



### III. Os profissionais

7. Os profissionais da Unidade de Gestão Clínica



### IV. Processos de suporte

8. Estrutura, equipamento e fornecedores
9. Sistemas e tecnologias de informação e comunicação
10. Melhoria contínua



### V. Resultados

11. Resultados da Unidade de Gestão Clínica

**Elaborado por:**  
Conselho Técnico

**Verificado por:**  
Coordenadora

**Aprovado pelo Conselho Geral  
da USF**

*Se este documento for impresso é considerado obsoleto; os documentos em vigor estão a pasta informática do SGQ.*

**Data de  
Aprovação:**  
**30 /04/2021**

Pág. 29 / 30

# Manual da Qualidade

Versão: 03  
Abril 2021



## PG 01. MQ

Versão em vigor

A tabela seguinte representa a relação dos nossos atuais processos com os standards da Acreditação ACSA.

		STANDARD DA ACREDITAÇÃO ACSA				
		I	II	III	IV	V
Processos	PG01					
	PG02					
	PO01					
	PO02					
	PO03					
	PO04					
	PO05					
	PO06					
	PS01					
	PS02					
	PS03					
	PS04					
	PS05					

Legenda- preenchimento de cor significa que o processo está associado em especial com o(s) requisitos exigidos dos standards.

**Elaborado por:**  
Conselho Técnico

**Verificado por:**  
Coordenadora

**Aprovado pelo Conselho Geral  
da USF**

Se este documento for impresso é considerado obsoleto; os documentos em vigor estão a pasta informática do SGQ.

**Data de  
Aprovação:**  
30 /04/2021

Pág. 30 / 30