

Relatório de Atividades 2022

USF CelaSaúde



Documento elaborado por:

Dra. Emília Nina

Aprovado em CG da USF

A reprodução em suporte de papel serve apenas como um documento de trabalho.

26/05/2023

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	2
1. QUEM SOMOS	3
2. QUEM SERVIMOS	6
3. PROBLEMAS E OBJETIVOS	8
4. PLANO DE AÇÃO	11
4.1 DESEMPENHO ASSISTENCIAL	11
4.2 SERVIÇOS	17
4.2.1 <i>Serviços de caracter assistencial</i>	17
4.2.2 <i>Serviços de caracter não assistencial_ Atividades de governação clínica</i>	19
4.3 QUALIDADE ORGANIZACIONAL	20
4.3.1 <i>Melhoria continua da qualidade</i>	21
4.3.2 <i>Segurança</i>	23
4.3.3 <i>Centralidade no cidadão</i>	24
4.4. FORMAÇÃO PROFISSIONAL	29
4.4.1 <i>Formação equipa multidisciplinar</i>	29
4.4.2 <i>Formação internos e alunos</i>	30
5. ATIVIDADE CIENTÍFICA	31
6. SATISFAÇÃO PROFISSIONAL	31
7. CONCLUSÕES	35

INTRODUÇÃO

Começámos a atividade em novembro de 2009, tendo passado a USF modelo B em setembro de 2013. O Certificado de Acreditação Internacional foi obtido em março de 2019.

Temos estado a funcionar em instalações provisórias desde o dia 16 de novembro de 2020 (contentores instalados junto à entrada do serviço de urgência do antigo Hospital Pediátrico: Alameda Dr. Armando Gonçalves - Nº 40, 3000-059 Coimbra) por motivo de remodelação do Centro de Saúde de Celas, com prazo para conclusão de obras de 14 meses, prazo esse que já se encontra ultrapassado.

O ano 2022, foi vivido em época de pandemia COVID-19 e na transição para a época pós-COVID19.

Experienciámos mudanças organizacionais (novos profissionais médicos, reestruturação dos núcleos facilitadores, novos fluxogramas de atuação) e mantivemos problemas estruturais (de instalações provisórias e exíguas).

O nosso lema “Reinventar o quotidiano – a arte de superar os objetivos” continuou a ser determinante na nossa atitude face aos desafios, lidando com dificuldades e avaliando continuamente as adversidades, planeando e implementando estratégias em conformidade com as oportunidades de melhoria e não conformidades. Superámos graças ao espírito de equipa, interajuda, cooperativismo e muita resiliência.

A inter-relação entre profissionais, recursos existentes e tarefas exigíveis para uma prestação de cuidados de saúde acessíveis, de proximidade e qualidade, definiram os níveis de tomada de decisão, o fluxo de informação e as atividades desenvolvidas.

Não obstante as limitações relativas a recursos humanos médicos (1 médico reformado e 1 licença de maternidade e 1 atestado de longa duração), recursos físicos, (nomeadamente instalações e equipamentos), inaccessos aos incentivos institucionais, e ainda a exaustão profissional patente, os resultados foram tanto melhores, quanto mais a equipa se concentrou na necessidade “de um estado de mudança constante” percorrendo um contínuo ciclo da qualidade.

1. QUEM SOMOS

Área geográfica

A USF CelaSaúde pertence ao Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Baixo Mondego, da Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro. Localizou-se na Rua Augusto Rocha, nº 6 até 16 novembro de 2020 e desde então na Alameda Dr. Armando Gonçalves, nº 40, no centro da cidade de Coimbra, capital de distrito e sede de município, subdividido em 18 freguesias com 319,4 Km², com uma densidade populacional de 440,9 pessoas/Km², o que representa o valor superior do distrito, e encontra-se na 39ª posição (em 308) dos municípios mais populosos do país (*fonte PORDATA 2021*), característico de um concelho predominantemente urbano.

Está enquadrada numa zona com grande facilidade de acesso a recursos na área da saúde, nomeadamente o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, o Hospital Pediátrico de Coimbra, a Maternidade Bissaya Barreto, a Maternidade Daniel de Matos, e o Instituto Português de Oncologia, assim como inúmeros consultórios e hospitais privados.

A área geográfica de influência da USF CelaSaúde inclui quatro freguesias do concelho de Coimbra. Segundo os dados dos Censos de 2021, o Município de Coimbra tinha 140838 habitantes:

- Freguesia de Santo António dos Olivais: **41156** habitantes
- União de Freguesias de Eiras e São Paulo de Frades: **17574** habitantes
- União de Freguesias de Coimbra: **13882** habitantes
- Freguesia de Torres do Mondego: **2034** habitantes

Estas quatro freguesias correspondem a uma população de 74646 habitantes, ou seja cerca de 53% dos habitantes do município de Coimbra.

Tabela 1 – Indicadores demográficos do distrito de Coimbra e Portugal (fonte INE, PORDATA)

Indicadores	Município de Coimbra	Portugal
Densidade Populacional (2021; hab./km ²)	440,9	112,2
Proporção de população jovem (%) (0-14) (2021)	11,7	12,8
Proporção de população idosa (%) (+ 65) (2021)	14,7	13,4
Índice de envelhecimento (nº) (2021)	215,1	182,1
Índice de longevidade (nº) (2021)	48,2	47,9
Índice de dependência total (nº) (2021)	58,6	57
Índice de dependência dos idosos (nº) (2021)	40	36,8
Índice de dependência dos jovens (nº) (2021)	18,6	20,2
Nados vivos fora do casamento (2020)	53,4	57,9
Taxa bruta de natalidade (‰) (2020)	8	8,2
Taxa bruta de mortalidade (‰) (2020)	11,7	12
Taxa de mortalidade infantil (‰) (2020)	0	2,4
Taxa de fecundidade geral (‰) (2020)	40,4	37,2
Pensionistas por 1000 habitantes (nº) (2020)	381,3	166,2
População servida ETAR – Estação de tratamento de águas residuais (%) (2009)	92	74
População servida sistemas públicos de abastecimento de água (%) (2019)	100	96
População servida sistemas de drenagem de águas residuais (%) (2019)	98	86

Recursos humanos

Em 2021, a USF CelaSaúde teve em funções 8 médicos, 9 enfermeiros e 6 secretários clínicos. Houve substituição de 1 médico (aposentação em 2021), encontrando-se a aguardar colocação outro médico à data de 31.12.2022, após procedimentos de seleção e recrutamento. Durante o ano de 2022, verificou-se uma ausência médica prolongada por incapacidade temporária e 1 ausência por licença de maternidade.

A USF contou ainda com 5 internos da especialidade de Medicina Geral e Familiar (MGF): Luís Pimenta, Joana Reis, Margarida Carmo, Victória Radamovschi e Ana Teresa Simões. Terminaram o seu internato duas médicas: Daniela Sanches e Rita Lourenço.

Tabela 2 – Identificação dos profissionais da equipa da USF CelaSaúde a 31.12.2021

NOME	ÁREA	REGIME	VÍNCULO	ORIGEM
CECÍLIA IVONE REIS RODRIGUES	Médica	40H	CFPTI	ACES
EMÍLIA FONSECA NINA	Médica	42H DE	CFPTI	ACES
LUÍS ALMEIDA PINTO	Médico	40H	CFPTI	ACES
NUNO PAULO FERNANDES NUNES MIGUEL	Médico	40H	CFPTI	ACES
SOFIA PACHECO SANTOS	Médica	40H	CFPTI	ACES
VERA LÚCIA GUERRA RODRIGUES	Médica	40H	CFPTI	ACES
FILIPA PALHARES FALCÃO MARTINS BERNARDO	Médica	40H	CPFTI	ACES
CLAUDIO ESPÍRITO SANTO*	Médico	40H	CPFTI	ACES
ANA MARIA REIS PATRÍCIO	Enfermeira	35H	CFPTI	ACES
ANA PAULA FERREIRA G. SANTOS	Enfermeira	35H	CFPTI	ACES
CRISTINA MARIA TAVARES PINA	Enfermeira	35H	CFPTI	ACES
ESMERALDA PRAZERES LOPES TOMÁS	Enfermeira	35H	CFPTI	ACES
MARIA HELENA PINHEIRO ALMEIDA	Enfermeira	35H	CFPTI	ACES
SANDRA ISABEL SEGURO B. GODINHO	Enfermeira	35H	CFPTI	ACES
SUSANA FILIPA SANTOS SANCHES	Enfermeira	35H	CFPTI	ACES
TIAGO ANDRÉ CAMPOS AMADO	Enfermeiro	35H	CFPTI	ACES
TIAGO JOÃO SIMÕES FLÓRIDO	Enfermeiro	35H	CFPTI	ACES
CRISTINA MANUELA FONSECA SOBRAL MOREIRA	SC	35H	CFPTI	ACES
ISABEL MARIA BRANCO TELES	SC	35H	CFPTI	ACES
ISABEL MARIA MARTINS MATOS ARAÚJO	SC	35H	CFPTI	ACES
JOSÉ MANUEL SANTOS GOMES	SC	35H	CFPTI	ACES
LUÍSA ROSÁRIO MENDES FERNANDES	SC	35H	CFPTI	ACES
MARIA CÉU PAIVA MARQUES	SC	35H	CFPTI	ACES

Legenda:* entrada em fevereiro de 2022

Pirâmide Etária

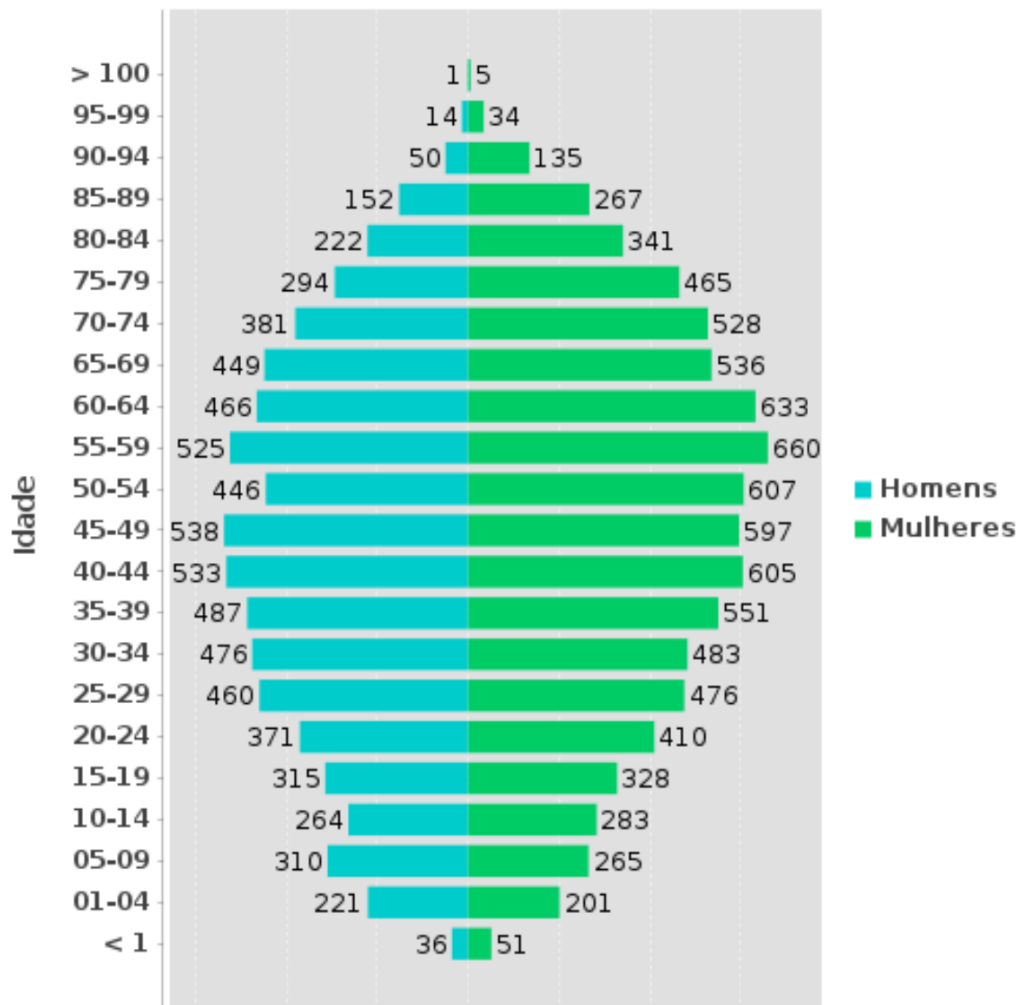


Figura 1 – Pirâmide etária dos utentes inscritos na USF CelaSaúde a 31.12.2021 (fonte BI_CSP)

3. PROBLEMAS E OBJETIVOS

Em 2022 os profissionais realizaram análise SWOT e identificaram pontos fortes e fracos, bem como ameaças e oportunidades de melhoria e assim identificaram as prioridades para o ano 2022, que assim, foram definidas em função da análise do contexto do momento/conjuntura pandémica e orientações institucionais; unidade de saúde (profissionais, instalações, dinâmicas); análise dos indicadores da USF (2021) | e assim da respetiva reflexão em equipa e análise SWOT.

O lema do ano 2022 foi:

“Reencontros no quotidiano – a arte da equipa se superar!”

Tabela 4 – Prioridades 2022

	PRIORIDADES DEFINDAS
	PREVENÇÃO DE BURN OUT PROFISSIONAL
	COESÃO DA EQUIPA E INTERSUBSTITUIÇÃO; “recontracting” comunicacional
	CIS e CNP reorganização
	Site da USF
	DESEMPENHO ASSISTENCIAL: SAÚDE INFANTIL
	DESEMPENHO ASSISTENCIAL: MATERNA E PF
	DESEMPENHO ASSISTENCIAL: RASTREIO ONCOLOGICO
	DESEMPENHO ASSISTENCIAL: HTA E DM
	DESEMPENHO ASSISTENCIAL: SA _ IDOSO E DOENÇA CRONICA
	ACESSIBILIDADE UTENTE (TMRG, INTERSUBSTITUIÇÃO NAS LISTAS COM MÉDICO AUSENTE)
	VACINAÇÃO COVID
	SEGURANÇA E MAPA DE RISCO (UTENTES, PROFISSIONAIS, INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS) PRATICAS SEGURAS
	SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE e participação do cidadão

Foi colocado o cidadão no centro do sistema, sem esquecer a promoção do bem-estar e segurança dos seus profissionais. Para tal contribuíram a resiliência, experiência e maturidade da equipa assente na *Missão, Visão, Princípios e Valores*.

Na carta de contratualização de 2022, foram identificados 9 problemas e definidos objetivos para a respetiva resolução, conforme tabela 5.

Tabela 5 – Identificação de problemas e objetivos de resolução

Título	Problema	Objetivo
1- PANDEMIA COVID 19	CARTEIRA BASICA CONDICIONADA POR NECESSIDADE DE RESPOSTA À DOENÇA COVID 19 e VACINAÇÃO COVID 19	1- GERIR A RESPOSTA À DOENÇA COVID 19 e VACINAÇÃO COVID 2 - GERIR A RESPOSTA À CARTEIRA BASICA DE SERVIÇOS E RETOMA RESPETIVA, nomeadamente a gestão do enorme volume de Consultas não presenciais a par de uma enorme procura de cuidados presenciais
3 - INSTALAÇÕES FÍSICAS PROVISÓRIAS E AUSÊNCIA DE REPARAÇÃO DE EQUIPAMENTOS	A atuais instalações físicas provisórias são exíguas (contentores), obrigando a que vários profissionais partilhem gabinete, apenas uma sala de tratamentos (pequena e desadequada a esta prestação de cuidados), espaço de secretariado insuficiente e com apenas dois polos de atendimentos. Os contentores são mais suscetíveis a intempéries, tal como tem sucedido nos dias de maior pluviosidade.	1- ampliar o espaço físico com mais um contentor 2- manutenção do equipamento de climatização e da edificação com regularidade 3- aquisição de DAE 4 - aquisição de trituradora de papel 5 - pequenos arranjos interiores e exteriores
2 - DEFICE DE RECURSOS HUMANOS	Ausências médicas (uma reforma a 31 de dezembro de 2021, 1 licença de maternidade até 15 de julho de 2022 e um atestado prolongado por gravidez de risco a partir de 6 de junho de 2022) Burnout profissional Comprometimento dos TMRG	1- mobilização do médico selecionado pela unidade, 2 - contratualização de HE interna e externas, 3- alocação de recém especialista (outubro 2022)
4 - MUDANÇA DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO (TRANSIÇÃO medicineone-sclinico)	1- Constrangimentos decorrentes da transição de dados do medicineone para sclinico, nomeadamente dados e registos individuais na área da saúde infantil (Sheridan), saúde materna (consultas), HTA e DM (biometrias, colesterol LDL e avaliação do pé diabetico), Planeamento familiar (método contraceptivo não atualizado) 2- Lentidão do sistema informático e falhas frequentes 3 - Restrição ao registo clinico por falta de espaço 4 - Agendas rígidas, poucas soluções de manuseamento e não comunicantes (entre setor médico, enfermagem e secretariado clinico) 5 - sistema de mensagens internas muito limitado	1- ampliar a capacidade da rede informática e renovar equipamentos informáticos, bem como atualizar sistemas operativos 2-ausência de prejuízo para a equipa pelos motivos citados e assim externos à mesma
5 - EXAUSTÃO	94 % dos profissionais afirmaram-se exaustos	1-prevenir o burnout e melhorar a coesão da

Título	Problema	Objetivo
PROFISSIONAL	e muito exaustos (resultado do questionário de satisfação profissional realizado em março de 2022).	equipa 2- promover atividades anti burnout 3 -"recontracting" comunicacional
6 -DESEMPENHO ASSISTENCIAL	IDS A NIVEL DO RASTREIO ONCOLÓGICO, GESTÃO DA DOENÇA E GESTÃO DA SAÚDE (DADOS 2021): - saude da mulher: 31,9 - saude infantil: 62,5 - saude do adulto 10,9 - DM: 43,9 - HTA:10,2 - RCCU: 30,08 - RCCR: 48	1- melhorar os indicadores respetivos
7 - ACESSO	Acesso telefónico à unidade condicionado por central telefónica obsoleta; défice de recursos médicos que condiciona os TMRG, personalização de cuidados e intersubstituição; site da USF não adaptado às exigências atuais	1- Qualificar o atendimento telefónico (sistema TeleQ) 2 - Reorganização da consulta de intersubstituição 3 - HE internas e externas para melhorar os TMRG e mobilização do profissional médico após a respetiva seleção e aprovação da integração em CG 4 - reformulação do site da USF
8 - SEGURANÇA	As instalações provisórias e exíguas a par do aumento do fluxo presencial de utentes exigem reformulação das medidas de segurança/práticas seguras destinadas a utentes e profissionais	1- assegurar que a USF seja um local seguro para a interação entre profissionais e utentes 2- dar continuidade à notificação de incidentes e respetivo acompanhamento e tratamento 3- reformulação do mapa de riscos e respetivo plano de intervenção
9 - UTENTES SEM EQUIPA DE SAÚDE FAMILIAR E DESLOCADOS UCRANIANOS	Prestação de cuidados de saúde a utentes não inscritos na unidade de saúde familiar	gerir a prestação de cuidados de saúde em função da capacidade atual da USF (recursos humanos e físicos)

4. PLANO DE AÇÃO

No ano de 2020 houve um decréscimo acentuado do IDG, sobretudo a nível as sub-áreas da gestão da saúde, nas dimensões da saúde da mulher e do adulto (incluindo os rastreios oncológicos) e na sub-área gestão da doença, nomeadamente da diabetes mellitus, hipertensão arterial e multimorbilidade e ainda na dimensão cobertura ou utilização. Menos afetados foram as sub-áreas acesso e qualificação da prescrição.

Em 2021 assistimos a uma recuperação do IDG, não obstante os constrangimentos sentidos com as instalações (provisórias e exíguas), sistema de informação “sclinico” e o défice de recursos humanos médicos, mas que a equipa sobe superar através da intersubstituição e da essencial retoma da atividade. A recuperação foi mais sentida ao nível da subárea gestão da saúde (incluindo rastreios oncológicos). Em 2022 consolidámos a recuperação, não obstante os constrangimentos (tabela 6).

De notar que em 2019, o processo de Acreditação e a autoavaliação que decorreu nesse âmbito, resultaram num enorme incremento qualitativo da organização, na elaboração de conteúdos, nas práticas dos profissionais, no “modus operandis” e nas relações interprofissionais e com os utentes.

Tabela 6 – evolução do IDG da USF CelaSaúde de 2018 a 2022

ano	2018	2019	2020	2021	2022
Valor do IDG	84,6	85,2	60,3	74,1	80,1

4.1 Desempenho assistencial

No ano de 2022 O IDS do desempenho assistencial foi de 64,2 (superior a 2021).

Todas as subáreas (acesso, gestão da saúde, gestão da doença) registaram uma subida significativa, com exceção da qualificação da prescrição, na dimensão prescrição de MCDTs. Tal facto pode dever-se à retoma da atividade e ao aumento da atividade assistencial e prescrição de MCDTs.

Tabela 7 – Desempenho Assistencial 2022 (fonte: BI_CSP): esperado e atingido

Área (A), Subárea (S) ou Dimensão (S)	IDS Dez 2021	IDS Esperado em Dez 2022	IDS atingido em dezembro 2022
A - Desempenho Assistencial	60.7	66.72	64,2
S - Acesso	75.7	89.13	78,2
D - Cobertura ou Utilização	5.0	80.0	11,5
D - Personalização	45.0	70.0	50
D - Atendimento Telefónico	0.0	0.0	0
D - Tempos Máximos de Resposta Garantidos	100.0	100.0	100
D - Consulta no Próprio Dia	80.0	85.0	80,5
D - Trajeto do Utente na Unidade Funcional	Dimensão sem indicadores	Dimensão sem indicadores	Dimensão sem indicadores
D - Distribuição das Consultas Presenciais no Dia	75.3	78.0	83,6
S - Gestão da Saúde	44.7	50.25	50,1
D - Saúde Infantil e Juvenil	62.5	65.0	57,4
D - Saúde da Mulher	31.9	40.0	52
D - Saúde do Adulto	10.9	20.0	28
D - Saúde do Idoso	73.3	76.0	62,9
S - Gestão da Doença	51.0	52.5	70,3
D - Diabetes Mellitus	43.9	45.0	46,2
D - Hipertensão Arterial	10.2	15.0	40,1
D - Doenças Aparelho Respiratório	50.0	50.0	95
D - Multimorbilidade e Outros Tipos de Doenças	100.0	100.0	100
S - Qualificação da Prescrição	71.6	75.0	58,3
D - Prescrição Farmacoterapêutica	81.7	87.0	92,1
D - Prescrição MCDT	54.7	55.0	1,8
D - Prescrição de Cuidados	Dimensão sem indicadores	Dimensão sem indicadores	--

Legenda: a verde IDS superado; a laranja não superado e a azul não superado mas superior a 2021

Na tabela 8 apresentam-se os resultados dos Indicadores que fazem parte do IDG.

Tabela 8 – IDG 2022: Visão indicadores (fonte: BI_CSP)

Cód. Indicador	Designação Indicador (+ID)	Min. Aceit	Min. Esper	Máx. Esper	Máx. Aceit	Resultado	Score
2013.001.01 FL	1 - Proporção de consultas realizadas pelo MF	75,00	78,00	90,00	92,00	78,128	2
2013.003.01 FL	3 - Taxa de domicílios médicos por 1.000 inscritos	12,00	18,00	35,00	40,00	12,733	0,24441099
2013.005.01 FL	5 - Proporção de consultas realizadas pelo EF	65,00	70,00	88,00	92,00	55,738	0
2013.006.01 FL	6 - Taxa de utilização de consultas médicas - 3 anos	75,00	88,00	100,00	100,00	80,906	0,908659
2013.008.01 FL	8 - Taxa de utilização de consultas de PF (méd./enf.)	38,00	60,00	100,00	100,00	39,272	0,11560202
2013.011.01 FL	11 - Proporção gráv. c/ consulta méd. vigil. 1º trim.	85,00	91,00	100,00	100,00	94,382	2
2013.018.01 FL	18 - Proporção de hipertensos com IMC (12 meses)	65,00	80,00	100,00	100,00	74,791	1,3055029
2013.020.01 FL	20 - Proporção hipertensos < 65 A, com PA < 150/90	45,00	67,00	100,00	100,00	50,527	0,5024929
2013.023.01 FL	23 - Proporção hipertensos com risco CV (3 A)	65,00	80,00	100,00	100,00	69,360	0,58132267
2013.030.01 FL	30 - Proporção idosos ou doença crónica, c/ vac. gripe	45,00	55,00	100,00	100,00	62,179	2
2013.034.01 FL	34 - Proporção obesos >=14A, c/ cons. vigil. obesid. 2A	60,00	72,00	100,00	100,00	48,237	0
2013.036.01 FL	36 - Proporção utentes DM com registo de GRT	60,00	75,00	100,00	100,00	61,820	0,24265099
2013.037.01 FL	37 - Proporção DM c/ cons. enf. vigil. DM último ano	70,00	87,00	100,00	100,00	72,420	0,28473663
2013.039.01 FL	39 - Proporção DM c/ última HbA1c <= 8,0%	55,00	70,00	100,00	100,00	63,977	1,1969976
2013.045.01 FL	45 - Prop. mulheres 25-60 anos c/ rastr. c. colo út.	41,00	60,00	100,00	100,00	45,069	0,4283533
2013.046.01 FL	46 - Proporção utentes [50; 75[A, c/ rastreio cancro CR	45,00	67,00	100,00	100,00	51,851	0,62283087
2013.049.01 FL	49 - Proporção utentes c/ DPOC, c/ FeV1 em 3 anos	30,00	60,00	100,00	100,00	57,000	1,8000002
2013.053.01 FL	53 - Proporção utentes >=14A, c/ registo consumo álcool	46,00	70,00	100,00	100,00	52,407	0,5339494
2013.054.01 FL	54 - Proporção utentes consum. álcool, c/ consulta 3A	40,00	60,00	100,00	100,00	54,749	1,4748602
2013.063.01 FL	63 - Proporção crianças 7A, c/ cons. méd. vig. e PNV	65,00	85,00	100,00	100,00	78,519	1,3518519
2013.095.01 FL	95 - Proporção jovens 14A, c/ PNV cumprido ou execução	95,00	95,00	100,00	100,00	94,872	0
2013.098.01 FL	98 - Proporção utentes >= 25 A, c/ vacina tétano	85,00	93,00	100,00	100,00	84,781	0
2013.099.01 FL	99 - Taxa utilização consultas de enfermagem - 3 anos	65,00	76,00	100,00	100,00	60,449	0
2013.261.01 FL	261 - Proporção utentes DM c/ aval. risco úlcera pé	70,00	87,00	100,00	100,00	61,914	0
2013.262.01 FL	262 - Proporção utentes com avaliação risco DM2 (3A)	35,00	58,00	100,00	100,00	20,084	0
2013.269.01 FL	269 - Índice de acompanham. adequado s. infantil 2º ano	0,70	0,87	100,00	100,00	0,818	1,3848038
2013.274.01 FL	274 - Propor. DM2 c/ indic. insul., em terap. adequada	65,00	82,00	100,00	100,00	75,926	1,2854033
2013.275.01 FL	275 - Proporção novos DM2 em terap. c/ metform. monot.	55,00	70,00	100,00	100,00	88,636	2
2013.276.01 FL	276 - Rácio DDD prescrita DPP-4 e antidiabét. orais	0,00	0,00	28,00	38,00	26,070	2

2013.294.01 FL	294 - Taxa domicílios enferm. p/ 1000 inscritos idosos	300,00	570,00	1500,00	1500,00	269,715	0
2013.295.01 FL	295 - Propor. puérp. 5+ cons. vig. enf. grav. e c/ RP	51,00	77,00	100,00	100,00	60,938	0,7644229
2013.297.01 FL	297 - Prop. idosos s/ presc. prol. ansiol/sedat/hipnót	74,00	82,50	100,00	100,00	83,015	2
2013.300.01 FL	300 - Nº médio prescr. consulta fisioterapia, p/ utiliz.	0,00	0,00	0,10	0,16	0,161	0
2013.302.01 FL	302 - Índice de acompanham. adequado s. infantil 1º ano	0,82	0,93	1,00	1,00	0,922	1,8530502
2015.306.01 FL	306 - Propor. ute. s/ rastr. VIH/SIDA que o efetuaram	3,00	5,00	100,00	100,00	4,520	1,5200891
2015.308.01 FL	308 - Proporção grávidas com ecografia 2º trimestre	60,00	80,00	100,00	100,00	71,014	1,1014495
2015.310.01 FL	310 - Índice realização exames laborat. 1º trim. grav.	0,62	0,79	1,00	1,00	0,884	2
2015.311.01 FL	311 - Índice realização exames laborat. 2º trim. grav.	0,40	0,54	1,00	1,00	0,599	2
2015.312.01 FL	312 - Índice realização exames laborat. 3º trim. grav.	0,30	0,43	1,00	1,00	0,449	2
2015.314.01 FL	314 - Proporção DM com PA >= 140/90 mmHg	0,00	0,00	12,00	22,00	26,454	0
2015.315.01 FL	315 - Proporção DM com C-LDL < 100 mg/dl	33,00	48,00	100,00	100,00	58,537	2
2017.255.01 FL	255 - Propor. quinolonas entre antib. fatur. (embal.)	0,00	0,00	7,00	10,00	3,760	2
2017.257.01 FL	257 - Propor. cefalosp. entre antib. fatur. (embal.)	0,00	0,00	4,50	6,50	2,783	2
2017.259.01 FL	259 - Proporção coxibes entre AINEs faturados (DDD)	0,00	0,00	5,50	9,00	7,423	0,90095425
2017.330.01 FL	330 - Índice de utilização anual de consultas médicas	0,75	0,82	2,00	2,00	0,724	0
2017.331.01 FL	331 - Índice de utilização anual de consultas enferm.	0,65	0,76	2,00	2,00	0,636	0
2017.335.01 FL	335 - Prop. cons. ind. receipt. c/ resposta 3 dias úteis	80,00	85,00	100,00	100,00	87,283	2
2017.341.01 FL	341 - Despesa PVP medic. pres. compart. p/ insc. padrão	0,00	0,00	130,00	140,00	104,238	2
2017.342.01 FL	342 - Proporção consul. méd. inic. ut. <= 15 dias úteis	70,00	88,00	100,00	100,00	89,972	2
2017.344.01 FL	344 - Propor. consultas médicas realiz. no dia agendam.	21,00	26,00	41,00	46,00	44,854	0,45821762
2017.345.01 FL	345 - Propor. consul. enfer. realiz. no dia do agendam.	18,00	23,00	40,00	45,00	25,133	2
2017.346.01 FL	346 - Propor. consul. realiz. intervalo [8; 11]h (Q1)	15,00	20,00	35,00	37,50	33,893	2
2017.349.01 FL	349 - Propor. consul. realiz. intervalo [17; 20]h (Q4)	12,00	17,50	25,00	35,00	15,701	1,3458748
2017.350.01 FL	350 - Custo c/ terapêut. do doente c/ Diabetes Mellitus	60,00	60,00	350,00	420,00	367,744	1,4930372
2017.351.01 FL	351 - Custo c/ terap. doente c/ Diab. Mell. controlado	0,00	0,00	350,00	420,00	361,584	1,6690321
2017.352.01 FL	352 - Custo c/ terapêut. do doente c/ HTA	40,00	40,00	80,00	90,00	87,460	0,5080662
2017.353.01 FL	353 - Custo c/ terapêut. do doente c/ HTA controlada	0,00	0,00	90,00	100,00	100,062	0
2017.354.01 FL	354 - Despesa MCDT prescr. p/ insc. padrão (p. conv.)	0,00	0,00	42,50	49,00	48,767	0,07162666
2017.365.01 FL	365 - Taxa internam. evitáveis popul. adulta (ajust.)	0,00	0,00	650,00	950,00	573,753	2
2017.372.01 FL	372 - Taxa de intern. por fratura do colo do fêmur	0,00	0,00	820,00	1200,00	1003,512	1,0341458

2017.378.01 FL	378 - Propor. PVP medicam. prescr. MF contexto privado	0,00	0,00	0,40	1,00	0,024	2
2017.380.01 FL	380 - Prop. adultos c/ asma/DPOC/bronq. cr., com diagn.	74,00	81,00	100,00	100,00	89,857	2
2017.381.01 FL	381 - Prop. adultos c/ depressão/ansiedade, com diagn.	70,00	78,00	100,00	100,00	85,630	2
2017.382.01 FL	382 - Prop. adultos com DM, com diagn.	97,00	98,70	100,00	100,00	96,643	0
2017.383.01 FL	383 - Prop. adultos com HTA, com diagnóstico	89,00	94,00	100,00	100,00	93,786	1,9142036
2017.384.01 FL	384 - Propor. RN cuja mãe tem registo de gravidez	89,00	94,00	100,00	100,00	87,879	0
2017.389.01 FL	389 - Score dimensão "serviços de caráter assistencial"					2,000	2
2017.390.01 FL	390 - Score dimensão "serv. não assis. gov. clín. ACES"					2,000	2
2017.391.01 FL	391 - Score dimensão "melhoria cont. qualid. acesso"					2,000	2
2017.392.01 FL	392 - IDS da dimensão "melhoria cont. qualid. e PAI"					2,000	2
2017.393.01 FL	393 - Score dimensão "formação equipa multiprofis."					2,000	2
2017.394.01 FL	394 - Score dimensão "formação internos e alunos"					2,000	2
2018.339.01 FL	339 - Taxa anual ajustada episódios urgência hospitalar	0,00	0,00	47,00	63,00	50,241	1,5948186
2018.395.01 FL	395 - Prop. uten. >= 15 anos, c/ reg. hábit. tabág. 3A	55,00	71,00	100,00	100,00	52,900	0
2018.397.01 FL	397 - Prop. fumador c/ int. breve ou muito breve 1 ano	15,00	22,00	100,00	100,00	7,431	0
2018.398.01 FL	398 - Prop. gráv. fumad. c/ int. breve ou mt. breve 1ºT	40,00	60,00	100,00	100,00	0,000	0
2018.404.01 FL	404 - Incidência anual de pessoas em abstin. tabág. 12M	20,00	60,00	10000,00	10000,00	8,923	0
2018.409.01 FL	409 - Prop ute s/ prescr prolo ansio/seda/hipn (ajust)	89,00	91,50	100,00	100,00	93,375	2
2018.410.01 FL	410 - Taxa anual ajustada utiliz. freq. urgência hospit.	0,00	0,00	2,70	3,60	2,557	2
2018.412.01 FL	412 - [Cons. dia UF inscr.] / ([cons. dia] + [urgênc.])	40,00	60,00	85,00	95,00	64,004	2
2019.428.01 FL	428 - Score dimensão "segurança de utentes"					2,000	2
2019.430.01 FL	430 - Score dimensão "participação do cidadão"					2,000	2

Legenda: a verde score 2 e a amarelo score 0

Desta tabela destacam-se os Top 10 dos melhores e dos piores resultados:

Top 10 - Melhores (2)

	Código	Nome
1º	2017.365.01 FL	Taxa internam. evitáveis popul. adulta (ajust.)
2º	2017.341.01 FL	Despesa PVP medic. pres. compart. p/ insc. padrão
3º	2013.275.01 FL	Proporção novos DM2 em terap. c/ metform. monot.
4º	2017.380.01 FL	Prop. adultos c/ asma/DPOC/bronq. cr., com diagn.
5º	2015.315.01 FL	Proporção DM com C-LDL < 100 mg/dl
6º	2017.381.01 FL	Prop. adultos c/ depressão/ansiedade, com diagn.
7º	2013.030.01 FL	Proporção idosos ou doença crónica, c/ vac. gripe
8º	2018.412.01 FL	[Cons. dia UF inscr.] / ([cons. dia] + [urgênc.])
9º	2013.011.01 FL	Proporção gráv. c/ consulta méd. vigil. 1º trim.
10º	2017.255.01 FL	Propor. quinolonas entre antib. fatur. (embal.)

Top 10 - Piores (0)

	Código	Nome
1º	2013.294.01 FL	Taxa domicílios enferm. p/ 1000 inscritos idosos
2º	2018.398.01 FL	Prop. gráv. fumad. c/ int. breve ou mt. breve 1ºT
3º	2018.404.01 FL	Incidência anual de pessoas em abstin. tabág. 12M
4º	2013.261.01 FL	Proporção utentes DM c/ aval. risco úlcera pé
5º	2013.034.01 FL	Proporção obesos >=14A, c/ cons. vigil. obesid. 2A
6º	2013.262.01 FL	Proporção utentes com avaliação risco DM2 (3A)
7º	2018.395.01 FL	Prop. uten. >= 15 anos, c/ reg. hábit. tabág. 3A
8º	2018.397.01 FL	Prop. fumador c/ int. breve ou muito breve 1 ano
9º	2013.099.01 FL	Taxa utilização consultas de enfermagem - 3 anos
10º	2015.314.01 FL	Proporção DM com PA >= 140/90 mmHg

4.2 Serviços

Durante o ano de 2022 foram desenvolvidas atividades relacionadas com os indicadores 2017.389.01 FL _ 389 - Score dimensão "serviços de carácter assistencial" e 2017.390.01 FL _ 390 - Score dimensão "serv. não assis. gov. clín. ACES":

Tabela 9 – Serviços (caracter assistencial e não assistencial)

Serviços - Serviços de Carácter Assistencial
Atividades
VACINAÇÃO COVID 19
ATENDIMENTO A DESLOCADOS UCRANIANOS
ATENDIMENTO A UTENTES SEM EQUIPA DE SAÚDE FAMILIAR

Serviços - Serviços de Carácter não Assistencial
Atividades
PLANO ACOMPANHAMENTO INTERNO: desprescrição BZD, IBP e tiras de glicémia (desde 2019 e 2020)
QUALIFICAÇÃO DA DISCUSSÃO CLÍNICA E REFERENCIAÇÃO HOSPITALAR
InterCelas - Programa de intercâmbio de médicos Internos de MGF no Centro de Saúde de Celas
REUNIÕES PLENÁRIAS DOS CT E CCS
QUALIFICAÇÃO DA PRESCRIÇÃO - desprescrição de COXIBs

4.2.1 Serviços de carácter assistencial

Vacinação COVID 19

A USF CelaSaúde participou ativamente na vacinação COVID, quer no CVC de Coimbra, quer na vacinação realizada na USF, tendo implementado horário predefinido para a respetiva realização.

Atendimento a deslocados ucranianos

As três UF do CS Celas organizam cuidados de saúde para situações agudas e não agudas:

- Adaptação do plano nacional de vacinação,
- Vigilância de saúde infantil e juvenil (1.ª consulta da vida e seguintes de acordo com a idade de vacinação),
- Vigilância de gravidez,
- Doentes crónicos (medicação e controlo se necessário),
- Planeamento familiar (dispensa de contraceptivos orais e de barreira),
- Cuidados de saúde em situação de doença aguda

Deste modo as USFs do Centro de Saúde de Celas propuseram-se a dar apoio a 162 deslocados Ucrrianos (CelaSaúde dará apoio a 8 deslocados por médico do quadro que se encontre efetivamente a trabalhar). Os dados referentes a estas atividades encontram-se no ficheiro



anexo: ATENDIMENTO E
INSCRIÇÃO DE

Atendimento a utentes sem equipa de saúde familiar

Dando continuidade ao atendimento a utentes sem equipa de saúde familiar e por forma a garantir o direito a cuidados de saúde de proximidade, para os quais não existe alternativa de prestação, foram contratualizadas atividades num esquema de rotação semanal pelas UF do CS Celas:

Atendimento pelo secretariado clínico

Durante o normal período e de funcionamento da unidade
Receção, informação e orientação do cidadão
Agendamento da resposta assistencial (médica e de enfermagem)

Atividades de enfermagem

Vacinação PNV, Covid e extra PNV (se acompanhado de prescrição médica)
Rastreio TKSF (teste do “pézinho”)
Enfermagem curativa, incluindo injetáveis, se acompanhados de prescrição médica
Contraceção de emergência
1ª consulta na gravidez – com referenciação posterior para consulta pré natal na Maternidade (atualizar protocolo da UCF)

Atividades médicas

1ª consulta na gravidez – com referenciação posterior para consulta pré natal na Maternidade (atualizar protocolo da UCF)
Emissão de CIT (após consulta médica hospitalar ou outra), iniciais e prorrogação, de acordo com informação clínica escrita
Renovação de receituário crónico, mediante apresentação de guia terapêutico
Apoio à equipa de enfermagem (em caso de necessidade)



ATENDIMENTO DE
UTENTES SEM

As atividades desenvolvidas estão resumidas no documento anexo

4.2.2 Serviços de carácter não assistencial_ Atividades de governação clínica

Qualificação da prescrição _ Planos de acompanhamento internos

- Demos continuidade aos planos de acompanhamento interno (desprescrição de tiras de glicemia (desde 2019), IBP e BZD (desde 2020). Têm sido monitorizados, analisados em CG e implementadas medidas de melhoria (em anexo auditorias e apresentações).



Auditoria 15 -
Desprescrição



Auditoria 13 -
Desprescrição



Auditoria 14 -
Desprescrição IBP



Auditoria 13,14,15
desprescrição Apres

- Implementámos um plano de acompanhamento interno com o objetivo de melhorar o Indicador 2017.259.01 – Proporção coxibes entre AINEs faturados (DDD) com score 0, através da qualificação da prescrição baseada na medicina baseada na evidencia (em anexo: plano e avaliação preliminar)



Plano Acomp
Coxib_2022.pdf

Auditoria

De acordo com orientação do CCS do ACES BM realizámos a auditoria à prescrição de análogos GLP1 (em anexo)



Auditoria 9 -
Análogos

Formação _ Programa InterCelas

A USF CelaSaúde desenvolveu e promoveu o Estágio/intercâmbio de Médicos Internos de MGF das unidades funcionais do Centro de Saúde de Celas (USF CelaSaúde, USF Coimbra Celas e USF Cruz de Celas) e que integram a Comunidade Prática Formativa de Celas (em anexo Programa InterCelas)



INTERCELAS 2022
final.docx

Qualidade e Segurança

- Discussão clínica em equipa e qualificação da referenciação: Reunião médica semanal (6.ª f: 14.30-16H) para análise e discussão de Casos Clínicos selecionados e de todos os pedidos recusados;
- Criação de parcerias/consultores e diminuir referenciações desnecessárias (em anexo plataforma de monitorização de discussão de referenciações recusadas, e lista de consultores: cardiologia, hematologia, etc.)



PLATAFORMA DISCUSSÃO P1



Consultores da USF

Reuniões Plenárias dos CT

Participação do CT e Coordenadora da USF nas reuniões plenárias do CCS (16 de setembro e 16 de dezembro)

4.3 Qualidade organizacional

Durante o ano de 2022 foram desenvolvidas atividades no âmbito da qualidade organizacional (tabela 10), relacionadas com os indicadores 2017.391.01 FL 391 - *Score dimensão "melhoria cont. qualid. acesso"*, 2017.392.01 FL 392 - *IDS da dimensão "melhoria cont. qualid. e PAI"*

Tabela 10– Qualidade organizacional (Acesso, melhoria continua da qualidade, segurança e centralidade no cidadão)

Qualidade Organizacional - Melhoria Contínua da Qualidade

Atividades

QUALIDADE ORGANIZACIONAL ACESSO

PROGRAMA DE MELHORIA CONTINUA DA QUALIDADE e PLANO ANUAL DE AUDITORIAS

Qualidade Organizacional - Segurança

Atividades

QUALIDADE ORGANIZACIONAL - SEGURANÇA DE UTENTES e PROFISSIONAIS

Qualidade Organizacional - Centralidade no Cidadão

Atividades

CENTRALIDADE NO CIDADÃO

4.3.1 Melhoria continua da qualidade

ACESSO

A USF privilegiou os TMRG, o atendimento telefónico e o email institucional, a qualificação da consulta não presencial e o acesso de uma forma em geral, de acordo com BI_CSP.

Em anexo:

- AUDITORIA AOS TMRG: MENSAL (últimos meses)
- ATUALIZAÇÃO PROCEDIMENTO PO.01-PROC.01-IT.01 IT MONITORIZ E DIVULGAÇÃO TMRG
- AUDITORIA AO ATENDIMENTO TELEFÓNICO - teleQ
- AUDITORIA A CONSULTAS NÃO PRESENCIAIS
- INSTRUÇÃO DE TRABALHO PO.02-IT.01 CNP (consulta não presencial)
- AUDITORIA EMAIL INSTITUCIONAL
- ANÁLISE DO ACESSO BICSP E IMPLEMENTAÇÃO DE MEDIDAS CORRETIVAS

Todas as auditorias foram discutidas em CG e aprovadas medidas de melhoria e/ou de correção (e monitorizadas através da plataforma de melhoria continua)



TMRG 7 indicadores



TMRG 7 indicadores



TMRG 7 indicadores



TMRG 7 indicadores



PO.01- PROC.01-IT.01 IT



Auditoria 2022-Atendimento



Auditoria CNPs nas agendas médicas



PO.02-IT.01 CNP.doc



Auditoria 4 -Emails 2022.docx

PROGRAMA DE MELHORIA CONTINUA DA QUALIDADE E PLANO ANUAL DE AUDITORIAS

A USF planeou e implementou ao longo do ano o plano anual de auditorias.

Todas as auditorias são analisadas em CG e propostas medidas corretivas ou de melhoria a implementar. Tais medidas são monitorizadas através da plataforma de melhoria continua, pela equipa da qualidade da USF.

Anexamos o plano anual e as auditorias ainda não mencionadas anteriormente.



5 PLANO ANUAL
DE AUDITORIAS



Auditoria -
Questionário CPAQ



Auditoria
observacional ao



Auditoria 2022-
SQ- Informação



Auditoria
consentimento



Auditoria etiqueta
respiratória 2021



Auditoria direitos e
deveres dos



Auditoria - 10
Qualidade do



Auditoria espaços
fisicos 2022.docx



Auditoria 2022
Higienização das



auditoria-RENTEV
2022 (1).docx



AuditoriaCondições de

4.3.2 Segurança

Segurança de utentes

Anexamos como evidência:

- PS.04 - Mapa de riscos globais da USF (atualizado em 2022)
- PS.04 - Plano de segurança e prevenção de riscos profissionais
- PS.04 - Plano de segurança e manutenção da USF
- Avaliação global dos riscos (dois momentos de avaliação: fevereiro e outubro. São identificados os riscos, a sua classificação (probabilidade x gravidade), medidas corretivas, plano de melhoria e identificação dos responsáveis pela implementação. Análise em CG (atas). Dos 20 riscos identificados em fevereiro, 10 dizem respeito à segurança dos utentes (foram todos resolvidos e auditados, ficaram 2 por resolver, da competência do ACES e ARS)
- Procedimentos de gestão de riscos: PS.04-IT.01 Fluxograma em caso de incidentes e acidentes na USF e modelo de notificação PS.04-IT.01-MOD.01 MODELO ficha de notificação e tratamento de incidentes, acidentes e erros (também revistos em 2022), bem como o PG.01-PROC.05 procedimento de gestão de não conformidades (e respetivo modelo de notificação).
- Plataforma de registo e monitorização da gestão de incidentes + plataforma de melhoria continua e 2 exemplos de incidentes analisados. A plataforma é monitorizada continuamente pela equipa da qualidade (coordenador, elementos do CT e interlocutores) e os incidentes analisados em CG (conforme atas). Também são analisadas e monitorizadas não conformidades e sugestões de melhoria relacionadas com segurança dos utentes (conforme plataforma de melhoria continua - anexa). Nas mesmas estão registadas as propostas de medidas de melhoria (identificadas em CG) ou de correção e respetivo acompanhamento.
- 2 histórias clínicas (morte e evento major) apresentadas em reunião médica de 2 e 9 de dezembro.
- Monitorização da evolução do número de incidentes reportados e relatório efetuado (apresentado e discutido em CG de 16 de dezembro de 2022)



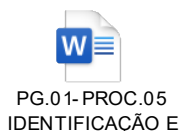
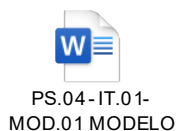
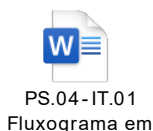
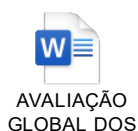
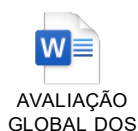
PS.04 MAPA DE RISCOS GLOBAIS



PS.04 PLANO DE SEGURANÇA E



PS.04-Plano de Segurança e



4.3.3 Centralidade no cidadão

Participação do cidadão

Em dezembro de 2021 a USF implementou os questionários enviados pelo gabinete do cidadão (da responsabilidade da CEISUC) e recebeu os resultados em dez 2022 (<https://www.arsc22-1.ceisuc.pt/> e selecionar o menu '02 – ARS com password RyG0MQ63)

Em novembro de 2022 a USF realizou o questionário de satisfação (de acordo com ID 184) _ (relatório em anexo). O relatório e os seus resultados foram analisados em CG (16 2022):

Foi utilizado o modelo de [questionário de satisfação] válido para monitorizar a [satisfação dos utentes] das unidades de saúde no âmbito da contratualização interna (USF e UCSP) e externa (ACES): indicador 184.

O questionário é constituído por 19 questões, pretendendo medir a satisfação dos utentes em várias dimensões.

Dias de aplicação do questionário: 15/11/2022 a 16/11/2022.

Foram voluntários facilitadores 2 alunos de enfermagem.

Número de questionários distribuídos: 137

Número de questionários entregues pelos utentes: 128

Dos resultados:

Satisfação global média - 7,66 (em 10)

Corresponder às expectativas - 7,54 (em 10)

Desempenho ideal - 7,35 (em 10)

Recomendação do serviço - 93%

Pontos fortes:

85,9% satisfeitos e muito satisfeitos com a facilidade em se deslocar à USF.

89,8% satisfeitos e muito satisfeitos com o horário de funcionamento.

86,7% considera as instalações boas ou razoáveis.

87,5% considera boa e muito boa a limpeza das instalações.

74,2% considera boa e muito boa a divulgação dos tipos de cuidados que a USF oferece.

88,3% satisfeitos e muito satisfeitos com a identificação dos profissionais.

80,5% considera a informação fornecida pelos serviços administrativos como sendo clara e muito clara.

83,4% satisfeitos e muito satisfeitos com tempo e atenção dedicados pela equipa de enfermagem.

90,6% satisfeitos e muito satisfeitos com tempo e atenção dedicados pela equipa médica.

86,7% satisfeitos e muito satisfeitos com os cuidados de enfermagem.

89,8% satisfeitos e muito satisfeitos com os cuidados médicos.

89,9% consideram a informação sobre cuidados a ter com a saúde, útil e muito útil.

85,9% satisfeitos e muito satisfeitos com o envolvimento nas decisões sobre os cuidados a ter com a saúde.

76,6% satisfeitos e muito satisfeitos com o zelo pela privacidade.

Pontos fracos:

46,1% considera ser difícil e muito difícil contactar telefonicamente com a USF.

34,4% está pouco satisfeito e nada satisfeito em relação ao tempo de espera entre o agendamento e a realização de consulta e 58,6% dos utentes encontra-se satisfeito e muito satisfeito

33,6% dos utentes consideram as instalações razoáveis.

22,7% dos utentes encontram-se pouco ou nada satisfeitos com a pontualidade no atendimento pelos serviços clínicos e 71,1% satisfeitos e muito satisfeitos.

20,3% considera razoável a resposta aos utilizadores com necessidades especiais e 47,7% considera como boa e muito boa.



Questionário de
satisfação utente

- A USF publicita aos utentes a possibilidade de fazerem sugestões e reclamações (afixação e ecrã digital nas salas de espera, caixa de sugestões, livro de reclamações e guia do utente
- Análise das sugestões em todos os CG (anexo da plataforma de monitorização) e análise global com relatório nos CG de fev 2022 e dez 2022.

Relatório Sumário da plataforma de elogios e sugestões (2022):

Observámos durante o ano de 2022, uma subida de 21% das exposições (43 para 52), com uma subida expressiva dos elogios (20 para 31). A maioria dos utentes utilizou o email como forma de realizar a exposição, logo de seguida o livro amarelo. Os elogios representam 60% das exposições (em 2021 representavam 47%). Da mesma forma as reclamações representam 33% (em 2021 42%). As mesmas referem-se sobretudo a utentes sem equipa de saúde familiar.

meio	tipo	2020	2021	2022
email	reclamações	2	3	2
	elogios	12	16	21
	sugestões	0	1	0
LA	reclamações	4	12	10
	elogios	0	0	4
	sugestões	0	0	0
ERS	reclamações	4	3	4
	elogios	0	0	0
	sugestões	0	0	0
DIRP	reclamações			1
	elogios			0
	sugestões			0
cx sugestoes	reclamações	0	0	0
	elogios	0	4	5
	sugestões	0	4	4
impresso	reclamações			0
	elogios			1
	sugestões			0
total	reclamações	15	18	17
	elogios	14	20	31
	sugestões	1	5	4
	total	30	43	52
	reclamações	50%	42%	33%
	elogios	47%	47%	60%
	sugestões	3%	12%	8%

Figura 2 – Exposições realizadas na USF CelaSaúde 2022

- Processo de gestão de Não Conformidades: PG.02-PROC.05 Tratamento de reclamações e sugestões
- A USF tem um registo sistemático das Não Conformidades(NC): plataforma de sugestões. e reclamações.
- Todas as NC foram apresentadas e discutidas em CG:

Análise evolutiva dos incidentes, não conformidades e sugestões de melhoria:

Foram notificados, pelos profissionais, 4 incidentes. Dois deles relacionados com as instalações (inundação das instalações e temperaturas elevadas nos armazéns) e 2 acidentes de trabalho.

Verificamos um decréscimo dos incidentes notificados (16 em 2021, predominando os incidentes relacionados com as instalações e sistema informático) e um aumento das sugestões de melhoria (0 em 2021 e 7 em 2022).

Foram, assim, realizadas 7 sugestões de melhoria (2 relativas ao sistema informático e 3 relativas à gestão CNP “consultas não presenciais”). Destas, 3 foram consideradas relacionadas com a segurança dos utentes (2 ausências de resposta escrita nos exames a devolver e uma ausência de agendamento).

Verificamos, desta forma que os profissionais notificaram menos incidentes e mais sugestões de melhoria. Deve ser clarificada a tipologia das notificações para qualificação das mesmas.

Das exposições feitas pelos utentes, 3 relacionaram-se com a segurança (ausência de receção de atestado emitido, agendamento de consulta em tipologia diferente da pretendida e uma relacionada com o agendamento da vacinação).

No ano de 2022 consideram-se 12 incidentes relacionados com a segurança dos utentes.

Foram analisados em equipa multiprofissional: EQ e CG e daí resultaram implementação de medidas de melhoria ou corretivas: Instrução de trabalho para CNP, sinalização da documentação para digitalização, entre outros (conforme consta das plataformas de monitorização).

Como medidas de melhoria propõe-se a qualificação dos conceitos de incidentes, não conformidades e sugestões de melhoria, bem como simplificação dos modelos de notificação, por forma a facilitar e melhorar a notificação.

INCIDENTES RELACIONADOS COM A SEGURANÇA DO UTENTE							
INCIDENTES notificados (por tipologia)	2020	2021	2022				
1. processo administrativo: admissão, marcação, referencição	1			NOTAS			
2. Processo/procedimento Clínico							
3. Documentação							
4. Recursos/gestão organizacional							
5. Infraestruturas/edifício/instalações	2	6	2	inundação, temperaturas elevadas			
6. Dispositivos/equipamento médico		9					
7-Oxigênio/gás/vapor							
8-Medicação/fluidos IV							
9-Sangue/Hemoderivados							
10. Acidentes do doente – Quedas							
11. Acidentes do profissional	2		2				
12. Outros acidentes do doente (mecanismos térmicos, exposição a su	1						
13. Infecção associada aos cuidados de saúde							
14. Comportamento		1					
15. Dieta/alimentação							
TOTAL	6	16	4	EQ			
Total considerados como incidentes relacionado com utentes			2	(EQ)			
NÃO CONFORME e OPORT MELHORIA identificadas pelos profissionais	2020	2021	2022	notas			
TIPOLOGIA							
procedimento interno de gestão					2020	2021	2022
procedimento interno operacional	1		2	CNP	tamanho das pilhas	def de recursos	migração m1 clínico
procedimento interno de segurança					prescrições glicemia	medicacoe 3	lentidão clínico
(sistema informático)		3	2		SGDT difícil transporte		CNP agendamento 2
recursos humanos		1			material não fornecido		
recursos materiais	2						
outros	1						
TOTAL	4	4	4	CG			
Total considerados como incidentes relacionado com utentes			4				
SUGESTÕES DE MELHORIA							
procedimento interno de gestão			1				
procedimento interno operacional			5	3 CNP			
procedimento interno de segurança							
(sistema informático)							
recursos humanos							
recursos materiais			1				
outros							
TOTAL	0	0	7	(CG)			
Total considerados como incidentes relacionado com utentes			3	CG			
Exposições, sugestões e elogios realizadas pelos utentes	2020	2021	2022	notas			
email	2	3	2	1 aceite: não recebeu atestado (arquivado erradamente)			
LA	4	12	10	1 aceite: agendamento de consulta em tipologia diferente da pretendida			
ERS	4	3	4				
DIRP			1				
Total	10	18	17	CG			
Total exposições aceites pela USF			2				
Total considerados como incidentes relacionado com utentes			3	foi considerada 1 exposição/sugestão: hora de agendamento			
TOTAL INCIDENTES RELACIONADOS COM A SEGURANÇA UTENTES			12				

Figura 3 – Incidentes, não conformidades e Sugestões de melhoria na USF CelaSaúde 2022

- A USF iniciou o seu projeto de implementação de uma comissão de utentes em junho de 2022. Prevista a sua formalização em 2023. Projeto em anexo.
- A primeira reunião formal com a comissão de utentes (grupo de utentes responsáveis pela formalização legal) ocorreu a 23 de novembro, a segunda a 9 de janeiro (contou com a presença do DE do ACES BM). Neste momento estão finalizados os estatutos a aprovar na reunião da comissão, a 9 de março.
- Das reuniões com o grupo de utentes responsáveis pela instalação da comissão de utentes, foram feitas sugestões que a USF acolheu e respondeu de imediato (ver reuniões).



Projeto de instalação da

4.4. Formação Profissional

4.4.1 Formação equipa multidisciplinar

O Plano Anual de Formação aborda uma programação, ao longo do ano, das atividades formativas pensadas, tendo em conta as necessidades referidas pelos seus profissionais e as necessidades sentidas para a própria Unidade de Saúde (em anexo).

Com base no levantamento de necessidades formativas realizado na primeira etapa (dezembro 2021) procede-se à atualização do plano, acrescentando as seguintes informações: necessidades, objetivos, principais conteúdos programáticos, número previsto de formandos e a duração das ações.

Foram definidos como objetivos:

1. Identificar necessidades formativas para todos profissionais;
2. Definir programas de formação de acordo com as necessidades de formação sentidas pela equipa;
3. Atualização, consolidação e especialização dos conhecimentos técnico-científicos relevantes para o exercício da profissão médica, de enfermagem ou secretariado clínico;
4. Criar e desenvolver competências formativas pós-graduadas.



Foi implementado ao longo do ano tendo sido atingidas as metas propostas (tabela 11 e 12).
Relatório em anexo.

Tabela 11 – Indicadores Formativos 2022

Indicadores contratualizados 2020	Meta 2020 %	Atingido 2020 %	Cálculo	Atingido 2021 %	Meta 2022 %	Atingido 2022 %
% reuniões formativas/ total reuniões	29.33	53.35	60/113	53.09	41,3	53.7
% ações formação realizadas/programadas	59.09	44	7/11	63.6	60,6	66.67

%formações externas partilhadas/total formações externas	50	88	18/25	72	50	60
--	----	----	-------	----	----	----

Tabela 12– Participação dos profissionais em Reuniões e Formação 2022

Itens		Meta(%)	Presenças*	N.º Reuniões	% Participação
Profissionais envolvidos por cada grupo profissional	Médicos	71.42	204	34	98.68
	Enfermeiros	55.55	98	14	96.55
	Secretários Clínicos	66.66	40	10	84.21
	Outros profissionais	60	102	34	72.14



2023 Relatório
Formação LP.docx

4.4.2 Formação internos e alunos

A USF assume-se como uma unidade formativa.

Durante o ano de 2022, a USF retomou a atividade formativa relativamente a alunos:

Faculdade de Medicina, Coordenação do Internato Geral/Ano Comum e Internato Complementar de Pediatria e Medicina Geral e Familiar

A USF mantém a colaboração com a Coordenação do Internato Geral/Ano Comum e Internato Complementar de Pediatria e Medicina Geral e Familiar.

Retomou as atividades de formação com a Faculdade de Medicina do Porto, Lisboa e Coimbra nas cadeiras de Medicina Geral e Familiar (5º ano: 7 alunos e 6º ano: 18 alunos), bem como as atividades com as Escolas de Enfermagem pré e pós-graduadas (estágios de alunos de 3º e 4ºano).

Tem também recebido alunos de medicina para curtos estágios em férias, em colaboração com a CEMEF, bem como Internos de MGF de outras unidades.

Faculdade de Economia da UC

Retomaram-se os estágios de Gestão e Organização de Empresas. Recebemos 2 alunos no ano de 2022.

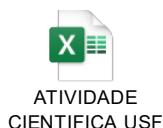
Consideramos de extrema importância esta partilha, que beneficia sempre ambas as partes e se traduz em mais-valias de eficiência e ganhos culturais e outros saberes, reciprocamente.

Foram atualizados os manuais de acolhimento dos alunos de medicina, de alunos de enfermagem e dos internos de MGF.

5. ATIVIDADE CIENTÍFICA

A investigação científica está na base da criação de conhecimento. Os seus resultados permitem a inovação e a sua integração permite alterações na forma de estar, produzir e interagir.

Durante o ano de 2022 a USF promoveu e desenvolveu atividade científica (em anexo).



6. SATISFAÇÃO PROFISSIONAL

A satisfação profissional é, essencialmente, uma medida de qualidade de vida no trabalho. Vários fatores parecem ter impacto na satisfação no trabalho, como a remuneração, as promoções, o reconhecimento por parte das chefias e dos pares, as condições físicas de trabalho e os recursos existentes, as oportunidades de desenvolvimento pessoal, de entre outros. A insatisfação pode conduzir ao absentismo e, no limite, ao abandono da organização.

É necessário que os profissionais sintam satisfação com o seu trabalho, por forma a melhor desempenharem as suas atividades.

Foi realizada a avaliação da satisfação profissional através de questionário on line no google forms em março de 2022.



Apresentação sumária dos resultados do questionário de avaliação da satisfação profissional realizado em março de 2022 e apresentado em Conselho Geral em maio de 2022

▪ Condições de trabalho



Comentário:

Em 12 questões, todas foram avaliadas maioritariamente com 3 (bom) ou 4 (muito bom), com a exceção da pergunta "A minha opinião é tida em conta nas soluções apresentadas para a USF?", cuja escala era diferente, tendo sido avaliada com uma concordância de 89%.

As questões que revelam menor satisfação são:

Questão	Satisfação (bom+muito bom)
Condições físicas do local de trabalho	56%
Recursos tecnológicos e financeiros	56%
Oportunidades de convívio informal	56%
Adequada proteção contra stress laboral	67%

Podemos concluir que a satisfação geral dos profissionais relativamente às condições de trabalho é boa/muito boa, sendo os parâmetros de menor satisfação maioritariamente relacionados com condições físicas/infraestruturas do local de trabalho ou com as oportunidades de convívio fora do trabalho. Destaca-se a subida de todos os parâmetros negativos para positivos desde a última avaliação

As questões com maior satisfação são:

Questão	Satisfação (bom+muito bom)
Ambiente e relações humanas	100%
Participação em reuniões regulares	94%
Conhecimento atempado das reuniões	94%
Adequada proteção contra riscos profissionais	78%
Espírito de equipa	94%
Cooperação e colaboração entre colegas	94%
Remuneração	78%

▪ Liderança



Comentário:

Em 4 questões, apenas 1 foi avaliada maioritariamente com 1 (mau) ou 2 (aceitável), enquanto as restantes 3 foram avaliadas maioritariamente com 3 (bom) ou 4 (muito bom).

A questão que revelou maior insatisfação foi:

Questão	Insatisfação (mau+aceitável)
Apoio por parte do ACES, sobretudo nos momentos difíceis	61,1%

As questões com maior satisfação foram:

Questão	Satisfação (bom+muito bom)
Relação com o Coordenador	100%
O devido reconhecimento do meu desempenho profissional, por parte do meu Coordenador	100%
O apoio com que posso contar por parte do Coordenador, sobretudo nos momentos difíceis em que necessito de mais de ajuda	100%

Podemos concluir que a equipa está satisfeita/muito satisfeita com a sua coordenação, embora insatisfeita com o apoio por parte do ACES.

▪ Atividade profissional e Formação contínua



Comentário:

Em 5 questões, todas foram avaliadas maioritariamente com 3 (bom) ou 4 (muito bom).

A satisfação global foi:

Questão	Satisfação (bom+muito bom)
• Perceção de que o meu papel e as minhas competências profissionais são devidamente compreendidos	94%
• A perceção de que a minha atividade é devidamente acompanhada.	83%
• A existência de linhas de orientação ou protocolos, quer a nível clínico/técnico, quer a nível de alguns aspetos da organização e funcionamento da USF	100%
• A possibilidade efetiva e concreta de participar em programas e projetos	100%
• A oportunidade de formação contínua e desenvolvimento pessoal, no âmbito da minha carreira	83%

Podemos concluir que a equipa está satisfeita/muito satisfeita com a atividade profissional e formação contínua.



▪ Satisfação pessoal

Comentário:

Em 5 questões, todas foram avaliadas maioritariamente com 3 (bom) ou 4 (muito bom), com a exceção da pergunta "Escolheria de novo trabalhar nesta USF", cuja escala era diferente, tendo obtido uma resposta positiva na ordem dos 94%.

A satisfação global foi:

Questão	Satisfação (razoável+muito bom)
• A convicção de que vale realmente a pena eu esforçar-me e dar o meu melhor nesta USF	94%
• O entusiasmo com que vivo as mudanças que estão a (ou vão) ser introduzidas nas USFs	72%
• A perceção da garantia de qualidade dos cuidados e serviços que são prestados aos utentes desta USF, por mim e pelos demais profissionais	89%
• O orgulho que sinto relativamente à imagem da USF na comunidade onde está inserida	94%



Podemos concluir que a equipa apresenta elevados níveis de satisfação pessoal nesta USF



❖ COVID-19: Fase pós-pandémica



Comentário:

Em 9 questões, 1 foi avaliada maioritariamente com 1 (mau) ou 2 (aceitável), enquanto 6 foram avaliadas maioritariamente com 3 (bom) ou 4 (muito bom). Destaca-se ainda que a maioria dos profissionais está satisfeita com o trabalho prestado durante a pandemia. Relativamente à questão da exaustão, a grande maioria considerou-se exausta.

As questões que revelam maior satisfação são:

Questão	Satisfação(bom+muito bom)
Higienização e limpeza dos espaços	83%
Acesso a equipamento de proteção individual	83%
Remuneração do trabalho suplementar – horas extra	61%
Qualidade e clareza das orientações transmitidas pelo coordenador	100%
Participação e envolvimento do Coordenador	100%
Como considero a retoma da atividade na USF ?	95%

As questões com maior insatisfação foram:

Questão	Insatisfação(mau+aceitável)
Espaço físico suficiente	78%

Qualidade de trabalho prestado durante a pandemia:
83% satisfeitos

Consideram-se exaustos:
94% dos profissionais.

Podemos concluir que os profissionais estão satisfeitos com as suas condições de trabalho no âmbito da fase pós-pandémica.



CONCLUSÕES

Para além do descontentamento com as instalações e apoio por parte da tutela, a maior preocupação prende-se com os níveis de exaustão profissional transversal a todos os grupos profissionais (94% dos profissionais) Foi sugerido que fossem realizados mais momentos de descontração em equipa, como as caminhadas e outras atividades. E assim aceite por todos priorizar atividades anti burnout.

7. CONCLUSÕES

O ano de 2022 foi caracterizado pela retoma da atividade, não obstante os constrangimentos:

- Instalações provisórias, exíguas e ausência de informação relativamente à data de conclusão das obras no CS Celas
- Mudança do sistema informático (medicineone para Sclínico)
- Défice de recursos médicos
- Ausência de acesso aos incentivos institucionais

Foram atingidos os objetivos de intervenção nos domínios propostos, tendo em conta as prioridades definidas no plano de ação e os Princípios da USF.

Os objetivos, indicadores, metas, estratégias e atividades definidos para a perspetiva do utente, dos profissionais, dos processos internos, do conhecimento, da economia e da pandemia COVID, foram superados conforme explanado no anexo seguinte.



Pela importância que a melhoria continua da qualidade assume na nossa USF anexamos também a plataforma da melhoria continua desenvolvida durante o ano de 2022 e que reflete todas as não conformidades, oportunidades e sugestões de melhoria, auditorias, entre outras.



1-PLATAFORMA DE
MELHORIA CONTINUA

**Recordando o Lema do ano 2022, “Reencontros no quotidiano – a arte da equipa se superar!”,
fica o agradecimento a toda a equipa.**