



# PLANO DE AÇÃO 2023

**USF CELASAÚDE**

APROVADO EM CG DE 26/05/2023

## ÍNDICE

I - INTRODUÇÃO .....	3
II - MISSÃO, VISÃO, PRINCÍPIOS E VALORES DA USF .....	4
III - DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO E JUSTIFICAÇÃO DA INTERVENÇÃO.....	6
1. CONTEXTO E DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO.....	6
2. JUSTIFICAÇÃO DA INTERVENÇÃO.....	8
3. DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES .....	10
IV - OBJETIVOS, INDICADORES, METAS, ESTRATÉGIAS E MONITORIZAÇÃO .....	11
1. PLANO DE EXECUÇÃO, CRONOGRAMA E MONITORIZAÇÃO.....	30
2. ADEQUAÇÃO DOS RECURSOS E CUSTOS ASSOCIADOS .....	32

# PLANO DE AÇÃO E MAPA ESTRATÉGICO DA USF CELASAUDE 2023

## I - INTRODUÇÃO

Partindo do diagnóstico e análise da situação (*onde estamos*), definindo prioridades, objetivos interpretáveis e metas mensuráveis (*para onde vamos*) e assim elaborar um plano estratégico (*como vamos*) que alinhe a visão, missão e valores da unidade e seja monitorizável e passível de “aperfeiçoamento” (avaliação e controle), numa lógica de melhoria contínua da qualidade, é um desafio e uma necessidade.

Iniciámos atividade em novembro de 2009, passámos a USF modelo B em setembro de 2013, obtivemos o Prémio de saúde sustentável em 2016 e a certificação CPAQ e a recertificação em 2018. O Certificado de Acreditação Internacional foi obtida em Março de 2019.

Renovou candidatura para recertificação em outubro de 2022, que foi aceite (informação do departamento de qualidade da DGS a 16 de maio de 2023).

Esta USF esteve localizada num edifício antigo muito degradado a aguardar obras há cerca de duas décadas até novembro de 2020, altura em que se mudou para as atuais instalações provisórias (em contentores) localizadas na proximidade. A conclusão da obra estava prevista para 14 meses, o que já foi ultrapassado há muito.

Situa-se atualmente na

[Alameda Dr. Armando Gonçalves - nº 40 \(á entrada do antigo hospital pediátrico\)](#)

[3000-059 Coimbra telefones:239 488 627/8](#)

[usf.celasaude@arscentro.min-saude.pt](mailto:usf.celasaude@arscentro.min-saude.pt)

<https://www.usfcelasaude.com/>

Embora as instalações provisórias sejam exíguas, os profissionais atentos à sua população, à evolução tecnológica e social e aos meios de como comunicar melhor, e em segurança, implementam políticas de melhoria contínua de qualidade centrados no utente, monitorizando e uniformizando praticas, normas, processos e procedimentos que assegurem um crescimento sustentado e controlado de uma organização de prestação de cuidados de saúde.

Os serviços de Saúde são organizações “diferentes” que exigem respostas singulares a reiterados desafios importantes e frequentemente imprevistos (como foi a pandemia COVID19).

Os profissionais configuram a prestação de cuidados de saúde através das suas decisões e ações, nas suas relações com os outros profissionais e com a comunidade/utentes.

São os profissionais que convertem as normas e orientações institucionais em atos e práticas concretas. É a partir delas que as unidades de saúde adquirem “vida”, é com elas que o direito à saúde ganha materialidade. São essas “pequenas” escolhas que tornam a conceção racionalista do sistema de saúde.

A interpretação dos objetivos da unidade de saúde e a sua transposição para a realidade, da forma o mais eficaz possível, é o cerne da gestão e planeamento.

É necessário uma visão estratégica, competência, determinação, humildade e bom senso no exercício da liderança e aceitabilidade/promoção da pro-atividade/empreendedorismo organizacional e conhecer as regras para motivar e corresponsabilizar todos os profissionais.

A liderança e a gestão devem ser baseadas no modelo participativo que priorize a motivação, o desenvolvimento e a comunicação da equipa, como forma a missão da prestação de cuidados de saúde.

A Governação clínica, definida como *“Um Sistema de conhecimentos, de atitudes e de práticas de pilotagem individual, de equipas e de serviços para obter resultados em termos de efectividade com equidade (ganhos em saúde) para as pessoas, famílias e comunidades, com o envolvimento de todos, através da melhoria da qualidade dos processos Assistenciais e de intervenção em saúde.”*<sup>1</sup>, surge, pois, como a ferramenta necessária à afirmação dos serviços de saúde enquanto unidades de qualidade, eficientes, efetivas e garante de equidade na prestação de cuidados de saúde.

## II - MISSÃO, VISÃO, PRINCÍPIOS E VALORES DA USF

A USF tem definido em regulamento interno e aprovado por unanimidade entre todos os elementos, a sua missão, visão, princípios e valores, que importa renovar:

### **MISSÃO**

A USF CelaSaúde tem por missão a 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.

---

<sup>1</sup> Equipa Regional de apoio e acompanhamento aos CSP da ARS Lisboa e Vale do Tejo, 2017.

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.

**O nosso Lema: “Reinventar o quotidiano – a arte de superar os objetivos”**

## **VISÃO**

Ser uma equipa unida, coesa e atenta, sempre disponível para responder a cada utente e a cada desafio, visando a sua satisfação, bem como a de todos os profissionais.

## **PRINCIPIOS**

A USF guia-se por um conjunto de princípios organizacionais baseados nos contemplados no artigo 5º do DL 298/2007 das USF alterado pelo Decreto-Lei n.º 73/2017 de 21 Junho, nos princípios da Qualidade Total do modelo de Excelência da *European Foundation for Quality Management* (EFQM) e nos pilares essenciais da governação clínica:

- **Orientação para o utente** (identificar, satisfazer, ultrapassar necessidades e expectativas em saúde, independentemente das suas características e nos seus diferentes problemas de saúde e tipos de intervenção, e prestar um atendimento acessível e de qualidade, fidelizando o utente). Fluir no sentido do utente numa ótica de antecipação de necessidades, da solução dos problemas e outras ofertas, com o intuito de satisfazer as necessidades da população dos utentes.

- **Política da Qualidade.** Privilegiando o cidadão no centro do sistema de saúde, suportado por qualidade assistencial, acessibilidade, equidade, segurança e satisfação dos utentes e dos profissionais. Implementação de um sistema de gestão de qualidade garantindo o compromisso com a qualidade /acreditação atribuída pelo Comité de Certificação do Departamento da Qualidade na Saúde, da Direção-Geral da Saúde (DGS). Desenvolver uma cultura de melhoria contínua, (gestão de processos e atividades com monitorização/auditoria internas e melhoria continua assente no modelo PDCA (Plan, Do, Check, Action (Planejar, Fazer, Verificar e Agir).

- **Desenvolvimento e envolvimento de todos os profissionais.** É o grupo que deve definir as estratégias para atingir os objetivos. As tarefas ganham uma nova dimensão à medida que se sucedem as reflexões e os debates em democracia organizacional. Os profissionais configuram

a prestação de cuidados de saúde através das suas decisões e ações, nas suas relações com os outros profissionais e com os utentes.

- **Formação e investigação.** Formação dos seus profissionais (Plano de formação profissional integrado tendo em conta as necessidades dos profissionais e da unidade). Formadora no ensino médico e de enfermagem pré e pós-graduado e outras áreas (por ex. gestão. Incentivo à participação em atividades de investigação e ao desenvolvimento da Medicina baseada na evidencia.

- **Parcerias e consultorias.** Maior efetividade quando se estabelecem parcerias baseadas na confiança, partilha de conhecimentos e na integração. A participação promove comprometimento. Construir liderança com trabalho em equipa.

- **Transparência e comunicação.** Como garantes da qualidade: Divulgação da dinâmica da unidade e dos resultados (publicitação/Quiosque informático, afixação, newsletter, site e BI-CSP), marketing institucional e Comunicação bidirecional (utentes, comunidade, organizações externas). Avaliação da satisfação dos utentes e do circuito de exposições/reclamações/elogios.

## VALORES

Compromisso Empenho Lealdade Acessibilidade

Segurança Audácia União Determinação Excelência

A USF CelaSaúde pretende primar pela qualidade nos atendimentos, pela interdisciplinaridade, pela inovação, pela disponibilidade em prestar serviços novos, diferentes, com o espírito de reorganizar respostas ou atitudes de acordo com a evolução ou monitorização dos processos em causa, com a participação do cidadão.

## III - DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO E JUSTIFICAÇÃO DA INTERVENÇÃO

### 1. CONTEXTO E DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Importa referir o contexto da USF em 2023:

1\_ **Instalações físicas** (provisórias e exíguas), que exige à equipa reformulação de espaços, horários e novos circuitos de utentes e dinâmicas profissionais (partilha de gabinetes e gestão do espaço, reuniões em espaço improvisado, entre outras. Ausência de data prevista para conclusão das obras das instalações da USF e recusa em aumentar as atuais, apesar de todas as tentativas e diligências efetuadas.

2\_ **Défice de recursos humanos:** reformou-se 1 médico, substituído por novo colega (em abril de 2023) e verifica-se também uma ausência por licença de maternidade o que tem ocasionado constrangimentos por défice de recursos médicos, mas cujo espírito de equipa tem sido essencial para os ultrapassar.

3\_ **A pandemia Covid-19 e a vacinação:** têm sido um desafio a nível organizacional, clínico, segurança dos utentes e profissionais. A vacinação COVID 19 tem sido realizada na USF de forma programada no sentido de minimizar constrangimentos, sendo que a fase de consolidação da atividade traz novos desafios relativos à enorme procura de cuidados de saúde presenciais a par da manutenção do enorme volume de trabalho com contactos não presenciais.

4\_ **Mudanças organizativas:** As instalações físicas, a Pandemia e a retoma/consolidação da atividade, os problemas com a limitação e lentidão do sistema de informação (sclínico), a entrada de novos elementos na USF (por reforma de médicos) exigem reorganização de trabalho, fluxo de utentes e intersubstituição. Tudo isto exige um esforço acrescido de resiliência e proatividade da equipa.

5\_ **Resultados do IDG em 2022 (80,01):** embora com nítida recuperação face a 2020, mas ainda inferior ao resultado dos anos pré-pandémicos, 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. O desempenho dos profissionais de saúde são um contínuo ao longo do circuito do utente e a implementação de planos de melhoria têm sido um processo contínuo, de forma a obter melhores resultados em saúde.

6\_ **Elevados Níveis de burn-out profissional,** conforme revelado no questionário de satisfação profissional de 2022 (72,2% sente-se exausta). A aguardar resultados de 2023.

7\_ **Recertificação: Candidatura aceite a processo de certificação.**

A abordagem por processos assistenciais integrados permite otimizar os diferentes fluxos de trabalho e homogeneizar procedimentos. A integração de padrões de qualidade em todo o circuito do utente, a atribuição clara de responsabilidades e o desenvolvimento do processo de melhoria continua, serão desenvolvidos de acordo com o Manual de Standards Unidades de Gestão Clínica no âmbito UGC dos Cuidados de Saúde Primários.

## 2. JUSTIFICAÇÃO DA INTERVENÇÃO

O plano estratégico de preparação para o plano de ação foi definido em janeiro de 2023, do qual fazem parte:

- calendarização de reuniões e respetivas temáticas
- plano de atividades estratégicas calendarizadas ao longo do ano e com atribuição de responsáveis e MAPA estratégico (base do plano de ação e recuperação).
- plano anual de auditorias calendarizadas ao longo do ano e atribuição de responsáveis
- calendarização da participação dos internos de MGF na nossa atividade científica e formativa



PLANO  
ESTRATEGICO USF

Assim, com a finalidade de elaborar o plano de ação da USF e definir o mapa estratégico para o ano de 2023, foi realizada uma análise SWOT pelos profissionais.



Inquérito da  
Análise SWOT.docx

Com o objetivo de recolher o contributo de todos os profissionais da equipa da USF CelaSaúde para a construção desta análise (que relaciona os fatores internos, isto é, pontos fortes e pontos fracos, com os fatores externos, como é o caso das oportunidades e ameaças), foi enviado um inquérito aos profissionais. O inquérito apresentava questões de resposta facultativa relativas aos dados pessoais nomeadamente, faixa etária, género e grupo profissional. Nas restantes quatro questões (pontos fortes, fracos, ameaças e oportunidades), acompanhadas por definições simples, cada profissional podia escrever as ideias ou sugestões que tivesse. Todas as questões foram de resposta facultativa. (foi enviado link do inquérito a todos os profissionais e esteve disponível durante o período de 26 de março de 2023 a 14 de abril de 2023. Foram obtidas um total de 19 respostas, num universo de 23 profissionais). Resumo da análise SWOT na tabela 1.

Tabela 1 \_ Análise SWOT (resumo)

Pontos Fortes	Pontos Fracos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coesão da equipa</li> <li>• Bom relacionamento entre a equipa</li> <li>• Reuniões multiprofissionais</li> <li>• Os profissionais da USF</li> <li>• Organização de convívios</li> <li>• Cumprimento de regras</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipa grande</li> <li>• Mal-entendidos e atritos entre trabalhadores</li> <li>• Sobrecarga de alguns profissionais</li> <li>• Falta de recursos humanos</li> <li>• <i>Burnout</i></li> <li>• Ausência de proatividade</li> <li>• Inércia formativa</li> <li>• Resistência a mudanças;</li> <li>• Poucos jantares de confraternização;</li> <li>• Gestão de tempo</li> </ul>
Oportunidades	Ameaças
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Processo de acreditação;</li> <li>• Parcerias com outras organizações e consultadoria;</li> <li>• Atendimento telefónico - Aurora TeleQ;</li> <li>• Teambuilding</li> <li>• Novas tecnologias:</li> <li>• Reorganização das instituições ARS/CCDR</li> <li>• Congressos/Investigação</li> <li>• Formações:</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instalações exíguas e provisórias</li> <li>• Recursos materiais</li> <li>• Sistema informático lento</li> <li>• Utentes esporádicos:</li> <li>• Utentes exigentes</li> <li>• Exposição diária a possíveis ameaças (utentes, familiares, acidentes)</li> <li>• Ambiente externo à USF</li> <li>• Falta de um segurança ate às 17 h</li> <li>• Desinformação externa</li> <li>• Ausência de comunicação e estratégias da ARS;</li> <li>• Ausência de atribuição de incentivos institucionais;</li> <li>• Ausência de formações</li> <li>• Muita burocracia;</li> <li>• Pressão profissional</li> </ul>

Da reflexão sobre a análise swot efetuada pelos profissionais, definiram-se as prioridades (tabela 2) e linhas estratégicas de atuação.

O planeamento do ano 2023, obrigatoriamente dinâmico e adaptável, em função das circunstâncias laborais (instalações e equipamentos), consolidação das atividades pós pandemia COVID 19 e da reestruturação da equipa, deverá assentar nos seguintes pressupostos:

- **Prestação de cuidados de saúde** assentes na acessibilidade, adequação, efetividade, eficiência e qualidade, com garantia aos cidadãos inscritos a carteira básica de serviços definida.
- **Valorização dos recursos humanos** (são eles que criam valor, geram ideias, produtos e serviços): coesão da equipa, prevenção de burn-out e formação/investigação.
- **Processo de acreditação em curso.**

### 3. DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

As Prioridades para o ano 2023 (tabela 2) foram definidas em função da análise do contexto atual | conjuntura pós pandémica e orientações institucionais; unidade de saúde (profissionais, instalações, dinâmicas); análise dos indicadores da USF (2022) | e assim da respetiva reflexão em equipa e análise SWOT.

Iremos manter o lema do ano 2022, acreditando que os recursos humanos são a mais valia institucional:

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

Tabela 2 – Prioridades 2023

	PRIORIDADES DEFINIDAS
	PREVENÇÃO DE BURN OUT PROFISSIONAL
	COESÃO DA EQUIPA; “recontracting” comunicacional
	FORMAÇÃO PROFISSIONAL
	INSTALAÇÕES
	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)
	QUALIFICAÇÃO DA PRESCRIÇÃO
	SEGURANÇA E MAPA DE RISCO (UTENTES, PROFISSIONAIS, INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS) PRATICAS SEGURAS
	PARTICIPAÇÃO DO CIDADÃO. Comissão de utentes
	ACREDITAÇÃO E SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

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*.

## IV - OBJETIVOS, INDICADORES, METAS, ESTRATÉGIAS E MONITORIZAÇÃO

Com o objetivo de intervir em vários domínios (tendo em conta as prioridades definidas e os Princípios da Unidade (numa visão holística e de acordo com a política da Qualidade) foi elaborado o plano/mapa estratégico.

Tendo presente a orientação por objetivos, a transparência coletiva e a responsabilidade/contributo individual, o plano foi divulgado a todos os profissionais antes de ser discutido em Conselho Geral de forma a recolher contributos e sugestões.

Os objetivos, indicadores, metas, estratégias e atividades e monitorização foram definidos para a perspetiva do utente, dos profissionais, dos processos internos, do conhecimento, da economia e da contratualização.

Na tabela 3 é descrito o “mapa estratégico”.

Tabela 3 – MAPA ESTRATÉGICO

OBJETIVOS (POR DOMINIO)	INDICADORES	META	(Histórico) RESULTADO 2022	ESTRATÉGIAS /ATIVIDADES E RESPONSÁVEIS	MONITORIZAÇÃO	
					QUANDO E COMO	RESPONSÁVEIS
<b>PERSPETIVA DO UTENTE</b>						
Promover ganhos em saúde	Indicadores relativos a SI acomp adequado; PF (rastreo onc); SM (ex lab 1.º, 2.º e 3.º T); SA (rastreo oncologico);	Melhorar indicadores (score 0 para 1+)	269 - SI acomp adeq 2 ano: 0,818; 276 - PF RCCU: 26,07; SM 310-1ºT:0,884, 311-2ºT:0,573, 312-3ºT: 0,449 46 - SA RCCR: 51,256	> RASTREIO ONCOLOGICO > PF (discussão de indicadores em reunião multiprofissional; distribuição de listagens e trabalho de equipa de saúde nuclear)	Monitorização dos indicadores de acordo com calendarização trimestral e apresentação à equipa	Equipa da Qualidade (CT) e núcleos facilitadores)
Garantir acessibilidade - domicílios	Taxa de domicílios médicos por 1.000 inscritos	12%	3 - Tx dom médicos: 12,733	> DOMICILIOS (equipa de saúde)	Monitorização dos indicadores de acordo com calendarização trimestral e apresentação à equipa	Equipa da Qualidade (CT e núcleo facilitador)
	Taxa domicílios enferm. p/ 1000 inscritos idosos	300%	294 - Taxa domicílios enferm. p/ 1000 inscritos idosos 269,715	> DOMICILIOS (equipa de saúde)		
Garantir equidade	Implementação Questionário CPAQ (satisfação do utente com o atendimento)	> 70%	satisfação global 81%	Medidas corretivas ou melhoria após apresentação em CG da auditoria CPAQ (equipa multiprofissional)	Auditoria CPAQ março 2023 (de acordo com plano anual de auditorias)	Alunos gestão orientados pelo CT
Garantir cuidados de excelência	Indicadores de gestão da saúde 2	Melhorar indicadores (score 0 para 1+)	39 - Proporção DM c/ última HgbA1c <= 8,0%: 63,79; 20 - Proporção hipertensos < 65 A, com PA < 150/90: 50,527; 269 - Índice de acomp adequado SI 2º ano: 0,818; 308 - Proporção grávidas com ecografia 2º trimestre:	Pro atividade, convocatória, revisão dos indicadores (Equipas nucleares) > DM e HTA > acomp adeq 2 ano; > registo mcmts grav; > atualização hábitos;  Discussão de indicadores em reunião multiprofissional;	Monitorização dos indicadores de acordo com calendarização trimestral e apresentação à equipa	Equipa da Qualidade (CT) e núcleos facilitadores)

OBJETIVOS (POR DOMINIO)	INDICADORES	META	(Histórico) RESULTADO 2022	ESTRATÉGIAS /ATIVIDADES E RESPONSÁVEIS	MONITORIZAÇÃO	
					QUANDO E COMO	RESPONSÁVEIS
	Indicadores de gestão da doença 3		69,565; Índice realização exames laborat. 311-2.ºT: 0,573 e 312-3.ºT. grav.: 0,449; 395 - Prop. uten. >= 15 anos, c/ reg. hábit. tabág. 3A: 52,9			
	398 - Prop. gráv. fumad. c/ int. breve ou mt. breve 1ºT 404 - Incidência anual de pessoas em abstin. tabág. 12M 261 - Proporção utentes DM c/ aval. risco úlcera pé 34 - Proporção obesos >=14A, c/ cons. vigil. obesid. 2A 262 - Proporção utentes com avaliação risco DM2 (3A) 397 - Prop. fumador c/ int. breve ou muito breve 1 ano 314 - Proporção DM com PA >= 140/90 mmHg	Melhorar indicadores (score 0 para 1+)	398 - Prop. gráv. fumad. c/ int. breve ou mt. breve 1ºT: 0 404 - Incidência anual de pessoas em abstin. tabág. 12M: 8,923 261 - Proporção utentes DM c/ aval. risco úlcera pé: 61,914 34 - Proporção obesos >=14A, c/ cons. vigil. obesid. 2A: 48,237 262 - Proporção utentes com avaliação risco DM2 (3A): 20,084 397 - Prop. fumador c/ int. breve ou muito breve 1 ano: 7,431 314 - Proporção DM com PA >= 140/90 mmHg: 26,454	Discussão de indicadores em reunião multiprofissional; Pro atividade, qualificação da consulta (Equipas nucleares) > DM e exame do pé > atualização hábitos; intervenção breve nos fumadores; avaliação risco de DM	Monitorização dos indicadores de acordo com calendarização trimestral e apresentação à equipa	Equipa da Qualidade (CT) e núcleos facilitadores)
Garantir atendimento humanizado e personalizado	1 - Proporção de consultas realizadas pelo MF	78-90%	78,128	MC ou melhoria após apresentação dos Indicadores em CG e análise (equipa médica)	Monitorização dos indicadores de acordo com calendarização	Equipa da Qualidade (CT) e núcleos facilitadores)

OBJETIVOS (POR DOMINIO)	INDICADORES	META	(Histórico) RESULTADO 2022	ESTRATÉGIAS /ATIVIDADES E RESPONSÁVEIS	MONITORIZAÇÃO	
					QUANDO E COMO	RESPONSÁVEIS
	5 - Proporção de consultas realizadas pelo EF	75-100%	55,738	Atividades programadas pelo enfermeiro de família (equipa de enfermagem)	Monitorização semanal	equipa de enfermagem (Enf.ª HP)
	099 - Taxa utilização consultas de enfermagem - 3 anos	65-76%	60,449	Proatividade; convocatória (equipa de enfermagem)	Monitorização dos indicadores de acordo com calendarização	Equipa da Qualidade (CT) e núcleos facilitadores)
	% satisfação com tempo e atenção dedicado pelo medico e enfermeiro no atendimento - Questionário satisfação dos utentes	> 80%	89% equipa enfermagem 90,6% equipa médica	MC ou melhoria após apresentação e análise em CG do resultado da auditoria: questionário de satisfação do utente (conselho geral)	implementação do questionário novembro 2023	Coordenador e CT aplicam questionário
Garantir privacidade e confidencialidade	% garantia de privacidade - Questionário de satisfação do utente ID 184	> 70%	76,60%	MC ou melhoria após apresentação e análise em CG do resultado da auditoria: questionário de satisfação do utente (conselho geral)	implementação do questionário novembro 2023	Coordenador e CT aplicam questionário
Garantir satisfação do utente	Questionário de satisfação do utente ID 184	> 7/10	7,66	MC ou melhoria após apresentação e análise em CG do resultado da auditoria: questionário de satisfação do utente (conselho geral)	implementação do questionário novembro 2023	Coordenador e CT aplicam questionário
<b>PERSPETIVA DOS PROFISSIONAIS</b>						
Dinamizar o trabalho em equipa multidisciplinar	Realização periodica de reuniões multiprofissionais	> 6	8	calendarização predefinida (1.ª semana (Enf + AT) e EQ; 2.ªsem AT+ Méd e 3.ª sem Méd + Enf)	Calendarização anual implementada pelo Coord e CT	Coordenador e CT

OBJETIVOS (POR DOMINIO)	INDICADORES	META	(Histórico) RESULTADO 2022	ESTRATÉGIAS /ATIVIDADES E RESPONSÁVEIS	MONITORIZAÇÃO	
					QUANDO E COMO	RESPONSÁVEIS
	Taxa de cons de PF (med e enferm)	>45%	39,272	Rever BI do indicador; (núcleo de PF) Discussão do BI e estratégias em reuniões Médicos e Enfermeiros Melhorar registos e execução oportunistica de consulta (equipas de saúde)	Monitorização dos indicadores de acordo com calendarização	Equipa da Qualidade (CT) e núcleos facilitadores)
	Proporção de HTA com IMC	>70%	74,791	Consulta partilhada sempre que possível) (equipas de saúde) Discussão do BI e estratégias em reuniões multiprofissionais	Monitorização dos indicadores de acordo com calendarização	Equipa da Qualidade (CT) e núcleos facilitadores)
	Proporção DM com cons de enferm vig último ano	> 80%	72,42	Intersubstituição de enfermagem nas ausências	Monitorização dos indicadores de acordo com calendarização	Equipa da Qualidade (CT) e núcleos facilitadores)
Promover a formação	Taxa de cumprimento do plano Plano de formação	taxa de cumprimento > 70%	ações de formação planeadas/ realizadas 66,7% ; reuniões formativas/ total:53,7%; formações externas partilhadas/total: 60%	Implementação de plano de acordo com planificação definida (Conselho técnico)	Mensalmente_ nas reuniões da equipa da qualidade	Equipa da Qualidade /Conselho técnico

OBJETIVOS (POR DOMINIO)	INDICADORES	META	(Histórico) RESULTADO 2022	ESTRATÉGIAS /ATIVIDADES E RESPONSÁVEIS	MONITORIZAÇÃO	
					QUANDO E COMO	RESPONSÁVEIS
Promover a motivação e satisfação dos profissionais (reduzir burnout, fomentar coesão)	Índice de satisfação profissional	satisfação global > 70%	Ambiente e relações humanas 100% Participação em reuniões regulares 94% Conhecimento atempado das reuniões 94% Espírito de equipa 94% Cooperação e colaboração 94% Remuneração 78% Adequada proteção contra riscos profissionais: 78% Condições físicas e instalações < 60% Proteção contra stress laboral 67%	Dar continuidade ao Programa anti-burnout (Internos de MGF e núcleo facilitador de eventos). implementação de MC ou de melhoria após questionário de satisfação profissional e avaliação do desempenho da coordenadora (coordenadora e CT)	Aplicação de questionário de avaliação de desempenho da coordenadora (março 2023) e satisfação dos profissionais (maio 2023)	coordenadora, CT e alunos de gestão
	Reduzir burn out através de encontros informais e teambuilding	> = 5	6	whatsApp e programa anti-burnout ; festa de natal; aniversário da USF; caminhada, ); atividades de team building organizadas por cada setor (Internos MGF, coordenação, núcleo de eventos e setores profissionais)	anual	Coordenação e núcleo organização de eventos
	Participação profissional	Satisfação > 70%	Reconstructing “regras e consenso” para participação/comportamento nas reuniões	Participação e apresentação setorial de temas para debate em CG; introdução de intervalo no CG com momento/atividade de descontração; incentivo a participação formal com OM e SM	mensalmente	Coordenadora
			Dar voz aos Núcleos facilitadores	Calendarização das reuniões dos Núcleos facilitadores (plano estratégico)	Semestral	Coordenadora e EQ
			Plataforma itens de ação	Plataforma itens de ação reavaliada em todos os CG	mensal	CG

OBJETIVOS (POR DOMINIO)	INDICADORES	META	(Histórico) RESULTADO 2022	ESTRATÉGIAS /ATIVIDADES E RESPONSÁVEIS	MONITORIZAÇÃO	
					QUANDO E COMO	RESPONSÁVEIS
Promover a saúde dos profissionais	Realização de Consulta de saúde ocupacional para todos os profissionais	100% dos profissionais > 50 anos; 100% dos < 50 anos que não realizaram consulta em 2022; 100% dos novos profissionais	95,60%	Pedido de consulta ao serviço de saúde ocupacional em maio de 2023, pela coordenadora	anual através de plataforma de monitorização	coordenadora
<b>PERSPETIVA DOS PROCESSOS INTERNOS</b>						
Garantir segurança na prestação de cuidados de saúde e no ambiente de trabalho	Grau de resolução de não conformidades relativas a segurança e estrutura :Auditorias _segurança e estrutura	Realização de auditoria de acordo com mapa de riscos e resolução de > 90% das não conformidades	auditoria e implementação de medidas de melhoria e corretivas_ mapa de riscos fev e nov 2022- resolução de 100% das não conformidades (dependentes da USF)	As atividades dependem das não conformidades e das oportunidades de melhoria identificadas. As medidas corretivas e de melhoria são identificadas de acordo com os resultados e após apresentação em CG (Coordenadora)	Auditoria a realizar em maio de 2023 e novembro 2023 (utilização de grelha anexa ao mapa de riscos)	Coordenador, Enfermeiro T e F, José Manuel, núcleo controlo de infeção)
	% de procedimentos realizados com consentimento informado (CI)	DIU e Implantes: 100% VASPR: 80%. Anti-D 70 % com CI.	Todos os DIU e Implantes: 100% com CI. VASPR: 67,7 % com CI. Anti-D 54,5% % com CI.	Sensibilização para o correto preenchimento do formulário em CG (Coordenadora e CT)	Auditoria Consentimento informado janeiro 2023	Conselho técnico

OBJETIVOS (POR DOMINIO)	INDICADORES	META	(Histórico) RESULTADO 2022	ESTRATÉGIAS /ATIVIDADES E RESPONSÁVEIS	MONITORIZAÇÃO	
					QUANDO E COMO	RESPONSÁVEIS
	% de conformidades da Chek list de controlo de infeção (MPCI)	90% de conformidades	87% de conformidades	Auditoria higienização dos espaços com check list Medidas corretivas ou de melhoria de acordo com os resultados e após apresentação em CG (núcleo prevenção infeção)	Auditoria da higienização dos espaços Junho 2023	Nuno M, Esmeralda T, Flório e Isa Teles
	% de conformidades dos critérios que constam da Auditoria a higienização das mãos	75 % de conformidades	74% de conformidades	Sensibilização/cartaz; atividade em equipa; MC ou de melhoria de acordo com os resultados e após apresentação em CG (núcleo prevenção infeção)	Auditoria higienização das mãos julho e agosto de 2023	Enf.ª Ana Paula, Esmeralda T e Ana Patricio
	Divulgação dos roteiros dos PAI DM, HTA e SI	Divulgação efetiva dos roteiros em reunião multiprofissional	Não realizada	Divulgação dos roteiros até junho 2022 (Equipa Qualidade: Dra. VR)	Reunião mensal da equipa da qualidade	Núcleos facilitadores e VR
	Atualização da pasta T com listagem dinâmica de procedimentos e modelos da USF	Atualização efetiva da listagem	realizada atualização de modelos	Auditoria a pasta T_ Qualidade_ listagens de procedimentos e modelos até maio 2023 (Coordenador, CT, Isa A e alunos de gestão) MC ou de melhoria de acordo com os resultados e apresentação à EQ	Reunião mensal da equipa da qualidade	Coordenadora e CT
	Taxa de revisão de NOC	>2	vacinação covid; divulgação por todos os profissionais sempre que as atualizações ocorrerem	Sempre que se atualizem as normas da DGS (CT e Internos MGF)	Reunião mensal da equipa da qualidade	CT

OBJETIVOS (POR DOMINIO)	INDICADORES	META	(Histórico) RESULTADO 2022	ESTRATÉGIAS /ATIVIDADES E RESPONSÁVEIS	MONITORIZAÇÃO	
					QUANDO E COMO	RESPONSÁVEIS
	Promoção da Cultura de segurança do ambiente interno	1. realização de simulacro; 2.auditoria à segurança; 3.atualização do modelo de notificação de incidentes; 4-atualização do procedimento de prevenção de violência	avaliação global do risco e atualização dos procedimentos e manuais: PS.04 MAPA DE RISCOS GLOBAIS DA USF e IT PS.04-IT.01 ifluxograma incidentes, Manual de segurança e manutenção da USF	1. realização de simulacro - Tiago A jun 2023 2.auditoria à segurança - Tiago F maio 2023 3.atualização do modelo de notificação de incidentes - EQ maio 4-atualização do procedimento de prevenção de violência - EN maio 2023	Reunião mensal da equipa da qualidade	Equipa da qualidade
	Verificação dos itens do Manual de segurança e manutenção	cumprimentos dos itens do plano de segurança de acordo com plataforma de segurança e manutenção	Atualização do Manual de segurança e manutenção da USF	revisão da check list da plataforma de segurança e manutenção e diligências de acordo com as não conformidades - Coordenadora, Enf. T e F e José M	Monitorização semestral	Coordenadora, Enf. T e F e José M
	Segurança na comunicação	1. Atualização do proced. de atendimento telefónico; 2. cumprimento de pelos menos 5 dos	PO.02-PROC.05 RENOVAÇÃO DE RECEITUÁRIO; PS.03-PROC.05 CORRESPONDENCIA ELETRONICA (CG abril e maio 2022)	1. Atualização do procedimentos de atendimento telefónico março 2023 - IA e SS; 2. Auditoria de acordo com Procedimento operacionalização de transferências de utentes - ISBAR em novembro de 2023 - Tiago F	Reunião mensal da equipa da qualidade	Coordenadora e Conselho técnico

OBJETIVOS (POR DOMINIO)	INDICADORES	META	(Histórico) RESULTADO 2022	ESTRATÉGIAS /ATIVIDADES E RESPONSÁVEIS	MONITORIZAÇÃO	
					QUANDO E COMO	RESPONSÁVEIS
		7 ítems da grelha da Auditoria de operacionalização de transferências de utentes - ISBAR				
	Identificação inequívoca do utente	> 50% dos utentes identificados inequivocamente (utilização de 2 vetores)	< 50% dos utentes identificados inequivocamente (utilização de 2 vetores)	1. Realização de auditoria à identificação inequívoca dos utentes em junho 2023 - Gil, Cristina, susana e Sandra 2. MC ou melhoria após apresentação e análise em CG do resultado da auditoria (equipa multiprofissional)	Auditoria junho 2023	Equipa da qualidade (CT)
	Reconciliação terapêutica	> 70% dos utentes com > 65 anos utilizadores com atualização da medicação crónica na PEM	atualização continua da PEM após transição M1 para SCLINICO	1. Atualização da medicação crónica dos utilizadores da USF na PEM (pelos médicos) 2. Realização de auditoria - Internos MGF	Auditoria julho 2023	Equipa da qualidade (CT)
	Praticas seguras na administração de fármacos	>75% de conformidades na identificação inequívoca dos utentes	taxa de conformidades: 71,7 %	Auditoria validação previa entre identif inequívoca do utente e adm de fármacos/vacinas (Enf. Cristina, Sandra e Susana)	Auditoria junho 2023	Equipa da qualidade (CT)

OBJETIVOS (POR DOMINIO)	INDICADORES	META	(Histórico) RESULTADO 2022	ESTRATÉGIAS /ATIVIDADES E RESPONSÁVEIS	MONITORIZAÇÃO	
					QUANDO E COMO	RESPONSÁVEIS
	Armazenamento correto de LASA	>85% de conformidades na auditoria	taxa de conformidades: 79,8%	Auditoria ao armazém clínico (Enf.º H, T e F) MC ou melhoria após apresentação e análise em CG do resultado da auditoria (equipa enfermagem)	Auditoria prazos de validade e condições de armazenamento set 2023 (Enf.º H, T e F)	Equipa da qualidade
	Prevenção de quedas	100% de resolução das não conformidades identificadas na auditoria mensal		Auditoria mensal aos riscos de queda do mesmo nível na USF (Ass operacional) e comunicação de não conformidades	Verificação da auditoria e não conformidades reportadas	interlocutores de setor e Coordenadora
	Escalas de aval de quedas	escala	-	Implementação da escala	- a definir pela equipa de enfermagem	Equipa da qualidade
	Escalas de úlceras de pressão	escala	-	Implementação da escala	-a definir pela equipa de enfermagem	Equipa da qualidade
	NotifiQ e incidentes	Notificação de todos os incidentes e acidentes e respetivo registo na plataforma de monitorização	atualização PS.04 MAPA DE RISCOS GLOBAIS DA USF e IT PS.04-IT.01 ifluxograma incidentes (CG out 22) Apresentação de NC e incidentes (CG jan, maio, set e out 2022) e análise de incidentes do ano 2022 no CG de dezembro 2022	1.Sensibilizar para a utilização do modelo de notificação e registo no NotifiQ no CG; 2. Levar a CG todas as notificações 3. Atualizar procedimento de gestão da violência (Coordenadora e CG)	No CG subsequente à análise dos incidentes, são verificados os itens de ação do anterior (MC e de melhoria e implementação das mesmas) e atualizada a plataforma de monitorização. Elaboração de relatório anual.	Coordenadora, e MC

OBJETIVOS (POR DOMINIO)	INDICADORES	META	(Histórico) RESULTADO 2022	ESTRATÉGIAS /ATIVIDADES E RESPONSÁVEIS	MONITORIZAÇÃO	
					QUANDO E COMO	RESPONSÁVEIS
	Análise de Não Conformidades (NC), Sugestões de Melhoria (SM) e Oportunidades de Melhoria (OM)	100% das NC, SM e OM analisadas em CG Manter atualizada a plataforma de melhoria continua com todos os registos de NC, SM e OM identificadas e implementação das MC de melhoria	Apresentação de NC e incidentes (CG jan, maio, set e out 2022)	1. Levar a CG todas as SM, NC e OM conformidades identificadas (auditorias, profissionais, sugestões) 2. Incentivar à participação de todos (distribuir modelos);  (coordenadora) e CG;	No CG subsequente à análise das NC, SM; e OM, são verificados os itens de ação do anterior (MC e de melhoria e implementação das mesmas) e atualizada a plataforma	Coordenadora e VR
	Análise de exposições, reclamações e elogios	100% das exposições analisadas em CG Manter atualizada a plataforma de exposições, reclamações e elogios com o registo e implementação de MC e de melhoria	sempre_ em todos os CG	Levar a CG todas as exposições e respetivo tratamento/resposta Análise em CG  (coordenadora e CG)	No CG subsequente à análise das exposições, são verificados os itens de ação do anterior MC e de melhoria e implementação das mesmas) e atualizada a plataforma	Coordenadora, IA e CG

OBJETIVOS (POR DOMINIO)	INDICADORES	META	(Histórico) RESULTADO 2022	ESTRATÉGIAS /ATIVIDADES E RESPONSÁVEIS	MONITORIZAÇÃO	
					QUANDO E COMO	RESPONSÁVEIS
Garantir marcação de consulta atempadamente	TMRG 7 itens	Garantia dos TMRG de acordo com Portaria n.º 153/2017	auditoria mensal (identificação de 7 não conformidades, coincidentes com o período de déficit de recursos médicos)	Análise em CG, sempre que se verifiquem NC; Implementar MC e de melhoria (coordenadora e CG)	mensal com dados fornecidos pelo GSIC	JM e MC e coordenadora
	342 - Proporção consul. méd. inic. ut. <= 15 dias úteis	65-100%	89,972	--	Monitorização dos indicadores de acordo com calendarização trimestral e apresentação à equipa	Equipa da Qualidade e CT
	344 - Propor. consultas médicas realiz. no dia agendam.	20-35%	44,854	1. Aumentar a oferta de consultas programadas 2. Mobilização de médico recrutado (equipa médica e CG)	Monitorização dos indicadores de acordo com calendarização trimestral e apresentação à equipa	Equipa da Qualidade CT e coordenadora
Diminuir tempo de espera por atendimento	tempo de espera por atendimento (na USF)	< 20 min	2.ª semestre 2022: Médicos: Tempo médio de espera (HA-HE): 9 min. ( 66,1% < 15 min e 18,7% 16-30 min) Enfermeiros: - tempo médio de espera (HA-HE): 19 min.( 59,7% < 15 min)	1. otimização do quiosque de acesso (gestão de fila) 2. Mobilização do médico recrutado ( CG e coordenadora)	Avaliação semestral dos dados Acesso no BI-CSP	Coordenadora
Melhorar comunicação com o utente	n. de atualizações ao site da USF	>=6	3	1. novo site; 2. Sempre que se verifiquem alterações na organização e novos materiais informativos; (Coordenadora, Dr. LP e estagiários de gestão)	Mensalmente_ nas reuniões da equipa da qualidade	Coordenadora e CT
	TMRG para CNP/tipologia email	Garantia dos TMRG de acordo com Portaria n.º 153/2017	auditoria mensal (identificação de 7 não conformidades para CNP, coincidentes com o período	Análise em CG, sempre que se verifiquem NC; Implementar MC e de melhoria (coordenadora e CG)	mensal com dados fornecidos pelo GSIC	JM e MC e coordenadora

OBJETIVOS (POR DOMINIO)	INDICADORES	META	(Histórico) RESULTADO 2022	ESTRATÉGIAS /ATIVIDADES E RESPONSÁVEIS	MONITORIZAÇÃO	
					QUANDO E COMO	RESPONSÁVEIS
			de défice de recursos médicos)			
	tempo de resposta administrativa aos emails	<72h	Auditoria aos email (fev e abril de 2022)_ 100 e 87% de resposta em < 72% respetivamente	Reforçar back office na triagem dos emails (Assistentes técnicos)	Auditoria aos emails em maio 2023	CT (Dr. LP) e Internos MGF
	Atendimento telefónico garantido	resposta telefonica no dia ( >70% reposndidas em <30 minutos)	Auditoria ao atendimento telefonico (CG set 2022): Analisadas 1134 chamadas. Min: 29 segundos; Max: 27:11:55 Média: 1h 46 min 38 seg - 50% das chamadas são respondias até 35 minutos e 21 seg	Programa TELEQ e Reforçar back office para atendimento telefónico e (Assistentes técnicos)	Auditoria ao atendimento telefónico em maio 2023	CT e coordenadora
	Divulgação de resultados	placard, csi, face, site	placard informatico, CSI, site e facebooj	atualização site; face; CSI mensal; placard e afixação (coordenador e CT)	Mensalmente_ nas reuniões da equipa da qualidade	Coordenador e CT
	Participação dos utentes	formalização legal da comissão de utentes	implementação de reuniões e constituição	Dinamização da articulação com Comissão de utentes e integração de propostas (Coordenadora e Cg).	Reunião semestral	CG e coordenadora
Sensibilização para uma boa utilização do serviço	atividades de sensibilização para a utilização correta da USF	>3	placard exterior, informático e CSI	1.Divulgação das regras de utilização da USF (por CSI, afixação e folheto): USF, CIS, email, renovação de medicação, telefone 2. Retomar plano de acompanhamento interno “utente hiperutilizadores” (Médicos, enfermeiros, e internosMGF)	Mensalmente_ nas reuniões da equipa da qualidade	EQ

OBJETIVOS (POR DOMINIO)	INDICADORES	META	(Histórico) RESULTADO 2022	ESTRATÉGIAS /ATIVIDADES E RESPONSÁVEIS	MONITORIZAÇÃO	
					QUANDO E COMO	RESPONSÁVEIS
Promover envolvimento e capacitação do utente	n.º de CSI enviados	12	12	Planificação anual (Coordenador e Internos de MGF)	Dia 15 de cada mês	Coordenadora
	n. de publicações do <i>facebook</i>	>6	9	Sempre que se verificarem alterações na organização e novos materiais informativos (Coordenadora e Dra. IR)	Mensalmente_ nas reuniões da equipa da qualidade	(Coordenadora E equipa da Qualidade
	n.º de folhetos atualizados	> 6	Reformulação dos roteiros	1.Atualização da listagem de folhetos da USF 2. Atualização dos folhetos mais antigos de acordo com as equipas (Equipa Médica, enfermagem e Internos)	Mensalmente_ nas reuniões da equipa da qualidade	Coordenadora e CT
Desenvolver protocolos de atuação	Orientações Internas	>1	trace, covid e guia de hipocoagulação	Desprescrição COXIBs, Desprescrição BZD, desprescrição IBP	Mensalmente_ nas reuniões da equipa da qualidade	IA e Coordenadora
Qualificar a prescrição	Planos de acompanhamento Interno implementados	1 – desprescrição de COXIBs	BZD, IBP, tiras teste de glicémia	Dar continuidade aos planos de acompanhamento Internos (IBP, BZD e tiras teste e COXIBS) (equipa de saúde)	Semestral Análise da prescrição farmacológica calendarização	Coordenadora, Internos MGF
<b>PERSPETIVA DO CONHECIMENTO</b>						
Promover a investigação e formação	N de trabalhos realizados (I, Q, casos)	> 6	17	Incentivo à Investigação; implementação do núcleo de investigação Propostas de temas em Reuniões médicas e de enfermagem (médicos e enfermeiros)	anual	Coordenadora, Orientadores e Conselho Técnico

OBJETIVOS (POR DOMINIO)	INDICADORES	META	(Histórico) RESULTADO 2022	ESTRATÉGIAS /ATIVIDADES E RESPONSÁVEIS	MONITORIZAÇÃO	
					QUANDO E COMO	RESPONSÁVEIS
	Publicações em revistas científicas	1	1	Incentivo a toda a equipa clínica Tempo dedicado	anual	Coordenadora e Conselho Técnico
	Auscultação aos profissionais _formação	efetivação do questionário de necessidades formativas	sim	Questionário de auscultação de necessidades Nov-Dez 2022 (Conselho Técnico)	anual	Conselho Técnico
	Cumprimento do plano de formação  2023 PLANO ANUAL	taxa de cumprimento > 70%	% reuniões formativas meta 41,3 -- atingido: 53.7; % ações formação realizadas meta 60,6 -- atingido 66,7%;	Plano anual de formação integrada até maio 2022 (Conselho Técnico)	Monitorização mensal	Conselho Técnico
	Participação da CPF comunidade pratica formativa de celas	10 reuniões	10	Planificação anual CPF	anual	CPF
	Flash magazines realizados (notícias médicas)	12	10	Incentivo à atualização profissional; Afixação na sala de pausa e envio por email (equipa multiprofissional)	anual	Conselho técnico
	Flash informativos realizados (take home messages das formações realizadas)	>60 %	%formações externas partilhadas: 60%	Entrega do flash na mesma altura da declaração de presença em eventos (equipa multiprofissional)	anual	Conselho Técnico
	Promover a formação inter pares e a discussão clínica na equipa médica e de enfermagem	equipa de enfermagem > 2 casos clínicos; equipa médica: >12	equipa de enfermagem: sem dados; equipa médica: todas as referenciação recusadas + 2 casos clínicos com apresentação formal e > 6 apresentações informais	Tempo dedicado a estudo e elaboração para posterior apresentação em reunião de equipa semanal	Nas reuniões setoriais	EQ e CT

OBJETIVOS (POR DOMINIO)	INDICADORES	META	(Histórico) RESULTADO 2022	ESTRATÉGIAS /ATIVIDADES E RESPONSÁVEIS	MONITORIZAÇÃO	
					QUANDO E COMO	RESPONSÁVEIS
	Promover a participação em estudos de investigação, incluindo mestrados	> 3	3?	Participação no estudo STAR do IBILI e teses de mestrado após análise do CT (que tenham implementação na USF)	mensal	CT
Promover a atividade formativa e de docência	Aumentar a capacidade formativa da USF	5 orientadores de formação específica	3	Aumentar o número de orientações de formação específica de MGF; receber alunos das faculdades de medicina e escola superior de educação; receber alunos da FMEUC; acolher estágios curtos de MGF e de alunos de medicina (CEMEF)	Avaliação mensal em reunião Coordenadora e CT	coordenadora e CT
Promover a articulação de cuidados	Reduzir a taxa de recusas de referência a consulta hospitalar em relação a 2022 (qualificar a referência)	% referências hospitalares recusadas	Plano de acompanhamento e discussão nas reuniões médicas mantem.se. Em 2021 a % casos mal recusados aumentou (63,6%) e as do bem recusados diminuiu (36,3%)	Discussão das referências recusadas em reunião médica Analisar recusas no último ano e identificar áreas com necessidade de intervenção (equipa médica e Dr. NM)	Anual através da análise das referências recusadas	Equipa da qualidade e Dr. NM
	utilização de consultoria	- Aumentar o n.º de consultores - n.º de casos com recursos a consultoria	novos consultores: ortopedia e pedopsiquiatria	Outros a identificar após análise da referência (Equipa médica)	anual	Equipa da qualidade e Conselho técnico
Monitorizar gastos com mat clínicos, adm, higiene e limpeza	N.º Roturas de materiais	Reduzir as situações de roturas	roturas: EPI, espéculos, CHC, pensos, etc	Monitorização de roturas e diligenciar superiormente (Enf.ª AP, ZM e Coordenadora)	Avaliação quadrimestral de consumos e roturas	Enf.ª AP e JM

OBJETIVOS (POR DOMINIO)	INDICADORES	META	(Histórico) RESULTADO 2022	ESTRATÉGIAS /ATIVIDADES E RESPONSÁVEIS	MONITORIZAÇÃO	
					QUANDO E COMO	RESPONSÁVEIS
Promover a cultura da redução do desperdício	n.º de resmas de papel consumidas	Reduzir gastos em papel em relação a2022	o consumo da grande maioria do material de higiene e administrativo tem vindo a diminuir, como é o caso dos sacos de plástico, os detergentes e o papel.	1.Atualização procedimento de boas praticas ambientais; (Enf.ª ET) e campanha de sensibilização para oconsumo de papel 2. Prescrição desmaterializada 3.Analise de consumos em CG	Avaliação quadrimestral de consumos	Enf.ª AP e JM
<b>PERSPETIVA ECONOMICA</b>						
Reduzir custos com MCDTs e medicamentos	Indicadores da Subárea Qualificação da prescrição	Score 2	259 - Proporção coxibes entre AINEs faturados (DDD) – score 0,703	Qualificar a prescrição _plano de intervenção de desprescrição de COXIBs ( EN e AT)	Monitorização dos indicadores de acordo com calendarização	Equipa da Qualidade
<b>PERSPECTIVA DA CONTRATUALIZAÇÃO (atividades assistênciais)</b>						
Atendimento a utentes s equipa de saúde familiar 	n.º de atendimentos realizados	Dar cumprimento ao protocolo entre as três unidades do CSC	-	De 3 em 3 semanas e de acordo com o protocolo com o ACES	Plataforma de monitorização	Cristina M e coordenadora
Prestação de cuidados de a deslocados ucranianos 	Máximo 64 utentes	Dar cumprimento ao protocolo com as outras USF do CS Celas	-	Prestação de cuidados de saúde a deslocados Ucranianos	Plataforma de monitorização	AT e Coordenadora

OBJETIVOS (POR DOMINIO)	INDICADORES	META	(Histórico) RESULTADO 2022	ESTRATÉGIAS /ATIVIDADES E RESPONSÁVEIS	MONITORIZAÇÃO	
					QUANDO E COMO	RESPONSÁVEIS
<b>PERSPETIVA DA QUALIDADE</b>						
Dar continuidade ao programa de melhoria contínua da qualidade	recertificação/acreditação DGS	aceitação da candidatura a recertificação	candidatura a recertificação	gestão de processos base que sustentam a certificação modelo ACSA/acreditação DGS	plataforma de acompanhamento da DGS	USF coordenada pela EQ

## 1. PLANO DE EXECUÇÃO, CRONOGRAMA E MONITORIZAÇÃO

A implementação decorre ao longo de todo o ano de 2023, de acordo com as atividades definidas.

Elaborou-se um cronograma de forma a monitorizar globalmente (figura 1) de acordo com o plano estratégico (atividades estratégicas e plano anual de auditorias).

ATIVIDADES ESTRATEGICAS USF CELASAÚDE 2023													
ATIVIDADES	RESPONSÁVEL	jan	fev	març	abril	maio	junho	julho	agost	set	out	nov	dez
Relatorio atividades ano -1	Interno e orientador /coordenador												
Rel ativid contrat: serv, qualid org e formação_ RAUF plataforma	coord + CT + EQ												
Relatorio Formação profissional	CT												
Relatorio Plano acomp interno_ PAI	EQ												
Relatorio de ativid assist (esporadicos e sazonais)	COORD + isabel Araujo + Crist Moreira												
Relatório do CelaSaúde programas prioritários	CT												
<b>CONTRATUALIZAÇÃO e INDICADORES</b>	EQ	av fin	av fin	neg	neg								prep
<b>DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS INDIVIDUAIS E DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO (pelo menos 1 objetivo por profissional)</b>	coordenador + CT e profissionais												
Autoavaliação da USF_ idoneidade formativa Q1 e Q 3 e pl melhoria	ORIENTADORES E INTERNOS												
Planificação atividades internos e publicações aos utentes	COORD, INTERNOS E ORIENTADORES												
Elaboração de Plano de formação Profissional	CT												
Plano anual de reuniões	COORDENADORA												
Plano anual de auditorias	COORD + EQ + CT												
PAI_ revisão e atualização ou elaboração se triénio (2023-2025)	EQ +CT												
PLANO AÇÃO E MAPA ESTRATÉGICO	EQ												
Plano aplic incent institucionais_ PAII	CG												
atualização INCREMENTO HORÁRIO	CG												
<b>RI- atualização com incrementos e grupos de trabalho e MQ</b>	EQ												
Manual de articulação ACES e CS CELAS - atualização	COORD + CT--CG												
PAUF do ano_ contratualização com ACES (x)	COORD+CT + EQ												
Monitorização de indicadores - BI CSP	CT + EQ (Vera R)		x				x			x		x	
Quest satisf utentes CEIS FEUC OU question IND 184	COORD +CT											x	
Quest satisf profissionais CEIS FEUC ou interno	COORD + CT				x								
Plataformas melhoria continua (SM, OM, NC, auditorias)	COORD + EQ (Vera R)												
Plataforma sugestões, elogios e exposições	ISA ARAUJO+COORD												
Plataforma acidentes e incidentes + NOTIFIQ	Maria do Céu + ZÉ + COORD												
Plataforma _inventário ocorrências, calibração e manut equip	ZÉ+ ISA ARAUJO+ COORD												
Plano de segurança do utente_ mapa de riscos	Coordenadora, Tiago F, Tiago A e Zé		x				x						
Plataforma _manutenção IE e equipamentos	COORD + TIAGO AMADO, FLÓRIDO E ZÉ												
Simulacro e plano de emergencia interno	COORD + TIAGO AMADO E FLÓRIDO					x							
Plataforma _arquivo de proc clin em papel	MARIA CEU												
Plataforma utentes sem equipa saúde familiar	Cristina Moreira												
Gestão site, facebook	COORD, CT, CLAUDIO E IVONE												
Gestão da informação nas salas de espera	COORDEN+ISA TELES + CRISTINA+ LUISA+ HELENAE CEU												
SISQUAL	COORD + interlocutores de setor												
GESTÃO DE RH_ AUSENCIAS, FÉRIAS + FORMAÇÃO OCASIONAL	COORD + CT e interloc de setor												
MAPA CIS	LUIS P e interlocutores												
CIS_ analise a constrangimentos	NUCLEO CIS (Filipa, Ceu e Esmeralda)												
CALENDARIZAÇÃO ATIVIDADES ENFERMAGEM _ semanal	interlocutor de enif ou em quem delegar												
APROVISIONAMENTO E STOCKS + REPOSIÇÃO	ANA PAULA + SUSANA +CRISTINA +ZÉ +CÉU + CRISTINA												
HIGIENIZAÇÃO DA USF E SURTOS	GRUPO PREV INF E SENTINELA												
ATIVIDADE ASSISTENCIAL	TODOS												
Revisao de NOCI, FLASH E PLANOS DE ACOMPANHAMENTO	COORD +CT + NUCLEOS +INTERNOS												
CSI + PUBLICITAÇÃO QUIOSQUE +CSI SITE + FACE	COORD, EQ, IVONE E CLAUDIO												
SAÚDE OCUPACIONAL_ vigilancia saude dos trabalhadores	COORDENAÇÃO												
MOTIVAÇÃO DA EQUIPA	GRUPO ORG EVENTOS E COORD												
ACREDITAÇÃO	TODOS (coord interno Vera R)												
reunião EQ mensal	EQ												
reunião nucleos facilitadores	nucleos		x		x		x			x		x	

<b>Auditorias 2023</b>	<b>Responsáveis</b>	jan	fev	mar	abril	maio	junho	julho	agost	set	out	nov	dez
sistema da qualidade	EQ_GRELHA DIOR												
atendimento SC - CPAQ (questionário e observacional)	CT Céu e Cristina												
	CT Céu e Cristina												
<b>TeleQ monitorização - tempo de resposta</b>	Coordenador + Ana Teresa												
atendimento telefónico - qualidade de atendimento	CT + internos												
Prazo de resposta administrativa para os emails (<= 2d)	CT + internos												
tempo médio espera pela consulta após a hora marcada	Coordenador e interlocutores		BI			BI				BI		BI	
tempo de espera por marcação de consulta e TMRG	Coord + José Manuel e Maria do Céu												
n.º atualiz anuais do site e faceB (2 ou qd se justifique)	Coordenad + Luís Pinto + Cláudio + Ivone + Tiago A												
Desmarcações de consultas	Vera + Ana P + Maria Céu												
Conhecimento sobre os direitos e deveres dos utentes	Helena + Sofia + Ana Teresa												
Conhecimento dos profissionais sobre TVital	Isa A + Luisa + Sofia +Ana Teresa												
Prazos prod clínicos e terap ou cond de armaz de med e prod de saúde	Helena, Flório e Tiago												
Higienização das mãos	Ana Paula + Esmeralda + Ana Patrício												
<b>IDENTIFICAÇÃO INEQUIVOCA DE UTENTES (adm, med e enf); inclui identific previa a admn de injectav e medic (novo formato)</b>	Cristina Pina + Susana + Sandra + internos/alunos												
<b>Prevenção quedas</b>	Auxiliar Conceição + Ana Paula e sandra												
Auditoria aos espaços físicos _5S	Ana Patrício, Sandra, Filipa, Isa T e Luisa						5S						
Auditoria a Higienização dos espaços físicos*	Nuno + Esmeralda, Tiago A e Isa T												
UTILIZAÇÃO DE LUVAS	Nuno e Cristina Pina												
ETIQUETA RESPIRATORIA	Nuno e Cristina Pina												
CARRO DE EMERGÊNCIA	T. Flório e Susana												
Auditoria aos riscos na usf/segurança na usf (PNSD 2021-2026)	Coordenador + Tiago + Flório + José												
consentimentos informados	CT												
Comunicação ISBAR	Flório + Sandra + Susana												
<b>qualidade da referenciação</b>	Cláudio + Internos												
Qualidade registo em ICPC	Vera+Ivone + Internos												
Qualidade do registo em PF e SM	Vera+Ivone + Internos												
Qualidade do registo em HTA e DM	Vera+Ivone + Internos												
Boas práticas clínicas (incluir alergias)	Luís + Filipa+Internos												
Boas práticas farmacológicas (Tiras, BZD,JP, COXIBs, ...)	Coord + internos												

Figura 1 – Cronograma do plano

A Monitorização será realizada:

- Pela Equipa da Qualidade (Coordenadora, Conselho Técnico, Interlocutores de cada grupo profissional e ainda mais três médicos e 1 enfermeiro da equipa ) na sua reunião mensal.
- Pelo Conselho Geral (estão programadas áreas temáticas/tópicos de agenda obrigatórias a incluir para cada reunião), como tal funciona também como supervisor.

Para facilitar a implementação das atividades a realizar, nomeadamente para as auditorias, foi criado um sistema de notificação aos respetivos responsáveis, via [calendar-notification@google.com](mailto:calendar-notification@google.com), da responsabilidade do Conselho Técnico.

Tabela 4 – calendarização de temáticas obrigatórias para CG

TEMÁTICAS PERIODICAS	Periodicidade	Calendarização
INDICADORES	2 / semestre = 4/ano	Fev.-- maio--set-novembro
ACESSO E TEMPOS ESPERA	2 / semestre = 4/ano	Fev.- maio--set-novembro
PRESCRIÇÃO med e mcdts	1 / semestre = 2/ano	abril-outubro
TMRG	mensal	mensal se NC
SUGESTÕES, RECLAM	todos CG	todos CG
SM, OP, NC, AUDIT	todos CG	todos CG
INCIDENTES	todos CG	todos CG
SAT UT E PROF	1 / ano	abril e novembro
INVENTARIO	1 / ano	janeiro
CONSUMOS CLIN E ADM	2 / semestre = 4/ano	janeiro-- maio--setembro-novembro
IE E EQUIPAMENTOS	1 / ano	março/se necessário outubro
FLASH INFORM E MAGAZINE	mensal	divulgação por email e afixação

Fonte: Plano estratégico USF CelaSaúde 2023

## 2. ADEQUAÇÃO DOS RECURSOS E CUSTOS ASSOCIADOS

O planejamento de recursos (humanos e materiais) é essencial para uma implementação eficiente e eficaz.

Os recursos devem adequar-se aos objetivos e metas traçados e estimados a partir das atividades estratégicas planejadas.

Apresento na figura 2 a estimativa de recursos e custo associado, tendo por base os domínios/áreas do plano.

Tipo	Descrição	Quant	Valor unit	Valor total	Fundamentação	Atividades	PAII
COMUNICAÇÕES	website	1,00	500,00	500,00	pagamento de domínio e atualização e manutenção do site		Sim
OBRAS	Alargamento das atuais instalações/aluguer: contentor com 5 gabinetes	12,00	1.000,00	12.000,00	instalações exíguas e provisórias		Não
OBRAS	Manutenção dos espaços verdes envolventes	6,00	0,00	0,00	limpeza dos espaços envolventes/salubridade	CENTRALIDADE NO CIDADÃO: operacionalização do ID 430, SEG UTENTE: A01 cultura de seg no amb interno; A04 identificação inequívoca ; A07 prev de incid	Não
FORMAÇÃO	Gestão de stress	1,00	1.500,00	1.500,00	de acordo com as necessidades formativas		Sim
FORMAÇÃO	Atendimento ao público	1,00	1.500,00	1.500,00	de acordo com as necessidades formativas	CANDIDATURA A RECERTIFICAÇÃO DA DGS	Sim
FORMAÇÃO	Auditorias	1,00	1.500,00	1.500,00	de acordo com necessidades formativas	CANDIDATURA A RECERTIFICAÇÃO DA DGS	Sim
INVESTIGAÇÃO	Trabalhos de investigação	2,00	1.000,00	2.000,00	Gestão do conhecimento: promover atividade de investigação		Sim
AMENIDADES	cadeiras de salas de espera	20,00	50,00	1.000,00	segurança e conforto da sala de espera		Não
AMENIDADES	cadeiras de escritório/gabinetes	20,00	150,00	3.000,00	segurança e ergonomia dos postos de trabalho		Não
EQUIPAMENTO CLÍNICO	balança digital	3,00	50,00	150,00	avaliação peso corporal		Sim
EQUIPAMENTO CLÍNICO	martelo de reflexos	5,00	10,00	50,00	avaliação pé diabético	IDS GESTÃO DA SAÚDE E DA DOENÇA	Sim
EQUIPAMENTO CLÍNICO	marquesa elétrica bipartida	2,00	900,00	1.800,00	equipamento clínico básico		Não
EQUIPAMENTO CLÍNICO	Kit de avaliação de neurodesenvolvimento infantil	2,00	100,00	200,00	avaliação do neurodesenvolvimento infantil nas consultas de saúde infantil		Sim
OBRAS	Desratização dos espaços envolventes	2,00	200,00	400,00	salubridade	SEG UTENTE: A01 cultura de seg no amb interno; A04 identificação inequívoca ; A07 prev de incid, CENTRALIDADE NO CIDADÃO: operacionalização do ID 430	Não
FORMAÇÃO	Segurança e Higiene no trabalho	1,00	1.500,00	1.500,00	qualidade no trabalho		Sim
SISTEMAS DE INFORMAÇÃO	Happyornot	1,00	1.500,00	1.500,00	monitorização contínua da satisfação do utente		Sim
SISTEMAS DE INFORMAÇÃO	iriscanmouse	9,00	85,00	765,00	apoio a consulta		Sim
SISTEMAS DE INFORMAÇÃO	webcameras	8,00	25,00	200,00	teleconsulta e reuniões on line		Sim
OUTROS	Simulacro de incêndio e evacuação	1,00	1.500,00	1.500,00	promoção de ambiente de segurança interno		Sim
ACREDITAÇÃO	Atividades decorrentes do processo de acreditação	1,00	1.500,00	1.500,00	processo de acreditação/recertificação		Sim
COMUNICAÇÕES	ecran informativo display led	1,00	800,00	800,00	divulgação de informações aos utentes	SEG UTENTE: A01 cultura de seg no amb interno; A04 identificação inequívoca ; A07 prev de incid, ATENDIMENTO A MIGRANTES, CENTRALIDADE NO CIDADÃO: operacionalização do ID 430, ACESSO POR EMAIL, IDS GESTÃO DA SAÚDE E DA DOENÇA, UTENTES SEM EQUIPA DE SAÚDE FAMILIAR, CANDIDATURA A RECERTIFICAÇÃO DA DGS	Sim
EQUIPAMENTO CLÍNICO	diapazão	9,00	40,00	360,00	avaliação pé diabético		Sim
EQUIPAMENTO CLÍNICO	doppler fetal	3,00	180,00	540,00	apoio à área clínica		Não
EQUIPAMENTO CLÍNICO	esfngmomanómetro	9,00	43,00	387,00	equipamento clínico básico		Não
EQUIPAMENTO CLÍNICO	termómetro digital	3,00	50,00	150,00	avaliação da temperatura		Sim
AMENIDADES	economato	1,00	500,00	500,00	apoio a gestão e setor administrativo		Sim
EQUIPAMENTO CLÍNICO	monitor de composição corporal	1,00	100,00	100,00	prevenção cardiovascular		Sim
EQUIPAMENTO CLÍNICO	monofilamento	20,00	12,00	240,00	avaliação pé diabético	IDS GESTÃO DA SAÚDE E DA DOENÇA	Sim
EQUIPAMENTO CLÍNICO	marquesa ginecológica	2,00	2.200,00	4.400,00	equipamento clínico básico		Não
OBRAS	Ar condicionado	3,00	100,00	300,00	reparação do ar condicionado	IDS GESTÃO DA SAÚDE E DA DOENÇA, UTENTES SEM EQUIPA DE SAÚDE FAMILIAR, TMRG Cons Presencial e CNP, ATENDIMENTO A MIGRANTES, CENTRALIDADE NO CIDADÃO: operacionalização do ID 430, SEG UTENTE: A01 cultura de seg no amb interno; A04 identificação inequívoca ; A07 prev de incid, QUALIFICAÇÃO DO ACESSO A CONS DE INTERSUBSTITUIÇÃO (CIS), ATENDIMENTO TELEFÓNICO	Não
OBRAS	Reparação das instalações	1,00	2.000,00	2.000,00	manutenção das condições mínimas de segurança, prevenção de quedas e de acidentes das atuais instalações	IDS GESTÃO DA SAÚDE E DA DOENÇA, SEG UTENTE: A01 cultura de seg no amb interno; A04 identificação inequívoca ; A07 prev de incid, CENTRALIDADE NO CIDADÃO: operacionalização do ID 430	Não
FORMAÇÃO	Pé diabético	1,00	1.500,00	1.500,00	de acordo com as necessidades formativas		Sim
FORMAÇÃO	Eventos USF AN	10,00	100,00	1.000,00	participação dos profissionais		Sim
FORMAÇÃO	Gestão de conflitos	1,00	1.500,00	1.500,00	de acordo com as necessidades formativas		Sim
FORMAÇÃO	Mindfulness	1,00	1.500,00	1.500,00	de acordo com as necessidades formativas	CANDIDATURA A RECERTIFICAÇÃO DA DGS	Sim
SISTEMAS DE INFORMAÇÃO	iPad	1,00	400,00	400,00	apoio a atividades de domicilio		Sim
OUTROS	vestuário	60,00	30,00	1.800,00	fordamento são equipamentos de proteção individual		Sim
OUTROS	Trituradora de papel	1,00	200,00	200,00	segurança de dados		Sim
DOCUMENTOS TÉCNICOS	Folheto, cartazes e cartões	1,00	500,00	500,00	capacitação do utente		Sim
FORMAÇÃO	Formação destinada a Internos de MGF	1,00	1.000,00	1.000,00	qualificação da USF como unidade formativa		Sim

valor total	51 742,00
a incluir no PAII	25 915,00

Fonte: Carta de Compromisso 2023

Figura 2 – Estimativa de recursos (humanos e materiais) necessários e custo associado

*NÓS é a pronuncia correta para retratar os resultados da equipa: juntos aprendemos e juntos venceremos!*