



# PLANO DE AÇÃO 2022

**USF CELASAÚDE**

APROVADO EM CG DE 27/05/2022

## ÍNDICE

I - INTRODUÇÃO .....	2
II - MISSÃO, VISÃO, PRINCÍPIOS E VALORES DA USF .....	3
III - DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO E JUSTIFICAÇÃO DA INTERVENÇÃO .....	5
1. CONTEXTO E DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO.....	5
2. JUSTIFICAÇÃO DA INTERVENÇÃO.....	7
3. DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES .....	0
IV - OBJETIVOS, INDICADORES, METAS, ESTRATÉGIAS E MONITORIZAÇÃO.....	1
1. PLANO DE EXECUÇÃO, CRONOGRAMA E MONITORIZAÇÃO.....	15
2. ADEQUAÇÃO DOS RECURSOS E CUSTOS ASSOCIADOS .....	17

# PLANO DE AÇÃO E MAPA ESTRATÉGICO DA USF CELASAUDE 2022

## 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.

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. 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)

<http://usfcelasaude.ipn.pt/>

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, implementou políticas de melhoria contínua de qualidade centrados no utente, monitorizando e uniformizando praticas, normas, processos e procedimentos que assegurassem 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 tem sido 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.

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,

---

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

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 cotidiano – 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 contínua 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 2022:

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 por teams, entre outras. Ausência de data prevista para conclusão da obras das instalações da USF e recusa em aumentar as atuais.

2\_ **Défice de recursos humanos:** reformam-se 2 médicos, substituídos por novos colegas (mas de forma desfasada e apenas no último trimestre do ano 2021 e primeiro trimestre de 2022) e verificaram-se também ausências por doença prolongada e por licença de maternidade o que ocasionou grandes constrangimentos por défice de recursos, mas cujo espírito de equipa tem sido essencial para os ultrapassar.

3\_ **A pandemia Covid-19 e a vacinação:** têm sido um novo desafio a nível organizacional, clínico, segurança dos utentes e profissionais, ambiental e ainda na informação aos utentes nas suas diversas vertentes. Foi exigido um esforço acrescido aos profissionais com grande impacto no planeamento da unidade, bem como na sua vida profissional e pessoal.

4\_ **Mudanças organizativas:** As instalações físicas, a Pandemia, a mudança do sistema informático (do medicineone para sclinico), a entrada de novos elementos na USF (por reforma de médicos) exigiram reorganização de horários, agendas, fluxo de utentes e intersubstituição. Tudo isto exigiu um esforço acrescido de adaptação à equipa.

5\_ **Resultados do IDG em 2021 (74,1):** 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.

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

## 2. JUSTIFICAÇÃO DA INTERVENÇÃO

O plano estratégico de preparação para o plano de ação foi definido em janeiro de 2022, 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 2022, foi realizada uma análise SWOT (tabela 1), pelos profissionais (individualmente e em grupo), pelo conselho técnico e equipa da qualidade e apresentada em conselho geral para análise e reflexão conjunta e posterior definição de prioridades (tabela 2) e linhas estratégicas de atuação.

Importa planear o ano 2022, conscientes de que terá de ser dinâmico e adaptável, em função da evolução da pandemia COVID 19 bem como das atividades e desafios relacionados, sem esquecer o nosso propósito:

- **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.



Tabela 1 – Análise SWOT

**PONTOS FORTES INTERNOS**

	AT	ENFERMEIROS	MÉDICOS
EQUIPA	Profissionalismo <b>Responsabilidade</b> Boa vontade, Simpatia, Amizade <b>Resiliência</b> Produtividade <b>Resolução de conflitos</b> <b>Capacidade de adaptação</b> Experiência Equipa jovem <b>Médicos internos e estagiários</b>	<b>Coesão</b> <b>Responsabilidade</b> <b>Resiliência</b> Disponibilidade <b>Capacidade de adaptação</b>	Equipa jovem/jovial e motivada Equipa motivada e com objetivos comuns Renovação da equipa <b>Vontade de melhorar.</b> Envolvimento da equipa <b>Coesão - espírito de equipa e entreajuda</b> <b>Equipa de internos dinâmica e motivada</b> Capacidade técnica e científica dos membros da equipa Entusiasmo e participação nos momentos lúdicos Respeito interpessoal
GESTÃO E FORMAÇÃO	Partilha de conhecimentos <b>Boa gestão</b> <b>Investimento na melhoria continua</b> Formadores	<b>Organização e responsabilização de tarefas com prazos</b>	Reuniões setoriais Discussão clínica e reuniões de núcleos facilitadores Formação interna e externa Programa de consultoria (articulação de cuidados) Autonomia da USF <b>Modelo organizacional e sistema da qualidade</b> Incentivos de desempenho Liderança e núcleos facilitadores Modelo horizontal e participativo Formação, internato e estágios Acreditação
SERVIÇOS			Acessibilidade por email Resposta à vacinação covid19 na USF CelaSaúde Continuidade de cuidados Qualidade da prestação cuidados Segurança do Utente e profissional
UTENTES			Satisfação Utentes

## PONTOS FRACOS INTERNOS

	AT	ENFERMEIROS	MÉDICOS
EQUIPA	<p>Pouco convívio no dia a dia Falta de comunicação <b>Falta de coesão</b> Desconhecimento de procedimentos <b>Absentismo profissional</b></p>	<p><b>absentismo profissional</b> <b>Alguns conflitos e divergências interpessoais</b> Falha no cumprimento de algumas IT e procedimentos e protocolos de atuação.</p>	<p><b>Fraco espírito de equipa entre setores</b> Pouco foco no essencial/básico Saturação por mudanças constantes Desmotivação da equipa percecionada em vários momentos <b>Exaustão e burn out</b> <b>Ausência de estabilidade da equipa e carência sucessiva de recursos humanos</b></p>
GESTÃO E FORMAÇÃO	<p><b>Reuniões muito longas /desinteresse na participação/ sempre os mesmos a falar</b></p> <p>Falta de tomada de decisões quando necessário</p>		<p>Dificuldade na gestão das agendas /utilização do sclinico <b>Reuniões prolongadas, sem cumprimento dos tempos</b></p> <p>Dificuldade na articulação da atividade assistencial/ n assistencial com as atividades de Gestão da USF Dificuldade na gestão de tempo</p> <p>Ausência de formação profissional individual direcionado às novas tecnologias</p>
SERVIÇOS	<p><b>CIS</b> Receituário pelo telefone</p>		<p>vacinação covid 19 <b>Site da USF</b></p>

## OPORTUNIDADES EXTERNAS

	AT	ENFERMEIROS	MÉDICOS
Oportunidades	<b>TELEQ</b>	<b>ACREDITAÇÃO</b> PANDEMIA	<b>TELEQ</b>  Novo sistema informático Mudança para Sclínico e aproximação entre CSP e CSS da USF CelaSaúde  Autonomia no recrutamento profissional <b>Ac creditação</b>  <b>Comunidades práticas formativas</b> Relação da USF com o exterior/Unidades “vizinhas”  Novas visões / versões de Unidade
Sugestões para intervenção			Teambuilding Investigação Inovação Capacitação dos Utentes  Formação sobre gestão do tempo Formação de atendimento ao utente Prevenção burnout Diminuição consumo de papel Empenho dos profissionais
		Investir em trabalho/formação para apresentar à equipa (presencial ou teletrabalho)  Oportunidades formativas em grupo, definindo 1 temática a ser trabalhada a cada 4 semanas	Aproveitar a elaboração do procedimento das CNPs para sistematizar e uniformizar a resposta da USF  Aproveitar a mudança de Sistema Informático para sistematizar o agendamento e resposta a emails

## AMEAÇAS EXTERNAS

	AT	ENFERMEIROS	MÉDICOS
Hierarquias e Contexto atual	<b>Sistema informático sclinico</b>	<b>Sclinico</b>  <b>Hierarquia Superior Indiferente e Autocrata;</b> Difícil acessibilidade às entidades administradoras.	<b>Falhas do Sistema Informático</b> <b>Ausência de Incentivos Institucionais</b> Ausência de contratualização há 2 anos Mudança sucessiva de indicadores e métodos de avaliação Metas no cumprimento de atividades específicas <b>Pouco apoio às equipas por parte da tutela</b> Exaustão e burnout Desmotivação
	falta de formação – externa		Atendimento a utentes <b>esporádicos</b> sem resolução superior eficaz e a causar sobrecarga e conflitos internos <b>Vacinação covid 19</b> a estender-se no tempo com o acréscimo de trabalho que representa e desvio de recursos que poderiam estar alocados a outras atividades da USF
UTENTES	<b>Maior exigência e intolerância</b>		Maior exigência dos utentes relativamente à criação de expectativas vs resultados obtidos Utilização Inadequada dos serviços por parte dos utentes <b>Muitas tarefas/burocratização</b> Elevado nº de emails e CNPs Modelo de prestação centrado nas novas tecnologias
INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS	<b>Instalações, ruído</b>	<b>Instalações insuficientes</b> Aprovisionamento, rotura de fornecimento de produtos Reparação de equipamentos morosas	<b>Instalações inadequadas</b>

### 3. DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

As Prioridades para o ano 2022 (tabela 2) foram definidas em função da análise do contexto atual | 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 será:

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

Tabela 2 – Prioridades 2021

	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*.

## 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 pandemia COVID.

Na tabela 3 é descrito o “mapa estratégico”.

Tabela 3 – MAPA ESTRATÉGICO

OBJETIVOS (POR DOMINIO)	INDICADORES	META	(Histórico) RESULTADO 2021	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); S. idoso (BZD)	Melhorar indicadores (score 0 para 1)	SI acomp adeq e 0,70 (2 ano); PF (RCCU 30,08); SM (,2º,3 trim: 0,38- 0,42) SA (RCCR 48);	> RASTREIO ONCOLOGICO > PF (equipa de saúde)	Monitorização dos indicadores de acordo com calendarização	Equipa da Qualidade (Dra. VR E núcleos facilitadores)
Garantir acessibilidade - domicílios	Taxa de domicílios médicos por 1.000 inscritos	12%	Tx dom médicos: 11,7	> DOMICILIOS (equipa de saúde)	Monitorização dos indicadores de acordo com calendarização	Equipa da Qualidade (Dra. VR e núcleo facilitador)
Garantir equidade	Implementação Questionário CPAQ	> 70%	-	MC ou melhoria após apresentação em CG da auditoria CPAQ (equipa multiprofissional)	Auditoria CPAQ março 2022 (de acordo com plano anual de auditorias)	Estagiários gestão orientados pelo CT
Garantir cuidados de excelência	Indicadores de gestão da saúde 2  Indicadores de gestão da doença 3	Melhorar indicadores (score 0 para 1)	Proporção DM c/ última HgbA1c <= 8,0% Proporção hipertensos < 65 A, com PA < 150/90 Índice de acomp adequado SI 2º ano Proporção grávidas com ecografia 2º trimestre Índice realização exames laborat. 2.º e 3.º trim. grav.	Pro atividade, convocatória, rever registos sclinico > DM e HTA > acomp adeq 2 ano; > registo mcmts grav; > atualização hábitos;  (Equipa de saúde)	Monitorização dos indicadores de acordo com calendarização	Equipa da Qualidade (Dra. VR e núcleos facilitadores)

OBJETIVOS (POR DOMINIO)	INDICADORES	META	(Histórico) RESULTADO 2021	ESTRATÉGIAS /ATIVIDADES E RESPONSÁVEIS	MONITORIZAÇÃO	
					QUANDO E COMO	RESPONSÁVEIS
			Prop. uten. >= 15 anos, c/ reg. hábit. tabág. 3A			
Garantir atendimento humanizado e personalizado	1 - Proporção de consultas realizadas pelo MF	78-90%	77,70	MC ou melhoria após apresentação dos Indicadores em CG e análise (equipa médica)	Monitorização dos indicadores de acordo com calendarização	Equipa da Qualidade (Dra. VR)
	5 - Proporção de consultas realizadas pelo EF	75-100%	61,59	Intersubstituição é imprescindível (equipa de enfermagem)	Monitorização semanal	equipa de enfermagem (Enf.ª AP)
	% satisfação com tempo e atenção dedicado pelo medico e enfermeiro no atendimento - Questionário CPAQ	> 70%	-	MC ou melhoria após apresentação e análise em CG do resultado da auditoria CPAQ (equipa de saúde)	auditoria CPAQ março 2022	Conselho Técnico aplica questionário (orienta estagiários de gestão)
Garantir confidencialidade	% garantia de confidencialidade - Questionário CPAQ	> 70%	-	MC ou melhoria após apresentação e análise em CG do resultado da auditoria CPAQ (equipa multiprofissional)	auditoria CPAQ março 2022	Conselho Técnico aplica questionário (orienta estagiários de gestão)
Garantir satisfação do utente	Questionário de satisfação do utente	> 70%	Aguarda resultado	Questionário CESUC; questionário da USF?	Questionário a aplicar (ex BI)	Equipa da qualidade
	Happyornot (quiosque - barómetro de satisfação)	>70%	jan 2021 Índice 74 (675 resp); fev 21 Índice 68 (725 resp)	Monitorização continua Divulgação semanal dos resultados (via email) MC ou melhoria após apresentação e análise em CG (mensal) (Coordenador e equipa)	Apresentação do resultado mensal em CG	Coordenador (a colocar nos incentivos para reativar)



OBJETIVOS (POR DOMINIO)	INDICADORES	META	(Histórico) RESULTADO 2021	ESTRATÉGIAS /ATIVIDADES E RESPONSÁVEIS	MONITORIZAÇÃO	
					QUANDO E COMO	RESPONSÁVEIS
<b>PERSPETIVA DOS PROFISSIONAIS</b>						
Dinamizar o trabalho em equipa multidisciplinar	Proporção DM com cons de enferm vig último ano	> 80%	59,29	Intersubstituição de enfermagem nas ausências	Monitorização dos indicadores de acordo com calendarização	Equipa da Qualidade (Dra. VR)
	Taxa de cons de PF (med e enferm)	>45%	32,55	Rever BI do indicador; (núcleo de PF)  Melhorar registos e execução oportunistica de consulta (equipas de saúde)	Monitorização dos indicadores de acordo com calendarização	Equipa da Qualidade (Dra. VR)
	Propor de HTA com IMC	>70%	66,33	Consulta partilhada sempre que possível) (equipas de saúde)	Monitorização dos indicadores de acordo com calendarização	Equipa da Qualidade (Dra. VR)
Promover a formação	Taxa de cumprimento do plano Plano de formação	>70%	implementado do plano	Implementação de plano ajustado ao ano de recuperação com a planificação definida (Conselho técnico)	Mensalmente_ nas reuniões da equipa da qualidade	Equipa da Qualidade /Conselho técnico
Promover a motivação e satisfação dos profissionais (reduzir burnout, fomentar coesão)	Índice de satisfação profissional	> 70%	globalmente > 70 % exceto instalações, recursos e proteção contra riscos e stress laboral	Dar continuidade ao Programa anti- burnout (Internos de MGF e núcleo facilitador de eventos). implementação de MC ou de melhoria após auditorias de segurança e controlo de infeção. (coordenadora, núcleo controlo de infeção)	Aplicação de questionário de avaliação de satisfação dos profissionais Março 2022	coordenadora, CT e estagiários de gestão

OBJETIVOS (POR DOMINIO)	INDICADORES	META	(Histórico) RESULTADO 2021	ESTRATÉGIAS /ATIVIDADES E RESPONSÁVEIS	MONITORIZAÇÃO	
					QUANDO E COMO	RESPONSÁVEIS
	Reduzir burn out através de encontros informais e teambuilding	> = 5	3	whatsApp e programa anti-burnout ; festa de natal; aniversário da USF; caminhada, etc) (Internos MGF, coordenação e núcleo de eventos)	anual	Coordenação e núcleo organização de eventos
	Participação profissional	Satisfação > 70%		Reconstructing “regras e consenso” para participação/comportamento nas reuniões	mensalmente	Coordenadora e EQ
				Reativação dos núcleos facilitadores	semestral	Coordenadora e EQ
				Plataforma itens de ação	mensal	CG
<b>PERSPETIVA DOS PROCESSOS INTERNOS</b>						
Garantir segurança na prestação de cuidados de saúde e no ambiente de trabalho	Auditorias _segurança e estrutura	Realização de auditoria	ago/21	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 fevereiro 2022 e em julho 2022 (utilização de grelha anexa ao mapa de riscos)	Coordenador, Enfermeiro T e F, José Manuel, núcleo controlo de infeção)
	Auditoria consentimento informado (CI)	Realização de auditoria	Jan 2021_ 82% com CI mas 78% com cumprimento integral	Sensibilização para o correto preenchimento do formulário em CG (Coordenadora e CT)	Auditoria Consentimento informado janeiro 2022	Conselho técnico

OBJETIVOS (POR DOMINIO)	INDICADORES	META	(Histórico) RESULTADO 2021	ESTRATÉGIAS /ATIVIDADES E RESPONSÁVEIS	MONITORIZAÇÃO	
					QUANDO E COMO	RESPONSÁVEIS
	Chek list de controlo de infeção - controlos	Implementação	MPCI	Auditoria higienização dos espaços com check list MC ou de melhoria de acordo com os resultados e após apresentação em CG (núcleo prevenção infeção)	Auditoria da higienização dos espaços Junho 2022	Nuno M, Esmeralda T, Flório e Isa Teles
	Auditoria a higienização das mãos	Realização de auditoria	realizada	Sensibilização/cartaz; MC ou de melhoria de acordo com os resultados e após apresentação em CG (núcleo prevenção infeção)	Auditoria higienização das mãos junho 2022	Enf.ª Ana Paula e Esmeralda T
	Auditoria a entrega dos roteiros dos PAI DM, HTA e SI ?	?	não realizada	Divulgação dos roteiros até junho 2022 (Equipa Qualidade: Dra. VR)	Reunião mensal da equipa da qualidade	Núcleos facilitadores
	Aval de qualidade dos processos de suporte	Implementação	realizada	Auditoria a pasta T_ Qualidade_ listagens de procedimentos e modelos até julho 2022 (Equipa da qualidade: Dra. SS e LP) MC ou de melhoria de acordo com os resultados e após apresentação em CG	Reunião mensal da equipa da qualidade	Coordenadora
	Taxa de revisão de NOC	>2	vacinação covid	- SARSCOV2 e vacinação Sempre que se atualizem as normas da DGS ou de acordo com a fase pandémica (coordenadora, CT e Internos MGF)	Reunião mensal da equipa da qualidade	coordenadora e CT
	Cultura de segurança do ambiente interno	Implementação	mudança de instalações e reorganização	Avaliação global de risco: auditoria a realizar em fevereiro e agosto 2022 (utilização de grelha anexa ao mapa de riscos) (coordenador, Enfermeiro Tiago, Florido e José M Atividades (MC ou de melhoria) de acordo com os resultados e discussão	Auditoria a realizar em fevereiro e julho 2022 (utilização de grelha anexa ao mapa de riscos)	Coordenador e CT

OBJETIVOS (POR DOMINIO)	INDICADORES	META	(Histórico) RESULTADO 2021	ESTRATÉGIAS /ATIVIDADES E RESPONSÁVEIS	MONITORIZAÇÃO	
					QUANDO E COMO	RESPONSÁVEIS
	Plano de segurança	Implementação	mudança de instalações	Atualização e adaptação às novas instalações e Auditoria de acordo com mapa de riscos (dar continuidade ao já iniciado) (Coordenador e Enf. T e F)--ACES	Monitorização semestral	Coordenador e Enf. T e F
	Segurança na comunicação	Atualização dos procedimentos relacionados	Atualização em fev. e março dos procedimentos PG.02-PROC.01 gestão da documentação PG.02 –PROC.01-IT.01 divulgação de informação (Coordenadora e CT)	Atualização dos procedimentos: atendimento telefónico, receituário, utilização email	Reunião mensal da equipa da qualidade	Coordenadora e Conselho técnico
	Identificação inequívoca do utente	Realização de auditoria	realizada	MC ou melhoria após apresentação e análise em CG do resultado da auditoria CPAQ (equipa multiprofissional)	auditoria CPAQ março 2022	Conselho Técnico aplica questionário
	Reconciliação terapêutica	Atualização da medicação crónica na PEM (dos utilizadores)	Atualização do procedimento PO:03-IT.02 em março 21	Atualização da medicação crónica na PEM para os utilizadores	A ponderar auditoria	Equipa da qualidade (CT)
	Praticas seguras na administração de fármacos	Realização de auditoria	realizada	Auditoria validação previa entre identif ineq utente e adm de fármacos/vacinas (Enf. Cristina e Susana)	Auditoria junho 2022	Equipa da qualidade (CT)
	Armazenamento correto de LASA	Realização de auditoria	Não realizada	Auditoria ao armazém clínico (Enf.º H, T e F)	Auditoria prazos de validade e condições de armazenamento maio 2022 após medidas de correção	Equipa da qualidade

OBJETIVOS (POR DOMINIO)	INDICADORES	META	(Histórico) RESULTADO 2021	ESTRATÉGIAS /ATIVIDADES E RESPONSÁVEIS	MONITORIZAÇÃO	
					QUANDO E COMO	RESPONSÁVEIS
				MC ou melhoria após apresentação e análise em CG do resultado da auditoria CPAQ (equipa enfermagem)	(Enf.º H, T e F)	
	Identificação do utente previamente à administração de fármacos	Realização de auditoria	realizada	Auditoria identificação inequívoca dos utentes maio 2021 MC ou de melhoria de acordo com os resultados e discussão em CG (Enf.º C e S)	Auditoria identificação inequívoca dos utentes maio 2021	Equipa da qualidade
	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	Manter atualizada a plataforma de registo de incidentes, acontecimentos adversos e acidentes: registo de incidentes, NC e OP identificadas e implementação das NC e OM	utilização	Sensibilizar para a utilização do modelo de notificação e registo no NotifiQ no CG;  Levar a CG todas as notificações  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	Coordenadora, e MC
	Análise de Não Conformidades (NC), Sugestões de Melhoria (SM) e Oportunidades de Melhoria (OM)	Manter atualizada a plataforma de melhoria continua: registo de NC, SM e OM identificadas e implementação	sempre_ CG	Levar a CG todas as SM, NC e OM conformidades identificadas (auditorias, profissionais, sugestões) 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


OBJETIVOS (POR DOMINIO)	INDICADORES	META	(Histórico) RESULTADO 2021	ESTRATÉGIAS /ATIVIDADES E RESPONSÁVEIS	MONITORIZAÇÃO	
					QUANDO E COMO	RESPONSÁVEIS
		das MC de melhoria				
	Análise de exposições, reclamações e elogios	Manter atualizada a plataforma de exposições, reclamações e elogios: registo e implementação de MC e de melhoria	sempre_CG	Levar a CG todas as exposições e respetivo tratamento/resposta Análise pela 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
Garantir marcação de consulta atempadamente	TMRG 7 itens	Garantia dos TMRG adaptada a monitorização em sclinico	Quinzenal e aleatória	Análise em CG, sempre que se verifiquem NC; Implementar MC e de melhoria (coordenadora e CG)	quinzenal	JM e MC
	342 - Proporção consul. méd. inic. ut. <= 15 dias úteis	65-100%	89,28	--	Monitorização dos indicadores de acordo com calendarização	Equipa da Qualidade (Dra. VR)
	344 - Propor. consultas médicas realiz. no dia agendam.	20-35%	49,118	Aumentar a oferta de consultas programadas Recrutamento médico (equipa médica e CG)	Monitorização dos indicadores de acordo com calendarização	Equipa da Qualidade (Dra. VR, coordenadora)
Diminuir demora no atendimento	tempo de espera por atendimento (na USF)	< 20 min	BI CSP 23,2min	Instalação de quiosque de acesso Recrutamento médico (equipa médica e CG)	Avaliação dos dados Acesso no BI-CSP de calendarização –	Coordenadora
Melhorar comunicação com o utente	n. de atualizações ao site da USF	>=2	3	Sempre que se verifiquem alterações na organização e novos materiais informativos; renovar site (Coordenadora, Dr. LP e estagiários de gestão)	Mensalmente_ nas reuniões da equipa da qualidade	Equipa da Qualidade


OBJETIVOS (POR DOMINIO)	INDICADORES	META	(Histórico) RESULTADO 2021	ESTRATÉGIAS /ATIVIDADES E RESPONSÁVEIS	MONITORIZAÇÃO	
					QUANDO E COMO	RESPONSÁVEIS
	n. de emails recebidos	auditoria	sim	Reforçar back office na triagem dos emails (Assistentes técnicos)	Semanal (Reunião coordenadora e Interlocutora)	IA e Coordenadora
	Auditoria a resposta administrativa aos emails	<72h	sim	Reforçar back office na triagem dos emails (Assistentes técnicos)	Auditoria aos emails em abril 2022	CT (Dr. LP) e estagiários de gestão
	Atendimento telefónico - auditoria	Menos chamadas perdidas	sim	Programa TELEQ e Reforçar back office para atendimento telefónico e (Assistentes técnicos)	Auditoria ao atendimento telefónico em maio 2022	CT e coordenadora
	Divulgação de resultados	placard, csi, face, site	sim	sim_ última maio 2022 (coordenador e CT)	Mensalmente_ nas reuniões da equipa da qualidade	Coordenador e CT
	Promover participação dos utentes	comissão de utentes/liga de amigos?	-	Comissão de utentes (Dra. Filipa, Enf.ª ? AT?)	Ao longo de 2022	CG
Sensibilização para uma boa utilização do serviço	N de cons/utilizador N. de CNP	?		Retomar plano de acompanhamento interno “utente hiperutilizadores”? Placards informativos (Enf.ª Flórido, Dra. Sofia,	Mensalmente_ nas reuniões da equipa da qualidade	EQ
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 verifiquem alterações na organização e novos materiais informativos (Coordenadora e Dra. IR)	Mensalmente_ nas reuniões da equipa da qualidade	(Coordenadora E equipa da Qualidade
	n. de roteiros DM, HTA, DOM entregues	operacionalização	Reformulação dos roteiros	Alterar guias até abril 2021 para discussão em CG (Equipa Qualidade: Dra. VR)	Mensalmente_ nas reuniões da equipa da qualidade	Coordenadora

OBJETIVOS (POR DOMÍNIO)	INDICADORES	META	(Histórico) RESULTADO 2021	ESTRATÉGIAS /ATIVIDADES E RESPONSÁVEIS	MONITORIZAÇÃO	
					QUANDO E COMO	RESPONSÁVEIS
Desenvolver protocolos de atuação	Orientações Internas	>1	trace, covid	covid,19; consensos contraceção, guia de hhipocoagulação (CT e Internos MGF, Dra. IR)	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) (equipa de saúde)	Semestral Análise da prescrição farmacológica calendarização	Coordenadora, Internos MGF e Dra. SS
<b>PERSPETIVA DO CONHECIMENTO</b>						
Promover a investigação e formação	N de trabalhos realizados (I, Q, casos)	> 6	>6	Incentivo à Investigação Propostas de temas em Reuniões médicas e de enfermagem (médicos e enfermeiros)	anual	Coordenadora e Conselho Técnico
	Publicações em revistas científicas	1	1	Incentivo Tempo dedicado	anual	Coordenadora e Conselho Técnico
	Auscultação aos profissionais _formação	efetivação	sim	Questionário de auscultação de necessidades Nov-Dez 2021 (Conselho Técnico)	anual	Conselho Técnico
	Cumprimento do plano de formação	> 78%	reformulado	Plano anual de formação integrada até maio 2022 (Conselho Técnico)	Monitorização mensal	Conselho Técnico



OBJETIVOS (POR DOMINIO)	INDICADORES	META	(Histórico) RESULTADO 2021	ESTRATÉGIAS /ATIVIDADES E RESPONSÁVEIS	MONITORIZAÇÃO	
					QUANDO E COMO	RESPONSÁVEIS
	CPF comunidade pratica formativa de celas	10	-	Planificação anual CPF	anual	CPF
	Flash magazines realizados	12	7	Incentivo à atualização profissional; Afixação na sala de pausa e envio por email (equipa multiprofissional)	anual	Conselho técnico
	Flash informativos realizados	55%	< 50%	Entrega do flash na mesma altura da declaração de presença em eventos (equipa multiprofissional)	anual	Conselho Técnico
	Promover a formação interpares e a discussão clínica na equipa de enfermagem	>2	?	Tempo dedicado a estudo e elaboração para posterior apresentação em reunião de equipa	Na reunião	EQ (Helena, Ana paula e Flórido)
Promover a articulação de cuidados	% referências hospitalares/qualif da referência	Reduzir a taxa de recusas em relação a 2021	implementado Plano de acompanhamento	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 dos consultores	Aumentar o n.º de consultores	efetivado	Outros a identificar após análise da referência (Conselho técnico e Coordenador)	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 e diligenciar superiormente (Enf.ª AP , ZM e Coordenadora)	Avaliação quadrimestral de consumos e roturas	Enf.ª AP e JM

OBJETIVOS (POR DOMÍNIO)	INDICADORES	META	(Histórico) RESULTADO 2021	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 a2020	realizada	Atualização procedimento de boas praticas ambientais; (Enf.ª ET) Prescrição desmaterializada Análise 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	Proporção coxibes entre AINEs faturados (DDD) – score 0	Qualificar a prescrição _plano de intervenção de desprescrição de COXIBs	Monitorização dos indicadores de acordo com calendarização	Equipa da Qualidade (Dra. VR e Coordenadora)
<b>PERSPETIVA da PANDEMIA E Políticas DE SAÚDE</b>						
VACINAÇÃO COVID	Taxa de vacinação COVID	?	-	De acordo com orientações do ACES e disponibilidade da equipa	semanal	Núcleo de vacinação
Atendimento a utentes sem equipa de saúde familiar   ACeS BM- Incrição SNS e Resposta a	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 saúde a	Máximo 64 utentes	Dar cumprimento ao protocolo com	-	Prestação de cuidados de saúde a deslocados Ucrrianos	Plataforma de monitorização	AT e Coordenadora

OBJETIVOS (POR DOMINIO)	INDICADORES	META	(Histórico) RESULTADO 2021	ESTRATÉGIAS /ATIVIDADES E RESPONSÁVEIS	MONITORIZAÇÃO	
					QUANDO E COMO	RESPONSÁVEIS
deslocados ucranianos   Projeto Deslocados		as outras USF do CS Celas				

FALTA ANEXAR O PLANO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

## 1. PLANO DE EXECUÇÃO, CRONOGRAMA E MONITORIZAÇÃO

A implementação decorre ao longo de todo o ano de 2022, de acordo com as atividades definidas.

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

ATIVIDADES ESTRATEGICAS USF CELSAÚDE 2022													
ATIVIDADES	RESPONSÁVEL	jan	fev	març	abril	maio	junho	julho	agost	set	out	nov	dez
Relatorio atividades ano -1	Interno e orientador												
Rel ativid contrat: serv, qualid org e formação PAUF plataforma	coord + CT + EQ												
Relatorio Formação profissional	CT												
Relatorio Plano acomp interno PAI	EQ												
Relatorio de ativid assist (esporadicos e sazonais)	COORD + isabel Araujo												
Relatório do CelaSaúde programas prioritários	Enf CT + enf Interlocutora												
CONTRATUALIZAÇÃO e INDICADORES novas regras	EQ			av fin							prepar	negoc	negoc
Autoavaliação da USF_ idoneidade formativa Q1 e Q 3 e pl melhoria	MED E INTERNOS												
Planificação atividades internos e publicações aos utentes	EN												
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 (2021-2023)	EQ +CT												
PLANO AÇÃO	EQ												
Plano aplic incent institucionais PAII	CG												
RI- atualização com incrementos e grupos de trabalho e MQ	EQ												
Manual de articulação - atualiz ação	COORD + CT--CG												
PAUF do ano_ contratualização com ACES (x)	COORD+CT + EQ												
Monitorização de indicadores - BI CSP	COORDENAÇÃO + EQ (Vera R)		x				X			X		x	
Quest satisf utentes CEIS FEUC anual ? ACES? HAPPYORNOT??	COORD +CT												2020
Quest satisf profissionais CEIS FEUC-anual? ACES? USF	COORD + CT												
Plataformas melhoria continua (SM, OM, NC, auditorias)	COORD + EQ (VeraR)												
Plataforma sugestões, elogios e exposições	ISA ARAUJO+COORD												
Plataforma acidentes e incidentes + NOTIFIQ	Maria do Céu + ZÉ + COORD												
Plataforma_ inventário ocorrencias, calibração e manut equip	ZÉ+ ISA ARAUJO+ COORD												
Plano de segurança do utente_ mapa de riscos	Coordenadora, Tiago F e Tiago A		x				x						
Plataforma_ manutenção IE e equipamentos	COORD + TIAGO AMADO E FLÓRIDO												
Simulacro e plano de emergencia interno	COORD + TIAGO AMADO E FLÓRIDO					x							
Plataforma_ arquivo de proc clín em papel	MARIA CEU +												
Plataforma utentes sem equipa saúde familiar	Cristina Moreira												
Gestão site, facebook e (happy or not)	COORD+ EQ + Ivone												
Gestão da informação nas salas de espera	ISA TELES + CRISTINA + LUISA + HELENA E CÉU												
SISQUAL	COORD + IA + ANA PAULA												
GESTÃO DE RH_ AUSENCIAS, FÉRIAS + FORMAÇÃO OCASIONAL	COORD + LUIS +ISA ARAUJO + PAULA/Helena na formação												
MAPA CIS	LUIS P e interlocutores												
CIS_ análise a constrangimentos	NUCLEO CIS (Filipa, Ceu e Esmeralda)												
CALENDARIZAÇÃO ATIVIDADES ENFERMAGEM_ semanal	SANDRA e TIAGO (supervisão Paula)												
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	EQ												
SAÚDE OCUPACIONAL_ vigilancia saude dos trabalhadores	COORDENAÇÃO												
MOTIVAÇÃO DA EQUIPA	GRUPO ORG EVENTOS E COORD												
ACREDITAÇÃO	TODOS												
reunião EQ mensal	EQ												
reunião nucleos facilitadores	nucleos (Vera dinamiza grupos)		x			x						x	

Auditorias 2022	Responsáveis	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												
atendimento telefónico	CT Céu e Cristina												
Prazo de resposta administrativa para os emails (<= 2d)	CT + internos												
tempo médio espera pela consulta após a hora marcada	Coordenadora, Isa A e Ana Paula		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 (2 ou qd se justifique)	Coordenadora + Luís Pinto + Cláudio												
comando SQL desmarcação por profissional	Coordenador+Vera												
Conhecimento sobre os direitos e deveres dos utentes	CT Helena + Cláudio												
Conhecimento dos profissionais sobre TVital	CT e isa A + Luisa + Filipa												
prazos prod clínicos e terap ou cond de armaz de med e prod de saúde	Helena, Flório e Tiago												
Higienização das mãos	Ana Paula e Esmeralda												
Validação previa entre identif utente e adm de medic/vacinas	Cristina Pina + Susana												
Auditoria aos espaços físicos _5S	Ana Patrício, Sandra, Filipa, Isa T e Luísa						5S						
Auditoria a Higienização dos espaços físicos*	Nuno + Esmeralda, Flório e Isa Teles												
UTILIZAÇÃO DE LUVAS	Nuno e Flório												
ETIQUETA RESPIRATORIA	Nuno +Cristina Pina												
ADMINISTRAÇÃO DE INJETAVEIS	Susana + Ana patrício + Sandra												
Auditoria aos riscos na usf/segurança na usf (PNSD 2021-2026)	Coordenador + Tiago + Flório + José												
consentimentos informados	CT												
Qualidade registo em ICPC	Sofia+Ivone + Internos												
Qualidade do registo em PF e SM	Sofia+Ivone + Internos												
Qualidade do registo em HTA e DM	Sofia+Ivone + Internos												
Boas práticas clínicas (incluir alergias)	Luís + Filipa+Internos												
Boas práticas farmacológicas (Tiras, BZD,JP, ...)	Sofia + Ivone + internos												

\*incluir Auditoria relativa a publicidade USF despacho 8213-b/2013 a incluir auditoria aos espaços físicos 5S

Figura 1 – Cronograma do plano

A Monitorização será realizada:

- Pela Equipa da Qualidade (Coordenadora, Conselho Técnico, Interlocutores de cada grupo profissional e dois médicos 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 CG	Periodicidade	Calendarização	notas
INDICADORES	2 / semestre = 4/ano	fev-- maio--set-novembro	dados de dez-março-junho--set
ACESSO E TEMPOS ESPERA	2 / semestre = 4/ano	fev-- maio--set-novembro	plataforma BI TMRG (sempre que NC)
PRESCRIÇÃO médica	1 / semestre = 2/ano	abril-outubro	plataforma BI
TMRG	quinzenal	mensal se NC	plataforma usf
RECLAMAÇÕES, ELOGIOS	1 / semestre = 2/ano	todos CG	plataforma sugestões, elogios e exposições
SM, OP, NC, AUDITORIAS	todos CG	todos CG	plataforma melhoria continua
INCIDENTES	todos CG	todos CG	plataforma acidentes, incidentes, NOTIFIQ
SAT UTENTES E PROFISSIONAIS	1 / semestre = 2/ano	junho - dezembro	auditorias (externa e interna)
INVENTARIO	1 / ano	janeiro	plataforma inventário ocorrências, calibração e manutenção de equipamentos
CONSUMOS CLIN e ADMINISTRATIVOS	2 / semestre = 4/ano	janeiro-- maio--setembro-novembro	plataforma” Compras e logística SPMS”
INFRAESTRUTURAS E EQUIPAMENTOS	1 / ano	março/se necessário outubro	plataforma _manutenção IE e equipamento
FLASH INFORMATIVOS E MAGAZINE	todos	Todos CG/multiprofissional/medico	1 flash magazine/terapêutico por mês

Fonte: Plano estratégico USF CelaSaúde 2021

## 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 (*quem faz? Como faz?...*).

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

TIPO DE RECURSOS	Quantidade	valor unitário €	fundamentação	TOTAL
<b>RECURSOS HUMANOS</b>	todos os profissionais	incalculável	trabalho em equipa	marca USF
n.º de horas > horário tipo		> 200 ?	reuniões extraordinárias, auditorias, produção de materiais informativos	> 200
<b>EQUIPAMENTO</b>				
monofilamentos	20	12 €	apoio consulta DM (avaliação pé)	240 €
diapazão	5	40 €	apoio consulta DM (avaliação pé)	200 €
martelo de reflexo	5	10 €	apoio consulta DM (avaliação pé)	50 €
<b>SISTEMAS DE INFORMAÇÃO</b>				
webcameras	9	25 €	teleconsulta e reuniões online	225 €
iriscanmouse	9	84 €	apoio à consulta	756 €
<b>FORMAÇÃO</b>				
simulacro de incendio e evacuação	1	2.000 €	segurança	2.000 €
SBV	1	1.500,00 €	formação continua dos profissionais	1.500,00 €
gestão de stress	1	500 €	medida anti anti burn	500 €
outras	1	500 €	pé diabético	500 €
<b>OBRAS</b>				
contentor	1	??€	amplificação do espaço por atraso nas obras da USF	??€
<b>INVESTIGAÇÃO</b>				
implementação de trabalhos de investigação	2	750 €		1.500 €
<b>ACREDITAÇÃO</b>				
informação destinada aos utentes (folhetos, placards informativo),	1	2.000 €		2.000 €
happyornot	1	1.500 €		1.500 €
atualização e reformulaçãodo do site	1	3.000 €		3.000 €
<b>ECONOMATO</b>				
			<b>TOTAL</b>	<b>14.071 €</b>

Fonte: Carta de Compromisso 2021

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