



USF CoimbraCelas

PLANO DE AÇÃO E MANUAL DE PROCEDIMENTOS - 2025/26



Índice

I. Programas da Carteira Básica de Serviços	2
Acessibilidade Organizada	3
Programa de Saúde Infantil e Juvenil.....	6
Programa de Saúde da Mulher.....	19
Programa de Planeamento Familiar.....	19
Programa de Saúde Materna.....	21
Programa de Rastreio do Cancro do Colo do Útero e da Mama	25
Programa de Saúde Mental e Comportamentos de Risco	28
Programa de Vigilância de Doentes com Multimorbilidade	32
Doenças Cardiovasculares	34
Diabetes Mellitus	40
Doenças Respiratórias.....	48
Doenças Reumáticas e Músculo-Esqueléticas	53
Polimedicação e Desprescrição.....	57
Programa de Prevenção para as doenças cardiovasculares	60
Cuidados Domiciliários.....	67
Programa de Vacinação.....	72
Programa de Cuidados em Situações de Doença Aguda Não Urgente	76
II. Programas da Carteira Adicional de Serviços.....	81
Protocolos Funcionais com População de Risco	81
Crianças/Adolescentes em Risco e Dependências	81
Refugiados e Pessoas Vítimas de Tráfico Humano	84
III. Satisfação dos Utentes e Profissionais.....	87
Satisfação dos Utentes	87
Satisfação dos Profissionais.....	91
IV. Plano de Formação da Unidade	95
Formação Contínua.....	95
V. Conclusão	98

I. Programas da Carteira Básica de Serviços

Neste plano de ação para o biénio de 2025/2026 são abordados oito (8) Programas pertencentes à Carteira Básica de Serviços, atualizados à luz do Despacho n.º 14237/2024, de 2 de dezembro sendo eles:

- Acessibilidade Organizada – Agendas, Regras de marcação de consultas e TMRG;
- Programa de Saúde Infantil e Juvenil;
- Programa de Planeamento Familiar e Saúde Materna;
- Programa de Saúde Mental e comportamentos de risco;
- Programa de Vigilância de Doentes com Multimorbidade (2 ou mais doenças crónicas): Diabéticos, Hipertensos, Doenças Cardiovasculares, Respiratórios e Osteoarticulares;
- Cuidados domiciliários: preventivos e a Doentes Dependentes Crónicos;
- Programa de Vacinação;
- Programa de Cuidados em Situações de Doença Aguda Não Urgente.

Salienta-se que este documento “Plano de Ação”, está elaborado em termos de conteúdo para dar respostas enquadradoras das boas práticas na resposta aos diversos programas da carteira básica, enquadrando-se no “Manual de Procedimentos”, onde em cada objetivo definido, há uma descrição das estratégias a serem implementadas e de seguida as atividades definidas, esclarecem Quem a deve executar? Como se devem realizar? Em que período se devem realizar e como serão avaliadas, como por exemplo:

Atividade 1

Descrição Vigiar as crianças no 1º ano de vida de acordo com as orientações técnicas da DGS e em situação de doença.

Quem	Médicos, enfermeiros e administrativos.
Como	Consulta programada, oportunista e de situações agudas com registo na ficha própria da SIJ do <i>SClinico</i> .
Onde	Secretaria, consultórios médicos e de enfermagem.
Quando	Todo o ano.
Avaliação	Monitorização das atividades através do indicador 2013.302.01

Acessibilidade Organizada

Distribuição das atividades das três agendas

No geral, as atividades podem ser distribuídas por três agendas:

- Assistencial de Contactos Diretos (1ª agenda):
 - Atividade programada – Com horário específico
 - Agendamento das 8h15 às 19h45
- Assistencial de Contactos Indiretos ou Contatos Não Presenciais (2ª agenda):
 - Sem horário específico (carga de trabalho: meta a atingir)
 - Agendamento a partir das 20h
- Não assistencial e relacional (3ª agenda):
 - Reuniões clínicas (setor profissional e da USF).
 - Reuniões organizacionais (setor profissional e da USF).
 - Formação externa/interna da responsabilidade da USF.
 - Formação em Comissões Gratuitas de Serviço da responsabilidade individual, devendo sempre apresentar resumo até 15 dias após a CGS.
 - Atualização de ficheiro, registos clínicos e auditorias internas.
 - Programas de investigação/garantia de qualidade.
 - Investigação.
 - Outras atividades correlacionadas com formação e melhoria contínua.

Agenda Direta

Dentro da agenda direta, podemos encontrar vários tipos de consulta, todas programas com dia e hora e agendamento das 8h15 às 19h45, seja no próprio dia, a um dia, dois dias ou cinco dias:

Consulta Independente Programada

- Consulta Geral Programada / Saúde Adulto:
 - Saúde do adulto/idoso (consulta de rotina, carta de condução do Grupo B, ver exames presencial, outros motivos);
 - Marcação: Presencial, telefone ou email (método privilegiado) da iniciativa do utente/cuidador ou dos profissionais.
 - Código SClínico: “MGF-IM”
 - TMRG – 5 dias úteis
- Consulta Programada Pós-laboral (após as 17h):
 - Saúde do adulto para trabalhadores ativos;
 - Marcação: Presencial, telefone ou email (método privilegiado) de iniciativa do utente/cuidador.
 - Código SClínico: “MGF-IM”
 - TMRG – 5 dias úteis
- Consulta de Doença Aguda:

- Situações de doença aguda ou agudização de doença crónica dos doentes do próprio ficheiro.
- Código SClínico: “Consulta Agudos”
- TMRG – No dia do pedido
- Consulta de Intersubstituição:
 - Situações agudas de todos os utentes da USF no próprio dia e cumprimento dos serviços mínimos de médicos ausentes até 15 dias.
 - Código SClínico: “Consulta Agudos”
 - TMRG – No dia do pedido
 - Marcação de consulta de doença aguda e de intersubstituição: presencial, telefone ou email para o MF (método privilegiado) da iniciativa do utente/cuidador.
 - Deve ser dada ao utente a hora previsível do agendamento: Entregar ao doente o papel-modelo aprovado com a hora previsível da consulta.
 - Se hora de atendimento superior a 1h30 o doente pode ausentar-se da USF, devendo voltar 15 min antes da hora de consulta para ser ativada a sua inscrição no secretariado.

Consulta Interdependente Programada

- Consulta de Gestão da Doença Crónica e da Multimorbilidade / Consulta de Saúde da Mulher / Consulta de Saúde Infantil e Juvenil
 - Vigilância de doentes diabéticos, hipertensos, mulheres e crianças do ficheiro (inclui consulta de enfermagem de 30 minutos seguida de consulta médica de 30 minutos)
 - Marcação: Presencial, telefone ou email (método privilegiado) da iniciativa do utente/cuidador ou do profissional, agendamento após avaliação do profissional.
 - Código SClínico: “Especialidade”
 - TMRG: Segundo os programas da DGS
- Primeiras Consultas
 - Avaliação dos novos utentes da USF. Primeiro contacto do novo utente com a sua equipa de família da USF (médico e enfermeiro)
 - Marcação: Presencial, telefone ou email (método privilegiado) de iniciativa do utente/cuidador.
 - Código SClínico: “Especialidade”
 - TMRG – 5 dias úteis
- Consulta no Domicílio
 - Utesntes que não se podem deslocar à USF.
 - Marcação: Contactar MF / EF (presença física do cuidador, telefone ou email – método preferencial) para avaliar e agendar a visita domiciliária em dia e hora a acordar entre ambas as partes, consoante a gravidade da situação clínica.
 - Código SClínico: “C. Domicílio”
 - TMRG: 24h para avaliação do pedido de consulta no domicílio, agendamento mediante cada caso.

Agenda Indireta

Dentro da agenda indireta, temos todos os contactos assistenciais que são realizados sem a presença do utente. Caracterizam-se por não serem programadas, por isso são agendadas para depois das 20h por forma a permitir o registo em processo clínico das mesmas.

Existe apenas um formato de consulta, de duração de 5 minutos, devendo ser enquadrado em vários tipos de consulta:

- BAIXAS – Renovação/Avaliação de Certificados de Incapacidade Temporária;
- C.AGUDOS – Abordagem de sinais e sintomas de doença aguda;
- MCDT – Avaliação de resultados EAD;
- MEDICACAO – renovação/esclarecimento de medicação;
- RELAT. – pedido de relatórios;
- HTA / DIABETES / P. FAMILIAR / S. INFANTIL / S. MULHER / etc. – esclarecimento de dúvidas e orientações que possam ser enquadradas num dos programas de vigilância da DGS;
- CNP – nenhum dos anteriores (código apenas a ser utilizado pelo secretariado clínico)
- Marcação: Presencial, telefone ou email (método privilegiado) da iniciativa do utente/cuidador ou dos profissionais.
- TMRG – 36h (idealmente 24h)

Intersubstituição nas Consultas Não Presenciais

Rotativo por todos os médicos presentes, devendo definir-se em cada período semanal de ausência essa rotação e qual o papel dos médicos internos com a devida supervisão de médico especialista em escada definida.

O médico de férias acima de 3 dias, aquando do seu regresso, deve bloquear 50% da agenda programada para responder aos CNP das férias.

Critérios a serem aplicados:

1. Receituário: sempre que o médico esteja ausente mais do que um dia
2. Registo e avaliação de EAD:
 - a. Se dúvidas nos resultados ou exame alterado entra na escala rotativa de intersubstituição;
 - b. Sem dúvida ou alteração nos resultados, aguarda a chegada do médico de família
3. Pedido de relatórios:
 - a. Tribunal: ausências superiores a 3 dias ou prazos para cumprir deve ser atribuída tarefa para o Coordenador ou seu substituto;
 - b. Segurança social: rotativo em ausências superiores a 3 dias ou prazos para cumprir;
 - c. Pedidos para entradas na RNCCI: rotativo em ausências superiores a 3 dias ou prazos para cumprir;
 - d. Outras situações: espera por MF ou rotativo consoante os prazos para cumprir.

Programa de Saúde Infantil e Juvenil

Pretende-se proporcionar ao recém-nascido, criança e ao adolescente/jovem uma vigilância de saúde adequada, cumprindo as orientações técnicas emanadas pela Direção Geral de Saúde, de modo a contribuir para a qualidade de saúde dos “futuros ativos” do nosso país.

Com este Programa, pretendemos dar resposta a sete (7) **objetivos gerais**:

1. Avaliar o desenvolvimento estado-ponderal e psico-motor das crianças;
2. Assegurar o cumprimento do Programa Nacional de Vacinação (PNV);
3. Estimular a prática de comportamentos saudáveis nas crianças e jovens;
4. Detetar precocemente situações que possam afetar negativamente o desenvolvimento da criança;
5. Controlar a incidência e prevalência do peso excessivo e obesidade;
6. Sinalizar precocemente problemas da criança e jovens, qualificando a referenciação ao hospital pediátrico, incluindo a pedopsiquiatria;
7. Reduzir a prevalência de consumos na população entre os 15 - 18 anos.

Pretende-se também com este programa contribuir para a diminuição do afluxo às urgências pediátricas hospitalares, garantindo a acessibilidade à USF para todas as situações agudas (Programa de Cuidados em Situações de Doença Aguda), durante todo o período de funcionamento da USF.

Sabendo que em Portugal **a prevalência da obesidade** na população infanto-juvenil é elevada, pretendemos intervir na prevenção e tratamento deste importante problema de saúde nesta população, e nas suas famílias, inscritas na USF em articulação com o Nutricionista da URAP.

É ainda nosso objetivo melhorar e aprofundar a articulação com o Hospital Pediátrico, rentabilizando a figura do pediatra consultor e a discussão interna de casos clínicos bem como a elaboração de propostas de articulação interinstitucional através de critérios de referenciação para áreas específicas, nomeadamente na pedopsiquiatria.

População-alvo

Grupo Etário (anos)	Masculino		Feminino		Total
	N	%	N	%	
< 1	43	2,85	40	2,65	83
1 – 2	82	5,44	62	4,11	144
5	43	2,85	33	2,19	76
6 – 7	87	5,77	81	5,37	168
8	39	2,59	43	2,85	82
10	32	2,12	41	2,72	73

13	44	2,92	44	2,92	88
15	46	3,05	28	1,86	74
0 – 18	788	52,29	719	47,71	1507

Tabela 1. - População alvo do Programa de Saúde Infantil e Juvenil segundo dados do BI-CSP (03/2024)

Não descurando nenhuma das faixas etárias visadas pelo Programa de Saúde Infantil e Juvenil da DGS (1ª semana de vida, 1M, 2M, 4M, 6M, 9M, 12M, 15M, 18M, 2A, 3A, 4A, 5A, 6-7A, 8A, 10A, 12-13A, 15-18A), consideraremos em particular, como grupos alvo:

- O recém-nascido (0-28 dias);
- Os bebés durante o 1º ano de vida;
- As crianças até ao 2º ano de vida;
- As crianças até 7 anos e os adolescentes até aos 14 anos;
- Jovens dos 15-18 anos manter contacto direto ou indireto, pelo menos uma vez neste período, com especial ênfase na avaliação de hábitos de vida, consumos e sexualidade.

Objetivos Específicos

OBJETIVO 1

Fazer o acompanhamento adequado a pelo menos 93% dos bebés no 1º ano de vida.

Indicadores de Monitorização:

Cód. Indicador: 2013.302.01 FL		Subárea Gestão da Saúde					
Nº e Descrição do Indicador que consta do IDE		Int. VA	Int. Esp.	Pond.	Valor Dez 2023	Score	Pond. no IDE
302 - Índice de acompanhamento adequado s. infantil 1º ano		[0.82; 1]	[0.93; 1]	0.012	0.837	0.302	1

LEGENDA: **Int. VA**: Intervalo de variação aceitável do Indicador | **Int. Esp.**: Intervalo esperado do Indicador | **Pond.**: Ponderação do Indicador | **Score**: Score do indicador para o resultado mais recente | Resultados do IDE, dos IDS das respetivas subáreas e indicadores que os compõem, nos termos da Portaria 411-A/2023, calculados para USF CoimbraCelas, no mês Dez/2023

OBJETIVO 1.1

Fazer, pelo menos, 6 consultas de vigilância (contacto direto) médica e enfermagem de saúde infantil dos 0-11 meses ([1, 330[dias), às crianças vigiadas na USF.

Estratégias

- Após o primeiro contato com a criança, proceder à marcação da consulta procedente no próprio dia da consulta, registando a marcação no BIS da criança ou em impressão de agendamento próprio.
- Disponibilizar contato telefónico próximo da equipa de saúde da família, desde primeiro contato.
- Aproveitar em cada consulta oportunista (ex. vacinação) ou de doença aguda da criança para verificar se foi realizada consulta conforme orientações da DGS e se não tiver sido realizada, realizar se possível nesse momento ou agendar marcação com maior brevidade possível.

Atividade 1

Descrição Vigiar as crianças no 1º ano de vida de acordo com as orientações técnicas da DGS e em situação de doença.

Quem	Médicos, enfermeiros e administrativos.
Como	Consulta programada, oportunista e de situações agudas com registo na ficha própria da SIJ do <i>SClinico</i> .
Onde	Secretaria, consultórios médicos e de enfermagem.
Quando	Todo o ano.
Avaliação	Monitorização das atividades através do indicador 2013.302.01

OBJETIVO 1.2

Realizar primeira consulta ao recém-nascido (RN) até aos primeiros 28 dias de vida, a 90% das crianças inscritas na USF.

Estratégias

- Alertar a grávida em final de gestação da importância de vigilância do RN, informando e disponibilizando as consultas existentes na USF, nomeadamente a 1ª consulta da vida que deve ser realizada após a alta da Maternidade, preferencialmente na primeira semana de vida, aquando da realização do teste de diagnóstico precoce, caso não tenha sido realizado na maternidade.
- Disponibilizar contato telefónico direto/email da equipa de saúde para proceder à marcação da primeira consulta após alta da maternidade.

Atividade 2

Descrição Realizar a 1ª consulta de vida nos primeiros 28 dias de vida, a 90% dos RN inscritos na USF.

Quem	Médicos, enfermeiros e administrativos.
Como	Na gestação e no ato da inscrição na USF, informação via telefone ou mail e aquando do registo das primeiras vacinas e do teste de diagnóstico precoce.
Onde	Consultório/domicílio (nos casos risco social).
Quando	Todo o ano.
Avaliação	Monitorização através do indicador 2013.014.01 – Proporção RN c/cons. Méd. vigil. até 28 dias vida

OBJETIVO 1.3

Realizar/registar a realização dos diagnósticos precoces entre o 3º e o 6º dia de vida, segundo o programa nacional de rastreio, a 95% dos recém-nascidos (RN).

Estratégia

Estratégia do objetivo anterior.

Atividade 3

Descrição Realização ou registo até ao 6º dia de vida do RN, do teste de diagnóstico precoce, a todos os RN inscritos na USF, registados até às zero horas do dia em que completam 1 ano de vida.

Quem	Enfermeiros.
Como	Registo de TSHPKU deve ser feito na [avaliação inicial], em [saúde infantil] > [desenvolvimento infantil] > [diagnóstico precoce], do <i>SClínico</i> .
Onde	Gabinete enfermagem.
Quando	Todo o ano.
Avaliação	Monitorização através do indicador 2013.057.01 – Proporção RN com TSHPKU realizado até 6º dia

OBJETIVO 1.4

Ter pelo menos 2 registos parametrizados de avaliação do desenvolvimento psicomotor (Sheridan) até aos 11 meses de vida.

Estratégias

- Proceder ao registo da avaliação de desenvolvimento psicomotor de Sheridan a cada consulta programada de vigilância na ficha própria da SIJ do *SClínico* e aproveitar em cada oportunidade de consulta oportunista e de situação aguda para verificar se tem esta avaliação registada.

Atividade 4

Descrição Fazer 2 avaliações/registo do desenvolvimento psicomotor (Sheridan) no 1º ano de vida.

Quem	Médicos, Enfermeiros e Internos.
Como	Consulta programada, oportunista e de situações agudas com registo na ficha própria da SIJ do <i>SClínico</i> .
Onde	Consultórios médicos e de Enfermagem.
Quando	Todo o ano.
Avaliação	Número de registos do desenvolvimento psicomotor (Sheridan) em crianças até aos 11 meses/Número total de crianças com 11 meses vigiadas na USF.

OBJETIVO 1.5

Ter o PNV totalmente cumprido às zero horas do dia em que completam 1 ano.

Estratégias

- Verificar a situação vacinal da criança em cada consulta programada de vigilância e aproveitar em cada oportunidade de consulta oportunista e de situação aguda para verificar situação vacinal e proceder à atualização caso seja necessário.
- Proceder à monitorização semestral das listagens de crianças com vacinação em atraso e convidar para a vacinação.

Atividade 5

Descrição Vacinar ou verificar o cumprimento vacinal de todas as crianças no primeiro ano de vida de acordo com o PNV

Quem	Enfermeiros.
Como	Consulta programada, oportunista e de situações agudas com verificação de vacinação no <i>E-Vacinas (SER)</i> .
Onde	Consultórios de Enfermagem.
Quando	Todo o ano.
Avaliação	Número de crianças com 12 meses com o PNV cumprido/Número total de crianças com 12 meses inscritas na USF.

OBJETIVO 2

Efetuar visita domiciliária a 20% dos recém-nascidos, de mães previamente identificadas como risco social, até aos 15 dias de vida.

Estratégias

- Entregar o consentimento informado às grávidas identificadas como risco social, no último trimestre da gravidez. Alertar a grávida em final de gestação da importância da visita domiciliária do RN. Combinar visita domiciliária ao RN no 1º contacto da mãe na USF (até 15 dias).

Atividade 6

Descrição Visita domiciliária aos Recém-nascidos, de mães previamente identificadas como risco social, até aos 15 dias

Quem	Enfermeiros.
Como	Realização de visita domiciliária e registo no <i>Sclinico</i> e no <i>Boletim de Saúde Infantil</i>
Onde	Domicílio
Quando	Todo o ano.
Avaliação	Nº de visitas domiciliárias ao RN de grávidas identificadas como risco social até 15 dias / nº de RN inscritos na USF nesse ano. Monitorização através do indicador 2013.015.01 – Proporção RN c/ domicilio enf. Até 15º dia de vida

OBJETIVO 3

Fazer o acompanhamento adequado a pelo menos 87% das crianças no 2º ano de vida.

Indicadores de Monitorização:

Cód. Indicador: 2013.269.01 FL		Subárea Gestão da Saúde					
Nº e Descrição do Indicador que consta do IDE		Int. VA	Int. Esp.	Pond.	Valor Dez 2023	Score	Pond. No IDE
[269] – Índice de acompanham. Adequado s. infantil 2º ano		[0.7; 1]	[0.87; 1]	0.012	0.827	1.494	1

LEGENDA: **Int. VA:** Intervalo de variação aceitável do Indicador | **Int. Esp.:** Intervalo esperado do Indicador | **Pond.:** Ponderação do Indicador | **Score:** Score do indicador para o resultado mais recente | Resultados do IDE, dos IDS das respetivas subáreas e indicadores que os compõem, nos termos da Portaria 411-A/2023, calculados para USF CoimbraCelas, no mês Dez/2023

OBJETIVO 3.1

Fazer, pelo menos, 3 consultas de vigilância, médica e de enfermagem, de Saúde Infantil dos 12-23 meses ([330, 700[dias), com registo de peso e altura.

Estratégias

- Após cada contato com a criança, proceder à marcação da consulta procedente no próprio dia da consulta, registando a marcação no BIS da criança ou em impressão de agendamento próprio.
- Disponibilizar sempre os contatos telefónico/email da equipa de saúde da família.
- Aproveitar em cada consulta oportunista (ex. vacinação) ou de doença aguda da criança para verificar se foi realizada consulta conforme orientações da DGS e se não tiver sido realizada, realizar se possível nesse momento ou agendar marcação com maior brevidade possível.
- Proceder à monitorização anual das listagens de crianças com 12-23 meses ([330, 700[dias).

Atividade 7

Descrição Vigiar as crianças no 2º ano de vida de acordo com as orientações técnicas da DGS, e em situação de doença.

Quem	Médicos, enfermeiros e administrativos.
Como	Consulta agendada e consulta oportunista com registo na ficha própria da SIJ do <i>Scínico</i> .
Onde	Secretaria, consultórios médicos e de enfermagem.
Quando	Todo o ano.
Avaliação	Monitorização das atividades através do indicador 2013.269.01

OBJETIVO 3.2

Ter pelo menos 1 registo parametrizado de avaliação do desenvolvimento psicomotor (Sheridan) entre os 11 e os 23 meses de vida.

Estratégias

- Proceder ao registo da avaliação de desenvolvimento psicomotor de Sheridan a cada consulta programada de vigilância na ficha própria da SIJ do *SClínico*, e aproveitar em cada oportunidade de consulta oportunista e de situação aguda para verificar se tem esta avaliação registada.

Atividade 8

Descrição Fazer pelo menos uma avaliação/registo do desenvolvimento psicomotor (Sheridan) dos 11 aos 23 meses da criança.

Quem	Médicos, enfermeiros e internos.
Como	Consulta agendada e consulta oportunista com registo na ficha própria da SIJ do <i>SClínico</i>
Onde	Consultórios médicos e de enfermagem.
Quando	Todo o ano.
Avaliação	Número de registos de avaliação do desenvolvimento psicomotor (Sheridan) dos 11 aos 23 meses/Número total de crianças dos 11 aos 23 meses vigiadas na USF.

OBJETIVO 3.3

Ter o PNV totalmente cumprido às zero horas do dia em que completam 2 anos de vida, a 90% das crianças com 2 anos.

Estratégias:

- Verificar a situação vacinal da criança em cada consulta programada de vigilância e aproveitar em cada oportunidade de consulta oportunista e de situação aguda para verificar situação vacinal e proceder à atualização caso seja necessário.
- Proceder à monitorização semestral das listagens de crianças com vacinação em atraso e convidar para a vacinação.

Atividade 9

Descrição Vacinar todas as crianças dos 11 aos 23 meses inscritas na USF de acordo com o PNV.

Quem	Enfermeiros.
Como	Consulta programada, oportunista e de situações agudas com verificação de vacinação no <i>E-Vacinas (RSE)</i> .
Onde	Consultórios de enfermagem.
Quando	Todo o ano.
Avaliação	Número de crianças dos 11 aos 23 meses inscritas na USF com o PNV cumprido/Número total de crianças dos 11 aos 23 meses inscritas na USF.

OBJETIVO 4

Realizar consulta a 65% das crianças inscritas na USF com [5-7[anos, nos próximos dois anos.

Estratégia

- Proceder ao agendamento proactivo ou convidar as crianças de [5-7[anos para realização de consulta.
- Proceder à monitorização anual das listagens de crianças com [5-7[anos.

Atividade 10

Descrição Realizar consulta a crianças de [5-7[anos.

Quem	Médicos, enfermeiros e administrativos.
Como	Agendamento proativo, ou convidar para as respetivas consultas.
Onde	Secretaria, consultórios médicos e de enfermagem.
Quando	Ao longo do ano, ou em qualquer outro contacto oportuno.
Avaliação	Monitorização das atividades através do indicador 2013.063.01 - Proporção crianças 7A, c/ cons. méd. vig. e PNV

OBJETIVO 5

Ter o PNV cumprido ou em execução a 95 % das crianças até aos 7[anos.

Estratégias

- Verificar a situação vacinal da criança em cada consulta programada de vigilância e aproveitar em cada oportunidade de consulta oportunista e de situação aguda para verificar situação vacinal e proceder à atualização caso seja necessário.
- Proceder à monitorização semestral das listagens de crianças com vacinação em atraso e convidar para vacinação.

Atividade 11

Descrição Vacinar todas as crianças até aos 7[anos inscritas na USF de acordo com o PNV.

Quem	Enfermeiros.
Como	Consulta programada, oportunista e de situações agudas com verificação de vacinação no <i>E-Vacinas (RSE)</i> .
Onde	Consultórios de enfermagem.
Quando	Todo o ano.
Avaliação	Monitorização através do indicador 2013.094.01 – Proporção crianças [5-7[A, c/ PNV cumprido ou execução

OBJETIVO 6

Realizar consulta a 50 % crianças inscritas na USF entre [11 e 14[anos.

Estratégia

- Proceder ao agendamento pró-ativo ou ao convite das crianças entre [11 e 14[anos para realização de consulta.
- Proceder à monitorização anual das listagens de crianças com [11 e 14[anos.

Atividade 12

Descrição	Realizar consulta a crianças entre [11 e 14[anos, da USF, com pelo um registo de peso e altura, neste intervalo etário.
Quem	Médicos, enfermeiros e administrativos.
Como	Agendamento proativo, ou convidar para as respetivas consultas.
Onde	Secretaria, consultórios médicos e de enfermagem.
Quando	Ao longo do ano, ou em qualquer outra data julgada oportuna.
Avaliação	Monitorização das atividades através do indicador 2013.032.01 – Proporção crianças 14 ^a , c/ peso e altura [11;14[A

OBJETIVO 7

Ter o PNV cumprido ou em execução a 90 % das crianças de 14[anos.

Estratégias

- Verificar a situação vacinal da criança em cada consulta programada de vigilância e aproveitar em cada oportunidade de consulta oportunista e de situação aguda para verificar situação vacinal e proceder à atualização caso seja necessário.
- Proceder à monitorização semestral das listagens de crianças com vacinação em atraso e convidar para a vacinação.

Atividade 13

Descrição	Vacinar todas as crianças até aos 14[anos inscritas na USF de acordo com o PNV.
Quem	Enfermeiros.
Como	Consulta programada, oportunista e de situações agudas com verificação de vacinação no <i>E-Vacinas (SER)</i> .
Onde	Consultórios de enfermagem.
Quando	Todo o ano.
Avaliação	Monitorização através do indicador 2013.095.01 – Proporção crianças [11;14[A, c/ PNV cumprido ou execução

OBJETIVO 8

Realizar consulta a 30% dos adolescentes inscritos na USF com [15-18[anos completos.

Estratégia

- Proceder ao agendamento pró-ativo ou ao convite dos adolescentes com [15-18[anos para a realização de consulta.
- Proceder à monitorização anual das listagens de crianças com [15-18[anos.

Atividade 14

Descrição Realizar consulta a adolescentes com 15-18 anos.

Quem	Médicos, enfermeiros e administrativos.
Como	Agendamento proativo, ou convidar para as respetivas consultas
Onde	Secretaria, consultórios médicos e de enfermagem
Quando	Ao longo do ano, ou em qualquer outra data julgada oportuna
Avaliação	Monitorizar nº adolescentes com pelo menos uma consulta [15-18[anos no intervalo/nº total de adolescentes com [15-18[anos inscritos na USF.

Atividade 15

Descrição Registrar os hábitos alcoólicos, tabágicos dos adolescentes e jovens a partir dos 14 anos (40%).

Quem	Médicos e enfermeiros.
Como	Registo oportunista em qualquer contacto com o enfermeiro ou médico de família.
Onde	Consultórios médicos e de enfermagem.
Quando	Ao longo de todo o ano.
Avaliação	Monitorização através dos indicadores 2013.053.01 – Proporção utentes ≥14A, c/ registo consumo álcool e 2018.395.01 - Proporção utentes ≥15A, c/ registo hábitos tabag.

Atividade 16

Descrição Efetuar pelo menos 1 consulta médica/enfermagem de vigilância de obesidade aos adolescentes obesos ≥ 14 anos, nos próximos 2 anos

Quem	Médicos e enfermeiros
Como	Agendamento proativo, ou convidar para as respetivas consultas
Onde	Consultórios médicos e de enfermagem.
Quando	Ao longo de 24 meses
Avaliação	Monitorização através do indicador 2013.034.01 – Proporção obesos ≥14A, c/ cons. vigil. obesid. 2A

OBJETIVO 9

Qualificar a referenciação para o Hospital Pediátrico e consultadoria clínica (100%).

Atividade 17

Descrição Os médicos e enfermeiros da USF discutem todas as situações clínicas de crianças e adolescentes, incluindo da área da pedopsiquiatria, que sejam casos problemas que levem dúvidas.
Os casos que após decisão em reunião suscitem dúvidas serão enviados à Pediatria Consultora.

Quem	Médicos e Enfermeiros.
Como	Apresentação do caso em modelo já existente na USF.
Onde	Via email e Sala de reuniões.
Quando	Via email antes e depois da reunião clínica.
Avaliação	Nº de referenciações feitas ao Hospital Pediátrico (Consulta de Pediatria Geral e Pedopsiquiatria) /Nº de casos discutidos em reunião clínica.

Nº de casos enviados ao Pediatria Consultor e Resposta do mesmo partilhada/Nº de casos discutidos em reunião clínica que se decidiu enviar ao Pediatria Consultor.

Indicadores de Execução / Monitorização e Metas

Objetivos	Atividades	Descrição	Indicador de Monitorização	Meta 2024-2026
1.		Fazer o acompanhamento adequado a pelo menos 85% dos bebés no 1º ano de vida.	2013.302.01 - Índice de acompanhamento adequado s. infantil 1º ano	93%
1.1.	1	Fazer, pelo menos, 6 consultas de vigilância (contacto direto) médica e enfermagem de saúde infantil dos 0-11 meses ([1, 330(dias), às crianças vigiadas na USF.	2013.302.01 - Índice de acompanhamento adequado s. infantil 1º ano	93%
1.2.	2	Realizar primeira consulta ao recém-nascido (RN) até aos primeiros 28 dias de vida, a 90% das crianças inscritas na USF.	2013.014.01 – Proporção RN c/cons. Méd. vigil. até 28 dias vida	90%
1.3.	3	Realizar/registar a realização dos diagnósticos precoces entre o 3º e o 6º dia de vida, segundo o programa nacional de rastreio, a 95% dos recém-nascidos (RN).	2013.057.01 – Proporção RN com TSHPKU realizado até 6ºdia	95%
1.4.	4	Ter pelo menos 2 registos parametrizados de avaliação do desenvolvimento psicomotor (Sheridan) até aos 11 meses de vida.	Número de registos do desenvolvimento psicomotor (Sheridan) em crianças até aos 11 meses/Número total de crianças com 11 meses vigiadas na USF, avaliados através de Auditoria interna	100%
1.5.	5	Ter o PNV totalmente cumprido às zero horas do dia em que completam 1 ano.	Número de crianças com 12 meses com o PNV cumprido/Número total de	85%

			crianças com 12 meses inscritas na USF.	
2.	6	Efetuar a visita domiciliária a 20% dos recém-nascidos, de mães previamente identificadas como risco social, até aos 15 dias de vida.	Nº de visitas domiciliárias ao RN de grávidas identificadas como risco social até 15 dias / nº de RN inscritos na USF nesse ano. Monitorização através do indicador 2013.015.01 – Proporção RN c/ domicílio enf. Até 15º dia de vida	20%
3.		Fazer o acompanhamento adequado a pelo menos 87% das crianças no 2º ano de vida.	2013.069.01 - Índice de acompanham. adequado s. infantil 2º ano	87%
3.1.	7	Fazer, pelo menos, 3 consultas de vigilância, médica e de enfermagem, de Saúde Infantil dos 12-23 meses ([330, 700[dias), com registo de peso e altura.	Monitorização das atividades através do indicador 2013.269.01	87%
3.2.	8	Ter pelo menos 1 registo parametrizado de avaliação do desenvolvimento psicomotor (Sheridan) entre os 11 e os 23 meses de vida.	Número de registos de avaliação do desenvolvimento psicomotor (Sheridan) dos 11 aos 23 meses/Número total de crianças dos 11 aos 23 meses vigiadas na USF, verificados através de Auditoria interna.	100%
3.3.	9	Ter o PNV totalmente cumprido às zero horas do dia em que completam 2 anos de vida, a 90% das crianças com 2 anos.	Número de crianças dos 11 aos 23 meses inscritas na USF com o PNV cumprido/Número total de crianças dos 11 aos 23 meses inscritas na USF.	90%
4.	10	Realizar consulta a 65% das crianças inscritas na USF com [5-7[anos, nos próximos dois anos.	Monitorização das atividades através do indicador 2013.063.01 - Proporção crianças 7A, c/ cons. méd. vig. e PNV	65%
5.	11	Ter o PNV cumprido ou em execução a 95 % das crianças até aos 7[anos.	Monitorização das atividades através do indicador 2013.094.01 – Proporção crianças [5-7[A, c/ PNV cumprido ou execução	95%
6.	12	Realizar consulta a 50 % crianças inscritas na USF entre [11 e 14[anos.	Monitorização das atividades através do indicador 2013.032.01 – Proporção crianças 14A, c/ peso e altura [11;14[A	50%
7.	13	Ter o PNV cumprido ou em execução a 90 % das crianças de 14[anos.	Monitorização através do indicador 2013.095.01 – Proporção crianças [11;14[A, c/ PNV cumprido ou execução	90%
8.	14	Realizar consulta a 30% dos adolescentes inscritos na USF com [15-18[anos completos.	Monitorizar nº adolescentes com pelo menos uma consulta [15-18[anos no intervalo/nº total de adolescentes com	30%

			[15-18[anos inscritos na USF	
8.	15	Registar os hábitos alcoólicos, tabágicos dos adolescentes e jovens a partir dos 14 anos (40%).	Monitorização através dos indicadores 2013.053.01 – Proporção utentes ≥14A, c/ registo consumo álcool e 2018.395.01 - Proporção utentes ≥15A, c/ registo hábitos tabag.	40%
8.	16	Efetuar pelo menos 1 consulta de vigilância de obesidade aos adolescentes obesos ≥ 14 anos, nos próximos 2 anos	Monitorização através do indicador 2013.034.01 – Proporção obesos ≥14A, c/ cons. vigil. obesid. 2A	80%
9.	17	Qualificar a referenciação para o Hospital Pediátrico - Percentagem de crianças referenciadas cujos casos foram discutidos em reunião clínica	Nº de referenciações feitas ao Hospital Pediátrico (Consulta de Pediatria Geral e Pedopsiquiatria) /Nº de casos discutidos em reunião clínica. Nº de casos enviados ao Pediatra Consultor e Resposta do mesmo partilhada/Nº de casos discutidos em reunião clínica que se decidiu enviar ao Pediatra Consultor.	100%

Cronograma Anual

	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Atividades 1 a 17	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitorização do programa						X						X

Programa de Saúde da Mulher

Este capítulo encontra-se subdividido em 3 subprogramas de saúde: Planeamento Familiar, Saúde Materna e Rastreio Oncológico.

Programa de Planeamento Familiar

O Planeamento familiar (PF) constitui uma vertente extremamente importante na vigilância e aconselhamento das mulheres em idade fértil, garantindo a saúde e o bem-estar reprodutivos através da prevenção e resolução de problemas, dando respostas adequadas às necessidades específicas dos homens e das mulheres, nesta área, ao longo do ciclo de vida. Promove a vivência da sexualidade de forma saudável e segura, regulando a fecundidade segundo o desejo do casal no seguimento pré-concepcional, e consequente preparação para a parentalidade consciente e responsável. Procura reduzir a incidência das infeções sexualmente transmissíveis (IST) e as suas consequências, designadamente, a infertilidade, consequentemente melhorando a saúde e o bem-estar dos indivíduos e da família. Permite a prestação de cuidados de saúde preventivos a um grupo populacional de relevância na população ativa, mulheres com idades compreendidas entre os 18 e os 54 anos.

Os jovens/adolescentes são um grupo etário bastante importante, por isso, deverão ser implementadas medidas flexíveis para o seu atendimento.

População-Alvo

Utentes do género feminino com inscrição ativa na USF, com idade entre os 18 e os 54 anos.

Grupo Etário (anos)	Feminino	
	N	%
18 - 19	95	3,66
20 - 24	289	11,13
25 - 29	351	13,52
30 - 34	387	14,91
35 - 39	364	14,02
40 - 44	392	15,10
45 - 49	372	14,33
50 - 54	346	13,33
18 - 54	2596	100,00

Tabela 3. – População

alvo do programa de Planeamento Familiar segundo BI-CSP (03/2024)

Objetivos Gerais

- Promover a vivência da sexualidade de forma saudável e segura, regular a fecundidade segundo o desejo do casal evitando a gravidez indesejada proporcionando informação sobre sexualidade e meios contraceptivos, bem como orientação nos casos de infertilidade, informando sobre métodos contraceptivos e individualizando a escolha do método mais adequado;
- Providenciar gratuitamente métodos anticoncepcionais e, quando pretendido, realizar a colocação do dispositivo intrauterino ou implante subcutâneo;
- Evitar a gravidez na adolescência;
- Proporcionar consultas pré-concepcionais promovendo a parentalidade responsável e saudável;
- Prevenir e tratar IST e suas consequências;
- Acompanhar a mulher em menopausa.

Objetivos Específicos

OBJETIVO 1

Alcançar uma taxa de utilização em consultas de PF (médicas/enfermagem) de 60%

Estratégias

- Informar sobre a importância de realizar a Consulta de PF segundo as normas da DGS, e agendar a Consulta programada de PF às mulheres da população alvo;
- Aproveitar todos os contatos da utente com a USF para informar acerca da Consulta de PF;
- Aproveitar a Consulta de enfermagem e de saúde do adulto para recomendar marcação de Consulta de PF;
- Aproveitar a Consulta de SIJ nos adolescentes para falar sobre sexualidade, planeamento de gravidez, prevenção de IST e aconselhar marcação de Consulta de PF.

Atividade 1

Descrição	Proporcionar informação sobre sexualidade e o fornecimento de métodos contraceptivos na consulta de PF de enfermagem
Quem	Enfermeiros
Como	Consulta programada.
Onde	Consultório de enfermagem
Quando	Todo o ano
Avaliação	Nº de consultas de Enfermagem de PF realizadas /Nº mulheres com 15-50 anos.

Atividade 2

Descrição	Realização da consulta de PF segundo as normas da DGS
Quem	Médicos, Enfermeiros
Como	Consulta programada ou oportunista
Onde	Consultórios médicos e de enfermagem
Quando	Todo o ano

Indicadores de Execução / Monitorização e Metas

Indicadores	Fórmula de cálculo	Pond e-ração	IDE Mar 24	Meta 2024-26
2013.008.01FL - Taxa de utilização das consultas de PF (médicas ou de enfermagem)	Ter pelo menos uma consulta médica de PF realizada por qualquer médico, interno ou enfermeiro da unidade de saúde, nos últimos 12 meses. Nº de mulheres [15;50[anos inscritas na USF	0.04	39.03 %	60%

Programa de Saúde Materna

A vigilância da saúde grávida visa prestar os cuidados necessários no acompanhamento da mulher, na sua comunidade, desde o início da gravidez, em articulação com os cuidados hospitalares, com o objetivo geral do nascimento de uma criança saudável com preservação da saúde da mãe.

Torna-se, pois, fundamental o desenvolvimento por parte dos profissionais de um programa específico de vigilância, tanto clínico como laboratorial, que promova um aconselhamento, informação e apoio à grávida e família, de modo a assegurar o normal decurso da gravidez, ou que permita detetar precocemente fatores de risco providenciando-se eficazmente um encaminhamento das complicações materno-fetais.

Neste sentido, existe um protocolo de seguimento estabelecido entre as unidades de cuidados de saúde primários e maternidades de Coimbra (Bissaya Barreto e Daniel de Matos)

População Alvo

Mulheres em idade fértil que necessitem de cuidados pré-natais e durante a gravidez;
Mulheres grávidas e puérperas inscritas nesta USF.

Objetivos Gerais

- Sensibilizar as mulheres em idade fértil para a Consulta pré-concepcional, realizando a sua avaliação e aconselhamento adequado
- Dar a conhecer o protocolo de vigilância partilhada entre USF e MBB/MDM a

todos os casais

- Promover a vigilância adequada da gravidez de acordo com protocolo;
- Marcar a primeira Consulta de Vigilância Materna precocemente e referenciar à maternidade da preferência do casal antes da 12ª semana de gestação;
- Preencher o Boletim de Saúde da Grávida;
- Programar sempre as consultas seguintes de SM;
- Identificar as grávidas e puérperas, que faltaram a Consulta, remarcando a mesma;
- Registar todos os exames (análises e ecografias);
- Promover os estilos saudáveis de vida durante a gravidez, nomeadamente quanto a cessação tabágica e alcoólica e alimentação saudável;
- Fomentar a prevenção de doenças evitáveis;
- Avaliar a adaptação do casal ao novo ciclo de vida familiar e promover estratégias para ajudar às mudanças necessárias;
- Sensibilizar as grávidas no último trimestre para a realização da Consulta de puerpério e para a importância do aleitamento materno;
- Realizar a Consulta de revisão de puerpério até ao 42º dia pós-parto, efetuando a sua marcação no 1º contato do RN com a USF;
- Promover nesta Consulta o aleitamento materno e a escolha do método contraceutivo.

Objetivos Específicos

1. Atribuir o diagnóstico de gravidez às grávidas que realizem pelo menos uma consulta médica durante a gravidez em 92%, independentemente da tipologia e motivo principal de consulta. Realização de consulta médica no 1º trimestre de gravidez em 92%.
2. Realização de 5 ou mais consultas médicas e/ ou de enfermagem para vigilância e acompanhamento da gravidez e puerpério em 80%
3. Solicitação e registo atempado dos exames recomendados para a vigilância da gravidez em cada trimestre.
4. Confirmação e registo da realização da ecografia morfológica do 2º trimestre em 80% das grávidas.
5. Confirmação da realização/repetição do RCCU durante o primeiro trimestre de gravidez nos últimos 3 / 5 anos.

Atividade 1

Descrição	Codificação do diagnóstico de Gravidez (W78, W79, W84) a todas as grávidas que venham a consulta na USF
Quem	Médicos e Enfermeiros
Como	Em qualquer consulta, independentemente da tipologia/motivo de consulta
Onde	Consultórios médicos e de enfermagem

Quando	Todo o ano
Avaliação	Contagem de recém-nascidos cujas mães tiveram consultas médicas durante tempo de gestação e registo clínico de "gravidez" / Contagem de recém-nascidos cujas mães tiveram consultas médicas durante tempo de gestação.

Atividade 2

Descrição	Realização da consulta de SM segundo protocolo da Unidade Coordenadora Funcional (UCF) materna
Quem	Médicos e Enfermeiros
Como	Marcação pró-ativa ou realização oportunista (1ª consulta) Devem ser realizadas 5 ou mais consultas de enfermagem durante a gravidez e pelo menos uma consulta médica no 1º trimestre
Onde	Consultórios médicos e de enfermagem
Quando	Todo o ano
Avaliação	Nº de consultas marcadas em SM/Nº grávidas vigiadas na USF

Atividade 3

Descrição	Ecografia morfológica (2º trimestre) na gravidez
Quem	Médicos
Como	Consulta programada
Onde	Consulta médica de SM dos 2º e 3º trimestre
Quando	Todo o ano
Avaliação	Nº de grávidas com ecografia registadas à data de gestação [19 e 22] semanas / Nº total de grávidas

Atividades 4, 5 e 6

Descrição	Requisição e registo dos exames laboratoriais do 1º, 2º e 3º trimestre
Quem	Médicos
Como	Consulta programada
Onde	Consulta médica de SM
Quando	Todo o ano
Avaliação	Score dos exames do trimestre (0-1) / Nº total de grávidas

Atividade 7

Descrição	Realizar a Consulta de Revisão do Puerpério até ao 42º dia pós-parto das puérperas seguidas na USF.
Quem	Médicos, Enfermeiros
Como	Consulta programada ou oportunista

Onde	Consultórios médicos e de enfermagem
Quando	Todo o ano
Avaliação	Nº de consultas de revisão do puerpério /Nº total de grávidas vigiadas

Indicadores De Execução/ Monitorização E Metas

Indicadores - IDE	Fórmula de cálculo	IDE Dez23	Meta 24-26
Proporção de puérperas com 5 ou mais consultas de enfermagem em saúde materna durante a gravidez e com consulta de revisão de puerpério SIARS: 2013.295.01	Contagem de puérperas que realizaram pelo menos 5 consultas de enfermagem de vigilância durante a gravidez e uma consulta de enfermagem de revisão de puerpério.	67.3%	80%
	Contagem de puérperas.		
Proporção de grávidas com 1ª consulta médica de vigilância da gravidez, realizada no 1º trimestre 2013.295.01	Contagem de grávidas que realizaram a 1ª consulta médica de vigilância da gravidez no 1º trimestre.	87%	92%
	Contagem de grávidas.		
Proporção grávidas com ecografia 2º trimestre 2015.308.01	Contagem de grávidas com ecografia realizada entre as 19 e as 22 semanas e seis dias de gravidez.	46.5%	80%
	Contagem de grávidas.		
Índice de realização de exames laboratoriais do 1º trimestre na gravidez 2015.310.01	Somatório do "score de realização de exames laboratoriais do 1º trimestre" determinado para cada grávida.	0.767	0.85
	Contagem de grávidas.		
Índice de realização de exames laboratoriais do 2º trimestre na gravidez 2015.311.01	Somatório do "score de realização de exames laboratoriais do 2º trimestre" determinado para cada grávida. [24; 29[semanas	0.458	0.55
	Contagem de grávidas.		
Índice de realização de exames laboratoriais do 3º trimestre na	Somatório do "score de realização de exames laboratoriais do 3º trimestre" determinado para cada grávida	0.466	0.5
	Contagem de grávidas.		

gravidez 2015.312.01			
Proporção de recém-nascidos com mães utilizadoras de consultas médicas durante o período de gestação, em que se verifica a existência de registo clínico de "gravidez". 2017.384.01	Contagem de recém-nascidos cujas mães tiveram consultas médicas durante tempo de gestação e registo clínico de "gravidez". Contagem de recém-nascidos cujas mães tiveram consultas médicas durante tempo de gestação.	89.362	92%

Cronograma Anual

	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Atividades 1 a 7	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitorização do programa						X						X

Programa de Rastreio do Cancro do Colo do Útero e da Mama

Em Portugal, as doenças oncológicas são atualmente causa significativa de morbilidade e a segunda causa de morte, representando um peso crescente na nossa sociedade e no Serviço Nacional de Saúde. Contudo, a mortalidade associada a doenças oncológicas em Portugal é inferior à média europeia, atestando a qualidade dos cuidados prestados.

Os programas de rastreio de doenças oncológicas de base populacional, além de promoverem a saúde através da literacia e do controlo de fatores de risco, permitem o diagnóstico precoce de lesões precursoras de situações malignas ou estádios iniciais da doença, levando à utilização de técnicas terapêuticas menos agressivas e a melhores resultados em saúde. Os rastreios oncológicos têm assim como objetivo aumentar o sucesso da abordagem da doença oncológica, diminuindo a sua morbilidade e mortalidade.

O Programa de Prevenção Oncológica faz parte da carteira básica de serviços da USF e contempla a implementação dos programas de rastreio do cancro da mama, cancro do colo do útero e cancro do cólon e reto, conforme previsto no Despacho n.º 8254/2017 publicado no *Diário da República 2.ª série — N.º 183 — 21 de setembro de 2017*.

População Alvo

A população alvo difere consoante o programa de rastreio em causa, neste caso, no que respeita à saúde da mulher, considera-se:

- Rastreio do cancro da mama – mulheres com idade ≥ 50 anos e ≤ 69 anos, com exclusão:
 - Grávidas;
 - Com prótese mamária;
 - Com antecedentes de cancro da mama;
 - Com mamografia realizada nos 6 meses anteriores;
- Rastreio do cancro do colo do útero – mulheres com idade ≥ 25 anos e ≤ 60 anos, com exclusão:
 - Tratadas de cancro uterino;
 - Histerectomizadas;
 - Que não iniciaram atividade sexual;
 - Com incapacidade física que impossibilite a realização do exame ginecológico.

Na USF CoimbraCelas, em Março de 2024, segundo dados do BI-CSP, a nível dos Grupos Etários da prevenção oncológica destes dois programas:

Grupo etário	Total
25-64 anos	2893
50-69 anos	1363

Tabela 4. – População alvo do programa do RCCU e Ca Mama segundo BI-CSP (03/2024)

Objetivos Gerais

Assegurar que todas as utentes inscritas na USF que reúnam os critérios de participação têm acesso aos programas de rastreio dos cancros da mama e do colo do útero. Aumentar a deteção precoce e diminuir a morbimortalidade associada a estas neoplasias.

Objetivos Específicos

OBJETIVO 1

Determinar a população elegível para os programas de rastreio na USF CoimbraCelas

Assegurar a realização dos exames de rastreio:

- CCU – realização de colpocitologia no âmbito das consultas de saúde da mulher/planeamento familiar, mediante consentimento informado e rastreio oportunístico a todas as mulheres elegíveis que recorram a consulta programada

Estratégias

Cada equipa nuclear (médico e enfermeiro) fará a listagem das utentes potencialmente elegíveis para os rastreios e registará as exclusões conhecidas no SClínico e SIIMa

Rastreios.

Atividade 1

Descrição	Recolha de listagem de utentes potencialmente elegíveis para RCCU
Quem	Médicos e Enfermeiros – Equipa nuclear
Como	Consulta de dados no SClínico/ MIMUF/BI-CSP – listagem de utentes potencialmente elegíveis; consulta do processo clínico para aferir critérios de exclusão
Onde	Gabinete médico e/ou enfermagem
Quando	Primeiro semestre de 2024
Avaliação	Apresentação dos dados da USF em reunião geral

Atividade 2

Descrição	Realização de RCCU a 60% mulheres 25-60 anos
Quem	Médicos e Enfermeiros – Equipa nuclear
Como	Marcação a pedido da utente, marcação por iniciativa da Equipa, marcação e realização citologia oportunistas, convocatória para rastreio
Onde	Gabinete médico e/ou enfermagem
Quando	Durante o triénio
Avaliação	Contagem de mulheres com rastreio do cancro do colo do útero efetuado / Contagem de mulheres com idades compreendidas no intervalo 25-60 anos.

Indicadores De Execução / Monitorização E Metas

Indicador	Fórmula de cálculo	IDE Dez23	Meta 2024-26
Proporção de mulheres entre [25; 60[anos, com rastreio do cancro do colo do útero efetuado 2013.045.01	Nº de mulheres com registo de citologia do colo do útero realizada nos últimos 3/5 anos Nº de mulheres com [25; 60[anos inscritas na USF	41%	60%

Cronograma Anual

Atividades	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Atividades 1 e 2	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitorização do programa						X						X

Programa de Saúde Mental e Comportamentos de Risco

Os cuidados de saúde mental e a área dos comportamentos aditivos, constituem uma das áreas essenciais da prestação de cuidados e da governação clínica em cuidados de saúde primários (CSP), transversal a todas as equipas e unidades funcionais (UF) dos agrupamentos de centros de saúde (ACeS) e Hospital.

O Decreto-Lei nº113/2021 de 14 de dezembro, reforça a necessidade de integração de cuidados de saúde mental, reforçando no seu artigo 27º a devida colaboração com os CSP, devendo celebrar-se, na mesma área de influência, protocolos que assegurem uma colaboração regular entre os dois níveis de cuidados, incluindo a articulação entre as UF e as equipas comunitárias de saúde mental no seguimento de pessoas com doenças mentais graves (modelo de gestão de casos) e no seguimento de pessoas com doenças mentais comuns (modelo de cuidados colaborativos). O Plano Nacional de Saúde Mental enfatiza a importância de promover uma abordagem integrada à saúde mental no âmbito dos cuidados de saúde primários e das USF, pela sua proximidade com os cidadãos, são fundamentais para uma deteção precoce e um tratamento eficaz, contribuindo significativamente para a redução do estigma associado à saúde mental e promovendo o acesso atempado a cuidados.

Perante o diagnóstico de doença ou perturbação do foro mental, torna-se preponderante um percurso clínico que responda às necessidades individuais dos doentes e respetivas famílias, integrado e alinhado com as políticas nacionais de saúde mental, com vista não apenas melhorar os resultados de saúde para os indivíduos afetados, mas também contribuir para a construção de uma resposta de saúde mental mais resiliente, acessível e eficaz.

A incidência de hábitos nocivos de consumos (alcoólicos, tabágicos e de outras drogas) na população portuguesa mantém-se uma realidade na população portuguesa, acarretando consequências graves a todos o agregado familiares e sociedade no geral, pelo que a sua deteção precoce e acompanhamento são importantes nas equipas de saúde familiar, sendo nosso objetivo contribuir para diminuição da incidência e complicações associadas a este flagelo.

População Alvo

Todos os utentes inscritos na USF Coimbra Celas com diagnóstico do foro mental e/ou hábitos de dependências identificados (drogas ilícitas, álcool e jogo).

Objetivo Geral

Identificação de todos os utentes com diagnóstico do foro mental e/ou dependências.

Objetivos Específicos

- Garantir o atendimento de pelo menos uma vez por ano de todos os utentes/famílias com patologia do foro mental/dependências, inscritos na USF CoimbraCelas;
- Garantir a avaliação, e intervenção (se aplicável), de hábitos nocivos (álcool, tabaco e drogas), a todos os utentes da USF;
- Qualificar a referenciação para as situações passíveis de critérios de referenciação definidos (Pedopsiquiatria, psicologia) e criar/rever protocolos
- Promover a articulação com os diversos serviços da Saúde Mental, tendo como objetivo a definição de protocolos funcionais, incluindo com a Unidades de cuidados na Comunidade, o Serviço Social da ULS (Prescrição Social) e Psicologia Clínica;
- Melhorar a qualificação da Prescrição de Medicamentos, nomeadamente benzodiazepinas e antidepressivos.

Atividade 1

Descrição	Garantir o atendimento de pelo menos uma vez por ano de todos os utentes com patologia do foro mental e/ou dependências, inscritos na USF CoimbraCelas
------------------	--

Quem	Médicos, enfermeiras e administrativos
Como	Marcação de consulta a pedido do utente; marcação por iniciativa da equipa; marcação/realização oportunista; de forma a avaliar o estado de saúde geral, física, estado psicopatológico, condições sociofamiliares, adesão ao tratamento, efeitos adversos dos tratamentos farmacológicos.
Onde	Gabinete médico e de enfermagem
Quando	Ao longo do ano, todo o horário de funcionamento da USF
Avaliação	Nº de utentes com patologia do foro mental atendidos na USF

Atividade 2

Descrição	Garantir a avaliação, e intervenção (se aplicável), de hábitos nocivos (álcool, tabaco e drogas), a todos os utentes da USF.
------------------	--

Quem	Médicos, enfermeiras e administrativos
Como	Avaliação de hábitos nocivos em todas as consultas de todos os utentes e intervir (quando aplicável).
Onde	Gabinete médico e de enfermagem
Quando	Ao longo do ano, todo o horário de funcionamento da USF
Avaliação	Monitorização através dos indicadores: 2013.053.01 – Proporção utentes ≥14A, c/ registo consumo álcool 2013.054.01 – Proporção utentes consum. Álcool, c/ consulta 3ª 2018.397.01 - Prop. fumador c/ int. breve ou muito breve 1 ano 2013.277.01 – Proporção de fumadores, c/ consulta relac. Tabaco 1ª 2018.404.01 - Incidência anual de pessoas em abstin. tabág. 12M

Atividade 3

Descrição	Qualificar a referenciação de situações passíveis de critérios de referenciação definidos em protocolo.
Quem	Médicos, enfermeiras e administrativos
Como	Conhecimento dos protocolos de articulação já instituídos e envolvimento na atualização e criação de novos protocolos e definição de critérios de referenciação para especialidades/equipas de saúde mental
Onde	Gabinetes médico e de enfermagem
Quando	Ao longo do ano, todo o horário de funcionamento da USF
Avaliação	Nº total e referenciações segundo critérios por especialidade Nº de protocolos revistos, atualizados e criados

Atividade 4

Descrição	Promover a articulação com os diversos serviços da Saúde Mental, tendo como objetivo a definição de protocolos funcionais, incluindo com o Serviço Social da ULS (Prescrição Social) e Psicologia Clínica
Quem	Médicos, enfermeiras e administrativos
Como	Partilha de contactos entre equipas de saúde familiar e equipas de saúde mental, para facilitar a partilha de informação e circuitos integrados entre os diferentes níveis de cuidados; Identificação dos papéis e responsabilidades da equipa de saúde mental e das equipas de saúde familiar.
Onde	Gabinetes médicos e de enfermagem
Quando	Ao longo do ano, todo o horário de funcionamento da USF
Avaliação	Nº total de reuniões realizadas Nº de protocolos revistos, atualizados e criados

Atividade 5

Descrição	Melhorar a qualificação da Prescrição de Medicamentos, nomeadamente benzodiazepinas.
Quem	Médicos
Como	Envolvimento em ações de melhoria da qualificação da prescrição de benzodiazepinas; Discussão Clínica.
Onde	Gabinetes médicos
Quando	Ao longo do ano, todo o horário de funcionamento da USF
Avaliação	Nº total de reuniões de ações de discussão clínica sobre qualificação da prescrição Monitorização através do indicador 2018.409.01: Prop ute s/ prescr prolo ansio/seda/hipn (ajust)

Indicadores De Execução/ Monitorização E Metas

Atividades	Descrição	Indicador de Monitorização	Meta 2024-2026
1	Garantir o atendimento de pelo menos uma vez por ano de todos os utentes com patologia do foro mental, inscritos na USF CoimbraCelas	Nº de utentes com patologia do foro mental atendidos na USF	ND
2	Garantir a avaliação, e intervenção (se aplicável), de hábitos nocivos (álcool, tabaco e drogas), aos utentes da USF.	Monitorização através dos indicadores: 2013.053.01 – Proporção utentes ≥14A, c/ registo consumo álcool	50%
		2013.054.01 – Proporção utentes consum. Álcool, c/ consulta 3A	60%
		2018.397.01 - Prop. fumador c/ int. breve ou muito breve 1 ano	25%
		2013.277.01 – Proporção de fumadores, c/ consulta relac. Tabaco 1A	20%
		2018.404.01 - Incidência anual de pessoas em abstin. tabág. 12M	20%
3	Qualificar a referenciação para as situações passíveis de critérios de referenciação definidos.	Nº total e referenciações segundo critérios por especialidade Nº de protocolos revistos, atualizados e criados	ND
4	Promover a articulação com os diversos serviços da Saúde Mental, tendo como objetivo a definição de protocolos funcionais, incluindo com o Serviço Social da ULS (Prescrição Social) e Psicologia Clínica	Nº total de reuniões realizadas Nº de protocolos revistos, atualizados e criados	ND
5	Melhorar a qualificação da Prescrição de Medicamentos, nomeadamente benzodiazepinas	Nº total de reuniões de ações de discussão clínica sobre qualificação da prescrição Monitorização através do indicador 2018.409.01: Prop ute s/ prescr prolo ansio/seda/hipn (ajust)	ND 92%

Cronograma Anual

	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Atividades 1 a 5	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitorização do programa						X						X

Programa de Vigilância de Doentes com Multimorbilidade

A multimorbilidade é definida como a presença de três ou mais doenças crónicas na mesma pessoa e está associada a pior qualidade de vida e piores outcomes em saúde. A pessoa com multimorbilidade tem assim maior probabilidade de necessidades a nível de saúde o que consequentemente implica um maior volume de trabalho dos serviços de saúde. Em Portugal a multimorbilidade atinge 38,3% da população com 25 - 74 anos (INSEF 2015).

Uma abordagem multidisciplinar e centrada na pessoa é essencial para o tratamento e/ou controlo dos sintomas da pessoa com doença(s) crónicas. Esta abordagem deve contemplar aspetos relacionados com a adoção de hábitos de vida saudáveis (alimentação, exercício físico e diminuição/cessação de consumos nocivos como tabaco e álcool) e uma correta gestão terapêutica com avaliação criteriosa da medicação efetuada pelos doentes e implementando uma estratégia de desprescrição que consiste no processo de reduzir o número de fármacos prescritos, reduzir a dose de determinado fármaco ou substituí-lo por um mais seguro, descontinuando medicamentos que não se encontrem alinhados com os objetivos terapêuticos do doente, uma vez que relativamente à multimorbilidade, muitas vezes se verifica a polimedicação (uso simultâneo de 5 ou mais fármacos).

Neste programa pretende-se a definição de objetivos e estratégias para a vigilância dos doentes com multimorbilidade, nomeadamente relativamente a:

- Doenças Cardiovasculares (Hipertensão Arterial, Fibrilhação Auricular, Insuficiência Cardíaca, Acidente Vascular Cerebral, Enfarte Agudo Miocárdio)
- Diabetes Mellitus
- Doenças Respiratórias
- Doenças Reumáticas e Músculo-Esqueléticas
- Polimedicação e desprescrição

Objetivo Geral Do Programa Multimorbididades

O impacto das intervenções dos profissionais de saúde dos cuidados de saúde primários é, na maior parte as vezes, de difícil perceção. No entanto, é possível efetuar uma avaliação geral da implementação das medidas/atividades descritas no Programa Multimorbididades, através do indicador 2017.365.01 uma vez que nos permite monitorizar a efetividade dos cuidados prestados pelos CSP a utentes com asma, DPOC, pneumonia, ICC, angina de peito, hipertensão e diabetes, no respetivo controlo sintomático, na prevenção de complicações e agudizações, usando como medida indireta a "taxa de internamento hospitalar" (SDM).

OBJETIVO 1

Diminuir os internamentos evitáveis na população adulta inscrita na USF CoimbraCelas

Estratégias

- Implementar todas as medidas/atividades do Plano de Ação relativas ao Programa Multimorbididades;
- Analisar semestralmente os resultados obtidos para definição e implementação de medidas corretivas.

Atividade 1

Descrição Taxa internamentos evitáveis na população adulta (ajustada para uma população padrão - utentes com ≥ 18 anos com internamentos por: DPOC, Asma, Pneumonia, Diabetes Mellitus ou complicações associadas, HTA, ICC, Angina Peito.)

Quem	Médicos e Enfermeiros
Como	Análise dos resultados obtidos
Onde	Reuniões clínicas
Quando	semestralmente
Avaliação	Monitorização da atividade através do indicador 2017.365.01

Indicador	Resultado a 02/2024	Meta para 2024-2026
2017.365.01	538,617	Valor abaixo do máximo esperado – 480,00

Indicador De Execução/ Monitorização E Metas

Atividades	Descrição	Indicador de Monitorização	Meta 2024- 2026
1	Taxa internamentos evitáveis na população adulta	Taxa internamentos evitáveis na população adulta (ajustada para uma população padrão - utentes com ≥ 18 anos com internamentos por: DPOC, Asma, Pneumonia, Diabetes Mellitus ou complicações associadas, HTA, ICC, Angina Peito.) - Monitorização da atividade através do indicador 2017.365.01	Valor abaixo do máximo esperado – 480,00

Cronograma Anual

	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Atividade 1	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitorização do programa						X						X

Doenças Cardiovasculares

De acordo com o estudo de prevalência de fatores de risco cardiovascular na população portuguesa (INSA, 2019), em Portugal as Doenças Cardiovasculares (DCV) constituem a principal causa de mortalidade, estando na origem de cerca de 31,9% dos óbitos (sendo o Enfarte do Miocárdio e o AVC as principais causas).

As DCV são de vários tipos, sendo as mais preocupantes a doença coronária e cerebral. São uma importante causa de morte e incapacidade a nível mundial, sendo que a hipertensão arterial (HTA) contribui para 45% do total de mortes por doenças cardíacas e até 51% das mortes por acidente vascular cerebral ("Prevalência de hipertensão arterial em Portugal: resultados do Primeiro Inquérito Nacional com Exame Físico - INSEF 2015).

A prevalência estimada de HTA foi de 36% (INSEF 2015). Sendo o fator de risco cardiovascular mais frequente na população portuguesa necessita de ser vigiada e controlada.

Relativamente à Fibrilhação Auricular (FA) sendo a arritmia sustentada mais prevalente, a sua vigilância é importante para a prevenção do acidente vascular cerebral. O controlo do doente com FA muito depende da eficácia da anticoagulação oral.

Pretende-se assim, no percurso dos doentes com DCV, um melhor controlo da pressão arterial e INR, através da abordagem dos fatores de risco de morbilidade e mortalidade cardiovascular: o tabagismo, a dislipidémia, a diabetes, o perímetro abdominal / obesidade e ainda o abuso do álcool, o sedentarismo e o stress, assim como adequar e melhorar a terapêutica instituída.

População Alvo

Considera-se como população-alvo para as doenças cardiovasculares toda a população inscrita com diagnósticos de problemas cardiovasculares (dados do BISCSP, relativos a 31/03/2024) nomeadamente:

- 1763 utentes com diagnóstico de hipertensão sem complicações (K86);
- 367 utentes com diagnóstico de hipertensão com complicações (K87);
- 205 utentes com Pressão arterial elevada (K85);
- 186 utentes com diagnóstico de fibrilhação/flutter auricular (K78)
- 137 utentes com diagnóstico de Insuficiência Cardíaca (K77);
- 117 utentes com diagnóstico de trombose/AVC (K90);
- 113 utentes com diagnóstico de doença cardíaca isquémica sem angina (K76)
- 88 utentes com diagnóstico de Enfarte Agudo do Miocárdio (K75)
- 79 utentes com diagnóstico de doença cardíaca isquémica com angina (K74)

Objetivos Gerais

- Melhorar a acuidade diagnóstica aos doentes com doença cardiovascular;
- Aumentar a proporção de doentes com HTA e FA controlada;
- Melhorar as práticas profissionais no que se refere ao diagnóstico,

- tratamento e vigilância do doente cardiovascular;
- Melhorar a adesão à terapêutica não farmacológica e farmacológica do doente cardiovascular;
 - Aumentar a proporção de hipertensos com registo do risco cardiovascular nos últimos 3 anos;
 - Melhorar a capacitação dos hipertensos para a sua autovigilância e autocontrolo;
 - Melhorar a capacitação dos utentes com FA para a sua autovigilância e autocontrolo;
 - Tratar de forma eficiente os doentes com HTA, FA e demais doenças cardiovasculares;
 - Diminuir a incidência das complicações maior da doença cardiovascular (enfarte agudo miocárdio, acidente vascular cerebral e acidente isquémico transitório)

Estratégias Gerais

- Melhorar a acuidade diagnóstica: rever doentes codificados sem toma de anti hipertensor e utentes não codificados com toma de anti hipertensor;
- Aproveitar as consultas programadas para avaliação sistemática da tensão arterial aos utentes pelo menos uma vez por ano;
- Contactar os utentes hipertensos que não tiveram nenhuma consulta de HTA nos últimos 12 meses;
- Contactar os utentes com FA que não tiveram nenhuma consulta nos últimos 12 meses;
- Avaliação e/ou registo do INR aos utentes a efetuar anticoagulação oral;
- Promover a autovigilância, o autocuidado e a adesão ao regime terapêutico para um controlo adequado da tensão arterial e diminuição do risco cardiovascular;
- Promover pelo menos 1 consulta anual a todos os doentes com diagnóstico de doença cardiovascular;
- Planear o próximo contato, seja presencial ou não presencial;
- Referenciar para reunião clínica os casos de difícil controlo, previamente à referenciação aos cuidados de saúde secundários;
- Análise semestral dos resultados obtidos para definição e implementação de medidas corretivas.

Objetivos Específicos

OBJETIVO 1

Proporção adultos com HTA, com diagnóstico

Estratégias

- Avaliação anual dos utentes codificados com diagnóstico de HTA (rubricas da ICPC-2 K86 ou K87), registado na lista de problemas, com o estado de “ativo”.
- Contagem de utentes adultos utilizadores, com registos clínicos evidenciando a existência de HTA

Atividade 1

Descrição Proporção de adultos com HTA com diagnóstico

Quem	Médicos e Enfermeiros
Como	Avaliação da equipa nuclear do respetivo ficheiro de utentes com diagnóstico de HTA
Onde	Consultórios médicos e de enfermagem
Quando	Aproveitar cada oportunidade de contacto para Consulta de vigilância/ oportunista/situação aguda
Avaliação	Monitorização das atividades através do indicador 2017.383.01

Indicador	Resultado a 03/2024	Meta para 2024-2026
2017.383.01	94,04	95

OBJETIVO 2

Proporção de utentes com diagnóstico de HTA e com a HTA controlada

Estratégias

- Avaliação e registo de duas pressões arteriais aos utentes com hipertensão, nos últimos 12 meses (abrangendo 2 semestres)
- Avaliação do último registo PA e se necessário ajustar terapêutica farmacológica/ não farmacológica.
- Qualificação da Prescrição na HTA

Atividade 2

Descrição Proporção de utentes com hipertensão, com registo de pressão arterial em cada semestre

Quem	Médicos e Enfermeiros
Como	Medição da TA e registar no <i>SClínico</i>
Onde	Consultórios médicos e de enfermagem
Quando	Aproveitar cada oportunidade de contacto para Consulta de vigilância/ oportunista/situação aguda
Avaliação	Monitorização das atividades através do indicador 2013.019.01

Indicador	Resultado a 03/2024	Meta para 2024-2026
2017.019.01	41,87	50

Atividade 3

Descrição Proporção de utentes com hipertensão arterial <65 anos, com PA <150/90

Quem	Médicos e Enfermeiros
Como	Medição da TA e registar no <i>SClínico</i> e se necessário ajustar terapêutica farmacológica/não farmacológica
Onde	Consultórios médicos e de enfermagem
Quando	Aproveitar cada oportunidade de contacto para Consulta de vigilância/ oportunista/situação aguda
Avaliação	Monitorização das atividades através do indicador 2013.020.01

Indicador	Resultado a 03/2024	Meta para 2024-2026
2017.020.01	33,98	50

OBJETIVO 3

Proporção de utentes com hipertensão arterial (sem doença cardiovascular nem diabetes) com determinação de risco cardiovascular nos últimos 3 anos

Estratégias

- Avaliação do risco cardiovascular de 3 em 3 anos aos utentes com diagnóstico de HTA

Atividade 4

Descrição Proporção de utentes com HTA com risco CV (3A)

Quem	Médicos e Enfermeiros
Como	Avaliar risco CV e registar no <i>SClínico</i>
Onde	Consultórios médicos e de enfermagem
Quando	Aproveitar cada oportunidade de contacto para Consulta de vigilância/ oportunista/situação aguda
Avaliação	Monitorização das atividades através do indicador 2013.023.01

Indicador	Resultado a 03/2024	Meta para 2024-2026
2013.023.01	54,36	80

OBJETIVO 4

Melhorar controlo/ vigilância aos utentes a efetuar Anticoagulação Oral

Estratégias

- Avaliação anual dos utentes codificados com diagnóstico de Fibrilhação/Flutter Auricular (rubricas da ICPC-2 K78), registado na lista de problemas, com o estado de “ativo”.
- Qualificação da prescrição para a FA;
- Avaliação e/ou registo do INR aos utentes que necessitam de vigilância.

Atividade 5

Descrição	Controlo / Vigilância dos utentes a efetuar Anticoagulação Oral
Quem	Médicos e Enfermeiros
Como	Avaliação da equipa nuclear do respetivo ficheiro de utentes com diagnóstico de FA
Onde	Consultórios médicos e de enfermagem
Quando	Aproveitar cada oportunidade de contacto para Consulta de vigilância/ oportunista/situação aguda
Avaliação	Monitorização das atividades através do indicador 2013.092.01

Indicador	Resultado a 03/2024	Meta para 2024-2026
2013.092.01	52,38	60

OBJETIVO 5

Partilha de casos clínicos sobre Doença Cardiovascular e promoção da literacia em saúde

Estratégias

- Referenciar internamente, por email, para reunião clínica os casos clínicos complexos de Doença Cardiovascular.
- Referenciar internamente, por email, para reunião clínica os casos dos utentes com necessidade de consulta hospitalar.

Atividade 6

Descrição	Partilha de casos clínicos complexos em utentes com Doença Cardiovascular
Quem	Médicos e enfermeiros
Como	Discussão de Casos Clínicos complexos
Onde	Email e Reuniões Clínicas
Quando	Todo o ano
Avaliação	Nº de casos clínicos complexos partilhados sobre Doença Cardiovascular

Indicadores De Execução/ Monitorização E Metas

Atividades	Descrição	Indicador de Monitorização	Meta 2024- 2026
1	Proporção adultos com HTA, com diagnóstico	Prop. adultos com HTA, com diagnóstico - Monitorização da atividade através do indicador 2017.383.01	95%
2	Proporção de utentes com hipertensão, com registo de pressão arterial em cada semestre	Proporção de hipertensos com PA em cada semestre- Monitorização da atividade através do indicador 2013.019.01	50%
3	Proporção de utentes com hipertensão arterial <65 anos, com PA <150/90	Proporção hipertensos < 65 A, com PA < 150/90 - Monitorização da atividade através do indicador 2013.020.01	50%
4	Proporção de utentes com HTA com risco CV (3A)	Proporção hipertensos com risco CV (3 A) - Monitorização da atividade através do indicador 2013.023.01	80%
5	Controlo / Vigilância dos utentes a efetuar Anticoagulação Oral	Proporção hipocoagulados controlados na unidade - Monitorização das atividades através do indicador 2013.092.01	60%
6	Partilha de casos clínicos complexos sobre Doença Cardiovascular	- Nº de casos clínicos partilhados sobre Doença Cardiovascular	100%

Cronograma Anual

	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Atividades 1 a 6	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitorização do programa						X						X

Diabetes Mellitus

A Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crónica com elevada prevalência e com aumento gradual de novos casos. Estimou-se em 2023, na população portuguesa entre os 20 e os 79 anos, uma prevalência de 14,1%, correspondendo a 1,1 milhões de pessoas (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2023).

A DM mantém-se como uma das principais causas de morte, especialmente por implicar um risco significativamente aumentado de doença coronária e de acidente vascular cerebral. Apesar de ter vindo a baixar, a taxa de morte por DM em Portugal, em 2021, foi de 2,8% do total de mortes (3,464 mortes) (INE e SICO/DGS (2023).

As complicações associadas à DM, além do sofrimento humano que provocam nas pessoas e seus familiares implicam custos económicos avultados. Estes custos incluem os cuidados de saúde. Realça-se o facto de os internamentos de pessoas com Diabetes como diagnóstico principal ter uma duração média de 10,7 dias, superior à média dos restantes internamentos no SNS (8,4 dias) (BIMH,2023). A este fator junta-se a perda de rendimentos e os custos económicos para a sociedade em geral, a perda de produtividade e os custos associados às oportunidades perdidas para o desenvolvimento económico.

A efetividade das intervenções em relação à pessoa com diabetes requer a intervenção de equipas multidisciplinares de profissionais de saúde, exigindo apropriada comunicação, bem como cooperação. As USF, o primeiro contacto do indivíduo ao SNS, estão em situação privilegiada para vigiar e orientar as pessoas com diabetes e as suas famílias.

Partindo do Processo Assistencial Integrado (PAI) da Diabetes Mellitus tipo 2, Informação da DGS nº1/2013, 19 de fevereiro, foi traçado o presente plano de ação.

População Alvo

Todas as pessoas com diabetes inscritas na USF CoimbraCelas;

Segundo dados do BICSP, em 31-03-2024, estavam inscritos na USF:

- 660 utentes com diagnóstico de diabetes não insulino-dependentes (T90);
- 51 utentes com diagnóstico de diabetes insulino-dependentes (T89).
- Nº Total de pessoas com diabetes da USF CoimbraCelas: 711

Objetivos Gerais

- Todos os profissionais devem conhecer e praticar as orientações do PAI da DGS, nº1/2013, tendo oportunidade de monitorizar a sua prática e discuti-la em equipa;
- Diagnosticar novos casos de pessoas com diabetes;
- Melhorar o controlo metabólico das pessoas com diabetes;
- Diminuir as complicações associadas à diabetes, contribuindo para a diminuição de internamentos devidos à diabetes;
- Avaliar a qualidade do seguimento das pessoas com diabetes e corrigir as lacunas detetadas;

Estratégias Gerais

1. Detecção precoce da doença:
 - Determinar o risco de vir a ter diabetes tipo 2, a 50% dos utentes maiores de 45 anos (aplicação de questionário de avaliação do risco de diabetes tipo 2 durante o triénio 2024-2026).
 - Determinar glicemia em jejum, a cada 3 anos, a 80% dos utentes maiores de 45 anos, sem fatores de risco.
 - Determinar glicemia em jejum, anualmente, a 70% dos utentes que apresentam algum dos seguintes fatores de risco: antecedentes de DM em familiares de 1º grau, IMC > 27, macrosomia ou diabetes gestacional, colesterol HDL ≤ 35 e/ou triglicéridos ≥ 250 mg/dl, HTA, diagnóstico prévio de TDG ou AGJ.
2. Vigiar 80% das pessoas com diabetes, realizando pelo menos 2 consultas por ano, uma em cada semestre.
3. Apostar na literacia e capacitação dos utentes através da prescrição de atividade física e ensinamentos sobre cuidados com alimentação a pessoas com diabetes e com risco elevado de vir a ter diabetes.

Objetivos Específicos

OBJETIVO 1

Proporção adultos com DM, com diagnóstico

Estratégias

- Avaliação anual dos utentes codificados com diagnóstico de DM (rubricas da ICPC-2 T89 ou T90), registado na lista de problemas, com o estado de “ativo”.
- Contagem de utentes adultos utilizadores, com registos clínicos evidenciando a existência de DM

Atividade 1

Descrição Proporção de utentes adultos com registos clínicos evidenciando a existência de Diabetes Mellitus, com registo de diagnóstico na lista de problemas

Quem	Médicos e Enfermeiros
Como	Avaliação da equipa nuclear do respetivo ficheiro de utentes com diagnóstico de DM
Onde	Consultórios médicos e de Enfermagem
Quando	Aproveitar cada oportunidade de contacto para Consulta de vigilância/ oportunista/situação aguda
Avaliação	Monitorização da atividade através do indicador 2017.382.01

Indicador	Resultado a 03/2027	Meta para 2024-2026
2017.382.01	97,78	98

OBJETIVO 2

Aumentar a proporção de utentes com avaliação do risco de vir a ter DM;

Estratégias

- Aplicação sistemática do questionário de avaliação do risco de DM.

Atividade 2

Descrição Deteção precoce da doença: utentes utilizadores da USF maiores de 18 anos

Quem	Médicos e Enfermeiros.
Como	Aplicar questionário de avaliação do risco de DM
Onde	Consultórios médicos e de enfermagem
Quando	Aproveitar cada oportunidade de contacto para Consulta de vigilância/ oportunista/situação aguda
Avaliação	Monitorização das atividades através do indicador 2013.262.01

Indicador	Resultado a 03/2024	Meta para 2024-2026
2013.262.01	50,59	55%

OBJETIVO 3

Aumentar a proporção de utentes DM com última HbA1c $\leq 8,0\%$;

Estratégias

- Solicitar análise HbA1c 1 vez por semestre a utentes com diagnóstico de Diabetes inscritos na USF;
- Avaliação do último registo HgbA1c e se necessário ajustar terapêutica farmacológica/não farmacológica;
- Qualificação da Prescrição na DM.

Atividade 3

Descrição Uteses com DM, com o último registo de HgbA1c inferior ou igual a 8,0%

Quem	Médicos e Enfermeiros.
Como	Avaliação do último registo HgbA1c e se necessário ajustar terapêutica farmacológica/não farmacológica
Onde	Consultórios médicos /enfermagem
Quando	Aproveitar cada oportunidade de contacto para Consulta de vigilância ou agendamento da mesma
Avaliação	Monitorização das atividades através do indicador 2013.039.01

Indicador	Resultado a 03/2024	Meta para 2024-2026
2013.039.01	56,44	70

OBJETIVO 4

Diminuir a proporção de utentes DM com PA $\geq$ 140/90 mmHg

Estratégias

- Melhoria do controlo da TA com investimento da equipa (M/E) no controlo das medidas não farmacológicas e numa avaliação adequada da TA na consulta.
- Avaliação pela equipa médica das opções terapêuticas e discussão em reunião clínica dos casos de mais difícil controlo.

Atividade 4

Descrição Utesntes com DM, com PA $\geq$ 140/90 mmHg

Quem	Médicos e Enfermeiros
Como	Pelo menos 1 avaliação nos últimos 6 meses registada no <i>S Clínico</i>
Onde	Consultórios médicos e de enfermagem
Quando	Aproveitar cada oportunidade de contacto para Consulta de vigilância/ oportunista/situação aguda
Avaliação	Monitorização das atividades através do indicador 2015.314.01

Indicador	Resultado a 03/2024	Meta para 2024-2026
2015.314.01	37,62	20

OBJETIVO 5

Aumentar a proporção de utentes DM com C-LDL $<$ 100 mg/dl;

Estratégias

- Investimento da equipa (M/E) no controlo das medidas não farmacológicas da dislipidémia.
- Revisão das opções terapêuticas farmacológicas pela equipa médica

Atividade 5

Descrição Utesntes com DM, com C-LDL $<$ 100 mg/dl

Quem	Médicos e Enfermeiros
Como	Pelo menos 1 avaliação anual registada no <i>S Clínico</i>
Onde	Consultórios médicos
Quando	Aproveitar cada oportunidade de contacto para Consulta de vigilância/ oportunista/situação aguda
Avaliação	Monitorização das atividades através do indicador 2015.315.01

Indicador	Resultado a 03/2024	Meta para 2024-2026
2015.315.01	30,83	50

OBJETIVO 6

Realizar consulta de Enfermagem com Avaliação da Gestão do Regime Terapêutico (GRT) às pessoas com diabetes inscritas na USF, pelo menos uma vez a cada ano.

Estratégias

- Propor o agendamento das pessoas com DM para realização de consulta;
- Proceder ao registo da avaliação GRT a cada consulta programada de vigilância no Programa de Diabetes do *SClínico*, e aproveitar em cada oportunidade de consulta programada/oportunista para verificar se tem esta avaliação registada.

Atividade 6

Descrição Utentes com DM, com consulta de enfermagem de vigilância DM no último ano

Quem	Médicos, Enfermeiros e Secretariado Clínico.
Como	Consulta programada/oportunista/situações agudas com registo no Programa DM do <i>SClínico</i>
Onde	Consultórios médicos e de enfermagem
Quando	Aproveitar cada oportunidade de contacto para Consulta de vigilância ou agendamento da mesma
Avaliação	Monitorização das atividades através do indicador 2011.037.01

Indicador	Resultado a 03/2024	Meta para 2024-2026
2015.037.01	75,67	90

Atividade 7

Descrição Utentes com DM, com registo de gestão do regime terapêutico (3 itens) no último ano

Quem	Enfermeiros
Como	Consulta programada/oportunista/situações agudas com registo no <i>SClínico</i>
Onde	Consultórios de enfermagem
Quando	Aproveitar cada oportunidade de contacto para Consulta de vigilância/ oportunista/situação aguda
Avaliação	Monitorização das atividades através do indicador 2013.036.01

Indicador	Resultado a 03/2024	Meta para 2024-2026
2015.036.01	69,17	90

OBJETIVO 7

Aumentar a proporção de utentes DM com avaliação risco de úlcera de pé

Estratégias

- Proceder ao registo da avaliação do risco de úlcera do pé na consulta programada de vigilância no Programa de DM do *SClinico* pelo menos uma vez por ano e aproveitar em cada oportunidade de consulta programada/oportunista para verificar se tem esta avaliação registada

Atividade 8

Descrição Realizar pelo menos um exame por ano aos pés aos utentes com DM e avaliação do risco de úlcera

Quem	Médicos e Enfermeiros.
Como	Inspeção, pesquisa de pulsos e sensibilidades dos pés das pessoas com Diabetes e registo na ficha de DM e registo de risco de úlcera no Processo de Enfermagem no <i>S Clínico</i>
Onde	Consultórios médicos e de enfermagem.
Quando	Aproveitar cada oportunidade de contacto para Consulta de vigilância ou agendamento da mesma
Avaliação	Monitorização das atividades através do indicador 2015.261.01

Indicador	Resultado a 03/2024	Meta para 2024-2026
2015.261.01	66,62	90

OBJETIVO 8

Qualificar a prescrição terapêutica aos utentes com DM

Estratégias

- Adequar a prescrição terapêutica a novos utentes com DM.
- Adequar a prescrição terapêutica a utentes com prescrição de insulino terapia.
- Avaliação pela equipa médica das opções terapêuticas e discussão em reunião clínica dos casos clínicos de mais difícil controlo.
- Analisar os custos associados à terapêutica dos doentes com DM.

Atividade 9

Descrição Uteses com novo diagnóstico de DM2 que iniciam terapêutica com metformina em monoterapia

Quem	Médicos
Como	Privilegiar o uso de metformina como fármaco de 1ª linha
Onde	Consultórios médicos
Quando	Aproveitar cada oportunidade de contacto para Consulta de vigilância/ oportunista/situação aguda
Avaliação	Monitorização das atividades através do indicador 2013.275.01

Indicador	Resultado a 03/2024	Meta para 2024-2026
2013.275.01	65,52	80

Atividade 10

Descrição Utentes com DM2 c/ indicação para insulino terapia, em terapêutica adequada

Quem	Médicos/as
Como	Realização de consulta médica com avaliação da terapêutica efetuada e consequente prescrição
Onde	Consultórios médicos
Quando	Aproveitar cada oportunidade de contacto para Consulta de vigilância/ oportunista/situação aguda
Avaliação	Monitorização das atividades através do indicador 2013.274.01

Indicador	Resultado a 03/2024	Meta para 2024-2026
2013.274.01	72,97	90

OBJETIVO 8

Partilha de casos clínicos sobre DM

Estratégias

- Referenciar internamente, por email, para reunião clínica quando existir necessidade de discutir um caso de um utente com DM não controlado.
- Referenciar internamente, por email, para reunião clínica se existir necessidade de consulta hospitalar de um utente com DM.

Atividade 11

Descrição Partilha de casos clínicos sobre DM e promoção da literacia em saúde

Quem	Médicos e enfermeiros
Como	Discussão de Casos Clínicos complexos e apresentações de novidades científicas
Onde	Email e Reuniões Clínicas
Quando	Todo o ano
Avaliação	• Nº de casos clínicos partilhados sobre DM por ano / Nº de casos clínicos discutidos em reunião por ano

Indicadores De Execução/ Monitorização E Metas

Atividades	Descrição	Indicador de Monitorização	Meta 2024- 2026
1	Proporção de utentes adultos com registos clínicos evidenciando a existência de	Proporção adultos com DM, com diagnóstico - Monitorização da	98%

	Diabetes Mellitus, com registo de diagnóstico na lista de problemas	atividade através do indicador 2017.382.01	
2	Deteção precoce da doença: utentes utilizadores da USF maiores de 18 anos	Proporção utentes com avaliação risco DM2 (3ª) - Monitorização da atividade através do indicador 2013.262.01	55%
3	Utentes com DM, com o último registo de HgbA1c inferior ou igual a 8,0%	Proporção DM c/ última HbA1c ≤ 8,0% - Monitorização da atividade através do indicador 2013.039.01	70%
4	Utentes com DM, com PA ≥140/90 mmHg	Proporção DM com PA ≥ 140/90 mmHg - Monitorização da atividade através do indicador 2015.314.01	20%
5	Utentes com DM, com C-LDL <100 mg/dl	Proporção DM com C-LDL < 100 mg/dl - Monitorização da atividade através do indicador 2015.315.01	50%
6	Utentes com DM, com consulta de enfermagem de vigilância DM no último ano	Proporção DM c/ cons. enf. vigil. DM último ano - Monitorização da atividade através do indicador 2011.037.01	90%
7	Utentes com DM, com registo de gestão do regime terapêutico (3 itens) no último ano	Proporção utentes DM com registo de GRT - Monitorização da atividade através do indicador 2013.036.01	90%
8	Realizar pelo menos um exame por ano aos pés aos utentes com DM e avaliação do risco de úlcera	Proporção utentes DM c/ aval. risco úlcera pé - Monitorização da atividade através do indicador 2015.261.01	90%
9	Utentes com novo diagnóstico de DM2 que iniciam terapêutica com metformina em monoterapia	Proporção novos DM2 em terapêutica c/ metform. monot. - Monitorização da atividade através do indicador 2013.275.01	80%
10	Utentes com DM2 c/ indicação para insulinoterapia, em terapêutica adequada	Propor. DM2 c/ indic. insul., em terap. Adequada - Monitorização das atividades através do indicador 2013.274.01	90%
11	Partilha de casos clínicos sobre DM e promoção da literacia em saúde	- Nº de casos clínicos partilhados sobre DM por ano / Nº de casos clínicos discutidos em reunião por ano	100%

Cronograma Anual

	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Atividades 1 a 11	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitorização do programa						X						X

Doenças Respiratórias

As doenças respiratórias em Portugal continuam a ser uma das principais causas de morbilidade e mortalidade, com tendência clara para o aumento da sua prevalência.

Relativamente à DPOC existe uma elevada proporção de subdiagnóstico. Relativamente à prevalência, em população fumadora (40-75 anos), situa-se entre os 21% e os 34,8%.

Em Portugal, a taxa de mortalidade por DPOC é de cerca de 8% (Relatório ONDR, 2018) e é ainda uma das três principais causas de internamento por patologia respiratória. Apesar do aumento sustentado do diagnóstico da DPOC nos cuidados de saúde primários, a percentagem de realização de espirometria é ainda baixa.

Em relação à Asma Portugal apresenta uma prevalência de 7%, (INAsma, 2015) o que corresponde a aproximadamente 700.000 pessoas com asma ativa. Na faixa etária pediátrica a prevalência será de 8,4% (cerca de 175.000 crianças), tornando-a uma das principais doenças crónicas da criança. Contudo esta doença está também subdiagnosticada e subtratada.

Cerca de metade das pessoas com Asma não tem a sua doença controlada. As principais dificuldades no controlo da asma são a inadequada adesão ao tratamento regular e contínuo e à incorreta utilização dos dispositivos inalatórios. As consequências do mau controlo da asma são as agudizações da asma, com necessidade de internamento, consultas de urgência e absentismo escolar e laboral.

Os cuidados de saúde primários assumem um papel importante devido ao contacto precoce e continuado com os estes doentes e conhecimento sobre o respetivo estilo de vida, podendo atuar ao nível da prevenção (especialmente na adolescência), no auxílio da cessação tabágica e no controlo terapêutico eficaz, permitindo consequentemente uma diminuição do impacto das doenças, com diminuição das hospitalizações e mortalidade.

População Alvo

Considera-se como população-alvo para as doenças respiratórias os utentes identificados e inscritos na USF com DPOC e Asma. Segundo dados do BISCSP, relativos a 31/03/2024, estavam inscritos na USF CoimbraCelas:

- 163 utentes com diagnóstico de DPOC (R95)
- 401 utentes com diagnóstico de Asma (R96)

Objetivos Gerais

- Diagnosticar corretamente os doentes com Asma / DPOC;
- Aumentar a proporção de doentes com Asma / DPOC controlada;
- Aumentar a proporção de consultas efetuadas a utentes com Asma / DPOC;
- Melhorar as práticas profissionais no que se refere ao diagnóstico, registos, tratamento e vigilância do doente com Asma / DPOC

- Melhorar a adesão à terapêutica do doente com Asma / DPOC;
- Melhorar a capacitação dos doentes para a sua autovigilância e autocontrolo;

Estratégias Gerais

- Diagnóstico e tratamento atempado dos utentes com asma/DPOC de forma a melhorar os sintomas, diminuir as exacerbações, e proporcionar um atraso no declínio da função pulmonar;
- Promover a consulta médica junto do utente com asma/DPOC, seus familiares e prestadores;
- Programar, pelo menos, uma consulta médica anual de vigilância de asma/DPOC de forma a avaliar o cumprimento terapêutico e o uso correto do dispositivo inalatório;
- Expor em local visível da USF folhetos e/ou posters, e na página Web, informação sobre os sintomas da DPOC / Asma de forma a alertar para o seu diagnóstico, para a realização de uma correta técnica inalatória e para promoção de uma vida ativa;
- Referenciar para reunião clínica os casos de difícil controlo, previamente à referência aos cuidados de saúde secundários;
- Analisar semestralmente os resultados obtidos para definição e implementação de medidas corretivas.

Objetivos Específicos

OBJETIVO 1

Proporção adultos com asma/DPOC/bronquite crónica, com diagnóstico

Estratégias

- Avaliação anual dos utentes codificados com os diagnósticos DPOC e Asma (R95 e R96), registado na lista de problemas, com o estado de “ativo”.

Atividade 1

Descrição Proporção adultos com asma/DPOC/bronquite crónica, com diagnóstico

Quem	Médicos e Enfermeiros
Como	Avaliação da equipa nuclear do respetivo ficheiro de utentes
Onde	Consultórios médicos e de Enfermagem
Quando	Aproveitar cada oportunidade de contacto para Consulta de vigilância/ oportunista/situação aguda
Avaliação	Monitorização da atividade através do indicador 2017.380.01

Indicador	Resultado a 03/2024	Meta para 2024-2026
2017.380.01	90,91	92

OBJETIVO 2

Aumentar a proporção de consultas efetuadas a utentes com Asma / DPOC

Estratégias

- Proceder ao agendamento pró-ativo dos utentes com Asma / DPOC para realização de consulta;
- Aproveitar todas as oportunidades para efetuar consulta a utentes com Asma / DPOC.

Atividade 2

Descrição	Proporção DPOC $\geq$ 40A, com consulta vigilância DPOC - 1A
Quem	Médicos e Enfermeiros
Como	Consulta programada/oportunista/situações agudas com registo no <i>SClínico</i>
Onde	Consultórios médicos e de Enfermagem
Quando	Aproveitar cada oportunidade de contacto para Consulta de vigilância/ oportunista/situação aguda
Avaliação	Monitorização da atividade através do indicador 2021.436.01

Indicador	Resultado a 03/2024	Meta para 2024-2026
2021.436.01	41,10	50

Atividade 3

Descrição	Proporção asma $\geq$ 18A, com consulta vigilância Asma - 1A
Quem	Médicos e Enfermeiros
Como	Consulta programada/oportunista/situações agudas com registo no <i>SClínico</i>
Onde	Consultórios médicos e de Enfermagem
Quando	Aproveitar cada oportunidade de contacto para Consulta de vigilância/ oportunista/situação aguda
Avaliação	Monitorização da atividade através do indicador 2021.437.01

Indicador	Resultado a 13/2024	Meta para 2024-2026
2021.437.01	42,86	50

OBJETIVO 3

Aumentar a taxa de realização de espirometrias a utentes com DPOC

Estratégias

- Solicitar espirometria 1 vez a cada 3 anos a utentes com DPOC inscritos na USF;

- Avaliação do resultado e registo no SClinico.

Atividade 4

Descrição	Proporção utentes c/ DPOC, c/ FeV1 em 3 anos
Quem	Médicos
Como	Solicitar espirometria a cada 3 anos
Onde	Consultórios médicos
Quando	Aproveitar cada oportunidade de contacto para Consulta de vigilância/ oportunista/situação aguda
Avaliação	Monitorização das atividades através do indicador 2013.049.01

Indicador	Resultado a 03/2024	Meta para 2024-2026
2013.049.01	22,09	50

OBJETIVO 4

Partilha de casos clínicos sobre Asma / DPOC

Estratégias

- Referenciar internamente, por email, para reunião clínica quando existir necessidade de discutir um caso clínico complexo de um doente com Asma / DPOC.
- Referenciar internamente, por email, para reunião clínica casos clínicos com necessidade de consulta hospitalar.

Atividade 5

Descrição	Partilha de casos clínicos complexos sobre Asma / DPOC
Quem	Médicos e enfermeiros
Como	Discussão de Casos Clínicos complexos
Onde	Email e Reuniões Clínicas
Quando	Todo o ano
Avaliação	• Nº de casos clínicos partilhados sobre Asma / DPOC por ano / Nº de casos clínicos discutidos em reunião por ano

OBJETIVO 5

Promover a literacia do doente com Asma / DPOC e a adesão terapêutica

Estratégias

- Realização ensinos sobre adesão terapêutica;
- Demonstração do uso correto de inaladores;

Atividade 6**Descrição** Literacia do doente com Asma / DPOC e adesão terapêutica

Quem	Médicos e enfermeiros
Como	Realização ensinos adequados ao doente e controlo da doença; Demonstração do uso de inaladores quando necessário;
Onde	Consultórios médico e de enfermagem
Quando	Aproveitar cada oportunidade de contacto para Consulta de vigilância/ oportunista/situação aguda
Avaliação	- Nº de utentes com Asma – DPOC com adesão ao regime terapêutico / - Nº total de utentes com Asma – DPOC

Indicadores De Execução/ Monitorização E Metas

Atividades	Descrição	Indicador de Monitorização	Meta 2024- 2026
1	Proporção adultos com asma/DPOC/bronquite crónica, com diagnóstico	Proporção adultos com asma/DPOC/bronquite crónica, com diagnóstico - Monitorização da atividade através do indicador 2017.380.01	92%
2	Proporção DPOC >= 40A, com consulta vigilância DPOC - 1A	Proporção DPOC >= 40A, com consulta vigilância DPOC - 1A - Monitorização da atividade através do indicador 2021.436.01	50%
3	Proporção asma >= 18A, com consulta vigilância Asma - 1A	Proporção asma >= 18A, com consulta vigilância Asma - 1ª - Monitorização da atividade através do indicador 2021.437.01	50%
4	Proporção utentes c/ DPOC, c/ FeV1 em 3 anos	Proporção utentes c/ DPOC, c/ FeV1 em 3 anos - Monitorização da atividade através do indicador 2013.049.01	50%
5	Partilha de casos clínicos sobre Asma - DPOC	- Nº de casos clínicos complexos partilhados sobre Asma - DPOC por ano	100%
6	Literacia do doente com Asma / DPOC e adesão terapêutica	- Nº de utentes com Asma – DPOC com adesão ao regime terapêutico / Nº total de utentes com Asma – DPOC	50%

Cronograma Anual

	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Atividades 1 a 6	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitorização do programa						X						X

Doenças Reumáticas e Músculo-Esqueléticas

As Doenças Reumáticas e Músculo-Esqueléticas (DRM) afetam o sistema músculo-esquelético e atingem pessoas de todas as idades. São um dos motivos mais frequentes da procura dos cuidados de saúde e quando não corretamente diagnosticadas e tratadas implicam elevados níveis de incapacidade/morbilidade que podem levar a importantes repercussões físicas, psicológicas, familiares, sociais e económicas, nomeadamente:

- Incapacidade temporária importante;
- Absentismo laboral frequente;
- Incapacidade definitiva precoce.

Pelo impacto que as DRM podem causar nas pessoas torna-se relevante o papel dos cuidados de saúde primários na deteção precoce com um correto diagnóstico, prescrição de tratamentos adequados e referenciação quando necessário.

População Alvo

Considera-se como população-alvo toda a população da USF.

Objetivos Gerais

- Diagnosticar corretamente os doentes com DRM;
- Aumentar a proporção de doentes com DRM controlada, nomeadamente no controlo da dor aguda e crónica;
- Aumentar a proporção de consultas efetuadas a utentes com DRM;
- Melhorar as práticas profissionais no que se refere ao diagnóstico, registos, tratamento e vigilância do doente com DRM
- Melhorar a adesão à terapêutica do doente DRM;
- Melhorar a capacitação dos doentes para a sua autovigilância e autocontrolo;
- Melhorar a qualidade de vida do doente com DRM.

Estratégias Gerais

- Diagnóstico e tratamento atempado dos utentes com DRM;
- Promover consulta de acompanhamento (médica/enfermagem) para avaliação da implementação do tratamento prescrito e controlo da dor;
- Programar, pelo menos, uma consulta médica anual de vigilância do doente com DRM de forma a avaliar o cumprimento terapêutico e avaliação dos sintomas (dor);
- Promover a adoção de hábitos de vida saudáveis (alimentação, exercício físico adequado);
- Referenciar para reunião clínica casos de difícil controlo, previamente à referenciação externa;

- Analisar semestralmente os resultados obtidos para definição e implementação de medidas corretivas.

OBJETIVO 1

Consultas acompanhamento a utentes com diagnóstico recente de DRM

Estratégias

- Programar consulta a todos os utentes com diagnóstico inicial de DRM
- Avaliar cumprimento da terapêutica
- Avaliar melhoria da sintomatologia (dor) com recurso ao questionário de avaliação resumido da dor

Atividade 1

Descrição	Consulta acompanhamento de utentes com diagnóstico recente de DRM
Quem	Médicos e Enfermeiros
Como	Consulta programada com registo no <i>SClínico</i>
Onde	Consultórios médicos e enfermagem
Quando	Após 1ª consulta com diagnóstico de DRM e prescrição terapêutica
Avaliação	Nº de 2ªs consultas efetuadas a utentes com diagnóstico recente de DRM / Nº de 1ªs consultas efetuadas a utentes com diagnóstico recente de DRM

OBJETIVO 2

Consulta anual a utentes com DRM

Estratégias

- Propor uma avaliação anual a todos os utentes com diagnóstico inicial de DRM
- Avaliar cumprimento da terapêutica
- Avaliar melhoria da sintomatologia (dor)

Atividade 2

Descrição	Avaliação anual a utentes com DRM
Quem	Médicos e Enfermeiros
Como	Consulta programada com registo no <i>SClínico</i>
Onde	Consultórios médicos e enfermagem
Quando	Aproveitar cada oportunidade de contacto para Consulta de vigilância/ oportunista/situação aguda
Avaliação	Nº de consultas anuais efetuadas a utentes com diagnóstico de DRM / Nº total de utentes com diagnóstico de DRM

OBJETIVO 3

Promoção hábitos de vida saudáveis aos utentes com DRM

Estratégias

- Programar consulta anual a todos os utentes com diagnóstico inicial de DRM
- Avaliar gestão do regime terapêutico (alimentação, exercício físico, regime medicamentoso)

Atividade 3

Descrição	Avaliação da GRT aos utentes com DRM
Quem	Enfermeiros
Como	Consulta programada com registo da avaliação da GRT no <i>SClínico</i>
Onde	Consultórios de enfermagem
Quando	Aproveitar cada oportunidade de contacto para Consulta de vigilância/ oportunista/situação aguda
Avaliação	Nº de consultas enfermagem efetuadas a utentes com diagnóstico de DRM com registo de GRT/ Nº total de consultas enfermagem efetuadas a utentes com diagnóstico de DRM

OBJETIVO 4

Partilha de casos clínicos sobre DRM

Estratégias

- Referenciar internamente por email, para reunião clínica, quando existir necessidade de discutir um caso clínico complexo de um doente com DRM;
- Referenciar internamente por email, para reunião clínica quando existir necessidade de referência hospitalar.

Atividade 4

Descrição	Partilha de casos clínicos sobre DRM
Quem	Médicos e enfermeiros
Como	Discussão de Casos Clínicos complexos
Onde	Email e Reuniões Clínicas
Quando	Todo o ano
Avaliação	• Nº de casos clínicos partilhados sobre DRM por ano / Nº de casos clínicos discutidos em reunião por ano

Indicadores De Execução/ Monitorização E Metas

Atividades	Descrição	Indicador de Monitorização	Meta 2024- 2026
1	Consulta acompanhamento de utentes com diagnóstico recente de DRM	Nº de 2 ^{as} consultas efetuadas a utentes com diagnóstico recente de DRM / Nº de 1 ^{as} consultas efetuadas a utentes com diagnóstico recente de DRM	60%
2	Consulta anual a utentes com DRM	Nº de consultas anuais efetuadas a utentes com diagnóstico de DRM / Nº total de utentes com diagnóstico de DRM	60%
3	Avaliação da GRT aos utentes com DRM	Nº de consultas enfermagem efetuadas a utentes com diagnóstico de DRM com registo de GRT/ Nº total de consultas enfermagem efetuadas a utentes com diagnóstico de DRM	60%
4	Partilha de casos clínicos sobre DRM	- Nº de casos clínicos partilhados sobre DRM por ano / Nº de casos clínicos discutidos em reunião por ano	100%

Cronograma Anual

	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Atividades 1 a 4	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitorização do programa						X						X

Polimedicação e Desprescrição

A polimedicação encontra-se muitas vezes associada a utentes com multimorbilidade. Apesar da necessidade de medicamentos para o controlo das patologias existentes, os mesmos, nos casos de polimedicação inadequada, podem aumentar a probabilidade de ocorrência de efeitos adversos e interações medicamentosas, com influência direta na qualidade de vida dos utentes.

Neste sentido a qualificação da prescrição e a necessidade de desprescrição torna-se relevante para a segurança e eficácia dos medicamentos.

População Alvo

Considera-se como população-alvo toda a população da USF

Objetivos Gerais

- Qualificar a prescrição dos utentes com polimedicação;
- Promover uma utilização racional dos medicamentos;
- Promover uma metodologia de desprescrição sempre que clinicamente seja indicado;
- Diminuir a proporção de utentes com polimedicação;
- Promover uma análise das despesas associadas aos medicamentos;

Estratégias Gerais

- Programar, pelo menos, uma consulta médica anual de vigilância do doente com multimorbilidade de forma a avaliar o cumprimento terapêutico e qualificação da prescrição;
- Referenciar para reunião clínica casos de difícil avaliação das terapêuticas instituídas;
- Analisar semestralmente os resultados obtidos para definição e implementação de medidas corretivas.

OBJETIVO 1

Diminuir a proporção de utentes com polimedicação

Estratégias

- Avaliação da prescrição farmacológica aos utentes com polimedicação

Atividade 1

Descrição	Proporção de utentes com polimedicação
Quem	Médicos
Como	Qualificação da prescrição
Onde	Consultórios médicos
Quando	Aproveitar cada oportunidade de contacto para Consulta de vigilância/ oportunista/situação aguda
Avaliação	Monitorização da atividade através do indicador 2013.273.01

Indicador	Resultado a 12/2023	Meta para 2024-2026
2013.273.01	17,19	20

OBJETIVO 2

Analisar despesas associadas aos medicamentos

Estratégias

- Avaliação da prescrição farmacológica aos utentes

Atividade 2

Descrição Despesa média (PVP) de medicamentos prescritos e comparticipados, por utente inscrito padrão

Quem	Médicos
Como	Qualificação da prescrição
Onde	Consultórios médicos
Quando	Aproveitar cada oportunidade de contacto para Consulta de vigilância/ oportunista/situação aguda
Avaliação	Monitorização da atividade através do indicador 2017.341.01

Indicador	Resultado a 03/2024	Meta para 2024-2026
2017.341.01	100,676	Manter valor abaixo do máximo esperado – 133

OBJETIVO 3

Partilha de casos clínicos sobre doentes polimedicados com difícil controlo terapêutico

Estratégias

- Referenciar internamente por email, para reunião clínica, quando existir necessidade de discutir um caso clínico complexo de um doente polimedicado

Atividade 3

Descrição Partilha de casos clínicos complexos sobre doentes polimedicados

Quem	Médicos
Como	Discussão de Casos Clínicos complexos
Onde	Email e Reuniões Clínicas
Quando	Todo o ano
Avaliação	Nº de casos clínicos partilhados sobre doentes polimedicados com difícil controlo terapêutico

Indicadores De Execução/ Monitorização E Metas

Atividades	Descrição	Indicador de Monitorização	Meta 2024- 2026
1	Proporção de utentes com polimedicação	Proporção utentes ≥ 75 A, c/ presc. cró. < 5 fár. - Monitorização da atividade através do indicador 2013.273.01	20%
2	Despesa média (PVP) de medicamentos prescritos e comparticipados, por utente inscrito padrão	Despesa média (PVP) de medicamentos prescritos e comparticipados, por utente inscrito padrão - Monitorização da atividade através do indicador 2017.341.01	Manter valor abaixo do máximo esperado – 133
3	Partilha de casos clínicos complexos sobre doentes polimedicados	Nº de casos clínicos partilhados sobre doentes polimedicados com difícil controlo terapêutico	100%

Cronograma Anual

	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Atividades 1 a 3	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitorização do programa						X						X

Programa de Prevenção para as doenças cardiovasculares

Os fatores de risco para as DCV podem ser divididos em 2 grandes categorias – Modificáveis e Não Modificáveis:

1. Fatores de Risco Modificáveis:

- Modificáveis biológicos: Hipertensão Arterial (HTA), Diabetes Mellitus (DM), Dislipidemia, Excesso de peso/Obesidade;
- Modificáveis associados a estilos de vida: consumo de tabaco, dieta inadequada, consumo excessivo de álcool, sedentarismo e/ou nível baixo de atividade física;
- Modificáveis associados a aspetos de carácter social: rendimento, educação, profissão, habitação e condições de vida;

2. Fatores de Risco Não Modificáveis: género, idade e património genético.

População Alvo

Considera-se como população-alvo para a prevenção das doenças cardiovasculares toda a população inscrita na USF CoimbraCelas, uma vez que se abordam aspetos relativos à adoção de hábitos de vida saudáveis sendo fundamental uma intervenção o mais precoce possível.

Objetivos Gerais

- Intervir na melhoria da adoção de estilo de vida saudáveis;
- Melhorar a gestão do regime terapêutico relacionado com os aspetos da alimentação, exercício físico e regime medicamentoso;
- Aumentar a proporção de utentes com consultas com intervenções relacionadas com hábitos tabágicos;
- Aumentar a proporção de utentes com consultas com intervenções relacionadas com hábitos de consumo de álcool;
- Reduzir o problema do excesso de peso e da obesidade.

Estratégias Gerais

- Promover a consulta médica e de enfermagem junto dos utentes;
- Avaliar de forma sistemática a Gestão do Regime Terapêutico;
- Avaliar de forma sistemática o IMC aos utentes;
- Propor uma consulta médica/enfermagem anual de vigilância a utentes fumadores;
- Em utentes fumadores fazer intervenção breve pelo menos uma vez ao ano;
- Aumentar a proporção de utentes com consultas com intervenções relacionadas com hábitos tabágicos;
- Diminuir quantidade de utentes fumadores;
- Propor uma consulta médica e de enfermagem a cada 2 anos a utentes com obesidade;
- Em utentes com obesidade fazer intervenção breve pelo menos a cada 2 anos;

- Propor uma consulta médica e de enfermagem a cada 3 anos a utentes com registo de consumo excessivo de álcool;
- Em utentes com registo de consumo excessivo de álcool, fazer intervenção breve a cada 3 anos;
- Referenciar para reunião clínica os casos de difícil controlo;
- Analisar semestralmente os resultados obtidos para definição e implementação de medidas corretivas.

OBJETIVO 1

Aumentar para 60% a proporção de utentes com idade ≥ 14 anos com avaliação da Gestão do Regime Terapêutico (GRT)

Estratégias

- Registo em consulta de enfermagem da avaliação da Gestão do Regime Terapêutico a todos os utentes com idade ≥ 14 anos

Atividade 1

Descrição Consulta enfermagem a utentes com idade ≥ 14 com avaliação do GRT

Quem	Enfermeiros
Como	Avaliação sistemática da GRT em todas as consultas aos utentes com idade ≥ 14 anos
Onde	Consultórios de Enfermagem
Quando	Aproveitar cada oportunidade de contacto para Consulta de vigilância/ oportunista/situação aguda
Avaliação	Nº de consultas de enfermagem efetuadas a utentes com idade ≥ 14 anos com avaliação do GRT / Nº total de consultas de enfermagem a utentes com idade ≥ 14 anos

OBJETIVO 2

Avaliação sistemática do IMC aos utentes com idade ≥ 14 anos

Estratégias

- Avaliar e registar, a cada 3 anos em consultas a utentes com idade ≥ 14 anos o IMC
- Efetuar registos adequados no SClinico.

Atividade 2

Descrição Proporção utentes ≥ 14 A, c/ IMC últimos 3 anos

Quem	Médicos e Enfermeiros
Como	Avaliação e registo no S.Clinico do IMC
Onde	Consultórios médicos e enfermagem
Quando	Aproveitar cada oportunidade de contacto para Consulta de vigilância/ oportunista/situação aguda
Avaliação	Monitorização das atividades através do indicador 2013.033.01

Indicador	Resultado a 03/2024	Meta para 2024-2026
2013.033.01	56,216	60

OBJETIVO 3

Consultas vigilância obesidade, a cada 2 anos, a utentes com idade $\geq$ a 14 anos

Estratégias

- Listar todos os utentes identificados com obesidade com idade $\geq$ a 14 anos
- Programar consulta a todos os utentes com idade $\geq$ a 14 anos ou sem consulta nos últimos 3 anos
- Efetuar registos adequados no SClinico.

Atividade 3

Descrição	Proporção obesos $\geq 14A$, com consulta vigilância obesidade - 2A
Quem	Médicos e Enfermeiros
Como	Consulta programada/oportunista/situações agudas com registo no <i>SClinico</i>
Onde	Consultórios médicos e enfermagem
Quando	Aproveitar cada oportunidade de contacto para Consulta de vigilância/ oportunista/situação aguda
Avaliação	Monitorização das atividades através do indicador 2013.034.01

Indicador	Resultado a 03/2024	Meta para 2024-2026
2013.034.01	57,566	80

OBJETIVO 4

Prevenção e Diminuição de Hábitos tabágicos

Estratégias

- Identificar os utentes fumadores com idade $\geq$ a 14 anos
- Efetuar consulta a cada 3 anos aos utentes identificados com hábitos tabágicos
- Avaliar e registar, a cada 3 anos em consultas a utentes com idade $\geq$ a 15 anos a existência ou não de hábitos tabágicos;
- Promover o aconselhamento para a cessação tabágica anualmente a utentes fumadores;
- Efetuar registos adequados no S.Clinico.

Atividade 4

Descrição	Proporção utentes >= 14 A, com registo hábitos tabágicos
Quem	Médicos e Enfermeiros
Como	Consulta programada/oportunista/situações agudas com registo no <i>SClínico</i>
Onde	Consultórios médicos e enfermagem
Quando	Aproveitar cada oportunidade de contacto para Consulta de vigilância/ oportunista/situação aguda
Avaliação	Monitorização das atividades através do indicador 2013.047.01

Indicador	Resultado a 03/2024	Meta para 2024-2026
2013.047.01	54,688	60

Atividade 5

Descrição	Proporção fumadores, com consulta relacionada tabaco - 1A
Quem	Médicos e Enfermeiros
Como	Consulta programada/oportunista/situações agudas com registo no <i>SClínico</i>
Onde	Consultórios médicos e enfermagem
Quando	Aproveitar cada oportunidade de contacto para Consulta de vigilância/ oportunista/situação aguda
Avaliação	Monitorização das atividades através do indicador 2013.277.01

Indicador	Resultado a 03/2024	Meta para 2024-2026
2013.277.01	45,07	50

Atividade 6

Descrição	Proporção utentes >= 15 anos, com registo hábitos tabágicos - 3A
Quem	Médicos e Enfermeiros
Como	Avaliação e registo no S.Clinico do consumo de tabaco
Onde	Consultórios médicos e enfermagem
Quando	Aproveitar cada oportunidade de contacto para Consulta de vigilância/ oportunista/situação aguda
Avaliação	Monitorização das atividades através do indicador 2018.395.01

Indicador	Resultado a 03/2024	Meta para 2024-2026
2018.395.01	57,1	60

Atividade 7

Descrição	Proporção fumadores com intervenção breve ou muito breve 1 ano
Quem	Médicos e Enfermeiros
Como	Avaliação e registo no S.Clinico do consumo de tabaco e aconselhamento
Onde	Consultórios médicos e enfermagem

Quando	Aproveitar cada oportunidade de contacto para Consulta de vigilância/ oportunista/situação aguda
Avaliação	Monitorização das atividades através do indicador 2018.397.01

Indicador	Resultado a 03/2024	Meta para 2024-2026
2018.397.01	9,93	25

Atividade 8

Descrição	Incidência anual de pessoas em abstinência tabágica 12M
Quem	Médicos e Enfermeiros
Como	Avaliação e registo no S.Clinico do consumo de tabaco
Onde	Consultórios médicos e enfermagem
Quando	Aproveitar cada oportunidade de contacto para Consulta de vigilância/ oportunista/situação aguda
Avaliação	Monitorização das atividades através do indicador 2018.404.01

Indicador	Resultado a 03/2024	Meta para 2024-2026
2018.404.01	66,67	70

OBJETIVO 5

Prevenção Hábitos alcoólicos

Estratégias

- Identificar os utentes com hábitos alcoólicos com idade $\geq$ a 14 anos
- Efetuar consulta a cada 3 anos aos utentes identificados com consumo excessivo de álcool
- Promover intervenções relacionadas com o Consumo Álcool
- Efetuar registos adequados no SClinico.

Atividade 9

Descrição	Proporção utentes $\geq$ 14A, com registo consumo álcool
Quem	Médicos e Enfermeiros
Como	Consulta programada/oportunista/situações agudas com registo no <i>SClinico</i>
Onde	Consultórios médicos e enfermagem
Quando	Aproveitar cada oportunidade de contacto para Consulta de vigilância/ oportunista/situação aguda
Avaliação	Monitorização das atividades através do indicador 2013.053.01

Indicador	Resultado a 03/2024	Meta para 2024-2026
2013.053.01	45,54	50

Atividade 10

Descrição	Proporção utentes consumo álcool, com consulta 3A
Quem	Médicos e Enfermeiros
Como	Consulta programada/oportunista/situações agudas com registo no <i>SClínico</i>
Onde	Consultórios médicos e enfermagem
Quando	Aproveitar cada oportunidade de contacto para Consulta de vigilância/ oportunista/situação aguda
Avaliação	Monitorização das atividades através do indicador 2013.054.01

Indicador	Resultado a 03/2024	Meta para 2024-2026
2013.054.01	75,758	75

OBJETIVO 6

Partilha de casos clínicos complexos

Estratégias

- Referenciar internamente por email, para reunião clínica, quando existir necessidade de discutir um caso clínico complexo relacionado com consumos excessivos de álcool, abuso de tabaco e obesidade;
- Referenciar internamente por email, para reunião clínica quando existir necessidade de consulta hospitalar.

Atividade 11

Descrição	Partilha de casos clínicos complexos
Quem	Médicos e enfermeiros
Como	Discussão de Casos Clínicos complexos
Onde	Email e Reuniões Clínicas
Quando	Todo o ano
Avaliação	Nº de casos clínicos complexos partilhados sobre consumo excessivo de álcool, abuso de tabaco e obesidade

Indicadores De Execução/ Monitorização E Metas

Atividades	Descrição	Indicador de Monitorização	Meta 2024- 2026
1	Consulta enfermagem a utentes com idade ≥ 14 com avaliação do GRT	Nº de consultas de enfermagem efetuadas a utentes com idade ≥ 14 anos com avaliação do GRT / Nº total de consultas de enfermagem a utentes com idade ≥ 14 anos	60%
2	Proporção utentes $\geq 14A$, c/ IMC últimos 3 anos	Proporção utentes $\geq 14A$, c/ IMC últimos 3 anos - Monitorização das atividades através do indicador 2013.033.01	60%
3	Proporção obesos $\geq 14A$, com consulta vigilância obesidade - 2A	Proporção obesos $\geq 14A$, com consulta vigilância obesidade - 2A - Monitorização das atividades através do indicador 2013.034.01	80%
4	Proporção utentes $\geq 14 A$, com registo hábitos tabágicos	Proporção utentes $\geq 14 A$, com registo hábitos tabágicos - 2013.047.01	60%
5	Proporção fumadores, com consulta relacionada tabaco - 1A	Proporção fumadores, com consulta relacionada tabaco - 1ª - Monitorização das atividades através do indicador 2013.277.01	50%
6	Proporção utentes ≥ 15 anos, com registo hábitos tabágicos - 3A	Proporção utentes ≥ 15 anos, com registo hábitos tabágicos - 3A - Monitorização das atividades através do indicador 2018.395.01	60%
7	Proporção fumadores com intervenção breve ou muito breve 1 ano	Proporção fumadores com intervenção breve ou muito breve 1 ano - Monitorização das atividades através do indicador 2018.397.01	25%
8	Incidência anual de pessoas em abstinência tabágica 12M	Incidência anual de pessoas em abstinência tabágica 12M - Monitorização das atividades através do indicador 2018.404.01	70%
9	Proporção utentes $\geq 14A$, com registo consumo álcool	Proporção utentes $\geq 14A$, com registo consumo álcool - Monitorização das atividades através do indicador 2013.053.01	45%
10	Proporção utentes consumo álcool, com consulta 3A	Proporção utentes consumo álcool, com consulta 3ª - Monitorização das atividades através do indicador 2013.054.01	75%
11	Partilha de casos clínicos complexos	Nº de casos clínicos complexos partilhados sobre consumo excessivo de álcool, abuso de tabaco e obesidade	100%

Cronograma Anual

	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Atividades 1 a 11	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitorização do programa						X						X

Cuidados Domiciliários

Objetivos Gerais

- Analisar o número de utentes expectável (necessidades máximas, em termos de cuidados domiciliários) para o ano de 2024 – analisar dentro de cada equipa (X doentes/ano).
- Conseguir que a taxa de visitas domiciliárias de enfermagem a utentes com mais de 65 anos seja de, pelo menos, 200 por 1000 inscritos;
- Aumentar a taxa de visitas domiciliárias médicas para os 20 por cada 1000 inscritos;
- Obter uma percentagem de visitas domiciliárias próximo de 20% em RN e 80% do RN de risco social.
- Obter uma percentagem de visitas domiciliárias a puérperas inscritas na USF de 30%;

Estratégias Gerais

1. Atualizar o ficheiro de utentes dependentes.
2. Realizar visitas domiciliárias de enfermagem aos utentes dependentes.
3. Realizar visitas domiciliárias médicas aos utentes que assim necessitem.
4. Sensibilização da grávida, durante as consultas de vigilância, no último trimestre de gravidez, para a necessidade da visita domiciliária após o parto (até 42 dias após) e da visita do RN (até aos 15 dias de vida). Entrega de panfleto informativo e consentimento informado à grávida.
5. Acordar visita domiciliária ao R.N/Puérpera no 1º contacto da mãe na USF.

Objetivos Específicos

OBJETIVO 1

Determinar o grau de dependência avaliado pela Escala de Barthel, a 100% dos utentes seguidos no programa de visita domiciliária.

Estratégias

- Avaliar o grau de dependência utilizando a Escala de Barthel durante a realização do Exame Periódico de Saúde (EPS).

Atividade 1

Descrição	Cálculo no <i>SClínico</i> do grau de dependência
Quem	Enfermeiros e Médicos
Como	Utilizando a escala de Barthel
Onde	Consultório/domicílio
Quando	Semestralmente
Avaliação	Avaliação semestral do registo do grau de dependência no programa <i>SClínico</i> /Nº de utentes seguidos em programa de Visitação domiciliária.

OBJETIVO 2

Manter uma taxa de visitas domiciliárias de enfermagem a utentes com mais de 65 anos, de no mínimo 200/1000 utentes inscritos.

Estratégia

- Garantir pelo menos uma visita domiciliária de enfermagem aos utentes que necessitam de visitas domiciliárias programadas, de acordo com os critérios definidos no regulamento interno.

Atividade 2

Descrição	Marcação de pelo menos uma visita domiciliária de enfermagem aos utentes com idade ≥ 65 anos a necessitar de visitas domiciliárias programadas.
Quem	Enfermeiros, Médicos e Assistentes Técnicos
Como	Agendamento de pelo menos uma visita domiciliária
Onde	Domicílio
Quando	Todo o ano
Avaliação	Nº de domicílios de enfermagem realizados a utentes idosos. IDE.

Indicadores de Monitorização – IDE:

Cód. Indicador: 2013.008.01 FL		Subárea Acesso				
Nº e Descrição do Indicador que consta do IDE		Int. VA	Int. Esp.	Pond.	Valor Mar 2024	Score
294 – Taxa de domicílios enferm. p/ 1000 inscritos idosos		[150; 1500]	[500; 1500]	0.04	145.396	0.000

LEGENDA: **Int. VA**: Intervalo de variação aceitável do Indicador | **Int. Esp.**: Intervalo esperado do Indicador | **Pond.**: Ponderação do Indicador | **Score**: Score do indicador para o resultado mais recente | Resultados do IDE, dos IDS das respetivas subáreas e indicadores que os compõem, nos termos da Portaria 411-A/2023, calculados para USF CoimbraCelas, no mês Mar/2024

OBJETIVO 3

Aumentar a taxa de visitas domiciliárias para, pelo menos, 20 por cada 1000 utentes inscritos e que assim necessitem.

Estratégias

- Identificar os indivíduos que necessitem de apoio médico e que não tenham condições de autonomia para se dirigirem à USF.

Atividade 3

Descrição	Aumentar a taxa de domicílios médicos para 20 por cada 1000 utentes
Quem	Enfermeiros, Médicos e Assistentes Técnicos
Como	Agendamento de pelo menos uma visita domiciliária
Onde	Domicílio
Quando	Todo o ano
Avaliação	Nº de domicílios médicos realizados. IDG.

Indicadores de Monitorização – IDG:

Cód. Indicador: 2013.003.01 FL		Subárea Acesso		
Nº e Descrição do Indicador que consta do IDG		Int. VA	Int. Esp.	Valor Mar 2024
3 – Taxa de domicílio médicos por 1.000 inscritos		[10; 45]	[18; 35]	11.348
				0.337

LEGENDA: **Int. VA:** Intervalo de variação aceitável do Indicador | **Int. Esp.:** Intervalo esperado do Indicador | **Score:** Score do indicador para o resultado mais recente | Resultados do IDG, dos IDS das respetivas subáreas e indicadores que os compõem, nos termos da Portaria 411-A/2023, calculados para USF CoimbraCelas, no mês Mar/2024

OBJETIVO 4

Efetuar visitação domiciliária a 20% dos recém-nascidos até aos 15 dias de vida.

Obter uma percentagem de visitas domiciliárias próximo do 80% em RN de risco social (identificar as famílias com risco)

Estratégias

- Entregar o consentimento informado à grávida no último trimestre da gravidez. Alertar a grávida em final de gestação da importância da visita domiciliária do RN.
- Combinar visita domiciliária ao R.N no 1º contacto da mãe na USF (até 15 dias).
- Identificar os RN de risco social.

Atividade 4

Descrição	Visita domiciliária ao Recém-nascidos até aos 15 dias de vida
Quem	Enfermeiros
Como	Realização de visita domiciliária e registo no <i>SClínico</i> e <i>Boletim de Saúde Infantil</i>
Onde	Domicílio
Quando	Todo o ano
Avaliação	Contagem de RN que tiveram pelo menos um domicílio de enfermagem durante os 1ºs 15 dias de vida/Contagem de RN inscritos na USF nesse ano. IDG.

Indicadores de Monitorização – IDG:

Cód. Indicador: 2013.015.01 FL		Subárea Gestão da Saúde (Saúde Infantil e Juvenil)			
Nº e Descrição do Indicador que consta do IDG		Int. VA	Int. Esp.	Valor Mar 2024	Score
15 – Proporção RN c/ domicílio enf. até 15º dia de vida		[10; 100]	[50; 100]	0.000	0.000

LEGENDA: **Int. VA:** Intervalo de variação aceitável do Indicador | **Int. Esp.:** Intervalo esperado do Indicador | **Score:** Score do indicador para o resultado mais recente | Resultados do IDG, dos IDS das respetivas subáreas e indicadores que os compõem, nos termos da Portaria 411-A/2023, calculados para USF CoimbraCelas, no mês Mar/2024

Atividade 5

Descrição	Visita domiciliária ao Recém-nascidos de risco social até aos 15 dias de vida
Quem	Enfermeiros
Como	Realização de visita domiciliária e registo no <i>SClínico e Boletim de Saúde Infantil</i>
Onde	Domicílio
Quando	Todo o ano
Avaliação	Contagem de RN de risco social que tiveram pelo menos um domicílio de enfermagem durante os 1ºs 15 dias de vida/Contagem de RN inscritos na USF nesse ano

OBJETIVO 5

Obter uma percentagem de visitas domiciliárias às puérperas seguidas na USF de 30%.

Estratégias

- Preparação da grávida, durante as consultas de vigilância, no último trimestre de gravidez, para a necessidade da visita domiciliária após o parto. Entrega de panfleto informativo e consentimento informado à grávida.

Atividade 6

Descrição	Realização de visita domiciliária às puérperas (até 42º dia) seguidas na USF
Quem	Enfermeiros
Como	Marcação antecipada da visita domiciliária
Onde	Domicílio
Quando	Todo o ano, permitindo flexibilidade (entre a data do fim da gravidez e o 42º dia do puerpério)
Avaliação	Contagem de puérperas com pelo menos uma visita domiciliária de enfermagem/Contagem de puérperas seguidas na USF. IDG.

Indicadores de Monitorização – IDG:

Cód. Indicador: 2013.296.01 FL		Subárea Gestão da Saúde (Saúde da Mulher)		Int. Esp.	Valor Mar 2024	Score
Nº e Descrição do Indicador que consta do IDG		Int. VA				
296 – Proporção agreg. Fam. Puérp. RN c/ domic. enf.		[5; 100]		[45; 100]	0.000	0.000

LEGENDA: **Int. VA:** Intervalo de variação aceitável do Indicador | **Int. Esp.:** Intervalo esperado do Indicador | **Score:** Score do indicador para o resultado mais recente | Resultados do IDG, dos IDS das respetivas subáreas e indicadores que os compõem, nos termos da Portaria 411-A/2023, calculados para USF CoimbraCelas, no mês Mar/2024

Indicadores De Execução/ Monitorização E Metas

Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem	Nº de domicílios de enfermagem a utentes >= 65 anos, realizados por ano	200/1000
	Nº utentes inscritos com > 65 anos	
Taxa de visitas domiciliárias médicas	Nº de domicílio médicos realizados por ano	20/1000
Percentagem de visitas domiciliárias realizadas a RN	Nº de RN que tiveram pelo menos um domicílio de enfermagem durante os 1ºs 15 dias de vida	20%
	Nº de RN inscritos na USF nesse ano	
Percentagem de visitas domiciliárias realizadas a RN com risco social	Nº de RN de risco social que tiveram pelo menos um domicílio de enfermagem durante os 1ºs 15 dias de vida	80%
	Nº de RN inscritos na USF nesse ano	
Percentagem de visitas domiciliárias a puérperas seguidas na USF durante a gravidez	Nº de puérperas (até 42º dia) com pelo menos uma visita domiciliária de enfermagem	30%
	Nº de puérperas seguidas na USF	

Cronograma Anual

	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Atividades 1 a 6	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitorização do programa												X

Programa de Vacinação

O Programa Nacional de Vacinação é um programa universal, gratuito e acessível a toda a população, cujos resultados se refletem de forma positiva, trazendo ganhos em saúde para todos. Além da proteção individual, a vacinação traz benefícios para toda a comunidade, potenciando a imunidade de grupo, que é um fator primordial capaz de interromper a cadeia de transmissão da doença.

Aos profissionais de saúde compete divulgar o programa, motivar as famílias e aproveitar todas as oportunidades para atualizar o calendário vacinal.

População Alvo

Todos os utentes inscritos na USF Coimbra Celas (N= 9798).

Objetivo Geral

Garantir o cumprimento do PNV pelo menos a todos os utentes inscritos na USF CoimbraCelas, concretamente nas idades alvo de monitorização nacional e grupos de risco acrescido.

Objetivos Específicos

- Garantir o cumprimento do PNV nas coortes dos 2, 7 e 14 anos e garantir que pelo menos 80% destas crianças tenham o PNV cumprido;
- Garantir o cumprimento do PNV nos utentes com idade ≥ 25 anos e garantir que 80% destes utentes tenham a vacina antitetânica atualizada;
- Garantir que pelo menos 65% de utentes com doença crónica ou com idade ≥ 65 anos sejam vacinados com a vacina da gripe;
- Garantir que todas as mulheres grávidas entre as 24 e as 36 semanas sejam vacinadas contra a tosse convulsa com a vacina Tdpa (vacina contra o tétano, difteria e tosse convulsa, doses reduzidas);
- Garantir o cumprimento das orientações da DGS relativas a vacinação de grupos de risco acrescido para tipos de vacinação específica (BCG, antipneumocócica ou pn13, pn23, rotavírus, etc);
- Fornecer a literacia sobre vacinação extra PNV nas crianças e idade adulta, conforme orientações previstas e apoiar na tomada de decisão pelos adultos e dos pais das crianças (folhetos informativo da USF).

Estratégias

- Promover a literacia sobre a importância da vacinação ao longo do ciclo vital e aproveitar todas as oportunidades de vacinação;
- Promover a verificação do estado vacinal a todo o utente que recorra à unidade para qualquer ato médico, de enfermagem ou administrativo;

- Monitorizar semestralmente o cumprimento vacinal e proceder à convocatória dos utentes com vacinas em atraso;
- Promover visita domiciliária nas condições previstas de incapacidade de incapacidade de se não deslocar à USF ou nas situações de não comparência face à convocatória;
- Articular com a UCC e setor social na deteção precoce de crianças e jovens em idade escolar; e idosos institucionalizados, com vacinas em atraso;
- Promover a vacinação em todo o horário de funcionamento da USF.

Atividade 1

Descrição Garantir o cumprimento do PNV na coorte dos 2 anos e garantir que 95% destas crianças tenham o PNV cumprido ou em execução;

Quem	Médicos, enfermeiras e administrativos
Como	Marcação a pedido do utente; marcação por iniciativa da equipa; marcação/realização oportunista; Monitorização semestral do cumprimento vacinal
Onde	Gabinete de enfermagem
Quando	Ao longo do ano, todo o horário de funcionamento da USF
Avaliação	Proporção de crianças com 2 anos com PNV cumprido ou em execução até aos 2 anos – Monitorização através do indicador 2023.093.01

Atividade 2

Descrição Garantir o cumprimento do PNV na coorte dos 7 anos e garantir que 80% destas crianças tenham o PNV cumprido ou em execução;

Quem	Médicos, enfermeiras e administrativos
Como	Marcação a pedido do utente; marcação por iniciativa da equipa; marcação/realização oportunista; Monitorização semestral do cumprimento vacinal
Onde	Gabinete de enfermagem
Quando	Ao longo do ano, todo o horário de funcionamento da USF
Avaliação	Proporção de crianças com 7 anos com PNV cumprido ou em execução até aos 7 anos – Monitorização através do indicador 2023.094.01

Atividade 3

Descrição Garantir o cumprimento do PNV na coorte dos 14 anos e garantir que 90% destas crianças tenham o PNV cumprido ou em execução;

Quem	Médicos, enfermeiras e administrativos
Como	Marcação a pedido do utente; marcação por iniciativa da equipa; marcação/realização oportunista; Monitorização semestral do cumprimento vacinal
Onde	Gabinete de enfermagem
Quando	Ao longo do ano, todo o horário de funcionamento da USF
Avaliação	Proporção de jovens com 14 anos com PNV cumprido ou em execução até aos 14 anos – Monitorização através do indicador 2023.095.01

Atividade 4

Descrição Garantir o cumprimento do PNV nos utentes com idade ≥ 25 anos e garantir que 80% destes utentes tenham a vacina antitetânica atualizada

Quem	Médicos, enfermeiras e administrativos
Como	Marcação a pedido do utente; marcação por iniciativa da equipa; marcação/realização oportunista; Monitorização semestral do cumprimento vacinal
Onde	Gabinete de enfermagem
Quando	Ao longo do ano, todo o horário de funcionamento da USF
Avaliação	Proporção de utentes com ≥ 25 anos com vacinação antitetânica atualizada – Monitorização através do indicador 2023.098.01

Atividade 5

Descrição Garantir que todas as mulheres grávidas entre as 24 e as 36 semanas sejam vacinadas contra a tosse convulsa com a vacina Tdpa (vacina contra o tétano, difteria e tosse convulsa, doses reduzidas)

Quem	Médicos, enfermeiras e administrativos
Como	Marcação a pedido do utente; marcação por iniciativa da equipa; marcação/realização oportunista; Monitorização semestral do cumprimento vacinal
Onde	Gabinete de enfermagem
Quando	Ao longo do ano, todo o horário de funcionamento da USF
Avaliação	Proporção de grávidas vacinadas contra a tosse convulsa com a vacina Tdpa/Nº total grávidas

Atividade 6

Descrição Garantir que todas as crianças até 5 anos tenham avaliação de elegibilidade, ou encaminhamento, para BCG

Quem	Médicos, enfermeiras e administrativos
Como	Marcação a pedido do utente; marcação por iniciativa da equipa; marcação/realização oportunista; Monitorização semestral do cumprimento vacinal
Onde	Gabinete de enfermagem
Quando	Ao longo do ano, todo o horário de funcionamento da USF
Avaliação	Proporção de crianças até 5 anos com elegibilidade, ou encaminhamento para BCG – Monitorização através dos indicadores 2019.424.01 – Prop. Crianças [0; 1[A, c/ aval. Elegib. p/BCG e 2019.425.01 – Prop. Crianças [0; 6[A, c/ aval. Elegib. p/BCG Nº Total de encaminhamentos para BCG via referenciação para USP

Atividade 7

Descrição Garantir que todas os utentes com situações de risco previstas por critérios definidos em Normas da DGS, sejam vacinados com respetivas vacinas

Quem	Médicos, enfermeiras e administrativos
Como	Marcação a pedido do utente; marcação por iniciativa da equipa; marcação/realização oportunista; Monitorização semestral do cumprimento vacinal
Onde	Gabinete de enfermagem
Quando	Ao longo do ano, todo o horário de funcionamento da USF
Avaliação	Nº Total de Utentes de risco identificados com critérios para vacinação específicas (antipneumocócica ou pn13, pn23, rotavírus)

Indicadores De Execução/ Monitorização E Metas

Atividades	Descrição	Indicador de Monitorização	Meta 2024-2026
1	Garantir o cumprimento do PNV na corte dos 2 anos e garantir que 95% destas crianças tenham o PNV cumprido	Proporção de crianças com 2 anos com PNV cumprido ou em execução até aos 2 anos – Monitorização através do indicador 2023.093.01	95%
2	Garantir o cumprimento do PNV na corte dos 7 anos e garantir que 65% destas crianças tenham o PNV cumprido ou em execução;	Proporção de crianças com 7 anos com PNV cumprido ou em execução até aos 7 anos – Monitorização através do indicador 2023.094.01	80%
3	Garantir o cumprimento do PNV na corte dos 14 anos e garantir que 90% destas crianças tenham o PNV cumprido ou em execução;	Proporção de jovens com 14 anos com PNV cumprido ou em execução até aos 14 anos – Monitorização através do indicador 2023.095.01	90%
4	Garantir o cumprimento do PNV nos utentes com idade $\geq$ 25 anos e garantir que 80% destes utentes tenham a vacina antitetânica atualizada	Proporção de utentes com $\geq$ 25 anos com vacinação antitetânica atualizada – Monitorização através do indicador 2023.098.01	80%
5	Garantir que todas as mulheres grávidas entre as 24 e as 36 semanas sejam vacinadas contra a tosse convulsa com a vacina Tdpa (vacina contra o tétano, difteria e tosse convulsa, doses reduzidas)	Proporção de grávidas vacinadas contra a tosse convulsa com a vacina Tdpa/Nº total grávidas	90%
6	Garantir que todas as crianças até 5 anos tenham avaliação de elegibilidade, ou encaminhamento, para BCG	Proporção de crianças até 5 anos com elegibilidade, ou encaminhamento para BCG – Monitorização através dos indicadores 2019.424.01 – Prop. Crianças [0; 1[A, c/ aval. Elegib. p/BCG e 2019.425.01 – Prop. Crianças [0; 6[A, c/ aval. Elegib. p/BCG Nº Total de encaminhamentos para BCG via referência para USP	90% ND
7	Garantir que todas os utentes com situações de risco previstas por critérios definidos em Normas da DGS, sejam vacinados com respetivas vacinas	Nº Total de Utentes de risco identificados com critérios para vacinação específicas (antipneumocócica ou pn13, pn23, rotavírus)	ND

Cronograma Anual

	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Atividades 1 a 7	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitorização do programa						X						X

Programa de Cuidados em Situações de Doença Aguda Não Urgente

O Plano de Ação na **doença aguda não urgente (DANU)** contempla situações de evolução recente ou agravamento de doença crónica, que não podem aguardar por agendamento programado para além das 24 horas e que necessitam por isso, de avaliação no próprio dia.

São critérios de acesso a esta consulta:

- Sintoma súbito/agudo que surgiu nos últimos 3 dias (febre, tosse, diarreia, dor de cabeça, dores musculares, dores nos ossos, dores de garganta, dores de ouvidos, dor lombar, queixas urinárias, etc.) que consideram necessitar de avaliação médica no próprio dia;
- Agudização de um problema crónico com necessidade de ajuda médica para alívio das queixas;
- Hemorragias controladas;
- Tensão arterial elevada;
- Gravidez indesejada;
- Necessidade de contraceção de emergência;
- Risco de Doença Sexualmente Transmissível;
- Encaminhamento indicado pelo “Saúde 24” ou outro médico;
- Alteração de um MCDT (ex. urocultura positiva, hemograma alterados, etc).

São motivo de exclusão de acesso a esta consulta:

- Renovação de receituário crónico;
- Seguimento de doenças crónicas;
- Baixas e atestados médicos (exceto se solicitados pela urgência hospitalar);
- Relatórios, atestados de robustez, cartas de condução e outros, ainda que o utente os considere urgentes;
- Avaliação de exames complementares de diagnóstico (exceto se indicação do médico de família em contrário);
- Urgências/emergências;
- Pedidos de exames solicitados por médicos de outras unidades.

O acesso à marcação de consulta será efetuado através de telefone, email ou presencial pelo utente ou pelo sistema de agendamento do SNS24, através do secretariado clínico que posteriormente encaminhará para o médico ou para a enfermeira ou agendamento por email, diretamente com o médico/enfermeiro.

Para garantir resposta no próprio dia às situações de doença aguda, cada médico e enfermeiro, terão diariamente nos seus horários, seja no período da manhã e da tarde, espaço predestinado para marcações de situações agudas. A consulta terá um tempo médio de 10 a 15 minutos.

As situações consideradas urgentes e/ou emergentes terão atendimento prioritário, sendo posteriormente orientadas para o INEM e/ou SU do CHUC.

Será fornecido aos utentes um folheto próprio (validado em reunião geral de dia

19.05.2023 que se encontra em atualização anual) que está disponível na página web da USF com informação sobre situações de doença aguda e onde consta o sistema de triagem das urgências hospitalares que considera como espera média os seguintes tempos:

- Urgente, **Amarelo**, espera média de 60 minutos (1 hora);
- Pouco urgente, **Verde**, espera média 120 minutos (2 horas);
- Não urgente, **Azul**, espera média 240 minutos (4 horas).

Os utentes dispõem também de informação sobre o tema e respostas a perguntas frequentes no website da USF que deverão ser atualizadas.

População Alvo

Todos os utentes inscritos na USF e os utentes em contactos esporádicos que não pertençam aos concelhos limítrofes de Coimbra e que não sejam estudantes da UC.

Objetivos

- Garantir o atendimento, através de contacto direto ou indireto, de todas as situações agudas no próprio dia da solicitação (100%);
- Conseguir que a taxa de consultas ao utente pelo seu próprio médico de família e/ou enfermeiro seja de 87%;
- Assegurar a disponibilidade horária diária para garantir a resposta a todas as solicitações de doença aguda;
- Proporcionar o acesso dos utentes à consulta de situação aguda diminuindo os episódios de urgência hospitalar;
- Monitorizar todos os doentes enviados aos Serviços de Urgência da ULS de Coimbra (registo das referenciações).

Estratégias

- Cada equipa nuclear (médico/enfermeira) é responsável por definir a melhor estratégia para atuar nas situações de doença aguda.
- A resposta/agendamento a doença aguda deve ser dado de forma organizada, devendo existir resposta ao longo de todo o dia e ao longo de todo o horário do médico em causa;
- Publicitar a metodologia e o sistema de marcação de consultas de cada equipa nuclear (disponível no *website*), definida como consulta programada com hora;
- Publicitar as boas práticas de utilização da consulta de situações agudas (disponível no *website*). Se necessário entregar folheto informativo ao utente.
- Sensibilizar os utentes para contactarem previamente a USF por telefone ou por *e-mail*. O utente deve contactar a USF e a sua equipa de saúde por telefone ou *e-mail* antes de se dirigir à unidade, objetivando o que pretende, para ser

adequadamente encaminhado e se necessário agendar consulta com hora marcada;

- Quando o agendamento é realizado pelo secretariado em presença física, deve ser dada ao utente a hora previsível do agendamento, entregando ao doente o papel-modelo aprovado com a hora previsível da consulta.
- Se hora de atendimento superior a 1h30 o doente pode ausentar-se da USF, devendo voltar 15 min antes da hora de consulta para ser ativada a sua inscrição no secretariado.
- A consulta de intersubstituição geral da USF funciona durante todo o período de abertura da Unidade e visa o atendimento a utentes com situações de doença aguda não urgente e de cumprimento dos serviços mínimos, em que os seus médicos/enfermeiras estão ausentes. A vaga oferecida deve ser da equipa com maior disponibilidade (período da manhã) e mais próxima da hora de pedido da consulta pelo doente.

Atividade 1

Descrição Garantir o atendimento, através de contacto direto ou indireto, de todas as situações agudas (100%), que se apresentem na USF, que contactem por telefone ou *e-mail* ou que sejam agendadas pelo SNS24;

Quem	Médicos, Enfermeiros e Assistentes Técnicos
Como	Consulta de situação aguda não urgente
Onde	Consultórios médicos e de enfermagem
Quando	Todo o ano
Avaliação	Nº de consultas de doença aguda /Nº total solicitações de consulta de doença aguda

Auditoria	Resultado a 06/2024	Meta para 2024-2026
Criar	X	100

Atividade 2

Descrição Conseguir que a taxa de consultas ao utente pelo seu próprio médico de família e/ou enfermeiro seja de 87%.

Quem	Médicos e Enfermeiros
Como	Consulta de situação aguda
Onde	Consultórios médicos e de enfermagem
Quando	Todo o ano
Avaliação	Nº de consultas do utente pelo seu próprio médico de família e/ou enfermeiro /Nº total de consultas do utente na USF

Indicador	Resultado a 12/2023	Meta para 2024-2026
2013.001.01	86,60957	87
2013.005.01	86,63849	87

Atividade 3

Descrição Assegurar o acesso dos utentes à consulta de situação aguda no próprio dia da solicitação de modo a garantir que a proporção de consultas médicas de "doença aguda" efetuadas na USF seja de 85% do total de consultas de doença aguda do utente (Serviço de Urgência ou outras instituições públicas).

Quem	Médicos, Enfermeiros e Assistentes Técnicos
Como	Consulta de situação aguda
Onde	Consultórios médicos e de enfermagem
Quando	Todo o ano
Avaliação	Nº de consultas de doença aguda do utente na USF /Nº total de episódios de urgência do utente + consulta de doença aguda

Indicador	Resultado a 02/2024	Meta para 2024-2026
2018.412.01	53,04694	85

Atividade 4

Descrição Assegurar a disponibilidade horária diária para garantir a resposta a todas as solicitações de doença aguda não urgente

Quem	Médicos, Enfermeiros e Assistentes Técnicos
Como	Consulta de situação aguda
Onde	Consultórios médicos e de enfermagem
Quando	Todo o ano
Avaliação	-Nº de consultas médicas presenciais, que são realizadas no próprio dia em que é efetuado o registo do agendamento/Contagem de consulta médicas presenciais -Nº de consultas de enfermagem presenciais, que são realizadas no próprio dia em que é efetuado o registo do agendamento/Contagem de consultas de enfermagem presenciais

Indicador	Resultado a 12/2023	Meta para 2024-2026
2017.344.01	41,52808	41
2017.345.01	39,06467	40

Atividade 5

Descrição Proporcionar o acesso dos utentes à consulta de situação aguda diminuindo os episódios de urgência hospitalar

Quem	Médicos, Enfermeiros e Assistentes Técnicos
Como	Consulta de situação aguda
Onde	Consultórios médicos e de enfermagem
Quando	Todo o ano
Avaliação	Nº de episódios de urgência efetuados nos 12 meses anteriores a utentes com inscrição ativa/Nº de utentes com inscrição ativa

Indicador	Resultado a 12/2023	Meta para 2024-2026
2018.339.01	48,89355	25

Indicadores De Execução / Monitorização e Metas

Atividade	Descrição	Indicador de Monitorização	Meta 2024-2026
1	Taxa de resposta a todas as situações agudas	Garantir o atendimento, através de contacto direto ou indireto, de todas as situações agudas (100%), que se apresentem na USF, que contactem por telefone ou <i>e-mail</i> ou que sejam agendadas pelo SNS24 (<i>sem indicador, através de auditoria</i>).	100%
2	Percentagem de consultas efetuadas pelo médico de família	Nº de consultas presenciais realizadas pelo próprio médico de família / Nº de consultas presenciais realizadas por qualquer médico da unidade de saúde.	87%
2	Percentagem de consultas efetuadas pelo enfermeiro de família	Nº de consultas presenciais realizadas pelo próprio enfermeiro de família/ Nº de consultas presenciais realizadas por qualquer enfermeiro da unidade de saúde.	87%
3	Assegurar o acesso dos utentes à consulta de situação aguda no próprio dia da solicitação.	Nº consultas médicas de "doença aguda" efetuadas na USF do utente/ episódios de urgência + consultas de doença aguda	85%
4	Proporção de consultas médicas realizadas no dia do agendamento	Nº consultas médicas presenciais, que são realizadas no próprio dia em que é efetuado o registo do agendamento/ Contagem de consultas médicas presenciais.	41%
4	Proporção de consultas de enfermagem realizadas no dia do agendamento	Nº de consultas de enfermagem presenciais, que são realizadas no próprio dia em que é efetuado o registo do agendamento/ Contagem de consultas de enfermagem presenciais.	40%
5	Taxa anual ajustada episódios urgência hospitalar	Nº episódios de urgência efetuados nos 12 meses anteriores a utentes com inscrição ativa/ Nº de utentes com inscrição ativa	25%

Cronograma Anual

	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Atividades 1 a 5	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitorização do programa						X						X

II. Programas da Carteira Adicional de Serviços

Na carteira adicional de serviços, mas inserido na carteira básica, sem suplementos remuneratórios são abordados os seguintes programas:

- **Protocolos funcionais com população de risco social:**
 - Crianças e Adolescentes em risco (Colégio de São Caetano e Casa da Infância Doutor Elysio de Moura) e Dependências (Comunidade Terapêutica Lua Nova – ANAJOVEM)
 - Refugiados e pessoas vítimas de tráfico humano (Akto – Associação para a Promoção dos Direitos Humanos e Democracia)
 - Cáritas (Farol)
- **Resposta a todos os nossos utentes que queiram iniciar desabitação tabágica:** compromisso de dar resposta dentro da carteira básica, aguardando orientações para circuito das espirometrias e da integração de psicólogo clínico para integrar equipa multidisciplinar de consulta de cessação tabágica.

Na **carteira adicional de serviços remunerada**, PLANO DE CONTINGÊNCIA PARA A RESPOSTA SAZONAL EM SAÚDE, idêntico a 2024/25.

- Médicos recebem 55 €/h em dias úteis (20-22h) e 65 €/h aos sábados, domingos e feriados. Enfermeiros recebem 27 €/h em dias úteis (20-22h) e 32 €/h aos sábados, domingos e feriados; secretários clínicos recebem 15 €/h em dias úteis (20-22h) e 18 €/h aos sábados, domingos e feriados.

Protocolos Funcionais com População de Risco

Crianças/Adolescentes em Risco e Dependências

Tendo em conta existir uma população de risco, institucionalizada, uns por ordem do tribunal e outras por necessidade de tratamento em internamento protegido, e tendo em conta ser um processo de inserção limitado no tempo, exige uma articulação funcional que vai para além de uma inscrição normal.

Nesse sentido, foram assinados três protocolos de colaboração funcional – USF Coimbra Celas com:

- **Comunidade Terapêutica Lua Nova (CT Lua Nova - Coimbra) – ANAJOVEM:** que tem por objetivo o estabelecimento dos termos e condições em que as duas partes se comprometem a colaborar entre si, tendo em vista agilizar a resposta em saúde a uma população de risco e de exclusão social, dependentes de drogas ilícitas e/ou álcool.
- **Colégio de São Caetano (SCM de Coimbra) e Casa da Infância Doutor Elysio de Moura (Coimbra),** jovens enviados pelo tribunal.

População Alvo

- Utentes internadas na Comunidade Terapêutica Lua Nova (CT Lua Nova) que simultaneamente sejam utentes com inscrição ativa na USF Coimbra Celas.
- As crianças e jovens do sexo masculino residentes no Colégio de São Caetano, CAR - Casa de Acolhimento Residencial que simultaneamente sejam utentes com inscrição ativa na USF Coimbra Celas.
- As crianças e jovens do sexo feminino residentes na Casa da Infância Doutor Elysio de Moura (Coimbra) que simultaneamente sejam utentes com inscrição ativa na USF Coimbra Celas.

Compromissos funcionais

1. Sempre que a pessoa institucionalizada não tenha no concelho de Coimbra, médico e enfermeiro de família atribuído, deve a instituição ter autorização legal para ser efetuada a transferência de processo clínico para a USF Coimbra Celas.
2. Após obtenção dessa autorização, deve a instituição, via email, informar a USF CoimbraCelas da necessidade de se efetuar a respetiva transferência de processo clínico.
3. O Secretariado da USF, informará que documentos necessita para efetuar a respetiva transferência de processo clínico.
4. Após concretização da respetiva transferência de processo clínico deve acordar-se o agendamento da primeira consulta médica e de enfermagem.
5. Após a 1ª consulta médica e de enfermagem, em articulação com o tutor da criança ou jovens (se aplicável), será estabelecida a programação de cuidados de saúde na USF, na instituição e/ou em seguimento em especialidades hospitalares.
6. Sempre que o novo utente seja transferido da instituição, deve esta articular com a USF para programar a continuidade de cuidados de saúde para o novo local de residência.
7. Deve privilegiar-se a programação de cuidados em dia e hora marcada, devendo ser utilizado o email para as respetivas marcações e pedidos de receituário, dúvidas, entre outros, existindo o compromisso da USF de responder no tempo máximo de 48 horas.

Recursos humanos

Médicos	Enfermeiros	Secretário Clínico
Ana Viegas	Sónia Pinto	Paula Talina
João Rodrigues	M ^a João Vilaranda	Tânia Duarte
Inês Tinoco	Maria Manuela	Delfina Cardoso
Ana Soares	Rodrigo Reis	Graça Simões
Ivo Reis	Tatiana Miranda	

Refugiados e Pessoas Vítimas de Tráfico Humano

Embora a lei determine que o refugiado tem direito a cuidados de saúde no Serviço Nacional de Saúde (SNS), o Centro de saúde de Celas (CSC) com as suas diferentes unidades funcionais (UF), não consegue dar resposta organizada e continuada aos refugiados que a elas recorrem, procurando inscrever-se num médico de família, o que se torna inviável tem em conta o elevado número de utentes sem equipa de saúde familiar. Para colmatar esta efetiva realidade e estando esta população inserida num contexto de grande vulnerabilidade, pretende-se com esta Carteira Adicional de serviços, promover/prestar cuidados de saúde, que vão ao encontro das suas necessidades e problemas, tendo sempre presente as características individuais e culturais de cada pessoa/agregado familiar. Também, as pessoas vítimas de tráfico humano, na sua grande maioria crianças estrangeiras, necessitam de cuidados de saúde e por isso integram esta carteira.

Em relação as pessoas vítimas de tráfico humano, existe protocolo funcional assinado com a **Akto – Associação para a Promoção dos Direitos Humanos e Democracia**, pessoa coletiva número 513570799, com sede na Rua Aires de Campo, nº 6, 3000-014 Coimbra, representada neste ato por Sofia Figueiredo.

População alvo

Refugiados que se encontrem a residir em Coimbra.

Objetivo, metas e período de execução

O objetivo é prestar cuidados de saúde globais a todos os refugiados e pessoas vítimas de tráfico humano que residem em Coimbra, permitindo necessariamente a continuidade de cuidados e devido encaminhamento, quando necessário.

Atividade 1

Descrição	Receção administrativa dos utentes com inscrição no RNU, integração na listagem nominativa, em <i>Excel</i> .
Quem	Assistentes Técnicos que integrem a CA (carteira adicional)
Como	Inscrição no RNU em código a definir com o ACeS e informática da ARSC. - Requerentes de asilo e refugiados, respetivos cônjuges ou equiparados e descendentes diretos e indiretos. Articulação com equipa médica e de enfermagem que integra a CA na USF CoimbraCelas. Marcação de consultas médicas no <i>SINUs</i> , código 50 – Refugiados/População Vulnerável, e de enfermagem no <i>SClínico</i> (Refugiados).
Onde	USFCoimbraCelas
Quando	Todo o ano.
Carga Horária/SC	1 hora semanal (adaptar consoante a necessidade)

Avaliação	Monitorização de inscrições destes utentes na base de dados <i>Excel</i> e RNU/SClínico
------------------	---

Atividade 2

Descrição	Realização de consultas de: PF a todas as mulheres em idade fértil; SM a todas as mulheres grávidas; SI a todas as crianças; Diabetes/HTA/Doenças crónicas; Saúde do Adulto; realização de consultas de situações agudas; atualização do calendário vacinal a toda a população; referência para consultas de especialidade e articulação com Serviço Social.
------------------	--

Quem	Médicos/Enfermeiros que integram a CA
-------------	---------------------------------------

Como	Consulta programada, oportunista e de situações agudas com registo no <i>SClínico</i> ; vacinação programada e oportunista com registo no <i>SClínico e e-Vacinas</i> . Articulação com o Serviços Social
-------------	--

Onde	USFCoimbraCelas
-------------	-----------------

Quando	Todo o ano.
---------------	-------------

Carga Horária	1 horas semanais (adaptar consoante a necessidade)
----------------------	--

Avaliação	Nº de consultas tipo realizadas ao longo do ano; percentagem da população vacinada; nº de referências tipo ao longo do ano. Monitorização no SClínico/SIARS e base de dados Excel.
------------------	---

Indicadores de monitorização e de avaliação

Percentagem de consultas de PF	Nº de consultas de PF	50%
	Nº total de mulheres em idade fértil	
Percentagem de consultas de SM	Nº de consultas de SM	100%
	Nº total de grávidas	
Percentagem de consultas de SI	Nº de consultas de SI	75%
	Nº total de crianças (0-17 anos)	
Percentagem de consultas de Diab/HTA	Nº de consultas de DIAB/HTA	70%
	Nº total de diabéticos e hipertensos	
Percentagem de consultas de SA	Nº total de consultas de SA	70%
	Nº total de adultos (18 -64 anos)	
Percentagem de consultas de agudos	Nº total de consultas de agudos	100%
	Nº total de situações de doença aguda	
Percentagem da população vacinada	Nº da população vacinada	100%
	Nº total da população	

Percentagem de casos com necessidade de referenciação	Nº total de referenciações	100%
	Nº total de população que necessita de referenciação	

Recursos humanos

Médicos	Enfermeiros	Secretário Clínico
Ana Viegas	Sónia Pinto	Paula Talina
João Rodrigues	Mª João Vilaranda	Tânia Duarte
Inês Tinoco	Maria Manuela	Delfina Cardoso
Ana Soares	Rodrigo Reis	
Ivo Reis	Tatiana Miranda	

III. Satisfação dos Utentes e Profissionais

Satisfação dos Utentes

A satisfação dos utentes é um elemento crucial para o bom funcionamento e a qualidade dos serviços prestados pela USF CoimbraCelas. Este plano de ação visa implementar estratégias específicas para melhorar a satisfação e integração dos utentes nos serviços oferecidos.

População Alvo

Utentes da USF CoimbraCelas.

Objetivos Gerais

Melhorar a satisfação e integração dos utentes nos serviços prestados pela USF CoimbraCelas.

Criar e fomentar um ambiente propício à participação ativa dos utentes nos processos de gestão e melhorias dos serviços.

Objetivos Específicos

1. Estabelecer canais de comunicação eficazes para receber feedback, reclamações, elogios e sugestões dos utentes.
2. Promover a transparência e a qualidade no atendimento aos utentes.
3. Realizar pesquisas periódicas de satisfação para identificar áreas de melhoria.
4. Implementar um programa de formação para a equipa, focado em competências de comunicação e atendimento centrado no utente.
5. Divulgar a política de avaliação da satisfação dos utentes e sua importância para a melhoria contínua.
6. Divulgar os resultados das avaliações de satisfação e das sugestões dos utentes.
7. Monitorizar continuamente a satisfação dos utentes e tomar medidas corretivas quando necessário.

Estratégias

- Criação da Comissão de Utentes.
- Fomentar a Participação Ativa dos Utentes.
- Manutenção do Canal de Comunicação Externo - Website
- Divulgação da Política de Avaliação da Satisfação dos Utentes.
- Desenvolver um programa de formação contínua para os profissionais de saúde e administrativos da USF, focado na comunicação, empatia, resolução de conflitos e atendimento centrado no utente.
- Monitorização Contínua da Satisfação dos Utentes.

Atividade 1

Descrição Convite e formação da Comissão de Utentes

Quem	Coordenador USF
Como	Identificar e convidar utentes interessados e representativos para compor a Comissão de Utentes da USF CoimbraCelas. Definir os objetivos e responsabilidades da Comissão, incluindo a análise de feedback dos utentes e a proposição de melhorias. Realizar reuniões periódicas (trimestrais) da Comissão para discutir questões relevantes e apresentar recomendações ao CG da USF.
Onde	Sem local definido
Quando	2024-2026
Avaliação	Existência da Comissão de Utentes da USF CoimbraCelas. Após criação, evidência de pelo menos 2 reuniões por cada ano civil.

Atividade 2

Descrição Fomentar a Participação Ativa dos Utentes

Quem	Grupo apoio – “Comunicação Interna e Externa”
Como	Criar canais formais para que os utentes possam expressar suas opiniões, sugestões, reclamações e elogios, como formulários online, caixas de sugestões e e-mails específicos.
Onde	Sem local definido
Quando	2024-2026
Avaliação	Existência plataforma de submissão de sugestões, reclamações e elogios no site. Existência de diversas caixas de sugestões espalhadas pela USF.

Atividade 3

Descrição Canal de Comunicação Externo - Website

Quem	Grupo apoio – “Comunicação Interna e Externa”
Como	Atualizar regularmente o website da USF CoimbraCelas com informações relevantes para os utentes, como horários de atendimento, serviços oferecidos, informações sobre a Comissão de Utentes e procedimentos para feedback. Incluir formulários eletrónicos no website para facilitar o envio de feedback e sugestões pelos utentes, garantindo uma via de comunicação direta e acessível.
Onde	www.usfcoimbracelas.com
Quando	2024-2026
Avaliação	Monitorização de atualização do site por todos os elementos da equipa, sugestões enviadas via fórum de discussão.

Atividade 4

Descrição Realização de Pesquisas de Satisfação

Quem	CT
Como	Enviar Formulários aos utilizadores da consulta da USF CoimbraCelas

Onde	Online e presencialmente
Quando	Semestralmente
Avaliação	Avaliação semestral da satisfação dos utentes

Atividade 5

Descrição	Divulgação da Política de Avaliação da Satisfação dos Utentes
Quem	Grupo apoio – “Comunicação Interna e Externa”
Como	Elaborar e divulgar de forma clara e acessível a política de avaliação da satisfação dos utentes, destacando a importância do feedback para a melhoria contínua dos serviços da USF CoimbraCelas. Utilizar diferentes canais de comunicação, como o website, cartazes informativos na unidade, folhetos distribuídos aos utentes e informação disponível nas redes sociais da USF.
Onde	Online e presencialmente
Quando	Anualmente
Avaliação	Evidência da publicação da política de avaliação da satisfação dos utentes

Atividade 6

Descrição	Divulgação dos Resultados da Avaliação de Satisfação
Quem	Grupo apoio – “Comunicação Interna e Externa”
Como	Após a análise das sugestões e dos resultados dos questionários de satisfação, preparar relatórios periódicos resumindo as principais conclusões e ações tomadas em resposta ao feedback dos utentes. Divulgar esses relatórios de forma transparente e acessível aos utentes, seja por meio do website, murais informativos na unidade ou envio por e-mail aos utentes cadastrados.
Onde	Online e presencialmente
Quando	Semestralmente
Avaliação	Publicação semestral de um relatório que avalie a satisfação dos utentes

Atividade 7

Descrição	Monitorização Contínua da Satisfação dos Utentes
Quem	CT
Como	Implementar um sistema de monitorização contínua da satisfação dos utentes, utilizando métricas quantitativas e qualitativas para avaliar a experiência dos utentes ao longo do tempo. Utilizar os resultados dessa monitorização para ajustar estratégias, realizar melhorias contínuas e manter um diálogo aberto com os utentes sobre as mudanças implementadas.
Onde	Online e presencialmente
Quando	Semestralmente
Avaliação	Publicação semestral de um relatório que avalie a satisfação dos utentes

Atividade 8

Descrição Discussão e Monitorização das reclamações, elogios e pedidos de transferência interna de utentes

Quem	Todos
Como	Todas as reclamações, elogios e pedidos de transferência são dados a conhecer via online ao fórum da USF e depois seguem os passos definidos do manual de boas práticas Todos os pedidos de transferência interna são discutidos em equipa e deve o Coordenador ou seu substituto quando for um utente/família do Coordenador, reunir com o utente em causa e validar o pedido em causa.
Onde	Online e presencialmente
Quando	Sempre que ocorram
Avaliação	Publicação anual do relatório

Indicadores De Execução/ Monitorização E Metas

Atividades	Descrição	Indicador de Monitorização	Meta 2024-2026
1	Convite e formação da Comissão de Utentes	Data da criação da Comissão de Utentes da USF CoimbraCelas. Nº de reuniões realizadas pela Comissão de Utentes/ano	2/Ano
2	Fomentar a Participação Ativa dos Utentes	Existência plataforma de submissão de sugestões, reclamações e elogios no site. Existência caixa de sugestões física.	
3	Canal de Comunicação Externo - Website	Nº sugestões enviadas discutidas	ND
4	Realização de Pesquisas de Satisfação	Nº de relatório semestrais da satisfação dos utentes	
5	Divulgação da Política de Avaliação da Satisfação dos Utentes	Evidência da publicação da política de avaliação da satisfação dos utentes	
6	Divulgação dos Resultados da Avaliação de Satisfação	Nº de relatórios semestrais de satisfação dos utentes	
7	Monitorização Contínua da Satisfação dos Utentes	Nº de relatórios semestrais de satisfação dos utentes	

Cronograma Anual

	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Atividades 1 a 7	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitorização do programa						X						X

Satisfação dos Profissionais

Neste capítulo, focamo-nos nos profissionais da USF CoimbraCelas, com o objetivo de fortalecer a coesão e identidade da equipa através de atividades envolventes e significativas. Pretendemos fomentar o espírito de equipa, promover a comunicação eficaz e o respeito mútuo, celebrar os valores da unidade, desenvolver competências interpessoais e criar um ambiente de trabalho positivo e motivador.

Para alcançar estes objetivos, iremos comemorar eventos marcantes na USF, organizar atividades sociais para datas importantes e integrar dinâmicas de espírito de equipa nas reuniões semanais.

População Alvo

Profissionais da USF CoimbraCelas.

Objetivo Geral

Unir a equipa e fortalecer a identidade da unidade através de atividades envolventes e significativas.

Objetivos Específicos

- Fomentar o espírito de equipa e a colaboração entre os elementos.
- Promover a comunicação eficaz e o respeito mútuo.
- Celebrar os valores da unidade.
- Desenvolver competências interpessoais e estimular a criatividade.
- Criar um ambiente de trabalho positivo e motivador.

Estratégias

- Comemorar os acontecimentos de maior impacto na USF.
- Desenvolver atividades de âmbito social que permitam comemorar datas importantes.
- Desenvolver o espírito de equipa em momentos reservados nas reuniões semanais.
- Monitorizar e prevenir o *burnout* entre os profissionais da USF.

Atividade 1

Descrição	Dia da Equipa
Quem	Núcleo Felicidade
Como	Um dia a realizar uma atividade que fomente o espírito de equipa
Onde	Fora da USF
Quando	Fora do horário de funcionamento da USF
Avaliação	Existência de pelo menos 1 (um) por ano civil.

Atividade 2

Descrição Workshop de *Team Building*

Quem	Núcleo Felicidade
Como	Realizar uma atividade que fomente o espírito de equipa
Onde	Dentro ou fora da USF
Quando	14h00-17h00 sexta-feira
Avaliação	Existência de pelo menos 2 (dois) por ano civil.

Atividade 3
Descrição Aniversário da USF

Quem	Núcleo Felicidade
Como	Realizar atividade que celebre o aniversário da criação da USF.
Onde	Dentro ou fora da USF
Quando	A designar.
Avaliação	Existência de pelo menos 1 (um) por ano civil.

Atividade 4
Descrição Reuniões de Equipa – atividades pontuais

Quem	Núcleo Felicidade
Como	Realizar uma atividade (curta duração – 30min) que fomente o espírito de equipa
Onde	Dentro ou fora da USF
Quando	14h00-17h00 sexta-feira
Avaliação	Existência de pelo menos 1 (um) por trimestre.

Atividade 5
Descrição Avaliação da Satisfação nos profissionais de saúde

Quem	Conselho Técnico
Como	Realizar avaliação da satisfação dos profissionais de saúde, através de um questionário anonimizado.
Onde	On-line
Quando	1º e 2º semestres
Avaliação	Monitorização através do indicador SIARS 2024.483.01

Atividade 6
Descrição Análise dos resultados em equipa

Quem	Conselho Geral
Como	Discussão do relatório com análise descritiva das sugestões entregues.
Onde	Presencial
Quando	1º e 2º semestres
Avaliação	Monitorização através do indicador SIARS 2024.483.01

Descrição Análise e correlação de reclamações/sugestões de utentes com envolvimento de profissionais de saúde

Quem	Conselho Técnico
Como	Verificar a correlação entre reclamações de utentes relacionadas com profissionais de saúde e a satisfação destes
Onde	On-line, presencial
Quando	1º e 2º semestres
Avaliação	Existência de pelo menos 1 (um) por semestre.

Atividade 7

Descrição Atuação segundo o Ciclo PDCA

Quem	Núcleo da Felicidade
Como	Plan (identificar problemas, estabelecer PA), Do (executar o plano, coloca-lo em prática), Check (validar resultados, monitorizar indicadores), Act (corrigir insucessos e padronizar e treinar no sucesso)
Onde	Presencial
Quando	1º e 2º semestres
Avaliação	Monitorização através do indicador SIARS 2024.483.01

Atividade 8

Descrição Avaliação do *burnout* nos profissionais de saúde

Quem	Conselho Técnico
Como	Realizar avaliação do burnout nos profissionais de saúde
Onde	On-line
Quando	1º e 2º semestres
Avaliação	Existência de pelo menos 1 (um) por semestre.

Atividade 9

Descrição Análise dos resultados

Quem	Conselho Técnico
Como	Discussão do relatório com análise descritiva das sugestões entregues e atuação segundo resultados.
Onde	On-line
Quando	1º e 2º semestres
Avaliação	Existência de pelo menos 1 (um) por semestre.

Atividade 10

Descrição Avaliação das necessidades formativas dos profissionais de saúde

Quem	Conselho Técnico
Como	Realizar avaliação das necessidades formativas dos profissionais de saúde
Onde	On-line
Quando	4º trimestre
Avaliação	Existência de pelo menos 1 (um) por semestre.

Indicadores De Execução/ Monitorização E Metas

Atividades	Descrição	Indicador de Monitorização	Meta 2024- 2026
1	Dia da Equipa	Existência de pelo menos 1 (um) por ano civil.	100%
2	Workshop de <i>Team Building</i>	Existência de pelo menos 2 (dois) por ano civil.	100%
3	Aniversário da USF	Existência de pelo menos 1 (um) por ano civil.	100%
4	Reuniões de Equipa – atividades pontuais	Existência de pelo menos 1 (um) por trimestre.	100%
5	Reuniões de Equipa – atividades pontuais	Existência de pelo menos 1 (um) por semestre.	100%
6	Avaliação do burnout nos profissionais de saúde	Existência de pelo menos 1 (um) por semestre.	100%
7	Avaliação das necessidades formativas dos profissionais de saúde	Existência de pelo menos 1 (um) por semestre.	100%

Cronograma Anual

	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Atividades 1 a 10	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitorização do programa						X						X

IV. Plano de Formação da Unidade

Cabe ao Conselho Técnico a identificação das necessidades formativas e elaboração do Plano de Formação a ser desenvolvido anualmente.

Formação Contínua

A formação contínua, é uma das principais preocupações de qualquer Unidade de Saúde. Investir na formação contínua dos seus profissionais de saúde: Médicos Especialistas, Internos em formação Complementar de Medicina Geral e Familiar, Enfermeiros, Assistentes Técnicos, Alunos de Medicina e de Enfermagem, permite alavancar a qualificação humana, desenvolvendo novas competências.

De forma a garantir a manutenção da qualificação da atividade formativa desenvolvida pela USF CoimbraCelas, é necessário manter e programar a formação contínua dos seus profissionais. O Plano Anual de Formação aborda uma programação, ao longo do ano, das atividades formativas pensadas, tendo em conta as necessidades referidas pelos seus profissionais e as necessidades sentidas para a própria Unidade de Saúde. O presente Plano Anual de Formação não é um documento fechado, podendo, ao longo do ano, vir a ser complementado por outras ações de formação sempre que se justifique.

Para a realização deste Plano são realizadas as seguintes etapas:

- Identificação das necessidades: Perceber que tipo de formação profissional é necessária para adequar a cada Profissional de Saúde.
- Descrição das ações de formação: Com base no levantamento de necessidades formativas realizado na primeira etapa procede-se à realização do plano, acrescentando as seguintes informações: necessidades, objetivos, principais conteúdos programáticos, número previsto de formandos e a duração das ações.
- Planificação: A gestão do tempo destinado à formação, em contexto e horário laboral ou pós-laboral.
- Custos / orçamento: Quanto é que a formação profissional vai custar à USF? É importante traçar um orçamento que inclua encargos diretos com a formação (remuneração dos formadores, equipa técnico-pedagógica, encargos de deslocação, etc.) e a previsão dos encargos de funcionamento (utilização das instalações para a formação, custos de operação das ações de formação, etc.).
- Implementação: Após o delineamento do plano de formação profissional, surge a sua implementação. Nesta última etapa, devem ser contactados os responsáveis de cada área formativa para serem agendadas as datas mais adequadas para a formação. De seguida, os formandos devem ser informados das datas das ações de formação, associando alguns recursos necessários sobre aquilo que irão aprender para melhorarem o seu perfil profissional.

Objetivos Gerais

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

Estão definidos dois tipos de formação:

1- Externa:

- Congressos, jornadas, seminários, cursos.
- Todo o profissional que frequentar uma ação de formação externa tem que apresentar em Reunião multiprofissional ou de grupo profissional da USF um resumo dos pontos mais importantes que aprendeu nessa formação ou partilhar o resumo no fórum interno da USF.
- Sempre que um profissional elabore um trabalho para apresentação em formação externa, deverá ser previamente apresentado à equipa da USF.

2- Interna:

- Reuniões com profissionais de outras especialidades – sempre que oportuno e em conformidade com as necessidades formativas auscultadas;
- Reuniões multiprofissionais - apresentação de casos clínicos (semanalmente), temas de revisão, estudos de investigação ou questões de ética profissional produzidos por elementos da USF;
- Reuniões sectoriais:
 - de grupo profissional médico - reuniões compostas apenas pela equipa médica da USF abordando temas de acordo com necessidades formativas;
 - de grupo profissional de enfermagem - reuniões onde participa apenas a equipa de enfermagem da USF abordando temas de acordo com necessidades formativas
 - de grupo profissional do secretariado clínico - reuniões onde participa apenas a equipa administrativa da USF e abordam temas de acordo com necessidades formativas

Metodologia

- a) Diagnóstico e análise de necessidades de formação (questionário enviado para o e-mail institucional a todos os profissionais da USF em janeiro.
- b) Seleção das necessidades por profissional, grupo profissional e por temas.
- c) Identificação das áreas formativas mais votadas e consensuais como necessárias, tendo em conta os custos e capacidade de implementação.
- d) Avaliação das finalidades e objetivos da formação relativamente aos objetivos estratégicos da USF.
- e) Definição das ações de formação que podem concretizar os Objetivos.

- f) Elaboração do Plano de Formação: Objetivos Pedagógicos; Seleção/ Adequação/ de Conteúdos Programáticos; Estratégias de Dinamização; Modalidades e Formação de Organização da Formação; Organização Logística; Níveis de Avaliação; Seleção dos Formadores (as intervenções serão asseguradas por elementos da USF, do meio académico e outros profissionais de reconhecido mérito, com a necessária participação complementar dos internos da especialidade de MGF e de enfermagem, para enriquecimento do debate).
- g) Implementação de Técnicas e Instrumentos de Avaliação (questionário), enviado para o e-mail institucional de cada formando no final de cada Formação.
- h) Análise de Resultados da Avaliação da Formação e Comunicação dos mesmos no final do ano.

Para manter a Atividade formativa dos profissionais constante foi definido uma periodicidade dos vários tipos de reuniões:

Tipo de Reunião	Periodicidade	Quando
Reuniões com especialistas	De acordo com o plano	Reuniões de CT Reuniões médicas Reuniões de enfermagem
Reuniões de CT	Mensal	1ª sexta-feira do mês
Reuniões de CG	Quinzenal	2ª e 4ª sexta-feira do mês
Reuniões médicas	Mensal	1ª sexta-feira do mês
Reuniões de enfermagem	Semanal	Semanal – sexta-feira
Reuniões de Assistentes Técnicas	Quando oportuno	

V. Conclusão

O plano de ação da USF CoimbraCelas para o triénio 2024-2026, atualizado em janeiro de 2025, reflete o compromisso contínuo com a melhoria dos cuidados de saúde prestados à população e enquadra-se no suporte aos profissionais como Manual de Procedimentos.

As metas e estratégias delineadas neste documento foram cuidadosamente pensadas para atender às necessidades dos utentes, promover o bem-estar da comunidade e garantir a sustentabilidade e a qualidade dos serviços.

Através da implementação deste plano/manual, pretende-se fortalecer a eficiência operacional da unidade, investir no desenvolvimento contínuo dos profissionais e consolidar uma cultura de inovação e excelência no atendimento.

O trabalho conjunto e o espírito de colaboração entre todos os membros da equipa permitirão alcançar os objetivos propostos e, assim, responder de forma adequada aos desafios atuais e futuros.

Conselho Geral da USF, Hotel D. Luís

Coimbra, 18 de janeiro de 2025