

2022



RELATÓRIO ATIVIDADES 2022

Unidade de Saúde Familiar Querer Mais – Vale da Amoreira

Agrupamento de Centros de Saúde Arco Ribeirinho

Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo

Ministério da Saúde

Elaborado com base relatórios de processos assistenciais e outros realizados por todos os elementos da equipa da USF

Relatório final elaborado por: Ana Martins, Joana Coelho, Tânia Tavares

Aprovado em reunião de Conselho Geral a 10 de Março

Vale da Amoreira, 10 março 2022

Unidade de Saúde Familiar Querer Mais

Agrupamento de Centros de Saúde - Arco Ribeirinho

Endereço: Rua João Villaret, 2835 Vale da Amoreira

Telefone: 212 029 040

Fax: 212 029 092

Correio eletrónico: usf.querermais@arslvt.min-saude.pt

Coordenador: Dr.ª Joana Coelho

Correio eletrónico: usf.querermais@arslvt.min-saude.pt

Equipa Multidisciplinar:

Ana Alpalhão

Ana Martins

Ana Nunes

Ana Pinto

Cristina Costa

Elsa Fernandes

Filipa Cruz

Isabel Pereira

Ivone Fernandes

Joana Coelho

Joana Torre

Mª Fernanda Rodrigues

Ofélia Guerreiro

Ricardo Gouveia

Tânia Tavares

Teófila Matos

Abreviaturas e Siglas

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

ACES AR – Agrupamento de Centros de Saúde do Arco Ribeirinho

ARSLVT, IP – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP

Art.º – Artigo

CG – Conselho Geral

CHBM – Centro Hospitalar Barreiro Montijo

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direcção-Geral da Saúde

PF – Planeamento Familiar

PNV – Plano Nacional de Vacinação

SM – Saúde Materna

SNS – Sistema Nacional de Saúde

USF – Unidade de Saúde Familiar

USF QM – Unidade de saúde Familiar Querer Mais

VD – Visita Domiciliária

Índice

1. INTRODUÇÃO	7
2. IDENTIFICAÇÃO: QUEM SOMOS	8
3. QUEM SERVICAMOS - CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO	9
3.1 Grupos etários e distribuição de utentes por lista	9
3.2 Principais Problemas de Saúde:	12
4. PROBLEMAS E OBJETIVOS DO PAUF 2022	15
5. MONITORIZAÇÃO DA ATIVIDADE ASSISTENCIAL 2022	17
4.1 – Consultas Médicas	20
4.2 Consultas e atos de Enfermagem	23
4.2.1 Vacinação	29
4.3 Consultas Conexas – Grupos vulneráveis e de risco	32
4.3.1 Programa de Planeamento Familiar	32
4.3.2 Programa de Saúde Materna	35
4.3.3 Programa de Saúde Infantil e Juvenil	37
4.3.4 Programa de Diabetes	39
4.4 – Vigilância Cardiovascular:	41
4.5 – Saúde do Adulto e do Idoso:	44
4.6 – Rastreamentos Oncológicos:	45
4.9 – Indicadores de Acesso à USF	48
6. RESULTADOS PAUF	54
6.1 – Desempenho Assistencial	54
6.2 – Satisfação do Utente:	59
6.3 - Serviços de Carácter Assistencial:	59
6.4 - Serviços de Carácter não Assistencial:	59
6.5 – Atividades de Outras dimensões	60
7. QUALIDADE ORGANIZACIONAL	62
7.1 – Melhoria Contínua da Qualidade – Acesso e programa melhoria contínua	62
7.2 – Segurança e Gestão de Risco	62
7.2.1 – Plano de Segurança e Mapa de Riscos.....	62
8. FORMAÇÃO	65
8.1 - Formação interna	65
8.2 - Formação de internos e alunos de enfermagem da formação pré e pós-graduada ...	67
8.3 - Formação externa	67
9. OUTRAS ATIVIDADES	70

9.1 – Adaptação Covid -19	70
9.3 – Plano Anual de Auditorias	70
9.4 – Avaliação da Satisfação dos Profissionais.....	73
9.5 - Ocorrências e não conformidade.....	79
9.6 – Reuniões de Serviço.....	79
9.7 – Gestão de Infraestruturas e gestão de custos	80
9.8 - Avaliação das Reclamações/Sugestões e Elogios.....	82
10. COMENTÁRIO FINAL.....	84
Apêndice 1 – Relatório questionário de satisfação utentes.....	1
Apêndice 2– Relatório Plano de Acompanhamento Interno 2022 - Auditorias Acesso e Melhoria da Qualidade	12
Apêndice 3 – Relatório final equipa gestão segurança	21
Apêndice 4 – Relatório de Ocorrências e Não Conformidade em 2022	31
Apêndice 5 – Resumo Reuniões	36
Apêndice 6 – Relatório Sugestões	40
Apêndice 7 – Relatório Reclamações.....	42

FIGURA 1 - CARACTERIZAÇÃO DOS INDIVÍDUOS DA UNIÃO DE FREGUESIAS DA BAIXA DA BANHEIRAS E VALE DA AMOREIRA DE ACORDO COM CENSOS 2021.	9
FIGURA 2 - CARACTERIZAÇÃO DOS UTENTES INSCRITOS NA USF QUERER MAIS EM DEZEMBRO DE 2022	10
FIGURA 3 - CARACTERIZAÇÃO DOS UTENTES POR INSCRIÇÃO EM DEZEMBRO DE 2022	11
FIGURA 4 - NÚMERO DE UTENTES INSCRITOS POR EQUIPA DE FAMÍLIA EM JANEIRO E DEZEMBRO DE 2022	12
FIGURA 5 - EVOLUÇÃO IDG ENTRE OUTUBRO DE 2021 E DEZEMBRO DE 2022.....	17
FIGURA 6 - SUB-ÁREAS DO IDG COMPARATIVO OUTUBRO DE 2021 E DEZEMBRO DE 2022	18
FIGURA 7 - TOTAL DE CONSULTAS MÉDICAS E DE ENFERMAGEM NO ANO DE 2022	20
FIGURA 8 - DISTRIBUIÇÃO DE CONSULTAS MÉDICAS POR FAIXA ETÁRIA, POR NÚMERO DE CONSULTAS E POR NÚMERO DE UTENTES	20
FIGURA 9 – DISTRIBUIÇÃO CONSULTAS ENFERMAGEM POR IDADE	24
FIGURA 10 – CARACTERIZAÇÃO DOS UTENTES COM CONSULTAS ENFERMAGEM POR SEXO E FAIXA ETÁRIA	24
FIGURA 11 – CONSULTAS ENFERMAGEM POR TIPO DE VIGILÂNCIA E NÚMERO DE UTENTES EM 2022	25
FIGURA 12 - VACINAS ADMINISTRADAS POR IDADE	29
FIGURA 13 - VACINAS ADMINISTRA USF QM ENTRE 2020 E 2022	29
FIGURA 14 - VACINAS ADMINISTRADAS EM 2022 POR TIPO DE VACINA.....	31
FIGURA 15 - CONSULTAS ICPC W11, W12 E W14 NO ANO DE 2022	33
FIGURA 16 -INDICADORES SAÚDE MULHER DEZEMBRO 2022.....	33
FIGURA 17 - TAXA DE UTILIZAÇÃO DE CONSULTAS DE PF ENTRE 2018 E 2022	34
FIGURA 18-TAXA DE UTILIZAÇÃO DE CONSULTAS DE PF ENFERMAGEM 2018 -2022	34
FIGURA 19 -TAXA DE UTILIZAÇÃO DE CONSULTAS DE PF MÉDICAS 2018-2022	34
FIGURA 20 -PROPORÇÃO DE MULHERES ENTRE 25 E 59 ANOS COM RASTREIO CANCRO COLO ÚTERO	34
FIGURA 21 - PROPORÇÃO DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL COM ACOMPANHAMENTO ADEQUADO	35

FIGURA 22 -DISTRIBUIÇÃO DE CONSULTAS DE SAÚDE MATERNA AO LOGO DO ANO DE 2022	35
FIGURA 23 -INDICADORES DO PROGRAMA SAÚDE MATERNA DEZEMBRO 2022.....	36
FIGURA 24 -INDICADORES SAÚDE MATERNA DEZEMBRO 2022 COM COMPARATIVO	37
FIGURA 25 - TOTAL DE CONSULTAS DE SAÚDE INFANTIL	37
FIGURA 26 -INDICADORES SAÚDE INFANTIL COMPARATIVO MÊS DEZEMBRO 2022.....	38
FIGURA 27 -INDICADORES DE DESEMPENHO SAÚDE INFANTIL DEZEMBRO 2022.....	38
FIGURA 28 - DISTRIBUIÇÃO CONSULTAS DE DIABETES AO LONGO DO ANO 2022	39
FIGURA 29 -INDICADORES PROGRAMA DIABETES COMPARATIVO DEZEMBRO 2022	40
FIGURA 30 -INDICADORES PROGRAMA DIABETES DEZEMBRO 2022	40
FIGURA 31 - INDICADORES HIPERTENSÃO COMPARATIVO DEZEMBRO 2022.....	43
FIGURA 32- INDICADORES IDG DEZEMBRO 2022 SUBÁREA HTA	43
FIGURA 33 - INDICADORES SAÚDE ADULTO E IDOSO COMPARATIVO DEZEMBRO 2022.....	44
FIGURA 34 - EVOLUÇÃO RASTREIOS ONCOLÓGICOS REALIZADOS ENTRE DEZ 2018 E DEZ 2022	45
FIGURA 35- TOTAL DE CONSULTAS MÉDICAS REALIZADAS NA USF COM CODIFICAÇÃO ICPC-2 – P15, P16, P17, P18, P19 EM 2022	47
FIGURA 36- CONSULTA DE ENFERMAGEM ABUSO DE SUBSTÂNCIAS EM 2022.....	47
FIGURA 37 -SUBÁREA ACESSO EM 2022.....	48
FIGURA 38 -INDICADORES PROPORÇÃO DE CONSULTAS DIA E TAXAS EPISÓDIOS DE URGÊNCIA DEZEMBRO 2022	49
FIGURA 39 -PROPORÇÃO DE CONSULTAS AO LONGO DO DIA DEZ 2022.....	49
FIGURA 40 -DISTRIBUIÇÃO DE CONSULTAS AO LONGO DO DIA E DA SEMANA 2022.....	50
FIGURA 41 -INDICADORES ÁREA ACESSO DEZEMBRO 2022	50
FIGURA 42- RESULTADOS DOS INDICADORES TMRG DEZEMBRO 2022	51
FIGURA 43 - MÉDIA AGENDAMENTO CONSULTAS MÉDICAS POR PROGRAMAS EM 2022	51
FIGURA 44 - DISTRIBUIÇÃO EM % PELOS DIAS DE ESPERA PARA CONSULTA PRESENCIAL DE ENFERMAGEM EM 2022.....	51
FIGURA 45 -DISTRIBUIÇÃO EM % PELOS DIAS DE ESPERA PARA CONSULTA DE MÉDICA PRESENCIAL EM 2022	52
FIGURA 46 - VALOR MÉDIO TEMPO ESPERA NAS CONSULTAS DE ENFERMAGEM	53
FIGURA 47 - VALOR MÉDIO TEMPO ESPERA NAS CONSULTAS DE MÉDICA	53
FIGURA 48 - DISTRIBUIÇÃO POR SEXO E FAIXA ETÁRIA DOS UTENTES DA USF QUERER MAIS COM “P 17 – ABUSO DO TABACO” FONTE MIM@UF.....	15
FIGURA 49 - DADOS EXTRAÍDOS DO BI - CSP DOS INDICADORES RELATIVOS AO TABAGISMO	16

Fonte de todas das figuras - fonte: BI-CSP

1. INTRODUÇÃO

O presente documento tem como objetivo principal descrever as atividades desenvolvidas pela equipa multidisciplinar da USF Querer Mais, no período de 1 de janeiro de 2022 a 31 de dezembro de 2022.

O Plano de Ação de 2022 foi fechado para efeitos de contratualização em junho apesar de ter sido preparado pela equipa desde dezembro de 2021.

O ano de 2022 tem vindo a ser ano de recuperação da atividade, embora o primeiro trimestre ainda tivesse sido influenciado pelas atividades associadas à pandemia COVID-19, tendo a vacinação COVID implicado mobilização da equipa para outro local até dezembro de 2022.

Foi também um ano marcado por duas ausências prolongadas entre a equipa que influenciaram toda a atividade assistencial. Houve uma enfermeira ausente por doença durante 3 meses, uma médica ausente por doença durante 5 meses e 1 médica e 1 enfermeira a frequentar formação: 1 enfermeira a frequentar Mestrado de Enfermagem comunitária durante o ano todo e 1 Médica a frequentar Pós-graduação em Gestão de serviços de saúde na primeira metade do ano.

Foi também um ano em que aguardámos a publicação em DR da data de início da atividade da USF em modelo B, visto termos parecer técnico aprovado desde novembro de 2021. Este facto foi motivo de descontentamento por parte da equipa.

Em 2022 foram cumpridos os planos de formação, auditorias e acompanhamento interno definidos no PAUF, que abordaremos ao longo do relatório.

Mantivemos a colaboração na formação de alunos de medicina e enfermagem e de internos de Formação Geral e de Formação específica em MGF, de acordo com as necessidades manifestadas pelas Escolas, Faculdades, pelos alunos e Direções do Internato.

Procurámos sempre manter o cumprimento dos critérios DIOR, auditando e ajustando os procedimentos.

Todos os dados apresentados neste relatório têm como fonte o BI-CSP, com dados do RNU do ano de 2022, quando omissos o mês, deve considerar-se referente a dezembro. Sempre que a fonte dos dados seja diferente é referida no relatório.

2. IDENTIFICAÇÃO: QUEM SOMOS

Nome	Categoria Profissional / Funções na USF	Horas Semanais	Tipo de contrato
Ana Ramos Pinto	Assistente MGF	40 horas	CTFPTI
Joana Veiga e Coelho	Assistente MGF Coordenador	40 horas	CTFPTI
Joana Marques Torre	Assistente MGF	40 horas	CTFPTI
Tânia Cristina Lopes Tavares	Assistente MGF Conselho técnico	40 horas	CTFPTI
Teófila Mariana de Matos	Assistente MGF	40 horas	CTFPTI
Ricardo Henrique Cardoso Gouveia	Assistente MGF	40 horas	CTFPTI
Total de Médicos	6 médicos		
Ana Cristina Narciso Nunes	Enfermeira Graduada	35 horas	CTFPTI
Ana Isabel Henriques Martins	Enfermeira Conselho técnico	35 horas	CTIRC
Ana Cristina Alpalhão Gonçalves	Enfermeira	35 horas	CTFPTI
Cristina Maria Alcobio dos Santos Costa	Enfermeira Graduada	35 horas	CTFPTI
Elsa Cristina das Neves Fernandes	Enfermeira Graduada	35 horas	CTFPTI
Isabel Teresa Veludo Fernandes Pereira	Enfermeira Especialista Interlocutor com ACES	35 horas	CTFPTI
Total de Enfermeiras	6 enfermeiras		
Maria Fernanda Casqueiro Rodrigues	Assistente Técnico	35 horas	CTFPTI
Ofélia de Sousa Guerreiro	Assistente Técnico Especialista Interlocutor com ACES	35 horas	CTFPTI
Filipa de Fátima Cruz	Assistente Técnico	35 horas	CTFPTI
Ivone Maria de Andrade	Assistente Técnico Conselho técnico	35 horas	CTFPTI
Total de Assistentes Técnicas	4 assistentes técnicas		
Legenda: CTFPTI –Contrato de Trabalho em Funções Públicas por Tempo Indeterminado; CTIRC –Contrato a Termo Indeterminado em Regime de Cedência			

3. QUEM SERVIMOS- CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

A USF Querer Mais está localizada no Conselho da Moita, na união de freguesias da Baixa da Banheiras e Vale da Amoreira. De acordo com os resultados provisórios dos últimos CENSOS 2021 a freguesia tem 30094 indivíduos, na sua maioria mulheres com uma população maioritariamente de pessoas em idade ativa.

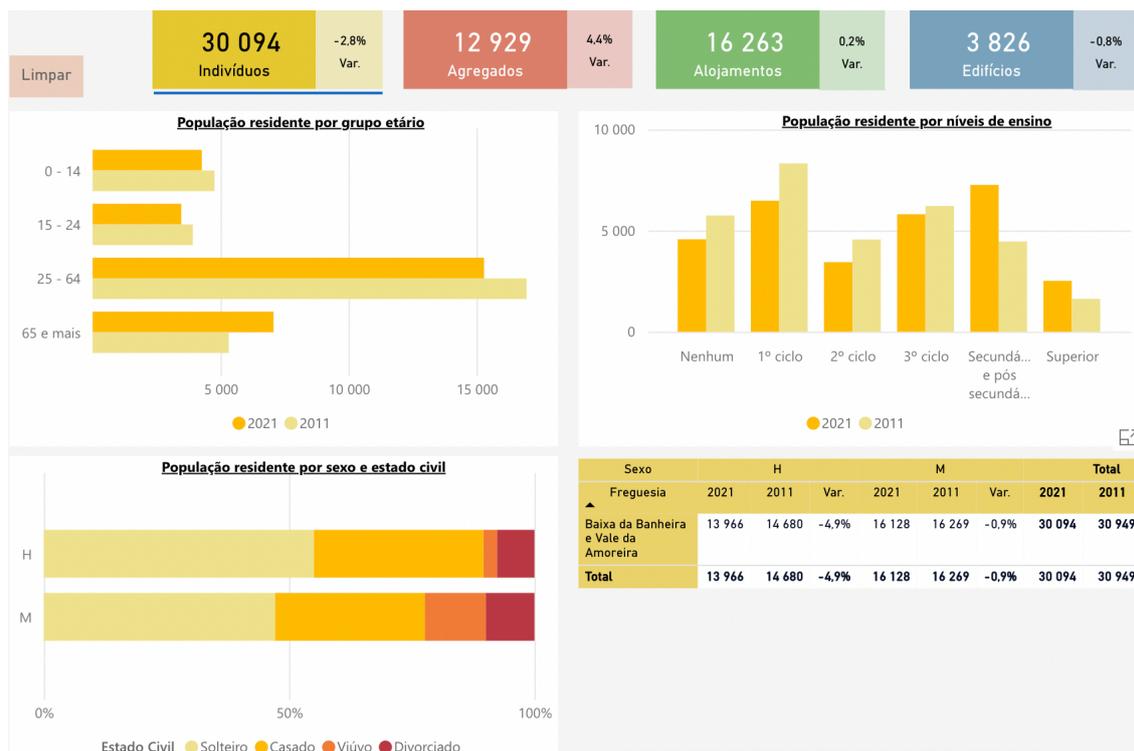


Figura 1 - Caracterização dos indivíduos da união de freguesias da Baixa da Banheiras e Vale da Amoreira de acordo com CENSOS 2021.

3.1 Grupos etários e distribuição de utentes por lista

A área geográfica de atuação da USFQM é definida pela área geográfica do Vale da Amoreira na União de Freguesias da Baixa da Banheira e Vale da Amoreira, do concelho da Moita. Em janeiro de 2022 tínhamos um total de 9.996 utentes inscritos que corresponde a 12.670 unidades ponderadas, com um índice de dependência total de 56,16%, dos quais 5.361 são do género feminino (53,6%). Em janeiro de 2022 verifica-se um índice de dependência de idosos de 29,89% abaixo do índice de dependência nacional que se situa nos 36,13% e do ACES que é de 35,7%.

Temos a considerar um total de 96 óbitos entre os utentes inscritos na USF no decorrer de 2022 e 99 nascimentos, com um saldo positivo de três utentes. De acordo com dados do MIM@UF de dezembro de 2022 dos utentes inscritos 7603 residem na união de freguesias da Baixa da Banheira e Vale da Amoreira.

Em dezembro de 2022 tínhamos 10222 utentes inscritos distribuídos de acordo com a figura abaixo.



Figura 2 - Caracterização dos utentes inscritos na USF Querer Mais em dezembro de 2022

A USFQM tem a particularidade de servir uma população muito jovem na qual as mulheres em idade fértil representavam, em janeiro de 2022, um quarto da população inscrita (24,7%), sendo necessário uma oferta em termos de consultas de planeamento familiar e saúde materna muito elevadas. As crianças até aos 14 anos representavam em janeiro 16,9% do total de utentes.

Esta necessidade de oferta elevada em termos de horas semanais, em média 8 horas por lista, para consultas de saúde infantil e saúde materna e planeamento familiar condiciona necessariamente a resposta em termos de consultas de saúde do adulto e do idoso assim como dos restantes programas relacionados com a doença crónica.

Os problemas socioeconómicos são comuns na nossa população, que na sua maioria tem poucos recursos. De acordo com últimos dados disponíveis no PORDATA o poder de compra *per capita* em 2019 no município da Moita era de 83,4 sendo a média

nacional de 100, com uma taxa de desempregados inscritos no IEPF em 2021 de 7,2% superior à média nacional de 5,9% e um ganho médio mensal de 985€ abaixo da média nacional de 1206€. (PORDATA/Municípios, 2022).

De 7798 utentes inscritos na USF QM com mais de 18 anos, 2275 têm insuficiência económica o que representa 30% do total de adultos. Do total de adultos inscritos apenas 4790 (61%) utentes não têm acesso a isenção de taxas moderadoras na saúde. Lidamos diariamente com a necessidade de adaptação aos conceitos de saúde da nossa população, às barreiras no acesso aos serviços e na comunicação relacionados com a pobreza, analfabetismo, desconhecimento dos direitos e deveres, discriminação, exclusão, hábitos e crenças culturais, assim como o racismo e o preconceito na sociedade.

Necessitamos permanentemente de tentar reduzir as barreiras comunicacionais existentes e de fomentar a literacia em saúde através de uma perspetiva em que os cuidados são centrados no utente e na família. Assumimos um papel de parceiros de cuidados promovendo a negociação de comportamentos com o objetivo de otimizar as competências dos nossos utentes. Temos sempre presente que o conceito de saúde varia amplamente entre culturas e que existem inúmeros fatores que influenciam a comunicação com as crianças, os jovens, os adultos, os idosos, na qualidade de pais, de filhos, de esposas, de maridos e todos os cuidadores.

No que respeita à distribuição de utentes por equipa de família verificamos que em dezembro de 2022 tínhamos apenas 5 utentes sem médico de família e 2 utentes sem médico de família por opção. Com a distribuição por equipa indicada no gráfico abaixo.

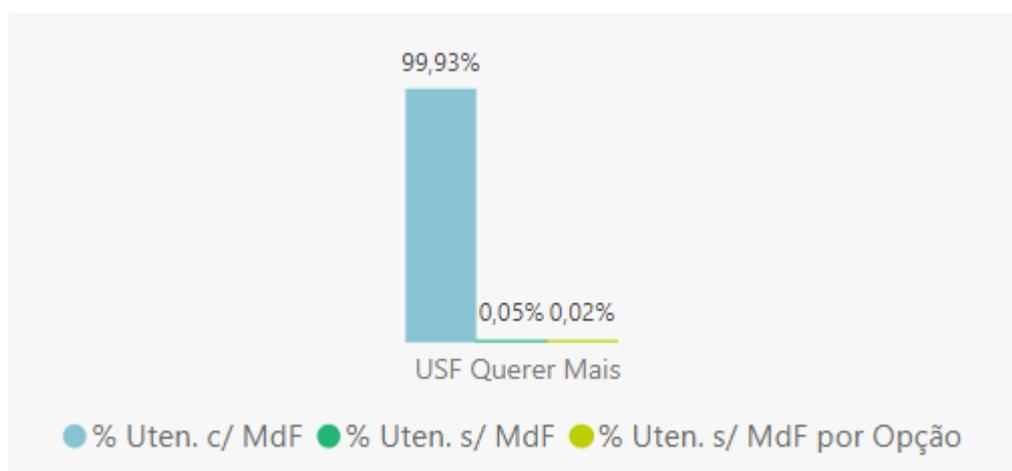


Figura 3 - Caracterização dos utentes por inscrição em dezembro de 2022

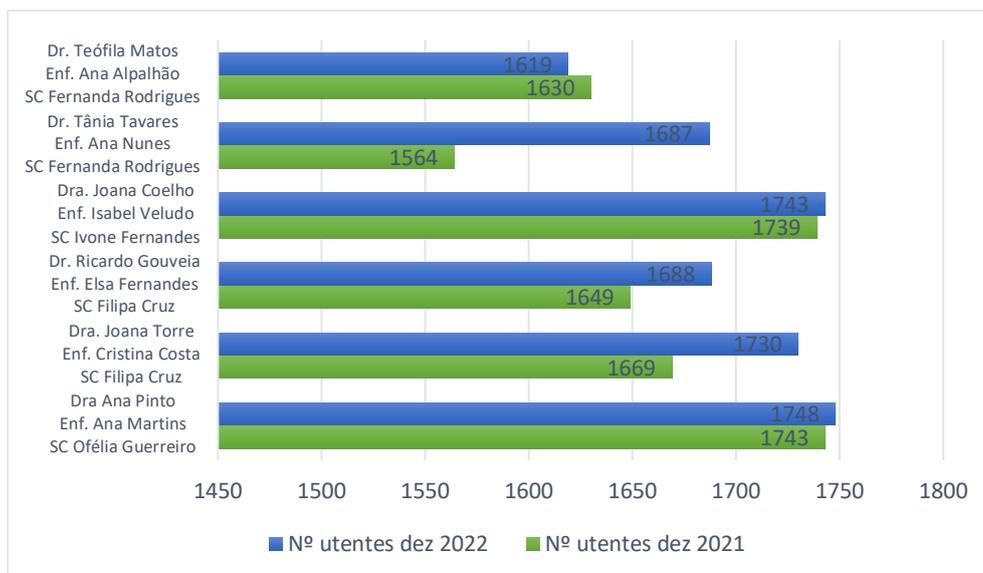


Figura 4 - Número de utentes inscritos por equipa de família em janeiro e dezembro de 2022

3.2 Principais Problemas de Saúde:

O principal foco dos cuidados prestados pela equipa de USFQM é a educação para a saúde e a prevenção da doença. As patologias mais frequentes são: obesidade; hipertensão arterial; doenças cardiovasculares; diabetes mellitus em linha com a situação nacional.

Além dessas, verifica-se a necessidade diária de responder a situações agudas com controlo da dor, as infeções do trato respiratório e problemas osteoarticulares.

Apresentamos de seguida uma tabela com os 10 principais problemas de saúde ativos por ICPC2 relativos a janeiro 2022 (fonte dos dados - BI Self Service), semelhante a 2021 com aumento mais expressivo dos problemas de excesso de peso e obesidade que podem resultar de um aumento do cálculo do IMC. Destaca-se que a Diabetes não insulino-dependente tratada passou a ser o décimo problema de saúde reduzindo a sua expressão face aos anos anteriores.

ICPC - Problema	Percentagem Utentes 2021	Percentagem Utentes 2022
T83 - Excesso de peso	19,75%	23,83 %
K86 - Hipertensão sem complicações	22,67%	22,12 %
T93 - Alteração dos lípidos	21,57%	21,94 %
T82 - Obesidade	15,57%	17,40 %
P17 - Abuso do tabaco	13,20%	13,79%
W11 - Contraceção oral	11,64%	12,48 %
L86 - Síndrome da coluna com irradiação de dor	10,55%	11,42 %
P76 - Perturbação depressiva	9,41%	9,61 %
L87 – Bursite/tendinite/sinovite NE	7,60%	8,87 %
T90 – Diabetes não insulino-dependente	8,53 %	8,15 %

No que respeita aos Indicadores de Morbilidade em janeiro de 2022 podemos verificar a BOLD os indicadores nos quais estamos acima da média nacional.

Código - ID - Indicador	UF	Valor ACeS	Valor Nac.
MORB.198.01 FL - Proporção de utentes com "Diabetes Mellitus"	7,932	7,798	8,085
MORB.199.01 FL - Proporção de utentes com "abuso crónico álcool"	1,700	0,841	1,593
MORB.200.01 FL - Proporção de utentes com "abuso de tabaco"	11,083	10,215	11,952
MORB.201.01 FL - Proporção de utentes com "abuso de drogas"	0,676	0,471	0,558
MORB.202.01 FL - Proporção de utentes c/ "alter. metab. lípidos"	18,131	17,975	23,685
MORB.203.01 FL - Proporção de utentes com "excesso de peso"	16,581	13,279	18,968
MORB.204.01 FL - Proporção de utentes com "obesidade"	13,072	9,903	12,812
MORB.205.01 FL - Proporção de utentes com "hipertensão arterial"	22,843	19,583	21,943
MORB.206.01 FL - Proporção de utentes c/ "perturb. depressivas"	9,125	9,022	10,730
MORB.207.01 FL - Proporção de utentes com "demência"	0,785	0,772	0,880
MORB.208.01 FL - Proporção de utentes com "asma"	2,465	2,223	3,208
MORB.209.01 FL - Proporção de utentes com "bronquite crónica"	0,845	0,896	1,004
MORB.210.01 FL - Proporção de utentes com "DPOC"	1,153	1,101	1,339
MORB.211.01 FL - Proporção utentes c/ "DM não insul. depend."	7,167	7,132	7,421
MORB.212.01 FL - Proporção utentes com "DM insulino depend."	0,775	0,672	0,674
MORB.213.01 FL - Incidência de "enfarte agudo do miocárdio"	0,398	0,499	0,570
MORB.214.01 FL - Proporção utentes c/ "doença cardíaca isquémica"	0,875	0,857	0,868
MORB.215.01 FL - Proporção utentes com "neoplasia da próstata"	0,408	0,554	0,603
MORB.216.01 FL - Proporção utentes com "neoplasia colo do útero"	0,298	0,137	0,144
MORB.217.01 FL - Proporção utentes com "neoplasia cólon / recto"	0,507	0,509	0,580
MORB.218.01 FL - Proporção utentes com "neoplasia mama feminina"	0,746	0,870	0,954
MORB.219.01 FL - Proporção utentes c/ "neoplasia brônquio/pulmão"	0,070	0,078	0,111
MORB.220.01 FL - Proporção utentes com "neoplasia estômago"	0,089	0,093	0,150
MORB.221.01 FL - Proporção utentes com "osteoporoze do joelho"	6,133	4,430	5,571
MORB.222.01 FL - Proporção utentes com "osteoporose"	2,137	1,772	2,578
MORB.223.01 FL - Proporção utentes com "doenças dentes e geng."	5,109	3,251	4,392

Código - ID - Indicador	UF	Valor ACeS	Valor Nac.
MORB.224.01 FL - Incidência de "acidente isquêmico transitório"	0,099	0,109	0,222
MORB.225.01 FL - Proporção utentes com "rinite alérgica"	5,298	4,166	5,099
MORB.226.01 FL - Proporção utentes com "doença do esófago"	1,034	1,159	1,853
MORB.227.01 FL - Proporção utentes com "distúrbio ansioso"	6,382	6,237	7,475
MORB.228.01 FL - Proporção utentes com "sensação de ansiedade"	2,386	4,162	4,016
MORB.233.01 FL - Proporção utentes com "HBP"	3,012	3,105	3,796
MORB.234.01 FL - Proporção utentes com "osteoartrose da anca"	2,644	1,952	2,759
MORB.251.01 FL - Incidência de "acidente vascular cerebral"	1,193	0,871	1,102
MORB.252.01 FL - Proporção de utentes com "Infeção VIH/SIDA"	0,825	0,246	0,218
MORB.253.01 FL - Incidência de "Infeção VIH/SIDA"	0,199	0,145	0,136

4. PROBLEMAS E OBJETIVOS DO PAUF 2022

O ano de 2022 foi para nós um ano de reestruturação e recuperação das atividades condicionadas pela Pandemia de Covid-19. Foi ainda um ano fortemente influenciado pela gestão da Pandemia e que mobilizou inúmeras horas de recursos humanos a atividades Covid.

No ano de 2022 foi possível desenvolver o processo de contratualização pelo que foi elaborado o PAUF de acordo com as necessidades identificadas pela equipa sendo, após discussão do mesmo, aprovado em sede de Conselho Geral.

Foram identificados os seguintes problemas e objetivos, em linha com os planos nacional e local de saúde apresentados na carta de compromisso de 2022.

Título	Problema	Objetivo
Doença cardiovascular e metabólica	Os fatores de risco de Doença Cardiovascular e Metabólica, assim como a prevalência da doença na nossa população, implicam uma necessidade de investimento significativo por parte da equipa quer na prevenção de fatores de risco quer no tratamento das doenças.	Garantir um acompanhamento adequados dos utentes com compromisso de vigilância e diagnóstico de hipertensão, diabetes e risco cardiovascular na USF. Aumentar para 40% o número de utentes com diagnóstico de HTA com acompanhamento adequado. Aumentar para 50% o número de utentes com diagnóstico de DM com acompanhamento adequado. Aumentar para 80% o número de utentes com avaliação do risco cardiovascular. Aumentar para 58% o número de utentes com avaliação do risco DM2. Cumprir os indicadores associados a estas dimensões no valor proposto na contratualização PAUF 2022
Literacia em Saúde dos utentes da USFQM	Os utentes da USF têm, na sua maioria um elevado risco socioeconómico, uma baixa escolaridade e consequentemente uma baixa literacia em saúde quer no que respeita à prevenção quer na gestão da doença	Capacitar os utentes da USF na gestão da sua saúde - Identificar os 10 utentes mais utilizadores do serviço de urgências de cada lista e convocar para consulta/teleconsulta para promoção de acesso adequado ao serviço de saúde. Entregar o guia do utente a todos os utentes com nova inscrição na USF. Realizar uma formação sobre Literacia em saúde para os profissionais da USF QM. - Realizar sessões de educação para saúde nas salas de espera em dias comemorativos (1/6 - Dia da Criança, 26/9 - Dia Mundial da Contraceção, 11/10 - Dia Mundial do Combate à Obesidade, 16/10 - Dia Mundial da Alimentação, 14/11 - Dia Mundial da Diabetes, 18/11 - Dia Europeu do Antibiótico)

Título	Problema	Objetivo
Obesidade e Sedentarismo	A proporção de utentes com obesidade e excesso de peso (infantil e no adulto) é superior à média ACES e nacional. (Obesidade- Taxa incidência USF 19,79, ACESAR- 12 e Nacional - 12,13; Prevalência USF 15,18, ACESAR- 10,71 e Nacional - 13,54; Excesso de peso- Prevalência USF 20,88, ACESAR- 14,78 e Nacional - 20,96;)	<p>Aumentar em 10% o número de utentes com avaliação de IMC para identificação precoce de situações de excesso de peso e obesidade.</p> <p>Aumentar em 10% o número de intervenções de enfermagem do tipo Ensinar ou Instruir no âmbito a alimentação e exercício.</p> <p>Aumentar em 5% o número de prescrições de exercício físico por parte do médico de família - Aumentar em 10 % o registo em Sclinico de avaliação da atividade física dos utentes.</p> <p>Aumentar em 10% o encaminhamento para nutricionista da URAP dos utentes obesos que cumprem os critérios.</p> <p>Promover a atividade física cumprindo os indicadores de avaliação definidos projeto comunitário - CAMINHAR MAIS em colaboração com a URAP.</p>
Rastreio Oncológica	A Doença Oncológica é considerada um dos problemas de saúde no PLSAR, sendo os tumores malignos a segunda causa de morte, sobretudo na faixa etária dos 45 aos 74 anos, representando cerca de 40% das mortes nessa idade. A USFQM serve sobretudo uma população em idade adulta ativa na qual o rastreio e diagnóstico precoce de doença oncológica se configuram uma prioridade na gestão de saúde, motivo pelo qual elegemos os rastreios como um objetivo primordial. Na USFQM verifica-se elevada prevalência de neoplasia do colo do útero (0,29) face ao valor nacional (0,14) e cancro colo-rectal tem prevalência de 0,48 e a nacional 0,59, sendo a incidência na USF QM superior à nacional.	<p>Aumentar para 60% número de mulheres entre os 25 e 60 anos com rastreio de cancro do colo útero.</p> <p>Aumentar para 67% o número de utentes entre os 50 e 75 anos com rastreio cancro do cólon e reto.</p> <p>Aumentar para 65% o número de utentes entre os 50 e 70 anos com rastreio do cancro da mama</p>

Nas várias reuniões realizadas, foram identificados os principais problemas e decididas as diversas atividades a desenvolver, de acordo com as necessidades identificadas pela equipa, com o objetivo de melhorar cada uma das subáreas contratualizadas. Mais à frente neste relatório, apresentamos um resumo das atividades propostas e das realizada

5. MONITORIZAÇÃO DA ATIVIDADE ASSISTENCIAL 2022

A monitorização e análise ao longo do ano do trabalho que fomos desenvolvendo assumiu, como em anos anteriores, um carácter fundamental na nossa USF porque é a partir dessa análise que alteramos procedimentos e redefinimos novas e melhores formas de acesso dos nossos utentes à USFQM, sempre focados na melhoria contínua da qualidade assistencial que prestamos e na satisfação dos nossos utentes.

Trimestralmente são apresentados pelos responsáveis dos processos assistenciais e pelo conselho técnico vários relatórios, em reunião de Conselho Geral, que resumem o trabalho desenvolvido no trimestre anterior e definem as estratégias de melhoria. Apesar de procurarmos sempre melhorar o valor do nosso Índice de Desempenho Global, e de o monitorizarmos mensalmente, não orientamos a gestão dos cuidados por este indicador numa mera perspetiva de atingir valores numéricos. Acreditamos sim, que a possibilidade de avaliar, de uma forma mensurável, alguns dos pontos da nossa prática, utilizando estas ferramentas, nos permite refletir sobre os cuidados que prestamos, as necessidades dos nossos utentes, identificar lacunas nos registos e melhorar procedimentos, que se refletem necessariamente numa melhor qualidade dos cuidados prestados.

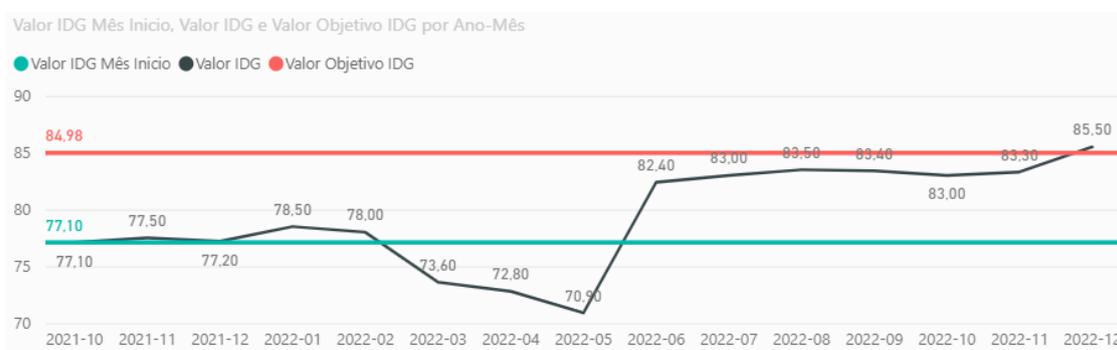


Figura 5 - Evolução IDG entre outubro de 2021 e dezembro de 2022

De uma forma global houve uma melhoria significativa e cumprimos quase todos os valores propostos como se pode verificar pela tabela abaixo apresentada. Mais à frente iremos apresentar a avaliação de cada dimensão em particular.

Sub-Área	Dimensão	IDS Dezembro 2022 proposto	IDS Dezembro 2022 real
TOTAL		86,4	85,50
Acesso		88,13	81,30
	Cobertura ou Utilização	55,0	43,9
	Personalização	100,0	97,50
	Tempos Máximos de Resposta Garantidos	100,0	100,0
	Consulta no Próprio Dia	50,0	28,30
	Distribuição das Consultas Presenciais no Dia	100,0	80,70
Gestão da Saúde		72,50	84,0
	Saúde Infantil e Juvenil	75,0	91,50
	Saúde da Mulher	75,0	85,20
	Saúde do Adulto	75,0	89,10
	Saúde do Idoso	65,0	70,30
Gestão da Doença		70,0	71,0
	Diabetes Mellitus	75,0	69,10
	Hipertensão Arterial	60,0	62,30
	Doenças Aparelho Respiratório	100,0	61,60
	Multimorbilidade e Outros Tipos de Doenças	50,0	91,0
Qualificação da Prescrição		65,63	62,40
	Prescrição Farmacoterapêutica	75,0	79,30
	Prescrição MCDT	50,0	34,30

Podemos verificar na figura abaixo que houve uma melhoria nas subáreas da gestão da saúde, mantivemos valores na gestão da doença e estivemos baixo do previsto no acesso e na qualificação da prescrição. Vemos nos pontos verdes o mês de outubro de 2021 e nos vermelhos o dezembro de 2022 e nos laranja o contratualizado para o ano de 2022.

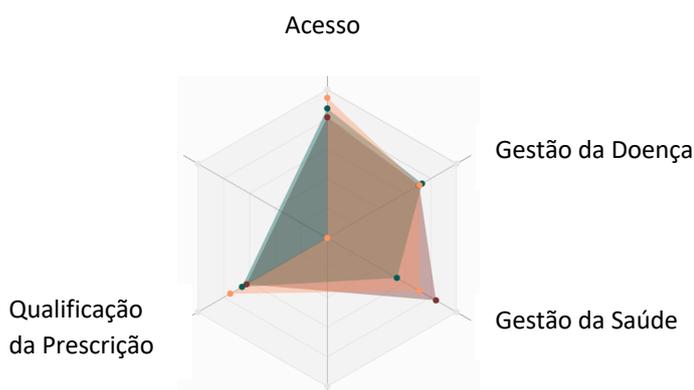


Figura 6 - Sub-áreas do IDG comparativo outubro de 2021 e dezembro de 2022

Importa ressaltar que vários indicadores se tornaram mais exigentes face anos anteriores e algumas subáreas passar a ter indicadores que não eram valorizados previamente para cálculo do IDG.

Para além dos resumos dos indicadores por lista disponibilizados mensalmente pelo Conselho Técnico aos elementos das equipas de família, realizamos trimestralmente, reunião de Conselho Geral, onde é feita uma apresentação detalhada dos dados relativos à atividade da USF. Analisamos os indicadores de desempenho com o objetivo de melhorar a qualidade assistencial, assim como as não conformidades relativas aos procedimentos e os resultados das auditorias.

Estas reuniões são o ponto de partida para alterações a implementar sempre com o objetivo principal de melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos nossos utentes. Apresentamos de seguida um resumo dos principais dados do trabalho desenvolvido pela equipa da USF no ano de 2022.

Os dados apresentados são retirados das plataformas MIM@UF, SClinico e BI-CSP referentes ao ano de 2022. Caso se refiram apenas a um mês em concreto faremos menção ao mesmo. Os dados são apenas relativos às consultas realizadas na nossa USF. No que respeita ao número total de consultas realizadas pelos profissionais da USF podemos verificar uma diminuição do valor total e do número de utentes consultados, próximo dos valores pré-pandemia.

	2019	2020	2021	2022
Total de Consultas	39.392	48.834	48.964	43.284
Nº de utentes com consulta	6724	7182	7.824	7.425
Com Presença Uteute	71%	50,8%	51,9%	63%

No ano de 2022 foram realizadas 43.284 consultas a utentes inscritos na USF Querer Mais, num total de 7.425 utentes consultados, que corresponde a 72,6% do total de utentes inscritos, das quais 63% contaram com a presença do utente.

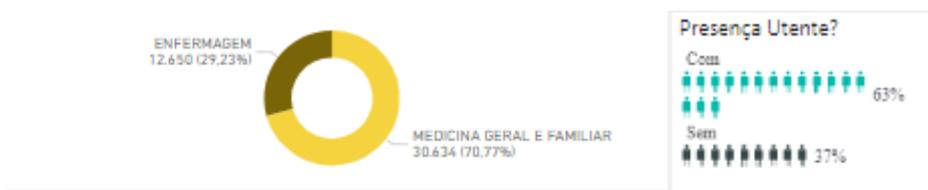


Figura 7 - Total de consultas médicas e de enfermagem no ano de 2022

Na tabela abaixo podemos verificar um resumo do total de consultas no ano de 2022:

	Total Consultas	Com Presença utente	Sem presença Utente	Programadas	Não Programadas
Médicas	30.634	53,8%	46,2%	30.386	
Enfermagem	12.650	85,4%	14,6%	10.694	1956

4.1 – Consultas Médicas

No ano de 2022 foram realizadas na USF 30.634 consultas médicas, com a seguinte distribuição por faixa etária:

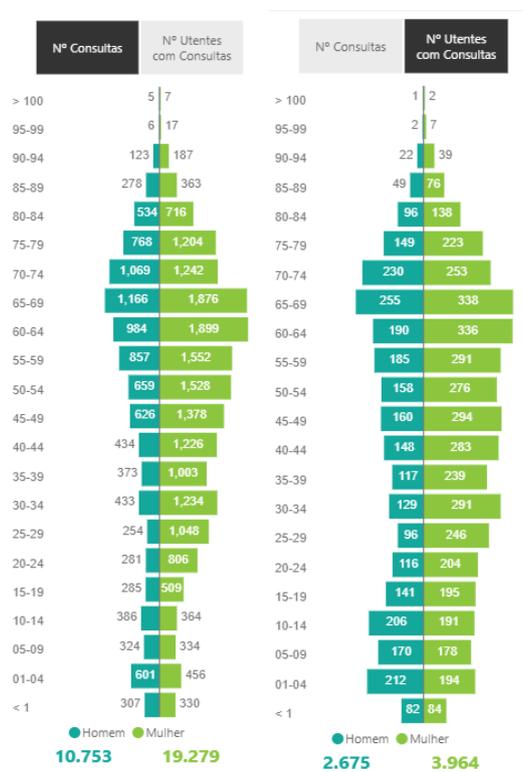


Figura 8 - Distribuição de consultas médicas por faixa etária, por número de consultas e por número de utentes

Quanto ao número de consultas por médico de família e por tipologia de agendamento verifica-se a seguinte distribuição:

Tipo Consulta / Médico	Dra. Joana Torre	Dr. Ricardo Gouveia	Dra. Joana Coelho	Dra. Teófila Matos	Dra. Tânia Tavares	Dra. Ana Pinto	Dra. Angélica Ferreira	Dra. Mafalda Sapatinha	Dra. Inês Ré	Dra. Joana Oliveira
BAIXAS	77	181	82	116	59	31	9	1	24	17
CONS IS	600	466	465	228	589	351	90	14	103	121
CONSULTA ABERTA	231	121	106	87	129	153	7	10	19	66
CONSULTA ADR/ COVID	52	244	49	15	156	37	0	0	0	7
CP – 5 DIAS	330	258	210	215	180	480	34	8	32	69
HIPERTENSAO	141	176	130	73	166	116	10	3	31	45
PLANEAMENTO FAMILIAR	157	93	111	88	75	203	34	9	167	108
RCCU	29	25	11	18	19	26	1	1	35	9
RELATORIO/ RECEITUARIO	2112	1228	1 739	1 032	2 084	1 848	60	21	433	451
RECONCILIAÇÃO TERAPÊUTICA	9	14	19	2	11	15	0	0	3	1
S.INFAN.	249	171	268	149	199	280	90	155	235	127
S.MATER.	115	55	124	67	81	106	21	7	93	72
SAUDE ADULTOS	618	318	374	439	541	869	106	15	26	195
SA-DIABETES	257	198	185	162	214	327	51	10	5	89
SAUDE ADULTOS-PU	96	32	38	44	48	152	10	4	8	12
TELECONSULTA	557	113	351	41	587	464	23	0	5	86
VISITAS DOMICILIARIAS	23	24	22	5	47	26	4	0	0	0
Total de Consultas 2022	5624	3717	4283	2782	5185	5 484	550	258	1 267	1484
Total MF + Interno	5882	4984	4833		6669					
Total de Consultas 2021	4 386	3 585	4 676	4 067	6 395	5 521	893	1 833	2 237	
Total de Consultas 2020	5 426	3 676	5 262	4 682	3 968	1 116	1 295	---	----	

Na análise da tabela acima deve considerar-se que a Dra. Angelica Ferreira é interna da Dra. Joana Coelho, a Dra. Inês Ré é interna do Dr. Ricardo Gouveia e a Dra. Mafalda Sapatinha é interna da Dra. Joana Torre e a Dra. Joana Oliveira é interna da Dra. Tânia Tavares.

No que se refere à presença do utente nas consultas verificamos:

Tipo Consulta / Médico	Dra. Joana Torre	Dr. Ricardo Gouveia	Dra. Joana Coelho	Dra. Teófila Matos	Dra. Tânia Tavares	Dra. Ana Pinto	Dra. Angélica Ferreira	Dra. Mafalda Sapatinha	Dra. Inês Ré	Dra. Joana Oliveira
Presenciais	2849	2105	2085	1067	2294	3094	457	235	802	929
Não Presenciais	2775	1612	2198	1715	2891	2390	93	23	465	555

As 30.634 consultas médicas foram realizadas a 6639 utentes, o que significa que cerca de 3583 utentes não tiveram qualquer contacto com a USF no ano de 2022. Em 2022 o número de utentes com pelo menos uma consulta na USF foi inferior a 2021.

No que respeita ao tipo de problemas mais codificados como motivo de **consulta médica programada** no decorrer do ano de 2022 verificamos que os mesmos estão em linha com os principais problemas ativos anteriormente apresentados na caracterização da nossa população.

ICPC - Problema	% Consultas
A98 - Manutenção de saúde/medicina preventiva	42,4
K86 - Hipertensão sem complicações	17,6
T90 - Diabetes não insulino dependente	9,3
W14 - Contraceção feminina outra	6,9
W78 - Gravidez	4,0
T93 - Alteração dos lípidos	3,6
K87 - Hipertensão com complicações	3,5
L86 - Síndrome da coluna com irradiação de dor	3,4
W11 - Contraceção oral	2,5
P76 - Perturbação depressiva	2,4
T82 - Obesidade	2,2
L92 - Síndrome do ombro doloroso	1,7
L90 - Osteoartrose do joelho	1,5
P74 - Distúrbio ansioso/estado de ansiedade	1,2
R74 - Infecção respiratória superior aguda	1,2
L03 - Sintoma/queixa da região lombar	1,2

No que respeita às **consultas não programadas** presenciais verificamos o seguinte Top 10 de problemas:

ICPC - Problema	% Consultas
A98 - Manutenção de saúde/medicina preventiva	43,6
W14 - Contraceção feminina outra	17,7
K86 - Hipertensão sem complicações	12,3
L92 - Síndrome do ombro doloroso	5,9
W11 - Contraceção oral	4,5
T82 - Obesidade	3,6
L86 - Síndrome da coluna com irradiação de dor	3,2
P74 - Distúrbio ansioso/estado de ansiedade	3,2
P76 - Perturbação depressiva	2,7
K87 - Hipertensão com complicações	2,3

4.2 Consultas e atos de Enfermagem

No ano de 2022 foram realizadas na USF 12833 contactos para a equipa de enfermagem dos quais 12650 (98,6%) foram classificados como consultas de enfermagem a 4852 utentes, 84,5% das quais presenciais, com a seguinte distribuição por enfermeiro:

Enfermeiro	Número total de Contactos	Número de Consultas	Consultas presenciais	Consultas Não presenciais
Ana Alpalhão	1779	1743	1463 (84%)	280
Ana Martins	2028	2001	1722 (86%)	279
Ana Nunes	2280	2251	1940 (86%)	311
Cristina Costa	1909	1889	1650 (87%)	239
Elsa Fernandes	2643	2608	2218 (85%)	390
Isabel Veludo	2194	2157	1807 (84%)	350

Foram realizadas menos consultas e a menos utentes em relação a 2021, embora tenha aumentado o número de consultas com a presença do utente.

De notar que a enfermeira Ana Alpalhão esteve ausente entre 6/06/2022 e 4/08/2022. A enfermeira Ana Martins esteve ausente às sextas-feiras, por formação com estatuto de trabalhador estudante entre janeiro e setembro e bolsa parcial para estágio no âmbito do Mestrado de Especialidade em Enfermagem Comunitário de Saúde Pública por 26 horas semanais entre 5 de setembro e 16 de dezembro.

Podemos verificar a distribuição do número de consultas por utente na figura abaixo.



Figura 10 – Caracterização dos utentes com consultas enfermagem por sexo e faixa etária

Figura 9 – Distribuição consultas enfermagem por idade

Apresentamos de seguida uma tabela com o número de contatos por programa de saúde.

Programa de Saúde - Enfermagem	Nº Contactos de Enfermagem em Programa de Saúde
Saúde Infantil	2.464
Tratamento Feridas / Úlceras	2.414
Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar	1.974
Saúde do Adulto	1.911
Grupo de Risco: Diabetes	1.635
Saúde Idoso	1.319
Saúde Materna	772
Rastreio do cancro do colo do útero	645
Saúde Juvenil	492
Grupo de Risco: Hipertensão	374
Domicílio	234
Puerpério	188

Acompanhamento de Doentes Com Tuberculose	140
Intervenções Breves em fumadores	126
Podologia	108
COVID-19 (Temporário)	84
Saúde Mental e Psiquiatria	59
Programas de Narcóticos de Substituição	55
Saúde da Família	33
Programa Nacional de Combate à Obesidade	15
ADR Comunidade	13
Dependentes	5
Grupo de risco - Cardiovascular	4
Saúde da Comunidade	3
Acompanhamento de Conviventes de Doentes Com Tuberculose	2
Apoio Domiciliário Integrado (Adi)	1
Programa de Intervenção Precoce	1
Total	15.071

Do total de consultas 11958 foram consideradas consultas de vigilância, realizadas a 4794 utentes. Na figura abaixo podemos verificar o número de consultas por tipo de vigilância com diagnósticos de enfermagem associados na consulta. Verifica-se que a obesidade, consumo de álcool e tabaco se destacam porque são parâmetros avaliados e alvo de intervenção na grande maioria dos contactos com o utente.

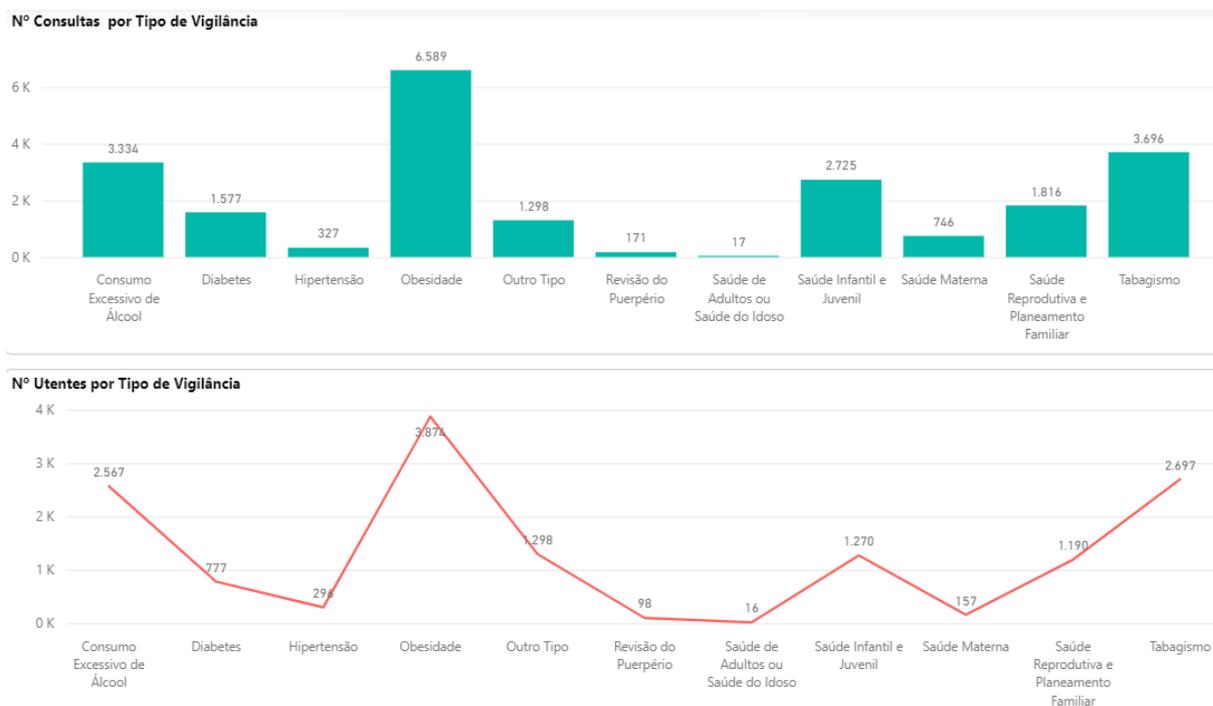


Figura 11 – Consultas enfermagem por tipo de vigilância e número de utentes em 2022

Em 2022 foram registados 11573 fenómenos CIPE. Podemos verificar na tabela abaixo o top 20 de fenómenos de enfermagem associados aos diversos programas:

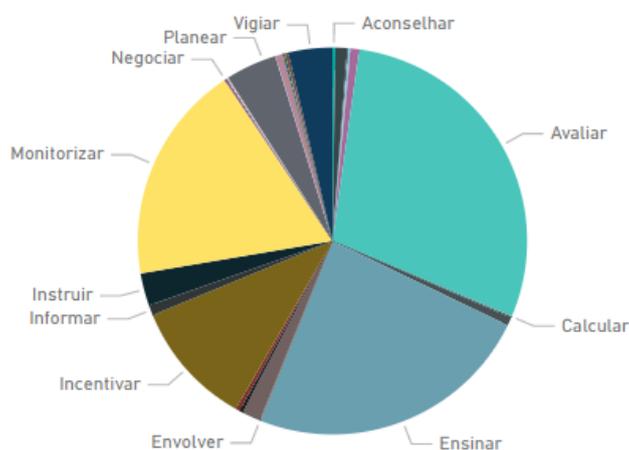
Código CIPE - Fenómenos de Enfermagem	Nº de Fenómenos de Enfermagem
Uso de Álcool	1.980
Uso de Tabaco	1.538
Excesso de Peso	1.447
Comportamento de Procura de Saúde	882
Hipertensão	666
Queda	468
Adesão à Vacinação	442
Auto - Vigilância	274
Ferida Cirúrgica	225
Amamentar	207
Gestão do Regime Terapêutico	203
Papel Parental	184
Uso de Contracetivos	178
Comportamento de Adesão	171
Vinculação	170
Ferida Traumática	157
Desenvolvimento Infantil	149
Precaução de Segurança	136
Uso de Drogas	119
Ligação Mãe-Filho	110

No que respeita às 133576 intervenções de enfermagem realizadas em 2022, apresentamos em seguida o Top 25. Destaca-se a adesão à vacinação que é realizada na grande maioria dos contactos assim como outros parâmetros de avaliação.

Intervenções de Enfermagem	Nº de Intervenções de Enfermagem
Avaliar adesão à vacinação	6 184
Monitorizar índice de massa corporal	4 891
Planear vacinação	4 627
Monitorizar peso corporal	4 220
Incentivar adesão à vacinação	3 809
Monitorizar tensão arterial	3 499
Avaliar desenvolvimento infantil e juvenil	3 180
Monitorizar uso de tabaco	2 812

Intervenções de Enfermagem	Nº de Intervenções de Enfermagem
Monitorizar altura	2 529
Monitorizar uso de álcool	2 134
Avaliar uso de álcool	1 903
Avaliar comportamento de procura de saúde	1 885
Avaliar diabetes	1 871
Ensinar sobre vacinas	1 847
Ensinar sobre complicações da não adesão à vacinação	1 718
Incentivar comportamento de procura de saúde	1 649
Avaliar uso de tabaco	1 628
Ensinar sobre padrão alimentar	1 533
Ensinar sobre comportamento de procura de saúde	1 460
Avaliar potencial para melhorar o conhecimento	1 459
Avaliar risco de diabetes tipo 2	1 420
Administrar vacina	1 295
Incentivar adesão a comportamento de procura de saúde	1 237
Avaliar gestão do regime terapêutico	1 234
Incentivar hábitos alimentares saudáveis	1 108

Nº de Intervenções de Enfermagem por tipo de Acção



No que respeita às atitudes terapêuticas verifica-se que registámos 1124 atitudes terapêuticas, na sua maioria resultantes de cuidados a utentes encaminhados diretamente da consulta médica. Tem havido ao longo dos anos um aumento dos registos das atitudes terapêuticas embora tenhamos noção de que ainda ficam aquém

das efetivamente realizadas. Os implantes e dispositivos são colocados pelos médicos com apoio de enfermagem, não havendo registo da atitude na totalidade dos mesmos. Em “OUTROS” incluem-se sobretudo pensos, medicação oral e reavaliações de parâmetros vitais.

Atitudes Terapêuticas	Local Contacto	Nº de Atitudes terapêuticas
ALGALIAÇÃO	Unidade de Saúde	7
ALGALIAÇÃO	Domicílio	1
COLHEITA DE URINA: EXAME SUMÁRIO	Unidade de Saúde	1
PESQUISA DE GLICEMIA CAPILAR	Unidade de Saúde	1
OUTROS	Unidade de Saúde	155
OUTROS	Domicílio	2
TESTE "COMBUR"	Unidade de Saúde	4
INTUBAÇÃO NASOGÁSTRICA	Domicílio	4
COLHEITA DE SANGUE P/ ESTUDO DE DIAGNÓSTICO PRECOCE	Unidade de Saúde	52
COLHEITA DE EXUDATO POR ZARAGATOA	Unidade de Saúde	1
PROVA DE MANTOUX	Unidade de Saúde	1
ADMINISTRAR MEDICAÇÃO IM	Unidade de Saúde	837
ADMINISTRAR MEDICAÇÃO IM	Domicílio	31
LAVAGEM VESICAL	Unidade de Saúde	1
IMPLANTE CONTRACETIVO SUBDÉRMICO	Unidade de Saúde	9
DISPOSITIVO INTRA UTERINO PARA CONTRACEÇÃO	Unidade de Saúde	2
COLPOCITOLOGIA	Unidade de Saúde	4
INJECTAVEIS	Unidade de Saúde	11
Total		1.124

4.2.1 Vacinação

A vacinação é um dos principais focos dos cuidados de enfermagem na nossa USF. Das 9817 vacinas inoculadas a utentes da USF QM no ano de 2022, realizámos e registamos na unidade um total de 3107 inoculações. 1954 inoculações foram realizadas a crianças com menos de 15 anos.



Figura 12 - Vacinas administradas por idade

Houve um decréscimo do número de inoculações face a anos anteriores que pode ser explicado pela não administração de vacinas da gripe SNS na unidade, este ano. Em 2021 e 2022 estas vacinas foram administradas nos centros de vacinação. Em 2022 foram administradas no CVC 5159 vacinas Covid a utentes da USF QM.

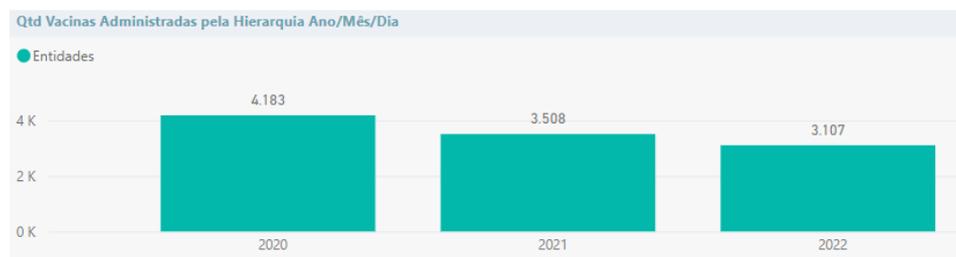


Figura 13 - Vacinas administra USF QM entre 2020 e 2022

Distribuição por tipos de vacina inoculadas em 2022, incluindo as vacinas transcritas, visto que não é possível aceder aos dados de outra forma.

Vacina / Lote	Qtd
⊕ Vacina contra a Difteria e o Tétano	863
⊕ Vacina pneumocócica conjugada de 13 componentes gratuita e administrada no S...	274
⊕ Vacina contra o meningococo do grupo B gratuita e administrada no SNS	271
⊕ Vacina contra o Sarampo, a Papeira e a Rubéola	271
⊕ Vacina contra o papilomavírus humano (tipo 9)	201
⊕ Vacina contra a Difteria, o Tétano, a Tosse Convulsa, a Poliomielite, o Haemophilus...	193
⊕ Vacina contra a Difteria, o Tétano, a Tosse Convulsa, a Poliomielite e o Haemophilu...	176
⊕ Vacina contra a Hepatite B	111
⊕ Vacina contra a Difteria, o Tétano, a Tosse Convulsa e Poliomielite	97
⊕ Vacina contra a Difteria, o Tétano e a Tosse Convulsa gratuita e administrada no S...	92
⊕ Vacina de oligossacárido ou polissacárido capsular de Neisseria meningitidis C, co...	88
⊕ Vacina contra a COVID-19	63
⊕ Vacina contra o papilomavírus humano (tipo 9) gratuita e administrada no SNS	61
⊕ Vacina contra a tuberculose	54
⊕ Vacina contra a Gripe gratuita e administrada no SNS	35
⊕ Vacina contra a Hepatite B gratuita e administrada no SNS	35
⊕ Vacina contra a Poliomielite	27
⊕ Vacina contra a Gripe	26
⊕ Vacina meningocócica conjugada contra os serogrupos A, C, W135 e Y	25
⊕ Vacina de 1 genótipo contra gastroenterite por rotavírus (Rotarix®)	24
⊕ Vacina pneumocócica conjugada de 13 componentes	23
⊕ Vacina pneumocócica poliosídica	19
⊕ Vacina de 5 genótipos contra gastroenterite por rotavírus (Rotateq®)	16
⊕ Vacina contra a Hepatite A	14
⊕ Imunoglobulina anti-D (prevenção da DHRN)	12
⊕ Vacina viva contra o Rotavírus	7
⊕ Vacina de 5 genótipos contra gastroenterite por rotavírus (Rotateq®), gratuita e a...	4
⊕ Vacina viva contra a Febre amarela	4
⊕ Vacina contra a febre tifóide	3
⊕ Vacina contra a Hepatite A e a Hepatite B	3
⊕ Vacina contra o meningococo do grupo B	3

☒ Vacina de 1 genótipo contra gastroenterite por rotavírus (Rotarix®), gratuita e ad...	3
☒ Vacina contra a Difteria, o Tétano e Tosse Convulsa	2
☒ Imunoglobulina contra a Hepatite B	1
☒ Vacina conjugada contra infeções por Streptococcus pneumoniae de 15 serotipos	1
☒ Vacina contra a Difteria, o Tétano e a Tosse Convulsa	1
☒ Vacina meningocócica polissacarídea contra os serogrupos A, C, W135 e Y	1
☒ Vacina pneumocócica poliosídica gratuita e administrada no SNS	1
☒ Vacina viva contra a Varicela	1
☒ Vacina viva contra o Sarampo	1
Total	3.107

Figura 14 - Vacinas administradas em 2022 por tipo de vacina

No ano de 2022 realizámos 54 inoculações de vacina contra tuberculose, todas administradas a crianças com menos de 1 ano de vida num total de 99 crianças, o que representa 54,5% de elegíveis para vacinação. De notar uma melhoria significativa do tempo de espera para vacinação BCG.

No que respeita aos indicadores de desempenho da vacinação podemos verificar que de uma forma geral, apesar da pandemia, houve uma melhoria face ao período homólogo. É fundamental continuar a convocar ativamente utentes para realização de vacina do tétano de forma a aumentar a cobertura vacinal.

Código - ID - Indicador	dez/21	jan/22	dez/22	Res. ACeS	Res. ARS	Res. Nacional
2013.030.01 FL - Proporção idosos ou doença crónica, c/ vac. gripe	51,003	55,851	54,297	58,035	59,029	62,652
2013.093.01 FL - Proporção crianças 2A, c/ PNV cumprido ou execução	99,083	97,895	97,727	97,452	95,797	96,903
2013.094.01 FL - Proporção crianças 7A, c/ PNV cumprido ou execução	100,000	94,565	94,949	95,633	94,295	96,106
2013.095.01 FL - Proporção jovens 14A, c/ PNV cumprido ou execução	100,000	96,923	96,970	96,020	95,291	96,645
2013.098.01 FL - Proporção utentes >= 25 A, c/ vacina tétano	85,714	89,474	89,374	83,099	82,776	87,896
2019.424.01 FL - Prop. crianças [0; 1[A, c/ "aval. elegib. p/ BCG"	89,189	100,000	100,000	93,037	79,203	72,588
2019.425.01 FL - Prop. crianças [0; 6[A, c/ "aval. elegib. p/ BCG"	93,574	99,620	99,242	86,078	77,525	71,840
2019.426.01 FL - Tempo médio de espera para vacinação com BCG	143,000	88,500	72,000	60,694	117,591	105,403

Verifica-se que atingimos 100% de taxa de vacinação das crianças dos 2, 7 e 14 anos se retirarmos todas as que estão em situação de exclusão de vacinação por residência no estrangeiro.

No que respeita dos indicadores de IDG ficamos a 0,7% do objetivo de 55% de Proporção idosos ou doença crónica, c/ vac. Gripe, assim como Proporção utentes >= 25 A, c/ vacina tétano.

4.3 Consultas Conexas – Grupos vulneráveis e de risco

As consultas conexas representam uma grande percentagem da atividade assistencial dos médicos e enfermeiros, cerca de 25% do total de consultas são conexas.

De seguida apresentamos um resumo do trabalho desenvolvido no âmbito das consultas conexas, que procuramos que sejam sempre realizadas pela equipa de família salvo exceções, por exemplo situações de ausência não programada.

No decorrer do ano de 2022 ainda houve necessidade de deslocar profissionais para o Centro de Vacinação da Moita durante o horário de funcionamento da USF QM mas procuramos sempre que possível não prejudicar os períodos definidos para consulta programada de grupos e risco e vulneráveis. Nas situações de ausência prolongada dos elementos da equipa, houve necessidade de períodos de intersubstituição. Nos grupos vulneráveis e de risco procuramos sempre realizar consultas conexas, ainda que em regime de intersubstituição da equipa de família.

4.3.1 Programa de Planeamento Familiar

Face ao elevado número de mulheres em idade fértil e às características individuais da nossa população, muitas utentes de etnia cigana e de comunidades africanas com tradição de famílias muito numerosas, temos sempre alguma dificuldade em ter capacidade de resposta no que concerne ao tempo de espera para consultas de planeamento familiar sem carácter de urgência.

Procuramos promover de forma oportunista, a possibilidade de abordar o tema do planeamento familiar sempre que as mulheres vêm a outra tipologia de consulta.

No ano de 2022 contabilizamos 798 intervenções de enfermagem – *providenciar contraceptivo*, que utilizamos para contraceção oral fornecida de forma gratuita para três meses na USF, seja no âmbito da consulta, seja no âmbito da entrega de contraceptivos, assim como 73 intervenções do tipo *dar preservativo*.

Foram realizadas 1816 consultas no âmbito do planeamento familiar.

No que respeita ao número de consultas médicas realizámos 2133 consultas com codificação ICPC2 W11, W12, W14.



Figura 15 - Consultas ICPC W11, W12 e W14 no ano de 2022

Temos ainda a considerar a colocação de 67 implantes contraceptivos subcutâneos e 15 dispositivos intrauterinos, dos quais 11 hormonais, assim como a administração de 22 Depo-provera, acrescendo as adquiridas na farmácia por ruturas de stock ao longo do ano.

De salientar também que no ano de 2022 referenciámos para IVG no CHBM 18 utentes, menos 1 do que em 2021.

Mês	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.
Nº IVG	1	2	2	3	2	1	1	1	3	0	1	1

Verificamos uma evolução favorável nos indicadores de atividade assistencial como seria espectável num período pós-pandémico.

Cód. Indicador	Designação Indicador (+ID)	Tipo	Exclusão	IDG	Mês Ind	Min. Aceit	Min. Esper	Máx. Esper	Máx. Aceit	Resultado	Score
2013.008.01 FL	8 - Taxa de utilização de consultas de PF (méd./enf.)	FL		S	202212	38,00	60,00	100,00	100,00	52,41324	1,310
2013.009.01 FL	9 - Taxa de utilização de consultas de PF (enf.)	FL		N	202212	25,00	42,00	75,00	80,00	38,69167	1,611
2013.010.01 FL	10 - Taxa de utilização de consultas de PF (méd.)	FL		N	202212	25,00	45,00	55,00	65,00	44,59514	1,960
2013.045.01 FL	45 - Prop. mulheres 25-60 anos c/ rastr. c. colo út.	FL		S	202212	41,00	60,00	100,00	100,00	58,99565	1,894

Figura 16 -Indicadores Saúde Mulher dezembro 2022

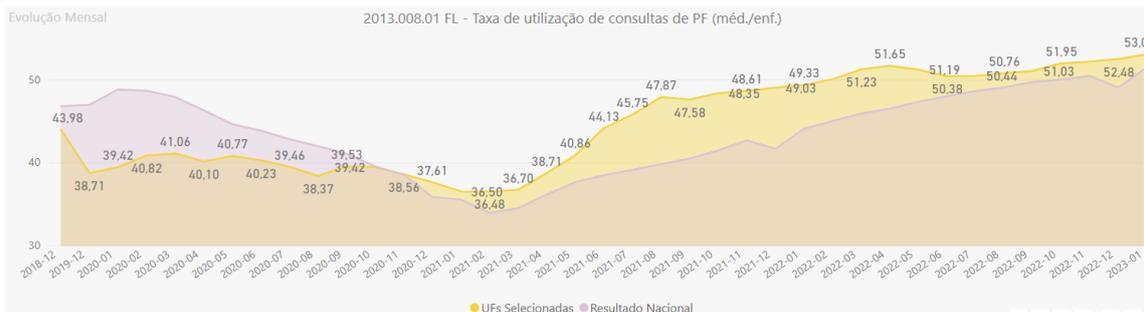


Figura 17 - Taxa de Utilização de consultas de PF entre 2018 e 2022

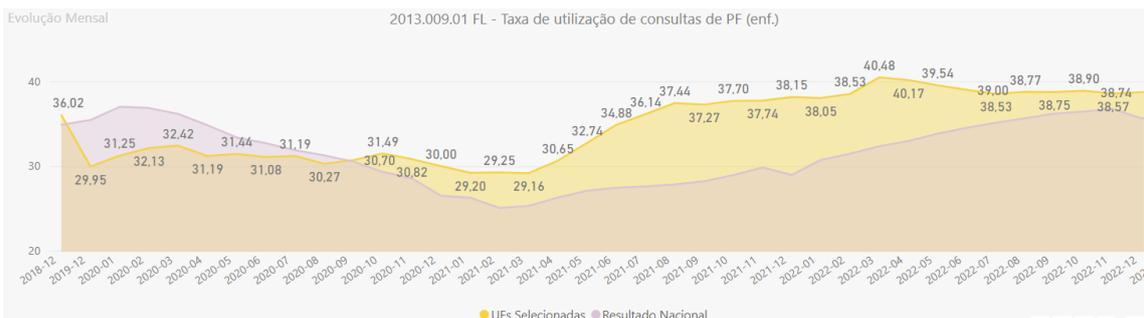


Figura 18-Taxa de utilização de consultas de PF enfermagem 2018 -2022

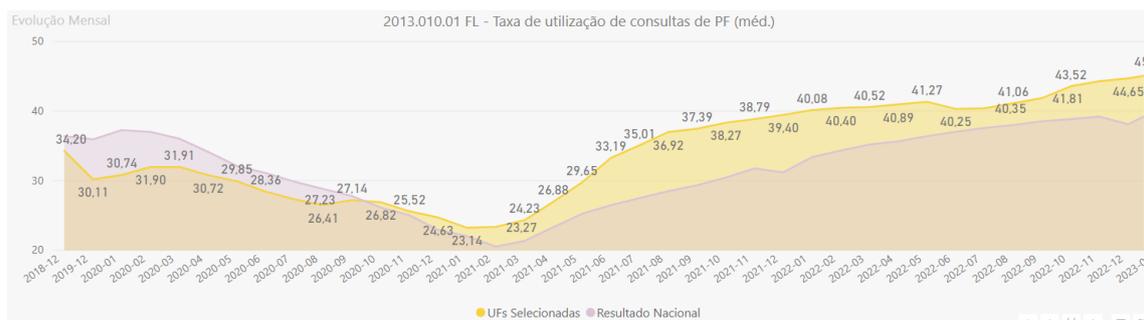


Figura 19-Taxa de utilização de consultas de PF médicas 2018-2022

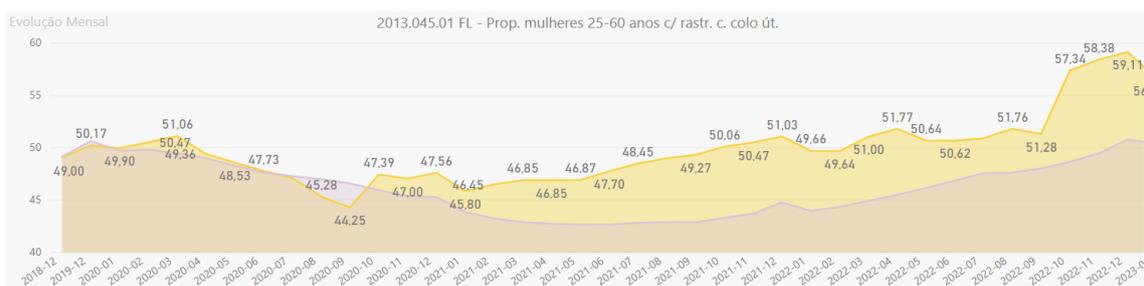


Figura 20-Proporção de mulheres entre 25 e 59 anos com rastreio cancro colo útero

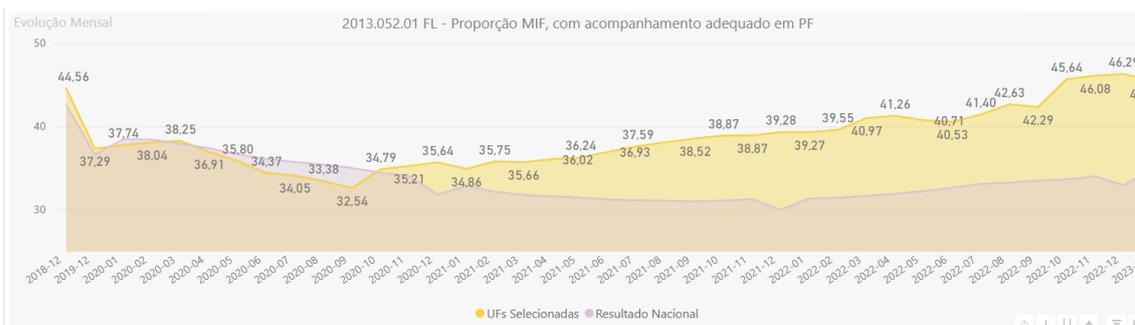


Figura 21 - Proporção de mulheres em idade fértil com acompanhamento adequado

4.3.2 Programa de Saúde Materna

Pelas características da população acima referida o número de grávidas na USFQM ao longo do ano é elevado. Todas as consultas de vigilância da gravidez são consultas conexas, podendo apenas a primeira ser realizada exclusivamente pelo médico em contexto de saúde adulto.

Verificamos que em todo o ano de 2022 foram realizadas um total de 861 consultas médicas a 157 grávidas. 722 consultas foram presenciais. Foram realizadas 746 consultas de enfermagem de saúde materna.

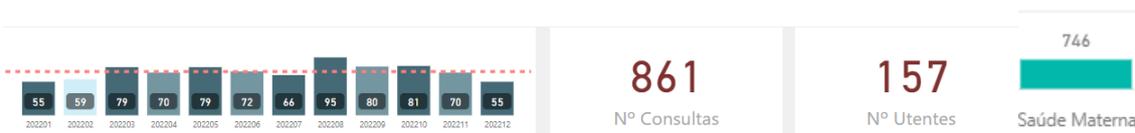


Figura 22 - Distribuição de consultas de saúde materna ao longo do ano de 2022

No que respeita aos indicadores de dezembro de 2022, relativos à saúde materna, que nos dão uma imagem da forma como vigiamos as grávidas e da qualidade dos nossos

registos, verificamos que o trabalho desenvolvido pela equipa na implementação de auditorias aos registos nos permitiu uma franca melhoria face a anos anteriores.

Cód. Indicador	Designação Indicador (+ID)	Tipo	Exclusão	IDG	Mês Ind	Min. Aceit	Min. Esper	Máx. Esper	Máx. Aceit	Resultado	Score
2013.295.01 FL	295 - Propor. puérp. 5+ cons. vig. enf. grav. e c/ RP	FL		S	202212	51,00	77,00	100,00	100,00	88,88889	2,000
2015.308.01 FL	308 - Proporção grávidas com ecografia 2º trimestre	FL		S	202212	60,00	80,00	100,00	100,00	82,17822	2,000
2015.309.01 FL	309 - Proporção grávidas com ecografia 3º trimestre	FL		N	202212	47,00	68,00	100,00	100,00	70,52631	2,000
2015.310.01 FL	310 - Índice realização exames laborat. 1º trim. grav.	FL		S	202212	0,62	0,79	1,00	1,00	0,88116	2,000
2015.311.01 FL	311 - Índice realização exames laborat. 2º trim. grav.	FL		S	202212	0,40	0,54	1,00	1,00	0,55215	2,000
2015.312.01 FL	312 - Índice realização exames laborat. 3º trim. grav.	FL		S	202212	0,30	0,43	1,00	1,00	0,60132	2,000
2017.384.01 FL	384 - Propor. RN cuja mãe tem registo de gravidez	FL		S	202212	89,00	94,00	100,00	100,00	97,59036	2,000
2019.427.01 FL	427 - Proporção de grávidas com parto por cesariana	FL		N	202212	15,00	15,00	25,00	40,00	29,72973	1,369
2015.307.01 FL	307 - Proporção grávidas com ecografia 1º trimestre	FL		N	202212	60,00	80,00	100,00	100,00	72,63158	1,263
2018.398.01 FL	398 - Prop. gráv. fumad. c/ int. breve ou mt. breve 1ºT	FL		S	202212	40,00	60,00	100,00	100,00	50,00000	1,000
2013.011.01 FL	11 - Proporção gráv. c/ consulta méd. vigil. 1º trim.	FL		S	202212	85,00	91,00	100,00	100,00	87,50000	0,833
2013.296.02 FL	296 - Proporção agreg. fam. puérp. RN c/ domic. enf.	FL		N	202212	5,00	45,00	100,00	100,00	1,98020	0,000

Figura 23 - Indicadores do programa Saúde Materna dezembro 2022

Procurámos incentivar todas as grávidas seguidas no hospital ou privado, principalmente numa primeira gravidez, a realizarem algumas consultas ao longo da gravidez com a equipa de família de modo a manter a ligação das utentes à USF e facilitar posteriormente as consultas do recém-nascido.

No que respeita às consultas em domicílio da puérpera e diagnóstico precoce do recém-nascido infelizmente ainda não foi possível implementar as visitas face aos constrangimentos de só termos acesso ao veículo para domicílio durante uma hora por dia, sendo usado o mesmo veículo para a totalidade dos domicílios da USF.

Quando comparado o mês selecionado de dezembro de 2022 com o período homólogo de 2021, verificamos que houve uma melhoria na maior parte dos indicadores de vigilância de saúde materna com valores acima do ACES e da média nacional.

Código - ID - Indicador	Homólogo	1º Mês do Ano	Mês Anterior	Mês Selecionado	Res. ACeS	Res. ARS	Res. Nacional
2013.011.01 FL - Proporção gráv. c/ consulta méd. vigil. 1º trim.	81,05	78,49	86,67	87,50	80,98	84,84	89,66
2013.012.01 FL - Propor. gráv. c/ 6+ cons. vig. enf. grav./puerp.	82,28	83,54	90,80	90,00	39,33	53,33	67,99
2013.013.01 FL - Proporção de puérperas com domicílio de enfermagem	4,88	4,88	2,17	1,05	0,24	2,85	22,26
2013.050.01 FL - Proporção grávidas c/ consulta RP efetuada	84,15	84,15	86,96	85,26	47,94	53,42	67,32
2013.051.01 FL - Proporção de grávidas, com acompanhamento adequado	37,97	41,77	48,28	46,67	16,69	23,15	35,51
2013.270.01 FL - Índice de acompanham. adequado em saúde materna	0,84	0,85	0,87	0,85	0,53	0,61	0,71
2013.295.01 FL - Propor. puérp. 5+ cons. vig. enf. grav. e c/ RP	81,01	82,28	90,80	88,89	34,33	43,56	59,38
2013.303.01 FL - Proporção grávidas 6+ cons. vig. enf. gravidez	64,56	67,86	73,12	70,97	32,52	45,91	57,95
2015.307.01 FL - Proporção grávidas com ecografia 1º trimestre	84,95	81,72	73,08	72,63	56,66	56,33	65,75
2015.308.01 FL - Proporção grávidas com ecografia 2º trimestre	91,95	90,80	80,00	82,18	55,82	57,10	67,19
2015.309.01 FL - Proporção grávidas com ecografia 3º trimestre	72,62	74,73	72,34	70,53	51,58	48,74	57,59
2015.310.01 FL - Índice realização exames laborat. 1º trim. grav.	0,87	0,87	0,89	0,88	0,66	0,64	0,73
2015.311.01 FL - Índice realização exames laborat. 2º trim. grav.	0,58	0,57	0,56	0,55	0,41	0,43	0,53
2015.312.01 FL - Índice realização exames laborat. 3º trim. grav.	0,57	0,59	0,61	0,60	0,38	0,36	0,44
2019.427.01 FL - Proporção de grávidas com parto por cesariana	26,56	29,41	28,17	29,73	29,21	30,77	33,32

Figura 24 - Indicadores Saúde Materna dezembro 2022 com comparativo

4.3.3 Programa de Saúde Infantil e Juvenil

No que respeita às consultas de saúde infantil cada uma das equipas de família disponibiliza entre 9 a 10 vagas de saúde infantil semanalmente e muitas destas vagas estão totalmente preenchidas por crianças em idade-chave do programa nacional de saúde infantil e juvenil.

Através da leitura do gráfico abaixo, observa-se que foram realizadas um total de 2370 consultas médicas com ICPC2-A98 a utentes até aos 18 anos durante o ano de 2021. O grupo etário dos 1 aos 4 anos foi onde existiu um maior número de consultas. Foram realizadas 2725 consultas de enfermagem de saúde infantil e juvenil.

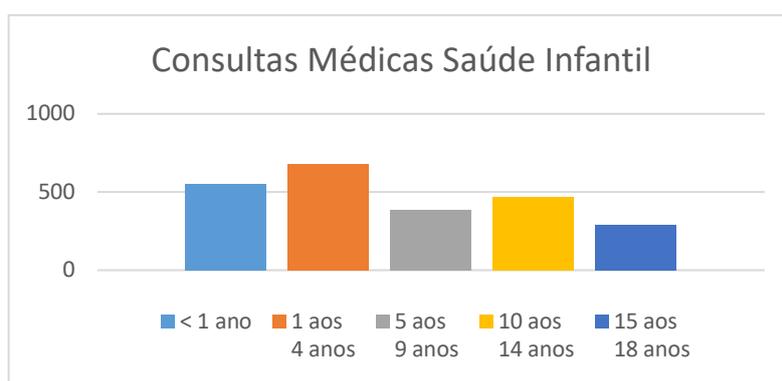


Figura 25 - Total de consultas de saúde infantil

Tendo como mês selecionado o dezembro de 2022, na tabela abaixo, e comparando com os dados do mês homólogo do ano transato, verifica-se que existiu um decréscimo percentual em alguns indicadores.

A proporção de consultas ao RN nos primeiros 28 dias está pior face ao período homólogo, mas verificamos que se trata de erros de registo. Os restantes indicadores apresentam melhoria.

Código - ID - Indicador	Homólogo	1º Mês do Ano	Mês Anterior	Mês Selecionado	Res. ACeS	Res. ARS	Res. Nacional
2013.014.01 FL - Proporção RN c/ cons. méd. vigil. até 28 dias vida	97,62	95,51	90,00	91,58	82,45	84,11	89,99
2013.015.01 FL - Proporção RN c/ domicílio enf. até 15º dia de vida	12,82	12,50	2,38	1,12	0,13	5,69	32,86
2013.016.01 FL - Proporção crianças c/ 6+ cons. méd. vigil. 1º ano	64,71	69,14	89,33	84,81	64,86	61,99	73,58
2013.017.01 FL - Proporção crianças c/ 3+ cons. méd. vigil. 2º ano	75,63	80,70	81,82	84,04	52,00	49,69	63,94
2013.031.01 FL - Proporção crianças 7A, c/ peso e altura [5; 7]A	72,82	77,67	81,91	83,17	64,53	58,46	73,52
2013.032.01 FL - Proporção jovens 14A, c/ peso e altura [11; 14]A	41,53	44,95	59,03	59,73	40,28	39,26	50,18
2013.057.01 FL - Proporção RN com TSHPKU realizado até ao 6º dia	96,43	95,51	97,80	95,83	86,27	85,29	87,36
2013.059.01 FL - Proporção crianças 2 anos, c/ peso e altura 1 ano	99,11	98,26	97,03	96,81	72,02	74,00	84,96
2013.060.01 FL - Proporção crianças 2 anos, c/ acompanh. adequado	73,95	76,32	79,80	80,85	46,04	43,02	58,59
2013.061.V1 FL - Proporção crianças 6A, livres cárie dentária	84,62	80,00	84,62	95,24	97,16	92,13	93,08
2013.062.V1 FL - Propor. crianças 1A, c/ aleit. mat. exclus. até 4M	57,69	61,54	70,45	68,75	62,12	54,96	52,79
2013.063.01 FL - Proporção crianças 7A, c/ cons. méd. vig. e PNV	74,76	78,64	78,72	78,22	65,77	59,23	73,05
2013.064.01 FL - Proporção jovens 14A, c/ cons. méd. vig. e PNV	52,54	46,79	65,28	65,77	46,31	44,79	53,89
2013.269.01 FL - Índice de acompanh. adequado s. infantil 2º ano	0,87	0,90	0,89	0,90	0,67	0,66	0,77
2013.301.01 FL - Proporção crianças 1 ano, c/ acompanh. adequado	64,71	67,90	86,67	81,01	60,33	54,65	65,78
2013.302.01 FL - Índice de acompanh. adequado s. infantil 1º ano	0,88	0,89	0,95	0,94	0,86	0,84	0,90

Figura 26 - Indicadores Saúde Infantil comparativo mês dezembro 2022

No que respeita aos indicadores de IDG na Área da Saúde Infantil no Mês de Dezembro de 2022 podemos verificar o seguinte desempenho:

Cód. Indicador	Designação Indicador (+ID)	Tipo	Exclusão	IDG	Mês Ind	Min. Aceit	Min. Esper	Máx. Esper	Máx. Aceit	Resultado	Score
2013.063.01 FL	63 - Proporção crianças 7A, c/ cons. méd. vig. e PNV	FL		S	202212	65,00	85,00	100,00	100,00	78,21782	1,322
2013.095.01 FL	95 - Proporção jovens 14A, c/ PNV cumprido ou execução	FL		S	202212	95,00	95,00	100,00	100,00	96,96970	2,000
2013.269.01 FL	269 - Índice de acompanh. adequado s. infantil 2º ano	FL		S	202212	0,70	0,87	100,00	100,00	0,89628	2,000
2013.302.01 FL	302 - Índice de acompanh. adequado s. infantil 1º ano	FL		S	202212	0,82	0,93	1,00	1,00	0,94304	2,000

Figura 27 - Indicadores de desempenho saúde infantil dezembro 2022

As consultas de saúde infantil e juvenil são sempre um desafio para as equipas de família porque temos sempre de atender à multiculturalidade da nossa população, seja na dificuldade que muitas vezes sentimos no agendamento, porque não é habitual nos países de origem de muitos dos nossos utentes uma vigilância tão intensiva das crianças, como nos constrangimentos das convocatórias devido à mudança constante de números de telemóvel, dificultando os contactos.

Fazemos um esforço permanente de adaptação para conseguir construir com os pais, nossos parceiros na promoção de saúde, um caminho que nos leve a crianças mais saudáveis, mais felizes e com mais e melhores oportunidades de vida.

4.3.4 Programa de Diabetes

Realizamos um total de 1577 consultas de enfermagem a 777 utentes no âmbito do programa da Diabetes. No que se refere às consultas médicas foram realizadas 2117 consultas a 766 utentes, no decorrer do ano com a seguinte distribuição mensal:



Figura 28 - Distribuição consultas de diabetes ao longo do ano 2022

Consultas CSP por ICPC (Top 25)



Há a registar um total de 115 consultas que foram realizadas a doentes com ICPC2 T89 – Diabetes insulino dependente.

No ano de 2022 verifica-se que apenas 11% das consultas foram realizadas sem a presença do utente, não sendo possível identificar as que foram realizadas em teleconsulta, um valor francamente menor que em anos anteriores já em linha com dados pré pandemia.

No final do ano de 2022, com mês selecionado de dezembro, constatamos, de uma forma geral, que houve uma melhoria em relação ao período homólogo e encontramos com valores acima da média do ACES, da ARLVT e Nacional.

Código - ID - Indicador	Homólogo	1º Mês do Ano	Mês Anterior	Mês Selecionado	Res. ACeS	Res. ARS	Res. Nacional
2013.035.01 FL - Proporção DM com exame pés último ano	92,66	91,66	90,81	91,70	52,02	58,70	73,14
2013.036.01 FL - Proporção utentes DM com registo de GRT	87,29	86,18	88,04	88,43	47,76	50,34	64,65
2013.037.01 FL - Proporção DM c/ cons. enf. vigil. DM último ano	93,84	92,83	92,07	92,70	53,01	59,36	74,57
2013.038.01 FL - Proporção DM c/ 1 HbA1c por semestre	75,17	73,96	70,93	76,85	42,72	46,38	58,70
2013.039.01 FL - Proporção DM c/ última HbA1c <= 8,0%	66,19	64,02	66,50	70,44	45,33	50,44	60,80
2013.040.01 FL - Proporção DM c/ exame oftalmológico último ano	55,83	57,63	71,16	71,32	55,38	36,04	45,87
2013.041.01 FL - Proporção DM2 em terapêut. c/ insulina	7,35	7,16	7,43	7,28	4,14	4,66	5,39
2013.042.01 FL - Proporção DM2 em terapêut. c/ metformina	47,98	48,14	46,77	46,98	35,34	40,40	45,03
2013.043.01 FL - Proporção DM c/ acompanham. adequado	40,49	40,67	37,73	42,84	21,27	19,27	30,47
2013.088.01 FL - Proporção DM c/ registo HbA1c 6 meses	81,91	79,14	80,35	84,03	52,27	57,29	68,47
2013.091.01 FL - Proporção DM < 65 A, c/ HbA1c <= 6,5 %	26,01	29,97	28,29	31,02	17,53	21,45	28,42
2013.097.01 FL - Proporção DM c/ microalbum. último ano	84,14	83,18	78,34	81,26	49,61	55,03	66,17
2013.261.01 FL - Proporção utentes DM c/ aval. risco úlcera pé	92,66	91,66	90,81	91,70	51,89	58,60	72,98
2013.262.01 FL - Proporção utentes com avaliação risco DM2 (3A)	61,09	61,20	66,85	66,51	32,32	35,26	45,02
2013.265.01 FL - Percent. DM vigiado, c/ registo risco úlcera pé	91,53	91,17	91,97	93,19	53,32	62,07	75,58
2013.266.01 FL - Percent. DM vigiados, c/ úlcera ativa no pé	0,27	0,54	0,40	0,40	0,19	0,24	0,24
2013.271.01 FL - Índice de acompanhamento adequado utentes DM	0,77	0,78	0,76	0,78	0,46	0,51	0,64
2013.274.01 FL - Propor. DM2 c/ indic. insul., em terap. adequada	71,83	73,53	81,54	81,25	68,34	69,11	75,03
2013.275.01 FL - Proporção novos DM2 em terap. c/ metform. monot.	76,92	82,14	79,31	87,50	57,52	59,45	63,89
2013.276.01 FL - Rácio DDD prescrita DPP-4 e antidiabét. orais	34,48	33,60	31,13	30,78	31,76	27,74	27,45
2015.313.01 FL - Proporção DM < 75A c/ última HbA1c > 8,0%	17,89	17,08	16,43	16,32	8,40	8,28	9,07
2015.314.01 FL - Proporção DM com PA >= 140/90 mmHg	17,69	19,95	18,01	17,99	48,93	42,45	29,44
2015.315.01 FL - Proporção DM com C-LDL < 100 mg/dl	54,26	53,32	52,02	53,33	34,22	39,27	47,42
2017.350.01 FL - Custo c/ terapêut. do doente c/ Diabetes Mellitus	497,11	502,85	553,35	562,62	365,39	391,56	429,60
2017.351.01 FL - Custo c/ terap. doente c/ Diab. Mell. controlado	435,02	443,52	508,35	517,64	440,73	437,84	443,58

Figura 29 - Indicadores Programa Diabetes comparativo dezembro 2022

No que respeita aos indicadores de IDG os valores são melhores face ao ano anterior, o que se traduz por uma melhor capacidade de gestão da doença em conjunto com os nossos utentes. Temos a melhorar o controle dos custos, que está prejudicado pelo uso de fármacos mais eficazes, mas também mais dispendiosos.

Cód. Indicador	Designação Indicador (+ID)	Tipo	Exclusão	IDG	Mês Ind	Min. Aceit	Min. Esper	Máx. Esper	Máx. Aceit	Resultado	Score
2013.035.01 FL	35 - Proporção DM com exame pés último ano	FL		N	202212	70,00	89,00	100,00	100,00	91,69811	2,000
2013.036.01 FL	36 - Proporção utentes DM com registo de GRT	FL		S	202212	60,00	75,00	100,00	100,00	88,42767	2,000
2013.037.01 FL	37 - Proporção DM c/ cons. enf. vigil. DM último ano	FL		S	202212	70,00	87,00	100,00	100,00	92,70441	2,000
2013.039.01 FL	39 - Proporção DM c/ última HbA1c <= 8,0%	FL		S	202212	55,00	70,00	100,00	100,00	70,44025	2,000
2013.097.01 FL	97 - Proporção DM c/ microalbum. último ano	FL		N	202212	50,00	80,00	100,00	100,00	81,25786	2,000
2013.261.01 FL	261 - Proporção utentes DM c/ aval. risco úlcera pé	FL		S	202212	70,00	87,00	100,00	100,00	91,69811	2,000
2013.275.01 FL	275 - Proporção novos DM2 em terap. c/ metform. monot.	FL		S	202212	55,00	70,00	100,00	100,00	87,50000	2,000
2015.315.01 FL	315 - Proporção DM com C-LDL < 100 mg/dl	FL		S	202212	33,00	48,00	100,00	100,00	53,33334	2,000
2013.038.01 FL	38 - Proporção DM c/ 1 HbA1c por semestre	FL		N	202212	50,00	77,00	100,00	100,00	76,85422	1,989
2013.274.01 FL	274 - Propor. DM2 c/ indic. insul., em terap. adequada	FL		S	202212	65,00	82,00	100,00	100,00	81,25000	1,912
2013.091.01 FL	91 - Proporção DM < 65 A, c/ HbA1c <= 6,5 %	FL		N	202212	20,00	33,00	55,00	70,00	31,02310	1,696
2015.314.01 FL	314 - Proporção DM com PA >= 140/90 mmHg	FL		S	202212	0,00	0,00	12,00	22,00	17,98742	0,803
2017.382.01 FL	382 - Prop. adultos com DM, com diagn.	FL		S	202212	97,00	98,70	100,00	100,00	97,40933	0,482
2017.350.01 FL	350 - Custo c/ terapêut. do doente c/ Diabetes Mellitus	FL		S	202212	60,00	60,00	350,00	420,00	562,62006	0,000
2017.351.01 FL	351 - Custo c/ terap. doente c/ Diab. Mell. controlado	FL		S	202212	0,00	0,00	350,00	420,00	517,63654	0,000

Figura 30 - Indicadores Programa Diabetes dezembro 2022

Continuamos a ter diversos utentes com diabetes sem compromisso de vigilância na USF, os que fazem consultas regulares na APDP, no CHBM ou no privado e os que residem no estrangeiro e não fazem a sua vigilância em Portugal.

Continuamos a sentir um agravamento transversal da gestão da doença causado pelo sedentarismo e má alimentação que agravam após a pandemia e se intensificam com o aumento do custo de vida e agravamento das dificuldades socioeconómicas na nossa população que, por si só, já é particularmente vulnerável. No final do ano já se nota uma evolução favorável.

4.4 – Vigilância Cardiovascular:

Em 2022 foram realizadas 5145 consultas a 2245 utentes com codificação no capítulo K – Circulatório – do ICPC-2. Destas, 3807 foram codificadas com K86 – Hipertensão sem complicações; e 746 foram codificadas com K87 – Hipertensão com complicações. Outras patologias prevalentes foram Veias varicosas da perna (108), Trombose / Acidente vascular (105) e Insuficiência Cardíaca (77). O sinal e sintoma mais codificado foi K04 – Palpitações /Percepção do coração (35). Podemos verificar a seguinte distribuição mensal:

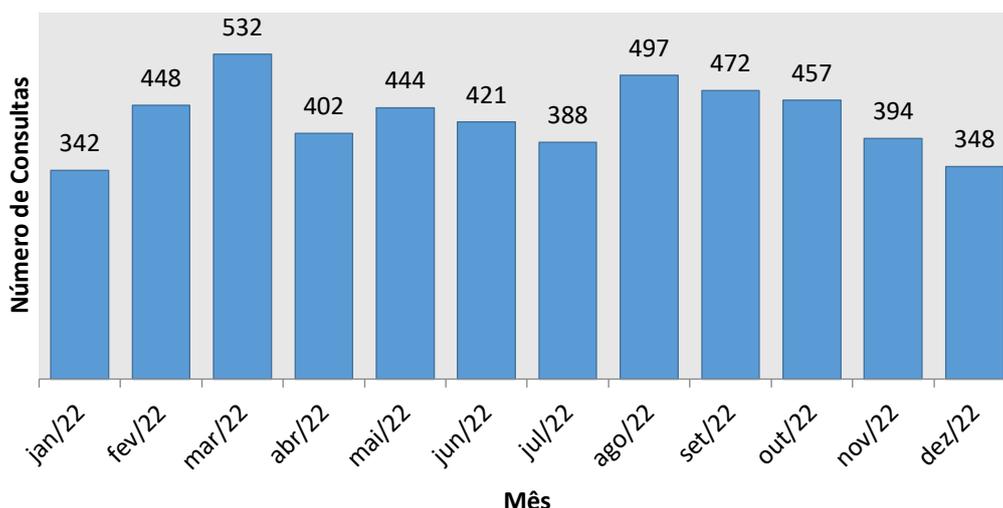


Gráfico 1 - Total de consultas realizadas na USF com codificação ICPC-2 no capítulo K - Circulatório

Não existia uma consulta de enfermagem formal de hipertensão e no ano de 2022 foram realizadas apenas 327 consultas de enfermagem associadas ao programa de hipertensão. Este número está muito aquém do número real e prende-se com a forma de registo dos programas de saúde que já está a ser alvo de melhoria. Foram realizadas 3499 intervenções Monitorização a pressão arterial das quais muitas a utentes com diagnóstico de hipertensão e alvo de outras intervenções.

Da análise do gráfico abaixo apresentado verifica-se um aumento da prevalência do recurso à consulta a partir do intervalo etário 45-49 anos em linha com os resultados a nível nacional.

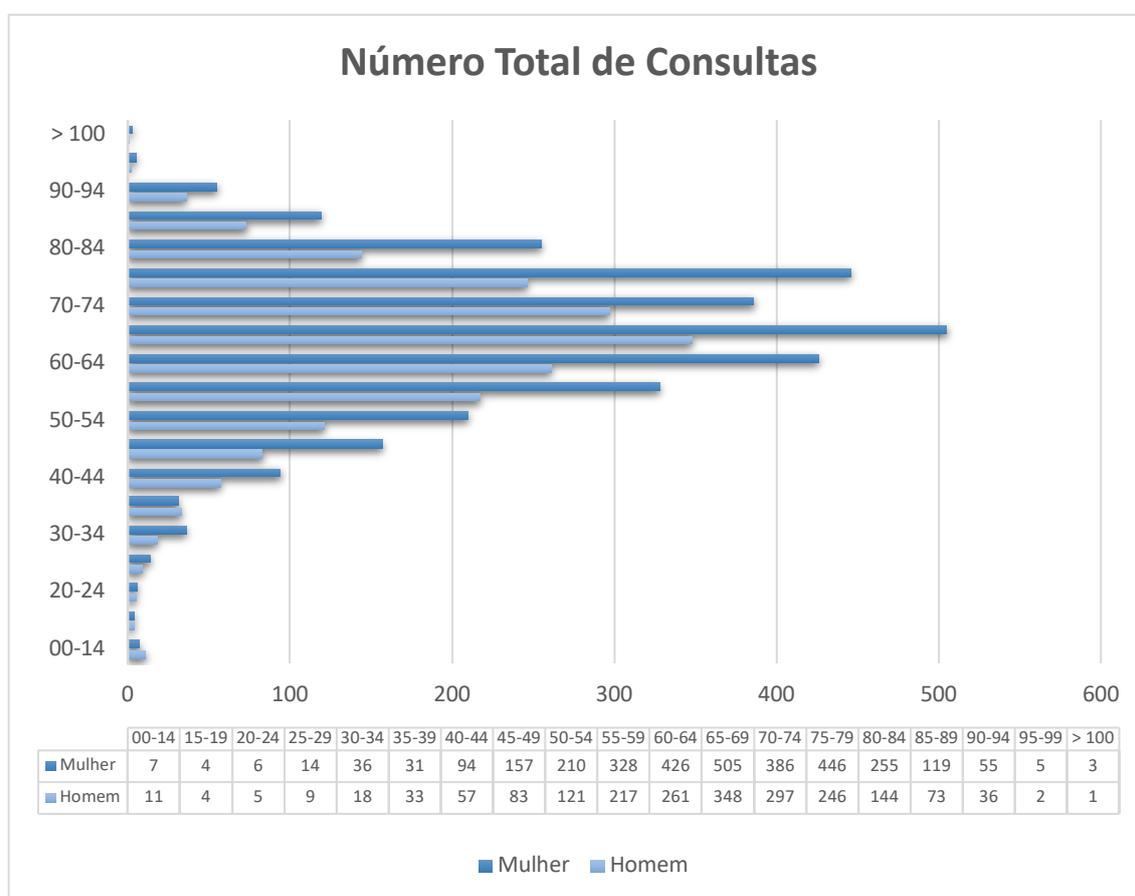


Gráfico 2 - Distribuição de consultas ICPC-2 por sexo e faixa etária

Na globalidade dos indicadores analisados observa-se um desempenho melhor da USF Querer Mais face aos resultados do ACeS Arco Ribeirinho, ARS LVT e Nacional; constata-se também uma melhoria face ao mês homólogo de 2021. Continua a destacar-se a importância do correto registo na Ficha Individual do utente do IMC, tensão arterial, RCV e risco de DM. O mês selecionado é dezembro de 2022.

Código - ID - Indicador	Homólogo	1º Mês do Ano	Mês Anterior	Mês Selecionado	Res. ACeS	Res. ARS	Res. Nacional
2013.018.01 FL - Proporção de hipertensos com IMC (12 meses)	76,75	76,54	81,17	81,80	55,72	60,89	72,81
2013.019.01 FL - Proporção de hipertensos com PA em cada semestre	50,29	49,48	55,97	59,92	36,70	37,96	52,82
2013.020.01 FL - Proporção hipertensos < 65 A, com PA < 150/90	52,73	51,12	50,57	50,89	36,60	39,89	52,33
2013.021.01 FL - Proporção hipertensos, c/ prescrição de tiazidas	16,81	17,01	17,07	17,25	15,41	15,57	16,66
2013.022.01 FL - Proporção hipertensos sem DM c/ prescrição ARA II	15,34	15,17	15,73	15,55	15,39	16,60	18,43
2013.023.01 FL - Proporção hipertensos com risco CV (3 A)	60,51	60,29	71,45	71,50	44,59	48,25	60,04
2013.025.01 FL - Proporção de hipertensos, c/ acompanh. adequado	32,84	31,95	38,07	41,05	26,20	25,54	38,05
2013.089.01 FL - Proporção hipertensos c/ PA 6 meses	66,42	64,21	70,33	71,37	48,79	52,31	65,00
2013.272.01 FL - Índice de acompanh. adequado de hipertensos	0,66	0,66	0,70	0,71	0,55	0,58	0,68
2015.316.01 FL - Proporção hipert. [18; 65[A, com PA < 140/90	32,72	38,67	36,64	35,05	25,53	26,38	34,33
2017.352.01 FL - Custo c/ terapêut. do doente c/ HTA	71,76	72,38	80,09	81,01	72,17	76,15	84,22
2017.353.01 FL - Custo c/ terapêut. do doente c/ HTA controlada	86,35	89,01	95,87	96,83	97,58	96,61	98,62
2022.445.01 FL - Índice acompanhamento adequado HTA - V2		0,49		0,62	0,47	0,48	0,57
MORB.205.01 FL - Proporção de utentes com "hipertensão arterial"	22,52	22,64	22,94	22,79	19,33	20,38	22,38
MORB.237.01 FL - Incidência de "hipertensão arterial"	8,89	9,50	15,64	15,36	14,09	16,13	17,19

Figura 31 - Indicadores Hipertensão comparativo dezembro 2022

No que respeita aos indicadores IDG existe espaço para melhorar o desempenho e tenho procurado melhorar através de ciclos de auditorias os registos associados à consulta assim como a gestão da acessibilidade dos utentes. Face ao elevado número de utentes com diagnóstico ativo de HTA e num ano ainda com várias ausências na equipa nem sempre temos conseguido atingir os nossos objetivos nesta área.

Cód. Indicador	Designação Indicador (+ID)	Tipo	Exclusão	IDG	Mês Ind	Min. Aceit	Min. Esper	Máx. Esper	Máx. Aceit	Resultado	Score
2013.018.01 FL	18 - Proporção de hipertensos com IMC (12 meses)	FL		S	202212	65,00	80,00	100,00	100,00	81,80257	2,000
2013.020.01 FL	20 - Proporção hipertensos < 65 A, com PA < 150/90	FL		S	202212	45,00	67,00	100,00	100,00	50,89192	0,536
2013.023.01 FL	23 - Proporção hipertensos com risco CV (3 A)	FL		S	202212	65,00	80,00	100,00	100,00	71,50000	0,867
2017.352.01 FL	352 - Custo c/ terapêut. do doente c/ HTA	FL		S	202212	40,00	40,00	80,00	90,00	81,00761	1,798
2017.353.01 FL	353 - Custo c/ terapêut. do doente c/ HTA controlada	FL		S	202212	0,00	0,00	90,00	100,00	96,82549	0,635
2017.383.01 FL	383 - Prop. adultos com HTA, com diagnóstico	FL		S	202212	89,00	94,00	100,00	100,00	93,09866	1,639

Figura 32- Indicadores IDG dezembro 2022 subárea HTA

Ao longo do ano de 2022 foram realizadas 700 consultas médicas a 567 utentes com codificação T82 – Obesidade (483 consultas) e T83 – Excesso de Peso (217 consultas); 258 a utentes do sexo masculino e 421 a utentes do sexo feminino.

Este número de consultas – mais 467 consultas que no ano de 2021 – representa um esforço significativo na abordagem e codificação por parte da Equipa da USF Querer Mais, contribuindo assim para a melhoria da prestação dos cuidados de saúde na prevenção primária.

4.5 – Saúde do Adulto e do Idoso:

No que respeita aos indicadores de desempenho na área da saúde do adulto e do idoso, tendo por base o mês selecionado de dezembro de 2022 podemos verificar os seguintes valores:

Código - ID - Indicador	Homólogo	1º Mês do Ano	Mês Anterior	Mês Selecionado	Res. ACeS	Res. ARS	Res. Nacional
2013.030.01 FL - Proporção idosos ou doença crónica, c/ vac. gripe	50,98	55,52	55,85	54,29	56,95	58,36	62,00
2013.033.01 FL - Proporção utentes >= 14A, c/ IMC últimos 3 anos	62,30	62,41	68,00	67,94	37,95	44,06	54,96
2013.034.01 FL - Proporção obesos >=14A, c/ cons. vigil. obesid. 2A	58,65	58,53	69,50	69,53	53,29	52,56	64,30
2013.047.01 FL - Proporção utentes >= 14 A, c/ reg. hábit. tabágic.	64,13	64,44	70,06	69,87	37,16	43,48	54,71
2013.053.01 FL - Proporção utentes >=14A, c/ registo consumo álcool	59,82	60,19	67,28	67,22	35,92	42,20	53,36
2013.054.01 FL - Proporção utentes consum. álcool, c/ consulta 3A	60,95	59,52	67,07	66,86	53,32	52,45	59,45
2013.067.01 FL - Proporção idosos, sem prescrição trimetaz. (1 ano)	99,47	99,48	99,54	99,60	99,73	99,75	99,56
2013.092.01 FL - Proporção hipocoagulados controlados na unidade	7,89	7,89	12,50	10,00	14,92	18,80	24,74
2013.098.01 FL - Proporção utentes >= 25 A, c/ vacina tétano	85,65	85,82	89,44	89,34	75,27	77,40	84,46
2013.262.01 FL - Proporção utentes com avaliação risco DM2 (3A)	61,09	61,20	66,85	66,51	32,32	35,26	45,02
2013.277.01 FL - Proporção fumadores, c/ consulta relac. tabaco 1A	40,42	40,86	48,01	47,68	31,16	29,17	33,71
2015.306.01 FL - Propor. ute. s/ rastr. VIH/SIDA que o efetuaram	8,33	8,31	9,18	10,66	6,53	6,20	6,24

Figura 33 - Indicadores Saúde Adulto e Idoso comparativo dezembro 2022

De uma forma global verificou-se uma melhoria em relação ao período homólogo para todos os indicadores, embora ainda haja um longo trabalho a desenvolver, que implica a identificação de utentes com hábitos de risco ou sem qualquer avaliação de forma a intervir na prevenção das doenças associadas. Verifica-se no quando abaixo a importância de convocar ativamente os utentes com diagnóstico de obesidade para consulta visto que não conseguimos cumprir o nosso objetivo para 2022.

No ano de 2022 foram realizadas auditorias para melhorar o registo do risco de quedas, de forma a permitir ter uma atitude preventiva das quedas nos idosos através da identificação das situações de risco.

Cód. Indicador	Designação Indicador (+ID)	Tipo	Exclusão	IDG	Mês Ind	Min. Aceit	Min. Esper	Máx. Esper	Máx. Aceit	Resultado	Score
2013.054.01 FL	54 - Proporção utentes consum. álcool, c/ consulta 3A	FL		S	202212	40,00	60,00	100,00	100,00	66,86391	2,000
2013.262.01 FL	262 - Proporção utentes com avaliação risco DM2 (3A)	FL		S	202212	35,00	58,00	100,00	100,00	66,51121	2,000
2015.306.01 FL	306 - Propor. ute. s/ rastr. VIH/SIDA que o efetuaram	FL		S	202212	3,00	5,00	100,00	100,00	10,66475	2,000
2017.381.01 FL	381 - Prop. adultos c/ depressão/ansiedade, com diagn.	FL		S	202212	70,00	78,00	100,00	100,00	81,67724	2,000
2018.397.01 FL	397 - Prop. fumador c/ int. breve ou muito breve 1 ano	FL		S	202212	15,00	22,00	100,00	100,00	47,20759	2,000
2018.404.01 FL	404 - Incidência anual de pessoas em abstin. tabág. 12M	FL		S	202212	20,00	60,00	10000,00	10000,00	85,60219	2,000
2018.395.01 FL	395 - Prop. uten. >= 15 anos, c/ reg. hábit. tabág. 3A	FL		S	202212	55,00	71,00	100,00	100,00	70,08567	1,886
2013.053.01 FL	53 - Proporção utentes >=14A, c/ registo consumo álcool	FL		S	202212	46,00	70,00	100,00	100,00	67,22030	1,768
2013.034.01 FL	34 - Proporção obesos >=14A, c/ cons. vigil. obesid. 2A	FL		S	202212	60,00	72,00	100,00	100,00	69,52567	1,588

Cód. Indicador	Designação Indicador (+ID)	Tipo	Exclusão	IDG	Mês Ind	Min. Aceit	Min. Esper	Máx. Esper	Máx. Aceit	Resultado	Score
2013.297.01 FL	297 - Prop. idosos s/ presc. prol. ansiol/sedat/hipnót	FL		S	202212	74,00	82,50	100,00	100,00	83,14834	2,000
2013.030.01 FL	30 - Proporção idosos ou doença crónica, c/ vac. gripe	FL		S	202212	45,00	55,00	100,00	100,00	54,29374	1,859
2017.372.01 FL	372 - Taxa de intern. por fratura do colo do fémur	FL		S	202012	0,00	0,00	820,00	1200,00	864,19750	1,767
2013.294.01 FL	294 - Taxa domicílios enferm. p/ 1000 inscritos idosos	FL		S	202212	300,00	570,00	1500,00	1500,00	132,14801	0,000

4.6 – Rastreios Oncológicos:

Em Portugal está preconizado o rastreio oncológico em 3 patologias – o cancro do colo do útero em mulheres entre os 25 e os 64 anos de idade; o cancro da mama em mulheres entre os 50 e 69 anos de idade; e o cancro do cólon e reto, em ambos os sexos, nas pessoas entre os 50 e os 74 anos de idade.

Este ano, tivemos a colaboração da Liga Portuguesa contra o Cancro na realização da mamografia de rastreio numa carrinha móvel.

Mantivemos os rastreios cancro colo do útero através do SIIMA e aumentamos também o número de rastreios SIIMA do cancro colon retal.

Podemos ver pelos gráficos abaixo que em 2022 aumentou o número de rastreios realizados, mas ainda aquém dos valores que pretendemos atingir de forma a salvaguardar uma intervenção precoce nas situações detetadas nos nossos utentes, embora bastante acima da média nacional.

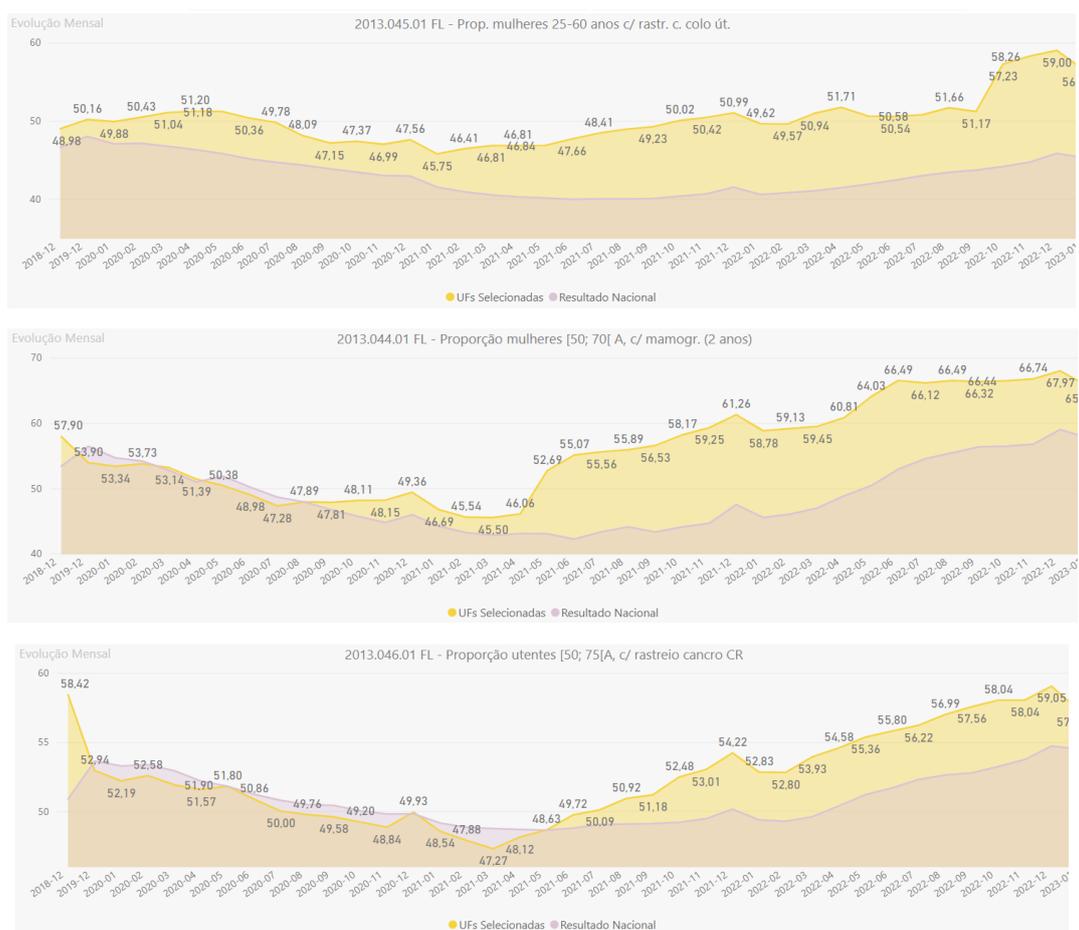


Figura 34 - Evolução rastreios oncológicos realizados entre dez 2018 e dez 2022

4.7 – Saúde Mental e comportamento de adição:

As consultas relacionadas com doença mental e adições têm vindo a aumentar ao longo dos últimos anos agravadas também pelo contexto pandémico.

Em 2022 foram realizadas 1565 consultas médicas codificadas com o capítulo P a 888 utentes. Em 2021 tinha sido realizada 1370 consultas a 716 utentes.



No que respeita às consultas de enfermagem não tem sido aberto o programa de saúde mental, mesmo quando as consultas carecem de intervenção. Apenas a registar 59 contactos associados ao programa de saúde mental.

Apresentamos no quadro abaixo o número de consultas realizadas em 2022 por ICPC-2 no capítulo P - Psicológico.

Descrição	Nº Consultas em 2022
P76 - Perturbação depressiva	516
P74 - Distúrbio ansioso/estado de ansiedade	268
P17 - Abuso do tabaco	204
P06 - Perturbação do sono	143
P01 - Sensação de ansiedade/nervosismo/tensão	99
P15 - Abuso crónico do álcool	89
P70 - Demência	89
P73 - Psicose afetiva	68
P03 - Sensação de depressão	65
P20 - Alteração da memória	31
P19 - Abuso de droga	30
P22 - Sintoma/queixa do comportamento da criança	28
P24 - Dificuldade específica de aprendizagem	22
P72 - Esquizofrenia	19
P85 - Atraso mental	18
P99 - Perturbação psicológica outra	14
P71 - Psicose orgânica outra	12
P12 - Molhar a cama/enurese	11
P77 - Suicídio/tentativa de suicídio	11
P08 - Diminuição da satisfação sexual	10
P81 - Perturbação hipercinética	10

Descrição	Nº Consultas em 2022
P79 - Fobia/perturbação compulsiva	9
P80 - Perturbação da personalidade	9
P07 - Diminuição do desejo sexual	5
P23 - Sintoma/queixa do comportamento do adolescente	5

Em 2022 foram realizadas 285 consultas a 194 utentes – 89 consultas com codificação P15 – Abuso Crónico do Álcool; 2 consultas com codificação P16 – Abuso Agudo do Álcool; 204 consultas com codificação P17 – Abuso do Tabaco; 2 consultas com codificação P18 – Abuso de Medicação; e 30 consultas com codificação P19 – Abuso de Droga. Estes números representam um acréscimo de 100 consultas em relação ao ano transato, sobretudo à custa da avaliação dos hábitos tabágicos.

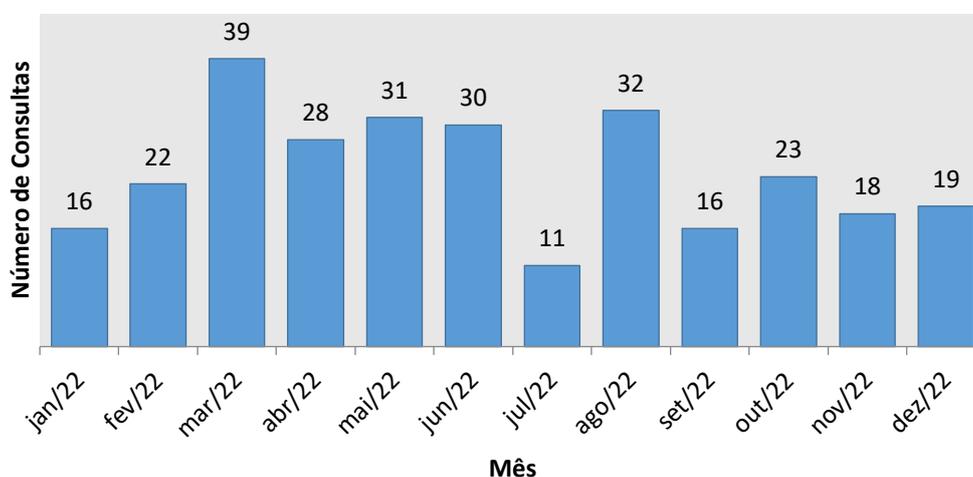


Figura 35- Total de consultas médicas realizadas na USF com codificação ICPC-2 – P15, P16, P17, P18, P19 em 2022

No que se refere às consultas de enfermagem foram realizadas 3334 consultas nas quais se identificou um consumo excessivo de álcool e 3696 com abuso de tabaco.

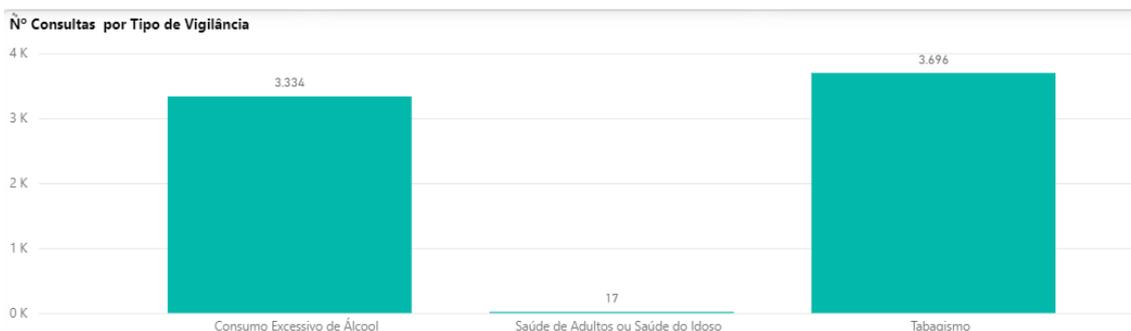


Figura 36- Consulta de enfermagem abuso de substâncias em 2022

Quando analisamos os indicadores referentes à saúde mental e adições podemos verificar a proporção de utentes com abuso crónico do álcool e de drogas é superior aos valores registados a nível ACES, ARSLVT e Nacional.

Embora os registos reflitam uma melhoria face a 2021 ainda temos espaço de melhoria no registo ativo dos consumos.

Código - ID - Indicador	Homólogo	1º Mês do Ano	Mês Anterior	Mês Selecionado	Res. ACeS	Res. ARS	Res. Nacional
2013.053.01 FL - Proporção utentes >=14A, c/ registo consumo álcool	59,82	60,19	67,28	67,22	35,92	42,20	53,36
2013.054.01 FL - Proporção utentes consum. álcool, c/ consulta 3A	60,95	59,52	67,07	66,86	53,32	52,45	59,45
2013.055.01 FL - Proporção adultos c/ depres., c/ terap. anti-depr.	22,47	22,63	24,17	24,32	20,12	22,10	25,99
2013.297.01 FL - Prop. idosos s/ presc. prol. ansiol/sedat/hipnót	83,82	83,85	83,10	83,15	85,10	85,83	82,22
MORB.199.01 FL - Proporção de utentes com "abuso crónico álcool"	1,64	1,63	1,61	1,62	0,89	1,19	1,59
MORB.201.01 FL - Proporção de utentes com "abuso de drogas"	0,74	0,74	0,82	0,82	0,51	0,59	0,58
MORB.206.01 FL - Proporção de utentes c/ "perturb. depressivas"	9,42	9,39	9,80	9,80	9,41	9,79	11,35
MORB.207.01 FL - Proporção de utentes com "demência"	0,67	0,66	0,80	0,77	0,82	0,81	0,92
MORB.227.01 FL - Proporção utentes com "distúrbio ansioso"	6,82	6,83	7,32	7,30	6,73	6,93	8,18
MORB.228.01 FL - Proporção utentes com "sensação de ansiedade"	2,65	2,65	2,77	2,81	4,12	3,71	3,88
MORB.247.01 FL - Incidência de "perturbação depressiva"	4,90	4,70	8,76	8,41	8,45	8,74	9,93
MORB.248.01 FL - Incidência de "distúrbio ansioso"	5,00	4,80	6,89	6,65	6,80	7,08	8,33

4.9 – Indicadores de Acesso à USF

Tomando como ponto de partida o mês de outubro de 2021 (sombreado verde), o fim o mês de dezembro de 2022 (sombreado vermelho) e a laranja o objetivo para 2022, não conseguimos atingir os valores desejados.

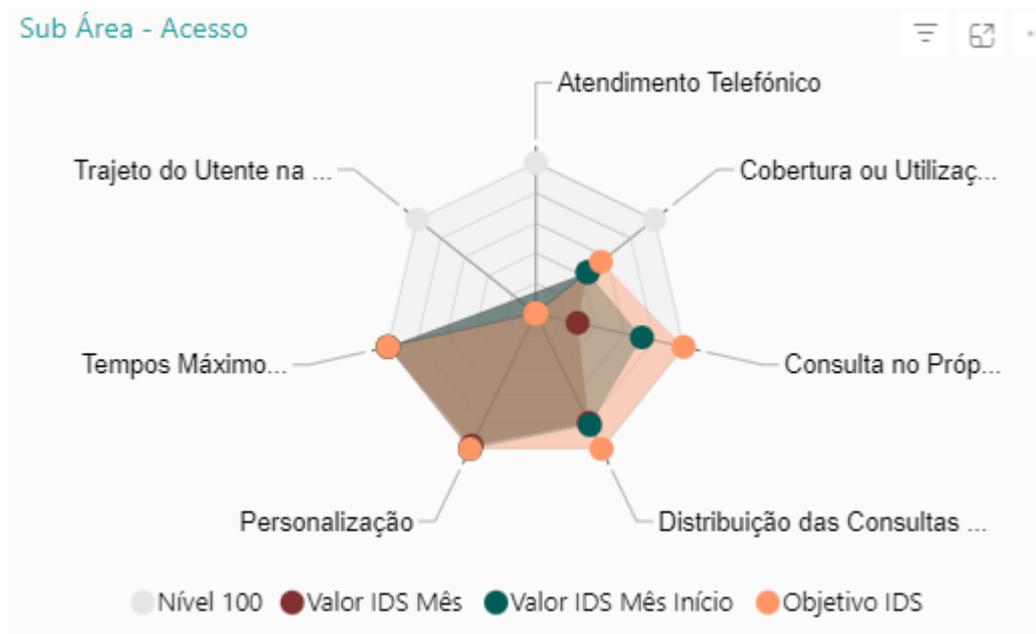


Figura 37 -Subárea acesso em 2022

A taxa de utilização de serviço de urgência mantém-se acima do esperado, apesar dos esforços da equipa na educação dos utentes relativa à forma de acesso aos cuidados de saúde, que é reforçada nas diversas consultas médicas e de enfermagem na unidade. Como podemos verificar na figura abaixo, a proporção de consultas médicas no próprio dia, que são utilizadas para situações de doença ou tratamento agudo, estão dentro dos valores adequados, no entanto as consultas de enfermagem do próprio dia não estão dentro dos parâmetros esperados. Este facto não acontece por falta de disponibilidade de agendas dos enfermeiros, mas sim por falta de procura dos nossos utentes, muitos dos quais habituados e programar a sua atividade na USF.

Cód. Indicador	Designação Indicador (+ID)	Tipo	Exclusão	IDG	Mês Ind	Min. Aceit	Min. Esper	Máx. Esper	Máx. Aceit	Resultado	Score
2017.344.01 FL	344 - Propor. consultas médicas realiz. no dia agendam.	FL		S	202212	21,00	26,00	41,00	46,00	26,24058	2,000
2018.405.01 FL	405 - Propor. cons. médic. "do dia" efet. UF diferente	FL		N	202212	0,00	0,00	0,50	2,00	1,26321	0,982
2018.412.01 FL	412 - [(Cons. dia UF inscr.) / ([cons. dia] + [urgênc.])]	FL		S	202212	40,00	60,00	85,00	95,00	44,54536	0,455
2017.345.01 FL	345 - Propor. consul. enfer. realiz. no dia do agendam.	FL		S	202212	18,00	23,00	40,00	45,00	18,92781	0,371
2018.339.01 FL	339 - Taxa anual ajustada episódios urgência hospitalar	FL		S	202212	0,00	0,00	47,00	63,00	67,12348	0,000
2018.410.01 FL	410 - Taxa anual ajustada utiliz. freq. urgência hospit.	FL		S	202212	0,00	0,00	2,70	3,60	4,36991	0,000

Figura 38 -Indicadores proporção de consultas dia e taxas episódios de urgência dezembro 2022

No que respeita à **distribuição de consultas ao longo do dia** no ano de 2022, não conseguimos cumprir no corte 17h-20h apesar dor diversos ajustes que fomos fazendo ao longo do ano. De referir que este ano o número de consultas a realizar neste corte aumento em relação a 2021

Cód. Indicador	Designação Indicador (+ID)	Tipo	Exclusão	IDG	Mês Ind	Min. Aceit	Min. Esper	Máx. Esper	Máx. Aceit	Resultado	Score
2017.346.01 FL	346 - Propor. consul. realiz. intervalo [8; 11[h (Q1)	FL		S	202212	15,00	20,00	35,00	37,50	29,84890	2,000
2017.347.01 FL	347 - Propor. consul. realiz. intervalo [11; 14[h (Q2)	FL		N	202212	20,00	22,50	32,50	35,00	24,40478	2,000
2017.348.01 FL	348 - Propor. consul. realiz. intervalo [14; 17[(Q3)	FL		N	202212	20,00	22,50	32,50	35,00	30,36632	2,000
2017.349.01 FL	349 - Propor. consul. realiz. intervalo [17; 20]h (Q4)	FL		S	202212	12,00	17,50	25,00	35,00	15,38000	1,229

Figura 39 -Proporção de consultas ao longo do dia dez 2022

Podemos verificar, pela figura abaixo, a distribuição das consultas médicas e de enfermagem, ao longo do dia nos vários dias da semana.

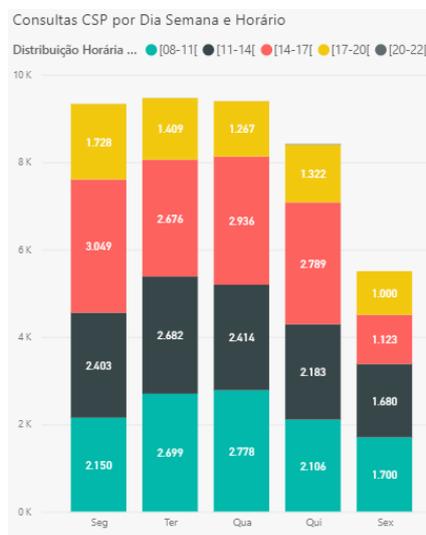


Figura 40 - Distribuição de consultas ao longo do dia e da semana 2022

No que diz respeito à **taxa de utilização de consultas** por parte dos nossos utentes, esta tem sido, um desafio para toda a equipa. As características particulares da nossa população, com uma mobilidade dentro e para fora do país muito elevada dificulta que consigamos atingir os objetivos a que nos propusemos.

Continuamos a convocar ativamente, os utentes sem consultas há mais de três anos na USF. Não conseguimos atingir nesta área os resultados esperados embora haja uma clara melhoria face a 2021.

Cód. Indicador	Designação Indicador (+ID)	Tipo	Exclusão	IDG	Mês Ind	Min. Aceit	Min. Esper	Máx. Esper	Máx. Aceit	Resultado	Score
2013.099.01 FL	99 - Taxa utilização consultas de enfermagem - 3 anos	FL		S	202212	65,00	76,00	100,00	100,00	77,31364	2,000
2017.330.01 FL	330 - Índice de utilização anual de consultas médicas	FL		S	202212	0,75	0,82	2,00	2,00	0,78972	1,135
2013.006.01 FL	6 - Taxa de utilização de consultas médicas - 3 anos	FL		S	202212	75,00	88,00	100,00	100,00	80,32675	0,820
2013.100.01 FL	100 - Taxa utiliz. consultas médicas ou enferm. - 3 anos	FL		N	202212	86,00	91,00	97,00	100,00	87,45843	0,583
2013.003.01 FL	3 - Taxa de domicílios médicos por 1.000 inscritos	FL		S	202212	12,00	18,00	35,00	40,00	13,31163	0,437
2013.002.01 FL	2 - Taxa de utilização global de consultas médicas	FL		N	202212	66,00	73,50	85,00	90,00	65,17316	0,000
2017.331.01 FL	331 - Índice de utilização anual de consultas enferm.	FL		S	202212	0,65	0,76	2,00	2,00	0,60393	0,000

Figura 41 - Indicadores Área acesso dezembro 2022

A monitorização dos **tempos médios de espera garantidos** na USF, quer para marcação de consultas médicas quer para marcação de consultas enfermagem, é alvo de monitorização e acompanhamento contínuo.

Cód. Indicador	Designação Indicador (+ID)	Tipo	Exclusão	IDG	Mês Ind	Min. Aceit	Min. Esper	Máx. Esper	Máx. Aceit	Resultado	Score
2017.335.01 FL	335 - Prop. cons. ind. receit. c/ resposta 3 dias úteis	FL		S	202212	80,00	85,00	100,00	100,00	97,05882	2,000
2017.342.01 FL	342 - Proporção consul. méd. inic. ut. <= 15 dias úteis	FL		S	202212	70,00	88,00	100,00	100,00	91,96581	2,000

Figura 42- Resultados dos indicadores TMRG dezembro 2022

No que respeita à disponibilidade média para agendamento de consultas na USF QM, podemos verificar na imagem abaixo que a primeira vaga disponível para consultas nos diversos programas encontra-se abaixo dos 5 dias úteis.

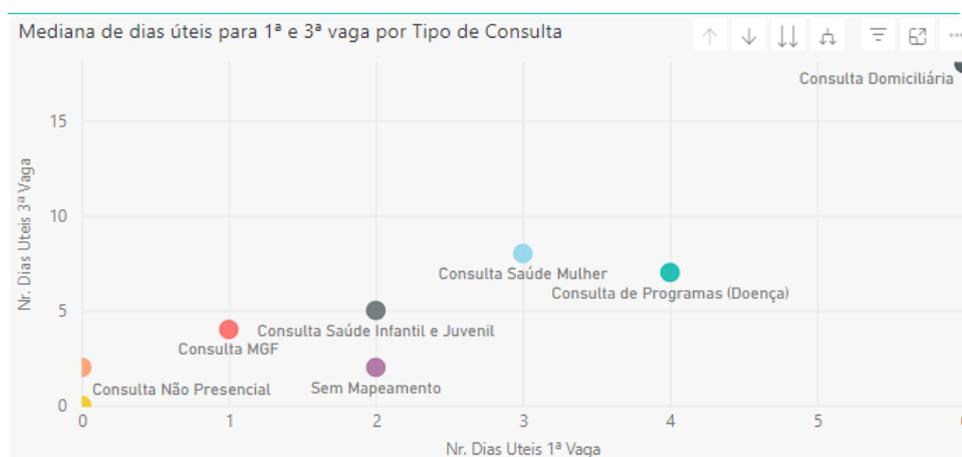


Figura 43 - Média agendamento consultas médicas por programas em 2022

Na figura abaixo podemos verificar que 59% das consultas de enfermagem presenciais são realizadas nos primeiros 5 dias úteis, sendo as restantes agendadas a longo prazo porque a situação assim o exige, sendo consultas de vigilância

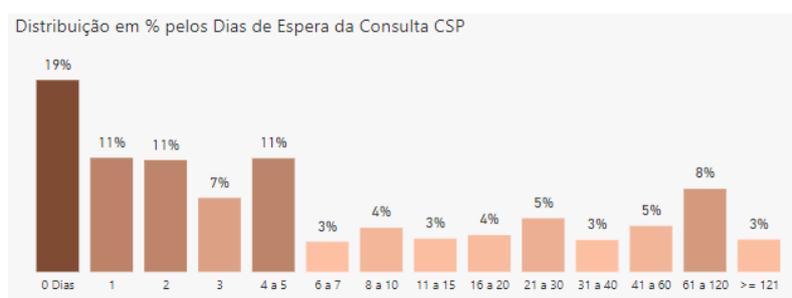


Figura 44 - Distribuição em % pelos dias de espera para consulta presencial de enfermagem em 2022

Na figura abaixo podemos verificar que 44% das consultas de médicas presenciais são realizadas nos primeiros 5 dias úteis, sendo as restantes agendadas a longo prazo porque a situação assim o exige.

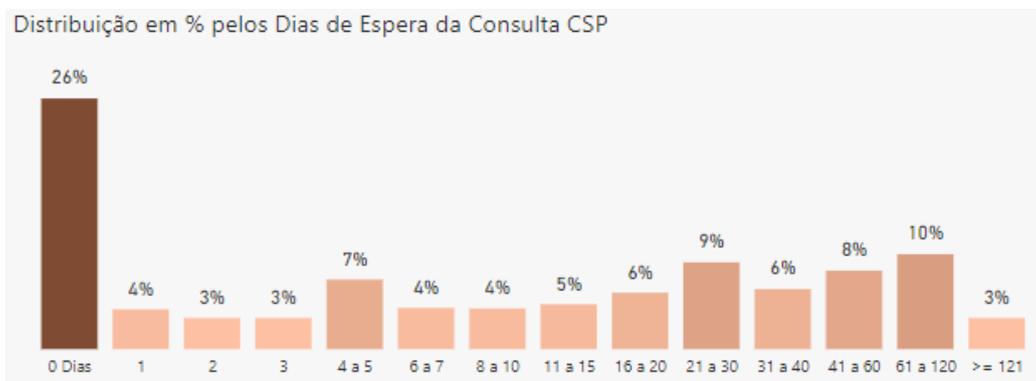


Figura 45 -Distribuição em % pelos dias de espera para consulta de médica presencial em 2022

Tem havido, no decorrer dos últimos dois anos um esforço permanente da equipa, nomeadamente do secretariado clínico, para uma melhor gestão dos tempos de espera dos utentes na unidade. Temos feito um esforço por reduzir ao máximo o tempo de espera do utente na USF assim como promover nos utentes a responsabilidade de chegar a horas, transmitindo que o facto de iniciarmos as consultas após a hora implica atrasos que vão prejudicar os restantes utentes agendados posteriormente.

O tempo de espera que mais nos preocupa é o tempo de espera entre a hora de agendamento e a efetivação da consulta, seja ela médica ou de enfermagem. Monitorizamos trimestralmente estes tempos para que a equipa e cada profissional possa estar consciente dos ajustes necessários para reduzir o tempo de espera, visto que ele também espelha a qualidade do atendimento.

Na figura abaixo podemos verificar os tempos de espera para consulta presencial de enfermagem, na USF, entre a hora de agendamento, check-in e efetivação das consultas.

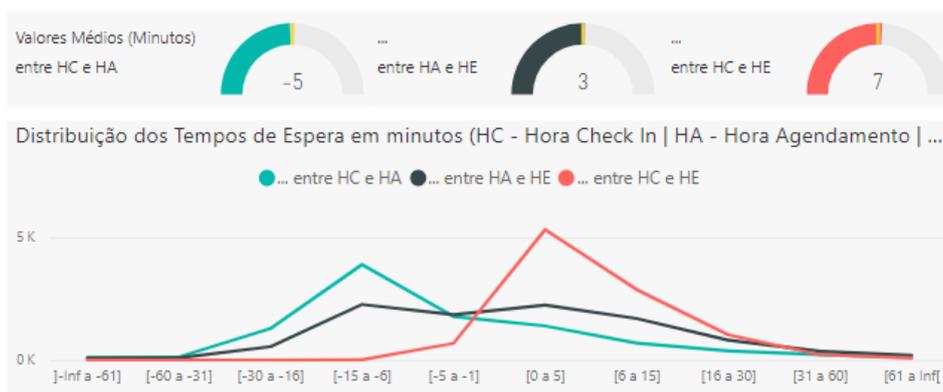


Figura 46 - Valor médio tempo espera nas consultas de enfermagem

Na figura abaixo podemos verificar os tempos de espera para consulta médica presencial, na USF, entre a hora de agendamento, check-in e efetivação das consultas. O tempo de espera alvo entre a hora de agendamento e efetivação são 20 minutos pelo cumprimos os critérios definidos.

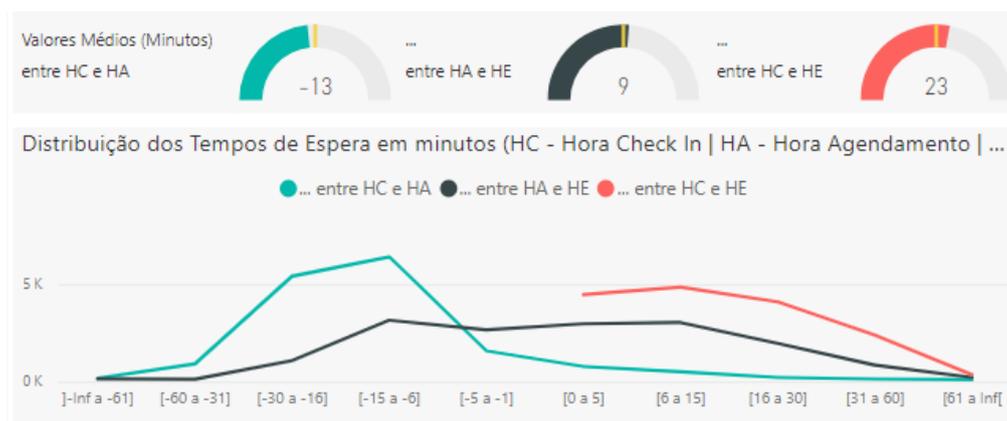


Figura 47 - Valor médio tempo espera nas consultas de médica

Salvaguardamos aqui o esforço da equipa de secretariado clínico em transmitir aos utentes a importância de chegar a horas à consulta evitando longos períodos de espera na USF e a acumulação de utentes nas salas de espera.

No que respeita às **faltas e desistências** às consultas temos a registar um total de 9476 faltas ou desistências ao longo do ano de 2022 distribuídas por 3995 utentes.

Há a registar 2271 faltas a consultas médicas das quais 993 foram em consultas marcadas por iniciativa do utente, valores superiores a 2021.

6. RESULTADOS PAUF

Apresentamos de seguida dois quadros com os valores de desempenho proposto para cada indicador e o comparativo entre dezembro de 2020, dezembro de 2021 e o valor atingido em dezembro de 2022 com breves comentários sempre que justificado e um quadro resumo das atividades que nos propusemos a cumprir no presente ano. É de salientar que em 2022 foi alterada a forma de leitura no cumprimento do indicador, passando o score a ser valorizado o cumprimento do indicador de forma contínua, em vez do valor inteiro de 0, 1 e 2. Os intervalos de referência de alguns indicadores foram ajustados.

6.1 – Desempenho Assistencial

	Designação Indicador (+ID)	2020		2021		2022		Comentários /atividades previstas PAUF e cumpridas
Acesso	1 - Proporção de consultas realizadas pelo MF	75,7	1	80,4	2	77,85	1,901	A ausência de um elemento da equipa médica por um período de 5 meses pode justificar a diminuição de consultas pelo próprio médico, uma vez que foi garantida a intersubstituição
	3 - Taxa de domicílios médicos por 1.000 inscritos	2,6	0	8,4	0	13,31	0,437	Embora o horário de utilização do veículo continue a ser uma hora, foi possível otimizar o seu uso e aumentar a taxa de domicílios médicos
	5 - Proporção de consultas realizadas pelo EF	64,9	0	73,0	2	80,89	2	
	335 - Prop. cons. ind. receipt. c/ resposta 3 dias úteis	95,0	2	95,5	2	97,06	2	
	6 - Taxa de utilização de consultas médicas - 3 anos	76,0	0	79,0	0	80,33	1,327	Houve melhoria na taxa de utilização de consultas médicas – 3 anos, assim como do índice de utilização de consultas médicas
	99 - Taxa utilização consultas de enfermagem - 3 anos	79,2	2	77,9	2	77,31	2	
	330 - Índice de utilização anual de consultas médicas	0,7	0	0,8	0	0,789	1,135	
	331 - Índice de utilização anual de consultas enferm.	0,7	0	0,7	0	0,60	0	
	342 - Proporção consul. méd. inic. ut. <= 15 dias úteis	85,6	2	88,4	2	91,965	2	
	344 - Propor. consultas médicas realiz. no dia agendam.	33,1	2	28,8	2	26,24	2	
	345 - Propor. consul. enfer. realiz. no dia do agendam.	30,1	2	23,4	2	18,928	0,371	Dado o facto de a maioria da atividade ser programada, sempre que possível, diminuiu a proporção de consultas do próprio dia de enfermagem.
	339 - Taxa anual ajustada episódios urgência hospitalar	56,9	1	55,7	1	67,123	0	Apesar do esforço em educar a população abrangida pela USF Querer Mais, aumentou o recurso ao SU.
	410 - Taxa anual ajustada utiliz. freq. urgência hospit.	3,2	2	3,1	2	4,37	0	

	346 - Propor. consul. realiz. intervalo [8; 11[h (Q1)	31,6	2	30,1	2	29,85	2	
	347 - Propor. consul. realiz. intervalo [11; 14[h (Q2)	26,9	2	25,0	2	24,40	2	
	348 - Propor. consul. realiz. intervalo [14; 17[(Q3)	26,9	2	29,1	2	30,37	2	
	349 - Propor. consul. realiz. intervalo [17; 20]h (Q4)	14,6	1	15,8	2	15,38	1,229	
	Designação Indicador (+ID)	2020		2021		2022		Comentários /atividades previstas PAUF e cumpridas
Diabetes	36 - Proporção utentes DM com registo de GRT	80,3	1	87,3	2	88,428	2	Melhoria global desde ano anterior com as atividades desenvolvidas: Identificação e convocatória sistemática dos utentes com diagnóstico de diabetes, com compromisso de vigilância, e revisão das boas praticas na gestão da doença.
	37 - Proporção DM c/ cons. enf. vigil. DM último ano	84,2	1	93,8	2	92,7	2	
	39 - Proporção DM c/ última HbA1c <= 8,0%	56,9	1	65,1	2	70,44	2	
	261 - Proporção utentes DM c/ aval. risco úlcera pé	80,8	1	92,7	2	91,698	2	
	274 - Propor. DM2 c/ indic. insul., em terap. adequada	87,5	2	71,8	0	81,25	2	
	275 - Proporção novos DM2 em terap. c/ metform. monot.	65,4	1	76,9	2	87,5	2	
	314 - Proporção DM com PA >= 140/90 mmHg	28,9	0	17,7	1	17,987	0,803	
	315 - Proporção DM com C-LDL < 100 mg/dl	44,0	1	53,6	2	53,33	2	
	350 - Custo c/ terapêut. do doente c/ Diabetes Mellitus	466,9	1	497,1	1	562,62	0	
	351 - Custo c/ terap. doente c/ Diab. Mell. controlado	430,6	0	436,7	0	517,63	0	
	382 - Prop. adultos com DM, com diagn.	98,1	2	97,1	2	97,41	0,482	Não se verificou melhoria nos custos da medicação, tendo havido aumento dos custos
HTA	18 - Proporção de hipertensos com IMC (12 meses)	60,4	0	76,8	1	81,80	2	Houve melhoria, apesar de não terem sido alcançadas as metas propostas para 2022, na proporção de hipertensos com IMC, com cálculo do risco CV, mas aumentaram os custos com a terapêutica.
	20 - Proporção hipertensos < 65 A, com PA < 150/90	30,5	0	52,7	1	50,89	0,536	
	23 - Proporção hipertensos com risco CV (3 A)	48,0	0	60,5	0	71,5	0,867	
	352 - Custo c/ terapêut. do doente c/ HTA	64,6	2	71,8	2	81,0	1,798	
	353 - Custo c/ terapêut. do doente c/ HTA controlada	83,2	2	86,4	2	96,83	0,635	
	383 - Prop. adultos com HTA, com diagnóstico	95,0	2	93,7	2	93,09	1,639	
Doença Respirat.	49 - Proporção utentes c/ DPOC, c/ FeV1 em 3 anos	61,2	2	63,9	2	36,937	0,462	A dificuldade de acesso a provas funcionais respiratórias participadas, e no ACES dificulta a correta vigilância dos utentes com DPOC
	380 - Prop. adultos c/ asma/DPOC/bronq. cr., com diagn.	83,0	2	82,2	2	81,81	2	
Saúde da Mulher	8 - Taxa de utilização de consultas de PF (méd./enf.)	37,6	0	49,0	1	52,41	1,310	Cumprida a atividade: Melhoria do acompanhamento em consulta de planeamento familiar e vigilância da gravidez das mulheres com vigilância na USF através da identificação utentes elegíveis e convocatória ativa para consulta. Apesar de não ter sido atingido o score 2. Pela monitorização e do indicador, sensibilização em consulta da sua
	45 - Prop. mulheres [25;60]A, c/ rastr. C. Colo út.	47,6	1	50,5	1	58,99	1,894	

							importância e convocatória ativa das utentes com RCCU em atraso conseguimos aumentar a percentagem de cumprimento, não atingindo, apesar do esforço a meta dos 60%	
	295 - Propor. puérp. 5+ cons. vig. enf. grav. e c/ RP	66,2	0	81,0	2	88,89	2	Melhoria associada à melhoria dos registos e gestão das consultas de saúde materna na atividade:
	11 - Proporção gráv. c/ consulta méd. vigil. 1º trim.	88,8	2	81,1	2	87,5	0,833	
	308 - Proporção grávidas com ecografia 2º trimestre	80,2	2	92,0	2	82,18	2	Garantir e Melhorar o acompanhamento adequado das grávidas vigiadas na USF - promoção da consulta pré-natal, identificação precoce da gravidez e melhoria qualidade registos clínicos.
	310 - Índice realização exames laborat. 1º trim. grav.	0,9	2	0,9	2	0,88	2	
	311 - Índice realização exames laborat. 2º trim. grav.	0,4	0	0,5	1	0,552	2	
	312 - Índice realização exames laborat. 3º trim. grav.	0,4	1	0,5	2	0,60	2	
	384 - Propor. RN cuja mãe tem registo de gravidez	88,3	1	86,1	1	97,59	2	
	Designação Indicador (+ID)	2020		2021				Comentários /atividades previstas PAUF e cumpridas
Saúde do Adulto	34 - Proporção obesos >=14A, c/ cons. vigil. obesid. 2A	50,9	1	58,7	2	69,53	1,588	Cumpridas as atividades, apesar de não ter sido atingido o score 2 (por alteração dos intervalos esperados), houve melhoria no valor absoluto associado ao indicador - Promover estilos de vida saudável identificando e intervindo precocemente em situações de risco de excesso de peso/obesidade, em particular nas crianças e jovens, encaminhando para consultas de nutrição, risco cardiovascular e obesidade. - Avaliação oportunista em todos os contactos de comportamentos aditivos (álcool, tabaco, drogas) de forma a identificar precocemente situações de risco, para posterior tratamento/encaminhamento.
	395 - Prop. uten. >= 15 anos, c/ reg. hábit. tabág. 3A	54,5	0	64,4	1	70,08	1,886	
	53 - Proporção utentes >=14A, c/ registo consumo álcool	46,9	0	59,8	0	67,22	1,768	
	404 - Incidência anual de pessoas em abstin. tabág. 12M	30,3	0	45,0	1	85,60	2	
	54 - Proporção utentes consum. álcool, c/ consulta 3A	53,1	0	60,9	1	66,86	2	
	46 - Proporção utentes [50; 75]A, c/ rastreio cancro CR	49,9	1	53,2	2	59,05	1,277	
	98 - Proporção utentes >= 25 A, c/ vacina tétano	84,6	0	85,6	1	89,33	1,085	
	262 - Proporção utentes com avaliação risco DM2 (3A)	42,5	1	61,1	2	66,51	2	
	306 - Propor. ute. s/ rastr. VIH/SIDA que o efetuaram	5,1	0	8,0	0	10,66	2	
	381 - Prop. adultos c/ depressão/ansiedade, com diagn.	79,6	1	80,8	2	81,67	2	

Saúde do Idoso	30 - Proporção idosos ou doença crónica, c/ vac. gripe	48,7	1	50,9	2	54,29	1,859	Não foi cumprida a atividade: Sensibilizar e convocar os utentes com doença crónica e mais de 65 anos para realização da vacina da gripe. Os utentes foram convocados centralmente no contexto de vacinação concomitante com vacina COVID
	294 - Taxa domicílios enferm. p/ 1000 inscritos idosos	103,0	0	112,5	0	132,148	0	Apesar da melhoria não foi possível atingir valor mínimo. Limites utilização veículo condicionam o número de domicílios possíveis de realizar.
	297 - Prop. idosos s/ presc. prol. ansiol/sedat/hipnót	84,0	2	83,8	2	83,148	2	
Saúde Infantil	63 - Proporção crianças 7A, c/ cons. méd. vig. e PNV	79,8	1	74,8	1	78,22	1.322	Apesar de se verificar melhoria, não foi atingido o score 2 por várias crianças estarem a residir fora de Portugal
	95 - Proporção jovens 14A, c/ PNV cumprido ou execução	95,1	2	100,0	2	96,97	2	
	269 - Índice de acompanham. adequado s. infantil 2º ano	0,8	1	0,9	2	0,897	2	Cumprida a atividade: Garantir e Melhorar o acompanhamento adequado das crianças no 1º e 2º anos de vida - convocatória ativa das crianças para consulta e melhoria da qualidade dos registos clínicos.
	302 - Índice de acompanham. adequado s. infantil 1º ano	0,9	2	0,9	2	0,94	2	
Terap. MCDT	276 - Rácio DDD prescrita DPP-4 e antidiabét. orais	35,3	0	34,5	0	30,77	1,444	Apesar da monitorização não houve capacidade de melhoria de acordo com o esperado. Diminuiu a prescrição de Coxibes e iDPP4. Verifica-se aumento da prescrição de fisioterapia e aumento custo com MCDT'S e medicação. Mantém-se uma área de intervenção prioritária em 2023
	300 - Nº médio prescr. consulta fisioterapia, p/ utiliz.	0,09	2	0,11	1	0,119	1,371	
	255 - Propor. quinolonas entre antib. fatur. (embal.)	5,0	2	5,1	2	6,40	2	
	257 - Propor. cefalosp. entre antib. fatur.	3,2	2	4,6	2	3,26	2	
	259 - Proporção coxibes entre AINEs faturados (DDD)	8,3	0	6,8	0	6,1	1,655	
	341 - Despesa PVP medic. pres. compart. p/ insc. padrão	128,1	2	133,3	1	152,44	0	
	354 - Despesa MCDT prescr. p/ insc. padrão (p. conv.)	43,7	1	51,5	0	55,78	0	
	378 - Propor. PVP medicam. prescr. MF contexto privado	0,1	2	0,0	2	0,012	2	
409 - Prop ute s/ presc prolo ansiol/seda/hipn (ajust)	93,5	2	93,4	2	92,83	2	Atividade: Monitorização trimestral dos indicadores relativos à prescrição de fármacos e MCDT's e a respetiva discussão dos resultados com vista à melhoria das práticas e à gestão de custos	

Breve avaliação das restantes atividades propostas no PAUF:

Atividade	Objetivo	Avaliação
Promover aviso de consulta agendada	Validar a presença do utente à consulta via SNS ou telefonema de forma a diminuir as faltas e otimizar as vagas.	Não foi possível implementar o envio de SMS mas houve aumento dos contactos telefónicos para validação da data das consultas em particular nos programas de grupos vulneráveis e de risco
Aplicação de questionário de avaliação da satisfação dos utentes	Aplicação de um primeiro questionário de satisfação dos utentes, em papel e eletrónico, simplificado, no início do ano e implementação do questionário definido no indicador em SDM no final do ano de 2021.	Implementado questionário definido pelo Gabinete do cidadão, resultados discutidos mais à frente neste relatório.
Promover o rastreio da retinopatia diabética	Encaminhamento e convocatória de utentes para rastreio de retinopatia diabética	Realizado rastreio em colaboração com técnica de ortóptica da URAP.
Otimizar a utilização de consulta E-Agenda	Divulgação ativa da possibilidade de marcação de consultas pela internet e otimizar as vagas não utilizadas pelos utentes, na semana seguinte, para marcação por outras vias.	Feita divulgação das consultas e otimizadas as vagas não utilizadas pelos utentes
Melhoria do tempo de espera para consulta após hora marcada	Monitorização do tempo de espera para consulta após hora marcada e implementação de medidas de melhoria	As medidas implementadas permitiram a redução dos tempos de espera
Sensibilizar as grávidas para a importância da cessação tabágica	Implementar de forma sistemática a intervenção breve na gravidas fumadoras com objetivo de reduzir o consumo.	Não foi possível atingir valor mínimo do indicador por falhas nos registos, mas passámos de 0 para 20.
Atividade	Objetivo	Avaliação
Promoção da literacia em saúde dos utentes da USF Querer Mais	Criação de folhetos e posters informativos de apoio aos ensinamentos realizados em consulta assim como no acesso aos serviços de saúde. Criação e manutenção do site da USF onde podemos disponibilizar informação ao utente	Criados folhetos
Discussão em equipa das reclamações e sugestões com implementação de medidas de melhorias	Discussão em equipa das reclamações e sugestões com implementação de medidas de melhorias.	Realizado

6.2 – Satisfação do Utente:

Realizamos anualmente um inquérito de satisfação aos nossos utentes. Em 2022 foi aplicado o questionário elaborado pelo ACES AR cujos resultados podem ser consultados em Apêndice I.

6.3 - Serviços de Carácter Assistencial:

Título	Descrição	Observações
Atividade sazonal - Vacinação COVID	Colaboração com CVC Moita	Realizado na totalidade de acordo com escala definida pelo ACES
Juntas Médicas de avaliação de Incapacidade	Realização de Juntas Médicas de avaliação de Incapacidade para Atestado Multiusos	Realizado na totalidade de acordo com compromisso assumido com o ACES
Atendimento de utentes na Área dedicada às doenças respiratórias	Atendimento de utentes com queixas respiratórias ou suspeita de COVID19	Realizado na totalidade de acordo com escala definida pelo ACES
Atendimento Complementar do concelho da Moita	Atendimento complementar dos utentes do concelho da Moita aos fins-de-semana e feriados desenvolvido nas instalações da UCSP de Alhos Vedros	Realizado na totalidade de acordo com escala definida pelo ACES
Atendimento de utentes sem médico na UCSP Alhos Vedros no âmbito da SIJ e SM	Consultas de vigilância a utentes sem médico na UCSP Alhos Vedros no âmbito do programa de SIJ em idade chave e no âmbito do programa de vigilância de gravidez de baixo risco	Realizado na totalidade de acordo com número de horas contratualizadas para a atividade

6.4 - Serviços de Carácter não Assistencial:

Título	Descrição	Observações
Cumprimento do plano anual de auditoria	Realização de auditorias a todos os procedimentos implementados na USF	Auditoria Realizada
Reuniões CT e CCS		Realizada
Grupo de Qualidade/Normas e auditorias		Por proposta do CCS, os elementos alocados a esta atividade foram transferidos para o grupo de Segurança
Auditoria de avaliação do cálculo de risco de queda nos idosos – escala de Morse		Realizado

Título	Descrição	Observações
Auditoria aos procedimentos de Qualidade dos registos clínicos – SM, SI, DM, HTA	Auditoria anual de qualidade dos registos médicos e de enfermagem nos programas de vigilância de SM, SI, DM, HTA	Realizado
Auditoria semestral para validação prática de educação para a saúde	Verificar no sistema de informação para os médicos se existem registos da prática de educação para a saúde na consulta dos grupos de risco e vulneráveis (referência ao procedimento 45 no “P” do SOAP e referências às intervenções do tipo ensinar, instruir e treinar)	Realizado
Realização de simulacro anual	Realização simulacro anual promovido pela equipa de gestão de risco	Realizado simulacro e relatório Apêndice ao Relatório Atividades BI-CSP para validação do CCS
Auditoria clínica – qualificação da prescrição de antibioterapia		Realizado

6.5 – Atividades de Outras dimensões

Título	Descrição	Observações
Realização simulacro anual	Realização simulacro anual promovido pela equipa de gestão de risco	Realizado
Incentivar a Criação de uma comissão de utentes da USFQM	Promover junto da Junta de Freguesia do VA, das comissões já existentes e das instituições presentes no Vale da Amoreira a importância da Criação de uma Comissão de Utentes específica da nossa USF, com elementos das diferentes comunidades e etnias residentes, que colabore com a USF nas estratégias de promoção da Saúde e prevenção da doença	Realizado
Melhoria do plano de segurança interno e divulgação externa do mesmo	Melhoria do plano de segurança interno e divulgação externa do mesmo para os bombeiros da Moita	Realizado, em curso comunicação com bombeiros
Elaboração de relatórios de monitorização trimestral dos processos assistenciais	Elaboração de relatórios de monitorização trimestral dos processos assistenciais por parte dos profissionais responsáveis pelos processos	Realizado
Elaboração de relatório trimestral da equipa de gestão de risco	Elaboração relatório trimestral da equipa de gestão de risco onde estão identificadas as não conformidade e oportunidade de melhoria	Realizado

Título	Descrição	Observações
Colaboração com formação de alunos de enfermagem, medicina e internos ano comum e especialidade de MGF	Foram recebidos alunos de Enfermagem, alunos de Medicina, Internos de Formação Geral Médica e de Formação específica de Medicina Geral e Familiar	Realizado
Implementação dos Processos Assistenciais Integrados na Diabetes, Risco Cardiovascular e Asma	Integração no manual de boas praticas dos PAI's na Diabetes, Risco Cardiovascular e Asma	Realizado Parcialmente
Equipa da felicidade	Criação de uma equipa de Felicidade com o objetivo de promover a felicidade e satisfação dos profissionais da USF QM através de atividades Teambuilding, jogos em equipas e atividades promotoras de lazer e bem-estar	Realizado
Prescrição Social	Contribuir através do desenvolvimento do projeto de Prescrição social em colaboração com o Assistente Social alocado à USF	Iniciado
Consulta de cessação tabágica	Projeto para implementação consulta de cessação tabágica	Iniciado
Atualização dos dados de contacto dos utentes	Aumentar em 5% o número de utentes com email atualizado face ao início do ano	Aumento 30 %
Promoção de uma cultura de segurança para o utente	Garantir, através auditorias, a identificação inequívoca dos utentes, gestão de risco no uso medicação, práticas sistemáticas de notificação, análise e prevenção de incidentes, e a segurança na comunicação e transcrição de cuidados.	Realizado
Identificação inequívoca utente.	Auditoria anual ao procedimento da identificação inequívoca dos utentes aquando da prescrição de medicação e MCDT's, aquando da administração de terapêutica, e aquando da entrega de prescrições, relatórios ou outros documentos, por parte de secretários clínicos. Implementação de medidas de melhorias	Realizado
Prevenção de incidentes	Revisão do procedimento da prevenção de incidentes- implementação do mapa de riscos para o utente e os profissionais. A equipa de gestão de risco garante a implementação dos procedimentos definidos. Discussão de todos os incidentes identificados em reunião e implementação de medidas de melhoria.	Realizado
Garantir a implementação de medidas de segurança para o utente	Garantir a implementação/manutenção, pela de gestão de risco de pelo menos 50% dos parâmetros identificados no indicador 2019.428.01 em SDM sobre a segurança do utente.	Realizado

7. QUALIDADE ORGANIZACIONAL

7.1 – Melhoria Contínua da Qualidade – Acesso e programa melhoria contínua

Foram realizadas as duas auditorias propostas no PAUF de 2022 cujos resultados se encontram em documento designado Plano de Acompanhamento Interno 2022, Apêndice 2, descrevem a auditorias ao atendimento telefónico no âmbito do acesso e as auditorias aos registos do programa de tabagismo e aos registos de risco cardiovascular no âmbito Programas de Melhoria Contínua de Qualidade.

7.2 – Segurança e Gestão de Risco

A equipa de gestão de risco que tinha sido criada no ano de 2020 iniciou um plano de implementação de medidas que visa à identificação de necessidades na área da gestão de risco, assim como da elaboração de documentos e implementação de medidas corretivas. São realizados relatórios trimestrais detalhados, descritivos das intervenções da equipa, avaliações de registos de segurança e correções ao mapa de risco que são apresentados a toda a equipa e são elaboradas propostas de melhoria. Com base neste trabalho tem sido possível melhorar a cultura de segurança na USF Querer Mais.

7.2.1 – Plano de Segurança e Mapa de Riscos

Mantemos o Plano de Segurança Interno da USFQM e elaboramos o novo mapa de riscos para 2022.

Ambos os documentos foram partilhados com a Direção do ACESAR.



Os dados relativos à segurança do doente podem ser consultados no Apêndice 3 onde apresentamos o relatório final da equipa de gestão de riscos com o resumo do simulacro, das auditorias e do mapa de risco e correções dos mesmos.

A equipa de gestão de risco identificou que já existem diversos procedimentos para minimizar os riscos associados às diferentes áreas. Existe também um procedimento específico relacionado com a identificação e comunicação de incidentes adversos. Todos os procedimentos implementados na USF, são alvo de auditorias anuais e têm vindo, ao longo dos anos, a ser implementadas melhorias.

Identificámos os procedimentos/documentos existentes, de acordo com cada área, que devem ser cumpridos por parte dos profissionais, de forma a garantir uma melhor gestão do risco. As áreas da prevenção e risco de úlceras de pressão e prevenção e risco de queda são áreas a desenvolver.

Áreas de risco para eventos adverso	Procedimento ou documento	Em Implementação / implementados recentemente e não auditados
Segurança na comunicação	PA.AU. 04 - Consentimento Informado PA.AU. 05 - Privacidade no Atendimento do Utente PA.AU. 08 - Pedido de acesso à informação clínica PA.AU. 11 - Garantia proteção dados PA.AU. 13 - Substituição na tomada de decisão PS.GRS.10.01 - Gestão segurança e suporte do sistema informático PS.QF.02.01 - Qualidade dos Registos Clínicos de Enfermagem PS.QF.03.01 - Qualidade dos Registos Clínicos Médicos PS.QF.04.01 - Utilização de Normas de Orientação Clínica	Procedimento da transcrição de cuidados Procedimento Referenciação Externa e interna Procedimento Reconciliação terapêutica
Prevenção e controle de infeção	PS.GRS.01 - Prevenção e Controlo de Infeção Manual articulação – define a articulação com equipa de limpeza PS.GRS.11.01 - Plano contingência – Coronavírus PS.GRS.12.01 - Prevenção e controlo Infeção por SARS.CoV2	
Identificação	PS.GRS.04 - Identificação inequívoca utentes do utente	
Circuito do medicamento	PS.AGF.09 – Circuito de Psicotrópicos e Estupefacientes PS.AGF.10 – Gestão de medicamentos hemoderivados PS.GRS.02 - Qualidade da rede de frio PS.GRS.08.01 - Sistema de gestão de risco da medicação – LASA E MAM	
Prevenção e risco de úlcera pressão		

Prevenção e risco de queda		
Segurança no circuito de resíduos	PS.AGF.07.01 - Gestão Resíduos de equipamentos elétricos e eletrónicos PS.GRS.01 - Prevenção e Controlo de Infeção	
Segurança contra incêndios	Plano de segurança intento da USF Realização de simulacros anuais	Envio documentação existente e pedido de colaboração Bombeiros Voluntários da moita
Segurança das instalações e equipamentos e dispositivos médicos	PS.AGF.01 - Gestão de Stocks de Consumo Clínico, Medicamentos e Produtos Farmacêuticos PS.AGF.02 - Gestão de Stocks de Material Administrativo e de manutenção PS.AGF.03 - Gestão de Stocks de Vacinas PS.AGF.04. - Inventário	
Segurança em geral	PS.GRS.05.02 - Acesso de Pessoas Estranhas à USF PS.GRS.06.01 - Gestão da Violência para Profissionais e/ou Utentes PS.GRS.07.02 - Gestão de riscos e acontecimentos adversos para o utente e profissionais Manual articulação – garante vigilante em todo período de funcionamento da USF	Procedimento funções do vigilante

8. FORMAÇÃO

A formação contínua é de extrema importância e permite manter a atualização dos conhecimentos científicos, o que se reflete nas boas práticas e capacita os profissionais com mais e melhores competências. De tal modo é um elo fundamental na eficácia e qualidade do desempenho dos profissionais da USF.

Anualmente é realizado o levantamento das necessidades formativas de cada elemento da unidade e elaborado o plano de formação interna. Além disso, cada profissional pode frequentar formações externas de acordo com as necessidades sentidas. O resumo da informação adquirida nessas formações é partilhado com os restantes membros da unidade em reunião de equipa.

A USF colabora ainda na formação de médicos internos e de alunos de enfermagem e medicina, quando solicitado.

8.1 - Formação interna

O Plano de Formação interna aprovado para 2022 sofreu algumas alterações.

Na tabela seguinte estão discriminadas as ações de formação decorridas no ano de 2022 na USF QM, incluindo também as que foram canceladas ou adiadas. Estavam previstas 14 sessões de formação e foram realizadas 15.

Formação	Objetivo	Formador previsto	Destinatários	Data Prevista
Comunicação Transetorial	Melhorar a comunicação com os utentes e entre os profissionais	Dr. Ricardo Fragoas	Todos	18 fevereiro
Ética e código deontológico	Rever os códigos deontológicos profissionais Abordar a ética em CSP	Isabel veludo e Tânia Tavares	Med. e Enf.	8 abril
Gestão feridas crónicas – preparação do leito da ferida	Apresentar evidencia mais recente sobre preparação leito da ferida Sensibilizar profissionais para a importância da preparação do leito da ferida	Ana Martins e Ana Nunes	Enfermeiros	20 maio

Formação	Objetivo	Formador previsto	Destinatários	Data Prevista
Canal cárpico	Apresentar as opções de abordagem à patologia do canal cárpico em CSP	Dra. Angélica	Médicos	20 maio
Gestão de processos administrativos	Rever do código de processo administrativo Rever procedimentos administrativos USF	Ofélia Guerreiro	Secretários clínicos	20 maio
Formação higiene das mãos e precauções básicas universais	Rever procedimento de Higiene das mãos Rever as PBCI	Rute Moreira	Todos	3 junho
Gestão de risco e incidentes, gestão do erro e segurança doente. Controlo de infeção.	Sensibilizar para importância do reporte de erros Apresentar o plano de segurança do doente Rever os princípios do controlo de infeção	Ana Marins Cristina Costa Joana Coelho	Todos	17 junho
Literacia em saúde	Capacitar os profissionais sobre boas praticas de literacia em saúde	Paula Taborda e Patrícia Martins	Todos	1 julho
Melhoria continua da qualidade/Governança clínica	Apresentar de forma breve do manual de acreditação de qualidade Sensibilizar os profissionais para a importância das auditorias Rever procedimento existentes na USF Rever as funcionalidades para plataforma BI-CSP	Ana Martins e Joana Coelho	Todos	15 de julho
Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar - implementar e registar	Apresentação Rever os registos MDAIF	Ana Martins	Enfermeiros	19 Agosto
Diversificação alimentar 1 ano de vida	Apresentar a evidencia mais recente sobre a diversificação alimentar no 1º ano de vida	Isabel Veludo	Med. e Enf.	14 Outubro
Antibioterapia - Normas e ferramentas de apoio à decisão	Revisão das normas da DGS Apresentação de ferramentas	Tânia Tavares	Med. e Enf.	11 de Novembro
Gestão doença crónica - diabetes e risco cardiovascular	Melhorar o conhecimento da equipa sobre a Gestão da diabetes e risco cardiovascular	Ricardo Gouveia	Med. e Enf.	11 Novembro

8.2 - Formação de internos e alunos de enfermagem da formação pré e pós-graduada

No início do ano 2022, integraram a equipa 1 interna de Formação Específica do 1º ano de Medicina geral e Familiar – Dr.ª Joana Oliveira.

Colaborámos na formação de 7 médicos internos de Formação Geral do CHBM (estágios com duração de 2 meses), de uma aluna de Medicina do 1º ano da Faculdade de Lisboa e de 4 alunos do 3º e 4º anos do Curso de Licenciatura em Enfermagem e uma aluna do Mestrado de Especialidade em Enfermagem de saúde infantil e pediátrica.

8.3 - Formação externa

As formações externas podem ser frequentadas no período laboral ou pós-laboral. Sempre que em período laboral, implicam um pedido de CGS e não podem interferir com o normal funcionamento da unidade.

Após cada formação, com pedido de CGS, o profissional partilha, em reunião multidisciplinar, um resumo do conhecimento adquirido à restante equipa.

Na tabela estão enumeradas as formações frequentadas pelos Profissionais como comissão gratuita de serviço, em horário pós-laboral, ou enquadradas na articulação entre o ACES AR e CHBM.

Dr. Ricardo Gouveia	<ul style="list-style-type: none"> • XII Jornadas de Dermatologia & Dermatocosmética em MGF – 17/03/2022 e 18/03/2022, Lisboa • XV Jornadas de Atualização em Doenças Respiratórias do Norte em MGF – 13/10/2022 e 14/10/2022, Porto • XVII Congresso de Endocrinologia e Nutrição dos Açores - 25/10/2022 a 29/10/2022, Ponta Delgada
Dr.ª Joana Coelho	<ul style="list-style-type: none"> • Jornadas do Líder 5 – Gerir conflitos eficazmente, SRCOM, plataforma Moqui - 20/02/2022 • Ciclo de Workshops Online “Educar pela positiva” entre 12/02/2022 e 12/03/2022 com os temas “Educar com Disciplina Positiva” (12/02/2022), “Alternativas positivas ao castigo” (19/02/2022), “As razões por detrás do comportamento” (26/02/2022), Gestão de conflitos na infância” (05/03/2022) e “O cérebro da Criança” (12/03/2022) • “Formação Inicial de Auditoria” organizada pela ARSLVT – 05/05/2022, 06/05/2022 e 31/05/2022 • Jornadas do Líder 6 – Tipos de Liderança, SRCOM, plataforma Moqui – 28/05/2022 • Curso de “Prescrição de Exercício Físico – Fundamentos e Aplicações”, Academia Clínica Espregueira Mendes, 17/05/2022 a 12/07/2022

	<ul style="list-style-type: none"> • Curso “Innovation Challenge – resolver problemas com abordagens inovadoras”, Nobox - 12/10/2022 e 13/10/2022 • Jornadas do Líder 10 – Gerir a Mudança, SRCOM, plataforma Moqui – 01/11/2022 • Workshops de “Virtual group consultations”, “Mudança comportamental em saúde”, “Mindfulness em saúde”, “Cullinary medicine” no 1º congresso da Sociedade Portuguesa de Medicina do Estilo de Vida (07/11/2022 e 08/11/2022) • Jornadas do Líder 11 – Desenvolver Equipas, SRCOM, plataforma Moqui – 23/11/2022 • “Open day do orientador 2022” - 06/12/2022
Dr.ª Joana Torre	<ul style="list-style-type: none"> • 29º Curso da Medicina da Dor – 27/05/2022 e 28/05/2022 • Curso de Insulinoterapia na Diabetes tipo 2
Dr.ª Teófila Matos	<ul style="list-style-type: none"> • 29º Curso da Medicina da Dor – 27/05/2022 e 28/05/2022 • Formação Conceitos Básicos em Tuberculose, organizado pelo Programa Nacional para a Tuberculose da DGS – 04/02/2022 (online)
Dr.ª Tânia Tavares	<ul style="list-style-type: none"> • Prescrição racional de ATB em ambulatório, plataforma Moqi - 29/01/2022 • 15º Congresso Nacional Idoso – 2 e 3 de junho de 2022 • Curso Intensivo em Medicina da Dor - 19 a 21 de outubro de 2022 II JIRAR • Jornadas de Internos em Reunião do Arco Ribeirinho 2022 – 23/11/2022
Dr.ª Ana Pinto	<ul style="list-style-type: none"> • Suporte Avançado de Vida Cardiovascular, CUF Tejo, 25/01/2022 e 26/02/2022 • Update em Medicina – 04/05/2022 a 07/05/2022 • R4R – Ready for Research – curso de formação em Investigação Clínica (online), parte prática a 24/06/2022 e 25/06/2022 • III Primariamente – Curso de Saúde Mental para MGF- 16/09/2022 (online) • Curso Intensivo de Medicina da Dor – 19/10/2022 a 21/10/2022 (online) • Curso Intensivo de Medicina Paliativa, 08/11/2022 e 12 de novembro de 2022
Enf. Ana Nunes	<ul style="list-style-type: none"> • Encontro da Primavera da USF-AN – 22/04/2023 (online) • Cara ou Coroa no combate à infeção - 01/06/2022 e 02/06/2022 • Congresso Internacional de Feridas e Lesões Multiproblemáticas – 02/06/2022 e 03/06/2022 (online) • Simpósio de Atualização em Diabetes 01/06/2022, Setubal • IX Jornadas do Dia Mundial da Diabetes – 11/11/2022, Alcochete
Enf. Ana Alpalhão	<ul style="list-style-type: none"> • Formação Conceitos Básicos em Tuberculose, organizado pelo Programa Nacional para a Tuberculose da DGS – 04/02/2022 (online) • Webinar “Quedas nos Idosos” organizado pelo Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna – 05/02/2022 (online)
Enf. Cristina Costa	<ul style="list-style-type: none"> • IX Jornadas do Dia Mundial da Diabetes – 11/11/2022, Alcochete
Enf. Isabel Veludo	<ul style="list-style-type: none"> • Ciclo de Webinars de Gestão em Enfermagem – 27/04/2022 a 01/06/2022 • Webinar “Elaboração de Curriculum Vitae, Preparação para a Entrevista, Discussão Curricular – 07/06/2022 • Webinar “Projeto de Gestão e administração dos serviços de Enfermagem – 28/06/2022 • Sistemas de Informação em Enfermagem: das taxonomias aos registos e à segurança de informação - 23/11/2022

A Dr.ª Joana Coelho encontra-se a fazer o mestrado em “Gestão de Serviços de Saúde”, no INDEG-ISCTE.

A enf. Ana Martins encontra-se a fazer o Mestrado de Especialidade em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública no Instituto de Ciência da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa.

9. OUTRAS ATIVIDADES

9.1 – Adaptação Covid -19

A COVID-19 levou à alteração da forma de trabalho das Unidades de Saúde Familiar e exigiu reestruturação do funcionamento da equipa, o que teve grande impacto nos utentes e profissionais. Estas mudanças tiveram impacto na atividade diária da USF e muitas vieram para ficar.

É notório o aumento dos contactos indiretos e dos contactos diretos não presenciais, gerando necessidade de criação de resposta nestas situações, o que muitas vezes gera sobrecarga de trabalho.

9.3 – Plano Anual de Auditorias

No ano de 2022 foram realizadas todas as auditorias definidas no plano anual de auditorias.

Para além das auditorias aos procedimentos foram realizadas auditorias aos registos no âmbito educação para a saúde no registo de intervenção nos estilos de vida.

Foram realizadas auditorias clínicas previstas no PAUF já apresentadas em capítulos anteriores.

Auditorias definidas no Plano Anual de Auditorias:

Conselho técnico:

1. PG.OI.02.01 - Acessibilidade aos cuidados de saúde
2. PS.QF.05.02 – Auditorias Internas
3. PS.QF.06.01 – Avaliação da satisfação dos utentes e profissionais
4. PS.QF.06.01 – Circuito do utente e gestão dos tempos de espera para consulta agendada

Equipa/ Procedimento	Março	Junho	Setembro	Novembro
Equipa 1				
PA.OA.12.01 - Renovação de Medicação Crónica	X			
PS.AGF.07.01 – Gestão de Resíduos de equipamento elétricos e eletrónicos	X			
PA.AU.06.02 - Inscrição Utentes na USFQM		X		
PA.OA.14.01 - Visitação Domiciliária		X		
PA.AU.01.01 - Mudança de Médico ou Enfermeiro de Família		X		
PS.GRS.11.01 - Plano contingência - Coronavirus			X	
PG.OI.01.01 - Elaboração de Documentos			X	
PS.QF.01.01 - Tratamento das Reclamações, Sugestões e Elogios			x	
PS.GRS.08 – Sistema de gestão de risco da medicação – LASA E MAM				x
PG.OI.07.01 – Funções do secretário clínico				X
PS.GRS.09 - Imunização dos profissionais				X
EQUIPA 2	Março	Junho	Setembro	Novembro
PG.OI.04.02 - Identificação dos Gestores dos Processos de Gestão e Assistenciais	X			
PS.AGF.04.01 - Inventário	X			
PA.OA.05.01 - Consulta de Diabetes	X			
PS.GRS.03.01 - Gestão de Transferências e do Arquivo Inativo		X		
PS.QF.03.01 - Qualidade dos Registos Clínicos Médicos		X		
PS.QF.04.01 - Utilização de Normas de Orientação Clínica		X		
PS.GRS.02.01 - Qualidade da Rede de Frio - Vacinação			X	
PS.AGF.01.01 - Gestão de Stocks de Consumo Clínico, Medicamentos e Produtos Farmacêuticos			X	
PS.GRS.04.01 - Identificação inequívoca utentes			X	
PS.GRS.06.01 – Gestão da Violência para profissionais e utentes				X
PA.AU.13.01 – Substituição na tomada de decisão				X
PS.AGF.09.01 – Gestão circuito de estupefacientes				X

EQUIPA 3	Março	Junho	Setembro	Novembro
PA.AU.04.01 - Consentimento Informado	X			
C PA.OA.07.01 - Consulta de IVG	X			
PA.OA.08.01 - Consulta de Saúde Materna	X			
Equipa/ Procedimento	Março	Junho	Setembro	Novembro
PG.OI.01.02 - Atribuição equipa família		X		
PA.OA.11.01 - Programação de atos e consulta de enfermagem na Sala Tratamentos		X		
PA.OA.10.01 - Programação em Equipa das Consultas de Grupos Vulneráveis e de Risco		X		
PS.RH.03.01 - Pedido de férias e folgas			X	
PA.AU.01.01 - Atendimento Telefónico			X	
PA.OA.04.01 - Consulta médica não presencial			X	
PS.GRS.07.02 – Gestão de riscos e acontecimento adversos acontecimentos adversos para utente e profissionais				X
PG.OI.05.01 – Monitorização da assiduidade				X
EQUIPA 4	Março	Junho	Setembro	Novembro
PA.AU.02.01 - Direito a Uma Segunda Opinião	X			
PA.AU.11.01 - Garantia proteção dados	X			
PA.AU.07.01 - Exclusão de Utentes dos Ficheiros Médicos	X			
PS.RH.01.01 - Pedido de Comissão Gratuita de Serviço		X		
PA.OA.09.01 - Consulta de Saúde Infantil e Juvenil		X		
PS.GRS.01.01 - Prevenção e Controlo de Infeção		X		
PA.OA.13.01 - Vacinação			X	
PA.OA.16.01 - Encaminhamento linha saúde 24			X	
PA.AU.08.01 - Pedido de acesso à informação clínica			X	
PG.OI.06.01- Horários profissionais de saúde				X
PA.AU.14.01 – Testamento Vital				X
EQUIPA 5	Março	Junho	Setembro	Novembro
PS.GRS.05.01 - Acesso de Pessoas Estranhas à USF	X			
PA.OA.03.01 - Consulta Programada do Adulto e Idoso	X			
PS.RH.02.01 - Acolhimento de Colaboradores na USF	X			
PA.AU.05.01 - Privacidade no Atendimento do Utente		X		
PA.OA.01.01 - Consulta Aberta		X		

PS.AGF.03.01 - Gestão de Stocks de Vacinas		X		
PS.AGF.05.01 - Gestão pedidos reembolsos			X	
PA.AU.09.01 - Emissão de cheque dentista			X	
PA.AU.12.01 - Atendimento personalizado			X	
PS.GRS.10.01 - Gestão, segurança e suporte informático				X
PS.AGF.10.02 – Medicamentos hemoderivados				X
Equipa/ Procedimento	Março	Junho	Setembro	Novembro
Equipa 6				
PS.GIC.02.01 Documentação afixada	X			
PA.OA.06.01 - Consulta de Planeamento Familiar/ Rastreio Oncológico na S. Mulher	X			
PS.GRS.11.01 - Plano contingência - Coronavirus		X		
PS.QF.02.01 - Qualidade dos Registos Clínicos de Enfermagem		X		
PA.OA.02.01 - Consulta de Intersubstituição		X		
PA.AU.10.01 - Pedidos de transporte			X	
PA.OA.15.01 - Consulta programada a 5 dias			X	
PS.AGF.02.01 - Gestão de Stocks de Material Administrativo/Limpeza			X	
PS.GIC.01.02 - Gestão de Documentos e da Comunicação				X
PA.AU.15.01 - Registo Nacional de não dadores				X
PS.AGF.08.01 – Gestão de equipamento e infraestruturas				X

9.4 – Avaliação da Satisfação dos Profissionais

Aplicámos o questionário de avaliação da Satisfação dos Profissionais em dezembro de 2022, à totalidade dos elementos da USF Querer Mais.

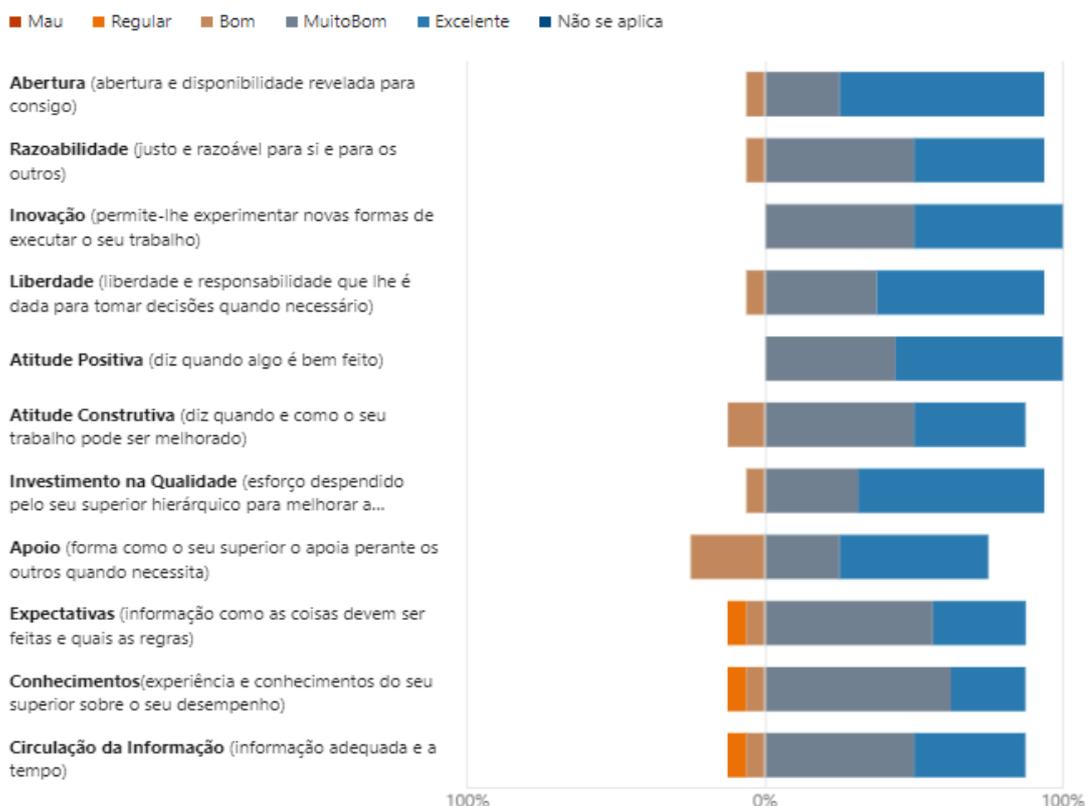
Na **avaliação do coordenador da unidade**, a maioria das respostas, em todos os tópicos avaliados, varia entre o “muito bom” e o “excelente”. Não se obteve nenhuma resposta com a classificação “mau”.

Nas expectativas, conhecimento e circulação da informação, houve uma resposta com a classificação “regular”. Os pontos onde se obteve maior percentagem de excelente, foi na abertura, investimento na qualidade, liberdade e atitude positiva.

Os resultados estão bastante sobreponíveis aos de 2021.

3. Como avalia o Coordenador da USF Querer Mais em relação a:

[Mais Detalhes](#)



Na **avaliação do espaço físico**, as respostas dividem-se maioritariamente entre o “regular” e o “bom” na limpeza, equipamento e na segurança. A categoria da segurança foi a que obteve mais respostas “regular”.

Na categoria da organização do espaço, a maioria das respostas corresponderam à classificação “muito bom” e uma resposta foi “excelente”

4. Como avalia o espaço físico da USF:

[Mais Detalhes](#)

Na **análise dos recursos humanos**, a única categoria onde foi atribuída a pior classificação “ mau” foi no número de profissionais (adequação entre o número de profissionais do serviço e a quantidade de trabalho). Na proporção hierárquica só uma pessoa respondeu “ regular”, sendo que os restantes responderam “ bom”, “muito bom” ou “ excelente”. Na continuidade do pessoal, a maioria das respostas correspondem à classificação “ bom”, seguindo-se o “muito bom”.

5. Como avalia os recursos humanos da USF:

[Mais Detalhes](#)

No **relacionamento entre profissionais**, na categoria relativa à comunicação prevalece a classificação de “bom”, havendo também algumas respostas “muito bom” e 1 “excelente”. No trabalho de equipa a maioria das respostas foi “muito bom” e 1 “excelente”, tendo havido melhoria da satisfação nesta área relativamente a 2021.

6. Como avalia relacionamento entre profissionais da USF:

[Mais Detalhes](#)

Na **avaliação do estado de espírito da equipa** dos outros prevalece a resposta “bom”. Relativamente ao questionário prévio, aumentaram as respostas “regular” nesta categoria.

Na avaliação do estado de espírito do próprio prevalece a resposta “bom”. Comparativamente ao questionário do ano transato, verifica-se ligeiro agravamento no estado de espírito da equipa.

7. Como avalia o estado de espírito na USF:

[Mais Detalhes](#)

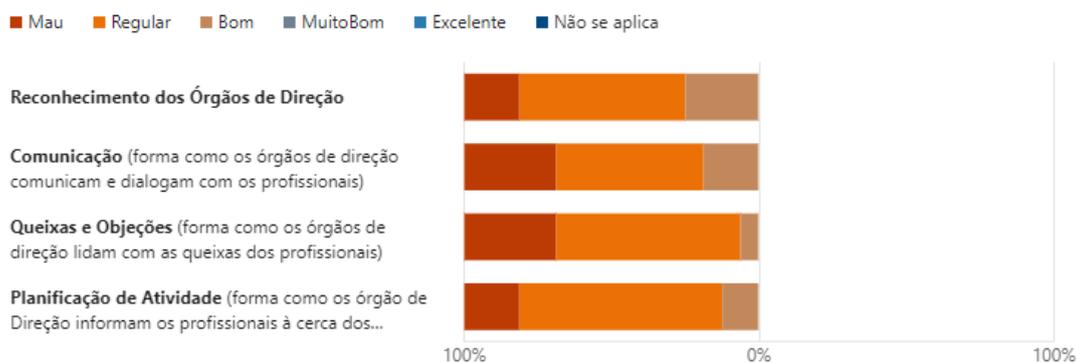
Na **avaliação do vencimento auferido** face à responsabilidade e ao desempenho na USF, a resposta “mau” foi a mais frequente. Relativamente à experiência como profissional prevalece a resposta “regular” seguida pela resposta “mau”. As respostas são praticamente sobreponíveis às do ano anterior.

8. Como caracteriza o seu vencimento em relação a:

[Mais Detalhes](#)

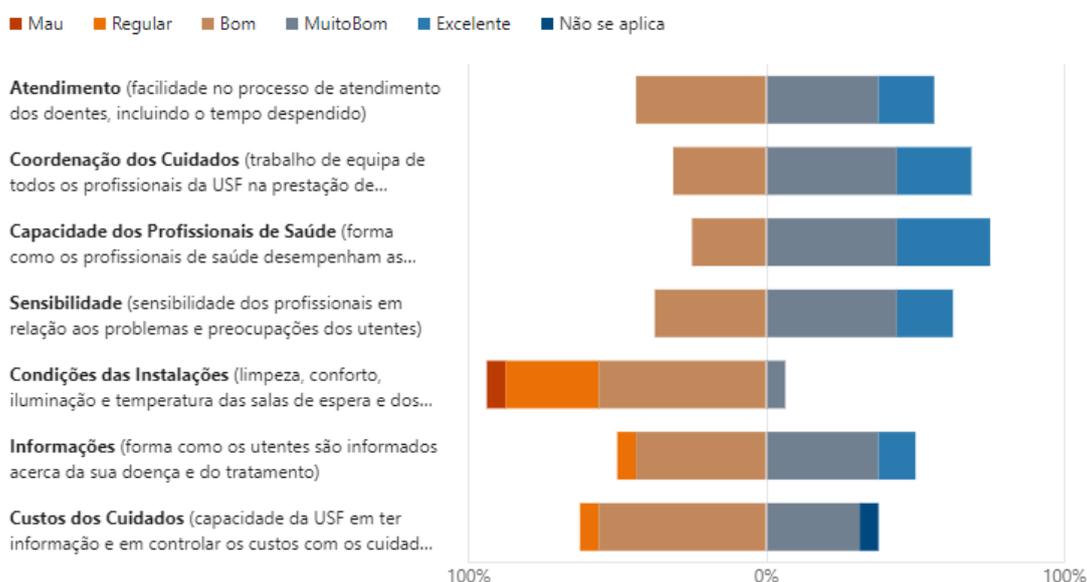
Relativamente à **avaliação dos órgãos de direção/política do ACES** a maioria dos profissionais atribui a classificação "regular". Na categoria da comunicação e queixas e objeções, cerca de 1/3 do total de respostas foi "mau".

9. Como avalia os Órgãos de Direção e Política do ACES Arco Ribeirinho em relação a:

[Mais Detalhes](#)

No que concerne à **avaliação da qualidade da prestação de cuidados** prestados pela USF, a maioria das respostas em 6 das categorias avaliadas corresponde à classificação "bom". Na categoria condições das instalações foi onde se obteve maior percentagem de respostas "regular" e a única categoria que obteve 1 voto na classificação "mau", à semelhança do questionário do ano 2021. Nas categorias atendimento, coordenação de cuidados, capacidade dos profissionais de saúde e sensibilidade, a maioria dos profissionais responderam "muito bom" ou "excelente".

10. Como avalia a Qualidade da USF na Prestação de Cuidados em relação a:

[Mais Detalhes](#)

Relativamente à **melhoria contínua da qualidade** as classificações com maior percentagem foi “bom” e “muito bom”.

Comparativamente com o questionário de 2021, as categorias com mais melhoria foram a partilha de ideias e conhecimentos sobre qualidade.

11. Como avalia a melhoria da continua da qualidade na USF

[Mais Detalhes](#)

Em geral, os profissionais da equipa multidisciplinar da USF Querer Mais estão satisfeitos com o desempenho da unidade e com a qualidade dos cuidados prestados.

Como pontos a melhorar, destaque para a limpeza e segurança, relação com órgãos de direção do ACES, número de profissionais e vencimento auferido, à semelhança do ano anterior.

Comparativamente ao questionário do ano transato, verifica-se ligeira melhoria da satisfação dos profissionais, na maioria dos parâmetros.

O processo de espera da homologação do modelo B, causa alguma frustração e desesperança nos profissionais, o que pode justificar a diminuição da satisfação em alguns parâmetros.

Foi dada a seguinte sugestão: melhoria da gestão de agendas - marcação de consulta de acordo com necessidades do utente.

Para melhoria do estado de espírito da equipa, sugere-se mais momentos de *team building* e convívio entre os profissionais.

9.5 - Ocorrências e não conformidade

No ano de 2022 foram registadas 49 ocorrências, das quais 8 são não conformidades relacionadas com procedimentos ou regulamentos.

O reporte do erro é muito importante no processo de melhoria contínua dos cuidados prestados e é um tema em desenvolvimento na equipa da USF QM, sendo cada vez mais olhado de forma construtiva e como meio de aperfeiçoar o trabalho desenvolvido. Todas as ocorrências foram analisadas em reunião multidisciplinar ou de conselho geral e foram realizadas diligências e implementadas medidas preventivas e corretivas. É apresentado no Apêndice 4 o Relatório de Ocorrências e Não Conformidade em 2022.

9.6 – Reuniões de Serviço

As reuniões regulares da equipa são fundamentais para organização e gestão do trabalho desenvolvido e para o planeamento das atividades da USF. São também momentos de oportunidade para discussão e resolução de problemas que muitas vezes levam ao desenvolvimento de melhorias. São importantes para a manter uma dinâmica saudável entre a equipa e um ambiente no qual todos têm a oportunidade de partilhar

a sua opinião e sugestões assim como tomar decisões. Em Apêndice 5 podem ser consultadas as reuniões realizadas em 2022.

9.7 – Gestão de Infraestruturas e gestão de custos

Resumo dos relatórios semestrais de gestão de infraestruturas:

É elaborado um relatório semestral das anomalias detetadas e das intervenções solicitadas ao ACESAR.

A maioria dos pedidos são direcionados para a conservação do edifício devido à falta de manutenção do mesmo, tendo os pedidos tido, na sua maioria, resposta, embora nem sempre em tempo útil.

No segundo semestre de 2022, dos 16 pedidos feitos, 1 pedido para arranjo do alarme, 1 pedido de desbaratização, 4 relativos a um equipamento médico (resolvidos) e 10 são de manutenção do edifício.

Do total de pedidos reportados, 10 foram resolvidos. O tempo médio de resolução foi de 36 dias.

Encontram-se por resolver 6 pedidos, todos eles referentes a manutenção: 3 relacionados com fugas de água, 2 com arranjo de persianas, 1 pedido de arranjo de elevador n1.

De referir que estão ainda pendentes, 3 pedidos reportados no 1º semestre de 2022 e que aguardam resolução.

Todos estes registos podem ser consultados em folha de Excell em pasta própria, mais pormenorizadamente.

Apesar de pedidos insistentes, na sala de tratamentos não foi efetuado nenhuma intervenção, continuando a chover dentro da mesma, paredes com humidade e estuque do teto a cair. Esta situação representa um perigo para profissionais e utentes. Não conseguimos manter a assepsia desejável nem a segurança de quem frequenta a sala.

Resumo dos relatórios semestrais gestão de custos:

No decorrer do ano de 2022 foi observado um gasto total de 91 835,55 €, com uma diminuição de 9 553,38€ relativamente ao ano anterior.

	Material de consumo clínico e medicamentos	Vacinação	Material de uso geral e economato	Total
1º Semestre	8 548,20€	37 390,26€	682,35€	46 620,81 €
2º Semestre	7 830,28€	35 100,26€	2 284,20€	45 214,74€
Total 2022	16 378,48€	72 490,52€	2 966,55€	91 835,55€
Total 2021	19 189,81€	80 755,07€	1 444,05€	101 388,93€

Pela apresentação dos dados constata-se que existiu uma redução de 1406,07€ do primeiro para o segundo semestre sendo a tendência transversal ao material de consumo clínico e medicamentos e vacinação. Relativamente ao material geral e economato houve aumento do custo.

As principais despesas de economato estão relacionadas com o papel A4 para impressão seguido dos toner's para as impressoras.

De realçar que toda a equipa continua a reforçar junto dos utentes as vantagens na emissão de receitas desmaterializadas.

No que se refere ao material de consumo clínico verifica-se que as vacinas são o principal foco de gastos, mantendo-se com um peso de cerca de 80% dos gastos totais.

	1º semestre	2º semestre	TOTAL
Compressas, Adesivos, pensos, Redes e Ligaduras	454,90 €	635,04€	1089,94€
Apósitos de Pensos, Solutos e Pomadas	1 703,47 €	1 204,38€	2907,85€
Contracetivos	4 420, 4 €	4 302,35€	8722,75€
Luvas	444,81 €	548,12€	992,93€
Diversos	131,68 €	245,62€	377,3€
Vacinas	411,11 €	894,77€	1305,88€

Após a análise dos dados, conclui-se que os consumos são totalmente justificados, não se tendo verificado ao longo do ano desperdícios ou mal utilização dos mesmos. No entanto espera-se que toda a equipa continue sensibilizada no seu quotidiano para evitar consumos desnecessários de forma a manter ou reduzir alguns custos promovendo uma gestão eficiente dos recursos disponíveis.

9.8 - Avaliação das Reclamações/Sugestões e Elogios

Na USF QM trabalhamos todos os dias para garantir cuidados de saúde de qualidade aos nossos utentes. Somos empenhados na melhoria dos procedimentos com intuito de conceder uma experiência de cuidados agradável e eficiente, preferencialmente isenta de eventos motivadores de reclamação.

Todas as reclamações são motivo de reflexão acerca da nossa prática. Acrescentam valor à nossa visão crítica do trabalho que desenvolvemos. Esforçamo-nos por avaliar, de forma empática, a vivência do utente que contacta connosco, permitindo acrescentar propostas de melhoria.

Durante a ano de 2022 na USF QM recebemos 16 reclamações, 11 no livro de reclamações, 2 por e-mail e 3 no site da ERS. Relativamente ao ano anterior aumentou o número de reclamações (de 11 para 16). Foram efetuadas duas sugestões em formulário destinado a tal efeito.

No Apêndice 6 pode ser consultado o relatório de sugestões e no Apêndice 7 o relatório de reclamações.

Da análise das exposições do ano de 2022 surgiram várias propostas de melhoria: Clarificação de normas da DGS e procedimentos da USF QM junto dos utentes, sensibilizando para importância de cumprimento das mesmas, reforço do atendimento telefónico no secretariado clínico, melhoria de procedimentos, fornecimento de máscaras aos utentes com consultas agendadas permitindo que tenham acesso à consulta na hora marcada

Mantemos o esforço de criar estratégias para melhorar a comunicação com os utentes, tentando transmitir informações em uníssono. Empenhamo-nos no aumento da literacia em saúde. Temos insistido na divulgação do Guia do utente e da clarificação

dos conceitos que nele constam. Apesar de termos tido formação com treino de algumas técnicas de comunicação como: disco riscado. Sentimos que a formação na área da gestão de conflitos e comunicação com o utente deve ser um dos pontos a manter ao longo do tempo, para treino e aperfeiçoamento destas técnicas.

10. COMENTÁRIO FINAL

A equipa da USF Querer Mais mantém a capacidade de adaptação, superação e resiliência perante os mais diversos obstáculos.

Todos os anos de trabalho são um grande desafio que apelam à criatividade de todos os elementos e espírito de equipa.

Apesar de termos estado com a equipa reduzida por um período prolongado, foi possível manter a atividade assistencial e atingir a maioria dos objetivos a que nos propusemos no início do ano.

Para além do significado que esta evolução poderá ter na continuidade e estabilidade dos elementos da equipa é também, e acima de tudo, o reconhecimento da qualidade do serviço que prestamos aos nossos utentes.

A Melhoria continua da Qualidade dos cuidados continua a ser um dos principais objetivos da USF QM, com reflexo na melhoria do acesso e da gestão da saúde e da doença, que os indicadores de desempenho evidenciam.

Este ano foi só mais uma etapa e cremos que é possível fazer melhor a cada dia, com a contribuição de todos, espírito crítico e empreendedorismo.

Mantivemos sempre a colaboração com o ACES porque acreditamos que a cooperação é o caminho para a excelência.

Devido ao cansaço da equipa, ausência de vários elementos por períodos óptimos por não nos candidatarmos ao processo de acreditação pela ACSA, mas mantemos a ambição.

Em suma foi um ano de muito trabalho, muitas incertezas, e de ansiedade por ver reconhecido no nosso vencimento o trabalho que os nossos utentes e os profissionais com quem trabalhamos já nos reconhecem todos os dias.

Apêndice 1 – Relatório questionário de satisfação utentes

A USF Querer Mais trabalha todos os dias para prestar os melhores cuidados de Saúde aos seus utentes. A excelência dos cuidados pauta-se não só pelo elevado conhecimento científico, mas também pela satisfação das necessidades em saúde da população abrangida.

A qualidade do serviço prestado, na ótica do utilizador é importante porque nos permite conjugar a melhor evidência científica na área da saúde com a melhor prestação de serviços.

Por ser tão importante a satisfação do utente na adesão aos cuidados de saúde e de promoção de estilos de vida saudáveis, aplicámos mais uma vez um questionário anula de satisfação dos utentes. Este ano foi aplicado o questionário elaborado pelo gabinete do cidadão do ACeS pelo que não nos é possível comparar com os resultados das avaliações de satisfação de anos anteriores.

OBJECTIVOS

Auscultar os utentes da USF Querer Mais relativamente à sua satisfação com o serviço prestado para proceder a medidas corretivas.

METODOLOGIA

Foram aplicados questionários de avaliação da satisfação dos utentes entre 7 e 11 de novembro de 2022. No decorrer deste periodo os profissionais incentivaram os utentes que se deslocaram à USF a preencher o questionário.

Foram aplicados questionários em papel e em formulário electrónico através de QR Code divulgado na USF em todos os placares, secretariado e gabinetes de atendimento médico ou de enfermagem e foi enviado formulário electrónico por correio electrónico para os utentes.

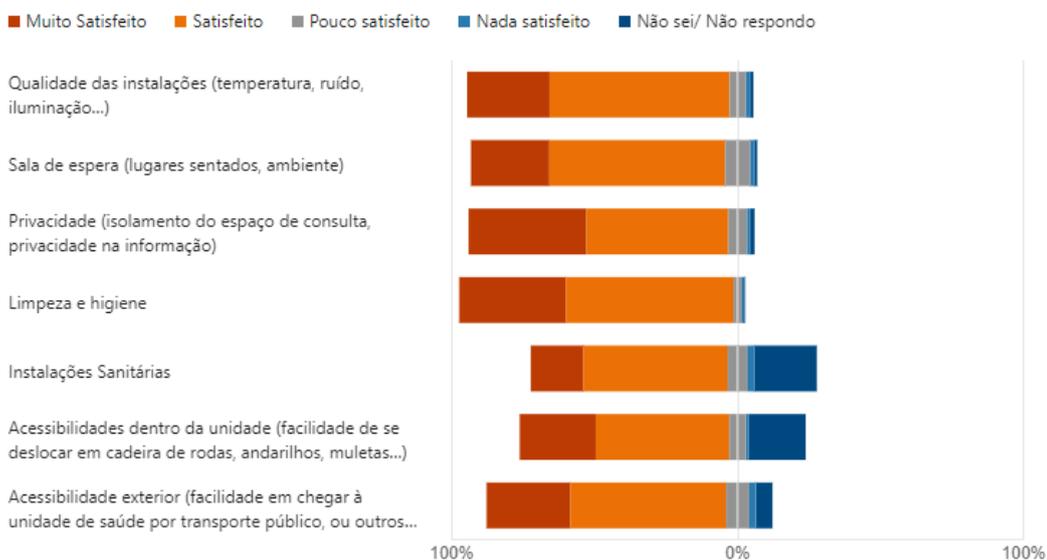
Os formulários em papel foram colocados em caixa fechada, para o efeito, colocada à saída da USF QM.

Obtivemos um total de 413 respostas das quais 55 foram entregues como formulário em papel. Os inquéritos foram tratados estatisticamente pelo CT da USF, tendo sido divulgado os resultados descritos neste relatório.

RESULTADOS

1. CONDIÇÕES OFERECIDAS PELA UNIDADE DE SAÚDE:

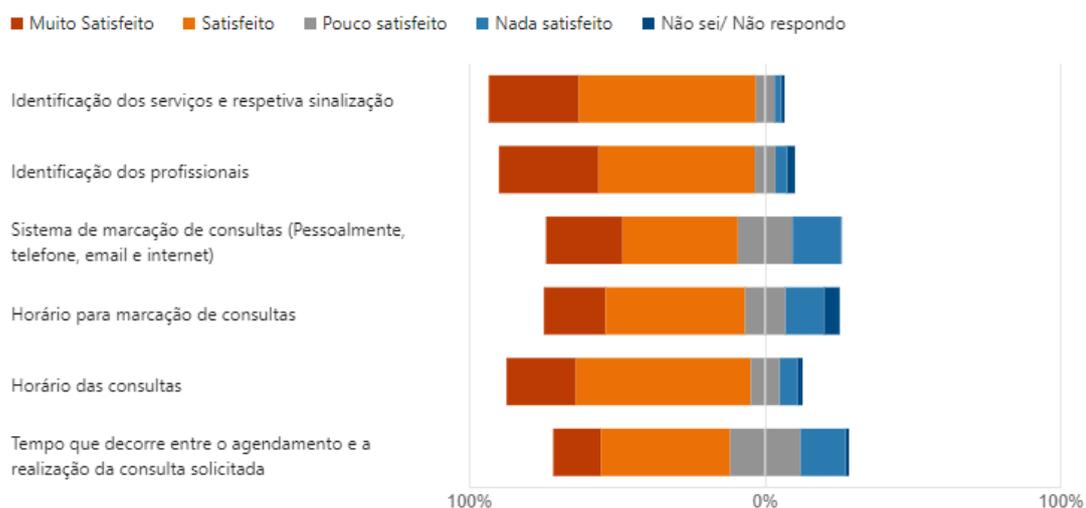
[Mais Detalhes](#)



No que respeita às condições oferecidas pela unidade em termos de instalações verificamos que, de uma forma geral os utentes estão muito satisfeitos ou satisfeitos com as condições oferecidas pela unidade. A salientar que o grau de satisfação é menor para as instalações sanitárias e acessibilidade dentro da USF.

2. CONDIÇÕES OFERECIDAS PELA UNIDADE DE SAÚDE:

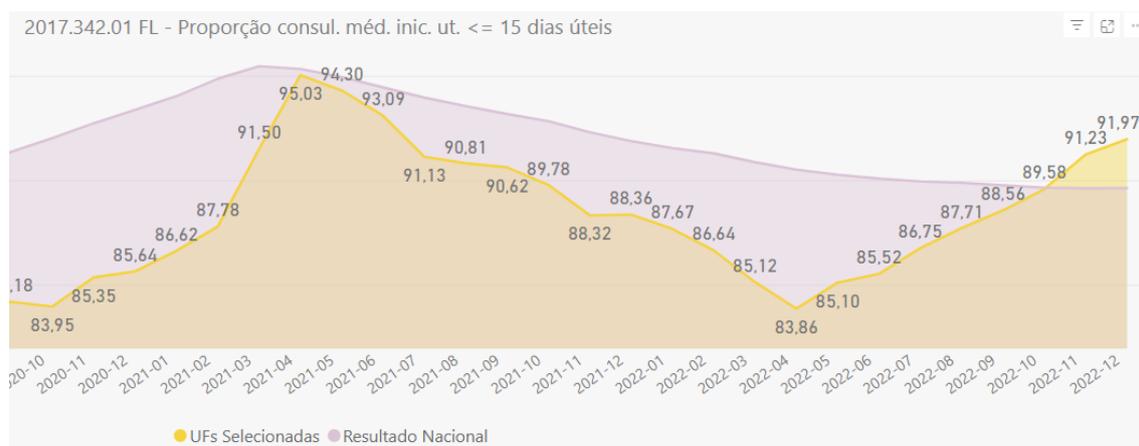
[Mais Detalhes](#)



No que respeita às condições oferecidas pela unidade em termos de serviço verificamos que, de uma forma geral os utentes estão muito satisfeitos ou satisfeitos com os serviços oferecidos pela unidade. A salientar que o grau de satisfação é menor no sistema de marcação de consultas, nos horários para marcação de consultas e no tempo que decorre entre o agendamento e a realização da consulta. Verificamos de 26 % dos utentes que responderam ao questionário se encontram pouco satisfeitos ou nada satisfeito com o horário de marcação de consulta embora seja possível marcar consulta em todo o período de funcionamento da USF.

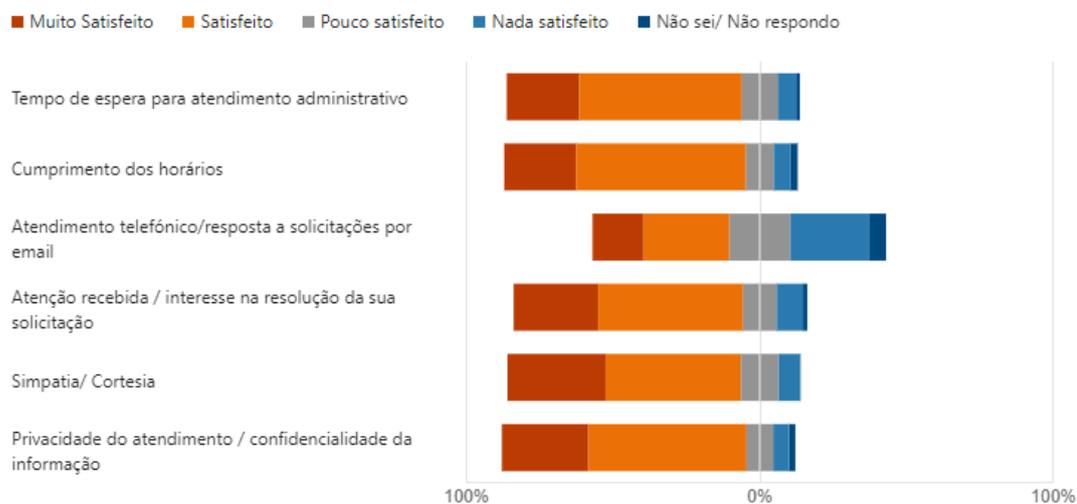
Quase 35% dos utentes estão pouco satisfeitos ou nada satisfeitos com o sistema de marcação de consultas embora seja possível marcar presencialmente, por telefone, por correio eletrónico ou SNS24. Contata-se de 39 % dos utentes que responderam ao questionário não estão satisfeitos com o tempo que decorre entre o agendamento e a realização das consultas.

Verificamos que no decurso do ano de 2022, o indicador de cumprimento dos TMRG que indica as consultas a pedido do utente agendadas a menos de 15 dias úteis, estiveram durante alguns meses abaixo do valor do mínimo esperado de 88%, possivelmente devido a ausências prolongadas entre a equipa médica e desenvolvemos estratégias de correção da acessibilidade com resultados positivos.



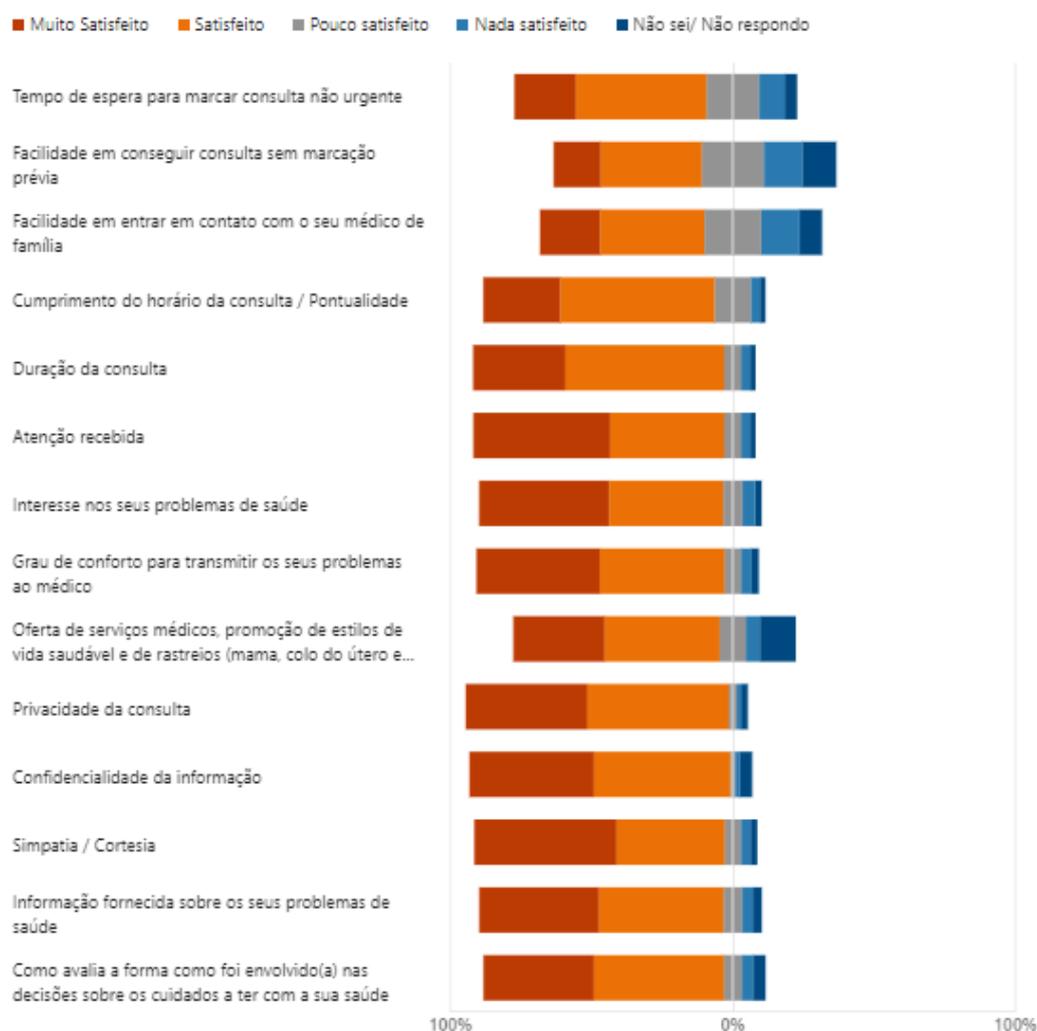
3. TRABALHO PRESTADO PELOS ASSISTENTES TÉCNICOS (Secretariado Clínico):

[Mais Detalhes](#)



Nos parâmetros avaliados relativos ao trabalho prestado pelos Secretários clínicos verificamos que aquele no qual o grau de satisfação é menos está relacionado com o atendimento telefônico. Este problema já tinha sido identificado pela USF e têm sido implementadas melhorias neste sentido. Seria uma mais valia poder contar com um sistema de recall na USF. Temos procurado um equilíbrio entre o atendimento presencial e não presencial no secretariado clínico.

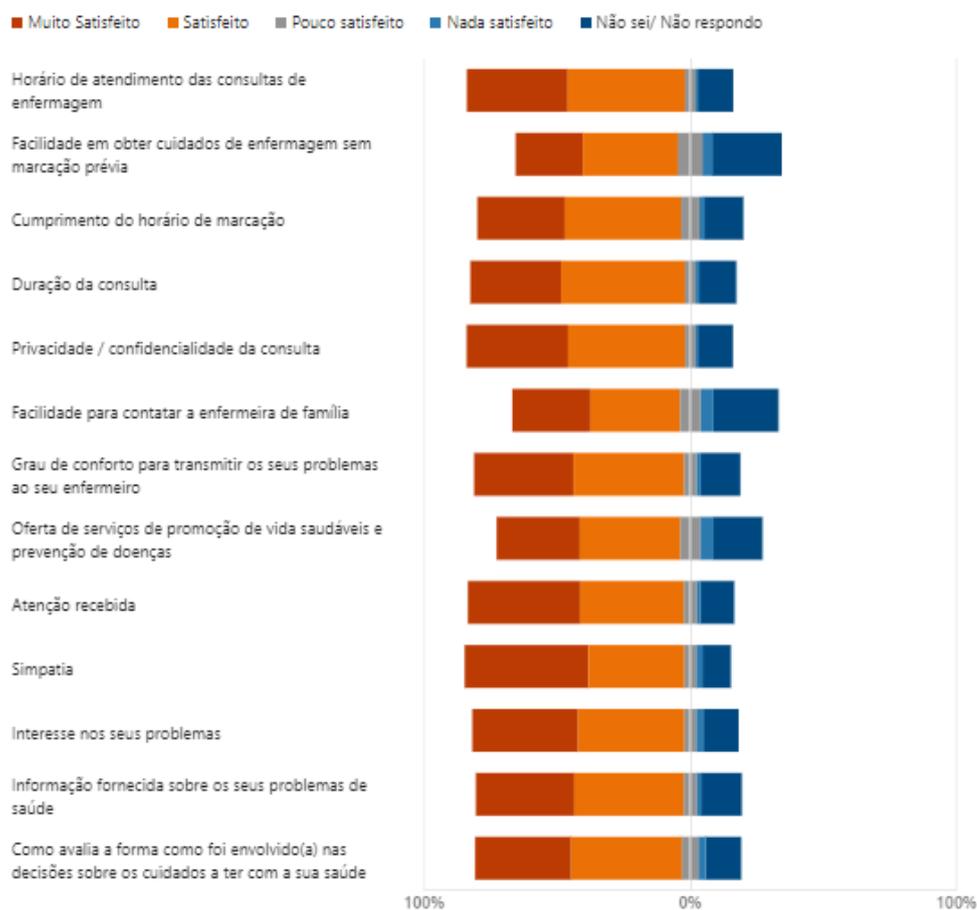
4. TRABALHO PRESTADO PELOS MÉDICOS:

[Mais Detalhes](#)

Nos parâmetros avaliados relativos ao trabalho prestado pelo médico verificamos que as áreas que apresentam menor satisfação são: Tempo de espera para marcar consulta não urgente; A facilidade em conseguir consulta prévia, a facilidade em entrar em contacto com o médico de família e a Cumprimento do horário da consulta / Pontualidade. Monitorizamos e procuramos melhorar sistematicamente o acesso consultas dos nossos utentes. No que respeita `consulta médica há a referir uma ausência prolongada no ano de 2022 de um médico que condicionou o acesso apesar do esforço permanente de intersubstituição.

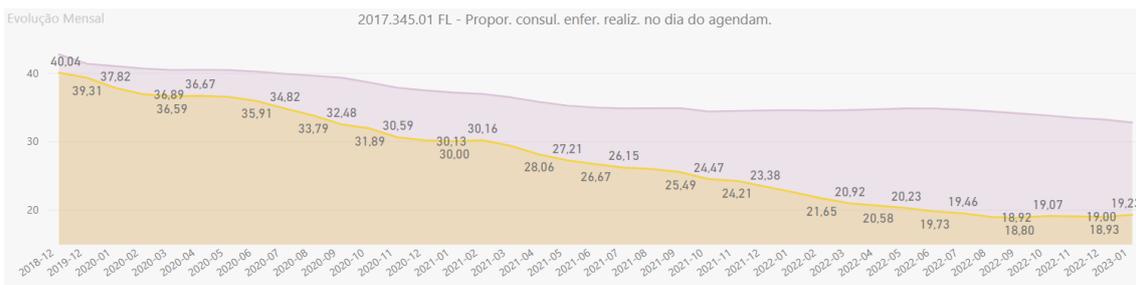
Trimestralmente monitorizamos os tempos de espera para a consulta, nomeadamente entre a hora de agendamento e a hora de admissão e temos procurado não ultrapassar os 20 minutos. Este critério de qualidade é cumprido pela maioria dos profissionais.

5. TRABALHO PRESTADO PELOS ENFERMEIROS:

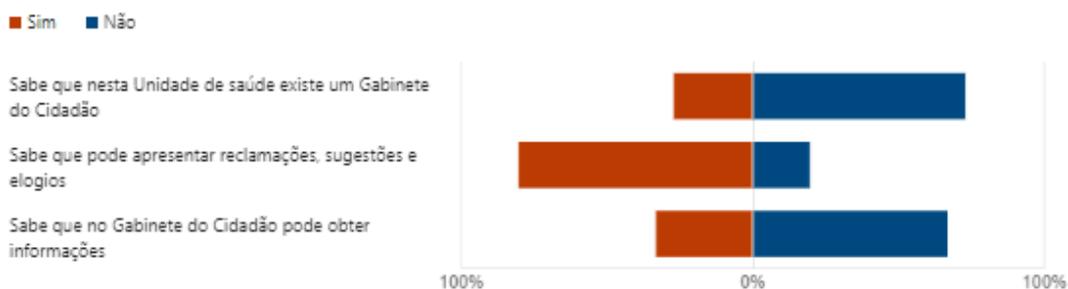
[Mais Detalhes](#)

Nos parâmetros avaliados relativos ao trabalho prestado pelos enfermeiros verificamos que é a questão onde o número de Não sei/Não responde é mais elevado possivelmente pela não utilização de consultas de enfermagem no ano de 2022. Na generalidade os utentes estão muito satisfeitos ou satisfeitos na maioria dos tópicos abordados. Cerca de 13% dos utentes referem não se sentir satisfeitos com a facilidade de obter cuidados de enfermagem sem marcação prévia, no entanto verificamos que diariamente não são utilizadas a totalidade das vagas disponíveis para consulta do dia.

A uma maior organização dos cuidados de enfermagem e o agendamento por enfermeiro de família reduziu o número de pedido de consulta do próprio dia.



No que respeita ao conhecimento sobre o a existência de um gabinete do cidadão verificamos que 72,9% dos utentes desconhece a sua existência. Tornando-se essencial divulgar esta informação nos diferentes canais de comunicação com o utente. A divulgação da possibilidade de apresentar reclamações, sugestões e elogios também carece de melhor divulgação apenas de estar presente no guia do utente e em vários documentos afixados.



De uma forma geral os nossos utentes como bom (45%) ou muito bom (34%). 16 % consideram o serviço razoável e apenas 5 % consideram o serviço mau. Apesar do número de utentes que considera o serviço mau ser pequeno não deixa de ser considerado um problema para a equipa na procura por um serviço de qualidade aos nossos utentes. Seria para nós positivo implementar um sistema de avaliação da experiência do utente sempre que utilizada a USF para podermos identificar as questões a melhor de uma forma concreta.

Cerca de 88% dos nossos utentes recomendaria a USF a outras pessoas.

7. Globalmente como avalia o grau de satisfação

[Mais Detalhes](#)[Informações](#)

● Muito bom	140
● Bom	186
● Razoável	67
● Mau	20



8. Recomendaria este serviço a outras pessoas?

[Mais Detalhes](#)

● Sim	362
● Não	51



Embora o questionário este ano proposto pelo ACES seja diferente do aplicado em anos anteriores podemos comparar o grau de satisfação global com a USF.

Em 2021 verificamos que 41% dos utentes se encontravam muito satisfeitos e 43% satisfeitos de uma forma global, mantendo-se 5% de utente pouco satisfeitos ou não satisfeitos. Não tendo deste ponto de vista havido melhoria. A aplicação do mesmo questionário no ano de 2023 vai permitir avaliar a evolução da satisfação de uma forma mais precisa.

No que respita aos dados demograficos dos inquiridos verificamos que a idade média dos inquiridos foi de 46 anos , tendo mais novo 18 anos e o mais velho 90 anos.

A maioria dos inquiridos eram do sexo feminino, estavam empregados e tinham o 12º ano de escolaridade. Podendo ser validados mais dados nos gráficos abaixo apresentados.

11. Sexo (conforme consta no documento de identificação)

[Mais Detalhes](#) [Informações](#)

● Masculino	129
● Feminino	284



12.

[Mais Detalhes](#)

■ Não sabe ler nem escrever
 ■ Sabe ler e escrever
 ■ 4.º ano
 ■ 6.º ano
 ■ 9.º ano
 ■ 12.º ano
 ■ Ensino superior



13.

[Mais Detalhes](#)

■ Estudante
 ■ Empregado
 ■ Desempregado
 ■ Reformado/ Pensionista



A questão 9 do questionário solicitava ao utente que colaborasse com sugestões. Obtivemos 117 respostas abertas das quais resultam a seguinte nuvem de palavras:

32 inquiridos (26%) responderam **Atendimento** a esta pergunta.



Atendimento foi o tema mais abordado, em 26% das respostas.

De forma geral podemos afirmar que a maioria dos utentes está satisfeita com o atendimento na USF Querer Mais.

Dos 413 que responderam, 117 respondeu à questão de resposta aberta, sugerindo medidas de melhoria e/ou fazendo elogios ao atendimento na USF Querer Mais.

À semelhança do ano anterior, as áreas mais passíveis de melhoria relacionam-se com o atendimento no secretariado, tanto presencial como por meios não presenciais. Foi referida a falta de simpatia nalguns contactos com o secretariado.

Foi sugerido a colocação de mais profissionais de saúde. Foi realçado por alguns utentes a demora no atendimento presencial. Foi também referida a marcação de consulta, programadas e do dia (metodologia de marcação, tempo de espera) em 20 dos comentários.

O atendimento telefónico foi novamente apontado como uma falha (referido em 45 das respostas abertas), bem como a comunicação via e-mail.

Em 30 respostas foram referidos elogios à unidade e aos seus profissionais.

Foram efetuadas 5 sugestões (discriminadas no relatório de sugestões do ano 2022)

Um dos utentes referiu não ter conhecimento da existência do gabinete do cidadão.

MEDIDAS CORRETIVAS

Da aplicação dos questionários resultaram as seguintes medidas/sugestões de melhoria:

- Fazer um cartaz com o resumo das respostas aos questionários e as medidas de melhoria implementadas;
- Divulgar o gabinete do cidadão;
- Continuar a divulgar ativamente junto dos utentes a possibilidade de agendamento de consultas por e-mail e através do portal do cidadão;
- Criar horário de atendimento telefónico exclusivo;
- Formação na área do atendimento para o secretariado clínico.
- Manter o esforço para cultivar boas relações entre os profissionais, fomentar o espírito de entreatajuda e o espírito de equipa, de modo que a USF QM seja um local de trabalho apelativo e que disponibilize aos utentes a melhor resposta possível.

Apêndice 2– Relatório Plano de
Acompanhamento Interno 2022 -
Auditorias Acesso e Melhoria da
Qualidade

2022

Relatório de Atividade 2022



PLANO DE ACOMPANHAMENTO INTERNO 2022

Unidade de Saúde Familiar Querer Mais – Vale da Amoreira

Agrupamento de Centros de Saúde Arco Ribeirinho

Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo

Ministério da Saúde

Elaborado pelo Conselho Técnico

Apoio dos auditores: Joana Coelho, Isabel Veludo, Ana Martins, Tânia Tavares

Temas aprovados em Conselho Geral: 17 dezembro 2021

Relatório de primeiras avaliações apresentado em reunião de Conselho Geral a 26 de junho

Relatório final apresentado em reunião de Conselho 16 dezembro 2022

Abreviaturas e Siglas

USF – Unidade de Saúde Familiar

USF QM – Unidade de saúde Familiar Querer Mais

RCV – Risco Cardiovascular

HTA – Hipertensão arterial

Índice

1 – Introdução	4
2 – Análise da implementação	6
2.1 – Atendimento Telefónico:	6
2.2. – Qualidade dos registos médicos de risco cardiovascular.....	7
2.3. – Qualidade dos registos médicos e de enfermagem no programa de tabagismo e promoção da cessação tabágica	8
3 – Atendimento Telefónico.....	9
3.1 – Análise dos primeiros dados	9
3.2 – Primeiras conclusões e medidas corretivas	10
3.4 – Reavaliação após medidas corretivas.....	11
4 – Qualidade registos médicos de avaliação do risco cardiovascular	13
4.1 - Resultados e análise da primeira avaliação	13
4.2. Primeiras conclusões e medidas corretivas:	13
4.3. Reavaliação após medidas corretivas:	14
5 – Qualidade dos registos médicos e de enfermagem no programa de tabagismo e promoção da cessação tabágica.....	16
5.1 – Caracterização da amostra	16
5.2 – Análise dos primeiros dados	16
5.3 – Primeiras conclusões e medidas corretivas	18
5.4 – Reavaliação após medidas corretivas.....	19
6 – Conclusão	21

Índice de Ilustrações

Gráfico 1 - % de chamadas atendidas por corte horário na 1ª avaliação.....	9
Gráfico 2 - Critérios de atendimento por corte horário 1ª avaliação.....	10
Gráfico 3 - Critérios de atendimento por corte horário 2ª avaliação.....	11
Gráfico 4 - Comparativo da % de chamadas atendidas por corte horário entre avaliações	12
Gráfico 5 - Nº de chamadas atendidas por critérios de atendimento.....	12
Gráfico 6 - Proporção Utentes >= 15 anos c/registo de hábitos tabágicos 3 A.....	17
Gráfico 7 - Proporção de fumadores c/intervenção breve ou muito breve 1 A.....	17
Gráfico 8 - Proporção de grávidas fumadoras c/intervenção breve ou muito breve 1º T	18
Quadro 1: Resultados primeira avaliação auditoria ao atendimento telefónico	9
Quadro 2 - Resultados da reavaliação auditoria ao atendimento telefónico	11
Quadro 3 - Motivos de não avaliação do RVC na 1ª avaliação.....	13
Quadro 4 - Motivos de não avaliação do RVC na 2ª avaliação.....	14
Quadro 5 - Resultados indicadores hábitos tabágicos ao longo dos meses.....	19
Quadro 6 - Nº de utentes cumpridores ao longo dos meses	20
Figura 1 - Distribuição por sexo e faixa etária dos utentes da USF Querer Mais com “P 17 – Abuso do Tabaco” Fonte MIM@UF	16
Figura 2 - Dados extraídos do BI - CSP dos indicadores relativos ao tabagismo	16

1 – Introdução

O Plano de Acompanhamento Interno (PAI) anual da USF advém do compromisso de contratualização e de melhoria contínua a equipa.

A escolha das áreas para acompanhamento interno resulta da avaliação realizada pela equipa sobre as necessidades de identificação de problemas e oportunidades de melhoria.

No presente ano a equipa da USF decidiu monitorizar as seguintes áreas:

Acesso – Acesso ao atendimento telefónico

Melhoria qualidade:

Avaliação do Risco Cardiovascular

Qualidade dos registos no programa de tabagismo e promoção da cessação tabágica

No que respeita ao **acesso** optamos por escolher auditar o acesso ao atendimento telefónico por ser uma área identificada com problemática quer pelos profissionais quer pelos utentes no questionário de satisfação utente de 2021. Torna-se fundamental perceber a dimensão do problema e encontrar estratégias de melhoria do atendimento telefónico.

Na área da **melhoria da qualidade dos processos assistenciais** optamos por auditar os registos médicos de avaliação do risco cardiovascular por ser um indicador no qual quem havido dificuldade em melhorar ao longo dos anos e torna-se necessário compreender as causas.

Ainda no âmbito da melhoria da qualidade dos processos assistenciais optamos por realizar uma auditoria à qualidade dos registos médicos e de enfermagem no programa de tabagismo e promoção da cessação tabágica.

O consumo de tabaco é atualmente um dos principais problemas de saúde pública a nível global. Para além de ser uma das principais causas inevitáveis de doença crónica, perda de qualidade de vida, incapacidade e morte prematura, tem ainda um enorme impacto em termos sociais e económicos, estando associado a custos significativos relacionados não só com tratamentos e serviços de saúde, mas também com o

absentismo laboral e perda de produtividade económica. A promoção da cessação tabágica é por isso uma estratégia fundamental para reduzir a mortalidade associada ao tabaco nos próximos anos.

De forma a ir de encontro a estes objetivos foram incluídos indicadores relativos á realização monotorização e realização de intervenções breves e muito breves de apoio á cessação tabágica no processo de contratualização no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários. Assim esta auditoria foi escolhida por ser uma área com novos indicadores e pouco abordada ainda na USF apesar de termos como objetivo a implementação de uma consulta de cessação tabágicas quando tivermos profissionais com formação.

2 – Analise da implementação

2.1 – Atendimento Telefónico:

Objetivos:	Avaliar a acessibilidade do atendimento telefónico Avaliar o tempo de espera para conseguir atendimento telefónico Avaliar a adequação do atendimento
-------------------	---

Tipo de estudo	Avaliação Qualidade
População alvo	Secretarias Clínicas da USF
Período de aplicação	Elaboração do Plano – Janeiro Recolha de Dados – Maio Tratamento dados – junho Apresentação resultados: 26 de junho Medidas corretivas– julho, agosto e Setembro Reavaliação – outubro Apresentação da avaliação final em Conselho Geral com discussão e análises dos resultados e oportunidade de melhoria – 16 de dezembro 2022
Metodologia aplicada recolha dados	Implementação de um plano de monitorização e melhoria ao atendimento telefónico na USF QM baseado no indicador 343 - Proporção de chamadas telefónicas atendidas. Realização pelo enfermeiro do Conselho Técnico de 10 chamadas telefónicas fictícias em cada um dos cortes horários definidos no indicador 2017.343.01: a) Nº de chamadas realizadas no intervalo horário [8; 11[horas; b) Nº de chamadas atendidas no intervalo horário [8; 11[horas; c) Proporção de chamadas atendidas no intervalo horário [8; 11[horas; d) Nº de chamadas realizadas no intervalo horário [11; 14[horas; e) Nº de chamadas atendidas no intervalo horário [11; 14[horas; f) Proporção de chamadas atendidas no intervalo horário [11; 14[horas; g) Nº de chamadas realizadas no intervalo horário [14; 17[horas; h) Nº de chamadas atendidas no intervalo horário [14; 17[horas; i) Proporção de chamadas atendidas no intervalo horário [14; 17[horas; j) Nº de chamadas realizadas no intervalo horário [17; 20[horas; k) Nº de chamadas atendidas no intervalo horário [17; 20[horas; l) Proporção de chamadas atendidas no intervalo horário [17; 20[horas;
Fonte dados	Observação direta – chamadas telefónicas
Crítérios de Qualidade	Padrões de qualidade definidos pela equipa tendo em conta o objetivo definido: <u>Tempo de espera para conseguir atendimento telefónico</u> – inferior a dois minutos <u>Avaliar a adequação do atendimento</u> – cumpre os três critérios no atendimento: cumprimentar o utente, identifica a USF, identifica do próprio. <i>Escala Avaliação Qualidade:</i> Insuficiente: Atender menos de 5 chamadas em cada corte horário e/ou metade das chamadas atendidas não cumprirem nenhum dos 3 critérios de atendimento Suficiente: Atender 6 chamadas em cada corte horário e/ou metade das chamadas atendidas não cumprirem pelo menos 1 critérios de atendimento Bom: Atender 7 chamadas em cada corte horário e/ou metade das chamadas atendidas não cumprirem pelo menos 2 critérios de atendimento Muito bom: Atender 8 ou 9 chamadas em cada corte horário e/ou metade das chamadas atendidas cumprirem os 3 critérios de atendimento Excelente: Atender 10 chamadas em menos de 2 minutos cada corte horário cumprindo os 3 critérios de atendimento
Monitorização Resultados	e Apresentados em reunião de equipa

2.2. – Qualidade dos registos médicos de risco cardiovascular

Objetivos:	Avaliar o número de doentes hipertensos com consulta presencial nos últimos 3 anos, sem cálculo de RCV Identificar as causas de não avaliação do risco CV
Tipo de estudo	Avaliação Qualidade
População alvo	Não cumpridores do indicador 2013.023.01 – Proporção de hipertensos com risco CV (3 anos)
Período de aplicação	Elaboração do Plano – Janeiro Recolha de Dados – Junho

	Tratamento dados – junho Apresentação resultados: 26 de junho Medidas corretivas– julho, agosto e Setembro Reavaliação – novembro Apresentação da avaliação final em Conselho Geral com discussão e análises dos resultados e oportunidade de melhoria – 16 de dezembro 2022
Metodologia aplicada recolha dados	Levantamento de dados extraídos do MIMUF dos indicadores: 2013.023.01 – Proporção de hipertensos com risco CV (3 anos); 2013.006.01 – Taxa de utilização de consultas médicas – 3 anos Cruzamento das 2 listas no Excel, para excluir os não utilizadores há mais de 3 anos. Seleção aleatória de 30 utentes. Análise dos registos no Sclinico e registo do motivo do não cálculo
Fonte dados	MIMUF e Sclinico
Crítérios de Qualidade	Padrões de qualidade definidos pela equipa tendo em conta o objetivo definido: Excelente: Diminuição do número de utentes sem avaliação do RCV acima de 25% Muito bom: Diminuição do número de utentes sem avaliação do RCV entre 20 e 25% Bom: Diminuição do número de utentes sem avaliação do RCV entre 15 e 20% Suficiente: Diminuição do número de utentes sem avaliação do RCV entre 5 e 15% Insuficiente: Diminuição do número de utentes sem avaliação do RCV até 5%
Monitorização e Resultados	Apresentados em reunião de equipa

2.3. – Qualidade dos registos médicos e de enfermagem no programa de tabagismo e promoção da cessação tabágica

Objetivos:	Garantir a qualidade dos registos no programa de tabagismo com o objetivo da promoção da intervenção breve e muito breve nos utentes fumadores da USF Querer Mais
Tipo de estudo	Avaliação e melhoria da Qualidade
População alvo	Utentes com inscrição ativa na USF Querer Mais em 2021, com 15 ou mais anos
Período de aplicação	Elaboração do Plano – janeiro Recolha de Dados – maio Tratamento dados – junho

	Apresentação resultados: 26 de junho Medidas corretivas– julho a outubro Reavaliação – dezembro Apresentação da avaliação final em Conselho Geral com discussão e análises dos resultados e oportunidade de melhoria – 16 de dezembro 2022
Metodologia aplicada recolha dados	Levantamento de dados extraídos do BI - CSP dos indicadores relativos ao tabagismo: 2018.395.01FL – Proporção Utentes >= 15 anos c/registo de hábitos tabágicos 3 A; 2018.397.01 FL - Proporção de fumadores c/intervenção breve ou muito breve 1 A; 2018.398.01 FL – Proporção de grávidas fumadoras c/intervenção breve ou muito breve 1º T.
Fonte dados	Min@UF; BI-CSP
Critérios de Qualidade	Padrões de qualidade definidos pela equipa tendo em conta o objetivo definido: Excelente: Aumentar três indicadores para score 2 Muito bom: Aumentar o score dos três indicadores face à primeira avaliação Bom: Aumentar o score de dois indicadores face à primeira avaliação Suficiente: Aumentar o score de um indicador face à primeira avaliação Insuficiente: Reduzi o score face à primeira avaliação
Monitorização e Resultados	Apresentados em reunião de conselho geral

3 – Atendimento Telefónico

3.1 – Análise dos primeiros dados

Foram realizadas 10 chamadas em cada um dos cortes identificados e analisado se era possível ter acesso a atendimento telefónico em menos de 2 minutos e se nas chamadas atendidas o atendimento era adequado cumprindo os três critérios: cumprimentar o utente, identifica a USF, identifica do próprio.

Pode verificar-se no quadro abaixo os resultados obtidos.

	intervalo horário [8; 11[horas			intervalo horário [11; 14[horas;			intervalo horário [14; 17[horas;			intervalo horário [17; 20[horas;		
	Nº de chamadas realizadas	Nº de chamadas atendidas	Percentagem de chamadas atendidas	Nº de chamadas realizadas	Nº de chamadas atendidas	Percentagem de chamadas atendidas	Nº de chamadas realizadas	Nº de chamadas atendidas	Percentagem de chamadas atendidas	Nº de chamadas realizadas	Nº de chamadas atendidas	Percentagem de chamadas atendidas
T.E < 2 min	10	2	20	10	6	60	10	3	30	10	4	40
	nº chamadas atendidas	nº chamadas atendidas cumorem	Percentagem de chamadas atendidas	nº chamadas atendidas	nº chamadas atendidas cumorem	Percentagem de chamadas atendidas	nº chamadas atendidas	nº chamadas atendidas cumorem	Percentagem de chamadas atendidas que cumore	nº chamadas atendidas	nº chamadas atendidas cumorem	Percentagem de chamadas atendidas
3 crit. Atend.	2	2	100	6	4	67	3	1	33	4	2	50
2 crit. Atend.	0	0	0	6	2	33	3	2	67	4	2	50
1 crit. Atend.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0 crit. Atend.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Quadro 1: Resultados primeira avaliação auditoria ao atendimento telefónico

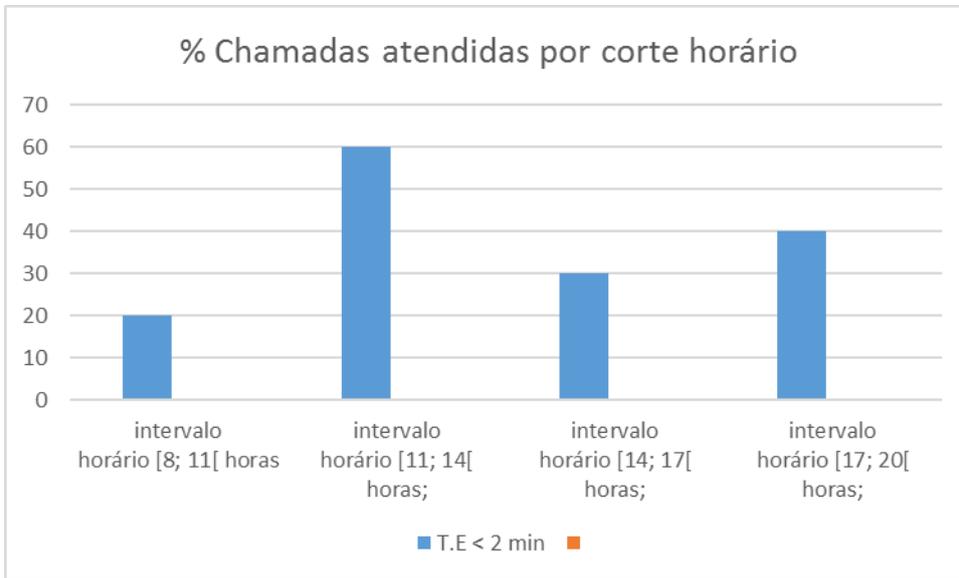
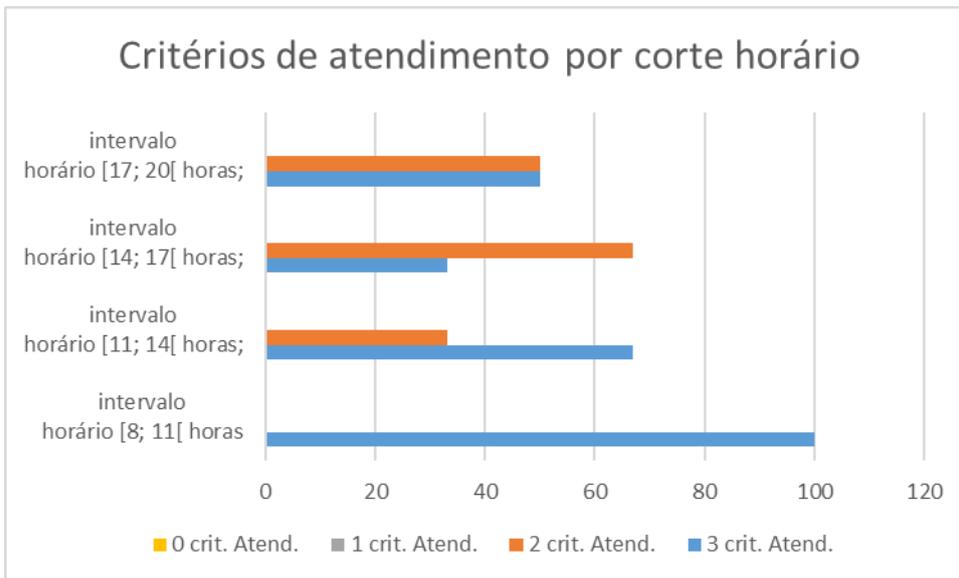


Gráfico 3 - % de chamadas atendidas por corte horário na 1ª avaliação



Quadro 2 - Resultados da reavaliação auditoria ao atendimento telefónico

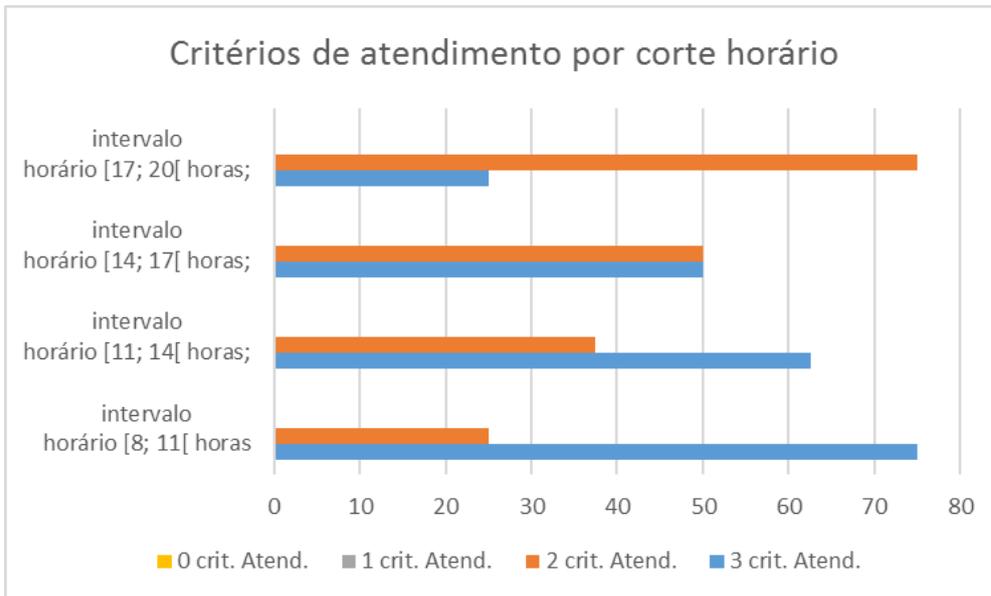


Gráfico 5 - Critérios de atendimento por corte horário 2ª avaliação

Podemos verificar pelo gráfico abaixo uma melhoria face à primeira avaliação.

No intervalo das 8h às 11h houve melhoria de 20%, no intervalo das 11h às 14h houve melhoria de 10%, no intervalo das 14h às 17h houve melhoria de 10%, e no intervalo das 17h às 20h não houve melhoria lugar a melhoria.

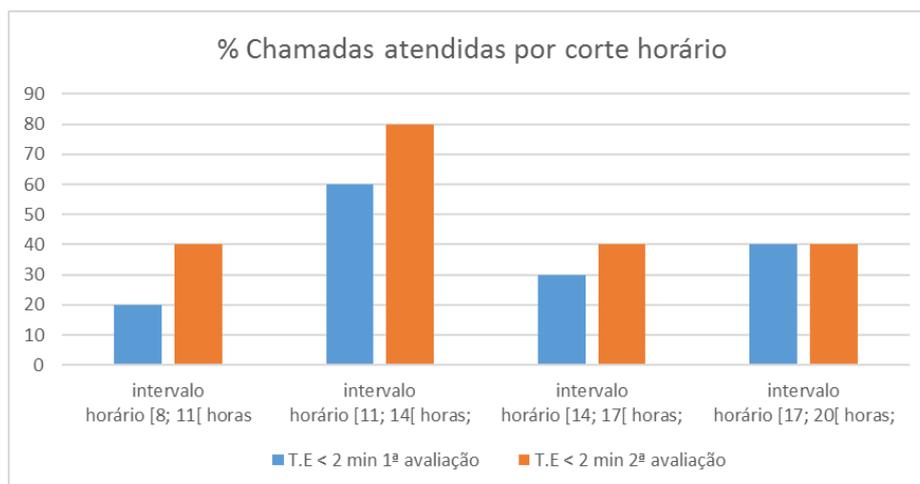


Gráfico 6 - Comparativo da % de chamadas atendidas por corte horário entre avaliações

Verificámos que houve uma melhoria no número de chamadas atendidas que cumprem os critérios de qualidade de atendimento.

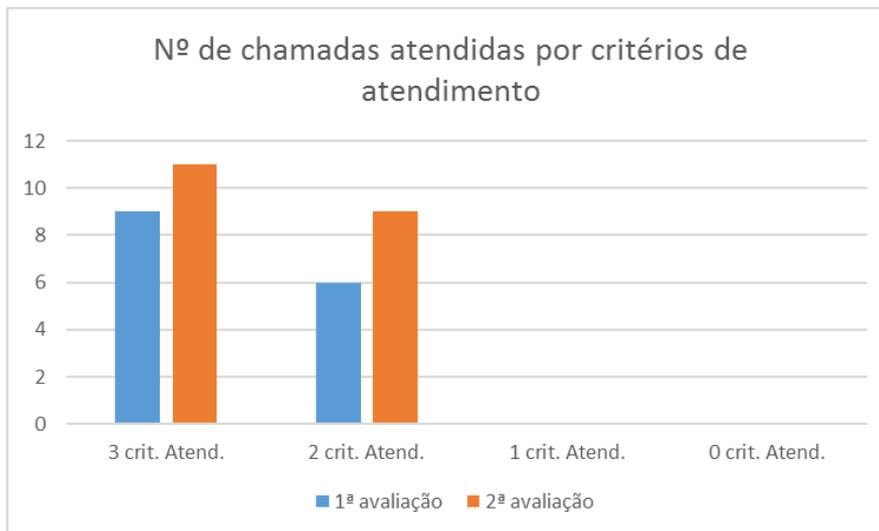


Gráfico 7 - Nº de chamadas atendidas por critérios de atendimento

De acordo com a escala de avaliação de qualidade definida verificamos que, após a implementação de melhorias, o acesso ao atendimento telefónico com qualidade de atendimento na USF QM foi de INSUFICIENTE no corte horário das 8h-11h, das 14h-17h e das 17h-20h e BOM no corte das 11h às 14h, tendo sido sempre cumpridos pelos menos dois critérios de qualidade de atendimento.

Havendo ainda oportunidade de melhoria no que respeita ao acesso ao atendimento telefónico na USFQM. Propõem-se manter o investimento na formação sobre atendimento de qualidade ao utente na USF e sensibilizar as secretarias clínicas para a importância de garantir a acessibilidade através do atendimento telefónico dos nossos utentes promovendo assim a qualidade da relação com os utentes e o impacto positivo na satisfação dos mesmos.

4 – Qualidade registos médicos de avaliação do risco cardiovascular

4.1 - Resultados e análise da primeira avaliação

Verificamos que, em abril, 492 utentes não cumpriam o indicador 2013.023.01 – Proporção de hipertensos com risco CV (3 anos). Destes, 94 eram não utilizadores nos

últimos 3 anos. No total de 398 utentes utilizadores sem risco cardiovascular calculado foram aleatorizados no exel e foram auditados 30 processos clínicos para verificação da causa da ausência do cálculo. Os resultados são apresentados no quadro abaixo:

Motivos de não avaliação do RCV	Abril 22
Não calculado, apesar de todos os dados	20
Sem p. lipídico	5
Sem avaliação TA	1
Sem avaliação TA e p. lipídico	2
Sem p. lipídico. Análises pedidas e não trouxe	2

Quadro 3 - Motivos de não avaliação do RVC na 1ª avaliação

4.2. Primeiras conclusões e medidas corretivas:

As primeiras conclusões e propostas de melhoria foram apresentadas em reunião de Conselho Geral a 26 de junho de 2022.

Ainda há muito potencial de melhoria. A pandemia e a ausência de consultas presenciais durante largos períodos, dificultaram o cálculo do risco cardiovascular. Em 2/3 dos processos analisados, o RCV não foi calculado por lapso/esquecimento do médico, pois todos os parâmetros estavam disponíveis.

Oportunidades de melhoria/medidas corretivas:

Aproveitar todas as consultas para avaliar/registar a TA (sobretudo se o utente já não vem à unidade há algum tempo).

Os médicos devem pedir análises com perfil lipídico completo (pelo menos a cada 3 anos para cálculo do RCV)

Relembrar os utentes a importância de trazer os resultados das análises na próxima consulta ou deixar para avaliação não presencial.

Os médicos devem lembrar-se de calcular o RCV, nas consultas.

4.3. Reavaliação após medidas corretivas:

Na reavaliação realizada em outubro, com dados disponíveis em Min@uf de setembro, verificamos que 416 utentes não cumpriam o indicador 2013.023.01 – Proporção de hipertensos com risco CV (3 anos). Destes, 85 eram não utilizadores nos últimos 3 anos. No total de 331 utentes utilizadores sem risco cardiovascular calculado foram aleatorizados no exel e foram auditados 30 processos clínicos para verificação da causa da ausência do cálculo. Os resultados são apresentados no quadro abaixo:

Motivos de não avaliação do RCV	Setembro 22
Não calculado, apesar de todos os dados	14
Sem p. lipídico	7
Sem avaliação TA	2
Sem avaliação TA e p. lipídico	1
Sem p. lipídico. Análises pedidas e não trouxe	6

Quadro 4 - Motivos de não avaliação do RVC na 2ª avaliação

Após a implementação de melhorias, o número de utentes com consulta presencial nos últimos 3 anos, sem avaliação do risco CV diminuiu, o que traduz um esforço por parte dos médicos na sua avaliação. Verificou-se uma diminuição de 17% no número de utentes sem cálculo do RCV relativa à avaliação prévia. De acordo com a escala de avaliação de qualidade definida, corresponde a um grau de melhoria BOM.

Relativamente aos motivos do não cálculo do RCV, na segunda avaliação, em 46.7% dos processos analisados, o RCV não foi calculado, apesar de todos os dados estarem disponíveis. O número de utentes aos quais foram pedidas análises e que não trouxe o resultado é maior, pelo que devemos continuar a relembrar os utentes da importância de realizar as análises e de trazer o resultado para o seu médico avaliar.

No cálculo do indicador do risco cardiovascular, entram todos os hipertensos (K86 e K87) sem doença cardiovascular estabelecida (T89, T90, K74, K75, K76, K90, K91, K92), independentemente de terem ou não tido consulta nos últimos 3 anos. Identificar os que não cumprem o indicador 2013.006.01 – Taxa de utilização de consultas médicas –

3 anos, e convocá-los ativamente para consulta de HTA, é uma oportunidade de cumprir ambos os indicadores e vigiar corretamente os doentes hipertensos.

Há ainda potencial de melhoria.

5 – Qualidade dos registos médicos e de enfermagem no programa de tabagismo e promoção da cessação tabágica

5.1 – Caracterização da amostra

A USF Querer Mais apresentava a data de janeiro de 2022 um total de 1219 utentes codificados com o código ICPC-2 “P17 – Abuso do Tabaco” das quais a maioria era do sexo masculino e a maior prevalência existe na faixa etária dos 45 aos 65 anos. Como demonstra a figura seguinte.

Grupo Etário 7 ▲	Métrica	Qtd Problemas		
	Sexo ▲	Homem ▼	Mulher ▼	Total ▼
≥ 10 e < 19 Anos		2	1	3
≥ 19 < 24 Anos		20	13	33
≥ 24 - < 44 Anos		235	236	471
≥ 45 e < 65 Anos		297	260	557
≥ 65 Anos		107	48	155
Total		661	558	1.219

Figura 48 - Distribuição por sexo e faixa etária dos utentes da USF Querer Mais com “P 17 – Abuso do Tabaco” Fonte MIM@UF

5.2 – Análise dos primeiros dados

Apesar de o registo de hábitos tabágicos ser uma prática consolidada no âmbito dos cuidados de saúde prestados pelos profissionais da USF Querer Mais, verifica-se que na realização e/ou registo de hábitos tabágicos aos utentes com idade igual ou superior a 15 anos obtém-se um score de 1. No que concerne a proporção de grávidas fumadoras com intervenção breve ou muito breve no 1º trimestre obtém-se um score de 0 como demonstra a figura abaixo relativa ao primeiro trimestre de 2022:

Cód. Indicador	Designação Indicador	Tipo	Mês Ind	Min. Aceit	Min. Esper	Máx. Esper	Máx. Aceit	Resultado	Score
2018.395.01 FL	395 - Prop. uten. >= 15 anos, c/ reg. hábit. tabág. 3A	FL	202203	55,00	71,00	100,00	100,00	65,922	1,3653
2018.397.01 FL	397 - Prop. fumador c/ int. breve ou muito breve 1 ano	FL	202203	15,00	22,00	100,00	100,00	37,678	2
2018.398.01 FL	398 - Prop. gráv. fumad. c/ int. breve ou mt. breve 1ºT	FL	202203	40,00	60,00	100,00	100,00	30,769	0

Figura 49 - Dados extraídos do BI - CSP dos indicadores relativos ao tabagismo

Analisando os dados de março de 2022 extraídos da plataforma MIM@UF relativamente a estes indicadores observa-se:

2018.395.01FL – Proporção Utentes >= 15 anos c/registo de hábitos tabágicos 3 A

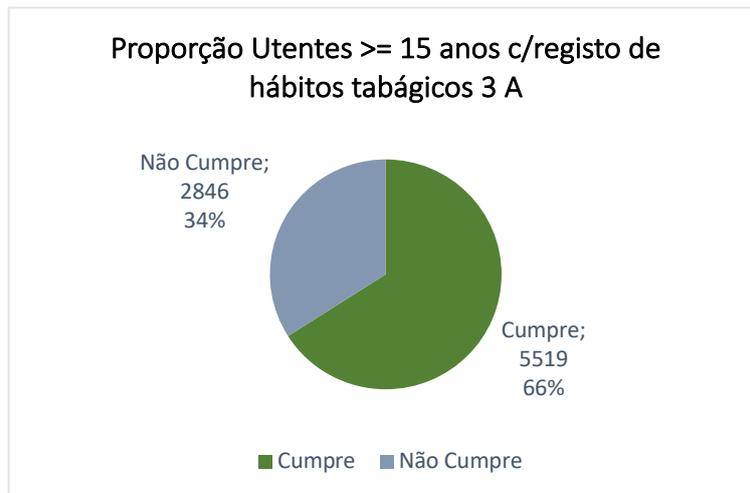


Gráfico 8 - Proporção Utentes >= 15 anos c/registo de hábitos tabágicos 3 A

No que concerne a este indicador obtém-se no primeiro trimestre do ano de 2022 uma percentagem de 66% de cumpridores, não se alcançando o mínimo esperado de 71%. Verifica-se através dos dados extraídos do MIM@UF Médico P03.01. L01. Consultas> Utente com o indicador e Enf P08.02.01. L01 contactos de Enf/Utentes que existiram 8 utentes que tiveram consulta no referido trimestre e não foi monitorizado os hábitos tabágicos.

2018.397.01 FL - Proporção de fumadores c/intervenção breve ou muito breve 1 A

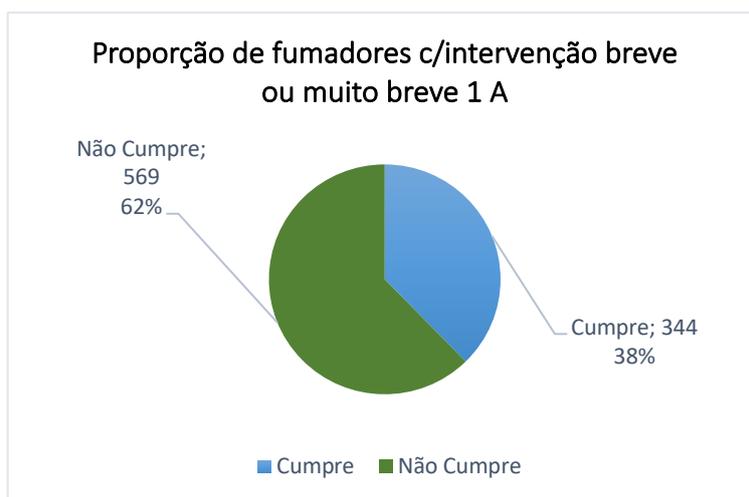


Gráfico 9 - Proporção de fumadores c/intervenção breve ou muito breve 1 A

Neste indicador observa-se uma percentagem de utentes cumpridores de 37,67% conseguindo-se obter o mínimo esperado de 22% e assim um Score de 2. Voltando a analisar os dados colhidos do MIM@UF Médico P03.01. L01. Consultas> Utente com o indicador e Enf P08.02.01. L01 contactos de Enf/Utentes, observa-se que 327 utentes tiveram consulta médica e não foi realizada a intervenção breve ou muito breve e 127 consulta de enfermagem onde também não se realizou a referida intervenção.

2018.398.01 FL – Proporção de grávidas fumadoras c/intervenção breve ou muito breve 1º T

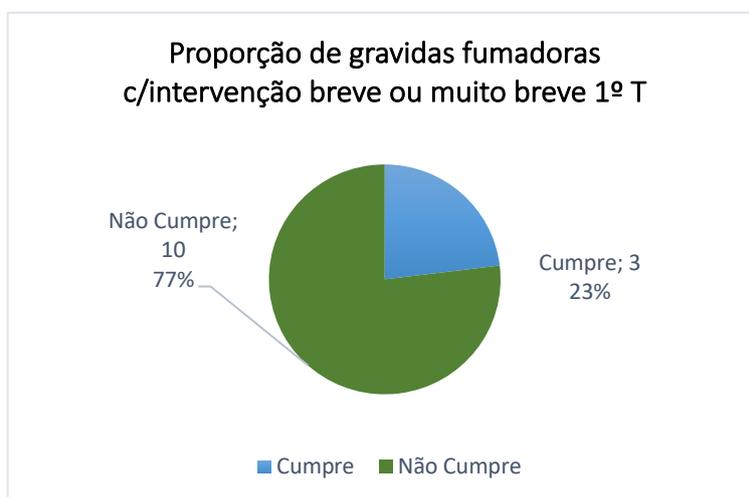


Gráfico 10 - Proporção de grávidas fumadoras c/intervenção breve ou muito breve 1º T

Observando os resultados deste indicador no primeiro semestre do ano de 2022, verifica-se que só em 3 grávidas foi realizada a intervenção breve ou muito breve no primeiro trimestre de gestação de um total de 13 grávidas com hábitos tabágicos. Neste

sentido não se consegue alcançar nem o mínimo aceite de 40% obtendo-se um score de 0. Analisando os registos destes utentes observa-se que na maior parte das situações a intervenção breve ou muito breve não é realizada no primeiro semestre da gravidez ou por vezes não foi preenchida na sua totalidade não sendo assim validada pelo sistema.

5.3 – Primeiras conclusões e medidas corretivas

As primeiras conclusões e propostas de medidas corretivas, foram apresentadas em reunião de conselho geral a 24 de junho de 2022.

Atendendo aos resultados obtidos e após reflexão e discussão sobre os mesmos bem como sobre as dificuldades sentidas na sua concretização, foram propostas as seguintes medidas corretivas a implementar:

Apresentação e reflexão sobre os resultados relativos á primeira fase da auditoria de forma a sensibilizar a equipa para a temática do tabagismo, impacto na saúde dos utentes e importância da realização de intervenções breves e muito breves bem como o melhoramento dos registos dessas intervenções;

Envio aos profissionais de documentos disponibilizados pela DGS de modo a dar apoio durante as consultas;

Identificar oportunisticamente todos os utentes fumadores que recorram a consulta presencial e realizar a intervenção breve ou muito breve;

Sensibilização logo na primeira consulta de Saúde Materna, nas grávidas com hábitos tabágicos a imediata realização da intervenção breve ou muito breve

5.4 – Reavaliação após medidas corretivas

Durante o decorrer dos meses de julho a novembro foram introduzidas as medidas previamente enumeradas. À data de reavaliação apenas estava disponíveis dados de setembro de 2022. Apresentamos de seguida um quadro com dados extraídos do BI-CSP com a evolução dos indicadores entre junho o último mês disponível na reavaliação é outubro de 2022.

Indicador/ Resultado do indicador por Mês	Junho 2022	Julho 2022	Agosto 2022	Setembro 2022	Outubro 2022	Score Out 22
2018.395.01FL – Proporção Utentes >= 15 anos c/registo de hábitos tabágicos 3 A;	67,92	68,81	69,66	70,06	70,42	1,928
2018.397.01 FL - Proporção de fumadores c/intervenção breve ou muito breve 1 A;	44,85	45,62	47,02	47,01	47,84	2
2018.398.01 FL – Proporção de grávidas fumadoras c/intervenção breve ou muito breve 1º T.	50	55,56	55,56	55,56	50	1

Quadro 5 - Resultados indicadores hábitos tabágicos ao longo dos meses

Quando comparamos o número efetivo de utente que cumprem o indicador no primeiro período avaliado (março) e o último (outubro) verificamos que há um aumento.

Indicador/ Numero de utentes cumpridores por Mês	março 2022	outubro 2022	Diferença nº utentes	Score março/22	Score out/22
2018.395.01FL – Proporção Utentes >= 15 anos c/registo de hábitos tabágicos 3 A;	5519	5960	+ 441	1,2	1,928
2018.397.01 FL - Proporção de fumadores c/intervenção breve ou muito breve 1 A;	237	465	+ 228	2	2
2018.398.01 FL – Proporção de grávidas fumadoras c/intervenção breve ou muito breve 1º T.	3	6	+ 3	0	1

Quadro 6 - Nº de utentes cumpridores ao longo dos meses

Pela análise dos dados recolhidos denota-se que não existiu uma grande melhoria em percentagem entre o mês de julho, antes da introdução das medidas corretivas e o mês

de outubro, após a introdução das referidas medidas. No entanto conseguimos subir o score dos indicadores desde o início do ano de forma significativa aumentando os utentes cumpridores em quase 50% em alguns indicadores.

O indicador 398 Proporção de grávidas fumadoras c/intervenção breve ou muito breve 1º T, sendo flutuante não permite uma avaliação real da melhoria face aos períodos auditados porque nos fornece dados muito distantes do real à data de novembro. Verificamos através do Sclinico que as grávidas fumadoras observadas em contexto de primeira consulta entre julho e outubro tinham registo de intervenção no primeiro trimestre, mas esta situação só se vai refletir nos indicadores dentro de alguns meses. De acordo com os padrões de qualidade definidos pela equipa considera-se que a melhoria tem qualidade de muito bom: aumentar o score dos três indicadores face à primeira avaliação.

6 – Conclusão

Anualmente a realização de auditorias no âmbito da contratualização interna do Plano de Atividades da Unidade Funcional tem permitido à equipa identificar oportunidade de melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos nossos utentes e no seu acesso aos nossos serviços.

Verificamos uma melhoria nas três auditorias realizadas embora haja ainda muito espaço para continuarmos a evoluir no sentido da promoção da qualidade.

Apêndice 3 – Relatório final equipa gestão segurança

INTRODUÇÃO

O principal objetivo desta equipa é a monitorização, auditoria e implantação de procedimentos que visem minimizar ou anular o risco para profissionais de saúde e utentes.

O presente relatório tem como objetivo apresentar, analisar e refletir sobre a segurança higiene no local de trabalho, no âmbito do profissional e utente.

- Resumo simulacro
- Plano segurança interna
- auditoria interna aos indicadores de monitorização da dimensão da Segurança dos Utentes. Código 2019.428.01
- Avaliação do mapa de risco
- Auditoria PAUF - identificação inequívoca do utente aquando da administração de terapêutica pelos enfermeiros.

APRESENTAÇÃO E ANALISE

Foi realizado simulacro incendio na USFQM a 21 de outubro que decorreu sem intercorrências. Antes do simulacro foi realizada uma reunião entre elementos da equipa da USF para apresentação do Plano do Operações do simulacro. Foram revistas as funções de cada elemento e esclarecido duvidas. Foi feita apresentação do plano ao vigilante que se encontrava nesse dia na USF visto que o vigilante habitual se encontrava de férias.

Foi realizado na hora de reunião para reduzir o número de utentes potencialmente presentes nas instalações visto que era apenas um simulacro definido para os profissionais.

Do relatório do simulacro verificou-se o seguinte:

Problemas identificados:

- Vigilante não conseguiu fazer corte de geral por avaria do mesmo

Propostas de melhorias:

- Pedido de manutenção do botão de corte geral e da central de deteção de incêndios.
- Solicitar num próximo simulacro o apoio dos Bombeiros Voluntários da Moita e realizá-lo num horário de funcionamento pleno da USF.

Foi promovida uma sensibilização dos profissionais para novo **Plano de Segurança Interna da USF** com a finalidade de sensibilizar os profissionais para a necessidade de conhecer e exercitar procedimentos de autoproteção a adotar em caso de emergência. Co-responsabilizar todos os profissionais no cumprimento das normas de segurança, preparar e organizar os meios humanos e materiais existentes, para garantir salvaguarda de pessoas e bens, em caso de ocorrência de uma situação perigosa.

Foi feito em janeiro uma **auditoria interna aos indicadores de monitorização da dimensão da Segurança dos Utentes. Código 2019.428.01**, associado ao plano nacional para a segurança dos utentes. Esta necessidade serviu para identificar os riscos e procurar minimizar os seus efeitos na unidade, validar a necessidade em implementar ações de seguimento/correção.

Oportunidades de melhoria identificadas:

- Implementar de Medidas destinadas à "prevenção de úlceras de pressão".
- Implementar Medidas destinadas à "prevenção de quedas".
- Incentivar os profissionais a realizarem formação nas áreas identificadas
- Sensibilizar a equipa médica para importância da reconciliação terapêutica e revisão da terapêutica crónica
- Planear formação dos profissionais da equipa de gestão de risco, na área da Segurança do utente.
- Sensibilizar a equipa para a importância de registo de todas as inconformidades ficarem registadas no caderno de ocorrências e no notificar todos os eventos adversos e erros.
- Discutir em reunião de equipa os procedimentos que levem ao maior risco de ocorrência de incidentes adversos, quer para o utente, quer para os profissionais.

O Mapa de Riscos anual foi elaborado em janeiro de 2022 e remete para a identificação dos riscos para a segurança de utentes e profissionais associados ao espaço físico das respetivas instalações.

O Mapa de Risco da USF Querer Mais identificam riscos para a segurança de utentes e profissionais associados ao espaço físico das respetivas instalações e fatores ambientais.

Áreas onde o risco se apresenta com probabilidade muito provável ou quase certo:

- Exposição risco físico e biológico:
- Problemas estruturais da Sala de Tratamento – Gabinete 13 e 14.
- Infiltrações graves com danos visíveis no teto e paredes.
- Chão molhado durante todos dias de chuva com necessidade de uso de vários baldes de recolha de água.
- Saída de água da chuva pelas calhas de iluminação e sistema de deteção de incêndio.
- Porta de saída de emergência danificada.
- Avaria da central de deteção de incêndios e detetores desligados.
- Em caso de necessidade de corte geral de energia o botão de ativação do mesmo não funciona.
- Vigilância regular de saúde dos profissionais não é realizada pelo ACES/ARSLVT.

A gestão de riscos para a segurança e saúde dos profissionais não é realizada pelo ACES/ARSLVT. Posturas de trabalho incorretas.

Exposição a agentes psicológicos - alterações constantes horários, necessidade de reorganização permanente do trabalho planeado e forma de funcionamento da USF/CVC/ADR/AC com elevado ritmo de trabalho Stress /Burnout e exaustão emocional, recurso frequente a uso de horas extraordinárias.

Riscos para o utente identificados no mapa de riscos:

Identificação da Fonte de Risco baseadas na evidencia	Riscos Associados	Nível de Risco	Medidas Corretivas	Responsabilidade

<p>Problemas estruturais da Sala de Tratamento – Gabinete 13 e 14.</p> <p>Infiltrações graves com danos visíveis no teto e paredes.</p> <p>Chão molhado durante todos dias de chuva com necessidade de uso de vários baldes de recolha de água.</p> <p>Saída de água chuva pelas calhas de iluminação e sistema deteção incêndio</p>	<p>Físico:</p> <p>Ameaça à segurança de pessoas e do Património.</p> <p>Risco de colapso teto</p> <p>Degradação de material.</p> <p>Risco de queda de utentes e profissionais</p> <p>Biológicos:</p> <p>Aparecimento de bolores e fungos</p> <p>Risco de Infeção agravado</p>	16	<p>Reparação das infiltrações</p> <p>Problema notificado</p>	<p>ARSLVT</p>
<p>Medidas de autoproteção definidas para a tipologia de risco da USF não são cumpridas</p>	<p>Físico:</p> <p>Ameaça à segurança de pessoas e do património.</p>	8		<p>ACES AR</p> <p>ARSLVT</p>
<p>Avaria da central de deteção de incêndios e detetores desligados</p>	<p>Físico:</p> <p>Ameaça à segurança de pessoas – utentes e profissionais</p>	15	<p>Solicitar avaliações e correção do problema</p>	<p>ACES AR</p> <p>ARSLVT</p>
<p>Em caso de necessidade de corte geral de energia o botão de ativação do mesmo não funciona</p>	<p>Físico:</p> <p>Ameaça à segurança de pessoas e património</p>	15	<p>Solicitar avaliações e correção do problema</p>	<p>ACES AR</p> <p>ARSLVT</p>
<p>Elevadores não cumprem normas em caso de incêndio – descer ao R/CH e abrir porta</p>	<p>Físico:</p> <p>Ameaça à segurança de pessoas</p>	4	<p>Solicitar avaliações e correção do problema</p>	<p>ACES AR</p> <p>ARSLVT</p>
<p>O elevador não permite o transporte de pessoas em maca</p>	<p>Físico:</p> <p>Ameaça à segurança de pessoas</p>	4	<p>Em caso de necessidade usar recursos alternativos de transporte pela escada</p>	
<p>WC de deficientes não cumpre as normas definidas – inexistência de barras de apoio.</p>	<p>Físico:</p> <p>Risco de quedas</p>	12	<p>Solicitar avaliações e correção do problema</p>	<p>ACES AR</p> <p>ARSLVT</p>
<p>Pedra da soleira da entrada principal danificada</p>	<p>Físico:</p> <p>Risco de quedas</p>	12	<p>Solicitar reparação</p>	<p>ACES AR</p> <p>ARSLVT</p>

Avarias constantes dos elevadores ficando a USF apenas com um elevador em funcionamento por longos períodos de tempos	Físico: Impossibilidade de deslocação de gabinetes específicos comprometendo acesso utentes cuidados	6	Utentes com mobilidade reduzida atendidos no R/ch Insistir na reparação	Profissionais da USF ACES AR ARSLVT
Períodos de tempo de funcionamento da USF sem profissionais da equipa de limpeza ou assistentes operacionais	Biológico: Risco de infeção Físico: Risco de queda	12	Realizar regularmente desinfeção dos espaços de trabalho/ superfícies usadas pelos utentes com solução álcool disponível em todos gabinetes Trocar de gabinete para garantir a segurança do utente sempre que o espaço apresente risco Colocar placa de identificação de superfície molhada/risco de queda assim que detetado o risco Atuar de acordo com o definido em procedimento próprio	
Avaria de torneiras e pedais de ativação torneiras em gabinetes de observação utentes	Biológico: Risco de infeção	9	Reparação solicitada. Aguarda resolução	ACES AR ARSLVT
O sistema de climatização do edifício não é sujeito a manutenção preventiva regular	Biológicos: problemas respiratórios provocados por agentes infecciosos.	12	Solicitar de 6/6 meses a manutenção	ACES AR ARSLVT
Erros de calibração de equipamento médico	Físicos e outros: Integridade física dos utentes e profissionais e erro decisão clinica	6	Solicitar a manutenção preventiva anual	ACES AR ARSLVT

Dos 13 riscos para a segurança do doente acima identificados foram corrigidos no ano de 2022 os seguintes:

Avaria da central de deteção de incêndios e detetores desligados

Pedra da soleira da entrada principal danificada

Períodos de tempo de funcionamento da USF sem profissionais da equipa de limpeza ou assistentes operacionais

O sistema de climatização do edifício não é sujeito a manutenção preventiva regular

Erros de calibração de equipamento médico

Estas correções representam 38,5% do total de riscos identificados.

Propostas de melhoria e medidas corretivas a implementar:

- Solicitar ao ACES uma avaliação formal do risco na USFQM para implantação de um procedimento de gestão de risco para profissionais adequado.
- Implementação de um procedimento de gestão de risco para os profissionais na USF,
- Reparação das infiltrações - Problema notificado desde 2019
- Garantir que é ajustada diariamente a altura da cadeira e a localização do monitor,
- Solicitar cadeiras novas e adequadas para os gabinetes em falta.
- Solicitar ao ACES formação nesta área de segurança e higiene no trabalho,
- Solicitar formação no uso de meios de extinção de fogo.
- Solicitar a implementação de um procedimento de vigilância regular da saúde os trabalhadores ao ACES AR
- Rever as escalas de ADR/ CVC/AC e nos ser fornecida de forma atempada pelas responsáveis de maneira a organizar os recursos humanos da unidade de forma a reduzir horas extraordinárias.
- Solicitar a correção dos pontos identificados no mapa de risco

É da responsabilidade da ARSLVT e ACES AR garantir:

- Realização de vistoria, inspeção e fiscalização (pedido a entidades competentes)
- Relatórios de anomalias e manutenção relacionadas com as instalações técnicas do estabelecimento:
- Instalações de energia elétrica.
- Relatórios de anomalias e manutenção relacionadas com os equipamentos e sistemas de segurança do estabelecimento:
- Manutenção Iluminação e sinalização de emergência;
- Manutenção Extintores;
- Manutenção Sistema Automático de Detecção de Incêndios;

Aos profissionais da USF QM cabe reportar as inconformidades detetadas pela realização de:

- Relatórios de vistoria semestral
- Registos dos relatórios de ocorrências,
- Relatórios das ações de sensibilização e formação
- Relatórios dos Simulacros

3-Conclusão

Embora esta áreas tenha sido alvo de melhoria por parte da equipa da USF consideramos que existem lacunas na implementação do novo Plano Nacional de Segurança de forma transversal de todos os intervenientes no caminho de uma cultura de segurança.

O utente deve ser sempre o foco dos nossos cuidados e os procedimentos de segurança devem ter como objetivo a minimização do risco a que os utentes estão expostos enquanto utilizadores dos nossos serviços.



Relatório 3/2022 Gestão de Risco

Elaborado em: 25 /novembro /2022 ; Apresentado em CG: 16/12/20222
Por: Ana Martins, Fernanda Rodrigues. Teófila Matos

Página < # > de < # >

É fundamental trabalhar em sintonia com os parceiros, reportar as inconformidades detetadas pelos profissionais da USFQM para que as mesmas sejam corrigidas e seja minimizado o risco.

A Vigilância regular de saúde dos profissionais que apresenta exaustão emocional pelo elevado ritmo de trabalho também deve ser uma prioridade.

 <p>voile da amora USF QUERER MAIS</p>	Relatório de Auditoria _ Segurança do Doente Identificação Inequivoca do utente aquando da administração de medicamentos por enfermeiros
Elaborado em: 13 setembro 2022 Auditores: Ana Martins, Teófila Matos, Fernanda Rodrigues	Documentos associados: Página 1 de 2

I. Objetivo

Auditoria à Identificação Inequivoca do utente aquando da administração de medicamentos por enfermeiros.

Assegurar a identificação inequívoca dos doentes de acordo com o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD)-2021-2026.

II. Âmbito

PAUF 2021 da USF Querer Mais

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD)-2021-2026

III. Pontos a auditar

- Se no momento prévio à administração da terapêutica é garantida a identificação inequívoca do utente de acordo com os procedimentos e norma aplicáveis.

IV. Metodologia

De acordo com a Orientação nº 018/2011 de 23/05/2011 – Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde consideram-se dados de identificação fidedigna do doente:

- O primeiro e último nome;
- A data de nascimento;
- O número único de processo clínico na instituição

Em todos os contactos com o doente, antes da realização de qualquer ato, é necessário confirmar a sua identidade com, pelo menos, dois dados inequívocos da sua identificação sendo da responsabilidade do pessoal envolvido na prestação dos cuidados de saúde confirmar que os presta à pessoa certa.

A metodologia a aplicar foi:

Foi realizada observação direta da abordagem ao utente pelos enfermeiros antes da administração de terapêutica de 10 momentos diferentes verificando se são utilizados dois critérios de identificação fidedigna.

Mod.F1.07.01

 <p>voile da amora USF QUERER MAIS</p>	Relatório de Auditoria _ Segurança do Doente Identificação Inequivoca do utente aquando da administração de medicamentos por enfermeiros
Elaborado em: 13 setembro 2022 Auditores: Ana Martins, Teófila Matos, Fernanda Rodrigues	Documentos associados: Página 2 de 2

IV. Resultado Obtido

Da análise dos dados de ambas as situações descritas, obtivemos a seguinte taxa de conformidade: 60%

Em todos os contactos observados foi garantida a identificação fidedigna de do utente através do nome. Em seis contactos identificados foi validada a data de nascimento.

Taxa de Conformidade global de 60%

V- Consideração finais e recomendações propostas

Verificou-se de todos os enfermeiros validam a identificação do utente através do nome. Apenas foram utilizados dois critérios de identificação inequívoca acordo com o definido no procedimento nos casos em que o utente era desconhecido do enfermeiro e se tratava de um primeiro contacto. Os restantes casos em que o utente era identificado pelo nome tratavam-se de utentes do próprio enfermeiro de família já conhecidos de diversas consultas e tratamento prévios.

O presente relatório de auditoria será apresentado e discutido em reunião de equipa, propondo-se a discussão sobre este tema de forma a incentivar os profissionais a cumprirem procedimentos de segurança do doente.

A auditoria decorreu sem incidentes.

Apêndice 4 – Relatório de Ocorrências e Não Conformidade em 2022



Relatório de Ocorrências e Não Conformidade em 2022

Elaborado em: 05/01/2023

Apresentado e aprovado em CG: 13/01/2023

Página 1 de 5

Por: Joana Coelho e Ana Martins

Ocorrências 2022

No ano de 2022 foram registadas 49 ocorrências, das quais 7 são não conformidades relacionadas com procedimentos ou regulamentos, de acordo com distribuído no quadro:

Tipo de Ocorrência	Número de ocorrências	Não conformidade
Procedimento Regulamento	11	7
Segurança e Higiene	7	0
Pedido de mudança de médico	6	0
Abastecimento de água	6	0
Sistema informático	5	0
Violência	4	0
Ausência não programada	1	0
Outro	9	0
Total	49	7

No ano 2022 os **episódios de agressão** diminuíram de frequência e de intensidade em relação aos três anos anteriores. Foram registadas 4 situações de agressão verbal, sem necessidade de intervenção da PSP.

Relativamente às **falhas do sistema informático** ocorreram com menos frequência do que no ano anterior, são reportadas aos SPMS e há registo da sua ocorrência em 5 dias do ano.

As falhas no **abastecimento de água** aumentaram relativamente a 2021, falha de Água por motivo de rotura de condutas de água e posterior conserto que motivou cancelamento de consultas.

Nas ocorrências repostadas no âmbito da **segurança e higiene** destacam-se as relacionadas com pragas, nomeadamente a presença de ratos e baratas nas instalações, que apesar das diversas intervenções da empresa de controlo de pragas tem sido difícil de solucionar.

Esta situação foi inclusive alvo de reclamação junto do executivo da União de Freguesias da Baixa da Benheira e Vale da Amoreira, que visitou a nossa unidade nesse período disponibilizando ajuda na sua resolução.

Os 6 **pedidos de mudança de médico** estão relacionados com situações de incompatibilidade entre o utente e o seu MF estando um deles relacionado com situação de violência contra os profissionais de saúde da USF.

No que concerne às ocorrências relacionadas com os procedimentos, descrevemos abaixo aquelas que constituem não conformidades.

Verificamos que não há o habito de registo de ocorrência de ausências não programadas sendo uma não conformidade ao procedimento definido.



Relatório de Ocorrências e Não Conformidade em 2022

Elaborado em: 05/01/2023

Apresentado e aprovado em CG: 13/01/2023

Página 2 de 5

Por: Joana Coelho e Ana Martins

O reporte do erro é muito importante no processo de melhoria contínua dos cuidados prestados e é um tema em desenvolvimento na equipa da USF QM, sendo cada vez mais olhado de forma construtiva e como meio de aperfeiçoar o trabalho desenvolvido. Todas as ocorrências foram analisadas em reunião multidisciplinar ou de conselho geral e foram realizadas diligências e implementadas medidas preventivas e correctivas.

Resumo das Não Conformidades:

De acordo com o procedimento de não conformidade aplicado na USFQM podemos ter: conformidades identificadas pelos profissionais e não conformidades identificadas pelos utentes.

Em 2022 há a repostar uma não conformidade reportada pelo utente em livro de reclamação. Embora não tenham sido consideradas não conformidade pelo Gabinete do Cidadão do ACES, a equipa de gestão de não conformidade da USF considerou que a reclamação abaixo descrita constitui uma não conformidade aos procedimentos da USF:

Tipologia de Ocorrência	Data Ocorrência	Identificação Ocorrência	Descrição	Data discussão em reunião CG	Diligências	Propostas de melhorias	Melhorias implementadas
Reclamação	21/07/2022	Reclamação	Filha da utente reclamou porque o tempo de resposta de um exame que ficou para ver foi muito longo.	26/08/2022	O secretariado clínico recebeu o MCDT no dia 15/06/2022, feito RAC para o médico que inter substituiu o MF que não avaliou o exame em tempo útil e de acordo com os procedimentos definidos.	Os SC passem a agendada consulta do próprio dia quando o utente refere alterações nos MCDT'S. Os SC devem ser cordiais e corretos nas respostas aos utentes.	Agendamento de CA/CIS sempre que utente refere que o laboratório informou que tinha alterações nos resultados dos MCDT's.

No presente ano há a considerar 7 não conformidade aos procedimentos identificadas pelos profissionais da USF tendo todas sido alvo de reflexão e aprovação de medidas de melhoria em sede de Conselho Geral de acordo com o quadro abaixo apresentado.

 Relatório de Ocorrências e Não Conformidade em 2022
Elaborado em: 05/01/2023 Apresentado e aprovado em CG: 13/01/2023 Página 1 de 5
Por: Joana Coelho e Ana Martins

Tipologia de Ocorrência	Data Ocorrência	Identificação Ocorrência	Descrição	Data discussão em reunião CG	Diligencias	Propostas de melhorias	Melhorias implementadas
Procedimentos/ regulamento	09/02/2022	Chave do terraço	Tive conhecimento pelo segurança Nuno que os técnicos do SUCH, que estiveram a fazer manutenção ao ar condicionado (pedido pela UCC/URAP D. Rosa), quando saíram do edifício levaram a chave do terraço. Os técnicos deixaram o terraço com lixo.	01/04/2022	A S.C. Rosa enviou mail ao serviço de aprovisionamento a informar desta situação e de outras que se passaram. Em resposta ao mail enviado da qual a USF tem conhecimento a resposta dada pelo SUCH, foi que a chave tinha sido entregue ao segurança no mesmo dia às 12h30. O segurança a essa hora estava almoçar. Na entrada da usf á 12h30 estava a A.O. Fatima que diz não ter recebido a chave. Os técnicos deixaram o terraço com lixo, foram tiradas fotos e enviadas por mail ao aprovisionamento. O aprovisionamento contactou a SUCH e informou a ocorrências. Solicitada um copia de reserva da chave.	Sempre que houver lugar a intervenção de técnicos externos à USF, antes da saída do mesmo o vigilante ou quem os acompanha deve garantir as condições espaço/equipamento conforme definido em procedimento de acesso a pessoas estranhas à USF. Não fornecer chaves da USF a técnicos externos à unidade. (discutidas reunião de 25/02/2022)	Não fornecer chaves do chaveiro ao técnicos externo à USF. Rever em reunião o procedimento de acesso a pessoas estranhas à USF. (CG 01/04/2022)
Procedimentos/ regulamento	21/02/2022	Erro na identificação de utente	No dia 01.02.2022 foi efetivada, depois de já ter sido marcada, consulta presencial para utente mal identificada – nomes próprios iguais. A situação foi identificada à chamada para a consulta por o apelido ser diferente.	25/01/2022 e 01/04/2022	Foi alertado o SC para o erro de identificação. Discutida em reunião 25/01/2022.	Garantir o cumprimento do procedimento de identificação inequívoca do utente.	Monitorização e auditoria do procedimento de identificação inequívoca do utente. (CG 01/04/2022)

Mod.FI.05.01

 Relatório de Ocorrências e Não Conformidade em 2022
Elaborado em: 05/01/2023 Apresentado e aprovado em CG: 13/01/2023 Página 2 de 5
Por: Joana Coelho e Ana Martins

Tipologia de Ocorrência	Data Ocorrência	Identificação Ocorrência	Descrição	Data discussão em reunião CG	Diligencias	Propostas de melhorias	Melhorias implementadas
Procedimentos/ regulamento	14/03/2022	2 utentes que estavam na sala de espera e não estavam efectivadas	No dia 14/03/2022 as utentes que estavam marcadas as 17.30h e 17.50h chegaram 1h antes da consulta pelo que não conseguiram efetivar consulta na máquina, no entanto quando chegou perto da hora de consulta não foram efetivadas: uma delas nem sequer tinha tirado senha e outra foi avisada para tirar senha mas não foi. Tive que ver as senhoras as 18.30h, tendo saído depois da minha hora estipulada de saída devido ao sucedido.	01/04/2022	Alertar o vigilante para reforçar o ensino sobre a utilização do kioque. discutido em reunião estratégias no secretariado para evitar estas situações. Não é fácil quando há muita afluência garantir os rase os utentes ficarem sentados na sala.	Reposicionado o documento afixado sobre o uso do kioque. Sensibilizado o vigilante para apoiar no uso do kioque Reforçar ensino uso kioque no secretária e em contexto de consulta.	Reposicionado o documento afixado sobre o uso do kioque. Sensibilizado o vigilante para apoiar no uso do kioque Reforçar ensino uso kioque no secretária e em contexto de consulta.
Procedimentos/ regulamento	29/03/2022	Ampola de lidocaina	Foi encontrada ampola de Lidocaina aberta e selada com adesivo na sala de S mulher	01/04/2022	A ampola foi inutilizada.	Inutilizar ampolas após a sua utilização.	Discussão do caso em reunião e revistos os procedimentos relacionados com a gestão da medicação.

Mod.FI.05.01



Relatório de Ocorrências e Não Conformidade em 2022

Elaborado em: 05/01/2023

Apresentado e aprovado em CG: 13/01/2023

Página 3 de 5

Por: Joana Coelho e Ana Martins

Tipologia de Ocorrência	Data Ocorrência	Identificação Ocorrência	Descrição	Data discussão em reunião CG	Diligencias	Propostas de melhorias	Melhorias implementadas
Procedimentos/ regulamento	23/05/2022	Erro circuito medição carro urgência	Por erro na elaboração da folha de validades para verificação do carro de urgência no mês de abril não foi pedido NTG SL que se encontrava a terminar a validade em abril de 2022. Na folha tinha registados validade 6/2022.	24/06/2022	foi solicitado NTG SL assim que detetado o erro. informados todos os profissionais da falta de NTG SL	Validação das datas por dois enfermeiros	Validação de todas as todas de validade sempre que é aberto o carro para reposição ou auditoria. Validação datas por mais do que um profissional.
Procedimentos/ regulamento	23-05-2022	Incidente critico	foi verificado, numa segunda consulta, que uma gravida de 18 semanas não tinha suplementação de acido fólico prescrita.	24/06/2022	verificou-se que o médico que fez a primeira consulta à utente não prescreveu suplementação conforme definido no manual de boas praticas foi prescrito assim que detetado.	Garantir o cumprimento das boas praticas em saúde materna.	Discussão da situação em reunião de CG. Discutido o procedimento da consulta de saúde materna e manual de boas praticas.
Procedimentos/ regulamento	31-05-2022	Falha procedimento	Verificou-se a inscrição de um novo utente sem que tenha sido solicitado o e-mail para registo em RNU e entregue o guia do utente	24/06/2022	Pedido o registo do correio eletrónico Entregue guia do utente pelo enfermeiro	Sensibilizados os SC para a necessidade de atualização de todos os dados dos utentes e entrega do guia do utente na data de inscrição na USF.	Em discussão reunião da necessidade de atualização de todos os dados dos utentes e entrega do guia do utente na data de inscrição na USF.

Apêndice 5 – Resumo Reuniões

Dia	Tipo Reunião	OBSERVAÇÃO
Janeiro		
7	Reunião equipas Família	
14	Reunião equipa multidisciplinar	<i>informações processo disciplinar em curso da interna rastreio simma</i>
21 (14h-15h)	Reunião Grupos Profissionais	
21 (15h-16h)	Reunião equipa multidisciplinar	
28 (14h-16h)	Reunião de Conselho Geral	
FEVEREIRO		
4 (14h-16h)	Reunião equipas Família	
11 (14h-16h)	Reunião grupos profissionais	
18 (14h-15h)	<i>Formação</i>	<i>Comunicação Transetorial Dr. Ricardo Fragoas</i>
25 (14h-16h)	Reunião equipa multidisciplinar	
Março		
4 (14h-15h)	Reunião equipas Família	
4 (15h-16h)	Reunião URAP - FT	
11 (14h-15h)	Reunião equipa multidisciplinar	
18 (14h-15h)	Reunião UCC	
25 (14h-16h)	Reunião equipa multidisciplinar	
Abril		
1 (14h-15h)	Reunião URAP – Psiq. + HO	
1 (15h-16h)	Reunião de Conselho Geral	
8 (14h-15h)	<i>Formação</i>	Formação – ética e código deontológico
8 (15h-16h)	Reunião grupos profissionais	
15	6ª feira santa	
22 (14h-16h)	Reunião equipa multidisciplinar	
29 (14h-16h)	Reunião de Conselho Geral	
Mai		
6 (14h-16h)	Reunião equipa multidisciplinar	
13 (15h-16h)	Reunião grupos profissionais	
20 (14h-15h)	Reunião UC	
20 (15h-16h)	<i>Formação</i>	Formação gestão feridas crónicas – limpeza e desinfeção (enf. Ana Nunes e enf. Ana Martins) Form. Med. – Dra. Angelica – Canal cárpico? Form. SC – Gestão de processos administrativos - adiado por greve
27 (14h-16h)	Formação genital feminina - Moita	Mutilação Formação do ACES - Médicos e enfermeiros
Junho		

3 (14h-15h)	Formação -	Formação higiene das mãos e PBCI Enf. Rute Moreira
3 (15h-16h)	Reunião equipas Família	
10 (14h-16h)	Feriado – Dia de Portugal	
17 (14h-16h)	Formação -	Formação – Gestão de risco e incidentes, gestão do erro e segurança doente. Controle de infeção - lixos (enf. Ana Martins +Joana Coelho + Cristina Costa)
24 (14h-16h)	Reunião de Conselho Geral	
Julho		
1 (14h-16h)	Formação - <i>ADIADA POR GREVE</i>	Formação literacia em saúde (formação ext.)
8 (14h-15h)	Reunião grupos profissionais	
8(15h-16h)	Reunião equipas Família	
15 (14h-16h)	Formação -	Melhoria contínua da qualidade/Governança clínica (Dra. Joana Coelho e Enf. Ana Martins)
22 (14h-15h)	Reunião UCC	
29 (14h-16h)	Reunião equipa multidisciplinar	
AGOSTO		
5 (14h-15h)	Reunião equipas Família	
12 (14h-15h)	Formação	Formação - Dr. Vera – PREP (profilaxia HIV)
12(15h-16h)	Formação	Formação - Gestão do doente com tuberculose Dra. Teófila, Enf. Ana Alpalhão e SC Fernanda Rodrigues
19(14h-15h)	Reunião grupos profissionais	
19 (15h-16h)	Formação	Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar - implementar e registar (ana martins)
26 (14h-16h)	Reunião de Conselho Geral	
SETEMBRO		
2 (14h-16h)	Reunião equipas Família	
9 (14h-16h)	Sessão clínica	Abordagem da violência doméstica nos cuidados de saúde primários Dra. Joana Oliveira e auditorias
16 (14h-16h)	Reunião equipa multidisciplinar	
23 (14h-16h)	Reunião UC	
30 (14h-16h)	Reunião de Conselho Geral	
Outubro		
7 (14h-16h)	Reunião equipas Família	
14 (14h-16h)	Formação	Formação - Diversificação alimentar 1 ano de vida
21 (14h-16h)	Reunião equipa multidisciplinar	

28 (14h-16h)	SUMULACRO ANUAL	
novembro		
4 (14h-16h)	Reunião grupos profissionais	
11 (14h-16h)	<i>Formação</i>	Antibióterápia - Normas e ferramentas de apoio à decisão (Dra. Tânia) Gestão de doença crônica - Diabetes e risco cardiovascular (Dra. Joana Torre e Dr. Ricardo)
18 (14h-16h)	Reunião UC - ADIADA POR GREVE	
25 (14h-16h)	Reunião de Conselho Geral	
Dezembro		
2 (14h-16h)	Reunião equipas Família	
9 (14h-15h)	Reunião equipa multidisciplinar	
16 (14h-15h)	Reunião de Conselho Geral	
23 (15h-16h)	Tolerancia	
30	Tolerancia	

Apêndice 6 – Relatório Sugestões



Relatório Anual de Sugestões

Elaborado em: 10 dezembro de 2022 Discutido e aprovado em CG: 16/12/2022

Página 1 de 1

Por: Ana Martins, Ivone Fernandes, Tânia Tavares

Relatório de sugestões 2022

Ao longo do ano 2022, foram efetuadas duas sugestões em formulário destinado a tal efeito. O formulário de sugestão não apresentava data nem identificação do utente. Foi recolhido na verificação mensal da caixa de sugestões no mês de setembro tendo sido discutida em CG a 30/09/2022.

Foi sugerida a colocação de uma cadeira na secretária da entrada da USF. A cadeira foi colocada conforme sugerido, o que facilita o preenchimento de formulários por parte dos utentes, sempre que necessário.

A segunda sugestão, data de outubro de 2022 e refere-se a uma situação particular de um utente em específico, não tendo por isso sido considerada nem descrita neste relatório. No questionário de avaliação foram efetuadas algumas sugestões que iremos discriminar em seguida.

Dois utentes referiram que a porta da entrada da USF deveria ser substituída, pois não é prática e é pesada sobretudo para os utentes com mobilidade reduzida ou que se deslocam com carrinhos de bebé. Iremos fazer o pedido ao ACES para que a porta seja substituída por uma que facilite o acesso à USF.

Outra sugestão foi para ser enviada SMS para lembrar a hora e data das consultas, iremos fazer pedido ao SPMS visto que já existem unidades com esta funcionalidade.

Um utente sugeriu que a temperatura da sala de espera deveria ser mais amena para reduzir a diferença térmica relativamente à temperatura exterior. Iremos proceder à regulação da temperatura do ar condicionado.

Foi ainda sugerida a promoção da comunicação mais fácil entre o utente e o médico de família/enfermeiro de família. Iremos reforçar a divulgação da possibilidade de realização de teleconsultas e comunicação via e-mail com a equipa de família.

Apêndice 7 – Relatório Reclamações



Relatório de Reclamações 2022

Elaborado em: 3 janeiro 2023

Apresentado e aprovado em CG: 13/01/2023

Página 1 de 3

Por: Joana Coelho

Avaliação das Reclamações

Na USF QM trabalhamos todos os dias para garantir cuidados de saúde de qualidade aos nossos utentes. Somos empenhados na melhoria dos procedimentos com intuito de conceder uma experiência de cuidados agradável e eficiente, preferencialmente isenta de eventos motivadores de reclamação.

Todas as reclamações são motivo de reflexão acerca da nossa prática. Acrescentam valor à nossa visão crítica do trabalho que desenvolvemos. Esforçamo-nos por avaliar, de forma empática, a vivência do utente que contacta connosco, permitindo acrescentar propostas de melhoria.

Durante a ano de 2022 na USF QM recebemos 16 reclamações, 11 no livro de reclamações, 2 por e-mail e 3 no site da ERS. Relativamente ao ano anterior aumentou o número de reclamações (de 11 para 16).

Na maioria das situações as reclamações estão relacionadas com a incapacidade de dar resposta de encontro à expectativa do utente. Não é possível dar resposta a todas as situações no próprio dia e por questão de limite de recursos e necessidade de manter equidade e justiça na prestação de cuidados a resposta é priorizada de acordo com a necessidade em saúde/doença.

O facto de no início do ano de 2022 não estarmos autorizados a observar doença respiratória na USF e os utentes terem que se deslocar a Coima para serem observados no ADR C, foi motivo de descontentamento por parte dos utentes e deu lugar a 4 reclamações, no início do ano de 2022.

Apresentamos um quadro resumo do tipo de reclamações na USF QM durante o ano de 2022, que exploramos de seguida:

Tipo de Reclamação	Nº de Reclamações
Acesso a cuidados de saúde	11
Procedimentos administrativos	3
Comunicação com o utente	2



Relatório de Reclamações 2022

Elaborado em: 3 janeiro 2023

Apresentado e aprovado em CG: 13/01/2023

Página 2 de 3

Por: Joana Coelho

Acesso a cuidados de saúde

- 4 reclamações por utentes com queixas respiratórias não poderem ser observados na USF QM,
- 1 por desmarcação de consultas sem aviso da mesma,
- 1 por não estar disponível para administração atempada, a vacina de Rotateq, em utente com critérios para vacinação gratuita,
- 2 reclamações por dificuldade de acesso telefónico;
- 1 reclamação por ter sido excedido o tempo de resposta a avaliação de MCDTs;
- 1 por impossibilidade de contacto telefónico com o médico no próprio dia
- 1 por não ter tido consulta presencial por falta de máscara

Procedimentos administrativos

- 1 reclamação devido ao facto de não ter sido possível entregar receituário a terceira pessoa, sem apresentação do documento de identificação do utente;
- 1 reclamação por não ter sido possível fazer pedido de isenção de taxas moderadoras na USF QM;
- 1 reclamação por falta de aviso por desmarcação de consulta

Comunicação com o utente

- 1 reclamação devido ao facto de a utente não ter gostado da forma como foi abordada pelo MF numa situação de atraso para consulta
- 1 reclamação por não terem esclarecidos todos os detalhes acerca de pedido de agendamento, gerando-se mal-entendido.

Todas as reclamações foram discutidas em reunião de equipa, sendo ouvidos os profissionais envolvidos e as propostas de melhorias foram aprovada em reunião de Conselho Gera contando da respetiva Ata.

Da análise das exposições do ano de 2022 surgiram várias propostas de melhoria: Clarificação de normas da DGS e procedimentos da USF QM junto dos utentes, sensibilizando para



Relatório de Reclamações 2022

Elaborado em: 3 janeiro 2023

Apresentado e aprovado em CG: 13/01/2023

Página 3 de 3

Por: Joana Coelho

importância de cumprimento das mesmas, reforço do atendimento telefónico no secretariado clínico, melhoria de procedimentos, fornecimento de máscaras aos utentes com consultas agendadas permitindo que tenham acesso à consulta na hora marcada

Mantemos o esforço de criar estratégias para melhorar a comunicação com os utentes, tentando transmitir informações em unísono. Empenhamo-nos no aumento da literacia em saúde. Temos insistido na divulgação do Guia do utente e da clarificação dos conceitos que nele constam. Apesar de termos tido formação com treino de algumas técnicas de comunicação, sentimos que a formação na área da gestão de conflitos e comunicação com o utente deve ser um dos pontos a manter ao longo do tempo, para treino e aperfeiçoamento destas técnicas.