

DOMINGOS ANTÓNIO DIONÍSIO RICO LIMPO PRATA

**QUALIDADE ORGANIZACIONAL EM CUIDADOS DE
SAÚDE PRIMÁRIOS –
ESTUDO DE CASO DE UMA UNIDADE DE SAÚDE
FAMILIAR**



Universidade do Algarve

Relatório de Estágio

2020

DOMINGOS ANTÓNIO DIONÍSIO RICO LIMPO PRATA

**QUALIDADE ORGANIZACIONAL EM CUIDADOS DE
SAÚDE PRIMÁRIOS –
ESTUDO DE CASO DE UMA UNIDADE DE SAÚDE
FAMILIAR**

Relatório de Estágio para a obtenção de grau
Mestre em Gestão de Unidades de Saúde

Trabalho efetuado sob a orientação de:
Professora Doutora Carla Alexandra E. Filipe Amado
Doutor Filipe Morais de Figueiredo



Universidade do Algarve

Relatório de Estágio

2020

Copyright

QUALIDADE ORGANIZACIONAL EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – ESTUDO DE CASO DE UMA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

Declaro ser o autor deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.

Domingos António Dionísio Rico Limpo Prata

© *Copyright* de Domingos António Dionísio Rico Limpo Prata:

“A Universidade do Algarve reserva para si o direito, em conformidade com o disposto no Código do Direito de Autor e dos Direitos Conexos, de arquivar, reproduzir e publicar a obra, independentemente do meio utilizado, bem como de a divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição para fins meramente educacionais ou de investigação e não comerciais, conquanto seja dado o devido crédito ao autor e editor respetivos”.

Agradecimentos

Inicialmente, quero agradecer à minha Orientadora de Estágio, Professora Doutora Carla Amado pela atenção e paciência que teve comigo e por tudo o que me transmitiu durante estes meses.

Este estágio não seria possível sem os ensinamentos que o meu Supervisor de Estágio, Doutor Filipe Figueiredo, me transmitiu e pela forma como me acompanhou durante esta aventura nos Cuidados de Saúde Primários.

Porque sem a minha Orientadora e sem o meu Supervisor de Estágio este estágio não se teria realizado de uma forma tão satisfatória, assim, foi possível alargar os meus horizontes e complementar a aprendizagem adquirida no primeiro ano de mestrado. Quero deixar o meu agradecimento por estarem sempre disponíveis, mesmo em pleno o estado de emergência.

Gostaria de agradecer à Administração Regional de Saúde do Algarve, IP pela oportunidade da realização deste estágio.

Este estágio também não seria concretizável se não fosse nas instalações do Agrupamento de Centros de Saúde Algarve I – Central, no qual quero deixar um especial agradecimento à Diretora Executiva deste ACeS, Dr.^a Sílvia Cabrita, pela forma como me acolheu no seu ACeS.

Quero também deixar o meu agradecimento a todos os profissionais da Unidade de Saúde Familiar Golfinho pela disponibilidade e pela forma que colaboraram neste estágio, com um especial agradecimento à Coordenadora desta Unidade, Dr.^a Ofélia da Ponte.

Também gostaria de deixar o meu agradecimento a três pessoas que foram fundamentais neste estágio, que me acompanharam durante muitos dias e que me ensinaram muito, o meu muito obrigado à Enf.^a Lília Reis, à Enf.^a Carla Cunha e ao Enf.^o Óscar Silva.

Deixo ainda o meu agradecimento, à Dr.^a Sónia Simão (UAG), à Enf.^a Inês Lourenço (USF Ossónoba), à Dr.^a Paula Gregório (USP) e ao Dr. Igor Glória (USF Farol), pela forma que me ajudaram a compreender determinados critérios da Grelha DiOr-CSP.

Numa fase inicial, ainda muito antes deste estágio existir quero deixar aqui o meu agradecimento ao Professor Doutor Luís Coelho pela disponibilidade e indicações que me transmitiu.

Quero ainda agradecer à minha família, Mãe, Pai, Irmão, Avó Materna, Avó Paterna, Tia Isabel, Tia Maria Antónia por acreditarem sempre em mim e pelo apoio que sempre me apoiaram

Agradeço ainda aos meus primos, César Rico, Vanessa Madeira, Francisco Rico e Áurea Rico pela forma que me ajudaram e acolheram.

Por fim, agradeço aos meus amigos que me ajudaram nesta etapa, Inês Limpo, Miguel Condeça, José Ramos e Pedro Conceição.

Resumo

A avaliação da qualidade nos Cuidados de Saúde Primários tem vindo a ganhar destaque ultimamente. Em Portugal, a organização atual do Sistema Nacional de Saúde incorpora vários tipos de Unidades Funcionais. As Unidades de Saúde Familiares (USF) são Unidades Funcionais multiprofissionais que prestam Cuidados de Saúde Primários a uma lista de utentes, podendo funcionar como modelo A ou modelo B, consoante o seu nível de desenvolvimento.

Em 2018, surgiu um novo instrumento obrigatório de avaliação da qualidade nos Cuidados de Saúde Primários, a nova Grelha Diagnóstico de Desenvolvimento Organizacional nos Cuidados de Saúde Primários (Grelha DiOr-CSP). Esta grelha é composta por critérios relacionados com três tipos de processos (Gestão, Assistenciais e Suporte). Para além desta grelha, a avaliação dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal é feita através do Índice de Desempenho Global (IDG). O IDG que permite avaliar as USF e é composto por cinco áreas (Desempenho Assistencial; Serviços; Qualidade Organizacional; Formação; e Atividade Científica). Considerando que não existe discussão sobre a Grelha DiOr-CSP na literatura, entendeu-se como relevante compreender o impacto que esta terá na qualidade organizacional de uma USF bem como a sua relação com o IDG. Estes dois instrumentos permitem avaliar uma USF para transitar de modelo A para modelo B.

O objetivo deste estágio foi de explorar a aplicação da Grelha DiOr-CSP para avaliar a qualidade organizacional de uma USF modelo A. Desta forma, entendeu-se necessário analisar os critérios das três temáticas da Grelha DiOr-CSP, com o intuito de detetar oportunidades de melhoria, avaliar o desempenho da USF antes e após auditorias internas com recurso à Grelha DiOr-CSP e analisar se uma possível melhoria no cumprimento dos critérios da Grelha DiOr-CSP irá beneficiar o IDG da USF em causa.

Por forma a atingir o objetivo proposto, durante a realização do estágio ocorreu o acompanhamento de uma USF modelo A do Agrupamento de Centros de Saúde Algarve I – Central, e foram utilizados a Grelha DiOr-CSP e o IDG. Por um lado, a Grelha DiOr-CSP foi avaliada no início do estágio (outubro de 2019) e no fim do estágio (março 2020) e, por outro lado, o IDG foi avaliado com os dados referentes aos meses de outubro, novembro e dezembro de 2019.

Após a realização do estágio, foi possível verificar uma melhoria da qualidade avaliada com base na Grelha DiOr-CSP (cumprimento de 26,92% para 46,92%) e também

existiu uma melhoria no IDG (de 64,90% para 76,70%). A melhoria do IDG não foi provocada pelos critérios da Grelha DiOr-CSP que estão diretamente relacionados com os indicadores com impacto no IDG. Na generalidade, a melhoria do IDG foi justificada pelo cumprimento de atividades integradas no Relatório de Atividades da Unidade Funcional, tendo-se verificado uma melhoria significativa em três das quatro áreas contratualizadas para 2019.

Embora se tenha verificado uma melhoria em ambos os instrumentos, na data de conclusão do estágio a USF ainda não reunia os requisitos necessários para transitar de modelo A para modelo B. Não obstante, o trabalho realizado durante este estágio foi considerado útil do ponto de vista da aprendizagem que gerou para os profissionais de saúde desta USF e para o aluno.

PALAVRAS-CHAVE: Grelha DiOr-CSP, IDG, USF, Cuidados de Saúde Primários, Avaliação, Qualidade

Abstract

The evaluation of quality in Primary Health Care has been gaining attention lately. In Portugal, the current organization of the National Health System incorporates several types of Functional Units. Family Health Units (*USF*) are multi-professional Functional Units that provide Primary Health Care to a list of patients, and can function as model A or model B, depending on their level of development.

In 2018, a new mandatory instrument for quality evaluation in Primary Health Care emerged in Portugal, the new Diagnostic Grid for Organizational Development in Primary Health Care (*Grelha DiOr-CSP*). This grid is composed of criteria related to three types of processes (Management; Assistentials and Support). Besides this grid, the evaluation of Primary Health Care in Portugal is done through the Global Performance Index (*IDG*). The *IDG* that allows to evaluate the *USF* and is composed of five areas (Assistential Performance; Services; Organizational Quality; Training; and Scientific Activity). Considering that there is no discussion about the *Grelha DiOr-CSP* in the literature, it was considered relevant to understand the impact it will have on the organizational quality of a *USF*, as well as its relationship with the *IDG*. These two instruments allow us to evaluate a *USF* to transit from model A to model B.

The objective of this internship was to explore the application of the *Grelha DiOr-CSP* to evaluate the organizational quality of a *USF* model A. Thus, it was considered necessary to analyze the criteria of the three themes of the *Grelha DiOr-CSP* in order to detect opportunities for improvement, to evaluate the performance of the *USF* before and after internal audits using the *Grelha DiOr-CSP* and to analyze whether a possible improvement in meeting the criteria of the *Grelha DiOr-CSP* will benefit the *IDG* of the *USF* concerned.

To achieve the proposed objective during the internship, a *USF* model A from of the Health Centers Grouping Algarve I – Central was followed, and the *Grelha DiOr-CSP* and *IDG* were used. On one hand, the *Grelha DiOr-CSP* was evaluated at the beginning of the internship (October 2019) and at the end of the internship (March 2020) and, on the other hand, the *IDG* was evaluated with the data for the months of October, November and December 2019.

After the internship, it was possible to verify an improvement in quality evaluated based on the *Grelha DiOr-CSP* (compliance of 26.92% to 46.92%) and there was also an improvement in the *IDG* (from 64.90% to 76.70%). The improvement in the *IDG* was not

caused by the criteria of the *Grelha DiOr-CSP* that are directly related to the indicators with impact on the *IDG*. In general, the improvement in *IDG* was justified by the fulfillment of activities integrated in the Functional Unit Activity Report, and there was a significant improvement in three of the four areas contracted for 2019.

Although there has been an improvement in both instruments, at the end of the internship, the USF still did not meet the necessary requirements to transition from model A to model B. Nevertheless, the work carried out during this internship was considered useful since it provided new skills and competences to all health professionals of this USF and to the student.

KEY WORDS: Grelha DiOr-CSP, IDG, USF, Primary Health Care, Evaluation, Quality

Índice Geral

<i>Copyright</i>	iii
Agradecimentos	iv
Resumo.....	v
<i>Abstract</i>	vii
Índice Geral.....	ix
Índice de Figuras	xii
Índice de Gráficos	xiii
Índice de Tabelas	xiv
Lista de Abreviaturas, Acrónimos e Siglas	xvi
1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1 Motivação	2
1.2 Objetivos.....	3
1.3 Estrutura do Relatório de Estágio.....	4
2. ENTIDADE ACOLHEDORA.....	5
2.1 Administração Regional de Saúde do Algarve, IP.....	5
2.2 Agrupamento de Centros de Saúde Algarve I - Central	6
2.3 Unidade de Saúde Familiar Golfinho	8
3. REVISÃO DA LITERATURA	9
3.1 Cuidados de Saúde Primários	9
3.2 Qualidade	10
3.3 Qualidade em Saúde.....	11
3.4 Avaliação da Qualidade em Saúde	13
3.5 Avaliação da Qualidade dos Cuidados de Saúde Primários.....	15
3.6 Avaliação da Qualidade nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal	20
3.6.1 Equipa Regional de Apoio e Acompanhamento	21

3.6.2 Auditoria	22
3.6.3 Grelha de Diagnóstico de Desenvolvimento Organizacional nos Cuidados de Saúde Primários	24
3.6.4 Índice de Desempenho Global	25
4. ESTÁGIO	36
4.1 Etapas do Estágio	37
4.2 Atividades realizadas no Agrupamento de Centros de Saúde Algarve I – Central	39
4.3 Atividades realizadas na Unidade de Saúde Familiar Golfinho	41
4.4 Avaliação inicial da Grelha DiOr-CSP	42
4.5 Reavaliação da Grelha DiOr-CSP	43
4.6 Balanço da Grelha DiOr-CSP	44
4.7 Análise do Índice de Desempenho Global	46
4.7.1 Análise do Desempenho Assistencial	47
4.7.2 Análise da Formação Profissional, Qualidade Organizacional e Serviços	52
5. AVALIAÇÃO CRÍTICA DOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE UTILIZADOS NO ESTÁGIO	53
5.1 Avaliação crítica da Grelha DiOr-CSP	53
5.2 Avaliação crítica do IDG	54
5.3 Avaliação da relação entre a Grelha DiOr-CSP e o IDG	60
6. CONCLUSÃO	63
6.1 Autoavaliação do estágio	63
6.2 Limitações do estágio e perspectivas futuras	64
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
8. APÊNDICES	68
8.1 Apêndice 1 – Sugestões de melhoria à Grelha DiOr-CSP	68
8.2 Apêndice 2 – Desempenho Assistencial de outubro de 2019	90

8.3 Apêndice 3 – Desempenho Assistencial de novembro de 2019	91
8.4 Apêndice 4 – Desempenho Assistencial de dezembro de 2019.....	92
8.5 Apêndice 5 – Exemplo de Folha de Sugestões para a Caixa de Sugestões....	93
8.6 Apêndice 6 – Guia de Acolhimento USF Golfinho	94
8.7 Apêndice 7 – Modelo de atas USF Golfinho.....	95
8.8 Apêndice 8 – Calendário reuniões 2019 e 2020	96
8.9 Apêndice 9 – Exemplo de Horários	99
9. ANEXOS.....	101
9.1 Anexo A – Grelha Diagnóstico de Desenvolvimento Organizacional nos Cuidados de Saúde Primários	101

Índice de Figuras

Figura 2.1 – Representação dos três Agrupamentos de Centros de Saúde do Algarve. A laranja está representada a área abrangida pelo ACeS Algarve I – Central, a amarelo a área abrangida pelo ACeS Algarve II – Barlavento e a azul a área abrangida pelo ACeS Algarve III – Sotavento.	6
Figura 2.2 – Organograma do Agrupamento de Centros de Saúde Algarve I - Central. .	7
Figura 3.1 – Representação do valor atribuído ao score, consoante o resultado do indicador	28
Figura 3.2 – Representação dos dois tipos de análise de indicadores utilizados.	33
Exemplo do mês de julho de 2020. (A) Análise flutuante. (B) Análise fixa.	33
Figura 5.1 – Representação esquemática das semelhanças entre a Grelha DiOr-CSP e o IDG.....	60

Índice de Gráficos

Gráfico 5.1 – Distribuição das ponderações, em percentagem, dos 47 indicadores contratualizados para 2019.....	57
--	----

Índice de Tabelas

Tabela 3.1 – As sete fases do processo de melhoria contínua de qualidade.	22
Tabela 3.2 – Matriz do Desempenho Assistencial com as ponderações da área, subáreas e dimensões.....	27
Tabela 3.3 – Matriz do Desempenho Assistencial com as subáreas, dimensões e indicadores contratualizadas para o ano de 2019.	30
Tabela 3.4 – Número de indicadores contratualizados para o ano de 2019 para a área do Desempenho Assistencial, por subárea e dimensão.....	32
Tabela 3.5 – Matriz das áreas: Serviços, Qualidade Organizacional, Formação Profissional e Atividade Científica com as suas respetivas subáreas e dimensões e as suas ponderações.	34
Tabela 4.1 – Resultado da avaliação inicial da Grelha DiOr-CSP, realizada a outubro de 2019.....	42
Tabela 4.2 – Resultado da reavaliação da Grelha DiOr-CSP, realizada a março de 2020.	43
Tabela 4.3 – Índice de Desempenho Global no último trimestre de 2019 (dados recolhidos em maio de 2020).	46
Tabela 4.4 – Índice de Desempenho Setorial de Área do Desempenho Assistencial no último trimestre de 2019 (dados recolhidos em maio de 2020).....	47
Tabela 4.5 – Índice de Desempenho Setorial de Subáreas referentes ao último trimestre de 2019 (dados recolhidos em maio de 2020).....	47
Tabela 4.6 – Índice de Desempenho Setorial de Dimensões referentes ao último trimestre de 2019 (dados recolhidos em maio de 2020).....	48
Tabela 4.7 – Scores dos indicadores pertencentes à dimensão Saúde da Mulher (dados de dezembro de 2019).....	49
Tabela 4.8 – Scores dos indicadores pertencentes à dimensão Saúde do Adulto (dados de dezembro de 2019).....	50
Tabela 4.9 – Scores dos indicadores pertencentes à dimensão Saúde do Idoso (dados de dezembro de 2019).....	50

Tabela 4.10 – Scores dos indicadores pertencentes à dimensão Saúde Infantil e Juvenil (dados de dezembro de 2019).....	51
Tabela 4.11 – Índice de Desempenho Setorial de Área do IDG no último trimestre de 2019 (dados recolhidos em maio de 2020).....	52
Tabela 5.1 – Ponderações, em percentagem, das Dimensões contratualizadas para 2019 das respetivas Subáreas do Desempenho Assistencial.	56
Tabela 5.2 – Ponderações, em percentagem, dos indicadores contratualizados para 2019 das respetivas Dimensões das Subáreas do Desempenho Assistencial.....	58
Tabela 5.3 – Indicadores do Desempenho Assistencial diretamente relacionados com os critérios da Grelha DiOr-CSP, resultados referentes (em percentagem) dos meses, outubro, novembro e dezembro de 2019 (score 0 - vermelho, score 1 - amarelo e score 2 - verde).....	62

Lista de Abreviaturas, Acrónimos e Siglas

2A – 2 anos

3A – 3 anos

7A – 7 anos

14A – 14 anos

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde

ACeS Algarve I - Central – Agrupamento de Centros de Saúde Algarve I - Central

ACSA – *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia*

ACSS – Administração Central dos Sistemas de Saúde, IP

AINEs – Anti-inflamatórios não esteroides

ARS do Algarve, IP – Administração Regional de Saúde do Algarve

ARS, IP – Administração Regional de Saúde

BI-CSP – Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários

CAMI – Carers Assessment of Managing Index

Cancro CR – Cancro do colon e reto

CASI – Child and Adolescent Symptom Inventory

CG – Conselho Geral

Ciclo *PDSA* – Ciclo *Plan-Do-Study-Act*

CQS – Comissão da Qualidade e Segurança

CS – Centro de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CSS – Conselho Clínico e de Saúde

DAR – Doenças Aparelho Respiratório

DCPD – Distribuição Consultas Presenciais do Dia

DDD – Dose Diária Definida

DGS – Direção Geral de Saúde

DiQuOr – Diagnóstico da Qualidade Organizacional

DM – Diabetes *Mellitus*

DM2 – Diabetes *Mellitus* tipo 2

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

DPPC-4 – Dipeptidil peptidase-4

DSPP – Departamento de Saúde Pública e Planeamento

ECLCCI – Equipa Coordenadora Local de Cuidados Continuados Integrados

EF – Enfermeiro de Família
EFQM – *European Foundation for Quality Management*
EPA – *European Practice Assessment*
EPI – Equipamento de Proteção Individual
ERA – Equipa Regional de Apoio e Acompanhamento
ERS – Entidade Reguladora Da Saúde
EUA – Estados Unidos da América
FeV1 – Volume Expiratório Forçado no 1º segundo
GASMI – Grupos de Apoio a Saúde Mental Infantil
GCL PPCIRA – Grupo Coordenador Local do Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência a Antimicrobianos
GD – Gestão da Doença
GIE – Gabinete de Instalação de Equipamentos
Grelha DiOr-CSP – Grelha de Diagnóstico de Desenvolvimento Organizacional nos Cuidados de Saúde Primário
Grelha DiOr-USF – Grelha de Diagnóstico de Desenvolvimento Organizacional nas Unidade de Saúde Familiar
GS – Gestão da Saúde
HbA1c – Hemoglobina glicosada
HTA – Hipertensão Arterial
ICPC-2 – International Classification of Primary Care, Second edition
IDG – Índice de Desempenho Global
IDS – Índice de Desempenho Setorial
IDS_A – Índice de Desempenho Setoriais das Áreas
IDS_D – Índice de Desempenho Setoriais das Dimensões
IDS_S – Índice de Desempenho Setoriais das Subáreas
ISO – International Organization for Standardization
JCHAO – Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
LASA – LookAlike, Sound-Alike
MAM – Medicamentos de Alerta Máximo
MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
MF – Médico de Família
MIM@UF – Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais
MoniQuOr – Monitorização da Qualidade Organizacional dos Centros de Saúde

NICE – National Institute for Health and Care Excellence

NOCs – Normas de Orientação Clínica

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAUF – Plano de Atividades da Unidade Funcional

PBCI – Proteção Básica de Controlo de Infeções

PC-PIT – Primary Care Practice Improvement Tool

PF – Prescrição Farmacoterapêutica

PNV – Programa Nacional de Vacinação

PPCIRA – Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência a Antimicrobianos

PVP – Preço de Venda ao Público

Q1 – 1º quartil de horário

Q2 – 2º quartil de horário

Q3 – 3º quartil de horário

Q4 – 4º quartil de horário

QOF – Quality and Outcome Framework

QP – Qualificação da Prescrição

RAUF – Relatório de Atividades das Unidades Funcionais

RN – Recém-nascidos

RP – Revisão do Puerpério

SC – Secretário Clínico

SEMDSA – Society for Endocrinology, Metabolism and Diabetes, South Africa

SI – Sistema de Informação

SIARS – Sistema de Informação da Administração regional de Saúde

SNS – Sistema Nacional de Saúde

TMRG – Tempos máximos de resposta garantidos

UAG – Unidade de Apoio à Gestão

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF – Unidade de Saúde Familiar

USF Golfinho – Unidade de Saúde Familiar Golfinho

USP – Unidade de Saúde Pública

VD – Visitas Domiciliárias

1. INTRODUÇÃO

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) contribuem para o desempenho dos sistemas de saúde (Kringos, 2010a). Na Europa, de acordo com o estudo de Kringos *et al.*, (2013), os Cuidados de Saúde Primários consistentes estão relacionados com ganhos de saúde da população, redução de desigualdades socioeconómicas e redução do número de hospitalizações desnecessárias. No entanto, para se obter estes resultados, foram necessários maiores gastos em saúde (Kringos, 2013).

O relatório da Organização Mundial de Saúde: “*Primary health care – now more than ever*” (World Health Organization, 2008), classificou Portugal como um dos cinco países do mundo que apresentou um bom progresso na redução da taxa de mortalidade. Este resultado é obtido através de um aumento da rede de acesso a cuidados de saúde, decisões políticas e um crescimento económico, que desta forma, permitiu um investimento no setor da saúde (Barros *et al.*, 2017).

Em Portugal, a organização atual do Sistema Nacional de Saúde incorpora vários tipos de Unidades Funcionais. As Unidades de Saúde Familiares (USF) são Unidades Funcionais multiprofissionais que prestam Cuidados de Saúde Primários a uma lista de utentes, podendo funcionar como Modelo A ou Modelo B, consoante o seu nível de desenvolvimento (Ministério da Saúde, 2007).

1.1 Motivação

A avaliação e a monitorização da qualidade nos cuidados de saúde tornaram-se peças-chave para todos os sistemas de saúde, para aumentar a responsabilidade dos prestadores de serviços de saúde, melhorar a eficiência da distribuição de recursos, identificar e minimizar erros médicos e melhorar os resultados de saúde (Campbell, 2002).

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015 -2020 apresentou como a sua principal missão: “...potenciar e reconhecer a qualidade e a segurança da prestação de cuidados de saúde, para garantir os direitos dos cidadãos na sua relação com o sistema de saúde...”. Uma das seis prioridades estratégicas é a melhoria da qualidade clínica e organizacional (Ministério da Saúde, 2015).

Embora a literatura sobre a avaliação da qualidade na saúde exista numa quantidade razoável, o mesmo não se verifica em relação à avaliação da qualidade nos Cuidados de Saúde Primários, onde se verifica um número mais restrito de publicações.

Recentemente foi introduzido um novo instrumento obrigatório de avaliação da qualidade nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal, nomeadamente a Grelha de Diagnóstico do Desenvolvimento Organizacional nos Cuidados de Saúde Primários (Grelha DiOr-CSP), esta grelha é composta por três temáticas, nomeadamente, processos de gestão, processos assistenciais e processos de suporte. Considerando que não existe discussão sobre a Grelha DiOr-CSP na literatura, entendeu-se como relevante compreender o impacto que esta terá na qualidade organizacional de uma Unidade de Saúde Familiar bem como a sua relação com outro instrumento de avaliação da qualidade nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal, o Índice de Desempenho Global (IDG), este instrumento também é de cariz obrigatório. Estes dois instrumentos permitem avaliar uma USF para transitar de modelo A para modelo B. As Unidades de Saúde Familiar são pequenas unidades operativas dos Agrupamentos de Centros de Saúde com autonomia funcional e técnica, que contratualizam diversos objetivos e asseguram aos seus utentes uma carteira básica de serviços.

Uma vez que não existe nenhuma evidência sobre esta grelha na literatura. Considerou-se relevante compreender o impacto que esta terá na qualidade organizacional de uma Unidade de Saúde Familiar bem como a sua relação com o Índice de Desempenho Global (IDG).

1.2 Objetivos

O objetivo deste estágio é explorar a aplicação da Grelha DiOr-CSP para avaliar a qualidade organizacional de uma Unidade de Saúde Familiar (USF) modelo A. Desta forma, é necessário analisar os critérios das três temáticas da Grelha DiOr-CSP, com o intuito de detetar oportunidades de melhoria, avaliar o desempenho da USF antes e após auditorias internas com recurso à Grelha DiOr-CSP e analisar se uma possível melhoria no cumprimento dos critérios da Grelha DiOr-CSP irá beneficiar o Índice de Desempenho Global da USF em causa.

1.3 Estrutura do Relatório de Estágio

O presente Relatório de Estágio foca-se no estudo de caso aplicado a uma Unidade de Saúde Familiar, este é composto por nove Capítulos.

O Capítulo Um é caracterizado por introduzir a temática, a motivação, os objetivos e a estrutura do relatório de estágio.

O Capítulo Dois incide sobre a apresentação da entidade acolhedora que permitiu a realização do estágio, o Agrupamento de Centros de Saúde Algarve I – Central bem como a descrição da Unidade Funcional, a Unidade de Saúde Familiar Golfinho.

O Capítulo Três descreve a revisão da literatura, neste são descritos conceitos como Cuidados de Saúde Primários, qualidade, qualidade em saúde, avaliação da qualidade na saúde e Cuidados de Saúde Primários, instrumentos úteis para avaliar a qualidade nos Cuidados de Saúde Primários bem como os instrumentos utilizados durante o estágio.

O Capítulo Quatro inclui o estágio propriamente dito, onde serão descritas as duas avaliações da Grelha de Diagnóstico de Desenvolvimento Organizacional nos Cuidados de Saúde Primários (outubro de 2019 e março de 2020) e análise do Índice de Desempenho Global (último trimestre 2019), bem como todas as atividades que neste estágio foram realizadas.

O Capítulo Cinco, descreve a avaliação crítica dos instrumentos de avaliação da qualidade utilizados no estágio, instrumentos estes, tais como a Grelha de Diagnóstico de Desenvolvimento Organizacional nos Cuidados de Saúde Primários e o Índice de Desempenho Global e avaliação da relação entre ambos.

O Capítulo Seis destina-se à conclusão deste relatório de estágio onde existe uma autoavaliação do mesmo, bem como limitações e perspetivas futuras.

O Capítulo Sete descreve todas as referências bibliográficas das citações encontradas ao longo do relatório de estágio.

O Capítulo Oito inclui nove apêndices que complementam as informações do relatório.

O último capítulo, o Capítulo Nove inclui o único anexo deste relatório, um exemplo da Grelha DiOr-CSP não preenchida.

2. ENTIDADE ACOLHEDORA

2.1 Administração Regional de Saúde do Algarve, IP

As Administrações Regionais de Saúde, IP (ARS, IP), são institutos públicos integrados na administração indireta do Estado, com autonomia administrativa, financeira e património próprio. A nível nacional, existem cinco ARS, IP, distribuídas por Portugal continental. A sul, encontra-se sediada em Faro a Administração Regional de Saúde do Algarve, IP (ARS do Algarve) (Ministério da Saúde, 2012).

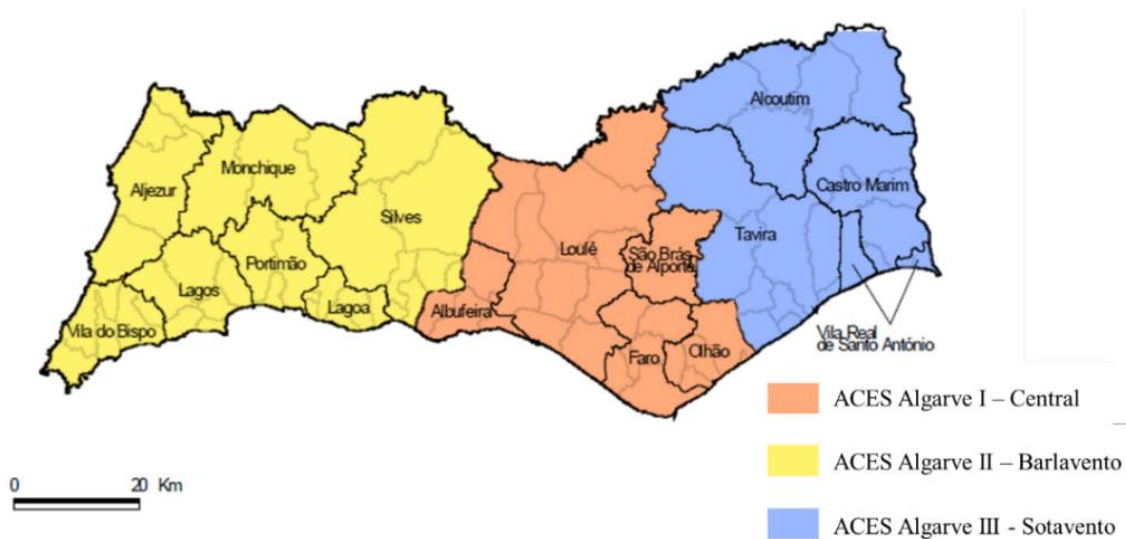
A ARS do Algarve apresenta uma estrutura orgânica composta por diversas secções, tais como o Departamento de Saúde Pública e Planeamento (DSPP), Departamento de Contratualização, Departamento de Gestão, Administração Geral e os Agrupamentos dos Centros de Saúde (Administração Regional de Saúde do Algarve, IP, 2020a).

2.2 Agrupamento de Centros de Saúde Algarve I - Central

Os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) são serviços de saúde com autonomia administrativa, constituídos por diversas unidades funcionais, que integram um ou mais Centros de Saúde (Ministério da Saúde, 2008). Visam garantir a prestação de Cuidados de Saúde Primários à população de determinada área geográfica e desenvolvem atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados (Ministério da Saúde, 2008).

O estágio curricular realizou-se no Agrupamento de Centros de Saúde do Algarve I – Central (doravante designado de ACeS Algarve I – Central). Este é um dos três Agrupamentos de Centros de Saúde do Algarve integrados na ARS Algarve, IP (Figura 2.1).

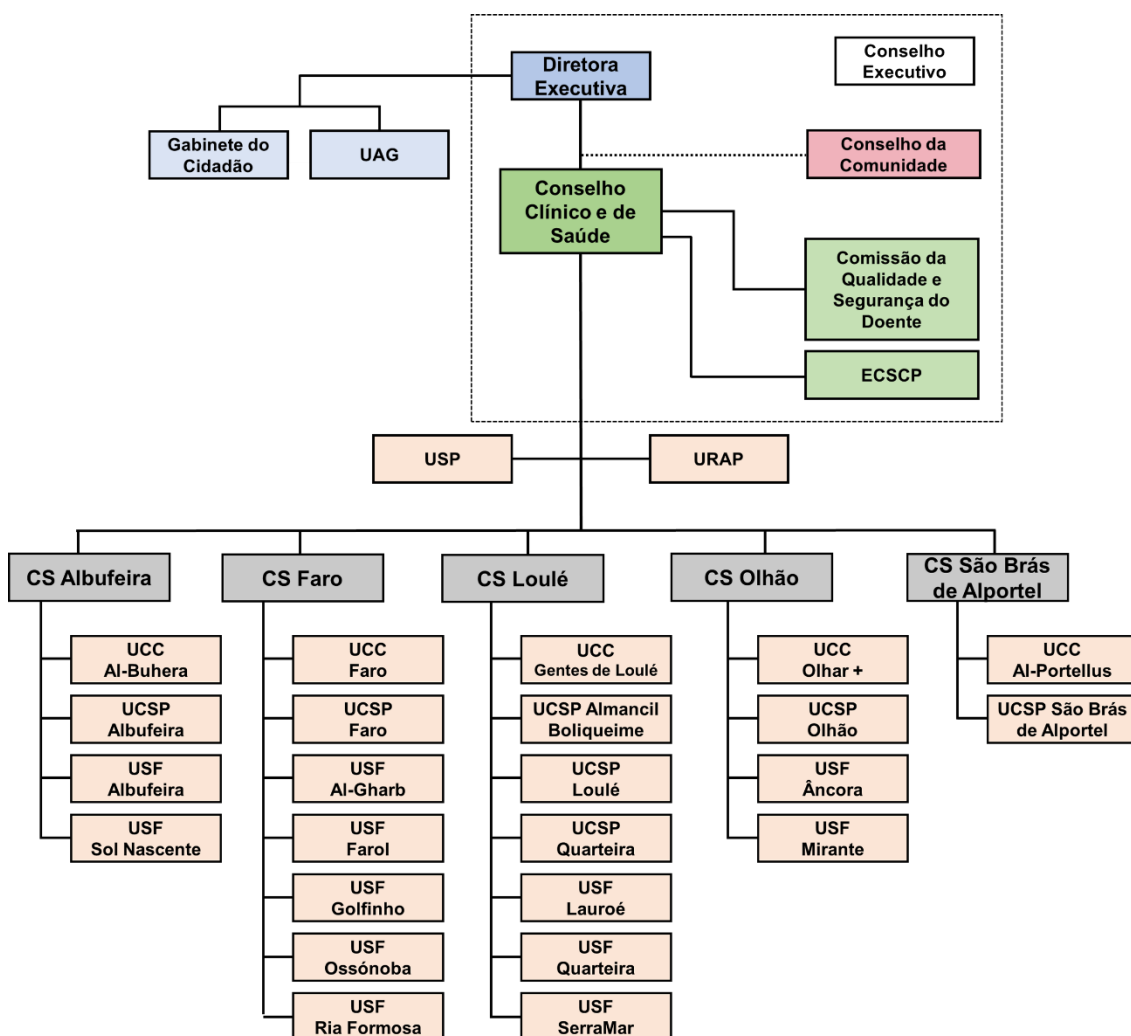
Figura 2.1 – Representação dos três Agrupamentos de Centros de Saúde do Algarve. A laranja está representada a área abrangida pelo ACeS Algarve I – Central, a amarelo a área abrangida pelo ACeS Algarve II – Barlavento e a azul a área abrangida pelo ACeS Algarve III – Sotavento.



Cada ACeS é composto por diversas tipologias de unidades prestadores de cuidados de saúde, tais como Unidade de Cuidados Personalizados (UCSP), Unidade de Saúde Familiar (USF), Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), Unidade Saúde Pública (USP), Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), Equipa Coordenadora Local de Cuidados Continuados Integrados (ECLCCI), Unidade de Apoio à Gestão (UAG) e Gabinete do Cidadão (Administração Regional de Saúde, IP, 2020b).

A constituição do ACeS Algarve I – Central pode ser consultada através do organograma presente na Figura 2.2.

Figura 2.2 – Organograma do Agrupamento de Centros de Saúde Algarve I - Central.



O ACeS Algarve I - Central está sediado em Faro e a sua área de intervenção abrange os concelhos de Albufeira, Loulé, São Brás de Alportel, Faro e Olhão. Dentro do ACES Algarve I - Central existem várias Unidades de Saúde Familiar, onde existiu um acompanhamento direto de uma USF modelo A (Administração Regional de Saúde do Algarve IP, 2020b).

A Unidade que contribuiu para o desenvolvimento do estágio foi uma USF modelo A, a Unidade de Saúde Familiar Golfinho (USF Golfinho).

2.3 Unidade de Saúde Familiar Golfinho

As Unidades de Saúde Familiar são definidas como “...pequenas unidades funcionais multiprofissionais com autonomia organizativa, funcional e técnica, num quadro de contratualização interna, envolvendo objetivos de acessibilidade, adequação, efetividade, eficiência e qualidade...” (Ministério da Saúde, 2007). Existem três modelos de USF, o modelo A, o modelo B e o modelo C. O modelo A corresponde a uma fase de aprendizagem e de adaptação do trabalho em equipa e é também útil para os primeiros passos de contratualização interna, este modelo é recomendado onde se verifique o trabalho individual isolado e não haja práticas de avaliação de desempenho técnico-científico em saúde familiar. O modelo B é indicado para equipas onde se verifique um amadurecimento organizacional maior e onde exista um nível de contratualização de desempenho elevado. O modelo C é um modelo experimental com o intuito de responder às insuficiências demonstradas pelo Sistema Nacional de Saúde e face à existência de cidadãos sem médico de família. O foco deste estágio será uma USF Golfinho (modelo A) (Ministério da Saúde, 2007).

A Unidade de Saúde Familiar Golfinho (doravante designada por USF Golfinho) é uma das Unidades Funcionais integradas no ACeS Algarve I – Central. É uma USF modelo A, teve início a sua atividade a 12 de novembro de 2018, é composta por oito Médicos de Família, oitos Enfermeiros de Família e seis Secretários Clínicos (Unidade de Saúde Familiar Golfinho, 2019).

Esta USF é composta por dois polos, um dos polos está localizado em Faro e o outro em Estoi, a sua área de influência é a União de Freguesias de S. Pedro e Sé (Faro) e a União de Freguesias de Conceição e Estoi. A USF Golfinho é composta pela Coordenação, Conselho Técnico e Conselho Geral. Os profissionais da USF Golfinho estão agrupados em oito microequipas (Equipas de Saúde Familiar), constituídas por um Médico de Família, um Enfermeiro de Família e um Secretário Clínico. Esta USF tem aproximadamente 14000 utentes inscritos, dados de novembro de 2019 (Unidade de Saúde Familiar Golfinho, 2019).

A USF Golfinho não é certificada pelo modelo da *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía* (ACSA), dados de 31 de maio de 2020 (Direção Geral de Saúde, 2020).

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Cuidados de Saúde Primários

A Organização Mundial de Saúde (OMS) através da Declaração da Alma-Ata, em setembro de 1978, definiu que os Cuidados de Saúde Primários devem ser concebidos com base na aplicação de resultados relevantes da investigação nos serviços sociais, biomédicos e de saúde bem como da experiência na saúde pública. Estes centram-se nos principais problemas de saúde existentes na comunidade, prestando serviços de promoção, prevenção, cura e reabilitação. São o primeiro nível de contacto de indivíduos, famílias e comunidades com o Sistema Nacional de Saúde (*World Health Organization*, 1978).

Dionne Kringos (2010b) considera que os Cuidados de Saúde Primários são um sistema multidimensional, que permite o acesso a uma diversidade de serviços de forma coordenada e contínua, recorrendo à aplicação de recursos de forma eficiente a fim de prestar cuidados de elevada qualidade, tornando possível, a distribuição de saúde pela população. Numa revisão da literatura que incluiu 85 estudos, Kringos (2010b) concluiu que os CSP são um sistema muito complexo, o qual inclui dez dimensões dos CSP, que podem ser agrupadas em três níveis, Estrutura, Processo e Resultados. Ao nível da Estrutura incluem-se dimensões tais como, governança, condições económicas e trabalho desenvolvido, por outro lado, ao nível do Processo, inclui-se dimensões como o acesso aos cuidados de saúde, a continuidade, coordenação e abrangência, por fim, ao nível dos Resultados, incluem-se dimensões tais como, a qualidade dos CSP, a eficiência e a equidade em saúde (Kringos, 2010b).

Os Cuidados de Saúde Primários surgiram em Portugal em 1971 (Ministério da Saúde e Assistência, 1971) e desde então têm sofrido alterações. A reforma iniciada em 2005 nos Cuidados de Saúde Primários, deu origem aos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) através do Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro, (2008: 1182), onde a sua missão é “...*garantir a prestação de Cuidados de Saúde Primários à população de determinada área geográfica...*”. Atualmente, os ACeS são os principais prestadores de Cuidados de Saúde Primários no setor público em Portugal (Barros *et al.*, 2017).

3.2 Qualidade

A qualidade é um conceito complexo, deste modo, não existe uma definição universal de qualidade (Kitchenham e Pfleeger, 1996).

Em 1974, Juran, definiu que um produto/serviço é de qualidade quando este se adequa à utilização pretendida (Juran, 1974). Este apresentou um Processo de Gestão da Qualidade, este processo consiste em três fases distintas, o Planeamento da Qualidade, o Controlo da Qualidade e a Melhoria da Qualidade (Juran, 1998).

Em 1979, Crosby definiu que a qualidade é alcançada quando não existem defeitos (Crosby, 1979).

Em 1986, Deming definiu a qualidade como conformidade de um produto com as especificações técnicas que lhe foram atribuídas.

Segundo Parasuraman *et al.*, (1985), a qualidade dos serviços pode ser avaliada através da perceção dos clientes, onde foram identificadas cinco dimensões da qualidade, nomeadamente, tangibilidade, confiabilidade, capacidade de resposta, garantia e empatia. A tangibilidade caracteriza-se por englobar as instalações físicas, os equipamentos e aparência dos profissionais. A confiabilidade é a capacidade de executar um serviço prometido de forma credível e precisa. A capacidade de resposta é a forma como se auxiliam os clientes e se fornece um serviço rápido. A garantia atinge-se com base no conhecimento dos profissionais e a capacidade de inspirar confiança. A empatia é a atenção individualizada que a organização disponibiliza aos seus clientes.

3.3 Qualidade em Saúde

A qualidade é transversal aos diversos setores de atividades onde o setor da saúde também está incluído. As instituições de saúde também têm demonstrado interesse em prestar serviços de qualidade, uma vez que pretendem prestar melhores cuidados de saúde aos seus utentes. A Organização Mundial de Saúde descreve duas razões para promover a qualidade em saúde. Por um lado, nos países desenvolvidos (caso de Portugal), os resultados esperados não estão a ser atingidos e existem variações nos padrões de prestação de serviços de saúde. Por outro lado, os países em desenvolvimento necessitam otimizar os recursos utilizados e aumentar a cobertura da prestação de serviços à população (*World Health Organization, 2006*).

A qualidade em saúde também não tem uma definição universal e esta tem divergido pelos diferentes autores. O setor da saúde diferencia-se de outros setores. Por exemplo, no caso das Unidades do Sistema Nacional de Saúde (SNS) português, estas procuram satisfazer e simultaneamente diminuir as necessidades, não pretendem responder à procura oferecendo mais, demonstram ser pró-ativas para prevenir e dar resposta, não ambicionam novas oportunidades de mercado. Do ponto de vista dos utentes, estes pretendem que os cuidados de saúde sejam de qualidade, demonstrando ser acessíveis, adequados, efetivos, através de um risco baixo e custo facilmente suportáveis (Pisco e Biscaia, 2001).

A qualidade em saúde tem demonstrado ser multidimensional (Maxwell, 1984). Destacou seis dimensões da qualidade em saúde, a eficácia, a aceitabilidade, a eficiência, o acesso, a equidade e a relevância. No seguimento das seis dimensões apresentadas por Maxwell (1984), este definiu-as da seguinte forma:

- A eficácia traduz-se pelo tratamento que é prestado através da melhor técnica possível;
- A aceitabilidade traduz-se pela forma mais humana que o tratamento é prestado e tem em conta a opinião que o paciente tem sobre o tratamento;
- A eficiência preocupa-se em comparar o custo unitário pelo tratamento/serviço num local em relação a outro local;
- A acessibilidade caracteriza-se pela facilidade da população em aceder aos serviços, podendo ser avaliada através de indicadores, tais como a distância, lista de espera, tempo de espera e dificuldades de pagamento;

- A equidade foca-se na forma com um paciente ou vários de um determinado grupo (etário, étnico ou outro) são tratados em relação à restante população;
- A relevância significa que os melhores serviços têm em consideração as necessidades de uma dada população.

Em 1980, Donabedian descreveu que na prestação de cuidados se espera alcançar o bem-estar máximo do doente, após realizar um balanço entre os ganhos e as perdas esperadas nas diversas etapas do processo da prestação de cuidados em saúde (Donabedian, 1980). Este descreveu ainda que eram setes os pilares da qualidade em saúde, nomeadamente, eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (Donabedian, 1990). Com base nos setes pilares definidos por Donabedian (2002), apresentam-se as definições das dimensões que não foram apresentadas anteriormente:

- A efetividade traduz-se pela forma como são obtidos os ganhos em saúde;
- A otimização é o equilíbrio entre os ganhos em saúde e os custos dos mesmos;
- A legitimidade traduz-se na conformidade com as preferências sociais expressas através de princípios éticos, valores, normas, costumes e leis.

Para Pisco e Biscaia (2001), a qualidade em saúde é definida por assegurar em tempo útil, através de custos adequados, os melhores serviços possíveis, o que implica que os cuidados de saúde deverão ser efetivos, eficientes, aceitáveis, equitativos e acessíveis de forma igual a todos os cidadãos.

A Organização Mundial de Saúde, em 2006, também estabeleceu áreas para a qualidade em saúde, nomeadamente, a eficácia, a eficiência, a acessibilidade, a equidade e a segurança (*World Health Organization*, 2006).

Em suma, é evidente que existem dimensões da qualidade que divergem segundo os diversos autores, no entanto, existem dimensões como a eficácia, aceitabilidade, eficiência, acesso e equidade que são defendidas pela maioria dos autores na literatura como as dimensões com mais relevância na qualidade em saúde.

3.4 Avaliação da Qualidade em Saúde

Existem estratégias que envolvem processos estruturados que incluem avaliação e adoção de procedimentos usados a nível individual, de grupo ou organizacional que apresentam como objetivo, melhorar aspetos de qualidade e alcançar melhorias que sejam mensuráveis (Dawda *et al.*, 2010).

Donabedian (1980) defende que a forma mais direta de avaliar a qualidade dos cuidados de saúde é por observação desses cuidados, ou seja, por observação do processo de prestação de cuidados. No entanto, este autor defende que há ainda outras duas formas indiretas de avaliar a qualidade dos cuidados de saúde, através da avaliação da estrutura e através da avaliação dos resultados. Para Donabedian, a estrutura é composta pelas características estáveis dos prestadores, instrumentos, recursos, arranjos físicos e organizacionais e os resultados são indicadores de mudanças no estado de saúde atual ou futuro do paciente que possam ser atribuídas aos cuidados de saúde.

A avaliação e a monitorização da qualidade dos cuidados tornaram-se cruciais para os sistemas de saúde em todo o mundo, a fim de aumentar a responsabilidade dos prestadores de serviços de saúde, melhorar a eficiência da distribuição de recursos, identificar e minimizar erros médicos e melhorar os resultados em saúde (Campbell, 2002).

A acreditação é também um processo que permite a avaliação da qualidade, esta define-se como um programa voluntário que permite a avaliação de normas previamente estabelecidas de uma organização de saúde (Rooney e van Ostenberg, 1999). Os programas de acreditação deverão ser vistos como uma boa ferramenta para avaliar e melhorar a qualidade dos serviços de saúde (Alkhenizan e Shaw, 2011). Em Portugal, já foram utilizados no ramo da saúde, modelos de acreditação provenientes de agências estrangeiras, tais como a *King's Fund Health Quality Service* e a *Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)* (Nunes, 2014). A *King's Fund Health Quality Service* é uma organização fundada no Reino Unido em 1897 tendo como objetivo a melhoria dos cuidados de saúde, e ambicionado que os serviços de saúde apresentem elevados padrões de qualidade (*King's Fund*, 2020). Este modelo recorre a ferramentas como o modelo *European Foundation for Quality Management (EFQM)* e a certificação *International Organization for Standardization (ISO)*, desta forma, é possível avaliar o desempenho através de auditores internos e externos da instituição de saúde (*King's Fund*, 2020). Por outro lado, a *JCAHO* é uma empresa não lucrativa dos Estados

Unidos da América (EUA), fundada em 1998 e é a responsável pelo maior programa de acreditação nos EUA, esta pretende contribuir à escala mundial para a melhoria da prestação de cuidados de saúde (Nunes, 2014).

Os indicadores de saúde também são uma forma de avaliar a qualidade em saúde. Estes definem-se como uma métrica de uma determinada característica de um indivíduo, uma população ou um ambiente que seja possível quantificar, direta ou indiretamente e conseguem descrever vários aspetos de saúde relacionados com um indivíduo ou de uma dada população (Nutbeam, 1998).

A aplicação do ciclo *plan-do-study-act* (PDSA) também é uma forma de avaliação da qualidade, este é útil quando se pretende avaliar rapidamente alterações em processos de cuidados saúde (Siriwardena, 2009). O ciclo PDSA divide-se em quatro etapas, a primeira, *Plan*, permite o desenvolvimento do conceito a alterar, a etapa *Do*, engloba a introdução de alterações, a etapa *Study*, monitorização e recolha de dados e a etapa *Act*, define-se como a integração das alterações elaboradas, conduzindo a aceitação ou rejeição das alterações implementadas (Langley *et al.*, 2009).

3.5 Avaliação da Qualidade dos Cuidados de Saúde Primários

A maioria dos indicadores de qualidade existentes são utilizados em âmbito hospitalar, no entanto, os indicadores de qualidade nos Cuidados de Saúde Primários têm vindo a ganhar destaque (Campbell, 2002).

Ramalho *et al.*, (2019) desenvolveram um estudo para caracterizar e disponibilizar uma lista de indicadores discutidos na literatura para monitorizar a qualidade nos Cuidados de Saúde Primários. Foram encontrados 727 indicadores de qualidade que foram categorizados por contexto (através da *International Classification of Primary Care-2, ICPC-2*), dimensão do cuidado (através do modelo de Donabedian, Estrutura-Processo-Resultado), tipo de cuidado (crónico, agudo, preventivo), função (seguimento e continuidade, tratamento, prevenção e rastreio) e domínio (efetivo, centrado no paciente e segurança). Através deste estudo foi possível compreender que a maioria dos indicadores categorizados segundo a classificação *ICPC-2* pertencem à categoria A (geral e inespecífico) e quanto à dimensão pertencem ao processo (542 indicadores). Dos indicadores incluídos nesta dimensão, foram mais frequentes os indicadores relativos a cuidados crónicos (tratamento de diabetes: teste de hemoglobina glicada), quanto às funções foram mais frequentes ao tratamento (percentagem de tranquilizadores prescritos) como também ao domínio efetivo (asma: percentagem de crianças acompanhadas pelo mesmo médico em pelo menos 80% das suas consultas).

Outro exemplo da aplicabilidade de indicadores de saúde foi o estudo europeu realizado por Engels *et al.*, (2006), que desenvolveu e avaliou um instrumento, através de investigadores e especialistas do campo da qualidade nos Cuidados Primários de seis países europeus, Holanda, Suíça, Bélgica, França, Reino Unido e Alemanha, denominado de *European Practice Assessment (EPA)*, este é baseado num conjunto de indicadores (Engels, 2005). Este estudo desenvolveu um *framework* de 171 indicadores agrupados por cinco domínios (Infraestrutura; Informação; Pessoas; Finanças; Qualidade e Segurança), tendo sido reduzido para apenas 62 indicadores após conjunto de questionários aplicados a médicos, gestores e pacientes. Dos 62 indicadores, apenas 57 foram considerados válidos (por exemplo, estado de limpeza da sala de espera, registos que incluem a informação tabágica, *backups* dos computadores efetuados diariamente) para os nove países europeus em estudo (Alemanha, Áustria, Bélgica, Eslovénia, França, Holanda, Israel, Reino Unido e Suíça). Desta forma, foi possível determinar as diferenças de práticas dentro de cada país e entre países. Com base neste estudo, conclui-se que o

Reino Unido apresentou boas práticas de gestão em relação ao pessoal, informações, qualidade e segurança. Em adição, as práticas na Eslovénia apresentaram uma boa gestão e uma boa avaliação dos pacientes. Na Suíça e na Holanda, os profissionais apresentaram uma elevada satisfação a nível de trabalho, enquanto em Israel, os profissionais não se demonstraram satisfação na globalidade (Engels, 2006).

O *Quality and Outcome Framework (QOF)* é um sistema utilizado no Reino Unido que liga incentivos financeiros à qualidade de cuidados que são prestados pelos médicos de família (Gillam, 2012). Para as orientações contratualizadas para 2019/2020, em Inglaterra, foram definidos três domínios cruciais, designadamente, Clínico, Saúde Pública e Melhoria da Qualidade. Cada domínio inclui uma vasta gama de indicadores. Para 2019/2020 foram contratualizados 68 indicadores, cada indicador tem uma pontuação específica, o total da pontuação dos indicadores dos três domínios é de 559 pontos. O domínio Clínico contempla 65 indicadores (379 pontos) divididos por 19 áreas clínicas que foram desenvolvidos pelo *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)* e focam-se em diversas doenças crónicas, tais como, asma (*e.g. Percentagem de pacientes com 8 anos ou mais com asma diagnosticada em ou após 1 de abril de 2006, com registo com as medições da variabilidade ou reversibilidade registada entre 3 meses antes ou em qualquer momento após diagnóstico*), cancro (*e.g. Percentagem de pacientes com cancro, diagnosticado nos 15 meses anteriores, que têm uma revisão do paciente registada como ocorrendo dentro de 6 meses a partir da data do diagnóstico*), diabetes Mellitus (*e.g. O profissional estabelece e mantém um registo de todos os pacientes com 17 anos ou mais de idade com diabetes Mellitus, que especifica o tipo de diabetes em que o diagnóstico foi confirmado*), epilepsia (*e.g. O profissional estabelece e mantém um registo dos pacientes com 18 anos de idade ou mais que recebem tratamento para a epilepsia*), hipertensão (*e.g. O profissional estabelece e mantém um registo de pacientes com a hipertensão controlada*), entre outros (Sutcliffe *et al.*, 2012; *National Institute for Health and Care Center Excellence*, 2020). O domínio da Saúde Pública contempla cinco tipos de indicadores (106 pontos), tais como, doenças cardiovasculares – prevenção primária, pressão sanguínea (*e.g. Percentagem de pacientes com 45 anos ou mais que tenham registo de pressão sanguínea nos últimos 5 anos*), obesidade (*e.g. Registo de pacientes com 18 anos ou mais, com um Índice de Massa Corporal superior ou igual a 30 nos últimos 12 meses*), tabagismo (*e.g. Percentagem de pacientes com 15 anos ou mais, registados como atuais fumadores que registaram uma oferta de suporte e tratamento nos 24 meses anteriores*), Rastreio Cervical (*e.g. Proporção de mulheres*

*elegíveis para triagem e com idades compreendidas entre 50 e 64 anos no final do período de referência, cujos registos apresentam um teste de triagem cervical adequado realizado nos últimos 5 anos e 6 meses). O domínio da Melhoria da Qualidade incluí apenas dois tipos de indicadores (74 pontos), nomeadamente prescrição segura (e.g. *O profissional demonstra uma melhoria contínua da qualidade, focando-se em prescrição segura, conforme descrito nas diretrizes da QOF*) e cuidados em fim de vida (e.g. *O profissional demonstra uma atividade de melhoria contínua da qualidade focada nos cuidados de fim de vida, conforme especificado nas diretrizes da QOF*) (Primary Care Strategy and NHS Contracts Group, 2019).*

Em 2009/2010, Kringos *et al.*, (2013), desenvolveu uma revisão da literatura que originou 77 indicadores. Estes indicadores, permitiram avaliar cinco dimensões chave de Cuidados de Saúde Primários: estrutura, acesso, coordenação, continuidade e abrangência (a estrutura indica a forma como os cuidados primários estão estruturados no país; a acessibilidade define a forma como os cuidados primários estão organizados; a continuidade avalia a duração da médico-paciente; a coordenação avalia a forma como a saúde pública é integrada nos cuidados primários; a abrangência é definida pela amplitude de serviços prestados nos Cuidados de Saúde Primários) (Kringos *et al.*, 2013). Foram recolhidos dados destes indicadores em 31 países europeus e a cada dimensão foi atribuído um score. Este score varia entre 1 (deficiente/fraco) e 3 (forte). Na dimensão da estrutura, a Holanda (score 2,50) e o Reino Unido (score 2,52) destacam-se pela positiva, pelo contrário, o Chipre (score 1,91), Islândia (score 1,77) e Luxemburgo (1,90), destacam-se pela negativa. Na dimensão da acessibilidade destacam-se pela positiva a Dinamarca (score 2,46) e a Eslovénia (score 2,47), em contraste, a Irlanda destaca-se pela negativa, com um score de 1,96. Ao nível da dimensão da continuidade, destaca-se pela positiva a Dinamarca (score 2,43) e a Espanha (score 2,43), por outro lado, a Malta (score 2,17) e a Turquia (score 2,15) destacam-se pela negativa. Ao nível da coordenação, destacam-se pela positiva países com a Suécia (score 2,32) e Holanda (score 2,20) e pela negativa Áustria (score 1,38), Alemanha (score 1,38) e Eslováquia (score 1,39). Ao nível da abrangência, destacam-se positivamente países como a Lituânia (score 2,56) e Noruega (score 2,55), e pela forma negativa, destaca-se a Eslováquia (score 1,98). Portugal, neste sentido, apresenta os seguintes scores: Estrutura 2,41, Acessibilidade 2,34, Continuidade 2,35, Coordenação 1,62 e Abrangência 2,47. Os resultados deste estudo, apontam que cuidados primários fortes, estão associados a um contributo positivo na saúde da população, taxas reduzidas de hospitalização potencialmente evitáveis e

apresentam também melhores resultados na saúde da população em geral. Desta forma, demonstrou-se o contributo do desempenho dos Cuidados de Saúde Primários a nível Europeu (Kringos *et al.*, 2013).

Nos Cuidados de Saúde Primários da Austrália, criou-se um instrumento online designado de *Primary Care Practice Improvement Tool (PC-PIT)*. Com recurso a este instrumento, cada profissional avalia a sua perceção sobre os treze elementos-chave em organizações de elevada qualidade em Cuidados de Saúde Primários através de uma escala de Likert de 1 a 5. Os treze elementos-chave são: cuidados centrados no paciente, liderança, foco nos profissionais, governação clínica, equipas multiprofissionais, comunicação, formação, processos de melhoria, informação e informação tecnológica, incentivos, governação organizacional e alterações de gestão (Crossland *et al.*, 2014a). Com base nesta avaliação é criado um relatório que fornece uma pontuação média sobre os treze elementos-chave. Os elementos com pontuação inferior serão alvos de melhoria através de um ciclo *PDSA* (Crossland *et. al*, 2014b).

Uma vez que as clínicas de Cuidados de Saúde Primários na África do Sul apresentam uma qualidade baixa, realizou-se um estudo no distrito de Tshwane para avaliar a capacidade de doze clínicas em fornecer cuidados de qualidade à diabetes. A ferramenta utilizada no estudo para avaliar a qualidade foi uma auditoria (Webb, Rheeder e Wolvaardt, 2019). A auditoria focou-se em oito domínios: equipamentos, diretrizes e material de promoção da saúde, medicação para diabetes, manutenção de registos, profissionais, educação sobre diabetes, estruturas de suporte e rede de referência. Ao nível do equipamento, apenas uma clínica possuía um aparelho de Eletrocardiograma calibrado anualmente. Ao nível das orientações, nenhuma das clínicas tinha conhecimento das orientações da *Society for Endocrinology, Metabolism and Diabetes, South Africa (SEMDSA)*. Ao nível da medicação, todas as clínicas descreveram ter acesso a toda a medicação prescrita. Ao nível da manutenção de registos, apenas 25% das clínicas utilizavam as anotações feitos no sistema. Ao nível dos profissionais, apenas 58% das clínicas tinham um médico a tempo inteiro. Ao nível da educação da diabetes, apenas 67% das clínicas tinham sessões de grupo para educação sobre a diabetes. Ao nível das estruturas de suporte, apenas um terço das clínicas apresentava um grupo de apoio à diabetes. Ao nível da rede de referência, existiam duas clínicas que não possuíam telefone e fax. Este estudo permitiu ter uma visão inicial das clínicas de CSP no distrito de Tshwane. Concluiu-se que a capacidade de prestar cuidados de qualidade em relação à diabetes é comprometida por registos de utentes em papel e pela escassa disponibilidade

de diretrizes, material educacional para os utentes, e alguns equipamentos (Webb *et al.*, 2019).

Com base nesta revisão da literatura, é possível compreender que os Cuidados Primários apresentam diferentes patamares ao nível da qualidade nos diversos países estudados. O tipo de domínio utilizado para a avaliação da qualidade nos CSP, à semelhança da definição da qualidade em saúde, varia pelos diversos autores. A quantidade de domínios varia consoante o estudo. Existem estudos que utilizaram três, cinco, oito e treze tipos de domínios distintos (*e.g.* efetivo, centrado no paciente, segurança, clínico, saúde pública, melhoria qualidade, equipamentos, diretrizes e material de promoção da saúde, medicação para diabetes, manutenção de registos, profissionais, educação sobre diabetes, estruturas de suporte e rede de referência).

Observa-se ainda que os métodos de avaliação utilizados no Reino Unido apresentam muitas similaridades em relação à forma como a qualidade nos Cuidados de Saúde Primários portugueses é avaliada. Até ao momento, o modelo de avaliação da qualidade desenvolvido por Donabedian (Estrutura-Processo-Resultado) ainda demonstra ser válido, uma vez que Ramalho *et al.*, (2019), recorreu a este modelo para caracterizar os indicadores. Atualmente é usual o recurso a instrumentos, tais como questionários, indicadores de qualidade, auditorias e ciclos *PDSA*, porque cada sistema apresenta necessidades específicas. A avaliação da qualidade nos Cuidados de Saúde Primários é uma temática que merece ser ainda mais aprofundada futuramente.

3.6 Avaliação da Qualidade nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal

Recentemente, a Direção Geral de Saúde (DGS) adotou o modelo de acreditação da *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia (ACSA)* como modelo oficial em Portugal. Este modelo é constituído por vários programas de acreditação, sendo considerado um modelo que aborda a qualidade de uma forma integral. A qualidade é enquadrada de forma progressiva e é considerada um processo dinâmico, contínuo e evolutivo, que reflete não apenas o grau de desenvolvimento da qualidade na organização no seu estado atual, com também a sua possível evolução e crescimento. O modelo ACSA é válido para as unidades funcionais dos CSP em Portugal (Direção Geral de Saúde, 2014).

Para avaliar a qualidade organizacional dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal, utilizaram-se ao longo das duas últimas décadas alguns instrumentos de avaliação, tais como a Monitorização da Qualidade Organizacional dos Centros de Saúde (MoniQuOr), o Diagnóstico da Qualidade Organizacional (DiQuOr), Guia do Auditor e a Grelha de Diagnóstico do Desenvolvimento Organizacional nas Unidades de Saúde Familiar (Grelha DiOr-USF). Como resultado de melhoria, em 2018 surgiu a Grelha de Diagnóstico de Desenvolvimento Organizacional nos Cuidados de Saúde Primários (Grelha DiOr-CSP) (Administração Central do Sistema de Saúde, IP, 2019b).

Atualmente, através da Grelha DiOr-CSP e do Índice de Desempenho Global (este permite avaliar uma unidade funcional com base em indicadores e varia entre 0 e 100) é possível avaliar a qualidade de uma Unidade Funcional através de perspetivas diferentes. Ambos foram desenvolvidos no âmbito da reforma do Serviço Nacional de Saúde, na área dos Cuidados de Saúde Primários.

3.6.1 Equipe Regional de Apoio e Acompanhamento

A Equipe Regional de Apoio e Acompanhamento (doravante designada por ERA) é uma equipa multiprofissional de assessoria técnica, supervisão, apoio especializado e acompanhamento. Esta equipa tem como objetivo o relançamento da reforma do Serviço Nacional de Saúde na área dos Cuidados de Saúde Primários (Ministério da Saúde, 2016).

A ERA encontra-se direcionada para a estimulação de boas práticas de gestão e governação clínica e de saúde junto dos ACeS e Unidades Funcionais. É composta por uma equipa ajustada à dimensão da área geográfica de cada ARS, IP, número de ACeS e respetivas Unidades Funcionais (Ministério da Saúde, 2016).

No processo de candidatura e de avaliação das Unidades Funcionais, para a transição de modelo de desenvolvimento organizacional (no caso das USF, transição de modelo A para modelo B), compete à ERA, a validação do Formulário Eletrónico, o Cronograma de avaliação e Programa de auditoria. Após a Unidade Funcional proceder à pontuação da Grelha DiOr-CSP e suportes documentais, a ERA deverá iniciar a auditoria principal seguido do relatório da mesma e um programa de auditoria focalizada se necessário. Desta forma, se a ERA considerar essencial o programa de auditoria focalizada, deverá ser agendada uma reunião conjunta entre a Unidade Funcional e a ERA, para permitir à ERA focalizar a auditoria e elaborar o Parecer Técnico Final (Coordenador Nacional para a Reforma Cuidados Primários, 2018).

A equipa de auditores deverá ser constituída no mínimo por três elementos, sendo estes, preferencialmente pertencentes à ERA e integrando sempre que seja possível, no caso das USF ou UCSP, um médico, um enfermeiro e um assistente técnico (Coordenador Nacional para a Reforma Cuidados Primários, 2018).

Além do preenchimento da Grelha DiOr-CSP, para a transição de modelo de desenvolvimento organizacional (no caso das USF, de modelo A para modelo B), também é necessário a obtenção de um Índice de Desempenho Global igual ou superior a 50% e um Índice de Desempenho Setorial simultaneamente em todas as subáreas da matriz da contratualização igual ou superior a 50% (Coordenador Nacional para a Reforma Cuidados Primários, 2018).

3.6.2 Auditoria

Etimologicamente, a palavra auditoria surge do latim, do verbo *audire* que significa ouvir, por outro lado, a palavra auditor também provém do latim, da palavra *auditore*, sendo este reconhecido como “aquele que ouve, ou ouvinte”. Esta avalia se um determinado parâmetro está a ser cumprido com base num padrão conhecido. Desta forma, permite aos prestadores de cuidados de saúde e pacientes obterem conhecimento sobre a qualidade dos serviços e detetar alvos de melhoria. O objetivo de uma auditoria é alcançar a melhoria contínua da qualidade e melhorar os resultados (Limb *et al.*, 2017).

A Operacionalização da Contratualização de Cuidados de Saúde Primários 2019, descreve que o processo de melhoria contínua da qualidade contempla sete fases (Tabela 3.1) (Administração Central do Sistema de Saúde, 2019a).

Tabela 3.1 – As sete fases do processo de melhoria contínua de qualidade.

Fases	Descrição
1ª Fase	Identificação do problema ou área que será alvo de possível melhoria.
2ª Fase	Definição do processo e resultado esperado é uma previsão do que irá acontecer.
3ª Fase	Avaliação do desempenho anual, consiste em compreender o que está a acontecer na realidade.
4ª Fase	Introdução de alterações, é nesta fase que surge a discussão, a análise dos resultados e as possíveis medidas corretivas. Deverão ser descritas as propostas de melhoria, as estratégias implementadas, o cronograma de implementação e os respetivos responsáveis pela implementação.
5ª Fase	Introdução das mudanças, corresponde à implementação das estratégias identificadas na fase anterior.
6ª Fase	Reavaliação do desempenho atual, é semelhante à terceira fase, no entanto, esta só deverá ocorrer no início de um novo ciclo de auditoria.
7ª Fase	Repetição do ciclo a partir da quarta fase, é a repetição do ciclo (onde inclui a quarta, quinta e sexta fase) até que o resultado esperado permita monitorizar o processo.

Fonte: Adaptado do Guia de Operacionalização da Contratualização dos Cuidados de Saúde Primários 2019.

Existem duas tipologias de auditoria quanto ao sujeito que a realiza, designadamente, auditoria interna e auditoria externa (Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento, 2009). A nova grelha DiOr-CSP exige estes dois tipos de auditorias, a auditoria interna e a auditoria externa. A auditoria interna é elaborada pelos profissionais da própria Unidade Funcional, permitindo assim uma autoavaliação da Unidade Funcional e presta auxílio ao cumprimento da missão dos Conselhos Clínicos e de Saúde (CSS) e das Equipas Regionais de Apoio e Acompanhamento. Em contraste, a auditoria externa é elaborada pela equipa da ERA, esta define-se como crucial em processos de auditoria para a transição e manutenção de modelo organizacional (por exemplo, USF modelo B), como também forma uma seriação das unidades funcionais em todos os processos de tomada de decisão que necessitem desta, nomeadamente, adesão a programa de certificação/acreditação e candidaturas (Ministério da Saúde, 2018).

3.6.3 Grelha de Diagnóstico de Desenvolvimento Organizacional nos Cuidados de Saúde Primários

Em 2018, surgiu a Grelha de Diagnóstico de Desenvolvimento Organizacional nos Cuidados de Saúde Primários, esta é baseada na Grelha DiOr-USF (versão 2012), na Estratégica Nacional para a Qualidade em Saúde 2015-2020, no Plano Nacional de Saúde (revisão e extensão a 2020), no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 e no Manual de Acreditação de Unidades - Gestão Clínica (Administração Central do Sistema de Saúde, 2019b).

A Grelha DiOr-CSP é uma ferramenta de melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados. Esta divide-se em três grupos, nomeadamente, processos de gestão, processos assistenciais e processos de suporte e é composta por 133 critérios (divididos por duas categorias, A e B, 50 e 83 critérios, respetivamente, que por sua vez, se diferenciam em dois níveis de cumprimento, nível I e nível II) (Administração Central do Sistema de Saúde, 2019b).

Para as Unidades de Saúde Familiar transitaram de modelo A para modelo B, ao nível da grelha, é obrigatório o cumprimento de 100% dos critérios A, pelo menos 60% de cumprimento dos critérios B, bem como o cumprimento do critério 1.1 B pelo nível II (Acessibilidade do cidadão, nível II: *Existe evidência de reflexão trimestral sobre os resultados da monitorização (ata de reunião do CG ou equipa multiprofissional) e de ações de melhoria implementadas. Garantia de agendamento de consulta programada em 5 dias úteis*) (Administração Central do Sistema de Saúde, 2019b).

Quando não se verifica evidência objetiva para validar os requisitos de cada critério, é atribuído o valor de 0, indicando um não cumprimento do mesmo. Se o critério for cumprido pelo nível I, é atribuído o valor 1, se for cumprido pelo nível I e II, é atribuído o valor 2. Por outro lado, o nível II apenas é válido se o nível I for cumprido. Em adição, quando o nível II não é aplicável, é atribuído o valor 2 em caso de cumprimento do nível I (Administração Central do Sistema de Saúde, 2019b).

Existe uma métrica que permite qualificar a avaliação da Grelha DiOr-CSP relativamente ao seu grau de cumprimento: Não satisfaz [< 40% [; Satisfaz [40 a 60% [; Bom [60 a 75% [; Muito bom [75 a 90% [; Excelente [> 90%] (Administração Central do Sistema de Saúde, 2019b).

A grelha DiOr-CSP poderá ser consultada no Anexo A.

3.6.4 Índice de Desempenho Global

Para quantificar e qualificar o desempenho de unidades funcionais, diminuir a variabilidade dos resultados alcançáveis e promover a melhoria contínua, existe um instrumento denominado de Índice de Desempenho Global (IDG), que varia entre 0 e 100, a sua monitorização ocorre com recurso à plataforma do Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP), disponível na internet através do site <https://bicsp.min-saude.pt>, onde são publicados de forma contínua os resultados do IDG, do Índice de Desempenho Setorial (IDS) e as suas respetivas dimensões e indicadores (Ministério da Saúde, 2020).

O IDG é obtido pela soma ponderada dos Índices de Desempenho Sectoriais das Áreas (IDS_A), sendo cada um destes obtido pela soma ponderada dos Índices de Desempenho Sectoriais das Subáreas (IDS_S) (Administração Central do Sistema de Saúde, 2019a). Por sua vez, cada IDS_S é obtido pela soma ponderada dos Índices de Desempenho Sectoriais das Dimensões (IDS_D) (Administração Central do Sistema de Saúde, 2019a).

As ponderações dos IDS_A, IDS_S e IDS_D são alvo de correção nas seguintes situações:

- Omissão de componentes da Matriz de Desempenho (*e.g.* existência de uma dimensão da matriz sem indicadores nem métricas validadas; existência de uma subárea da matriz em que todas as dimensões ficaram por operacionalizar);
- Unidade Funcional que, por razões não imputáveis à própria (de contexto ou outras), não possam assumir/não necessitem de alguma dimensão de atividade da matriz multidimensional, situação em que o cálculo do IDG se obtém corrigindo as ponderações das dimensões restantes (Administração Central do Sistema de Saúde, 2019a).

Os resultados dos respetivos IDG, IDS_A, IDS_S e IDS_D foram ponderados de acordo com a metodologia descrita no Anexo VII do documento “Operacionalização da contratualização nos Cuidados de Saúde Primários 2019” (Administração Central do Sistema de Saúde, 2019a).

No caso das USF, o IDG é composto por cinco áreas, cada uma com uma ponderação diferente, Desempenho Assistencial (50%), Serviços (10%), Qualidade Organizacional (20%), Formação (10%) e Atividade Científica (10%) (Administração Central do Sistema de Saúde, 2019a).

O Desempenho Assistencial é calculado mensalmente (através do IDS_A) e engloba as subáreas: Acesso, Gestão da Saúde, Gestão da Doença, Qualificação da Prescrição e Satisfação dos Utentes. Cada subárea incorpora diversas Dimensões. As Dimensões contratualizadas variam anualmente (Administração Central do Sistema de Saúde, 2019a). A Tabela 3.2 apresenta a Matriz do Desempenho Assistencial com as ponderações da área, subáreas e dimensões, indicando as subáreas e dimensões contratualizadas em 2019.

Tabela 3.2 – Matriz do Desempenho Assistencial com as ponderações da área, subáreas e dimensões.

Área	Subárea	Dimensão	2019
Desempenho Assistencial (50%)	Acesso (20%)	Cobertura ou Utilização (10%)	Sim
		Atendimento Telefónico (10%)	Não
		Consulta no Próprio Dia (10%)	Sim
		Distribuição das Consultas Presenciais no Dia (10%)	Sim
		Trajetos do Utente na Unidade Funcional (10%)	Não
		Personalização (10%)	Sim
		Tempos Máximos de Resposta Garantidos (40%)	Sim
	Gestão da Doença (20%)	Diabetes Mellitus (25%)	Sim
		Doenças Aparelho Respiratório (25%)	Sim
		Hipertensão Arterial (25%)	Sim
		Multimorbilidade e Outros Tipos de Doença (25%)	Não
	Gestão da Saúde (20%)	Saúde da Mulher (25%)	Sim
		Saúde do Adulto (25%)	Sim
		Saúde do Idoso (25%)	Sim
		Saúde Infantil e Juvenil (25%)	Sim
	Qualificação da Prescrição (20%)	Prescrição Farmacoterapêutica (50%)	Sim
		Prescrição de Cuidados (20%)	Não
		Prescrição MCDT's (30%)	Sim
	Satisfação dos Utentes (20%)	Satisfação de Utentes (100%)	Não

Fonte: Administração Central do Sistema de Saúde, 2019a.

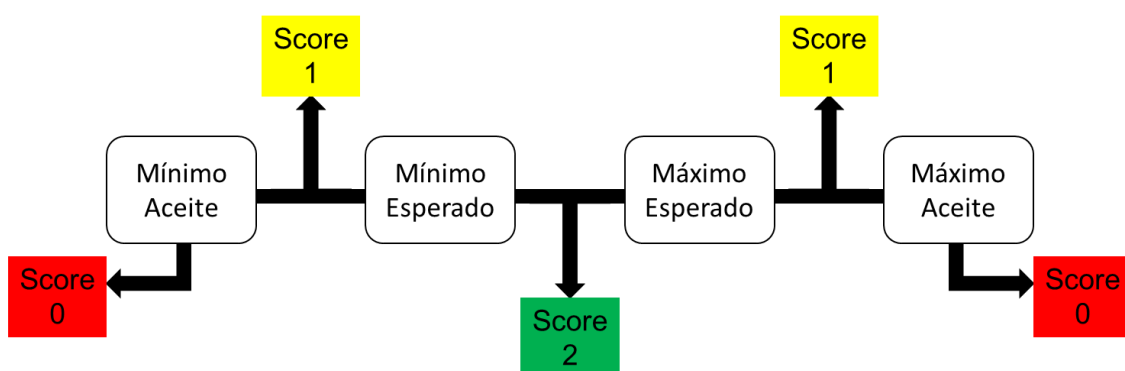
Em particular, quando uma área, subárea ou dimensão não é contratualizada, a sua ponderação no IDG é distribuída proporcionalmente pelas outras áreas (caso seja uma área não contratualizada), pelas outras subáreas da mesma área (caso seja uma subárea não contratualizada), ou pelas outras dimensões da mesma subárea (quando uma dimensão não é contratualizada) (Administração Central do Sistema de Saúde, 2019a).

No ano de 2019, por determinação da Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS) no documento “Operacionalização da Contratualização nos Cuidados de Saúde Primários 2019” (Tabela 3.2), na subárea do Acesso, foram apenas

contratualizadas as Dimensões: Cobertura ou Utilização, Personalização, Tempos Máximos de Resposta Garantidos, Consulta do Próprio Dia. Na Dimensão da Gestão da Saúde, foram contratualizadas todas as Dimensões que esta subárea inclui, nomeadamente, Saúde da Mulher, Saúde do Adulto, Saúde do Idoso e Saúde Infantil e Juvenil. Na subárea Gestão da Doença, apenas se contratualizou as Dimensões: Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial e Doenças do Aparelho Respiratório. Relativamente à subárea Qualificação da Prescrição, apenas as Dimensões: Prescrição Farmacoterapêutica e Prescrição de MCDT (Meios complementares de diagnóstico e terapêutica) foram contratualizadas. A subárea Satisfação de Utentes não foi contratualizada para o ano 2019, o que permitiu uma distribuição da sua ponderação pelas restantes subáreas contratualizadas. Cada dimensão inclui uma variedade de indicadores que irão permitir calcular o valor do Desempenho Assistencial com base nos resultados e, quando existem Dimensões que não são contratualizadas, a sua ponderação é distribuída pelas restantes (Administração Central do Sistema de Saúde, 2019a).

Para cada resultado de indicador é atribuído um score. O score pode variar entre 0 e 2. Quando o resultado do indicador for inferior ao mínimo aceite ou superior ao máximo aceite, atribui-se score de valor 0, quando o resultado do indicador for entre o mínimo aceite e o mínimo esperado ou entre o máximo esperado e o máximo aceite, o score atribuído será de valor 1 e por fim, quando o resultado for compreendido entre o mínimo esperado e o máximo esperado, é atribuído o score 2 (Figura 3.1) (Administração Central do Sistema de Saúde, 2019a).

Figura 3.1 – Representação do valor atribuído ao score, consoante o resultado do indicador.



Fonte: Elaboração própria com base em dados retirados de Administração Central do Sistema de Saúde, 2019a.

Uma vez que a subárea Satisfação dos Utentes não foi contratualizada para o ano de 2019 e esta apresentava uma ponderação de 20%, as restantes subáreas do Desempenho Assistencial beneficiaram de um aumento de 5 pontos percentuais cada uma. Na Tabela 3.3, é possível observar as subáreas, dimensões e indicadores contratualizados para o ano 2019 que o Desempenho Assistencial engloba (Administração Central do Sistema de Saúde, 2019a).

Os indicadores poderão ser consultados no documento “Bilhete de identidade dos indicadores dos Cuidados de Saúde Primários para o ano de 2017”, onde é possível encontrar a designação completa do indicador, o objetivo, a descrição do indicador, as regras de cálculo, observações gerais, o período de análise, a fórmula, a unidade de medida, a inclusão de utentes no indicador e o prazo para registos (Administração Central do Sistema de Saúde, 2017).

Tabela 3.3 – Matriz do Desempenho Assistencial com as subáreas, dimensões e indicadores contratualizadas para o ano de 2019.

Subárea	Dimensão	Indicador
Acesso (25%)	Cobertura ou Utilização (12,5%)	3 - Taxa de domicílios médicos por 1.000 inscritos
		330 - Índice de utilização anual de consultas médicas
		331 - Índice de utilização anual de consultas enferm.
		6 - Taxa de utilização de consultas médicas - 3 anos
		99 - Taxa utilização consultas de enfermagem - 3 anos
	Consulta no Próprio Dia (12,5%)	339 - Taxa anual ajustada episódios urgência hospitalar
		344 - Propor. consultas médicas realiz. no dia agendam.
		345 - Propor. consul. enfer. realiz. no dia do agendam.
	Distribuição das Consultas Presenciais no Dia (12,5%)	410 - Taxa anual ajustada utiliz. freq. urgência hospit.
		346 - Propor. consul. realiz. intervalo [8; 11]h (Q1)
		347 - Propor. consul. realiz. intervalo [11; 14]h (Q2)
	Personalização (12,5%)	348 - Propor. consul. realiz. intervalo [14; 17] (Q3)
349 - Propor. consul. realiz. intervalo [17; 20]h (Q4)		
Tempos Máximos de Resposta Garantidos (50%)	1 - Proporção de consultas realizadas pelo MF	
	5 - Proporção de consultas realizadas pelo EF	
Gestão da Doença (25%)	Diabetes Mellitus (33,33%)	335 - Prop. cons. ind. receipt. c/ resposta 3 dias úteis
		342 - Proporção consul. méd. inic. ut. <= 15 dias úteis
		261 - Proporção utentes DM c/ aval. risco úlcera pé
		274 - Propor. DM2 c/ indic. insul., em terap. adequada
		275 - Proporção novos DM2 em terap. c/ metform. monot.
		350 - Custo c/ terapêut. do doente c/ Diabetes Mellitus
	Doenças Aparelho Respiratório (33,33%)	351 - Custo c/ terap. doente c/ Diab. Mell. controlado
		39 - Proporção DM c/ última HbA1c <= 8,0%
		49 - Proporção utentes c/ DPOC, c/ FeV1 em 3 anos
	Hipertensão Arterial (33,33%)	20 - Proporção hipertensos < 65 A, com PA < 150/90
		352 - Custo c/ terapêut. do doente c/ HTA
	Gestão da Saúde (25%)	Saúde da Mulher (25%)
11 - Proporção gráv. c/ consulta méd. vigil. 1º trim.		
295 - Propor. puérp. 5+ cons. vig. enf. grav. e c/ RP		
307 - Proporção grávidas com ecografia 1º trimestre		
Saúde do Adulto (25%)		45 - Prop. mulheres [25;60]A, c/ rastr. C. Colo út.
		262 - Proporção utentes com avaliação risco DM2 (3A)
		46 - Proporção utentes [50; 75]A, c/ rastreio cancro CR
Saúde do Idoso (25%)		98 - Proporção utentes >= 25 A, c/ vacina tétano
		294 - Taxa domicílios enferm. p/ 1000 inscritos idosos
		297 - Prop. idosos s/ presc. prol. ansiol/sedat/hipnót
Saúde Infantil e Juvenil (25%)		30 - Proporção idosos ou doença crónica, c/ vac. gripe
		14 - Proporção RN c/ cons. méd. vigil. até 28 dias vida
	93 - Proporção crianças 2A, c/ PNV cumprido ou execução	
Qualificação da Prescrição (25%)	Prescrição Farmacoterapêutica (62,5%)	94 - Proporção crianças 7A, c/ PNV cumprido ou execução
		95 - Proporção jovens 14A, c/ PNV cumprido ou execução
		255 - Propor. quinolonas entre antib. fatur. (embal.)
		257 - Propor. cefalosp. entre antib. fatur. (embal.)
		259 - Proporção coxibes entre AINEs faturados (DDD)
	276 - Rácio DDD prescrita DPPC-4 e antidiabét. orais	
Prescrição MCDT's (37,5%)	341 - Despesa PVP medic. pres. compart. p/ insc. padrão	
	354 - Despesa MCDT prescr. p/ insc. padrão (p. conv.)	

Fonte: Administração Central do Sistema de Saúde, 2019a.

Legenda: A – Anos; AINEs – Anti-inflamatórios não esteroides; Cancro CR – Cancro do colon e reto; DDD – Dose Diária Definida; DM – Diabetes Mellitus; DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica; DPPC-4 – Dipeptidil peptidase-4; EF – Enfermeiro de Família; FeV1 – Volume Expiratório Forçado no 1º segundo; HbA1c – Hemoglobina glicosada; HTA – Hipertensão Arterial; MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica; MF – Médico de Família; PA – Pressão arterial; PNV – Plano Nacional Vacinação; PVP – Preço de Venda ao Público; Q1 – 1º quartil de horário; Q2 – 2º quartil de horário; Q3 – 3º quartil de horário; Q4 – 4º quartil de horário; RN – Recém-nascidos; RP – Revisão do Puerpério.

No total, para o ano de 2019, para a área do Desempenho Assistencial foram contratualizados 47 indicadores (Tabela 3.4) (Administração Central do Sistema de Saúde, 2019a).

A subárea do Acesso contempla 17 indicadores, divididos pelas cinco dimensões:

- Cobertura ou Utilização (5 indicadores);
- Consulta no Próprio Dia (4 indicadores);
- Distribuição das Consultas Presenciais no Dia (DCPD) (4 indicadores);
- Personalização (2 indicadores);
- Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG) (2 indicadores).

A subárea da Gestão da Doença (GD) inclui 10 indicadores, divididos pelas três dimensões desta subárea:

- Diabetes *Mellitus* (6 indicadores);
- Doenças Aparelho Respiratório (DAR) (1 indicador);
- Hipertensão Arterial (HTA) (3 indicadores).

A subárea da Gestão da Saúde (GS) contempla 14 indicadores, que estão divididos por quatro dimensões:

- Saúde da Mulher (4 indicadores);
- Saúde do Adulto (3 indicadores);
- Saúde do Idoso (3 indicadores);
- Saúde Infantil e Juvenil (4 indicadores).

A subárea da Qualificação da Prescrição (QP) apresenta 6 indicadores, divididos por duas dimensões:

- Prescrição Farmacoterapêutica (PF) (5 indicadores);
- Prescrição MCDT's (1 indicador).

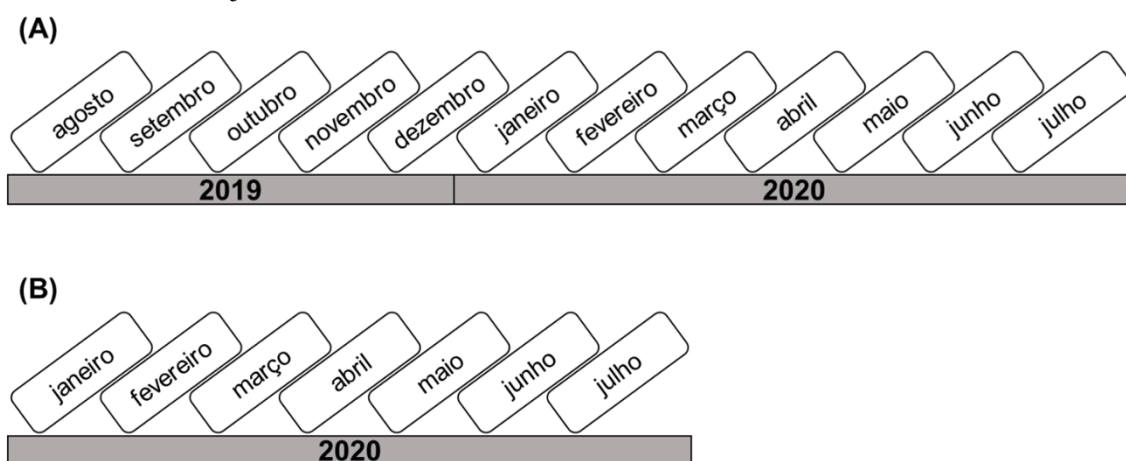
Tabela 3.4 – Número de indicadores contratualizados para o ano de 2019 para a área do Desempenho Assistencial, por subárea e dimensão.

Subárea	Nº Indicadores	Dimensão	Nº Indicadores
Acesso	17	Cobertura ou Utilização	5
		Consulta no Próprio Dia	4
		Distribuição das Consultas Presenciais no Dia	4
		Personalização	2
		Tempos Máximos de Resposta Garantidos	2
Gestão da Doença	10	Diabetes <i>Mellitus</i>	6
		Doenças Aparelho Respiratório	1
		Hipertensão Arterial	3
Gestão da Saúde	14	Saúde da Mulher	4
		Saúde do Adulto	3
		Saúde do Idoso	3
		Saúde Infantil e Juvenil	4
Qualificação da Prescrição	6	Prescrição Farmacoterapêutica	5
		Prescrição MCDT's	1
Total	47	Total	47

Fonte: Administração Central do Sistema de Saúde, 2019a.

Existem duas formas de visualizar o resultado dos indicadores, a forma flutuante e a forma fixa. Através da forma flutuante os indicadores são calculados com um período em análise de amplitude constante (análise flutuante), ou seja, durante os doze meses anteriores, por outro lado, através da forma fixa, os indicadores são calculados com um período em análise de amplitude crescente ao longo do ano (análise fixa), iniciando-se a 1 de janeiro de determinado ano (habitualmente do ano em curso) e terminando na data em que finda a monitorização (Figura 3.2). A análise utilizada para o cálculo do Desempenho Assistencial é baseada na forma flutuante (Administração Central do Sistema de Saúde, 2019a).

Figura 3.2 – Representação dos dois tipos de análise de indicadores utilizados. Exemplo do mês de julho de 2020. (A) Análise flutuante. (B) Análise fixa.



Fonte: Elaboração própria com base em dados retirados de Administração Central do Sistema de Saúde, 2019a.

Por outro lado, as restantes áreas, Serviços, Qualidade Organizacional, Formação Profissional e Atividade Científica (Tabela 3.5), têm uma ponderação de 50% no IDG e são avaliadas através dos conteúdos elaborados pelas Unidade Funcionais no Relatórios de Atividades de Unidades Funcionais (RAUF). Compete ao Conselho Clínico e de Saúde, bem como à Direção Executiva, a avaliação dos conteúdos do RAUF (Administração Central do Sistema de Saúde, 2019a).

Tabela 3.5 – Matriz das áreas: Serviços, Qualidade Organizacional, Formação Profissional e Atividade Científica com as suas respetivas subáreas e dimensões e as suas ponderações.

Área	Subárea	Dimensão	2019
Serviços (10%)	Serviços de Caráter Assistencial (80%)	Serviços de Caráter Assistencial (100%)	Sim
	Serviços de Caráter Não Assistencial (20%)	Atividades de Governação Clínica no ACES (80%)	Sim
		Outras Atividades Não Assistenciais (20%)	Sim
Qualidade Organizacional (20%)	Melhoria Contínua da Qualidade (40%)	Acesso (25%)	Sim
		Programa de melhoria contínua da Qualidade e Processos Assistenciais Integrados (75%)	Sim
	Segurança (40%)	Segurança dos Utentes (40%)	Não
		Segurança dos Profissionais (30%)	Sim
		Gestão do Risco (30%)	Não
Centralidade no Cidadão (20%)	Centralidade no Cidadão (100%)	Não	
Formação Profissional (10%)	Interna (80%)	Formação da Equipa Multiprofissional (50%)	Não
		Formação de Internos e Alunos (50%)	Sim
	Externa (20%)	Serviços de Formação Externa (100%)	Não
Atividade Científica (10%)	Auditoria de Artigos Escritos, Apreensão de Comunicações e Participação em Conferências (50%)	Auditoria de Artigos Escritos, Apreensão de Comunicações e Participação em Conferências (100%)	Não
	Trabalho de Investigação (50%)	Trabalho de Investigação (100%)	Não

Fonte: Administração Central do Sistema de Saúde, 2019a.

A maioria dos sistemas que usam indicadores para avaliar o desempenho de unidades de saúde no setor público, visam produzir benefícios ao nível da eficiência e equidade, no entanto, também podem existir outras consequências (Smith, 1995). Este identificou oito consequências resultantes da publicação de dados de desempenho que não são intencionais e que poderão ser disfuncionais, nomeadamente, visão em túnel, subotimização, miopia, fixação com a medição, informação falsa, interpretação errada, *gaming* e ossificação. A visão em túnel caracteriza-se por um foco excessivo por um determinado objetivo mensurado. A subotimização define-se como uma perseguição por objetivos restritos em vez de objetivos amplos da organização. A miopia define-se por uma perseguição por objetivos a curto prazo. A fixação pela medição caracteriza-se pela procura de estratégias que reforçam a medida e não o objetivo associado. A informação falsa define-se pela manipulação deliberada de dados. A interpretação errada define-se por tirar conclusões erradas de dados de desempenho em estado bruto. O *gaming*

caracteriza-se pela manipulação deliberada de comportamentos para assegurar vantagem estratégica, como por exemplo, a divulgação de potencial reduzido de melhoramento por parte dos gestores. A ossificação define-se como uma paralisia organizacional devido à avaliação rígida do desempenho (Smith, 1995). Freeman refere que os indicadores podem até ser imprecisos, enganadores ou até mesmo perigosos. Os indicadores de qualidade existentes nos cuidados de saúde devem ser utilizados cuidadosamente (Freeman, 2002).

A utilização de índices, como o IDG, que engloba um conjunto de indicadores individuais, apresentam vantagens e desvantagens. São vantajosos na medida em que permitem resumir questões multidimensionais ou complexas, apresentam uma maior facilidade de interpretação e facilitam a comunicação com o público geral. Em contraste, os índices também apresentam desvantagens, uma vez que podem conduzir a conclusões simplistas, podem transmitir informações erradas se forem elaborados ou interpretados de forma errada e podem mascarar lacunas de determinadas dimensões (Nardo *et al.*, 2005).

A metodologia utilizada pelo IDG é complexa, este categoriza os indicadores por várias dimensões, subáreas e áreas, o que torna o processo de avaliação da qualidade nos Cuidados de Saúde Primários uma tarefa exigente e complexa. Face ao revisto na literatura, apresenta algumas similaridades aos indicadores utilizados nos *QOF* do Reino Unido (estes categorizam os indicadores em três dimensões). O IDG requer também um acompanhamento contínuo ao longo do ano de contratualização. O acompanhamento contínuo que se realizou apenas foi possível através da realização do estágio no ACeS Algarve I – Central e USF Golfinho.

4. ESTÁGIO

O estágio decorreu no âmbito do segundo ano do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde com uma duração de seiscentas e quarenta horas. Este teve início a sete de outubro de 2019 e terminou a onze de março de 2020. As atividades desenvolvidas ocorreram maioritariamente no espaço do ACeS Algarve I – Central e no polo de Faro da USF Golfinho.

4.1 Etapas do Estágio

O estágio foi dividido em três etapas fundamentais.

Numa fase inicial, procedeu-se a uma avaliação inicial da Grelha DiOr-CSP, onde se realizou um levantamento das conformidades e não conformidades existentes segundo a Grelha. Foram ainda observados alvos de possível melhoria da Grelha DiOr-CSP.

Numa fase posterior, foram propostas diversas sugestões nas reuniões multidisciplinares da USF Golfinho (Apêndice 1), onde se verificou uma colaboração dos profissionais da USF, a fim de corrigir as várias não conformidades detetadas no preenchimento da Grelha DiOr-CSP. Estas sugestões antes de serem apresentadas aos profissionais da USF Golfinho foram previamente analisadas por um dos três dos Vogais do Conselho Clínico e de Saúde.

Numa fase final, procedeu-se a uma reavaliação da Grelha DiOr-CSP. Compreender se existe uma possível melhoria ao nível do cumprimento da Grelha DiOr-CSP irá beneficiar o IDG da Unidade. Na fase final (avaliação de março), já foram incluídas na USF Golfinho algumas alterações baseadas na introdução das sugestões, tais como:

- Mencionar o procedimento para obtenção de segunda opinião por parte dos cidadãos no Guia de Acolhimento;
- Incluir critério de visita domiciliária no Guia de Acolhimento;
- Publicitar informação para sensibilizar para a colaboração dos utentes na formação dos novos profissionais de saúde;
- Elaborar um calendário anual com as datas de reuniões com os respetivos temas/áreas a serem debatidas em reunião, bem como a anotação de quem é o profissional responsável pela elaboração da ata;
- Afixar a carta dos direitos e deveres adaptada no polo de Estoi;
- Disponibilizar folhas de sugestões junto da caixa de sugestões e material para escrever nas mesmas.

Ao longo do estágio, fez-se um acompanhamento do IDG da unidade, com recurso à plataforma do BI-CSP, bem como do IDG por lista de utentes (indicadores referentes apenas aos Médicos de Família a nível individual), com recurso ao Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais (MIM@UF), procurou-se compreender quais os indicadores que afetavam positiva e negativamente o IDG, também se analisou quais os indicadores que apresentavam potencial de melhoria com vista a alcançar o seu

cumprimento e também foi possível contribuir para diversas atividades no ACeS Algarve I – Central e na USF Golfinho, que serão descritas nos subcapítulos seguintes, 4.2 e 4.3, respetivamente.

4.2 Atividades realizadas no Agrupamento de Centros de Saúde Algarve I – Central

Durante a realização do estágio, foi possível contribuir em diversas atividades no ACeS Algarve I – Central, tais como:

- Colaboração na elaboração da Orientação interna nº 2 do CCS do ACeS Algarve I – Central: Elaboração do Guia de Acolhimento;
- Colaboração na elaboração do organograma do ACeS Algarve I – Central (Figura 2.2);
- Colaboração no levantamento de dados relativos aos scores do IDG do ano de 2019 de vinte e quatro unidades funcionais do ACeS Algarve I – Central (UCC, UCSP e USF);
- Participação na qualidade de formando nas seguintes formações:
 - Qualidade e Auditoria em Saúde, no dia 19 de novembro de 2019 (formadores: Enf.^a Inês Lourenço e Doutor Filipe Figueiredo);
 - SClínico (versão 3.3), no dia 4 de dezembro de 2019 (formador: Enf. Óscar Silva);
 - Comemoração do 10º Aniversário da Unidade de Cuidados na Comindade Faro, no dia 19 de dezembro de 2020;
 - Dia da Partilha, no dia 10 de março de 2020 (moderadora: Enf.^a Lília Reis), onde foram abordadas as seguintes temáticas:
 - ✓ Ser cuidador na doença;
 - ✓ O papel das auditorias internas podem representar a melhoria continua da qualidade;
 - ✓ Testamento vital;
 - ✓ Saúde escolar;
 - ✓ Para onde vai o papel;
 - ✓ Avaliação do risco cardiovascular/diabetes;
 - ✓ Grupos de Apoio a Saúde Mental Infantil (GASMI);
 - ✓ Coronavírus: alguns aspetos/medidas de Saúde Pública.

No âmbito dos Cuidados de Saúde Primários, ainda existiu a participação como formando no 11º Encontro Nacional das USF, organizado pela Associação Nacional das Unidades de Saúde Familiar durante os dias 29 e 30 de novembro de 2019, onde foi possível participar nos seguintes *workshops*:

- Profissionais de Saúde Felizes - porque não? Escreva o seu plano pessoal de vida;
- Uso de plataformas de saúde pelos utentes - papel dos profissionais das USF;
- BI-CSP.

4.3 Atividades realizadas na Unidade de Saúde Familiar Golfinho

Durante a realização do estágio, foi possível contribuir para atividades na USF Golfinho, tais como:

- Alteração da altura de afixação de documentos, para permitir a visualização a utentes com dificuldades motoras;
- Colaboração na elaboração:
 - Folhas de sugestões para a Caixa de Sugestões (Apêndice 5);
 - Guia de Acolhimento (Apêndice 6);
 - Modelo de Atas (Apêndice 7);
 - Introdução do regime de rotatividade na dinamização e moderação das reuniões;
 - Calendário de reuniões para os anos 2019 e 2020 (Apêndice 8);
 - Adaptação de horários dos profissionais para utentes (Apêndice 9) exemplo;
 - Alteração do design e qualidade gráfica de panfletos e documentos publicitados;
- Monitorização:
 - IDG da Unidade mensalmente;
 - IDG por Médico e Enfermeiro de Família mensalmente.
- Elaboração:
 - Lista de auditorias exigidas pela Grelha DiOr-CSP;
 - Lista de procedimentos exigidos pela Grelha DiOr-CSP.

4.4 Avaliação inicial da Grelha DiOr-CSP

Após uma avaliação inicial da Grelha DiOr-CSP (Tabela 4.1), constatou-se que, em outubro de 2019, a USF Golfinho apenas cumpriu 26,92% dos critérios totais, o que segundo a métrica atribuída para classificar o resultado da avaliação da Grelha DiOr-CSP, corresponde a “Não-satisfaz”. Dos critérios cumpridos, do tipo A apenas eram cumpridos 27,27% e do tipo B 26,67%.

Tabela 4.1 – Resultado da avaliação inicial da Grelha DiOr-CSP, realizada a outubro de 2019.

Processos	Total de Critérios		Resultado			Totais - Cumprimento				
				Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Gestão	Critérios A	13	24	Não Conforme	11	84,6%	2	15,38%	5	20,83%
				Nível 1	1	7,7%				
				Nível 2	1	7,7%				
	Critérios B	11		Não Conforme	8	72,7%	3	27,27%		
				Nível 1	2	18,2%				
				Nível 2	1	9,1%				
Assistenciais	Critérios A	24	36	Não Conforme	15	62,5%	9	37,50%	12	33,33%
				Nível 1	7	29,2%				
				Nível 2	2	8,3%				
	Critérios B	12		Não Conforme	9	75,0%	3	25,00%		
				Nível 1	2	16,7%				
				Nível 2	1	8,3%				
Suporte	Critérios A	18	70	Não Conforme	14	77,8%	4	22,22%	18	25,71%
				Nível 1	3	16,7%				
				Nível 2	1	5,6%				
	Critérios B	52		Não Conforme	38	73,1%	14	26,92%		
				Nível 1	3	5,8%				
				Nível 2	11	21,2%				
Total	Critérios A	55	130	Não Conforme	40	72,7%	15	27,27%	35	26,92%
				Nível 1	11	20,0%				
				Nível 2	4	7,3%				
	Critérios B	75		Não Conforme	55	73,3%	20	26,67%		
				Nível 1	7	9,3%				
				Nível 2	13	17,3%				

Fonte: Grelha de Diagnóstico de Desenvolvimento Organizacional nos Cuidados de Saúde Primários (versão 2019).

Relativamente ao cumprimento dos critérios por processos, o processo de gestão apresentou um cumprimento de 20,83%, o processo assistencial um cumprimento de 33,33% e o processo de suporte um cumprimento de 25,71%. Não se verificou o cumprimento do critério 1.1 B pelo nível II.

4.5 Reavaliação da Grelha DiOr-CSP

Após uma reavaliação da Grelha DiOr-CSP, em março de 2020, no final do estágio (Tabela 4.2), constatou-se que a USF Golfinho cumpriu 46,92% dos critérios totais, segundo a métrica atribuída para classificar o resultado da avaliação da Grelha DiOr-CSP, corresponde a “Satisfaz”. Dos critérios cumpridos, do tipo A foram cumpridos 52,73% e do tipo B 42,67%.

Tabela 4.2 – Resultado da reavaliação da Grelha DiOr-CSP, realizada a março de 2020.

Processos	Total de Critérios		Resultado			Totais - Cumprimento				
				Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Gestão	Critérios A	13	24	Não Conforme	8	61,5%	5	38,46%	13	54,17%
				Nível 1	2	15,4%				
				Nível 2	3	23,1%				
	Critérios B	11		Não Conforme	3	27,3%	8	72,73%		
				Nível 1	2	18,2%				
				Nível 2	6	54,5%				
Assistenciais	Critérios A	24	36	Não Conforme	9	37,5%	15	62,50%	22	61,11%
				Nível 1	6	25,0%				
				Nível 2	9	37,5%				
	Critérios B	12		Não Conforme	5	41,7%	7	58,33%		
				Nível 1	4	33,3%				
				Nível 2	3	25,0%				
Suporte	Critérios A	18	70	Não Conforme	9	50,0%	9	50,00%	26	37,14%
				Nível 1	6	33,3%				
				Nível 2	3	16,7%				
	Critérios B	52		Não Conforme	35	67,3%	17	32,69%		
				Nível 1	3	5,8%				
				Nível 2	14	26,9%				
Total	Critérios A	55	130	Não Conforme	26	47,3%	29	52,73%	61	46,92%
				Nível 1	14	25,5%				
				Nível 2	15	27,3%				
	Critérios B	75		Não Conforme	43	57,3%	32	42,67%		
				Nível 1	9	12,0%				
				Nível 2	23	30,7%				

Fonte: Grelha de Diagnóstico de Desenvolvimento Organizacional nos Cuidados de Saúde Primários (versão 2019).

Relativamente ao cumprimento dos critérios por processos, o processo de gestão apresentou um cumprimento de 54,17%, o processo assistencial um cumprimento de 61,11% e o processo de suporte um cumprimento de 37,14%. Não se verificou o cumprimento do critério 1.1 B pelo nível II.

4.6 Balanço da Grelha DiOr-CSP

Ao nível do cumprimento da Grelha DiOr-CSP, entre outubro de 2019 e março de 2020, foi possível constatar uma melhoria de “Não-satisfaz” para “Satisfaz”. Existiu um aumento em 20 pontos percentuais dos critérios totais. Relativamente aos critérios do tipo A, existiu uma melhoria de 25,45 pontos percentuais e uma melhoria de 16 pontos percentuais dos critérios do tipo B.

No caso do cumprimento dos critérios por processos, destaca-se o processo de gestão, onde se verificou a maior melhoria face aos restantes processos, melhorou em 33,33 pontos percentuais, por outro lado, o processo assistencial obteve uma melhoria de 27,78 pontos percentuais e por fim, o processo de suporte uma melhoria de 11,43 pontos percentuais.

Em suma, todos os processos da Grelha DiOr-CSP melhoraram de uma forma notória, resultado das sugestões implementadas durante a realização do estágio na USF Golfinho. Nem todas as sugestões foram implementadas, na sua totalidade, uma vez que algumas necessitaram de um período de implementação superior ao período de realização do estágio e estas também dependem da disponibilidade dos profissionais da USF.

O Guia do Acolhimento demonstrou ser um documento essencial para melhorar a qualidade da USF. A existência de um Guia de Acolhimento bem estruturado e completo permite a validação parcial dos seguintes critérios da Grelha DiOr-CSP:

- 1.2 D - Instrumentos estratégicos (Carta de Compromisso, Carta da Qualidade, Guia de Acolhimento e Manual de Articulação);
- 2.1 G - Direito a segunda opinião;
- 2.1 J - Participação dos utentes em atividades de ensino;
- 2.2 B - Informação documentada sobre a organização;
- 2.2 D - Atendimento no próprio dia;
- 2.2 E - Visitas Domiciliárias (VD);
- 2.2 G - Sistema de renovação de medicação crónica;
- 3.1.2 G - Guia de acolhimento.

O Guia de Acolhimento da USF Golfinho poderá ser consultado no Apêndice 6 deste Relatório de Estágio.

Além do Guia de Acolhimento, as atas, as auditorias e o Manual de Procedimentos revelaram ser documentos cruciais para o preenchimento da Grelha DiOr-CSP, estes são documentos que abrangem diversos critérios da Grelha DiOr-CSP.

Embora se verifiquem estas melhorias, com o não cumprimento do Critério 1.1 B, e pela unidade não cumprir a totalidade os critérios tipo A (restando ainda 47,27% do seu cumprimento), e 60% do tipo B (restando ainda 17,33% do seu cumprimento). Esta USF ainda não reúne os requisitos necessários de cumprimento da Grelha DiOr-CSP para transitar para USF modelo B.

4.7 Análise do Índice de Desempenho Global

No decorrer do estágio, com recurso à plataforma do Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários, analisou-se o IDG com destaque para a área do Desempenho Assistencial.

O IDG da unidade sofreu várias alterações durante o último trimestre de 2019. Na Tabela 4.3 consta o IDG dos meses de outubro, novembro e dezembro de 2019. No mês de outubro o IDG foi de 64,9%, no mês seguinte apresentou uma diminuição de 1,1 pontos percentuais (63,8%) e no mês de dezembro teve um aumento significativo de 12,9 pontos percentuais (76,7%).

Tabela 4.3 – Índice de Desempenho Global no último trimestre de 2019 (dados recolhidos em maio de 2020).

Índice de Desempenho Global	outubro	novembro	dezembro
	64,90%	63,80%	76,70%

4.7.1 Análise do Desempenho Assistencial

Na Tabela 4.4, consta o IDS_A do Desempenho Assistencial nos últimos três meses de 2019. No mês de outubro o IDS_A foi de 57,8% (Apêndice 2), no mês de novembro sofreu uma diminuição de 1,2 pontos percentuais, e passou a ser de 6,6% (Apêndice 3), e no mês seguinte teve uma melhoria de 1,5 pontos percentuais, perfazendo 58,1% (Apêndice 4).

Tabela 4.4 – Índice de Desempenho Setorial de Área do Desempenho Assistencial no último trimestre de 2019 (dados recolhidos em maio de 2020).

Área	outubro	novembro	dezembro
Desempenho Assistencial	57,80%	56,60%	58,10%

Na Tabela 4.5, é possível observar os IDS_S das subáreas do Desempenho Assistencial ao longo do último trimestre de 2019. A subárea do Acesso, em outubro apresentou um IDS_S de 71,6% que melhorou no mês de novembro 1,2 pontos percentuais, e no mês seguinte, dezembro, não sofreu alterações. O IDS_S da subárea da Gestão da Doença e da subárea Gestão da Saúde mantiveram-se inalteradas ao longo do último trimestre de 2019 (55,6% e 22,9% respectivamente). O IDS_S da subárea Qualificação da Prescrição em outubro apresentou um valor de 81,3%, no mês de novembro sofreu uma diminuição de 6,3 pontos percentuais em novembro, que recuperou no mês de dezembro (81.3%).

Tabela 4.5 – Índice de Desempenho Setorial de Subáreas referentes ao último trimestre de 2019 (dados recolhidos em maio de 2020).

Subárea	outubro	novembro	dezembro
Acesso	71,60%	72,80%	72,80%
Gestão da Doença	55,60%	55,60%	55,60%
Gestão da Saúde	22,90%	22,90%	22,90%
Qualificação da Prescrição	81,30%	75%	81,30%

Uma vez que a subárea Gestão da Saúde não apresentou um IDS_S de pelo menos 50%, nos três meses de análise, verifica-se uma não conformidade e, desta forma, a unidade não reúne condições para se candidatar a modelo B.

Na Tabela 4.6, é possível observar os IDS_D. Na subárea do Acesso, apenas houve uma melhoria na Dimensão: Cobertura ou Utilização. Tanto na subárea da Gestão

da Doença bem como na Gestão da Saúde, não existiu qualquer tipo de alteração no IDS_D. Por fim, a subárea Qualificação da Prescrição demonstrou um decréscimo de 6,3 pontos percentuais no IDS_D da Prescrição Farmacoterapêutica no mês de novembro, que rapidamente foi recuperado no mês seguinte (81,3%).

Tabela 4.6 – Índice de Desempenho Setorial de Dimensões referentes ao último trimestre de 2019 (dados recolhidos em maio de 2020).

Subárea	Dimensão	outubro	novembro	dezembro
Acesso	Cobertura ou Utilização	10,0%	20,0%	20,0%
	Consulta no Próprio Dia	50,0%	50,0%	50,0%
	Distribuição das Consultas Presenciais no Dia	62,5%	62,5%	62,5%
	Personalização	50,0%	50,0%	50,0%
	Tempos Máximos de Resposta Garantidos	100,0%	100,0%	100,0%
Gestão da Doença	Diabetes <i>Mellitus</i>	33,3%	33,3%	33,3%
	Doenças Aparelho Respiratório	50,0%	50,0%	50,0%
	Hipertensão Arterial	83,3%	83,3%	83,3%
Gestão da Saúde	Saúde da Mulher	25,0%	25,0%	25,0%
	Saúde do Adulto	33,3%	33,3%	33,3%
	Saúde do Idoso	33,3%	33,3%	33,3%
	Saúde Infantil e Juvenil	0,0%	0,0%	0,0%
Qualificação da Prescrição	Prescrição Farmacoterapêutica	70,0%	60,0%	70,0%
	Prescrição MCDT	100,0%	100,0%	100,0%

Sendo que um dos pré-requisitos ao nível do IDG para ser possível uma USF se candidatar a modelo B é apresentar um IDS_S de 50% (no mínimo) em todas as subáreas bem como no IDG, embora o IDG no mês de dezembro seja superior a 50% (76,7%), a unidade não cumpre o pré-requisito, porque a subárea Gestão da Saúde apresenta um IDS_S de 22,9%, que se manteve inalterado durante os últimos três meses de 2019. Neste sentido, a subárea Gestão da Saúde foi identificada com um alvo de melhoria.

Dentro da Gestão da Saúde, analisaram-se as dimensões que esta subárea inclui (Saúde da Mulher IDS_D de 25%, Saúde do Adulto IDS_D de 33,3%, Saúde do Idoso IDS_D de 33,3% e Saúde Infantil e Juvenil IDS_D de 0%). Após ser identificado que a Gestão da Saúde não cumpria um mínimo de 50%, observaram-se os indicadores que as quatro dimensões que esta subárea engloba pelas oito listas de utentes (referentes a cada Médico de Família) através do MIM@UF.

A dimensão Saúde da Mulher engloba quatro indicadores (indicadores nº **11**, **45**, **295** e **307**). O indicador nº **11**, *Proporção de grávidas com 1ª consulta médica de vigilância da gravidez, realizada no 1º trimestre*, apresenta um score de 2 e todas as listas

de utentes também apresentam um score de 2. O indicador nº **45**, *Proporção de mulheres entre [25; 60[anos, com rastreio do cancro do colo do útero efetuado*, apresenta um score de 0, e ao nível das oito listas de utentes, 75% das mesmas apresentam um score 0 e apenas 25% um score de 2. O indicador nº **295**, *Proporção de puérperas com 5 ou mais consultas de enfermagem em saúde materna durante a gravidez e com consulta de revisão de puerpério*, apresenta um score de 0 e ao nível das oitos listas de utentes, 62,5% apresentam um score de 0, apenas 12,5% um score de 1 e 25% um score de 2. Por fim, o indicador nº **307**, *Proporção de grávidas que realizaram, pelo menos um exame ecográfico durante o 1º trimestre de gravidez*, apresentou um score de 0, ao nível das oito listas de utentes, 62,5% apresentaram um score de 0, e 37,5% apresentaram um score de 2 (Tabela 4.7). Dos quatro indicadores apresentados, apenas existe um indicador com score 2, os restantes deverão ser melhorados pela unidade (indicadores nº **45**, **295** e **307**).

Tabela 4.7 – Scores dos indicadores pertencentes à dimensão Saúde da Mulher (dados de dezembro de 2019).

Nº	Indicador	Resultado	Score	Score %		
				0	1	2
11	Proporção gráv. c/ consulta méd. vigil. 1º trim.	89,24	2	0	0	100
45	Prop. mulheres [25;60[A, c/ rastr. C. Colo út.	40,37	0	75	0	25
295	Propor. puérp. 5+ cons. vig. enf. grav. e c/ RP	49,18	0	62,5	12,5	25
307	Proporção grávidas com ecografia 1º trimestre	62,96	0	62,5	0	37,5

A dimensão Saúde do Adulto engloba três indicadores (indicadores nº **46**, **98** e **262**). O indicador nº **46**, *Proporção de utentes com idade entre [50; 75[anos, com rastreio de cancro do colon e reto efetuado*, apresentou um score de 0, 50% das oito listas de utentes apresentaram score 0, 25% score 1 e 25% score 2. O indicador nº **98**, *Proporção de utentes com 25 ou mais anos, que têm a vacina antitetânica atualizada*, apresenta um score de 0 e todos as listas de utentes também apresentam um score de 0. Por último, o indicador nº **262**, *Proporção de utentes com determinação de risco diabetes tipo 2 registado nos últimos 3 anos*, apresenta um score de 2, ao nível das oito listas de utentes, apenas 12,5% apresentam score 1 e 87,5% um score de 2 (Tabela 4.8). Dos três indicadores desta dimensão, a unidade necessita melhorar dois deles (indicador nº **46** e **98**).

Tabela 4.8 – Scores dos indicadores pertencentes à dimensão Saúde do Adulto (dados de dezembro de 2019).

Nº	Indicador	Resultado	Score	Score %		
				0	1	2
46	Proporção utentes [50; 75[A, c/ rastreio cancro CR	42,12	0	50	25	25
98	Proporção utentes >= 25 A, c/ vacina tétano	64,20	0	100	0	0
262	Proporção utentes com avaliação risco DM2 (3A)	43,10	2	0	12,5	87,5

A dimensão Saúde do Idoso engloba três indicadores (indicadores nº **30**, **294** e **297**). O indicador nº **30**, *Proporção de utentes com diabetes ou com doença respiratória crónica ou com doença cardíaca crónica ou com idade superior a 65 anos, com a vacina da gripe prescrita ou efetuada nos últimos 12 meses* e o indicador nº **294**, *Taxa de consultas de enfermagem no domicílio por 1.000 inscritos idosos*, apresentam ambas um score de 0 e ao nível das oito listas de utentes apresentam também um score de 0 na sua totalidade. Por último, o indicador nº **297**, *Proporção de utentes com idade igual ou superior a 65 anos, sem prescrição prolongada de ansiolíticos, nem de sedativos, nem de hipnóticos, no período em análise*, apresenta um score de 2 e ao nível das oito listas de utentes, também apresentam um score de 2 na sua totalidade (Tabela 4.9). Nesta dimensão, a unidade deverá melhorar os indicadores nº **30** e **294**.

Tabela 4.9 – Scores dos indicadores pertencentes à dimensão Saúde do Idoso (dados de dezembro de 2019).

Nº	Indicador	Resultado	Score	Score %		
				0	1	2
30	Proporção idosos ou doença crónica, c/ vac. gripe	29,66	0	100	0	0
294	Taxa domicílios enferm. p/ 1000 inscritos idosos	22,84	0	100	0	0
297	Prop. idosos s/ presc. prol. ansiol/sedat/hipnót	87,09	2	0	0	100

A última dimensão da subárea gestão da Saúde, Saúde Infantil e Juvenil engloba 4 indicadores (indicador nº **14**, **93**, **94** e **95**). O indicador nº **14**, *Proporção de recém-nascidos com pelo menos uma consulta médica de vigilância realizada até aos 28 dias de vida*, apresenta um score de 0 e ao nível das oito listas de utentes, apresenta um score de 0 em 62,5% das listas de utentes, um score de 1 em 25% das mesmas e apenas 12,5% score 2. O indicador nº **93**, *Proporção de crianças com 2 anos, com PNV cumprido ou em execução à data de referência do indicador*, apresentou um score de 0 e ao nível das oitos listas de utentes, 75% apresentaram um score 0 e apenas 25% um score de 2. O indicador nº **94**, *Proporção de crianças com 7 anos, com PNV cumprido ou em execução à data de referência do indicador*, apresentou um score de 0 e ao nível das oito listas de

utentes, apresentou um score de 0 em 62,5%, um score de 1 em 12,5% e um score de 25%. O último indicador desta dimensão, o indicador nº **95**, *Proporção de jovens com 14 anos, com PNV cumprido ou em execução à data de referência do indicador*, apresentou um score de 0 e ao nível das oito listas de utentes, apresentou um score de 0 em 50% das mesmas e um score de 2 nas restantes 50% (Tabela 4.10). Nesta dimensão, a USF deverá melhorar todos os indicadores.

Tabela 4.10 – Scores dos indicadores pertencentes à dimensão Saúde Infantil e Juvenil (dados de dezembro de 2019).

Nº	Indicador	Resultado	Score	Score %		
				0	1	2
14	Proporção RN c/ cons. méd. vigil. até 28 dias vida	80,54	0	62,5	25	12,5
93	Proporção crianças 2A, c/ PNV cumprido ou execução	88,06	0	75	0	25
94	Proporção crianças 7A, c/ PNV cumprido ou execução	90,43	0	62,5	12,5	25
95	Proporção jovens 14A, c/ PNV cumprido ou execução	94,00	0	50	0	50

Em suma, dos catorze indicadores pertencentes à subárea Gestão da Saúde, a unidade deverá melhorar onze deles (ou seja, 78,57%), esta subárea demonstra muitas fragilidades. Todas as dimensões deverão ser alvo de melhoria, com especial atenção à dimensão Saúde Infantil e Juvenil, uma vez que esta não apresenta nenhum resultado favorável (todos os scores são iguais a zero).

Ao nível do indicador nº **14**, o score 0 é um espelho da realização de determinados testes em unidades que não correspondem à respetiva USF (*e.g.* teste do pezinho realizado em âmbito hospitalar ou em entidades privados na zona de abrangência do ACeS Algarve I – Central, que têm demonstrado um crescimento na região nos últimos anos) e que não são comunicados ao médico de família da USF. O facto de a USF ser recente (inaugurada a 1 de dezembro de 2018), esta ainda não apresentar processos bem estruturados e orgânicas definidas.

Os indicadores nº **93**, **94** e **95** são indicadores que dependem do Plano Nacional de Vacinação (PNV) das crianças e jovens, estes apresentam um score de 0. Uma justificação para estes scores é o facto desta USF ser uma Unidade Funcional recente e os ficheiros apresentam utentes não frequentadores ou utentes que alteraram a residência e mantiveram o médico de família, a reestruturação dos ficheiros é um processo demorado e o tempo de existência desta USF não é suficiente para a estabilização dos mesmos.

4.7.2 Análise da Formação Profissional, Qualidade Organizacional e Serviços

Na Tabela 4.11, é possível observar os IDS_A da Formação Profissional, Qualidade Organizacional e Serviços do último trimestre de 2019. A única alteração evidenciada foi no mês de dezembro, onde a unidade cumpriu na totalidade a Área Formação Profissional e Qualidade Organizacional. A Área Serviços, manteve sempre um total cumprimento ao longo dos três últimos meses de 2019. Deste modo, a unidade em dezembro de 2019, obteve aproveitamento máximo em três das quatro áreas contratualizadas para 2019. Estes IDS_A são resultado da avaliação elaborada pelo Conselho Clínico e de Saúde e pela Direção Executiva do Saúde do ACeS Algarve I – Central aos conteúdos do RAUF que a Unidade se propôs a realizar na reunião de contratualização que ocorreu a 14 de outubro de 2020.

Tabela 4.11 – Índice de Desempenho Setorial de Área do IDG no último trimestre de 2019 (dados recolhidos em maio de 2020).

Área	outubro	novembro	dezembro
Formação Profissional	0%	0%	100%
Qualidade Organizacional	0%	0%	100%
Serviços	100%	100%	100%

O aumento significativo observado no mês de dezembro no IDG, demonstrado na Tabela 4.3, é na sua maioria, justificado pelo total cumprimento das Áreas: Formação Profissional e Qualidade Organizacional observado na Tabela 4.11.

5. AVALIAÇÃO CRÍTICA DOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE UTILIZADOS NO ESTÁGIO

5.1 Avaliação crítica da Grelha DiOr-CSP

A Grelha DiOr-CSP revelou ser um bom instrumento de avaliação da qualidade nos Cuidados de Saúde Primários, no entanto, ainda demonstra algumas lacunas.

A sua estrutura dificulta a sua implementação, porque a grelha apresenta-se em folhas de Excel de grande dimensão. Por outro lado, verifica-se que existem muitos critérios que englobam diversos itens no mesmo nível, o que pode gerar conflito na validação dos mesmos (*e.g.*, **Critério 2.2 E – Visitação Domiciliária, nível I: Informação publicitada/Guia de Acolhimento ao Utente - Verificar se estão publicitados os critérios de inclusão a ter em conta na realização das visitas domiciliárias. Manual de Procedimentos - Verificar no procedimento das consultas domiciliárias, se existe a evidência da programação conjunta destes utentes, entre médicos e enfermeiros (USF/UCSP) ou outros profissionais de saúde, podendo ou não ser realizada a consulta em simultâneo; Sistema de Informação - Verificar em, pelo menos, três utentes dependentes aleatórios que existiu prática de cuidados médicos e de enfermagem (USF/UCSP).). Em adição, existem critérios que não competem à Unidade Funcional, mas sim ao ACeS (**Critério 3.1.4 A – Garantir canal de comunicação com a comunidade**) ou à UAG (**Critério 3.6.1 O – Plano e certificados de calibração de equipamentos**).**

5.2 Avaliação crítica do IDG

O IDG demonstrou ser também uma boa ferramenta para a avaliação da qualidade nos Cuidados de Saúde Primários, baseando-se em indicadores, pois permite identificar problemas tanto ao nível da unidade funcional, como ao nível das listas de utentes dos Médicos de Família (com recurso ao MIM@UF).

Um dos grandes obstáculos para a monitorização do IDG, é o facto de a informação apenas ser disponibilizada na plataforma do BI-CSP após dois meses, o que dificulta a análise e melhoria dos resultados dos indicadores.

O IDG, no ano de contratualização de 2019 demonstrou algumas lacunas, ao nível das principais características da qualidade em saúde revistas na literatura (eficácia, aceitabilidade, eficiência, acessibilidade, segurança e equidade).

Ao nível da eficácia, a maioria dos indicadores do IDG são baseados nas normas de orientação clínica (NOCs), como por exemplo os indicadores nº 49 (*Proporção de utentes com DPOC, com pelo menos um registo de avaliação de FeVI nos últimos 3 anos*) e indicador nº 276 (*Rácio entre o somatório de DDD prescrita em inibidores DPP-4 e o somatório de DDD prescrita em antidiabéticos não insulínicos, em doentes com Diabetes Mellitus tipo 2*). Desta forma, estes indicadores permitem compreender se os profissionais utilizaram a melhor técnica possível. Em relação à aceitabilidade, a ausência da subárea Satisfação dos Utentes prejudica esta característica uma vez que a opinião dos utentes não foi tida em conta no IDG na contratualização dos CSP de 2019. A eficiência é avaliada através dos indicadores das dimensões da subárea Qualificação da Prescrição, no entanto, as dimensões desta subárea, Prescrição Farmacoterapêutica e Prescrição MCDT, apresentam um número reduzido de indicadores (apenas seis). Ao nível da acessibilidade, o IDG demonstrou um grande destaque, uma vez que a subárea Acesso apresentou cinco dimensões, com um total de 17 indicadores (36,1% dos indicadores contratualizados em 2019 com impacto no IDG), em adição, existiram duas dimensões que não foram contratualizadas para o ano de 2019, a dimensão Atendimento telefónico e Trajeto do utente na Unidade Funcional. Dos indicadores contratualizados para 2019, não existe nenhum indicador que esteja diretamente relacionado com os Secretários Clínicos, entendendo-se que a dimensão Atendimento telefónico poderia incluir indicadores relacionados com os Secretário Clínicos. Ao nível da segurança, não existe nenhuma subárea ou dimensão representada no Desempenho Assistencial, no entanto, a área da Qualidade Organizacional possui três subáreas, a Melhoria Contínua da Qualidade,

Segurança e Centralidade no Cidadão (esta subárea não foi contratualizada para 2019). A subárea da Segurança representa 50% da ponderação da sua respectiva área, e inclui três dimensões, nomeadamente Segurança dos Utentes, Segurança do Profissionais e Gestão do Risco, para a contratualização de 2019, apenas a dimensão da Segurança do Profissionais, representado assim, uma ponderação de 100% da sua subárea. A avaliação desta dimensão ocorreu através da avaliação das atividades desenvolvidas no RAUF. Ao nível da equidade, o IDG tem em conta as diferentes faixas etárias, uma vez que a subárea Gestão da Saúde apresenta quatro dimensões, direcionadas para a saúde da mulher, do idoso, do adulto e infantil-juvenil, em adição, não existe informação sobre equidade relativa a perfis sociodemográficos ou etnias. O facto de não serem contratualizadas todas as áreas e dimensões prejudica a avaliação ao nível do IDG.

Este índice, em 2019, demonstrou centrar-se em indicadores diretamente relacionados com os resultados dos médicos de família, com evidência de um menor número de indicadores relacionados com os enfermeiros de família e inexistência de indicadores diretamente relacionados com os secretários clínicos. Assim, os três tipos de profissionais presentes nas USF apresentam grandes discrepâncias ao nível da avaliação da qualidade elaborada através do IDG.

Como demonstrado na Tabela 3.3, as quatro subáreas do Desempenho Assistencial apresentam uma ponderação igual (25%), no entanto, como se pode observar na Tabela 5.1, as subáreas Gestão da Doença e Gestão da Saúde apresentam todas as dimensões com a mesma ponderação (8,33% e 6,25%, respetivamente), embora o mesmo não se verifique nas outras duas subáreas, o Acesso e a Qualificação da Prescrição. No caso do Acesso, a dimensão Tempos Máximos de Resposta Garantidos representa metade da ponderação da subárea, 12,5%. No caso da Qualificação da Prescrição, as suas duas dimensões apresentam ponderações diferentes, a Prescrição de MCDT's uma ponderação de 9,375% e a Prescrição Farmacoterapêutica uma ponderação de 15,625%. A própria fórmula de cálculo já prevê uma percentagem diferente para estas dimensões, o que demonstra a sua importância.

Tabela 5.1 – Ponderações, em percentagem, das Dimensões contratualizadas para 2019 das respetivas Subáreas do Desempenho Assistencial.

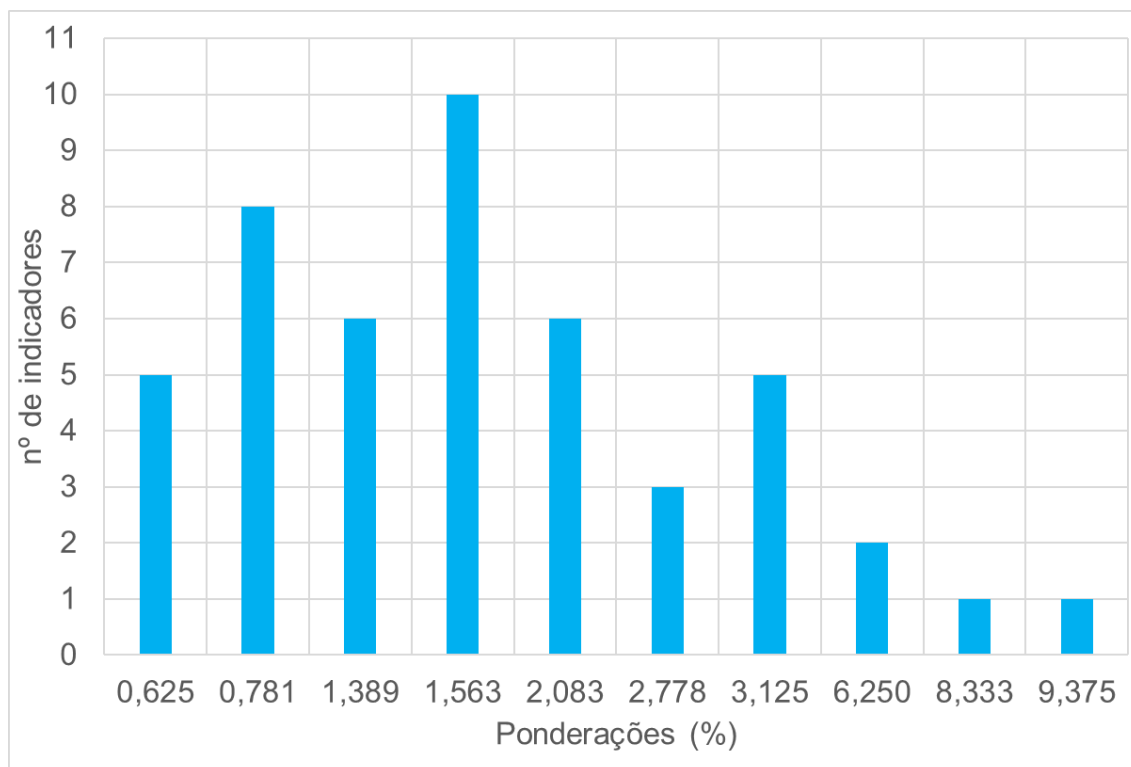
Subárea	Dimensão	Ponderação (%)
Acesso	Cobertura ou Utilização	3,125
	Consulta no Próprio Dia	3,125
	Distribuição das Consultas Presenciais no Dia	3,125
	Personalização	3,125
	Tempos Máximos de Resposta Garantidos	12,500
Gestão da Doença	Diabetes Mellitus	8,333
	Doenças Aparelho Respiratório	8,333
	Hipertensão Arterial	8,333
Gestão da Saúde	Saúde da Mulher	6,250
	Saúde do Adulto	6,250
	Saúde do Idoso	6,250
	Saúde Infantil e Juvenil	6,250
Qualificação da Prescrição	Prescrição Farmacoterapêutica	15,625
	Prescrição MCDT's	9,375

Fonte: Elaboração própria com base em dados retirados de Administração Central do Sistema de Saúde, 2019a.

A ponderação dos indicadores pertencentes às dimensões das subáreas Gestão da Doença e Gestão da Saúde, dependem do número de indicadores contratualizados em cada dimensão (Tabela 3.4). No caso dos indicadores pertencentes às dimensões das subáreas Acesso e Qualificação da Prescrição, a sua ponderação depende do número de indicadores contratualizados em cada dimensão e dependem também das ponderações das suas respetivas dimensões (Tabela 5.2).

Dos 47 indicadores contratualizados, as ponderações variam entre 0,625 e 9,375%, a mediana das ponderações é 1,563% (Gráfico 5.1).

Gráfico 5.1 – Distribuição das ponderações, em percentagem, dos 47 indicadores contratualizados para 2019.



Fonte: Elaboração própria com base em dados retirados de Administração Central do Sistema de Saúde, 2019a.

Destes indicadores, destacam-se os quatro indicadores com maior ponderação, os indicadores nº **354**, **49**, **335** e **342**, que em conjunto contabilizam uma ponderação de 30,208% do Desempenho Assistencial. Assim, os restantes 43 indicadores perfazem uma ponderação de 69,792%, o que demonstra um grande desequilíbrio entre a ponderação dos 47 indicadores. Este desequilíbrio, poderá provocar uma das oito consequências descritas por Smith (1995), nomeadamente, a visão em túnel, pelos profissionais das USF, uma vez que melhorando o score dos quatro indicadores mais ponderados, o IDS_A do Desempenho Assistencial irá melhorar rapidamente. No caso da USF Golfinho, a unidade, em dezembro de 2019, apresentou um score de 2 nos indicadores de nº **354** (*Despesa média, baseada no preço convencionado de MCDT prescritos, por utente inscrito padrão*), **335** (*Proporção de consultas não presenciais com receituário prescrito nos primeiros 3 dias úteis após respetivo pedido*) e **342** (*Proporção de consultas médicas por iniciativa dos utentes marcadas em menos de 15 dias úteis*). Dos quatro indicadores mais ponderados, apenas o indicador nº **49** (*Proporção de utentes com DPOC, com pelo menos um registo de avaliação de FeV1 nos últimos 3 anos*) apresentou um score 1.

Tabela 5.2 – Ponderações, em percentagem, dos indicadores contratualizados para 2019 das respetivas Dimensões das Subáreas do Desempenho Assistencial.

Subárea	Dimensão	Indicador	Ponderação (%)
QP	Prescrição MCDT	354 - Despesa MCDT prescr. p/ insc. padrão (p. conv.)	9,375
GD	DAR	49 - Proporção utentes c/ DPOC, c/ FeV1 em 3 anos	8,333
Acesso	TMRG	335 - Prop. cons. ind. receipt. c/ resposta 3 dias úteis	6,250
Acesso	TMRG	342 - Proporção consul. méd. inic. ut. <= 15 dias úteis	6,250
QP	PF	276 - Rácio DDD prescrita DPPC-4 e anti-diabét. orais	3,125
QP	PF	255 - Propor. quinolonas entre antib. fatur. (embal.)	3,125
QP	PF	257 - Propor. cefalosp. entre antib. fatur. (embal.)	3,125
QP	PF	259 - Proporção coxibes entre AINEs faturados (DDD)	3,125
QP	PF	341 - Despesa PVP medic. pres. compart. p/ insc. padrão	3,125
GD	Hipertensão Arterial	20 - Proporção hipertensos < 65 A, com PA < 150/90	2,778
GD	Hipertensão Arterial	352 - Custo c/ terapêut. do doente c/ HTA	2,778
GD	Hipertensão Arterial	353 - Custo c/ terapêut. do doente c/ HTA controlada	2,778
GS	Saúde do Adulto	46 - Proporção utentes [50; 75]A, c/ rastreio cancro CR	2,083
GS	Saúde do Adulto	98 - Proporção utentes >= 25 A, c/ vacina tétano	2,083
GS	Saúde do Adulto	262 - Proporção utentes com avaliação risco DM2 (3A)	2,083
GS	Saúde do Idoso	30 - Proporção idosos ou doença crónica, c/ vac. gripe	2,083
GS	Saúde do Idoso	294 - Taxa domicílios enferm. p/ 1000 inscritos idosos	2,083
GS	Saúde do Idoso	297 - Prop. idosos s/ presc. prol. ansiol/sedat/hipnót	2,083
Acesso	Personalização	1 - Proporção de consultas realizadas pelo MF	1,563
Acesso	Personalização	5 - Proporção de consultas realizadas pelo EF	1,563
GS	Saúde da Mulher	11 - Proporção gráv. c/ consulta méd. vigil. 1º trim.	1,563
GS	Saúde da Mulher	45 - Prop. mulheres [25;60]A, c/ rastr. C. Colo út.	1,563
GS	Saúde da Mulher	295 - Propor. puérp. 5+ cons. vig. enf. grav. e c/ RP	1,563
GS	Saúde da Mulher	307 - Proporção grávidas com ecografia 1º trimestre	1,563
GS	Saúde Infantil e Juvenil	14 - Proporção RN c/ cons. méd. vigil. até 28 dias vida	1,563
GS	Saúde Infantil e Juvenil	93 - Proporção crianças 2A, c/ PNV cumprido ou execução	1,563
GS	Saúde Infantil e Juvenil	94 - Proporção crianças 7A, c/ PNV cumprido ou execução	1,563
GS	Saúde Infantil e Juvenil	95 - Proporção jovens 14A, c/ PNV cumprido ou execução	1,563
GD	Diabetes Mellitus	39 - Proporção DM c/ última HbA1c <= 8,0%	1,389
GD	Diabetes Mellitus	261 - Proporção utentes DM c/ aval. risco úlcera pé	1,389
GD	Diabetes Mellitus	274 - Propor. DM2 c/ indic. insul., em terap. adequada	1,389
GD	Diabetes Mellitus	275 - Proporção novos DM2 em terap. c/ metform. monot.	1,389
GD	Diabetes Mellitus	350 - Custo c/ terapêut. do doente c/ Diabetes Mellitus	1,389
GD	Diabetes Mellitus	351 - Custo c/ terapêut. doente c/ Diab. Mell. controlado	1,389
Acesso	Consulta no Próprio Dia	344 - Propor. consultas médicas realiz. no dia agendam.	0,781
Acesso	Consulta no Próprio Dia	345 - Propor. consul. enfer. realiz. no dia do agendam.	0,781
Acesso	Consulta no Próprio Dia	339 - Taxa anual ajustada episódios urgência hospitalar	0,781
Acesso	Consulta no Próprio Dia	410 - Taxa anual ajustada utiliz. freq. urgência hospit.	0,781
Acesso	DCPD	346 - Propor. consul. realiz. intervalo [8; 11]h (Q1)	0,781
Acesso	DCPD	347 - Propor. consul. realiz. intervalo [11; 14]h (Q2)	0,781
Acesso	DCPD	348 - Propor. consul. realiz. intervalo [14; 17]h (Q3)	0,781
Acesso	DCPD	349 - Propor. consul. realiz. intervalo [17; 20]h (Q4)	0,781
Acesso	Cobertura ou Utilização	3 - Taxa de domicílios médicos por 1.000 inscritos	0,625
Acesso	Cobertura ou Utilização	6 - Taxa de utilização de consultas médicas - 3 anos	0,625
Acesso	Cobertura ou Utilização	99 - Taxa utilização consultas de enfermagem - 3 anos	0,625
Acesso	Cobertura ou Utilização	330 - Índice de utilização anual de consultas médicas	0,625
Acesso	Cobertura ou Utilização	331 - Índice de utilização anual de consultas enferm.	0,625
Total			100,000

Fonte: Elaboração própria com base em dados retirados Administração Central do Sistema de Saúde, 2019a.

Legenda: DAR – Doenças Aparelho Respiratório; DCPD – Distribuição das Consultas Presenciais no Dia; GD – Gestão da Doença; GS – Gestão da Saúde; PF – Prescrição Farmacoterapêutica; QP – Qualificação Prescrição; TMRG – Tempos Máximos de Resposta Garantidos;

Em suma, as dimensões com menor quantidade de indicadores (*e.g. Prescrição de MCDT, Tempos Máximos de Resposta Garantidos e Doenças do Aparelho Respiratório*) e com maior ponderação acabam por conter indicadores com uma elevada ponderação, o que poderá levantar problemas, como foi descrito por Smith, (1995).

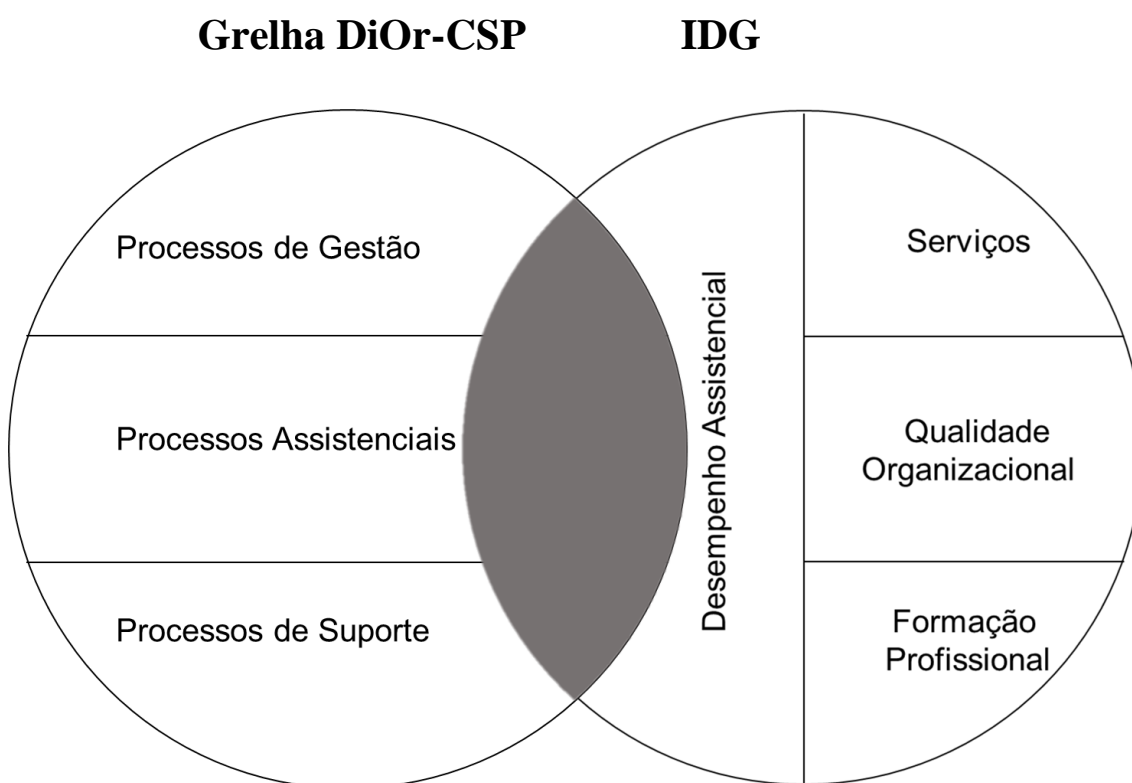
5.3 Avaliação da relação entre a Grelha DiOr-CSP e o IDG

Através da avaliação da qualidade destes dois instrumentos dos CSP, as Unidades de Saúde Familiar podem transitar para modelo B.

A USF Golfinho demonstrou estar mais familiarizada com o IDG do que com a Grelha DiOr-CSP, este acontecimento é justificado pelo facto de esta nova Grelha DiOr ser um documento recente e ainda estar numa fase introdutória e de adaptação.

Embora a Grelha DiOr-CSP e o IDG sejam ferramentas distintas de melhoria da qualidade dos Cuidados de Saúde Primários, estas duas ferramentas apresentam pontos em comum (Figura 5.1).

Figura 5.1 – Representação esquemática das semelhanças entre a Grelha DiOr-CSP e o IDG.



Fonte: Elaboração própria com base em dados retirados de Administração Central do Sistema de Saúde, 2019a e 2019b.

Ambos os instrumentos utilizam nível de cumprimento (grelha DiOr-CSP) e scores de indicadores (IDG) que podem ser classificados com 0, 1 ou 2 pontos.

Por outro lado, existem critérios da Grelha DiOr-CSP que estão diretamente relacionados com alguns indicadores da Área do Desempenho Assistencial do IDG:

- Para validação do **Critério 1.2 H. Enfermeiro de Família** (nível I) – *Os contatos dos elementos de cada família pelo seu enfermeiro de família verificam-se em*

pelo menos 75% destes (validação SI da média anual) - é necessário consultar o resultado do indicador nº 5 - Proporção de consultas realizadas pelo respetivo enfermeiro de família;

- **O Critério 1.4 B. Avaliação do desempenho e eficácia da organização** (nível I) – *Avaliação trimestral do Índice de Desempenho Global (IDG) da UF/ACeS-órgãos de gestão (ata do CG) - este critério demonstra a ligação Grelha DiOr-CSP – IDG;*
- Para validação parcial do **Critério 2.2 G. Sistema de renovação de medicação crónica** (nível I) – *Verificar no sistema de informação que não existem pedidos de receituário crónico (contacto indireto) a aguardar a emissão há mais de 72 horas contadas da receção do pedido - é necessário a consulta do resultado do indicador nº 335 – Proporção de consultas não presenciais com receituário prescrito nos primeiros 3 dias úteis após respetivo pedido;*
- Para validação do critério **2.3 C. A carga horária disponível é compatível com a lista de utentes** (nível II) – *A distribuição horária ao longo da semana evidencia, para cada profissional, uma distribuição equilibrada dos períodos de atividade assistencial ao longo do dia e para situações de exceção (intersubstituição em todos os grupos profissionais para as atividades não programadas) - é necessário a consulta dos resultados dos indicadores nº:*
 - ✓ **346** – *Proporção de consultas realizadas no intervalo [8; 11]horas (ou 1º quartil de horário);*
 - ✓ **347** – *Proporção de consultas realizadas no intervalo [11; 14]horas (ou 2º quartil de horário);*
 - ✓ **348** – *Proporção de consultas realizadas no intervalo [14; 17]horas (ou 3º quartil de horário);*
 - ✓ **349** – *Proporção de consultas realizadas no intervalo [17; 20] horas (ou 4º quartil de horário).*
- Para validação do critério **2.3 D. Atividade programada como princípio organizativo** (nível I) – *Sistema de Informação: Verificar no sistema de informação, nos últimos 3 meses, anteriores ao mês de aplicação, se a percentagem de programação é superior a 65% - é necessário o número complementar do resultado (e.g. 100 – resultado do indicador) dos seguintes indicadores:*

- ✓ **344** – *Proporção de consultas médicas realizadas no próprio dia de registo do agendamento;*
- ✓ **345** – *Proporção de consultas de enfermagem realizadas no dia do agendamento.*
- O critério **2.4 D. Monitorização e avaliação do IDG da UF/ACeS** (nível I) – *Observar evidencia em atas de reuniões* - este critério demonstra a articulação entre os dois instrumentos utilizados durante o estágio, Grelha DiOr-CSP e IDG;
- Para validação do critério **2.4. E. Reflexão regular sobre a qualificação da prescrição** - é necessário observar o resultado do indicador **354** – *Despesa média, baseada no preço convencionado de MCDT prescritos, por utente inscrito padrão.*

Dos indicadores do Desempenho Assistencial que estão diretamente relacionados com a grelha DiOr-CSP, durante o último trimestre de 2019 (período de análise realizado durante o estágio), não se observaram alterações nos respetivos scores dos indicadores (Tabela 5.3).

Tabela 5.3 – Indicadores do Desempenho Assistencial diretamente relacionados com os critérios da Grelha DiOr-CSP, resultados referentes (em percentagem) dos meses, outubro, novembro e dezembro de 2019 (score 0 - vermelho, score 1 - amarelo e score 2 - verde).

Nº Indicador	out/19	nov/19	dez/19	Critério	Tipo
5	51,21	54,34	54,30	1.2 H	A
335	95,63	95,71	95,45	1.4 G	A
344	37,51	36,20	35,88	2.3 D	B
345	47,03	45,99	46,66		
346	38,13	37,90	37,87	2.3 C	A
347	26,56	26,63	26,86		
348	23,42	23,53	23,19		
349	11,89	11,94	12,08		
354	41,82	42,55	42,10	2.4 E	A

Os valores de referência para a atribuição dos scores dos indicadores presentes na Tabela 5.3 podem ser consultados nos Apêndices 2, 3 e 4.

Uma vez que não existiu nenhuma melhoria nos scores dos indicadores diretamente relacionados com os critérios da Grelha DiOr-CSP, conclui-se que a melhoria verificada na Grelha DiOr-CSP não está relacionada com o IDG.

Em suma, a USF Golfinho não reúne condições para transitar de modelo A para modelo B quer ao nível da Grelha DiOr-CSP, quer ao nível do IDG.

6. CONCLUSÃO

6.1 Autoavaliação do estágio

De uma forma geral, o Estágio decorreu de uma forma muito positiva. Permitiu ter um contacto direto com os Cuidados de Saúde Primários e compreender os mecanismos de funcionamento tanto ao nível do ACeS bem como ao nível da Unidade Funcional elegida. O estágio tornou-se num ótimo complemento às Unidades Curriculares lecionadas no primeiro ano de Mestrado.

A realização deste estágio permitiu ao aluno aprofundar conteúdos relacionados com qualidade e contratualização e permitiu também conhecer dois dos instrumentos utilizados para a avaliação da qualidade nos CSP, a Grelha DiOr-CSP e o IDG.

Uma vez que as sugestões de melhoria para o cumprimento da Grelha DiOr-CSP foram apresentadas durante as reuniões multiprofissionais semanais da USF, às sextas-feiras, a apresentação das mesmas dependeu sempre da quantidade e duração de assuntos abordados nas reuniões.

Os profissionais da USF Golfinho aceitaram as sugestões disponibilizadas na sua maioria.

De uma forma geral, todas as atividades realizadas pelo aluno decorreram de uma forma muito positiva e enriquecedora. O contacto com profissionais de outras Unidades Funcionais (UCC, URAP, USP, outras USF, UAG) também foi importante para que o estágio decorresse de uma forma produtiva para o aluno

O trabalho realizado durante este estágio foi considerado útil do ponto de vista da aprendizagem que gerou que para os profissionais de saúde desta USF e para o aluno.

6.2 Limitações do estágio e perspectivas futuras

Durante a realização do estágio, foram sentidas algumas dificuldades. Por um lado, a Unidade em questão apresentou dificuldades na elaboração das atas, o que penalizou o cumprimento da Grelha DiOr-CSP, uma vez que, muitos dos critérios exigem informação presente em atas. A unidade também apresentou um número muito reduzido de auditorias elaboradas, a ausência de auditorias penalizou o cumprimento da Grelha. O facto de a unidade possuir dois polos dificultou a implementação da Grelha DiOr-CSP, porque foi necessária uma dupla validação dos critérios. Por outro lado, o facto de o estágio ter iniciado em outubro de 2019 penalizou o acompanhamento do IDG, uma vez que, mesmo este terminado em março, apenas foi possível utilizar os dados referentes até dezembro de 2019.

Para estágios futuros, sugere-se que o acompanhamento da Grelha DiOr-CSP e IDG seja iniciado no mês em que a contratualização é disponibilizada. Seria útil realizar um acompanhamento de uma USF modelo B, e compreender se o facto de estar noutra nível organizacional afeta a forma como a unidade colabora com a Grelha DiOr-CSP. Por outro lado, seria interessante o acompanhamento de unidades tais como as UCC e URAP, que apenas apresentam um nível organizacional, para analisar a forma de como estas colaboram tanto ao nível do IDG bem como ao nível da Grelha DiOr-CSP, uma vez que os indicadores do IDG e critérios da Grelha DiOr-CSP são distintos dos que foram analisados nesta USF.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde IP (2019a) Operacionalização da Contratualização nos Cuidados de Saúde Primários para 2019. Disponível em: http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/02/20190214_Operacionalizacao_CSP_2019_vf.pdf.
- Administração Central do Sistema de Saúde IP (2019b) 'Guia para Aplicação do Diagnóstico de Desenvolvimento Organizacional nos Cuidados de Saúde Primários'. Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/Guia-de-Aplicacao-da-Grelha-DiOr-outubro-2019.pdf>.
- Administração Regional de Saúde do Algarve IP (2020a) CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS - Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Algarve I – Central. Disponível em: <http://www.arsalgarve.min-saude.pt/cuidados-de-saude-primarios/aces-algarve-i-central/> (Último Acesso: 12 setembro 2020).
- Administração Regional de Saúde do Algarve IP (2020b) Estrutura Orgânica. Disponível em: <http://www.arsalgarve.min-saude.pt/estrutura-organica/> (Último acesso: 3 agosto 2020).
- Alkhenizan, A. e Shaw, C. (2011) 'Impact of accreditation on the quality of healthcare services: A systematic review of the literature', *Annals of Saudi Medicine*, 31(4), pp. 407–416. doi: 10.4103/0256-4947.83204.
- Barros, P. P., Machado, S. R. e Simões, J. de A. (2017) 'Portugal: Health System Review', *Health systems in transition*, 19(2), pp. 1–184.
- Campbell, S. M. (2002) 'Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care', *Quality and Safety in Health Care*, 11(4), pp. 358–364. doi: 10.1136/qhc.11.4.358.
- Coordenador Nacional para a Reforma do SNS área dos Cuidados de Saúde Primários (2018) 'PROCEDIMENTO n.º 01 - USF MODELO B - CIRCUITO DE CANDIDATURA E AVALIAÇÃO', pp. 1–4.
- Crosby, B. Y. P. B. (1979) 'Quality is Free - The art of making quality certain', p. 288.
- Crossland, L., Janamian, T., e Jackson, C. (2014a) 'Key elements of high-quality practice organisation in primary health care: a systematic review', *Medical Journal of Australia*, 201(S3), pp. 47–51. doi: 10.5694/mja14.00305.
- Crossland, L., Janamian, T., Sheehan, M., Siskind, V., Hepworth, J. e Jackson, C.L. (2014b) 'Development and pilot study of the Primary Care Practice Improvement Tool (PC-PIT): an innovative approach', *Medical Journal of Australia*, 201(S3), pp. 52–55. doi: 10.5694/mja14.00262.
- Dawda, P., Jenkins, R. e Varnam, R. (2010) 'Quality improvement in general practice.', *The King's Fund*. Disponível em: https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_document/quality-improvement-gp-inquiry-discussion-paper-mar11.pdf
- Deming, William E. (1986) *Out of Crisis*. The MIT Press.
- Direção Geral da Saúde (2014) *Manual de Acreditação de Unidades de Saúde*. MS 1.02 - Gestão Clínica. 2a Edição. Disponível em: <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/documentos/manual-de-acreditacao-pdf-pdf2.aspx>
- Direção Geral de Saúde (2020) *Unidades de Saúde Certificadas*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/reconhecimento-da-qualidade/acreditacao-em-saude/unidades-de-saude-acreditadas.aspx> (Último acesso: 3 agosto 2020).
- Donabedian, A. (1980) *Explorations in quality assessment and monitoring*. Edited by H. A. Press.
- Donabedian, A. (1989) 'The Quality of Care: How Can It Be Assessed?', *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 261(8), p. 1151. doi: 10.1001/jama.1989.03420080065026.
- Donabedian, A. (1990) 'The seven pillars of quality.', *Archives of pathology & laboratory medicine*, 114(11), pp. 1115–8. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2241519>.
- Donabedian, A. (2002) *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. 1st Edition. Oxford University Press.

- Engels, Y. (2005) 'Developing a framework of, and quality indicators for, general practice management in Europe', *Family Practice*, 22(2), pp. 215–222. doi: 10.1093/fampra/cmi002.
- Engels, Y., Dautzenberg M., Campbell S., Broge B., Boffin N., Marshall M., Elwyn G., Vodopivec-Jamsek V., Gerlach F. M., Samuelson M., Grol R. (2006) 'Testing a European set of indicators for the evaluation of the management of primary care practices', *Family Practice*, 23(1), pp. 137–147. doi: 10.1093/fampra/cmi091.
- Freeman, T. (2002) 'Using performance indicators to improve health care quality in the public sector: A review of the literature', *Health Services Management Research*, 15(2), pp. 126–137. doi: 10.1258/0951484021912897.
- Gillam, S. J., Siriwardena, A. N. e Steel, N. (2012) 'Pay-for-Performance in the United Kingdom: Impact of the Quality and Outcomes Framework--A Systematic Review', *The Annals of Family Medicine*, 10(5), pp. 461–468. doi: 10.1370/afm.1377.
- Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento (2009) 'Manual de Auditoria Interna', p. 48. Disponível em: <http://www.ipad.mne.gov.pt>.
- Juran, J. e Godfrey, A. (1998) *Juran's Quality Handbook, 5th Edition*, Juran's Quality Handbook, 5th Edition.
- Juran, J. M. (1974) *Juran's Quality Control Handbook. 3rd Edition*. McGraw-Hill.
- King's Fund (2020) About us. Disponível em: <https://www.kingsfund.org.uk/about-us> (Último acesso: 3 agosto 2020).
- Kitchenham, B. e Pfleeger, S. L. (1996) 'Software quality: the elusive target [special issues section]', *IEEE Software*, 13(1), pp. 12–21. doi: 10.1109/52.476281.
- Kringos, D. S. Boerma, W., van der Zee J. e Groenewegen P. (2013) 'Europe's Strong Primary Care Systems Are Linked to Better Population Health but Also to Higher Health Spending', *Health Affairs*, 32(4), pp. 686–694. doi: 10.1377/hlthaff.2012.1242.
- Kringos, D. S., Boerma, W., Hutchinson, A., van der Zee, J. e Groenewegen, P. (2010a) 'The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions', *BMC Health Services Research*, 10(1), p. 65. doi: 10.1186/1472-6963-10-65.
- Kringos, D. S., Boerma W.G., Bourgueil Y., Cartier T., Hasvold T., Hutchinson A., Lember M., Oleszczyk M., Pavlic D.R., Svab I., Tedeschi P., Wilson A., Windak A., Dedeu T. e Wilm S. (2010b) 'The european primary care monitor: structure, process and outcome indicators', *BMC Family Practice*, 11(1), p. 81. doi: 10.1186/1471-2296-11-81.
- Langley, G. J., Moen, R. D., Nolan, K. M., Nolan, T. W., Clifford L. Norman, C. L., e Provost, L. P. (2019) *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance. 2nd Edition*.
- Limb, C., Fowler, A., Gundogan, B., Koshy, K. e Agha, R. (2017) 'How to conduct a clinical audit and quality improvement project', *International Journal of Surgery Oncology*, 2(6), p. e24. doi: 10.1097/IJ9.0000000000000024.
- Maxwell, R. J. (1984) 'Quality assessment in health.', *BMJ*, 288(6428), pp. 1470–1472. doi: 10.1136/bmj.288.6428.1470.
- Ministério da Saúde (2007) Despacho nº24 101/2007 de 22 de outubro. *Diário da República, nº203/2007, II Série*. Gabinete do Ministro. Lisboa
- Ministério da Saúde (2008) Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro. *Diário da República, n.º 38/2008, I Série*. Lisboa.
- Ministério da Saúde (2012) Decreto-Lei nº 22/2012 de 30 de janeiro. *Diário da República, nº21/2012, I Série*. Lisboa
- Ministério da Saúde (2015) Despacho nº 5613/2015 de 27 de maio. *Diário da República, nº102/2015, II Série*. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. Lisboa
- Ministério da Saúde (2016) Despacho nº 14723/2016 de 6 de dezembro. *Diário da República, nº233/2016, II Série*. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Lisboa
- Ministério da Saúde (2020) Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários - IDG UF Visão Nacional. Disponível em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/contratualizacao/idg/Paginas/default.aspx> (Último acesso: 3 agosto 2020).

- Ministério da Saúde e Assistência (1971) Decreto-Lei nº 413/71 de 27 de setembro. *Diário da República, nº 228/1971, I Série*. Lisboa
- Nardo, M., Saisana, M., Saltelli, A., Tarantola, S., Hoffman, A. e Giovannini, E. (2005) *Handbook on constructing composite indicators: methodology and user guide*, OECD Statistics Working Paper, p. 108.
- National Institute for Health and Care Excellence (2020) Standards and Indicators. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/standards-and-indicators> (Último acesso: 3 agosto 2020).
- Nunes, R. (2014) *Regulação da Saúde*. 3ª Edição (revista). Vida Económica – Editorial S.A.
- Nutbeam, D. (1998) 'Health Promotion Glossary', *Health Promotion International*, 13(4), pp. 349–364. doi: 10.1093/heapro/13.4.349.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A. e Berry, L. L. (1985) 'A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research', *Journal of Marketing*, 49(4), p. 41. doi: 10.2307/1251430.
- Pisco, L. e Biscaia, J. L. (2001) '*Qualidade de Cuidados de Saúde Primários*', *Revista Portuguesa De Saúde Pública*, 2, pp. 43–51. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Luis_Pisco/publication/266584295_Qualidade_de_cuidados_de_saude_primarios/links/545fac520cf27487b450a955.pdf.
- Primary Care Strategy e NHS Contracts Group (2019) '2019/20 General Medical Services (GMS) contract Quality and Outcomes Framework (QOF). Guidance for GMS contract 2019/20 in England - NHS England and the British Medical Association's (BMA) General Practitioners Committee (GPC) England', (April). Disponível em: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/05/gms-contract-qof-guidance-april-2019.pdf>.
- Ramalho, A., Castro, P., Gonçalves-Pinho, M., Teixeira, J., Santos, J. V., Viana, J., Lobo, M., Santos, P., & Freitas, A. (2019). Primary health care quality indicators: An umbrella review. *PloS one*, 14(8), e0220888. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220888>
- Rooney, A. L. e van Ostenberg, P. R. (1999) *Quality Assurance Methodology Refinement Series: Licensure, Accreditation, and Certification: Approaches to Health Services Quality*. Disponível em: www.urc-chs.com.
- Siriwardena, A. N. (2009) 'Using quality improvement methods for evaluating health care.', *Quality in primary care*, 17(3), pp. 155–9. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19622265>.
- Smith, P. (1995) 'On the unintended consequences of publishing performance data in the public sector', *International Journal of Public Administration*, 18(2–3), pp. 277–310. doi: 10.1080/01900699508525011.
- Sutcliffe, D., Lester, H., Hutton J. e Stokes T. (2012) 'NICE and the Quality and Outcomes Framework (QOF) 2009-2011', *Quality in Primary Care*, 20(1), pp. 47–55.
- Unidade de Saúde Familiar Golfinho (2019) Regulamento Interno. 2ª Edição. Faro.
- Webb, E. M., Rheeder, P. e Wolvaardt, J. E. (2019) 'The ability of primary healthcare clinics to provide quality diabetes care: An audit', *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 11(1), pp. 1–6. doi: 10.4102/phcfm.v11i1.2094.
- World Health Organization (1978) 'Declaration of Alma-Ata International', *International Conference on Primary Health Care*, p. 3.
- World Health Organization (2006) *Quality of Care - A process for making strategic choices in health systems*. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43470/9241563249_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- World Health Organization (2008) *The World Health Report 2008 - Primary Health Care - Now More Than Ever*. Disponível em: https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/98C1FCE13A0C5968C12574E1003F944B-who_oct2008.pdf.

8. APÊNDICES

8.1 Apêndice 1 – Sugestões de melhoria à Grelha DiOr-CSP

1. Processos de Gestão

1.1. Centralidade no cidadão

A. Carta dos direitos e deveres dos cidadãos

- Adaptar para os cidadãos com necessidades especiais (Faro e Estoi) a altura da afixação de documentos/panfletos de modo a ser acessível a sua leitura por parte de cidadãos com mobilidade reduzida;
- Afixar a carta dos direitos e deveres adaptada no polo de Estoi.

B. Acessibilidade do cidadão

- Afixar os resultados da monitorização da carta (através de auditoria);
- Publicitar a possibilidade de os utentes obterem consulta programada em 5 dias úteis, exceto no espaço de consulta aberta ou reunião.

C. Reclamações, sugestões e elogios

- Disponibilizar folhas de sugestões junto da caixa de sugestões e material para escrever nas mesmas;
- Disponibilizar o relatório anual do gabinete do cidadão;
- Registar ações de melhoria planeadas bem como o seu cumprimento;
- Publicitar as melhorias com base nas reclamações e sugestões.

D. Garantia da atribuição de equipa de saúde familiar (médico de família, enfermeiro de família e secretário clínico de família)

- Sem sugestões.

1.2. Organização centrada no cidadão

A. Instrumentos estratégicos (Carta de Compromisso, Carta da Qualidade, Guia de Acolhimento e Manual de Articulação)

- Elaborar a Carta da Qualidade;
- Apresentar, rever e registar em ata a aprovação de:
 - Carta de Qualidade
 - Carta de Compromisso;
 - Manual de Articulação;

➤ Guia de Acolhimento;

- Publicitar os quatro documentos na página da USF Golfinho na plataforma do BI-CSP;
- Rever a área de influência e identificar o responsável por cada revisão e atualização;
- Refletir e envolver da equipa na revisão e atualização dos documentos mencionados anteriormente, de forma a ser possível que cada profissional consiga explicar cada um dos documentos claramente;
- Registrar em ata.

B. Plano de Ação (PA) / Plano de Desempenho (PD)

- Monitorizar trimestralmente o desenvolvimento do Plano de Ação/Plano de Desenvolvimento;
- Registrar em atas a introdução de medidas de melhoria;
- Elaborar projetos e atividades de capacitação e autonomia dos utentes, desenvolvimento da equipa (*team building*) e de desenvolvimento contínuo da qualidade;
- Envolver todos os profissionais quer na revisão, quer na atualização de forma a conseguirem explicar claramente;
- Incluir cidadãos na elaboração do plano de ação (Através da análise das sugestões, ou análise dos resultados de questionários de satisfação, ou análise de sugestões/reclamações da caixa de sugestões).

C. Relatório de Atividades (RA)

- Criação de relatório de atividade (RAUF) de 2019;
- Aprovar em reunião (necessário 2/3 dos votos para aprovação) e registar em ata;
- Envolver todos os profissionais na revisão e atualização do relatório de atividades.

D. Regulamento Interno (RI)

- Dar a conhecer os conteúdos do regulamento interno a todos os profissionais;

- Melhorar a descrição da definição de serviços mínimos no Regulamento Interno.

E. Manual de Procedimentos (MP)

- Aprovar em reunião o Manual de Procedimentos;
- Registrar em ata;
- Criação de lista de procedimentos para as três áreas profissionais;
- Verificar se existe algum procedimento ausente no Manual de Procedimentos;
- Rever o Manual de Procedimentos (anualmente);
- Auditar os procedimentos organizativos;
- Criar arquivo para auditorias.

F. Tempo de espera após hora marcada

- Monitorizar trimestralmente o tempo de espera para consulta/atividade – MIM@UF, alguns indicadores BI-CSP ou SIARS;
- Publicitar os resultados da monitorização num dos placares disponíveis na unidade.

G. Horários de trabalho dos profissionais e carga horária

- Sem sugestões.

H. Enfermeiro de Família

- Refletir em reunião sobre o último valor disponível do indicador nº5 - Proporção de consultas realizadas pelo EF, de forma a ser possível alcançar uma percentagem compreendida entre 75% e 83%;
- Auditar indicador nº5;
- Publicitar o papel do Enfermeiro de Família (Faro e Estoi).

I. Secretário Clínico / Secretário Clínico de Família

- Sem sugestões.

1.3. Os Profissionais

A. Suporte de registo de ocorrências

- Analisar semanalmente os registos da unidade;

- Introduzir medidas de melhoria com base nos registos.

B. Delegação de competências

- Analisar os indicadores da respetiva área a que cada profissional está responsável;
- Registrar em ata.

C. Conselho Técnico (CT)

- Exigir (no mínimo) 4 reuniões por semestre;
- Explicitar as prioridades estratégicas do Conselho Técnico;
- Reunir 1 vez por mês (com ordem de trabalhos e registar em ata);
- Elaborar o Relatório trimestral com revisão da atividade do CT que irá posteriormente, integrar o RA da UF.

D. Reuniões periódicas da equipa multiprofissional

- Incluir nas atas as justificações das ausências;
- Incluir todos os profissionais no regime de rotatividade na dinamização e moderação das reuniões;
- Elaboração de calendário anual com as datas de reuniões com os respetivos temas/áreas a serem debatidas em reunião, bem como a anotação de quem foi o profissional responsável pela elaboração da ata;
- Afixar o calendário anual no *BackOffice* (sala de reuniões) de forma a ser observável por todos os profissionais.

E. Organização matricial

- Incluir todos os profissionais em responsabilidade na organização e desenvolvimento da equipa.

F. Identificação dos gestores dos PG

- Apresentar as funções, atividades e constituição dos Gestores de Processos;
- Afixar na sala de reuniões (*BackOffice*), a constituição dos Gestores de Processos.

1.4. Os Resultados

A. Programa de auditoria internas

- Elaboração de procedimento de auditorias e incluir no Manual de Procedimentos;
- Relatório final do programa de auditoria/controlo do ano anterior e o projeto;
- Cronograma do programa do ano em curso;
- Divulgar os resultados da avaliação e introdução de medidas de melhoria.

B. Avaliação do desempenho e eficácia da organização

- Avaliar trimestralmente o IDG;
- Registrar em ata CG;
- Registrar a reflexão e implementação de medidas de melhoria.

C. Avaliação da satisfação de utentes e profissionais

- Divulgar a avaliação anual da satisfação dos utentes e profissionais da UF (Questionários);
- Divulgar os resultados da avaliação anual;
- Registrar em ata as medidas de melhoria decorrentes dos resultados das avaliações da satisfação.

D. Monitorização dos indicadores de qualidade e segurança da unidade

- Análise das notificações enviadas pela Comissão de Qualidade e Segurança à unidade;
- Auditoria anual sobre identificação inequívoca dos doentes;
- Monitorizar indicadores dos antibióticos;
- Monitorizar dados dos antimicrobianos divulgados pelo GLC PPCIRA;
- Avaliar trimestralmente (no mínimo) os resultados dos indicadores da qualidade e segurança;
- Identificar as áreas de melhoria;
- Registrar em ata, a reflexão trimestral, introdução de medidas de melhoria e resultados observados.

E. Qualificação dos espaços de atendimento

- Adaptar o balcão de atendimento (Faro) de forma a ser acessível para cidadãos que evidenciem necessidades especiais;
- Melhorar o acesso à UF para cidadãos que evidenciem necessidades especiais. Em Faro, a entrada para as unidades apresenta pouco espaço para mobilidade. Em Estoi, existe um pequeno degrau na entrada do edifício, o que dificulta a entrada de cadeiras de rodas;
- Auditar internamente de forma a regular o processo.

2. Processos Assistenciais

2.1. Centralidade no cidadão

A. Intimidade e privacidade do cidadão

- Propor formação interna com tema a ser decidido em reunião futura;
- Aprovar o procedimento para garantir a preservação da privacidade da pessoa durante o atendimento e prestação de cuidados de saúde.

B. Tomada de decisão do cidadão sobre problemas de saúde

- Elaborar procedimento que descreva as ferramentas utilizadas para ultrapassar as barreiras da comunicação;
- Aprovar procedimento em ata.

C. Consentimento informado

- Avaliar anualmente o grau de cumprimento do Consentimento Informado;
- Elaborar consentimentos informados específicos para atos.

D. Testamento Vital / Registo Nacional de Não Dadores (RENNDA)

- Elaborar procedimento que permita aos profissionais conhecer as instruções prévias de cada cidadão e quem é o seu responsável;
- Propor formação ao Dr. Bruno Torres enquanto formador sobre o Testamento Vital aos restantes profissionais da USF;
- Documentar através de relatório de formação/ata de formação.

E. Conflitos éticos no decurso do processo assistencial

- Discutir internamente as questões éticas relacionadas com a prestação de cuidados.
- Registrar em ata

F. Direito de livre escolha dos profissionais de saúde de referência

- Elaborar um procedimento para afetação do profissional de referência ao utente, incluindo o secretário clínico;
- Aplicar a 100% o procedimento que permite aos profissionais e ao cidadão identificarem, em cada momento do processo assistencial, quem são os profissionais de referência.

G. Direito a segunda opinião

- Mencionar o procedimento para 2ª opinião no Guia de Acolhimento;
- Auditar.

H. Mudança de profissional de saúde

- Aprovar procedimento em ata;
- Auditar a aplicação do procedimento através da avaliação de alguns processos.

I. Processo clínico único, seguro e confidencial

- Sem sugestão.

J. Participação dos utentes em atividades de ensino

- Incluir no Guia de Acolhimento a forma dos utentes poderem recusar a presença de formandos ou prestação de cuidados de estes;
- Publicitar informação para sensibilizar para a colaboração dos utentes na formação dos novos utentes na formação de novos profissionais de saúde.

K. Ações específicas em relação ao cuidador

- Elaborar procedimentos e informação sobre os recursos da comunidade para apoio ao cuidador;
- Verificar o preenchimento das escalas:
 - Zarit;
 - CAMI (*Carers Assessment of Managing Index*);

- Escala de Schumacher, 2000;
- *CASI (Child and Adolescent Symptom Inventory)*.

L. Compromisso com as boas práticas

- Utilizar fluxogramas e mapas definindo responsabilidades para os profissionais nos procedimentos de grupos de risco;
- Auditar fluxogramas;
- Entrevistar os novos profissionais da Unidade se os procedimentos ajudam na integração.

2.2. A Organização Centrada no Cidadão

A. Identificação dos processos assistenciais

- Melhorar forma de apresentação dos horários dos profissionais.

B. Informação documentada sobre a organização

- Disponibilizar informação ao cidadão sobre a organização da unidade no Guia de Acolhimento;
- Seguir as orientações da ERS e da "Qualificação dos espaços de atendimento" (SNS+ Proximidade).

C. Informação documentada sobre as necessidades de saúde da população

- Sem sugestão.

D. Atendimento no próprio dia

- Melhorar as publicações e o design sobre as condições em que é garantido o atendimento médico, de enfermagem ou de outros profissionais de saúde no próprio dia;
- Alterar a disposição do logotipo da unidade.

E. Visitas Domiciliárias (VD)

- Incluir critério de visita domiciliar no Guia de Acolhimento.

F. Intervenção em grupos vulneráveis e de risco

- Melhorar denominação, esta deverá ser igual para todos.

G. Sistema de renovação de medicação crónica

- Incluir critérios de renovação da prescrição no Guia de Acolhimento;

- Monitorizar o Tempo Máximo de Resposta Garantido por médico, mensalmente, através do MIM@UF.

H. Sistema de referência (interna e externa)

- Auditar frequentemente.

I. Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados

- Reforçar importância no 45 do “P” do SOAP e registar em ata;
- Monitorizar uma vez por semestre.

J. Prestação de cuidados em fim de vida

- Elaborar procedimento e registar o mesmo em ata.

K. Transição de cuidados de saúde

- Implementar norma;
- Registar em ata;
- Distribuir norma pelos profissionais;
- Auditar.

L. Reconciliação terapêutica

- Implementar norma;
- Registar em ata;
- Distribuir norma pelos profissionais;
- Auditar.

M. Atendimento personalizado

- Registar atendimentos personalizados registados nos últimos 12 meses.

2.3. Os Profissionais

A. Identificação dos gestores dos processos assistenciais

- Registar em ata identificação dos Gestores de Processos assistenciais, do planeamento e da implementação dos Processos Assistenciais;
- Realizar auditoria.

B. Responsabilidades e funções dos profissionais

- Atualizar as funções, competências, responsabilidades no Regulamento Interno e mapa de competências;
- Questionar profissionais sobre alertp1, SGT, entre outros.

C. A carga horária disponível é compatível com a lista de utentes

- Analisar os seguintes indicadores e registar em ata a sua análise:
 - 346 – Propor. consul. realiz. Intervalo [08;11[h (Q1);
 - 347 – Propor. consul. realiz. intervalo [11;14[h (Q2);
 - 348 – Propor. consul. realiz. Intervalo [14;17[h (Q3);
 - 349 – Propor. consul. realiz. Intervalo [17;20[h (Q4);
- Intersubstituição em todos os grupos profissionais para atividades não programadas.

D. Atividade programada como princípio organizativo

- Os seguintes Indicadores deverão ser inferiores a 35%:
 - 344 – Propor. consultas médicas realiz. no dia agendam.
 - 345 – Propor. consultas enfer. realiz no dia agendam.
- Procedimento para promover e manter um nível de atividades programadas superior a 2/3 (66,66%) de toda a atividade assistencial. Ou seja, existência de procedimento para diminuir os indicadores e mostrar em ata que avaliam e tentam melhorar rapidamente.

E. Consulta programada em todo o horário da UF (Unidade Funcional)

- Garantir que cada profissional entre uma vez por semana às 8h e que termine uma vez por semana às 20h (mínimo, o ideal é ser duas vezes);
- Consulta programada em todas as meias hora de segunda a sexta-feira.

F. Sistema de intersubstituição

- Observar em ata.

2.4. Os Resultados

A. Qualidade e grau de cumprimento dos registos clínicos (B)

- Auditar registos clínicos.

B. Plano de Auditoria Interna (PAI) (A)

C. Controlo das não conformidades, ações preventivas e de melhoria (A)

- Introduzir medidas de melhoria;
- Registrar em ata;
- Elaborar documento com a lista de auditorias que a unidade se irá a realizar no próximo ano.

D. Monitorização e avaliação do IDG da UF/ACeS

- Observar em ata;
- Elaborar documento em Excel para facilitar a monitorização do IDG;
- Registrar em ata.

E. Reflexão regular sobre qualificação da prescrição

- Analisar indicador “354 – Despesa MCDT prescr. p/ ins. padrão (P. conve.)” e observar se melhorou;
- Observar quem prescreveu mais e compreender a razão;
- Auditar;
- Verificação de desvios, comparando o indicador por médico e o indicador da unidade;
- Registrar em ata medidas de melhoria e o seu impacto.

3. Processos Suporte

3.1 Gestão da Informação e Comunicação

3.1.1 Entre Profissionais

A. Partilha da informação e eficácia na comunicação (B)

- Sem sugestão.

B. Prática de gestão da documentação e informação (A)

- Auditar norma 01/2017;
- Auditar procedimento;
- Verificar o cumprimento dos procedimentos de arquivo de documentação.

C. Elaboração e gestão documental (B)

- Proceder conforme norma.

3.1.2 Com o Cidadão

A. Meios de Comunicação (B)

- Sem sugestão.

B. Atendimento pelo secretariado clínico (A)

- Elaborar procedimentos sobre as diferentes aplicações informáticas:
 - Alertp1, Reembolsos, BAS, RNU, SClinico, SGA, SGI, SGTD, SIIMA Rastreios, SINUS e SISO.
- Formação:
 - Acolhimento ao cidadão;
 - Melhoria qualidade relacional;
 - Comunicação para o atendimento de utentes.
- Reflexão sobre os resultados da avaliação da satisfação dos utentes e dos profissionais;
- Introdução de medidas de melhoria.

C. Atendimento não presencial (A)

- Sem sugestão.

D. Informação afixada (A)

- Promover literacia em saúde.

E. Informação publicitada (B)

- Sem sugestões.

F. Sistema de marcação de consultas (A)

- Sem sugestões.

G. Guia de acolhimento (A)

- Elaborar um Guia de Acolhimento com:
 - Apresente profissionalismo e criatividade na sua elaboração;
 - os respetivos logotipos SNS, ARS, ACeS e USF
 - Carteira de serviços e serviços mínimos;
 - Horário de funcionamento;
 - Alternativas assistenciais com endereços e contactos;
 - Endereço e contactos da USF;

- Sistema de marcação de consultas e renovação da medicação crónica (aplicável nas unidades prescriptoras);
- Forma de apresentar reclamações e sugestões.
- Ter em conta outros critérios da Grelha DiOr-CSP que mencionem o Guia de Acolhimento.

3.1.3 Com o ACES / UF

A. Manual de Articulação (B)

- Sem sugestões.

B. Gabinete do Cidadão (B)

- Sem sugestões.

C. Garantir canal de comunicação (interna e externa) com o ACeS/UF (B)

- Sem sugestões.

3.1.4 Com a Comunidade

A. Garantir canal de comunicação com a comunidade (B)

- Desenvolver ações de ligação à comunidade com “Consulta de Promoção e de Saúde e Bem Estar.

3.2 Sistemas e Tecnologia de Informação

A. Plano de contingência dos SI (A)

- “Formação” sobre o plano de contingência de recuperação das aplicações e dados/processo clínico;
- Registrar em ata;
- Monitorização sistemática de não conformidades;
- Relatório Anual;
- Ações de melhoria efetuadas.

B. Verificação da qualidade e fiabilidade dos dados recolhidos nos SI (B)

- Elaborar procedimento que garanta a verificação da qualidade e fiabilidade dos dados recolhidos no SI;
- Comparar resultados de 2/3 dias entre o MIM@UF e SClínico, uma vez por semestre (Ex: contactos de enfermagem);

- Monitorização sistemática das não conformidades;
- Relatório Anual;
- Ações de melhoria efetuadas.

C. Gestão do equipamento informático (B)

- Alterar a localização da impressora da farmácia para o gabinete 11;
- Procedimento para a manutenção, substituição e inventário de equipamento informático;
- Formação SIARS;
- Monitorização sistemática das não conformidades;
- Relatório Anual;
- Ações de melhoria efetuadas.

3.3 Recursos Humanos

A. Horários (B)

- Elaborar procedimento para a elaboração de horários (MF, EF e SC);
- Registar em ata a avaliação dos profissionais sobre o seu horário, analisando todos os indicadores de acesso.

B. Assiduidade (B)

- Sem sugestões.

C. Plano de férias (B)

- Procedimento para a elaboração do plano de férias (MF, EF e SC);
- Verificar aplicação do procedimento;
- Verificar cumprimento do procedimento;
- Observar em ata.

D. Alteração de profissionais (B)

- Procedimento: solicitar ao ACeS;
- Observar em ata o cumprimento do procedimento;
- Observar 3x após aprovação.

E. Documentação relativa a RH (B)

- Observar em ata o cumprimento do procedimento.

F. Avaliação do desempenho dos profissionais (B)

- Sem sugestões.

3.4 Aprovisionamento

A. Gestão de Stocks (B)

- Observar em ata o procedimento da gestão de stocks;
- Observar se for aprovado de acordo com o Regulamento Interno para a gestão dos processos;
- Baseado em vivências anteriores dos profissionais da unidade.

B. Gestão de equipamentos e instalações (B)

- Elaborar procedimento para garantir o funcionamento do plano de manutenção;
- A unidade deverá monitorizar internamente.

C. Inventário (B)

- Ata com verificação de material e equipamento (inventário)
- Nomear 3 responsáveis pelo inventário (MF, EF e SC)
- Afixar em todos os gabinetes/áreas de trabalho uma lista do material existente
- Disponibilizar a lista em pasta na Pasta Partilhada USF Golfinho
- Verificação anual da lista
- Cada profissional deverá fazer um levantamento do inventário existente do seu gabinete/área de trabalho
- Recorrer a documentos partilhados na pasta partilhada do ACeS Central:
- “ACES Central Informações” → “Cadastro” → “FicGlobalEmisFolhasCadastro_Limpa”
- “ACES Central Informações” → “Cadastro” → “Plantas-Central_PDF” → “CS Faro”.

D. Viatura (B)

- Sem sugestões.

3.5 Gestão Financeira

A. Controlo dos desvios orçamentais (B)

- Sem sugestões.

B. Gestão das taxas moderadoras (B)

- Elaborar procedimento com o circuito desde a receção da taxa moderadora até que a mesma seja entregue à Unidade de Apoio à Gestão.

C. Fundo de maneiio (B)

- Não aplicável

D. Monitorização de consumos (B)

- Registrar em ata;
- Elaboração de relatório semestral apresentado em Conselho Geral.

E. Monitorização da prescrição (B)

- Elaborar procedimento;
- Registrar em ata a sua discussão;
- Registrar em ata monitorização e reflexão sobre a prescrição de medicamentos e MCDT por semestre;
- Elaboração de relatório semestral apresentado em Conselho Geral.

F. Trabalho suplementar (B)

- Sem sugestões.

3.6 Segurança

3.6.1 Gestão de Risco

A. Cultura e ambiente de segurança (B)

- Replicação da formação do ACeS pelo elo da CQS;
- Promoção bianual do preenchimento do questionário da cultura de segurança do doente

B. Identificação e definição da metodologia utilizada para a gestão do risco (B)

- Procedimento que defina a metodologia utilizada na Gestão do Risco;
- Procedimento que defina a monitorização da Gestão do Risco;
- Procedimento que defina a avaliação da Gestão do Risco;

- Registrar medidas de melhoria.

C. Plano de segurança (B)

- Aguardar pelo Gabinete de Instalações e Equipamento (GIE) da ARS Algarve, IP.

D. Sistema de proteção contra incêndio (B)

- Aguardar pelo Gabinete de Instalações e Equipamento (GIE) da ARS Algarve, IP.

E. Sistema de proteção contra intrusão (B)

- Critério da competência da Unidade de Apoio à Gestão do ACeS Algarve I – Central.

F. Plano de emergência interno e segurança em caso de emergência (A)

- Aguardar pelo Gabinete de Instalações e Equipamento (GIE) da ARS Algarve, IP.

G. Formação e treino em caso de sinistro (A).

- Aguardar pelo Gabinete de Instalações e Equipamento (GIE) da ARS Algarve, IP.

H. Formação em SBV (A)

- Solicitar ao ACeS, formação em Suporte Básico de Vida para os profissionais de saúde da Unidade.

I. Vigilância por empresa especializada (B)

- Não aplicável

J. Sinalética de orientação (B)

- Sem sugestões.

K. Acessibilidade segura de cidadãos com mobilidade reduzida e outras deficiências sensoriais (A)

- Solicitar à Unidade de Apoio à Gestão do ACeS Algarve I – Central;
- Registrar e incluir os cidadãos na realização de auditoras internas sobre mobilidade.

L. Controlo do uso de material farmacêutico e clínico (FEFO, LASA, Recall)

(A)

- Implementar estratégia institucional para a gestão de medicamentos LASA;
- Implementar estratégia institucional para a gestão de medicamentos MAM;
- Consultar norma futura do ACeS (em breve);
- Auditar.

M. Controlo de infeção (A)

- Os elos do PPCIRA deverão auditar o processo;
- Cumprimento do solicitado pelo GCL PPCIRA por parte dos elos.

N. Plano e registos de inspeção, manutenção e substituição periódica de equipamentos (B)

- Solicitar formação para a utilização e conservação de equipamentos (mapas, desfibrilhador externo, eco doppler, cardiotocógrafo);
- Elaborar procedimento para a inspeção, manutenção e substituição de equipamentos;
 - Balança;
 - Esfigmomanómetro;
 - Analisador de hemoglobina glicada;
 - Frigorífico;
 - Doppler fetal;
 - Doppler vascular;
 - Glucómetro;
 - Coagulómetro;
- Registrar procedimento em ata.

O. Plano e certificados de calibração de equipamentos (B)

- Solicitar à Unidade de Apoio à Gestão;
- Criar arquivo de avarias remetidas à Unidade de Apoio à Gestão;
- Registrar em ata;

- Registrar calibração dos equipamentos.

P. Avarias e sua resolução (B)

- Elaboração de um procedimento para os registos de avarias e a sua resolução;
- Mapa de ocorrências.

Q. Manuais de utilização de equipamentos (B)

- Manuais disponíveis;
- Manuais disponíveis em formato digital na Pasta Partilhada.

R. Adequação das instalações e estruturas físicas (B)

- Sem sugestão.

S. Gestão de resíduos (A)

- Sem sugestão.

T. Higienização adequada das instalações e equipamentos (B)

- Solicitar ao ACeS;
- Registrar em ata um plano de higienização das instalações e equipamentos. (Aguardar pelo PPCIRA).

U. Rede de frio (A)

- Aguardar por norma do ACeS ou da ARS Algarve, IP.

3.6.2 Segurança dos Utentes

A. Identificação inequívoca do utente (A)

- Implementar Norma Interna nº1 da Comissão de Qualidade e Segurança do ACeS Algarve I – Central;
- Auditoria solicitada pela CQS aos elos.

B. Identificação de riscos para a segurança do utente (B)

- Promover a plataforma notific@ no sítio da DGS e formulário online ou em papel disponível no Portal RAM no sítio do INFARMED, I.P, no que se relaciona com o SISTEMA NACIONAL DE FARMACOVIGILÂNCIA (Notificação de Suspeita de Reações Adversas

e Medicamentos para Profissionais de Saúde) – Procedimento que descreva todos os eventos adversos que deverão ser notificados;

- Promover auditorias internas da Gestão do Risco.

C. Gestão da violência (B)

- Aprovar procedimento;
- Aprovar de acordo com o Regulamento Interno para a gestão dos processos.

D. Incidentes e eventos adversos (B)

- Todo o procedimento proposto no ponto 3.6.2 B;
- O elo CQS deve elaborar um relatório das atividades que realizou (também a anexar ao PAUF).

E. Arquivo de registos inativos (B)

- Elaborar procedimento para a gestão das transferências e do arquivo inativo;
- Para mais informação deverá ser consultado o Manual de Procedimentos do Arquivo – ACSS;
- Aprovar procedimento;
- Verificar o cumprimento do procedimento.

3.6.3 Segurança dos Profissionais

A. Equipamentos de proteção individual (B)

- Elaborar procedimento;
- Formação dos profissionais pelo elo GCL PPCIRA e formação sobre a Proteção Básica de Controlo de Infeções (PBCI);
- Auditoria sobre a correta utilização dos EPI, realizada no âmbito do GCL PPCIRA.

B. Adesão ao “Notific@” (B)

- Monitorizar a taxa de notificações (solicitar à CQS);
- Relatório anual com medidas de melhoria.

C. Gestão da violência (B)

- Formação aos profissionais sobre a gestão de violência sobre si exercida.

D. Saúde, higiene e segurança no local de trabalho (B)

- Identificar e eliminar riscos que possam afetar os profissionais;
- Implementar um Plano de Prevenção de Riscos Laborais;
- Elaborar procedimento que defina os riscos laborais para os profissionais;
- Implementar um plano de prevenção e resolução de riscos laborais;
- Monitorizar e apresentar o relatório anua com medidas de melhoria.

E. Identificação de profissionais e pessoas estranhas à organização (visitantes) (B)

- Elaborar e aprovar procedimento para a movimentação de estranhos (incluindo Delegados de Informação Médica);
- Verificar o cumprimento do procedimento;
- Verificar se todos os profissionais da unidade estão identificados;
- Implementar ações de melhoria em caso de não conformidades;
- Elaboração de placa/crachá de identificação.

F. Imunização dos profissionais (B)

- Sem sugestões.

3.7 Formação

3.7.1 Interna

A. Garantia das necessidades de formação dos profissionais em função dos objetivos estratégicos e das características da população (A)

- Auscultar todos os profissionais no Plano de Formação;
- Garantir que todos os profissionais sejam participativos nas formações.

B. Sessões científicas multidisciplinares regulares (B)

- Reuniões Científicas (no mínimo, uma por semestre, das 3 áreas profissionais);
- Planeamento anual e cumprimento (registar em ata).

C. Equipamento necessário para a formação (B)

- Solicitar ao ACeS e registrar em ata a solicitação.

3.7.2 Externa

A. Participação na formação externa e partilha de conhecimentos (A)

- No Regulamento Interno, está definida uma política de participação dos profissionais em formação externa;
- Participação de todos os profissionais em formação externa;
- Incluir percentagem de formações externas partilhadas em reunião/total de formação externas frequentadas ao RAUF.

B. Capacidade formativa da UF (B)

- Elaborar/manter o Manual de Acolhimento a alunos/internos atualizado;
- Existência de comprovativo de entrega do Manual de Acolhimento a alunos/internos assinado pelos alunos/internos (deve constar um breve questionário com a análise crítica sobre o estágio/internato);
- Monitorização da utilização eficiente e efetiva da capacidade formativa;
- Nº de estagiários ou internos / Nº estágios ou internatos solicitados.

3.8 Investigação

A. Artigos/comunicações/conferências (B)

- Sem sugestões.

B. Projetos de investigação (B)

- Sem sugestões.

3.9 Identificação dos gestores dos Processos de Suporte

A. Identificação dos gestores dos PS e definição das suas responsabilidades (B)

- Todos os profissionais têm conhecimento das funções e atividades desenvolvidas pelos Gestores de Processos.

8.2 Apêndice 2 – Desempenho Assistencial de outubro de 2019

out/19												
Área	Subárea	Dimensão	Indicador	Min. Aceit	Min. Esper	Máx. Esper	Máx. Aceit	Resultado	Score	IDS_D	IDS_S	IDS_A
Desempenho Assistencial	Acesso	Cobertura ou Utilização	3 - Taxa de domicílios médicos por 1.000 inscritos	12,00	18,00	35,00	40,00	3,60	0	1,25	17,89	57,8
			330 - Índice de utilização anual de consultas médicas	0,80	0,85	2,00	2,00	0,78	0			
			331 - Índice de utilização anual de consultas enferm.	0,70	0,75	2,00	2,00	0,73	1			
			6 - Taxa de utilização de consultas médicas - 3 anos	80,00	85,00	95,00	100,00	55,17	0			
			99 - Taxa utilização consultas de enfermagem - 3 anos	70,00	75,00	85,00	90,00	41,30	0			
		Consulta no Próprio Dia	339 - Taxa anual ajustada episódios urgência hospitalar	0,00	0,00	50,00	70,00	61,66	1	6,25		
			344 - Propor. consultas médicas realiz. no dia agendam.	15,00	20,00	35,00	45,00	37,51	1			
			345 - Propor. consul. enferm. realiz. no dia do agendam.	15,00	20,00	55,00	65,00	47,03	2			
			410 - Taxa anual ajustada utiliz. freq. urgência hospit.	0,00	0,00	3,30	3,60	3,82	0			
		Distribuição das Consultas Presenciais no Dia	346 - Propor. consul. realiz. intervalo [8; 11]h (Q1)	15,00	20,00	30,00	35,00	38,13	0	7,81		
			347 - Propor. consul. realiz. intervalo [11; 14]h (Q2)	20,00	22,50	32,50	35,00	26,56	2			
			348 - Propor. consul. realiz. intervalo [14; 17]h (Q3)	20,00	22,50	32,50	35,00	23,42	2			
			349 - Propor. consul. realiz. intervalo [17; 20]h (Q4)	10,00	15,00	25,00	35,00	11,89	1			
		Personalização	1 - Proporção de consultas realizadas pelo MF	75,00	78,00	88,00	90,00	85,23	2	6,25		
			5 - Proporção de consultas realizadas pelo EF	60,00	65,00	83,00	86,00	51,21	0			
		Tempos Máximos de Resposta Garantidos	335 - Prop. cons. ind. receipt. c/ resposta 3 dias úteis	80,00	85,00	100,00	100,00	95,63	2	50,00		
			342 - Proporção consul. méd. inic. ut. <= 15 dias úteis	60,00	65,00	100,00	100,00	87,02	2			
		Gestão da Doença	Diabetes Mellitus	261 - Proporção utentes DM c/ aval. risco úlcera pé	75,00	80,00	100,00	100,00	63,80	0		
	274 - Propor. DM2 c/ indic. insul., em terap. adequada			75,00	85,00	100,00	100,00	81,25	1			
	275 - Proporção novos DM2 em terap. c/ metform. monot.			60,00	70,00	100,00	100,00	72,62	2			
	350 - Custo c/ terapêut. do doente c/ Diabetes Mellitus			120,00	120,00	300,00	320,00	352,69	0			
	351 - Custo c/ terap. doente c/ Diab. Mell. controlado			120,00	120,00	300,00	320,00	391,52	0			
	39 - Proporção DM c/ última HbA1c <= 8,0%		50,00	60,00	100,00	100,00	55,10	1				
	Doenças Aparelho Respiratório		49 - Proporção utentes c/ DPOC, c/ FeV1 em 3 anos	40,00	60,00	100,00	100,00	42,27	1	16,67		
			Hipertensão Arterial	20 - Proporção hipertensos < 65 A, com PA < 150/90	50,00	67,00	100,00	100,00	53,76	1	27,78	
	352 - Custo c/ terapêut. do doente c/ HTA	50,00		50,00	90,00	95,00	71,59	2				
	353 - Custo c/ terapêut. do doente c/ HTA controlada	50,00		50,00	100,00	105,00	87,25	2				
	Gestão da Saúde	Saúde da Mulher	11 - Proporção gráv. c/ consulta méd. vigil. 1º trim.	70,00	75,00	100,00	100,00	84,97	2	6,25		
			295 - Propor. puérp. 5+ cons. vig. enf. grav. e c/ RP	70,00	75,00	100,00	100,00	37,14	0			
			307 - Proporção grávidas com ecografia 1º trimestre	70,00	75,00	100,00	100,00	64,22	0			
			45 - Prop. mulheres [25;60]A, c/ rastr. C. Colo út.	47,00	52,00	100,00	100,00	37,80	0			
		Saúde do Adulto	262 - Proporção utentes com avaliação risco DM2 (3A)	10,00	22,00	100,00	100,00	39,82	2	8,33		
			46 - Proporção utentes [50; 75]A, c/ rastreio cancro CR	47,00	52,00	100,00	100,00	37,64	0			
			98 - Proporção utentes >= 25 A, c/ vacina tétano	85,00	92,00	100,00	100,00	63,05	0			
		Saúde do Idoso	294 - Taxa domicílios enferm. p/ 1000 inscritos idosos	400,00	550,00	1650,00	1650,00	18,85	0	8,33		
			297 - Prop. idosos s/ presc. prol. ansiol/sedat/hipnót	77,00	80,00	100,00	100,00	86,95	2			
			30 - Proporção idosos ou doença crónica, c/ vac. gripe	50,00	55,00	100,00	100,00	24,30	0			
	Saúde Infantil e Juvenil	14 - Proporção RN c/ cons. méd. vigil. até 28 dias vida	85,00	95,00	100,00	100,00	75,54	0	0,00			
		93 - Proporção crianças 2A, c/ PNV cumprido ou execução	95,00	98,00	100,00	100,00	87,94	0				
		94 - Proporção crianças 7A, c/ PNV cumprido ou execução	95,00	98,00	100,00	100,00	87,93	0				
		95 - Proporção jovens 14A, c/ PNV cumprido ou execução	95,00	98,00	100,00	100,00	91,09	0				
	Qualificação da Prescrição	Prescrição Farmacoterapêutica	255 - Propor. quinolonas entre antib. fatur. (embal.)	0,00	0,00	8,00	10,00	12,46	0	43,75		
257 - Propor. cefalosp. entre antib. fatur. (embal.)			0,00	0,00	5,00	7,00	4,62	2				
259 - Proporção coxibes entre AINEs faturados (DDD)			0,00	0,00	12,00	15,00	8,44	2				
276 - Rácio DDD prescrita DPPC-4 e antidiabét. orais			0,00	0,00	36,00	40,00	37,99	1				
341 - Despesa PVP medic. pres. compart. p/ insc. padrão			90,00	90,00	130,00	135,00	100,11	2				
Prescrição MCDT's		354 - Despesa MCDT prescr. p/ insc. padrão (p. conv.)	25,00	25,00	45,00	50,00	41,82	2	37,50			

8.3 Apêndice 3 – Desempenho Assistencial de novembro de 2019

nov/19												
Área	Subárea	Dimensão	Indicador	Min. Aceit	Min. Esper	Máx. Esper	Máx. Aceit	Resultado	Score	IDS_D	IDS_S	IDS_A
Desempenho Assistencial	Acesso	Cobertura ou Utilização	3 - Taxa de domicílios médicos por 1.000 inscritos	12,00	18,00	35,00	40,00	4,19	0	2,50	18,20	56,6
			330 - Índice de utilização anual de consultas médicas	0,80	0,85	2,00	2,00	0,78	0			
			331 - Índice de utilização anual de consultas enferm.	0,70	0,75	2,00	2,00	0,75	2			
			6 - Taxa de utilização de consultas médicas - 3 anos	80,00	85,00	95,00	100,00	56,98	0			
			99 - Taxa utilização consultas de enfermagem - 3 anos	70,00	75,00	85,00	90,00	43,45	0			
		Consulta no Próprio Dia	339 - Taxa anual ajustada episódios urgência hospitalar	0,00	0,00	50,00	70,00	61,55	1	6,25		
			344 - Propor. consultas médicas realiz. no dia agendam.	15,00	20,00	35,00	45,00	36,20	1			
			345 - Propor. consul. enfer. realiz. no dia do agendam.	15,00	20,00	55,00	65,00	45,99	2			
			410 - Taxa anual ajustada utiliz. freq. urgência hospit.	0,00	0,00	3,30	3,60	3,85	0			
		Distribuição das Consultas Presenciais no Dia	346 - Propor. consul. realiz. intervalo [8; 11]h (Q1)	15,00	20,00	30,00	35,00	37,90	0	7,81		
			347 - Propor. consul. realiz. intervalo [11; 14]h (Q2)	20,00	22,50	32,50	35,00	26,63	2			
			348 - Propor. consul. realiz. intervalo [14; 17] (Q3)	20,00	22,50	32,50	35,00	23,53	2			
			349 - Propor. consul. realiz. intervalo [17; 20]h (Q4)	10,00	15,00	25,00	35,00	11,94	1			
		Personalização	1 - Proporção de consultas realizadas pelo MF	75,00	78,00	88,00	90,00	85,99	2	6,25		
			5 - Proporção de consultas realizadas pelo EF	60,00	65,00	83,00	86,00	54,34	0			
		Tempos Máximos de Resposta Garantidos	335 - Prop. cons. ind. receipt. c/ resposta 3 dias úteis	80,00	85,00	100,00	100,00	95,71	2	50,00		
			342 - Proporção consul. méd. inic. ut. <= 15 dias úteis	60,00	65,00	100,00	100,00	85,97	2			
	Gestão da Doença	Diabetes Mellitus	261 - Proporção utentes DM c/ aval. risco úlcera pé	75,00	80,00	100,00	100,00	67,99	0	11,11		
			274 - Propor. DM2 c/ indic. insul., em terap. adequada	75,00	85,00	100,00	100,00	81,25	1			
			275 - Proporção novos DM2 em terap. c/ metform. monot.	60,00	70,00	100,00	100,00	71,43	2			
			350 - Custo c/ terapêut. do doente c/ Diabetes Mellitus	120,00	120,00	300,00	320,00	365,89	0			
			351 - Custo c/ terap. doente c/ Diab. Mell. controlado	120,00	120,00	300,00	320,00	398,07	0			
			39 - Proporção DM c/ última HbA1c <= 8,0%	50,00	60,00	100,00	100,00	57,66	1			
		Doenças Aparelho Respiratório	49 - Proporção utentes c/ DPOC, c/ FeV1 em 3 anos	40,00	60,00	100,00	100,00	51,04	1	16,67		
		Hipertensão Arterial	20 - Proporção hipertensos < 65 A, com PA < 150/90	50,00	67,00	100,00	100,00	55,42	1	27,78		
			352 - Custo c/ terapêut. do doente c/ HTA	50,00	50,00	90,00	95,00	75,56	2			
			353 - Custo c/ terapêut. do doente c/ HTA controlada	50,00	50,00	100,00	105,00	91,58	2			
	Gestão da Saúde	Saúde da Mulher	11 - Proporção gráv. c/ consulta méd. vigil. 1º trim.	70,00	75,00	100,00	100,00	88,05	2	6,25		
			295 - Propor. puérp. 5+ cons. vig. enf. grav. e c/ RP	70,00	75,00	100,00	100,00	45,10	0			
			307 - Proporção grávidas com ecografia 1º trimestre	70,00	75,00	100,00	100,00	62,60	0			
			45 - Prop. mulheres [25;60]A, c/ rastr. C. Colo út.	47,00	52,00	100,00	100,00	39,58	0			
		Saúde do Adulto	262 - Proporção utentes com avaliação risco DM2 (3A)	10,00	22,00	100,00	100,00	42,21	2	8,33		
			46 - Proporção utentes [50; 75]A, c/ rastreio cancro CR	47,00	52,00	100,00	100,00	41,75	0			
			98 - Proporção utentes >= 25 A, c/ vacina tétano	85,00	92,00	100,00	100,00	63,77	0			
		Saúde do Idoso	294 - Taxa domicílios enferm. p/ 1000 inscritos idosos	400,00	550,00	1650,00	1650,00	22,29	0	8,33		
			297 - Prop. idosos s/ presc. prol. ansiol/sedat/hipnót	77,00	80,00	100,00	100,00	86,93	2			
			30 - Proporção idosos ou doença crónica, c/ vac. gripe	50,00	55,00	100,00	100,00	28,25	0			
	Saúde Infantil e Juvenil	14 - Proporção RN c/ cons. méd. vigil. até 28 dias vida	85,00	95,00	100,00	100,00	77,12	0	0,00			
		93 - Proporção crianças 2A, c/ PNV cumprido ou execução	95,00	98,00	100,00	100,00	86,67	0				
		94 - Proporção crianças 7A, c/ PNV cumprido ou execução	95,00	98,00	100,00	100,00	85,59	0				
		95 - Proporção jovens 14A, c/ PNV cumprido ou execução	95,00	98,00	100,00	100,00	94,17	0				
	Qualificação da Prescrição	Prescrição Farmacoterapêutica	255 - Propor. quinolonas entre antib. fatur. (embal.)	0,00	0,00	8,00	10,00	10,90	0	37,50		
			257 - Propor. cefalosp. entre antib. fatur. (embal.)	0,00	0,00	5,00	7,00	5,01	1			
			259 - Proporção coxibes entre AINEs faturados (DDD)	0,00	0,00	12,00	15,00	8,90	2			
			276 - Rácio DDD prescrita DPPC-4 e antidiabét. orais	0,00	0,00	36,00	40,00	37,65	1			
			341 - Despesa PVP medic. pres. compart. p/ insc. padrão	90,00	90,00	130,00	135,00	102,10	2			
Prescrição MCDT's		354 - Despesa MCDT presc. p/ insc. padrão (p. conv.)	25,00	25,00	45,00	50,00	42,55	2	37,50			

8.4 Apêndice 4 – Desempenho Assistencial de dezembro de 2019

dez/19												
Área	Subárea	Dimensão	Indicador	Min. Aceit	Min. Esper	Máx. Esper	Máx. Aceit	Resultado	Score	IDS_D	IDS_S	IDS_A
Desempenho Assistencial	Acesso	Cobertura ou Utilização	3 - Taxa de domicílios médicos por 1.000 inscritos	12,00	18,00	35,00	40,00	4,39	0	2,50	18,20	58,1
			330 - Índice de utilização anual de consultas médicas	0,80	0,85	2,00	2,00	0,78	0			
			331 - Índice de utilização anual de consultas enferm.	0,70	0,75	2,00	2,00	0,75	2			
			6 - Taxa de utilização de consultas médicas - 3 anos	80,00	85,00	95,00	100,00	57,86	0			
			99 - Taxa utilização consultas de enfermagem - 3 anos	70,00	75,00	85,00	90,00	45,11	0			
		Consulta no Próprio Dia	339 - Taxa anual ajustada episódios urgência hospitalar	0,00	0,00	50,00	70,00	61,88	1	6,25		
			344 - Propor. consultas médicas realiz. no dia agendam.	15,00	20,00	35,00	45,00	35,88	1			
			345 - Propor. consul. enferm. realiz. no dia do agendam.	15,00	20,00	55,00	65,00	46,66	2			
			410 - Taxa anual ajustada utiliz. freq. urgência hospit.	0,00	0,00	3,30	3,60	3,91	0			
		Distribuição das Consultas Presenciais no Dia	346 - Propor. consul. realiz. intervalo [8; 11]h (Q1)	15,00	20,00	30,00	35,00	37,87	0	7,81		
			347 - Propor. consul. realiz. intervalo [11; 14]h (Q2)	20,00	22,50	32,50	35,00	26,86	2			
			348 - Propor. consul. realiz. intervalo [14; 17]h (Q3)	20,00	22,50	32,50	35,00	23,19	2			
			349 - Propor. consul. realiz. intervalo [17; 20]h (Q4)	10,00	15,00	25,00	35,00	12,08	1			
		Personalização	1 - Proporção de consultas realizadas pelo MF	75,00	78,00	88,00	90,00	86,26	2	6,25		
			5 - Proporção de consultas realizadas pelo EF	60,00	65,00	83,00	86,00	54,30	0			
		Tempos Máximos de Resposta Garantidos	335 - Prop. cons. ind. receipt. c/ resposta 3 dias úteis	80,00	85,00	100,00	100,00	95,45	2	50,00		
	342 - Proporção consul. méd. inic. ut. <= 15 dias úteis		60,00	65,00	100,00	100,00	84,76	2				
	Gestão da Doença	Diabetes Mellitus	261 - Proporção utentes DM c/ aval. risco úlcera pé	75,00	80,00	100,00	100,00	69,33	0	11,11		
			274 - Propor. DM2 c/ indic. insul., em terap. adequada	75,00	85,00	100,00	100,00	83,87	1			
			275 - Proporção novos DM2 em terap. c/ metform. monot.	60,00	70,00	100,00	100,00	72,15	2			
			350 - Custo c/ terapêut. do doente c/ Diabetes Mellitus	120,00	120,00	300,00	320,00	366,50	0			
			351 - Custo c/ terap. doente c/ Diab. Mell. controlado	120,00	120,00	300,00	320,00	395,27	0			
			39 - Proporção DM c/ última HbA1c <= 8,0%	50,00	60,00	100,00	100,00	57,70	1			
		Doenças Aparelho Respiratório	49 - Proporção utentes c/ DPOC, c/ FeV1 em 3 anos	40,00	60,00	100,00	100,00	53,13	1	16,67		
			20 - Proporção hipertensos < 65 A, com PA < 150/90	50,00	67,00	100,00	100,00	57,09	1			
		Hipertensão Arterial	352 - Custo c/ terapêut. do doente c/ HTA	50,00	50,00	90,00	95,00	74,77	2	27,78		
			353 - Custo c/ terapêut. do doente c/ HTA controlada	50,00	50,00	100,00	105,00	91,06	2			
	Gestão da Saúde	Saúde da Mulher	11 - Proporção gráv. c/ consulta méd. vigil. 1º trim.	70,00	75,00	100,00	100,00	89,24	2	6,25		
			295 - Propor. puérp. 5+ cons. vig. enf. grav. e c/ RP	70,00	75,00	100,00	100,00	49,18	0			
			307 - Proporção grávidas com ecografia 1º trimestre	70,00	75,00	100,00	100,00	63,70	0			
			45 - Prop. mulheres [25;60]A, c/ rastr. C. Colo út.	47,00	52,00	100,00	100,00	41,21	0			
		Saúde do Adulto	262 - Proporção utentes com avaliação risco DM2 (3A)	10,00	22,00	100,00	100,00	43,10	2	8,33		
			46 - Proporção utentes [50; 75]A, c/ rastreio cancro CR	47,00	52,00	100,00	100,00	42,53	0			
			98 - Proporção utentes >= 25 A, c/ vacina tétano	85,00	92,00	100,00	100,00	64,31	0			
		Saúde do Idoso	294 - Taxa domicílios enferm. p/ 1000 inscritos idosos	400,00	550,00	1650,00	1650,00	22,84	0	8,33		
			297 - Prop. idosos s/ presc. prol. ansiol/sedat/hipnót	77,00	80,00	100,00	100,00	87,09	2			
			30 - Proporção idosos ou doença crónica, c/ vac. gripe	50,00	55,00	100,00	100,00	30,78	0			
	Saúde Infantil e Juvenil	14 - Proporção RN c/ cons. méd. vigil. até 28 dias vida	85,00	95,00	100,00	100,00	80,54	0	0,00			
		93 - Proporção crianças 2A, c/ PNV cumprido ou execução	95,00	98,00	100,00	100,00	85,07	0				
		94 - Proporção crianças 7A, c/ PNV cumprido ou execução	95,00	98,00	100,00	100,00	87,83	0				
	Qualificação da Prescrição	Prescrição Farmacoterapêutica	255 - Propor. quinolonas entre antib. fatur. (embal.)	0,00	0,00	8,00	10,00	9,69	1	43,75		
			257 - Propor. cefalosp. entre antib. fatur. (embal.)	0,00	0,00	5,00	7,00	5,46	1			
			259 - Proporção coxibes entre AINEs faturados (DDD)	0,00	0,00	12,00	15,00	10,12	2			
276 - Rácio DDD prescrita DPPC-4 e antidiabét. orais			0,00	0,00	36,00	40,00	37,26	1				
341 - Despesa PVP medic. pres. compart. p/ insc. padrão			90,00	90,00	130,00	135,00	100,99	2				
Prescrição MCDT's		354 - Despesa MCDT presc. p/ insc. padrão (p. conv.)	25,00	25,00	45,00	50,00	42,10	2	37,50	20,31		

8.5 Apêndice 5 – Exemplo de Folha de Sugestões para a Caixa de Sugestões

USF GOLFINHO

SUGESTÃO:



A SUA OPINIÃO É MUITO IMPORTANTE PARA NÓS.
PARTILHE-A CONNOSCO!

8.6 Apêndice 6 – Guia de Acolhimento USF Golfinho

ALTERNATIVAS ASSISTENCIAIS

Em dias úteis das 20h00 às 08h00, feriados e fins-de-semana.

Serviço de Urgência Básica de Loulé

Estrada Nacional, 396-122 Loulé
Telefone: 289 401 000

Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Rua Leão Penedo, 8000-386 Faro
Telefone: 289 891 100

Feriados e fins-de-semana entre as 09h00 e 18h00

Consulta Aberta do Centro de Saúde de Faro

Urbanização Graça Mira - Lejana de Cima, 8000-003 Faro
Telefone: 289 830 300

QUEM SOMOS:

Médicos de Família:

- ◆ Dr. Anatolie Pirgari
- ◆ Dr. Bruno Torres
- ◆ Dr.ª Lígia Sousa
- ◆ Dr.ª Maria Alice Guerreiro
- ◆ Dr.ª Ofélia da Ponte
- ◆ Dr. Pedro Barbosa
- ◆ Dr. Artur Sirbu (Estoi)
- ◆ Dr. Rui Carmo (Estoi)

Enfermeiros de Família:

- ◆ Enf.ª Ana Filipa Gonçalves
- ◆ Enf.ª Ana Filipa Pereira
- ◆ Enf.ª Conceição Vaz
- ◆ Enf.ª Desiré Horta
- ◆ Enf.ª Felicidade Nunes
- ◆ Enf.ª Marina Sanches
- ◆ Enf.ª Sónia Santos (Estoi)
- ◆ Enf.ª Susana Sousa (Estoi)

Secretários Clínicos

- ◆ Cláudia Cardoso
- ◆ Estela Tavares
- ◆ Jorge Palma
- ◆ Paulo Amado
- ◆ Maria José Rita (Estoi)
- ◆ Palmira Rosa (Estoi)

RECLAMAÇÕES E SUGESTÕES

Para as sugestões que entender pertinentes para a melhoria do funcionamento da USF e coloque-as na Caixa de Sugestões. Serão sempre alvo da nossa reflexão.

Caso tenha elogios ou reclamações, por favor dirija-se ao Secretariado Clínico.



GUIA DE ACOLHIMENTO



HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

Atendimento presencial

08h às 20h - Dias úteis (Faro)
08h às 16h - Dias úteis (Estoi)

Atendimento telefónico

08h às 20h - Dias úteis (Faro)
08h às 16h - Dias úteis (Estoi)

CONTACTOS

Faro:
Urbanização Graça Mira, Lejana de Cima, 8000-003 Faro
Telefone: 289830316

Estoi:
Rua João de Deus, 8005-475 Estoi
Telefone: 289997233

Email: usf-golfinho@arsalgarve.min-saude.pt

4

CARTEIRA DE SERVIÇOS

- Planeamento Familiar
- Pastreio Oncológico
- Saúde Materna
- Saúde Infantil e Juvenil
- Saúde do Adulto e Idoso
- Hipertensão Arterial
- Diabetes Mellitus
- Vacinação

SERVIÇOS MÍNIMOS

- ◊ Situações de doença aguda
- ◊ Vigilância e controlo de terapêutica hipocoagulante
- ◊ 1ª consulta de vida até aos 28 dias
- ◊ Consultas de vigilância nos primeiros 2 anos de vida das crianças com compromisso de vigilância na USF
- ◊ Primeira consulta de Saúde Materna
- ◊ Consulta de revisão de puerpério
- ◊ Pedido de contraceção de emergência
- ◊ Pedido de IVG
- ◊ Renovação de receituário crónico

RENOVAÇÃO DE MEDICAÇÃO CRÓNICA, RESULTADOS DE EXAMES E DOCUMENTOS

Pode efetuar estes pedidos através do secretariado clínico, e-mail ou e-agenda sem necessidade de marcar consulta presencial.

Solicite o seu receituário antes que a sua medicação termine.

As receitas serão entregues até 72 horas úteis.

Depois de solicitar os resultados dos exames, certifique-se do levantamento dos mesmos.

Não é atribuição dos médicos da USF emitir determinados documentos, nomeadamente, alguns tipos de carta e atestados. Por favor informe-se junto do Secretariado Clínico.

VISITAÇÃO DOMICILIÁRIA

Destina-se aos utentes com incapacidade para se deslocar à USF, residentes na área de influência, para que lhe possam ser prestados cuidados programados e continuados. É necessária marcação prévia que será agendada após avaliação da situação clínica.

"A MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE CONSTITUI UM OBJECTIVO DIÁRIO QUE SÓ SE CONCRETIZA COM O ENVOLVIMENTO DE TODOS"

PRESENÇA E PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE FORMANDOS

A USF Golfinho é uma Unidade que acolhe Estudantes de Medicina e Enfermagem e também Internos de Formação Geral, que acompanham atividade de clínica diária.

O utente é o principal dinamizador do processo de formação dos novos profissionais de saúde, pelo que a sua participação é imprescindível.

Os utentes podem recorrer a presença de formandos ou a prestação de cuidados por estes, de acordo com a Carta dos Direitos e Deveres dos Utentes.

ATENDIMENTO NO PRÓPRIO DIA

Destina-se a abordar situações agudas e inadiáveis.

É marcado no próprio dia a pedido do utente, cuidador ou familiar, contactando o secretariado clínico pessoalmente ou por telefone.

Para este tipo de atendimento, o utente deverá recorrer à Consulta Aberta ou Consulta de Intersubstituição (quando o médico/enfermeiro de família está ausente), da USF Golfinho.

SEGUNDA OPINIÃO

O utente tem direito a receber uma segunda opinião sobre o seu estado de saúde, interna ou externa à Unidade, de acordo com os seus direitos.

O pedido deverá ser iniciado através do Secretariado, de acordo com os procedimentos da Unidade.

MARCAÇÃO DE CONSULTAS

A marcação de consultas pode ser feita pelo utente/cuidador na USF por contacto telefónico, via E-Mail, ou ainda pelo Portal do Cidadão através da E-Agenda.

Existe tolerância de 15 minutos em caso de atraso para consulta (não aplicável quando a consulta está marcada para as 19h45).

2

Mudar, Melhorar, Ganhar em Saúde

3

8.8 Apêndice 8 – Calendário reuniões 2019 e 2020

Data	2019	Periodicidade	Grelha DiOr (Informação)
TODAS AS REUNIÕES	Análise semanal dos registos de ocorrências	Semanal	1.3 A
	Controlo da rede de frio semanal	Semanal	
Novembro	01/11/2019 Monitorização PA-UF	Trimestral	1.3 - B
	08/11/2019 Monitorização de prescrição de MCDTs e medicação	Semanal	3.5 E
	Monitorização e avaliação trimestral IDG	Trimestral	1.4 - B e 2.4 D
	15/11/2019 Monitorização TMRG	Trimestral	
	22/11/2019 Reflexão mensal de não conformidade	Mensal	3.2 A, B e C, 3.1.3 A, 3.6.1 U, 3.6.3 E
	Divulgação de cada profissional de informações sobre as suas áreas de responsabilidade	Trimestral	1.3 B
	Emparelhamento das listas dos EF aos respetivos MF	Mensal	
	29/11/2019 Mapa de Controlo mensal de assiduidade com as ausências e intersubstituições efetuadas ou a realizar	Mensal	3.3 B
Dezembro	06/12/2019 Monitorização de processos de gestão clínica e não clínica	Trimestral	
	13/12/2019 Reunião Científica (envolvendo todos os grupos profissionais)	Semanal	
	20/12/2019 Reflexão mensal de não conformidade	Mensal	3.2 A, B e C, 3.1.3 A, 3.6.1 U, 3.6.3 E
	Monitorização de consumos	Semanal	3.5 D
		Emparelhamento das listas dos EF aos respetivos MF	Mensal
	27/12/2019 Mapa de Controlo mensal de assiduidade com as ausências e intersubstituições efetuadas ou a realizar	Mensal	3.3 B

Data	2020	Periodicidade	Grelha DiOr (Informação)
TODAS AS REUNIÕES	Análise semanal dos registos de ocorrências	Semanal	1.3 A
	Controlo da rede de frio semanal	Semanal	3.6.1 U
Janeiro	03/01/2020 Revisão da Carta de Qualidade	Anual	1.2 A
	Revisão do Guia de Acolhimento	Anual	1.2 A
	Reunião Conselho Técnico	4 por semestre	1.3 C
	10/01/2020 Reflexão mensal de não conformidade	Mensal	3.2 A, B e C, 3.1.3 A, 3.6.1 U, 3.6.3 E
	Monitorização da Carta dos Direitos e Deveres de Acesso aos Cuidados de Saúde do SNS (durante próximo trimestre)	Trimestral	1.1 B
	Revisão do Manual de Procedimentos	Anual	1.2 A e 1.2 E
	17/01/2020 Monitorização de tempos de resposta de solicitação de material	Trimestral	
	24/01/2020 Revisão trimestral da atividade do Conselho Técnico com emissão de relatório	Trimestral	1.3 C
	Revisão da Carta de Compromisso/Contrato de Programa Anual	Anual	1.2 A
	31/01/2020 Emparelhamento das listas dos EF aos respetivos MF	Mensal	
	Mapa de Controlo mensal de assiduidade com as ausências e intersubstituições efetuadas ou a realizar	Mensal	3.3 B
	Monitorização dos tempos de espera para consulta programada	Trimestral	1.2 F
Fevereiro	07/02/2020 Reunião Conselho Técnico	4 por semestre	1.3 C
	14/02/2020 Reflexão mensal de não conformidade	Mensal	3.2 A, B e C, 3.1.3 A, 3.6.1 U, 3.6.3 E
	21/02/2020 Monitorização PA-UF	Trimestral	1.3 - B
	Monitorização e avaliação trimestral IDG	Trimestral	1.4 - B e 2.4 D
	Monitorização TMRG	Trimestral	
		Monitorização de prescrição de MCDTs e medicação	Semanal
	28/02/2020 Mapa de Controlo mensal de assiduidade com as ausências e intersubstituições efetuadas ou a realizar	Mensal	3.3 B
	Emparelhamento das listas dos EF aos respetivos MF	Mensal	
	Divulgação de cada profissional de informações sobre as suas áreas de responsabilidade	Trimestral	1.3 B

Data	2020	Periodicidade	Grelha DiOr (Informação)	
TODAS AS REUNIÕES	Análise semanal dos registos de ocorrências	Semanal	1.3 A	
	Controlo da rede de frio semanal	Semanal	3.6.1 U	
Março	06/03/2020	Monitorização de processos de gestão clínica e não clínica	Trimestral	
	13/03/2020	Reflexão mensal de não conformidade	Mensal	3.2 A, B e C, 3.1.3 A, 3.6.1 U, 3.6.3 E
	20/03/2020	Monitorização de consumos	Semestral	3.5 D
		Emparelhamento das listas dos EF aos respetivos MF	Mensal	
	27/03/2020	Mapa de Controlo mensal de assiduidade com as ausências e intersubstituições efetuadas ou a realizar	Mensal	3.3 B
		Reunião Científica (envolvendo todos os grupos profissionais)	Semestral	3.7.1 B
Abril	03/04/2020	Reunião Conselho Técnico	4 por semestre	1.3 C
		Monitorização dos tempos de espera para consulta programada	Trimestral	1.2 F
	10/04/2020	Feriado		
		Reflexão mensal de não conformidade	Mensal	3.2 A, B e C, 3.1.3 A, 3.6.1 U, 3.6.3 E
	17/04/2020	Revisão trimestral da atividade do Conselho Técnico com emissão de relatório	Trimestral	1.3 C
		Reflexão sobre os resultados da monitorização das ações de melhoria implementadas da Carta dos Direitos e Deveres de Acesso aos Cuidados de Saúde do SNS	Trimestral	1.1 B
		Emparelhamento das listas dos EF aos respetivos MF	Mensal	
		Mapa de Controlo mensal de assiduidade com as ausências e intersubstituições efetuadas ou a realizar	Mensal	3.3 B
	24/04/2020	Monitorização da Carta dos Direitos e Deveres de Acesso aos Cuidados de Saúde do SNS (durante próximo trimestre)	Trimestral	1.1 B
	Monitorização de tempos de resposta de solicitação de material	Trimestral		
Maio	01/05/2020	Feriado		
	08/05/2020	Reflexão mensal de não conformidade	Mensal	3.2 A, B e C, 3.1.3 A, 3.6.1 U, 3.6.3 E
	15/05/2020	Avaliação anual da satisfação dos utentes e dos profissionais	Anual	
		Monitorização PA-UF	Trimestral	1.3 - B
	22/05/2020	Monitorização e avaliação trimestral IDG	Trimestral	1.4 - B e 2.4 D
		Monitorização TMRG	Trimestral	
	29/05/2020	Emparelhamento das listas dos EF aos respetivos MF Mapa de Controlo mensal de assiduidade com as ausências e intersubstituições efetuadas ou a realizar Divulgação de cada profissional de informações sobre as suas áreas de responsabilidade	Mensal Mensal Trimestral	3.3 B 1.3 B
Junho	05/06/2020	Monitorização de processos de gestão clínica e não clínica	Trimestral	
	12/06/2020	Reflexão mensal de não conformidade	Mensal	3.2 A, B e C, 3.1.3 A, 3.6.1 U, 3.6.3 E
	19/06/2020	Mapa de Controlo mensal de assiduidade com as ausências e intersubstituições efetuadas ou a realizar	Mensal	3.3 B
		Reunião Conselho Técnico	4 por semestre	1.3 C
	26/06/2020	Emparelhamento das listas dos EF aos respetivos MF Avaliação anual do grau de cumprimento do Consentimento Informado	Mensal Anual	2.1 C
Julho	03/07/2020	Reflexão sobre os resultados da monitorização das ações de melhoria implementadas da Carta dos Direitos e Deveres de Acesso aos Cuidados de Saúde do SNS	Trimestral	1.1 B
	10/07/2020	Revisão trimestral da atividade do Conselho Técnico com emissão de relatório	Trimestral	1.3 C
		Monitorização da Carta dos Direitos e Deveres de Acesso aos Cuidados de Saúde do SNS (durante próximo trimestre)	Trimestral	1.1 B
	17/07/2020	Reflexão mensal de não conformidade	Mensal	3.2 A, B e C, 3.1.3 A, 3.6.1 U, 3.6.3 E
	24/07/2020	Mapa de Controlo mensal de assiduidade com as ausências e intersubstituições efetuadas ou a realizar	Mensal	3.3 B
	31/07/2020	Monitorização de tempos de resposta de solicitação de material Emparelhamento das listas dos EF aos respetivos MF Monitorização dos tempos de espera para consulta programada	Trimestral Mensal Trimestral	1.2 F

Data	2020	Periodicidade	Grelha DiOr (Informação)	
TODAS AS REUNIÕES	Análise semanal dos registos de ocorrências	Semanal	1.3 A	
	Controlo da rede de frio semanal	Semanal	3.6.1 U	
Agosto	07/08/2020 Reunião Conselho Técnico	4 por semestre	1.3 C	
	14/08/2020 Reflexão mensal de não conformidade	Mensal	3.2 A,B e C, 3.1.3 A, 3.6.1 U, 3.6.3 E	
	21/08/2020	Monitorização PA-UF	Trimestral	1.3 - B
		Monitorização e avaliação trimestral IDG	Trimestral	1.4 - B e 2.4 D
		Monitorização TMRG	Trimestral	
	Monitorização de prescrição de MCDTs e medicação	Semestral	3.5 E	
28/08/2020	Mapa de Controlo mensal de assiduidade com as ausências e intersubstituições efetuadas ou a realizar	Mensal	3.3 B	
	Emparelhamento das listas dos EF aos respetivos MF	Mensal		
	Divulgação de cada profissional de informações sobre as suas áreas de responsabilidade	Trimestral	1.3 B	
Setembro	04/09/2020 Monitorização de processos de gestão clínica e não clínica	Trimestral		
	11/09/2020	Verificação e atualização do equipamento e material/ relatório comprovativo	Anual	3.4 C
		Reflexão mensal de não conformidade	Mensal	3.2 A,B e C, 3.1.3 A, 3.6.1 U, 3.6.3 E
	18/09/2020	Monitorização de consumos	Semestral	3.5 D
		Reunião Científica (envolvendo todos os grupos profissionais)	Semestral	3.7.1 B
		Reunião Conselho Técnico	4 por semestre	1.3 C
25/09/2020	Mapa de Controlo mensal de assiduidade com as ausências e intersubstituições efetuadas ou a realizar	Mensal	3.3 B	
	Emparelhamento das listas dos EF aos respetivos MF	Mensal		
	Reflexão sobre os resultados da monitorização das ações de melhoria implementadas da Carta dos Direitos e Deveres de Acesso aos Cuidados de Saúde do SNS	Trimestral	1.1 B	
Outubro	02/10/2020 Revisão trimestral da atividade do Conselho Técnico com emissão de relatório	Trimestral	1.3 C	
	09/10/2020	Monitorização da Carta dos Direitos e Deveres de Acesso aos Cuidados de Saúde do SNS (durante próximo trimestre)	Trimestral	1.1 B
		Reflexão mensal de não conformidade	Mensal	3.2 A,B e C, 3.1.3 A, 3.6.1 U, 3.6.3 E
	16/10/2020	Monitorização dos tempos de espera para consulta programada	Trimestral	1.2 F
		Monitorização de tempos de resposta de solicitação de material	Trimestral	
	23/10/2020	Mapa de Controlo mensal de assiduidade com as ausências e intersubstituições efetuadas ou a realizar	Mensal	3.3 B
		Reunião Conselho Técnico	4 por semestre	1.3 C
30/10/2020	Emparelhamento das listas dos EF aos respetivos MF	Mensal		
	Divulgação de cada profissional de informações sobre as suas áreas de responsabilidade	Trimestral	1.3 B	
Novembro	06/11/2020			
	13/11/2020	Reflexão mensal de não conformidade	Mensal	3.2 A,B e C, 3.1.3 A, 3.6.1 U, 3.6.3 E
	20/11/2020	Monitorização PA-UF	Trimestral	1.3 - B
		Monitorização e avaliação trimestral IDG	Trimestral	1.4 - B e 2.4 D
	Monitorização TMRG	Trimestral		
27/11/2020	Mapa de Controlo mensal de assiduidade com as ausências e intersubstituições efetuadas ou a realizar	Mensal	3.3 B	
Dezembro	04/12/2020	Monitorização de processos de gestão clínica e não clínica	Trimestral	
	11/12/2020	Reflexão mensal de não conformidade	Mensal	3.2 A,B e C, 3.1.3 A, 3.6.1 U, 3.6.3 E
	18/12/2020	Mapa de Controlo mensal de assiduidade com as ausências e intersubstituições efetuadas ou a realizar	Mensal	3.3 B
		Emparelhamento das listas dos EF aos respetivos MF	Mensal	
	Reunião Conselho Técnico	4 por semestre	1.3 C	
25/12/2020	Feriado			

8.9 Apêndice 9 – Exemplo de Horários



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



ARS Alentejo
Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P.



Horários - Secretários Clínicos

Exemplo horário Secretários Clínicos

	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
Entrada	08:00	08:00	08:00	08:00	08:00
08:00 08:30	Secretário Clínico A Secretário Clínico B	Secretário Clínico C Secretário Clínico D	Secretário Clínico A Secretário Clínico B	Secretário Clínico C Secretário Clínico D	Secretário Clínico C Secretário Clínico D
08:30 09:00					
09:00 09:30					
09:30 10:00					
10:00 10:30					
10:30 11:00	Secretário Clínico A Secretário Clínico B Secretário Clínico C Secretário Clínico D	Secretário Clínico A Secretário Clínico B Secretário Clínico C Secretário Clínico D	Secretário Clínico A Secretário Clínico B Secretário Clínico C Secretário Clínico D	Secretário Clínico A Secretário Clínico B Secretário Clínico C Secretário Clínico D	Secretário Clínico A Secretário Clínico B Secretário Clínico C Secretário Clínico D
11:00 11:30					
11:30 12:00					
12:00 12:30					
12:30 13:00					
13:00 13:30	Secretário Clínico C Secretário Clínico D	Secretário Clínico A Secretário Clínico B Secretário Clínico C Secretário Clínico D	Secretário Clínico A Secretário Clínico B Secretário Clínico C Secretário Clínico D	Secretário Clínico A Secretário Clínico B Secretário Clínico C Secretário Clínico D	Secretário Clínico A Secretário Clínico B Secretário Clínico C Secretário Clínico D
13:30 14:00					
14:00 14:30					
14:30 15:00					
15:00 15:30					
15:30 16:00	Secretário Clínico C Secretário Clínico D	Secretário Clínico A Secretário Clínico B	Secretário Clínico C Secretário Clínico D	Secretário Clínico A Secretário Clínico B	Secretário Clínico A Secretário Clínico B
16:00 16:30					
16:30 17:00					
17:00 17:30					
17:30 18:00					
18:00 18:30	Secretário Clínico C Secretário Clínico D	Secretário Clínico A Secretário Clínico B	Secretário Clínico C Secretário Clínico D	Secretário Clínico A Secretário Clínico B	Secretário Clínico A Secretário Clínico B
18:30 19:00					
19:00 19:30					
19:30 20:00					
Saída					

Nota: Horários sujeitos a rotatividade quando necessário, consultar Secretariado para mais informações.

Horário

Exemplo horário Médico de Família

	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	
Entrada	14:00	08:00	08:00	08:00	08:00	
08:00 08:30		Consulta Aberta	Consulta Aberta	E-agenda	Saúde Adulto	
08:30 09:00		Planeamento Familiar/ Saúde Materna/ RCCU	Saúde Infantil/ Adolescente/ Juvenil	Saúde Adulto		
09:00 09:30				Consulta Aberta	Intersubstituição	Consulta Aberta
09:30 10:00					Diabetes/ Hipertensão Arterial	Atividades Não Assistenciais
10:00 10:30						
10:30 11:00						
11:00 11:30						
11:30 12:00						
12:00 12:30						
12:30 13:00						
13:00 13:30						
13:30 14:00						
14:00 14:30	Consulta Aberta			Consulta Aberta		
14:30 15:00		Consulta Aberta	Consulta Aberta	Receituário	Saúde Adulto	
15:00 15:30	Diabetes/ Hipertensão Arterial	Receituário	Receituário	Domicílios		
15:30 16:00		Atividades Não Assistenciais			Consulta Aberta	
16:00 16:30				Atividades Não Assistenciais		
16:30 17:00						
17:00 17:30	Receituário			Saúde Adulto		
17:30 18:00						
18:00 18:30						
18:30 19:00	Intersubstituição					
19:00 19:30						
19:30 20:00						
Saída	20:00	16:00	16:00	20:00	16:30	

Exemplo de horário de Enfermeiro de Família

	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	
Entrada	14:00	09:00	09:00	09:00	09:00	
08:00 08:30						
08:30 09:00						
09:00 09:30		Planeamento Familiar/ Saúde Materna/ RCCU	Saúde Infantil/ Adolescentes/ Juvenil	Consulta Aberta	Consulta Aberta	
09:30 10:00				Domicílios	Tratamentos de Enfermagem	
10:00 10:30					Diabetes/ Hipertensão Arterial	Atividades Não Assistenciais
10:30 11:00						
11:00 11:30						
11:30 12:00						
12:00 12:30						
12:30 13:00						
13:00 13:30						
13:30 14:00		Consulta Aberta	Consulta Aberta	Tratamentos de Enfermagem	Tratamentos de Enfermagem	
14:00 14:30		Tratamentos de Enfermagem	Tratamentos de Enfermagem			
14:30 15:00	Diabetes/ Hipertensão Arterial					
15:00 15:30						
15:30 16:00						
16:00 16:30						
16:30 17:00						
17:00 17:30	Consulta Aberta					
17:30 18:00	Intersubstituição					
18:00 18:30	Tratamentos de Enfermagem					
18:30 19:00						
19:00 19:30						
19:30 20:00						
Saída	19:00	14:00	14:00	14:00	14:00	



9.1 Anexo A – Grelha Diagnóstico de Desenvolvimento Organizacional nos Cuidados de Saúde Primários



ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE:
ARS Algarve

Data de Auditoria

AUDITORES:	
1-	
2-	
3-	
4-	
5-	
6-	

Entidade Auditada (Órgão ACeS/UF)	Unidade de Saúde Familiar (USF)
-----------------------------------	--

Nome da Unidade Funcional	Unidade de Saúde Familiar Golfinho
ACeS	ACeS Algarve I - Central
Endereço	

Diretor Executivo	
Nome	Dr.ª Sílvia Flora Guerreiro Morgado André Cabrita
E-mail	
Telefone	

Coordenador / Responsável da UF	
Nome	Dr.ª Ofélia da Ponte
E-mail	
Telefone	

Conselho Clínico e de Saúde - Presidente	
Nome	Dr.ª Maria Luísa de Jesus Mendes Neto Brito da Luz
E-mail	
Telefone	

Conselho Técnico da UF	
Área Prof.	Nome
MF	Dr. Bruno Torres
EF	Enf.ª Felicidade Nunes
SC	Cláudia Cardoso

Conselho Clínico e de Saúde - Vogais	
1	Dr. João Manuel Camacho
2	Enf.ª Carla Maria Salgado Cunha
3	Doutor Filipe Morais de Figueiredo
4	

Unidade de Apoio à Gestão (UAG) - Responsável	
Nome	Dr.ª Sónia Simão
E-mail	
Telefone	

1. Processos de Gestão									
Código	Critério	Tipo	Fundamento	Requisitos - Pontuação		Auto-Av.	Registro de evidências / Comentários resultantes de autoavaliação da UF / ACeS-Órgãos de Gestão	Auditor	Registro de evidências / Comentários
				1	2				
1.1. Centralidade no cidadão									
A	Carta dos direitos e deveres do utente dos serviços de saúde	A	A existência, publicitação e difusão por parte de todos os profissionais da carta dos direitos e deveres do utente dos serviços de saúde (Lei n.º 15/2014, de 21 de março) é uma forma de garantir a estes a disponibilidade dos serviços de saúde, em todos os níveis e em todas as unidades, respeito pela sua individualidade, como também reconhecendo-os parte integrante dos mesmos, onde podem exercer a sua cidadania participando, direta ou indiretamente, na gestão das organizações e das unidades.	Afixação e publicitação da carta de direitos e deveres dos utentes em todas as unidades funcionais e na sede do ACeS, em local de livre acesso aos utentes, devidamente adaptada às características da população e cidadãos com necessidades especiais.	Evidência do cumprimento dos direitos do utente dos serviços de saúde e introdução de medidas de melhoria (atas de reuniões multiprofissionais).				
B	Acessibilidade do cidadão	A	Garantir os mecanismos necessários para promover a acessibilidade dos cidadãos aos serviços (circulação de utentes, horários adaptados, informação on-line, outras informações, lembretes de agendamentos) conforme Carta de Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do Serviço Nacional de Saúde (Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio), o Sistema de Livre Acesso e Circulação (LAC) de utentes no SNS e Sistema Integrado de Gestão do Acesso no Serviço Nacional de Saúde (SIGA SNS) - Despacho n.º 6170-A/2016, de 9 de maio - respeitando os princípios que colocam o cidadão no centro da organização.	Está contemplado no regulamento interno o compromisso de acessibilidade e em manual de procedimentos está definida a monitorização da Carta de Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do Serviço Nacional de Saúde, trimestralmente, conforme normativo legal vigente. Existe evidência da afixação da carta bem como os resultados da sua monitorização.	Existe evidência de reflexão trimestral sobre os resultados da monitorização (ata de reunião do CG ou equipa multiprofissional) e de ações de melhoria implementadas. Garantia de agendamento de consulta programada em 5 dias úteis.				
C	Reclamações, sugestões e elogios	A	Divulgação da Carta dos Direitos e dos Deveres do utente dos Serviços de Saúde. Informação, sensibilização e disponibilização de todos os meios para apresentar reclamações, sugestões e elogios (Livro Amarelo, Livro de Reclamações - Entidade Reguladora da Saúde (ERS), caixa de sugestões, etc.) e correspondente procedimento para o tratamento deste processo que integre a metodologia da sua avaliação no sentido de identificar oportunidades de melhoria. Existência de espaço adequado para a redação da reclamação.	Verifica-se que existe caixa de sugestões com impressos disponíveis e colocada em local de livre acesso aos utentes, afastada da observação dos profissionais; está publicitada a possibilidade dos utentes emitirem a sua opinião sobre a qualidade dos serviços e a forma de poderem apresentar reclamações, sugestões e elogios; existe um procedimento da UF/ACeS-órgãos de gestão aprovado, para o tratamento das reclamações, sugestões, e elogios e existe, nas atas das reuniões multiprofissionais, a evidência da reflexão sobre reclamações, sugestões e medidas de correção adotadas pelo menos no mês seguinte à sua apresentação. Evidência de relatório anual do gabinete do cidadão.	Há evidência do cumprimento das ações de melhoria planeadas. Publicitação de melhorias implementadas no âmbito organizativo e funcional, decorrentes de reclamações e sugestões apresentadas.				
D	Garantia da atribuição de equipa de saúde familiar (médico de família, enfermeiro de família e secretário clínico de família)	B	O modelo organizacional do conjunto de profissionais de saúde que intervêm na área da saúde familiar, nomeadamente nas USF/UCSP, obriga à constituição de equipas de saúde familiar no sentido da atribuição a cada cidadão/família de profissionais de referência em conformidade com política do ACeS para este efeito.	Encontra-se documentado no Regulamento Interno, no Guia de Acolhimento do Utente (equipa de saúde familiar) e em procedimento.	Existe evidência no sistema de informação, exceto para o Secretário Clínico, enquanto este não estiver adaptado.				
1.2. Organização centrada no cidadão									
A	Instrumentos estratégicos (Carta de Compromisso, Carta de Qualidade, Guia de Acolhimento ao Utente e Manual de Articulação)	A	Todas as organizações desenvolvem a sua atividade com base em instrumentos estratégicos que determinam o seu estado de desenvolvimento, os seus recursos, os seus problemas, as necessidades dos cidadãos e profissionais, o seu potencial de crescimento e desenvolvimento, os seus objetivos de curto, médio e longo prazo, as estratégias para os atingir, as formas de os monitorizar, os constrangimentos possíveis e as propostas de soluções, as regras organizativas que contribuem para a equidade do esforço de cada elemento da organização/unidade, as regras de comunicação interna e externa e de transparência, as regras de	Existe Carta de Qualidade, devidamente atualizada e revista no último ano; Carta de Compromisso/Contrato Programa anual; Manual de Articulação acordado com o ACeS/ARS, com a definição das condições e dos prazos da sua revisão anual; Guia de Acolhimento ao Utente atualizado, com revisão anual e sempre que necessária. Todos estes documentos deverão ser apresentados, revistos e aprovados pela equipa em sede de Conselho Geral, documentado em ata conforme política de gestão documental da UF e publicitado no BI CSP.	Feita revisão, com periodicidade pelo menos anual (com identificação dos responsáveis pela última revisão e atualização) sobre a área de influência da UF, cuja base de dados e de informação (e.g. página eletrónica da unidade, sítio no BI CSP respetivo e outra disponível) está facilmente acessível a qualquer cidadão e profissional; em todos os documentos, são claramente ultrapassados os mínimos requeridos (previstos em N1) e há evidência de ter existido reflexão e envolvimento da equipa (não sendo apenas transcrição de modelos de outras unidades). Cada profissional da equipa esteve envolvido e é responsável pela revisão e				

			participação dos cidadãos e a forma de prestação de contas.		atualização e, quando questionado, sabe explicá-lo claramente.				
B	Plano de Ação (PA) / Plano de Desempenho (PD)	A	As UF e o ACeS-órgãos de gestão possuem um PA/PD válido para o ano em curso, elaborado, discutido e aprovado por maioria dos seus membros, de acordo com a metodologia de contratualização vigente.	Está identificada e caracterizada a área de influência da UF/ACeS-órgãos de gestão, designadamente a densidade populacional e a população inscrita, entre outros. O Plano de Ação foi aprovado por, pelo menos, 2/3 da equipa multiprofissional. Está publicitada a possibilidade de os utentes poderem consultar o Plano de Ação.	Monitorização trimestral do desenvolvimento do PA/PD (de acordo com o acompanhamento previsto na contratualização); existência de evidência do cumprimento da introdução de medidas de melhoria implementadas (atas de reuniões multiprofissionais). Existência de projetos e atividades de capacitação e autonomia dos utentes, de desenvolvimento da equipa (team building), de desenvolvimento contínuo da qualidade, entre outros. Cada profissional da equipa esteve envolvido e é responsável pela revisão e atualização e, quando questionado, sabe explicá-lo claramente (entrevista). Existe evidência da participação dos cidadãos na elaboração do PA.				
C	Relatório de Atividades (RA)	A	As UF/ACeS-órgãos de gestão possuem um RA válido para o ano anterior, elaborado, discutido e aprovado por maioria dos seus membros, de acordo com a metodologia de contratualização vigente, refletindo a estratégia de gestão e incluindo uma análise do cumprimento dos resultados.	Existe Relatório de Atividades do ano civil anterior aprovado por, pelo menos, 2/3 da equipa.	O Relatório de Atividades decorre de modo direto e preciso do plano de ação e contém uma componente reflexiva e analítica desenvolvida e suscetível de fundamentar alterações e inovações no Plano de Ação subsequente (aspetos que estão explícitos tanto no relatório como no plano em causa); cada profissional da equipa esteve envolvido e é responsável pela revisão e atualização e, quando questionado, sabe explicá-lo claramente (entrevista).				
D	Regulamento Interno (RI)	A	As UF/ACeS-órgãos de gestão possuem um RI atualizado, elaborado, discutido e aprovado por maioria e de acordo com o normativo legal vigente.	Existe RI de acordo com as orientações institucionais vigentes para a sua elaboração, com evidência da sua discussão e aprovação pela equipa, assim como, do envio ao CCS e aprovação pelo Diretor Executivo e no caso dos ACeS à ARS. Evidência da revisão do RI promovido pela equipa. Todos os profissionais têm conhecimento dos conteúdos do RI. Evidência da sua aplicação prática. Integra a definição dos serviços mínimos.	A sua formulação está nos aspetos práticos do acesso, do acolhimento, da organização e da prestação dos cuidados, explicitamente orientada para assegurar respostas adequadas às necessidades dos cidadãos e corresponder às suas expetativas, assim como, a necessidades organizativas e de gestão.				
E	Manual de Procedimentos (MP)	A	As UF/ACeS-órgãos de gestão possuem um MP organizado por processos de gestão, assistenciais e de suporte, validado pelo Conselho Técnico/ Conselho Clínico e de Saúde ou entidade equivalente e aprovado de acordo com o RI da UF/ACeS-órgãos de gestão.	Manual de procedimentos por UF/ACeS-órgãos de gestão (documentado em ata a sua aprovação) que inclui os procedimentos de todos os seus profissionais e para todos os seus processos; Evidência que todos os profissionais conhecem os procedimentos e os aplicam (entrevista).	Feita revisão global com a periodicidade anual (independentemente da data de revisão prevista para cada um dos procedimentos); há evidência de reflexão e envolvimento da equipa na sua elaboração e organização. Cada profissional da equipa esteve envolvido e é responsável pela revisão e atualização e, quando questionado, sabe explicá-lo claramente (entrevista). Há evidência de auditoria aos procedimentos organizativos da UF/ACeS-órgãos de gestão.				
F	Tempo de espera após hora marcada	B	A UF monitoriza e publicita o tempo médio de espera pela consulta/atividade após a hora marcada.	Existe evidência disponível e publicitada na UF/ACeS-órgãos de gestão sobre a monitorização trimestral do tempo de espera para consulta/atividade.	Existem procedimentos, projetos ou outras iniciativas para envolver os utentes neste processo, monitorizar, analisar e corrigir tempos fora do intervalo de compromisso documentado em ata.				

G	Horários de trabalho dos profissionais e carga horária	B	A carga horária atribuída aos profissionais deve ser adequada às atividades previstas de acordo com os recursos existentes no momento, procurando-se o necessário equilíbrio entre o cumprimento das atividades inerentes ao plano e o estado emocional e físico dos profissionais. O horário de trabalho a praticar por cada elemento da equipa multiprofissional resulta da articulação e do acordo entre todos os profissionais, tendo em conta o plano de ação, o período de funcionamento, a cobertura assistencial e as modalidades de regime de trabalho previstas na lei.	Evidência no RI sobre o modelo de aprovação dos horários dos profissionais em sede de Conselho Geral e sua submissão pelo coordenador ao diretor executivo do ACES para validação, no respeito integral pelos princípios do fundamento. Está descrita e documentada a distribuição de horários dos profissionais ao longo de todo o período de funcionamento da unidade.	Evidência de ajustes e aperfeiçoamentos na organização dos horários, decorrentes da reflexão crítica da equipa (registos em atas e exemplos práticos de alterações introduzidas); qualquer profissional da equipa, quando questionado sobre o seu horário, é capaz de explicar as razões da sua organização e distribuição ao longo de cada dia na semana, em função do referido anteriormente (entrevista).				
H	Enfermeiro de Família	A	Existência efetiva da prática de enfermagem de família.	Os contatos dos elementos de cada família pelo seu enfermeiro verificam-se em pelo menos 75% destes (validação SI da média anual).	É possível constatar que o enfermeiro de família é o contacto de referência, na sua área de responsabilidade técnica. Existe informação destinada ao público sobre o papel do enfermeiro de família e o utente, quando questionado, identifica o seu enfermeiro de família.				
I	Secretário Clínico / Secretário Clínico de Família	B	Em todas as UF deverá estar assegurada a alocação de secretário clínico ajustada à sua atividade assistencial. Nas USF/UCSP deverá ainda proceder-se à atribuição de uma lista de famílias a cada um destes profissionais nos termos organizativos que a UF venha a entender como o mais funcional e efetivo para o seu desempenho assistencial (equipa de saúde familiar, lista de famílias por área geodemográfica, etc.). Pretende-se que todos os SC cumpram de forma equitativa a tarefa de acolhimento aos utentes.	Existência de procedimento. Verifica-se a conformidade quando todos têm horário de atendimento atribuído no secretariado e na retaguarda (validar se não existem diferenças de registo de taxas entre os secretários clínicos superiores a 50% da média obtida, em relatório diário das taxas moderadoras de três meses aleatórios, tendo em consideração os meses de férias e as ausências dos profissionais). Face à atribuição de uma lista de famílias, existe evidência de execução das tarefas administrativas destas famílias no mesmo secretário clínico (gestão de documentos, email, receituário crónico, convocatórias, taxas, referenciação, agendamento, etc.).	Há evidência da aplicação do procedimento (que englobe o mapa/documento de distribuição de tarefas) através de entrevista profissional e envolvimento do SC na elaboração dos documentos da UF. Evidência verificada através de entrevista aos profissionais, cidadãos e análise documental.				
1.3. Profissionais									
A	Suporte de registo de ocorrências	B	Um suporte de registo de ocorrências, positivas ou negativas, estimula a participação dos profissionais na gestão da organização/unidade funcional, melhorando a cultura organizacional e o sentimento de pertença, facilita o desenvolvimento e a partilha de experiências, a iniciativa e a criatividade.	Existência de um suporte, físico ou digital, onde qualquer profissional, identificado ou anónimo, possa reportar comentário ou sugestão sobre qualquer aspeto da atividade individual ou coletiva, da sua unidade ou da organização, ou de articulação entre profissionais ou entre unidades. Evidência de análise mensal dos registos na UF (atas das reuniões multiprofissionais) e a nível do ACeS mensal.	Evidência de introdução de medidas de melhoria (atas e testemunhos de profissionais).				
B	Delegação de competências	B	A delegação de competências é um instrumento fundamental de modernização da gestão e de partilha de responsabilidades que contribui para a consolidação da cultura organizacional, de agilização e proximidade da gestão. A delegação de competências é um instrumento fundamental de modernização da gestão e de partilha de responsabilidades que contribui para a consolidação da cultura organizacional, de agilização e proximidade da gestão.	Pela consulta do Regulamento Interno e outros documentos da UF/ACeS-órgãos de gestão (como atas, quando aplicável e através da entrevista aos profissionais), verifica-se que todos os profissionais têm tarefas de gestão atribuídas; está prevista e existe a delegação de competências do coordenador / DE / PCCS noutros elementos da UF/Órgão do ACeS.	Constata-se que os profissionais têm prestado, trimestralmente (conforme processo de contratualização), informação sobre as áreas de sua responsabilidade (relatório de atividades, intervenções para resolução de problemas registadas em atas de reuniões, etc.) e de acordo com as competências formalmente atribuídas, reservando-se o coordenador para o papel de apoio e coordenação.				
C	Conselho Técnico (CT)	A	A UF dispõe de um CT constituído por um elemento de cada área profissional que a integra, eleitos respetivamente pelos elementos de cada grupo profissional.	Verifica-se a existência de ata (s) que demonstra (m) a eleição do elemento de cada área profissional que integra a UF, respetivamente eleitos pelos elementos de cada grupo profissional, que constituem o CT. Existem pelo menos 4 atas de reuniões por cada semestre, em meses diferentes e o conteúdo das reuniões está de acordo com as competências do CT. Evidência da articulação com o CCS e difusão interna desta.	O CT definiu explicitamente as suas prioridades estratégicas e assume-se como dinamizador da governação clínica e de saúde ao nível da equipa (objetivada pela existência de iniciativas e projetos documentados por textos de trabalho e relatos de atividades concretas). As reuniões têm uma periodicidade mensal, com ordens de trabalho e atas ou resumos que explicitam análises e decisões orientadoras da ação do CT. Revisão trimestral da atividade do CT com emissão de relatório (que integrará o RA da UF).				

D	Reuniões periódicas da equipa multiprofissional	A	Nas UF/ACeS-órgãos de gestão constitui boa prática gestonária a realização periódica de reuniões multiprofissionais de acordo com a periodicidade prevista no normativo legal vigente. São momentos importantes de comunicação, de escuta ativa e de consensualização de decisões.	A periodicidade das reuniões cumpre o normativo legal vigente (atas de reuniões). A convocatória das reuniões foi emitida com pelo menos 48 horas de antecedência e inclui a ordem de trabalhos. Verifica-se nas atas as presenças e a justificação das ausências nas reuniões da UF/ACeS-órgãos de gestão; consta das mesmas a data e o local de reunião, os assuntos apreciados, as deliberações tomadas, responsabilidades atribuídas, a forma e resultado das votações (quando aplicável) e a respetiva aprovação da ata; as deliberações sobre a apreciação de comportamento ou das qualidades de qualquer elemento são tomadas por escrutínio secreto.	Todos os profissionais participam em regime de rotatividade na dinamização e moderação das reuniões; qualquer profissional quando questionado, testemunha que nunca se sentiu constringido em qualquer votação ocorrida na UF/ACeS-órgãos de gestão, e que mais de metade das agendas das reuniões dos últimos 6 meses combinam temas de natureza organizacional e partilha de experiências de âmbito técnico-clínico com interesse multiprofissional.				
E	Organização Matricial	B	As UF/ACeS-órgãos de gestão dispõem de um modelo de organização horizontal que garante a transdisciplinaridade e multiprofissionalidade, no respeito pelas competências específicas de cada um dos seus elementos e no sentido de alcançar um maior compromisso e segurança assistencial, promoção da relação interpessoal e coesão da equipa.	Constata-se que todos profissionais assumem responsabilidades no âmbito da organização e desenvolvimento da equipa, para além das inerentes ao seu perfil profissional (entrevista).	Evidência de participação nas reuniões, partilha de ideias, sessões de team building. Validação/eleição da coordenação da UF a cada período de três anos (ciclo de gestão).				
F	Identificação dos gestores dos PG	B	O conhecimento dos gestores dos vários processos, quaisquer que sejam, é fundamental para a responsabilização dos profissionais, para a orientação do processo e para a prestação de contas.	Verificar se no RI ou noutro documento da UF/ACeS-órgãos de gestão estão identificados os gestores dos vários processos, pelo menos um de cada área profissional.	Verificar se é do conhecimento de toda a equipa as funções e atividades desenvolvidas pelos GP (entrevista).				
1.4. Resultados									
A	Programa de auditorias internas	A	O programa de auditorias internas apoia o desenvolvimento da organização/unidade no sentido da melhoria contínua, obrigando a um esforço de diagnóstico de problemas, propostas de ações e soluções, envolvendo o máximo possível de profissionais, monitorização e concretização da melhoria num espaço de tempo oportuno e útil. O programa de melhoria contínua deve ser anual nas unidades funcionais, podendo ser plurianuais nos órgãos de gestão do ACeS, desde que o programa assim o justifique. O programa deve envolver as várias áreas profissionais ou os vários elementos existentes nas unidades ou nos órgãos de gestão do ACeS.	Existência de um programa de melhoria contínua de pelo menos duas áreas, identificadas como problemáticas, uma das quais no acesso, que incluam o diagnóstico do problema, os critérios de qualidade nessa área, os objetivos de melhoria, as atividades a desenvolver, os profissionais envolvidos, os responsáveis pela monitorização e pela elaboração do relatório final. Em cada ano deverá existir evidência de relatório final do programa de auditoria/controlo do ano anterior e o projeto e cronograma do programa do ano em curso.	Divulgação dos resultados, da avaliação e da introdução de medidas de melhoria, a nível institucional e partilha entre as diversas unidades do ACeS para potenciar o desenvolvimento da aprendizagem formativa e colaborativa.				
B	Avaliação do desempenho e eficácia da organização	A	A UF/ACeS-órgãos de gestão têm implementado uma prática contínua de monitorização, discussão e implementação de medidas de melhoria do seu Índice de Desempenho Global (IDG), em concordância e visando o cumprimento da sua Carta de Qualidade, Carta de Compromisso, Carta dos Direitos e Deveres do Utente dos serviços de saúde e a Carta de Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do Serviço Nacional de Saúde (Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio).	Avaliação trimestral do Índice de Desempenho Global (IDG) da UF/ACeS-órgãos de gestão (ata do CG).	Evidência de reflexão e implementação de medidas de melhoria.				
C	Avaliação da satisfação de utentes e profissionais	B	A avaliação da satisfação de utentes e dos profissionais é um instrumento relevante e indispensável para a melhoria contínua da qualidade organizacional e avaliação de desempenho da UF/ACeS-órgãos de gestão.	Garantir a existência de um processo de avaliação anual da satisfação dos utentes e dos profissionais em cada UF/ACeS-órgãos de gestão. Divulgação dos resultados.	Estão documentadas as medidas de melhoria decorrentes dos resultados das avaliações da satisfação (atas).				
D	Monitorização dos indicadores de qualidade e segurança da unidade	B	Dispor de um sistema de monitorização dos resultados baseado em indicadores, que permita estabelecer objetivos, identificar desvios e corrigir as suas causas, sendo que no âmbito da governação clínica e da saúde constitui requisito maior para garantir a qualidade e segurança da prestação de cuidados de saúde.	A UF/ACeS-órgãos de gestão dispõe de um quadro de indicadores ou outro sistema para o acompanhamento dos seus indicadores da qualidade e segurança, conforme Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Existe uma avaliação trimestral dos resultados dos indicadores da qualidade e segurança, identificando-se áreas de melhoria.	Evidência de prática trimestral de reflexão, introdução de medidas de melhoria (ata) e verificação dos resultados destas.				

E	Qualificação dos espaços de atendimento	B A UF/ACeS-órgãos de gestão assume que as condições de conforto oferecidas as pessoas constituem uma variável da sua própria gestão, analisando a situação, empreendendo ações de melhoria e corrigindo, se necessário, os resultados obtidos. Para este efeito deve considerar o diagnóstico de situação, reclamações e inquéritos de satisfação e referencial relacionado e contemplado no Programa de Literacia em Saúde e Integração de Cuidados.	Toda a área de atendimento apresenta condições que permite o atendimento ao cidadão em segurança, conforto e privacidade e no respeito por quem evidencia necessidades especiais.	Pretende-se que a área de atendimento também promova a literacia em saúde através de uma boa estratégia de comunicação e informação nos espaços de atendimento (espaços de livre acesso ao cidadão) pela disponibilização de conteúdos sobre saúde, sobre a organização e funcionamento da UF/ACeS-órgãos de gestão. São promovidas auditorias internas anuais sobre este processo.				
---	---	---	---	---	--	--	--	--

2. Processos Assistenciais

Código	Critério	Tipo	Fundamento	Requisitos - Pontuação		Auto-Av.	Registo de evidências / Comentários resultantes de autoavaliação da UF / ACeS-Órgãos de Gestão	Auditor	Registo de evidências / Comentários
				1	2				
2.1. Centralidade no cidadão									
A	Intimidade e privacidade do cidadão	B	Garantir o direito à intimidade e privacidade do cidadão em todos os locais de atendimento, criando normas e procedimentos (regulamentação do circuito dos cidadãos, etc.), proporcionando formação e atividades de sensibilização para os profissionais e utilizando meios físicos adequados que permitam a adaptação das estruturas e espaços (em termos visuais e auditivos) durante o atendimento.	Verificar se existem normas e procedimentos (Manual de Procedimentos / Arquivo documental) para garantir a preservação da privacidade da pessoa durante o atendimento e a prestação de cuidados. Exemplo: procedimento aprovado garantindo a privacidade do cidadão em todos os locais de atendimento (telefónico, correio eletrónico, receção ou gabinetes de consulta médica ou de enfermagem).	Existem atividades de sensibilização/formação para os profissionais e utilizam meios físicos adequados que permitam a adaptação das estruturas e espaços (em termos visuais e auditivos) durante o atendimento.				
B	Tomada de decisão do cidadão sobre problemas de saúde	B	Disponibilizar informação adequada ao nível de compreensão dos cidadãos, adaptada ao seu nível de literacia em saúde, de forma a que possam participar ativamente nas tomadas de decisão sobre os seus problemas de saúde. Para o efeito a unidade deve dispor de mecanismos para a comunicação efetiva com cidadãos de língua estrangeira e portadores de deficiência física, sensorial ou cognitiva. Garantir a existência de procedimento sobre representante legal do cidadão (e.g. Regime jurídico do maior acompanhado - Lei n.º 49/2018 - Diário da República, 1.ª série - N.º 156 - 2018-08-14), quando aplicável.	Verificar se existe procedimento que descreva as ferramentas utilizadas para ultrapassar as barreiras de comunicação e aprovado em reunião de Conselho Geral; verificar se existe procedimento sobre o representante legal do cidadão em situações regulamentadas.	Disponibilizar ao cidadão vários instrumentos/ferramentas que possam auxiliar a compreensão e a participação ativa na tomada de decisão sobre os seus problemas de saúde, como por exemplo: imagens, listagens de sinais e sintomas, etc. Verificar em entrevista aos profissionais a sua aplicação.				
C	Consentimento informado	A	Garantir a existência de consentimento informado livre e esclarecido, devidamente documentado nos termos legais em vigor (Norma da DGS n.º 015/2013, de 03/10/2013, atualizada a 04/11/2015 - Consentimento informado, esclarecido e livre dado por escrito). Garantir pelo menos uma auditoria anual a este processo. Facultar ao cidadão toda a informação que permita a escolha entre duas ou mais opções para o seu problema de saúde e as respetivas vantagens e eventuais riscos inerentes à sua tomada de decisão. Garantir a existência de procedimento sobre representante legal do cidadão (e.g. Regime jurídico do maior acompanhado - Lei n.º 49/2018 - Diário da República, 1.ª série - N.º 156 - 2018-08-14), quando aplicável.	Existe uma relação dos processos da Carteira de Serviços que requerem consentimento informado escrito. Arquivo documental - Verificar se existe registo do consentimento informado nos atos em que são obrigatórios; verificar se existe uma avaliação anual do grau de cumprimento deste direito. Cumprimento a 100% do procedimento.	Não aplicável				
D	Testamento Vital (RENTEV) / Registo Nacional de Não Dadores (RENDA)	A	Garantir o direito de acesso ao cidadão sobre toda a informação relativa ao Testamento Vital (RENTEV - Registo Nacional do Testamento Vital: Lei n.º 25/2012, de 16 de julho; Portaria n.º 96/2014, de 5 de maio, alterada pela Portaria n.º 141/2018, de 18 de maio; Circular Informativa da SPMS n.º 5/2014, de 24 de junho; Modelo de DAV, publicado na Portaria n.º 104/2014, de 15 de maio) e o Registo Nacional de Não Dadores (RENDA - registo nacional criado pela Lei n.º 12/93, de 22 de abril e regulado pelo Decreto-Lei n.º 244/94, de 26 de setembro) no qual os cidadãos manifestam junto do Ministério da Saúde a sua total ou parcial indisponibilidade para a dádiva post mortem de certos órgãos ou tecidos. Implementar procedimentos que permitam aos profissionais conhecer e saber como agir de acordo com as instruções prévias da pessoa sobre a sua saúde.	Existe um procedimento que permite aos profissionais da unidade conhecer as instruções prévias de cada cidadão (continuação ou interrupção de medidas de suporte de vida, destino dos seus órgãos, etc.), bem como quem é o seu representante quando a pessoa não possa decidir (entrevista aos profissionais).	Formação da equipa documentada sobre este processo (atas das reuniões e/ou relatório de formação).				

E	Conflitos éticos no decurso do processo assistencial	A	Garantir os mecanismos necessários para formulação de questões e/ou pedido de aconselhamento à Comissão de Ética em conformidade com o seu Regulamento Interno e respetivos procedimentos.	A unidade dispõe de um procedimento para consulta e formulação de questões a colocar à Comissão de Ética.	Discussão interna da equipa sobre questões éticas relacionadas com a prestação de cuidados (documentado em ata).				
F	Direito de livre escolha dos profissionais de saúde de referência	A	Garantir ao cidadão a liberdade de escolha e acesso ao profissional de referência. Implementar procedimentos para permitir aos profissionais e ao cidadão identificarem, em cada momento do processo assistencial, quem são os profissionais de referência.	Existe um procedimento para a afetação do profissional de saúde de referência para cada cidadão.	Verificar a aplicação do procedimento através da avaliação de alguns processos de utentes inscritos no último ano.				
G	Direito a segunda opinião	A	Garantir o direito do cidadão a uma segunda opinião, interna ou externa à unidade/ACeS-órgãos de gestão, de acordo com os seus direitos.	Existe um procedimento para a obtenção de segunda opinião, devidamente publicitado na unidade/ACeS-órgãos de gestão (Carta dos Direitos e Deveres do utente dos serviços de saúde, Guia de Acolhimento ao Utente).	Existem folhetos, cartazes ou outros suportes que reforcem o direito do cidadão relativamente à obtenção de uma segunda opinião na UF/ACeS-órgãos de gestão ou fora destes. Auditar anualmente o processo.				
H	Mudança de profissional de saúde	A	Assegurar a possibilidade de mudança de profissional de saúde dentro da UF por solicitação do cidadão, em sede de regulamento interno, elaborando para o efeito o respetivo procedimento. A mudança de um qualquer profissional não implica necessariamente a mudança de outros profissionais de referência, como por exemplo, nas equipas de saúde familiar.	Verificar se está assegurada a possibilidade de mudança de profissional de saúde dentro da UF por solicitação do cidadão. Procedimento aprovado para o efeito.	Verificar a aplicação do procedimento através de auditoria anual com avaliação dos processos correspondentes.				
I	Processo clínico único, seguro e confidencial	A	Garantir a existência de um processo único por cidadão, acessível ao próprio e aos profissionais envolvidos no processo de cuidados, com o objetivo de facilitar o planeamento dos cuidados no âmbito dos processos assistenciais, de diminuir o erro e de proporcionar cuidados mais seguros. Assegurar permanentemente a confidencialidade da informação pessoal e clínica dos cidadãos e o seu arquivo seguro.	Instalações e equipamentos - Verificar se a UF/ACeS-órgãos de gestão têm os registos clínicos em suporte papel ou informático, centralizados em arquivos próprios, de forma segura, de acesso restrito aos cidadãos, mas acessível aos profissionais e está garantida a realização de cópias de segurança relativamente aos suportes eletrónicos de acordo com as regras definidas [Exemplo: a informação circula em envelopes ou pastas fechadas, bloqueio da sessão de trabalho (time out), back up, etc.].	A unidade/ACeS-órgãos de gestão assegura que toda a informação clínica é integrada no processo clínico eletrónico. A unidade aplica os requisitos de confidencialidade da informação clínica, conforme regulamentos e normativos legais aplicáveis.				
J	Participação dos utentes em atividades de ensino	A	Garantir o direito de o cidadão recusar a presença de formandos durante o atendimento pelo profissional de saúde (Carta dos Direitos e Deveres do Utente dos serviços de saúde).	Informação publicitada/Guia de Acolhimento ao Utente - Verificar se está publicitada aos utentes, a forma de recusarem a presença de formandos ou a prestação de cuidados por estes, de acordo com Carta dos Direitos e Deveres do Utente dos serviços de saúde.	Existe um procedimento explícito e práticas sistemáticas de informação positiva que sensibilize para a colaboração dos cidadãos na formação de novos profissionais de saúde.				
K	Ações específicas em relação ao cuidador	A	Identificação do cuidador no processo clínico do cidadão, se aplicável, a existência de seu representante legal (e.g. Regime jurídico do maior acompanhado - Lei n.º 49/2018 - Diário da República, 1.ª série - N.º 156 - 2018-08-14). Assegurar que seja avaliado o risco de sobrecarga do cuidador e que sejam adotadas as medidas e respostas de apoio de saúde e sociais adequadas à situação (Estatuto do Cuidador Informal e Guia do Cuidador Informal).	Existe evidência da existência de procedimento e informação sobre os recursos da comunidade para apoio ao cuidador.	Implementação de intervenções de suporte ao cuidador e devida documentação (auditoria): taxa de stress e exaustão do cuidador através da escala de sobrecarga do cuidador (ZARIT); formas de o prestador de cuidados enfrentar as dificuldades (CAMI); perceção de autoeficácia do cuidador para tomar conta (Escala Schumacher, 2000); satisfação do cuidador através da escala de satisfação do cuidador (CASI).				
L	Compromisso com as boas práticas	A	Garantir a utilização de práticas seguras, em consonância com as normas e as recomendações em vigor (Programas de Saúde; Processos Assistenciais Integrados; normas de orientação clínica, etc.) e a existência de um procedimento para a qualidade dos registos clínicos e definição dos critérios da sua avaliação, segundo as classificações oficiais. Assegurar a implementação de processos assistenciais integrados, reforçando a cooperação e complementaridade entre unidades funcionais e sua articulação com outros níveis de cuidados.	Manual de Procedimentos /Manual de Boas Práticas: verificar se existem e são utilizadas as normas de orientação clínica para os grupos de risco e grupos vulneráveis e respetivos processos assistenciais integrados. Os procedimentos devem ser descritos detalhadamente, representados também por meio de fluxogramas e incluir mapas definindo responsabilidades por profissional.	Revisão sistemática (auditorias clínicas) documentada em relatórios e atas de reuniões (Conselho Técnico, sessões clínicas (multi) profissionais). Procedimentos que clarifiquem os processos, apresentem coerência e continuidade e que ajudem na integração de novos colaboradores. Evidência de ações desenvolvidas para o reforço da cooperação entre UF/ACeS-órgãos de gestão e sua articulação com outros níveis de cuidados.				

2.2. Organização Centrada no Cidadão							
A	Identificação dos processos assistenciais	A	Garantir a definição dos Processos Assistenciais da UF no Regulamento Interno e a elaboração dos respetivos procedimentos, onde conste o circuito do cidadão que procura a unidade, os profissionais que interagem com ele e as atitudes a tomar de acordo com as várias hipóteses de situações que a UF identifique e demonstre a sua prática.	Regulamento Interno - Verificar se existe a definição de consulta aberta, da consulta programada e da visita domiciliária, com o respetivo sistema de intersubstituição. Manual de Procedimentos ou Arquivo documental - Verificar se existe um fluxograma e estão definidos os procedimentos de cada profissional em cada processo-chave. Sistema de informação e entrevista com os profissionais - Verificar se na agenda dos profissionais existem agendamentos/registos de contactos no próprio dia de acordo com os períodos de consulta aberta. Verificar se na agenda dos profissionais, nos 6 meses seguintes, existe programação para os grupos de risco, vulneráveis e visita domiciliária (confirmar questionando os profissionais). A unidade nomeou responsável (viés) por cada processo assistencial implementado. A unidade implementou os processos assistenciais correspondentes à sua carteira de serviços (análise da situação, adaptação local, desenvolvimento de grupos de melhoria). Os profissionais conhecem as suas responsabilidades e funções relativamente aos processos assistenciais implementados. Identificaram-se e priorizaram-se as linhas estratégicas de desenvolvimento dos Programas de Saúde que a unidade deve implementar tendo em conta a sua carteira de serviços.	Existe evidência sobre: a organização dos processos-chave e os horários das agendas estão orientados para as necessidades e expectativas dos utentes; ajustes e aperfeiçoamentos na definição destes processos decorrentes de análise e reflexão crítica da equipa (registos em atas e exemplos práticos de alterações introduzidas); qualquer profissional da equipa, quando questionado, deverá explicitar as melhorias introduzidas.		
B	Informação documentada sobre a organização	A	Disponibilização de informação ao cidadão sobre a organização da unidade funcional/ACeS-órgãos de gestão (Guia de Acolhimento ao Utente; horários dos profissionais, PA, RI, etc.) no sentido de garantir o seu envolvimento e participação ativa.	A informação atualizada, de acordo com o procedimento para a qualidade dos documentos e folhetos, objetiva, pertinente e bem distribuída no espaço disponível e de acordo com as orientações da ERS e da "Qualificação dos espaços de atendimento" (SNS+ Proximidade).	Informação partilhada/divulgada em locais de fácil acesso ao cidadão através de suportes digitais, preferencialmente.		
C	Informação documentada sobre as necessidades de saúde da população	A	Disponibilização dos planos, nacional, regional e local de saúde	A UA UF/ACeS-órgãos de gestão dispõe de informação sobre as necessidades de saúde da sua população de referência e integra-a no processo de planeamento da sua atividade assistencial (PLS/PA).	No âmbito da informação disponibilizada sobre as necessidades em saúde da sua população assegurar a verificação em ata da reflexão da equipa no momento de elaboração do seu plano de ação.		
D	Atendimento no próprio dia	A	Assegurar que estão publicitadas as condições em que é garantido o atendimento no próprio dia ao utente do Serviço Nacional de Saúde (Carta de Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do Serviço Nacional de Saúde - Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio) pelos profissionais de saúde.	Informação publicitada/Guia de Acolhimento - Verificar se estão publicitadas as condições em que é garantido o atendimento médico, de enfermagem e outros profissionais de saúde no próprio dia.	Os suportes físicos dessa publicitação e o seu design evidenciam profissionalismo e qualidade gráfica e o seu conteúdo evidencia uma atitude de resposta adequada às diversas necessidades dos utentes, de acordo com o procedimento da gestão documental. Estão implementadas formas de verificação/ monitorização do cumprimento do procedimento para atendimento no próprio dia.		
E	Visitas Domiciliárias (VD)	A	Assegurar que estão publicitados os critérios de inclusão a ter em conta na realização das visitas domiciliárias (VD) e que está previsto no manual de procedimentos a articulação entre os diversos profissionais de saúde, garantindo um plano conjunto de cuidados de saúde ao utente no domicílio (Carta de Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do Serviço Nacional de Saúde - Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio).	Informação publicitada/Guia de Acolhimento ao Utente - Verificar se estão publicitados os critérios de inclusão a ter em conta na realização das visitas domiciliárias. Manual de Procedimentos - Verificar no procedimento das consultas domiciliárias, se existe a evidência da programação conjunta destes utentes, entre médicos e enfermeiros (USF/UCSP) ou outros profissionais de saúde, podendo ou não ser realizada a consulta em simultâneo; Sistema de Informação - Verificar em, pelo menos, três utentes dependentes aleatórios que existiu prática de cuidados médicos e de enfermagem (USF/UCSP).	Sistema de Informação - Está documentado um plano de cuidados explícito, partilhado e integrado em pelo menos 3 utentes dependentes aleatórios, envolvendo cuidados médicos, de enfermagem e outros profissionais de saúde.		

F	Intervenção em grupos vulneráveis e de risco	A	Assegurar que as consultas e as VD a utentes de grupos vulneráveis e de risco sejam programadas de forma articulada entre os diferentes profissionais de saúde.	Manual de Procedimentos - Verificar no procedimento das consultas para os grupos vulneráveis e de risco, se existe a evidência da programação conjunta destes utentes, abrangidos pelos respetivos programas de saúde, entre médicos, enfermeiros e demais profissionais de saúde. Podendo ou não ser realizada a consulta/ato em simultâneo.	Existem procedimentos que clarificam os objetivos e o conteúdo da ação de cada profissional e os registos realizados no processo clínico traduzem este planeamento.				
G	Sistema de renovação de medicação crónica	A	Assegurar que estão publicitadas as condições de renovação das prescrições de medicação prolongada e que existe um procedimento onde é definido o tempo máximo de resposta garantido (TMRG - 72 horas contadas da receção do pedido - Carta de Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do Serviço Nacional de Saúde - Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio).	Informação publicitada/Guia de Acolhimento ao Utente - Verificar se estão publicitadas as condições de renovação das prescrições de medicação prolongada; Manual de Procedimentos - Verificar a existência de procedimento do sistema de renovação de medicação crónica, definindo o TMRG aplicável (72 horas contadas da receção do pedido). Sistema de Informação - Verificar no sistema de informação que não existem pedidos de receituário crónico (contacto indireto) a aguardar a emissão há mais de 72 horas contadas da receção do pedido.	O procedimento está explicitamente orientado para capacitar cada utente a gerir com segurança e adequação o uso de medicamentos.				
H	Sistema de referenciação (interna e externa)	B	Garantir o acesso de todos dos cidadãos aos serviços e unidades funcionais, sustentado num sistema integrado de informação interinstitucional que promova a integração de cuidados e potencie a melhor resposta às suas necessidades em saúde. Para este efeito, devem ser considerados: Carta de Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do Serviço Nacional de Saúde (Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio); o princípio de Livre Acesso e Circulação (LAC) de utentes no SNS e Sistema Integrado de Gestão do Acesso no Serviço Nacional de Saúde (SIGA SNS) – Despacho n.º 6170-A/2016, de 9 de maio - no respeito pelos princípios que colocam o cidadão no centro da organização da unidade funcional. Garantir a existência de protocolos de referenciação interna e externa desenvolvidos pelo ACeS.	Evidência de procedimento de referenciação em Manual de Articulação e Regulamento Interno da UF/ACeS-órgãos de gestão.	Auditoria periódica para avaliação das referenciações e medidas de melhoria aplicadas (verificação em relatório).				
I	Literacia em Saúde e integração de cuidados	B	Garantir que o cidadão se sente capaz para colaborar nos processos de mudança, com vista à adoção de estilos de vida saudáveis e promotores da sua saúde. Reforçar o papel do cidadão no sistema de saúde e fazer da informação, do conhecimento e da decisão informada e esclarecida, veículos privilegiados desse reforço. Assegurar que a educação para a saúde seja realizada em sede de consulta ou grupos da comunidade e que fique registada no sistema de informação.	Sistema de Informação - 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); verificar no sistema de informação, para os enfermeiros, se existem registos da prática de educação para a saúde na consulta dos grupos de risco e vulneráveis (referências às intervenções do tipo ensinar, instruir e treinar); evidência de registos para os demais profissionais de saúde de UF do ACeS.	Existem descrições registadas das intervenções realizadas e auditadas (semestralmente).				
J	Prestação de cuidados em fim de vida	B	Garantir que os cidadãos têm acesso a cuidados em fim de vida, de acordo com as suas necessidades e as normas de boas práticas nesta área.	Manual de articulação e/ou Regulamento Interno integram o procedimento de referenciação para UF e outros contextos de cuidados que garantam a oferta de cuidados paliativos. Existência de procedimentos clínicos sobre cuidados paliativos e evidência de formação dos profissionais de saúde nesta área de cuidados.	Evidência de referenciação atempada para entidade prestadores de cuidados paliativos e respetiva auditoria em conformidade com o sistema de referenciação vigente para esta tipologia de cuidados.				
K	Transição de cuidados de saúde	B	Garantir a implementação de um sistema de comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde que promova a sua segurança e que é cumprida a Norma 1/2017, de 2 de fevereiro da DGS - Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde.	Existe evidência da implementação da norma "Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde".	Evidência da existência de relatórios de auditoria sobre este processo.				
L	Reconciliação terapêutica	B	Garantir que são cumpridas as normas de reconciliação terapêutica (Norma 18/2016, de 30 de dezembro da DGS - Reconciliação da medicação).	Existe evidência da implementação da norma "Reconciliação da medicação".	Evidência da existência de relatórios de auditoria sobre este processo e implementação de medidas de melhoria.				

M	Atendimento personalizado	B	Garantir que a UF publicita a forma de os cidadãos terem um contacto personalizado e com privacidade, com o Coordenador, Diretor Executivo ou em quem estes delegarem, para exporem as suas sugestões ou reclamações (Carta dos Direitos e Deveres do Utente dos serviços de saúde).	Procedimento/Guia de Acolhimento ao Utente ou Observação - Atendimento Personalizado - Verificar se está publicitada a possibilidade e a forma dos cidadãos terem um contato personalizado e com privacidade com o Coordenador ou em quem este delegar para exporem as suas sugestões, reclamações ou outros assuntos.	Existem registos/ relatos de atendimentos realizados quando requeridos.				
2.3. Profissionais									
A	Identificação dos gestores dos processos assistenciais	B	Garantir que são nomeados os gestores dos processos assistenciais de forma a que sejam desenvolvidas ações de identificação das necessidades e sua priorização, planos de execução e sistemas de registo.	Evidência da identificação dos gestores dos processos assistenciais, do planeamento e da implementação dos PA.	Evidência de aplicação do procedimento através de auditoria.				
B	Responsabilidades e funções dos profissionais	A	Assegurar que estejam definidas as funções e responsabilidades de todos os profissionais em conformidade com as suas competências e aptidões.	A UF/ACeS-órgãos de gestão tem definidas as funções/ competências/ responsabilidades de todos os profissionais de saúde no seu regulamento interno e mapa de competências por postos de trabalho e áreas de intervenção específicas.	Garantia do conhecimento por parte dos profissionais. Validar através de entrevistas e sistemas informáticos utilizados (exemplo: alertp1, SGTD, etc.)				
C	A carga horária disponível é compatível com a lista de utentes	A	Garantir que os profissionais de saúde tenham uma carga horária semanal compatível com a sua lista de utentes/famílias/população alvo e de forma a cumprir a Carta de Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do Serviço Nacional de Saúde (Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio).	Sistema de Informação - Verificar no sistema de informação (Sistema de Informação – agenda), nos médicos, se a carga horária semanal corresponde ao horário básico acrescido do tempo necessário para o alargamento da lista de utentes que possui. Considerar que, na maioria dos dias da semana, a carga horária está distribuída em períodos diferenciados da jornada de trabalho. Verificar nos horários dos enfermeiros e outros profissionais de saúde e no sistema de informação (Sistema de informação – agenda), se a carga horária semanal corresponde ao horário básico acrescido do tempo necessário para o alargamento do seu compromisso assistencial. Considerar que, na maioria dos dias da semana, a carga horária está distribuída em períodos diferenciados da jornada de trabalho.	A distribuição horária ao longo da semana evidencia, para cada profissional, uma distribuição equilibrada dos períodos de atividade assistencial ao longo do dia e para situações de exceção (intersubstituição em todos os grupos profissionais para as atividades não programadas).				
D	Atividade programada como princípio organizativo	B	Garantir que todos os profissionais de saúde privilegiam a atividade programada em todo o seu desempenho assistencial.	Sistema de Informação - Verificar no sistema de informação, nos últimos 3 meses, anteriores ao mês de aplicação, se a percentagem de programação é superior a 65%.	Existência de projeto ou procedimentos para promover e manter um nível de atividades programadas superior a 2/3 de toda atividade assistencial da UF.				
E	Consulta programada em todo o horário da unidade funcional	A	Garantir que exista a possibilidade de consulta programada em todo o horário da unidade funcional.	Sistema de Informação - Verificar no sistema de informação para os profissionais se há possibilidade de obter uma consulta programada em todo o horário de funcionamento em um dia da semana, excluindo o espaço de consulta aberta, domicílios e reunião.	De acordo com as necessidades da população o profissional disponibiliza mais do que um dia por semana (entrevista).				
F	Sistema de intersubstituição	A	Garantir que a unidade tenha definido no regulamento interno um sistema de intersubstituição, para cada um dos processos chave e situações de ausência dos profissionais de saúde, documentado também com procedimento.	Observar no Regulamento Interno e ou Manual de Procedimentos que está definido e descrito o sistema de intersubstituição para os processos chave e respetivos serviços mínimos.	Existe evidência (atas; testemunhos dos profissionais; inquéritos de satisfação, etc.) de que o sistema de intersubstituição tem evoluído para corresponder às necessidades e expectativas dos cidadãos. Verificar ocorrências relativas ao sistema de intersubstituição, principalmente se é revisto no período de férias.				
2.4. Resultados									
A	Qualidade e grau de cumprimento dos registos clínicos	B	Garantir que a equipa adota um procedimento para a qualidade dos registos clínicos, utilizando as classificações oficiais, com definição dos critérios da sua avaliação, no sentido de melhorar a qualidade e segurança de cuidados.	Pretende-se: que a equipa adote um procedimento para a qualidade dos registos clínicos para todos os profissionais de saúde, com definição dos critérios e da sua avaliação (manual de boas práticas).	Evidência de auditorias aos registos clínicos para verificação da aplicação do procedimento respetivo e sua frequência (mínimo anual).				

B	Plano de Auditoria Interna (PAI)	A	Garantir que a UF/ACeS-órgãos de gestão tenha desenvolvido, no último ano, pelo menos um plano de auditoria interna (melhoria contínua da qualidade) numa área organizacional ou clínica, validado pelo CCS, envolvendo todas as áreas profissionais, incluindo a avaliação do seu contributo para o resultado global.	Norma definida e descrita, em documento datado, com um plano de implementação e de avaliação para todas as áreas profissionais e respetivo relatório final validado pelo CCS.	Existência de relatório de avaliação e medidas de melhoria.				
C	Controlo das não conformidades, ações preventivas e de melhoria	A	Garantir que a UF/ACeS-órgãos de gestão implementa uma prática de monitorização/auditorias internas aos seus processos, assegurando a sua equipa a identificação das não conformidades e o desenvolvimento de ações preventivas e de melhoria contínua.	Observar evidências em atas, relatórios e manual de procedimentos.	Evidência de introdução das medidas de melhoria ou propostas efetivadas.				
D	Monitorização e avaliação do IDG da UF/ACeS	A	Garantir que a UF/ACeS-órgãos de gestão monitoriza e reflete, sistemática e continuamente, pelo menos trimestralmente, sobre o seu Índice de Desempenho Global (IDG) e os seus resultados a nível do seu desempenho assistencial/clínico.	Observar evidência em atas de reuniões.	Implementação de medidas de melhoria (verificação em atas).				
E	Reflexão regular sobre qualificação da prescrição	B	Definição de política e procedimentos sobre qualificação da prescrição terapêutica e de MCDT. Implementar um programa de apoio à prescrição de antibióticos (PAPA), de acordo com o Despacho n.º 15423/2013, de 26 de novembro.	Auditorias clínicas internas sobre a qualificação da prescrição terapêutica e de MCDT de acordo com as normas/orientações relacionadas.	Promoção de atividade regular de monitorização do uso de antibióticos, verificação dos desvios e introdução de medidas de melhoria e seu impacto.				

3. Processos Suporte									
Código	Critério	Tipo	Fundamento	Requisitos - Pontuação		Auto-Av.	Registro de evidências / Comentários resultantes de autoavaliação da UF / ACeS-Órgãos de Gestão	Auditor	Registro de evidências / Comentários
				1	2				
3.1. Gestão da Informação e Comunicação									
3.1.1. Entre Profissionais									
A	Partilha da informação e eficácia na comunicação	B	Procedimento que define a classificação e distribuição de toda a correspondência da UF/ACeS-órgãos de gestão por todos os profissionais.	Verificar se existe procedimento para organização e distribuição de toda a informação que chega à UF/ACeS-órgãos de gestão, seja por correio eletrónico ou não. Entrevista dos profissionais - Questionar os profissionais se a distribuição da informação que chega à UF/ACeS-órgãos de gestão, por correio eletrónico ou em outro suporte, é do conhecimento de todos os profissionais.		Existência de iniciativas e métodos de melhoria contínua da comunicação interna através da utilização de intranet, Dropbox ou outros com avaliação regular da sua eficácia e nível de utilização.			
B	Prática de gestão da documentação e informação	A	Garantir que a UF/ACeS-órgãos de gestão tenha os seus documentos (informatizados ou não) datados, atualizados e facilmente acessíveis, sejam os que são dirigidos aos cidadãos [publicitados ou afixados adequadamente e de acordo com a orientação da Entidade Reguladora da Saúde (ERS)] ou aos profissionais.	Manual de procedimentos ou documento - Verificar se está definido o procedimento para arquivo de documentos. Observação - Verificar a sua existência, se é acessível a todos os profissionais e se são cumpridos os procedimentos de arquivo da documentação.		Existem sinais de haver cuidado com o design, legibilidade, simplicidade e clareza dos conteúdos, bem como de haver envolvimento dos utentes no delineamento e teste das mensagens que lhes são destinadas. Existe evidência de auditorias à implementação da Norma 01/2017 da DGS e ao procedimento.			
C	Elaboração e gestão documental	B	Garantir que a UF/ACeS-órgãos de gestão adote um procedimento para a qualidade dos seus documentos e panfletos, com a definição dos respetivos critérios, data de elaboração, forma de validação e data de revisão ou eliminação, em sede de manual de procedimentos.	Verificar existência do procedimento e aplicação nos diversos documentos elaborados pela UF/ACeS-órgãos de gestão.		Cumprimento a 100% em todos os documentos que estejam afixados e de divulgação institucional pela UF/ACeS-órgãos de gestão.			
3.1.2. Com o Cidadão									
A	Meios de Comunicação	B	Garantir que a UF/ACeS-órgãos de gestão disponha de telefone com acesso direto ao exterior e Internet em todos os postos de trabalho e endereço oficial de correio eletrónico para todos os seus profissionais.	Verificar se a UF/ACeS-órgãos de gestão dispõe de telefone e internet em todos os postos de trabalho e endereço oficial de correio eletrónico para todos os profissionais.		Cumprimento a 100% do critério relativamente à utilização do endereço oficial de correio eletrónico pelos profissionais.			
B	Atendimento pelo secretariado clínico	A	A UF/ACeS-órgãos de gestão garante o apoio e capacitação dos secretários clínicos para um acolhimento adequado, a orientação do utente na utilização da sua unidade de saúde e das unidades para as quais seja referenciado. Garante, ainda, que todos os secretários clínicos da UF asseguram a gestão do percurso do cidadão, nomeadamente da sua lista de famílias, quando aplicável.	Evidência de procedimentos específicos relativos ao acolhimento do cidadão (presencial, telefónico e via eletrónico). Verificar existência de procedimentos sobre as diferentes aplicações informáticas utilizadas pelo secretariado clínico (Reembolsos, BAS, SGT, ALERTp1, SIIMA Rastreios, etc.).		Formação (mínimo anual) adequada ao acolhimento do cidadão e atividades regulares para a melhoria da qualidade relacional e de comunicação para o atendimento de utentes pelo secretariado clínico; Evidência de reflexão sobre os resultados da avaliação da satisfação dos utentes e dos profissionais relativa a esta área e introdução de medidas de melhoria.			
C	Atendimento não presencial	A	Garantir que a UF/ACeS-órgãos de gestão publicita a forma de contato não presencial de atendimento (via correio eletrónico, atendimento telefónico) durante todo o horário de funcionamento e existe um procedimento estabelecido para situações de ausência ou impossibilidade de atendimento pela equipa de saúde familiar e outros profissionais de saúde, assim como, de todas UF/ACeS-órgãos de gestão.	Guia de Acolhimento ao Utente ou observação - Verificar se está publicitada a possibilidade de atendimento telefónico e correio eletrónico durante todo o horário de funcionamento da UF/ACeS-órgãos de gestão. Verificar se existe um procedimento aprovado de atuação do secretariado clínico em situações de ausência ou impossibilidade de atendimento pelo médico, enfermeiro de família e outros profissionais de saúde.		O procedimento em causa e as práticas em uso demonstram atitudes de disponibilidade, afabilidade e flexibilidade para responder de modo adequado e célere às necessidades específicas de cada cidadão e situação (entrevista).			

D	Informação afixada	A	Garantir que o horário de funcionamento da UF/ACeS-órgãos de gestão e as alternativas assistenciais estejam afixadas e que sejam visíveis do exterior, quando a UF/ACeS-órgãos de gestão está encerrada. Garantir que a UF/ACeS-órgãos de gestão afixe os horários de todos os seus profissionais em local de livre acesso aos cidadãos, as ausências dos profissionais e os serviços mínimos que são assegurados em caso de ausência dos profissionais. Garantir que a UF/ACeS-órgãos de gestão afixe a Carta de Direitos e Deveres do Utente dos serviços de saúde, Carta de Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do Serviço Nacional de Saúde (Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio) e a Certidão de Registo na ERS.	Informação afixada (Carta dos Direitos e Deveres do utente dos serviços de saúde, carta dos direitos de acesso aos cuidados de saúde pelos utentes do SNS, alternativas assistenciais, horários dos profissionais, ausências dos profissionais, serviços mínimos, etc.) de forma visível e em local de livre acesso ao cidadão.	A UF/ACeS-órgãos de gestão desenvolve atividades que contribuam para a informação promotora da literacia em saúde.				
E	Informação publicitada	B	Garantir que a UF/ACeS-órgãos de gestão publicite todos os serviços que presta, constantes da suas carteiras básica e adicional (se aplicável) e respetivos serviços mínimos.	Verifica-se o requisito descrito no fundamento do critério.	Os suportes físicos da publicação e o seu design evidenciam profissionalismo e qualidade gráfica e o seu conteúdo evidencia uma atitude de resposta adequada às diversas necessidades dos utentes ao longo do ciclo de vida.				
F	Sistema de marcação de consultas	A	Garantir que a UF publicite as formas de que os cidadãos dispõem para procederem à marcação de consultas para todos os profissionais e em todo o período de funcionamento e quais as ferramentas de que dispõe para o fazer: presencial, pelo telefone, através de e-mail ou e-agenda, de acordo com as regras estabelecidas.	Verificam-se os requisitos descritos no fundamento do critério.	Existe monitorização relativamente às diferentes modalidades de marcação de consulta/ato e implementadas medidas para reduzir as marcações presenciais ao mínimo aceitável (de acordo com o contexto).				
G	Guia de acolhimento ao utente	A	Garantir que a UF/ACeS-órgãos de gestão disponibilize aos seus utentes um Guia de Acolhimento ao Utente atualizado que contenha pelo menos a carteira de serviços e respetivos serviços mínimos, o horário de funcionamento, as alternativas assistenciais, o endereço e contactos da UF/ACeS, sistema de marcação de consultas e renovação da medicação crónica (quando aplicável) e a forma de apresentar reclamações, sugestões e elogios.	Observação - Verificar se existe um Guia de Acolhimento ao Utente disponível aos utentes, atualizado, com os respetivos logotipos (SNS/ARS/ACeS/UF) que contenha, pelo menos, as seguintes informações: Carteira de serviços e serviços mínimos; horário de funcionamento; alternativas assistenciais com endereços e contactos; endereço e contactos da UF/ACeS-órgãos de gestão; sistema de marcação de consultas e renovação da medicação crónica (aplicável na unidades prescritoras); forma de apresentar reclamações e sugestões.	O design e o conteúdo do Guia de Acolhimento ao Utente evidenciam criatividade e profissionalismo.				
3.1.3. Com o ACES / UF									
A	Manual de Articulação	B	A UF/ACeS-órgãos de gestão dispõe de um Manual de Articulação negociado e acordado com o ACeS com a definição das condições e dos prazos da sua revisão.	Existência de Manual de Articulação atualizado.	Monitorização do cumprimento e registo/informação sobre as não conformidades. Proposta de medidas de melhoria para a sua concretização.				
B	Gabinete do Cidadão	B	Garantir que a UF/ACeS-órgãos de gestão publicite aos utentes o local, contatos e horário de funcionamento do seu gabinete do cidadão.	Verificam-se os requisitos descritos no fundamento do critério.	Existência de registos/relatos de casos em que houve cooperação e interligação entre a UF/ACeS-órgãos de gestão e o Gabinete do Cidadão do ACeS para resposta a necessidades de utentes ou para o reforço de atitudes e prática de cidadania em saúde (utentes e profissionais).				
C	Garantir canal de comunicação (interna e externa) com o ACeS/UF	B	A UF/ACeS-órgãos de gestão dispõe de procedimentos de comunicação definidos, que possibilitam a sua efetividade, nomeadamente no que diz respeito à monitorização, acompanhamento e divulgação dos resultados relativos aos seus objetivos e junto dos seus profissionais.	Verifica-se os requisitos do fundamento do critério.	Existência de ações de comunicação com a divulgação dos resultados.				

3.1.4. Com a Comunidade							
A	Garantir canal de comunicação com a comunidade	B	Os UF/ACeS-órgãos de gestão dispõem de procedimentos de comunicação definidos, que possibilitam a sua efetividade, nomeadamente no que diz respeito à monitorização e divulgação dos seus resultados e demais informação, com as estruturas da comunidade. Garantir pelo ACeS a constituição e funcionamento do Conselho da Comunidade.	Verifica-se os requisitos do fundamento do critério.	Desenvolvimento de ações de ligação à comunidade e com os parceiros, por exemplo participando em eventos e atividades de promoção e literacia em saúde.		
3.2. Sistemas e Tecnologias de Informação							
A	Plano de contingência dos SI	A	Existência de plano de contingência de recuperação das aplicações e dados/processo clínico e demais informação em situações extremas (disaster recovery), respetivos procedimentos e devida atribuição de responsabilidades.	Existência de Plano de Contingência.	Monitorização sistemática de não conformidades / relatório anual / ações de melhoria efetuadas.		
B	Verificação da qualidade e fiabilidade dos dados recolhidos nos SI	B	Existência de procedimento na UF/ACeS-órgãos de gestão que garanta a verificação da qualidade e fiabilidade dos dados recolhidos nos SI, através de um sistema de monitorização.	Verifica-se os requisitos do fundamento do critério.	Monitorização sistemática das não conformidades / relatório anual / ações de melhoria efetuadas.		
C	Gestão do equipamento informático	B	Garantir que a UF/ACeS-órgãos de gestão disponham de computadores ligados em rede, as impressoras necessárias em todos os postos de trabalho e uma aplicação informática de tratamento estatístico da sua atividade. Existência de procedimento que garanta a manutenção, substituição e inventário do equipamento informático.	Verifica-se os requisitos do fundamento do critério.	Monitorização sistemática das não conformidades / relatório anual / ações de melhoria efetuadas.		
3.3. Recursos Humanos							
A	Horários	B	AS UF/ACeS-órgãos de gestão dispõem de um procedimento para a elaboração dos horários de todos os profissionais.	Verifica-se os requisitos do fundamento do critério.	Evidência da avaliação dos profissionais sobre o seu horário de trabalho.		
B	Assiduidade	B	AS UF/ACeS-órgãos de gestão dispõem de um procedimento para verificação da assiduidade de todos os profissionais.	Existência de procedimento de acordo com a legislação vigente.	Mapa de controlo mensal de assiduidade com as ausências e intersubstituições efetuadas ou a realizar (comissões gratuitas de serviço, férias, doença, etc.).		
C	Plano de férias	B	AS UF/ACeS-órgãos de gestão dispõem de um procedimento para a elaboração do plano de férias de todos os profissionais.	Existência de procedimento de acordo com a legislação. Verificação em ata da discussão e apresentação do plano de férias e mapa de intersubstituição.	Verificação da aplicação e do cumprimento do procedimento. Verificar se no último plano de férias, as alterações ao plano inicial estão documentadas e justificadas.		
D	Alteração de profissionais	B	AS UF/ACeS-órgãos de gestão dispõem de um procedimento para a alteração/mobilidade de profissionais.	Existência de procedimento com os circuitos definidos (Unidade, UAG, DE, ERA e ARS).	Evidência do cumprimento do procedimento. Verificar se nas últimas 3 alterações, após aprovação do procedimento, ele foi cumprido.		
E	Documentação relativa a RH	B	AS UF/ACeS-órgãos de gestão dispõem de um procedimento para a gestão da documentação referente aos recursos humanos.	Existência de procedimento que garanta a confidencialidade e a privacidade do profissional relativamente ao seu acervo documental.	Evidência do cumprimento do procedimento.		
F	Avaliação do desempenho dos profissionais	B	AS UF/ACeS-órgãos de gestão dispõem de um procedimento para assegurar a avaliação do desempenho de todos os profissionais.	Existência de procedimento de acordo com a legislação vigente.	Evidência do cumprimento do procedimento.		

3.4. Aproveitamento									
A	Gestão de stocks	B	Garantir que a UF/ACeS-órgãos de gestão elaborem um procedimento e documentem as entradas e saídas de materiais e produtos clínicos e administrativos, de forma a identificar com clareza o percurso desses produtos e prazos de validade, conforme boas práticas recomendadas.	Manual de Procedimentos ou documento - Verificar se inclui os procedimentos para a gestão de stocks. Ata do Conselho Geral (se o procedimento não fizer parte do manual na data da sua aprovação). Verificar se o procedimento foi aprovado de acordo com o regulamento interno para a gestão dos processos.	Verifica-se o descrito no nível anterior e o procedimento reflete ter sido delineado tendo em conta as vivências anteriores da equipa e uma cultura de melhoria contínua de processos de gestão. Conhecem detalhadamente e estão envolvidos na revisão e afinação deste procedimento mais de 3 profissionais da equipa e pelo menos, 1 profissional de cada área.				
B	Gestão de equipamentos e instalações	B	Garantir o cumprimento das orientações para as instalações das UF/ACeS-órgãos de gestão (estrutura, manutenção, higienização, climatização, etc.) e seu equipamento.	Existência de procedimento.	Monitorização dos tempos de resposta às solicitações pela UF/ACeS-órgãos de gestão relativamente ao cumprimento dos planos de manutenção, reparação, substituição de equipamentos e instalações.				
C	Inventário	B	Garantir a afixação em todos os gabinetes ou áreas de trabalho de uma lista atualizada do equipamento existente e que a UF/ACeS-órgãos de gestão proceda, pelo menos anualmente, à verificação e atualização de todo o material inventariado.	Ata de verificação - Verificar se existe uma ata com o resultado da verificação do material e equipamento ou relatório comprovativo, do último ano civil.	O inventário insere-se numa cultura de melhoria contínua de processos de gestão, sendo considerado no Plano de Aplicação de Incentivos Institucionais (parte integrante do plano de atividades da unidade a partir de 2017). Conhecem detalhadamente e estão envolvidos no processo de inventário mais de 3 profissionais da equipa, pelo menos 1 profissional de cada área. Disponibilidade de sistema em formato digital.				
D	Viatura	B	Garantir que os ACeS-órgãos de gestão disponibilizem viatura adaptada e equipada para visitas domiciliárias, nomeadamente compartimentos para limpos e sujos e que a atividade domiciliária da UF não seja comprometida pela forma como os meios são disponibilizados.	Disponibilizar viatura própria para que a atividade domiciliária da UF/ACeS-órgãos de gestão não seja comprometida pela forma como os meios são disponibilizados.	Viatura adaptada e equipada para visitas domiciliárias, nomeadamente compartimentos para limpos e sujos.				
3.5. Gestão Financeira									
A	Controlo dos desvios orçamentais	B	A UF/ACeS-órgãos de gestão dispõe de meios para controlar os desvios orçamentais detetados a fim de os corrigir e realiza o acompanhamento e controlo periódico do grau de cumprimento do orçamento aprovado para a atividade da unidade, relativamente a despesas (reembolsos a utentes, transportes, serviços, etc.) e receitas que lhe são devidas (seguros, migrantes, taxas moderadoras, etc.).	Verificar os requisitos do fundamento do critério.	Implementação de auditorias interna e monitorização sistemática deste processo.				
B	Gestão das taxas moderadoras	B	A UF/ACeS-órgãos de gestão garante a existência de um procedimento que defina a gestão das taxas moderadoras, incluindo o circuito da receita monetária resultante destas.	Existência de procedimento que defina o circuito da receita em todos os níveis operacionais (secretariado, UAG, DE) e respetivas responsabilidades.	Controlo interno e monitorização com a implementação de ações de melhoria.				
C	Fundo de maneo	B	Não Aplicável	Não Aplicável	Não Aplicável				
D	Monitorização de consumos	B	A UF/ACeS-órgãos de gestão dispõe de um procedimento que garante a monitorização regular dos seus consumos e a correção dos desvios detetados.	Existência de procedimento e discussão em reunião (verificação em ata).	Existência de relatório semestral apresentado em Conselho Geral (medidas de melhoria e sua aplicação).				
E	Monitorização da prescrição	B	A UF/ACeS-órgãos de gestão dispõe de um procedimento que garante a monitorização regular da prescrição e a correção dos desvios detetados	Existência de procedimento e discussão em reunião (verificação em ata). Atas do Conselho Geral ou das Reuniões Multiprofissionais - Verificar se, pelo menos semestralmente, há evidência da monitorização e reflexão sobre prescrições de medicamentos e MCDT.	Existência de relatório semestral apresentado em Conselho Geral (medidas de melhoria e sua aplicação).				
F	Trabalho suplementar	B	Não Aplicável	Não Aplicável	Não Aplicável				

3.6. Segurança									
3.6.1. Gestão do Risco									
A	Cultura e ambiente de segurança	B	Proceder à inscrição e definição de uma estratégia interna de promoção da adesão da instituição à avaliação da cultura de segurança do doente bial. Desenvolver a abrangência do plano de formação sobre segurança do doente e dos profissionais em conformidade com as áreas contempladas no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro).	Existência de conteúdos relacionados no plano de formação anual para toda a equipa sobre a aplicação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes na unidade funcional/ACeS.	Medidas implementadas devidamente documentadas (procedimento, atas, etc.). Taxa de adesão à avaliação da cultura de segurança do doente bial superior a 75%.				
B	Identificação e definição da metodologia utilizada para a gestão do risco	B	Garantir que as UF/ACeS-órgãos de gestão dispõem de um procedimento que defina a metodologia utilizada para a gestão do risco, sua avaliação, monitorização e implementação de medidas de melhoria.	Verificar os requisitos do fundamento do critério.	Implementação e monitorização do plano de ação de gestão do risco e resultado das medidas de melhoria documentadas.				
C	Plano de segurança	B	Garantir que as UF/ACeS-órgãos de gestão dispõem de um plano de segurança, monitorizado e avaliado com implementação de medidas corretoras.	Verificar os requisitos do fundamento do critério. Está documentada a realização de formação aos profissionais sobre o plano de segurança.	Evidência da realização de simulacros.				
D	Sistema de proteção contra incêndio	B	Garantir que as UF/ACeS-órgãos de gestão disponham do equipamento necessário e em perfeito estado de funcionamento para a extinção de incêndios e formação atualizada dos seus profissionais para a sua utilização segura.	Verificar os requisitos do fundamento do critério. Está documentada a realização de formação aos profissionais sobre o plano de segurança.	Evidência da realização de simulacros.				
E	Sistema de proteção contra intrusão	B	Garantir que as UF/ACeS-órgãos de gestão disponham de equipamento de deteção e proteção contra intrusos e furto.	Verificar os requisitos do fundamento do critério.	Monitorização regular do funcionamento do sistema de proteção contra intrusão.				
F	Plano de emergência interno e segurança em caso de emergência	A	Garantir que as UF/ACeS-órgãos de gestão disponham de um plano de emergência interno e segurança em caso de emergência, integrando a planta de emergência e o respetivo sistema de iluminação e de sinalização.	Verificar os requisitos do fundamento do critério.	Evidência de realização de formação/simulacros.				
G	Formação e treino em caso de sinistro	A	Garantir que tenha sido disponibilizada aos profissionais das UF/ACeS-órgãos de gestão formação e treino para casos de sinistro (simulacro).	Verificar os requisitos do fundamento do critério ou evidência de solicitação da formação e treino pela UF.	Evidência de realização simulacro.				
H	Formação em SBV	A	Garantir que todos os profissionais de todas as UF/ACeS-órgãos de gestão possuam formação em suporte básico de vida, atualizada de três em três anos.	Verificar os requisitos do fundamento do critério. Evidência de solicitação da formação pela UF.	Evidência de que 100% dos profissionais dispõem de formação atualizada (período de três anos).				
I	Vigilância por empresa especializada	B	Não Aplicável	Não Aplicável	Não Aplicável				
J	Sinalética de orientação	B	Garantir pelo ACeS-órgãos de gestão que as UF nas suas áreas de atendimento e respetivo circuito de acesso aos cidadãos disponham de sinalética interna/externa. O mesmo é aplicável a todas as instalações do ACeS.	Evidência de que a localização da UF/ACeS-órgãos de gestão está devidamente sinalizada no exterior, ou que tenha sido pedida ao respetivo ACeS.	Sinalética adequada à organização interna com circuitos definidos e de fácil compreensão para o utente.				
K	Acessibilidade segura de cidadãos com mobilidade reduzida e outras deficiências sensoriais	A	Garantir que, nas instalações das UF/ACeS-órgãos de gestão, estejam asseguradas facilidades de acesso a cidadãos com mobilidade reduzida e outras deficiências sensoriais.	Verifica-se que, nas instalações da UF/ACeS-órgãos de gestão, estão asseguradas condições/facilidades e procedimento promotor do acesso e mobilidade a cidadãos com mobilidade reduzida e outras deficiências sensoriais.	Existência e utilização de ferramentas adequadas à mobilidade prevista no fundamento (por exemplo sinalética adaptada). Evidência do envolvimento dos cidadãos com necessidades especiais na realização de auditorias internas sobre mobilidade na UF/ACeS-órgãos de gestão.				
L	Controlo do uso de material farmacêutico e clínico (FEFO, LASA, Recall)	A	Implementar estratégia institucional para a gestão dos medicamentos LASA e de alerta máximo (MAM) de acordo com as orientações oficiais.	Verificar os requisitos do fundamento do critério e para cada umas das suas áreas específicas.	Evidência de auditorias internas sobre o processo e monitorização da implementação de medidas de melhoria.				

M	Controlo de infeção	A	Garantia de que as UF/ACeS-órgãos de gestão definam ou adotem procedimentos para controlo de infeção e promovam a devida formação dos seus profissionais de acordo com o normativo legal emanado pela DGS [Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA); Estratégia Multimodal de Promoção das Precauções Básicas de Controlo de Infeção, etc.] pelo Grupo Coordenador Local do PPCIRA.	Verificar os requisitos do fundamento do critério e para cada umas das suas áreas específicas.	Evidência de auditorias internas sobre o processo e monitorização da implementação de medidas de melhoria.				
N	Plano e registos de inspeção, manutenção e substituição periódica de equipamentos	B	Garantir que os profissionais das UF/ACeS-órgãos de gestão possuam a necessária informação e formação para a utilização e conservação dos equipamentos de escritório ou de diagnóstico e tratamento. Existência de um procedimento/plano para inspeção, manutenção e substituição de equipamentos.	Pretende-se: que os profissionais da UF/ACeS-órgãos de gestão possuam a necessária informação e formação para a utilização e conservação dos equipamentos de escritório ou de diagnóstico e tratamento (por ex.: scanner, fax, desfibrilhador externo, eco doppler, cardiocógrafa,, etc.). Existência de procedimento validado em ata.	Mapa de registo e controlo da periodicidade da manutenção dos equipamentos.				
O	Plano e certificados de calibração dos equipamentos	B	Garantir que as UF/ACeS-órgãos de gestão disponham dos certificados de calibração dos equipamentos e de um plano para a sua implementação e monitorização.	Verificar os requisitos do fundamento do critério.	Evidência de controlo da periodicidade de calibração de equipamentos.				
P	Avárias e sua resolução	B	Garantir que as UF/ACeS-órgãos de gestão disponham de um procedimento para os registos de avárias e sua resolução.	Existência de procedimento.	Mapa de registo, controlo das avárias e sua resolução.				
Q	Manuais de utilização dos equipamentos	B	Garantir que as UF disponham dos manuais de utilização dos seus equipamentos	Verificar o requisito do fundamento do critério.	Organização e disponibilização do respetivo manual em suporte eletrónico.				
R	Adequação das instalações e estruturas físicas	B	Garantir que as UF/ACeS-órgãos de gestão disponham das recomendações sobre a qualificação dos espaços de atendimento de acordo com o referencial relacionado e contemplado no Programa de Literacia em Saúde e Integração de Cuidados.	Pretende-se que o espaço físico, espaço relacional, espaço de informação e literacia em saúde seja organizado em função das recomendações existentes.	Ações implementadas pela equipa para o desenvolvimento da literacia em saúde nos espaços de livre acesso aos utentes, formação e divulgação.				
S	Gestão de resíduos	A	Garantir que a UF/ACeS-órgãos de gestão disponha de um espaço adequado, de acordo com a legislação em vigor, para armazenamento de resíduos, e que a sua remoção seja efetuada com a devida periodicidade.	Verificar que a UF/ACeS-órgãos de gestão disponha de um espaço adequado, de acordo com a legislação em vigor, para armazenamento de resíduos, e que a sua remoção seja efetuada com a periodicidade adequada de acordo com a definição do circuito interno dos resíduos (do local de produção para o de armazenagem).	Evidência de medidas implementadas para redução dos resíduos (ações para evitar o desperdício).				
T	Higienização das instalações e equipamentos	B	Garantir pelos ACeS-órgãos de gestão que as UF disponham de assistente operacional em todo o horário de funcionamento e de um serviço de limpeza geral, com plano de higienização adequado das instalações e equipamentos e provas do seu cumprimento.	Verificar os requisitos do fundamento do critério.	Evidência de existência de um plano de higienização das instalações e equipamentos.				
U	Rede de frio	A	Garantir em todas as UF que a rede de frio está implementada e é monitorizada (segundo Orientação DGS nº 23/2017, de 7 de dezembro).	Verificar os requisitos do fundamento do critério. Existência de procedimento.	Mapa de registos e controlo da rede frio semanal. Relatório de não conformidades e medidas de melhoria.				
3.6.2. Segurança dos Utentes									
A	Identificação inequívoca do utente	A	Conceber, implementar e auditar estratégia local para a identificação inequívoca do doente em conformidade com a Orientação da DGS 018/2011 - Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde.	Existência de procedimento para assegurar o "processo único" e identificação inequívoca do utente. Evidência da realização de auditorias e respetivos planos de melhoria.	Monitorização da implementação e medidas de melhoria documentadas (duplicação de processos, erros de identificação) estratégias definidas pela unidade para prevenir o erro.				
B	Identificação de riscos para a segurança do utente	B	São identificados os riscos para a segurança do utente e incorporadas boas práticas para prevenir incidentes de segurança.	Existência de procedimento.	Monitorização do cumprimento (auditorias).				

C	Gestão da violência	B	Existe na UF/ACeS-órgãos de gestão um procedimento definido relativo à gestão e prevenção da violência exercida sobre os utentes e respetiva formação dos profissionais.	Manual de Procedimentos ou documento - Verificar se existe um procedimento para a gestão da violência exercida sobre os utentes. Ata do Conselho Geral (se o procedimento não fizer parte do manual na data da sua aprovação); Verificar se o procedimento foi aprovado de acordo com o regulamento interno para a gestão dos processos.	Evidência da Identificação antecipada dos pontos, momentos e situações potencialmente críticos para a eclosão de comportamentos violentos e os modos de os controlar e evitar.				
D	Incidentes e eventos adversos	B	Garantir que a UF/ACeS-órgãos de gestão identifica potenciais acontecimentos adversos decorrentes de toda a sua atividade e elabora os procedimentos necessários à sua prevenção e forma de registo dos incidentes ocorridos, notificando os mesmos na plataforma notific@ no sítio da DGS e formulário online ou em papel disponíveis no Portal RAM no sítio do INFARMED, I.P. no que se relaciona com o SISTEMA NACIONAL DE FARMACOVIGILÂNCIA (Notificação de Suspeita de Reações Adversas a Medicamentos para Profissionais de Saúde).	Existência dos procedimentos necessários à sua prevenção e forma de registo dos incidentes ocorridos. Evidência da realização de auditorias em caso de incidente ou evento adverso.	Monitorização das notificações, apresentação de relatório anual com as medidas de melhoria.				
E	Arquivo de registos inativos	B	Garantir que a UF tenha um procedimento para as transferências de processos para o arquivo inativo de acordo com o normativo legal vigente, devidamente implementado.	Verificar se existe um arquivo próprio para os registos clínicos inativos; verificar se existe um procedimento aprovado para a gestão das transferências e do arquivo inativo; verificar se os procedimentos para o arquivo inativo estão a ser cumpridos.	Verifica-se o descrito no nível anterior e o procedimento visando a gestão das transferências e do arquivo inativo acautela explicitamente a proteção e confidencialidade de dados e informação, bem como regras e condições de acesso à respetiva informação.				
3.6.3. Segurança dos Profissionais									
A	Equipamentos de proteção individual	B	Garantir que todos os profissionais das UF tenham acesso aos equipamentos de proteção individual (EPI).	Verificar o requisito do fundamento do critério. Existência de procedimento e evidência de formação aos profissionais.	Evidência da correta utilização dos equipamentos de proteção individual (EPI) através da realização de auditorias.				
B	Adesão ao "Notific@"	B	Garantir que as UF/ACeS-órgãos de gestão estabelecem e aplicam um procedimento para a notificação de incidentes e eventos adversos, no qual se define quem, como, quando e onde notificar, conforme Notific@ - Sistema Nacional de Notificações de Incidentes e de Eventos Adversos, sensibilizando os profissionais para a sua utilização.	Verificar o requisito do fundamento do critério.	Monitorização das taxa de notificações e apresentação de relatório anual com as medidas de melhoria.				
C	Gestão da violência	B	Existência de um programa de prevenção da violência no local de trabalho e disponibilização de Informação sobre o Observatório Nacional da Violência Contra os Profissionais de Saúde no Local de Trabalho da DGS.	Verificar se existe um procedimento para a gestão da violência exercida sobre os profissionais. Formação dos profissionais sobre gestão de violência sobre si exercida.	Evidência de integração no procedimento das vivências anteriores da equipa e uma cultura preventiva e educativa, não sendo apenas transcrição de exemplos de outras unidades. Identifica antecipadamente os pontos, momentos e situações potencialmente críticos para a eclosão de comportamentos violentos e os modos de os controlar ou evitar.				
D	Saúde, higiene e segurança no local de trabalho	B	Identificar e eliminar os riscos que possam afetar os profissionais, incluindo aqueles que são motivados pelas condições de segurança no trabalho, pelas condições ambientais e pelas condições ergonómicas e psicossociais. As UF dispõem de um Plano de Prevenção de Riscos Laborais implementado de acordo com a legislação em vigor. Garantir que as UF/ACeS-órgãos de gestão têm um procedimento que define os riscos laborais para os profissionais e que implemente um plano de prevenção e resolução dos mesmos.	Verificar o requisito do fundamento do critério. Existência de Plano de Prevenção de Riscos Laborais.	Monitorização e apresentação de relatório anual com as medidas de melhoria.				
E	Identificação de profissionais e pessoas estranhas à organização (visitantes)	B	Existência na UF/ACeS-órgãos de gestão de um procedimento relativo à identificação de pessoas externas à organização (visitantes), incluindo os DIM, e disponha do respetivo sistema para que todos os profissionais da UF estejam devidamente	Manual de Procedimentos ou documento - Verificar se existe um procedimento aprovado para a gestão da movimentação de estranhos, incluindo DIM, no espaço físico da UF/ACeS. Observação - Verificar se o procedimento é cumprido e se todos	O procedimento inclui regras explícitas de acolhimento, facilitação e controle da presença e dos percursos de estranhos na Unidade. O design e o conteúdo da "placa" /"crachá" de identificação evidenciam qualidade gráfica, com perceção e leitura				

			identificados, tal como previsto no decreto-lei 135/99, de 22 de Abril.	os profissionais da UF/ACeS estão identificados nos termos instituídos.	fáceis. Implementação de ações de melhoria em caso de não conformidades.				
F	Imunização dos profissionais	B	Garantir que todos os profissionais das UF/ACeS-órgãos de gestão tenham acesso à imunização do tétano, hepatite B, sarampo e gripe.	Verificar o requisito do fundamento do critério.	Está documentada a monitorização da taxa de imunização dos profissionais na UF/ACeS-órgãos de gestão.				

3.7. Formação							
3.7.1. Interna							
A	Garantia das necessidades de formação dos profissionais em função dos objetivos estratégicos e das características da população	A	A UF/ACeS-órgãos de gestão identificam as necessidades de formação dos seus profissionais em função dos seus objetivos estratégicos e das características da sua população, nomeadamente na área das boas práticas de governação clínica e de saúde.	Existência de Plano Anual de formação para cada UF/ACeS-órgãos de gestão.	Participação na formação interna por parte de todos os profissionais em conformidade com as suas competências técnicas, científicas e pedagógicas para o efeito.		
B	Sessões científicas multidisciplinares regulares	B	Garantir que a equipa da UF/ACeS-órgãos de gestão promove reuniões científicas, pelo menos semestrais, que envolvam todos os grupos profissionais, de modo a que todos tenham uma visão de conjunto dos objetivos assistenciais e, na sua área, possam contribuir para esses objetivos.	Verificar os requisitos do fundamento do critério.	Evidência de planeamento anual e seu nível de cumprimento (verificação em ata).		
C	Equipamento necessário para a formação	B	Garantir que a UF tenha acesso a computador portátil e projetor multimédia.	Verificar os requisitos do fundamento do critério.	Não aplicável.		
3.7.2. Externa							
A	Participação na formação externa e partilha de conhecimentos	A	Garantir que, em sede de regulamento interno, a UF/ACeS-órgãos de gestão tenha uma política definida de participação dos seus profissionais em formação externa e que a equipa promova a partilha de conhecimentos obtidos nas ações desta formação.	Verificar os requisitos do fundamento do critério. Verificar se existe registo da partilha de conhecimentos obtidos em formação externa, numa ata de qualquer reunião da UF/ACeS-órgãos de gestão ou num relatório apresentado à equipa, pelo menos, nos 3 meses seguintes às 3 últimas frequências de formações externas dos profissionais.	Evidência da participação de todos os grupos profissionais em formação externa.		
B	Capacidade formativa na UF	B	Identificar se a UF/ACeS-órgãos de gestão possui capacidade formativa e se teve formandos no último ano, em todas as áreas profissionais.	Verificar os requisitos do fundamento do critério.	Evidência da monitorização da utilização eficiente e efetiva da capacidade formativa na UF/ACeS-órgãos de gestão (nº de formadores/formandos; resultado qualitativo da formação, quando aplicável; avaliação da satisfação dos intervenientes no processo formativo, etc.)		
3.8. Investigação							
A	Artigos/comunicações/conferências	B	Garantir que, no último triénio, a equipa tenha uma prática de produção e publicação de artigos científicos ou de comunicações proferidas em reuniões científicas.	Verificar os requisitos do fundamento do critério.	Evidência da partilha interna no ACeS, a outras equipas/profissionais, de artigos científicos ou de comunicações proferidas em reuniões científicas.		
B	Projetos de investigação	B	Garantir que, no último triénio, a equipa evidencie prática de investigação em cuidados de saúde primários.	Verificar o requisito do fundamento do critério.	Evidência de candidaturas a prémios de boas práticas e publicações em revistas científicas.		
3.9. Identificação dos gestores dos Processos de Suporte							
A	Identificação dos gestores dos Processos de Suporte e definição das suas responsabilidades	B	As UF/ACeS-órgãos de gestão identificam os gestores dos processos de suporte e definem as suas responsabilidades.	Verificar se no RI ou noutro documento da UF/ACeS-órgãos de gestão estão identificados os gestores dos vários processos.	Verificar se é do conhecimento de toda a equipa as funções e atividades desenvolvidas pelos GP (entrevista).		

1. Processos de gestão				
N.º	Critério	Tipo	Resultado	
			Auto-Av.	Auditoria
1.1. Centralidade no cidadão				
A	Carta dos direitos e deveres do utente dos serviços de saúde	A		
B	Acessibilidade do cidadão	A		
C	Reclamações, sugestões e elogios	A		
D	Garantia da atribuição de equipa de saúde familiar (médico de família, enfermeiro de família e secretário clínico de família)	B		
1.2. Organização centrada no cidadão				
A	Instrumentos estratégicos (Carta de Compromisso, Carta de Qualidade, Guia de Acolhimento ao Utente e Manual de Articulação)	A		
B	Plano de Ação (PA) / Plano de Desempenho (PD)	A		
C	Relatório de Atividades (RA)	A		
D	Regulamento Interno (RI)	A		
E	Manual de Procedimentos (MP)	A		
F	Tempo de espera após hora marcada	B		
G	Horários de trabalho dos profissionais e carga horária	B		
H	Enfermeiro de Família	A		
I	Secretário Clínico / Secretário Clínico de Família	B		
1.3. Profissionais				
A	Suporte de registo de ocorrências	B		
B	Delegação de competências	B		
C	Conselho Técnico (CT)	A		
D	Reuniões periódicas da equipa multiprofissional	A		
E	Organização matricial	B		
F	Identificação dos gestores dos PG	B		
1.4. Resultados				
A	Planos de auditoria internas	A		
B	Avaliação do desempenho e eficácia da organização	A		
C	Avaliação da satisfação de utentes e profissionais	B		
D	Monitorização dos indicadores de qualidade e segurança da unidade	B		
E	Qualificação dos espaços de atendimento	B		

2. Processos Assistenciais				
N.º	Critério	Tipo	Resultado	
			Auto-Av.	Auditoria
2.1. Centralidade no cidadão				
A	Intimidade e privacidade do cidadão	B		
B	Tomada de decisão do cidadão sobre problemas de saúde	B		
C	Consentimento informado	A		
D	Testamento Vital (RENTEV) / Registo Nacional de Não Dadores (RENDA)	A		
E	Conflitos éticos no decurso do processo assistencial	A		
F	Direito de livre escolha dos profissionais de saúde de referência	A		
G	Direito a segunda opinião	A		
H	Mudança de profissional de saúde	A		
I	Processo clínico único, seguro e confidencial	A		
J	Participação dos utentes em atividades de ensino	A		
K	Ações específicas em relação ao cuidador	A		
L	Compromisso com as boas práticas	A		
2.2. Organização Centrada no Cidadão				
A	Identificação dos processos assistenciais	A		
B	Informação documentada sobre a organização	A		
C	Informação documentada sobre as necessidades de saúde da população	A		
D	Atendimento no próprio dia	A		
E	Visitas Domiciliárias (VD)	A		
F	Intervenção em grupos vulneráveis e de risco	A		
G	Sistema de renovação de medicação crónica	A		
H	Sistema de referência (interna e externa)	B		
I	Literacia em Saúde e integração de cuidados	B		
J	Prestação de cuidados em fim de vida	B		
K	Transição de cuidados de saúde	B		
L	Reconciliação terapêutica	B		
M	Atendimento personalizado	B		
2.3. Profissionais				
A	Identificação dos gestores dos processos assistenciais	B		
B	Responsabilidades e funções dos profissionais	A		
C	A carga horária disponível é compatível com a lista de utentes	A		
D	Atividade programada como princípio organizativo	B		
E	Consulta programada em todo o horário da unidade funcional	A		
F	Sistema de intersubstituição	A		

2.4. Resultados				
A	Qualidade e grau de cumprimento dos registos clínicos	B		
B	Plano de Auditoria Interna (PAI)	A		
C	Controlo das não conformidades, ações preventivas e de melhoria	A		
D	Monitorização e avaliação do IDG da UF/ACeS	A		
E	Reflexão regular sobre qualificação da prescrição	B		

3. Processos Suporte				
N.º	Critério	Tipo	Resultado	
			Auto-Av.	Auditoria
3.1. Gestão da Informação e Comunicação				
3.1.1. Entre Profissionais				
A	Partilha da informação e eficácia na comunicação	B		
B	Prática de gestão da documentação e informação	A		
C	Elaboração e gestão documental	B		
3.1.2. Com o Cidadão				
A	Meios de Comunicação	B		
B	Atendimento pelo secretariado clínico	A		
C	Atendimento não presencial	A		
D	Informação afixada	A		
E	Informação publicitada	B		
F	Sistema de marcação de consultas	A		
G	Guia de acolhimento ao utente	A		
3.1.3. Com o ACES / UF				
A	Manual de Articulação	B		
B	Gabinete do Cidadão	B		
C	Garantir canal de comunicação (interna e externa) com o ACeS/UF	B		
3.1.4. Com a Comunidade				
A	Garantir canal de comunicação com a comunidade	B		
3.2. Sistemas e Tecnologias de Informação				
A	Plano de contingência dos SI	A		
B	Verificação da qualidade e fiabilidade dos dados recolhidos nos SI	B		
C	Gestão do equipamento informático	B		
3.3. Recursos Humanos				
A	Horários	B		
B	Assiduidade	B		

C	Plano de férias	B		
D	Alteração de profissionais	B		
E	Documentação relativa a RH	B		
F	Avaliação do desempenho dos profissionais	B		
3.4. Aprovisionamento				
A	Gestão de stocks	B		
B	Gestão de equipamentos e instalações	B		
C	Inventário	B		
D	Viatura	B		
3.5. Gestão Financeira				
A	Controlo dos desvios orçamentais	B		
B	Gestão das taxas moderadoras	B		
C	Fundo de maneio	B	NA	NA
D	Monitorização de consumos	B		
E	Monitorização da prescrição	B		
F	Trabalho suplementar	B	NA	NA
3.6. Segurança				
3.6.1. Gestão do Risco				
A	Cultura e ambiente de segurança	B		
B	Identificação e definição da metodologia utilizada para a gestão do risco	B		
C	Plano de segurança	B		
D	Sistema de proteção contra incêndio	B		
E	Sistema de proteção contra intrusão	B		
F	Plano de emergência interno e segurança em caso de emergência	A		
G	Formação e treino em caso de sinistro	A		
H	Formação em SBV	A		
I	Vigilância por empresa especializada	B	NA	NA
J	Sinalética de orientação	B		
K	Acessibilidade segura de cidadãos com mobilidade reduzida e outras deficiências sensoriais	A		
L	Controlo do uso de material farmacêutico e clínico (FEFO, LASA, Recall)	A		
M	Controlo de infeção	A		
N	Plano e registos de inspeção, manutenção e substituição periódica de equipamentos	B		
O	Plano e certificados de calibração de equipamentos	B		
P	Avárias e sua resolução	B		
Q	Manuais de utilização de equipamentos	B		
R	Adequação das instalações e estruturas físicas	B		
S	Gestão de resíduos	A		

T	Higienização das instalações e equipamentos	B		
U	Rede de frio	A		
3.6.2. Segurança dos Utentes				
A	Identificação inequívoca do utente	A		
B	Identificação de riscos para a segurança do utente	B		
C	Gestão da violência	B		
D	Incidentes e eventos adversos	B		
E	Arquivo de registos inativos	B		
3.6.3. Segurança dos Profissionais				
A	Equipamentos de proteção individual	B		
B	Adesão ao "Notific@"	B		
C	Gestão da violência	B		
D	Saúde, higiene e segurança no local de trabalho	B		
E	Identificação de profissionais e pessoas estranhas à organização (visitantes)	B		
F	Imunização dos profissionais	B		
3.7. Formação				
3.7.1. Interna				
A	Garantia das necessidades de formação dos profissionais em função dos objetivos estratégicos e das características da população	A		
B	Sessões científicas multidisciplinares regulares	B		
C	Equipamento necessário para a formação	B		
3.7.2. Externa				
A	Participação na formação externa e partilha de conhecimentos	A		
B	Capacidade formativa na UF	B		
3.8. Investigação				
A	Artigos/comunicações/conferências	B		
B	Projetos de investigação	B		
3.9. Identificação dos gestores dos Processos de Suporte				
A	Identificação dos gestores dos PS e definição das suas responsabilidades	B		

Processos	Total de Critérios		Resultado			Totais - Cumprimento				
				Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Gestão	Critérios A	13	24	Não Conforme	0	0,0%	0	0,00%	0	0,00%
				Nível 1	0	0,0%				
				Nível 2	0	0,0%				
	Critérios B	11		Não Conforme	0	0,0%	0	0,00%		
				Nível 1	0	0,0%				
				Nível 2	0	0,0%				
Assistenciais	Critérios A	24	36	Não Conforme	0	0,0%	0	0,00%	0	0,00%
				Nível 1	0	0,0%				
				Nível 2	0	0,0%				
	Critérios B	12		Não Conforme	0	0,0%	0	0,00%		
				Nível 1	0	0,0%				
				Nível 2	0	0,0%				
Suporte	Critérios A	18	70	Não Conforme	0	0,0%	0	0,00%	0	0,00%
				Nível 1	0	0,0%				
				Nível 2	0	0,0%				
	Critérios B	52		Não Conforme	0	0,0%	0	0,00%		
				Nível 1	0	0,0%				
				Nível 2	0	0,0%				
Total	Critérios A	55	130	Não Conforme	0	0,0%	0	0,00%	0	0,00%
				Nível 1	0	0,0%				
				Nível 2	0	0,0%				
	Critérios B	75		Não Conforme	0	0,0%	0	0,00%		
				Nível 1	0	0,0%				
				Nível 2	0	0,0%				

Critérios A (Total)	Critérios com Nível 1	0
	Critérios com Nível 2	0

Critérios B (Total)	Critérios com Nível 1	0
	Critérios com Nível 2	0

Resultado	NÃO APROVADO
------------------	---------------------

Critérios para transitar para Modelo B
100% dos critérios do Tipo A cumpridos
O critério 1.1 B cumprido pelo nível 2
Pelo menos 60% dos critérios do tipo B cumpridos

Fórmula para cálculo da classificação
(Critérios A com nível 1 x 0,5) + (Critérios A com nível 2 x 1) + (Critérios B com nível 1 x 0,3) + (critérios B com nível 2 x 0,6)