



USF CoimbraCelas

PLANO DE AÇÃO

USF COIMBRACELAS

Coordenador da Candidatura eleito:

João Rodrigues

Contactos:
Rua Augusto Rocha, Nº 6/8, 3000-063 Coimbra
239790820
jrodrigues@arscentro.min-saude.pt

Candidatura a USF de Modelo A
Aprovado em reunião geral de 1 de março de 2019

ÍNDICE

I.	População-Alvo dos Programas de Saúde	1
II.	Programas da Carteira BÁSICA de serviços e carteira ADICIONAL	3
1)	Programa de Saúde Infantil e Juvenil	3
2)	Programa de Planeamento Familiar	19
3)	Programa de Saúde Materna	22
4)	Programa de Prevenção Oncológica	25
5)	Programa de vigilância de Diabetes.....	28
6)	Programa de vigilância de Hipertensão Arterial	36
7)	Programa de saúde do Idoso	44
8)	Programa de Vacinação	48
9)	Programa de situações de doença aguda.....	51
10)	Programa de visitação domiciliária.....	53
11)	Programa de Atendimento aos Contatos Esporádicos	58

I. POPULAÇÃO-ALVO DOS PROGRAMAS DE SAÚDE

1. Saúde Infantil e Juvenil e Saúde do Idoso

Grupo etário	Masculino		Feminino		Total
	N	%	N	%	
Saúde Infantil e Juvenil					
< 1 ano	36	60,0%	24	40,0%	60
1-2 anos	101	48,8%	106	51,2%	207
5 anos	29	42,6%	39	57,4%	68
6-7 anos	71	49,3%	73	50,7%	144
8 anos	33	43,4%	43	56,6%	76
10 anos	37	55,2%	30	44,8%	67
13 anos	39	46,4%	45	53,6%	84
15 anos	48	53,9%	41	46,1%	89
0-18 anos	808	50,3%	797	49,7%	1605
Idosos					
65-74 anos	472	42,3%	644	57,7%	1116
>75 anos	423	35,1%	783	64,9%	1206

Tabela 1 - População alvo do Programa de Saúde Infantil e Juvenil e Idosos baseado no programa MedicineOne consultado a 21.02.2019 com dados referentes ao período de 01.01.2018 a 31.12.2018

2. Saúde da Mulher

Grupo etário	Total
Planeamento familiar	
15 - 49 anos	4151
Saúde Materna	
Nº Grávidas em 2018	50

Tabela 2 - População alvo do Programa de Saúde da Mulher, baseado no programa MedicineOne consultado a 21.02.2019 com dados referentes ao período de 01.01.2018 a 31.12.2018

3. Prevenção Oncológica

Grupo etário	Masculino		Feminino		Total
	N	%	N	%	
Cancro do colo do útero					
25-60 anos	-	-			4046
Cancro da mama					
50-69 anos	-	-			
Cancro do cólon e recto					
50-74 anos					

Tabela 3 - População alvo do Programa de Prevenção Oncológica, baseado no programa MedicineOne consultado a 21.02.2019 com dados referentes ao período de 01.01.2018 a 31.12.2018

4. Diabetes e Hipertensão arterial

Grupo etário	Masculino		Feminino		Total
	N	%	N	%	
Diabetes					
18-75 anos	239	49,1%	248	50,9%	487
Hipertensão arterial					
18-75 anos	562	45,2%	681	54,8%	1243

Tabela 4 - Tabela 4 - População alvo dos Programa de Diabetes e Hipertensão Arterial, baseado no programa MedicineOne consultado a 21.02.2019

II. PROGRAMAS DA CARTEIRA BÁSICA DE SERVIÇOS E CARTEIRA ADICIONAL

1) Programa de Saúde Infantil e Juvenil

INTRODUÇÃO

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

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

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

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

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

Pretendemos também, melhorar e aprofundar a articulação com o Hospital Pediátrico, rentabilizando a figura do pediatra consultor e a discussão interna de casos clínicos.

Em termos de **articulação interna**, avaliar a articulação com a Psicologia Clínica da URAP para se estabelecer protocolo de articulação clínica.

POPULAÇÃO-ALVO

São **1605** as crianças e jovens dos **0 - 18 anos** inscritos na USF a 31.12.18, distribuídos pelos seguintes grupos etários:

Grupo Etário	Género		Total	%
	Masculino	Feminino		
0 – 11M	36	24	60	3,7
12 – 23M	101	106	207	12,8
5A	29	39	68	4,2
6 – 7A	71	73	144	8,9
8A	33	43	76	4,7
10A	37	30	67	4,1
13A	39	45	84	5,2
15A	48	41	89	5,3
0 – 18A	808	497	1.605	

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

- O recém-nascido (0-28 dias);
- A criança até ao 3º ano de vida;
- As crianças com 5 anos e as crianças com 11-13 anos (exames globais de saúde);
- As crianças com 6-7 anos (final do 1º ano de escolaridade);
- As crianças com 10 anos (início do 2º ciclo);
- Jovens dos 15-18 anos manter contacto directo ou indirecto (através dos pais), pelo menos uma vez por ano com especial ênfase aos hábitos tabágicos e sedentarismo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

OBJETIVO 1

Fazer o acompanhamento adequado a 80% das crianças no 1º ano de vida.

OBJETIVO 1.1

Fazer, pelo menos, 6 consultas de vigilância Médica e Enfermagem de Saúde Infantil dos 0-11 meses, às crianças vigiadas na USF.

Estratégias

Após o primeiro contato com a criança, proceder à marcação da consulta procedente no próprio dia da consulta, registando a marcação no BIS da criança ou em impressão de agendamento próprio.

Disponibilizar contato telefónico próximo da equipa de saúde da família, desde primeiro contato.

Aproveitar em cada consulta oportunista (ex. vacinação) ou de doença aguda da criança para verificar se foi realizada consulta conforme orientações da DGS e se não tiver sido realizada, realizar se possível nesse momento ou agendar marcação com maior brevidade possível.

Atividade 1

Descrição	Vigiar as crianças no 1º ano de vida de acordo com as orientações técnicas da DGS, e em situação de doença.
Quem	Médicos, enfermeiros e administrativos.
Como	Consulta programada, oportunista e de situações agudas com registo na ficha própria da SIJ do <i>MedicineOne</i>
Onde	Secretaria, consultórios médicos e de enfermagem.
Quando	Todo o ano.
Avaliação	Monitorização das atividades através dos indicadores nacionais

OBJETIVO 1.2

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

Estratégias

Alertar a grávida em final de gestação da importância de vigilância do RN, informando e disponibilizando as consultas existentes na USF, nomeadamente a 1ª consulta da vida que deve ser realizada após a alta da Maternidade, preferencialmente na primeira semana de vida, aquando da realização do teste de diagnóstico precoce.

Disponibilizar contato telefónico direto/ email da equipa de saúde para proceder à marcação da primeira consulta após alta da maternidade.

Atividade 2

Descrição	Realizar a 1ª consulta de vida na primeira semana a 70% dos RN inscritos na USF.
Quem	Médicos, enfermeiros e administrativos.
Como	No acto da inscrição na USF, informação via telefone ou mail e aquando do registo das primeiras vacinas e do teste de diagnóstico precoce.
Onde	Consultório/domicílio.
Quando	Todo o ano.
Avaliação	Nº 1ªs consultas de vida <8 dias/ nº total de RN inscritos na USF

OBJETIVO 1.3

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

Estratégia

Estratégia do objetivo anterior.

Atividade 3

Descrição Certificação da realização ou realização até ao 6º dia de vida do RN do teste de diagnóstico precoce, a todos os RN inscritos na USF.

Quem	Enfermeiros.
Como	Registo no Programa Informático MedicineOne e no Boletim de Saúde Infantil
Onde	Gabinete enfermagem.
Quando	Todo o ano.
Avaliação	Nº de diagnósticos precoces até ao 6º dia / nº de RN inscritos na USF nesse ano.

OBJETIVO 1.4

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

Estratégias

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

Atividade 4

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

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

OBJETIVO 1.5

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

Estratégias

Verificar a situação vacinal da criança em cada consulta programada de vigilância e aproveitar em cada oportunidade de consulta oportunista e de situação aguda para verificar situação vacinal e proceder à atualização caso seja necessário.

Proceder à monitorização semestral das listagens de crianças com vacinação em atraso e convocar para vacinação.

Atividade 5

Descrição Vacinar todas as crianças no primeiro ano de vida de acordo com o PNV

Quem	Enfermeiros.
Como	Consulta programada, oportunista e de situações agudas com registo na ficha de vacinação do <i>MedicineOne</i>
Onde	Consultórios de Enfermagem.
Quando	Todo o ano.
Avaliação	Número de crianças com 12 meses com o PNV cumprido/Número total de crianças com 12 meses inscritas na USF.

OBJETIVO 2

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

Estratégia

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

Atividade 6

Descrição Visita domiciliária ao Recém-nascidos até aos 15 dias

Quem	Enfermeiros.
Como	Realização de visita domiciliária e registo no Programa Informático <i>MedicineOne</i> e no <i>Boletim de Saúde Infantil</i>
Onde	Domicílio
Quando	Todo o ano.
Avaliação	Nº de visitas domiciliárias ao RN até 15 dias / nº de RN inscritos na USF nesse ano.

OBJETIVO 3

Registar no *MedicineOne* o local onde todas as crianças e jovens inscritos na USF estão a ser vigiados.

Atividade 7

Descrição Registrar no campo “resumo” do *MedicineOne*: «seguido na USF», «seguido na USF e no Privado» ou «seguido no Privado».

Quem	Médicos ou enfermeiros.
Como	No primeiro contacto da criança ou jovem com o médico ou enfermeiro de família.
Onde	Campo resumo do <i>MedicineOne</i> .
Quando	Todo o ano.
Avaliação	Nº de registos no campo resumo do <i>MedicineOne</i> versus o número de consultas/contactos das crianças e jovens na USF.

OBJETIVO 4

Fazer o acompanhamento adequado a 80% das crianças no 2º ano de vida.

OBJETIVO 4.1

Fazer, pelo menos, 2 consultas de vigilância de Saúde Infantil dos 12-23 meses.

Estratégias

Proceder à marcação da consulta procedente no próprio dia da consulta, registando a marcação no BIS da criança ou em impressão de agendamento próprio.

Disponibilizar contato telefónico/email próximo da equipa de saúde da família (médico/Enfermeiro).

Aproveitar em cada consulta oportunista (ex. vacinação) ou de doença aguda da criança para verificar se foi realizada consulta conforme orientações da DGS e se não tiver sido realizada, realizar se possível nesse momento ou agendar marcação com maior brevidade possível.

Atividade 8

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

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

OBJETIVO 4.2

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

Estratégias

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

Atividade 9

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

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

OBJETIVO 4.3

Ter o PNV cumprido ou em execução a 95% das crianças com 2 anos.

Estratégia

Verificar a situação vacinal da criança em cada consulta programada de vigilância e aproveitar em cada oportunidade de consulta oportunista e de situação aguda para verificar situação vacinal e proceder à atualização caso seja necessário.

Proceder à monitorização semestral das listagens de crianças com vacinação em atraso e convocar para vacinação.

Atividade 10

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

Quem	Enfermeiros.
Como	Consulta programada, oportunista e de situações agudas com registo na ficha de vacinação do <i>MedicineOne</i> .
Onde	Consultórios de enfermagem.
Quando	Todo o ano.
Avaliação	Número de crianças dos 11 aos 23 meses inscritas na USF com o PNV cumprido/Número total de crianças dos 11 aos 23 meses inscritas na USF.

OBJETIVO 4.4

Avaliar e registar o IMC a 90% das crianças inscritas entre os 12 e os 23 meses.

Atividade 11

Descrição Avaliar o IMC a todas as crianças vigiadas entre os 12 e os 23 meses.

Quem	Enfermeiros e médicos.
Como	Determinação do IMC e registar no <i>MedicineOne</i> .
Onde	Consultórios de enfermagem e médicos.
Quando	Aquando da realização da consulta de enfermagem ou médica.
Avaliação	Nº de crianças entre os 12 e os 23 meses com IMC registado no último ano / nº total de crianças entre os 12 e os 23 meses.

OBJETIVO 5

Obter uma taxa de utilização em Saúde Infantil dos 5 aos 7 anos de 70%.

Atividade 12

Descrição Vigiar as crianças dos 5-7 anos de idade de acordo com as orientações técnicas da DGS e em situação de doença.

Quem	Médicos, enfermeiros e administrativos.
Como	Consulta agendada e consulta oportunista com registo na ficha própria da SIJ do <i>MedicineOne</i>
Onde	Secretaria, consultórios médicos e de enfermagem.
Quando	Todo o ano.
Avaliação	Monitorização das atividades através dos indicadores da MCSP traçados para o objetivo.

OBJETIVO 6

Realizar anualmente Exame Global de Saúde (EGS) a 80% das crianças inscritas na USF com 5 anos completos.

Estratégias

Proceder ao agendamento pró-activo ou à convocação das crianças com 5 anos para realização do EGS.

Efetuar reconvocação (1º por telefone ou mail e depois carta) às que faltam ao exame.

Acordar com a UCC para sinalizarem as crianças que não tenham realizado o EGS.

Atividade 13

Descrição	Realizar EGS a crianças com 5 anos.
Quem	Médicos, enfermeiros e administrativos.
Como	Agendamento pró-activo, ou convocação (telefone e depois por escrito) das respectivas consultas.
Onde	Secretaria, consultórios médicos e de enfermagem.
Quando	Preferencialmente no 1º quadrimestre do ano, essencialmente nos meses de Abril e Maio.
Avaliação	Monitorização das atividades através do indicador traçado para o objetivo 2 vezes por ano.

Atividade 14

Descrição	Identificação e reconvocação das crianças com 5 anos, que faltaram ao 1º agendamento clínico para realização do EGS.
Quem	Secretariado de cada equipa nuclear
Como	Contacto telefónico, CTT ou SMS, e por fim visitação domiciliária
Onde	Secretaria.
Quando	Na semana seguinte à falta.
Avaliação	Nº de convocações x100 / nº de EGS efectuados às crianças reconvocadas.

OBJETIVO 7

Realizar consulta a 50% das crianças inscritas na USF com 6-7 anos, nos próximos dois anos.

Estratégia

Proceder ao agendamento pró-activo ou à convocação das crianças com 6-7 anos para realização de consulta (no final do 1º ano de escolaridade).

Atividade 15

Descrição	Realizar consulta a crianças de 6-7 anos.
Quem	Médicos, enfermeiros e administrativos.
Como	Agendamento proactivo, ou convocação das respectivas consultas.
Onde	Secretaria, consultórios médicos e de enfermagem.
Quando	Preferencialmente no 3º trimestre do ano, ou em qualquer outra data julgada oportuna.
Avaliação	Monitorização das atividades através do indicador da MCSP traçado para o objetivo 2 vezes por ano.

OBJETIVO 8

Ter o PNV cumprido ou em execução a 95 % das crianças de 7 anos.

Estratégias

Verificar a situação vacinal da criança em cada consulta programada de vigilância e aproveitar em cada oportunidade de consulta oportunista e de situação aguda para verificar situação vacinal e proceder à atualização caso seja necessário.

Proceder à monitorização semestral das listagens de crianças com vacinação em atraso e convocar para vacinação.

Atividade 16

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

Quem	Enfermeiros.
Como	Consulta programada, oportunista e de situações agudas com registo na ficha de vacinação do <i>MedicineOne</i> .
Onde	Consultórios de enfermagem.
Quando	Todo o ano.
Avaliação	Número de crianças de 7 anos inscritas na USF com o PNV cumprido/Número total de crianças de 7 anos inscritas na USF.

OBJETIVO 9

Realizar consulta a 80 % crianças inscritas na USF com 10 anos.

Estratégia

Proceder ao agendamento pró-ativo ou à convocação das crianças com 10 anos para realização de consulta (início do 2º ciclo).

Atividade 17

Descrição Realizar consulta a crianças de 10 anos, início do 2º ciclo.

Quem	Médicos, enfermeiros e administrativos.
Como	Agendamento proactivo, ou convocação das respectivas consultas.
Onde	Secretaria, consultórios médicos e de enfermagem.
Quando	Preferencialmente no 1º quadrimestre do ano, ou em qualquer outra data julgada oportuna.
Avaliação	Monitorização das atividades através do indicador da MCSP traçado para o objetivo 2 vezes por ano.

OBJETIVO 10

Realizar anualmente EGS a 40% das crianças inscritas na USF com 12-13 anos.

Estratégia

Proceder ao agendamento pró-ativo ou à convocação das crianças com 12-13 anos para realização do EGS. Efetuar reconvocação às que faltam ao exame.

Atividade 18

Descrição	Realizar EGS a crianças aos 12-13 anos.
Quem	Médicos, enfermeiros e administrativos.
Como	Agendamento pró-ativo, ou convocação das respectivas consultas.
Quando	Preferencialmente no 2º quadrimestre do ano, ou em qualquer outra data julgada oportuna.
Avaliação	Monitorização das atividades através do indicador traçado para o objetivo 2 vezes por ano.

Atividade 19

Descrição	Identificação e reconvocação das crianças com 12-13 anos, que faltaram ao 1º agendamento para realização do EGS.
Quem	Secretariado de cada equipa nuclear.
Como	Contacto telefónico, CTT ou SMS.
Onde	Secretaria.
Quando	Na semana seguinte à falta.
Avaliação	Nº de convocações x 100 / nº de EGS efetuados às crianças reconvocadas.

Atividade 20

Descrição	Registar os hábitos no campo específico do M1 dos adolescentes com 12-13 anos (40%).
Quem	Médicos e enfermeiros.
Como	Registo oportunista em qualquer contacto com o enfermeiro ou médico de família.
Onde	Consultórios médicos e de enfermagem.
Quando	Ao longo de todo o ano.
Avaliação	Monitorização das atividades através do indicador da MCSP traçado para o objetivo 2 vezes por ano.

OBJETIVO 11

Ter o PNV cumprido ou em execução a 95 % das crianças de 14 anos.

Estratégias

Verificar a situação vacinal da criança em cada consulta programada de vigilância e aproveitar em cada oportunidade de consulta oportunista e de situação aguda para verificar situação vacinal e proceder à atualização caso seja necessário.

Proceder à monitorização semestral das listagens de crianças com vacinação em atraso e convocar para vacinação.

Atividade 21

Descrição Vacinar todas as crianças até aos 14 anos inscritas na USF de acordo com o PNV.

Quem	Enfermeiros.
Como	Consulta programada, oportunista e de situações agudas com registo na ficha de vacinação do <i>MedicineOne</i> .
Onde	Consultórios de enfermagem.
Quando	Todo o ano.
Avaliação	Número de crianças de 14 anos inscritas na USF com o PNV cumprido/Número total de crianças de 14 anos inscritas na USF.

OBJETIVO 12

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

Estratégia

Proceder ao agendamento pró-ativo ou à convocação das crianças com 15-18 anos para a realização de consulta.

Atividade 22

Descrição Realizar consulta a adolescentes com 15-18 anos.

Quem	Médicos, enfermeiros e administrativos.
Como	Agendamento proactivo, ou convocação das respectivas consultas
Onde	Secretaria, consultórios médicos e de enfermagem
Quando	Preferencialmente no 3º quadrimestre do ano, ou em qualquer outra data julgada oportuna
Avaliação	Monitorização das atividades através do indicador da MCSP traçado para o objetivo 2 vezes por ano

Atividade 23

Descrição	Registrar os hábitos no campo específico do M1 dos adolescentes com 15-18 anos
Quem	Médicos e enfermeiros.
Como	Registo oportunista em qualquer contacto com o enfermeiro ou médico de família
Onde	Consultórios médicos e de enfermagem
Quando	Ao longo de todo o an
Avaliação	Monitorização das atividades através do indicador da MCSP traçado para o objetivo 2 vezes por ano.

OBJETIVO 13

Avaliar o peso e altura a 70% das crianças inscritas com 3 anos completos.

Estratégia

Identificação e classificação das crianças obesas (IMC>Percentil 95) aos 3 anos com pais (pelo menos um deles) obesos.

Atividade 24

Descrição	Avaliar o IMC a todas as crianças aquando da realização da consulta dos 3 anos e codificar se IMC>Percentil 95 na lista de problemas como obesidade (T82).
Quem	Médicos e enfermeiros.
Como	Determinação do IMC e classificação na lista de problemas activos.
Onde	Consultórios médicos e de enfermagem.
Quando	Aquando da realização da consulta dos 3 anos.
Avaliação	Monitorização das atividades através dos indicadores da MCSP traçados para os objetivos 11 e 12.

Atividade 25

Projeto a longo prazo, multiterapêutico e em equipa de intervenção familiar com o nutricionista.

Descrição	Aplicação das ferramentas, www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt Construção de plano nutricional e atividades física Definição das metas, individuais e familiares
Quem	Médicos e enfermeiros, e nutricionista
Como	Consultas de seguimento, individual e familiar.
Onde	Consultórios médicos e de enfermagem.
Quando	Aquando da realização da consulta dos 3 anos e depois consoante a periodicidade necessária. Consulta oportunística (adulto, aguda ou SIJ)

OBJETIVO 14

Codificar 70% das crianças com Percentil $85 \leq \text{IMC} < 95$ Risco de Excesso de Peso (Pré-obesidade) com o código T81 na lista de problemas e excesso de peso (obesidade) com o código T82.

Estratégia

Identificação e classificação das crianças obesas ($\text{IMC} > \text{Percentil } 95$) aos 5 anos e que realizaram EGS na USF.

Atividade 26

Descrição	Avaliar o IMC a todas as crianças aquando da realização do EGS aos 5 anos, se $\text{IMC} > \text{Percentil } 95$ e codificar na lista de problemas como obesidade (T82).
Quem	Médicos e enfermeiros.
Como	Determinação do IMC e classificação na lista de problemas activos.
Onde	Consultórios médicos e de enfermagem.
Quando	Aquando da realização do EGS aos 5 anos.
Avaliação	Monitorização das atividades através dos indicadores da MCSP traçados para os objetivos 13 e 14.

OBJETIVO 15

Qualificar a referenciação para o Hospital Pediátrico via consultadoria clínica (50%).

Atividade 27

Descrição	Os médicos e enfermeiros da USF discutem todas as situações clínicas de crianças e adolescentes, incluindo da área da pedopsiquiatria, que sejam casos problemas que levantem dúvidas.
Quem	Médicos e Enfermeiros.
Como	Apresentação do caso em modelo já existente na USF.
Onde	Sala de reuniões.
Quando	Reunião clínica.
Avaliação	Nº de referenciações feitas ao Hospital Pediátrico (Consulta de Pediatria Geral e Pedopsiquiatria)/Nº de casos discutidos em reunião clínica.

Atividade 28

Descrição	Após decisão em Reunião Clínica, os casos são enviados ao Pediatra Consultor.
Quem	Médicos.
Como	Via e-mail.
Onde	Gabinete de cada Médico (computador).
Quando	Após decisão em Reunião Clínica.
Avaliação	Nº de casos enviados ao Pediatra Consultor/Nº de casos discutidos em reunião clínica.

INDICADORES DE EXECUÇÃO/ MONITORIZAÇÃO E METAS

Indicadores	Fórmula de cálculo	Meta 2019
Percentagem de diagnósticos precoces realizados até ao 6º dia de vida do RN	Nº de diagnósticos precoces realizados até ao 6º dia	95%
	Nº de RN inscritos na USF nesse ano	
Percentagem de visitas domiciliárias realizadas a RN	Nº de crianças entre os 0 e os 11 meses com visita domiciliária até aos 15 dias	20%
	Nº total de crianças inscritas entre os 0 e os 11 meses.	
Percentagem de primeiras consultas efectuadas na 1ª semana de vida	Nº de 1ªs consultas efectuadas ao RN até 28 dias de vida (preferência na 1ª semana de vida)	70%
	Nº primeiras consultas na vida	
Taxa de utilização de consultas de Saúde Infantil no 1º ano de vida	Nº de crianças com idade inferior a 1 ano com pelo menos 1 consulta de vigilância de SI no período de avaliação	95%
	Nº de crianças inscritas na USF com idade inferior a 1 ano	
Nº médio de consultas de vigilância de SI dos 0-11 meses	Nº total de consultas de vigilância de SI dos 0-11 meses	4
	Nº de utilizadores de SI dos 0-11 meses	
Percentagem de consultas de vigilância de SI dos 0-11 meses	Nº total de consultas de vigilância de SI dos 0-11 meses	70%
	Total de consultas a crianças entre os 0-11 meses	
Taxa de utilização de consultas de SI no 2º ano de vida	Nº de crianças com idade de 12-23 meses, com pelo menos 1 consulta de vigilância de SI no período de avaliação	90%
Nº médio de consultas de vigilância de SI dos 12-23 meses	Nº total de consultas de vigilância de SI dos 12-23 meses	2
	Nº de utilizadores de SI dos 12-23 meses	
Percentagem de consultas de vigilância de SI dos 12-23 meses	Nº total de consultas de vigilância de SI dos 12-23 meses	80%
	Nº total de crianças entre os 12 e os 23 meses.	
Taxa de utilização de consultas dos 5-7 anos	Nº de primeiras consultas no ano a crianças com 5-7 anos	70%
	Nº de inscritos na USF com 5-7 anos.	

Percentagem de EGS em crianças com 5 anos completos	Total de EGS efectuados aos 5 anos	80%
	Nº total de crianças com 5 anos	
Taxa de utilização de consultas aos 10 anos	Total de consultas efectuadas a crianças com 10 anos	80%
	Nº total de crianças com 10 anos	
Percentagem de EGS em crianças com 12-13 anos completos	Total de EGS efectuados entre os 12-13 anos	40%
	Nº total de crianças com 12-13 anos	
Percentagem de utentes com 12-13 anos com registo de hábitos	Total de registos de hábitos efectuados entre os 12-13 anos	40%
	Número total de crianças com 12-13 anos	
Percentagem de consultas em jovens com 15 - 18 anos completos	Total de consultas efectuados aos 15-18 anos em jovens com 18 anos	30%
	Nº total de jovens com 18 anos	
Classificação de obesidade aos 3 anos	Nº crianças de 3 anos com T82 na lista de problemas	70%
	Nº total de crianças com 3 anos com IMC > 20	
Percentagem de crianças referenciadas cujos casos foram discutidos em reunião clínica	Nº de referências feitas ao Hospital Pediátrico	50%
	Nº de casos discutidos em reunião clínica	

CRONOGRAMA ANUAL

	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Atividades 1 a 27	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitorização do programa			X			X			X			X

2) Programa de Planeamento Familiar

INTRODUÇÃO

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

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

Este Programa abrange não só a vertente de PF, como a do rastreio oncológico do cancro do colo uterino e da mama e, portanto, os grupos etários por ele abrangido.

POPULAÇÃO ALVO

Utentes do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 18 e os 54 anos, inscritas na USF, e que depois de corretamente informadas desejem aderir ao programa.

OBJECTIVOS GERAIS

- Promover a vivência da sexualidade de forma saudável e segura, regular a fecundidade segundo o desejo do casal evitando a gravidez indesejada proporcionando informação sobre sexualidade e meios contraceptivos, bem como orientação nos casos de infertilidade, informando sobre métodos contraceptivos e individualizando a escolha do método mais adequado;
- Providenciar gratuitamente métodos anticoncepcionais e, quando pretendido, realizar a colocação do dispositivo intrauterino ou implante subcutâneo;
- Evitar a gravidez na adolescência;
- Proporcionar consultas pré-concepcionais promovendo a parentalidade responsável e saudável;
- Prevenir e tratar IST e suas consequências;
- Proporcionar e realizar o rastreio oncológico, nomeadamente do cancro do colo do útero, cancro da mama e colo-rectal, mediante consentimento informado, integrado no Programa de Rastreio Oncológico da ARSC, IP;
- Acompanhar a mulher em menopausa e instituir terapêutica quando adequado.

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

Alcançar uma taxa de utilização em consultas de PF (médicas/enfermagem) de 35%.

Estratégias

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

Atividade 1

Descrição	Proporcionar informação sobre sexualidade e o fornecimento de métodos contraceptivos na consulta de PF de enfermagem
Quem	Enfermeiros
Como	Consulta programada.
Onde	Consultório de enfermagem
Quando	Todo o ano
Avaliação	Nº de consultas de Enfermagem de PF realizadas /Nº mulheres com 18-54 anos.

Atividade 2

Descrição	Realização da consulta de PF segundo as normas da DGS
Quem	Médicos, Enfermeiros
Como	Consulta programada ou oportunista
Onde	Consultórios médicos e de enfermagem
Quando	Todo o ano, preferencialmente no horário de PF mas permitindo flexibilidade efetuando consultas oportunistas
Avaliação	Nº de consultas Médicas de PF realizadas /Nº mulheres com 18-54 anos

INDICADORES DE EXECUÇÃO/ MONITORIZAÇÃO E METAS

Indicadores	Fórmula de cálculo	Meta 2019
Taxa de utilização das consultas de PF (médicas ou de enfermagem)	Nº de consultas de PF efectuadas a mulheres com idades [15;50[anos	35%
	Nº de mulheres [15;50[anos inscritas na USF	

CRONOGRAMA ANUAL

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

3) Programa de Saúde Materna

INTRODUÇÃO

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

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

POPULAÇÃO ALVO

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

OBJECTIVOS GERAIS

- Sensibilizar as mulheres em idade fértil para a Consulta pré-concepcional, realizando a sua avaliação e aconselhamento adequado;
- Efetuar a vigilância pré-natal da gravidez de baixo risco;
- Promover o diagnóstico pré-natal, nas maternidades, segundo o protocolo em vigor;
- Referenciar precocemente as situações de gravidez de alto risco e acompanhar a situação em articulação com os cuidados secundários;
- Promover os estilos saudáveis de vida durante a gravidez, nomeadamente quanto a cessação tabágica e alcoólica e alimentação saudável;
- Fomentar a prevenção de doenças evitáveis;
- Avaliar a adaptação do casal ao novo ciclo de vida familiar e promover estratégias para ajudar às mudanças necessárias;
- Vigiar as puérperas, promovendo o aleitamento materno pelo menos até aos 6 meses de vida do RN e escolha do método anticoncepcional.

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

- 1 - Proporção de grávidas com acompanhamento adequado em pelo menos 60%;
- 2 - Realizar a Consulta de puerpério até ao 42º dia pós-parto, a pelo menos 70% das puérperas seguidas nesta USF.

Estratégias

- Fazer a divulgação da Consulta de SM junto aos utentes desta USF, por contato pessoal e através de folhetos informativos;
- Promover a vigilância adequada da gravidez de acordo com protocolo da Unidade Coordenadora Funcional (UCF) materna;
- Marcar a primeira Consulta de Vigilância Materna precocemente e referenciar aos cuidados hospitalares (maternidade) antes da 12ª semana de gestação;
- Programar sempre as consultas seguintes de SM;
- Identificar as grávidas e puérperas, que faltaram a Consulta, remarcando a mesma;
- Registrar todos os exames (análises e ecografias);
- Sensibilizar as grávidas no último trimestre para a realização da Consulta de puerpério e para a importância do aleitamento materno;
- Realizar a Consulta de revisão de puerpério até ao 42º dia pós-parto, efetuando a sua marcação no 1º contato do RN com a USF;
- Promover nesta Consulta o aleitamento materno e a escolha do método contraceptivo.

Atividade 1

Descrição	Realização da consulta de SM segundo protocolo da Unidade Coordenadora Funcional (UCF) materna
Quem	Médicos e Enfermeiros
Como	Marcação pró-ativa ou realização oportunista (1ª consulta)
Onde	Consultórios médicos e de enfermagem
Quando	Todo o ano, preferencialmente no horário de PF/SM mas permitindo flexibilidade efetuando consultas oportunistas
Avaliação	Nº de consultas marcadas em SM/Nº grávidas vigiadas na USF

Atividade 2

Descrição	Realizar a Consulta de Revisão do Puerpério até ao 42º dia pós-parto, a pelo menos 40% das puérperas seguidas nesta USF.
Quem	Médicos, Enfermeiros
Como	Consulta programada ou oportunista
Onde	Consultórios médicos e de enfermagem
Quando	Todo o ano, preferencialmente no horário de PF/SM mas permitindo flexibilidade efetuando consultas oportunistas
Avaliação	Nº de consultas de revisão do puerpério /Nº total de grávidas vigiadas

Nota: As grávidas de baixo risco clínico estão codificadas como Gravidez W98 do ICPC-2 ou como texto livre como Grávida de baixo risco clínico no campo A do processo clínico SOAP do MedicineOne e selecionadas no programa de seguimento de SM.

INDICADORES DE EXECUÇÃO/ MONITORIZAÇÃO E METAS

Indicadores	Fórmula de cálculo	Meta
Índice de acompanhamento adequado em SM	Somatório do “score de acompanhamento” determinado para cada gravidez/puerpério	60%
	Nº de puérperas inscritas	
Proporção de grávidas com 6 ou mais consultas de enfermagem em SM/puerpério	Nº de grávidas com 6 ou mais consultas de enfermagem de SM/puerpério	40%
	Nº de grávidas seguidas na USF	
Taxa de visita domiciliar no puerpério até ao 42º dia	Nº de puérperas com visita domiciliar de enfermagem até ao 42º dia	20%
	Nº de puérperas seguidas na USF	
Realização da Consulta de puerpério até ao 42º dia pós-parto	Nº de consultas de revisão de puerpério realizadas até ao 42º dia	40%
	Nº de puérperas seguidas na USF	

CRONOGRAMA ANUAL

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

4) Programa de Prevenção Oncológica

INTRODUÇÃO

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

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

Em 2016, tendo sido identificadas assimetrias significativas na cobertura geográfica, foi determinado através do Despacho n.º 4771 -A/2016, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 68, de 7 de abril de 2016, que as Administrações Regionais de Saúde devam desenvolver, na respetiva área geográfica, medidas coordenadas para implementar os rastreios de base populacional nas áreas do cancro da mama, do cancro do colo do útero e do cancro do cólon e reto. Em 2017, reconhecendo-se heterogeneidade no plano técnico dos programas de rastreio implementados a nível regional, foi necessário proceder à uniformização dos critérios de cada um dos programas, para garantir um acesso equitativo.

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

POPULAÇÃO ALVO

A população alvo difere consoante o programa de rastreio em causa. Assim, considera-se:

- Rastreio do cancro da mama – mulheres com idade ≥ 50 anos e ≤ 69 anos;
- Rastreio do cancro do colo do útero – mulheres com idade ≥ 25 anos e ≤ 60 anos;
- Prevenção do cancro do cólon e reto – homens e mulheres com idade ≥ 50 anos e ≤ 74 anos.

Na UCSP Celas, em janeiro de 2019 a nível dos Grupos Etários da prevenção oncológica:

Grupo etário	Masculino		Feminino		Total
	N	%	N	%	
Cancro do colo do útero					
25-64 anos	-	-	4046	100%	4046
Cancro da mama					
50-69 anos	-	-	1500	100%	1500
Cancro do cólon e recto					
50-70 anos	1244	44,4%	1557	55,6%	2801

OBJECTIVOS GERAIS

Assegurar que todos os utentes inscritos na USF que reúnam os critérios de participação têm acesso aos programas de rastreio dos cancros da mama, colo do útero e colo-retal.

Aumentar a deteção precoce e diminuir a morbimortalidade associada a estas neoplasias.

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

OBJETIVO 1

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

Estratégias

Cada equipa nuclear (médico e enfermeiro) fará a listagem dos utentes potencialmente elegíveis para os rastreios e registará as exclusões conhecidas no MedicineOne e SIIMa Rastreios.

Atividade 1

Quem	Médicos e Enfermeiros – Equipa nuclear
Como	Consulta de dados no MedicineOne / MIMUF – listagem de utentes potencialmente elegíveis; consulta do processo clínico para aferir critérios de exclusão
Onde	Gabinete médico e/ou enfermagem
Quando	Primeiro semestre de 2019
Avaliação	Apresentação dos dados da USF em reunião geral

OBJETIVO 2

Discutir metodologias de convocação dos utentes com critérios de eleição para os programas de rastreio.

OBJETIVO 3

Assegurar a realização dos exames de rastreio:

- CM – a realização das mamografias está a cargo da LPCC.
- CCU – realização de colpocitologia no âmbito das consultas de saúde da mulher/planeamento familiar. Após a existência de condições técnicas deverá aplicar-se o novo enquadramento (teste de genotipagem do HPV).
- CCR – realização de PSOF (método imunohistoquímico)

INDICADORES DE EXECUÇÃO / MONITORIZAÇÃO E METAS

Indicador	Fórmula de cálculo	Meta
Proporção de mulheres entre [50; 70[anos, com mamografia registada nos últimos dois anos	Nº de mulheres com registo de mamografia nos últimos 2 anos	50%
	Nº de mulheres com [50; 70[anos inscritas na USF	
Proporção de mulheres entre [25; 60[anos, com rastreio do cancro do colo do útero efetuado	Nº de mulheres com registo de citologia do colo do útero realizada nos últimos 3 anos	30%
	Nº de mulheres com [25; 60[anos inscritas na USF	
Proporção de utentes com idade entre [50; 75[anos, com rastreio de cancro do colon e reto efetuado	Nº de utentes com registo de PSOF nos últimos 2 anos	10%*
	Nº de utentes com [50; 75[anos inscritos na USF	

*O primeiro objetivo é validar a população-alvo (Siima Rastreios). O segundo objetivo é definir a metodologia de aplicação da entrega do teste.

CRONOGRAMA ANUAL

Atividades	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Determinar a população elegível para os programas de rastreio oncológico							X	X	X	X	X	X
Determinar metodologias de convocação dos utentes com critérios de eleição para os programas de rastreio							X	X	X	X	X	X
Monitorização do programa												X

5) Programa de vigilância de Diabetes

INTRODUÇÃO

A Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crónica que afeta grande número de pessoas, sendo que se trata de um problema não só individual e familiar, como de saúde pública.

Esta constitui, atualmente, uma das principais causas de morte, especialmente por implicar um risco significativamente aumentado de doença coronária e de acidente vascular cerebral.

Além do sofrimento humano que as complicações associadas à doença provocam nas pessoas com Diabetes e nos seus familiares, os seus custos económicos são enormes. Estes custos incluem os cuidados de saúde, a perda de rendimentos e os custos económicos para a sociedade em geral, a perda de produtividade e os custos associados às oportunidades perdidas para o desenvolvimento económico.

De acordo com o Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes, em 2015 a prevalência estimada da diabetes na população portuguesa com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos (7,7 milhões de indivíduos) foi de 13,3%, o que traduz que mais de 1 milhão de portugueses neste grupo etário tem diabetes.

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

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

Importa ressaltar que será nossa preocupação a vigilância, além das pessoas com Diabetes, as pessoas com Anomalia da Glicémia em Jejum (AGJ) e a Tolerância Diminuída à Glicose (TDG), os filhos das pessoas com Diabetes e a população acima dos 45 anos.

POPULAÇÃO-ALVO

Todas as pessoas com diabetes inscritas na USF CoimbraCelas.

Filhos de pessoas com diabetes tipo 2.

Segundo dados do MedicineOne, em 02.01.2019, estavam inscritos na USF:

- 618 utentes com diagnóstico de diabetes não insulino-dependentes (T90);
- 85 utentes com diagnóstico de diabetes insulino-dependentes (T89).
- Nº Total de pessoas com diabetes da USFCoimbraCelas: 703

Desde já, constata-se o número elevado de diabéticos codificados com T89, devendo ser um dos primeiros objetivos, codificar corretamente estes doentes.

OBJETIVOS GERAIS

- Todos os médicos devem rever os diabéticos codificados com T89, confirmando se são ou não Diabéticos tipo1.
- Todos os profissionais devem conhecer e praticar as orientações do PAI da DGS, nº1/2013, tendo oportunidade de monitorizar a sua prática e discuti-la em equipa;
- Diagnosticar novos casos de pessoas com diabetes;
- Avaliar e controlar a HbA1C (inferior a 8%) a mais do que dois terços das pessoas com diabetes;
- Diminuir as complicações associadas à diabetes, contribuindo para a diminuição de internamentos devidos à diabetes;
- Avaliar a qualidade do seguimento das pessoas com diabetes e corrigir as lacunas detetadas;
- Sensibilizar os diabéticos, filhos das pessoas com diabetes e a população acima dos 45 anos para a prática de exercício físico regular;
- Diminuir os novos casos de pessoas com diabetes, em filhos de pessoas com diabetes e pessoas com obesidade.

ESTRATÉGIAS GERAIS

1. Detecção precoce da doença:

- Determinar o risco de vir a ter diabetes tipo 2 ao fim de 10 anos, a 20% dos utentes maiores de 45 anos (aplicação de questionário de avaliação do risco de diabetes tipo 2 dentro de 10 anos).
- Determinar glicemia em jejum, **a cada 3 anos**, a 80% dos utentes maiores de 45 anos, sem fatores de risco.
- Determinar glicemia em jejum, **anualmente**, a 70% dos utentes que apresentam algum dos seguintes **fatores de risco**: antecedentes de DM em familiares de 1º grau, IMC > 27, macrosomia ou diabetes gestacional, colesterol HDL \leq 35 e/ou triglicéridos \geq 250 mg/dl, HTA, diagnóstico prévio de TDG ou AGJ.

2. **Vigiar 80% das pessoas com diabetes**, realizando pelo menos 2 consultas por ano, uma em cada semestre.

3. **Apostar na prescrição de atividade física** aos diabéticos e aos utentes com risco elevado de vir a ter diabetes.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

OBJETIVO 1

Determinar o risco de vir a ter diabetes tipo 2 após 10 anos, aos utentes maiores de 45 anos.

Estratégias

Aplicação sistemática do questionário de avaliação do risco de DM.

Atividade 1

Descrição Detecção precoce da doença (consultas da equipa nuclear): utentes utilizadores da USF maiores de 45 anos e filhos de diabéticos acima dos 18 anos

Quem	Médicos e Enfermeiros.
Como	Aplicar questionário de avaliação do risco de DM
Onde	Consultórios médicos e de enfermagem
Quando	Todo o ano e em todas as consultas quando pertinente
Avaliação	Nº de questionário de avaliação do risco de DM no último ano/ maiores de 45 anos e filhos de diabéticos acima dos 18 anos

Atividade 2

Descrição Detecção precoce da doença: utentes não utilizadores
Utentes com fatores de risco que não tenham glicémias há mais de um ano

Quem	Médicos e Enfermeiros.
Como	Fazer levantamento da listagem e, numa segunda fase, convidar utentes: carta ou email.
Onde	USF
Quando	Semestralmente
Avaliação	Listagem atualizada e convocatórias realizadas.

OBJETIVO 2

Realizar 2 consultas de vigilância ao ano, uma em cada semestre, a 80% das pessoas com diabetes vigiadas na USF.

Estratégia

Marcação ativa e pró-ativa da consulta e remarcação quando o doente falta. Realização da consulta de vigilância com educação terapêutica do doente.

Atividade 3

Descrição Identificação e convocação dos utentes que faltaram à consulta de DM

Quem	Administrativo adstrito a cada equipa nuclear
Como	Contacto telefónico, CTT ou SMS
Onde	Secretaria
Quando	No dia seguinte à falta
Avaliação	Nº de convocação x 100 / nº consultas efetuadas aos utentes convocados

OBJETIVO 3

Pesquisar HbA1C duas vezes ao ano, pelo menos, uma em cada semestre em 80% das pessoas com diabetes inscritas na USF.

Atividade 4

Descrição Pesquisar HbA1C pelo menos 2 vezes ao ano

Quem	Médicos
Como	Requisição e registo no programa <i>MedicineOne</i>
Onde	Consultórios médicos
Quando	Todo o ano, preferencialmente em horário específico da consulta DM. Permitir flexibilidade.
Avaliação	% Pessoas com diabetes com pelo menos 2 registos de HbA1C no último ano/Nº de pessoas com diabetes vigiadas na USF no último ano

OBJETIVO 4

Medir a TA, pelo menos duas vezes ao ano, a 80% das pessoas com diabetes inscritas na USF (uma em cada semestre).

Atividade 5

Descrição Pesquisar TA pelo menos 2 vezes ao ano nas pessoas com DM

Quem	Médicos e Enfermeiros
Como	Medição da TA e registo no <i>MedicineOne</i>
Onde	Consultórios médicos e de enfermagem.
Quando	Todo o ano, preferencialmente em horário específico da consulta DM. Permitir flexibilidade.
Avaliação	% Pessoas com diabetes com pelo menos 2 valores TA registados no último ano/Nº pessoas com diabetes vigiadas na USF no último ano

OBJETIVO 5

Pesquisar a microalbuminúria pelo menos uma vez por ano, de acordo com as normas em vigor da DGS, a 80% das pessoas com diabetes inscritas na USF.

Atividade 6

Descrição Pesquisar a microalbuminúria pelo menos 1 vez / ano.

Quem	Médicos e Enfermeiros.
Como	Requisição e registo no <i>MedicineOne</i> .
Onde	Consultórios médicos e de enfermagem.

Quando	Todo o ano, preferencialmente em horário específico da consulta DM. Permitir flexibilidade.
Avaliação	% pessoas com diabetes com pelo menos uma avaliação de microalbuminúria no ano

OBJETIVO 6

Pesquisar ficha lipídica pelo menos uma vez nos próximos dois anos, de acordo com as normas em vigor da DGS, a 80% das pessoas com diabetes inscritas na USF.

Atividade 7

Descrição Pesquisar ficha lipídica pelo menos 1 vez a cada dois anos

Quem	Médicos e Enfermeiros.
Como	Requisição e registo no <i>MedicineOne</i>
Onde	Consultórios médicos e de enfermagem.
Quando	Todo o ano, preferencialmente em horário específico da Consulta DM. Possibilitar flexibilidade.
Avaliação	% de pessoas com diabetes com pelo menos uma ficha lipídica registado no ano

OBJETIVO 7

Exame sistemático dos pés das pessoas com diabetes, pelo menos uma vez ao ano, a 80% dos doentes diabéticos.

Atividade 8

Descrição Exame sistemático dos pés das pessoas com diabetes

Quem	Médicos e Enfermeiros.
Como	Inspeção, pesquisa de pulsos e sensibilidades dos pés das pessoas com diabetes.
Onde	Consultórios médicos e de enfermagem.
Quando	Todo o ano, preferencialmente em horário específico da consulta de DM. Permitir flexibilidade.
Avaliação	% pessoas com diabetes com pelo menos um exame dos pés registado no ano.

OBJETIVO 8

Reorganização da avaliação clínico do pé diabético.

Atividade 9

Descrição Reorganização da avaliação clínica do pé diabético

Quem	Enfermeiros
Como	Discussão e formação interpares
Onde	Unidade e exterior

OBJETIVO 9

Colaborar no rastreio da retinopatia diabética da ARS Centro, a cada dois anos. Atualizar a listagem das pessoas com diabetes a convocar de acordo com o manual do rastreio da retinopatia diabética do Manual de Procedimentos do Rastreio da Retinopatia Diabética da Região Centro em pelo menos a 80% das pessoas com diabetes codificadas com os códigos da ICPC-2: T89 ou T90.

Atividade 10

Descrição Selecionar e convocar as pessoas com diabetes para rastreio da retinopatia diabética do Programa Regional de Rastreio Sistemático e Tratamento da Retinopatia Diabética

Quem	Administrativos, por orientação médica e de enfermagem.
Como	Marcação de retinografia quando solicitado pela UCFD do ACeS BM
Onde	Polo de Rastreio a indicar pela UCFD do ACeS BM
Quando	A indicar pela UCFD do ACeS BM
Avaliação	% de pessoas com diabetes com retinografia de rastreio da retinopatia diabética de 2/2 anos.

OBJETIVO 10

Organizar a implementação da prática regular de exercício físico nas pessoas com diabetes vigiadas no programa de vigilância de diabetes no MedicineOne, tendo como atividade a discussão em reunião clínica de médicos e enfermeiros como se irá organizar a prescrição de atividade física.

OBJETIVO 11

Qualificar a referenciação interna e externa dos doentes com diabetes tipo 2 – Discussão clínica (médicos e enfermeiros):

- Uma vez por trimestre de todas as vezes rever todos os processos clínicos das pessoas com DM tipo 2 com HbA1c acima de 9%.

- Na reunião clínica ordinária de periodicidade semanal, sempre que exista necessidade de eventualmente referenciar de um doente diabético para o hospital (neurologia, nefrologia, cardiologia, endocrinologia ou consulta do pé).
- Sempre que surjam novidades científicas sobre a área em causa.

INDICADORES DE EXECUÇÃO/ MONITORIZAÇÃO E METAS PARA 2019

Indicadores	Fórmula de cálculo	2019
Classificação da Diabetes	Nº utentes com os códigos da ICPC-2: T89 ou T90 na lista de problemas	98%
	Nº de pessoas com diabetes inscritas	
Proporção de utentes com diabetes, com pelo menos duas HbA1C registadas no último ano, desde que abranjam os dois semestres	Pessoas com diabetes com pelo menos 2 registos da HbA1C no último ano (uma em cada semestre)	80%
	Pessoas com diabetes vigiadas na USF com idade 18-75 anos	
% de pessoas com diabetes com pelo menos uma LDL-C registado nos últimos dois anos	Pessoas com diabetes com pelo menos uma avaliação da LDL-C registada durante os últimos dois anos	80%
	Pessoas com diabetes vigiadas na USF com idade 18-75 anos	
Proporção de utentes com diabetes com pelo menos uma avaliação da microalbuminúria /proteínúria registado nos últimos dois anos	Pessoas com diabetes com pelo menos uma avaliação da microalbuminúria registada nos últimos dois anos; ou com demonstração de cuidados médicos por nefropatia (diagnóstico de nefropatia ou registo de microalbuminúria ou albuminúria) registada no ano	80%
	Pessoas com diabetes vigiadas na USF com idade 18-75 anos	
Proporção de pessoas com diabetes com pelo menos dois valores de TA registados no último ano	Pessoas com diabetes com pelo menos duas avaliações da TA registada no último ano	80%
	Pessoas com diabetes vigiados na USF com idade 18-75 anos	
Proporção de pessoas com diabetes com pelo menos um	Nº de pessoas com diabetes com pelo menos um exame dos pés registado no ano	80%

exame dos pés registado no último ano	Nº de pessoas com diabetes vigiadas na USF com idade 18-75 anos	
Proporção de pessoas com diabetes com consulta de enfermagem de vigilância em diabetes no último ano	Nº de pessoas inscritos com diabetes com consulta de vigilância de enfermagem	80%
	Nº de pessoas com diabetes inscritos	

CRONOGRAMA ANUAL

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

6) Programa de vigilância de Hipertensão Arterial

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares são uma importante causa de morte e incapacidade a nível mundial, sendo que a hipertensão arterial (HTA) contribui para 45% do total de mortes por doenças cardíacas e até 51% das mortes por acidente vascular cerebral.

A prevalência de HTA estimada foi de 36%, de acordo com o Boletim Epidemiológico “Prevalência de hipertensão arterial em Portugal: resultados do Primeiro Inquérito Nacional com Exame Físico (INSEF 2015)”.

A HTA é uma doença que dá poucos sintomas e cujo controlo é dificultado por essa realidade, estimando-se que apenas 11% dos hipertensos estão controlados (segundo estudos PHYSA – *Portuguese Hypertension and Salt Study* – estudo apresentado no 7º Congresso Português de Hipertensão e Risco Cardiovascular Global, em 2013).

A HTA é uma condição e um factor de risco que tem repercussão significativa nos órgãos vitais (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) para doença vascular cerebral, doença coronária, insuficiência cardíaca, insuficiência renal, doença vascular periférica, alterações cognitivas, fibrilhação auricular ou disfunção erétil.

A HTA é fator de risco cardiovascular mais frequente na população portuguesa. É uma condição crónica que necessita de ser vigiada e controlada, com alterações de estilo de vida e/ou com instituição de fármacos hipotensores.

Para prevenir a HTA e a sua progressão existem mudanças do estilo de vida com elevado nível de evidência que devem ser implementadas:

- Dieta rica em legumes, verduras e fruta e pobre em gorduras (dieta DASH);
- Prática regular de exercício físico de cerca de 30-60 minutos, 4 a 7 x por semana;
- Controlo do IMC entre 18,5 e 25 e do perímetro da cintura – inferior a 94 cm no homem e inferior a 80 cm na mulher;
- Restrição de bebidas alcoólicas por dia (até 2/dia);
- Diminuir a ingestão de sal (inferior a 5,8g/dia);
- Cessaçãõ tabágica.

Como objetivos deste plano de ação pretende-se investir no diagnóstico de HTA e no melhor controlo da pressão arterial, através da abordagem dos fatores de risco de morbilidade e mortalidade cardiovascular; para além da HTA, o tabagismo, a dislipidémia, a diabetes, o perímetro abdominal / obesidade e ainda o abuso do álcool, o sedentarismo e o stress.

POPULAÇÃO-ALVO

Considera-se a população-alvo os doentes hipertensos identificados e inscritos na USF.

De acordo com estudo dos utentes desta unidade, segundo o MedicineOne e consulta de dia 15 de janeiro de 2019, existem 1.243 hipertensos com mais de 18 anos com codificação de hipertensão arterial.

OBJETIVOS GERAIS

- Validar as codificações de todos os Hipertensos diagnosticados;
- Aumentar a proporção dos doentes com HTA diagnosticada;
- Aumentar a proporção de doentes com HTA controlada;
- Melhorar as práticas profissionais no que se refere ao diagnóstico, tratamento e vigilância do doente hipertenso;
- Melhorar a adesão à terapêutica não farmacológica e farmacológica do doente com HTA;
- Melhorar a capacitação dos hipertensos da sua autovigilância e autocontrolo;
- Aumentar a prática do Exercício físico no hipertenso;
- Diminuir a prevalência da obesidade e do excesso de peso no hipertenso;
- Melhorar o registo dos hábitos alcoólicos e tabagismo no hipertenso.

Estratégias:

- Rever todos os casos de doentes hipertensos para validar a codificação;
- Listar todos os doentes a fazer antihipertensores que não estejam codificados com hipertensos e codificá-los correctamente;
- Aproveitar todas as consultas programadas para avaliação sistemática da tensão arterial a todos os utentes pelo menos uma vez por ano; NA dúvida, pedir MAPA;
- Determinação do IMC, perímetro abdominal, hábitos alcoólicos e hábitos tabágicos de todos os hipertensos;
- Motivar os hipertensos a fazerem exercício físico programado e regular e registar no processo clínico;
- Discutir os casos de difícil controlo em reunião clínica previamente à referenciação aos cuidados de saúde secundários.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

OBJETIVO 1

Codificação dos hipertensos identificados na lista de problemas com os códigos K86 ou K87.

Estratégia

Identificação sistemática dos hipertensos, aproveitando todas as consultas programadas para avaliação sistemática da tensão arterial a todos os utentes pelo menos uma vez por ano. Detetar todos os doentes a fazer antihipertensores e codificá-los.

Atividade 1

Descrição Informação e divulgação sobre HTA, outros fatores de risco cardiovascular e estilos de vida saudáveis

Quem	Médicos /Enfermeiros/ Administrativos
Como	Folhetos e ensinos
Onde	Sala de espera, secretaria, consultórios médicos e de enfermagem
Quando	Todo o ano
Avaliação	Nº de folhetos distribuídos e Nº de utentes a quem foi realizado ensino

Atividade 2

Descrição Detecção precoce da doença de acordo com os critérios de diagnóstico de HTA definidos nas orientações da DGS (020/2011 de 28/09/2011 com atualização a 19/03/2013)

Quem	Médicos e Enfermeiros
Como	Medição da TA em consulta programada
Onde	Consultórios médicos e de enfermagem
Quando	Todo o ano

Atividade 3

Descrição Diagnóstico de hipertensão arterial e de outros fatores de risco cardiovascular

Quem	Médicos
Como	Medição da TA em consulta programada e revisão dos processos clínicos
Onde	Consultórios médicos
Quando	Todo o ano
Avaliação	Nº doentes hipertensos com idade ≥ 18 anos/ Nº de utilizadores com idade ≥ 18 anos

Atividade 4

Descrição Aproveitamento da primeira consulta (médica ou de enfermagem) para a medição da TA e promover o autocontrolo da TA, de forma a capacitar o utente da sua própria vigilância de saúde

Quem	Médicos e Enfermeiros
Como	Medição da TA em consulta programada
Onde	Consultórios médicos e de enfermagem
Quando	Todo o ano

Avaliação	Nº doentes hipertensos com idade ≥18 anos/ Nº de utilizadores com idade ≥ 18 anos
------------------	---

Atividade 5

Descrição	Avaliar todos os doentes seguidos e vigiados nesta unidade a fazer anti-hipertensores quanto à codificação*
Quem	Médicos, enfermeiros e administrativos
Como	Contacto telefónico, CTT ou SMS
Onde	Consultórios e secretaria
Quando	Todo o ano
Avaliação	Contagem de hipertensos assinalados como “vigiados” no programa de HTA/Contagem de hipertensos codificados

*Considera-se:

Utente vigiado: pertencer ao programa do MedicineOne e for seguido 1 a 2x por ano em consultas de saúde de adulto nesta unidade.

Utente não vigiado: HTA é vigiada por um médico pertencente a outra instituição de saúde ou médico privado e está registado no processo clínico o nome e o local de trabalho desse médico.

OBJETIVO 2

Realizar pelo menos uma consulta médica e de enfermagem em cada semestre a 60% dos hipertensos seguidos na unidade.

Estratégia

Marcação ativa e proactiva da consulta e remarcação quando o doente falta. Realização da consulta de vigilância com educação do doente, publicitando a futura consulta multidisciplinar de HTA, em horário específico.

Atividade 5

Descrição	Criação e publicitação da consulta da HTA, em horário específico
Quem	Médicos, enfermeiros, administrativos
Como	Horários em suporte de papel, Web e expositores do hall de entrada
Onde	Consultórios médicos e de enfermagem, secretaria, hall e Web
Quando	Todo o ano
Avaliação	Nº de horários distribuídos / por ano

Atividade 6

Descrição Realização de consultas de vigilância de HTA, de acordo com as normas da DGS, de forma a garantir que 60% dos HT seguidos tenha pelo menos uma determinação de TA em cada semestre

Quem	Médicos e enfermeiros
Como	Registo no SOAP
Onde	Consultórios (médicos e de enfermagem)
Quando	Todo o ano
Avaliação	Contagem de Hipertensos com registo de TA nos últimos 6 meses / contagem total de HT

Atividade 7

Descrição Informação/ensino sobre a importância da vigilância do doente hipertenso (auto-vigilância, auto-controlo da HTA e riscos associados)

Quem	Médicos, enfermeiros e administrativos
Como	Folhetos e ensinios
Onde	Consultórios médicos e de enfermagem, sala de espera e secretaria
Quando	Todo o ano
Avaliação	Nº de folhetos distribuídos e Nº de ensinios realizados por ano

Atividade 8

Descrição Identificação e convocação dos utentes que faltaram à consulta de HTA

Quem	Administrativo adstrito a cada equipa nuclear, médico e enfermeiro
Como	Contacto telefónico, CTT ou SMS
Onde	Secretaria ou consultórios
Quando	Do dia da falta até 3 dias após a falta
Avaliação	Nº de convocações x 100 / nº consultas efectuadas aos utentes convocados

OBJETIVO 3

Avaliar e registar nos utentes HTA parâmetros que influenciam o controlo adequado da HTA: IMC, Perímetro Abdominal, Risco CV, microalbuminúria, ficha lipídica e registo de hábitos tabágicos, hábitos alcoólicos, hábitos alimentares, hábitos de exercício físico, adesão ao regime medicamentoso.

Estratégia

Determinação do IMC, Perímetro abdominal, hábitos tabágicos, hábitos alcoólicos, hábitos alimentares, hábitos de exercício físico e adesão ao regime medicamentoso.

Atividade 9

Descrição Avaliar e registar em 60 % dos doentes hipertensos um registo de IMC e de perímetro abdominal nos últimos 12 meses

Quem	Médicos e Enfermeiros
Como	Registo no MedicineOne
Onde	Consultórios médicos e de enfermagem
Quando	Todo o ano
Avaliação	Contagem de Nº de HT com 1 registo de IMC e de perímetro abdominal/ Contagem do Nº de HT no último ano

Atividade 10

Descrição Avaliar e registar em 60% dos Hipertensos (com idade inferior a 75 anos), de pelo menos um dos hábitos (tabaco, álcool ou exercício físico) e adesão a terapêuticas no último ano.

Quem	Médicos e Enfermeiros
Como	Registo no MedicineOne
Onde	Consultórios médicos e de enfermagem
Quando	Todo o ano, preferencialmente em horário específico de consulta
Avaliação	Nº HT com idade inferior a 75 anos e com 1 registo de pelo menos um dos hábitos (tabaco, álcool ou exercício físico) e adesão a terapêuticas no último ano / Nº HT no último ano

Atividade 11

Descrição Determinação da microalbuminúria na urina de 24h e de uma ficha lipídica nos últimos 3 anos a 60% dos Hipertensos

Quem	Médicos
Como	Pelo menos 1 vez de 3 em 3 anos consulta de vigilância
Onde	Consultórios médicos
Quando	Todo o ano
Avaliação	Resultado de microalbuminúria e da ficha lipídica realizado nos últimos 3 Anos / Nº de HT

OBJETIVO 4

Reunião clínica de carácter científico sobre a temática da HTA pelo menos 2 x por ano.

Estratégias

- 1) Reunião clínica quando existir necessidade de discutir um **caso clínico de um Hipertenso não controlado**, partilhado previamente por email institucional para discussão 1 semana antes;
- 2) Reunião clínica se existir necessidade de **referenciar um HT para consulta hospitalar** (neurologia, nefrologia e cardiologia) para partilha e discussão de aprendizagens a reter, partilhado previamente por email institucional para discussão 1 semana antes.
- 3) Apresentação de novas **orientações ou novidades** científicas sobre HTA, a partilhar previamente ou posteriormente por email institucional.

Atividade 12

Descrição Promover a literacia em saúde e a partilha de casos clínicos sobre HTA

Quem	Médicos, enfermeiros e administrativos, se o desejarem
Como	Pelo menos 2 vezes por ano
Onde	Local da Reunião de serviço
Quando	Todo o ano
Avaliação	-Nº de reuniões científicas sobre HTA por ano/ Nº total de reuniões por ano -Nº de casos clínicos partilhados sobre HTA por ano / Nº de casos clínicos discutidos em reunião por ano -Nº de orientações e novidades científicas sobre HTA por ano / Nº de apresentações por ano

INDICADORES DE EXECUÇÃO/ MONITORIZAÇÃO E METAS PARA 2019

Indicadores	Fórmula de cálculo	2019
Proporção de utentes com diagnóstico de HTA	Nº utentes com classificação K86 ou K87 na lista de problemas	90%
	Nº utentes inscritos na USF	
Proporção de utentes com HTA, com registo de pressão arterial no último semestre	Nº hipertensos com registo de TA no último semestre	60%
	Nº hipertensos inscritos na USF	
% hipertensos com registo de microalbuminúria nos últimos 3 anos	Nº de hipertensos com pelo menos 1 resultado de microalbuminúria nos últimos 36 meses	60%
	Nº de hipertensos inscritos na USF	
Proporção de utentes com HTA (sem doença cardiovascular nem diabetes) com determinação de risco cardiovascular nos últimos 3 anos	Nº utentes com mais de 40 anos e diagnóstico de HTA (sem doença cardiovascular nem diabetes) com avaliação do risco cardiovascular nos últimos 36 meses	60%
	Nº utentes com mais de 40 anos e diagnóstico de HTA (sem doença cardiovascular nem diabetes) inscritos na USF	
Índice de acompanhamento adequado de hipertensos	Somatório do “score de acompanhamento” determinado para cada hipertenso inscrito	50%
	Nº de hipertensos inscritos na USF	
Proporção de hipertensos com avaliação do IMC nos últimos 12 meses	Nº utentes inscritos com HTA com registo de IMC no último ano	60%
	Nº de utentes com HTA inscritos	

CRONOGRAMA ANUAL

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

7) Programa de saúde do Idoso

INTRODUÇÃO

Os avanços tecnológicos ao nível da medicina preventiva, curativa e de reabilitação traduziram-se no aumento da longevidade dos indivíduos e na redução da taxa de mortalidade. Paralelamente ao declínio da mortalidade, constata-se a diminuição das taxas de fecundidade, o que acentua o envelhecimento da população, pelo que é expectável um número de pessoas idosas necessitando de cuidados de longa duração.

Os termos envelhecimento e dependência interligam-se, mas a sua presença em simultâneo não é obrigatória. No domínio da saúde, a dependência configura o novo risco da velhice, caracterizado pela variedade e incidência crescente de casos. A dependência é entendida como “um estado em que se encontram as pessoas que, por motivos ligados à falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual têm necessidades de uma assistência e/ou de ajudas importantes a fim de realizar as atividades instrumentais de vida diária ou atividades de vida diária”.

A importância da organização social dos cuidados e das relações intergeracionais como mecanismo de suporte aos idosos têm sido alvo de inúmeras pesquisas e discussão.

O presente plano de ação traduz a necessidade da prestação de cuidados específicos a este grupo etário, bem como da aplicação das orientações emanadas do Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (DGS, 2006).

Importa ressaltar que, de acordo com o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (DGS, 2006), deverá ser dada especial atenção aos “idosos frágeis”, nos quais se incluem idosos com: AVC, doença crónica ou invalidante, confusão, depressão, demência, perturbação da mobilidade, dependência para a realização das atividades da vida diária, queda nos últimos três meses, acamamento prolongado, escaras, desnutrição, perda de peso ou de apetite, polimedicação, déficits sensoriais de visão e audição, problemas socio-económicos e familiares, utilização de contenções, incontinência e hospitalização não programada nos últimos três meses.

POPULAÇÃO-ALVO

A população idosa (≥ 65 anos) era em 02/01/2019 de 2808 utentes, o que corresponde a 30,9% do total dos inscritos.

O índice de envelhecimento da população é de 216%. Por sua vez, o índice de dependência total é de 49,3%, com 33,7% de dependência de idosos (≥ 65 anos).

OBJETIVOS GERAIS

1. Atualizar o grau de dependência da população idosa;
2. Melhorar a taxa de utilização das consultas dos idosos;
3. Atualizar o ficheiro dos utentes dependentes, registando o seu grau de dependência no programa de vigilância do MedicineOne.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

OBJETIVO 1

Alcançar uma taxa de utilização global de consultas dos 65 ou mais anos de 60%.

Estratégias

- Marcação de consulta programada aos idosos não utilizadores, que recorram à unidade por outros motivos (“marcação oportunística”).
- Concretização do Exame Periódico de Saúde (EPS), pelo menos uma vez no ano, com rastreio dos critérios de fragilidade supracitados.

Atividade 1

Descrição Realização do EPS com rastreio dos critérios de fragilidade

Quem	Médicos, enfermeiros e administrativos
Como	Consulta programada e oportunística
Onde	Consultório e domicílio
Quando	Todo o ano.
Avaliação	Nº de 1 ^{as} consultas/Nº de utentes com ≥ 65 anos

OBJETIVO 2

Determinar o grau de dependência dos idosos inscritos na USF, mediante avaliação pelo Índice de Katz (avaliação das atividades básicas da vida diária) e Escala de Lawton. e Brody (avaliação das atividades instrumentais da vida diária).

Estratégia

Avaliar o grau de dependência utilizando o Índice de Katz e a escala de Lawton e Brody durante a realização do Exame Periódico de Saúde (EPS), registando-o no programa *MedicineOne*.

Atividade 2

Descrição Cálculo no *MedicineOne* do grau de dependência.

Quem	Médicos e Enfermeiros
Como	Aplicação do Índice de Katz e escala de Lawton e Brody
Onde	Consultório e domicílio
Quando	Todo o ano
Avaliação	Avaliação semestral do registo do grau de dependência no programa <i>MedicineOne</i> / Nº de utentes com 65 ou mais anos com pelo menos uma consulta

OBJETIVO 3

Melhorar o conhecimento dos idosos e seus cuidadores sobre o acesso aos cuidados e marcação de consultas na USF.

Estratégia

Informar a população idosa e seus cuidadores sobre a utilização correta dos serviços da USF, nomeadamente as regras de renovação da prescrição crónica, a sua atualização em consulta (na USF ou no domicílio) e as diversas consultas, nomeadamente de Hipertensão Arterial e de Diabetes.

Atividade 3

Descrição Informação sobre os serviços prestados na USF ou no domicílio e sua acessibilidade

Quem	Secretariado Clínico, Médicos e Enfermeiros
Como	Folhetos; Cartaz
Onde	Sala de espera; entregue em mão
Quando	Todo o ano
Avaliação	Nº de folhetos distribuídos. Presença de informação afixada na USF

OBJETIVO 4

Avaliar sistematicamente e rever indicações da prescrição prolongada de ansiolíticos, sedativos e/ou hipnóticos em utentes com idade ≥ 65 anos (Prevenção quaternária).

Estratégias

- Rever, em todos os contactos, as tabelas terapêuticas dos utentes com idade ≥ 65 anos;
- Manter um registo atualizado de todos os medicamentos;
- Suspender fármacos sem benefício ou sem indicação clínica para o utente, tóxicos ou com efeitos secundários deletérios para o utente;

- Explicar ao utente a necessidade de suspender o fármaco, retirar apenas um de cada vez e fazê-lo gradualmente;
- Monitorizar a evolução clínica do utente;
- Promover a melhoria da partilha de informação clínica entre os profissionais de saúde que cuidam do utente.

Atividade 4

Descrição Avaliar sistematicamente e rever indicações da prescrição prolongada de ansiolíticos, sedativos e/ou hipnóticos em utentes com idade ≥ 65 anos

Quem	Médicos
Como	Discussão sobre metodologia a aplicar.
Onde	Consultório e domicílio
Quando	Todo o ano
Avaliação	Proporção de utentes com idade igual ou superior a 65 anos, sem prescrição prolongada de ansiolíticos, nem de sedativos, nem de hipnóticos

INDICADORES DE EXECUÇÃO/ MONITORIZAÇÃO E METAS PARA 2019

Indicadores	Fórmula de cálculo	2019
Taxa de utilização de consultas dos utentes com 65 ou mais anos	Nº de primeiras consultas no ano a utentes com 65 ou mais anos	60%
	Nº de inscritos na USF com 65 ou mais anos	
Proporção de utentes com idade igual ou superior a 65 anos, sem prescrição prolongada de ansiolíticos, nem de sedativos, nem de hipnóticos / Desprescrição	Nº utentes com 65 ou mais anos sem prescrição prolongada de ansiolíticos, sedativos ou hipnóticos	40%
	Nº utentes com 65 ou mais anos inscritos na USF	

CRONOGRAMA ANUAL

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

8) Programa de Vacinação

INTRODUÇÃO

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

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

POPULAÇÃO ALVO

Todos os utentes inscritos na USF Coimbra Celas (N= 8866).

OBJETIVO GERAL

Garantir o cumprimento do PNV.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Monitorizar o PNV nas cortes dos 2, 7 e 14 anos e garantir que 95% destas crianças tenham o PNV cumprido
- Monitorizar o PNV nos utentes com idade \geq 18 anos e garantir que 85% destes utentes tenham a vacina Td atualizada
- Que pelo menos 70% de utentes com doença crónica ou com idade \geq 65 anos tenham prescrição ou realização da Vacina da Gripe (VG)
- Garantir que todas as mulheres grávidas entre as 20 e as 36 semanas sejam vacinadas contra a tosse convulsa com a vacina Tdpa (vacina contra o tétano, difteria e tosse convulsa, doses reduzidas)

ESTRATÉGIAS GERAIS

- Promover a oferta ativa das vacinas e aproveitar todas as oportunidades de vacinação
- Promover a verificação do estado vacinal a todo o utente que recorra à unidade para qualquer ato médico, de enfermagem ou administrativo
- Identificar e proceder à convocatória dos utentes com vacinas em atraso;
- Promover visita domiciliária nas situações de não comparência face à convocatória;
- Articular com a UCC na deteção precoce de crianças e jovens em idade escolar com vacinas em atraso;
- Promover a vacinação em todo o horário de funcionamento da USF

Estratégias / Médicos

- Assegurar o cumprimento do PNV
- Esclarecer dúvidas aos utentes relacionadas com o PNV
- Identificar e encaminhar todos os utentes que não tenham PNV cumprido
- Sensibilizar e prescrever ativamente a VG

Estratégias / Enfermeiras

- Sensibilizar os utentes para a importância do PNV recomendado e fazê-lo em todos os contactos com a USF
- Monitorizar e assegurar o cumprimento do PNV de todos os utentes inscritos na USF
- Ensinar sobre vacinação
- Orientar antecipadamente a resposta à vacinação
- Registrar dados no BIS e no programa Vacinas
- Contatar todos os utentes com PNV em atraso
- Manter atualizadas as listagens das crianças que completem 1 ano, 2 anos, 7 anos e 14 anos no ano em análise
- Realizar visitas domiciliárias às crianças com PNV em atraso e que não tenham respondido ao contato prévio (por telefone ou carta)
- Identificar as crianças que já não habitam em Portugal ou fora da área de abrangência do Aces Baixo Mondego e proceder em conformidade (excluir do Vacinas)
- Convocar os utentes com idade ≥ 18 anos com PNV não cumprido
- Vacinar com a VG os utentes crónicos e os idosos que recorram à USF e no caso dos idosos, realizar domicílio para vacinação se necessário
- Vacinar com a Tdpa todas as grávidas entre as 20 e as 36 semanas

Estratégias / Secretariado clínico

- Acolher, informar e orientar os utentes que se desloquem à USF para vacinação
- Questionar os utentes sobre a sua situação vacinal, na dúvida encaminhar para as enfermeiras.

Atividade 1

Descrição	Cumprimento do PNV
Quem	Médicos, enfermeiras e administrativos
Como	Marcação a pedido do utente; marcação por iniciativa da equipa; convocação mensal das crianças com PNV em atraso; marcação/realização oportunística
Onde	Gabinete de enfermagem
Quando	Diariamente de acordo com o agendamento; avaliação da cobertura vacinal em janeiro e junho
Avaliação	Proporção de crianças com 2 anos com PNV totalmente cumprido até aos 2 anos; proporção de crianças com 7 anos com PNV cumprido até aos 7 anos; proporção de crianças com 14 anos com PNV cumprido até aos 14 anos; percentagem de utentes com idade ≥ 18 anos com Td atualizada; percentagem de utentes com doença crónica ou com idade ≥ 65 anos com a vacina da gripe; percentagem de grávidas com Tdpa.

INDICADORES DE EXECUÇÃO / MONITORIZAÇÃO E METAS

Indicador	Fórmula de cálculo	Meta
Proporção de crianças com 2 anos com PNV cumprido ou em execução à data de referência do indicador	Total de crianças com PNV cumprido na data do 2º aniversário	95%
	Total de crianças com 2 anos	
Proporção de crianças com 7 anos com PNV cumprido ou em execução à data de referência do indicador	Total de crianças com PNV cumprido na data do 7º aniversário	95%
	Total de crianças com 7 anos	
Proporção de crianças com 14 anos com PNV cumprido ou em execução à data de referência do indicador	Total de crianças com PNV cumprido na data do 14º aniversário	95%
	Total de crianças com 14 anos	
Percentagem de utentes com idade ≥ 18 anos com Td atualizada	Todos os utentes com ≥ 18 anos com Td atualizada	85%
	Nº Total de inscritos com ≥ 18 anos	
Percentagem de utentes com doença crónica ou com idade ≥ 65 anos com a vacina da gripe	Total de utentes com doença crónica ou com idade ≥ 65 anos com VG prescrita ou efectuada nos últimos 12 meses	70%
	Total de utentes com idade ≥ 65 anos inscritos	
Percentagem de grávidas com Tdpa	Nº grávidas com inoculação de Tdpa	100%
	Nº total de grávidas seguidas na USF	

- **Constrangimentos atuais:** erro de codificação da Unidade; MedicineOne não atualiza registos de vacinação.

CRONOGRAMA ANUAL

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

9) Programa de situações de doença aguda

INTRODUÇÃO

O Programa de doença aguda contempla situações de evolução recente ou agravamento de doença crónica, que não podem aguardar por agendamento programado e que necessitam de avaliação no próprio dia.

São critérios de acesso a esta consulta:

- Sintoma súbito/agudo que surgiu nos últimos 3 dias (febre, tosse, diarreia, dor de cabeça, dores musculares, dores nos ossos, dores de garganta, dores de ouvidos, dor lombar, queixas urinárias, etc) que consideram necessitar de avaliação médica no próprio dia
- Agravamento de um problema crónico com necessidade de ajuda médica para alívio das queixas;
- Hemorragias controladas;
- Tensão arterial elevada;
- Gravidez indesejada;
- Necessidade de contração de emergência;
- Risco de doença sexualmente transmissível;
- Encaminhamento pela linha Saúde24.

São motivo de exclusão de acesso a esta consulta:

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

O acesso à marcação de consulta, será efetuado através de telefone, email ou presencial, através do secretariado clínico, que posteriormente encaminhará para o médico ou para a enfermeira.

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

As situações consideradas urgentes e/ou emergentes terão atendimento prioritário, sendo posteriormente orientadas para os cuidados diferenciados (hospital).

Será fornecido aos utentes um folheto próprio (validado em reunião geral de dia 22.02.19) com informação sobre situações de doença aguda e onde consta o sistema de triagem das urgências hospitalares que considera como espera média os seguintes tempos:

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

POPULAÇÃO ALVO

Todos os utentes inscritos na USF (N = 8866) e os utentes em contatos esporádicos.

OBJETIVOS

- Assegurar o atendimento de todas as situações agudas (100%), que se apresentem na Unidade.
- Conseguir que a taxa de consultas ao utente pelo seu próprio médico de família e/ou enfermeira seja de 80%.

Estratégias

- Cada equipa nuclear (médico/enfermeira) é responsável por definir a melhor estratégia para atuar nas situações de doença aguda;
- Publicitar ao utente o horário da equipa nuclear;
- Publicitado na USF as boas práticas de utilização da consulta de situações agudas, através de folheto informativo, que também será distribuído aos utentes;
- Sensibilizar os utentes para contactarem previamente a Unidade por telefone ou por email;
- O utente deve dirigir-se ao secretariado clínico e objetivar o que pretende, para ser encaminhado para o médico ou enfermeira;
- Gerir corretamente as agendas para se poder dar resposta aos pedidos de consultas programadas de 5 a 10 dias uteis;
- A consulta de intersubstituição geral da USF visa o atendimento a utentes com situações de doença aguda, em que os seus médicos/enfermeiras estão ausentes e não foi possível dar resposta noutro período do dia. Esta consulta funcionará de 2ª a 6ª feira das 17h às 20h, intercalada com consultas programadas de horário pós-laboral. Este período de consulta, não deve ser divulgado externamente.

INDICADORES DE EXECUÇÃO / MONITORIZAÇÃO E METAS

Indicador	Meta
Taxa de resposta a todas as situações agudas	100%
Percentagem de consultas efetuadas pelo médico de família	70%
Percentagem de consultas efetuadas pela enfermeira de família	70%

10) Programa de visitação domiciliária

INTRODUÇÃO

São constantemente colocados novos e complexos desafios ao sistema de saúde, pelo que os cuidados ao domicílio são uma das áreas de intervenção básica das equipas de saúde e deverão estar na primeira linha dos programas prioritários de saúde e bem-estar social.

A visita domiciliária constitui uma forma de garantir uma melhor acessibilidade aos cuidados de saúde primários e é uma das mais importantes áreas de trabalho, uma vez que possibilita, de um modo concreto e efetivo ir ao encontro das reais necessidades de cuidados de cada indivíduo/família. Todavia, é necessário racionalmente utilizar os recursos existentes de modo a atingir elevados ganhos em saúde.

Na USF CoimbraCelas os utentes inscritos recebem cuidados domiciliários médicos e/ou de enfermagem, tratando-se fundamentalmente de doentes idosos dependentes de terceiros para realização das atividades básicas da vida diária, situações transitórias de dependência e estados terminais, que os impossibilitem de se deslocarem à USF.

Importa referir que se entende por **cuidados no domicílio** todos aqueles que forem prestados na habitação permanente do doente, sendo por isso excluídos os lares, casas de repouso, IPSS, ou outras instituições semelhantes, sendo apenas considerados para este programa os utentes inscritos com residência na área geográfica de influência da USF.

Os doentes dependentes no domicílio incluem: pessoas idosas com dependência funcional; pessoas com doenças crónicas evolutivas e dependência funcional grave por doença física ou psíquica, progressiva ou permanente; Pessoas em fase terminal, por doença; Pessoas que sofrem de demência; Pessoas em situação transitória de dependência; Que não reúnam os critérios de inclusão na RNCCI (Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados) ou que reúnam mas não exista capacidade de admissão na Rede.

De acordo com o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, assim como com o Programa Nacional para a Vigilância da gravidez de baixo risco, a visita domiciliária durante o período do puerpério (até ao 42º dia), ao recém-nascido e à puérpera, constitui um instrumento de trabalho, sendo particularmente importante nas famílias ou situações identificadas como de risco.

POPULAÇÃO-ALVO

A população idosa (>= 65 anos) era em 02/01/2019 de 2808 utentes, o que corresponde a 30,9% do total dos inscritos na USF.

O índice de envelhecimento da população é de 216%. Por sua vez, o índice de dependência total é de 49,3%, com 33,7% de dependência de idosos (>= 65anos).

De acordo com os dados obtidos pelo MedicineOne no período referente a 01/01/2018 a 31/12/2018 houve:

- 91 visitas domiciliárias realizadas pelos Médicos;

- 556 visitas domiciliárias realizadas pelas Enfermeiras;

OBJETIVOS GERAIS

1. Analisar o número de utentes expectável (necessidades máximas, em termos de cuidados domiciliários) para o ano de 2019 – analisar dentro de cada equipa (X doentes/ano).
2. Atingir uma taxa de visitas domiciliárias médicas: 10 por 1000 inscritos;
3. Conseguir que a taxa de visitas domiciliárias de enfermagem a utentes com mais de 65 anos seja de 400 por 1000 inscritos;
4. Obter uma percentagem de visitas domiciliárias a puérperas inscritas na USF de 40%;
5. Obter uma percentagem de visitas domiciliárias a recém-nascidos na USF de 20%.
6. Obter uma percentagem de visitas domiciliárias próximo do 100% em RN de risco.

ESTRATÉGIAS GERAIS

1. Atualizar o ficheiro de utentes dependentes e registar todos os dependentes no programa de vigilância específico do MedicineOne.
2. Definir o horário médico para consultas domiciliárias programadas, após discussão do caso na equipa nuclear, não sendo sobreponível com outras atividades clínicas.
3. Preparação da grávida, durante as consultas de vigilância, no último trimestre de gravidez, para a necessidade da visita domiciliária após o parto (até 42 dias após) e da visita do RN (até aos 15 dias de vida). Entrega de panfleto informativo e consentimento informado à grávida.
4. Acordar visita domiciliária ao R.N/Puérpera no 1º contacto da mãe na USF.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

OBJETIVO 1

Determinar o grau de dependência avaliado pelo Índice de Katz e Escala de Lawton e Brody, a 100% dos utentes seguidos no programa de Visitação domiciliária.

Estratégias

Avaliar o grau de dependência utilizando o Índice de Katz (avaliação das atividades básicas da vida diária) escala de Lawton e Brody (avaliação das atividades instrumentais da vida diária) durante a realização do Exame Periódico de Saúde (EPS).

Efetuar o registo eletrónico no respetivo programa de vigilância do *MedicineOne*.

Atividade 1

Descrição Cálculo no *MedicineOne* do grau de dependência

Quem	Enfermeiros e Médicos
Como	Utilizando a escala de Lawton e Brody e índice de Katz
Onde	Consultório/domicílio
Quando	Trimestralmente
Avaliação	Avaliação semestral do registo do grau de dependência no programa <i>MedicineOne</i> /Nº de utentes seguidos em programa de Visitação domiciliária.

OBJETIVO 2

Taxa de visitas domiciliárias médicas a 10/1000 utentes inscritos.

Estratégia

Garantir pelo menos uma visita anual domiciliária aos utentes que necessitam de visitas domiciliárias programadas de acordo com os critérios previamente definidos.

Atividade 2

Descrição Marcação de pelo menos uma visita domiciliária aos utentes com idade ≥ 65 anos a necessitar de visitas domiciliárias programadas

Quem	Médicos, Administrativos e Enfermeiros
Como	Agendamento de pelo menos uma visita domiciliária
Onde	Domicílio
Quando	Todo o ano
Avaliação	Nº de domicílios médicos realizados a idosos.

OBJETIVO 3

Manter uma taxa de visitas domiciliárias de enfermagem a utentes com mais de 65 anos, de no mínimo 400/1000 utentes inscritos.

Estratégia

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

Atividade 4

Descrição Marcação de pelo menos uma visita domiciliária aos utentes com idade ≥ 65 anos a necessitar de visitas domiciliárias programadas

Quem	Médicos, Administrativos e Enfermeiros
Como	Agendamento de pelo menos uma visita domiciliária
Onde	Domicílio
Quando	Todo o ano
Avaliação	Nº de domicílios de enfermagem realizados a utentes idosos.

OBJETIVO 4

- Efetuar visita domiciliária a 20% dos recém-nascidos até aos 15 dias de vida.
- Obter uma percentagem de visitas domiciliárias próximo do 100% em RN de risco (identificar as famílias com risco, escalas de risco *MedicineOne*)

Estratégias

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

Atividade 5

Descrição Visita domiciliar ao Recém-nascidos até aos 15 dias de vida

Quem	Enfermeiros
Como	Realização de visita domiciliar e registo no <i>MedicineOne</i> e <i>Boletim de Saúde Infantil</i>
Onde	Domicílio
Quando	Todo o ano
Avaliação	Contagem de RN que tiveram pelo menos um domicílio de enfermagem durante os 1ºs 15 dias de vida/Contagem de RN inscritos na USF nesse ano

OBJETIVO 5

Obter uma percentagem de visitas domiciliares às puérperas seguidas na USF de 40%.

Estratégias

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

Atividade 6

Descrição Realização de visita domiciliar às puérperas (até 42º dia) seguidas na USF

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

INDICADORES DE EXECUÇÃO/ MONITORIZAÇÃO E METAS PARA 2019

Indicadores	Fórmula de cálculo	2019
Taxa de visitas domiciliárias médicas	Nº domicílios médicos realizados por ano	10/1000
	Nº de inscritos	
Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem	Nº de domicílios de enfermagem a utentes >= 65 anos, realizados por ano	400/1000
	Nº utentes inscritos com > 65 anos	
Percentagem de visitas domiciliárias realizadas a RN	Nº de RN que tiveram pelo menos um domicílio de enfermagem durante os 1ºs 15 dias de vida	20%
	Nº de RN inscritos na USF nesse ano	
Percentagem de visitas domiciliárias a puérperas seguidas na USF durante a gravidez	Nº de puérperas (até 42º dia) com pelo menos uma visita domiciliária de enfermagem	40%
	Nº de puérperas seguidas na USF	

CRONOGRAMA ANUAL

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

11) Programa de Atendimento aos Contatos Esporádicos

Para além dos utentes inscritos nas USF/UCSP é sempre possível que cidadãos simultaneamente não inscritos e não residentes, por força de serem acometidos de doença aguda (não urgente / não emergente) necessitem dum atendimento médico ou de enfermagem, no dia, sem necessidade de recurso a unidade hospitalar.

Reconhece-se que o atendimento a utentes não inscritos, com problemas a necessitar de resolução por contacto esporádico, representa uma procura imprevista na maioria dos casos não programável que perturba o funcionamento de qualquer unidade funcional.

Nesse sentido, esta atividade deve estar inserida no Manual de Articulação do Centro de Saúde de Celas (CSC), devendo estar estabelecidas as formas organizativas apropriadas com regras próprias, conhecidas de todos os interessados (população e Unidades Funcionais) tendo em conta o cumprimento dos seguintes princípios:

- Ser uma Carteira Adicional de Serviços, contratualizada anualmente e inserida no PAUF;
- Existir a aplicação do princípio de cooperação e rotatividade (por exemplo, semanal) entre todas as UF do CSC.

1. DEFINIÇÃO DE CONCEITOS

Importa, antes de tudo o mais, estabelecer acordo quanto à definição do termo.

Após análise do Despacho nº13795/2012, dos diversos enquadramentos existentes nas ARS, nomeadamente na ARS do Norte referente a uma proposta de definição elaborada em 2011 por uma comissão de consenso e consultar as orientações gerais da Ex. MCSP, propomos o seguinte conceito:

- **Definição de utente "esporádico":** todo o cidadão, utente do SNS, que se encontre transitoriamente a mais de 30 km da sua USF ou UCSP em que esteja inscrito e que tenha um problema de saúde que não caia no âmbito da urgência/emergência médica mas que requeira cuidados inadiáveis, pode obter resposta para a sua situação nos serviços de CSP do local onde se encontre.
- Devem distinguir-se os utentes "esporádicos", que temporariamente (não superior a um mês) residam com utentes inscritos numa das três USF do CSC, que podem ser sensatamente acolhidos pelos médicos e enfermeiros de família das respetivas famílias.

2. O QUE PROPOMOS?

2.1 - Definição de "esporádico"

A nossa proposta, encontra-se definida anteriormente.

2.2 - Forma de retribuição em Carteira Adicional (remuneração) de Serviço

A retribuição a ser devida em caso de atendimentos aos esporádicos deverá ser estipulada da seguinte forma:

- a. A cada **4 atendimentos esporádicos** (secretário clínico, médico ou de enfermagem) corresponderá 1 hora de trabalho extraordinário, sendo calculado, separadamente para cada grupo profissional, ao mês e por número inteiro, sem arredondamento ([n.º de

atendimentos mensal / 4] ; ex.º: 27 atendimentos médicos no mês / 4 = 6,75 ao que corresponde um pagamento de 6 HE a distribuir pelo grupo médico).

b. Por cada **2 domicílios** em situação esporádica (**médico** ou de **enfermagem**) corresponderá 1 hora extraordinária [n.º de domicílios mensal / 2].

2.3 - O atendimento a utentes esporádicos será feito das 17h às 19h de 2ª a 6ªfeira, sendo semanalmente rotativo entre cada USF do CSC.