

RELATÓRIO DE ACTIVIDADES 2010



USF ALPHA/ACES BAIXO VOUGA III/ARS CENTRO, I.P.

03 de Junho de 2011

Criado por: Grupo de trabalho para a elaboração do Relatório de Actividades de 2010

RELATÓRIO DE ACTIVIDADES 2010

Índice

Introdução.....	1
Objectivos Estratégicos.....	4
Caracterização da USF ALPHA.....	7
USF.....	7
Identificação da USF.....	7
Identificação dos Profissionais da Equipa.....	10
Médicos.....	10
Enfermeiros.....	10
Secretários Clínicos.....	11
Área Geográfica de Influência.....	11
Caracterização da População Abrangida pela “USF Alpha”.....	13
RELATÓRIO DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS.....	18
Consulta de Hipertensão Arterial.....	19
Introdução.....	19
Diagnóstico de Situação da Consulta de HTA.....	20
Discussão.....	21
Propostas.....	22
Consulta de Diabetes Mellitus.....	24
Introdução.....	24
Diagnóstico de Situação da Consulta de Diabetes Mellitus.....	25
Discussão.....	26
Propostas.....	27
Programa de Acompanhamento Interno da USF ALPHA no ano de 2010.....	28
AVALIAÇÃO CONTINUA DE QUALIDADE.....	28
AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS REGISTOS NO PROGRAMA DE VIGILANCIA DA DIABETES MELLITUS.....	28
Introdução.....	28
Objectivos.....	29
Metodologia.....	29
Resultados.....	29
Discussão.....	30
Conclusão.....	30
Consulta Domiciliária Médica.....	32

RELATÓRIO DE ACTIVIDADES 2010

Introdução	32
Diagnóstico da Situação dos Cuidados Domiciliários Médicos	33
Discussão	33
Propostas.....	34
Consulta de Intersubstituição	35
Introdução	35
Diagnóstico da Situação da Consulta de Intersubstituição	36
Discussão	36
Propostas.....	37
Avaliação dos Objectivos expressos na área de Eficiência.....	38
Introdução	38
Diagnóstico da Situação dos Objectivos da Eficiência.....	38
Discussão	39
Propostas.....	40
Avaliação da Actividade Desenvolvida na Área da Qualidade Percepcionada	41
Introdução	41
Diagnóstico da Situação da Avaliação da Satisfação	41
Consulta de Saúde Materna.....	43
Introdução	43
Diagnóstico de Situação da Consulta de Saúde Materna	43
Consulta de Revisão de Puerpério	44
Discussão	44
Propostas.....	45
Consulta de Planeamento Familiar	47
Introdução	47
Diagnóstico de Situação da Consulta de Planeamento Familiar	47
Discussão	48
Propostas.....	49
Saúde Infantil/Juvenil.....	50
Introdução	50
Diagnóstico de Situação da Consulta de Saúde Infantil	51
Discussão	53
Propostas.....	55
Actividades de Enfermagem	57

RELATÓRIO DE ACTIVIDADES 2010

Introdução.....	57
Diagnóstico e Discussão de Situação das Actividades de Enfermagem.....	58
Propostas.....	60
Domicilios de Enfermagem	61
Introdução.....	61
Diagnóstico e Discussão de Situação da Visita Domiciliária de Enfermagem	62
Propostas.....	62
Vacinação	63
Introdução.....	63
Diagnóstico e Discussão de Situação da Vacinação	64
Propostas.....	70
Actividade do Secretariado Clínico	72
Introdução.....	72
Diagnóstico da Actividade do Secretariado Clínico:.....	72
Agendamento de Consultas	72
Registo de Contactos.....	73
Taxas Moderadoras e Isenções	74
Movimentação dos ficheiros médicos	74
Discussão:.....	74
Propostas:.....	76

Índice de Ilustrações

Ilustração 1 - Logótipo da USF ALPHA.....	7
Ilustração 2 - Mapa representativo do Concelho de Ovar	11
Ilustração 3 - Mapa representativo da localização do Concelho de Ovar, Distrito de Aveiro	11
Ilustração 4 - Mapa das Freguesias do Concelho de Ovar	12
Ilustração 5 - Pirâmide etária dos utentes da USF ALPHA	14
Ilustração 6 - Pirâmide etária dos utentes do Dr. Alcino Santos.....	15
Ilustração 7 - Pirâmide etária dos utentes da Dr.ª Fátima Veiga	15
Ilustração 8 - Pirâmide etária dos utentes da Dr.ª Margarida	16
Ilustração 9 - Pirâmide etária dos utentes do Dr. Rafael Gonçalves.....	16
Ilustração 10 - Pirâmide etária dos utentes do Dr. Luís Adelino.....	17
Ilustração 11 - Pirâmide etária dos utentes do Dr. Oleksandr Turyanskyy.....	17

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Indicadores contratualizados para o ano de 2010 pela USF ALPHA.....	4
Tabela 2 - Indicador Constante do Plano de Actividades para a área de Qualidade Percepcionada no ano de 2010.....	5
Tabela 3 - Corpo Médico da USF ALPHA	10
Tabela 4 - Corpo de Enfermagem da USF ALPHA.....	10
Tabela 5 - Corpo de Secretariado Clínico da USF ALPHA	11
Tabela 6 - Estatística da Consulta de HTA por Médico na USF ALPHA no ano de 2010.....	20
Tabela 7- Avaliação entre a capacidade de Programação das Consultas de HTA e as Consultas efectivamente programadas de HTA no ano de 2010	20
Tabela 8 - Estatística da Consulta de Diabetes Mellitus por Médico na USF ALPHA no ano de 2010.....	25
Tabela 9 - Avaliação entre a capacidade de Programação das Consultas de Diabetes e as Consultas efectivamente programadas de Diabetes no ano de 2010	25
Tabela 10 - Número de domicílios por sexo e por médico de família da USF ALPHA no ano de 2010.....	33
Tabela 11- Número de Consultas de Intersubstituição realizadas no ano de 2010 por médico	36
Tabela 12 - Resultados dos Objectivos de Eficiência contratualizados para o ano de 2010 pela USF ALPHA.....	39
Tabela 13 - Estatística da Consulta de Saúde Materna por Médico na USF ALPHA no ano de 2010.....	43

RELATÓRIO DE ACTIVIDADES 2010

Tabela 14 - Distribuição do nº de Consultas de Saúde Materna por Médico na USF ALPHA no ano de 2010.....	44
Tabela 15 - Estatística da Consulta de Planeamento Familiar por Médico na USF ALPHA no ano de 2010.....	48
Tabela 16 - Estatística da Consulta de Planeamento Familiar por Médico na USF ALPHA no ano de 2010.....	48
Tabela 17 – População-alvo para consulta de SI por ficheiro clínico e género (Fonte: SINUS) ..	51
Tabela 18 - Estatística da Consulta de SI por Médico na USF ALPHA no ano de 2010 (Fonte: SINUS).....	51
Tabela 19- Avaliação entre a capacidade de Programação das Consultas de SI e as Consultas efectivamente programadas de SI no ano de 2010 (Fonte: SINUS).....	51
Tabela 20 - Consultas de vigilância em Saúde Infantil até aos 23 meses de vida (Fonte: SINUS)	52
Tabela 21 - Consultas em Saúde Infantil até aos 23 meses de vida por motivo de doença (Fonte: SINUS)	52
Tabela 22 - Consultas de Saúde Infantil entre os 2 e os 3 anos (Fonte: SINUS).....	52
Tabela 23 - Consultas em Saúde Infantil dos 14 aos 18 anos de vida (Fonte: SINUS)	53
Tabela 24 - Consultas de Exames Globais (Fonte: SINUS).....	53
Tabela 25 -Contactos de Enfermagem por local de contacto (Fonte: SAPE)	58
Tabela 26 - Taxa de visitas domiciliárias de Enfermagem (Fonte: ARS Centro, ACES Baixo Vouga III)	62
Tabela 27 - Total de inoculações de vacina anti-tetânica (Fonte: SINUS).....	64
Tabela 28 - Total de vacinas administradas no 2010 (Fonte: SAPE)	64
Tabela 29 - Percentagem de crianças com PNV actualizado aos 2 anos (Fonte: ARS).....	68
Tabela 30 - Percentagem de crianças com PNV actualizado aos 2 anos (Fonte: SINUS)	69
Tabela 31 - Percentagem de crianças com PNV actualizado aos 7 anos (Fonte: ARS).....	69
Tabela 32 - Percentagem de crianças com PNV actualizado aos 7 anos (Fonte: SINUS)	70
Tabela 33 Forma da programação	72
Tabela 34 Iniciativa da programação	72
Tabela 35 Contactos com presença	73
Tabela 36 - alterações que ocorreram nos ficheiros médicos durante o ano de 2010 (Fonte: SINUS).....	74

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Consultas de vigilância Vs consultas por doença de SI (Fonte: SINUS)	54
Gráfico 2 - Consultas de Vigilância vs Consultas por Doença (2-3 anos e 14 a 18 anos)(Fonte SINUS).....	54
Gráfico 3 - Contactos de Enfermagem presenciais vs. não presenciais	58
Gráfico 4 - Contactos programados vs não programados	59
Gráfico 5 - Vacina antitetânica vs. outras vacinas.....	65
Gráfico 7 - Comparação entre vacinas antitetânicas e vacinas da gripe.....	66
Gráfico 8 - Comparação entre inoculações da vacina antitetânica.....	67
Gráfico 9 - Comparação entre primovacinação e reforços da vacina antitetânica.....	68

INTRODUÇÃO

Introdução

Sendo o primeiro ano de trabalho desta equipa multiprofissional este trabalho reveste-se de uma importância maior do que para as equipas que já fizeram previamente outros relatórios de actividade. Este facto fica a dever-se à necessidade que cada equipa tem em inicialmente poder identificar o trabalho que realizou, como o realizou, o que deveria ter realizado e o motivo pelo qual não realizou, pontos fortes e fracos na equipa no seu global e no seu específico e finalmente com este trabalho poder-se organizar um plano de acção para corrigir as falhas e as lacunas. Desta forma poderá a equipa no seu global almejar a uma melhoria crescente tanto na quantidade como na qualidade de trabalho que vai desenvolvendo e em última análise realizar a melhoria contínua no seu dia-a-dia.

Esta é uma equipa que durante todo o ano de 2010, salvaguardando alguns pequenos percalços de caminho, se manteve coesa e unida. Constituída por 6 médicos, 6 enfermeiros e 5 secretários clínicos, esta equipa foi desenvolvendo as suas actividades, não sem por vezes ter encontrado algumas dificuldades devido a ser a primeira vez e secundariamente à necessidade de cumprir questões legais, como o provir os seus elementos com as férias a que tinham direito e que acumularam do ano anterior devido a situações alheias à sua vontade, tendo sido prometido, por quem tinha essa capacidade, que os mesmos as poderiam gozar no ano seguinte.

Para a elaboração deste documento vamos proceder primariamente à recolha de dados necessários para a realização deste projecto, depois faremos a descrição das actividades desenvolvidas ao longo do ano de 2010 por esta equipa baseando-nos na recolha de dados que faremos. Posteriormente procederemos à análise crítica destas actividades tentando identificar os pontos fortes e fracos no decurso da sua realização. Por fim tentaremos perceber o que há a mudar para melhorarmos o nosso desempenho nas diversas actividades da USF ALPHA e se possível tentaremos elaborar um plano de acção para conseguir modificar o que foi identificado como necessário ser alterado.

Já sabemos que a recolha de dados vai ser um dos principais problemas pois dependendo das fontes onde se recolhem os dados, estes variam tanto na quantidade como na qualidade. Devido a este obstáculo, muitas das vezes, iremos nos deparar com dados de difícil valorização e até mesmo análise. Este é um dos problemas que o nosso sistema de informação encerra em si mesmo. Como qualquer ferramenta de trabalho esta deve ser elaborada partindo do profissional que a vai utilizar para a sua posterior operacionalização. No caso dos nossos Sistemas de Informação (SINUS, SAM e SAPE) parece que o caminho escolhido foi o inverso. Criaram-se sistemas sem conhecerem as reais necessidades dos diversos profissionais, partindo desde logo para a sua operacionalização no terreno e só depois se tentou que os profissionais os compreendessem e utilizassem. Neste contexto é nítido o desfasamento entre o Sistema de Informação e as possibilidades que o mesmo oferece e as necessidades dos profissionais no terreno.

A equipa devido ao que atrás ficou escrito em relação ao Sistema de Informação decidiu criar instrumentos que pudessem colmatar estas lacunas. Assim foi instalado em cada posto dos

INTRODUÇÃO

médicos uma folha de Excel que pudesse funcionar como uma base de registos para o trabalho diário de cada profissional, podendo ser registado no mesmo faltas às consultas programadas, vigilância no programa de Hipertensão Arterial (HTA) e Diabetes Mellitus (DM), entre outros.

Vamos tentar ser objectivos, criteriosos na compilação e análise dos dados e finalmente criar um epílogo que seja produtivo para a nossa equipa e ao mesmo tempo responda a quem desejar consultar o documento agora em elaboração as suas questões mais pertinentes.

OBJECTIVOS ESTRATÉGICOS

Objectivos Estratégicos

A USF ALPHA definiu para o ano de 2010 Objectivos Estratégicos que contratualizou com o ACES Baixo Vouga III e com a ARS Centro, I.P. e que fazem parte de um documento publicado, A Carta de Compromisso.

Estes Objectivos incidem essencialmente em 3 áreas de actuação da USF ALPHA, Acesso, Desempenho Assistencial e Eficiência. No entanto o nosso plano de Acção contemplava mais uma área, Qualidade Percepcionada.

Vamos brevemente explicitar aqui o nosso compromisso nas áreas contratualizadas e depois acrescentarei o quarto compromisso que constava do nosso Plano de Actividades.

Assim sendo a USF ALPHA contratualizou para o ano de 2010:

Área	N.º S.I.	Indicador	Meta
Acesso	3.12	Percentagem de consultas ao utente pelo seu próprio médico de família	85%
	3.15	Taxa de utilização global de consultas	66%
	4.18	Taxa de visitas domiciliárias médicas por 1.000 inscritos	20‰
	4.30	Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por 1.000 inscritos	125‰
Desempenho Assistencial	5.2.2*	Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia actualizada	30%
	5.1.2*	Percentagem de mulheres entre os 50 e os 69 anos com registo de mamografia nos últimos 2 anos	50%
	5.4	Percentagem de diabéticos com pelo menos três HbA1C registadas nos últimos 12 meses, desde que abranjam 2 semestres.	75%
	5.10M	Percentagem de hipertensos c/ registo de pressão arterial em cada semestre	90%
	6.1	Percentagem de crianças com PNV actualizado aos 2 anos	98%
	6.1	Percentagem de crianças com PNV actualizado aos 6 anos	98%
	6.12	Percentagem de primeiras consultas na vida efectuadas até aos 28 dias	80%
	6.9M	Percentagem de primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre	75%
Eficiência	7.6	Custo / utilizador estimado para medicamentos prescritos (valor facturado a PVP)	202€
	7.7	Custo / utilizador estimado para meios complementares de diagnósticos e terapêutica prescritos (valor facturado a PVP)	55.11€

Tabela 1 - Indicadores contratualizados para o ano de 2010 pela USF ALPHA

OBJECTIVOS ESTRATÉGICOS

A quarta área na qual explicitamos para o ano 2010 um compromisso (apesar de não termos contratualizado) foi a da Qualidade Percepcionada.

Assim para o ano de 2010 dispusemo-nos nesta área a atingir os seguintes indicadores:

Qualidade Percepcionada	Percentagem de utilizadores satisfeitos/muito satisfeitos (aplicação de inquérito --- score final) (A/B)*100				
	Construção do Indicador	N.º AC	N.º SI	HISTÓRICO DO C.S.OVAR/SRS AVEIRO	META PARA O ANO DE 2010
	A - Número De utentes que responderam e entregaram o inquérito e responderam que estavam satisfeitos/muito satisfeitos	3.1.1	-----	54.3%	40%
B - Número total de utentes que responderam e entregaram o questionário					

Tabela 2 - Indicador Constante do Plano de Actividades para a área de Qualidade Percepcionada no ano de 2010

Deste modo vamos passar à descrição propriamente dita do nosso Relatório de Actividades respeitante ao ano de 2010.

Tentaremos primeiro caracterizar sumariamente a nossa USF, a população e a sua envolvimento passando depois para a descrição propriamente dita das actividades desenvolvidas e a sua discussão com consequentes propostas de acção para as mesmas.

Outros objectivos existiram que não foram explicitados de forma tão clara como estes que atrás apresentamos, mas que de forma geral contribuiriam e muito para um bom desenrolar dos trabalhos e pela tentativa de melhoria da qualidade global dos serviços prestados e da eficácia e eficiência da USF. Um exemplo destes foi o esforço implementado para que não se desperdiçasse nenhum tipo de papel que ainda pudesse ser usado para impressão de documentos que não necessitem de um cunho tão oficial, fazendo assim com que não se gaste tanto papel para impressões. Neste sector houve variadíssimas medidas que penso serão sumariadas no ponto Relatório de Actividades do Secretariado Clínico.

CARACTERIZAÇÃO DA USF ALPHA

Caracterização da USF ALPHA

USF

Identificação da USF

Designação:

USF: “USF ALPHA”; Ministério da Saúde; ARS¹: Centro; ACES²: Baixo Vouga III; Centro de Saúde de Ovar

Endereço Postal:

Rua do GAC 3880 – 501 (Válega) / Av. dos Emigrantes 3880 – 435 (São Vicente Pereira Jusã)

Telefone:

Válega – 256 590 060/ 256 502 260/ São Vicente Pereira Jusã – 256 890 406

Fax:

Válega – 256 590 069 / São Vicente Pereira Jusã – 256 890 406

E-mail: usf_alpha@csovar.min-saude.pt

Logótipo:



Ilustração 1 - Logótipo da USF ALPHA

¹ Administração Regional de Saúde

² Agrupamento de Centros de Saúde

O logótipo é a imagem de marca de uma Empresa/Instituição, a sua impressão digital, o seu B.I. (Bilhete de Identidade), como tal todo o seu design deve transmitir o máximo de informação para que apenas pelo logótipo se possa perceber/identificar tudo o que a Empresa/Instituição representa.

Sobre a "busca" de um nome que nos identificasse como equipa, a ideia surgiu, naturalmente, a um dos elementos, apenas pensando na possibilidade de sermos inovadores e pioneiros numa atitude de mudança há tanto desejada, tal como o significado da própria letra "α" no alfabeto grego ser o de número "1" denota inovação, pioneirismo, liderança e extrema importância. Características que nos identificam como equipa e ideais de trabalho.

O elemento representativo eleito para o logótipo foi a cruz. A escolha incidiu pelo facto de o mesmo ser indubitavelmente associado ao ramo da saúde. Apesar de frequentemente utilizado, optou-se como factor diferenciador, a elaboração do mesmo em três dimensões e ainda por não adoptar o design rectilíneo comumente usado, optando assim por um design mais moderno e arredondado, para assim, incorporar a letra alpha na supra mencionada cruz.

As cores eleitas para o logótipo foram o azul e o branco, cores essas com conotações bastante positivas pois transmitem-nos uma sensação "clean" e harmoniosa que queremos transmitir da Unidade de Saúde Familiar Alpha. A fim de comprovar essas mesmas conotações inerentes a cada cor foi elaborada uma pesquisa para cimentar e de certa forma reforçar a escolha das referidas cores.

O azul assinala a entrada nos domínios mais profundos do espírito e uma das suas qualidades mais subtis é a aspiração. É uma cor popular associada ao dever, à beleza e à habilidade. A serenidade dessa cor traz consigo paz, confiança e sentimentos curativos agradavelmente relaxantes. Sua fluidez e força serena são traços atraentes, que provocam admiração por parte das outras pessoas.

O azul é a cor da mente e é essencialmente tranquilizante. Azuis fortes estimulam pensamentos claros e os azuis suaves mais claros acalmam a mente e ajudam à concentração. É uma cor associada á Inteligência, comunicação, confiança, eficiência, serenidade, dever, lógica, frescura, reflexão, calma.

O branco é a reflexão total (oposto do preto) de todas as cores. Comunica uma sensação de limpeza. Branco é pureza e é uma cor que não compromete. Visualmente, o branco transmite uma elevada percepção do espaço. É uma cor associada á Higiene, esterilidade, claridade, pureza, limpeza, simplicidade, sofisticação, eficiência.

Resumindo, todo um conjunto de boas sensações visuais. Tudo por uma saúde melhor, tudo por uma melhoria, bem-estar nas condições de atendimento e cuidados aos nossos utentes.

CARACTERIZAÇÃO DA USF ALPHA

Identificação dos Profissionais da Equipa

Médicos

Nome	B.I	Área Profissional	Categoria Profissional	Cédula Profissional	Tipo de Vínculo	Regime de Trabalho	Local de Origem
Dr. Alcino Santos	9948401	Médico	Ass. Med. Geral e Familiar	36898	Quadro	42h/sem. C/ exclusividade	C.S.O ³ (E.S.V) ⁴
Dr.ª Fátima Veiga	2448291	Médica	Ass. Grad.Med. Geral e Familiar	16466	Quadro	42h/sem. C/ exclusividade	C.S.O (E.S.V)
Dr. Luís Adelino	5673549	Médico	Ass. Grad.Med. Geral e Familiar	24139	Quadro	42h/sem. C/ exclusividade	C.S.O (E.S.S.V.P) ⁵
Dr.ª Margarida Polónia	1754253	Médica	Ass. Grad.Med. Geral e Familiar	20831	Quadro	42h/sem. C/ exclusividade	C.S.O (E.S.V)
Dr. Oleksandr Turyansky	P000464707 (Título de Residência)	Médico	Ass. Med. Geral e Familiar	43521	C.T.T.R.C	42/sem. C/ exclusividade	C.S.E ⁶ (E.S.A) ⁷
Dr. Rafael Gonçalves	11114342	Médico	Ass. Med. Geral e Familiar	42228	C.T.T.R.C	35h/sem. S/ exclusividade	C.S.E ⁸ (E.S.P) ⁹

Tabela 3 - Corpo Médico da USF ALPHA

Enfermeiros

Nome	B.I	Área Profissional	Categoria Profissional	Cédula Profissional	Tipo de Vínculo	Regime de Trabalho	Local de Origem
Enf.ª Catarina Lamas	12081704	Enf.ª	Enf.ª Generalista	2-E-55995	C.T.T.R.C	35h/sem.	C.S.O (E.S.A)
Enf.ª Cristiana Santos	11443818	Enf.ª	Enf.ª Generalista	4-E-41875	C.T.T.R.C	35h/sem.	C.S.O
Enf.ª Diana Silva	12395775	Enf.ª	Enf.ª Generalista	2-E-50409	C.T.T.R.C	35h/sem.	C.S.O
Enf.ª Fernanda Cruz	12092016	Enf.ª	Enf.ª Generalista	2-E-48806	C.T.T.R.C	35h/sem.	C.S.E.
Enf. Hélder Fernandes	11602340	Enf.	Enf. Generalista	4-E52621	C.T.T.R.C	35h/sem.	C.S.O
Enf. José Reis	12431369	Enf.	Enf. Generalista	4-E53398	C.T.T.R.C	35h/sem.	C.S.O (E.S.M) ¹⁰

Tabela 4 - Corpo de Enfermagem da USF ALPHA

³ Centro de Saúde de Ovar

⁴ Extensão de Saúde de Válega

⁵ Extensão de Saúde de São Vicente

⁶ Centro de Saúde de Estarreja

⁷ Extensão de Saúde de Avanca

⁸ Centro de Saúde de Espinho

⁹ Extensão de Saúde de Paramos

¹⁰ Extensão de Saúde de Maceda

Secretários Clínicos

Nome	B.I	Área Profissional	Categoria Profissional	Tipo de Vínculo	Regime Trabalho	Local de Origem
Fernando Gonçalves	11034767	Secretariado	Ass. Administrativa	C.T.T.R.C	35h/sem.	C.S.O
M^a Conceição Gomes	5405616	Secretariado	Ass. Administrativa	Quadro	35h/sem.	C.S.O (E.S.S.V.P)
M^a Conceição Pinto	6516556	Secretariado	Ass. Administrativa	C.T.T.R.C	35h/sem.	C.S.O (E.S.A)
M^a Fátima Miranda	14774224	Secretariado	Ass. Administrativa	C.T.T.R.C	35h/sem.	C.S.O (E.S.V)
Rita Pereira	11326621	Secretariado	Ass. Administrativa	C.T.T.R.C	35h/sem.	C.S.O (E.S.M)

Tabela 5 - Corpo de Secretariado Clínico da USF ALPHA

Área Geográfica de Influência

A Unidade de Saúde Familiar Alpha irá situar-se nas freguesias de Válega e São Vicente Pereira, no concelho de Ovar, distrito de Aveiro.



Ilustração 2 - Mapa representativo do Concelho de Ovar



Ilustração 3 - Mapa representativo da localização do Concelho de Ovar, Distrito de Aveiro

O concelho de Ovar possui uma extensão de 147,4 Km², repartida por oito freguesias, com uma população residente de 55.198 habitantes (Censos 2001) e com uma densidade populacional de 377,9 hab/Km².

Actualmente, Ovar é um concelho bem localizado, com bons acessos (evidenciados na figura 3). É um concelho essencialmente industrial, com um leque muito variado de actividades, que vão do sector têxtil e vestuário, à metalurgia e produtos metálicos, da produção de rações à cordoaria, do material eléctrico à montagem de automóveis ou ao fabrico de componentes.

Apesar do desenvolvimento industrial e do aumento da urbanização, Ovar apresenta ainda, várias áreas propícias ao mais diversificado tipo de actividades turísticas e de lazer: quilómetros de praias enquadradas por pinhal e a beleza ímpar da Ria de Aveiro. Bem como, o tão cobiçado Pão-de-Ló de Ovar; ser considerada a Cidade Museu do Azulejo e ter história de tradição da prática da “Arte Xávega”.

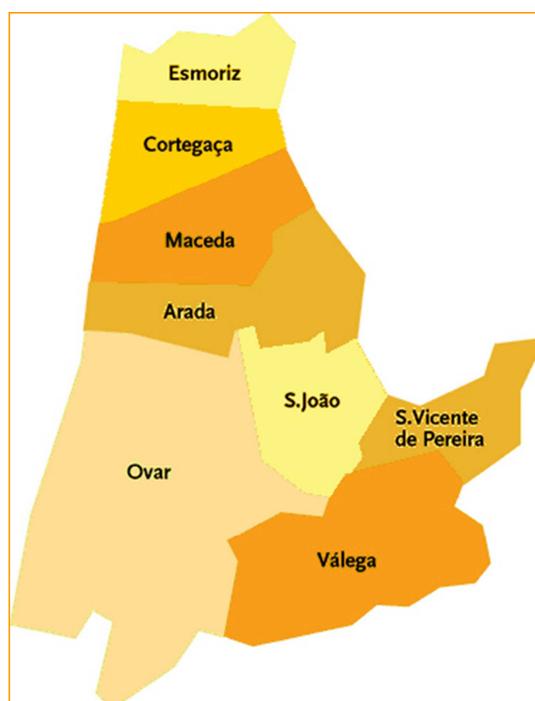


Ilustração 4 - Mapa das Freguesias do Concelho de Ovar

Válega é a freguesia localizada mais a sul do concelho, com uma área de 26,64 km² e 6.742 habitantes (Censos 2001) e uma densidade populacional de 253,1 hab/Km².

Tem como fronteiras a Norte a freguesia de Ovar e São João de Ovar, a Sul as freguesias de Avanca e Pardilhó (concelho de Estarreja), a Este as freguesias de São Vicente Pereira (concelho de Ovar) e São Martinho da Gândara (concelho de Oliveira de Azeméis) e a Oeste a Ria de Aveiro, sendo a segunda maior freguesia do concelho de Ovar em área.

Destacam-se nesta freguesia, sendo um dos motivos de atracção turística, a beleza dos seus Esteiros da Ria de Aveiro, bem como a riqueza dos seus azulejos (Igreja), fontes e monumentos religiosos. A sua estrutura produtiva assenta principalmente na agricultura de subsistência, pecuária, produção leiteira e em pequena percentagem na indústria e comércio.

S. Vicente de Pereira Jusã é uma freguesia com uma área de 9,47 Km² de área e 2.400 Habitantes (Censos 2001), e com uma densidade populacional de 253,4 hab/Km². Fica localizada na parte Sudeste do concelho de Ovar, entrando a parte Norte da freguesia em cunha entre os concelhos de Santa Maria da Feira (freguesias de Souto e Mosteirô) e o concelho de Oliveira de Azeméis (freguesia de Cucujães e S. Martinho da Gândara), confinando ainda com Válega e S. João do concelho de Ovar. Assente nas nascentes dos vales da Ribeira da Senhora da Graça, que em Ovar se junta ao Rio Cáster e da Ribeira do Seixo que passa por Válega. Encontrando-se a cerca de 1km do acesso rápido ao nó da A29.

As principais actividades económicas são a agricultura, indústria extractiva (consumo interno e exportação de caulino), indústria geral e o comércio. Sendo que, cerca de 15% da população se dedica á produção leiteira e pecuária.

Em suma, são ambas, freguesias com uma população de ruralidade acentuada, com baixo nível de escolaridade, maioritariamente com população acima dos 65 anos. Da população activa a maioria exerce a sua actividade profissional na indústria e comércio do concelho e dos concelhos limítrofes, embora com uma grande ligação ao meio rural.

Ambas as freguesias apresentam grandes necessidades, fragilidades, focos de carência de resolução e acompanhamento. Por estes motivos, queremos sem dúvida ir em frente neste grande projecto, podermos implementar uma mudança positiva na vida e nos cuidados de saúde primários destas pessoas.

Caracterização da População Abrangida pela “USF Alpha”

A população inscrita à data desta nova versão do Regulamento Interno (Abril de 2011) é de 9.997 utentes. Esta população integra 7.465 utentes inscritos em Válega e 2.532 utentes inscritos em S. Vicente Pereira Jusã. Sobre a população inscrita, também podemos referir que 6.569 utentes são residentes na freguesia de Válega, 2.171 são residentes na freguesia de São Vicente de Pereira e 1.257 residentes são residentes fora da área geográfica.

Os utentes supracitados, passam a integrar as listas de quatro médicos a trabalhar em Válega (sede), por um médico a trabalhar em S. Vicente de Pereira (Pólo) e por um médico que terá uma listagem dividida entre os dois Pólos.

CARACTERIZAÇÃO DA USF ALPHA

Na área geográfica onde se centrará a nossa acção é importante referir que não existem utentes sem médico de família, sendo que inclusive temos estado a suprir as necessidades de utentes de freguesias vizinhas (concelho de Oliveira de Azeméis e Estarreja) que por falta de médico de família se têm vindo a inscrever na nossa USF.

A caracterização dos inscritos nas listas dos médicos da “USF Alpha” é apresentada na pirâmide de etária seguinte:

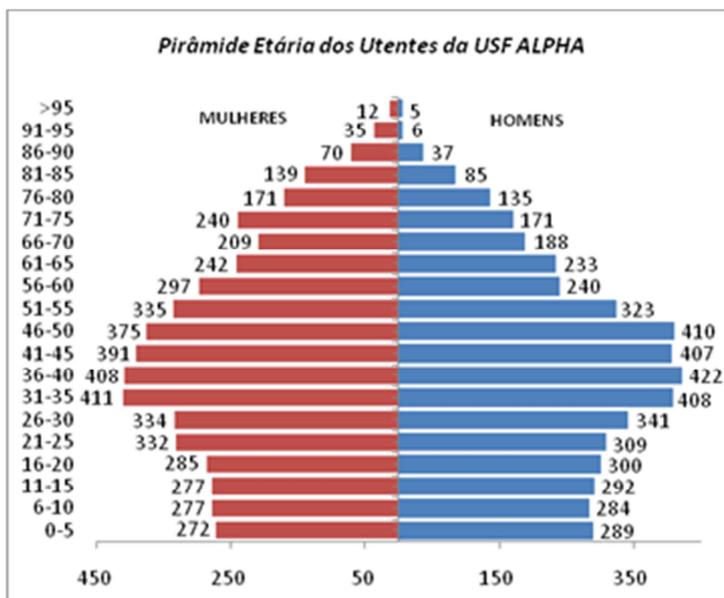


Ilustração 5 - Pirâmide etária dos utentes da USF ALPHA

CARACTERIZAÇÃO DA USF ALPHA

Nas pirâmides etárias seguintes é apresentada a caracterização dos utentes por médico da USF ALPHA:

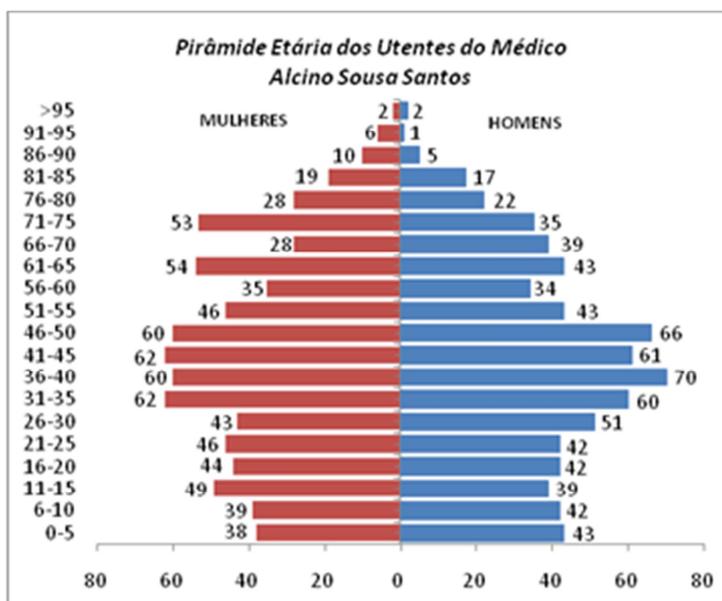


Ilustração 6 - Pirâmide etária dos utentes do Dr. Alcino Santos

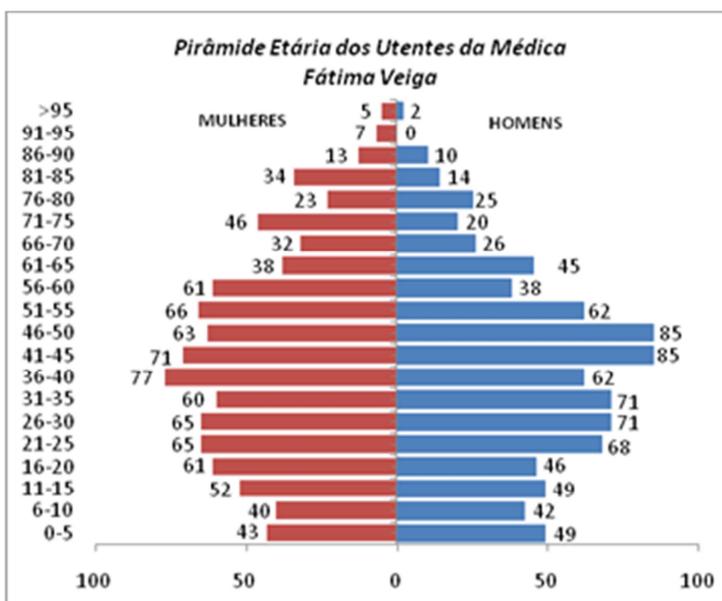


Ilustração 7 - Pirâmide etária dos utentes da Dr.ª Fátima Veiga

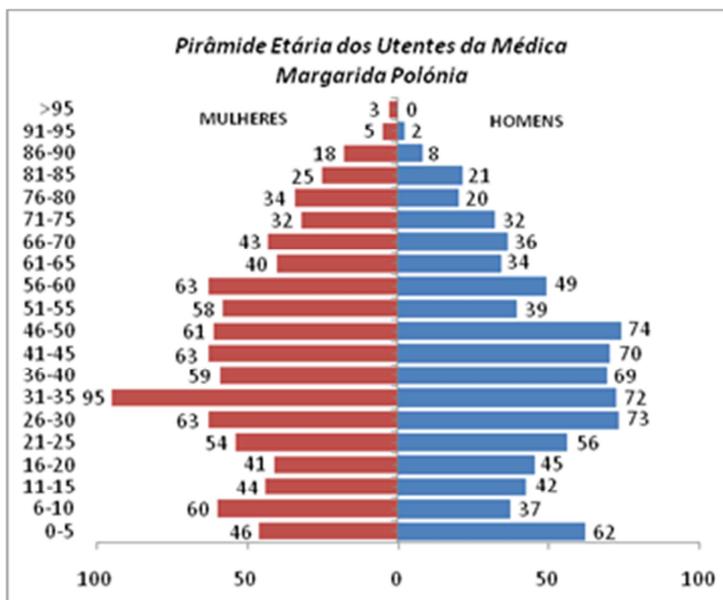


Ilustração 8 - Pirâmide etária dos utentes da Dr.^a Margarida

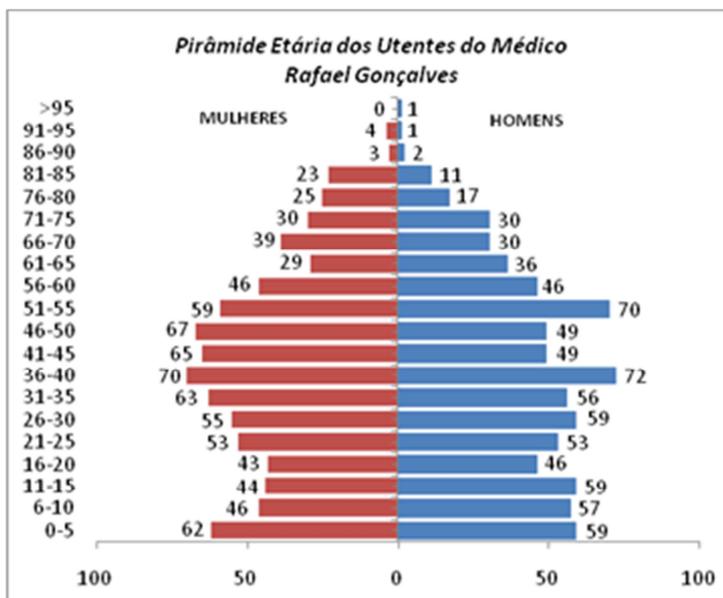


Ilustração 9 - Pirâmide etária dos utentes do Dr. Rafael Gonçalves

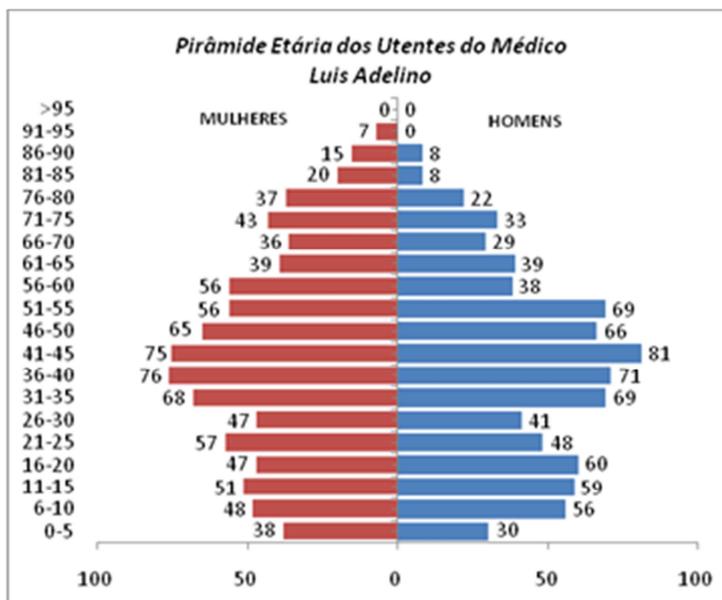


Ilustração 10 - Pirâmide etária dos utentes do Dr. Luís Adelino

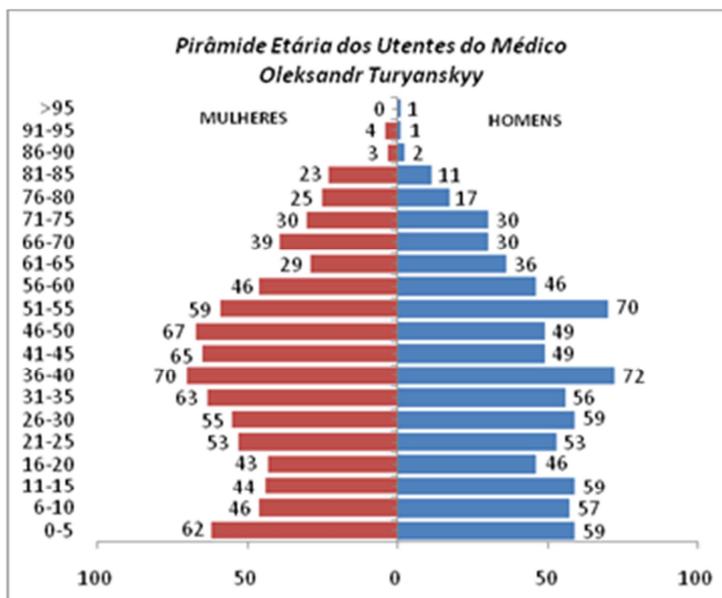


Ilustração 11 - Pirâmide etária dos utentes do Dr. Oleksandr Turyansky

RELATÓRIO DE
ACTIVIDADES
ESPECÍFICAS

Consulta de Hipertensão Arterial

Introdução

Esta é uma das patologias mais bem estudadas e com mais trabalhos publicados em todo o mundo. Como tal sabemos que o impacto do seu diagnóstico correcto e consequentemente o seu tratamento e controle o mais precocemente possível durante os seus estádios de desenvolvimento é de extrema importância para melhorar a qualidade da saúde das populações para as quais trabalhamos. Quanto mais bem diagnosticada e controlada for esta patologia menor será a morbidade e mortalidade associada a esta enfermidade.

Assim num esforço de tentar diagnosticar o melhor possível os nossos utentes com esta doença e fazendo consequentemente o seu tratamento atempado e de acordo com as melhores Normas de Orientação Clínica (NOC) em vigor em todo o mundo civilizado, criamos na USF ALPHA uma consulta de Hipertensão. Nesta Consulta pretende-se seguir o maior número de doentes possível e que tenham um diagnóstico estabelecido de Hipertensão Arterial (HTA). Assim pretendemos não desperdiçar nenhuma oportunidade de melhorarmos o seu controle específico, assim como todos os outros factores que influenciam o desenvolvimento e agravamento desta patologia. Com este esforço esperamos diminuir acentuadamente as morbidades associadas a esta doença a médio prazo e em última análise conseguir diminuir, nem que seja ligeiramente, a mortalidade por eventos desencadeados pelo mau controlo desta enfermidade.

Esta Consulta está destinada como já foi dito aos utentes com diagnóstico confirmado de HTA. Conforme as melhores práticas conhecidas estes doentes deverão ter pelo menos 2 consultas no ano, uma consulta semestralmente (sem prejuízo de poder ser necessário mais que 2 consultas no ano para atingir o devido controlo desta doença).

Passaremos a seguir ao diagnóstico de situação da Consulta de HTA na USF ALPHA.

Diagnóstico de Situação da Consulta de HTA

Segundo os dados obtidos no Programa que nos foi colocado à disposição para consultar a evolução dos indicadores contratualizados pela USF com o ACES/ARS Centro, I.P. a nossa USF tem 1310 doentes hipertensos com compromisso de seguimento na mesma.

Destes, 954 doentes tiveram 1 consulta em cada semestre, ou seja foram seguidos de acordo com as NOC. Assim sendo 72,82% dos doentes foram correctamente vigiados e orientados.

Vamos pormenorizar agora detalhadamente os valores em relação a esta consulta e em relação a cada médico.

Em relação a esta particularização há dados que constam do programa a que temos acesso para monitorização dos Indicadores e que a equipa por opção decidiu não fazer a sua avaliação, pois estando em início de actividades, preferimos centra a nossa atenção, discussão e correcções nos Objectivos estratégicos como um todo não fazendo durante o anos de 2010 nenhum tipo de especificação por médico. Esta decisão teve também a ver com a necessidade de manter um certo espírito de equipa e não começar logo desde início a melindrar pessoas em particular, com objectivos que pudessem ter menos conseguidos.

No entanto a tabela seguinte demonstra os dados que conseguimos obter a partir do SINUS.

Médicos	Quantidade ¹¹	% Consultas ¹²	Confirmadas ¹³	% Confirmadas ¹⁴	Faltas	% Faltas ¹⁵
Alcino	486	17,76	421	17,64	65	13,37
Fátima	231	7,32	204	7,24	27	11,69
Margarida	280	10	263	10,27	17	6,07
Luís	146	5,49	125	5,10	21	14,38
Oleksandr	176	6,44	156	6,62	20	11,36
Rafael	92	4,23	77	4,11	15	16,30

Tabela 6 - Estatística da Consulta de HTA por Médico na USF ALPHA no ano de 2010

De seguida apresentamos uma tabela em que demonstramos a capacidade que cada horário médico tem para marcação de Vigilâncias de HTA e as consultas que foram programadas nesses mesmos horários como sendo de vigilância de HTA.

Programação das Vigilâncias	Médicos					
	Alcino	Margarida	Luís	Fátima	Oleksandr	Rafael
Capacidade de Programação	287	258	220	258	267	188
Consultas efectivamente programadas	486	280	146	231	176	92
Total	-199	-22	+74	+27	+91	+96

Tabela 7- Avaliação entre a capacidade de Programação das Consultas de HTA e as Consultas efectivamente programadas de HTA no ano de 2010

¹¹ -Quantidade de Consultas Programadas de HTA

¹² -Percentagem de consultas Programadas em relação ao total de todas as consultas programadas

¹³ -Numero de Consultas de HTA programadas e que foram confirmadas

¹⁴ -Percentagem de Consultas de HTA confirmadas em relação ao total de todo o tipo de Consultas Confirmadas

¹⁵ -Percentagem de Faltas às consultas programadas de HTA

Discussão

Como podemos ver pelo diagnóstico de situação acima, e tomando os objectivos estratégicos como ponto de referência, percebemos que o objectivo estabelecido para o ano de 2010 (percentagem de doentes com diagnóstico de HTA estabelecido e compromisso de vigilância activo na USF com uma medição de TA em cada semestre) não foi atingido e ficamos até bastante longe da sua concretização (atingido 72,82%¹⁶ e Objectivo 90%).

Como poderemos ver pela tabela 6 a Consulta de HTA diverge um pouco de médico para médico. No caso em questão e se analisarmos as pirâmides e o número de utentes que cada clínico tem na sua lista parece que as listas maiores têm um maior número de consultas de HTA programadas o que parece ser correcto pois com ficheiros maiores terão uma incidência maior de HTA no mesmo. O ficheiro mais pequeno da USF tem mais consultas programadas de HTA em comparação com os outros 5 médicos. Isto deve-se ao médico em questão ter feito como mera curiosidade um estudo no passado do número de utentes do seu ficheiro com diagnóstico de HTA e ter provavelmente um conhecimento mais detalhado desse mesmo número. Neste contexto teve portanto a mais-valia de ter uma noção mais detalhada do número de programações que deveria fazer para poder dar resposta aos seus doentes com HTA, tendo portanto feito mais programações de consultas de HTA.

Da observação mais atenta dos números conclui-se que nenhum dos clínicos possui o número necessário e suficiente de programações de consultas de HTA para poder dar resposta ao provável número de utentes com diagnóstico de HTA e com o compromisso de vigilância dos mesmos que possui no seu ficheiro. No entanto esta conclusão é meramente especulativa pois não temos a noção nem os dados necessários, sobre o número de Utentes com diagnóstico de HTA e compromisso de vigilância na nossa USF por médico.

Outra conclusão que poderemos aferir da tabela 6 é que apesar de as consultas poderem não ser suficientes há uma percentagem marcada de faltas às mesmas sem aviso prévio o que faz com que a gestão do ficheiro e a acessibilidade se tornem tarefas quase que labirínticas.

Outro ponto que sobressai da avaliação dos números acima é a clara dificuldade de conseguir ter no horário de um clínico o número suficiente de Consultas de vigilância de HTA programáveis necessárias para dar a resposta de pelo menos 2 consultas de HTA por doente no ano e manter a acessibilidade que nos é exigida de 5 dias para os outros tipos de consultas programáveis.

Na Tabela 7 podemos perceber que a maioria dos médicos não utilizou o espaço de programação das consultas de HTA, tendo ficado períodos livres de programação. Esta situação deveu-se à novidade que foi a introdução nos horários médicos da Consulta específica de vigilância de HTA e a falta de hábito dos doentes em serem avaliados em consultas específicas pela sua HTA e marcarem por iniciativa própria consultas com este fim. Devido à falta de conhecimento dos utentes da especificidade de marcação em horário próprio para este tipo de vigilância a maio-

¹⁶ - Dado do programa de Consulta posto à disposição das USF para monitorizar a evolução dos indicadores

ria dos utentes foi vigiado através da marcação de consulta de adultos e durante a sua realização efectuou-se a vigilância do Programa de HTA. Torna-se assim claro porque é que na maioria dos médicos tenham ficado livres os espaços específicos para Programação de Consultas de Vigilância de HTA. No caso específico de dois clínicos e porque o espaço que tinham no agendamento não era suficiente, foram utilizados espaços de Consultas que inicialmente estavam destinadas a marcações de Saúde de Adultos mas que com a programação foi feita pelo médico, o mesmo alteração a designação do tipo de consulta para HTA, tendo por isso feito programações extra para tentar responder há necessidades de vigilância dos seus doentes com diagnóstico de HTA.

Propostas

Primeiro deveremos conhecer de forma mais aprofundada o número de utentes que cada médico possui no seu ficheiro com o diagnóstico de HTA e com o compromisso de vigilância na USF ALPHA activo. Somente desta forma poderemos programar o nosso horário com mais rigor e se necessário até alterar o número de consultas que semanalmente disponibilizamos para a programação de consultas de vigilância de HTA.

No entretanto deveremos estudar detalhadamente o motivo pelo qual os doentes faltam com tanta frequência a consultas previamente programadas tornando depois a sua vigilância deficitária e fazendo com que a tarefa do médico em fazer um serviço de qualidade no controle da sua patologia seja mais complexa ou por vezes mesmo impossível.

Está em curso na nossa USF um estudo detalhado sobre as faltas dos Utesntes às consultas programadas e a tentativa de perceber o fenómeno para que possamos daqui a algum tempo apresentar soluções verdadeiramente adequadas para a sua resolução, ou pelo menos para minorar o seu impacto.

Deverá ser estudada a forma de conseguir realizar todas as propostas que nos são veiculadas pelos objectivos da Administração Central. Pormenorizando, num horário de um clínico com 35 horas semanais onde tem que encaixar programações de consultas de variados tipos (Saúde Infantil (SI), Saúde Materna (SM), Planeamento Familiar (PF), HTA, Diabetes Mellitus (DM), Saúde de Adultos (SA), Rastreio Oncológico (RO), Consulta de Agudos para atendimento das situações de doença agudas no próprio dia para os utentes dos seus ficheiros e ainda a realização da Consulta de Intersubstituição diária), atingir números de vigilâncias adequadas cada vez mais exigentes e finalmente manter uma acessibilidade de 5 dias. Assim neste contexto, a situação torna-se quase impraticável, pois visto que a programação das consultas de Saúde de Adultos são normalmente da iniciativa do utente e sabendo nós que em Portugal o consumo de consultas nos Cuidados de Saúde Primários é exacerbado, manter a acessibilidade de programação a 5 dias para a programação por iniciativa dos utentes e atingir patamares cada vez mais exigentes de vigilâncias (o que exige cada vez mais disponibilidade de horário com vagas para programações de Consultas de Vigilâncias) não é possível encaixar nos horários semanais atribuídos a cada clínico estas necessidades. Sabemos bem que o objectivo das USF é melhorar a produtividade diminuindo os custos, mas há limites para essa exigência, por

isso ou alteramos a forma como deixamos os nossos utentes utilizar o seu Sistema Nacional de Saúde ou então teremos que diminuir os patamares de exigência que pretendemos das Unidades de Saúde Familiar.

Consulta de Diabetes Mellitus

Introdução

Neste momento esta é uma das patologias em que a comunidade científica mais tem investido tanto na etapa da detecção e diagnóstico como na etapa do tratamento e controle. Esta realidade advém do conhecimento cada vez mais pormenorizado da fisiopatologia desta doença e das consequências em termos de morbilidade e mortalidade a médio/longo prazo do atraso do seu diagnóstico e do seu tratamento ineficaz.

Esta enfermidade é uma das doenças com uma incidência com um crescimento galopante no mundo Ocidental (muito devido às alterações marcadíssimas dos estilos de vida) e que se não devidamente diagnosticada e tratada acarreta mais morbilidades, morbilidades e que acarreta custos pessoais e para a sociedade em geral pesadíssimos.

Sabemos tanto pela literatura cada vez mais frequente nesta área, assim como pela nossa experiência diária no tratamento destes doentes que o diagnóstico de Diabetes é um estigma que desde logo temos que trabalhar com o doente e tentar esclarecer o mesmo da melhor forma para dissipar os inúmeros mitos que ainda pululam o imaginário dos nossos utentes. De seguida é fundamental que o doente perceba que mais do que qualquer outra patologia (dentro das patologias mais frequentes nas sociedades ocidentais), esta necessita que o doente mude drasticamente, na maioria das vezes, o seu estilo de vida. Estes é um passo fundamental para conseguir o sucesso no tratamento desta enfermidade e é também um dos passos mais difícil de conseguir junto dos nossos doentes com o diagnóstico de Diabetes Mellitus.

O tratamento farmacológico também encerra bastantes especificidades e como tal torna a gestão desta doença complexa.

Assim está claro que o investimento numa consulta de vigilância específica multiprofissional na USF (médico e enfermeiro) com a periodicidade recomendada pelas NOC reveste-se de uma tal importância, que deveremos cada vez mais insistir na possibilidade de termos no nosso horário de trabalho semanal a possibilidade para estas programações, e que esta mesmas sejam em número suficiente para um correcto seguimento de todos os nossos doentes diabéticos.

Tendo esta premissa em mente a USF ALPHA tem uma consulta Programada de Vigilância de Diabetes Mellitus com consulta integrada num só tempo de enfermagem e médica, e que é programada para cada doente de forma trimestral com avaliação detalhada da evolução do doente tanto no tratamento da sua doença como também na avaliação do impacto bio-psico-social da mesma para podermos intervir, se possível, de forma antecipada.

Diagnóstico de Situação da Consulta de Diabetes Mellitus

Segundo os dados obtidos no Programa que nos foi colocado à disposição para consultar a evolução dos indicadores contratualizados pela USF com o ACES/ARS Centro, I.P. a nossa USF tem 316 doentes Com diagnóstico de Diabetes Mellitus com compromisso de seguimento na mesma.

Destes, 256 doentes tiveram 3 ou mais registos de HgA1c nos últimos 12 meses, ou seja foram seguidos de acordo com as NOC. Assim sendo 81,01% dos doentes fores correctamente vigiados e orientados.

Não poderemos por falta de dados e de capacidade de consultar estes registos/estatística detalhar por médico quantos utentes estão diagnosticados com Diabéticos e com compromisso de vigilância na USF, e sendo assim também não conseguimos retirar os dados em relação ao número destes doentes que tiveram durante o ano de 2010 pelo menos 3 HgA1c registadas sendo que o último registo consta no último trimestre do ano.

Na tabela seguinte vamos demonstrar, à semelhança do que fizemos para as consultas de vigilância de HTA, o estado ao longo do ano de 2010 das programações de consultas de Diabetes.

Médicos	Quantidade ¹⁷	% Consultas ¹⁸	Confirmadas ¹⁹	% Confirmadas ²⁰	Faltas	% Faltas ²¹
Alcino	311	11,36	282	11,81	29	9,32
Fátima	219	6,49	196	6,96	23	10,50
Margarida	241	8,60	224	8,74	17	7,05
Luís	138	5,19	120	4,90	18	13,04
Oleksandr	357	13,06	304	12,91	53	14,85
Rafael	201	9,23	179	9,56	22	10,95

Tabela 8 - Estatística da Consulta de Diabetes Mellitus por Médico na USF ALPHA no ano de 2010

Fizemos também a avaliação da capacidade de marcação que cada médico teve durante o ano de 2010 para vigilância de Consulta de Diabetes Mellitus, e as que realmente foram utilizadas para esse fim.

Programação das Vigilâncias	Médicos					
	Alcino	Margarida	Luís	Fátima	Oleksandr	Rafael
Capacidade de Programação	367	311	215	252	264	304
Consultas efectivamente programadas	311	241	138	219	357	201
Total	+56	+70	+77	+33	-93	+103

Tabela 9 - Avaliação entre a capacidade de Programação das Consultas de Diabetes e as Consultas efectivamente programadas de Diabetes no ano de 2010

¹⁷ -Quantidade de Consultas Programadas de Diabetes

¹⁸ -Percentagem de consultas Programadas em relação ao total de todas as consultas programadas

¹⁹ -Numero de Consultas de Diabetes programadas e que foram confirmadas

²⁰ -Percentagem de Consultas de Diabetes confirmadas em relação ao total de todo o tipo de Consultas Confirmadas

²¹ -Percentagem de Faltas às consultas programadas de Diabetes

Discussão

Fazendo a comparação entre os objectivos estratégicos como ponto de referência, percebemos que o objectivo estabelecido (percentagem de doentes diabéticos com diagnóstico de Diabetes estabelecido e compromisso activo de vigilância na USF, com 3 ou mais doseamentos de HgA1c em 12 meses) para o ano de 2010 foi atingido e superado de forma clara (atingido 81,01%²² e Objectivo 75%).

Pelo observado na tabela 8 concluímos que há uma discrepância bastante acentuada na programação dos doentes diabéticos. Isto deve-se à discrepância que existe entre o número de doentes diabéticos diagnosticados em cada um dos ficheiros dos médicos de família que constituem esta USF. Estas programações também divergiram muito devido a hábitos antigos dos utentes que muitas das vezes marcaram consulta de Saúde de Adultos para que pudessem ser vigiados em relação à sua Diabetes, pois não havia antes o hábito de fazer marcações programadas para uma vigilância conforme as NOC mais recentes. Por isso muitas das vezes não se ocupavam os espaços para este fim nos horários dos clínicos pois os doentes já tinham efectuado esta sua consulta de uma outra forma. Isto explica porque é que conseguimos atingir e superar o objectivo estratégico acordado e porque é que houve tantas Consultas programáveis que ficaram livres (Tabela 9), sendo neste contexto de esperar que assim não atingíssemos o objectivo a que inicialmente nos tínhamos proposto, tendo no final sucedido o oposto.

Continuamos a observar que houve uma percentagem relevante de faltas às consultas programadas, o que levou que os utentes (visto que superamos o Objectivo a que nos tínhamos proposto) a marcar consultas de Saúde de Adulto após terem faltado a que tinham previamente programada, diminuindo assim claramente a acessibilidade da USF, facto que nos é sempre alheio e que não sabemos se terá uma resolução fácil.

Pela tabela 9 vemos que houve consultas de diabetes que não foram programadas em todos os médicos. Isto deveu-se a um diagnóstico feito antes de iniciarmos actividade que poderá ter sido excessivo em relação ao número de consultas de Diabetes necessárias (pelo menos para início de actividades), e porque pelo menos na HTA havia falta de possibilidade de programação, muitas destas consultas foram utilizadas para programar doentes com HTA em vez de programar doentes Diabéticos.

Há na Tabela 9 uma excepção que foi apreciada no ficheiro do Dr. Oleksandr, em que realmente teve que programar mais Consultas de Diabetes do que inicialmente tinha previsto. Isto deve-se ao facto de que o ficheiro do Dr. Oleksandr foi um ficheiro que resultou da junção de doentes que já não eram vigiados há alguns anos, motivo pelo qual só ao longo do desenvolvimento da sua actividade clínica no dia-a-dia é que se foi apercebendo da real extensão do número dos seus utentes com o diagnóstico de Diabetes e como tal teve que fazer um esforço suplementar para poder dar resposta à sua vigilância.

²² - Dado do programa de Consulta posto à disposição das USF para monitorizar a evolução dos indicadores

Propostas

Tendo em conta que atingimos o superamos o Objectivo que nos propusemos, a equipa para o próximo ano vai incidir cada vez mais na monitorização da qualidade da consulta e nos indicadores específicos de cada clínico da equipa, mais do que nos indicadores globais da USF.

Neste contexto e até porque o Programa de Acompanhamento Interno do ano de 2010 foi sobre a qualidade dos Registo no Programa de vigilância da Diabetes, vamos tentar agora melhorar os indicadores individuais de cada médico e assim conjuntamente conseguiremos uma melhoria do indicador global e necessariamente da qualidade do controle dos nossos doentes diabéticos e que são por nós vigiados.

Vamos também reavaliar a capacidade de agendamento que cada horário médico tem disponível para as consultas de Diabetes e assim definir se o mesmo está adequado e se deve manter ou se pelo contrário o devemos alterar e privilegiar outro tipo de programas de vigilância ou outro tipo de consultas.

Programa de Acompanhamento Interno da USF ALPHA no ano de 2010

No contexto do tema anteriormente apresentado vou plasmar aqui o nosso relatório sobre o Programa de Acompanhamento Interno para o ano de 2010 da USF ALPHA.

AVALIAÇÃO CONTINUA DE QUALIDADE

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS REGISTOS NO PROGRAMA DE VIGILANCIA DA DIABETES MELLITUS

Autor: Oleksandr²³, Hélder²⁴ Fernandes, Catarina Lamas², Rafael Gonçalves¹, Alcino Santos¹, Cristiana Santos²

RESUMO

Introdução

A diabetes é uma doença crónica com uma elevada prevalência a nível mundial, atingindo mesmo proporções epidémicas. Cerca de um terço da população portuguesa tem diabetes ou encontra-se em situação de risco. De acordo com o Estudo da Prevalência da Diabetes em Portugal, 11,7% da população portuguesa é diabética. Portugal tem 905 035 diabéticos.

Para o Diagnóstico de Diabetes foram utilizados os critérios de diagnóstico da ADA (glicemia ocasional ≥ 200 mg/dl e sintomas de diabetes - poliúria, polidipsia e emagrecimento inexplicado; ou glicemia plasmática em jejum ≥ 126 mg/dl ou prova de tolerância oral a glicose ≥ 200 mg/dl, aos 120 minutos ou HbA1C $\geq 6,4\%$).

A Diabetes tipo 2 tem uma fisiopatologia multifactorial, apresentando os doentes uma resistência periférica à insulina e, simultaneamente, defeitos secretórios, ao nível da célula β , com uma consequente deficiência relativa de insulina. A maior parte destes doentes apresentam uma elevada prevalência de outros factores de risco cardiovasculares, dos quais se destacam a hipertensão arterial (HTA), a dislipidemia e o excesso de peso ou obesidade, com um padrão de acumulação de gordura a nível abdominal.

Assim, pela dimensão da sua prevalência, pelas suas desastrosas complicações, por ser uma situação verdadeiramente desafiante, em que o profissional de saúde tem um poder extraordinário na evolução da doença, no destino do próprio doente, torna-se pertinente uma análise desta patologia nos doentes da USF Alpha.

Para uma melhoria contínua dos cuidados prestados é essencial uma avaliação da qualidade, nomeadamente dos registos de tensão arterial (TA), hemoglobina glicosilada (HbA1C), Perímetro abdominal (PA) e Índice de Massa Corporal (IMC), entre outros, efectuados na consulta de vigilância de Diabetes.

²³ Médicos da USF ALPHA

²⁴ Enfermeiros da USF ALPHA

Trata-se de um exercício que se reveste de alguma importância, permitindo a obtenção de dados que possibilitem um melhor planeamento da actividade futura.

Objectivos

Avaliar o registo da TA, HbA1C, PA e IMC nas consultas de vigilância de Diabetes com a finalidade última de melhorar a qualidade no seguimento dos doentes diabéticos, implementando as medidas necessárias de forma a melhorar a prestação de cuidados.

Realizar nova avaliação para verificar a evolução da qualidade dos registos.

Metodologia

Dimensão estudada: adequação técnico científica.

Unidades de estudo: todos os utentes vigiados na USF, que tiveram consulta de Vigilância de Diabetes em Setembro de 2010 e todos os utentes vigiados na USF, que tiveram consulta em Dezembro de 2010.

Tipo de dados: dados de processo.

Fonte dos dados: processo clínico.

Tipo de avaliação: interna (inter-pares).

Critérios de avaliação: todas os doentes diabéticos devem ter trimestralmente uma medição de TA, IMC, PA e HbA1C registada pelo médico.

Padrão de qualidade dos registos: Muito bom se $\geq 95\%$ de registos completos, aceitável se $75 - 94\%$ de registos completos, Não aceitável se $<75\%$ de registos completos.

Colheita de dados: colheita efectuada pela equipa nomeada pelo Conselho Geral a USF ALPHA, através de observação directa dos processos clínicos.

Relação temporal: avaliação retrospectiva.

Método de identificação: base institucional (ficheiro).

Resultados

Em Setembro de 2010 recorreram às consultas de vigilância de Diabetes 15,31 % (83)²⁵ dos diabéticos inscritos e vigiados na USF ALPHA²⁶ e verificou-se registo completos dos parâmetros avaliados nas consultas de vigilância em 98%, o que foi considerado um padrão de qualidade "muito bom".

²⁵ Ver Anexo 1

²⁶ Segundo o SAMStat temos 542 diabéticos identificados como inscritos e vigiados na USF ALPHA

Em Dezembro de 2010 recorreram às consultas de Vigilância de Diabetes 22, 14 % (120)3 dos diabéticos inscritos e vigiados na USF ALPHA4 e verificou-se registo completos dos parâmetros avaliados nas consultas de vigilância em 98%, o que foi considerado um padrão de qualidade "muito bom".

Discussão

Da análise da qualidade dos registos no estudo realizado em Setembro de 2010 e Dezembro de 2010 a avaliação foi considerada sempre "muito boa", uma vez que a boa prática clínica na vigilância da Diabetes já está enraizada nos profissionais da USF ALPHA.

Em Setembro por falha do registo nos dois casos da altura do doente não foi possível calcular o IMC.

Após os resultados obtidos em Setembro de 2010 foi feita uma acção de sensibilização junto do corpo de enfermagem e corpo médico para que tivessem atenção durante o preenchimento dos registos do programa da Diabetes Mellitus. Após avaliação dos dados de Dezembro de 2010 houve manutenção em percentagem da qualidade dos registos apesar de em número absoluto ter havido ligeiríssima deterioração (em Setembro de 2010 eram 2 registos incompletos e em Dezembro de 2010 foram 3 caso) dos registos. Esta situação explica-se num dos casos pela doente em questão ter sido submetida a cirurgia e ter estado internada não tendo podido realizar as análises e portanto a HgA1c estar em falha. O segundo caso apresenta um mau registo da análise pelo facto de o doente ter vindo mais cedo e o profissional ter aberto indevidamente o programa de vigilância de Diabetes, sendo que depois na altura da consulta de vigilância já estava registado o valor. O terceiro caso o profissional não pediu por esquecimento a análise e como tal não houve registo de HgA1c. Em suma tendo havido um aumento da amostra significativo de Setembro para Dezembro e fazendo uma extrapolação estatística simples (sendo que um caso não pode ser imputável a mau registo) houve uma melhoria significativa.

Estes excelentes resultados demonstram a preocupação por parte dos profissionais envolvidos no registo dos parâmetros da vigilância da diabetes, depois de sensibilizados quanto à importância destes registos.

Conclusão

A diabetes é, sem qualquer dúvida, uma das bandeiras dos Cuidados de Saúde Primários. Trata-se de uma doença complexa, com atingimento multissistémico, com uma elevada morbidade e mortalidade, estas últimas agravadas pela concomitância de outros factores de risco cardiovasculares. Uma doença com estas características exige um seguimento muito estreito dos doentes, quer do ponto de vista clínico, como laboratorial. Desde logo o desafio de um adequado controlo glicémico, recorrendo ao armamento terapêutico existente, o rastreio de todas as complicações que podem advir desta patologia e o controlo de todos os factores de risco cardiovasculares adicionais.

A ideia deste trabalho surgiu após ter sido pedido durante o processo de contratualização um Plano de Acompanhamento interno numa área, e a equipa ter decido que esta seria uma área importante em termos de avaliação da qualidade do trabalho que desenvolvemos. A qualidade dos registos na consulta assume um papel fundamental na qualidade da medicina praticada.

Durante a descrição deste programa aparecem referências aos anexos, para que este relatório de actividades possa ser entendido de forma cabal, quando enviarmos o mesmo, enviaremos também o Trabalho completo sobre o tema “Programa de Acompanhamento Interno da USF ALPHA no ano de 2010”.

Consulta Domiciliária Médica

Introdução

Como sabemos os Cuidados Domiciliários como parte integrante das actividades dos Cuidados de Saúde Primários foi sempre uma actividade vista como secundária e até pouco produtiva. Nesta nova forma de trabalhar a nível dos Cuidados de Saúde Primários, esta actividade sofreu uma revitalização como há anos não era vista, passando inclusive a fazer parte dos objectivos estratégicos da USF ALPHA em particular, e da carteira básica de serviços a contratualizar por qualquer USF.

O motivo pelo qual esta actividade passou a ser tão importante deve-se aos ganhos claros que obtemos em saúde quando começamos a programar e a seguir de forma regular os nossos doentes dependentes. Com esta melhoria dos cuidados domiciliários começamos primariamente por ter a noção mais clara das reais necessidades dos nossos doentes dependentes. Neste processo passamos a fazer promoção de medidas preventivas o que por si só leva à diminuição das necessidades de domicílios não programados e até do recurso aos serviços hospitalares. Sendo assim a melhoria da qualidade de vida dos nossos doentes dependentes melhora significativamente e as famílias sentindo-se mais apoiadas sentem menor pressão e esgotam-se com menos frequência.

Assim a USF ALPHA no seu primeiro ano de actividade fez um esforço marcado para tentar identificar por médico os seus utentes em situação de dependência e começar por tentar melhorar a prestação dos Cuidados domiciliários e tentar assim obter ganhos em saúde, tanto na qualidade de vida dos Doentes como na diminuição dos custos globais que estes utentes acarretam para o Sistema Nacional de Saúde.

Apresentamos de seguida os dados que conseguimos obter em relação a esta actividade.

Diagnóstico da Situação dos Cuidados Domiciliários Médicos

Segundo os dados obtidos no Programa que nos foi colocado à disposição para consultar a evolução dos indicadores contratualizados pela USF com o ACES/ARS Centro, I.P. a nossa USF teve inscritos 10285 Utentes. Segundo o mesmo Programa foram efectuadas 176 visitas domiciliárias médicas no ano de 2010. Isto deu uma Taxa de visitas domiciliárias de 17,11 %.

No entanto o número de consultas domiciliárias que retiramos do SINUS é ligeiramente diferente, ou seja no SINUS, no ano de 2010, foram efectuadas 186 vistas domiciliárias médicas. Assim se seguirmos este numerador em vez do que nos é dado de forma oficial pelo Programa da ARS Centro, I.P., a Taxa de visitação domiciliária será de 18,08%.

Na tabela seguinte fazemos a discriminação por médico de família que integra a equipa da USF ALPHA, das visitas domiciliárias efectuadas.

Domicílios	Médicos						Total
	Alcino	Margarida	Fátima	Luís	Rafael	Oleksandr	
Mulheres	14	20	31	13	22	4	104
Homens	9	20	12	21	7	13	82
Total	23	40	43	34	29	17	186

Tabela 10 - Número de domicílios por sexo e por médico de família da USF ALPHA no ano de 2010

Discussão

Pelos Números atrás apresentados e tendo em conta o Objectivo estratégico desta USF para o ano de 2010 e para esta actividade poderemos considerar utilizando a “almofada” que nos é permitida de 10% neste tipo de situações o nosso objectivo de no ano em questão obtermos uma taxa de visitação domiciliária médica por 1000 utentes (objectivo era de 20%) foi conseguido, pois atingimos uma taxa de Visitação domiciliária de 18,08%. Para atingirmos o Objectivo de 20% deveríamos ter efectuado 205,7 vistas. Com a almofada de 10%, o patamar inferior seria de menos 20,57 visitas o que daria no total 185,13 vistas. Como já foi demonstrado pela tabela 10 a USF ALPHA teve um total de 186 visitas domiciliárias médicas no ano de 2010.

Temos a noção que atingimos este Objectivo estratégico devido à possibilidade que nos é facultada de ter uma almofada de 10%. No entanto isto é facilmente explicável e penso que no próximo ano, esta actividade será substancialmente melhorada e este objectivo será sem dúvida superado. A explicação para a dificuldade em atingir o objectivo em 2010, tem a ver com a tradição de não se programarem domicílios de forma sistemática e de haver em alguns ficheiros, nomeadamente o que foi constituído de novo e de raiz (caso do ficheiro a cargo do médico, Dr. Oleksandr), a falta de noção da quantidade de doentes dependentes e que se enquadram na rubrica de necessidade de visitação domiciliária médica programada e regular.

Apesar de tudo se formos avaliar o historial de anos anteriores da Extensão de Saúde de Válega e S. Vicente Pereira (por exemplo no ano de 2008 o total de domicílios para uma população

similar foi de 44 domicílios no ano todo, e a utilizarmos o mesmo denominador daria uma taxa de visitação domiciliar médica de 4,28%) é notório o esforço de toda a equipa e dos ganhos em saúde tanto na melhoria da qualidade de vida dos nossos utentes dependentes, tanto como nos gastos em saúde, pois devido à prevenção e promoção de comportamentos adequados em doentes com dependência diminuímos em definitivo as morbilidades e até mesmo a necessidade do recurso aos Cuidados de Saúde Secundários (Hospitais).

Propostas

As propostas para esta actividade baseiam-se essencialmente numa proposta de abrangência mais global. A saber a melhoria da programação dos Cuidados domiciliários, com visitação integrada (já se realizou durante todo o ano de 2010) com uma equipa constituída por médico e enfermeiro/a, e que preste cuidados básicos, ensinamentos fundamentais e apoio aos cuidadores tanto a nível de formação como de apoio psicológico para que não atinjam o esgotamento por terem que tratar do seu familiar dependente.

Temos também uma proposta que pretendemos fazer à URAP (Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados) do nosso ACES (Agrupamento de Centros de Saúde) para tentarmos organizar para os cuidadores dos nossos doentes dependentes de um grupo de Auto-Ajuda e que lhes permita passar a lidar melhor com a sua situação assim como melhorar significativamente a qualidade e quantidade de cuidados que poderão e conseguirão prestar aos seus dependentes.

Consulta de Intersubstituição

Introdução

Conforme já foi explanado no nosso Plano de Actividades para o triénio 2011-2013, esta consulta reveste-se de importância crucial, pois qualquer USF que almeje chegar aos patamares mais elevados de qualidade deve dar resposta durante o seu período de funcionamento a todos os seus utentes que procurem cuidados de saúde por doença aguda, no próprio dia. Como é natural os médicos de família devido a todas as tarefas que devem desempenhar no seu dia-a-dia de trabalho não podem ter resposta ilimitada a estes pedidos dos seus próprios utentes. Nestas situações uma organização de qualidade tem que ter uma forma de dar uma resposta satisfatória aos utentes que realmente necessitem de avaliação médica no próprio dia, mas em que o seu próprio médico de família já não tem capacidade de o fazer nas condições apropriadas. Assim foi criada na nossa USF uma Consulta que inicialmente foi designada de Consulta Aberta mas que nós no momento preferimos designar de Consulta de Intersubstituição. Porquê Intersubstituição? Naturalmente porque o que realmente acontece é que o utente que não pode ser avaliado pelo seu próprio médico de família por esgotamento de recursos do mesmo no próprio dia, terá sempre à disposição uma consulta médica de qualidade. Esta é dada por um médico que está escalado para a Consulta de Intersubstituição e que substituirá nesta situação particular o médico de família do doente e responderá de forma a resolver a situação aguda que motivou a ida do doente à USF. Daqui consulta de Intersubstituição.

Devido à noção que desde cedo tivemos que muitas das vezes a procura destas consultas no próprio dia não são de todo por motivos que necessitem realmente de uma avaliação e contacto médico directo no próprio dia, a USF ALPHA decidiu elaborar um Protocolo de Triage a ser aplicado a todos os utentes que procurem a USF no seu período de funcionamento pedindo uma avaliação médica no próprio dia. Foi decidido que devido à maior flexibilidade de encaixe das actividades no seu dia-a-dia de trabalho o corpo de enfermagem seria o mais adequado para operacionalizar este Protocolo. Deste modo iniciamos funções criando um ficheiro em Excel instalado em todos os postos de trabalho do Corpo de enfermagem, em que o enfermeiro simplesmente e de forma muito rápida inquiriria o utente do motivo da sua vinda à USF, e bastará colocar uma cruz no local da queixa (o programa de Excel tem todos os motivos de pedido de Consulta que podem à partida aparecer na USF) e automaticamente o programa de Excel dita a orientação do utente (consulta no próprio dia, Consulta Breve – Consulta a marcar para o seu médico de família em 2 ou 3 dias no máximo, Consulta ou tratamento de enfermagem a realizar no momento ou a programar, envio automático ao SU do Hospital ou então marcação Programada para quando houver vaga no horário do médico de família do Utente).

Após um ano da aplicação deste Protocolo que inclusive o nosso ACES já enviou ao colégio de Clínica Geral da Ordem dos Médicos para opinião, estamos a elaborar um trabalho detalhado para determinar da sua pertinência e das necessidades de alterações.

Passaremos de seguida de forma resumida a apresentar os números que obtivemos nesta Con-

sulta de Intersubstituição da nossa USF e que por questão de poder ser contabilizada foi denominada a nível do SINUS como Consulta de Reforço.

Diagnóstico da Situação da Consulta de Intersubstituição

Na tabela seguinte apresentamos o número de Consultas de Reforço (consultas de Intersubstituição) que cada médico desta USF efectuou durante o ano de 2010.

Médicos	Número de Consultas de Reforço Efectuadas
Alcino Sousa santos	489
Margarida Polónia	418
Fátima Veiga	484
Luís Adelino	577
Rafael Gonçalves	570
OLeksandr	447
Total	2985

Tabela 11- Número de Consultas de Intersubstituição realizadas no ano de 2010 por médico

Discussão

Segundo os dados retirados do SINUS a relação entre o total de consultas efectuadas pelos médicos da USF e as Consultas de Intersubstituição (38591 e 2985 respectivamente) percebe-se que a consulta em questão é realmente importante e retira de outros serviços (como o caso dos SAP e Serviços de Urgências dos Hospitais) um número significativo de utentes fazendo com que o utente tenha resposta às suas necessidades no seu local de residência o que melhora a qualidade percebida e em termos de custos há claramente uma poupança significativa.

No caso da USF ALPHA todos os Utentes para os quais seja determinado que realmente necessitam de uma avaliação médica no próprio dia, têm garantido um serviço de qualidade superior pois além de rapidamente saberem a sua orientação (aplicação do Protocolo de Triagem que é realizada da forma mais célere possível, diminuindo assim a espera na USF do Utente) ficam também a saber a sua hora de atendimento permitindo assim que se não for no imediato (o que raramente acontece) possam organizar a sua vida, não tendo que permanecer horas infinitas dentro da USF à espera de uma consulta, e que só necessitem de estar 10 minutos antes do horário de atendimento previsto para a sua consulta no próprio dia na USF. Isto reduz os inconvenientes ao máximo que a necessidade de uma avaliação médica no próprio dia por situações de doença aguda não urgente na maioria das vezes acarreta.

Por outro lado temos a certeza que os doentes que realmente são atendidos são portadores de situações que realmente, no contexto dos Cuidados de Saúde Primários, necessitam de ser avaliadas no próprio dia.

Percebemos que de forma geral os médicos fazem mais ou menos o mesmo número de consultas de Intersubstituição sendo no entanto que dois médicos se destacam ligeiramente. Isto em nossa opinião deve-se ao tipo de horas e dias em que realizam a Consulta de Intersubstituição. Estes dois profissionais têm escalas para realização da Consulta de Intersubstituição mais exigente, pois realizam consultas na segunda e sexta-feira de manhã e que são períodos de maior afluência de pedidos de Consulta para o próprio dia.

Estamos contudo a realizar um estudo detalhadíssimo do Protocolo de Triagem que será alvo depois de publicitação junto dos nossos superiores hierárquicos e que penso irá permitir que sejam pensadas alterações de estratégias para este tipo de atendimento e mesmo até de orientações.

Propostas

A proposta nesta área está resumida no último parágrafo da discussão. Com a realização do estudo detalhado de todas as fichas que resultaram da aplicação do Protocolo de Triagem vamos poder concluir se ele é eficaz e melhora realmente a qualidade do serviço prestado. Vai também demonstrar quem são os utentes que mais recorrerem a este tipo de consultas e a que ficheiro pertencem (se é que vamos encontrar diferenças neste parâmetro) e a haver diferenças estatisticamente significativas permitirá ao profissional visado ponderar alterações das suas estratégias e novas orientações para a sua actividade clínica. Vai também permitir perceber que motivos mais frequentemente motivam a ida à consulta do dia e se haverá a hipótese de alterar alguma coisa de forma a diminuir este acesso diário a consultas que são dispendiosas a todos os contribuintes. Estão também em estudo outros parâmetros que serão de extrema relevância para poder dar força a esta nossa nova estratégia para melhorar os Cuidados em situações de doença aguda.

Avaliação dos Objectivos expressos na área de Eficiência

Introdução

Na área da eficiência estão dois objectivos muito claros. São objectivos financeiros e que são Custo / utilizador estimado para medicamentos prescritos (valor facturado a PVP) e o Custo / utilizador estimado para meios complementares de diagnósticos e terapêutica prescritos (valor facturado a PVP).

Esta é uma das áreas mais sensíveis da actividade de uma USF. A USF deve ser produtiva, melhorar a qualidade, a acessibilidade, a eficácia e eficiência do trabalho nela desenvolvido e ao mesmo tempo fazer tudo isto com menos custos. Posto desta forma parece que esta área é uma área fria, que pouco tem a ver com uma actividade que deve ser essencialmente humanista e que a ser levada a sério vai destruir o espírito da mui nobre actividade do médico, enfermeiro e secretário clínico.

Vamos olhar com mais atenção para esta dialéctica. Os recursos que são postos à nossa disposição são recursos que advêm dos impostos que os contribuintes pagam. Logo é um recurso que não é de um grupo de pessoas específico mas que pertence à população de todo um país, além de serem escassos e limitados. Assim sendo, será claro que deveremos ser o mais cuidadosos e parcimoniosos possível no uso diário destes recursos que nos são postos à disposição. Estudos detalhados ao longo dos anos têm vindo a demonstrar que nunca tivemos muito cuidado com estes factores e que esta não é uma deficiência nossa mas sim de todas as sociedades modernas e evoluídas. O desperdício e muitas vezes a falta de conhecimentos mais actualizados levam-nos a gastos nestas duas áreas desnecessários e muitas das vezes pecaminosos.

Neste contexto torna-se claro que um relatório de Actividades de uma Organização que ambicione a qualidade crescente deve debruçar-se demoradamente sobre esta matéria e tentar perceber se há desperdícios, se eles existem onde é que estão e programar a equipa para a redução dos mesmos.

Diagnóstico da Situação dos Objectivos da Eficiência

Este diagnóstico terá que ficar adiado, pelo menos um diagnóstico sério e mais aprofundado, para uma altura em que as autoridades competentes pelo fornecimento destes dados nos façam chegar os mesmos, e que nos enviem dados detalhados e perceptíveis para pessoas sem formação superior na área da gestão e economia. Só desta forma será possível a equipa da USF debruçar-se sobre estes dados e poder concluir alguma coisa podendo assim tomar medidas correctoras e de equilíbrio.

No entanto em Outubro de 2010 foi-nos enviado um ficheiro em Excel pelo Departamento de Contratualização da ARS Centro, I.P. onde constavam estes valores (de uma forma global) e

que segundo informações verbais recebidas do nosso ACES apesar de aparecerem na coluna do mês de Outubro de 2010 respeitavam a valores apurados até Agosto de 2010.

Na tabela seguinte descrevemos e plasmamos o que recebemos em relação a estes dois objectivos na nossa USF.

Indicador	Descrição Indicador	Numerador	Denominador	Resultado
7.6	CM medica/ presc. utiliz (PVP)	1.871.659	6.852	273,16
7.6d1	CM medica/ fact (PVP), p/ utiliz SNS	956.898	6.564	145,78
7.6d2	CM medica/ presc, p/ utlz (SNS)	1.177.444	6.564	179,38
7.7	CM MCDT s presc p/ utiliz	253.746	6.852	37,03
7.7d1	CM MCDT s fact. p/ utilizador SNS	203.731	6.564	31,04

Tabela 12 - Resultados dos Objectivos de Eficiência contratualizados para o ano de 2010 pela USF ALPHA

Como dissemos atrás estes valores carecem de validação e são com certeza valores parciais e não podem ser aferidas conclusões pelos motivos atrás referidos.

Discussão

Difícilmente se poderá fazer uma discussão séria destes resultados pelo que já foi dito atrás. No entanto poderemos tecer algumas considerações acerca deste assunto.

Se se mantivesse a tendência de evolução destes indicadores e tendo em conta que os mesmos diriam respeito à facturação real até Agosto de 2010, o que se poderá extrapolar é que no indicador contratualizado em relação aos medicamentos a USF iria obter como resultado 218,67 € o que faria com que o objectivo estipulado para 2010 (Objectivo era 202€) não fosse atingido ($145.78/8=18.22$, como teríamos mais 4 meses de actividade multiplicaríamos por 4 o que daria mais 72,89€ que somando aos 145.78 daria então os 218.67€). Este raciocínio é muito simplista e provavelmente peca por excesso pois não entra em linha de conta com o aumento dos utilizadores activos por exemplo que são impossíveis de calcular, assim como os gastos nos meses seguintes.

Em relação aos MCDT fazendo o mesmo raciocínio o resultado no final de 2010 seria de 46,56€ (se até Agosto de 2010 se gastou em MCDT 31.04€ e dividindo por 8 teríamos uma média mensal de 3.88€, e sabendo que teríamos pela frente mais 4 meses $4*3.88=15.52€$ que somados aos 31.04 daria então os 46,56€). Neste caso o nosso indicador para o ano de 2010 (Objectivo era 55,11€) tinha sido cabalmente atingido e até ficando muito além do contratualizado. Mais uma vez é relevante dizer que este raciocínio é simplista e até poderá ser pueril pois não entra em linha de conta com os factores que já foram atrás descritos.

Portanto perante este cenário só nos resta aguardar por dados mais concretos e fidedignos para depois podermos fazer uma avaliação séria desta problemática.

Propostas

Uma proposta que nos parece muito pertinente e que nos parece que não tem sido levada em linha de conta quando se faz a contratualização é que é deveras importante conhecer no terreno a realidade das populações e as suas morbilidades e necessidades para que se possam traçar objectivos realistas economizadores mas que não ponham em risco a assistência qualitativa à população específica em questão.

Segundo será importante que os resultados da facturação da USF sejam cada vez mais realistas e disponibilizados de uma forma célere. Correndo o risco de parecer que somos utópicos o fornecimento destes dados deveria ser quase em tempo real, e quando muito não ter mais que 1 mês de atraso. Porquê? Porque só um seguimento apertado destes resultados e um diagnóstico quase mensal da situação nos permitirá corrigir de forma eficaz os desvios e assim pudermos realizar uma poupança real e significativa, não prejudicando a assistência de qualidade que pretendemos dar aos nossos utentes.

Por fim e se calhar não menos importante há mecanismos de pudermos continuar a ser altamente eficazes e eficientes na vigilância dos nossos utentes com patologias crónicas e poupar muito dinheiro à população Portuguesa. Há múltiplos exemplos, um que por exemplo é paradigmático é a existência na USF do aparelho que nos permite fazer no momento o doseamento das HgA1c. Teria pelo menos 2 vantagens major, a primeira faria com que o registo dos valores das HgA1c não ficasse na dependência da memória dos utentes antes de virem à consulta programada irem fazer a análise a um laboratório convencionado (acontece muitas vezes que os utentes se esqueceram de realizar a análise e a consulta fica desde logo limitada tendo que se pressionar o doente muitas vezes a ir realizar a análise e ter que voltar novamente e realizar mais uma consulta para que possamos fazer o correcto seguimento deste doente) e a segunda é que o preço do aparelho em menos de 1 ano ficaria pago com a poupança que se obteria com o não ter que pedir a análise para um laboratório convencionado.

Este é um tema que poderá ter múltiplas ramificações e poderá ser importante num futuro próximo se decidirmos realmente enveredar por uma poupança a sério no Sistema Nacional de Saúde e sem pormos em causa a qualidade de assistência que prestamos aos nossos utentes.

Avaliação da Actividade Desenvolvida na Área da Qualidade Percepcionada

Introdução

Como é óbvio é natural que qualquer organização que ambicione melhorar de forma contínua deve fazer de forma sistematizada uma avaliação da satisfação tanto dos profissionais como dos seus clientes/utentes.

No entanto no Sistema Nacional de Saúde a imposição utilizarmos um inquérito aos profissionais quer aos utentes que seja normalizado, torna esta situação de avaliação algo artificial e normalmente as conclusões que se podem tirar da sua análise normalmente pouco nos ajudam a encontrar os problemas e conseqüentemente descobrir as soluções.

Mas como em todas as novas experiências só com a prática é que vamos apreendendo. Se o objectivo desta aprendizagem for pudermos depois fazermos de forma sistemática uma análise crítica e aprender com ela, é possível que no futuro este tipo de metodologia que o nosso SNS exige para aplicação nesta área mude um pouco e comecemos a utilizar questionários ou processos de avaliação que apesar de mais morosos e complexos nos possam responder à real questão da satisfação e à posteriori permitir descobrir os caminhos para a resolução das não conformidades.

Assim tínhamos em mente fazer esta avaliação e estipulamos uma meta para os resultados.

Diagnóstico da Situação da Avaliação da Satisfação

Neste momento esta parte do trabalho não será possível realizar pois devido às mudanças radicais que tiveram que ser implementadas na nossa USF comparativamente à forma de trabalhar previamente à nossa abertura, foi decidido pelo Conselho Técnico que seria pouco proveitoso fazer uma avaliação antes de deixar que as medidas implementadas ganhassem vida própria e só depois desta fase perguntar aos utentes e aos profissionais qual era realmente o seu grau de satisfação da Organização que mudou radicalmente a face da prestação dos Cuidados de saúde nestas duas freguesias do Concelho de Ovar.

Assim neste contexto foi determinado que em Abril de 2011 aplicaríamos o questionário de satisfação aos Profissionais da USF ALPHA e em Maio de 2011 aplicaríamos o questionário de satisfação aos Utentes da USF ALPHA.

Neste contexto neste momento e porque estamos em processo de análise e elaboração dos resultados estatísticos, não podemos apresentar ainda resultados.

No entanto quando o trabalho que no parágrafo anterior está descrito estiver concluído daremos conhecimento de forma pública na nossa página da Internet e aos nossos superiores hierárquicos via e-mail dos resultados obtidos, conclusões e medidas/propostas que achemos

apropriadas perante a avaliação dos resultados.

De qualquer maneira tanto nos inquéritos aos profissionais como nos inquéritos aos utentes a grande maioria dos utentes está satisfeita/muito satisfeita e nos profissionais, a maioria, acha que a qualidade da USF e do nosso trabalho é excelente/muito bom e bom.

Consulta de Saúde Materna

Introdução

Na vigilância integral à saúde da mulher, a vigilância pré-natal e puerperal deve ser organizada de forma a responder às reais necessidades das mulheres durante a gravidez e o puerpério, mediante a utilização dos conhecimentos técnico-científicos existentes e dos meios e recursos disponíveis mais adequados para cada caso, num contexto de humanização da assistência.

Dentro desse contexto, a Unidade de Saúde Familiar ALPHA procurou durante o ano de 2010 assegurar a cobertura de todas as mulheres durante a gravidez e após o parto, garantindo a vigilância pré-natal e neonatal de maneira integrada.

Diagnóstico de Situação da Consulta de Saúde Materna

Sentimos uma grande dificuldade na obtenção dos dados estatístico relacionados com a Consulta de Saúde Materna, pois os valores obtidos eram muitos díspares consoante o programa onde se fazia a recolha dessa informação.

Como se observa na tabela 13, cujos dados foram obtidos do SINUS, durante o ano de 2010 foram programadas 623 consultas de Saúde Materna, tendo sido realizadas 543 (87,16%). As 623 consultas programadas de Saúde Materna representam 3,75% do total das consultas programadas da USF ALPHA.

Médicos	Quantidade ²⁷	% Consultas ²⁸	Confirmadas ²⁹	% Confirmadas ³⁰	Faltas	% Faltas ³¹
Alcino	128	4,68	112	4,69	16	9,32
Fátima	63	2,00	58	2,06	5	10,50
Margarida	77	2,75	73	2,85	4	7,05
Luís	78	2,93	74	3,02	4	13,04
Oleksandr	128	4,68	102	4,33	26	14,85
Rafael	149	5,91	124	4,76	25	10,95
Total	623	3,75	543	3,68	80	12,84

Tabela 13 - Estatística da Consulta de Saúde Materna por Médico na USF ALPHA no ano de 2010

A tabela 14 foi elaborada através de dados obtidos do Programa SINUS e verificamos que durante o ano de 2010 foram vigiadas 80 grávidas na USF ALPHA (cerca de 3% das mulheres inscritas na USF ALPHA em idade fértil).

²⁷ -Quantidade de Consultas Programadas de Saúde Materna

²⁸-Porcentagem de consultas Programadas em relação ao total de todas as consultas programadas

²⁹-Numero de Consultas de Saúde Materna programadas e que foram confirmadas

³⁰-Porcentagem de Consultas de Saúde Materna confirmadas em relação ao total de todo o tipo de Consultas Confirmadas

³¹-Porcentagem de Faltas às consultas programadas de Saúde Materna

Médicos	Primeiras Consultas			Total	Consultas seguintes	Total Consultas	Revisão Puerpério
	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre				
Alcino	12	0	0	12	134	146	8
Fátima	10	0	0	10	101	111	6
Margarida	10	1	0	11	92	103	8
Luís	10	1	0	11	107	118	8
Oleksandr	14	4	0	18	110	128	7
Rafael	17	1	0	18	143	161	8
Total	73	7	0	80	687	767	45

Tabela 14 - Distribuição do nº de Consultas de Saúde Materna por Médico na USF ALPHA no ano de 2010

Como verificamos na Tabela 14, 73 grávidas obtiveram primeira consulta no primeiro trimestre (taxa de precocidade de 91,25%) e 7 no segundo trimestre. Não houve nenhuma grávida que obtivesse uma primeira consulta no seu terceiro trimestre de gravidez.

A média de Grávidas vigiadas por médico na USF ALPHA durante o ano de 2010 foi de 13,3 grávidas.

Segundo os dados obtidos no Programa que nos foi colocado à disposição para consultar a evolução dos indicadores contratualizados pela USF com o ACES/ARS Centro, I.P. a USF ALPHA cumpriu a meta de primeiras consultas no 1º trimestre durante ano de 2010. A meta era de 75% de primeiras consultas no 1º trimestre e a USF ALPHA obteve 88,9%.

Consulta de Revisão de Puerpério

A Consulta de Revisão do Puerpério deve ser realizada nas primeiras seis semanas após o parto para se proceder à avaliação da evolução deste período. Segundo a DGS, abrange um exame físico completo, com exame ginecológico e da mama e a realização de uma Citologia Cervical. Nesta consulta é importante voltar a fomentar o aleitamento materno e procede-se ao aconselhamento anticoncepcional.

A percentagem de revisões de puerpério foi de 56,25% durante o ano de 2010.

Discussão

Durante o Ano de 2010 foram realizadas 767 consultas de Saúde Materna com uma taxa de Precocidade de 91,25% e uma taxa de utilização média de 9,58 consultas, muito próximo das dez consultas que a DGS prevê que se façam durante a vigilância da gravidez. No entanto, pela possibilidade da não acessibilidade à marcação do total das consultas, a DGS preconiza que sejam realizadas um mínimo de seis consultas. Desta forma podemos concluir que a USF ALPHA permitiu uma excelente acessibilidade à marcação das consultas de Saúde Materna.

Verificamos que o número total de Consultas de Saúde Materna é diferente em ambas as tabe-

las. A diferença, julgamos ser devido às consultas por situações agudas e para emissão de certificados para incapacidade temporária para o Trabalho.

Embora continuando a ter algumas grávidas vigiadas em consultas da especialidade conseguimos, fruto de estratégias implementadas pela equipa, fideliza-las à consulta de saúde materna da USF, sendo que algumas mantêm seguimento duplo durante este período pela boa relação de confiança que depositam na sua equipa de saúde. Estamos cientes que esta alteração de comportamento se deve também:

- à realização da primeira ecografia no Hospital de referência;
- à obtenção do formulário para o subsídio de gravidez;
- à inclusão no programa de saúde oral;

Propostas

A estratégia desenvolvida para atingir a meta de uma taxa alta de primeiras consultas no primeiro trimestre da Gravidez consistiu em facilitar a marcação da consulta no primeiro contacto da grávida com a Unidade. A Utente, sempre que possível neste contacto, tem consulta médica e de enfermagem.

Na Primeira consulta são solicitados os primeiros exames, fornecida informação específica e agendada a próxima consulta. A Grávida é também referenciada para os Cuidados Hospitalares para realização de rastreio Pré-natal Integrado conforme protocolo estabelecido entre a USF e os serviços de Obstetrícia dos hospitais de referência.

As consultas têm uma periodicidade mensal até às 32 semanas, quinzenal entre as 32 e as 36 semanas e semanal até ao final da Gravidez.

Desta forma manteremos a estratégia utilizada durante o ano de 2010 procurando publicitar a importância de a grávida ter uma consulta o mais breve possível.

A estratégia utilizada para atingir a meta de um mínimo de 6 consulta de vigilância de Saúde Materna foi efectuar a marcação da consulta seguinte e sempre que a utente faltou à consulta agendada foi efectuado um contacto telefónico pela enfermeira de família e agendada a respectiva remarcação. Como nos demos bem com esta estratégia, pois estivemos muito perto do número médio de 10 consultas por vigilância da Grávida, iremos manter a estratégia.

Em relação à percentagem de grávidas que fizeram a revisão do puerpério, antes dos 45 dias pós-parto, tentaremos melhorar esse indicador que foi de 56,25%.

Dessa forma estamos neste momento a proceder à marcação da Consulta de Revisão de Puerpério no mesmo dia em que a puérpera vem à consulta de 1 mês com o seu filho, para dessa forma tentarmos contornar o problema das Faltas. Todas as puérperas tiveram consulta programada para a revisão de puerpério, no entanto, faltam muito, mesmo depois de essas consultas serem remarcadas.

Várias ferramentas foram preparadas para apoiar esta consulta de vigilância:

- Circuito da utente grávida (inclui o papel dos secretários clínicos);
- Sistema informático que disponibiliza automaticamente as análises referentes a cada trimestre e à pré-concepção;
- Circuito da grávida que pede uma Interrupção Voluntária da Gravidez.
- Protocolo de vigilância e referenciação para o CHEDV

Conclusões: Houve uma vez mais uma grande dificuldade em obter dados para descrever as actividades realizadas referentes à consulta de Saúde Materna. A maior dificuldade relaciona-se com o facto de a gravidez não ocorrer num ano civil e da necessidade dos dados serem colhidos para o episódio “gravidez” e não por ano.

Consulta de Planeamento Familiar

Introdução

O conceito de saúde reprodutiva cada vez mais difundido nas sociedades quotidianas, pressupõe a liberdade das pessoas no que diz respeito à escolha e acesso facilitado dos métodos contraceptivos pelos quais optam, permitindo-se dessa forma a decisão da melhor altura reprodutiva assim como uma vivência sexual mais satisfatória.

Torna-se deste modo imperioso o desenvolvimento por parte dos diferentes profissionais de saúde de um programa de planeamento familiar acessível, gratuito e eficaz que permita responder aos direitos de saúde sexual de cada indivíduo de uma determinada sociedade.

As áreas que a USF ALPHA elegeu como prioritárias no âmbito da Saúde da mulher foram:

Rastrear os cancros do colo do útero e da mama.

Incentivar e ajudar o casal em idade fértil a regular a fecundidade e a preparar uma maternidade e paternidade responsáveis;

Reduzir a incidência das doenças sexualmente transmissíveis e as suas consequências;

Promover a redução de casais com problemas de infertilidade, disfunções sexuais e comportamentos de risco;

Reduzir a gravidez nas jovens;

Ajudar a mulher no período do climatério e menopausa

Diagnóstico de Situação da Consulta de Planeamento Familiar

Os dados da Tabela 15 foram obtidos através do programa Sinus. Observamos que foram programadas 1133 consultas das quais foram realizadas 894. Verificamos portanto, uma vez mais uma taxa elevada de faltas (21,1%), o que dificulta a obtenção de melhores indicadores.

RELATÓRIOS DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS

Médicos	Quantidade ³²	% Consultas ³³	Confirmadas ³⁴	% Confirmadas ³⁵	Faltas	% Faltas ³⁶
Alcino	173	6,32	124	5,19	49	
Fátima	226	7,16	176	6,25	50	
Luís	167	6,28	144	5,88	23	
Margarida	196	7,00	163	6,36	33	
Oleksandr	158	5,78	118	5,01	40	
Rafael	213		169		44	
Total	1133	3,75	894	3,68		

Tabela 15 - Estatística da Consulta de Planeamento Familiar por Médico na USF ALPHA no ano de 2010

No Programa SINUS é também possível retirar outros dados referentes às consultas de Planeamento Familiar. Perante a Tabela 16, tivemos um total de 1674 consultas das quais 1046 (62,48%) foram primeiras consultas. Verificamos que os dados obtidos são muito díspares dos da outra tabela também obtida do SINUS.

Médicos	Primeiras Consultas	Consultas Seguintes	Total Consultas
Alcino	123	88	211
Fátima	176	117	293
Luís	255	124	379
Margarida	170	127	297
Oleksandr	116	80	196
Rafael	206	92	298
Total	1046	628	1674

Tabela 16 - Estatística da Consulta de Planeamento Familiar por Médico na USF ALPHA no ano de 2010

Perante este facto, recorreremos aos dados obtidos no Programa que nos foi colocado à disposição para consultar a evolução dos indicadores contratualizados pela USF com o ACES/ARS Centro, I.P. Através desses dados podemos concluir que a USF ALPHA conseguiu, durante o ano de 2010, que 78,7% das mulheres entre os 25 e os 49 anos vigiadas na USF tivessem a colpocitologia actualizada, e que 75,5 % das mulheres entre os 50 e os 69 anos tivessem a mamografia de rastreio realizada. Estes indicadores foram largamente cumpridos, pois a meta para estes indicadores era respectivamente de 30 e 50%.

Discussão

Apesar dos indicadores referentes ao rastreio do Cancro da mama e do Cancro do Colo do útero terem sido cumpridos, não nos foi possível caracterizar de uma forma mais pormenori-

³²-Quantidade de Consultas Programadas de Saúde Materna

³³-Percentagem de consultas Programadas em relação ao total de todas as consultas programadas

³⁴-Numero de Consultas de Saúde Materna programadas e que foram confirmadas

³⁵-Percentagem de Consultas de Saúde Materna confirmadas em relação ao total de todo o tipo de Consultas Confirmadas

³⁶-Percentagem de Faltas às consultas programadas de Saúde Materna

zada esta actividade devido, como já referido anteriormente, á discrepância dos dados obtidos no SINUS.

Ao que se pode facilmente observar das duas tabelas obtidas do SINUS, torna-se bastante difícil fazer uma avaliação séria e credível. As tabelas mostram uma discrepância de tal forma significativa que é difícil fazer uma discussão com propostas aceitáveis.

Propostas

A estratégia definida no ano de 2010 permitiu superar as metas estabelecidas na nossa contra-tualização e no nosso Plano de Acção. Apesar dos bons índices de execução a equipa continua preocupada com a falha sistemática de algumas utentes a este programa de vigilância. As estratégias montadas para resolver esta situação (convocatória personalizada, vigilância oportuna, sensibilização por programas de educação para a saúde e suportes informativos) não foram totalmente de encontro às nossas expectativas. Continuaremos a pugnar pela melhoria da adesão das utentes a estas consultas.

Saúde Infantil/Juvenil

Introdução

O crescimento é um importante sinal do bem-estar de uma criança ou adolescente. Os factores nele implicados são múltiplos e vão desde a influência genética, factores ambientais (nomeadamente a alimentação), factores de ordem psicológica e um grande leque de doenças. Um atraso estaturo-ponderal pode ser a primeira manifestação de patologias como doença celíaca, doença intestinal inflamatória, infecção urinária, fibrose quística, tubulopatias, infecção VIH, entre outras. Compreende-se, assim, a importância da correcta monitorização da somatometria, nas consultas de vigilância de saúde infantil.

Os nossos profissionais fizeram e continuam a manter grande empenho para efectuarem consultas de qualidade. São consultas destinadas à vigilância, manutenção e promoção da saúde da criança e do jovem, desde o nascimento até à adolescência.

Nestas consultas são feitos exames clínicos para vigilância do crescimento e do desenvolvimento. São também fornecidas informações sobre alimentação, prevenção de doenças infecciosas, prevenção de acidentes, vacinação, actividades lúdicas e de lazer, prática desportiva, vivência da sexualidade e outras relacionadas com a promoção da saúde e do bem-estar da criança ou do jovem.

A primeira consulta deve ser feita o mais cedo possível, de preferência na 1ª semana após a alta da Maternidade de acordo com o programa de vigilância proposto pela Direcção Geral da Saúde, estas consultas devem realizar-se nas seguintes idades: primeiros 10 dias de vida; 1 mês; 2 meses; 4 meses; 6 meses; 9 meses; 12 meses; 15 meses; 18 meses; 24 meses; 3 anos; 4 anos; entre os 5 e os 6 anos (exame de saúde pré-escolar); 8 anos; entre os 11 e os 13 anos; 15 anos; 18 anos.

Passaremos a seguir ao diagnóstico de situação da Consulta de Saúde Infantil/Juvenil na USF ALPHA.

Diagnóstico de Situação da Consulta de Saúde Infantil

Segundo os dados obtidos no Programa que nos foi colocado à disposição para consultar a evolução dos indicadores contratualizados pela USF com o ACES/ARS Centro, I.P. a nossa USF tem 1127 utentes com programa de saúde infantil, dos quais, 101 no 1º ano de vida e 102 no 2º ano de vida.

Recolhendo a contagem do SINUS, obtemos um total de 2043 utentes na faixa etária entre os 0 e os 18 anos de idade, dos quais, 105 no 1º ano de vida e 99 no 2º ano de vida distribuídos da seguinte forma por cada um dos ficheiros (Dados obtidos de ficheiro no SINUS em 11 de Março de 2011):

Médicos	População entre os 0 e os 18 anos		População no 1º ano de Vida		População no 2º ano de Vida	
	Sexo Masculino	Sexo Feminino	Sexo Masculino	Sexo Feminino	Sexo Masculino	Sexo Feminino
Alcino	149	155	6	6	10	1
Fátima	168	172	9	10	9	9
Margarida	164	172	9	8	16	7
Luís	183	166	5	7	4	12
Oleksandr	199	180	14	14	8	9
Rafael	177	158	5	12	7	7
TOTAL	1040	1003	48	57	54	45

Tabela 17 – População-alvo para consulta de SI por ficheiro clínico e género (Fonte: SINUS)

No que concerne a consultas assistenciais de saúde infantil no ano 2010 (Vigilâncias e consultas por doença), obtém-se a partir do SINUS os dados demonstrados na seguinte tabela:

Médicos	Quantidade ³⁷	% Consultas ³⁸	Confirmadas ³⁹	% Confirmadas ⁴⁰	Faltas	% Faltas ⁴¹
Alcino	343	12.53	288	12.07	55	16.03
Fátima	434	13.76	371	13.17	63	14.52
Margarida	338	12.07	300	11.71	38	11.24
Luís	295	11.09	270	11.02	25	8.47
Oleksandr	391	14.30	311	13.21	80	20.46
Rafael	366	14.52	300	13.88	66	18.03

Tabela 18 - Estatística da Consulta de SI por Médico na USF ALPHA no ano de 2010 (Fonte: SINUS)

De seguida apresentamos uma tabela em que demonstramos a capacidade que cada horário médico tem para marcação de Vigilâncias de SI e as consultas que foram programadas nesses mesmos horários como sendo de vigilância de SI.

Programação das Vigilâncias	Médicos					
	Alcino	Margarida	Luís	Fátima	Oleksandr	Rafael
Capacidade de Programação	288	245	220	240	277	276
Consultas efectivamente programadas	217	254	148	231	279	244
Total	+71	-9	+72	+9	-2	+32

Tabela 19- Avaliação entre a capacidade de Programação das Consultas de SI e as Consultas efectivamente programadas de SI no ano de 2010 (Fonte: SINUS)

³⁷ -Quantidade de Consultas Programadas de SI

³⁸ -Percentagem de consultas Programadas de SI em relação ao total de todas as consultas programadas

³⁹ -Numero de Consultas de SI programadas e que foram confirmadas

⁴⁰ -Percentagem de Consultas de SI confirmadas em relação ao total de todo o tipo de Consultas Confirmadas

⁴¹ -Percentagem de Faltas às consultas programadas de SI

RELATÓRIOS DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS

Para uma análise global da vigilância realizada no programa de Saúde Infantil/Juvenil, apresentam-se algumas tabelas de análise:

Nome do Médico	1ª Cons. Vida			1º Ano		Seguintes		Total
	<=28 dias	>28 Dias <3 meses	>= 3M <12 meses	<12 meses	12 a 23 meses	<12 meses	12 a 23 meses	
Alcino Sousa Santos	18	0	1	25	6	78	22	131
Fatima Veiga	16	1	4	24	9	66	33	132
Luis Adelino	11	2	2	16	8	37	18	79
Margarida Polónia	15	1	2	25	11	72	37	145
Oleksandr Turyanskyy	19	2	7	32	10	79	34	155
Rafael Gonçalves	16	0	4	26	4	58	28	115
Totais	95	6	20	148	48	390	171	757

Tabela 20 - Consultas de vigilância em Saúde Infantil até aos 23 meses de vida (Fonte: SINUS)

Nome do Médico	1º Ano		Seguintes		Totais
	<12 meses	12 a 23 meses	<12 meses	12 a 23 meses	
Alcino Sousa Santos	1	6	26	24	57
Fatima Veiga	2	2	22	25	51
Luis Adelino	5	5	28	36	74
Margarida Polónia	5	6	27	25	63
Oleksandr Turyanskyy	4	4	39	24	71
Rafael Gonçalves	4	3	32	40	79
Totais	21	26	174	174	395

Tabela 21 - Consultas em Saúde Infantil até aos 23 meses de vida por motivo de doença (Fonte: SINUS)

Nome do Médico	Vigilância		Doença		Total Cons.
	1ª Ano	Seg.s	1ª Ano	Seg.s	
Alcino Sousa Santos	33	37	97	282	449
Fatima Veiga	48	49	101	251	449
Luis Adelino	44	23	107	243	417
Margarida Polónia	4	2	49	14	69
Oleksandr Turyanskyy	48	49	102	294	493
Rafael Gonçalves	68	39	92	257	456
Totais	289	257	601	1620	2767

Tabela 22 - Consultas de Saúde Infantil entre os 2 e os 3 anos (Fonte: SINUS)

Nome do Médico	Vigilância		Doença		Total Cons.
	1ª Ano	Seg.s	1ª Ano	Seg.s	
Alcino Sousa Santos	4	12	52	76	144
Fatima Veiga	2	0	62	93	157
Luis Adelino	1	1	66	87	155
Margarida Polónia	7	5	44	41	97
Oleksandr Turyanskyy	11	6	51	43	111
Rafael Gonçalves	12	9	57	93	171
Totais	37	33	332	433	835

Tabela 23 - Consultas em Saúde Infantil dos 14 aos 18 anos de vida (Fonte: SINUS)

Nome do Médico	5/6 Anos	11/13 Anos	15 Anos
Alcino Sousa Santos	10	4	1
Fatima Veiga	11	12	0
Luis Adelino	11	11	1
Margarida Polónia	8	8	0
Oleksandr Turyanskyy	14	16	1
Rafael Gonçalves	7	2	0
Totais	61	53	3

Tabela 24 - Consultas de Exames Globais (Fonte: SINUS)

Discussão

Podemos observar na apresentação de dados feita acima e tendo o objectivo estratégico como ponto de referência para o ano 2010 (80% de primeiras consultas na vida efectuadas até aos 28 dias), com o esforço e empenho de todos os elementos da equipa multidisciplinar da USF Alpha, foi largamente atingido em 88,89%, superando a meta contratualizada.

Outra abordagem interessante é análise da comparação do número de consultas de vigilância com o número de consultas por motivo de doença até aos três anos de idade, como se pode observar no gráfico seguinte:

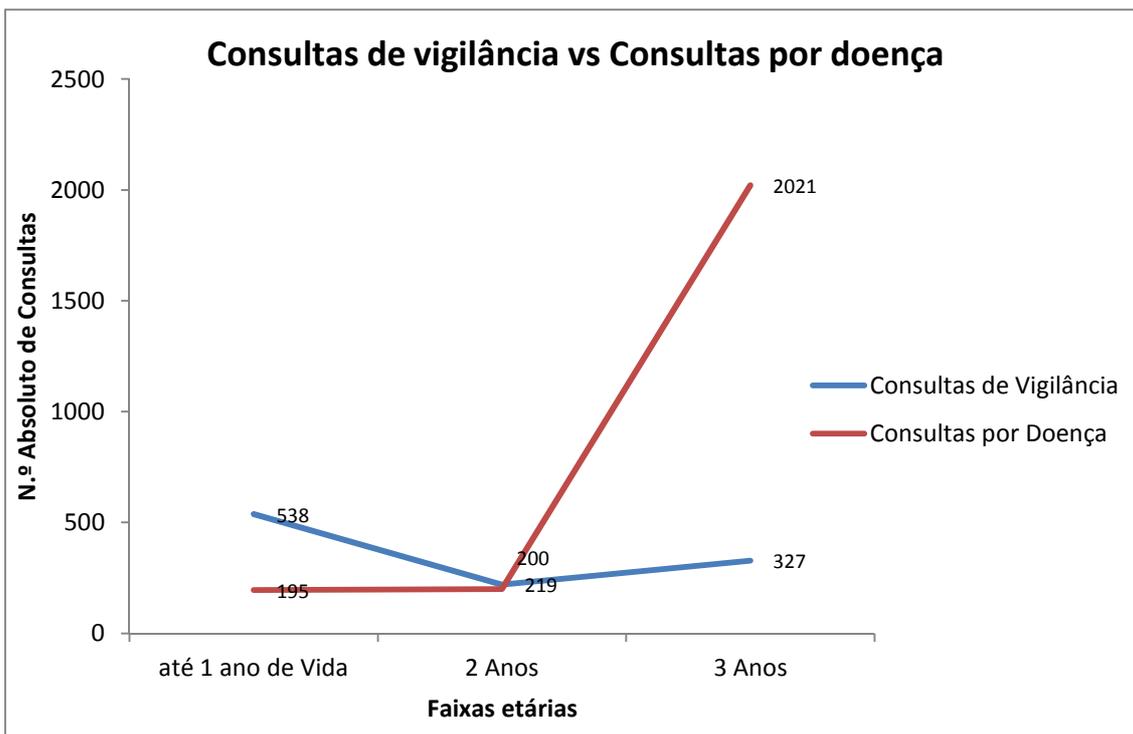


Gráfico 1 - Consultas de vigilância Vs consultas por doença de SI (Fonte: SINUS)

Podemos observar que durante os dois primeiros anos de vida as consultas por motivo de doença são relativamente diminutas provavelmente pelo facto de que é o momento em que a vigilância de Saúde Infantil é realizada com intervalos de tempo mais curtos. A partir dos dois anos, estas consultas tornam-se mais espaçadas, coincidindo muito frequentemente com a entrada das crianças para o ensino pré-escolar. Esta é uma fase em que surgem muitas viroses e outras doenças típicas da infância, o que se manifesta num crescimento abrupto da procura de consultas por motivo de doença e nesta altura a vigilância já é anual.

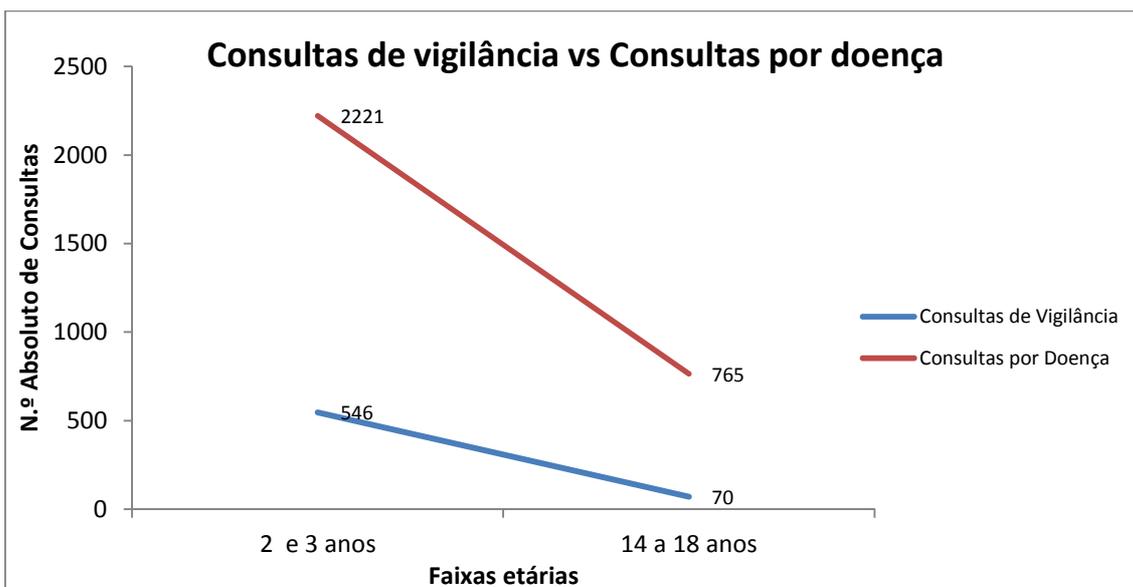


Gráfico 2 - Consultas de Vigilância vs Consultas por Doença (2-3 anos e 14 a 18 anos)(Fonte SINUS)

O gráfico acima revela a natural tendência do número de consultas de vigilância e também o número de consultas por doença. Isto justifica-se, na vigilância, porque esta é mais espaçada a partir da 1ª Infância, naturalmente o nº de consultas forçosamente será menor. No contexto de doença a situação é também justificável pela diminuição das patologias visto que os jovens também são mais imunocompetentes nas 2ª, 3ª infância e adolescência.

Em relação aos exames globais de saúde, a avaliação dos mesmos tornou-se muito complexa e até pouco credível pois houve nos primeiros meses de actividade desta USF uma falha de registo administrativo por desconhecimento da sua necessidade. Consequentemente, os valores que obtivemos a partir do SINUS estão deveras aquém do que realmente foi efectuado em termos de exames globais de saúde. Neste contexto uma discussão sobre este capítulo é completamente infrutífera.

No entanto, é importante salientar as dificuldades que tivemos em colmatar determinadas situações menos favoráveis para conseguirmos atingir o objectivo positivamente.

O internamento prolongado de crianças prematuras é um dos exemplos de situações que dificultaram a obtenção do nosso objectivo, pois em muitos desses casos as crianças têm alta da maternidade após os 28 dias, ou de tal forma próximas dos 28 dias que os pais apenas nos dão conhecimento já após o prazo referido ter sido ultrapassado.

Por outro lado, existem casos de bebés que foram inscritos na USF ALPHA após os 28 dias de vida, impedindo a realização da consulta no prazo devido.

Outra dificuldade encontrada com grande impacto em toda a capacidade de resposta no âmbito da oferta assistencial, neste caso em Saúde Infantil, é o nível das faltas às consultas com que a equipa se deparou. Apesar de programadas com a devida antecedência e, sempre que possível, em datas acordadas com os utentes, o número de faltas é bastante significativo, pois na análise de cada ficheiro clínico, a taxa de faltas varia entre 8,47% e os 20,46%. Numa análise global, encontramos um total de 327 faltas a consultas programadas de Saúde Infantil (vigilância e doença), num universo de 2167 consultas de Saúde Infantil programadas (15,09%), como se pode observar na tabela 18.

É importante também referir o caso da emigração. Muitos utentes inscritos na nossa USF estão na realidade a residir a maior parte do ano no estrangeiro. A equipa de enfermagem convoca crianças para as consultas por carta e não obtém qualquer resposta, telefonicamente não atendem ou os números de contacto são inválidos. Tenta-se contactar telefonicamente a família. Quando isso não é possível, realiza-se uma visita domiciliária para averiguar a situação. Este facto traduz-se num acréscimo de trabalho totalmente infrutífero porque muitas vezes não se descobre o paradeiro dos utentes.

Propostas

Apesar de termos atingido a meta contratualizada, queremos aumentar o número de crianças vigiadas na nossa USF. Para isso, o nosso compromisso de prestar cuidados de excelência con-

tinuará a ser a nossa linha orientadora. Queremos com o nosso serviço demonstrar à população que podem obter cuidados de saúde da melhor qualidade a um custo mínimo, logo desde o nascimento. Tendo em consideração a situação económica que o país está a atravessar, este será um factor a considerar por muitas famílias.

Outra proposta será perceber de forma exacta o porquê de alguns ficheiros terem deixado programações destinadas a vigilâncias de saúde infantil vagas e outros terem tido necessidade de ocupar vagas que não estavam destinadas a este fim, para poderem dar resposta às suas vigilâncias. Só depois de devidamente esclarecido o motivo é que poderemos avançar com uma proposta séria e realista para alterar esta realidade.

No que diz respeito às faltas, gostaríamos de perceber a motivação/causa inerente. Só assim poderemos elaborar estratégias para contornar a situação. A USF está a realizar um estudo sobre esta temática que pensamos que será útil no futuro.

Actividades de Enfermagem

Introdução

A USF ALPHA tem como objectivo prestar cuidados de excelência à população e, nesse sentido, adoptou a metodologia de Enfermeiro de Família.

Toda a equipa se empenhou verdadeiramente na sua prática diária, discutiu as limitações e os obstáculos que foram surgindo e procurou soluções para melhorar a sua actividade. No entanto, um dos principais entraves à qualidade do seu trabalho prendeu-se com os registos clínicos das actividades realizadas, o que interfere significativamente com a visibilidade e avaliação das mesmas. De facto, nenhum dos elementos da equipa de Enfermagem teve formação sobre o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem – SAPE ou SINUS. Os conhecimentos foram partilhados entre os enfermeiros que frequentemente tomaram a iniciativa de explorar os sistemas na tentativa de encontrar a forma mais correcta de fazer os registos.

Além desta limitação dos profissionais, o próprio SAPE não possui formas de avaliar estatisticamente todos os dados necessários, nomeadamente no que diz respeito aos indicadores de produtividade. Relativamente a outros dados estatísticos obtidos a partir dos programas SAPE e SINUS, é de salientar que existe uma grande discrepância de valores quando comparados com os dados fornecidos pela ARS, o que nos leva a questionar quais serão os correctos.

A USF ALPHA experienciou durante o ano de 2010 várias falhas no funcionamento do sistema informático, algumas delas durante vários dias, o que impossibilitou/ enviesou parte dos registos clínicos.

No final do ano um dos elementos de Enfermagem esteve ausente durante um período significativo por motivos de saúde. Esta situação, aliada ao facto de a USF funcionar em dois pólos, constituiu mais um obstáculo ao seu normal funcionamento.

Diagnóstico e Discussão de Situação das Actividades de Enfermagem

De seguida vamos apresentar os dados relativos aos contactos/ consultas de Enfermagem realizados durante o ano 2010 por local de contacto.

	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
n.º total contactos	1131	1275	1606	1505	1416	1366	1450	1467	1328	1304	1278	1335	16461
n.º total contactos presenciais	1129	1273	1599	1504	1404	1363	1446	1464	1326	1304	1277	1333	16422
n.º total contactos não presenciais	2	2	7	1	12	3	4	3	2	0	1	2	39
n.º total contactos por carta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
n.º total contactos por telefone	0	0	1	2	1	1	0	0	1	0	0	1	7
n.º total contactos no domicilio	92	114	139	94	87	86	99	95	97	79	100	76	1158
n.º total contactos programados	770	909	1169	1116	1011	997	1080	985	914	848	885	883	11567
n.º total contactos não programados	361	366	437	389	405	369	370	482	414	456	393	452	4894

Tabela 25 - Contactos de Enfermagem por local de contacto (Fonte: SAPE)

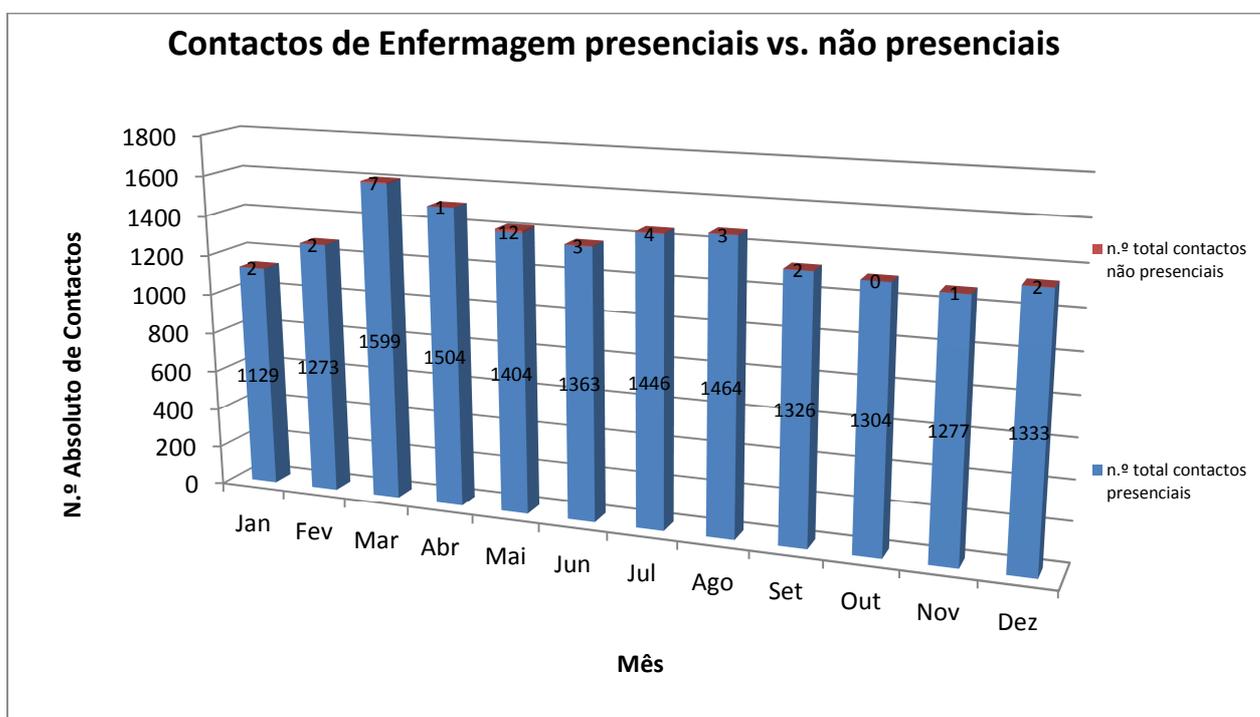


Gráfico 3 - Contactos de Enfermagem presenciais vs. não presenciais

Pela análise da tabela e do gráfico acima apresentados nota-se o reduzido número de contactos não presenciais. Isto deve-se ao facto de no 1º ano de funcionamento da USF Alpha a equipa de Enfermagem não estar alerta para a necessidade de registar no programa SAPE todas as actividades realizadas na ausência física dos utentes através de carta ou telefone, como é o caso das convocatórias para consultas e vacinas, registo de citologias, esclarecimento de dúvidas, marcação de actividades e de consultas de vigilância.

De qualquer modo, os valores retirados do SAPE não correspondem à realidade do trabalho desenvolvido pois, tal como já foi referido anteriormente, a equipa de Enfermagem não teve qualquer formação sobre este programa informático, o que se revela frequentemente em registos inexactos e insuficientes.

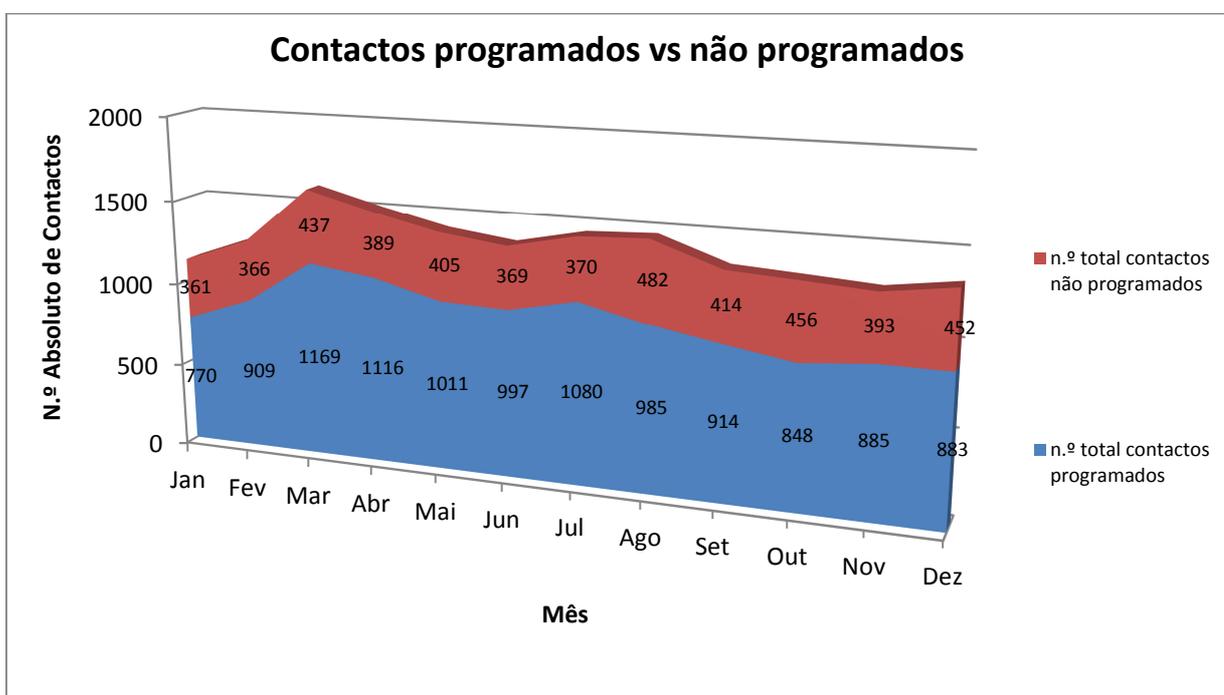


Gráfico 4 - Contactos programados vs não programados

No que diz respeito à programação dos contactos, é significativa a diferença entre contactos programados e não programados. A população por nós abrangida ainda está pouco sensibilizada para a vantagem de marcar antecipadamente os contactos necessários, tendo muito enraizado o hábito antigo de recorrer à unidade de saúde no momento em que pretende que os cuidados lhe sejam prestados, mesmo que a situação não seja aguda. O trabalho de educar os nossos utentes, mostrando-lhes os benefícios que daí poderiam retirar, tem sido um trabalho árduo e contínuo que lentamente vai mostrando os seus frutos.

Por outro lado, uma parte destes contactos não programados não o é na realidade. De facto, alguns dos agendamentos de consultas de vigilância realizados no SINUS não passam para o SAPE, o que leva a equipa de Enfermagem a abrir contactos registados como não programados.

Propostas

O primeiro passo para colmatar as falhas detectadas no decorrer do ano em avaliação passa pela formação em SAPE e SINUS, imprescindível para que os registos sejam feitos correctamente. De seguida, será necessária a criação e implementação de um manual interno de normas para o registo das actividades que permita a monitorização da qualidade dos mesmos.

Nos pedidos de formação à ARS os temas SAPE e SINUS têm sido recorrentes. No entanto, ainda não nos foi dada oportunidade de os frequentar. Esperamos que esta situação se altere em breve.

A equipa de enfermagem está alerta para a necessidade e importância de registar todos os contactos não presenciais. Pretendemos aumentar o número de contactos por carta e por telefone, principalmente porque estes se referem a actividades inerentes ao nosso serviço que são realizadas mas que não têm a devida visibilidade nem podem ser alvo de análise futura, nomeadamente a nível estatístico.

Relativamente à programação dos contactos, pretendemos continuar a sensibilizar e educar os nossos utentes, de forma a reduzir o mais possível os não programados. Acreditamos que assim poderemos prestar cuidados de maior qualidade e aumentar a nossa disponibilidade para atendimento de situações agudas.

Domicilios de Enfermagem

Introdução

“O enfermeiro que trabalha na área dos cuidados de saúde primários é um profissional polivalente, responsável pela prestação de cuidados de enfermagem globais, ao indivíduo e à família, considerando a comunidade como um todo e a família a menor unidade social” (Souza, Lopes e Barbosa; 1990).

Inserida na enfermagem comunitária está a visita domiciliária que é uma forma privilegiada de intervenção individual, familiar e social que os profissionais de saúde dispõem, que lhes permite uma maior aproximação e conhecimento dos contextos vivenciais do utente.

A Enfermagem domiciliária, na generalidade, é caracterizada por cuidados de enfermagem de qualidade no ambiente familiar do utente, tendo como objectivo fundamental encorajar a gestão do autocuidado, reflexo de uma grande dose de interacção com o enfermeiro, que tem o objectivo de aumentar a independência e a qualidade de vida do utente.

Sabendo da importância da visita domiciliária, a equipa de enfermagem desde logo se preocupou em oferecer sempre que a situação o justificasse a possibilidade de realizar domicílios, tanto a nível curativo como preventivo.

Diagnóstico e Discussão de Situação da Visita Domiciliária de Enfermagem

No ano de 2010 a USF não conseguiu atingir plenamente a meta proposta para os domicílios de enfermagem - 125%, ou seja, 1286 visitas.

População Inscrita	Visitas domiciliarias de Enfermagem realizadas	% Visitas Domiciliárias
10 285	1 228	119,40

Tabela 26 - Taxa de visitas domiciliárias de Enfermagem (Fonte: ARS Centro, ACES Baixo Vouga III)

Foram feitas apenas 1228, o que corresponde a 119%. No entanto, graças à tolerância de 10% - 128 domicílios - concedida, o objectivo foi conseguido. A equipa não ficou porém satisfeita com o sucedido e analisou e discutiu os motivos desta falha - este facto deveu-se a várias situações de registos errados no SAPE e ao desconhecimento da situação de saúde da população abrangida. Na realidade, as visitas domiciliárias realizadas foram na sua maioria para executar tratamentos de feridas e/ ou administrar injectáveis.

Queremos ainda salientar que os dados referidos acima são do documento fornecido pela ARS e não do SAPE. Mais uma vez, os dados diferem consoante as fontes. Pensamos que esta diferença se deve ao facto de o programa da ARS contabilizar todos os utentes que alguma vez durante 2010 estiveram inscritos na USF ALPHA como sua população-alvo, enquanto o SAPE considera os que estão efectivamente inscritos no momento da avaliação, excluindo os transferidos, os óbitos e outras situações similares.

Optámos por utilizar os dados da ARS por se tratar de um documento oficial, com um cariz mais rigoroso do que o SAPE, programa informático com provadas falhas a vários níveis.

Propostas

Iniciou-se com a equipa médica uma identificação dos utentes acamados e em situação de risco para se proceder a uma melhor planificação das visitas. Pretendemos continuar este processo e implementar a visita domiciliária como uma actividade regular a todos os utentes cujo estado de saúde o justifique. Além dos domicílios curativos, serão feitas visitas domiciliárias para realização de consultas de vigilância da Hipertensão, Diabetes e consulta ao recém-nascido/ puérpera. Mais uma vez, o manual de normas dos registos a elaborar será uma ferramenta para corrigir estes erros.

Vacinação

Introdução

Cientes da importância da vacinação, dispensamos grande atenção e tempo a verificar os utentes adultos sem vacinação anti-tetânica ou com a mesma desactualizada, uma vez que as vacinas das crianças são sempre alvo da nossa atenção nas consultas de vigilância. Os nossos alvos prioritários foram sem dúvida os utentes com patologias crónicas que pudessem de alguma forma comprometer o seu sistema imunitário. Queremos realçar que foram feitas inúmeras convocações – por carta, telefone e ao domicílio – mas não foram registadas no SAPE, pelo que não as podemos contabilizar. Infelizmente, as faltas a essas mesmas convocações foram também significativas e não ficaram registadas.

Diagnóstico e Discussão de Situação da Vacinação

De acordo com o SINUS, foram administradas 1621 doses de vacina anti-tetânica (Td) em 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE REGIÃO DE SAÚDE CENTRO SUB-REGIÃO AVEIRO	
CENTRO DE SAÚDE OVAR	EXTENSÃO USF ALPHA

Contagem de Inoculações de Td, no período de 01-01-10 a 31-12-10
2011794 - USF ALPHA

Idades	Td I	Td II	Td III	Outras
<7 anos	0	0	0	0
7-9 anos	0	0	0	3
10 anos	0	0	0	101
11 anos	0	0	0	18
12 anos	0	0	0	4
13 anos	0	0	0	5
14 anos	0	0	0	0
15-17 anos	1	0	0	2
18-24 anos	4	0	2	133
25-44 anos	18	15	25	295
45-64 anos	93	107	123	204
>=65 anos	106	138	159	65
Total	222	260	309	830

Total do ano: 1621

Tabela 27 - Total de inoculações de vacina anti-tetânica (Fonte: SINUS)

O SAPE apresenta-nos um valor inferior – 1500 – mas permite-nos uma análise mensal das administrações e a comparação com outro tipo de vacinas.

	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	TOTAL
Total de vacinas	177	248	333	360	270	343	265	298	280	374	309	288	3545
Outras Vacinas	109	151	177	171	145	177	135	131	165	273	232	179	2045
Total de Td	68	97	156	189	125	166	130	167	115	101	77	109	1500
1ª Td	15	13	32	24	20	22	24	11	13	12	10	12	208
2ª Td	10	13	25	51	16	24	26	18	15	12	16	10	236
3ª Td	16	11	22	29	34	29	22	30	22	34	15	23	287
Primovacinação Td	41	37	79	104	70	75	72	59	50	58	41	45	731
Reforços Td	27	60	77	85	55	91	58	108	65	43	36	64	769
% Total de Td/Total de Vacinas	38,42%	39,11%	46,85%	52,50%	46,30%	48,40%	49,06%	56,04%	41,07%	27,01%	24,92%	37,85%	42,31%
% de Td de Primovacinação(3 primeiras doses)/ Total de Td	60,29%	38,14%	50,64%	55,03%	56,00%	45,18%	55,38%	35,33%	43,48%	57,43%	53,25%	41,28%	48,73%

Tabela 28 - Total de vacinas administradas no 2010 (Fonte: SAPE)



Gráfico 5 - Vacina antitetânica vs. outras vacinas

O gráfico a seguir apresentado revela a tendência crescente no número de utentes vacinados, mantendo-se equilibrado a partir do mês de Abril. Houve um decréscimo nos meses de Outono e Inverno pois foi necessário centrar as atenções na vacinação contra a gripe dos grupos mais vulneráveis.

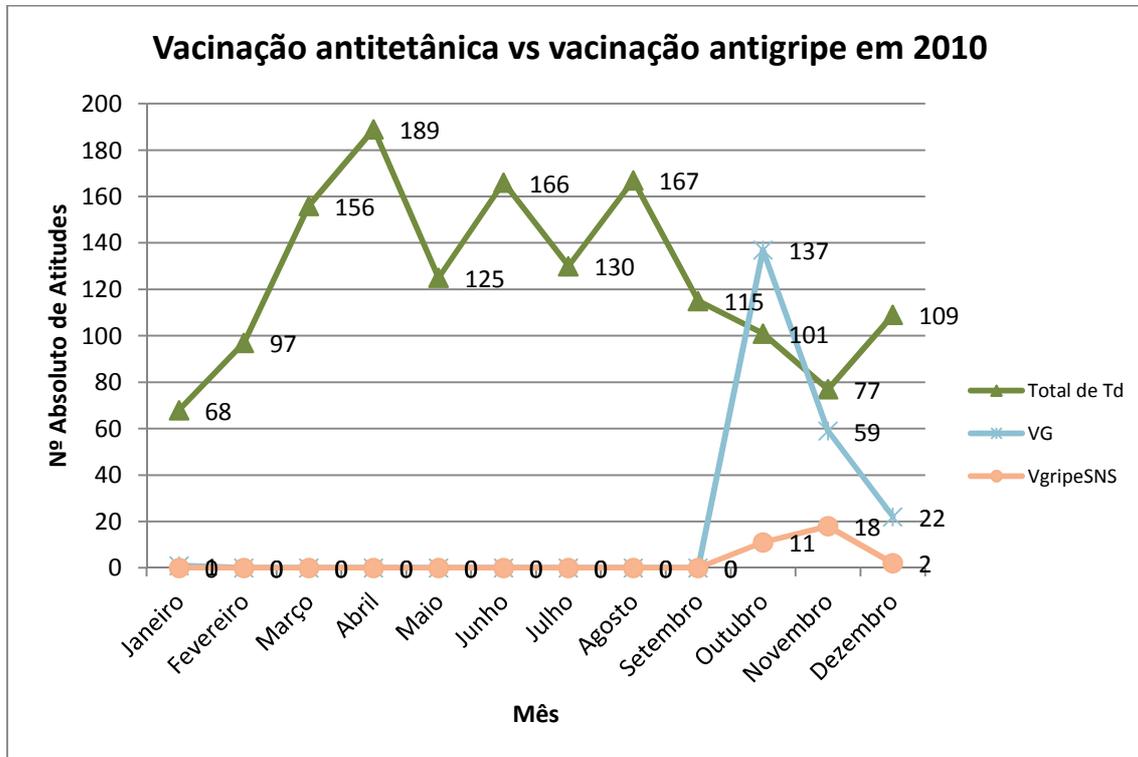


Gráfico 6 - Comparação entre vacinas antitetânicas e vacinas da gripe

A percentagem de adultos sem vacinação anti-tetânica era bastante significativa e a equipa de Enfermagem teve que proceder a uma “campanha” de vacinação que contou com a reticência de muitos utentes. Alguns, apesar dos nossos esforços, faltaram à 2ª e 3ª inoculações da vacina, como é possível verificar no gráfico abaixo.

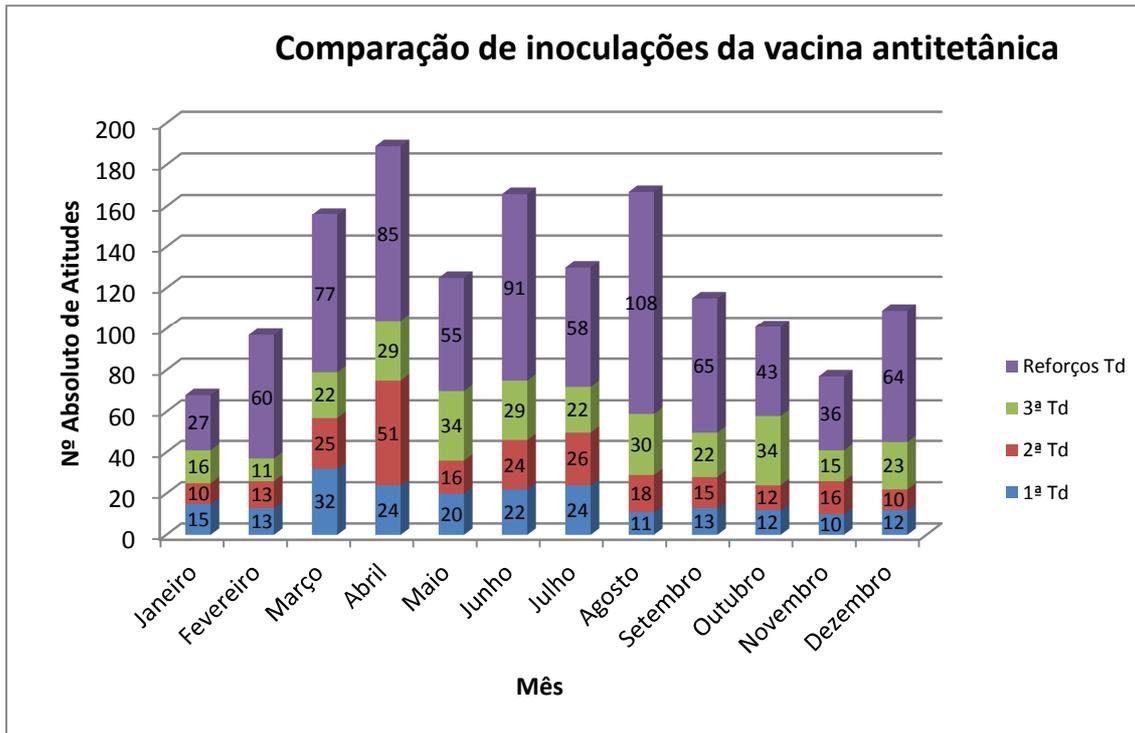


Gráfico 7 - Comparação entre inoculações da vacina antitetânica

Queremos salientar que todas as oportunidades para vacinar foram aproveitadas e para isso contribuiu toda a equipa multidisciplinar da USF Alpha: qualquer secretário clínico, médico ou enfermeiro que se apercebesse de um utente com vacinas em atraso alertava-o imediatamente e a vacinação era feita no momento. Uma das estratégias que utilizamos com sucesso foi pedir aos utentes no momento da inscrição para apresentar os boletins de vacinas de todo o agregado familiar. Se fosse necessário, procedia-se logo à vacinação ou ao agendamento, caso o utente não estivesse presente. O sucesso desta estratégia é evidente no gráfico a seguir apresentado.

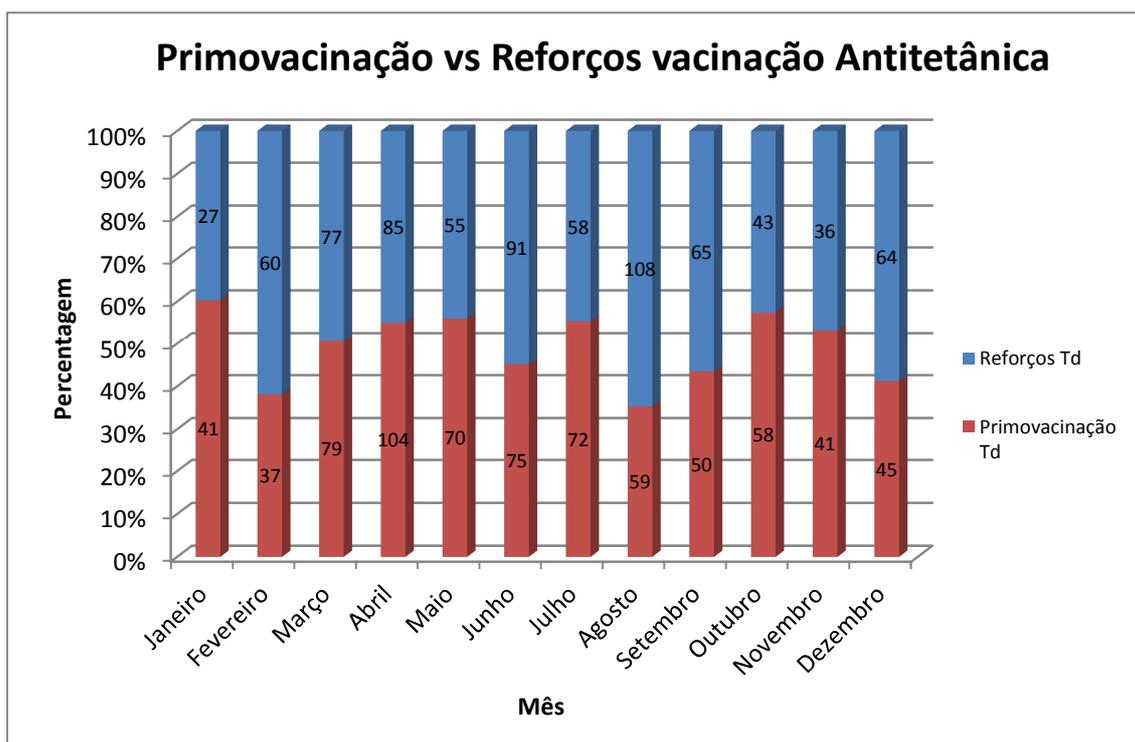


Gráfico 8 - Comparação entre primovacinação e reforços da vacina antitetânica

Relativamente à vacinação das crianças, esta foi feita maioritariamente em contexto de consulta de vigilância da saúde infantil. Também estes valores apresentam discrepâncias quando são obtidos no SINUS, no SAPE ou no documento fornecido pela ARS. Pela análise dos dados que apresentamos pode-se verificar que as metas (98%) a que nos propusemos aquando da contratualização dos indicadores foram plenamente atingidas.

Segundo o documento dos Indicadores da ARS, a percentagem de crianças com PNV actualizada aos 2 anos era de 89,11%. Esta percentagem foi obtida a partir do rácio 90/101 utentes.

Total de Crianças que completaram 2 anos em 2010	Total de Crianças que completaram 2 anos em 2010 com PNV actualizado dia 31 Dezembro 2010	% de Crianças que completaram 2 anos em 2010 com PNV actualizado dia 31 de Dezembro 2010
101	90	89,11

Tabela 29 - Percentagem de crianças com PNV actualizado aos 2 anos (Fonte: ARS)

De acordo com o SINUS, a percentagem é de 97,9%, o que corresponde a 2 utentes do sexo masculino com vacinas em falta num universo de 95 crianças.

Estatísticas de Utentes com o PNV Cumprido por Médico/Extensão/Data de Nasc									
Médico									
Extensão 2011794 USF ALPHA									
Data Nasc: de 01-01-2008 a 31-12-2008									
Inscritos [X] Esporádicos []									
Idade	Feminino			Masculino			Total		
< 1	0/	0=	0%	0/	0=	0%	0/	0=	0%
1	0/	0=	0%	0/	0=	0%	0/	0=	0%
2 a 4	45/	45=	100%	48/	50=	96%	93/	95=	97.9%
5 a 6	0/	0=	0%	0/	0=	0%	0/	0=	0%
7 a 9	0/	0=	0%	0/	0=	0%	0/	0=	0%
10 a 13	0/	0=	0%	0/	0=	0%	0/	0=	0%
14 a 18	0/	0=	0%	0/	0=	0%	0/	0=	0%
>= 19	0/	0=	0%	0/	0=	0%	0/	0=	0%
Total	45/	45=	100%	48/	50=	96%	93/	95=	97.9%

Tabela 30 - Percentagem de crianças com PNV actualizado aos 2 anos (Fonte: SINUS)

Para confirmar esta situação, obtivemos do SINUS a lista de todas as crianças que completariam os 2 anos até ao final do ano de 2010 e analisámos a situação vacinal de cada uma delas individualmente. Chegamos à conclusão de que existem 95 crianças nessa lista. Destas apenas 1 utente do sexo masculino apresenta 1 vacina (3ª inoculação da VHB) em falta. Este atraso deve-se ao facto de a criança estar a cumprir o Esquema de Vacinação Tardio, só podendo ser vacinada em Maio de 2011

Assim, a percentagem de utentes com 2 anos devidamente vacinados será na realidade de 98,9%.

Tal como já foi referido anteriormente, cremos que a discrepância nos valores totais do SINUS e do documento da ARS se devem à inclusão de todos os utentes que em algum momento estiveram inscritos na USF.

No que diz respeito às crianças com PNV actualizado aos 7 anos, o documento da ARS indica uma percentagem de 96,97%, correspondente a 96 crianças vacinadas correctamente num universo de 99.

Total de Crianças que completaram 7 anos em 2010	Total de Crianças que completaram 7 anos em 2010 com PNV actualizado dia 31 Dezembro 2010	% de Crianças que completaram 7 anos em 2010 com PNV actualizado dia 31 de Dezembro 2010
99	96	96,97

Tabela 31 - Percentagem de crianças com PNV actualizado aos 7 anos (Fonte: ARS)

Já o SINUS apresenta o valor de 99%, ou seja 97 vacinados num total de 98.

Estatísticas de Utentes com o PNV Cumprido por Medico/Extensão/Data de Nasc									
Médico		Extensão 2011794 USF ALPHA							
Data Nasc: de 01-01-2003 a 31-12-2003				Inscritos [X]			Esporádicos []		
Idade	Feminino			Masculino			Total		
< 1	0/	0=	0%	0/	0=	0%	0/	0=	0%
1	0/	0=	0%	0/	0=	0%	0/	0=	0%
2 a 4	0/	0=	0%	0/	0=	0%	0/	0=	0%
5 a 6	0/	0=	0%	0/	0=	0%	0/	0=	0%
7 a 9	53/	53=	100%	44/	45=	97.8%	97/	98=	99%
10 a 13	0/	0=	0%	0/	0=	0%	0/	0=	0%
14 a 18	0/	0=	0%	0/	0=	0%	0/	0=	0%
>= 19	0/	0=	0%	0/	0=	0%	0/	0=	0%
Total	53/	53=	100%	44/	45=	97.8%	97/	98=	99%

Tabela 32 - Percentagem de crianças com PNV actualizado aos 7 anos (Fonte: SINUS)

Em relação a este ponto queremos referir que a nossa USF contratualizou o Indicador de Desempenho Assistencial Percentagem de Crianças com PNV actualizado aos 6 anos (ver tabela dos indicadores, ponto 6.1), mas o documento que nos foi fornecido pela ARS apresenta o indicador Percentagem de Crianças com PNV actualizado aos 7 anos. Optámos por utilizar este 2º indicador por ser o referido no documento oficial da ARS.

Seguindo a estratégia anteriormente mencionada, analisámos individualmente a ficha de vacinação de todas as crianças com 7 anos. Da lista de 101 utentes, verificámos que 1 utente do sexo feminino tinha sido excluída da lista de vacinados por se encontrar a residir no estrangeiro e 1 utente do sexo masculino apresentava as vacinas atrasadas. Trata-se uma criança que convocámos por carta para a consulta e vacinas dos 6 anos, mas faltou. Tentámos telefonar, mas o nº não se encontrava atribuído e realizámos visitas domiciliárias sem sucesso, pois a criança e a família eram desconhecidas na morada. Assim, temos 99 crianças devidamente vacinadas aos 7 anos num universo de 100, o que corresponde a 99%.

No decurso deste ano de trabalho, apercebemo-nos de que estão inscritos na USF muitos utentes residentes no estrangeiro. Algumas destas situações são detectadas graças às convocatórias para vacinação quando algum familiar nos vem comunicar que aquele utente ou agregado familiar se encontra no estrangeiro. Porém, são bastante frequentes as convocatórias que ficam sem resposta. Estes utentes contribuem desfavoravelmente para a nossa estatística e, de certa forma, reduzem a acessibilidade de outros, pois ocupam parte da atenção e do tempo dos enfermeiros.

Propostas

A equipa quer manter as estratégias adoptadas e gostaria de criar uma ferramenta que permita contabilizar os utentes que são convocados e que faltam às convocações. No caso de os organismos competentes não o poderem fazer, possivelmente recorreremos a uma folha de cálculo do Excel.

Acreditamos que grande parte da recusa dos utentes relativamente à vacinação tem a ver com

o desconhecimento sobre a sua importância. Pretendemos criar documentos elucidativos que alertem a população – por exemplo, posters e panfletos.

Actividade do Secretariado Clínico

Introdução

O primeiro contacto dos Utentes com a Unidade Saúde Familiar, é feito através dos Secretários Clínicos, são eles que reflectem a imagem de toda a equipa. O atendimento e a orientação feita com Empenhamento, Competência, Compreensão, Correção e Rigor são os Valores e Atitudes que mais contribuem para um bom nível de satisfação do Utente.

As funções do secretariado clínico cuidador são vastas e bastante abrangentes. Começam na recepção do utente e acabam na colaboração empenhada e total em praticamente todas as actividades da USF. Portanto só com um corpo de secretariado clínico altamente diferenciado poderemos almejar a qualidade e a melhoria continua da prestação de cuidados.

Diagnóstico da Actividade do Secretariado Clínico:

Agendamento de Consultas

Foram programadas 16 601 consultas médicas. Através das seguintes tabelas demonstraremos como foi agendada e de quem foi a iniciativa:

Agendamento	Quantidade ⁴²	% Marcação
Presencial	15126	91,11
Telefone	1338	8,06
Eagenda	137	0,83

Tabela 33 Forma da programação

Iniciativa	Quantidade ¹	% Marcação
Médico	4051	24,40%
Enfermeiro	2490	15,00%
Utente	10060	60,60%

Tabela 34 Iniciativa da programação

⁴² -Quantidade de Consultas Programadas

Registo de Contactos

Segundo o Programa informático SINUS, em 2010 foram efectuados 55 283 contactos. Sendo que 41 802 foram efectuados com presença e 13 481 sem presença.

Pode-se ainda referir, que das consultas com presença efectivadas 14 898 foram com agendamento prévio, as restantes 26.904 foram sem programação.

Vamos pormenorizar agora detalhadamente os valores em relação aos contactos com presença:

Contacto	Quantidade ⁴³	% Consultas ⁴⁴	Confirmadas ⁴⁵	% Confirmadas ⁴⁶	Faltas	% Faltas ⁴⁷
Saúde Adultos	9586	57,76%	8694	20,80%	892	9,30%
Diabetes Mellitus	1476	8,89%	1314	3,14%	162	10,98%
Planeamento Familiar	1133	6,82%	894	2,14%	239	21,09%
Saúde Infantil	2161	13,01%	1840	4,40%	321	14,85%
Saúde Materna	623	3,75%	543	1,30%	80	12,84%
Rastreio Oncológico	35	0,21%	33	0,08%	2	5,71%
Domicílios	15	0,09%	186	0,44%	0	0,00%
Hipertensão	1426	8,59%	1257	3,01%	169	11,85%
Eagenda	146	0,88%	137	0,33%	9	6,16%
Reforço	n/a	n/a	2995	7,16%	0	n/a
Outros	n/a	n/a	23909	57,20%	0	n/a
Total	16601	100%	41802	100,00%	1874	11,29 %

Tabela 35 Contactos com presença

A taxa de utilização global de consulta é de 70,62 %, foi construída utilizando como numerador 7 263⁴⁸ utentes e como denominador 10 285 utentes, estes dados foram-nos fornecidos no programa de consulta de evolução dos indicadores da ARS.

⁴³ -Quantidade de Consultas Programadas

⁴⁴ -Percentagem de consultas Programadas em relação ao total de todas as consultas programadas

⁴⁵ -Numero de Consultas presenciais que foram confirmadas

⁴⁶-Percentagem de Consultas confirmadas em relação ao total de todo o tipo de Consultas Confirmadas

⁴⁷ -Percentagem de Faltas às consultas programadas

⁴⁸ -Número de utentes que tiveram 1ª consulta do ano

Taxas Moderadoras e Isenções

Através do Mapa Anual de Taxas Moderadoras e Receitas próprias, apuramos que neste ano cobrou-se 26 914,50 € de taxas moderadoras, sendo que 26 867. 50€ referente a Consulta normal e 47€ a domicílios.

No final de 2010, dos 9 997 utentes inscritos 4 075 utentes são isentos do pagamento de taxa moderadora.

Movimentação dos ficheiros médicos

Durante o corrente ano passaram por esta unidade 10 285 ⁴⁹Utentes. De modo a poder explicar o número de utentes existentes até ao final de 2010, colocaremos de seguida uma tabela, de forma a poderem visualizar melhor as flutuações que ocorreram durante o ano civil em questão:

Tipo	Quantidade
1ª Inscrição	149
Transferidos de uma Inscrição Primária	160
Transferidos para outro Centro de Saúde ou Extensão	35
Óbitos	197
Anulações por dados Falsos	5

Tabela 36 - alterações que ocorreram nos ficheiros médicos durante o ano de 2010 (Fonte: SINUS)

Discussão:

Como podemos ver pelo diagnóstico de situação acima, e tomando os objectivos estratégicos como ponto de referência, percebemos que o objectivo estabelecido para o ano de 2010 (Taxa de Utilização global de Consultas) foi atingido, sendo até superior ao valor que foi contratuali-

⁴⁹ -Dados fornecidos pela tabela dos Indicadores: Institucionais e Financeiros da USF

zado (atingido 70,62%⁵⁰ e Objectivo 66%). Este valor reflecte o esforço e empenho dos profissionais, de modo a assegurar uma boa acessibilidade aos seus utentes e conseguir dar uma maior taxa de cobertura, de maneira a podermos melhorar os padrões de qualidade existentes até hoje.

Como poderemos ver pela tabela 33 o tipo de agendamento com maior número de contactos foi o presencial correspondendo a 91% do agendamento, não havendo ainda muita sensibilização por parte dos utentes, para recorrerem aos outros meios de agendamento. Importa também referir que o agendamento por internet só ficou disponível a partir de Julho de 2010. Assim sendo, podemos considerar que no próximo ano civil haja um aumento considerável das marcações por Eagenda, mas convém salvaguardar que devido ao nível Educacional e Socioeconómico da população por nós abrangida, este tipo de agendamento não terá o valor desejado numa sociedade moderna.

Podemos também observar que o número de consultas sem agendamento é superior ao com agendamento (sem agendamento – 64% com agendamento – 36%), estes valores prendem-se com as medidas que a equipa tomou para garantir a acessibilidade dos utentes. Devido ao sistema informático não ter acompanhado as inovações no tipo de atendimento prestado nos Cuidados de Saúde Primários, surge-nos então um grande “handicap”, não nos permitindo diferenciar nem contabilizar o trabalho desenvolvido pela equipa no seu dia a dia, dando como exemplo as consultas de agudos (em média, cada médico tem 4 por dia) e renovações de baixa (são consultas sem agendamento, onde o utente consegue resolver a sua situação no momento sem se preocupar em agendar).

Pela tabela 35 observa-se que existiu ao longo do ano um grande número de faltas por parte dos nossos utentes, que nos reduz em grande medida a nossa acessibilidade. Nos 16 601 agendamentos, houve 1 874 faltas que correspondeu a 11% das mesmas, o que comprova o que atrás foi dito.

Em relação aos utentes isentos de taxas moderadoras, podemos observar que 41% estão isentos o que não foge muito à média nacional, podemos até afirmar que se encontra abaixo da mesma.

Em relação à tabela 36 não haverá muito a discutir, pois os dados foram colocados mais para que haja uma melhor visualização da movimentação dos ficheiros médicos.

⁵⁰ - Dado do programa de Consulta posto à disposição das USF para monitorizar a evolução dos indicadores

Para terminar gostaríamos de deixar na discussão uma observação relativamente ao registo da gestão do Stock não clínico, mas tal não nos foi inteiramente possível devido a não termos um trabalho feito desde o princípio do ano (o inventário do material em Stock só foi efectuado no mês de Setembro).

Propostas:

Deveremos continuar a trabalhar para melhorar a nossa acessibilidade e aumentarmos ainda mais a nossa taxa global de utilização de consulta.

No próximo relatório de actividades deveríamos fazer um estudo detalhado dos utentes exageradamente consumidores dos recursos postos à disposição de toda a população, de forma a podermos sugerir medidas correctivas deste desvio que em muito prejudica a população no seu geral.

Também deveremos continuar a sensibilizar e informar os nossos utentes do funcionamento da nossa Unidade de Saúde e os meios que estes possuem para agendar as suas consultas, quer por informação exposta na sala de espera, distribuição do nosso guia de utente e informação colocada na nossa página da Internet. Deste modo, tentar conseguir que cada vez mais optem por meios que não impliquem a ida à sua Unidade, para se evitar ao máximo o congestionamento na secretaria.

Temos implementado e a decorrer no ano de 2011 um estudo, do porquê de tanta falta a consultas, para podermos da melhor forma educar/sensibilizar os nossos utentes, para que haja uma desmarcação antecipada, de modo a contribuir para uma maior acessibilidade.