

UNIVERSIDADE DO PORTO – DEPARTAMENTO DE CLÍNICA GERAL

UNIVERSIDADE DO MINHO – ESCOLA DE ECONOMIA E GESTÃO

1.º CURSO DE MESTRADO EM GESTÃO E ECONOMIA DA SAÚDE

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

AUDITORIA DE UMA UNIDADE DE SAÚDE

ORIENTADOR SR. PROFESSOR DOUTOR ALEXANDRE DE SOUSA PINTO

HELENA MARIA AMORIM COSTA COUTO

Porto, 14 de Novembro de 2003

Resumo

No presente trabalho realizou-se uma Auditoria Interna e retrospectiva da Qualidade do desempenho na sede do Centro de Saúde de Santa Maria da Feira. A dimensão estudada foi a competência técnico profissional dos médicos que realizam consultas de vigilância pré natal utilizando-se como fonte de recolha de dados os registos clínicos da ficha normalizada de saúde materna. O estudo incidiu nos registos clínicos de vigilância das grávidas que tiveram uma 1.^a consulta entre 2 de Janeiro de 2001 e 31 de Dezembro de 2001 e nas que tiveram uma 1.^a consulta entre 2 de Janeiro de 2002 e 31 de Dezembro de 2002, tendo sido feita uma avaliação no final de cada um dos períodos. Foram usados critérios explícitos e normativos.

A percentagem de cumprimento dos critérios ficou aquém das expectativas dos clínicos e relativamente aos “standards” por eles determinados. A percentagem de cumprimento dos mesmos critérios variou em cada período.

No 1.º Período:

A percentagem de registos na 1.^a consulta foi em todos os critérios superior à percentagem de registo às 18-22 semanas e às 28-32 semanas.

Na 1.^a consulta o critério menos registado foi a situação vacinal relativamente ao Tétano (80%), seguida da serologia da Hepatite B (82%), da determinação do Teste de Goodwin (85%), determinação do Teste de Coombs (89%), da serologia da Rubéola (89%), Toxoplasmose (92%), Sífilis (94%) e Grupo sanguíneo e Factor Rh (97%).

Às 18-22 semanas, o critério com menos percentagem de registo foi o da serologia da Sífilis (48%), seguido da serologia da Toxoplasmose (58%) e esta seguida da serologia da Rubéola (60%).

Às 28-32 semanas, o critério menos registado foi o da determinação do antígeno HBs (50%), seguido da serologia da Toxoplasmose (60%), Sífilis (64%) e da Rubéola (67%).

No 2.º Período:

A percentagem de registos na 1.ª consulta foi em todos os critérios superior à percentagem de registo às 18-22 semanas e às 28-32 semanas.

Na 1.ª consulta, o critério menos registado foi a determinação do Teste de Goodwin (68%), seguida da serologia da Hepatite B (78%), serologia da Toxoplasmose (88%), determinação do Teste de Coombs (89%), serologia da Sífilis (91%), da serologia da Rubéola (92%), situação vacinal relativamente ao Tétano (92%) e Grupo sanguíneo e Factor Rh (96%).

Às 18-22 semanas, o critério com menos percentagem de registo foi o da serologia da Toxoplasmose (36%), seguido da serologia da Rubéola (54%) e esta seguida da serologia da Sífilis (60%).

Às 28-32 semanas, o critério menos registado foi o da serologia da Toxoplasmose (25%), Rubéola (42%), Sífilis (60%) e da determinação do antígeno HBs (65%).

Foram comunicados os resultados aos médicos envolvidos no processo e através de metodologias de consenso tentaram-se identificar as causas. Foram implementadas medidas correctoras de sensibilização e de carácter formativo. O ciclo da auditoria deverá continuar como metodologia de melhoria da qualidade.

Summary

In the present work was performed an Internal Retrospective Audit with the purpose of studying the quality of performance of the doctor's of Santa Maria da Feira Health Unit. Data sources were the prenatal care surveillance used regularly at the Unit and based on a Protocol with S. Sebastião Hospital. The study covered all surveillance at the Unit delivering prenatal care services to women with first consultation between January of 2001 and December of 2001 and in the ones that had a first consultation between January 2002 and December 2002, having been made an evaluation in the end of each one of the periods. Explicit and normative criteria were used.

The percentage of execution of the criteria was lower level from the doctors' expectations and according the established "standards". The percentage of execution of the same criteria varied in each period.

In the first Period:

The surveillance percentage in the first consultation was in all of the criteria superior to the percentage of surveillance at 18-22 weeks and at 28-32 weeks.

In the first consultation the criterion least fulfilled was vacinal situation relatively to Tetanus (80%), following by Hepatitis B serology (82%), determination of the Goodwin Test (85%), determination of the of Coombs Test (89%), the serology of the Rubella (89%), Toxoplasmosis (92%), Syphilis (94%) and Blood group and Factor Rh (97%).

At the 18-22 weeks, the criterion least fulfilled was the serology of the Syphilis (48%), following by the serology of Toxoplasmosis (58%) and this following by the serology of the Rubella (60%).

At 28-32 weeks, the criterion least fulfilled was the determination of Hepatitis B antigen (50%), following by the serology of Toxoplasmosis (60%), Syphilis (64%) and of the Rubella (67%).

In the 2.º Period:

The surveillance percentage in the first consultation was in all of the criteria superior to the percentage of surveillance at 18-22 weeks and at 28-32 weeks.

In the first consultation, the least fulfilled criterion was the determination of the of Goodwin Test (68%), following by Hepatitis B serology (78%), serology of Toxoplasmosis (88%), determination of the of Coombs Test (89%), serology of the Syphilis (91%), serology of the Rubella (92%), vacinal situation relatively to the Tetanus (92%) and Blood group and Factor Rh (96%).

At 18-22 weeks, the criterion with least fulfilled percentage was the serology of Toxoplasmosis (36%), following by the serology of the Rubella (54%) and this following by the serology of the Syphilis (60%).

At 28-32 weeks, the criterion least fulfilled was the serology of Toxoplasmosis (25%), Rubella (42%), Syphilis (60%) and of the determination of the antigen HBs (65%).

The results were communicated to the doctors involved in the process and through consensus methodologies they tried to identify the causes. Corrective measures, both formative and organisational were suggested. The cycle of the auditing should continue as methodology of improvement of the quality.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
1.1. Assegurar Qualidade em Saúde	1
2. CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE EM ESTUDO	10
2.1. Missão do serviço	10
3. AUDITORIA: BASES METODOLÓGICAS	11
3.1. Elementos Fundamentais da Auditoria	12
4. COMPONENTES DA AUDITORIA	13
4.1. Dimensão Estudada	13
4.2. Unidade de Atendimento	14
4.3. Unidade de Estudo	15
4.4. Relação Temporal do Estudo com a Acção Estudada	15
4.5. Periodicidade da Recolha de Dados	15
4.6. Tipo de Dados	16
4.7. Fonte de Dados e Tratamento dos Dados	16
4.8. Equipa de Auditoria	18
4.9. Tipos de Critérios	18
4.10. Medidas Correctoras Previstas	19
5. CIRCULO DE AUDITORIA	20
5.1. Identificação do Problema	20
5.1.1. O Tópico	20
5.1.2. Método de Selecção do Tópico	22
5.2. Confirmação de que o Problema Existe	25
5.2.1. Elaboração de Critérios	25

5.2.2. Elaboração de Indicadores e de Standards	27
5.2.2.1. Critérios de Exclusão	30
5.3. Descrição do Problema	34
5.4. Identificação de Razões para o Problema	48
5.5. Desenvolver Soluções	49
5.6. Proposta de Medidas Correctoras	49
5.7. Reavaliação e Controlo	50
6. DISCUSSÃO	50
6.1. Discussão do Método	50
6.2. Discussão dos Resultados	56
7. CONCLUSÕES	57
8. REFERÊNCIAS	60
9. BIBLIOGRAFIA	62
ANEXOS	
Anexo I - Ficha de Saúde Materna	66
Anexo II - Matriz de Registo de Informação Clínica	69
Anexo III - Protocolo de Saúde Materna	73

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – O Ciclo Completo de Auditoria _____	20
Figura 2 – Taxa de Mortalidade Infantil e Fetal Tardia no Concelho de Santa Maria da Feira _____	21
Figura 3 – Critérios cumpridos na 1.ª consulta, às 18-22 semanas e às 28-32 semanas, no 1.º Período _____	45
Figura 4 – Critérios cumpridos na 1.ª consulta, às 18-22 semanas e às 28-32 semanas, no 2.º Período _____	46
Figura 5 – Critérios cumpridos nos 1.º e 2.º Períodos _____	47

1. Introdução

No presente trabalho propõe-se a realização de uma auditoria da qualidade dos serviços de um Centro de Saúde com o objectivo de melhorar os cuidados prestados, através da avaliação do desempenho dos profissionais que nele actuam. Antes de mais, serão de realçar algumas noções e aspectos julgados pertinentes sobre a vasta temática da Qualidade.

1.1. Assegurar Qualidade em Saúde

A missão principal de qualquer organização prestadora de serviços de saúde é fornecer aos seus clientes serviços que satisfaçam as suas necessidades explícitas e implícitas. Para satisfazer os clientes é necessário identificar e entender essas necessidades e saber transformá-las em características dos serviços a fornecer.

As “Metas de Saúde para Todos” (OMS, 1985) têm incluído um capítulo dedicado a “Cuidados de Saúde Adequados” em que a meta n.º 31, sobre Qualidade de Serviços refere que “até 1990, todos os Estados Membros deveriam ter estabelecido mecanismos eficazes de garantia de qualidade dos cuidados dos utentes, no quadro dos sistemas de cuidados de saúde”.¹

Seria possível atingir esta meta estabelecendo métodos e mecanismos de monitorização sistemática da qualidade de cuidados administrados aos utentes e transformando as actividades de avaliação e controle numa componente permanente das actividades regulares dos profissionais de saúde, dispensando a todos estes profissionais adequada formação em Garantia de Qualidade.

Qualidade (NP EN ISO 8402. 2.1) é “o conjunto das características de uma entidade que lhe conferem aptidão para satisfazer necessidades explícitas ou implícitas”.²

Qualidade é satisfazer o cliente, garantindo a conformidade das características do serviço ao menor custo de cada vez que o cliente contacta o serviço.

Essas características do serviço traduzem-se, internamente na organização, em especificações técnicas de prestação para a realização de um serviço. Várias funções da empresa se articulam para que o serviço fornecido esteja conforme as especificações ou padrões definidos.

As normas dos sistemas de garantia da qualidade, ao permitirem uma abordagem sistemática e preventiva de todas as actividades que possam afectar a qualidade, desde a concepção de um serviço até à sua avaliação e fornecimento ao cliente, ajudam a organização a disciplinar os seus processos e metodologias de trabalho nas áreas – chave, a reduzir falhas internas e a prevenir os problemas que possam surgir aquando da prestação do serviço.

Num sistema de garantia de qualidade há três aspectos indissociáveis:

- o desenvolvimento e controle das funções do sistema;
- o controlo da qualidade (conformidade);
- a auditoria ao sistema e aos processos.

Segundo Juran ” os três processos básicos da gestão da qualidade são:

- planeamento (estabelecer objectivos, sub-objectivos e acções);
- controlo da qualidade (medir, comparar com objectivos, identificar problemas esporádicos, corrigir);
- melhoria da qualidade (identificar problemas crónicos, fazer o diagnóstico e definir soluções). Além da garantia da conformidade (cumprimento dos requisitos normativos) deverá haver uma cultura de melhoria contínua, a introdução de novas

tecnologias ou de uma nova filosofia de serviço, a capacidade de responder com prontidão a exigências regulamentares e a novos valores sociais”.³

Também nos serviços de saúde é necessário fornecer evidência objectiva de que a qualidade foi alcançada nos níveis desejados, e é importante rastrear os processos utilizados para a sua obtenção, havendo assim necessidade de implementar sistemas formais de garantia da qualidade.

A competência técnica e o brio profissional as normas de boa-prática técnico-profissional dos profissionais de saúde constituem um elemento indispensável mas não garantem a qualidade organizacional nem a conformidade do serviço.

Os serviços de saúde (públicos ou privados) são serviços em que a utilização dos processos de garantia da qualidade têm uma larga aplicação:

- porque a segurança de pessoas e bens é crítica;
- porque são caros e os custos da não-conformidade, do desperdício e do retrabalho são muito elevados;
- porque a prevenção tem aqui um valor incalculável;
- porque a improvisação e os erros causam, não apenas a insatisfação e o abandono de clientes mas, com frequência, sofrimento desnecessário e até danos irreparáveis nos seus destinatários;
- porque o cliente dispõe, muito frequentemente, de uma menor possibilidade de escolha e tem, no entanto, direito a uma elevada qualidade de serviço a par da mais rigorosa qualidade técnica face ao actual estado da arte.

O capital saúde dos indivíduos e das sociedades deverá ser a principal riqueza produzida nos serviços de saúde. A desadequação da gestão organizativa, que caracteriza muitos serviços de saúde, sai muito mais cara do que os necessários

investimentos com a qualidade. Se correctamente implementados, estes investimentos geram um elevado retorno e reduzem fortemente os custos de não qualidade.

A grande variabilidade e a imprevisibilidade que caracterizam os serviços de saúde levam à necessidade de disciplinar processos e definir procedimentos padrão, porque é uma forma de garantir que os colaboradores estão preparados para responder com segurança, flexibilidade e iguais padrões de qualidade a situações imprevistas e altamente variáveis de cliente para cliente.

Auditorias internas são um meio de que a organização dispõe para verificar a eficácia dos seus procedimentos.

A auditoria não pode ser entendida como um simples controlo, e muito menos como um acto de fiscalização. Ela é muito mais abrangente e deve representar sempre uma oportunidade de melhoria e de optimização de processos.

Na actualidade é imprescindível compreender e aplicar os conceitos e princípios da Gestão pela Qualidade numa organização, encarando-a como um processo de mudança e transformação da cultura organizacional, considerando-a como um determinante factor estratégico para o sucesso.

As organizações que pretendem manter-se competitivas, começam a ter como objectivos principais da actividade que desenvolvem, não só obter e melhorar os resultados do negócio que sempre procuraram, mas também satisfazer as necessidades dos clientes, de modo a que eles próprios possam desenvolver o seu negócio perseguindo objectivos de rentabilidade e crescimento.

A Qualidade deve ser encarada no seio da organização como meio, ou seja como uma filosofia ou estratégia de gestão, e não como um fim em si mesmo, com a

finalidade de transformar um conjunto de meios nos resultados imprescindíveis à sobrevivência e manutenção da competitividade da empresa. Atendendo ao facto de o contexto que rodeia a organização ser extremamente mutável e incerto, esta passa a funcionar como um organismo vivo que concentra, em si mesmo, a capacidade de rapidamente se adaptar a essas mudanças. Assim, transformar a organização num organismo vivo que facilmente se adapta às exigências dos clientes e ao contexto em que está inserida, só se torna possível se no seu seio existir uma atitude permanente de melhoria por um lado e a capacidade de mobilização do conjunto de intervenientes por outro.

A Gestão pela Qualidade Total (NP EN ISO 8402. 3.7) pode ser definida como o “modo de gestão de uma organização, centrado na qualidade, baseado na participação de todos os seus membros e visando o sucesso a longo prazo através da satisfação dos clientes e de benefícios para todos os membros da organização e para a sociedade”⁴, a capacidade da organização, porque se quer manter competitiva a curto e médio prazo, orientar o seu desempenho para um conjunto de resultados, através de um conjunto de meios que passam necessariamente pela optimização dos processos de trabalho e a mobilização do conjunto dos intervenientes.

A Gestão da Qualidade Total é um sistema de gestão focalizado na qualidade, o qual deve ser compreendido, integrado e suportado por toda a organização, consistindo num processo de melhoria contínua, que permite à organização construir uma base sólida, assente na qualidade, a partir da qual serve os seus clientes. A organização altera as suas operações para se focalizar no cliente, melhorar os seus procedimentos e envolver os trabalhadores em assuntos que lhes interessam, concedendo-lhes maior poder de decisão.

A melhoria da qualidade, segundo a “European Foundation for Quality Management” (EFQM), envolve as acções desenvolvidas dentro duma organização com vista a aumentar a eficiência e a eficácia de actividades e de processos, proporcionando benefícios acrescidos tanto para a própria organização como para os seus clientes.⁵

O conceito de qualidade em saúde apresenta três dimensões: 1) qualidade para o cliente, sob a forma de indivíduos ou populações; 2) qualidade profissional, dar ao paciente o que o profissional julga o utente necessitar; 3) qualidade de gestão, segundo a qual se pretende fazer o melhor uso dos recursos dentro dos limites e directivas impostos pelas mais altas autoridades.

Segundo a definição da Organização Mundial de Saúde, “a garantia da qualidade a nível da Medicina Geral e Familiar, é um conjunto de actividades planeadas, baseadas na revisão e melhoria do desempenho clínico, com o objectivo de continuamente melhorar o nível de cuidados prestados ao utente procurando assegurar o mais alto padrão de qualidade”.¹

Neste âmbito, um serviço de saúde de qualidade dá aos utentes o que eles desejam e o que necessitam, com os custos mais baixos.

A qualidade melhora continuamente quando se dá ao pessoal as aptidões e os métodos para analisar problema de Qualidade e o poder para fazer as alterações necessárias.

Garantia de Qualidade é a actividade que integra a avaliação e controle sistemático da qualidade assistencial. É a medida do nível de qualidade e a correcção das deficiências observadas mediante propostas concretas, seguidas de uma nova medição de qualidade para determinar se se corrigiram as deficiências.

Existem várias definições para a “Garantia da Qualidade”. Outra definição de acordo com Schamdl seria: “O objectivo da garantia da qualidade consiste em assegurar ao consumidor de cuidados de enfermagem que estes possuam um grau de excelência proveniente das suas contínuas medição e avaliação”.⁶

Segundo Donabedian (1980): “Cuidados Médicos de Qualidade são o tipo de cuidados que se espera conseguir maximizar o estado de bem-estar do doente, depois de ter tido em conta o balanço dos prós e dos contras que acompanham o processo assistencial em todos os seus componentes”.⁷

A definição tradicional de Qualidade de Cuidados é baseada praticamente nos aspectos técnicos dos cuidados, e consiste no grau de aplicação nos cuidados, dos conhecimentos médicos actuais, fundamentados cientificamente.

Hoje em dia, o sentido é mais lato, englobando a acessibilidade, eficácia e grau de adequação científica e técnica.

A garantia da qualidade é um processo contínuo com duas vertentes, os aspectos técnico-profissionais e a satisfação dos utentes. Os aspectos humanos, as relações interpessoais, as condições nas quais os cuidados são prestados, suscitam nos utentes reacções de satisfação ou insatisfação e estes elementos são também importantes na qualidade assistencial.

Para medir a qualidade dos cuidados, deve-se seleccionar a ferramenta correcta. As ferramentas são essencialmente sistemas de recolha de dados que se baseiam em auditorias retrospectivas e concomitantes, isto é, sistemas para recolha de informação quando obtida, dê uma indicação da qualidade dos cuidados prestados aos doentes num departamento específico.

A qualidade assistencial é definida como: “ A produção de saúde e satisfação para uma população com as limitações de tecnologia existente, recursos disponíveis e as características dos utentes” ⁸. Segundo Palmer “ pode ser avaliada através das suas componentes: efectividade, eficiência, acessibilidade, aceitabilidade e competência do prestador de cuidados” ⁹ ou segundo Vuori através da “efectividade, eficiência, adequação e qualidade científico-técnica” ¹⁰. Competência profissional, é o grau com que são aplicados os conhecimentos e as técnicas do momento, a capacidade dos profissionais utilizarem os conhecimentos para promover ou melhorar o estado de saúde dos utilizadores, bem como a competência técnica se refere também à aplicação das técnicas, ao modo de o prestador se relacionar com o utilizador e ao funcionamento global do sistema de saúde.

Assim todos os profissionais devem ser sensibilizados para a Garantia da Qualidade. Existem muitas definições para a expressão “Garantia de Qualidade”. Uma definição que consideramos tanto apropriada como acessível é a dada por Williamson: “Garantia da qualidade é a medida do nível actual dos serviços prestados mais os esforços prestados para modificar, sempre que necessário, a prestação desses serviços tendo em conta os resultados dessa medição” ¹¹. A palavra “qualidade” é definida pelo Concise Oxford Dictionary como “grau de excelência” e a palavra “garantia formal”: “declaração positiva”. Assim “Garantia de Qualidade” pode ser interpretada como uma garantia formal do grau de excelência, assegurando assim aos utentes a existência de um nível aceitável de cuidados.

A definição convencional de auditoria apresentada no “White Paper” de 1989, refere-se à “análise crítica e sistemática da qualidade dos cuidados médicos, incluindo os procedimentos de diagnóstico e tratamento, a utilização de recursos e os

consequentes resultados e qualidade de vida para o doente”¹². Esta definição não identifica os objectivos da auditoria nem sugere como os estudos se devem desenvolver. Slee propôs uma definição com ênfase no método, “a avaliação da qualidade dos cuidados médicos através dos registos médicos”¹³. Ellis descreve uma auditoria como “um sistema de processamento de dados informatizados”¹⁴. A limitação destas definições metodológicas é que elas falham ao reconhecer que uma variedade de métodos pode ser usado na auditoria, cada um apropriado às circunstâncias locais e a um tópico particular a ser investigado.

Shaw e Costain definem auditoria com base nos objectivos: “um estudo sistemático por revisão (Peer Review) dos cuidados médicos para identificar oportunidades de melhoramento e através de um mecanismo para as realizar”¹⁵. Heath propôs “a manutenção dos mais altos standards apropriados à situação”¹⁶. Dixon vai mais longe definindo auditoria como “a avaliação (peer) sistemática da qualidade dos cuidados médicos, baseada em indicadores explícitos e mensuráveis de qualidade, com o objectivo de demonstrar um melhoramento na qualidade dos cuidados de saúde”¹⁷. Esta definição é mais compreensiva, introduzindo a ideia de medição assim como de objectivo e método. Esta definição não dá indicação de quais os aspectos de cuidados médicos que devem ser auditados nem que melhoramentos podem ser implementados.

As definições referidas identificam três elementos numa auditoria: objectivo, método e área de investigação. Definições que englobassem todos estes elementos seriam longas e restritivas: auditoria deverá cobrir todas as áreas e usar o método mais apropriado para o tema a estudar. Poderemos usar uma definição que identifica o objectivo principal da auditoria: “auditoria é um processo de revisão da prestação de

cuidados de saúde para identificar deficiências para que estas possam ser diminuídas”.

2. Caracterização da Unidade em Estudo.

2.1. Missão do serviço

A unidade referida foi a sede do Centro de Saúde de Santa Maria da Feira. O Centro de Saúde, como unidade integrada, polivalente, e dinâmica, prestadora de cuidados primários, que visa a promoção e a vigilância da Saúde, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da doença, dirigindo globalmente a sua acção ao indivíduo, à família e à comunidade, (n.º 1 do artigo 2.º do Regulamento dos Centros de Saúde), desenvolve uma actividade de gestão por objectivos o que pressupõe um planeamento das acções a desencadear, ao nível do centro de saúde, de modo a corresponder às necessidades locais e sem perder de vista a política de saúde global (n.ºs 1 e 2 do artigo 11.º do Regulamento dos Centros de Saúde).

O serviço, está sujeito a normas de funcionamento da Direcção Geral da Saúde/Administração Regional de Saúde do Centro/Centro Regional de Saúde do Centro e Sub-Região de Saúde de Aveiro, tem como área de intervenção todo o concelho de Santa Maria da Feira, dentro das atribuições que lhe são conferidas por:

Decreto-Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto – Lei de Bases da Saúde;

Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro – Estatuto do Serviço Nacional de Saúde;

Decreto-Lei n.º 156/99, de 10 de Maio, no seu artigo 14º – Regime dos Sistemas Locais de Saúde;

Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio – Regulamento dos Centros de Saúde;

Decreto-Lei n.º 6/96, de 31 de Janeiro – Código do Procedimento Administrativo;

Decreto-Lei n.º 73/90, alterado pelo Decreto-Lei n.º 412/99, de 15 de Outubro – Atribuições das Carreiras Médicas.

A Saúde Materna é uma valência dos Cuidados de Saúde Primários que tem como missão promover a saúde da grávida através da vigilância médica periódica e seguindo as normas estabelecidas pela Direcção Geral da Saúde.

3.Auditoria: Bases metodológicas

Há dois tipos de auditorias da qualidade: externas e internas.

Foi seleccionada uma auditoria interna, realizada na sede do Centro de Saúde, com identificação e priorização de problemas pelos próprios profissionais. Na área de Saúde Materna, porque existe um seguimento sujeito a uma calendarização programada, e porque há continuidade de prestação de cuidados, é vantajoso iniciar um programa deste tipo. O facto de existir já em funcionamento um Protocolo de Articulação entre o Centro de Saúde e o Hospital de S. Sebastião, na área de cuidados pré natais que organiza a actividade e introduz parâmetros standardizados e uniformizados, facilita um melhor registo clínico e uma melhor colheita de dados.

As auditorias internas são realizadas por auditores da própria instituição não directamente relacionados com a actividade ou estrutura auditada.

A utilidade de uma auditoria depende de uma boa e correcta eleição de critérios. O critério define o que se entende por situação desejável.

Uma vez avaliado e quantificado obtemos o grau de cumprimento real do critério abordado.

“Standard” é o nível óptimo de aplicação do critério. Os standards são fixados antes de iniciar a avaliação. Expressam-se em forma de percentagem.

Os critérios foram definidos como parâmetros de vigilância fundamentais. Na elaboração dos critérios teve-se em conta o seguinte:

- Incluir só o número de parâmetros essenciais.
- Escolher um número limitado de critérios.
- Seleccionar parâmetros de provada efectividade.
- Assegurar a escolha de critérios de conteúdo e de fácil manejo.

Os critérios escolhidos são adequados, centrados no plano de vigilância existente, cada um especifica que um determinado parâmetro deve ser sempre cumprido na vigilância à gestante. São todos critérios positivos baseados no que deve ser efectuado, e para além de efectuado, deve ser registado. Um critério não cumprido não é um parâmetro de atendimento inadequado à gestante mas é usado para avaliar se foi ou não cumprido através do registo.

Também é fundamental definir as excepções ou exclusões aos critérios, isto é, os casos especiais em que é aceitável ou justificado o não cumprimento das normas propostas.

Neste caso foram efectuadas várias exclusões, quer globais a todos os critérios, quer específicas apenas para alguns critérios.

3.1.Elementos Fundamentais da Auditoria

Os elementos fundamentais duma auditoria interna de qualidade incluem:

- a) Compromisso do pessoal médico em realizar um esforço para a identificação e correcção das deficiências.

Este é um pressuposto básico para que um programa de qualidade possa prosseguir o seu objectivo Este compromisso deve incluir a predisposição dos profissionais em reavaliar a sua própria actuação, confrontar – se com as deficiências e realizar as alterações que se considerem indicadas. É necessário conseguir este compromisso e tentar mantê-lo.

A recolha de informação deve ser a mais discreta possível por se tratar de informação delicada sobre a qualidade da actividade dos médicos. Sempre que possível, a avaliação deve ser efectuada por um profissional familiarizado com a terminologia utilizada e com o modo de registo de informação para minorar os erros de recolha de dados.

- b) A necessidade de registo adequado: um sistema de informação preciso e acessível é provavelmente a principal fonte para as actividades de avaliação. O registo médico é essencial para uma boa assistência ao utente. É importante a noção de que a assistência em cuidados de saúde primários pressupõe uma relação contínua com os utentes e os problemas de saúde não podem ficar confinados à memória de um único profissional. Por vezes é necessário a substituição e nesse caso o acto médico vai basear-se no registo, quando ele existe.

4.Componentes da Auditoria

4.1. Dimensão estudada

A auditoria da qualidade do desempenho não diz respeito ao aspecto de competência profissional mas também à eficácia, efectividade, acessibilidade, satisfação ou

aceitabilidade e eficiência de métodos e a sua adequação às necessidades da população.

Neste estudo apenas se vai contemplar a dimensão “competência profissional” ou “qualidade técnico-científica” ou seja a capacidade do profissional de saúde para utilizar de forma idónea os recursos e conhecimentos ao seu alcance para melhorar o estado de saúde e satisfação na população atendida. Este é um aspecto da qualidade com que os profissionais de saúde se sentem familiarizados e implicados.

4.2.Unidade de Atendimento

Na vigilância pré-natal proporcionam-se dois tipos de prestação de cuidados:

- a. Assistência preventiva – consiste na actividade programada de carácter fundamentalmente preventivo, efectuada segundo o previsto no Protocolo de Saúde Materna. Proporciona educação sanitária sobre os riscos que mais podem afectar a gestante, cuidados de promoção da saúde e procedimentos de carácter preventivo como são os estudos analíticos e a vacinação.
- b. Identificação e resolução de problemas – o médico interpreta a informação da gestante, procura informação relativa a outros sintomas relevantes, faz a exploração no sentido de achar sinais de importância e obter informação de exploração diagnóstica e decide sobre o motivo da queixa, formulando o diagnóstico e o tratamento adequados. Este estudo incidiu sobre a consulta programada e orientada segundo o protocolo previamente estabelecido.

4.3.Unidade de Estudo

Nesta componente a unidade de estudo foi o médico da especialidade em Clínica Geral a exercer funções na sede do centro de saúde de Santa Maria da Feira e que fez consulta de saúde materna.

Os médicos da especialidade de Clínica Geral do Centro de Saúde de Santa Maria da Feira que fizeram consulta de saúde Materna foram oito.

O estudo abrangeu a vigilância pré – natal de todas as mulheres vigiadas na consulta de Saúde Materna na sede do Centro de Saúde de Santa Maria da Feira com a primeira inscrição nos anos de 2001 e 2002 (excluídas as grávidas que tinham iniciado vigilância em 2000 e transitaram para 2001).

4.4.Relação temporal do estudo com a acção estudada

Há três tipos de estudos: prospectivos, concorrentes e retrospectivos.

Foi efectuado um estudo retrospectivo de “*close-chart*”, que consiste na revisão do processo do doente e na identificação dos aspectos positivos e negativos dos cuidados que lhe foram prestados. Tal pode ser conseguido por meio de uma auditoria estruturada dos registos do doente. É um tipo de estudo que contribui para a identificação de aspectos deficitários, embora não altere o curso dos cuidados prestados e reverte numa melhoria de assistência no futuro.

4.5.Periodicidade de recolha de dados

Foram definidos dois períodos de avaliação, de 2 de Janeiro de 2001 até 30 de Setembro de 2002 e de 2 de Janeiro de 2002 até 30 de Setembro de 2003, por se

considerar que períodos mais curtos dificultavam a avaliação da totalidade dos critérios.

4.6. Tipo de Dados

Há três tipos de dados: estrutura, processo assistencial e resultados.

Neste estudo os dados utilizados para medir qualidade da assistência foram os dados do processo assistencial, ou seja, as actividades médicas realizadas às gestantes, baseadas no registo clínico.

A auditoria com base nos dados do atendimento pressupõe que um atendimento correcto terá como resultado uma melhoria para o bem-estar do utente.

Os dados de estrutura e de resultados não foram avaliados. Os dados de estrutura incluem o estudo dos recursos humanos e materiais. Os dados de resultado relacionam-se com a variação do nível de saúde e com a satisfação do utente com o atendimento recebido. Os dados de resultado são de difícil pesquisa porque a melhoria do nível de saúde é resultado da interacção de diferentes factores de difícil avaliação, mas essa avaliação é a que permite aos profissionais de saúde compreender melhor os seus métodos de trabalho e planear acções de maior eficácia. Os indicadores de satisfação do utente podem ser efectuados através de entrevistas organizadas segundo métodos que avaliam o grau de aceitabilidade e acessibilidade dos utentes.

4.7. Fonte de Dados e Tratamento dos Dados

Para identificação dos registos clínicos e a sua posterior revisão foram utilizados como fontes de informação:

- a) Para a identificação das grávidas utilizaram-se os Registos Administrativos de Contacto (RAC) do Sistema de Informação nas Unidades de Saúde (SINUS).
- b) Para a revisão utilizaram-se as Fichas de Saúde Materna modelo 122.01 da Sub-Região de Saúde de Aveiro (Anexo I).

Os registos informáticos foram pesquisados de modo a obter a referência de todas as consultas das grávidas com uma primeira inscrição em Saúde Materna no ano de 2001 até ao parto, e todas as consultas com primeira inscrição em 2002 até ao parto, em todos os Médicos de Família que faziam consulta de Saúde Materna.

Para a revisão ou auditoria propriamente dita foram observadas todas as fichas de Saúde Materna, contemplando o registo no processo clínico dos factos relativos à assistência materna. Para a recolha de dados foi elaborado um Matriz de Registo de Informação Clínica (Anexo II) para posteriormente introduzir numa base de dados.

São dados acessíveis, objectivos mas também incompletos porque só recolhem parte da informação clínica e apenas na perspectiva dos profissionais.

São apenas os dados objectivos uma vez que as recomendações, conselhos efectuados, a comunicação, a relação interpessoal não é quantificável.

Portanto, há que ter em conta as limitações desta fonte de dados.

Também só se pesquisam dados incluídos no modelo de seguimento e de acordo com os critérios explícitos de modo a poder minorar a subjectividade da avaliação.

Foi utilizado o programa informático SPSS para elaboração de uma base de dados e tratamento estatístico.

Foi determinada a percentagem de cumprimento de cada critério e calculado o intervalo de confiança a 95% (IC95%), isto é, 95% dos intervalos de confiança assim definidos irão ter em si o parâmetro populacional que se pretende estudar.

4.8. Equipa de auditoria

Para o estudo e seguimento contínuo e tentativa de resolução do problema foi criada uma equipa de trabalho, para melhoria da referida dimensão da qualidade, com vista a serem encontradas soluções para o referido problema

As Auditorias de qualidade podem ser internas ou externas conforme a avaliação é efectuada por profissionais da mesma instituição. A equipa de auditoria foi constituída por profissionais distintos da equipa que está a ser avaliada.

- a. A auditoria efectuada foi interna, efectuada por três elementos que não pertenciam ao grupo de profissionais a ser estudado. A equipa foi constituída pela Coordenadora de Saúde Materna, uma médica de Saúde Pública e uma enfermeira.

4.9. Tipos de critérios

Para a efectivação de uma auditoria de qualidade baseada no acto médico e no seu registo é fundamental a existência de um modelo de cuidados com o qual se pode comparar os cuidados realmente prestados. Foi utilizado o Protocolo de Saúde Materna com o esquema de calendarização e seguimento (Anexo III). Este modelo indica os actos que são necessários praticar.

A análise estabelecida exclusivamente a partir das fichas clínicas, não dá uma ideia exacta do que efectivamente advém para o utente porque o registo clínico está ligado

ao nível de conhecimentos dos profissionais e às práticas de observação corrente mas não afere o reflexo destas práticas nos utentes.

Há dois tipos de critérios: critérios implícitos e explícitos, podendo estes últimos classificar-se em normativos ou descritivos.

Foram utilizados critérios explícitos e normativos porque foram expressamente formulados para a avaliação e de acordo com o protocolo, depois de sujeitos a uma discussão e consenso entre profissionais implicados, que assumiram um compromisso na sua elaboração e posterior cumprimento

Critério é o aspecto da assistência, quer seja desejável ou indesejável que se escolhe como mais relevante de um problema concreto, o qual será medido para conhecer o seu grau de cumprimento.

Neste programa de qualidade foram seleccionados critérios definidos explicitamente e de forma clara para garantir a objectividade da avaliação.

4.10. Medidas Correctoras previstas

São a componente fundamental e o objectivo final em qualquer Auditoria.

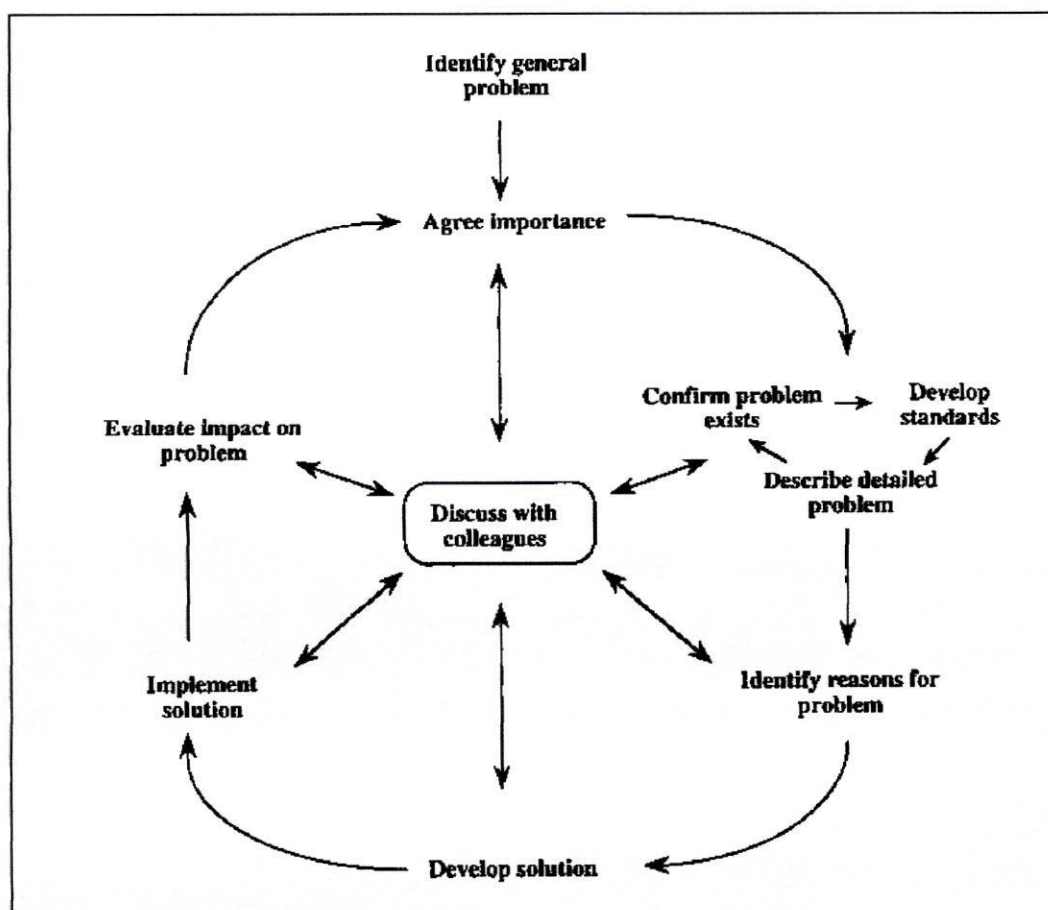
Compreendem as medidas de carácter disciplinar, educacional ou formativo e mudanças estruturais.

Nos programas internos, como o presente, são mais importantes as medidas de carácter educativo mediante adequada formação dos profissionais nas áreas que tenham demonstrado mais deficiência.

No entanto, determinadas alterações estruturais como a reorganização do trabalho de equipa também se poderão revelar vantajosas e com resultados positivos.

5. Círculo de Auditoria

Figura 1 – O Ciclo completo de Auditoria (Crombie, I.K. et al.- “The Audit Handbook”, 1995)



5.1. Identificação do Problema

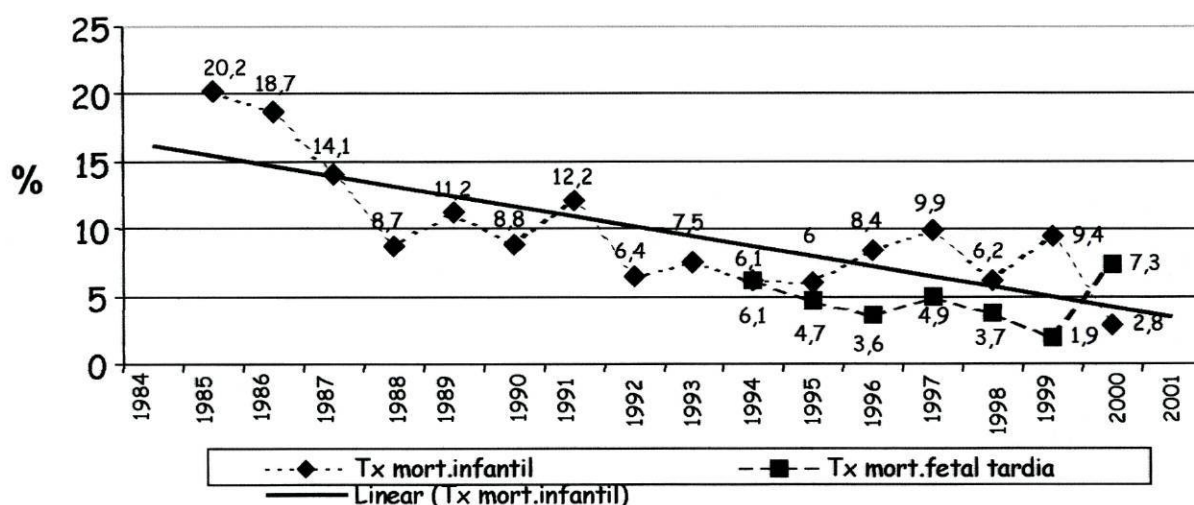
5.1.1. O Tópico

No estudo actual, é a identificação de problemas associados à vigilância pré-natal, através do registo médico isto é a qualidade técnico profissional dos médicos de família na consulta de Saúde Materna através do registo clínico.

As necessidades especiais dos grupos populacionais vulneráveis, obrigam a conferir alta prioridade aos cuidados de saúde a prestar às mulheres em idade fértil e às crianças. A mulher grávida e o recém-nascido constituem grupos populacionais vulneráveis.

O diagnóstico e vigilância de uma gravidez, assim como o conhecimento de condicionantes de risco gravídico, e envio atempado aos Cuidados de Saúde Secundários, desde que haja um espaço adequado e recursos materiais e humanos indispensáveis, são da competência dos Cuidados de Saúde Primários, e particularmente do Médico de Família.

Figura 2-Taxa de Mortalidade Infantil e Fetal Tardia no Concelho de Santa Maria da Feira



Fonte: INE

A linha da taxa de mortalidade infantil no concelho, apresenta diversas inflexões, o que é explicado pelo número de óbitos em crianças de idade inferior a 1 ano ser pequeno, em que pequenas alterações condicionam grandes diferenças na respectiva taxa de mortalidade.

No entanto a linha de tendência é decrescente, e a taxa diminuiu de 20,2‰ em 1985 para 2,8‰ em 2001 (fig. 3).

Apesar da diminuição da mortalidade fetal tardia nos últimos anos, assistimos a um aumento em 2001 (7,3‰).

Segundo dados colhidos no INE, no concelho ocorreram três malformações congénitas em 1997, quatro em 1998, oito em 1999 e três em 2000.

Segundo a mesma fonte o n.º de afecções perinatais foi de nove em 1997, quatro em 1998, seis em 1999 e um em 2000.

Foram notificadas ao Delegado de Saúde Concelhio, um caso de Sífilis Congénita em 2000 e um caso em 2002.

A mortalidade, Neonatal (Precoce e Tardia) e Perinatal, poderão também ser indicadores de referência relativamente ao desempenho médico e dos profissionais de saúde. Deste modo, uma dimensão da qualidade como a Qualidade técnico profissional dos médicos de família na consulta de Saúde Materna poderá estar fragilizada.

5.1.2. Método de selecção do Tópico

A selecção do tópico, foi por método reunião/discussão e recorrendo às técnicas de “*Brainstorming*”, “*Diagrama em Espinha de Peixe*” e “*Técnica de Grupo Nominal*”.

A variabilidade de possibilidades e as diferentes perspectivas do que é importante, conduzem ao recurso a ferramentas de qualidade que servem de instrumentos de selecção e priorização das áreas de estudo.

Em três reuniões de serviço dos médicos, utilizando diversas técnicas de consenso, procedeu-se à recolha de dados baseados em sugestões veiculadas pelo grupo de trabalho.

O resultado final foi a identificação de um tópico.

O método do “Brainstorming” técnica de consenso é um processo criativo de grupo, cujos membros respondem a uma questão central, e cuja ênfase é colocada na produção de ideias, sem crítica e sem avaliação. Os elementos participantes encontram-se na presença uns dos outros

Descrição do método:

1. Organizar o grupo;
2. Instruir os participantes – não há ideias incorrectas, a crítica é proibida, a ênfase é colocada na produção de muitas ideias;
3. Apresentar o tema e discuti-lo brevemente, dispondo os participantes de alguns minutos para pensarem no problema;
4. Condução da sessão – as ideias são dadas numa atmosfera de cordialidade, sendo todas registadas;

A sessão de “*Brainstorming*” levada a cabo na reunião de serviço foi conduzida nestes moldes. O grupo foi constituído pela equipa auditora e pelos médicos de

clínica geral que fazem Saúde Materna na sede do Centro de Saúde. A sua duração foi limitada a sessenta minutos ou à produção de dez ideias.

“Diagrama em Espinha de Peixe”

Agrupamento das ideias em grandes temas

O “Diagrama de causa – efeito”, também chamado de “ Diagrama em espinha de peixe “ ou “ Diagrama de Ishikawa “, é um meio útil de clarificar as causas de um problema. Ele permite classificar as diferentes causas capazes de influir sobre os resultados do trabalho, indicando por setas a relação da causa com o efeito. É utilizado para guiar a discussão, mantendo orientada a reflexão do grupo e também ajuda à análise minuciosa da situação real.

“Técnica de Grupo Nominal”

O passo seguinte consistiu em seleccionar um tópico de auditoria de entre as dez resultantes da aplicação do método anterior.

Esta selecção de áreas foi feita recorrendo à técnica do grupo nominal.

Foi proposto a cada participante que, de entre as dez áreas geradas, seleccionasse aquela do seu interesse, recorrendo para isso à atribuição de uma pontuação de dez até um ponto por ordem decrescente de preferência. A votação foi anónima.

5.2.Confirmação de que o problema existe

5.2.1.Elaboração de Critérios

Os critérios elaborados com elevada participação e consenso entre os vários elementos a avaliar, favorece, à partida o grau de implicação dos profissionais no processo de avaliação.

Pretende-se verificar se são cumpridos os critérios definidos pelo Protocolo de Articulação entre os Centros de Saúde e o Hospital de S. Sebastião (Anexo III). Por Despacho n.º 6/91 de 28-05-1991, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, foram criadas as Unidades Coordenadoras Funcionais, com a finalidade de melhorar a articulação entre os Centros de Saúde e os hospitais, na área de cuidados pré natais. As grávidas do concelho têm assistência ao parto no Hospital de S. Sebastião. Deste modo foi criada a consulta de avaliação pré parto, as consultas de risco para grávidas que tenham um risco mais elevado e grávidas que tenham patologia que envolva a necessidade de avaliar por diferentes especialidades.

Neste processo alvo de melhoria contínua é essencial a facilidade de acesso aos processos clínicos/ficha de saúde materna (suporte de informação modelo 122.1), para avaliação do desempenho médico através do registo clínico.

Critério 1

Verificação do pedido ou registo do grupo sanguíneo e factor Rh, na 1.ª consulta

Critério 2

Verificação do pedido ou registo do teste de Coombs indirecto, na 1.ª consulta

Critério 3

Verificação do registo de Teste de Goodwin calculado, na 1.ª consulta

Critério 4

Verificação do pedido ou registo de VDRL, na 1.ª consulta

Critério 5

Verificação do pedido ou registo de VDRL, às 18-22 semanas

Critério 6

Verificação do pedido ou registo de VDRL, às 28-32 semanas

Critério 7

Verificação do pedido ou registo da serologia da Toxoplasmose, na 1.ª consulta

Critério 8

Verificação do pedido ou registo da serologia da Toxoplasmose, às 18-22
semanas

Critério 9

Verificação do pedido ou registo da serologia da Toxoplasmose, às 28-32
semanas

Critério 10

Verificação do pedido ou registo da serologia da Rubéola, na 1.^a consulta

Critério 11

Verificação do pedido ou registo da serologia da Rubéola, às 18-22 semanas

Critério 12

Verificação do pedido ou registo da serologia da Rubéola, às 28-32 semanas

Critério 13

Verificação do pedido ou registo da serologia da Hepatite B, na 1.^a consulta

Critério 14

Verificação do pedido ou registo da determinação do Antígeno HBs, às 28-32 semanas

Critério 15

Verificação do pedido ou registo do estado vacinal contra o Tétano, na 1.^a consulta

5.2.2. Elaboração de Indicadores e Standards

Neste programa, a fixação dos “standards” foi definida em reunião conjunta de todos os profissionais envolvidos, e com a concordância dos mesmos.

Os “standards” definidos foram muito elevados, porque se considerou haver condições locais para um bom cumprimento dos critérios definidos.

Critério 1 **Standard-100%**

N.º de fichas com pedido ou registo do grupo sanguíneo e factor Rh, na 1.ª consulta

N.º de fichas na 1.ª consulta

Critério 2 **Standard-100%**

N.º de fichas com pedido ou registo do teste de Coombs indirecto, na 1.ª consulta

N.º de fichas de grávidas Rh-, na 1.ª consulta

Critério 3 **Standard-100%**

N.º de fichas com registo de Teste de Goodwin calculado, na 1.ª consulta

N.º de fichas de grávidas na 1.ª consulta

Critério 4 **Standard-100%**

N.º de fichas com pedido ou registo de VDRL, na 1.ª consulta

N.º de fichas de grávidas na 1.ª consulta

Critério 5 **Standard-100%**

N.º de fichas com pedido ou registo de VDRL, às 18-22 semanas

N.º de fichas de grávidas às 18-22 semanas

Critério 6 **Standard-100%**

N.º de fichas com pedido ou registo de VDRL, às 28-32 semanas

N.º de fichas de grávidas às 28-32 semanas

Critério 7 **Standard-100%**

N.º de fichas com pedido ou registo da serologia da Toxoplasmose, na 1.ª consulta

N.º de fichas de grávidas na 1.ª consulta

Critério 8 **Standard-100%**

N.º de fichas com pedido ou registo da serologia da Toxoplasmose, às 18-22 semanas

N.º de fichas de grávidas às 18-22 semanas, não imunes

Critério 9 **Standard-100%**

N.º de fichas com pedido ou registo da serologia da Toxoplasmose, às 28-32 semanas

N.º de fichas de grávidas às 28-32 semanas, não imunes

Critério 10 **Standard-100%**

N.º de fichas com pedido ou registo da serologia da Rubéola, na 1.ª consulta

N.º de fichas de grávidas na 1.ª consulta

Critério 11 **Standard-100%**

N.º de fichas com pedido ou registo da serologia da Rubéola, às 18-22 semanas

N.º de fichas de grávidas às 18-22 semanas, não imunes

Critério 12 **Standard-100%**

N.º de fichas com pedido ou registo da serologia da Rubéola, às 28-32 semanas

N.º de fichas de grávidas às 28-32 semanas, não imunes

Critério 13**Standard-100%**

N.º de fichas com pedido ou registo da serologia da Hepatite B, na 1.ª consulta

N.º de fichas de grávidas na 1.ª consulta

Critério 14**Standard-100%**

N.º de fichas com pedidos ou registo da determinação do Antígeno HBs, às 28-32 semanas

N.º de fichas de grávidas, às 28-32 semanas, não imunes

Critério 15**Standard-100%**

N.º de fichas com pedido ou registo de verificação do estado vacinal contra o Tétano, na 1.ª consulta

N.º de fichas de grávidas na 1.ª consulta

Foram incluídos todos os registos de inscrição, como:

- Abandono de consulta: foi estudado o desempenho do médico nos critérios previstos até ao abandono da consulta.
- Interrupção de gravidez: foi estudado o desempenho do médico nos critérios previstos até à interrupção da consulta.
- Foram incluídas como 1.ª consulta os primeiros registos em qualquer fase de gestação até às 32 semanas (após as 32 semanas de gestação deverão ser referenciadas para consulta hospitalar).

5.2.2.1. Critérios de Exclusão:

Critérios de exclusão globais (todos os critérios):

- Seguimento em clínica privada ou cuidados de saúde diferenciados.

Critérios de exclusão específicos:

Critérios 5, 8, 11 – Exequível entre as 18-22 semanas excluindo-se as grávidas que vêm pela 1.^a vez, pois foram contabilizadas como 1.^a consulta.

Critérios 6, 9, 12, 14 – Exequível entre as 28-32 semanas excluindo-se as grávidas que vêm pela 1.^a vez, pois foram contabilizadas como 1.^a consulta.

Verificação do pedido ou registo do grupo sanguíneo e factor Rh, na 1.^a consulta

Definição: pedido ou registo da determinação do grupo sanguíneo e factor Rh da grávida.

Cumprimento: pedido específico ou registo efectivo na 1.^a consulta. A data do pedido e a data do registo confirmou-se pelas semanas de gravidez com que foram feitos. Confirmou-se o teor do pedido pelo registo. Algumas grávidas tiveram o pedido em consulta pré concepcional, sendo portadoras dos resultados na 1.^a consulta de gravidez. Muitas vezes a confirmação da gravidez é efectuada no contexto de uma consulta geral, em que são pedidos os primeiros exames e marcada nova consulta, esta sim, em horário próprio para a vigilância da grávida e com acesso à ficha de Saúde Materna.

Não aplicável: às grávidas com registo de 1.^a consulta após as 32 semanas.

Verificação do pedido ou registo do teste de Coombs indirecto, na 1.^a consulta

Definição: pedido ou registo da determinação do teste de Coombs indirecto na 1.^a consulta.

Cumprimento: considerado cumprido quando existir pedido ou registo, na 1.^a consulta do grupo Rh da mãe se Rh negativa.

Não aplicável: às grávidas Rh positivo e às grávidas com registo de 1.^a consulta após as 32 semanas.

Verificação do registo de Teste de Goodwin calculado, na 1.^a consulta

Definição: determinação e registo do grau de risco através do teste de Goodwin na 1.^a consulta.

Cumprimento: Registo efectivo.

Não Aplicável: às grávidas com registo de 1.^a consulta após as 32 semanas.

Verificação do pedido ou registo de VDRL, na 1.^a consulta, às 18-22 semanas e às 28-32 semanas

Definição: pedido ou registo da determinação do VDRL

Cumprimento: Considerado cumprido quando existe pedido ou registo efectivo nos períodos determinados.

Não Aplicável: se a grávida não vem à consulta, ou se vem após as 32 semanas.

Verificação do pedido ou registo da serologia da Toxoplasmose, na 1.^a consulta, às 18-22 semanas e às 28-32 semanas

Definição: pedido ou registo da determinação da serologia da Toxoplasmose na 1.^a consulta

Cumprimento: Considerado cumprido quando existe pedido ou registo efectivo

Não Aplicável: às 18-22 semanas e às 28-32 semanas, se a grávida estiver imune na avaliação anterior e se a grávida não vem à consulta nesse período.

Verificação do pedido ou registo da serologia da Rubéola, na 1.ª consulta, às 18-

22 semanas e às 28-32 semanas

Definição: pedido ou registo da determinação da serologia da Rubéola.

Cumprimento: Considerado cumprido quando existe pedido ou registo efectivo nos períodos determinados.

Não Aplicável: às 18-22 semanas e às 28-32 semanas, se a grávida estiver imune na avaliação anterior e se a grávida não vem à consulta nesse período.

Verificação do pedido ou registo da serologia da Hepatite B, na 1.ª consulta

Definição: pedido ou registo da determinação da serologia da Hepatite.

Cumprimento: Considerado cumprido quando existe pedido ou registo efectivo na 1.ª consulta.

Não aplicável: Nas grávidas com registo de 1.ª consulta após as 32 semanas.

Verificação do pedido ou registo da determinação do Antígeno HBs, às 28-32 semanas

Definição: pedido ou registo da determinação do antígeno HBs

Cumprimento: Considerado cumprido quando existe pedido ou registo efectivo às 28-32 semanas

Não Aplicável: se a grávida estiver imune na avaliação anterior, se a 1.ª consulta é neste período e se a grávida não vem à consulta nesse período.

Verificação do pedido ou registo do estado vacinal contra o Tétano, na 1.^a consulta

Definição: pedido ou registo da verificação do estado vacinal na 1.^a consulta.

Cumprimento: Considerado cumprido quando existe pedido ou registo efectivo.

Não Aplicável: às grávidas com registo de 1.^a consulta após as 32 semanas.

5.3.Descrição do Problema

Análise dos Dados do Primeiro Período

Critério 1

Verificação do pedido ou registo do grupo sanguíneo e factor Rh, na 1.^a consulta

	n	(%)	
Não	2	(3)	n – Número absoluto
Sim	63	(97)	(%) - Percentagem
Total	65	(100)	

O critério foi cumprido em 63 (97%), IC95% [93%;100%] num total de 65 fichas de Saúde Materna.

Critério 2

Verificação do pedido ou registo do teste de Coombs indirecto, na 1.^a consulta

	n	(%)
Não	3	(11)
Sim	24	(89)
Total	27	(100)

O critério foi cumprido em 24 (89%) IC95% [76%;100%] num total de 27 fichas de Saúde Materna.

Critério 3

Verificação do registo de teste de Goodwin calculado, na 1.ª consulta

	n	(%)
Não	10	(15)
Sim	55	(85)
Total	65	(100)

O critério foi cumprido em 55 (85%) IC95% [76%;94%] num total de 65 fichas de Saúde Materna.

Critério 4

Verificação do pedido ou registo de VDRL, na 1.ª consulta

	n	(%)
Não	4	(6)
Sim	61	(94)
Total	65	(100)

O critério foi cumprido em 61 (94%) IC95% [88%;100%] num total de 65 fichas de Saúde Materna.

Critério 5

Verificação do pedido ou registo de VDRL, às 18-22 semanas

	n	(%)
Não	31	(52)
Sim	29	(48)
Total	60	(100)

O critério foi cumprido em 29 (48%) IC95% [35%;41%] num total de 60 fichas de Saúde Materna.

Critério 6

Verificação do pedido ou registo de VDRL, às 28-32 semanas

	n	(%)
Não	20	(36)
Sim	36	(64)
Total	56	(100)

O critério foi cumprido em 36 (64%) IC95% [51%;77%] num total de 56 fichas de Saúde Materna.

Critério 7

Verificação do pedido ou registo da serologia da Toxoplasmose, na 1.^a consulta

	n	(%)
Não	5	(8)
Sim	60	(92)
Total	65	(100)

O critério foi cumprido em 60 (92%) IC95% [86%;99%] num total de 65 fichas de Saúde Materna.

Critério 8

Verificação do pedido ou registo da serologia da Toxoplasmose, às 18-22 semanas

	n	(%)
Não	21	(42)
Sim	29	(58)
Total	50	(100)

O critério foi cumprido em 29 (58%) IC95% [44%;72%] num total de 50 fichas de Saúde Materna.

Critério 9

Verificação do pedido ou registo da serologia Toxoplasmose, ás 28-32 semanas

	n	(%)
Não	16	(40)
Sim	24	(60)
Total	40	(100)

O critério foi cumprido em 24 (60%) IC95% [44%;76%] num total de 40 fichas de Saúde Materna.

Critério 10

Verificação do pedido ou registo da serologia da Rubéola, na 1.^a consulta

	n	(%)
Não	7	(11)
Sim	58	(89)
Total	65	(100)

O critério foi cumprido em 58 (89%) IC95% [81%;97%] num total de 65 fichas de Saúde Materna.

Critério 11

Verificação do pedido ou registo da serologia da Rubéola, ás 18-22 semanas

	n	(%)
Não	17	(40)
Sim	26	(60)
Total	43	(100)

O critério foi cumprido em 26 (60%) IC95% [45%;76%] num total de 43 fichas de Saúde Materna.

Critério 12

Verificação do pedido ou registo da serologia da Rubéola, ás 28-32 semanas

	n	(%)
Não	10	(33)
Sim	20	(67)
Total	30	(100)

O critério foi cumprido em 20 (67%) IC95% [49%;85%] num total de 30 fichas de Saúde Materna.

Critério 13

Verificação do pedido ou registo da serologia da Hepatite, na 1.ª consulta

	n	(%)
Não	12	(18)
Sim	53	(82)
Total	65	(100)

O critério foi cumprido em 53 (82%) IC95% [72%;91%] num total de 65 fichas de Saúde Materna

Critério 14

Verificação do pedido ou registo do antígeno HBs, às 18-22 semanas

	n	(%)
Não	28	(50)
Sim	28	(50)
Total	56	(100)

O critério foi cumprido em 28 (50%) IC95% [36%;64%] num total de 56 fichas de Saúde Materna.

Critério 15

Verificação do pedido ou registo da situação vacinal relativamente ao Tétano, na 1.ª consulta

	n	(%)
Não	13	(20)
Sim	52	(80)
Total	65	(100)

O critério foi cumprido em 52 (80%) IC95% [70%;90%] num total de 65 fichas de Saúde Materna.

Análise dos dados no Segundo Período

Análise dos Dados do Segundo Período

Critério 1

Verificação do pedido ou registo do grupo sanguíneo e factor Rh, na 1.^a consulta

	n	(%)
Não	3	(4)
Sim	71	(96)
Total	74	(100)

O critério foi cumprido em 71 (96%) IC95% [91%;100%] num total de 74 fichas de Saúde Materna.

Critério 2

Verificação do pedido ou registo do teste de Coombs indirecto, na 1.^a consulta

	n	(%)
Não	4	(11)
Sim	31	(89)
Total	35	(100)

O critério foi cumprido em 31 (89%) IC95% [77%;100%] num total de 35 fichas de Saúde Materna.

Critério 3

Verificação do registo de teste de Goodwin calculado, na 1.ª consulta

	n	(%)
Não	24	(32)
Sim	50	(68)
Total	74	(100)

O critério foi cumprido em 50 (68%) IC95% [57%;78%] num total de 74 fichas de Saúde Materna.

Critério 4

Verificação do pedido ou registo de VDRL, na 1.ª consulta

	n	(%)
Não	7	(9)
Sim	67	(91)
Total	74	(100)

O critério foi cumprido em 67 (91%) IC95% [84%;97%] num total de 74 fichas de Saúde Materna.

Critério 5

Verificação do pedido ou registo de VDRL, às 18-22 semanas

	n	(%)
Não	20	(38)
Sim	33	(60)
Total	53	(100)

O critério foi cumprido em 33 (60%) IC95% [47%;74%] num total de 53 fichas de Saúde Materna.

Critério 6

Verificação do pedido ou registo de VDRL, às 28-32 semanas

	n	(%)
Não	23	(40)
Sim	34	(60)
Total	57	(100)

O critério foi cumprido em 34 (60%) IC95% [47%;73%] num total de 57 fichas de Saúde Materna.

Critério 7

Verificação do pedido ou registo da serologia da Toxoplasmose, na 1.^a consulta

	n	(%)
Não	9	(12)
Sim	65	(88)
Total	74	(100)

O critério foi cumprido em 65 (88%) IC95% [80%;95%] num total de 74 fichas de Saúde Materna.

Critério 8

Verificação do pedido ou registo da serologia Toxoplasmose, às 28-32 semanas

	n	(%)
Não	14	(64)
Sim	8	(36)
Total	22	(100)

O critério foi cumprido em 8 (36%) IC95% [15%;58%] num total de 22 fichas de Saúde Materna.

Critério 9

Verificação do pedido ou registo da serologia Toxoplasmose, às 28-32 semanas

	n	(%)
Não	15	(75)
Sim	5	(25)
Total	20	(100)

O critério foi cumprido em 5 (25%) IC95% [4%;46%] num total de 20 fichas de Saúde Materna.

Critério 10

Verificação do pedido ou registo da serologia da Rubéola, na 1.^a consulta

	n	(%)
Não	6	(8)
Sim	68	(92)
Total	74	(100)

O critério foi cumprido em 68 (92%) IC95% [86%;98%] num total de 74 fichas de Saúde Materna.

Critério 11

Verificação do pedido ou registo da serologia da Rubéola, às 18-22 semanas

	n	(%)
Não	12	(46)
Sim	14	(54)
Total	26	(100)

O critério foi cumprido em 14 (54%) IC95% [33%;74%] num total de 26 fichas de Saúde Materna.

Critério 12

Verificação do pedido ou registo da serologia da Rubéola, às 28-32 semanas

	n	(%)
Não	11	(58)
Sim	8	(42)
Total	19	(100)

O critério foi cumprido em 8 (42%) IC95% [18%;67%] num total de 19 fichas de Saúde Materna.

Critério 13

Verificação do pedido ou registo da serologia da Hepatite, na 1.^a consulta

	n	(%)
Não	16	(22)
Sim	58	(78)
Total	74	(100)

O critério foi cumprido em 58 (78%) IC95% [69%;88%] num total de 74 fichas de Saúde Materna.

Critério 14

Verificação do pedido ou registo do antígeno HBs, às 18-22 semanas

	n	(%)
Não	19	(35)
Sim	35	(65)
Total	54	(100)

O critério foi cumprido em 35 (65%) IC95% [52%;78%] num total de 54 fichas de Saúde Materna.

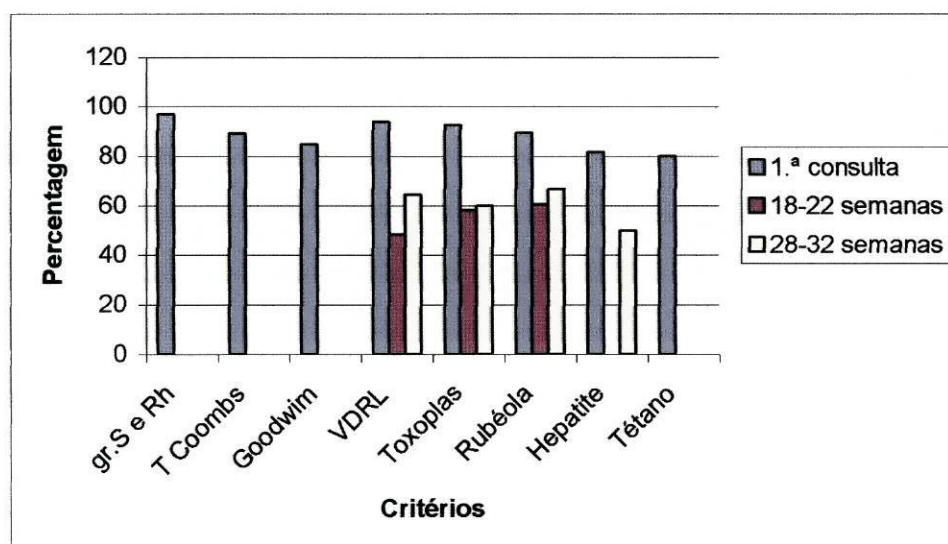
Critério 15

Verificação do pedido ou registo da situação vacinal relativamente ao Tétano, na 1.^a consulta

	n	(%)
Não	6	(8)
Sim	68	(92)
Total	74	(100)

O critério foi cumprido em 68 (92%) IC95% [86%;98%] num total de 74 fichas de Saúde Materna.

Figura 5 – Critérios cumpridos na 1.^a consulta, às 18-22 semanas e às 28-32 semanas, no 1.^o Período



No 1.º Período:

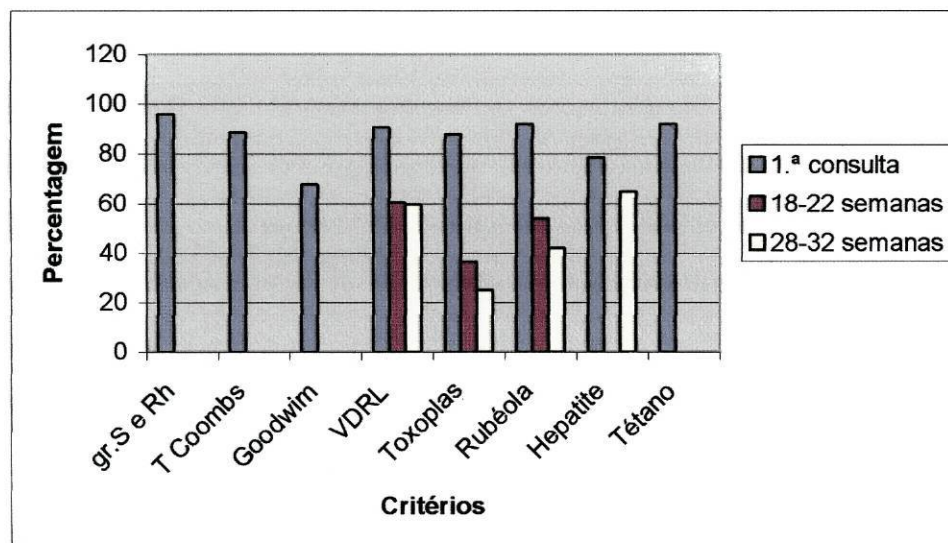
A percentagem de registos na 1.ª consulta foi em todos os critérios superior à percentagem de registo às 18-22 semanas e às 28-32 semanas.

Na 1.ª consulta o critério menos registado foi a situação vacinal relativamente ao Tétano (80%), seguida da serologia da Hepatite B (82%), da determinação do Teste Goodwin (85%), determinação do Coombs (89%), da serologia da Rubéola (89%), Toxoplasmose (92%), Sífilis (94%) e Grupo sanguíneo e Factor Rh (97%).

Às 18-22 semanas, o critério com menos percentagem de registo foi o da serologia da Sífilis (48%), seguido da serologia da Toxoplasmose (58%) e esta seguida da serologia da Rubéola (60%).

Às 28-32 semanas, o critério menos registado foi o da determinação do antigénio HBs (50%), seguido da serologia da Toxoplasmose (60%), Sífilis (64%) e da Rubéola (67%).

Figura 6 – Critérios cumpridos na 1.ª consulta, às 18-22 semanas e às 28-32 semanas, no 2.º Período



No 2.º Período:

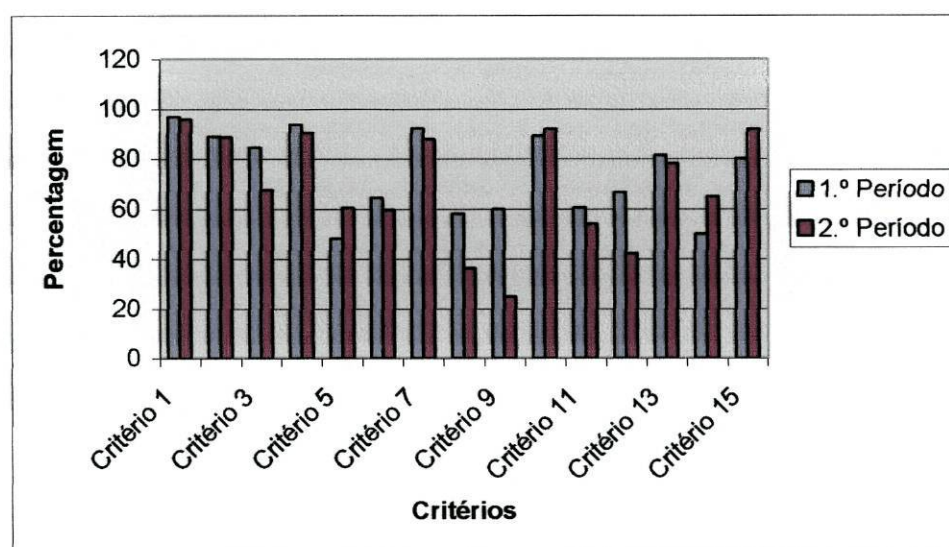
A percentagem de registos na 1.ª consulta foi em todos os critérios superior à percentagem de registo às 18-22 semanas e às 28-32 semanas.

Na 1.ª consulta, o critério menos registado foi a determinação do Teste de Goodwin (68%), seguida da serologia da Hepatite B (78%), serologia da Toxoplasmose (88%), determinação do Coombs (89%), serologia da Sífilis (91%), da serologia da Rubéola (92%), situação vacinal relativamente ao Tétano (92%) e Grupo sanguíneo Factor Rh (96%).

Às 18-22 semanas, o critério com menos percentagem de registo foi o da serologia da Toxoplasmose (36%), seguido da serologia da Rubéola (54%) e esta seguida da serologia da Sífilis (60%).

Às 28-32 semanas, o critério menos registado foi o da serologia da Toxoplasmose (25%), Rubéola (42%), Sífilis (60%) e da determinação do antígeno HBs (65%).

Figura 7 – Critérios cumpridos no 1.º e no 2.º Períodos



Os resultados obtidos ficaram aquém das expectativas esperadas pelos profissionais envolvidos (Standards).

Face aos resultados obtidos é fundamental fornecer informação dos resultados de avaliação aos profissionais implicados dado o seu compromisso em melhorar as situações identificadas como deficitárias.

Uma vez transmitidos os pontos deficitários aos profissionais envolvidos em reunião de serviço, e tendo havido um adequado nível de participação e compromisso dos mesmos, é de esperar uma alteração no sentido de melhor cumprimento dos critérios.

5.4. Identificação de Razões para o Problema

A fase mais delicada do processo é a identificação da fonte dos problemas subjacentes ao não cumprimento dos critérios, que originam o conjunto de deficiências identificadas, e a proposta de medidas capazes de poder ajudar a minorar essas deficiências.

Não havendo cumprimento dos “standards”, quais as possíveis causas do não cumprimento?

- Não há conhecimento das “Guidelines”?
- Formação profissional deficitária?
- Formação profissional adequada mas atitude inadequada?
- Falta de motivação para a prestação de cuidados em Saúde Materna?
- Poderá haver um diferente grau de sensibilização para os diferentes critérios?
- Atitude refractária às medidas propostas?
- Sobrecarga de trabalho com grande dificuldade em melhorar o registo, podendo utilizar os recursos de uma outra forma, com mais eficiência?

- Repetição de informação que já existe na folha de enfermagem, o que pode ser considerado repetição de informação?
- Não há reconhecimento pelos envolvidos do benefício de registar?

O objectivo deste trabalho foi, através da observação do registo médico nas consultas de Saúde Materna, identificar as falhas em aspectos muito concretos, no sentido de propor a sua correcção, desenvolvimento de soluções, de modo a conseguir uma melhoria global e contínua na prestação de Cuidados.

5.5. Desenvolver soluções

O desenvolvimento de soluções conduziu ao recurso a ferramentas de qualidade que serviram de instrumentos de selecção e priorização das áreas de estudo. Foi realizada uma reunião de serviço com a presença dos colaboradores envolvidos no programa.

Através da Técnica de grupo Nominal foram priorizados os problemas de acordo com a sua importância clínica, e a sua vulnerabilidade, isto é, a possibilidade de os profissionais poderem intervir sobre ele.

5.6. Proposta de Medidas Correctoras.

A auditoria do desempenho médico com base na dimensão “competência técnico profissional”, permite detectar deficiências susceptíveis de mudança.

Os resultados requerem algumas considerações:

A ficha de Saúde Materna possui um modelo inadequado para registo de alguns critérios, nomeadamente de Hepatite B.

Propõe-se elaborar uma nova ficha de Saúde Materna.

Pretende-se fazer uma reunião/formação para reavaliar a importância dos critérios seleccionados.

O médico de família deve continuar a ser sensibilizado e motivado para uma melhoria da qualidade global prestada na vigilância pré-natal.

A área de Saúde Materna será um tema a incluir no “Programa de Formação Interna do Centro de Saúde de Santa Maria da Feira”. Este é um programa de formação com temas e conteúdos programáticos seleccionados pelos próprios médicos. O Programa é elaborado anualmente.

5.7.Reavaliação e Controlo

Passado um ano de implementação das medidas de correcção, o processo será de novo reavaliado para se conhecer o grau de melhoria alcançado. O ciclo vai-se repetindo até obter o nível desejável. Só este ciclo completo de acções constitui um Programa de Garantia de Qualidade, que tem um conjunto de passos que tendem a concretizar a melhoria efectiva das deficiências detectadas.

6. Discussão

6.1.Discussão do Método

No presente trabalho realizou-se uma Auditoria Interna da Qualidade dos serviços da sede do Centro de Saúde de Santa Maria da Feira com o objectivo de melhorar os cuidados prestados, através da avaliação do desempenho dos profissionais que nele actuam.

O estudo envolveu dois períodos de avaliação. Se tivesse sido expandido a mais anos, os resultados poderiam ter mais consistência. As revisões baseadas em muitos casos têm menos probabilidade de estar distorcidas por variações fortuitas, do que as baseadas em poucos dados. A variação depende do tamanho da amostra, com uma pequena amostra os resultados estão sujeitos a maior variação do que com amostras maiores.

A razão da não inclusão de outros períodos esteve directamente relacionado com a organização dos arquivos. Antes de ocorrer a avaliação, a ficha da grávida, após ter ocorrido o parto, não era arquivada no processo da utente mas sim arquivada isoladamente em arquivo morto. Cada médico tinha o seu arquivo morto em locais de difícil acesso. Este foi um procedimento modificado. A ficha da grávida fica arquivada no processo da utente mesmo após o parto.

A dimensão estudada, a competência técnico-profissional (“performance”) dos médicos constitui uma vertente de avaliação de serviços, que permite detectar deficiências susceptíveis de mudança.

A auditoria retrospectiva, não afecta os cuidados assistenciais prestados aos utentes implicados, mas as alterações introduzidas após a avaliação podem beneficiar os serviços prestados na unidade de saúde.

A avaliação efectuada, tendo sido indirecta, baseada no que foi registado não directamente no que foi realizado, pode não corresponder ao que foi feito. O facto de não estar registado qualquer critério, não significa que não tenha sido efectuada. Mas a avaliação foi feita sobre o registo e a falha do mesmo é considerada uma falha na prestação de cuidados.

A avaliação do registo não permite avaliar a parte social da consulta, nomeadamente aspectos éticos e relacionamento interpessoal. Esta avaliação seria possível através de uma avaliação directa, presencial.

As auditorias baseadas no registo têm outras desvantagens como o não estarem perceptíveis, legíveis e inteligíveis. Sinais de ausência são frequentemente omitidos, e seriam essenciais para análise.

As “guidelines” que serviram de referência para um bom desempenho foram objectivas, fruto de um protocolo entre o Centro de Saúde e o serviço de Obstetrícia do Hospital de São Sebastião, hospital de referência das grávidas.

Os critérios foram itens chave retirados das “guidelines”, desta forma simplificando a recolha de dados e a sua interpretação.

Os critérios escolhidos para medir a qualidade dos cuidados prestados baseados no Protocolo podem implicar alterações da vigilância pré-natal prestada pelo médico à luz de novos conhecimentos científicos. Foram critérios objectivos, explícitos, o que diminuiu a possibilidade de julgamento clínico que tem como desvantagem a sua flexibilidade.

Os critérios foram definidos por toda a equipa interveniente contribuindo assim para que fossem critérios clinicamente relevantes, definidos claramente e de fácil quantificação.

Os “standards”, determinados pelos próprios colaboradores intervenientes no processo de avaliação, foram elevados. Foram decididos por uma combinação de experiência clínica e uma revisão de literatura disponível ou comparação com outros centros ou julgamento clínico, mas só puderam ser decididos após uma discussão com todos os envolvidos. A alta expectativa da possibilidade de atingimento dos

critérios por eles seleccionados poderá estar relacionada com o seu envolvimento directo no processo, enquadrado numa metodologia da qualidade. Se os “standards” tivessem sido externos, impostos pela hierarquia, tal como é habitualmente efectuado numa gestão não baseada em metodologias da qualidade, os “standards” talvez não fossem tão ambiciosos, as propostas de mudança seriam mais modestas. O profissional envolvido sente-se mais motivado, mais atento ao seu desempenho e mais exigente consigo próprio. A maior vantagem dos “standards” internos é o sentido de posse que eles encerram: médicos que criaram os seus próprios “standards” estarão motivados para implementar o produto do seu próprio trabalho. Por outro lado, os “standards” demasiado elevados poderão desmotivar os colaboradores.

Os “standards” internos poderão estar baseados em informação inadequada uma vez que requer tempo para obter informação para sustentar as discussões e para chegar a consenso sobre o desejável, e possível de atingir. Pelo contrário, os externos, particularmente os obtidos por conferências de consenso poderão ter um maior rigor. Uma solução poderá passar por pegar em “standards” externos e modificá-los de acordo com as circunstâncias locais.

Os “standards” conduziram à discussão, permitiram detectar pequenos problemas e motivaram a mudança.

O nível de um “standard” é um compromisso entre vários factores: importância clínica, praticabilidade, e aceitabilidade. O “standard” foi o que os médicos acharam que conseguiam e deveriam atingir.

Os “standards” não são imutáveis, deverão evoluir nas sucessivas auditorias até atingir níveis de cuidados desejáveis.

A apresentação dos resultados obtidos, em reunião com os médicos, talvez tenha constituído um dos momentos mais positivos do trabalho, pois permitiu uma análise conjunta dos resultados, o equacionar de várias hipóteses, bem como de propostas concretas para melhorar alguns parâmetros mais deficientes. Foi unânime a decisão de melhorar o cumprimento e registo de alguns critérios e a motivação para a melhoria da vigilância pré – natal nesta unidade de saúde.

O não registo de alguns critérios na ficha clínica pode ser atribuído à inadequação do modelo actual da ficha clínica de Saúde Materna.

A auditoria obteve uma boa colaboração e aceitabilidade por parte dos profissionais. Os médicos facultaram o acesso livre aos processos clínicos, e manifestaram interesse na realização do estudo.

A recolha dos dados dos processos foi efectuada sempre pelo mesmo elemento da equipa auditora. Esta medida uniformiza a forma de recolha de dados, diminuindo a possibilidade de diferentes interpretações.

A introdução dos dados na base de dados foi também feita pelo mesmo elemento, o que diminuiu a possibilidade de diferentes leituras ou interpretações dos dados recolhidos.

Estas duas medidas poderão dar alguma subjectividade na interpretação dos registos e poderá levar a erros sistemáticos.

O tópico de processo permitiu aferir: o que foi feito, se foi bem feito e o que deveria ter sido feito. Todos os elementos envolvidos no processo estiveram implicados na selecção do tópico o que aumenta o seu envolvimento. Para a selecção do tópico contribuíram: a importância clínica, os custos, a factibilidade e o entusiasmo do grupo auditor.

Podem considerar-se benefícios desta abordagem:

Do ponto de vista do doente, esta abordagem terá como consequência uma maior continuidade dos cuidados prestados.

Ao preocuparmo-nos com a melhor forma de prestar cuidados, temos uma oportunidade de aumentar o nível da totalidade dos cuidados prestados de um modo consistente, contínuo, mantendo-a num patamar elevado.

A auditoria clínica dá-nos a oportunidade de reduzir os erros clínicos, através da identificação das formas de prestação e cuidados que evitem a ocorrência de erros ou enganos.

Através da auditoria clínica, é possível estudar as competências dos colaboradores e o modo como estão a ser utilizadas, já que elas são muitas vezes mal canalizadas ou mesmo subaproveitadas.

A auditoria clínica permite detectar a prestação de cuidados que é ineficaz, em áreas onde anteriormente não fora possível analisar o que é ou não é eficaz.

Uma das consequências é a possibilidade de a mudança da prática poupar tempo. Este tempo poderá ser gasto de uma forma mais apropriada em áreas que exijam competências profissionais especializadas.

As mudanças na prática e na prestação de cuidados resultantes da auditoria clínica podem resultar na optimização da relação custo/eficácia. Muito frequentemente, o custo da baixa qualidade é mais elevado do que o da prestação de cuidados de qualidade elevada, que estejam “bem à primeira”.

A auditoria clínica permite aos profissionais o desenvolvimento das suas próprias normas, o que é importante por lhes transmitir a sensação de “posse” de normas que

lhes são próprias e que reflectem uma prestação de cuidados efectiva, eficaz e de boa qualidade.

A auditoria clínica também aperfeiçoa o auto – aperfeiçoamento, uma vez que nos obriga a olhar mais para aquilo que estamos a fazer, como o fazemos e como poderemos fazê-lo melhor.

6.2. Discussão dos Resultados

Não existem estudos para comparação dos resultados, com as bases metodológicas em que este estudo foi realizado.

O padrão de qualidade na consulta de Saúde Materna verificou-se ser distante dos "standards" propostos, ficando aquém das expectativas dos profissionais envolvidos.

Os resultados merecem, assim, algumas considerações:

No 1.º Período:

A percentagem de registos na 1.ª consulta foi em todos os critérios superior à percentagem de registo às 18-22 semanas e às 28-32 semanas.

Na 1.ª consulta o critério menos registado foi a situação vacinal relativamente ao Tétano (80%), seguida da serologia da Hepatite B (82%), da determinação do Teste Goodwin (85%), determinação do Teste de Coombs (89%), da serologia da Rubéola (89%), Toxoplasmose (92%), Sífilis (94%) e Grupo sanguíneo e Factor Rh (97%).

Às 18-22 semanas, o critério com menos percentagem de registo foi o da serologia da Sífilis (48%), seguido da serologia da Toxoplasmose (58%) e esta seguida da serologia da Rubéola (60%).

Às 28-32 semanas, o critério menos registado foi o da determinação do antígeno HBs (50%), seguido da serologia da Toxoplasmose (60%), Sífilis (64%) e da Rubéola (67%).

No 2.º Período:

A percentagem de registos na 1.ª consulta foi em todos os critérios superior à percentagem de registo às 18-22 semanas e às 28-32 semanas.

Na 1.ª consulta, o critério menos registado foi a determinação do Teste de Goodwin (68%), seguida da serologia da Hepatite B (78%), serologia da Toxoplasmose (88%), determinação do Teste de Coombs (89%), serologia da Sífilis (91%), da serologia da Rubéola (92%), situação vacinal relativamente ao Tétano (92%) e Grupo sanguíneo Factor Rh (96%).

Às 18-22 semanas, o critério com menos percentagem de registo foi o da serologia da Toxoplasmose (36%), seguido da serologia da Rubéola (54%) e esta seguida da serologia da Sífilis (60%).

Às 28-32 semanas, o critério menos registado foi o da serologia da Toxoplasmose (25%), Rubéola (42%), Sífilis (60%) e da determinação do antígeno HBs (65%).

7. Conclusões

A apresentação dos resultados obtidos, em reunião dos médicos do Centro de saúde, talvez tenha constituído um dos momentos mais positivos do trabalho, pois permitiu uma análise conjunta dos resultados, o equacionar de várias hipóteses que possam ter contribuído para os resultados, bem como de propostas concretas para melhorar os parâmetros deficientes. Foi unânime a decisão de melhorar o cumprimento do registo dos critérios seleccionados e a motivação para a melhoria da vigilância pré-natal. O

não registo de alguns critérios na ficha clínica foi também atribuído à inadequação do modelo actual da ficha da Saúde Materna. Pretende-se elaborar uma nova ficha e eventualmente incluir este tema no Programa de Formação Interna do Centro de Saúde de Santa Maria da Feira, com conteúdos programáticos correspondentes aos pontos deficitários resultantes da auditoria. O Médico de Família deve continuar a ser sensibilizado e motivado para uma melhoria da qualidade global prestada na vigilância pré-natal.

O desempenho dos profissionais depende do contexto organizacional em que estão inseridos.

Torna-se necessário um permanente reforço da auto-estima e do contrato psicológico entre os colaboradores e a organização. Os processos como a vigilância pré-natal têm que possuir coerência, consistência e autonomia ligadas à criação de valor. São identidades de negócio que podem ser avaliadas comparativamente ao mercado. A gestão por processos torna-se simultaneamente num instrumento competitivo adequado aos desafios actuais das organizações, mas também uma filosofia orientadora para a reinvenção da empresa. Neste último aspecto, há ainda um longo e paciente trabalho de reflexão quanto à forma como se devem desenhar os seus processos específicos, tendo em atenção a determinação dos momentos que realmente significam valor criado e das actividades integrantes do processo, atentando à sua contribuição para o valor acrescentado.

É importante estabelecer um relacionamento entre a empresa, os clientes e os colaboradores, respondendo de modo contínuo às solicitações e partilhando com eles as iniciativas da organização desenvolvidas com o objectivo de em permanência melhorar os serviços que lhe são prestados.

Em suma é necessário existir uma cultura organizacional orientada para a melhoria contínua, com a criação de um relacionamento privilegiado com os clientes e fornecedores, um envolvimento de todos os colaboradores no processo e uma clara orientação para o mercado.

8. Referências

1. Organização Mundial de Saúde. *As Metas de Saúde para Todos no Ano 2000*. Ministério da Saúde. Lisboa, 1985.
2. NP EN ISO 8402. 2.1.
3. Juran, J.M. *Quality Control Handbook*. 3.^a ed., Nova Iorque: Mc. Graw-Hill, 1979.
4. NP EN ISO 8402. 3.7.
5. Shiba, A.G. e Walden, D. *A New American TQM*, Productivity Press, Portland, 1993.
6. Schamdl, J.C. *Quality Assurance: Examination of the Concept*. Nursing Outlook, 1979.
7. Donabedian, A. *Exploration in Quality Assessment and Monitoring*. Vol I: Definitions of Quality and Approaches to its Assessment. Health Administration Press. Ann Arbor, 1980.
8. Palmer, R.H. *Ambulatory Health Care Evaluation: Principles and Practice*. American Hospital Association, 1983.
9. Palmer, R.H. *Evaluación de la Assistència Ambulatoria-Principios e Prática*. Ministério da Sanidad y Consumo, Madrid, 1989.
10. Vuori, H. *Quality Assurance of Health Services*. Copenhagen: Series Public Health in Europe, 16, WHO.- General Office for Europe, 1982.
11. Williamson, J.W. *Formulating Priorities for Quality assurance Activity: Description of Method and its Application*. Journal of the American Association, 1978.

12. Crombie, I.K., H.T.O. Davies, S.C.S. Abraham, C. du V. Florey. *The Audit Handbook – Improving Health Care Through Clinical Audit*. Chichester: John Wiley & Sons, 1993.
13. Slee V.N. In: *Eisele CW. The Medical Staff and the Modern Hospital*. New York:Mc. Graw Hill,1967.
14. Ellis, B.W. *How to Set Up an Audit*. Br. Med. J.,1989.
15. Shaw, C.D., D W Costain. *Guidelines for Medical Audit: Seven Principles*. Br. Med. J.,1989.
16. Health, D.A. *The Appropriate Use of Diagnostic Services: (xiii).Medical Audit in Clinical Practice and Medical Education*. Health Trent's, 1986.
17. Dixon, N. *Medical Audit Primer*. Hampshire: Healthcare Quality Quest, 1991.

9. Bibliografia

1. Crombie, I.K., H.T.O. Davies, e S.C.S. Abraham, C. du V. Florey. *The Audit Handbook : Improving Health Care Through Clinical Audit*. Chichester: John Wiley & Sons, 1993.
2. Delp, Peter, Arne Thesen, J. Motiwalla, et al. *Systems Tools for Project Planning*. United States of America, 1977.
3. Dubrin, A. *Princípios de Administração*. 4.^a ed., S.L., LTC, 1998,
4. Eiglier, P e E.Langeard *A Gestão Marketing de Empresas de Serviços*. Portugal: McGraw-Hill, 1991.
5. Fayol, H. *Administração Industrial e Geral*. S. Paulo: Editora Atlas, 1987.
6. Fey, R.e Gogue, J. *Princípios da Gestão da Qualidade*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1991.
7. European Organisation for Quality. *Glossary of Terms Used in the Management of Quality*. 6.^a ed, Berna: EOQC, 1989.
8. Grol, R., et al. *Quality Assurance in general Practice in Europe: The State of the Art*. Utrecht: NHG, 1993.
9. Harrison, T. *Manual do Gestor do Produto*. Lisboa: Editorial Presença, 1990.
10. Ishikawa *Guide to Quality Control*, Tóquio: Asian Productivity Organisation, 1992.
11. Ishikawa, K. *Le TQC ou la Qualité à la Japonaise*. Paris: AFNOR, 1984.
12. Juran, Joseph. *La qualité dans les Service*. S.L.,AFNOR,1987.
13. Juran, Joseph. *Liderança pela Qualidade*. S. Paulo: Livraria Pioneira Editora, 1990.

14. King's Fund *Organisational Audit, Primary Care*. Organisational Standards & Criteria, 1993.
15. King's Fund: *The quest of Excellence. What is Good Health Care? Essays in honour of Robert Maxwell*. King's Fund Publishing, 1998.
16. Kotler. *Marketing*. S. Paulo: Editora Atlas, 1989.
17. Madeira, M.A. *O Desafio da Qualidade*. 3.^a Edição, Lisboa: SMA, 1992.
18. Ministério da Saúde. *Estratégias de Saúde 1998-2002*. Lisboa, 1997.
19. Norma ISO 9000: 2000.
20. Norma ISO 9001: 2000.
21. Norma ISO 9004-2: 2000.
22. Norma ISO 19011: 2001.
23. Norma ISO 10012: 2001.
24. Norma ISO 8402: 1986.
25. Organização Mundial de Saúde. *As Metas de Saúde para Todos no Ano 2000*. Ministério da Saúde. Lisboa, 1985.
26. Oseki e Asaka, T. *Handbook of Quality Tools*, (tradução francesa). Paris: AFNOR, 1992.
27. Palmer R. H. *Ambulatory Health Care Evaluation. Principles and Practice*., Chicago: American Hospital Ass., 1983.
28. Portugal. Direcção Geral da saúde. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes. Saúde Materno – Infantil: *Rede de Referenciação Materno-Infantil*, Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2001.

29. Portugal. Direcção Geral da saúde. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes. *Saúde Reprodutiva: Doenças Infecciosas e Gravidez*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2000.
30. Portugal. Direcção Geral da Saúde. *Saúde na Comunidade: Guia Orientador para Elaboração de Indicadores*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2003.
31. Portugal. Ministério da Saúde. Direcção Geral Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários. Circular Normativa 16/DSMIA. *Boletim de Saúde da Grávida*, 7 Setembro 2001
32. Portugal. Ministério da Saúde. Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários. Circular Normativa 6/DSMIA. *Estudo dos Marcadores Bioquímicos na Vigilância Pré-Natal*, 7 Julho 1997.
33. Portugal. Ministério da Saúde. Direcção Geral Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários. Circular Normativa 5/DSMIA. *Prevenção de Hemoglobinopatias*, 18 Dezembro 1996.
34. Portugal. Ministério da Saúde. Direcção Geral Direcção Geral dos Cuidados de saúde Primários. Circular Normativa 6/DTP *Hepatite B. Determinação Sistemática do AgHBs nas Grávidas e Imunização dos Recém-Nascidos Filhos de Mães Portadoras*, 28 Julho 1992.
35. Portugal. Ministério da Saúde. Direcção Geral Direcção Geral dos Cuidados de saúde Primários. Circular Normativa 19/Núcleo/SMA/PF. *Conceitos Utilizados em Saúde Materna*, 8 Maio 1989.
36. Portugal. Ministério da Saúde. Direcção Geral dos Cuidados de saúde Primários. Circular Normativa 4/DSO. *Saúde Oral em Saúde Materna e Infantil*, 26 Janeiro 1989.

37. Portugal. Ministério da Saúde. Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários. Orientações Técnicas. *Vigilância Pré-Natal e Revisão do Puerpério*, 2.^a ed. Lisboa, Abril 1993.
38. Portugal. Ministério da Saúde. Direcção Geral Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários. Circular Normativa 2/DSMIA. *Prestação de Cuidados Pré-Concepcionais*, 18 Março 1998.
39. Portugal. Ministério da Saúde. Direcção Geral Direcção Geral dos Cuidados de saúde Primários. Circular Normativa 10/DSMIA. *Modelos e Relatórios de Ecografia Obstétrica*. 7 Maio 2001.
40. Sale, Diana. *Garantia da Qualidade nos Cuidados de Saúde*, 1.^a ed. Lisboa: Principia, 1998.
41. Saturno, P. J. F. *Garantia de Calidad en Atencion Primária, Materiales de Apoyo Docent*. Ministério de Sanidad y Consumo, Madrid, 1990.
42. *Saúde Reprodutiva, Doenças Infecciosas e Gravidez*, Lisboa, Direcção Geral da Saúde, 2000.
43. Shiba, James A. F. e Freeman, R.E. *Administração*. 5.^a ed., S.L.,PHB, 1985.

ANEXO I



FICHA CLÍNICA DA GRÁVIDA

N.º Processo

Familiar

N.º Utente

Nome Data de Nascimento

Estado Civil

01 GRUPO SANGUÍNEO

GRÁVIDA

MARIDO

02 GAMA GLOBULINA - ANTI-D

SIM NÃO

DATAS / /

03 HABITOS

ALCOOLISMO DROGAS

TABAGISMO MEDICAMENTOS

04 ANTECEDENTES FAMILIARES

H. FAMILIAR	PAI	MÃE	IRMÃOS	CÔNJUGE	OUTROS
DIABETES					
HIPERTENSÃO					
D. GENÉTICAS					
OUTRAS (especificar)					

05 HISTÓRIA PREGRESSA

DIABETES SÍFILIS

HIPERTENSÃO TUBERCULOSE

DOENÇA CARDÍACA INFECÇÕES URINÁRIAS

DOENÇA VASCULAR RUBÉOLA Sim Não

DOENÇA ENDOCRINA Não sabe

DOENÇA ALÉRGICA OUTRAS

06 ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

DATA	PARTOS DE TERMO	PARTOS PRÉ-TERMO	ABORTOS	FILHOS VIVOS

HISTÓRIA MENSTRUAL

	INÍCIO	INTERVALO	DURAÇÃO

07 CONTRACEÇÃO

SIM NÃO MÉTODO

DATAS INÍCIO / / TERMO / /

08 GRAVIDEZ ACTUAL

EXAME FÍSICO						DATA		
	NORMAL			NORMAL				
	SIM	NÃO		SIM	NÃO		SIM	NÃO
PELE			PULMÕES			PERÍNEO		
OFT. ORL			MAMAS			VULVA		
DENTES			CORAÇÃO			VAGINA		
GENGIVAS			ABDOMEN			COLO		
TIROIDEIA			EXTREMIDADES			ÚTERO		
			NEUROLÓGICO			PELVIMETRIA		

PELVIMETRIA CLÍNICA Adeq. Inadeq. Ext. Sup. Ext. Med.

Data do 1.º dia da última menstruação / /

DATA PROVÁVEL DO PARTO / /

DIAGNÓSTICO IMUNOLÓGICO DA GRAVIDEZ

NÃO NÃO DATA / /

EXAMES LABORATORIAIS	TRIMESTRE		
	1.º	2.º	3.º
DATA			
H.B.			
H.C.T.			
T. COOMBS INDIR.			
TITULAÇÃO			
GLICÉMIA <small>Jejum</small>			
<small>Pré-parto</small>			
URICEMIA			
CREATININEMIA			
CLEARANCE			
VDRL			
TOXOPLASMOSE			
RUBÉOLA			

VACINAÇÃO ANTITÉTANICA OU REVACINAÇÃO

/ / / /

Observações/Notas

Mod. 122.01

ANEXO II

Suporte de Registo de Dados

Nome _____

Nº Proc. Família _____

Médico de família _____

Data da 1ª consulta _____

Nº total de consultas _____

Local da Consulta: C.S. _____ Hospital _____ C.S+Hosp _____

C.S+ privada _____ Privada _____

	1.ª Consulta		18-22 Sem.		28 – 32 Sem.		36 Sem.	
	C/Reg.	S/Reg	C/Reg	S/Reg	C/Reg	S/Reg		
Avaliação de risco								
Grupo sanguíneo e Rh								
Coombs Indirecto (Qdo. Rh -)								
Hemograma								
Glicemia em jejum								
Teste de O'Sullivan								
Ureia								
Creatinina								
VDRL								
Ac anti-rubéola								
Ac anti – toxoplasmose								
Ag HBs								
Urina tipo II								
Urocultura								
Referenciação Hospitalar								
Envio para avaliação hospital às 36 semanas							Com Reg.	Sem Reg.

ECOGRAFIAS

(2 – 14 Sem.		18 – 22 Sem.		28 – 32 Sem.	
Com Reg.	S/ registo	Com Reg.	S/ registo	Com Reg.	S/ registo

	1ª Consulta		18-22 Sem.		28 – 32 Sem.	
	C/ Reg.	S/ Reg	C/ Reg.	S/ Reg	C/ Reg.	S/Reg
➤ Idade						
➤ Estado						
➤ Escolaridade						
➤ Profissão						
➤ História menstrual e contraceção						
➤ Antecedentes obstétricos						
➤ Antecedentes pessoais						
➤ Antecedentes familiares						
➤ Gravidez actual						
○ Dia Última Menstruação						
○ Data Provável do Parto						
○ Tempo gestação						
➤ Altura						

➤ Peso						
➤ TA						
➤ Auscultação card. e pulm.						
➤ Exame ginecológico						
➤ Exame da mama						
➤ Altura do fundo uterino						
➤ Auscultação dos batimentos cardíacos fetais						
➤ Movimentos fetais						
Vacinação antitetânica						

ANEXO III

UNIDADE COORDENADORA FUNCIONAL DE

AVEIRO NORTE

**PROTOCOLO DE ARTICULAÇÃO ENTRE
OS CENTROS DE SAÚDE E O HOSPITAL DE S.SEBASTIÃO**

UNIDADE COORDENADORA FUNCIONAL DE AVEIRO NORTE

PROTOCOLO DE ARTICULAÇÃO ENTRE OS CENTROS DE SAÚDE E O HOSPITAL DE S.SEBASTÃO

Dando cumprimento ao Programa de Saúde Materno-Infantil e de acordo com o Despacho nº 6/91 de 28-5-1991, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, foram criadas as Unidades Coordenadoras Funcionais (U.C.F.), com a finalidade de melhorar a articulação entre os Centros de Saúde e os Hospitais, na área dos cuidados perinatais.

Dado que as grávidas dos concelhos de Arouca, de Santa Maria da Feira, Ovar têm assistência ao parto no Hospital de S. Sebastião, esta Unidade Coordenadora Funcional estabelece o seguinte protocolo à semelhança do que existe em outras U.C.F.

Deste modo criaram-se a consulta de –Avaliação de Pré-Parto (Perfil biofísico), as consultas de Risco para grávidas (anexo) que tenham um risco mais elevado e grávidas que tenham patologia que envolva a necessidade de avaliação por diferentes especialidades, e sistematizou-se o envio do modelo de alta do Recém-nascido, directamente para o Médico de Família de modo que o Centro de Saúde possa ter uma acção eficaz nas crianças de risco biológico e/ou social.

Na procura de uma melhoria da articulação de cuidados propõe-se que o Serviço de Obstetrícia participe em acções de Formação

I – CONSULTA DE RISCO

Envio de Grávidas

- a) - A grávida é enviada pelo seu Médico de Família após avaliação de risco pré natal que deve ser feita em todas as consultas utilizando a tabela de Goodwin modificada

- b) - A grávida de médio risco é enviada à consulta de referência e aqui será avaliada a situação clínica e definida a sequência das consultas, podendo a grávida regressar à consulta do Médico de Família

- c) - Todas as grávidas com risco ≥ 7 – alto risco -- serão seguidas na consulta de referência.

- d) - Todas as grávidas enviadas à consulta de referência, segundo as normas estabelecidas nas alíneas anteriores, devem ser acompanhadas com o boletim de admissão (modelo 01-18-304/A), Boletim de Saúde Materna preenchido correctamente e com os seguintes exames auxiliares de diagnóstico:

NA 1.ª CONSULTA:

Teste de Gravidez (*se necessário*)

Grupo sanguíneo e factor RH

Teste de Coombs indirecto (Se RH negativo)

Hemograma com plaquetas

Glicémia em jejum

Uricémia e creatinémia

V.D.R.L. (Teste serológico da Sífilis)

Serologia Rubéola

Serologia Toxoplasmose

Serologia da Hepatite B

HIV1e HIV2, se autorizado (Teste serológico do Síndrome de Imunodeficiência Adquirida)

Análise cito-bacteriológica de urina

Urina tipo II

Situação vacinal contra o Tétano

Às 18 -22 Semanas

Hemograma com plaquetas

Glicémia e teste de O'Sullivan

Uricémia

Serologia Toxoplasmose (nas não-imunes)

Serologia Rubéola (nas não-imunes)

V.D.R.L.

Urina tipo I I e Urocultura

Às 28 -32 Semanas

Hemograma com plaquetas

Glicémia e teste de O'Sullivan

Uricémia

Serologia Toxoplasmose (nas não-imunes)

Serologia Rubéola (nas não-imunes)

V.D.R.L.

Pesquisa de antígeno HBs (Antígeno da Hepatite B)

Urina tipo 11 e Urocultura

e) Ecografia efectuada às 12-14, 18-22 e 28-32 semanas de amenorreia

f) Deve ser especificado com clareza pelo Médico de Família o motivo da consulta, a patologia em causa, terapêuticas efectuadas e em curso, bem como as dúvidas que se pretendem esclarecidas

g) O pedido de consulta será enviado pelos serviços administrativos das Unidades Saúde onde a utente é seguida, via correio, e o Hospital contactará a grávida por telefone ou correio, devendo por isso estes elementos constarem no modelo enviado.

II - CONSULTA AVALIAÇÃO PRÉ-PARTO

Todas as grávidas seguidas pelos médicos de Família deverão ser enviadas para consulta de avaliação às 36 semanas.

Esta consulta é marcada telefonicamente pela Unidade de Saúde onde a grávida é seguida para o Serviço de Marcação de Consultas de Obstetrícia, sendo de imediato marcada (dia e hora) e em tempo oportuno pré-parto.

A grávida deverá ser portadora do modelo 330/10 com a indicação: Consulta de Avaliação Pré-Parto- gravidez de 36 semanas. É imprescindível fazer-se acompanhar de Boletim de Saúde da Grávida, preenchido correctamente e dos exames complementares de diagnóstico efectuados, bem como de todas as informação que o Médico de Família entender convenientes.

Após avaliação às 36 semanas, o hospital, se a grávida não for de risco, marca uma consulta para as 40 semanas. Se a grávida for de risco então o hospital responsabiliza-se pela sua vigilância.

Nas grávidas de baixo risco e para não haver interrupções no seguimento da vigilância deverá ser garantida pelo Centro de Saúde uma consulta para as 38 semanas.

MODELO DE INFORMAÇÃO RELATIVO À GRÁVIDA E RECÉM-NASCIDO

Compromete-se o Hospital a enviar a informação relacionada com todas as grávidas e recém-nascido, segundo modelo anexo. Este modelo é enviado para o Centro de Saúde que perante situações de risco social e/ou biológico, deve promover acções da Equipe de Saúde, o mais precoce possíveis, no sentido da sua atenuação e eventual correcção. Deve o Centro de Saúde, se necessário, envolver outras instituições: Segurança Social, Autarquias, Misericórdia, I.P.S.S. (Instituições Públicas de Solidariedade Social) – na resolução dos problemas.

IV – FORMAÇÃO

A melhoria da articulação de cuidados também depende de acções de formação no sentido de promover um melhor conhecimento dos profissionais das diferentes instituições, melhor conhecimento do funcionamento destas, e da actualização de conhecimentos que permitam uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados à grávida e ao recém-nascido.

Para tal devem os Centros de Saúde, o Hospital, promover acções de formação, com regularidade para desenvolver esta componente.

Protocolo das Consultas de Vigilância Pré-Natal

Do início até às 28 semanas – Uma consulta /mensal

Das 28 às 36 semanas – de 3 em 3 semanas - 2 em semanas

Das 36 semanas até ao parto – semanal

Procedimentos a ter nas diferentes consultas:

Todas as consultas

Avaliar Peso, tensão arterial, A.F.U. (altura do fundo uterino), frequência cardíaca fetal, urina para despiste de proteinúria e glicosúria.

Rever os sentimentos da grávida em relação com a gravidez.

Conselhos nutricionais e de Educação para a Saúde.

8 -12 Semanas

Confirmar A.F.U. por exame pélvico

R.C.F. (ruidos cardíacos fetais) – 12 semanas -por Doppler

14 - 18 Semanas

Amniocentese para mulheres com idade >35 anos, com história familiar de anomalias congénitas, com filhos anteriores com problemas cromossómicos, erros metabólicos, defeitos do tubo neural, história de abortamentos de repetição.

Doseamento da A.F.P. (alfafetoproteína) no sangue materno nas grávidas com história de fetos com defeito do tubo neural, diabéticas.

Ecografia para determinar a I.G. (idade gestacional) e eventuais anomalias.

28 - 32 Semanas

Repetir análises

Teste de O'Sullivan

Exame vaginal para despiste de infecções e detectar dilatação e amolecimento do colo do útero que possa dar início de T.P.P. (trabalho de parto prematuro).

34 - 40 Semanas

Ecografia fetal

Monitorização diária dos movimentos fetais (normal - 3 movimentos/10 minutos)

Referenciar para a maternidade para avaliação pré-parto

Evolução do Aumento de Peso na Grávida

Índice de Massa Corporal (I. M. C.)	AUMENTO DE PESO (quilograma)
19,8-26	11,5-16
<19,8	12,5- 18
>26	7 -11

Normas Alimentares

- * > 200 calorias /dias no 2 últimos trimestres
- * 3 refeições e 3 lanches
- * Evitar:
 - * Pastelaria
 - * Chocolate
 - * Gelados
 - * “Fast-Food”
 - * Bebidas Alcoólicas
 - * Alimentos Fritos
 - * Leite completo

- * Fornecimento de ácido fólico antes da concepção e até às 12 semanas
- * Não há interesse em suplementar com polivitamínicos a não ser que existam carências
- * Não se deve fornecer cálcio desde que a ingestão de leite ou derivados seja em quantidade suficiente
- * O fornecimento de ferro deve ser feito às mulheres com dietas deficientes ou que antes da gravidez já se encontravam em situação de carência.
- * Devem ser evitados alimentos susceptíveis de favorecer infecções como listeriose, salmonelose

Substâncias Comuns Teratogênicas ou Fetotóxicas

- **Álcool**
- **Tabaco**
- **Amebicidas**
- **Analgésicos e antipiréticos:**
 - Aspirina e outros salicilatos -3.º trimestre**
- **Antibióticos:**
 - Aminoglicosídeos**
 - Tetraciclina**
 - Trimetropim**
 - Sulfamidas – 3.º trim**
- **Antifúngicos**
 - Griseofulvina**
 - Ketoconazol**
 - Itraconazol –sem experiência**
 - fluconazol -sem experiência**
- **Antiparasitários:**
 - Mebendazol**
 - Lindano –sarcoderma,**
 - Primetamina**

- **Antiviricos**
- **Anticoagulantes:**
 - Varfarina**
 - Dicumarol**
- **Anticonvulsivantes:**
 - Fenitoina**

 - Ácido Valpróico**
- **Antidiabéticos:**
 - Hipoglicemiantes orais**
- **Antihipertensores:**
 - Diazóxido**

 - Tiazidas**

 - Reserpina**
- **Antineoplásicos**
 - Antitiroideus**

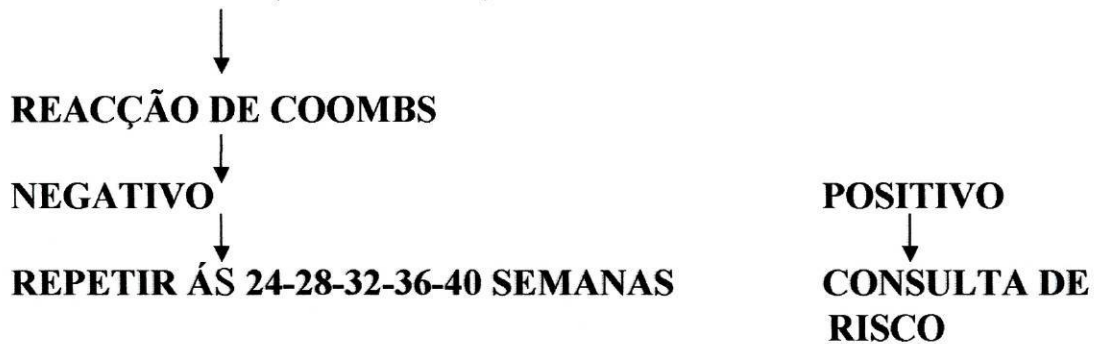
 - Iodo radioactivo**

 - Propiltiouracil**

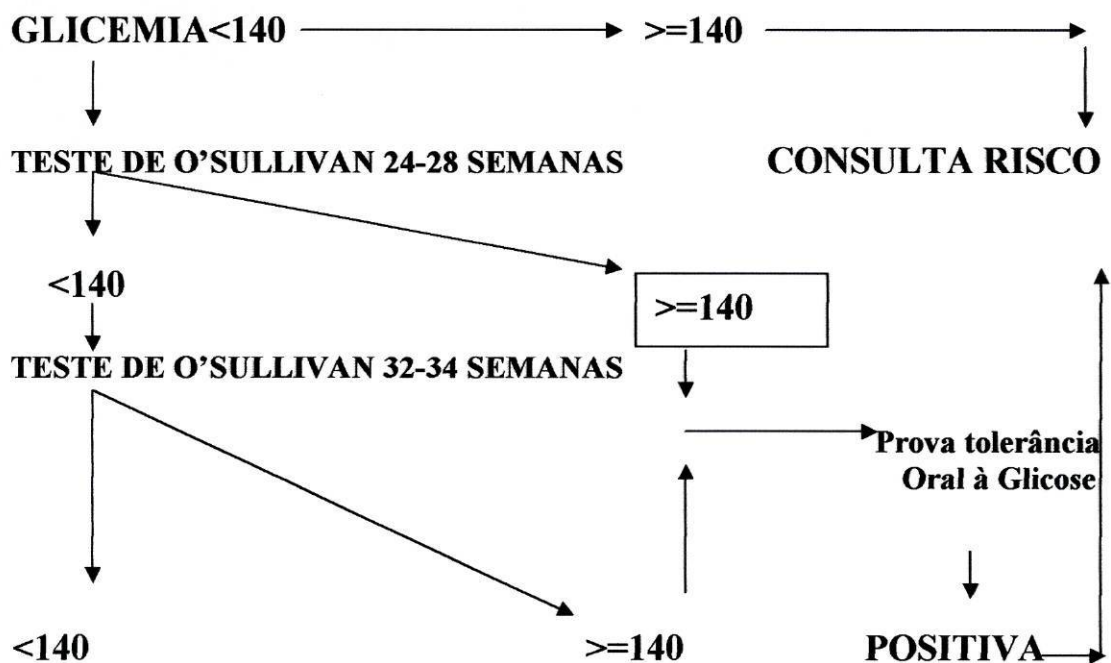
 - Metímazol**
- **Hormonas**
- **Roaccutan – Isotrenitoína**
- **A.I.N.E.s – 3.º trimestre**
- **Drogas Psicoactivas**

VIGILÂNCIA DA INCOMPATIBILIDADE RH

GRÁVIDA RH-(NEGATIVO)



GLICEMIA



PROVA DE TOLERÂNCIA ORAL À GLICOSE

- 3 dias anteriores **alimentação normal**
- Jejum não superior a 12 horas
- 100 gramas de glicose em 200 a 400 centímetros cúbicos de água
- 2 valores alterados - Teste Positivo
- jejum ≤ 105 miligramas (mg)/100 mililitro(ml)
- 60 m ≤ 190 mg/100 ml
- 120 m ≤ 165 mg/100 ml
- 180m ≤ 145 mg/100 ml

INDICADORES PARA PROVA DE TOLERÂNCIA ORAL À GLICOSE

- Glicosúrias persistentes
- História familiar de diabetes
- Diabetes gestacional anterior
- Obesidade
- Idade materna elevada ≥ 35 anos
- História de abortamento de repetido > 2
- Hidrâmnios
- Paridade ≥ 4

VIGILÂNCIA SEROLÓGICA DA SÍFILIS

V.D.R.L – teste inespecífico

T.P.H.A OU FTA-ABS – testes específicos

V.D.R.L. POSITIVO - Sem evidência clínica da doença

- **Fazer tratamento imediato e pedir FTA-ABS ou TPHA para confirmar**

V.D.R.L. NEGATIVO - com evidência clínica da doença

- **Pedir FTA-ABS ou TPHA.**
- **Se POSITIVO fazer tratamento**
- **NEGATIVO rever diagnóstico**

Tratamento

Fase da doença	1.ª linha	Alternativa
Primária Secundária Latente Precoce	Penicilina G.Benzatina 2.400.000 Intra Muscular (IM)/dose única ou 600.000 IM/Dia -8 dias	Eritromicina 500 mg 4xdia, 15 dias
Latente Tardia Indeterminada	Penicilina G.Benzatina 2.400.000 IM/Semana durante 3 semanas	Eritromicina 500 mg 4xdia, 30 dias

TOXOPLASMOSE E GRAVIDEZ
VIGILÂNCIA SEROLÓGICA

POSITIVO	NEGATIVO	
Imunoglobulina G (IgG) (+)	IgM	IMUNIDADE
IgM (+++)	IgG	INFECCÃO RECENTE
IgG (++++) IgM (+)		INFECCÃO PÓS FASE AGUDA OU RECIDIVA
IgG (+++) valores flutuantes	IgM	RECIDIVA
	IgM IgG	SEM CONTACTOS

INFECCÃO AGUDA – INDICADORES

- **PASSAGEM DE NEGATIVO A POSITIVO**
- **AUMENTO DO TÍTULO DE PELO MENOS 4 VEZES**
- **UM ÚNICO TÍTULO POSITIVO ≥ 160 DA IgM É DIAGNÓSTICO**
- **IgM $\geq 1/64$ E IgG $\geq 1/1000$ ->DIAGNÓSTICO PRESUNÇÃO**
- **VALORES SERIADOS DA IgG NEGATIVOS EXCLUEM O DIAGNÓSTICO**