

Garantia da qualidade em saúde materna: garantir tanto a qualidade como a formação permanente

LILIANA CARNEIRO*, JOSÉ NUNES*, PASCALE CHARONDIÈRE**

RESUMO

Os autores, através da descrição dum Ciclo de Garantia da Qualidade em Saúde Materna em curso no Centro de Saúde de Sintra, pretendem evidenciar o contributo deste tipo de trabalho para a melhoria dos cuidados prestados e a Formação Permanente.

O Ciclo de Garantia da Qualidade, iniciado em 1995 com a definição dos critérios, permitiu, até agora, duas avaliações, cada uma delas seguida dum redefinição dos critérios e de medidas correctoras educacionais e/ou estruturais. Participaram directamente para a avaliação oito médicos em 1995 e 1996.

Palavras-chave :

Garantia de Qualidade; Saúde Materna; Formação Permanente; Círculos de Qualidade.

INTRODUÇÃO

A Garantia da Qualidade é um processo que permite melhorar constantemente a qualidade dos cuidados prestados. Este método está particularmente adequado aos cuidados de saúde onde o «como?» supera muitas vezes o «quanto?». Processo dinâmico, além de permitir melhorar os cuidados prestados, facilita a actualização de conhecimentos adaptados às condições reais de trabalho. Manter a aprendizagem ao longo da vida profissional é um objectivo essencial, mas difícil de pôr em prática. Estudos mostram que as directivas para a prática clínica, as «*guide-*

lines», têm alguma influência positiva nas modificações de atitudes^{1,2}. Mas elas são muito mais eficazes quando o médico participa na sua elaboração e as adapta à sua prática, o que acontece nos chamados «Círculos de Qualidade».

No Centro de Saúde de Sintra estão em curso quatro Ciclos de Garantia da Qualidade que incidem sobre os registos na HTA, na Diabetes, no Planeamento Familiar e na Saúde Materna.

O Ciclo de Garantia da Qualidade (Figura 1) em Saúde Materna, aqui descrito do ponto de vista metodológico (Quadro I) e processual, evidencia as mudanças ocorridas tal como o seu contexto.

DISCUSSÃO / DEFINIÇÃO DOS CRITÉRIOS

Os critérios foram discutidos em duas reuniões integradas no programa habitual de Formação no Centro de Saúde. Estiveram presentes médicos de Medicina Geral e Familiar, uma médica de Ginecologia-Obstetrícia, médicas de Saúde Pública, internas do Internato Complementar e Enfermeiras de Saúde Escolar e Materna.

Numa primeira reunião, foram discu-

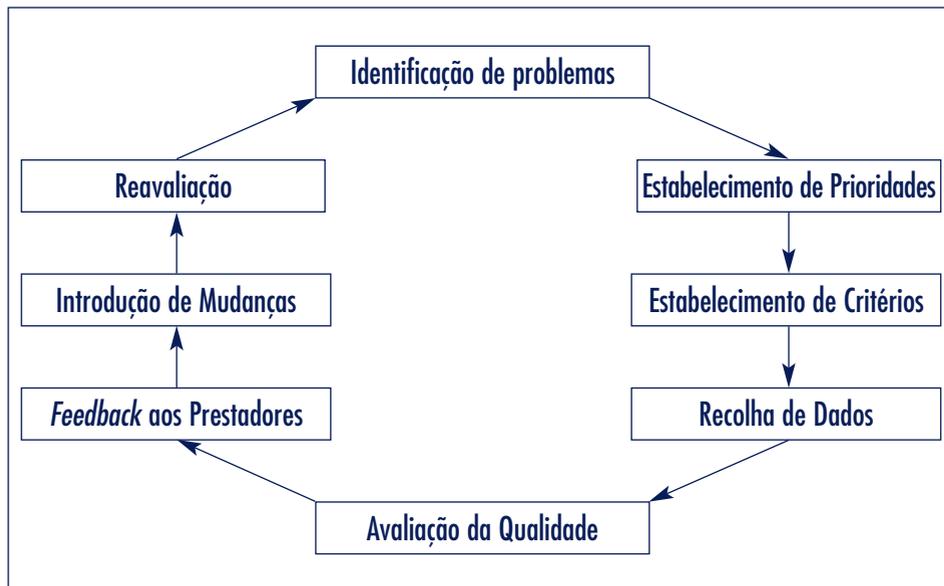
*Consultores de Medicina Geral e Familiar

**Assistente de Medicina Geral e Familiar

Centro de Saúde de Sintra

FIGURA I

CICLO DE GARANTIA DA QUALIDADE



QUADRO I

DESCRIÇÃO DO ESTUDO: GARANTIA DA QUALIDADE DOS REGISTOS EM SAÚDE MATERNA

1. DIMENSÃO ESTUDADA

Qualidade Técnico-Científica

2. UNIDADES DE ESTUDO

Profissionais: Médicos de Medicina Geral e Familiar que aderiram **voluntariamente** ao programa (8 em 1995 e 1996, 10 em 1997)

3. FONTE DE DADOS

Ficha familiar, individual e «Ficha clínica da grávida»

4. TIPO DE AVALIAÇÃO

Retrospectiva

5. TIPO DE CRITÉRIOS

Critérios explícitos e normativos, definidos **consensualmente** pelos médicos participantes

6. TIPO DE ANÁLISE

Interna (*inter-pares*)

7. MEDIDAS CORRECTORAS INTRODUZIDAS

Educativas e estruturais

tidos os critérios. Em Saúde Materna, temos uma base de trabalho que são as normas da Direcção Geral de Saúde³, mas a discussão alargou o debate. Além de questionar as normas, foram introduzidos critérios que avaliam o contexto psico-social no qual decorre a gravidez: genograma, registo do facto da gravidez ser programada e/ou desejada e avaliação do risco em Saúde Mental (Quadro II: estabelecido pelo Grupo Integrado de Saúde Mental do CS de Sintra que integra as respectivas equipas de Pedopsiquiatria do Centro de Saúde Mental Infantil de Lisboa, de Psiquiatria do Hospital Miguel Bombarda, de Saúde Escolar e de Cuidados Personalizados de Saúde e vários agentes da comunidade). Foi acrescentado a pesquisa do Ag HBs no terceiro trimestre para poder vacinar o recém-nascido. Na altura, foi vivamente discutido a suplementação sistemática em polivitaminas e cálcio e a pesquisa de HIV que foram rejeitados.

Na segunda reunião, foram definidos os critérios estipulando os de inclusão e de exclusão (Quadro III).

Esta primeira fase foi estimulante, permitiu trocar ideias e opiniões e relembrar o sentido de atitudes já automatizadas.

Os dados foram recolhidos em Maio de 1995. A cada médico foi atribuído um número conhecido unicamente pela médica que colheu os dados e os resultados foram comunicados anonimamente.

**RESULTADOS DA 1ª AVALIAÇÃO
E INTRODUÇÃO DE MUDANÇAS**

A partir destes dados foi possível determinar:

- para cada médico, o índice de suficiência, percentagem de critérios cumpridos da totalidade dos critérios estabelecidos⁴,
- para cada critério, o índice de cumprimento, em percentagem deste critério. (Quadro IV)

O índice de suficiência variou de 65 a 98%, com uma média de 86%. A in-

QUADRO II

RISCO EM SAÚDE MENTAL

FACTORES DE ALTO RISCO

- Toxic dependência (droga, álcool)
- Doença Mental (psicose, depressão grave, etc...)

FACTORES DE MÉDIO RISCO

- Pertencer a uma família desorganizada ou socialmente inadaptada
- Dificuldade na aceitação da gravidez
- Preocupação excessiva quanto à possibilidade de cuidar do bebé
- Ansiedade excessiva, depressão ou os seus equivalentes
- Muito jovens
- Solteiras
- Terem vivido situações de abandono quando crianças ou terem sido criadas em instituições
- Viver uma situação actual de abandono
- Luto recente na família
- História de gravidez de risco anterior ou actual
- Deficiência física ou mental em filhos anteriores ou na família

QUADRO III

DEFINIÇÃO DOS CRITÉRIOS DA 1ª AVALIAÇÃO

CRITÉRIOS	INCLUSÃO	EXCLUSÃO
Grupo Sanguíneo	Uma vez em qualquer lugar	Não tem
Hab. Nocivos	Registados os 3	Não tem
Ex. Ginecológico	Na 1ª consulta	Recusa da doente
Hemograma	Uma vez por trimestre	Não tem
Glicémia jej. + Após 50 g de Glicose	No 2º trimestre	1ª consulta no 3º trimestre
Creatininémia	Uma vez por trimestre	Não tem
Uricémia	Uma vez por trimestre	Não tem
VDRL	Uma vez por trimestre	VDRL+
Ac Anti-Toxoplasmose	Uma vez por trimestre	Imunizada
Última Menstruação	Data ou ?	Não tem
Ac Anti-rubéola	Pelo menos uma vez	Imunizada
Vacina Tétano	Registado em qualquer lugar	Não tem
Grav de Risco Goodwin	Registo na 1ª visita e à 36ª semana	Uma só vez se só houve uma consulta
Glicosúria/Proteinúria	Todas as consultas	Referência em alto risco
TA	Todas as consultas	Referência em alto risco
Aumento de Peso	Todas as consultas	Referência em alto risco
Altura Uterina	Todas as consultas	Referência em alto risco
Ausc. Foco	A partir das 12 semanas: ouviu ou não	Não tem
Gravidez Desejada e/ou Planeada	Pelo menos uma vez	Não Tem
Genograma	Com casal, ascendentes e descendentes, se houver, actualizado na altura da gravidez	Não tem
Risco em Saúde Mental	Pelo menos uma vez	Não tem
Ag HBS	Pelo menos uma vez no último trimestre	Imunizada por doença ou vacinada
Urocultura	Uma vez por trimestre	Não tem
Ecografia	Pelo menos uma vez	Referenciada em alto risco ou 1ª consulta no 3º trimestre
Informação sobre saúde	Pelo menos uma vez	Não tem
Suplemento Ferro	Registado	Contra-indicado
Suplemento Ácido Fólico	Registado	Não tem

formação assim obtida é útil para o médico, individualmente. É a sua base de partida ou «padrão» para futuras avaliações. Por exemplo, o índice de suficiência mais baixo foi obtido por um médico que pode tomar consciência que não registava os dados laboratoriais na ficha, por privilegiar o Boletim de Saúde da Grávida.

O índice de cumprimento de cada critério dá mais informação sobre o grupo e fomenta a discussão na reunião de análise dos dados. O detalhe, na primeira avaliação, dos procedimentos permitiu diferenciar dois tipos: os que tinham um espaço de registo na Ficha da Grávida, cumpridos quase a

100% e os que não tinham espaço, como o AgHBs e a urocultura, muito menos cumpridos. O que sustenta a utilidade duma ficha de registo sistematizada e consensual que impede o esquecimento de dados básicos, meio considerado relevante para fomentar e manter mudanças de atitudes na literatura sobre o tema⁵. O genograma, reconhecido consensualmente útil por todos os presentes, só foi efectuado por metade dos médicos. O exame ginecológico é dos critérios menos cumprido, o que fez reflectir sobre os nossos medos/mitos.

A definição deste critério foi a única alteração introduzida para a segunda ava-

QUADRO IV

RESULTADOS DA 1ª AVALIAÇÃO EM PERCENTAGEM									
NÚMERO DO MÉDICO	1	2	4	5	7	8	12	14	IC
1- Grau de risco	100	100	100	86	100	100	92	11	73
2- Risco Saúde Mental	100	100	100	100	100	100	100	11	78
3- Vacina Tétano	100	100	67	86	100	100	100	78	86
4- Ag HBs	100	25	100	100	100	25	100	44	80
5- Gravidez Desejada	100	100	87	43	100	100	100	56	87
6- Genograma	100	0	0	0	100	0	100	67	35
7- Grupo Sanguíneo	100	100	100	100	100	100	100	100	100
8- Hemograma	100	0	100	100	100	0	100	67	86
9- Ac Anti-Toxoplasmose	100	13	100	100	100	13	92	89	87
10- Ac Anti-Rubéola	100	38	100	100	100	38	92	100	92
11- VDRL	100	13	100	100	100	13	83	67	85
12- Glicémia	100	13	100	100	100	13	100	100	81
13- Creatininémia	100	13	100	100	100	13	100	67	87
14- Uricémia	100	13	100	100	100	13	92	67	86
15- Urocultura	100	25	100	0	100	25	83	67	59
16- Glicosúria	100	100	100	100	100	100	100	100	100
17- TA	100	100	100	100	100	100	100	100	100
18- Altura Uterina	100	100	100	100	100	100	100	100	100
19- Aumento de Peso	100	100	100	100	100	100	100	100	100
20- Última Menstruação	100	100	100	100	100	100	100	100	100
21- Auscultação Foco	100	100	100	100	100	100	100	100	100
22- Hábitos Nocivos	100	100	100	86	100	100	100	89	95
23- Exame Ginecológico	33	0	40	29	33	0	75	78	41
24- Ecografia	100	100	100	100	100	100	100	89	99
25- Informação Saúde	100	100	100	100	100	100	83	44	90
26- Suplemento Fe	100	100	100	100	100	100	75	89	92
27- Suplemento Ac. Fólico	100	100	100	100	100	100	75	89	92
Índice Suficiência	98	65	92	83	98	65	94	77	

IC = Índice de Cumprimento

QUADRO V

ÍNDICE DE SUFICIÊNCIA DE CADA MÉDICO POR ANO									
N.º DO MÉDICO	1	2	4	5	7	8	12	14	
Ano									
1995	96	81	92	83	98	65	94	77	
1996	98	86	93	90	99	67	90	84	

liação. O critério «Exame ginecológico» foi considerado cumprido se recusado pela doente, se houvesse ameaça de aborto, se a primeira consulta tivesse ocorrido depois do 1º trimestre ou se a colpocitologia tivesse sido efectuada no ano anterior. De facto, a prática da Medicina

Geral e Familiar é diferente da prática da Obstetrícia e muitas mulheres não necessitam de exame ginecológico inicial por estarem vigiadas anteriormente em Planeamento Familiar.

A reavaliação foi efectuada em Março

QUADRO VI

ÍNDICE DE CUMPRIMENTO DE CADA CRITÉRIO (COMPARAÇÃO ENTRE AS 2 AVALIAÇÕES DE 1995 (n=70) e 1996 (n=69))

CRITÉRIOS	1995	1996
1- Grau de Risco	73	86
2- Risco de Saúde Mental	78	88
3- Vacina Tétano	86	93
4- Ag HBs	80	75
5- Gravidez Desejada	87	83
6- Genograma	35	29
7- Grupo Sanguíneo	100	100
8- Hemograma	86	84
9- Ac Anti-toxoplasmose	87	87
10- AC Anti-Rubéola	92	90
11- VDRL	85	80
12- Glicémia	81	74
13- Creatinínemia	87	84
14- Uricémia	86	84
15- Urocultura	59	74
16- Glicosúria	100	99
17- TA	100	100
18- Altura Uterina	100	99
19- Aumento de Peso	100	100
20- Última Menstruação	100	100
21- Auscultação Foco	100	93
22- Hábitos Nocivos	95	91
23- Exame Ginecológico	41	83
24- Ecografia	99	100
25- Informação Saúde	90	90
26- Suplemente Ferro	92	96
27- Suplemento Ac. Fólico	92	96

de 1996 e incidiu sobre as grávidas que tiveram o parto em 1995.

RESULTADOS DA 2ª AVALIAÇÃO

A comparação com os dados anteriores mostra uma melhoria global dos registos.

Quase todos os médicos melhoraram os seus índices de suficiência, uns tinham índices tão altos que não se modificaram (Quadro V).

No cumprimento dos critérios (Quadro VI), a alteração mais evidente foi no registo do grau de Goodwin, do

risco em Saúde Mental e da urocultura. A melhoria nítida observada no exame ginecológico corresponde à modificação dos critérios de inclusão. O genograma permaneceu registado só por metade dos médicos. Este facto mostra como podemos, às vezes, aprovar uma mudança mas ainda não a introduzir, último passo no processo de mudança.

INTRODUÇÃO DE MUDANÇAS

Várias mudanças foram introduzidas para a avaliação seguinte a partir da actualização dos conhecimentos dos participantes (leituras, reflexão...) e das críticas dos participantes em congres-

QUADRO VII

CRITÉRIOS PARA A 3ª AVALIAÇÃO

CRITÉRIOS	INCLUSÃO	EXCLUSÃO
1- Última Menstruação	Data registada ou ?	Não há
2- Genograma	Casal com ascendentes e eventuais descendentes	Não há
3- Gravidez Programada e/ou Desejada	Registado pelo menos uma vez	Não há
4- Risco em Saúde Mental	Registado pelo menos uma vez	Não há
5- Grau de Risco Goodwin	Registado na 1ª e 3ª consulta	Uma só vez se só houve uma consulta
6- Vacina Tétano	Registado	Não há
7- Grupo Sanguíneo	Registado	Não há
8- Hábitos Nocivos	Registados os 3 (tabaco, álcool, droga)	Não há
9- Exame Ginecológico	Na 1ª consulta	Recusado. Colpocitologia no ano anterior 1ª consulta depois do 1º trimestre. Ameaça de aborto
10- Exame Clínico Completo	Ver definição*	
11- Análises Completas	Ver definição**	
12- Ecografia	Pelo menos uma	1ª consulta no 3º trimestre
13- Educação para a Saúde	Pelo menos uma vez	Não há
14- Presença do Pai	Registo da presença ou dos motivos da ausência	Não há

* Critérios de inclusão «Exame clínico completo»

Em cada consulta de vigilância onde compareceu a grávida estão registados:

- Aumento de peso;
- Glicosúria;
- Proteinúria;
- Bacteriúria;
- Tensão arterial;
- Altura uterina;
- Auscultação do foco (a partir da 12ª semana, se audível)

** Critérios de inclusão «Análises completas»:

Quando a mulher grávida compareceu durante o trimestre referido, estão registadas as análises seguintes:

Análises	Inclusão			Exclusão
	1º TRIM.	2º TRIM	3º TRIM	
Hemoglobina	x	x	x	
Glicémia	x	x	x	
Glicémia 1 hora após ingestão de glicose	(28 semanas)			
Uricémia	x	x	x	
Creatininémia	x	x	x	
Urocultura	x	x	x	
VDRL	x	x	x	VDRL positivo
Ag HBs			x	Imune
Rubéola	x	x	x	Imune
Toxoplasmose	x	x	x	Imune (mensal se não imune)
Ac HIV I e II	x		x	Recusa da mulher

sos e jornadas onde este trabalho tem sido apresentado:

- foi decidido manter o genograma como elemento importante na avaliação global da grávida.

- foram agrupados em dois ítems e definidos os procedimentos *Exame Físico completo e Exames Complementares completos*.

- foram introduzidos novos critérios: *pesquisa do HIV* no 1º trimestre, por ter sido demonstrado uma diminuição do risco de transmissão ao recém-nascido com o tratamento precoce da mãe com zidovudina⁶ e no 3º trimestre pelo risco da vacina do BCG no recém-nascido infectado⁷; *Pesquisa da bacteriúria* em cada consulta por tira-teste; *presença do pai* pela importância cada vez mais valorizada da sua implicação no processo da gravidez para o futuro bem-estar da família.

- foram eliminados os critérios *Ácido Fólico* por não se aplicar à totalidade da gravidez (faz a prevenção das anomalias do tubo neural que ocorrem só no 1º trimestre)⁸ e *Ferro* por ser discutível a sua utilidade sistemática para todas as grávidas.

Ao nível estrutural foram disponibilizadas tiras-testes para a avaliação da bacteriúria em cada consulta.

Os critérios de inclusão e exclusão de cada item estão descritos no Quadro VII.

CONCLUSÃO

Esta descrição dum ciclo de Garantia de Qualidade quer ilustrar as potencialidades formativas e de melhoria dos cuidados dum trabalho deste tipo.

Vários elementos são contestáveis:

- a avaliação dos registos é uma avaliação indirecta dos cuidados prestados. Podemos imaginar ir mais longe, por exemplo, pela gravação audio ou vídeo da consulta. Os critérios, muito mais complexos, teriam, neste caso, de ser redefinidos,

- a avaliação dos registos é uma avaliação de processo e não de resultados. No caso da Saúde Materna e para a maioria dos grupos com necessidades específicas de Saúde, o número extremamente escasso das pessoas seguidas numa lista (por exemplo, 3 a 15 grávidas por médico neste trabalho) não permite tirar qualquer ilação dos resultados obtidos. Por outro lado, não temos dados de Saúde Pública disponíveis para comparar o nosso trabalho nas condições específicas locais (como comparar o número de gravidezes adolescentes na área do Centro de Saúde de Sintra e na área do Centro de Saúde da Amadora, numa extensão rural e na Sede urbana?).

- cada critério foi definido por consenso entre os profissionais de Saúde presentes, o que não é um processo rigoroso do ponto de vista científico. A definição, tomando em conta os dados mais actuais da ciência por cada critério, obrigaria a um investimento de tempo não compatível com a actividade clínica e teria de ser actualizado em permanência. Os critérios de abordagem psico-social são ainda menos validados do que os critérios biológicos, mas a preocupação pelo seu cumprimento e registo mostra uma sensibilidade para os integrar na consulta. Globalmente, o consenso aproxima-se, provavelmente, dos conhecimentos actuais, sobretudo se a equipa, estimulada pelo processo dinâmico em curso, é mais atenta a tudo o que se escreve ou diz sobre o tema.

- não foi definido um padrão de qualidade a partir do qual o médico se

pudesse considerar bom, médio ou mau. No contexto actual, parece pouco adequado definir este padrão. A ausência de pesquisa bibliográfica exaustiva impede de definir uma norma ou percentagem a partir da qual podemos dizer que este médico não presta cuidados de qualidade. Parece mais pedagógico utilizar os resultados da 1ª avaliação como base a partir da qual cada médico vai tentar melhorar a sua própria pontuação. O facto dum médico participar voluntariamente enviêsa positivamente os resultados: a totalidade dos profissionais envolvidos pertenceria aos «bons».

Dos aspectos mais positivos deste trabalho é de salientar a sua fácil integração nas actividades quotidianas (1/2 hora de recolha dos dados por médico, uma reunião anual) e a adaptação dos conteúdos à realidade prática e ao nível de conhecimento dos participantes. Tem impacto no desempenho com um mínimo de custos. Pela melhoria da auto-eficácia, pode preservar a saúde mental do médico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lomas J, Anderson GM, Domnick-Pierre K, Vayda E, Enkin MW, Hannah WJ. Do practice guidelines guide practice? *N Engl J Med* 1989; 321:1306-11.
2. Grimshaw JM, Russell IT. Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. *Lancet* 1993; 342: 1317-21.
3. Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários. Divisão de Saúde Materna e Planeamento Familiar. Vigilância pré-natal e revisão do puerpério. Lisboa : Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários, 1989.
4. Vuori HV. El control de calidad en los servicios sanitarios. Conceptos e metodologia. 2nd rev.ed. Barcelona: Masson, 1991.
5. Davis AD, Thomson MA, Oxman AD, Brian Haynes R. Changing physicians performance. A systematic review of the effect of continuing medical education strategies. *JAMA* 1995; 274: 700-5.
6. Connor EM, Spector SA, Gelber RD, McGrath N, Wara D, Barzilai A et al. Pediatric AIDS Clinical Trials Group Protocol 076 Study Group. Reduction of maternal-infant transmission of Human Immuno-deficiency Virus Type 1 with Zidovudine treatment. *N Engl J Med* 1994; 331:1173-80
7. Besnard M, Sauvion S, Offredo C, Gaudelus J, Gaillard JL, Veber F et al. Bacillus Calmette-Guérin infection after vaccination of human immunodeficiency virus-infected children. *Pediatric Infect Dis J* 1993; 12 : 993-7.
8. Eléfant E, Mignot G. Grossesse : Acide folique et prévention des anomalies de fermeture du tube neural. *La Revue Prescrire* 1995; 15: 757-64.

Agradecimentos

À Equipa de Formação do Centro de Saúde de Sintra pelos seus comentários, críticas e pelo seu estímulo e mais especificamente aos médicos(as) participantes: Dra. Ana Levy, Dr. Fernando Bolina, Dra. Francisca Rebelo, Dra. Helena Fonseca, Dra. Inês Bianchi, Dra. Isabel Mascarenhas, Dra. Josefina Marau, Dra. Marina Clara, Dra. Olímpia Dinis, Dra. Susana Santos.

Recebido em 12/12/97
Aceite para publicação em 7/12/99

Endereço para Correspondência

Pascale Charondiêre.
Tel: 219 670 434.
Endereço: Arroeiros.
2640 Igreja Nova Mafra

**QUALITY ASSURANCE IN MATERNAL HEALTH:
ENSURING BOTH QUALITY AND CONTINUING EDUCATION**

SUMMARY

By describing a Quality Assurance Cycle in Maternal Health at the Sintra Health Centre, the authors intend to highlight the contribution given by this kind of work toward improving care and continuing education. This Quality Assurance Cycle, which started out in 1995 with criteria definition, has so far allowed for two assessments both followed by criteria re-definition, and corrective measures of an educational and/or structural nature. Eight doctors participated directly in this assessment in 1995 and 1996.

Key-words:

Quality Assurance; Maternal Health; Continuing Education; Quality Cycles.