

Manobra de Ortolani: execução e registo

ARMÉNIO RAMOS

RESUMO

Objectivo: Verificar a frequência com que é efectuado registo da manobra de Ortolani, na Consulta de Saúde Infantil do Centro de Saúde de Faro, e eventual melhoria após uma intervenção correctora.

Tipo de Estudo: Estudo de avaliação de qualidade em duas fases.

Local: Centro de Saúde de Faro.

População: Crianças nascidas e inscritas no Centro de Saúde de Faro entre 1 de Abril e 31 de Dezembro de 1999 (1ª fase), e em igual período de 2000 (2ª fase).

Métodos: A dimensão em estudo foi a competência técnico-científica, avaliada com base em dados de processo. Na 1ª fase estudaram-se 439 consultas (0, 2 e 4 meses). Após a intervenção de motivação para a necessidade do registo de execução da manobra, a 2ª fase de avaliação incidiu sobre 506 consultas. Como fonte dos dados utilizaram-se as fichas clínicas de Saúde Infantil. Como critério, explícito e normativo, assumiu-se que o registo da manobra deve acompanhar a sua execução nas consultas em que é pertinente.

Resultados: Na 2ª fase, houve 55,9% de registos na 1ª consulta, 32,8% na consulta dos 2 meses e 32,2% na consulta dos 4 meses (em oposição a 30,5%, 13,0% e 9,7% na primeira fase).

Conclusão: Considera-se ser de incentivar outras intervenções de melhoria da qualidade assistencial.

Palavras-Chave: Ortolani; Intervenção; Avaliação de qualidade.

De acordo com o programa – tipo de actuação em Saúde Infantil e Juvenil (emanado pela Divisão de Saúde Infantil da Direcção – Geral de Saúde), a realização da manobra de Ortolani deve integrar o exame de saúde na primeira consulta e aos dois meses de idade². A partir desse momento, a doença luxante da anca (designação com que alguns autores preferem englobar aquele conjunto de situações, ao mesmo tempo que a expressão *luxação congénita da anca* é usada, estritamente, no caso em que há perda de contacto entre as superfícies articulares) passa a ser rastreada pela avaliação dos «sinais clássicos», da postura e da marcha. O sinal de Ortolani passa a ser, por norma, sempre negativo a partir do quinto ou sexto meses de vida¹ seja porque houve normalização da anca ou porque, embora subluxada ou luxada, estabilizou numa posição anómala e já se não consegue a sua redução através desta manobra. Em face destas razões foram apuradas, neste estudo, as consultas de vigilância ocorridas até aos quatro meses de vida, inclusive.

Pelo até aqui exposto, a manobra de Ortolani foi eleita como alvo de investigação no presente trabalho, na sua execução e, o que deverá ser sinónimo da execução, no seu registo.

O referido programa – tipo de actuação em Saúde Infantil e Juvenil afirma como uma preocupação a melhoria de qualidade da consulta, a integrar o «crescente rigor científico exigido às acções de vigilância de saúde».

No presente trabalho, o autor teve

INTRODUÇÃO

As manobras de Ortolani e Barrow (adiante designadas no seu conjunto, por comodidade de exposição, como manobra de Ortolani) representam um exame imprescindível na Consulta de Saúde Infantil, em Cuidados de Saúde Primários. Estas duas provas clínicas visam a detecção das situações de luxação congénita da anca, um defeito em que esta luxa espontaneamente devido a alterações várias na congruência das superfícies articulares¹. Abrange-se, sob aquela designação, um conjunto de situações que vão da instabilidade articular à luxação propriamente dita, passando pela displasia acetabular e subluxação.

Arménio Ramos

Interno do 3º ano do Internato Complementar de Clínica Geral
Centro de Saúde de Faro

como objectivo verificar a frequência com que era efectuado o registo da execução da manobra de Ortolani e, para além disso, quantificar a eventual melhoria que poderia ser observada após uma intervenção sensibilizadora em relação à necessidade desse registo. Esta necessidade emerge, precisamente, da noção de qualidade em cuidados de saúde e do papel desempenhado pelos registos médicos na prestação continuada de cuidados.

O conceito de qualidade não é de fácil definição, embora uma satisfatória aproximação a defina com base na acessibilidade e equidade da prestação de serviços, na sua adequação aos recursos disponíveis, e na satisfação atingida junto do utilizador desses serviços^{3,4}. Deste modo, deve surgir como preocupação do profissional prestador dos cuidados a tentativa de melhoria do nível técnico e científico dos mesmos e a correcção de deficiências detectadas^{3,4,5}. É este o porquê da tentativa de medir a qualidade: permitir a sua melhoria dentro de um espectro contínuo, com diferentes graus. O ciclo de garantia de qualidade inicia-se pela identificação de um problema ou área a melhorar. Após uma primeira avaliação que incidirá sobre a realidade presente, esta é comparada com o padrão assumido como desejável. Segue-se a análise das causas provavelmente implicadas na eventual discrepância entre a realidade encontrada e o que se assumiu como desejável. É então que são propostas medidas correctoras para as quais se tenta a sensibilização dos profissionais, após o que se procede a nova avaliação na tentativa de verificar a eficácia obtida por essas medidas. Neste ciclo, é importante o *«feed-back»* fornecido aos profissionais após cada processo de avaliação ou monitorização^{4,5}. O autor procurou, neste trabalho, fazer uma avaliação da presença ou ausência de registo de execução da manobra de Ortolani, em dois momen-

tos distintos e separados por uma intervenção sensibilizadora junto dos Colegas.

Diversos autores têm identificado a qualidade dos registos com a qualidade do serviço prestado e, deste modo, do desempenho profissional^{3,4,5}. Dois pressupostos foram definidos como as situações desejáveis, na concepção deste trabalho: o de que a execução de um acto se deve acompanhar do seu registo, e o de que a existência do registo assegura a efectiva execução do acto registado (ou seja, o desejável será que não exista acto sem registo, nem registo sem acto).

Rui Caeiro, no seu trabalho *Registos Clínicos em Medicina Familiar* menciona, expressamente, «um bom registo é um índice da qualidade da actividade do médico e é fundamental para uma boa abordagem do utente»⁶. Como ponto fulcral da intervenção para melhoria de qualidade, foi feita a chamada de atenção para a desmistificação do preconceito, muito generalizado, de que a execução dos registos interfere na qualidade da tarefa assistencial, devendo os mesmos ser vistos como integrantes da própria actividade do Clínico e elementos indispensáveis na tomada de decisões em Medicina^{4,7}.

MÉTODOS

No presente estudo foram executadas duas avaliações, com um ano de intervalo, sendo ambas de carácter retrospectivo. Os componentes de avaliação são, como proposto por R. H. Palmer³ relativamente ao desenho de uma avaliação da qualidade assistencial:

1. Dimensão estudada: Qualidade técnico-científica (ou competência profissional), o aspecto em avaliação, dentre os que compõem a qualidade assistencial.

2. Unidades de estudo: As características que definem a população que

vai entrar na avaliação, tanto no tocante aos utentes, como ao grupo de profissionais, como ao intervalo de tempo em estudo;

Utentes: Crianças nascidas e inscritas em Médico de Família no Centro de Saúde de Faro no período de 01/04 a 31/12/1999 (1ª fase), e de 01/04 a 31/12/2000 (2ª fase);

Profissionais: Médicos do Centro de Saúde de Faro que aceitem a consulta dos processos clínicos.

3. Identificação e amostragem dos casos: As consultas de vigilância em Saúde Infantil (primeira, aos 2 e aos 4 meses de vida), ocorridas entre os utentes e os profissionais definidos no item anterior. Aceite como primeira consulta a ocorrida durante o primeiro mês de vida.

4. Relação temporal da avaliação com a acção avaliada: Retrospectiva.

5. Tipo de dados: Processo (a execução da manobra de Ortolani é uma das actividades desempenhadas no atendimento ao utente).

6. Tipo de avaliação: Interna (trata-se de uma avaliação entre colegas, sem a intervenção de pessoas ou entidades alheias à instituição).

7. Fonte de dados: Fichas clínicas de Saúde Infantil.

8. Tipo de critérios: Explícitos (no seu enunciado «especificam as condições a seguir numa determinada situação»³) e, dentro destes últimos, normativos («formulados expressamente para avaliação»³, definem o que deve ser feito e considerado como uma actuação correcta).

9. Medidas correctoras: Educativas, pela sensibilização para o registo da manobra.

A autorização para consulta das fichas clínicas foi pedida por escrito, a cada um dos Médicos do Centro de Saúde devendo os não interessados comunicar a sua recusa dentro de um prazo definido. O número e a identi-

cação das crianças, nascidas e inscritas durante os períodos em questão, foram dados obtidos através do sistema informático do Centro de Saúde.

Para a colheita de dados, foi utilizada uma ficha de registo, idêntica em ambas as fases, e em que relativamente a cada consulta, era anotada a presença ou ausência do registo explícito da execução da manobra. A expressão «manobra de Ortolani» (ou, somente, «Ortolani») devia figurar no registo da consulta para ser considerada, não sendo atendidas anotações como «exame objectivo: normal», «anca: normal», ou outras. O número de consultas considerado, em relação a cada criança, como sendo aquelas em que a manobra de Ortolani era susceptível de ter lugar no exame objectivo foi de três: a primeira consulta, a dos 2 meses e a dos 4 meses. Os dados recolhidos a partir das fichas de registo permitiram, relativamente a cada uma destas consultas, contabilizar aquelas em que fora feito registo e as que não o apresentavam.

Após a colheita de dados respeitante à primeira fase, foi feita uma intervenção junto dos Colegas participantes. Esta revestiu-se da forma de uma carta endereçada a cada Colega em que se pretendeu operar uma motivação positiva para a qualidade dos registos. Os resultados colhidos na primeira fase eram, assim, comunicados em forma de uma apreciação qualitativa que os reputava como passíveis de uma considerável melhoria. Pretendeu-se, pois, evitar um pendor condenatório já que se tinha em conta que a ausência da menção da «manobra de Ortolani» no registo da consulta, não significava, necessariamente, que a mesma não tivesse sido pesquisada. De salientar que, nesta carta, era deixado ao critério de cada Colega quais as consultas em que seria pertinente a pesquisa da manobra.

RESULTADOS

Em obediência a este desenho, foram estudadas, na 1ª fase, um conjunto de 439 consultas, respeitantes a 273 crianças nascidas e inscritas nos 32 Médicos de Família que aceitaram participar no estudo (e a que se adicionaram também as referidas como «Sem Médico»), entre 1 de Abril e 31 de De-

zembro de 1999.

Na 2ª fase, foram estudadas 506 consultas respeitantes a 462 crianças nascidas e inscritas nos mesmos 32 Médicos (novamente incluídas as «Sem Médico»), entre 1 de Abril e 31 de Dezembro de 2000.

O Quadro I elucida acerca da distribuição do número de crianças e consultas, para cada uma das duas fases. Verificou-se um aumento do número de

QUADRO I

DISTRIBUIÇÃO DAS CRIANÇAS E CONSULTAS OCORRIDAS, NAS DUAS FASES DO ESTUDO

1ª FASE				2ª FASE			
1ª Consulta	2ª Consulta	3ª Consulta	Total Consultas	1ª Consulta	2ª Consulta	3ª Consulta	Total Consultas
190	146	103	439	236	180	90	506
273 Crianças inscritas				462 Crianças inscritas			

QUADRO II

PRESENÇA OU AUSÊNCIA DE REGISTOS, EM AMBAS AS FASES, NA 1ª CONSULTA (1º MÊS DE VIDA)

	1ª FASE		2ª FASE		
	N	%	N	%	
1ª CONSULTA					
Presença de registo	58	(30,5)	132	(55,9)	(+25,4)*
Ausência de registo	132	(69,5)	104	(44,1)	
Total de Consultas observadas	190	(100,0)	236	(100,0)	

*O valor entre parêntesis refere-se aos valores percentuais calculados sobre o total de consultas em cada fase. Representa a **diferença de percentagens** em que houve registo (entre a 1ª e a 2ª fases).

QUADRO III

PRESENÇA OU AUSÊNCIA DE REGISTOS, EM AMBAS AS FASES, NA 2ª CONSULTA (2 MESES)

	1ª FASE		2ª FASE		
	N	%	N	%	
2ª CONSULTA					
Presença de registo	19	(13,0)	59	(32,8)	(+19,8)*
Ausência de registo	127	(87,0)	121	(67,2)	
Total de Consultas observadas	146	(100,0)	180	(100,0)	

*O valor entre parêntesis refere-se aos valores percentuais calculados sobre o total de consultas em cada fase. Representa a **diferença de percentagens** em que houve registo (entre a 1ª e a 2ª fases).

QUADRO IV

PRESENÇA OU AUSÊNCIA DE REGISTOS, EM AMBAS AS FASES, NA 3ª CONSULTA (4 MESES)

3ª CONSULTA	1ª FASE		2ª FASE		
	N	%	N	%	
Presença de registo	10	(9,7)	29	(32,2)	(+22,5)*
Ausência de registo	93	(90,3)	61	(67,8)	
Total de Consultas observadas	103	(100,0)	90	(100,0)	

*O valor entre parêntesis refere-se aos valores percentuais calculados sobre o total de consultas em cada fase. Representa a **diferença de percentagens** em que houve registo (entre a 1ª e a 2ª fases).

QUADRO V

PRESENÇA OU AUSÊNCIA DE REGISTOS, EM AMBAS AS FASES, NO CONJUNTO DAS 3 CONSULTAS

CONSULTAS	1ª FASE		2ª FASE		
	N	%	N	%	
Presença de registo	87	(19,8)	220	(43,5)	(+23,7)*
Ausência de registo	352	(80,2)	286	(56,5)	
TOTAL DE CONSULTAS	439	(100,0)	506	(100,0)	

*O valor entre parêntesis refere-se aos valores percentuais calculados sobre o total de consultas em cada fase. Representa a **diferença de percentagens** em que houve registo (entre a 1ª e a 2ª fases).

crianças observadas na segunda fase.

Nos quadros II, III e IV são apresentados os valores absolutos (e percentuais) referentes à ausência e presença de registo de execução da manobra, respectivamente, na primeira consulta, aos 2 e aos 4 meses. Verificou-se um aumento percentual entre 19,8% e 25,4% no registo da manobra de Ortolani da primeira fase para a segunda.

Finalmente, o quadro V põe em evidência a mesma comparação de valores mas para o conjunto das três consultas, correspondendo a um aumento de 23,7% do registo da manobra após a intervenção.

DISCUSSÃO

Uma primeira consideração deve ser tecida relativamente ao observado no quadro I. De facto, encontra-se um considerável aumento do número de crian-

ças entre a 1ª e a 2ª fases. Este aumento surgiu, sobretudo, à custa das que ficaram registadas como «Sem Médico». Tal não significará, necessariamente, que tenha ocorrido um aumento de natalidade no período de 1 de Abril a 31 de Dezembro de 2000 relativamente a igual período do ano anterior. Estes números foram obtidos por consulta do sistema informático do Centro de Saúde, o qual assenta no pedido de Cartão de Utente. Dado que a consulta que forneceu os elementos para a 1ª fase decorreu num período em que estava em curso a atribuição do Cartão poderá ter resultado que, no ano seguinte, o número de crianças inscritas tivesse aumentado e este excesso ficasse inscrito como «Sem Médico», por não obter lugar na lista dos Médicos existentes.

Pode ser verificado que, relativamente ao número de crianças inscritas, o número de consultas se afigura pe-

queno. Tal encontra explicação no facto de algumas destas crianças não se encontrarem em vigilância no Médico de Família tendo apenas sido formalizada, administrativamente, a sua inscrição. Casos houve, também, em que a criança só foi trazida à primeira consulta. Outras situações, ainda, foram aquelas em que só houve recurso à consulta em situação de doença, fora dos tempos adequados para vigilância e não há registo de elementos da observação que, oportunisticamente, tenha sido efectuada.

Encontra-se, na segunda fase e em relação a cada uma das três consultas, um aumento da percentagem destas em que passou a figurar o registo de execução da manobra de Ortolani. A frequência com que foi encontrado o registo na primeira consulta passou de 30,5 para 55,9%. Aos 2 meses, passou-se de 13,0 para 32,8% e, aos 4 meses, de 9,7 para 32,2%. No conjunto das três consultas, a frequência de registos passou de 19,8 para 43,5%.

Considerando apenas as duas primeiras consultas (dado que a pesquisa da manobra de Ortolani na consulta dos 4 meses não é consensual) observa-se uma evolução análoga. Em 336 consultas observadas na 1ª fase é encontrado registo em 77, isto é, em 22,9%. Na segunda fase foram observadas 416 consultas e encontraram-se registos em 191, ou seja, em 45,9%.

Neste trabalho observou-se uma melhoria nos registos de execução de uma manobra de exame objectivo que não se encontra mencionada na lista de itens que consta das fichas da Consulta de Saúde Infantil. Tendo em conta que a Manobra de Ortolani constitui uma pesquisa de suma importância no rastreio de uma situação que, a não ser detectada num tempo adequado, implica repercussões agravadas para a qualidade de vida da criança e da sua família, torna-se manifesta a importância, em termos de ganhos em saúde, que a

chamada de atenção para a sua execução pode assumir.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Seabra JF. Luxação congénita da anca. In: Seabra JF. Conceitos Básicos de Ortopedia Infantil. Coimbra: Associação de Saúde Infantil de Coimbra; 1995. p. 55 – 70.
2. Divisão de Saúde Infantil da Direcção Geral de Saúde – Saúde Infantil e Juvenil. Programa-tipo de actuação. Rev Port Clín Geral 1993; 10: 96,98-106.
- 3). Saturno PJ, Imperatori E, Corbella A. Evaluación de calidad asistencial en atención primaria, experiencias en el marco de la cooperación ibérica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Dirección General de Planificación Sanitaria; 1990.
4. Aylon-Moliner C, Becerra-Garcia A, Cañadas-Núñez R, Civico-Martinez JL, Contreras-Fernandez E, Cortes-Martinez MC, Fernandez-Morales E, et al. Garantía de calidad en atención primaria de salud. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud; 1994.
5. Alles V, Mäkelä M, Persson L, Seuntjens L, editors. Tools and Methods for Quality Improvement in General Practice. Jyväskylä: European Working Party on Quality in Family Practice; 1998.
6. Caeiro, Rui. Registos Clínicos em Medicina Familiar. Lisboa: ICGZS; 1991.
7. Rodrigues J, Biscaia JL, Ministro L, Pisco L. MoniQuOr, Monitorização da Qualidade Organizacional dos Centros de Saúde. 2ª edição. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, Sub-Direcção Geral para a Qualidade; 1999.

Agradecimentos:

O autor agradece aos Colegas do Centro de Saúde de Faro que aceitaram facultar a consulta das fichas clínicas e, no caso particular da sua Orientadora de Formação, Dra. Helena Gonçalves, pelo incentivo e entusiasmo sempre evidenciados.

De igual modo, agradece ao Dr. Luis Filipe Gomes a atenção e acompanhamento prestados na orientação do presente trabalho.

Endereço para correspondência:

Arménio Manuel da Conceição Ramos
Estrada Nacional 125 – Miraflares
Caixa Postal 150-M
8800-215 Tavira
Telefone: 281 324 723
Telem.: 934 204 780

PERFORMANCE AND RECORDING OF THE ORTOLANI MANOUVER

Objective: To assess the frequency of recording of the Ortolani manouver results at the Child Health Consultation at the Faro Health Center and the improvement on that recording after a motivational intervention.

Type of study: Two-phase quality assessment study.

Setting: Faro Health Center.

Population: Children born between 1 April – 31 December 1999 (first phase) and at the same period in 2000 (second phase), registered at the Faro Health Center.

Methods: The dimension studied was the technical-scientific competence, evaluated on the basis of the medical records. In the first phase 439 appointments were studied (at 0, 2 and 4 months after birth). After an intervention motivating the participating doctors for the need to record the results of the manouver, 506 appointments were studied. Clinical records of Child Health consultations were used as data source. The explicit, normative, criterium used was that the record of the result of the manouver must always follow its performance in the consultations where it is deemed appropriate.

MÉTODOS: A dimensão em estudo foi a competência técnico-científica, avaliada com base em dados de processo. Na 1ª fase estudaram-se 439 consultas (0, 2 e 4 meses). Após a intervenção de motivação para a necessidade do registo de execução da manobra, a 2ª fase de avaliação incidiu sobre 506 consultas. Como fonte dos dados utilizaram-se as fichas clínicas de Saúde Infantil. Como critério, explícito e normativo, assumiu-se que o registo da manobra deve acompanhar a sua execução nas consultas em que é pertinente.

Results: At the second phase the manouver was recorded in 55.9% of first consultations, 32.8% at the 2 months consultation and 32.2% at the 4 months consultations, as opposed to 30.5 %, 13.0 % and 9.7 % at the first phase.

Conclusion: This manouver should be encouraged as a way of improving the quality of care to children.

Key-words: Ortolani; Intervention; Quality Assessment.

Recebido em: 23/07/2001

Aceite reformulado para publicação em:

10/04/2002