

Avaliação da qualidade do seguimento da gravidez na Unidade de Saúde de Vialonga

SANDRA RODRIGUES CABRAL*

RESUMO

A vigilância pré-natal engloba um conjunto de cuidados específicos dirigidos a um grupo vulnerável, constituindo uma área susceptível e importante de avaliação em cuidados de saúde primários.

Foi realizada uma avaliação interna e retrospectiva com o objectivo de estudar a competência técnico-científica dos médicos da Unidade de Saúde de Vialonga utilizando-se como fonte de dados os registos da ficha clínica de saúde materna. Tratou-se de um estudo institucional envolvendo todos os médicos desta Unidade de Saúde que efectuaram consulta de saúde materna a grávidas com parto ocorrido nos anos de 1997, 1998 e 1999. Foram usados critérios explícitos e normativos.

A qualidade do desempenho dos médicos da Unidade de Saúde de Vialonga, no âmbito da saúde materna, foi considerado suficiente conforme o padrão estabelecido.

O índice de cumprimento dos critérios variou entre 34% e 94%. O critério com menor grau de cumprimento foi o da urocultura (34,2%), que em comparação com outros critérios, também sem local próprio de preenchimento na ficha clínica de saúde materna, nomeadamente o da serologia da Hepatite B e SIDA registaram um grau de cumprimento superior, respectivamente de 83,2% e 80,7%. De realçar que em 22,2% de grávidas Rh negativo não existia nenhum registo do teste de Coombs indirecto. Os critérios em que foi encontrado um maior índice de cumprimento, de 94%, foram os da serologia da rubéola e toxoplasmose.

São propostas medidas correctoras de carácter formativo e organizacional.

Palavras-Chave: Avaliação de Qualidade; Saúde Materna; Gravidez.

INTRODUÇÃO

Os cuidados de saúde primários (CSP) constituem, no seu conjunto, um grupo de cuidados globais, integrados, permanentes, continuados, planeados e susceptíveis de avaliação¹. Os estudos dirigidos à avaliação da qualidade permitem a identificação, avaliação e correcção de situações possíveis de melhorar os cuidados de saúde ao utente.

No actual contexto dos CSP, em Portugal, a vigilância pré-natal de gravidezes sem e de baixo risco é assumida pelo médico de família (MF)². A Direcção Geral de Saúde (DGS) tem preconizadas orientações técnicas com o objectivo de uniformizar e melhorar o nível dos cuidados prestados durante a gravidez², tornando-se importante a avaliação do cumprimento destas medidas.

Neste sentido, vários estudos têm sido feitos neste âmbito, em Portugal, com o objectivo de avaliar, e assim melhorar a qualidade dos cuidados prestados em saúde materna (SM), destacando-se os Programas de Cooperação OMS/Portugal³ e do Acordo de Cooperação Luso-Espanhol⁴ e, mais recentemente, um estudo de avaliação e de garantia de qualidade efectuado no Centro de Saúde de Sintra em 1995 e 1996⁵.

É consensual que cuidados de saúde adequados prestados à grávida e ao recém-nascido diminuem a mortalidade e morbidade materno fetal^{2,6}. Nomeadamente, resultados de estudos sugerem que cuidados pré-natais adequados são eficazes na prevenção de atraso de crescimento intra-uterino e parto pré-termo⁶ e na prevenção de morte perinatal⁷.

Dados estatísticos de 1993, relativos à mortalidade neonatal, perinatal e materna apresentam Portugal em último

*Interna do terceiro ano do Internato Complementar de Clínica Geral Centro de Saúde de Póvoa de Santa Iria - Extensão de Vialonga

lugar, em relação aos outros países da União Europeia⁸, apesar de dados nacionais mais recentes apontarem para uma melhoria da situação^{9,10}. Considerando que estes indicadores traduzem qualidade nos cuidados prestados à mulher durante a gravidez, parto e puerpério, a vigilância pré-natal deve constituir uma preocupação fundamental do médico de família.

Na gravidez existem períodos fundamentais para avaliar o bem-estar materno e fetal. Neste contexto a orientação da vigilância deve obedecer a um esquema indicado, relativo às semanas de gravidez e aos elementos a colher e avaliar².

A ficha clínica é o documento fundamental de registos de CSP, constituindo a base de dados mais importante do ponto de vista clínico e epidemiológico. A qualidade dos registos reflecte, indirectamente, a qualidade dos serviços prestados¹¹.

O presente estudo teve como objectivo avaliar a qualidade da prática dos médicos de família em vigilância pré-natal do Centro de Saúde da Póvoa de Sta. Iria - Extensão de Vialonga, com base nos registos contidos na ficha clínica, tendo como finalidade a melhoria no seguimento da gravidez.

Pretende-se, em função dos resultados obtidos, a implementação de medidas de carácter formativo e organizacional.

MÉTODOS¹²

Tipo de estudo

Estudo de avaliação da qualidade.

Dimensão a estudar

Competência técnico-científica dos MF do Centro de Saúde da Póvoa de Sta Iria - Extensão de Vialonga.

Unidade de estudo

Todos os MF do Centro de Saúde da Pó-

voa de Sta Iria - Extensão de Vialonga que efectuaram consulta de SM a grávidas que tiveram os seus partos entre 1 de Janeiro de 1997 a 31 de Dezembro de 1999, e que voluntariamente se apresentaram a ser avaliados.

Identificação dos casos

É um estudo institucional, envolvendo todos os MF do Centro de Saúde da Póvoa de Sta. Iria - Extensão de Vialonga.

Relação temporal da avaliação com a acção avaliada

Tratou-se de uma avaliação retrospectiva.

Tipo de dados

Foram utilizados dados de processo.

Fontes de dados

Registos na ficha clínica de SM.

Foram considerados critérios de inclusão para o estudo as fichas de SM de gravidezes com:

- parto ocorrido registado entre 1 de Janeiro de 1997 e 31 de Dezembro 1999;
- data de primeira consulta de SM registada na ficha de SM durante o primeiro trimestre da gravidez (considerando que na pesquisa bibliográfica realizada não foi encontrado consenso relativo à última semana de gravidez a que corresponde o primeiro trimestre, foram consultados dois peritos na área de obstetria, que unanimemente consideraram a 14ª semana inclusivê).

Foram considerados critérios de exclusão para o estudo as fichas de SM de gravidezes com:

- registo de ocorrência de aborto;
- data de primeira consulta de SM registada na ficha de SM após o primeiro trimestre da gravidez;
- registo de ocorrência de parto pré-termo;
- registo de referenciação e seguimento exclusivo da grávida em Unidade hospitalar obstétrica ou médico particular,

antes das 36 semanas de idade gestacional, por ser esta a última semana de gestação em que há referência a pedido de exames laboratoriais, tidos como critérios para este trabalho.

Tipo de avaliação

Tratou-se de uma avaliação interna.

Crítérios

Foram utilizados critérios explícitos e normativos, baseados nas Orientações Técnicas nº 2 – 2ª ed. da DGS-Vigilância pré-natal e revisão do puerpério.

Foram escolhidos, por consenso entre todos os médicos do Centro de Saúde – Extensão de Vialonga, dez dos critérios pré-estabelecidos, constantes dos referidos nas orientações técnicas da DGCSF nº 2 da DGS – Vigilância pré-natal.

Também outros trabalhos consultados^{13,14,15,16} justificam as escolhas dos critérios por evidenciarem a importância da avaliação destes parâmetros na vigilância pré-natal.

Em cada um dos critérios a justificação é apresentada no final desta secção.

NÚMERO DE CONSULTAS DURANTE A GRAVIDEZ

Definição: número de consultas registadas na ficha clínica de SM durante a gravidez.

Cumprimento: considerado cumprido quando o número de consultas registado for maior ou igual a seis, conforme o recomendado nas Orientações Técnicas da DGS nº 2 – Vigilância pré-natal e revisão do puerpério, que define como seis o número mínimo de consultas de SM.

TESTE DE COOMBS INDIRECTO

Definição: determinação e registo do grupo Rh da mãe. No caso de o grupo sanguíneo da mãe ser Rh negativo determinação e registo do teste de Coombs indirecto.

Cumprimento: considerado cumpri-

do quando existir registo do grupo Rh da mãe até às 22 semanas e em caso de grávida de grupo Rh negativo, existir um registo do teste de Coombs indirecto até às 22 semanas (Justificação 1) mais outro às 28 semanas e mais outro às 36 semanas de gestação.

Excepção admitida: não existir registo de consulta de SM após as 36 semanas e houver referência na ficha de SM da data de ocorrência de parto em período anterior à data da marcação da consulta seguinte de SM.

Justifica-se para este critério não existir registo do grupo Rh do pai por se pretender evitar o risco da dúvida de paternidade, assegurando, assim, a realização do teste de Coombs indirecto a todas as grávidas do grupo Rh negativo.

TESTE DE GLICÉMIA UMA HORA APÓS 50 g DE GLICOSE ORAL

Definição: determinação e registo da glicémia uma hora após 50 g de glicose oral.

Cumprimento: considerado cumprido quando existir registo de um teste de glicémia uma hora após 50 g de glicose oral efectuado entre as 24 e 28 semanas de gestação.

SEROLOGIA DA RUBÉOLA

Definição: registo de imunidade à rubéola ou, não havendo registo de imunidade, determinação e registo de doseamento de anticorpos da rubéola.

Cumprimento: considerado cumprido quando houver registo referente a imunidade ou a doseamento de anticorpos da rubéola até às 22 semanas de gestação (Justificação 1).

SEROLOGIA DA TOXOPLASMOSE

Definição: registo de imunidade à toxoplasmose ou, não havendo registo de imunidade, determinação e registo de doseamento de anticorpos da toxoplasmose.

Cumprimento: considerado cumpri-

do quando houver registo referente a imunidade ou a doseamento de anticorpos da toxoplasmose até às 22 semanas de gestação (Justificação 1).

SEROLOGIA DA SÍFILIS

Definição: determinação e registo do VDRL.

Cumprimento: considerado cumprido quando existir registo do VDRL até às 22 semanas de gestação (Justificação 1 e 2).

SEROLOGIA DA HEPATITE B

Definição: determinação e registo do Ag Hbs.

Cumprimento: considerado cumprido quando registado até às 22 semanas de gestação (Justificação 1 e 3).

SEROLOGIA DA SIDA

Definição: determinação e registo do HIV 1 e HIV 2.

Cumprimento: considerado cumprido quando registado até às 22 semanas de gestação (Justificação 1 e 4).

UROCULTURA

Definição: determinação e registo da urocultura.

Cumprimento: considerado cumprido quando existirem dois registos, nomeadamente o primeiro até às 22 semanas de gestação e o segundo entre as 28 e 32 semanas (Justificação 1 e 5).

ECOGRAFIA

Definição: registo de ecografia obstétrica.

Cumprimento: considerado cumprido quando existir registo de uma ecografia obstétrica realizada entre as 16 e as 20 semanas de gestação.

Justificação pelas condições para se considerar cumprido o critério

Justificação 1: a referência às 22 semanas de gestação baseia-se nas actividades (elementos a recolher e a avaliar) definidas no esquema de vigilância

na gravidez nas Orientações Técnicas da DGS nº 2, no qual a avaliação de exames pedidos na primeira consulta deverá ser realizada até às 22 semanas de gravidez.

Justificação 2: de acordo com as Orientações Técnicas da DGS nº 2, este exame deverá ser repetido no terceiro trimestre no caso das mulheres em risco de contrair sífilis, dado este que não faz parte dos critérios estabelecidos não tendo por isso sido estudado. Foi considerado, por isso, dispensável para o cumprimento deste critério a repetição no terceiro trimestre.

Justificação 3: de acordo com as Orientações Técnicas da DGS nº 2, este exame deverá ser repetido no terceiro trimestre no caso das mulheres em risco de contrair hepatite, dado este que não faz parte dos critérios estabelecidos, não tendo por isso sido estudado. Foi considerado, por isso, dispensável para o cumprimento deste critério a repetição no terceiro trimestre.

Justificação 4: de acordo com as Orientações Técnicas da DGS nº 2, este exame deverá ser repetido no terceiro trimestre no caso das mulheres em risco de contrair SIDA, dado este que não faz parte dos critérios estabelecidos, não tendo por isso sido estudado. Foi considerado, por isso, dispensável para o cumprimento deste critério a repetição no terceiro trimestre.

Justificação 5: a referência entre as 28 e 32 semanas de gestação baseia-se nas actividades (elementos a recolher e a avaliar) definidas no esquema de vigilância pré-natal nas Orientações Técnicas da DGS nº 2, no qual a repetição de exames – urocultura – deverá ser realizada durante este período de tempo.

Na avaliação do cumprimento dos critérios foi utilizada uma escala dicotómica (0 – não cumprido, 1 – cumprido).

Definição do padrão de qualidade

A definição do padrão foi decidida, por consenso, numa reunião realizada para

o efeito com todos os MF do Centro de Saúde da Póvoa de Santa Iria – Extensão de Vialonga. Assim, em cada ficha, considerou-se:

- ótimo o cumprimento dos 10 critérios;
- muito bom, o cumprimento de nove critérios registados, incluindo obrigatoriamente o critério 1;
- bom o cumprimento de oito critérios registados, incluindo obrigatoriamente o critério 1;
- suficiente o cumprimento de sete critérios registados, incluindo obrigatoriamente o critério 1;
- deficiente o cumprimento de seis ou menos dos critérios registados e/ou a ausência do critério 1, qualquer que seja o número de critérios cumpridos.

Para efeitos de avaliação atribuí-se idêntica ponderação a todos os critérios considerando-se, no entanto, o cumprimento do critério 1 obrigatório, com base na revisão bibliográfica efectuada^{2,4,7,8}.

O padrão de qualidade global na consulta de SM efectuada pelo conjunto de médicos avaliados, considerou-se:

- ótimo se pelo menos 50% das fichas

se enquadrarem entre os padrões ótimo e muito bom;

- deficiente se mais de 50% das fichas forem consideradas deficientes;
- suficiente nos restantes casos.

Os dados foram registados em uma matriz e foi elaborada uma base de dados no programa Excel.

RESULTADOS

A recolha de dados baseou-se em 300 fichas clínicas de SM dos anos de 1997, 1998 e 1999 dos nove médicos do Centro de Saúde participantes no estudo, que constituem a totalidade dos MF do Centro de Saúde da Póvoa de Sta. Iria – Extensão de Vialonga.

Das 300 fichas clínicas de SM foram incluídas para estudo 161 (53,7%). Foram excluídas 139 (46,3%) fichas de SM, 115 por registo de primeira consulta de SM após o primeiro trimestre, 13 por registo da referenciação e 11 por registo da ocorrência de aborto, não existindo em nenhuma ficha registo de parto pré-termo (Quadro I).

O maior número de grávidas (185) te-

QUADRO I

REGISTOS DAS FICHAS CLÍNICAS DE SM INCLUÍDAS E EXCLUÍDAS DO ESTUDO – FREQUÊNCIAS ABSOLUTAS, PERCENTAGENS E CAUSAS DE EXCLUSÃO

	Nº total de Fichas de SM (97,98,99)	Nº de Fichas de SM excluídas do estudo						Nº total fichas SM para estudo	
		Aborto	1º C. > 1º T	Referenc.	Parto P-T	Total	%	Total	%
Médico A	42	3	10	3	0	16	11,5	26	16,1
Médico B	37	2	13	2	0	17	12,2	20	12,4
Médico C	42	1	18	1	0	20	14,4	22	13,7
Médico D	32	1	9	2	0	12	8,6	20	12,4
Médico E	30	1	16	2	0	19	13,7	11	6,8
Médico F	30	1	13	1	0	15	10,8	15	9,3
Médico G	34	0	16	1	0	17	12,2	17	10,6
Médico H	36	2	12	0	0	14	10,1	22	13,7
Médico I	17	0	8	1	0	9	6,5	8	5,0
Total	300	11	115	13	0	139		161	

Abreviaturas: primeira C. > primeiro T- primeira consulta após o primeiro trimestre; Parto PT- parto pré-termo; Referenc.- Referenciação

QUADRO II

REGISTO DE RESULTADOS

Crit./Med.	A	B	C	D	E	F	G	H	I	T. Cump.	%	T. N Cump.	%
T. Fichas	26	20	22	20	11	15	17	22	8				
1	23	19	21	19	11	14	13	18	7	145	90,1	16	9,9
2	24	20	21	20	10	13	14	16	7	145	90,1	16	9,9
3	16	8	15	12	7	4	10	10	6	88	54,7	73	45,3
4	24	19	21	19	10	14	16	20	8	151	93,8	10	6,2
5	24	19	21	19	11	14	16	20	8	152	94,4	9	5,6
6	23	18	19	19	9	15	11	18	8	140	87	21	13,0
7	23	14	22	19	8	15	7	18	8	134	83,2	27	16,8
8	22	14	21	19	7	15	7	17	8	130	80,7	31	19,3
9	14	5	6	11	2	2	6	3	6	55	34,2	106	65,8
10	18	13	19	12	8	12	13	9	5	109	67,7	52	32,3
T. Crit.	260	200	220	200	110	150	170	220	80	1.610			
T. Cump.	211	149	186	169	83	118	113	149	71	1.249			
%	81,2	74,5	84,5	84,5	75,5	78,7	66,5	67,7	88,8	77,6			
T.N. Cump.	49	51	34	31	27	32	57	71	9	361			
%	18,8	25,5	15,5	15,5	24,5	21,3	33,5	32,3	11,3	22,4			

Crit/Méd - Critérios/ Médicos; T Cump.na linha- Total critérios cumpridos referentes a cada um dos critérios; T. N. Cump. na linha - Total critérios não cumpridos referentes a cada um dos critérios; T Cump. na coluna- Total critérios cumpridos referentes a cada um dos médicos; T. N. Cump na coluna- Total critérios não cumpridos referentes a cada um dos médicos; T. Crit.- Total de critérios; A, B, C,.... - Médico A, Médico B, Médico C.

ve a primeira consulta de SM no primeiro trimestre o que corresponde a 61,7%, sendo a moda a 12^a semana de gravidez. O início da vigilância pré-natal ocorreu no segundo trimestre em 97 (32,3%) grávidas e em 18 (6%) no terceiro trimestre.

No grupo das 161 fichas clínicas de SM para estudo predominou o grupo etário dos 20 aos 34 anos seguido o dos 16-19 anos, com 136 (84,5%) e 15 (9,3%), respectivamente. A paridade anterior preponderante foi de zero em 90 (55,9%) das fichas de SM e de um em 47 (29,2%).

São apresentados em seguida os resultados da observação dos registos da ficha de SM para cada um dos critérios anteriormente designados (Quadro II).

Critério 1 – Número de consultas de SM durante a gravidez

Em 145 fichas de SM (90,1%) este critério foi cumprido. A média de con-

sultas por ficha de SM foi de 7,3 sendo a moda, do número de consultas de SM, igual a 8.

Critério 2 – Teste de Coombs indirecto

Este critério foi cumprido em 145 das fichas de SM (90,1%). Verificou-se não haver registo do grupo Rh da mãe em três fichas (1,9%). Das 140 grávidas Rh positivo todas apresentavam este registo até às 22 semanas. Das 18 grávidas Rh negativo em cinco o critério foi cumprido, em nove não existe registo do teste de Coombs indirecto nas datas definidas no critério e em quatro não há nenhum registo de teste de Coombs indirecto.

Critério 3 – Registo de glicémia uma hora após 50 g de glicose oral

Verificou-se que em 88 fichas clínicas de SM (54,7%) este critério foi cumprido. Nas restantes 73 fichas, em

65 (40,4%) não existe registo nas datas definidas no critério e em oito (5%) não há nenhum registo.

Critério 4 – Serologia da rubéola

Em 151 fichas clínicas de SM (93,8%) este critério foi cumprido. Nas restantes 10 fichas (6,2%) não estava registado.

Critério 5 – Serologia da toxoplasmose

Este critério foi cumprido em 152 fichas clínicas de SM (94,4%), não estando registado em nove (5,6%).

Critério 6 – Serologia da sífilis

Verifica-se que em 140 fichas clínicas de SM (87%) este critério foi cumprido, sendo que das restantes, 16 (9,9%) têm registo em data diferente da definida para o critério e em cinco (3,1%) não há registo.

Critério 7 – Serologia da Hepatite B

Em 134 fichas de SM (83,2%) este critério foi cumprido. Não há registo em 24 das fichas de SM (14,9%) e em três fichas existe registo em data diferente da definida no critério.

Critério 8 – Serologia da SIDA

Este critério está cumprido em 130 fichas de SM (80,7%), não existindo

registo em 28 fichas (17,4%) e registado em data diferente da definida para o critério em três fichas (1,9%).

Critério 9 - Urocultura

Este critério está cumprido em 55 fichas de SM (34,2%). Em 64 fichas (39,8%) o registo está realizado em datas diferentes das definidas no critério, e em 42 (26,1%) não existe nenhum registo.

Critério 10 – Ecografia

Em 109 das fichas de SM (67,7%) este critério foi cumprido. Em 34 fichas (21,1%) o registo foi feito em data diferente da definida no critério e em 18 fichas (11,2%) não há registo.

O cumprimento de cada critério e os resultados de cada médico estão representados na Fig. 1 e Fig. 2, respectivamente. O índice de suficiência do cumprimento dos critérios, por médico, variou entre 66% e 89%.

O resultado do confronto do cumprimento dos critérios nas fichas clínicas de SM com o padrão de qualidade definido foi o seguinte:

- 26 fichas de SM (16,1%) consideradas ótimas
- 35 fichas de SM (21,7%) consideradas muito boas
- 46 fichas de SM (28,6%) considera-

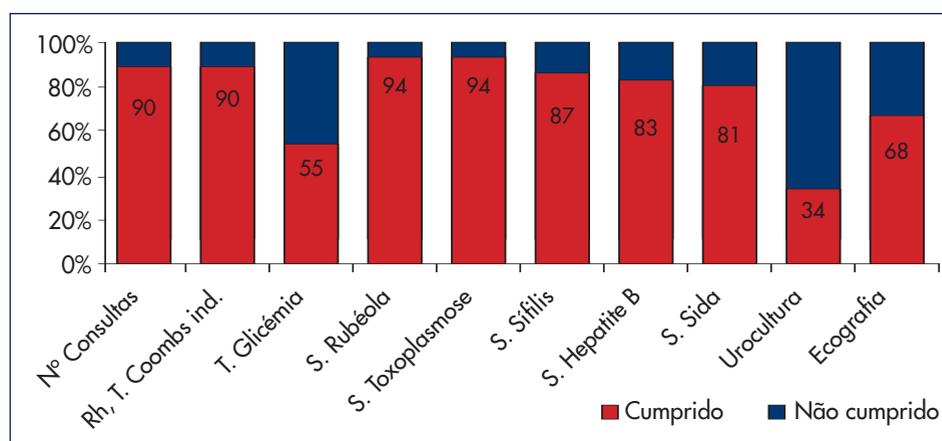


Figura 1. Cumprimento de cada critério.

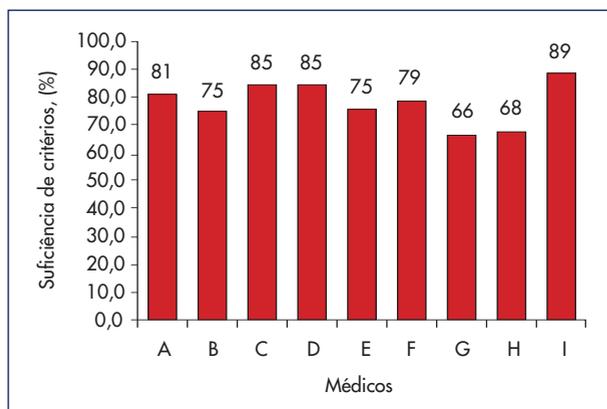


Figura 2. Resultados de cada médico.

das boas

- 22 fichas de SM (13,7%) consideradas suficientes
- 32 fichas de SM (19,9%) consideradas insuficientes, verificando-se em 28 o cumprimento de seis ou menos critérios e em quatro fichas de SM, apesar do cumprimento de sete ou mais critérios não existir cumprimento do critério 1.

Assim o padrão de qualidade global das consultas de SM efectuadas pelos médicos avaliados é considerado suficiente (42,3%) dentro do padrão global previamente definido, atendendo a que em 37,8% o padrão de qualidade global foi óptimo e em 19,9% deficiente.

DISCUSSÃO

A avaliação da competência técnico profissional constitui uma vertente de avaliação de serviços, permitindo detectar deficiências susceptíveis de mudança. A avaliação efectuada, sendo retrospectiva, não afecta os cuidados assistenciais prestados aos utentes implicados, mas as alterações introduzidas após a avaliação podem beneficiar os serviços prestados nesta unidade de saúde.

Neste estudo vários elementos são contestáveis, nomeadamente:

- a avaliação efectuada ter sido indirec-

ta, baseada no que foi registado e não directamente no que foi realizado, sendo que algumas vezes os registos podem não corresponder ao que foi feito;

- os critérios escolhidos para medir a qualidade dos cuidados prestados, baseados nas Orientações Técnicas da DGS – Vigilância pré-natal e revisão de puerpério datarem de 1993, e a avaliação ser relativa aos anos de 1997, 1998 e 1999, o que pode

implicar alterações da vigilância pré-natal prestada pelo médico à luz de novos conhecimentos científicos, mas estas foram as únicas orientações universalmente aceites em Portugal que a autora encontrou;

- não existirem dados de pesquisa para comparação dos resultados, nas condições específicas em que este estudo foi realizado.

O padrão de qualidade global na consulta de SM foi considerado suficiente, tendo os resultados obtidos ficado aquém das expectativas dos profissionais envolvidos. Os resultados merecem, assim, algumas considerações:

- o elevado número de fichas clínicas de SM (38,3%) excluídas por apresentarem data da primeira consulta de SM registada após o primeiro trimestre, poderá dever-se ao facto de muitas vezes a confirmação de gravidez ser efectuada no contexto de uma consulta geral, em que são pedidos os primeiros exames, passada a declaração de isenção e marcação de nova consulta, esta sim, em horário próprio para a vigilância da grávida e com acesso à ficha de SM. A realçar esta hipótese destaca-se o facto de em 35 fichas de SM (11,7%) a primeira consulta de SM ter registo entre a 15^a e 18^a semana de gravidez sendo, em muitos casos, a data de exames de vigilância pré-natal aí apre-

sentados anteriores à data dessa primeira consulta;

- o critério nº 9 (urocultura) foi aquele em que se verificou menor grau de cumprimento (34,2%) o que poderá estar em relação com o facto de não existir local apropriado na ficha de SM para o seu registo, no entanto, os critérios nº 7 (serologia da Hepatite B) e 8 (serologia da SIDA) que igualmente não têm local apropriado para o seu registo, apresentaram um grau de cumprimento de 83,2% e 80,7% respectivamente, o que poderá estar relacionado com o diferente grau de sensibilização dos profissionais para as distintas situações;
- em 22,2% de grávidas Rh negativo não houve registo de nenhum teste de Coombs indirecto, o que poderá revelar uma menor sensibilização dos profissionais para a importância deste parâmetro na vigilância pré-natal.

A apresentação dos resultados obtidos, em reunião do Centro de Saúde, com os médicos e enfermeiros envolvidos, 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 foi também atribuído à inadequação do modelo actual da ficha clínica de SM. Pretende-se elaborar uma nova ficha de SM e eventualmente realizar uma acção de formação sobre infecções urinárias na gravidez para sensibilizar os profissionais para a importância da urocultura na vigilância pré-natal. Outra medida que foi decidida na reunião atrás referida foi a de, em colaboração com os enfermeiros, na primeira consulta de SM não ser preenchido o primeiro espaço para consultas periódicas, para o

médico poder posteriormente registar a «verdadeira» primeira consulta de SM que na maioria dos casos, por opinião geral, é de facto, realizada no contexto da consulta geral.

Os MF devem continuar a ser sensibilizados e motivados para uma melhoria da qualidade global prestada na vigilância pré-natal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Puime OA, Hernández PS. Avaliação e Controlo de Qualidade. In: Zurro A, Pérez JF. Manual de Cuidados Primários. Lisboa: Farmapress; 1989.p.241-53.
2. Direcção-Geral da Saúde. Vigilância pré-natal e revisão no puerpério. 2ª ed. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 1993.
3. Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários. Necessidades não Satisfeitas em Saúde Materna e Planeamento Familiar: Relatório do Estudo Realizado em 1990/91. Lisboa: Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários; [s.d.].
4. Saturno PJ, Imperatori E, Corbella AJ. Evaluación de la Calidad Asistencial en Atención Primaria. Experiencias en el marco de la cooperación ibérica: diseños de los proyectos. Madrid: Ministério de Sanidad y Consumo; 1990.
5. Carneiro L, Nunes J, Pascale C. Garantia de qualidade em saúde materna: garantir tanto a qualidade como a formação permanente. Rev Port Clin Geral 2000; 16(2):139-52.
6. Coria-Soto IL, Bobadilla JL, Notzon F. The effectiveness of antenatal care in preventing intrauterine growth retardation and low birth weight due to preterm delivery. Int J Qual Health Care 1996; 8:13-20.
7. Salinas A, Coria I, Reyes H, Zambrana M. Effect of quality on preventable perinatal mortality. Int J Qual Health Care 1997; 9:93-9.
8. EUROSTAT. Anuário 95: Visão Estatística sobre a Europa, 1983-1993. Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais da Comunidade Europeia; 1995.
9. Direcção-Geral da Saúde. Mortes maternas em Portugal, 1979-1993. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 1995.
10. Direcção-Geral da Saúde. Centros de Saúde: estatísticas, 1997. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 1998.
11. Imperatori E. Avaliação de Centros de Saúde: aspectos conceptuais. Lisboa: Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários; 1988.

12. Ministerio de Sanidad y Consumo. Evaluación de la asistencia ambulatoria. Principios y práctica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1989.

13. Mittendorf R, Pryde P, Herschel M, Williams M. Is Routine Antenatal toxoplasmosis screening justified in the United States? Statistical considerations in the application of medical screening tests. Clin Obstet Gynecol 1999 Mar; 42:163-73.

14. Vause S, Maresh M. Indicators of quality of antenatal care: a pilot study. Br J Obstet Gynaecol 1999; 106:197-205.

15. Newell ML, Thorne C, Pembrey L, Nicoll A, Goldberg D, Peckham C. Antenatal screening for hepatitis B infection and syphilis in the UK. Br J Obstet Gynaecol 1999; 106:66-71.

16. Rose VL. HIV testing for all pregnant women. Am Fam Physician 1999; 59:701-4.

Agradecimentos

Agradeço ao Dr. André Biscaia a ajuda e disponibilidade que me proporcionou, e a todos os médicos do Centro de Saúde Póvoa de Sta. Iria – Extensão de Vialonga, que voluntariamente se prestaram a ser avaliados e que participaram em diferentes fases da realização deste trabalho.

Recebido para publicação em: 09/12/01

Aceite para publicação em: 22/05/03

Endereço para correspondência:

Rua Infante D. Pedro 30 5º Esq.
1700-244 Lisboa

QUALITY ASSESSMENT OF PRENATAL CARE AT THE VIALONGA HEALTH UNIT

SUMMARY

Prenatal care encompasses a series of specific gestures towards a vulnerable group, and is an important area for assessment in primary health care.

An internal retrospective assessment with the purpose of studying the technical-scientific competence of GPs at the Vialonga Health Unit was performed. Data sources were the prenatal care records used regularly at the Unit. The study covered all GPs at the Unit delivering prenatal care services to women with babies delivered in the years 1997-99. Explicit and normative criteria were used.

Quality of performance of the doctors of the Unit was considered sufficient, according to established standards.

The criteria fulfillment index varied between 34% and 94%. Least fulfilled criterion was urine culture (34.2%), whereas hepatitis B and HIV serologies were registered respectively 83.2% and 80.7%. It should be noted that 22.2% of Rh-negative pregnant women had no record of the result of an indirect Coombs test. Highest fulfillment levels (94%) were found for rubella and toxoplasmosis. Corrective measures, both formative and organizational, are suggested.

Key-Words: Quality Assessment; Prenatal Care; Pregnancy.