

Artigo Original de Investigação

Melhoria da adesão à vigilância de saúde da mulher numa unidade de saúde familiar em Portugal

Improving the adherence to women's health surveillance in a family health unit in Portugal

Maria Teresa Antunes^{1*}

¹ Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P., Agrupamento de Centros de Saúde Lisboa Norte, mantunes63@gmail.com,

Introdução: Realizou-se um ciclo de melhoria da qualidade numa Unidade de Saúde Familiar (USF) em Portugal no intuito de determinar o nível de qualidade na adesão à vigilância de saúde da mulher.

Metodologia: Foi efetuada uma avaliação baseada em critérios de qualidade através de um estudo quasi-experimental do tipo antes-depois. Foram selecionados os critérios - C1: As mulheres atendidas na USF devem realizar o exame periódico de saúde e/ou consulta de planeamento familiar; C2: As mulheres grávidas devem realizar a primeira consulta médica de vigilância durante o primeiro trimestre de gravidez; C3: As mulheres grávidas devem ter pelo menos seis consultas de enfermagem; C4: As mulheres inscritas na USF devem ter a citologia cervicovaginal atualizada. A avaliação inicial foi realizada em abril de 2011 e, após um ano, foi feita a reavaliação. Descreveram-se as estimativas pontuais e intervalos de confiança de 95% (\pm) do cumprimento de cada critério, a melhoria absoluta e relativa e analisou-se a significância estatística da melhoria identificada.

Resultados: Após a intervenção, a frequência absoluta de não conformidades diminuiu de 98 para 41, o que corresponde a uma melhoria de 23,7%.

Conclusão: O início do ciclo de avaliação revelou oportunidades de melhoria. A equipa empenhou-se na reorganização das atividades, com base em boas práticas clínicas e organizacionais o que se traduziu em ganhos em saúde para as mulheres utilizadoras da Unidade.

Introduction: We conducted a quality improvement cycle in a Family Health Unit (FHU) in Portugal in order to determine the level of quality in adherence to women's health surveillance.

Methods: We performed an assessment based on the following quality criteria - C1: Women attending the FHU should conduct periodic health examination and/or family planning consultation; C2: Pregnant women should attend the first medical surveillance consultation during the first trimester of pregnancy; C3: Pregnant women should have at least six nursing consultations; C4: Women enrolled in the FHU should have an updated cervical cytology. The initial assessment was carried out in April 2011 and the reevaluation was performed one year later. Point estimates and confidence intervals of 95% (\pm) have been described for the compliance of each criterion, as well as the absolute and relative improvement. The statistical significance of the identified improvement was also evaluated.

Results: After intervention, the absolute frequency of non-conformities decreased from 98 to 41, which corresponds to an improvement of 23.7%.

Conclusion: The beginning of the evaluation cycle showed opportunities of improvement. The team was engaged in the reorganization of the activities, based on good clinical and organizational practices, which resulted in health gains for women using this Health Unit.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde da mulher; cuidados de saúde primários; garantia da qualidade dos cuidados de saúde.

KEY WORDS: Women's health; primary care; quality assurance of health care.

Submetido em 23 novembro 2015; Aceite em 27 abril 2016; Publicado em 29 julho 2016.

* **Correspondência:** Maria Teresa Antunes. Email: mantunes63@gmail.com

INTRODUÇÃO

De forma geral os indicadores de vigilância de saúde da mulher em Portugal, à exceção da vigilância de saúde da mulher grávida, têm permanecido ao longo dos anos muito baixos e por esta razão propusemos investigar o nível de qualidade na adesão à vigilância de saúde da mulher numa Unidade de Saúde Familiar (USF) em Portugal, USF Loure Saudável, que pertence ao Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Sacavém/Loures.

As instituições de saúde têm como dever assumir um compromisso para a qualidade do seu produto final, através da criação de uma estrutura organizativa, com atividades operativas que visem a melhoria da qualidade, através da implementação de Programas

de Gestão da Qualidade, ou seja, um conjunto de elementos estruturais e de atividades que têm como objetivo específico a melhoria contínua da qualidade^{1(p.180)}. As atividades no âmbito da qualidade podem dividir-se em ciclos de melhoria, planeamento e monitorização. Os ciclos de melhoria, partem da identificação de um problema de qualidade ou oportunidade de melhoria, em alguns aspetos dos serviços, com o objetivo de os solucionar ou melhorar².

A grande variabilidade que caracteriza os serviços de saúde leva à necessidade de disciplinar processos e definir normas de atuação, como um meio de garantir a resposta, dos profissionais de saúde, com segurança, flexibilidade e qualidade técnico-científica. Estes componentes são a pedra basilar da qualidade

dos serviços de saúde definidos pelo Programa Ibérico que pressupõe a prestação de serviços acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que considera os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do utilizador^{3,4}. A desadequação da gestão organizativa, que caracteriza muitos serviços de saúde, sai mais cara do que os investimentos com a qualidade, que geram um elevado retorno e reduzem custos de não qualidade. Os cuidados de saúde devem otimizar os efeitos desejáveis e minimizar os indesejáveis, garantindo a segurança do cliente, definida como, ausência de dano desnecessário real ou potencial associado aos cuidados de saúde³. A qualidade dos sistemas de saúde pode ser monitorizada através da construção de indicadores com base nas dimensões chave, que além da segurança incluem: efetividade, serviço centrado no paciente, oportunidade, eficiência e equidade².

O quadro conceptual fundamental à avaliação da qualidade em saúde proposto por Donabedian (1980) baseia-se na estrutura, processo e resultado das organizações, é amplamente aceite e divulgado em virtude da sua compatibilidade e utilização nos serviços de saúde, pela lógica de funcionamento: recursos, organização, atividades, serviços e efeitos⁵. De acordo com Saturno se pesquisarmos apenas os resultados, descobre-se que algo está errado, mas não se sabe porque o erro ocorreu. Se estudarmos os processos, é mais fácil descobrir de onde pode ter partido este resultado³.

A monitorização e avaliação da vigilância da saúde da mulher baseia-se em determinados critérios-alvo, indicadores e no estabelecimento de padrões de qualidade⁶. Nas últimas décadas tem sido dinamizada a coordenação funcional e articulação entre os cuidados de saúde primários e hospitalares, como resposta integrada à saúde da mulher. O Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Cairo – 1994), dirigido à saúde reprodutiva e educação sexual, assim como, o Programa Nacional de Saúde Reprodutiva, definem padrões de qualidade assistencial nas áreas de: Planeamento Familiar, Vigilância Pré-Natal, Diagnóstico Pré-Natal, Interrupção Voluntária da

Gravidez e Procriação Medicamente Assistida⁶. Apesar dos padrões de qualidade definidos, em que a 1.ª consulta de gravidez deve ser realizada o mais cedo possível e dentro do primeiro trimestre e o ritmo de consulta de vigilância da gravidez deve ser mensal num total mínimo de 10 consultas ao longo de toda a gravidez, na realidade, persistem problemas recorrentes. A elevada percentagem de grávidas de risco com vigilância inadequada: 1.ª consulta de vigilância da gravidez após a 16.ª semana e/ou menos de 3 consultas durante a gravidez e ainda elevada percentagem de gravidezes na adolescência. Todas as mulheres precisam de ter acesso a cuidados pré-natais durante a gravidez, cuidados especializados durante o parto, cuidados e apoio nas semanas após o parto⁷.

As redes de cuidados dirigidas à saúde da mulher necessitam de uniformização de procedimentos para melhorar os resultados clínicos, torná-los mais custo-efetivos, melhorar o acesso e proporcionar cuidados de qualidade às mulheres. O incumprimento sistemático de boas práticas tem contribuído para o aumento da morbidade e mortalidade por doenças oncológicas, constituindo um dos maiores problemas de saúde a nível europeu. A taxa de incidência específica de cancro do colo do útero para mulheres na faixa etária dos 15-44 anos, comparada a outros cancros, foi de 11,1/100000 habitantes, ocupando a 2.ª posição, a seguir ao cancro da mama (29,4/100000 habitantes). A monitorização da mortalidade em Portugal após 2007 revela uma diminuição gradual da mortalidade, associada ao diagnóstico precoce e rastreios oncológicos do colo do útero realizados, nos centros de saúde⁸.

As Unidades de Saúde Familiares (USF)⁹ enquanto unidades dos cuidados de saúde primários, integradas nos Agrupamentos de Centros de Saúde, dotadas de equipas multidisciplinares, realizam vigilância, promoção de saúde e prevenção da doença nas diversas fases da vida, nomeadamente, dão resposta em cuidados de: Planeamento familiar; pré-concecionais; vigilância da gravidez e revisão do puerpério. Dando cumprimento ao primeiro objetivo do Plano Nacional de Saúde, que consiste na obtenção de ganhos em saúde, aumentando o nível

de saúde nas diferentes fases do ciclo de vida, e reduzindo o peso da doença¹⁰. A baixa adesão às consultas de Planeamento Familiar é um problema recorrente, que necessita de avaliações objetivas e regulares. Surge associado a múltiplas variáveis sociodemográficas, culturais, nível de conhecimento e psicológicas. Existem ainda influências positivas na adesão, relacionadas com a atitude dos técnicos de saúde e forma como os serviços de saúde estão estruturados⁶.

Devido a estes antecedentes e na sequência da deteção de uma baixa taxa de adesão à vigilância de saúde das mulheres inscritas na USF LoureSaudável desenvolvemos um ciclo de melhoria da qualidade na USF LoureSaudável, com o objetivo geral de determinar o nível de qualidade na adesão à vigilância de saúde da mulher através da implementação de um ciclo de melhoria interna da qualidade. Procedeu-se a um estudo no intuito de: (1) Avaliar a qualidade da resposta em cuidados de vigilância de saúde da mulher, utilizando critérios baseados em evidência que reflitam as boas práticas assistenciais; (2) Identificar os requisitos de qualidade definidos como prioritários, antes do ciclo de melhoria e os requisitos mais resistentes à mudança; (3) Testar a efetividade de uma intervenção participativa, de toda a equipa da USF, no cumprimento dos critérios de qualidade e boas práticas.

METODOLOGIA

Desenho e âmbito

Este estudo caracteriza-se como um ciclo de melhoria da qualidade. Os ciclos de melhoria partem da identificação de um problema de qualidade ou oportunidade de melhoria, em alguns aspetos dos serviços que se oferecem, com o objetivo de os solucionar ou melhorar e este ciclo de melhoria da qualidade teve como início a identificação e priorização de um problema assistencial numa Unidade de Saúde Familiar, em Portugal. Desde a identificação da área a melhorar e em qualquer etapa

do estudo, foi utilizada metodologia participativa, através do envolvimento e participação de todos os profissionais da USF. Realizou-se um estudo quantitativo, quasi experimental do tipo antes-depois. Em Abril de 2011 realizou-se uma avaliação transversal da qualidade da vigilância da saúde da mulher, baseada em critérios. Os critérios definidos foram: Critério 1 - As mulheres atendidas na USF devem realizar o exame periódico de saúde e/ou consulta de planeamento familiar; Critério 2 - As mulheres grávidas devem realizar a primeira consulta médica de vigilância durante o primeiro trimestre de gravidez; Critério 3 - As mulheres grávidas devem ter pelo menos seis consultas de enfermagem; Critério 4 - As mulheres inscritas na USF devem ter a citologia cervico-vaginal atualizada. Desenhou-se e implementou-se uma intervenção, de forma participativa, dirigida a melhorar os principais problemas quantificados; e reavaliou-se o cumprimento dos critérios após um ano, em Abril de 2012. As atividades de avaliação e melhoria foram de iniciativa interna dos profissionais. Neste estudo apenas se contemplou 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 da população atendida.

Descrição da USF LoureSaudável

A missão da USF LoureSaudável⁹ é a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita da área geográfica relativa às Freguesias de Loures e Frielas, garantindo a qualidade e a continuidade dos mesmos⁹. Como objetivo geral propõe-se aumentar os ganhos em saúde na população abrangida pela USF. Como objetivos específicos propõe-se: Prestar cuidados de saúde de qualidade a 11896 utentes residentes nas Freguesias de Loures e Frielas; Promover a prevenção da doença através de cuidados antecipatórios, para obter mais ganhos em saúde. A articulação dos cuidados de saúde efetua-se com o ACES Sacavém/Loures, o Hospital Beatriz Ângelo, o Centro Hospitalar de Lisboa Norte e entidades convencionadas e não convencionadas prestadoras de exames

complementares de diagnóstico e terapêutica. A organização interna da USF tem como base a articulação e o reconhecimento das competências dos profissionais. A equipa é constituída por sete médicos de família, seis enfermeiros de família e cinco assistentes técnicos, tendo sempre como objetivo final a prestação de cuidados preventivos e curativos aos utentes da unidade. O modelo de organização do trabalho em equipa tem como base a resposta multidisciplinar a uma lista de utentes por médico¹¹/enfermeiro de família¹² que asseguram cuidados personalizados de qualidade, disponibilidade, acessibilidade, qualidade técnico-científica, efetividade e eficiência, com vista a alcançar ganhos em saúde. Como atividades assistenciais especificamente dirigidas à Saúde da Mulher realiza-se: Planeamento Familiar/Vigilância Ginecológica; Prevenção e tratamento de Infeções Sexualmente Transmissíveis; Rastreio de cancro do colo do útero e da mama; Avaliação e aconselhamento pré-concepcional; Saúde Materna e vigilância da gravidez; Promoção da adesão a comportamentos saudáveis. Revisão do puerpério e apoio às puérperas, após a alta hospitalar, inclusive no domicílio, com promoção da adaptação ao novo estadió de vida e do aleitamento materno.

A USF utiliza um instrumento de avaliação e monitorização da qualidade organizacional, adaptado às USF¹³. A sua utilização contribui para a melhoria de um conjunto de aspetos do funcionamento, o planeamento estratégico e as revisões sistemáticas e multidisciplinares da qualidade, os programas de melhoria contínua assim como a melhoria da comunicação interna, facilita a elaboração de planos de ação e o reconhecimento externo do nível de qualidade atingido pela USF. Todos os elementos da equipa estão envolvidos neste processo de melhoria e nas alterações que permitam o cumprimento dos critérios relativos à sua área de trabalho, assim como, na monitorização periódica e avaliação dos progressos realizados. A Carta de Qualidade¹⁴ é um importante passo para a garantia de qualidade no atendimento aos utentes, permitindo sublinhar que a gestão está orientada para os utilizadores e sua satisfação. Dá aos profissionais a oportunidade de conhecer como são utilizados os recursos e o nível de

qualidade que podem atingir e aos utentes o direito de avaliar o serviço, comparando o que lhes é oferecido com o que realmente recebem.

Priorização do problema de qualidade e análise das causas

A equipa de profissionais da USF analisou, de forma participativa através de *brainstorming*, as necessidades de saúde detetadas na população alvo de cuidados e foi consensual a necessidade de intervir no aumento da adesão à vigilância de saúde da mulher. Foi utilizada a Técnica do Grupo Nominal e grade de priorização baseada em critérios de frequência, riscos para a saúde pública e custos. A oportunidade de melhoria na adesão à vigilância de saúde da mulher foi o tema identificado como prioritário para a realização de um ciclo de melhoria da qualidade. Após, foi realizada a análise qualitativa das causas mediante um diagrama de causa e efeito, o agrupamento das causas segundo a certeza da sua influência no problema e possibilidade de as modificar, visando a prevenção.

Desenvolvimento dos critérios de qualidade

Os critérios de qualidade consistem em parâmetros essenciais para medir a qualidade, correspondem aos objetivos de qualidade que pretendemos alcançar, ou seja, a meta de excelência que queremos atingir². Os critérios selecionados, foram identificados pelos profissionais da USF como áreas de eleição para o estudo do problema de qualidade identificado, com base nas orientações nacionais e da Organização Mundial da Saúde¹⁵ para a vigilância da saúde da mulher, classificando-se como procedimentos normativos, específicos e transversais, por serem avaliados de forma independente.

A validade interna dos critérios foi alvo de reflexão da equipa de profissionais da USF quanto à pertinência face ao contexto de realização do ciclo de melhoria. Como justificação para a validade facial dos critérios em estudo, destaca-se a necessidade de pelo menos uma consulta anual de vigilância da saúde da mulher

para promoção da saúde, prevenção da doença e proteção específica, para a obtenção de ganhos em saúde, redução de anos potencialmente perdidos e melhor qualidade de vida. A validade de conteúdo é explicada pela dimensão da qualidade a medir, a qualidade técnico – científica, nomeadamente, a resposta dos profissionais a necessidades de saúde sobre contraceção, preconceção, infertilidade ou fertilidade, vigilância da gravidez e todos os passos exigidos nos exames periódicos de vigilância de saúde da mulher¹⁵, de forma a dar resposta às necessidades e expectativas das mulheres atendidas na USF. A validade de critério foi assegurada de acordo com as evidências científicas e metas de referência para cada critério de forma a garantir a sua medição.

Procedeu-se à realização de um estudo piloto para certificar a confiabilidade dos critérios, antes da avaliação. Os critérios foram avaliados por dois elementos externos à equipa da USF, a autora do estudo e a Enfermeira Chefe do ACES Sacavém/Loures. As avaliações foram realizadas de forma independente, sem que um avaliador conhecesse os resultados do outro avaliador. Na tabela 1 apresenta-se a definição individual, as exceções e os esclarecimentos de cada critério¹⁵.

População alvo e amostra

A população alvo do estudo é constituída pelas 2463 mulheres com idade entre os 15 anos e os 49 anos, inscritas na USF LoureSaudável, por ser o grupo etário com maiores problemas na adesão à vigilância de saúde, incluindo 60 mulheres que estiveram grávidas neste período e que supostamente aderem à vigilância da gravidez. Relativamente ao critério 4 - mulheres com citologia cervico-vaginal atualizada poder-se-ia ter alargado a população para além dos 49 anos, no entanto, foi decidido incluir, neste estudo, só as mulheres consideradas em idade fértil, conforme se apresenta na tabela 2.

O método de amostragem utilizado foi amostragem aleatória simples, para que a amostra fosse representativa. A amostra de mulheres foi obtida a partir de geração aleatória de uma lista onde

constava o número individual de inscrição no Sistema Nacional de Saúde, de cada elemento da população alvo. O número de casos a avaliar, tamanho da amostra, foi de 60 mulheres em idade fértil não grávidas e 60 mulheres grávidas¹⁵. Apesar da amostra não ser representativa, o que não permite extrapolar os resultados do estudo, as unidades que a constituem foram escolhidas por um processo em que todos os membros da população de mulheres entre os 15 anos e os 49 anos, inscritas na USF, tiveram a mesma probabilidade de fazer parte da amostra.

Colheita de dados

Foi solicitada autorização para a realização deste estudo na USF LoureSaudável, à Senhora Diretora Executiva do ACES Sacavém/Loures e à Coordenadora da USF LoureSaudável. A colheita de dados foi realizada por dois elementos externos à equipa da USF: a autora do estudo e a Enfermeira Chefe do ACES. Tratando-se de um estudo retrospectivo para a identificação dos casos, foi utilizada como fonte de dados, a base de dados de histórias clínicas – Programa Vitacare - que possui filtros de pesquisa e seleciona as mulheres de acordo com as variáveis em estudo, incluindo os dados que possibilitam avaliar o cumprimento, ou não, dos critérios¹⁵. Ao iniciar a pesquisa na base de dados de utentes inscritos na USF, verificou-se que o filtro aplicável, englobava todas as mulheres no grupo etário dos 15 anos aos 49 anos (inclusive).

A colheita de dados foi realizada relativamente ao período temporal de 1 de abril de 2011 a 31 de março de 2012. Foram utilizados dados dos registos de a partir de 1 de julho de 2009, 2010, 2011 até março de 2012. A avaliação inicial foi realizada na terceira semana de abril de 2011 e a reavaliação na segunda semana de abril de 2012.

Desenho da intervenção de melhoria

Para a elaboração do plano de intervenção de melhoria, foi utilizado o método de planeamento participativo, que incluiu e envolveu os profissionais da USF relacionados com os processos que são objeto

de melhoria. O conjunto de intervenções que surgiu por consenso do grupo de profissionais da USF foi distribuído, através de um diagrama de afinidades, em três grupos de ações a serem implementadas. Após a definição das medidas a implementar para melhorar, decidiu-se utilizar dois instrumentos para nos assegurarmos e podermos supervisionar a implementação do plano de ação: o *storyboard*, utilizado para ir acompanhando o progresso das atividades à vista de todos; e o diagrama de Gantt (figura 1), que é um gráfico que representa o tempo previsto de execução das ações, bem como os responsáveis pela execução de cada uma delas.

Análise de dados

Relativamente aos critérios escolhidos para estimar a melhoria entre a avaliação e a reavaliação realizou-se o cálculo da estimativa pontual com um intervalo (95% de confiança) do nível de cumprimento dos critérios nas amostras aleatórias selecionadas, através do cálculo da melhoria, absoluta e relativa de cada um dos critérios.

Foi elaborada uma representação gráfica dos principais defeitos de qualidade identificados nas duas avaliações, através da realização de um gráfico de Pareto antes e depois, por ser uma representação gráfica completa e informativa que facilita a priorização de estratégias de intervenção². Para a construção do gráfico, elaborou-se uma tabela de frequências absolutas e relativas de não cumprimentos. De seguida, construiu-se o gráfico de Pareto antes e depois num plano cartesiano com três eixos, em que o eixo central é o eixo das frequências absolutas, onde estão representados os valores das duas avaliações. Os eixos da esquerda e da direita representam, respetivamente, a frequência relativa de não cumprimentos da primeira avaliação e a frequência relativa de não cumprimentos da reavaliação.

RESULTADOS

Nível de qualidade inicial

Analisando a tabela 3 - Nível de qualidade inicial, depois da intervenção, e significado estatístico da melhoria identificada. Relativamente ao nível de qualidade geral dos dados da primeira avaliação, quanto ao cumprimento dos critérios, verifica-se que os quatro critérios tiveram uma boa percentagem de cumprimento na avaliação inicial (mínimo de 45% e máximo de 65%, com um Intervalo de Confiança de 95%). Especificando, relativamente ao critério 1: 65 (IC 95%: 52,9-77,1) mulheres tinham realizado o exame periódico de saúde e/ou consulta de planeamento familiar, assim como no critério 4, 65 (IC 95%: 52,9-77,1) mulheres da amostra tinham a citologia atualizada. No critério 2, em que 60 (IC 95%: 57,6-72,4) grávidas tiveram a 1.ª consulta médica durante o 1.º trimestre de gravidez e o critério 3, em que se constata que 45 (IC 95%: 32,4-57,6) mulheres tiveram pelo menos seis consultas de enfermagem durante a gravidez. Para comprovar o significado estatístico da melhoria detetada, realizou-se um teste de hipótese unilateral por meio do cálculo do valor de Z, considerando como hipótese nula a ausência de melhoria, que se rejeitava quando o valor de p era inferior a 0,05.

Analisando os resultados da reavaliação verifica-se uma melhoria significativa no cumprimento de todos os critérios.

Prioridades de intervenção

Relativamente aos problemas de qualidade geral, o diagrama Pareto antes – depois (figura 2) e o gráfico de cumprimento dos critérios antes e depois da intervenção (figura 3) permitem identificar os principais problemas de qualidade e comparar os valores dos incumprimentos de cada um dos quatro critérios, nas duas avaliações realizadas, o que ajuda a decidir o que deve ser feito para continuar o ciclo de melhoria. Os critérios com maiores problemas de qualidade “poucos vitais” devem ser priorizados². Na primeira avaliação, dois critérios (critérios 2 e 3) destacaram-se por representarem 57,4% dos defeitos encontrados, dos 100% que representam os quatro critérios incluídos no estudo, pelo que os podemos considerar, os “poucos vitais”. Na reavaliação, foram obtidos resultados díspares, pois os critérios 1 e 4

representam 75,6% dos casos de incumprimentos verificados. Embora a frequência absoluta de incumprimentos do critério 1 tenha reduzido, de 21 para 15 e no critério 4, de 21 para 16, é notória a necessidade de reforço em medidas para a melhoria da vigilância da saúde da mulher, nestes e nos outros dois critérios de qualidade avaliados.

Efetividade da intervenção de melhoria

Analisando os resultados positivos, é de realçar o esforço da equipa na implementação de atitudes e medidas de melhoria da vigilância da saúde da mulher o que é demonstrado pelos resultados obtidos após a intervenção. Apesar da melhoria ser mais evidente no critério 3, em que se verifica uma mudança de 27 para 58 e no critério 2 de 37 para 52 cumprimentos do critério, constata-se uma melhoria global no cumprimento de todos os critérios.

Após a intervenção, a melhoria relativa variou entre 8,3% e 51,6%. A melhoria relativa mínima foi de 29,2% e a máxima de 39,6%, sendo muito significativa ($p < 0,001$) nos critérios 2 e 3. A frequência absoluta de não conformidades diminuiu de 98 (primeira avaliação) para 41 (segunda avaliação), o que corresponde a uma melhoria de 23,7%.

DISCUSSÃO

Este estudo teve como finalidade determinar o nível de qualidade na adesão à vigilância de saúde da mulher, numa USF, através da avaliação da qualidade da resposta em cuidados de vigilância de saúde, da operacionalização de um ciclo de melhoria interno da qualidade, definição de critérios para medir os requisitos de qualidade, implementação de medidas de melhoria da qualidade nas áreas em que foram identificados níveis de qualidade deficiente, reavaliação do impacto e efetividade das medidas implementadas e identificação de novas oportunidades de melhoria.

Na avaliação inicial, todos os critérios de qualidade revelavam falhas na adesão à vigilância de saúde da

mulher em idade reprodutiva, porém, na sequência do ciclo de melhoria, a equipa empenhou-se na reorganização de algumas das respostas dirigidas à vigilância da saúde da mulher, com a concretização de atividades de melhoria, com base em boas práticas clínicas e organizacionais, o que se veio a verificar gratificante na altura da reavaliação dos critérios de qualidade. A melhoria global entre as duas avaliações pode constituir um fator de motivação para o investimento desta equipa na metodologia de ciclos de melhoria contínua da qualidade e o repensar de estratégias de melhoria para esta e outras áreas de intervenção, nas respostas em saúde à população abrangida por esta USF. A consolidação da gestão da qualidade nesta instituição abriu portas para a continuidade do mesmo ciclo avaliativo e para a avaliação e melhoria de outros problemas prioritários em busca da excelência. Dar continuidade ao ciclo de melhoria permite também consolidar os processos, métodos e ferramentas utilizados, assim como permite fortalecer a melhoria conseguida no primeiro ciclo e tentar tornar essa melhoria sustentável². No plano individual, cada elemento da equipa contribui para isso com um alto sentido de dever e responsabilidade. Do ponto de vista técnico, processos eficientes e estáveis garantem a máxima confiabilidade².

Como principais descobertas chave nas estratégias de captação das mulheres à vigilância de saúde, a equipa da USF, incluiu no seu plano de ação para 2012, as seguintes medidas de melhoria: Aproveitar todos os contactos das mulheres para recomendar e informar acerca das respostas da USF em saúde da mulher, convocação ativa das mulheres, realização de sessões de educação para a saúde, articulação com os agentes comunitários locais para divulgar informação e melhoria da acessibilidade. A definição de qualidade apresenta-se de forma multidimensional, no entanto, as diferentes facetas podem ser sintetizadas em pontos comuns: satisfação das necessidades e expectativas dos clientes; conformidade com as especificações; adequações de utilização; zero defeito; fazer mais, melhor e mais rápido com a melhor relação custo versus benefício¹⁷.

Ao avaliar as taxas de cobertura de vigilância de

saúde da mulher, nomeadamente, as taxas de utilização das consultas de planeamento familiar, de rastreio do cancro do colo do útero, precocidade na vigilância da gravidez e número de consultas de enfermagem de vigilância da gravidez verificam-se valores muito inferiores às metas assumidas nos indicadores de contratualização de: acessibilidade, desempenho assistencial, qualidade percebida e desempenho económico¹⁸. Exemplos de alguns indicadores relativos à saúde da mulher, monitorizados mensalmente, avaliados anualmente e alvo de contratualização externa: Percentagem de primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre; Número médio de consultas de enfermagem em saúde materna; Percentagem de grávidas com seis ou mais consultas de enfermagem em saúde materna, percentagem de grávidas com revisão de puérpero efetuada e percentagem de visitas domiciliárias realizadas a puérperas vigiadas na Unidade durante a gravidez¹⁸. Uma mulher adulta saudável deve realizar um exame periódico de saúde e/ou consulta de planeamento familiar anual. A anamnese e os registos contemplam: Fatores de risco identificados, hábitos alimentares, tabágicos, alcoólicos, prática de exercício físico, tensão arterial, dislipidemia, comportamentos sexuais de risco e a informação fornecida sobre os fatores de risco e promoção de atitude preventiva; Contraceção: informação que permita ao casal optar pelo método mais adequado à sua situação; Realização de testes de rastreio para diagnóstico precoce do cancro da mama ou do colo do útero e vacina antitetânica atualizada⁷.

Os cuidados de saúde da mulher devem ser organizados de forma oportunista, utilizando cada interação que a mulher tem com o serviço de saúde, independentemente da idade, para promover a saúde e o estilo de vida saudável, em vez da constante oscilação entre cuidados de saúde e doença. Esta forma de organização dos cuidados favorece o *empowerment* das próprias mulheres que precisam do apoio e incentivo da sociedade, incluindo dos profissionais de saúde, para assumir a responsabilidade pela sua própria saúde⁷.

A satisfação dos utentes tem sido muito estudada nos

últimos tempos, mas ainda são poucas as avaliações de qualidade mais abrangentes que envolvam a participação dos diferentes atores na produção da saúde⁷. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), adesão é um fenómeno multidimensional determinado pela interação de cinco fatores, denominados como “dimensões”, no qual os fatores relacionados com o paciente são apenas um determinante, para além do sistema e equipa de saúde, fatores socioeconómicos, relacionados com a doença e com o tratamento¹⁵. A fraca adesão às consultas afeta muitas das mulheres, representa riscos graves de saúde pública, nomeadamente: diagnóstico tardio de cancro da mama, cancro do colo do útero, doenças sexualmente transmissíveis para além do aumento do risco de doenças cardiovasculares por ausência de vigilância integral da saúde da mulher. As medidas de melhoria a implementar pressupõem reorganização na oferta de cuidados de saúde e rentabilização de recursos já existentes¹⁰. Os profissionais tendem a abordar a questão da adesão/não - adesão somente sob suas perspetivas, ignorando as do paciente. Culturalmente existe dificuldade em considerar-se a variabilidade dos comportamentos que diferem das suas prescrições. Agindo assim, distanciam-se das ações e razões dos pacientes, julgando-os e rotulando-os, em vez de conhecê-las e entendê-las. Pesquisas realizadas sobre adesão/não - adesão têm sido baseadas nas ideias dos profissionais de saúde que entendem ser dos pacientes a maior responsabilidade pelo problema e que os profissionais falham em promover uma compreensão mais profunda sobre a adesão/não - adesão. Embora essas estratégias sejam apontadas, existe uma lacuna a ser preenchida pelo desenvolvimento de estudos que relatam essas estratégias e avaliam a sua eficácia na melhoria ou efetivação da adesão dos pacientes¹⁹. Na realidade, há que se considerar a coresponsabilidade que profissionais e serviços de saúde devem ter no processo de adesão do paciente, a fim de que possa ser efetivado, proporcionando ao utente, meios para exercer o seu papel em igualdade de condições¹⁹.

O presente estudo teve como limitação a utilização de uma amostra da população alvo, não sendo representativa da população neste grupo etário e

pela sua reduzida dimensão não permitiria extrapolar os resultados para a população de mulheres portuguesas. Como possíveis problemas de validade, foram equacionadas as seguintes possibilidades: Erro no registo do exame periódico de saúde da mulher como consulta de saúde do adulto em vez de consulta de planeamento familiar; Mulheres que realizam a vigilância da gravidez em médico particular; Mulheres com gravidez de alto risco que são referenciadas à consulta Hospitalar no início da gravidez e mulheres que realizam a citologia noutra local e não facultam o resultado ao médico ou enfermeiro da USF. Como principal constrangimento ao estudo é de referir a medida de melhoria não conseguida: o relembrar a mulher da consulta de vigilância de saúde, via mensagem telefónica escrita, dois dias antes da consulta. Não sendo uma medida de impossível implementação, já foram iniciadas diligências no sentido de utilizar esta medida de cordialidade e proximidade às mulheres.

Este estudo sugere que a utilização de cuidados preventivos pelas mulheres na USF Loure Saudável tem uma variabilidade apreciável entre os diferentes cuidados. Dessa forma, aproxima-se do paradigma da vigilância em saúde, que resulta da combinação de três tipos de ações: a proteção específica, a promoção da saúde e a prevenção da doença¹⁹. Não será demais frisar que estes resultados não devem ser inferidos acriticamente para a população portuguesa do género feminino. Contudo, apesar das limitações metodológicas e da eventual imprecisão de alguns valores, perspetivando-se este estudo na área da adesão à vigilância de saúde da mulher, estes resultados podem constituir valores de referência, úteis na fundamentação de futuros programas de prevenção/intervenção, nomeadamente sustentando medidas de promoção na utilização de cuidados preventivos, nesta e noutras unidades de saúde²⁰.

Apesar de fragilidades de algumas das estimativas, apresentam-se os resultados do estudo convictos de que poderão contribuir para uma reflexão sobre a temática. É nesta, que se deve fundamentar a definição de recomendações para a prestação de cuidados preventivos e de captação das mulheres para a adesão à vigilância de saúde. Como nota final,

os ganhos em saúde obtidos com a prática destes cuidados, bem demonstrados na literatura, deveriam justificar a manutenção da prioridade da sua inclusão efetiva em programas preventivos. É essencial a incrementação das boas práticas e o investimento em permanência em novas estratégias que facultem a continuidade do ciclo de melhoria, sempre no caminho da excelência dos cuidados de saúde à mulher. As boas práticas existem no trabalho diário dos profissionais de saúde, contudo devem ser desenvolvidas. É de extrema importância a monitorização sistemática dos critérios submetidos ao ciclo de melhoria para que seja possível assegurar a sustentabilidade da melhoria, para além, da identificação de situações problemáticas que necessitem de análise sobre as causas de qualidade deficiente.

CONCLUSÃO

Este estudo teve como objetivo determinar o nível de qualidade na adesão à vigilância de saúde da mulher, numa Unidade de Saúde Familiar de Lisboa, através da avaliação da qualidade da resposta em cuidados de vigilância de saúde, da operacionalização de um ciclo de melhoria interno da qualidade, definição de critérios para medir os requisitos de qualidade, implementação de medidas de melhoria da qualidade, nas áreas em que se identificou níveis de qualidade deficiente, reavaliação do impacto e efetividade das medidas implementadas e identificação de novas oportunidades de melhoria.

O início do ciclo de avaliação sobre a qualidade da vigilância de saúde da mulher em idade reprodutiva, na USF Loure Saudável revelou uma margem de melhoria que parecia ligeira. Porém, na sequência do ciclo de melhoria da qualidade e da realização de um estudo de avaliação da adesão à citologia, a equipa da USF, de forma participada, empenhou-se na reorganização de algumas das respostas em saúde dirigidas à vigilância da saúde da mulher, com a concretização efetiva das atividades. Esta reorganização teve como base as boas práticas clínicas e organizacionais, que se traduziram no aumento do cumprimento de todos os critérios, com

eventuais repercussões nos ganhos em saúde efetivos e redução potencial de anos de vida perdidos, para as mulheres utilizadoras da USF.

A realização deste ciclo de melhoria da qualidade, nesta área específica, influenciou positivamente o tipo de cuidados prestados na vigilância da saúde da mulher na USF LoureSaudável. Necessita continuidade e poderá ser implementado ou replicado com outras amostras e noutros locais. Neste estudo foram analisados só alguns dos critérios inerentes à adequada vigilância da saúde da mulher, o que sugere a necessidade da realização de mais investigação nesta área, assim como, a implementação de ciclos de melhoria da qualidade como ferramenta na governação clínica e melhoria da qualidade clínica organizacional.

AGRADECIMENTOS

Este estudo foi realizado no âmbito do Master en Gestión de la Calidad en los Servicios de Salud, Facultad de Medicina da Universidad de Murcia, Espanha.

Agradeço ao meu tutor Doutor Zenewton André da Silva Gama, Doutor pela Universidad de Murcia, Espanha, Professor do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal-RN, Brasil, Tutor do Master en Gestión de la Calidad en los Servicios de Salud, Facultad de Medicina da Universidad de Murcia, Espanha e ao Doutor Pedro J. Saturno, Doutor em Saúde Pública pela Harvard School of Public Health, Estados Unidos, Professor do Departamento de Ciencias Sociosanitarias da Universidad de Murcia, Espanha, Diretor do Master en Gestión de la Calidad en los Servicios de Salud, Facultad de Medicina da Universidad de Murcia, Espanha.

Este trabalho seria impossível de realizar sem a orientação de excelência e acompanhamento atento dos meus Professores.

REFERÊNCIAS

1. Juran, Gryna, Bingham. Manual de control de calidad. Barcelona: Reverté, 1990.

2. Hernández. Marco conceptual para la gestión de la calidad. Murcia: Universidad de Murcia; 2008.

3. Hamamoto. Entrevista com Pedro Jesús Saturno Hernández. Revista do GVSaúde da FGV-EAESP [periódico online]. 2011 [citado 2016 Nov 23]; outubro: 16-18. Disponível em: http://site.qualihosp.com.br/mac/upload/arquivo/Revista_QualiHosp_2011.pdf

4. Cánovas, Hernández, Botella. Effectiveness of internal quality assurance programmes in improving clinical practice and reducing costs. Journal of Evaluation in Clinical Practice. 2009; 15: 813–9.

5. Donabedian. Explorations in quality assessment and monitoring. Chicago: Health Administration Press; 1980.

6. Direção-Geral da Saúde. Circular Normativa n.º 2/DSMIA de 15/01/2007: Profilaxia da isoimunização Rh [página inicial na Internet].c2011 [citado 2016 Nov 23]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-2dsmia-de-15012007.aspx>

7. Direção-Geral da Saúde. Circular Normativa n.º 2/DSMIA de 16.01.2006 da Direção-Geral da Saúde [página inicial na Internet]. c2011 [citado 2016 Nov 23]. Disponível em: <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/normas-e-orientacoes/pre-concepcao/prestacao-de-cuidados-pre-concepcionais.aspx>

8. International Agency for Research on Cancer. European Guidelines for quality assurance in cervical cancer screening [página inicial na Internet]. C2008 [citado 2016 Nov 23]. Disponível em: [http://www.cervicalcheck.ie/_fileupload/Downloads/IARC%20QA%20guidelines%20\(2008\).pdf](http://www.cervicalcheck.ie/_fileupload/Downloads/IARC%20QA%20guidelines%20(2008).pdf)

9. Portugal, Ministério da Saúde, Portaria n.º 1368/2007, N.º 201, Série I, 18 de outubro de 2007.

10. Direção-Geral da Saúde. PNS 2004-2010 [página inicial na Internet]. 2016 [citado 2016 Nov 23]. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/pns-2004-2010/#>

11. Wonca EUROPA (Médicos de Família do Mundo). A definição europeia de Medicina Geral e Familiar (Clínica Geral / Medicina Familiar) [página inicial na Internet]. c2002 [citado 2016 Nov 23]. Disponível em: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/European%20Definition%20in%20Portuguese.pdf>

12. World Health Organization – Regional Office for Europe. Munich declaration: Nurses and midwives – a force for health [página inicial na Internet]. C2000 [citado 2016 Nov 23]. Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/munich-declaration-nurses-and-midwives-a-force-for-health>

13. Ministério da Saúde. Guião de apoio à preparação de candidaturas a Unidades de Saúde Familiares (USF) – Modelo A

[página inicial na Internet]. c2010 [citado 2016 Nov 23]. Disponível em: http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/guiaoapoioicandidaturasuf_v22102010.pdf

14. Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial da Saúde 2008: Cuidados de saúde primários – Agora mais que nunca [página inicial na Internet]. c2008 [citado 2016 Nov 23]. Disponível em: http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf

15. Quigley, den Broeder, Furu, Bond, Cave, Bos. Health impact assessment: International best practice principles. IAIA Special Publication Series [periódico online]. 2006 [citado 2016 Nov 23]; 5. Disponível em: http://activelivingresearch.org/files/IAIA_HIABestPractice_0.pdf

16. World Health Organization – Europe. WHO evaluation of the National Health Plan of Portugal (2004-2010) [página inicial na Internet]. C2010 [citado 2016 Nov 23]. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/83991/E93701.pdf

17. Maia, Coradi de Freitas, Guilhem, Azevedo. Percepções sobre qualidade de serviços que atendem à saúde da mulher. *Ciência & Saúde Colectiva* [página inicial na Internet]. 2011 [citado 2016 Nov 23]; 16: 2567-2574. Disponível em: http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S1413-81232011000500027&pid=S1413-81232011000500027&pdf_path=csc/v16n5/a27v16n5.pdf&lang=pt

18. ACSS (Administração Central do Sistema de Saúde, IP). UN. Saúde familiar e UN. Cuidados de saúde personalizados: Cálculo de indicadores de desempenho – Critérios a observar na sua implementação [página inicial na Internet]. c2009 [atualizada 2010 Fev 19; citado 2016 Nov 23]. Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/C%C3%A1lculoIndicadoresDesempenho.pdf>

19. Reiners. Interação profissional de saúde e usuário hipertenso: Contribuição para a não-adesão ao regime terapêutico [tese na Internet]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- Universidade de São Paulo; 2005 [citado 2016 Nov 23]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-06052005-110025/pt-br.php>

20. Heath, Rubinstein, Stange, van Driel. Quality in primary health care: A multidimensional approach to complexity, *BMJ*. 2009; 338: b1242.

Tabela 1 – Características dos critérios para avaliar a qualidade.

CRITÉRIO	EXCEÇÕES	ESCLARECIMENTOS
C1- As mulheres atendidas na USF devem realizar o exame periódico de saúde e/ou consulta de planeamento familiar.	- Mulheres que realizaram o exame periódico de saúde no âmbito da saúde ocupacional há menos de dois anos.	- Mulheres dos 15 anos aos 49 anos, consulta nos últimos dois anos. (I) - A mulher que faz contraceção deve ser submetida a um exame ginecológico anual. (I) - Medida: Percentagem de mulheres que realizaram exame periódico de saúde e/ou consulta de planeamento familiar no último ano, em relação ao total de mulheres dos 15 anos aos 49 anos inscritas na USF.
C2- As mulheres grávidas devem realizar a 1.ª consulta médica de vigilância durante o 1.º trimestre de gravidez.		- Incluir grávidas que realizam Interrupção Voluntária da Gravidez. (I) - Medida: Grávidas que realizaram a 1.ª consulta médica de vigilância durante o 1.º trimestre de gravidez, em relação ao total de mulheres grávidas acompanhadas na USF em 2010.
C3- As mulheres grávidas devem ter pelo menos seis consultas de enfermagem.		- Incluir a visita domiciliária de enfermagem à puérpera até aos 15 dias de vida do Recém-Nascido. (I) - Medida: Mulheres grávidas com seis ou mais consultas de enfermagem registadas no seu processo clínico, em relação ao total de mulheres grávidas acompanhadas na USF em 2010.
C4- As mulheres inscritas na USF devem ter a citologia cervico-vaginal atualizada.	Com exceção das mulheres: – Tratadas a cancro uterino. – Histeretomizadas. – Que não iniciaram atividade sexual. – Com incapacidade que inviabilize exame ginecológico. – Que manifestem vontade em não participar no rastreio.	- Mulheres dos 25 anos aos 49 anos. (I) - Citologia cervico-vaginal atualizada: registo da realização de citologia cervico-vaginal durante os últimos três anos. (I) - Medida: Percentagem de mulheres dos 25 anos aos 49 anos com citologia cervico-vaginal atualizada, em relação ao total de mulheres com idade entre os 25 anos e os 49 anos inscritas na USF.

(I) – Fontes das evidências tipo I^{15,16}

Tabela 2 – Descrição das características das unidades em estudo, por critério.

CRITÉRIO	RECEPTORES DO SERVIÇO	PROVEDORES	PERÍODO DO PROCESSO AVALIADO	UNIVERSO
C1- As mulheres atendidas na USF Loure Saudável devem realizar o exame periódico de saúde e/ou consulta de planeamento familiar.	- Mulheres dos 15 anos aos 49 anos, inscritas na USF.	- Médicos da USF.	- Uma consulta de saúde da mulher /exame periódico de saúde, desde Julho de 2009.	2463
C2- As mulheres grávidas devem realizar a 1.ª consulta médica de vigilância durante o 1.º trimestre de gravidez.	- Total de mulheres grávidas, inscritas na USF.	- Médicos da USF.	- Primeira consulta da gravidez.	60
C3- As mulheres grávidas devem ter pelo menos seis consultas de enfermagem.	- Total de mulheres grávidas, inscritas na USF.	- Enfermeiros da USF.	- Seis primeiras consultas de enfermagem na gravidez.	60
C4- As mulheres inscritas na USF Loure Saudável devem ter a citologia cervico-vaginal atualizada.	- Mulheres dos 15 anos aos 49 anos, inscritas USF.	- Médicos da USF.	- Uma consulta de saúde da mulher /exame periódico de saúde, desde Julho de 2009.	2463

Tabela 3 – Nível de qualidade antes e depois da intervenção, e significado estatístico da melhoria identificada.

CRITÉRIO	Cumprimento depois (%)	Cumprimento antes (%)	Melhoria Absoluta	Melhoria Relativa	Significância Estatística	Nível de Significância Estatística
	$P2$ (IC 95%) ^{a)}	$P1$ (IC 95%)	$P2 - P1$	$\frac{P2-p1}{1-p1}$	P	
C1	75 (± 10,9)	65 (± 12,1)	10	28,6	0,700	<0,05
C2	86,6 (± 8,6)	60 (± 12,4)	26,6	66,5	0,740	<0,001
C3	96,6 (± 4,6)	45 (± 12,6)	51,6	93,8	0,708	<0,001
C4	73,3 (± 11,2)	65 (± 12,1)	8,3	23,7	0,691	<0,05

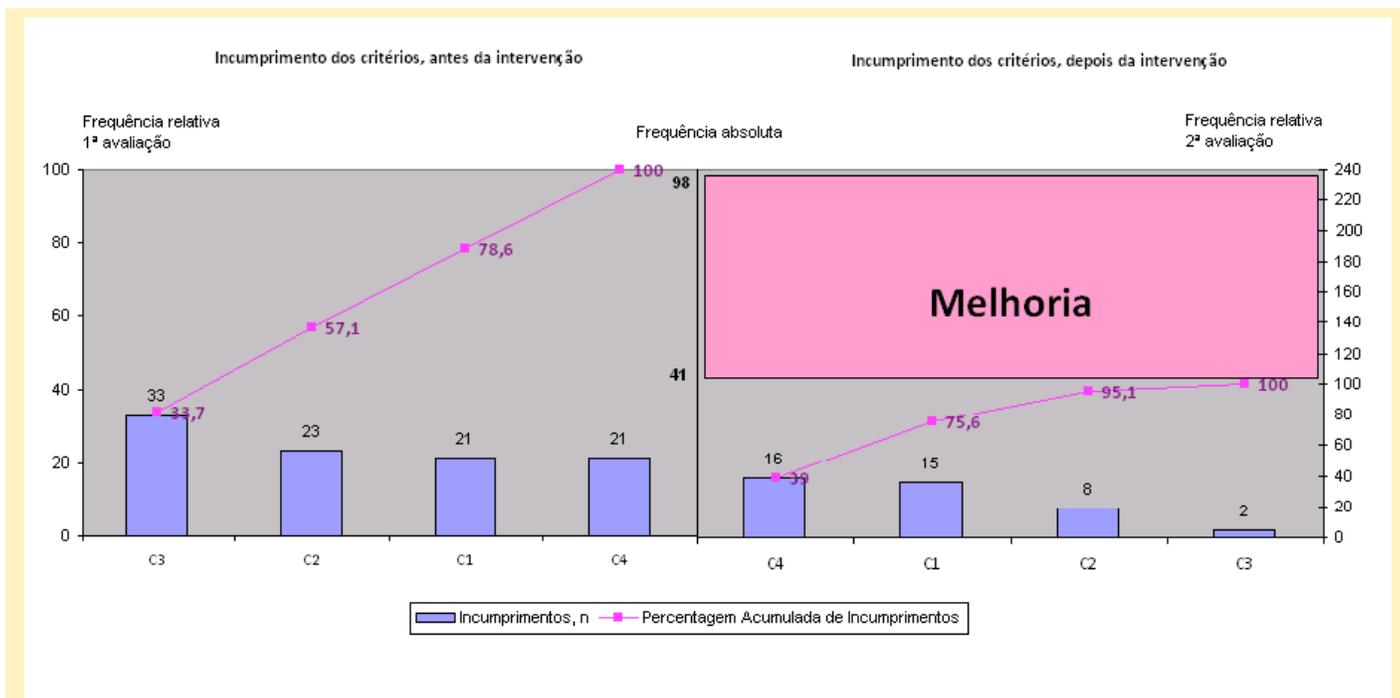
a) estimacão pontual $\pm 1,96$ x erro padrão (para um grau de confiança de 95%)

C1- As mulheres atendidas na USF devem realizar o exame periódico de saúde e/ou consulta de planeamento familiar; C2 - As mulheres grávidas devem realizar a 1.ª consulta médica de vigilância durante o 1.º trimestre de gravidez; C3 - As mulheres grávidas devem ter pelo menos seis consultas de enfermagem; C4 - As mulheres inscritas na USF devem ter a citologia cervico-vaginal atualizada.

Figura 1 – Diagrama de Gantt.



Figura 2 – Diagrama de Pareto antes e depois da intervenção.



C1- As mulheres atendidas na USF devem realizar o exame periódico de saúde e/ou consulta de planeamento familiar; C2 - As mulheres grávidas devem realizar a 1.ª consulta médica de vigilância durante o 1.º trimestre de gravidez; C3 - As mulheres grávidas devem ter pelo menos seis consultas de enfermagem; C4 - As mulheres inscritas na USF devem ter a citologia cervico-vaginal atualizada.

Figura 3 – Diagrama de Pareto antes e depois da intervenção.