

**MELHORIA DA ADEÇÃO À VIGILÂNCIA DE SAÚDE DA MULHER
NUMA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR EM LISBOA - PORTUGAL**

*Improvement in Compliance with Women Health Surveillance in a
Family Health Unit in Lisbon - Portugal*

Maria Teresa Videira Antunes¹

Zenewton André da Silva Gama²

Pedro J. Saturno³

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

Lisboa, Maio de 2012

1. Master en Gestión de la Calidad en los Servicios de Salud, Facultad de Medicina da Universidad de Murcia, Espanha, Enfermeira Chefe do Agrupamento de Centros de Saúde Lisboa Norte, Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, Lisboa, Portugal.

2. 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.

3. 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 Master en Gestión de la Calidad en los Servicios de Salud, Facultad de Medicina da Universidad de Murcia, Espanha.

RESUMO

Objectivo: Determinar o nível de qualidade na adesão à vigilância de saúde da mulher em idade reprodutiva, na Unidade de Saúde Familiar LoureSaudável, 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 efectividade das medidas implementadas e identificação de novas oportunidades de melhoria; **Métodos:** Realizou-se um ciclo de melhoria na Unidade de Saúde Familiar LoureSaudável, Agrupamento de Centros de Saúde VI – Sacavém/Loures, Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, Portugal. Utilizando quatro critérios de qualidade, foram efectuadas uma avaliação, uma intervenção focada nos critérios mais problemáticos (durante 1 ano) e uma reavaliação. As amostras foram aleatórias (n = 60), possibilitando a inferência sobre as estimativas pontuais e intervalos de confiança do cumprimento de cada critério, assim como o cálculo da significância estatística da melhoria identificada, através do teste Z. **Resultados:** Na avaliação inicial, todos os critérios de qualidade apresentaram falhas. Após a intervenção, a melhoria relativa mínima foi de 29,2% e a máxima de 39,6%, sendo muito significativa ($p < 0,001$) em dois deles. A frequência absoluta de não conformidades diminuiu de 98 (primeira avaliação) para 41 (segunda avaliação), que corresponde a uma melhoria de 23,7%. **Conclusão:** O início do ciclo de avaliação sobre a qualidade da vigilância de saúde da mulher em idade reprodutiva, na Unidade de Saúde Familiar LoureSaudável 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 Unidade de Saúde Familiar empenhou-se na reorganização de algumas das respostas em saúde dirigidas à vigilância da saúde da mulher, com a concretização efectiva das actividades, tendo como base as boas práticas clínicas e organizacionais, que se irão traduzir em ganhos em saúde efectivos e redução potencial de anos de vida perdidos para as mulheres utilizadoras da Unidade de Saúde Familiar LoureSaudável.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde da mulher, assistência integral à saúde, sistemas de gestão da qualidade.

ABSTRACT

Objective: To determine the quality level of adherence to the health monitoring of the woman in reproductive age, in the Family Health Unit LoureSaudável by evaluating the quality of response in health care monitoring, the operation of a cycle of internal quality improvement, definition of criteria for measuring the quality requirements, implementing quality improvement measures in areas where are identified levels of poor quality, reassessment of the impact and effectiveness of measures implemented and identifying new opportunities for improvement; **Methods:** We conducted an improvement cycle in LoureSaudável Family Health Unit, Health Centers Cluster VI - Sacavém/Loures, Regional Health Administration Lisbon and Vale do Tejo, Portugal. Using four quality criteria was carried out an evaluation, an intervention focused on the most problematic criteria (1 year) and a reassessment. The samples were random (n = 60), allowing the inference of the estimates and confidence intervals of the fulfilment of each criterion and calculate the statistical significance of improvement identified by the Z test Results: At baseline, all quality criteria have failed. After the intervention, the relative improvement was 29.2% minimum and maximum of 39.6%, being significant ($p < 0.001$) in two of them. The absolute frequency of noncompliance decreased from 98 (first assessment) to 41 (second evaluation), which corresponds to an improvement of 23.7%. **Conclusion:** The early-cycle assessment on the quality of health surveillance of women in reproductive age, the Family Health Unit LoureSaudável revealed a margin of improvement that seemed slight. However, following the cycle of quality improvement and the achievement of an assessment of adherence to cytology, the Family Health Unit team engaged in the reorganization of some of the responses sent to the health surveillance of women's health, with the effective completion activities, based on good clinical practice and organizational, which will translate into effective health gains and potential reduction of years of life lost to women using the Family Health Unit LoureSaudável.

KEYWORDS: Women health, comprehensive health care, quality management systems.

ÍNDICE

1 – INTRODUÇÃO	5
2 – METODOLOGIA	8
2.1.- DESENHO E ÂMBITO	8
2.2. - PRIORIZAÇÃO DO PROBLEMA DE QUALIDADE E ANÁLISE DAS CAUSAS.....	9
2.3. - DESENVOLVIMENTO DOS CRITÉRIOS DE QUALIDADE	10
Tabela 1 – Características dos critérios para avaliar a qualidade	11
2.4. – POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRAS.....	12
Tabela 2 – Descrição das características das unidades em estudo, por critério.....	13
2.5.- COLHEITA DE DADOS.....	14
2.6.- DESENHO DA INTERVENÇÃO DE MELHORIA.....	14
Figura 1 - Diagrama de Gantt	18
2.7. - ANÁLISE DOS DADOS	15
3 - RESULTADOS	17
3.1.- NÍVEL DE QUALIDADE INICIAL.....	17
Tabela 3 - Nível de qualidade inicial, depois da intervenção e significação estatística da melhoria identificada	17
3.2.- PRIORIDADES DE INTERVENÇÃO	18
Figura 2 - Diagrama de Pareto antes e depois	18
Figura 3 – Gráfico de cumprimento dos critérios antes e depois da intervenção.....	19
3.3.- EFECTIVIDADE DA INTERVENÇÃO DE MELHORIA	19
4 - DISCUSSÃO.....	21
5 – CONCLUSÃO	26

Lista de siglas

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

CS - Centro de Saúde

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGS- Direção Geral de Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

USF - Unidade de Saúde Familiar

RCOG - Royal College of Obstetricians and Gynaecologists

Lista de Figuras

Figura 1 – Diagrama de Gantt (pag.12)

Figura 2 – Diagrama de Pareto antes e depois (pag.14)

Figura 3 – Gráfico de cumprimento dos critérios antes e depois da intervenção (pag.15)

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Características dos critérios para avaliar a qualidade (pag.9)

Tabela 2 – Descrição das características das unidades em estudo, por critério (pag.10)

Tabela 3 - Nível de qualidade inicial, depois da intervenção e significação estatística da melhoria identificada (pag.13)

1 – INTRODUÇÃO

A qualidade é considerada universalmente como algo que afecta a vida das organizações, devendo ser encarada como uma filosofia ou estratégia de gestão e não como um fim em si mesmo. A qualidade de um produto ou serviço permite que o mesmo sirva para o que está previsto¹ o que obriga à definição prévia das necessidades e expectativas dos seus consumidores. Assim, a qualidade é definida em função do julgamento do sujeito² e traduz-se na satisfação dos seus requisitos³. "É a adequação à utilização pretendida"¹, garantindo a conformidade das características do serviço ao menor custo quando o cliente o contacta¹. 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 actividades 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 actividades que tem como objectivo específico a melhoria contínua da qualidade"¹. As actividades 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 aspectos dos serviços, com o objectivo de os solucionar ou melhorar⁴.

A grande variabilidade que caracteriza os serviços de saúde leva à necessidade de disciplinar processos e definir normas de actuação, 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 "a prestação de serviços acessíveis e equitativos, com um nível profissional óptimo, que considera os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do utilizador"^{6,7}. 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 optimizar 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 saúde (OMS, 2008)⁶. A qualidade dos sistemas de saúde pode ser monitorizada através da construção de indicadores com base nas dimensões chave, que além da segurança incluem: efectividade, serviço centrado no paciente, oportunidade, eficiência e equidade (IOM, 2001)⁷.

O quadro conceptual fundamental à avaliação da qualidade em saúde proposto por Donabedian 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, actividades, serviços e efeitos⁸. De acordo com Saturno "Se pesquisarmos apenas os resultados, descobre-se

que algo está errado, mas não se sabe porque o erro ocorreu. Mas se estudarmos os processos, é mais fácil descobrir de onde pode ter partido este resultado.”⁵.

A monitorização e avaliação da vigilância da saúde da mulher, baseia-se em determinados critérios alvo, indicadores e no estabelecimento de padrões de qualidade⁹. 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 Acção 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 Assistida¹⁰. Apesar dos padrões de qualidade definidos, persistem problemas recorrentes: a elevada percentagem de grávidas de risco com vigilância inadequada (1ª consulta após a 16ª semana e/ou menos de 3 consultas), elevada percentagem de gravidezes na adolescência. A precocidade da 1ª consulta e o ritmo de consulta mensal num total de 10 consultas, não cumpridos. Todas as mulheres precisam ter acesso a cuidados pré-natais durante a gravidez, cuidados especializados durante o parto, cuidados e apoio nas semanas após o parto.¹¹

As redes de cuidados dirigidas à saúde da mulher necessitam de uniformização de procedimentos para melhorar os resultados clínicos, torná-los mais custo - efectivos, melhorar o acesso e proporcionar cuidados de qualidade às mulheres. O incumprimento sistemático de boas práticas tem contribuído para o aumento da morbilidade e mortalidade por doenças oncológicas, constituindo um dos maiores problemas de saúde a nível europeu. A taxa de incidência específica para mulheres na faixa etária dos 15-44 anos, comparada a outros cancros, foi de 11,1/100000 habitantes, ocupando a 2ª posição, a seguir ao cancro da mama (29,4/100000 habitantes) (WHO/ICO, 2007, (WHO/ICO, 2009). 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 saúde⁹.

O deficit na qualidade dos serviços de saúde de países em desenvolvimento é entendido como desafio chave para o alcance dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, definidos pela Organização das Nações Unidas (ONU), nomeadamente, a melhoria da saúde materna e a redução da mortalidade materna, em três quartos, entre 1990 e 2015¹⁰. Os estudos realizados no âmbito da saúde pública são essencialmente quantitativos e comparativos relativamente a mortalidade, morbilidade e potenciais anos de vida perdidos, não existindo ciclos de melhoria da qualidade nesta área nobre.

As Unidades de Saúde Familiares (USF)¹² 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, resposta em cuidados de: Planeamento familiar; pré – concepcionais; vigilância da gravidez e revisão do puerpério. Dando cumprimento ao primeiro objectivo do Plano Nacional de Saúde, “Obter ganhos em saúde, aumentando o nível de saúde nas diferentes fases do ciclo de vida, e reduzindo o peso da doença”¹³ A baixa adesão é um problema recorrente, que necessita avaliações objectivas 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 estruturados¹⁰.

Devido a estes antecedentes, desenvolvemos um trabalho com o objectivo geral de avaliar e melhorar a adesão à vigilância da saúde da mulher em idade reprodutiva, numa Unidade de Saúde Familiar, através da implementação de um ciclo de melhoria interna da qualidade. Especificamente, tivemos a intenção de: (1) avaliar a qualidade da resposta em cuidados de vigilância de saúde da mulher, utilizando critérios baseados em evidência que reflectam as boas práticas assistenciais; (2) Identificar os requisitos de qualidade prioritários de intervenção, tanto antes do ciclo de melhoria como aqueles mais resistentes à mudança; (3) Testar a efectividade de uma intervenção participativa no cumprimento dos critérios de qualidade que revelam a adequação às boas práticas. O ciclo de melhoria da qualidade surge na sequência da detecção de uma baixa taxa de adesão à vigilância de saúde das mulheres em inscritas na USF Loure Saudável. Este trabalho é constituído pela descrição dos antecedentes da temática em questão, seguindo-se a exposição da metodologia utilizada e os resultados obtidos. Posteriormente é efectuada a discussão e conclusão dos resultados e analisada a pertinência deste estudo face à melhoria, satisfação e excelência do cuidar, promovendo assim ganhos em saúde.

2 – METODOLOGIA

2.1.- DESENHO E ÂMBITO

Este estudo caracteriza-se como um ciclo de melhoria da qualidade, que teve como início a identificação e priorização de um problema assistencial numa Unidade de Saúde Familiar, em Lisboa (Portugal). O desenho metodológico do estudo é quase experimental do tipo antes - depois. Realizou-se uma avaliação transversal da qualidade da vigilância da saúde da mulher, baseada em critérios; 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. 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 na população atendida. Este é um aspecto da qualidade com que os profissionais de saúde se sentem familiarizados e implicados.

A missão da Unidade de Saúde Familiar (USF) LoureSaudável¹² 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 mesmos¹². Como objectivo geral propõem-se aumentar os ganhos em saúde à população abrangida pela USF. Como objectivos 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 USF tem a responsabilidade de promover a saúde da população, estruturar os serviços de forma a satisfazer as necessidades dos utentes, assegurar a competência profissional dos elementos da equipa multiprofissional, que os recursos financeiros, humanos, equipamentos e informação sejam utilizados da forma mais racional/eficiente e assegurar a satisfação dos utentes e dos profissionais.

Foram identificadas 2463 mulheres em no grupo etário dos 15 aos 49 anos, na USF. A articulação dos cuidados de saúde efectua-se com o Agrupamento de Centros de Saúde (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 7 médicos de família, 6 enfermeiros de família e 5 assistentes técnicos, tendo sempre como objectivo final a prestação de cuidados preventivos, 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 médico¹⁴/enfermeiro de família¹⁵ que asseguram cuidados personalizados de qualidade, disponibilidade, acessibilidade, qualidade técnico-científica, efectividade e eficiência, com vista a alcançar ganhos em saúde. Como actividades assistenciais especificamente dirigidas à Saúde da Mulher realiza-se: Planeamento Familiar/Vigilância Ginecológica; Prevenção e tratamento de Infecções 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 estadio de vida e do aleitamento materno. A divulgação pública de informação relativa à actividade da USF é actualizada periodicamente pois é fundamental que o utente, compreenda o funcionamento da unidade.

A USF utiliza um instrumento de avaliação e monitorização da qualidade organizacional, adaptado às USF¹⁶. A sua utilização contribui para a melhoria de um conjunto de aspectos 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 acção 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 Qualidade¹⁷ 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.

2.2. - PRIORIZAÇÃO DO PROBLEMA DE QUALIDADE E ANÁLISE DAS CAUSAS

A equipa de profissionais da USF analisou, de forma participativa, as necessidades de saúde detectadas na população alvo de cuidados e foi consensual a necessidade de intervir no aumento da adesão à vigilância de saúde da mulher em idade reprodutiva. 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 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.

2.3. - DESENVOLVIMENTO DOS CRITÉRIOS DE QUALIDADE

Os critérios de qualidade consistem em parâmetros essenciais para medir a qualidade, correspondem aos objectivos de qualidade que pretendemos alcançar, ou seja, a meta de excelência que queremos atingir⁷. Os critérios seleccionados, 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 Saúde¹⁹ 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, sendo importante analisar a sua validade facial (validade lógica ou aparente), de conteúdo (relacionado com as dimensões da qualidade, necessidades e expectativas dos utilizadores) e de critério (evidência científica que o justifica) e assegurar a sua presença. Como justificação para a validade facial dos critérios em estudo, destaca-se a necessidade de vigilância sistemática da saúde da mulher para promoção da saúde, prevenção da doença e protecção 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, quanto às necessidades e expectativas das mulheres atendidas na USF Loure Saudável, nomeadamente, em relação à resposta por parte dos profissionais a necessidades de saúde sobre contracepção, pré-concepção, infertilidade ou fertilidade, vigilância da gravidez e em que se realizam exames periódicos de vigilância de saúde da mulher¹⁸. 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. As avaliações foram realizadas de forma independente, sem que um avaliador conhecesse os resultados do outro avaliador. A confiabilidade é equivalente ao grau de reprodutibilidade dos resultados, quando o instrumento é utilizado por observadores distintos. Na tabela 1, apresenta-se a definição individual, as exceções e os esclarecimentos de cada critério¹⁸.

Tabela 1 – Características dos critérios para avaliar a qualidade.

CRITÉRIO	EXCEPÇÕES	ESCLARECIMENTOS	CONFIABILIDADE
<p>C1- As mulheres atendidas na USF devem realizar o exame periódico de saúde e/ou consulta de planeamento familiar.</p>	<p>- Mulheres que realizaram o exame periódico de saúde no âmbito da saúde ocupacional há menos de 2 em 2anos.</p>	<p>- Mulheres dos 15 aos 49 anos, consulta nos últimos 2 anos. (I) - A mulher que faz contracepção 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 aos 49 anos inscritas na USF.</p>	<p>K=0,67 Prevalência estimada = 66,6%</p>
<p>C2- As mulheres grávidas devem realizar a 1ª consulta médica de vigilância durante o 1º trimestre de gravidez.</p>		<p>- Incluir grávidas que realizam Interrupção Voluntária da Gravidez. (I) - Medida: Grávidas que realizaram a 1ª consulta médica de vigilância durante o 1º trimestre de gravidez, em relação ao total de mulheres grávidas acompanhadas na USF em 2010.</p>	<p>K=0,62; Prevalência estimada = 60%</p>
<p>C3- As mulheres grávidas devem ter pelo menos 6 consultas de enfermagem.</p>		<p>- Incluir a visita domiciliária de enfermagem à puérpera até aos 15 dias de vida do Recém-Nascido. (I) - Medida: Mulheres grávidas com 6 ou mais consultas de enfermagem registadas no seu processo clínico, em relação ao total de mulheres grávidas acompanhadas na USF em 2010.</p>	<p>K=0,69; Prevalência estimada = 46,6%</p>
<p>C4- As mulheres inscritas na USF devem ter a citologia cervico-vaginal actualizada.</p>	<p>Com excepção das mulheres: – Tratadas a cancro uterino. – Histerectomizadas. – Que não iniciaram actividade sexual. – Com incapacidade que inviabilize exame ginecológico. – Que manifestem vontade em não participar no rastreio.</p>	<p>- Mulheres dos 25 aos 49 anos. (I) - Citologia cervico-vaginal actualizada: registo da realização de citologia cervico-vaginal durante os últimos três anos. (I) - Medida: Percentagem de mulheres dos 25 aos 49 anos com citologia cervico-vaginal actualizada, em relação ao total de mulheres com idade dos 25 aos 49 anos inscritas na USF.</p>	<p>K=0,67; Prevalência estimada = 63,3% Prevalência estimada = 63,3%</p>

(I) – Fontes das evidências tipo I

- WHO. Reproductive health strategy. Geneva: World Health Organization, 2004 -International Association for Health Impact Assessment. Health International Best Practice Principles. Geneva: IAIA Special Publication. Series No. 5, 2006.¹⁹

- WHO Evaluation of the National Health Plan of Portugal (2004–2010). Cálculo de Indicadores do Desempenho. Ministério da Saúde, Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Copenhagen: Fevereiro de 2010.²⁰

2.4. – POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRAS

A descrição das unidades em estudo permite determinar as características das unidades elementares da medida de cada critério, relativamente às mulheres utilizadoras, aos profissionais envolvidos no atendimento e ao segmento do processo assistencial¹⁸.

Conforme se apresenta na tabela 2, a população alvo do estudo é constituída pelas 2463 mulheres dos 15 aos 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 actualizada poder-se-ia ter alargado a população para além dos 49 anos, no entanto foi decido incluir, neste estudo, só as mulheres consideradas em idade fértil.

O método de amostragem utilizado foi amostragem aleatória simples, para que a amostra fosse representativa. A amostra de utentes foi obtida a partir de geração aleatória do número individual, de cada elemento da população alvo. Foi utilizado como mecanismo de substituição de casos, o caso imediatamente antes do seleccionado: O número de casos a avaliar, tamanho da amostra, foi de 60 mulheres em idade fértil não grávidas e 60 mulheres grávidas¹⁸.

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 devem realizar o exame periódico de saúde e/ou consulta de planeamento familiar.	- Mulheres dos 15 aos 49 anos, inscritas na USF LoureSaudável.	- Médicos da USF LoureSaudável.	- Uma consulta de saúde da mulher /exame periódico de saúde, desde Julho de 2009.	2463
C2- As mulheres grávidas devem realizar a 1ª consulta médica de vigilância durante o 1º trimestre de gravidez.	- Total de mulheres grávidas, inscritas na USF LoureSaudável.	- Médicos da USF LoureSaudável.	- Primeira consulta da gravidez.	60
C3- As mulheres grávidas devem ter pelo menos 6 consultas de enfermagem.	- Total de mulheres grávidas, inscritas na USF LoureSaudável.	- Enfermeiros da USF LoureSaudável.	- Seis primeiras consultas de enfermagem na gravidez.	60
C4- As mulheres inscritas na USF devem ter a citologia cervico-vaginal actualizada.	- Mulheres dos 15 aos 49 anos, inscritas na USF LoureSaudável	- Médicos da USF LoureSaudável.	- Uma consulta de saúde da mulher /exame periódico de saúde, desde Julho de 2009.	2463

2.5.- COLHEITA DE DADOS

O tipo de estudo realizado foi uma autoavaliação interna com colaboração de dois elementos externos à equipa da USF (incluindo a autora do estudo). 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 selecciona as mulheres de acordo com as variáveis em estudo, incluindo os dados que possibilitam avaliar o cumprimento, ou não, dos critérios¹⁸. Ao iniciar a pesquisa na base de dados de utentes inscritos na USF, verificou-se que o filtro aplicável, engloba as mulheres no grupo etário dos 15 aos 49 anos (inclusive), foram identificadas 2463 mulheres das quais, 60 estiveram grávidas no período em estudo. A colheita de dados foi realizada relativamente ao período temporal de 1 de Abril de 2011 a 31 de 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.

2.6.- 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 objecto de melhoria. O conjunto de intervenções que surgiu da chuva de ideias do grupo foi distribuído, através de um diagrama de afinidades, em três grupos de acções 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 acção: o *storyboard*, utilizado para ir acompanhando o progresso das actividades à vista de todos; e o diagrama de Gantt (figura 1), que é um gráfico que representa o tempo previsto de execução das acções, bem como os responsáveis pela execução de cada uma delas.

Tarefa	Responsáveis		Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar
1.Reunir todos os profissionais para definição da estratégia de implementação das medidas de melhoria.	Assistentes Operacionais	Planeado												
	Enfermeiros	Realizado												
2.Convocação telefónica das mulheres que faltam à consulta	Assistentes Operacionais	Planeado												
	Enfermeiros	Realizado												
3. Marcação de consulta programada por iniciativa dos profissionais de saúde	Assistentes Operacionais	Planeado												
	Enfermeiros e Médicos	Realizado												
4.Relembrar a mulher da consulta de vigilância de saúde, por SMS, 2 dias antes da consulta	Assistentes Operacionais	Planeado												
	Enfermeiros	Realizado												
5.Marcação de vigilância de saúde da mulher a todas as mulheres que se inscrevem na USF	Assistentes Operacionais	Planeado												
		Realizado												
6.Convocar as mulheres que nunca recorreram à USF para vigilância de saúde	Assistentes Operacionais	Planeado												
	Enfermeiros	Realizado												
Objectivo 2: Informar sobre importância dos cuidados pré concepcionais e vigilância da gravidez														
			Meses de 1 de Abril de 2011 a 31 de Março de 2012											
Tarefa	Responsáveis		Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar
1.Sensibilizar os profissionais para a importância da precocidade da primeira consulta de vigilância da gravidez.	Médicos	Planeado												
	Enfermeiros	Realizado												
2.Convocar por carta e telefone, as grávidas em caso de falta às consultas.	Assistentes Operacionais	Planeado												
	Enfermeiros	Realizado												
3.Informação em Power Point sobre "vigilância da gravidez" a ser projetado na sala de espera.	Enfermeiros	Planeado												
		Realizado												
4- Disponibilizar folheto no balcão sobre cuidados pré concepcionais e vigilância da gravidez.	Enfermeiros	Planeado												
		Realizado												
Objectivo 3: Divulgação às mulheres sobre a importância da citologia cervico-vaginal para diagnóstico precoce de patologia														
			Meses de 1 de Abril de 2011 a 31 de Março de 2012											
Tarefa	Responsáveis		Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar
1.Identificar todas as mulheres com necessidade de realização citologia cervico-vaginal	Assistentes Operacionais	Planeado												
	Enfermeiros e Médicos	Realizado												
2.Convocar por carta e telefone, as mulheres que faltam às consultas de vigilância de saúde.	Assistentes Operacionais	Planeado												
	Enfermeiros	Realizado												
3.Marcar citologia cervico-vaginal às mulheres que vêm à USF buscar contraceptivos	Assistentes Operacionais	Planeado												
	Enfermeiros	Realizado												
4.Informação em Power Point sobre "importância das consultas de vigilância de saúde da mulher e vantagens na realização da citologia cervico-vaginal" a ser projetado na sala de espera.	Enfermeiros	Planeado												
		Realizado												
5- Marcar de consulta de vigilância do puerpério quando se realiza o Rastreio de Doenças Metabólicas ao bebé.	Assistentes Operacionais	Planeado												
	Enfermeiros	Realizado												
6- Realizar estudo da adesão das mulheres à realização do rastreio oncológico do cancro do colo do útero.	Assistentes Operacionais	Planeado												
	Enfermeiros e Médicos	Realizado												

Figura 2 - Diagrama de Gantt

2.7. - ANÁLISE DOS 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 seleccionadas, calcularam-se as melhorias absoluta e relativa de cada um dos critérios. Para comprovar a significação estatística da melhoria detectada, 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 p - valor era inferior a 0,05.

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 informativa¹⁸ que facilita a priorização de estratégias de intervenção. 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, respectivamente, a frequência relativa de não cumprimentos da primeira avaliação e a frequência relativa de não cumprimentos da reavaliação. O gráfico de linhas representa a frequência acumulada de defeitos de qualidade em cada uma das avaliações⁴. Analisando os resultados da reavaliação verificou-se uma melhoria significativa no cumprimento de todos os critérios, conforme consta na Tabela 3. Constata-se uma diferença substancial nas frequências absolutas de incumprimentos da avaliação inicial, 98, para 41 na reavaliação.

3 - RESULTADOS

3.1.- NÍVEL DE QUALIDADE INICIAL

Tabela 3 - Nível de qualidade inicial, depois da intervenção e significação estatística da melhoria identificada

CRITÉRIO	Cumprimento	Cumprimento	Melhoria	Melhoria	Nível de
	antes (%)	depois (%)	absoluta	relativa	Significância Estatística
	<i>p1 (IC 95%)</i>	<i>p2 (IC 95%)</i>	<i>p2 - p1</i>	<i><u>p2-p1</u></i> <i>1-p1</i>	
C1	65 (± 12,1)	75 (± 10,9)	10	28,6	NS
C2	60 (± 12,4)	86,6 (± 8,6)	26,6	66,5	<0,001
C3	45 (± 12,6)	96,6 (± 4,6)	51,6	93,8	<0,001
C4	65 (± 12,1)	73,3 (± 11,2)	8,3	23,7	NS

a): estimação pontual $\pm 1,96$ x erro padrão (para um grau de confiança de 95%); NS, não significativa ($p > 0,05$)

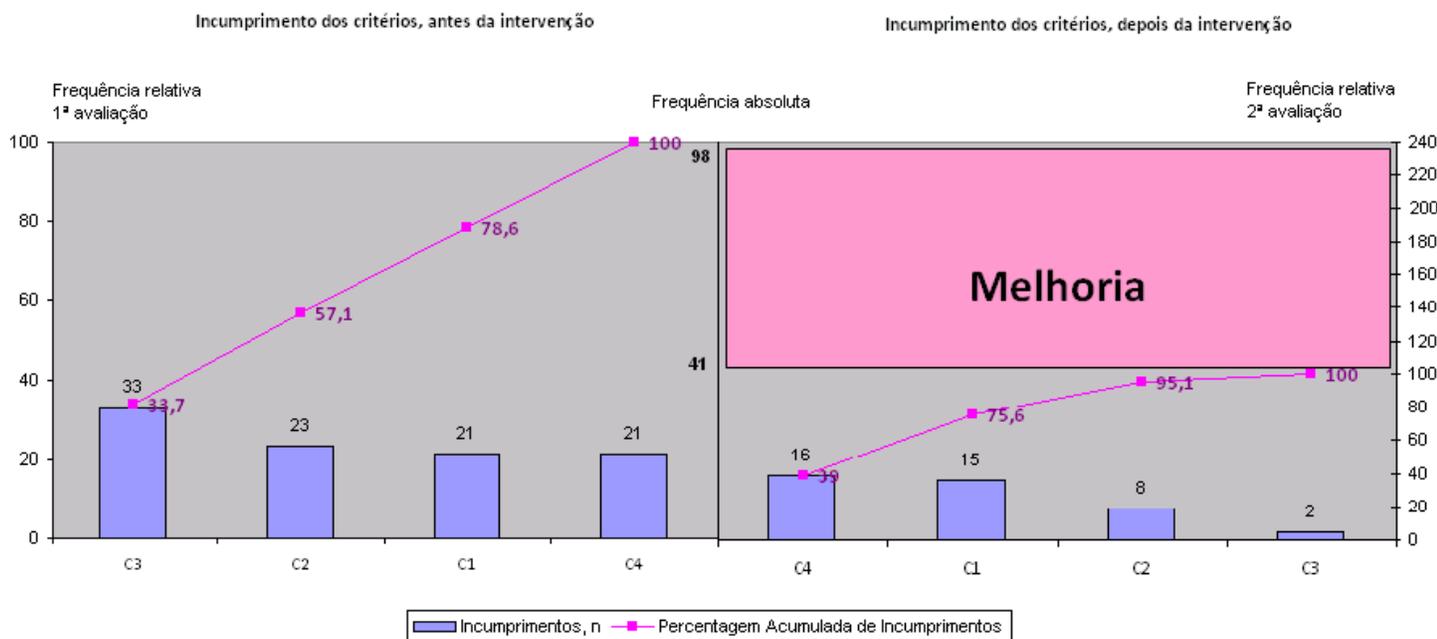
b) Indicador composto

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 1ª consulta médica de vigilância durante o 1º trimestre de gravidez; C3 - As mulheres grávidas devem ter pelo menos 6 consultas de enfermagem; C4 - As mulheres inscritas na USF devem ter a citologia cervico-vaginal actualizada.

Analisando a tabela 3, relativamente ao nível de qualidade geral, os 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) utentes da amostra tinham a citologia actualizada; Critério 2, em que, 60 (IC 95%: 57,6-72,4) grávidas tiveram a 1ª consulta médica durante o 1º trimestre de gravidez e o critério 3, em que se constata que 45 (IC 95%: 32,4-57,6) mulheres tiveram pelo menos 6 consultas de enfermagem durante a gravidez.

3.2.- PRIORIDADES DE INTERVENÇÃO

Relativamente aos problemas de qualidade geral, o diagrama Pareto antes – depois (figura 1) permite identificar os principais problemas de qualidade e comparar os valores dos incumprimentos de cada um dos 4 critérios, nas duas avaliações realizadas, o que ajuda a decidir o que deve ser feito para continuar o ciclo de melhoria. Os critérios com maior problemas de qualidade “poucos vitais” devem ser priorizados⁷. Na primeira avaliação, dois critérios (critérios 2 e 3) destacaram-se por representar 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.

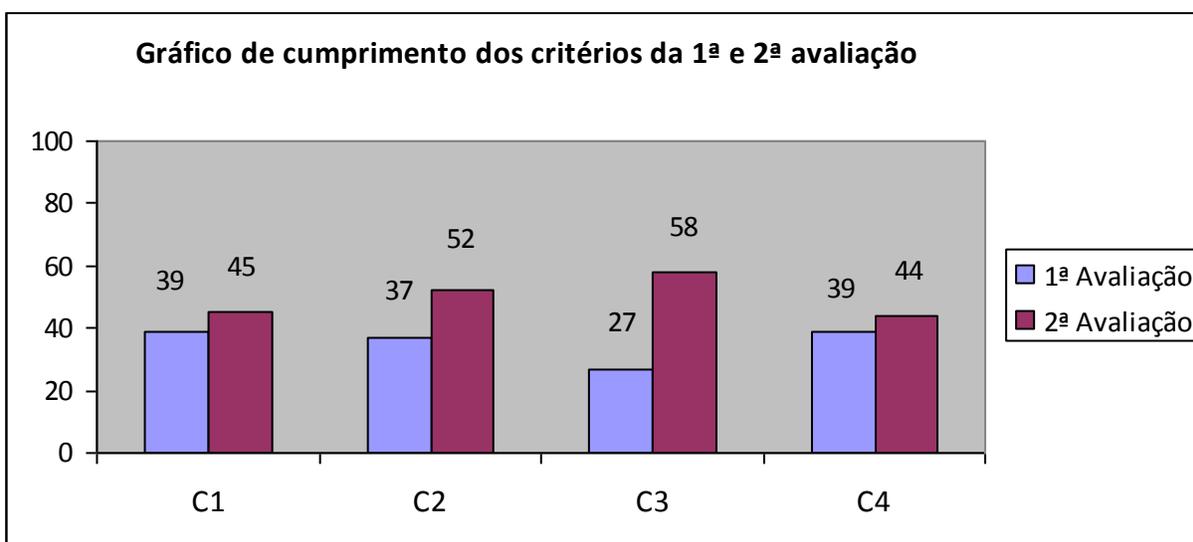


C1- As mulheres atendidas na USF devem realizar o exame periódico de saúde e/ou consulta de planeamento familiar; C2 - As mulheres grávidas devem realizar a 1ª consulta médica de vigilância durante o 1º trimestre de gravidez; C3 - As mulheres grávidas devem ter pelo menos 6 consultas de enfermagem; C4 - As mulheres inscritas na USF devem ter a citologia cervico-vaginal actualizada.

Figura 2 - Diagrama de Pareto antes e depois

3.3.- EFECTIVIDADE 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 ($p < 0,001$) em dois deles. A frequência absoluta de não conformidades diminuiu de 98 (primeira avaliação) para 41 (segunda avaliação), que corresponde a uma melhoria de 23,7.



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 1ª consulta médica de vigilância durante o 1º trimestre de gravidez; C3 - As mulheres grávidas devem ter pelo menos 6 consultas de enfermagem; C4 - As mulheres inscritas na USF devem ter a citologia cervico-vaginal actualizada.

Figura 3 – Gráfico de cumprimento dos critérios antes e depois da intervenção

O gráfico de cumprimento dos critérios antes e depois da intervenção (figura 3) demonstra que todos os critérios apresentaram um aumento da melhoria relativa que variou entre 23,7% e 93,8%. Os critérios C2 – As mulheres grávidas devem realizar a 1ª consulta médica de vigilância durante o 1º trimestre de gravidez e C3 - As mulheres grávidas devem ter pelo menos 6 consultas de enfermagem, alcançaram uma melhoria estatisticamente significativa $> 0,001$, com elevadas percentagens de cumprimento após a intervenção: C3- (IC 95%: 92-101,2) e C2- (IC 95%: 78-95,2). As melhorias absolutas e relativas existiram em todos os critérios, com maior destaque também nos critérios relativos à vigilância da saúde materna.

De forma global é interessante verificar uma diminuição de 57 (23,7%) incumprimentos entre as duas avaliações, que foram respectivamente: na avaliação inicial de 98 e na reavaliação de 41 incumprimentos, estes factos correspondem à área de melhoria identificada no Diagrama de Pareto, depois da intervenção. É de destacar o facto de só 2 mulheres da amostra não cumprirem o critério 3 - As mulheres grávidas devem ter pelo menos 6 consultas de enfermagem.

4 - DISCUSSÃO

Para o entendimento do que seja considerado um serviço com qualidade, deve-se partir da premissa de que os critérios de qualidade não são definitivos ou absolutos, uma vez que mudanças na evolução do conhecimento e da dinâmica social exigem novos olhares avaliativos²¹. Este estudo teve como finalidade determinar o nível de qualidade na adesão à vigilância de saúde da mulher em idade reprodutiva, 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 efectividade das medidas implementadas e identificação de novas oportunidades de melhoria. Na avaliação inicial, todos os critérios de qualidade revelam 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 em saúde dirigidas à vigilância da saúde da mulher, com a concretização efectiva de actividades de melhoria, tendo como base as 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 factor 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 e outras USF em Portugal. A consolidação da filosofia e estrutura de 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 sustentável⁴. 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 confiabilidade¹⁸.

A qualidade dos cuidados de saúde primários, deve ser avaliada considerando todas as dimensões: a dimensão da implementação de linhas de orientação baseadas nas evidências científicas; a dimensão das necessidades, dos valores e das prioridades de cada paciente; a dimensão da família e da comunidade envolvida no processo assistencial e de suporte do paciente; a dimensão dos serviços de saúde em que o acesso e a equidade se tornam-se critérios essenciais²³. Como principais descobertas chave nas estratégias de captação das mulheres à vigilância de saúde, a equipa da USF, incluiu no seu plano de acção para 2012, as

seguintes medidas de melhoria: Aproveitar todos os contactos das utentes para recomendar e informar acerca das respostas da USF em saúde da mulher, convocação activa 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, o 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 benefício²¹.

O Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) considera as alterações propostas para o sistema de saúde como uma oportunidade para analisar os serviços de saúde da mulher. O RCOG apresentou esta análise como resultado do trabalho de um grupo de peritos produzindo uma visão de cuidados de alta qualidade de saúde centrados nas mulheres, com enfoque numa abordagem holística ao longo do ciclo de vida. Os padrões de saúde devem ser consistentes, baseados em evidências e aplicáveis a todos os prestadores de cuidados; O cuidado deve ser: o cuidado certo, na hora certa, no lugar certo, e fornecido pela pessoa certa²².

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 económico. 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 6 ou mais consultas de enfermagem em saúde materna, percentagem de grávidas com revisão de puerpério efectuada e percentagem de visitas domiciliárias realizadas a puérperas vigiadas na Unidade durante a gravidez²³. É importante, também, a utilização de novos instrumentos de avaliação da qualidade dos serviços. Entre eles, o uso de indicadores epidemiológicos, como subsídio à avaliação dos resultados dos processos assistenciais. Uma excessiva atenção sobre um único aspecto pode prejudicar a qualidade, adverte Heath e seus colaboradores (Heath *et al.*, 2009), ou ainda o alcance da qualidade de todo o sistema. Por isso, é importante utilizar um sistema de indicadores que valorizem todas as dimensões do processo de produção da saúde: a eficácia clínica, a capacidade organizacional, a relação com o paciente, a promoção da saúde e a prevenção da doença, o trabalho interdisciplinar, etc.²⁴.

Numa abordagem integral à saúde da mulher dever-se-ia diversificar as variáveis em estudo que permitissem identificar principais factores de morbilidade e mortalidade, nomeadamente as doenças cardiovasculares e o cancro, principais causas de morte em Portugal, embora os estudos epidemiológicos, ao longo dos anos, venham demonstrando uma elevada morbimortalidade associada a patologia específica da mulher¹³. Uma mulher adulta saudável deve realizar um exame periódico de saúde e/ou consulta de planeamento familiar anual. A anamnese e os registos contemplam: Factores de risco identificados, hábitos alimentares, tabagicos, alcoólicos, prática de exercício físico, tensão arterial, dislipidémia, comportamentos sexuais de risco e a informação fornecida sobre os factores de risco e promoção de atitude preventiva; Contracepção: 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 actualizada¹¹.

As mulheres merecem um serviço de saúde que se concentre em torno das suas necessidades, seguro eficaz e que atenda às suas expectativas. Além disso, o serviço deve ser eficiente, local e em que a escolha informada da mulher seja respeitada, sempre que possível. Existe uma janela enorme de oportunidades para a mudança na abordagem da saúde feminina, estruturada na promoção da saúde e prevenção da doença, ao invés da centralização em cuidados secundários e terciários, nomeadamente nos cuidados obstétricos nos serviços de urgência. Urge a mudança de paradigma para os cuidados na comunidade, profissionais detentores das competências adequadas e necessárias, instalações adequadas e uma organização dos cuidados centrada na mulher, garantindo um atendimento / acompanhamento multiprofissional e multidisciplinar garantindo o melhor nível de cuidados e custo – benefício¹¹. Os cuidados de saúde da mulher devem ser organizados de forma oportunística, utilizando cada interacção que a mulher tem com o serviço de saúde, independentemente da idade, para promover a saúde e o estilo de vida, 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 saúde¹¹.

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 actores na produção da saúde¹¹. Todavia, a preocupação com a qualidade dos serviços de saúde impõem-se, cada vez mais, na agenda nacional e internacional e nos debates sobre as reformas dos sistemas de saúde. Trata-se de um processo gradual e diferenciado, com avanços e regressões, que implica uma reconfiguração das relações entre profissionais e utentes, entre procura e oferta de cuidados de saúde, que pode ser afectado, também, pela variação associada às desigualdades em saúde⁸. Quando se trata de processo, objectiva-se analisar o “fazer” dos

profissionais de saúde, na condução dos cuidados e na interação com os pacientes. Enfim, o resultado volta-se para o estudo dos efeitos e consequências das intervenções, utilizando taxas, indicadores, parâmetros de saúde e de satisfação dos utentes.

Para a OMS, adesão é um fenómeno multidimensional determinado pela interação de cinco factores, denominados como “dimensões”, no qual os factores relacionados ao paciente são apenas um determinante, para além do sistema e equipa de saúde, factores socioeconómicos, relacionados com a doença e com o tratamento²⁰. A fraca adesão às consultas afecta 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 existentes¹³. Os profissionais tendem a abordar a questão da adesão/não - adesão somente sob suas perspectivas, ignorando as do paciente. Culturalmente existe dificuldade em considerar a variabilidade dos comportamentos que diferem das suas prescrições. Agindo assim, distanciam-se das acções 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 idéias 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 sua eficácia na melhora ou efetivação da adesão dos pacientes²⁶. Os resultados do ciclo de melhoria na adesão à vigilância da saúde da mulher vêm comprovar a percepção da equipa quanto à dificuldade da adesão das mulheres ao exame periódico de saúde e à realização de citologia, justifica também a necessidade sentida para a melhor compreensão deste fenómeno. No intuito de explorar a percepção das mulheres, a equipa realizou um estudo sobre a “Avaliação da Adesão à Citologia” para melhor perceber o problema. Culpar os outros pelas falhas faz parte da natureza humana e os profissionais de saúde, como seres humanos, não são diferentes. Na realidade, há que se considerar a co - responsabilidade 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 condições²⁶.

O presente estudo teve como limitação a utilização de uma amostra da população alvo, não sendo totalmente representativa da população neste grupo etário, para tal, existia necessidade de estudar o universo total, que 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

registro do exame periódico de saúde da mulher como consulta de saúde do adulto em vez de consulta de planejamento 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 utentes.

Este estudo sugere que a utilização de cuidados preventivos pelas mulheres na USF Loure Saudável, tem uma variabilidade apreciável entre os diferentes cuidados. A equipa de saúde da família, além de acompanhar os utilizadores por meio de consultas, executa ações preventivas através da promoção da saúde e da proteção específica. Dessa forma, aproxima-se do paradigma da vigilância em saúde, que resulta da combinação de três tipos de ações: a promoção da saúde e a prevenção da doença²⁶. Não será demais frisar, que estes resultados não devem ser inferidos acriticamente para a população portuguesa do sexo feminino. Contudo, apesar das limitações metodológicas e da eventual imprecisão de alguns valores, perspectivando-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 saúde²⁷.

Apesar de fragilidades de algumas das estimativas, apresentam-se os resultados do estudo convictos 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 efectiva em programas preventivos. É essencial a incrementação de 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. É de extrema importância a monitorização sistemática dos critérios submetidos ao ciclo de melhoria para que seja possível assegurar que a melhoria permanece, para além, da identificação de situações problemáticas que necessitam de análise sobre as causas de qualidade deficiente.

5 – CONCLUSÃO

O início do ciclo de avaliação sobre a qualidade da vigilância de saúde da mulher em idade reprodutiva, na USF LoureSaudável 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 efectiva das actividades, tendo 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 efectivos e redução potencial de anos de vida perdidos, para as mulheres utilizadoras da USF LoureSaudável.

6 – BIBLIOGRAFIA

- 1 - Juran JM, Gryna FM, Bingham RS. Manual de control de la calidad. 2ª ed. Barcelona: Reverté, 1990.
- 2 – Deming WE. Calidad, productividad y competitividad. La salida de la crisis. Madrid: Diaz de Santos, 1989. Cap.6.
- 3 – Ishikawa K. What is quality control? The Japanese way. Prentice-Hall. [S.I.]: Englewood Cliffs, 1985. Cap.3.
- 4 – Gascón Cánovas JJ, Saturno PJ, Antón Botella JJ. Effectiveness of internal quality assurance programmes in improving clinical practice and reducing costs. Journal compilation Blackwell Publishing Ltd, Journal of Evaluation in Clinical Practice 15, 2009, ISSN 1356-1294 813–819 p.
- 5 – Saturno PJ, Congresso Internacional de Qualidade em Serviços e Sistemas de Saúde, Comunicação, Qualidade e Segurança, Revista do GV saúde da FGV-EAESP. Edição Especial. São Paulo: 2011, 16-18 p. [acesso em 17 de Maio de 2012].
Disponível em: http://site.qualihosp.com.br/mac/upload/arquivo/Revista_QualiHosp_2011.pdf.
- 6 – Queiroz Almeida DM, Brito Caldas EMC, Patriota Alves PSB. Potencialidades e fragilidades na rede de atenção à saúde da mulher no município de Tabira. J Manag Prim Health Care, Brasil: 2012, 3(1)3-6 p.
- 7 - Saturno, P J Cómo definimos calidad. Opciones y características de los diversos enfoques y su importancia par los programas de gestión de la calidad. Manual del Master en gestión de la calidad en los servicios de salud. Módulo 1: CONCEPTOS BÁSICOS. Unidad Temática 1. 2ª Ed. Universidad de Murcia, 2008. ISBN: 978-84-8371-752-3. Depósito Legal: MU-1653-2008. Tradução por Gama ZAS. Revisto em Setembro de 2009.
- 8 - Donabedian, A. Exploration in Quality Assessment and Monitoring. Vol I: Definitions of Quality and Approaches to its Assessment. [S.I.]: Health Administration Press. Ann Arbor,1980.

9 – European Guidelines for Quality Assurance Cervical Cancer Screening European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening / ed. lit. M. Arbyn...[et al.]. - 2ª ed. - Brussels : European Commission, 2008. - XXXII, 291 p. il. ISBN 978-92-79-07698-5.

10 - Orientações Técnicas da Direcção Geral da Saúde, divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes, Circular Normativa n.º 2/DSMIA . Portugal: Direcção-Geral da Saúde.2007. 1-5 p.

11 - Ministério da Saúde. Programa Nacional de Saúde Reprodutiva. Prestação de cuidados pré-concepcionais. Portugal: Direcção-Geral da Saúde. 2006. [acesso em 19-04-2012]. 1-43 p.
Disponível em: <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/>.

12 – Ministério da Saúde. Portugal. Portaria 1368/2007, Diário da República nº 201, II Série, de 18 de Outubro de 2007. 7655-7559 p.

13 - PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde.Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos. - Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2004. - 2 v. ISBN 972-675-109-8 (Vol. I), ISBN 972-675-110-1 (Vol. II) [acesso em 19-06-2012]. Disponível em: <http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/capa.html>.

14 - Justin A, Bernard G, Harry C et al: O Papel do Médico de Familiar e Uma descrição das Competências Nucleares do Médico de Família. WONCA EUROPA, Barcelona: Sociedade Europeia de Clínica Geral /Medicina Familiar, 2002.

15 - WHO Ministerial Conference on Nursing and Midwifery in Europe , 2, Copenhagen, 17 June, 2000 — Munich Declaration : nurses and midwives :a force for health. Copenhagen : WHO, 2000 (EUR/00/5019309/6).

16 - Portugal. Ministério da Saúde. Cuidados de saúde primários. Guião de apoio à preparação de candidaturas a unidades de saúde familiares – Modelo A. 2010. 1-19 p.[acesso em 19-06-2012].
Disponível em: http://www.mcsp.min-saude.pt/lmgs/content/page_46/guiaoapoiocandidaturasusf.pdf.

17 – Portugal. Ministério da Saúde. Cuidados de saúde primários – Agora, mais do que nunca. [acesso em 19-06-2012].

Disponível em: http://www.mcsp.min-saude.pt/lmgs/content/page_46/AutoAvaliaca_ModeloB.pdf.

18 - Saturno, P. J. et al. : Manual del Master en gestión de la calidad en los servicios de salud. Módulo 3: Actividades básicas para la mejora continua: Métodos y herramientas para la realización de ciclos de mejora. Unidad Temática 10, 11, 12, 13 y 14, 15, 16, 17, 18, 1ª Ed. Universidad de Murcia, 2008. ISBN: 978-84-8371-754-7. Depósito Legal: MU-1655-2008. Tradução por Gama ZAS.

19 - WHO. Reproductive health strategy. Geneva: World Health Organization, 2004 -International Association for Health Impact Assessment. Health International Best Practice Principles. Geneva: IAIA Special Publication. Series No. 5, 2006.

20 - WHO Evaluation of the National Health Plan of Portugal (2004–2010). Cálculo de Indicadores do Desempenho. Ministério da Saúde, Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Copenhagen: Fevereiro de 2010. 1-56 p.

21 – Maia, C S. Percepções sobre qualidade de serviços que atendem à saúde da mulher, Ciências e Saúde Colectiva. 16 (5), 2567-2574, 1-10p.,2011.

22 -Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. High Quality Women’s Health Care: A proposal for change, Expert Advisory Group Report.27 Sussex Place, Regent’s Park, London: NW1 4RG, 2011.

23 – Ministério da Saúde. ACSS. Cálculo de indicadores de desempenho – un. Saúde familiar e un. Cuidados de saúde personalizados, critérios a observar na sua implementação, Portugal: revisto em 19 de Fevereiro de 2010.[acesso em 19-06-2012].

Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/C%C3%A1lculoIndicadoresDesempenho.pdf>.

24 - Heath I, Rubinstein A, Stange K C and L. van Driel M. Quality in primary health care: A multidimensional approach to complexity, BMJ, 338., b1242, 2009.

25 - Cabedo Rodrigues LM. Abordagem às doenças sexualmente transmissíveis em unidades básicas de saúde da família. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa: Cogitare Enferm., 2011.63-69p.,2011

26 - Reiners AAO. Interação profissional de saúde e usuário hipertenso: contribuição para a não-adesão ao regime terapêutico [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2005.

27 - Organização Mundial da Saúde: Cuidados de Saúde Primários – Agora Mais Que Nunca, Relatório Mundial de Saúde 2008.