Avaliação e melhoria contínua da qualidade

Contraceção e tabagismo – Avaliação e melhoria contínua da qualidade numa Unidade de Saúde Familiar

por Marta Fernandes[1], Eva Gomes[1], Renata Morais[1], Rui Campos[1]

1. Internos de Medicina Geral e Familiar da USF Nova Via, ACeS Espinho/Gaia

RESUMO

Introdução: A consulta de Planeamento Familiar (PF) proporciona uma oportunidade para informar sobre métodos contracetivos adequados. Essa escolha cabe ao casal, tendo em conta a segurança do método, nomeadamente a sua adequação na presença de fatores de risco como o tabagismo, que em associação com a contraceção hormonal combinada (CHC) em mulheres com idade superior a 35 anos acarreta um aumento do risco cardiovascular. Este trabalho surgiu da constatação empírica de que havia várias mulheres fumadoras na Unidade de Saúde Familiar (USF) Nova Via que estavam sob CHC.

Objetivos: Avaliação e melhoria contínua dos registos do método contracetivo e da utilização de CHC em mulheres fumadoras entre os 36 e os 54 anos, e da abordagem da cessação tabágica e/ou tentativa de alteração do método contracetivo nessas mulheres utilizadoras de CHC.

Tipo de estudo: observacional transversal, analítico, de melhoria contínua da qualidade. **Dimensão:** qualidade técnico-científica. **Unidade de estudo:** mulheres fumadoras entre os 36 e 54 anos, inscritas na Unidade de Saúde Familiar (USF). **Local:** USF Nova Via. **Tipo de dados:** de processo. **Colheita de dados:** 30/04/2013. T**ratamento dos dados:** Microsoft Excel 2010®. **Tipo de avaliação:** interna e retrospetiva. **Tipo de intervenção:** educacional. **Reavaliação:** 30/09/2013. **Meta:** qualquer melhoria dos registos estatisticamente significativa.

Resultados: Primeira avaliação: incluídas 619 mulheres, das quais 95% tinham registo do método contracetivo; destas, 26% estavam sob CHC. A tentativa de mudança comportamental foi realizada em 11% destas. Na reavaliação, de 633 mulheres, verificou-se a melhoria do registo do método contracetivo que subiu para 98% ($p<0,005$), a diminuição da prescrição de CHC para 12% ($p<0,001$) e 1% de aumento na tentativa de mudança comportamental que foi registada em 12% dos casos ($p=0,99$).

Conclusão: Houve uma melhoria estatisticamente significativa nos dois primeiros objetivos, o que poderá estar relacionado com a eficácia das medidas corretoras implementadas. A equipa decidiu que ainda há espaço para melhorar tendo definido novamente como meta qualquer melhoria estatisticamente significativa. As medidas corretoras serão reforçadas e adaptadas às necessidades da equipa.

Palavras-chave: Contraceção, Tabagismo, Melhoria da qualidade.

INTRODUÇÃO

Segundo o Programa Nacional de Saúde Reprodutiva da Direção-Geral da Saúde (DGS) "a Saúde Reprodutiva é um estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença"[1], e as orientações técnicas de Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar (PF) da DGS preconizam que as mulheres em idade fértil até aos 54 anos possam usufruir das consultas de PF e que devem ser especialmente orientadas aquelas que apresentem doença crónica que contraindique uma gravidez não programada.[1]

Segundo o Consenso sobre Contraceção de 2011 pela Sociedade Portuguesa de Ginecologia, existem condições médicas em que o uso de alguns contracetivos é suscetível de aumentar os riscos para a saúde.[2] Assim, vários fatores devem ser analisados cabendo aos profissionais de saúde o esclarecimento acerca dos benefícios e riscos relativamente a cada um dos métodos contracetivos.

Em Portugal, a contraceção oral combinada é a mais frequentemente utilizada (65,9%).[2] Contudo, a contraceção hormonal combinada (CHC) também está disponível sob a forma transdérmica e em anel vaginal.

O uso de CHC está associado a um ligeiro aumento do risco relativo de enfarte do miocárdio na ausência de outros fatores de risco, sendo que esse risco em mulheres fumadoras está aumentado especialmente após os 35 anos.[2,3]

Assim, o uso de CHC em mulheres fumadoras está contraindicado dado estar associado a um risco aumentado de doença cardiovascular.[2] Sendo a sua utilização contraindicada, a sua suspensão deve ser realizada,[2] bem como incentivada a cessação tabágica.

Tendo os autores constatado que havia várias mulheres fumadoras da Unidade de Saúde Familiar (USF) Nova Via que estavam sob CHC – prática que deveria ser alterada uma vez que aumenta o risco cardiovascular destas mulheres e existirem alternativas mais seguras – sentiram a necessidade de avaliar a adequação dos métodos contracetivos utilizados neste grupo de mulheres na sua USF, de modo a corrigir práticas menos seguras e a uniformizar o modo de atuação da equipa da USF de forma a garantir a melhoria contínua dos cuidados de saúde prestados às suas utentes. A situação foi discutida em reunião de equipa durante o mês de abril de 2013, tendo sido reconhecida a pertinência do tema.

OBJETIVOS

Este trabalho teve como objetivos a avaliação e melhoria contínua dos registos: 1) do método contracetivo no programa de PF nas mulheres fumadoras com 36 a 54 anos; 2) da utilização de CHC em mulheres fumadoras entre 36 e 54 anos; 3) da abordagem da cessação tabágica e/ou proposta de alteração do método contracetivo nas mulheres fumadoras com 36-54 anos utilizadoras de CHC.

METODOLOGIA

Tipo de estudo: observacional, transversal, analítico.Tipo

de avaliação: interna e retrospetiva. Dimensão estudada: qualidade técnico-científica dos registos médicos. População: mulheres entre 36-54 anos, fumadoras, inscritas na USF Nova Via. Amostra: toda a população que não apresentasse os seguintes critérios de exclusão: a) ausência de programa de PF aberto; b) menopausa; c) histerectomizadas; d) grávidas ou mulheres em preconceção; e) mulheres com inscrição esporádica na USF. Unidades de estudo: utentes - mulheres dos 36 aos 54 anos, com registo clínico de "Abuso de tabaco" na lista de problemas (código P17 da International Classification of Primary Care, second edition – ICPC-2),[4] inscritas na USF Nova Via nas listas dos 9 Médicos de Família (MF) com programa de PF aberto do Sistema de Apoio ao Médico (SAM®); profissionais - registos de todos os MF da USF Nova Via. Tipo de dados: de processo. Fonte de dados: SAM® e Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais (MIM@UF®). Período temporal: primeira avaliação - de janeiro de 2012 até abril de 2013; reavaliação - de maio de 2013 (após a apresentação dos resultados da primeira avaliação) a setembro de 2013. Colheita de dados: os dados foram colhidos pelos autores em duas fases: 30/04/2013 para a primeira avaliação e 30/09/2013 para a reavaliação, uma vez que em reunião de equipa se concluiu por avaliações dos anos anteriores que o número de consulta de PF na USF Nova Via começa a estabilizar a partir de outubro, pelo que seria uma boa altura para averiguar o efeito das medidas corretoras implementadas.

Retirou-se no MIM@UF® a listagem de mulheres entre os 36 e 54 anos com o código P17 ("Abuso de tabaco"), como problema ativo. Foram consultados os processos individualmente no SAM® e verificou-se, em todas as utentes que tinham o programa de PF aberto, o registo do método contracetivo, em local próprio. Na versão do programa utilizado não foi possível verificar a atualização do método.

Quando havia registada CHC foi pesquisado no local de escrita livre "P" (Plano) do SAM® ou nas notas do programa de PF a descrição de algum tipo de abordagem sobre a cessação tabágica e/ou proposta para a mudança de método contracetivo, ou apenas a codificação P45 e/ou o P58 no "P" do SAM®.

As mulheres em menopausa, histerectomizadas ou em preconceção, foram identificadas através do registo destas condições no programa de PF, no campo destinado à justificação da interrupção do método. As mulheres grávidas foram identificadas através do programa de Saúde Materna aberto ou foi verificada informação sobre esta situação em texto livre no SAM®.

Os dados foram registados em base de dados construída pelos autores no software Microsoft Excel 2010®. A análise estatística dos dados foi efetuada recorrendo ao software Microsoft Excel 2010® e a análise inferencial dos dados recorrendo ao teste de Qui-quadrado, usando um nível de significância de 5%.

Critérios de avaliação:

- Taxa de registo do método contracetivo no programa de PF nas mulheres fumadoras com 36 a 54 anos;
- Percentagem de utilização de CHC em mulheres fumadoras com 36-54 anos;
- Taxa de registo da abordagem da cessação tabágica e/ou proposta para alteração do método contracetivo nas mulheres fumadoras com 36-54 anos e utilizadoras de CHC.

Padrões de qualidade e metas: optou-se por não se aplicar padrões de qualidade, pois após pesquisa bibliográfica não foi encontrado nenhum estudo que fornecesse informação suficiente para definir os mesmos. A equipa optou por definir que a sua meta seria qualquer melhoria estatisticamente significativa em qualquer dos critérios. Intervenção: educacional, descrita adiante neste trabalho.

Considerações éticas: a base de dados construída pelos autores foi protegida por password conhecida apenas pelos investigadores, de modo a garantir a confidencialidade dos dados. Esta não apresenta nenhum elemento identificativo das utentes de modo a garantir o anonimato. A realização deste trabalho foi aceite pelos profissionais da USF Nova Via, onde foi realizado, tendo sido igualmente autorizada pelo coordenador da USF.

RESULTADOS

A primeira avaliação incluiu 664 mulheres fumadoras entre 36 e 54 anos, excluindo 45 mulheres, tendo sido avaliadas 619; na reavaliação foram encontradas 697 mulheres fumadoras entre 36 e 54 anos, tendo sido avaliadas 633 (excluídas 64).

A distribuição etária foi semelhante nas duas avaliações (Figura 1).

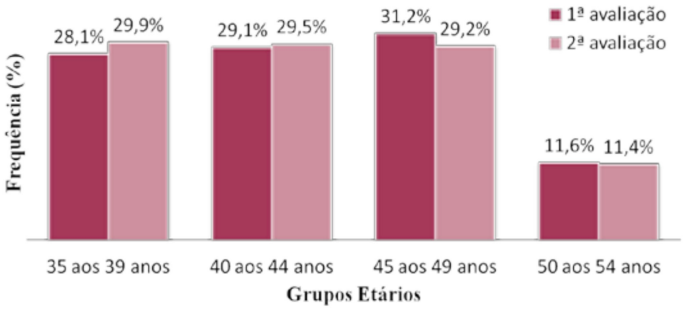

Figura 1 – Distribuição das mulheres avaliadas por faixa etária

Do total de mulheres avaliadas na primeira avaliação, 95% (n=586) apresentava o registo do método contracetivo no programa de PF; na reavaliação este valor subiu para 98% (n=620) (p<0,005) (Figura 2).

Figura 2 – Distribuição das mulheres que tinham registo do método contracetivo no processo clínico, na primeira avaliação e na reavaliação

Das 586 mulheres que apresentavam registo do método contracetivo na primeira avaliação, 26% (n=151) tinha registado CHC, enquanto das 620 mulheres que apresentavam registo do método contracetivo na reavaliação, apenas 12% (n=74) tinham registado CHC, verificando-se, portanto, uma diminuição do uso de CHC nestas mulheres relativamente à primeira avaliação (p <0,001) (Figura 3).
Das 151 mulheres a fazer CHC na primeira avaliação, em apenas 11% (n=17) foi registada no processo clínico a tentativa de mudança de método contracetivo ou intervenção para cessação tabágica; relativamente à reavaliação, das 74 mulheres a fazer CHC, apenas em 12% (n=9) estava presente esse registo (Figura 4). Verifica-se, assim, que a melhoria observada foi muito discreta (p=0,99) e apenas em termos percentuais.

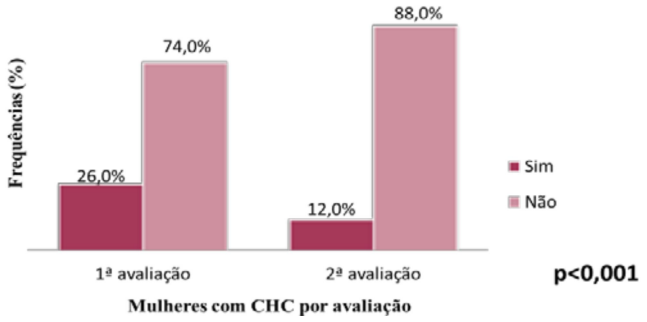

Figura 3 – Distribuição das mulheres que tinham registado como método contracetivo CHC (contraceção hormonal combinada), na primeira avaliação e na reavaliação

Figura 4 – Distribuição das mulheres com registo de contracetivo hormonal combinado no processo clínico, a quem foi tentada a mudança de comportamento (mudança de método contracetivo e/ou cessação tabágica)

Intervenção: após a primeira avaliação, os resultados foram apresentados na reunião multidisciplinar da USF Nova Via, na segunda semana de maio de 2013, e discutidos com os profissionais avaliados, tendo-se definido e acordado que havia lugar à melhoria dos resultados até a próxima avaliação, sendo a meta qualquer melhoria estatisticamente significativa em qualquer um dos critérios.
Foi abordado o risco da utilização de CHC em mulheres fumadoras com mais de 35 anos e a importância dos registos clínicos. Foram ainda fornecidos os casos "mulheres fumadoras entre os 36-54 anos utilizadoras de CHC" a cada MF. Foram discutidas as possíveis dúvidas e resistências, nomeadamente no que respeita ao local onde registar a intervenção para a cessação tabágica e/ou tentativa de mudança do método contracetivo, de modo a uniformizar os procedimentos e registos.
Foi aceite por toda a equipa o seguinte:
- Atualização do método contracetivo no programa de PF do SAM®, em local próprio para o efeito, pelo menos de 3/3 anos;
- Atualização do problema P17 da ICPC-2 ("Abuso do tabaco") pelo menos anualmente para que o registo das fumadoras ativas seja o mais real possível;
- Uniformização do local de registo da intervenção para a cessação tabágica – registar no campo de notas do programa de PF ou no Plano da consulta em texto livre e aplicando o código P58 ("Aconselhamento terapêutico/ escuta terapêutica") ou P45 ("Observação / educação para a saúde/ aconselhamento/ dieta");
Uniformização do local de registo da intervenção para a mudança do método contracetivo ou do registo sempre que alguma das intervenções anteriores for recusada pela utente – registar no campo de notas do programa de PF ou no Plano da consulta em texto livre.
Verificou-se que um dos problemas poderia ser a falta de tempo/ esquecimento por parte dos MF em abordar o tema da contraceção e tabagismo quando a consulta tivesse vários motivos. Decidiu-se então em reunião colocar memorandos nos computadores de todos os gabinetes médicos e de enfermagem (Figura 5). Estes memorandos foram realizados pelos autores e colocados em local visível na região inferior do ecrã do computador de cada gabinete. Apesar de os enfermeiros não fazerem parte da unidade de estudo, os autores optaram por colocar também memorandos

Figura 5 – Memorando colocado no computador de cada gabinete

nos seus gabinetes pois são eles que ao fornecerem o contracetivo à utente, se apercebem desta situação, devendo agendar uma consulta médica. Os autores verificaram mensalmente a presença do memorando nos computadores de cada gabinete.
Após a reavaliação, os resultados foram novamente apresentados em reunião multiprofissional na primeira semana de novembro de 2013 e apesar de a equipa ter ficado satisfeita verificou-se que ainda havia motivação para melhorar nomeadamente no que diz respeito aos registos da tentativa de cessação tabágica e/ou proposta de mudança do método contracetivo. Nesse sentido, foi debatida prin-

cipalmente esta problemática e verificou-se que, apesar de os clínicos tomarem as devidas atitudes ainda se esquecem muitas vezes de registar. Por este motivo os autores fizeram novo reforço educacional, voltando a insistir na uniformização do local dos registos, e criaram um novo memorando, mais visível e apelativo, colocado no ambiente de trabalho do computador de cada gabinete médico e de enfermagem, dirigido especificamente a este ponto (Figura 6), tendo-se proposto uma nova reavaliação dentro de 24 meses, uma vez que, perante os resultados obtidos, os profissionais consideraram mais vantajoso ampliar o tempo entre as avaliações. Ficou ainda definido relembrar o tema e as medidas corretoras semestralmente até à nova reavaliação nas reuniões de serviço, bem como realizar uma verificação trimestral, pelos autores, relativamente à presença do novo memorando nos computadores de cada gabinete.

DISCUSSÃO

Analisando os resultados obtidos verificou-se que os primeiros dois critérios apresentaram uma melhoria estatisticamente significativa na reavaliação e que relativamente ao terceiro critério a melhoria foi discreta e estatisticamente não significativa.

Assim, relativamente ao registo do método contracetivo no programa de PF do SAM®, apesar do resultado na primeira avaliação já ser considerado bom pela equipa da USF, o facto de ainda ter havido espaço para uma melhoria na reavaliação poderá evidenciar que as medidas corretoras puderam ter alguma influência, mostrando por parte dos profissionais um maior rigor nos registos, que se pretende que seja mantido.

Quanto à utilização de CHC por mulheres fumadoras com mais de 35 anos, a reavaliação mostrou uma diminuição da utilização de CHC registada. Relativamente a este ponto, e sendo este um estudo baseado em registos, coloca-se a hipótese (de acordo com o que também foi discutido em reunião) de esta melhoria se poder dever não só à melhoria da prática clínica, mas também à melhoria de registos.

Figura 6 – Memorando colocado no ambiente de trabalho dos computadores de cada gabinete após a reavaliação

Quanto ao terceiro critério, ou seja, à tentativa de mudança de comportamento, a melhoria foi discreta. Também neste ponto se coloca a hipótese de o médico ter feito a tentativa de mudança de comportamento e, por algum motivo, não ter efetuado o registo no processo clínico no caso de a mulher/casal ter ficado a pensar na mudança ou ter mesmo recusado. Visto não haver um local específico para este tipo de registos torna-se mais difícil que os MF se lembrem de os fazer. A criação de um memorando mais apelativo foi uma medida criada após a reavaliação que visa a melhoria deste critério específico (Figura 6).

Após a implementação das medidas corretoras, os autores colocam a hipótese de que o espaço temporal entre a avaliação e a reavaliação possa ter sido insuficiente para abranger a maioria das mulheres em consulta de PF, pelo que consideram que alguns dos registos poderiam ainda não ter sido corrigidos à data da reavaliação e, portanto, admitem que o espaço de tempo decorrido entre as duas avaliações possa ter sido curto, constituindo outra limitação. Para ultrapassar esta limitação, ficou decidido na reunião de serviço da USF após a reavaliação, o alargamento do período da nova reavaliação para 24 meses.

Mais uma vez, os autores realçam que o facto do presente estudo ser baseado apenas em registos pode constituir um viés de informação, uma vez que os registos podem não estar atualizados ou não terem sido realizados como já foi referido anteriormente. Este facto pode ter originado resultados sobrevalorizados (uma vez que alguns casos poderão ter melhorado na reavaliação pela atualização dos registos do SAM® e não necessariamente por uma mudança de comportamento) ou subvalorizados (uma vez que o médico poderá ter tentado a alteração do método contracetivo ou realizado uma intervenção para a cessação tabágica e não o ter registado).

Este estudo apresenta como pontos fortes a fácil implementação das medidas corretoras. As medidas aplicadas não implicam custos materiais nem tempo significativo e implicam ganhos em saúde da população.

Para o futuro é importante continuar a reforçar as medidas corretoras, nomeadamente incentivar o preenchimento correto e atualizado do programa de PF, tendo em conta a problemática do tabagismo na escolha do método contracetivo, bem como reforçar o registo uniformizado das intervenções de tentativas de mudança de comportamentos, mesmo quando recusadas pelas mulheres, de forma a criar um acesso mais fácil e fidedigno da informação clínica para novas reavaliações futuras.

BIBLIOGRAFIA

1. Saúde Reprodutiva – Planeamento Familiar. Programa Nacional de Saúde Reprodutiva. Lisboa, Direcção-Geral da Saúde, 2008.
2. Consenso sobre contracepção 2011. Sociedade Portuguesa de Ginecologia 2011
3. Fernandes G. Contracepção Oral. MGF 2000 – cap. 38
4. WONCA, Comissão Internacional de Classificações da. ICPC-2, International Classification of Primary Care – second edition. ACSS-APMCG 2011.

CONFLITOS DE INTERESSE

As autoras declaram não possuir conflitos de interesse.