



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Faculdade Ciências da Saúde

**Avaliação da prática clínica do registo de factores
de risco cardiovascular no internamento
hospitalar**

Estudo transversal num hospital português

Cláudia Bela Velosa Faria

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(ciclo de estudos integrado)

Orientador: Mestre Sofia Belo Ravara

Covilhã, Maio de 2012

“I am not young enough to know everything”

Oscar Wilde

Agradecimentos

À minha orientadora, Dra. Sofia Ravara, por toda a disponibilidade, apoio e entusiasmo contagiante em cada reunião. Um muito obrigado pelo incentivo sincero que nunca me fez desistir.

Aos meus pais que, mesmo longe, sempre estiveram tão perto. Pelo apoio incondicional, pela presença de espírito, por me guiarem sempre para o melhor caminho.

Ao Énio pela paciência, incentivo e carinho em todos os momentos.

À Inês Zão, à Rita Ivo, Amélia Pita e Sílvia Martins por todos os momentos, pela ajuda e amizade constantes.

À minha colega, Ana Lucas, pelo companheirismo nesta caminhada.

Resumo

Introdução: O registo de todos os eventos clínicos, morbilidades e comorbilidades quer durante o internamento, quer em ambulatório permite uma melhor prevenção e tratamento das doenças crónicas. A presença de informação válida nos registos médicos e de enfermagem sobre os factores de risco cardiovascular e de doença crónica é importante para a redução do enorme impacto e custos socioeconómicos actualmente associados às doenças crónicas. O principal objectivo desta investigação é avaliar a prática clínica no que diz respeito ao registo do tabagismo e de outros factores de risco cardiovascular e de doença crónica pelos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) durante o internamento no Centro Hospitalar Cova da Beira.

Metodologia: Estudo observacional, transversal e descritivo. Foram analisados os processos clínicos dos indivíduos internados quanto ao registo dos factores de risco cardiovascular. Os indivíduos colaboradores foram questionados sobre o seu comportamento tabágico para avaliar a concordância deste factor de risco com os registos. Os dados foram analisados estatisticamente através do *Software Package for Social Sciences 17.0*[®] para Windows[®]. Foi realizada uma análise bivariável através dos testes de McNemar e Chi-quadrado para comparar variáveis categóricas.

Resultados: Foram analisados 289 processos dos quais 151 (52,2%) eram do sexo masculino e 138 (47,8%) eram do sexo feminino. A média de idades foi de 69,6 ± 15,93 anos. Os factores de risco mais registados pelos médicos no internamento foram a hipertensão arterial (37,4%) e a diabetes mellitus tipo 2 (22,1%). Verificou-se um maior registo de factores como a hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2 por parte dos médicos, e do álcool e sedentarismo por parte dos enfermeiros, sendo estas diferenças estatisticamente significativas (p=0,001). Dos 151 indivíduos colaboradores, 13,9% afirmou ser fumador mas apenas 2% teve este comportamento tabágico registado no seu processo clínico. A idade <55 anos influencia o registo de factores como o tabagismo e o álcool (p=0,001). O registo do tabagismo foi de 6,9% para as especialidades médicas, 7,3% para as cirúrgicas e 0% na psiquiatria, a especialidade com maior prevalência de fumadores (62,5%).

Conclusão: O registo clínico electrónico é importante na medida em que permite uma melhor abordagem individual na promoção da saúde. Neste centro hospitalar verificou-se que o registo clínico da presença/ausência dos factores de risco cardiovascular pelos médicos e enfermeiros no internamento foi muito inferior ao desejável.

Palavras-chave

Registo clínico electrónico; tabagismo; factores de risco cardiovascular; prática clínica; internamento hospitalar

Abstract

Background: The clinical record of every medical event, morbidities e co morbidities in the internment allows a better prevention and treatment of chronic diseases. The presence of valid information in medical and nursing clinical records about cardiovascular and chronic disease risk factors is very important because it allows the reduction of the socioeconomic impact costs. The main objective of this investigation is to evaluate clinical practice as regards the record of smoking and other cardiovascular risk factors by physicians and nurses during the internment in Centro Hospitalar Cova da Beira.

Methods: Cross sectional observational study. It was analyzed the clinical process of every hospitalized individuals regarding the record of cardiovascular risk factors. The cooperating individuals where questioned about their smoking behavior in order to evaluate the concordance of this risk factor with the records. Data were statistically analyzed by *Software Package for Social Sciences 17.0® for Windows®*. Bivariable analysis where conducted using chi-square and McNemar testes to compare categorical variables.

Results: A total of 289 clinical processes were analyzed. 151 (52,2%) were mal and 138 (47,8%) were female. Mean age was $69,6 \pm 15,93$ years. HTA (37,4%) and DM 2 (22,1%) were the most recorded risk factors by physicians. Differences in the record of HTA, DM 2, alcohol and inactivity between physicians and nurses were statistically significant ($p=0,001$). Age <55 years affects the record of smoking and alcohol ingestion ($p=0,001$). Of the 151 individuals cooperating, 13.9% reported being a smoker but only 2% had this smoking behavior recorded in their medical file. Smoking records were 6,9% for medical specialties, 7,3% for surgical specialties and 0% in psychiatry, where the was the highest smoking prevalence (62,5%).

Conclusions: The medical clinical record allows a better individual approach in the promotion of health. In this hospital, the medical and nursing clinical records of cardiovascular risks were by far inferior than the expected.

Keywords

Medical clinical record; smoking; cardiovascular risk factors; clinical practice; hospitalized patients

Índice

Agradecimentos	v
Resumo	vii
Palavras-chave	vii
Abstract.....	viii
Keywords.....	viii
Índice	x
Lista de Abreviaturas e Siglas.....	xiii
Introdução.....	1
Metodologia.....	3
Tipo de estudo	3
Recolha de informação	3
População alvo.....	3
Amostra	3
Recolha de informação.....	3
Recolha de dados.....	4
Definição de variáveis	4
Tratamento estatístico dos dados	5
Resultados.....	6
Caracterização sociodemográfica	6
Avaliação do registo dos factores de risco cardiovascular e de doença crónica	8
Comportamento tabágico	13
Discussão	16
Conclusões	19
Limitações	19
Referências Bibliográficas.....	21

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica, segundo o sexo e a idade	6
Tabela 2 - Caracterização da idade e do sexo entre os indivíduos colaboradores e não colaboradores	6
Tabela 3 - Caracterização da amostra, segundo o nível educacional	7
Tabela 4 - Caracterização da amostra, segundo a situação profissional	7
Tabela 5 - Registo dos FRC e de doença crónica no diário médico e de enfermagem	8
Tabela 6 - Registo dos FRC e de doença crónica na nota do SU.....	9
Tabela 7 - Registo dos FRC e de doença crónica na nota de alta médica	10
Tabela 8 - Comparação do registo médico dos FRC e de doença crónica entre as diferentes especialidades	11
Tabela 9 - Correlação do registo médico dos FRC e de doença crónica com o sexo e a idade	12
Tabela 10 - Comparação entre o registo do comportamento tabágico no diário médico e de enfermagem	13
Tabela 11 - Registo médico do diagnóstico de tabagismo, exposição ao FAT e dependência tabágica	14
Tabela 12 - Correlação entre o nível educacional e o registo médico do tabagismo	14
Tabela 13 - Registo do aconselhamento à cessação tabágica	15

Lista de Abreviaturas e Siglas

AVC	Acidente Vascular Cerebral
CHCB	Centro Hospitalar Cova da Beira
DCV	Doença Cardiovascular
DM 2	Diabetes Mellitus tipo 2
FRC	Factores de Risco Cardiovascular
FAT	Fumo ambiental do Tabaco
HF	Hospital do Fundão
HPC	Hospital Pêro da Covilhã
HTA	Hipertensão arterial
OMS	Organização Mundial de Saúde
SAOS	Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos

Introdução

O registo médico electrónico surgiu com o intuito de otimizar os cuidados de saúde e reduzir o erro médico. O registo de todos os eventos clínicos, morbilidades e comorbilidades quer durante o internamento, quer em ambulatório permite uma melhor prevenção e tratamento de doenças crónicas o que, por sua vez, conduz a uma diminuição dos custos associados (1). A ausência do registo destes parâmetros, assim como de outros aspectos relativos ao estilo de vida e dados socioeconómicos é um dos problemas frequentemente encontrados na investigação em saúde pública pois os registos clínicos são uma fonte habitual de recolha de informação referente à doença/saúde. Além disso, está comprovado que o nível social e a escolaridade influenciam o estado de doença e a utilização dos serviços de saúde (2).

A doença cardiovascular (DCV) é a principal causa de morbilidade e mortalidade na Europa (3). Este facto surge como consequência do aumento da prevalência de factores de risco cardiovasculares (FRC) e de doença crónica associados ao estilo de vida e, portanto, modificáveis como a hipertensão arterial, dislipidemia, tabagismo, diabetes mellitus tipo 2, obesidade, sedentarismo e consumo excessivo de álcool. A presença de informação válida nos registos médicos e de enfermagem sobre os FRC e de doença crónica é importante para a redução do enorme impacto e custos socioeconómicos actualmente associados às doenças crónicas (4). Esta meta pode ser atingida através da implementação de estratégias adequadas à redução do risco cardiovascular como a perda ponderal, o exercício físico, a cessação tabágica e o uso de estatinas e anti hipertensores (5).

O tabagismo é a principal causa de morte evitável segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) e, é por si só um factor independente de DCV sendo responsável por 50% das mortes evitáveis em fumadores. As doenças relacionadas com o tabagismo são causas comuns de internamento hospitalar e o diagnóstico e tratamento deste factor de risco não devem ser negligenciados, sendo recomendável que se registre, na admissão, se o indivíduo é fumador ou não e, em caso afirmativo, deve-se caracterizar o padrão de uso e iniciar a abordagem cognitivo-comportamental. Se houver indicação, o tratamento medicamentoso deve ser iniciado com os encaminhamentos necessários para a continuidade do tratamento e a manutenção da abstinência após a alta médica (6). Numa perspectiva de curto prazo, a cessação tabágica é a medida preventiva mais eficaz na redução da morbilidade e mortalidade associadas ao consumo de tabaco. Ao ser internado, o indivíduo fumador está mais receptivo a mensagens antitabágicas criando-se uma janela de oportunidade para a cessação tabágica. Contudo, os pacientes internados têm menor probabilidade de receber apoio e aconselhamento relativamente à cessação apesar desta ser a medida mais custo-efectiva no que diz respeito às intervenções de doença crónica. Neste caso, o

aconselhamento depende não só das aptidões do profissional de saúde neste campo, como também do seu comportamento tabágico (7).

Assim, um registo médico electrónico realizado correctamente, sem omissões, ou seja, através da negação/afirmação da presença dos FRC, permite a redução da incidência de doenças crónicas (doenças cardiovasculares e cancros associados ao tabagismo) e das suas complicações, o que se traduz por uma menor utilização dos serviços de saúde, menor número de internamentos e exames complementares de diagnóstico e menos dias de perda laboral (1). Tendo em conta todas estas premissas, o principal objectivo desta investigação é avaliar a prática clínica no que diz respeito ao registo do tabagismo e de outros FRC e de doença crónica pelos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) durante o internamento no CHCB.

Os objectivos específicos deste estudo são:

- Comparar o comportamento tabágico dos indivíduos (informação obtida por entrevista) com a informação dos registos clínicos;
- Comparar a frequência do registo clínico de tabagismo com o registo de outros FRC (HTA, DM tipo 2, obesidade, álcool, dislipidemia, sedentarismo e SAOS);
- Comparar a frequência do registo dos FRC e de doença crónica nos vários documentos clínicos como o processo de internamento, a nota de alta e a nota do serviço de urgência;
- Comparar o registo dos FRC e de doença crónica nos documentos médicos e de enfermagem;
- Identificar factores associados ao registo do tabagismo;
- Avaliar o registo de aconselhamento/orientação para consulta de cessação.

Metodologia

Tipo de estudo

O presente estudo, de metodologia quantitativa, é um estudo observacional, transversal e descritivo. Os dados foram obtidos através da análise dos registos de internamento e através de entrevista directa aos indivíduos colaboradores. De acordo com os objectivos apontados, procedeu-se à descrição das variáveis em estudo numa população sem qualquer intervenção prévia, num dado momento temporal.

Recolha de informação

População alvo

A população-alvo deste estudo é constituída por todos os doentes, com mais de 18 anos e de ambos os sexos, internados no Centro Hospitalar da Cova da Beira. No Hospital Pero da Covilhã, os serviços abrangidos foram os seguintes: Cardiologia, Reumatologia, Neurologia, Medicina Interna I e II, Cirurgia Homens e Mulheres, Gastroenterologia, Pneumologia, Unidade de AVC, Unidade de Cuidados Intensivos, Urologia, Ortopedia, Oftalmologia e Psiquiatria. No Hospital do Fundão procedeu-se ao levantamento dos registos dos doentes internados nos serviços de Medicina Interna, Infecçiology, Unidade de Alcoologia e Medicina Paliativa. O CHCB dispõe de 378 camas.

Amostra

A amostra é constituída por 289 indivíduos, dos quais 151 foram considerados colaboradores e 138 não colaboradores por motivos de indisponibilidade do próprio indivíduo, pela própria doença de base/motivo de internamento e por indicação dos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros responsáveis por cada serviço.

A amostragem foi de conveniência por razões que envolvem a limitação de tempo e/ou recursos (8). Em cada serviço, o levantamento da informação necessária foi realizado num só momento, tendo decorrido entre Outubro de 2011 e Março de 2012.

Recolha de informação

A recolha de informação baseou-se na análise dos processos clínicos do internamento. Os dados foram obtidos a partir dos seguintes documentos:

- Nota de entrada do internamento (*check list*);
- Diário médico;
- Diário de enfermagem;
- Nota de entrada no SU;
- Nota de alta médica.

A análise documental foi feita a partir de registos informatizados e em papel.

Recolha de dados

Os seguintes dados foram obtidos por entrevista directa aos indivíduos colaboradores:

- Dados sociodemográficos:
 - Profissão;
 - Situação profissional;
 - Habilitações literárias;
- Comportamento tabágico:
 - Fumador;
 - Não fumador;
 - Ex-fumador.

Como referido anteriormente, 138 indivíduos foram considerados não colaboradores e, assim sendo, os dados acima referidos relativos a esses mesmos indivíduos não foram apurados.

Definição de variáveis

A caracterização sociodemográfica envolveu as seguintes variáveis: sexo; idade; situação profissional (activo, desempregado, reformado, em formação); profissão e nível de instrução (sem instrução, primário, secundário, superior).

De forma a identificar os indivíduos fumadores, não fumadores ou ex-fumadores para posterior comparação com a informação obtida pelos registos clínicos, questionou-se directamente cada indivíduo sobre o seu comportamento tabágico (se era fumador, se já o tinha sido ou se nunca tinha fumado). Estas variáveis foram definidas segundo os critérios da OMS que preconiza um indivíduo fumador como aquele que fuma regularmente ou já fumou 100 cigarros durante a vida (regular ou ocasionalmente); um ex-fumador como aquele que já fumou e que se mantém abstinente há mais de um ano; e um indivíduo não fumador como aquele que nunca fumou regularmente ou que nunca chegou a fumar 100 cigarros (9).

As restantes variáveis foram obtidas com recurso ao processo de internamento de cada indivíduo, o qual abrange as notas médicas e de enfermagem (documentos acima citados). Em todos estes documentos foram analisados os seguintes parâmetros:

- Identificação do doente como fumador, não fumador ou ex-fumador;
- Diagnóstico de tabagismo;
- Avaliação da dependência tabágica através da aplicação de um teste validado, o teste de Fagerstrom (10);
- Avaliação da exposição ao fumo ambiental do tabaco (FAT);
- Avaliação do registo de outros factores de risco cardiovascular e de doença crónica como hipertensão arterial (HTA); diabetes mellitus tipo 2 (DM 2); dislipidémia; obesidade; síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS) e ingestão de álcool;
- Aconselhamento à cessação tabágica por parte dos profissionais de saúde;
- Referenciação para consulta de cessação tabágica.

A presença ou a negação da existência das variáveis acima referidas durante a análise documental foi aceite como “registo”.

Tratamento estatístico dos dados

Os dados recolhidos foram introduzidos no programa Microsoft Office Excel 2010[®] onde se criou a base de dados. Esta base foi exportada para o programa Software Package for Social Sciences (SPSS[®]), versão 17.0 para a Microsoft Windows[®]. Este programa permitiu realizar toda a análise estatística necessária para este estudo.

Tendo em conta este tipo de estudo, a caracterização da amostra foi realizada com recurso a metodologias de análise estatística descritiva. Para as variáveis numéricas foram determinadas medidas de tendência central tal como a média e a mediana, e medidas de dispersão, tal como o desvio-padrão e a amplitude de variação com mínimo e máximo. Para as variáveis nominais ordinais, determinou-se as frequências absolutas e relativas.

Com o objectivo de comparar e associar variáveis, recorreu-se ao uso de técnicas de estatística inferencial. Para as variáveis que obedeciam a uma distribuição normal utilizaram-se testes paramétricos como o teste de T-Student que pretende comparar dois grupos face a uma variável numérica, e o teste F da ANOVA (análise da variância) que permite comparações múltiplas entre cada par de grupos.

As variáveis categóricas foram tratadas com recurso ao teste do qui-quadrado e ao teste de McNemar para comparação de amostras emparelhadas de variáveis dicotómicas. Em todas as análises inferenciais foi aceite um nível de significância de 0,05 ($p < 0,05$).

Resultados

Caracterização sociodemográfica

Neste estudo, foram analisados os processos clínicos de 289 indivíduos internados no CHCB. De entre estes indivíduos, 13,5% (n=39) estavam internados no HF e 86,5% (n=250) no HPC. Os indivíduos eram predominantemente do sexo masculino e a média das idades foi de 69,6 anos (tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica, segundo o sexo e a idade

Idade		Sexo	
Mínimo	20	n	%
Máximo	97	Masculino	151 52,2
Média	69,6	Feminino	138 47,8
Mediana	74		
Desvio padrão	15,926		

Do total dos indivíduos internados, 151 (52,2%) foram considerados colaboradores e 138 (47,8%) não colaboradores (tabela 2). As diferenças em relação ao sexo ($p=0,495$) e à idade ($p=0,371$) entre os grupos não são estatisticamente significativas.

Tabela 2 - Caracterização da idade e do sexo entre os indivíduos colaboradores e não colaboradores

	Indivíduos colaboradores		Indivíduos não colaboradores	
	n	%	n	%
Masculino	76	50,3	75	54,3
Feminino	75	49,7	63	45,7
Idade ≥ 55	122	80,8	117	84,8
Idade < 55	29	19,2	21	15,2

Dados sociodemográficos como o nível de instrução e a situação profissional só foram passíveis de obter nos indivíduos colaboradores. É possível verificar através da tabela 3 que 27,2% dos indivíduos é analfabeta e apenas 3,3% é licenciada, ou seja, a maioria dos indivíduos apresentava um baixo nível de instrução.

Tabela 3 - Caracterização da amostra, segundo o nível educacional

	n	%
Analfabeto	41	27,2
1º Ciclo (1ª- 4ª classe)	78	51,7
2º Ciclo (5º e 6º anos)	12	7,9
3º Ciclo (7º - 9º ano)	6	4,0
Ensino Secundário	9	6,0
Licenciatura	5	3,3
Total	151	100,0

No que diz respeito à situação profissional, a grande maioria dos indivíduos era reformada e apenas 11,9% se encontrava no activo em termos profissionais (tabela 4).

Tabela 4 - Caracterização da amostra, segundo a situação profissional

	Frequência	%
Activo	18	11,9
Reformado	124	82,1
Desempregado	9	6,0
Total	151	100,0

Avaliação do registo dos factores de risco cardiovascular e de doença crónica

A frequência com que os factores cardiovasculares são registados no diário médico e de enfermagem é representada pela tabela 5. O factor mais frequentemente registado em ambos os grupos é a HTA. Por outro lado, o factor sedentarismo não foi encontrado em nenhum registo médico e o mesmo acontece com o factor SAOS para o registo de enfermagem. Verificam-se diferenças estatisticamente significativas no registo dos factores de risco como HTA, DM 2, álcool e sedentarismo no diário médico em relação ao diário de enfermagem ($p=0,001$), sendo que os hábitos alcoólicos são mais frequentemente registados pelos enfermeiros. No entanto, para todos os factores a frequência do seu registo foi sempre inferior à negação da sua presença.

Sendo a HTA o factor de risco mais prevalente no registo médico e de enfermagem, verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre o seu registo e o registo dos restantes factores de risco ($p=0,001$).

Tabela 5 - Registo dos FRC e de doença crónica no diário médico e de enfermagem

	Diário Médico		Diário Enfermagem		Teste de McNemar <i>Valor p</i>
	Sem registo (%)	Registo (%)	Sem Registo (%)	Registo (%)	
Comportamento tabágico	93,4	6,6	96,2	3,8	0,186
HTA	62,6	37,4	74,0	26,0	0,001
DM 2	77,9	22,1	85,5	14,5	0,001
Dislipidémia	92,0	8,0	92,4	7,6	1,000
Obesidade	96,5	3,5	95,2	4,8	0,454
Álcool	93,4	6,6	85,5	14,5	0,001
SAOS	99,3	0,7	100,0	0,0	0,500
Sedentarismo	100,0	0,0	93,8	6,2	0,001

A nota de entrada no SU foi encontrada em 72% dos doentes (n=208). É possível observar que os factores de risco mais frequentemente registados são a HTA (25%) e a DM 2 (41%). Por outro lado, o factor sedentarismo nunca foi registado (tabela 6). Existem diferenças estatisticamente significativas entre o registo do tabagismo e os factores HTA, DM 2, dislipidemia, SAOS e sedentarismo ($p < 0,05$), o que não se verifica em relação à obesidade ($p=0,454$) e ao álcool ($p=1,000$). Analisando o registo médico dos factores de risco na nota do SU e no internamento, concluiu-se que apenas existem diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito ao registo da HTA ($p < 0,001$) pois este factor é mais frequentemente registado no internamento.

Tabela 6 - Registo dos FRC e de doença crónica na nota do SU

	Registo		Sem registo	
	n	%	n	%
Comportamento tabágico	11	5,3	197	94,7
HTA	52	25	156	75
DM 2	41	19,7	167	80,3
Dislipidémia	26	12,5	182	87,5
Álcool	12	5,8	196	94,2
Obesidade	7	3,4	201	96,6
SAOS	3	1,4	205	98,6
Sedentarismo	0	0,0	208	100,0

Em 289 processos analisados, apenas 59,2% (n=171) possuíam nota de alta. Os factores mais encontrados foram a HTA (45,6%) e a DM 2 (31%) e os menos frequentemente registados foram o SAOS e o sedentarismo (tabela 7). Em relação ao registo do comportamento tabágico, não existem diferenças estatisticamente significativas comparativamente com o registo da obesidade e do álcool ($p > 0,05$, pelo teste de McNemar). Comparando o registo dos factores de risco no internamento com o seu registo na nota de alta, chegou-se à conclusão que as diferenças são estatisticamente significativas relativamente à dislipidemia ($p < 0,001$), obesidade ($p < 0,001$), álcool ($p = 0,004$) e SAOS ($p = 0,016$), sendo que para todos estes FRC, o seu registo é mais frequente na nota de alta em relação ao diário médico do internamento.

Tabela 7 - Registo dos FRC e de doença crónica na nota de alta médica

	Registo		Sem registo	
	n	%	n	%
Comportamento tabágico	23	13,5	148	86,5
HTA	78	45,6	93	54,4
DM 2	53	31,0	118	69,0
Dislipidémia	39	22,8	132	77,2
Álcool	18	10,5	153	89,5
Obesidade	24	14,0	147	86,0
SAOS	8	4,7	163	95,3
Sedentarismo	2	1,2	169	98,8

Nos vários serviços foram encontradas diferentes prevalências do tabagismo. Por um lado, não foram encontrados fumadores nos serviços de Cardiologia, Neurologia, UCI, Reumatologia, Oftalmologia, Pneumologia e Urologia. Por outro lado, o serviço com maior número de fumadores foi a Psiquiatria onde 62,5% dos indivíduos afirmou fumar regularmente. De forma a sintetizar os dados, as diferentes especialidades foram agrupadas segundo a sua índole em especialidades médicas e especialidades cirúrgicas, sendo que a psiquiatria não foi incluída em nenhum destes grupos. Através da tabela 8 podemos observar que, apesar da elevada prevalência de fumadores na Psiquiatria, o tabagismo não foi registado pelos médicos em nenhum processo clínico ao contrário do álcool, o factor mais registado neste serviço. A HTA foi o factor mais registado nas especialidades médicas e o mesmo acontece para a DM 2 para as especialidades cirúrgicas. Existem diferenças estatisticamente significativas no registo da HTA ($p=0,027$) e do álcool ($p=0,013$) entre as especialidades médicas, cirúrgicas e a psiquiatria. Para os restantes factores não existem diferenças estatisticamente significativas quanto ao seu registo entre as diferentes especialidades.

Tabela 8 - Comparação do registo médico dos FRC e de doença crónica entre as diferentes especialidades

		Especialidades Médicas	Especialidades Cirúrgicas	Psiquiatria	Teste Chi-Quadrado Valor p
HTA	Registo	41,4%	35,4%	10,5%	0,027
	Sem registo	58,6%	64,6%	89,5%	
DM 2	Registo	25,3%	81,3%	10,5%	0,210
	Sem registo	74,7%	18,8 %	89,5%	
Dislipidemia	Registo	8,6%	6,3%	10,5%	0,720
	Sem registo	91,4%	93,8%	89,5%	
Obesidade	Registo	4,0%	2,1%	5,3%	0,639
	Sem registo	96,0%	97,9%	94,7%	
SAOS	Registo	1,1%	0%	0%	0,514
	Sem Registo	98,9%	100%	100%	
Tabagismo	Registo	6,9%	7,3%	0%	0,485
	Sem registo	93,1%	92,7%	100%	
Álcool	Registo	6,9%	3,1%	21,1%	0,013
	Sem registo	93,1%	96,9%	78,9%	

Ao analisar os registos médicos, foi possível verificar a existência de diferenças de registo em relação ao sexo e à idade (tabela 9). Os resultados mostram que a idade, em detrimento do sexo, é o principal factor de influência no registo dos FRC. Entre o sexo masculino e feminino, apenas foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em relação ao álcool, sendo este mais registado no sexo masculino. Quanto à idade, esta influenciou o registo da HTA, tabagismo, DM 2 e álcool. A HTA e a DM 2 foram mais frequentemente registadas em idades superiores a 55 anos.

Tabela 9 - Correlação do registo médico dos FRC e de doença crónica com o sexo e a idade

		Sexo			Idade		
		Masculino	Feminino	Valor p	<55 anos	≥55 anos	Valor p
HTA	Sem registo	67,5%	57,2%	0,071	86%	57,7%	0,001
	Registo	32,5%	42,8%		14%	42,3%	
Tabagismo	Sem registo	90,7%	96,4%	0,053	82%	95,8%	0,001
	Registo	9,3%	3,6%		18%	4,2%	
DM 2	Sem registo	80,1%	75,4%	0,329	82%	77%	0,001
	Registo	19,9%	24,6%		18%	23%	
Álcool	Sem registo	92,7%	91,3%	0,004	76%	97,1%	0,001
	Registo	7,3%	8,7%		24%	2,9%	
Obesidade	Sem registo	98,7%	94,2%	0,038	96%	96,7%	0,818
	Registo	1,3%	5,8%		4%	3,3%	
Dislipidemia	Sem registo	89,4%	97,8%	0,658	86%	93,3%	0,083
	Registo	10,6%	2,2%		14%	6,7%	
SAOS	Sem registo	100,0%	98,6%	0,138	100%	99,2%	0,516
	Registo	0,0%	1,4%		0%	0,8%	

Comportamento tabágico

Nos indivíduos colaborantes (n=151) foi possível conhecer o seu comportamento tabágico e comparar o respectivo registo no diário médico e de enfermagem (tabela 10). Podemos observar que na esmagadora maioria dos processos clínicos analisados, a falta de registo deste factor foi uma constante, quer nos documentos médicos, quer nos documentos de enfermagem. Apesar de 13,9% (n=21) dos indivíduos ter afirmado fumar regularmente, este facto apenas foi registado no diário médico em 2% dos casos. Contudo, os médicos registaram o comportamento tabágico no diário clínico mais frequentemente que os enfermeiros (14 vs. 10), embora esta relação não tenha sido estatisticamente significativa (p=0,541).

No diário médico, as diferenças no registo do tabagismo em relação ao registo da HTA, DM 2, SAOS e sedentarismo são estatisticamente significativas (p=0,001). No diário de enfermagem, estas diferenças apenas são significativas em relação aos factores de risco HTA, DM 2, álcool e SAOS (p=0,001).

Tabela 10 - Comparação entre o registo do comportamento tabágico no diário médico e de enfermagem

	Comportamento tabágico do doente		Registo médico		Registo de enfermagem	
	n	%	n	%	n	%
Fumador	21	13,9	3	2,0	7	4,6
Não-Fumador	97	64,2	7	4,6	0	0,0
Ex-Fumador	33	21,9	4	2,6	3	2,0
Sem Registo	-	-	137	90,7	141	93,4
Total	151	100,0	151	100,0	151	100,0

O diagnóstico de tabagismo foi feito em apenas 23,8% dos indivíduos que afirmaram ser fumadores (n=21) e ex-fumadores (n=33). A exposição ao FAT e a dependência tabágica não foram apurados em nenhum dos registos médicos dos fumadores (tabela 11).

Tabela 11 - Registo médico do diagnóstico de tabagismo, exposição ao FAT e dependência tabágica

	Registo		Sem registo	
	n	%	n	%
Diagnóstico de tabagismo	5	23,8	49	76,2
FAT	0	0	54	100
Dependência tabágica (Teste de Fargerström)	0	0	54	100

As diferenças do registo do tabagismo em relação aos vários níveis educacionais não são estatisticamente significativas ($p=0,064$, pelo teste do Chi-Quadrado), ou seja, o registo do factor de risco tabagismo é independente do nível de instrução dos indivíduos (tabela 12).

Tabela 12 - Correlação entre o nível educacional e o registo médico do tabagismo

		Comportamento tabágico	
		Sem registo	Registo
Analfabeto	n	41	0
	%	100,0%	,0%
1º ciclo	n	68	10
	%	87,2%	12,8%
2º ciclo	n	11	1
	%	91,7%	8,3%
3º ciclo	n	5	1
	%	83,3%	16,7%
Ensino Secundário	n	9	0
	%	100,0%	,0%
Licenciatura	n	3	2
	%	60,0%	40,0%

Dos 21 indivíduos fumadores, o aconselhamento à cessação tabágica/referenciação para uma consulta especializada foi registado na nota de alta de apenas 3 e no diário de enfermagem de apenas 1 (tabela 13). Nos restantes documentos de análise não houve qualquer menção a esta variável. A farmacoterapia de apoio à abstinência tabágica no internamento não foi recomendada a nenhum dos fumadores.

Tabela 13 - Registo do aconselhamento à cessação tabágica

	Registo		Sem registo	
	n	%	n	%
Nota de Alta	3	14,29	18	85,71
Diário Médico	0	0,0	21	100
Diário de Enfermagem	1	4,76	20	95,24

Discussão

A grande maioria dos estudos epidemiológicos depende da aplicação de questionários para obter informação sobre um problema de saúde ou um determinante da saúde numa determinada população. A concordância entre a informação obtida pelo questionário e o registo médico é crucial para a obtenção de estimativas válidas sobre a prevalência da doença. É tão importante o registo de um factor de risco/doença crónica como o registo da sua ausência (11, 12).

O internamento é um momento de susceptibilidade do doente e este não deve ser encarado apenas pelo seu diagnóstico. É necessário ter em conta toda a história clínica. Este estudo revela que existe uma enorme lacuna no registo dos factores de risco cardiovascular e de doença crónica e, principalmente no registo da sua ausência quer nos registos de internamento, quer nas notas do serviço de urgência e de alta médica. A análise de processos clínicos onde se verifica a presença de determinados factores de risco mas não a negação de outros factores importantes, pode levar a uma subestimação da prevalência pois os falsos-negativos não estão a ser considerados (9).

Os indivíduos que constituem a amostra deste estudo apresentam uma média de idades de 70 anos, o que caracteriza o perfil geriátrico da população internada no CHCB.

Neste estudo, o registo médico dos FRC e de doença crónica no diário médico foi alarmante. Em mais de 50% dos processos clínicos não se verificou qualquer informação em relação aos FRC. Os hábitos tabágicos e alcoólicos não foram registados pelos médicos em mais de 90% dos indivíduos internados. Contrariamente aos médicos assistentes durante o internamento, um estudo inglês sobre o registo do tabagismo e alcoolismo por parte dos médicos de clínica geral revela que a informação relativa a estes FRC apenas estava ausente em 24% e 37% dos registos, respectivamente (13). Os factores de risco mais frequentemente registados no diário médico foram a DM 2 (22,1%) e a HTA (37,4). Se interpretarmos a falta de registo dos FRC como *missing*, essa informação pode ser considerada como respostas negativas, ou seja, como ausência dos FRC e, assim estes resultados são semelhantes aos obtidos por um outro estudo que permite comparar o registo médico destes FRC com a informação proveniente do doente. Este estudo mostra um maior registo destes factores e um elevado grau de concordância entre o registo médico da HTA e DM 2 e as respostas dadas pelos doentes. Esta concordância pode dever-se ao facto destas condições serem de fácil diagnóstico e compreensão por parte dos indivíduos, o que leva a um registo mais frequente (9).

Em relação ao registo dos FRC pela enfermagem, este foi sempre inferior em comparação com o registo médico, excepto para o sedentarismo, obesidade e álcool. Estes resultados vão contra aos obtidos em alguns estudos no que diz respeito ao tabagismo (12-15). O estudo de Ravara e colaboradores neste mesmo hospital mostra que, de entre todos os

profissionais de saúde, os médicos são aqueles que afirmam registar mais frequentemente o comportamento tabágico. Nesse mesmo estudo, a percentagem de *missing* entre enfermeiros foi superior a 10% (7). Um outro estudo de prevalência sobre o impacto da obesidade no desenvolvimento de doenças crónicas mostrou uma maior taxa de registo da obesidade e do tabagismo por parte da equipa de enfermagem (15). Assim sendo, o registo de FRC pelos enfermeiros é de extrema importância visto que há uma correlação positiva entre os registos e a qualidade dos cuidados de enfermagem (16).

A nota de alta médica foi o documento analisado com maior taxa de registo para todos os FRC e de doença crónica. Este registo foi superior ao encontrado no internamento apesar de apenas se verificar diferenças estatisticamente significativas para o álcool, obesidade, dislipidemia e SAOS. Podemos interpretar estes dados como uma maior preocupação por parte dos médicos, no momento da alta do indivíduo, em registar os FRC pertinentes para posterior seguimento quer pelo médico de família, quer por outros profissionais de saúde.

Neste centro hospitalar, o registo dos FRC foi variável entre as especialidades. A hipertensão arterial foi o factor mais registado pelas especialidades médicas. Apesar da ausência de qualquer registo de FRC ser esmagadora em todas as especialidades, é de salientar o caso da psiquiatria onde 62,5% dos indivíduos internados eram fumadores e este comportamento tabágico não foi registado em nenhum processo clínico. Neste hospital, a proibição do tabagismo é apenas parcial para o serviço de psiquiatria, visto que é permitido aos doentes internados fumar numa sala para este propósito. Esta premissa é baseada no facto de que os pacientes psiquiátricos seriam relutantes em relação ao cumprimento da proibição do tabagismo (17, 18). No entanto, estudos mostram que a proibição do tabagismo nas unidades de internamento psiquiátrico foi aceite pela generalidade dos indivíduos (15). A psiquiatria foi o serviço do CHCB com maior número de fumadores o que vai de encontro aos resultados obtidos por outros estudos onde a prevalência do tabagismo é maior na população com distúrbios psiquiátricos (17-19). Um estudo realizado no Reino Unido sobre as atitudes dos profissionais de saúde psiquiátricos em relação ao tabagismo revela que a implementação da proibição do tabagismo aumentou a proporção de indivíduos que receberam o aconselhamento à cessação e ajuda de um profissional de saúde para deixar de fumar (17).

Neste estudo, a idade influenciou o registo de vários factores de risco. O tabagismo e os hábitos alcoólicos foram mais frequentemente registados em idades inferiores a 55 anos. O inquérito nacional de saúde sobre o consumo de tabaco na população portuguesa revela que a idade de início do consumo de tabaco é de 17 anos para o sexo masculino e 18 anos para o sexo feminino. Quanto à cessação, esta ocorre em média aos 38 anos para os homens e 25 anos para as mulheres (20). Relativamente ao álcool, o seu consumo também se inicia nos jovens (12 anos) e aumenta com a idade (21). Estes dados podem correlacionar-se com os resultados neste estudo na medida em que o registo é mais frequente em idades mais jovens evidenciando assim uma maior preocupação por parte dos profissionais de saúde para o início

do consumo neste grupo etário. Os resultados mostram também uma influência do sexo no registo dos hábitos alcoólicos e da obesidade. Se assumirmos a ausência do registo dos hábitos alcoólicos como *missing*, podemos concluir que, e ao contrário do que seria esperado, os hábitos alcoólicos foram mais frequentemente registados no sexo feminino apesar uma maior prevalência do alcoolismo no sexo masculino como mostram alguns estudos em Portugal (21, 22).

Este estudo abordou sistematicamente o comportamento tabágico e o registo do diagnóstico de tabagismo nos indivíduos fumadores. Foi encontrado um elevado grau de discordância entre o comportamento tabágico “fumador” e o seu registo quer no diário médico, quer no diário de enfermagem. Dos 21 indivíduos fumadores, apenas 3 tinham o seu comportamento tabágico registado no diário médico e no diário de enfermagem. No total, os médicos registaram o comportamento tabágico de 14 indivíduos, ao contrário dos enfermeiros que só registaram em 10 indivíduos. No estudo realizado neste mesmo hospital, os médicos afirmaram perguntar aos indivíduos sobre tabagismo mais frequentemente que os enfermeiros, assim como registar o seu comportamento tabágico. No entanto, os médicos parecem questionar os doentes sobre os seus hábitos tabágicos mais frequentemente que o seu registo (7). Estas são algumas conclusões que podem explicar os resultados obtidos neste estudo. Como diagnóstico, o tabagismo apenas foi identificado em 23,8% dos indivíduos fumadores e ex-fumadores. Como mostra o estudo português, o não registo do diagnóstico do tabagismo é um ponto fraco para a posterior intervenção para a cessação. Além disso, esta baixa taxa de registo pode dever-se ao comportamento tabágico dos médicos (7). A exposição ao FAT, assim como a dependência tabágica não foram verificados no processo de nenhum dos fumadores. Não se verificou qualquer relação do registo do tabagismo com o nível educacional apesar de um estudo realizado em Portugal mostrar que a prevalência é maior nos indivíduos do sexo masculino com níveis de escolaridade mais baixos. No caso dos indivíduos do sexo feminino, a prevalência do tabagismo aumenta com o nível de escolaridade (20).

Neste estudo, o aconselhamento à cessação não foi registado em nenhum diário médico mas em três notas de alta. No diário de enfermagem, o aconselhamento foi registado apenas uma vez. Estes resultados de certa forma vão de encontro ao estudo realizado neste hospital, onde os médicos afirmam “aconselhar” mais vezes que os enfermeiros (7). Apesar destes resultados preocupantes, estudos mostram que a equipa de enfermagem é a mais motivada no que diz respeito ao aconselhamento à cessação tabágica. Além disso, é a equipa com maior disponibilidade para conhecer o doente e avaliar toda a sua condição de doença (14, 23). Apesar da possibilidade destes dados reflectirem apenas a falta de registo, não sendo este um preditor da falta de aconselhamento por parte dos enfermeiros e médicos, um estudo realizado num hospital português revelou que a maioria dos profissionais de saúde não regista quer o diagnóstico de tabagismo, quer as práticas de cessação tabágica. Estes resultados podem revelar a falta de treino entre médicos

e enfermeiros no que diz respeito à prevenção e cessação tabágica. Por outro lado, o comportamento tabágico dos profissionais de saúde continua a ser um factor preditor do aconselhamento, assim como do registo do tabagismo nos pacientes internados (7).

Conclusões

O baixo registo da presença/ausência de FRC e de doença crónica no processo de internamento dos indivíduos verificado por este estudo revela que os profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) estão pouco alerta para as consequências que advêm desta má prática clínica. Este estudo destaca a importância do registo clínico electrónico na medida em que este permite reorientar os serviços de saúde através de uma abordagem individual para a promoção da saúde, para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e para a criação de serviços de saúde pública custo efectivos (7).

A discrepância entre o registo de certos factores como a HTA e a DM 2 e outros factores como os hábitos alcoólicos e tabágicos é enorme. É necessário alertar que não são apenas estes factores que contribuem para elevada morbidade associada às doenças crónicas. A ausência de registo de FRC pode levar a uma elevada taxa de falsos negativos, induzindo erradamente os profissionais de saúde para a não presença de doença. São várias as consequências que advêm desta má prática entre elas a não adopção de medidas que visam melhorar a saúde como a cessação tabágica.

A avaliação da qualidade hospitalar deve ser revista no que corresponde à documentação sobre os hábitos tabágicos e outros FRC visto que o registo destes é muito baixo e, acima de tudo, preocupante pois pode afectar a tomada de decisões futuras por falta de informação.

Limitações

Este estudo é descritivo e transversal. Não tem em conta as alterações que ocorrem durante o tempo, e assim não permite realizar inferências causais. Este não é um estudo multicêntrico pois não envolve todos os hospitais da região da Beira Interior e, assim não é representativo da prática clínica desta região.

A amostra é pequena e não aleatória o que a impede de ser representativa da população. A amostra foi obtida por conveniência e portanto, os vieses associados à selecção da amostra e os erros de medição devem ser considerados. Os resultados deste estudo reflectem a prática clínica dos profissionais desta instituição e não devem ser extrapolados para outras instituições. As respostas respectivas aos hábitos tabágicos obtidas por entrevista

directa podem ser enviesadas dado que os indivíduos tendem a responder de forma socialmente desejável.

Apesar destas limitações, este estudo permite ter uma visão geral da prática clínica no registo de FRC, pouco avaliada em Portugal.

Referências Bibliográficas

1. Hillestad R, Bigelow J, Bower A, Girosi F, Meili R, Scoville R, et al. Can electronic medical record systems transform health care? Potential health benefits, savings, and costs. *Health Affairs*. 2005;24(5):1103-17.
2. Krieger N. Overcoming the absence of socioeconomic data in medical records: validation and application of a census-based methodology. *American Journal of Public Health*. 1992;82(5):703-10.
3. Roger VL, Go AS, Lloyd-Jones DM, Adams RJ, Berry JD, Brown TM, et al. Heart Disease and Stroke Statistics—2011 Update: A Report from the American Heart Association 2011. *Circulation*. 2011;123(4):e18-e209.
4. McGorrian C, Yusuf S, Islam S, Jung H, Rangarajan S, Avezum A, et al. Estimating modifiable coronary heart disease risk in multiple regions of the world: the INTERHEART Modifiable Risk Score. *European heart journal*. 2011;32(5):581-9.
5. Greenland P, Alpert JS, Beller GA, Benjamin EJ, Budoff MJ, Fayad ZA, et al. 2010 ACCF/AHA Guideline for Assessment of Cardiovascular Risk in Asymptomatic Adults: A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines Developed in Collaboration With the American Society of Echocardiography, American Society of Nuclear Cardiology, Society of Atherosclerosis Imaging and Prevention, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society of Cardiovascular Computed Tomography, and Society for Cardiovascular Magnetic Resonance. *Journal of the American College of Cardiology*. 2010;56(25):e50-103.
6. Oliveira M, Oliveira T, Pereira C, Bonfim A, Leitão Filho F, Voss L. Tabagismo em pacientes internados em um hospital geral. *J Bras Pneumol*. 2008;34(11):936-41.
7. Ravara SB CJ, Aguiar P, Taborda-Barata L. Delivery and recording of smoking cessation advice in Portuguese teaching hospital: the need for a systemic approach. *J Subs Use*. Article accepted 12 Abril 2012.
8. Aguiar P. Guia Prático Climepsi de Estatística em Investigação Epidemiológica: SPSS. Lisboa: Climepsi Editores. 2007. p. 23-36, 173-181.

9. Organization WH. Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic: World Health Organization; 1998.
10. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, FAGERSTROM KO. The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *British journal of addiction*. 1991;86(9):1119-27.
11. Okura Y, Urban LH, Mahoney DW, Jacobsen SJ, Rodeheffer RJ. Agreement between self-report questionnaires and medical record data was substantial for diabetes, hypertension, myocardial infarction and stroke but not for heart failure. *Journal of clinical epidemiology*. 2004;57(10):1096-103.
12. Bush TL, Miller SR, Golden AL, Hale W. Self-report and medical record report agreement of selected medical conditions in the elderly. *American Journal of Public Health*. 1989;79(11):1554-6.
13. Mant J, Murphy M, Rose P, Vessey M. The accuracy of general practitioner records of smoking and alcohol use: comparison with patient questionnaires. *Journal of Public Health*. 2000;22(2):198-201.
14. Ravara SB CJ, Aguiar P, Taborda-Barata L. Smoking behavior predicts tobacco control attitudes in a high smoking prevalence hospital: A cross sectional study in a Portuguese teaching hospital prior to the national smoking ban. *BMC Public Health*. 2011;11:720.
15. Field AE, Coakley EH, Must A, Spadano JL, Laird N, Dietz WH, et al. Impact of overweight on the risk of developing common chronic diseases during a 10-year period. *Archives of Internal Medicine*. 2001;161(13):1581.
16. Setz VG, DInnocenzo M. Avaliação da qualidade dos registos de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(3):313-17.
17. Etter M, Etter JF. Acceptability and impact of a partial smoking ban in a psychiatric hospital. *Preventive medicine*. 2007;44(1):64-9.
18. Stubbs J, Haw C, Garner L. Survey of staff attitudes to smoking in a large psychiatric hospital. *Psychiatric Bulletin*. 2004;28(6):204-7.

19. el-Guebaly N, Cathcart J, Currie S, Brown D, Gloster S. Public health and therapeutic aspects of smoking bans in mental health and addiction settings. *Psychiatric services*. 2002;53(12):1617-22.
20. Machado A, Nicolau R, Dias CM. Consumo de tabaco na população portuguesa retratado pelo Inquérito Nacional de Saúde (2005/2006). *Rev Port Pneumol*. 2009;15(6):1005-27.
21. da Costaa JSD, Silveiraa MF, Gazallea FK, Oliveiraa SS, Hallala PC, Menezesa AMB, et al. Consumo abusivo de álcool e fatores associados: estudo de base populacional. *Rev Saúde Pública*. 2004;38(2):284-91.
22. Barrias J, Breda J, Mello M. *Álcool e Problemas Ligados ao Álcool em Portugal*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde. 2001.
23. Goldstein A, Hellier A, Fitzgerald S, Stegall T, Fischer P. Hospital nurse counseling of patients who smoke. *American Journal of Public Health*. 1987;77(10):1333-4.