



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências da Saúde

Avaliação da Qualidade do Registo da Consulta de Diabetes de uma Unidade de Saúde

Dineia Catarina Leitão Garcia Toscano Cunha

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

Orientador: Doutor Jorge Monteiro
Co-orientadora: Doutora Filipa Santos

Covilhã, Maio de 2014

Dedicatória

Àqueles que tornaram tudo possível, os meus pais.

Agradecimentos

Em primeiro lugar agradeço aos meus pais, que nunca deixaram de acreditar em mim e, sem os quais, nunca teria chegado até aqui.

Depois, agradeço ao meu orientador, Doutor Jorge Monteiro, pela sabedoria, simpatia, paciência e disponibilidade, mesmo nos momentos mais difíceis, quando tudo parecia falhar.

Agradeço também à Doutora Filipa Santos, pelo seu apoio, emocional e profissional e pela capacidade de raciocínio e resolução de problemas.

Não posso deixar de agradecer ao Doutor Miguel Freitas, pela disponibilidade e ajuda insubstituível a nível informático e de cálculo.

Tenho sempre de mencionar os meus amigos de infância, os amigos da faculdade, as minhas “miúdas do Porto” e as minhas colegas de casa, que mantiveram a capacidade de animar mesmo os meus dias menos felizes.

Falta agradecer ao Luís, pelo amor, paciência e apoio incondicional que revelou, mais uma vez, nesta fase da minha (nossa) vida.

Prefácio

A presente dissertação desenvolve-se na área da medicina, dentro da especialidade de Medicina Geral e Familiar.

A Diabetes Mellitus é uma doença que não passa indiferente a ninguém, muito menos a alguém cujo trabalho se desenvolve na área da saúde, não havendo especialidade médica que não tenha o dever de saber lidar com ela.

Como a DM é uma doença crónica com necessidade de acompanhamento contínuo surge a importância da avaliação desse acompanhamento e, do meu interesse pessoal pela área dos Cuidados de Saúde Primários, emerge, então, esta tese de mestrado.

Resumo

Introdução A Diabetes Mellitus é uma doença crónica, associada a uma elevada morbimortalidade, decorrente das suas complicações. Portugal posiciona-se entre os países europeus que registam uma taxa mais elevada de prevalência de diabetes, de aproximadamente 12,9%. A recente criação de Unidades Coordenadoras Funcionais para a Diabetes elucida a crescente preocupação na estruturação de Consultas de Diabetes disponíveis nos Cuidados de Saúde Primários, sendo que a qualidade do registo clínico reflecte indirectamente a qualidade dos serviços prestados.

Objectivos Avaliar a qualidade dos registos informáticos efectuados no programa de consulta de diabetes de todos os doentes diabéticos de um médico de família do Centro de Saúde de São Miguel, em Castelo Branco.

Metodologia Dimensão estudada: qualidade técnico-científica. Unidade de Estudo: um especialista em Medicina Geral e Familiar. Tipo e Fonte de Dados: dados de processo clínico. Tipos de Avaliação: interna e retrospectiva. Critérios de Exclusão: diabéticos sem compromisso de vigilância e diabéticos com compromisso de vigilância mas, sem consulta. Critérios de Qualidade: pelo menos um registo, no programa de diabetes, dos parâmetros - ano de diagnóstico, peso, índice de massa corporal, perímetro abdominal, pressão arterial, hemoglobina glicada, colesterol total, colesterol HDL, LDL, triglicéridos, creatinina, taxa de filtração glomerular, microalbuminúria, rastreio de pé diabético e retinopatia diabética, S Vincent. Tratamento de Dados: Excel 2010®. Tipo de Intervenção: educacional.

Resultados Amostra constituída por 36 processos clínicos em 2011, 55 em 2012 e 65 em 2013. Observou-se uma melhoria na qualidade do registo de 2011 para 2012 em todos os parâmetros excepto no perímetro abdominal. De 2012 para 2013 voltou a haver uma melhoria na qualidade do registo, apesar de menos expressiva e, exceptuando, 5 parâmetros que pioraram: peso, rastreio de pé diabético, rastreio de retinopatia diabética, creatinina e taxa de filtração glomerular. Contudo, a qualidade de 2013 verificou-se superior a 2011, em todos os parâmetros.

Discussão Verificou-se que medidas educacionais são efectivas na melhoria da qualidade do registo. Propuseram-se várias medidas metodológicas e informáticas que se acredita serem capazes de aumentar, ainda mais, a qualidade do registo.

Palavras-chave

Qualidade, Diabetes Mellitus, Registo Clínico, Cuidados de Saúde Primários.

Abstract

Introduction Diabetes mellitus is a chronic disease associated with high morbidity and mortality arising from its complications. Portugal ranks among the European countries with a higher prevalence of diabetes, approximately 12.9%. The recent creation of Coordinated Functional Units for Diabetes elucidates the growing concern in structuring Diabetes medical consultations available in Primary Health Care, and the quality of the medical record reflects indirectly the quality of services provided.

Objectives To evaluate the quality of the computer entries made in diabetes medical consultation for all diabetic patients of a general practitioner working at Centro de Saúde de São Miguel, in Castelo Branco.

Methodology Dimension studied: technical and scientific quality. Unit of Study: a specialist in Family Medicine. Type and Data Source: data from clinical process. Assessment types: internal and retrospective. Exclusion Criteria: diabetics without surveillance commitment and diabetics with surveillance commitment but without consultation. Quality criteria: at least one record in the diabetes program parameters - year of diagnosis, weight, body mass index, waist circumference, blood pressure, glycated hemoglobin, total cholesterol, HDL cholesterol, LDL, triglycerides, creatinine, rate glomerular filtration rate, microalbuminuria, diabetic foot screening and diabetic retinopathy, S Vincent . Data Treatment: Excel 2010®. Type of Intervention: educational.

Results The sample consists of 36 clinical cases in 2011, 55 in 2012 and 65 in 2013. Was observed an improvement in the quality of the register from 2011 to 2012, in all parameters, except in waist circumference. From 2012 to 2013 returned to be an improvement in the quality of the record, although less significant and, except, 5 parameters that worsened: weight, diabetic foot screening, diabetic retinopathy screening, creatinine and glomerular filtration rate. However, the quality found in 2013 was greater than in 2011, in all parameters.

Discussion It was found that educational measures are effective in improving the quality of the registration. Several methodological and computer measures were proposed in order to increase further the quality of the registration.

Keywords

Quality, Diabetes Mellitus, Clinical Registry, Primary Health Care.

Índice

1. Introdução	1
2. Objectivos	3
3. Métodos	5
3.1 Tipo de Estudo	5
3.2 Dimensão a Estudar	5
3.3 Tipo de Avaliação	5
3.4 Tipo e Fonte de Dados	5
3.5 Unidade de Estudo	5
3.6 População em Estudo	5
3.7 Caracterização da Amostra	5
3.8 Critério de Qualidade	6
3.9 Critérios de Exclusão	6
3.10 Critério de Recolha de Dados	7
3.11 Análise Estatística	7
3.12 Tipo de Intervenção	7
4. Resultados	9
4.1 Caracterização da Amostra	9
4.2 Avaliação da Qualidade do Registo	10
5. Discussão	15
Bibliografia	23

Lista de Figuras

Figura 4.1 – Distribuição por Sexos das Amostra	9
Figura 4.2 – Distribuição da Média de Idades da Amostra	9
Figura 4.3 – Número Médio de Consultas por Doente na Amostra	10
Figura 4.4 – Qualidade do Registo do Ano de Diagnóstico	10
Figura 4.5 – Variação na Qualidade do Registo de Peso, IMC, Pabd e PA	11
Figura 4.6 – Variação na Qualidade do Registo de Rastreio de Pé Diabético e Retinopatia	11
Figura 4.7 – Variação na Qualidade do Registo do Valor de HgA1c	12
Figura 4.8 – Variação na Qualidade do Registo da Microalbuminúria	12
Figura 4.9 – Variação na Qualidade do Registo de CT, HDL, TG e LDL	13
Figura 4.10 – Variação na Qualidade do Registo de Valores de Creatinina e TFG	13
Figura 4.11 – Variação na Qualidade do Registo de S Vincent	13

Lista de Tabelas

Tabela 3.1 – Critérios de qualidade	6
Tabela 4.1 – Número Total de Fichas Estudadas	9

Lista de Acrónimos

ACES BIS	Agrupamento de Centros de Saúde da Beira Interior Sul
CSP	Cuidados de Saúde Primários
CT	Colesterol Total
DM	Diabetes Mellitus
GHO	Global Health Observatory
IDF	International Diabetes Federation
HDL	High-Density Lipoprotein
HgA1c	Hemoglobina Glicada
IMC	Índice de Massa Corporal
LDL	Low-Density Lipoprotein
MF	Médico de Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pressão Arterial
Pabd	Perímetro Abdominal
SAM	Sistema de Apoio ao Médico
TFG	Taxa de Filtração Glomerular
TG	Triglicéridos
UCFD	Unidades Coordenadoras Funcionais para a Diabetes
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Primários

1. Introdução

A Diabetes Mellitus é uma doença crónica, causada por deficiência herdada e/ou adquirida na produção de insulina pelo pâncreas (1).

Sabe-se que, em 2013, a Diabetes matou 5,1 milhões de pessoas, segundo dados da International Diabetes Federation (2). A elevada morbi-mortalidade associada à DM decorre sobretudo das suas complicações, constituindo assim um importante problema de saúde pública (3).

Portugal posiciona-se entre os países europeus que registam uma mais elevada taxa na prevalência de diabetes. Segundo dados do Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes 2013, em 2012 a prevalência de diabetes na população portuguesa foi de 12,9%, nos indivíduos com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos, a que corresponde um valor estimado de 1 milhão de pessoas. Destes, 7,3% corresponde à prevalência de diabetes diagnosticada e 5,6% à não diagnosticada. Um total de 10,6% das mulheres e 15,4% dos homens portugueses têm diabetes (4).

Deste modo, a DM requer cuidados contínuos, não só por uma equipa de saúde multidisciplinar mas, também pela autogestão do doente, com o objectivo de prevenir complicações agudas e reduzir o risco de complicações a longo prazo (3).

Segundo a GHO, pessoas com diabetes requerem, pelo menos, 2 a 3 vezes os recursos de saúde comparados com pessoas que não têm diabetes, representando até 15% do orçamento nacional para a saúde (5). Neste sentido, um programa de controlo da doença parece estar associado com redução significativa dos custos em saúde (6).

Uma vez que, já se percebeu que cuidados médicos regulares conseguem prevenir muitas complicações comuns da diabetes, incluindo amputações, doença cardiovascular, retinopatia, nefropatia e neuropatia, surgiu a necessidade de criação de programas estruturados de acompanhamento de doentes diabéticos (7).

O Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes existe em Portugal desde a década de setenta, sendo a sua última actualização de 2008. Ele visa gerir de forma integrada a diabetes, reduzir a sua prevalência, atrasar o início e prevenir a ocorrência de complicações major e reduzir a mortalidade de morbilidade associada à DM (8).

Mais recentemente, teve início a criação de Unidades Coordenadoras Funcionais para a Diabetes (UCFD), às quais compete a promoção da interligação entre os serviços hospitalares

e os prestadores de cuidados de saúde primários, melhorando o acesso e a qualidade dos cuidados de saúde prestados, na perspetiva do consumo eficiente dos recursos disponíveis (9).

Assim, torna-se essencial uma Consulta de Diabetes estruturada e disponível nos Cuidados de Saúde Primários (CSP). Independentemente dos recursos informáticos utilizados nas várias unidades dos CSP, todos eles possuem um local apropriado para o registo clínico dos parâmetros avaliados neste tipo de consultas, sendo o doente incluído num programa de DM.

Um registo clínico de qualidade permitirá ao clínico ter a percepção da continuidade dos cuidados prestados, bem como da sua qualidade, tornando-se importante a sua avaliação pois, só com ela se pode expressar um juízo argumentado sobre o serviço prestado (10).

Neste sentido, a OMS considera que uma assistência qualitativamente adequada deve incluir, pelo menos, os seguintes elementos: qualidade técnica, uso eficiente dos recursos, controlo de riscos oriundos de práticas assistenciais, acessibilidade da atenção e aceitabilidade por parte dos pacientes (10).

No presente trabalho pretende-se avaliar apenas a qualidade técnica a nível do registo clínico das fichas de consulta de diabetes. Este, e todos os outros parâmetros de qualidade, são importantes de serem avaliados no caso da DM, uma vez que, apesar de comprovadamente haver vantagens evidentes no acompanhamento dos doentes diabéticos, pessoas com diabetes continuam a receber um tratamento subótimo (11)

2. Objectivos

Avaliar a qualidade dos registos informáticos efectuados no programa de consulta de diabetes de todos os doentes diabéticos de um médico de família do Centro de Saúde de São Miguel, em Castelo Branco.

3. Métodos

3.1. Tipo de Estudo

Estudo de avaliação de qualidade.

Estudo observacional descritivo de processos clínicos de utentes com DM inscritos no ficheiro do MF em estudo.

3.2. Dimensão a Estudar

Qualidade técnico-científica do registo clínico no programa da consulta de diabetes de um MF.

3.3. Tipo de Avaliação

Tratou-se de uma avaliação do tipo interno e retrospectiva.

3.4. Tipo e Fonte de Dados

Foram utilizados dados de processo clínico. O programa informático consultado foi o SAM.

3.5. Unidade de Estudo

Um MF da UCSP S. Miguel que efectuou consultas de diabetes nos anos 2011, 2012 e 2013 e que, voluntariamente, se dispôs a participar neste estudo.

3.6. População em Estudo

Todos os doentes diabéticos do ficheiro do MF em estudo e com compromisso de vigilância no programa de diabetes da UCSP durante os anos de 2011, 2012 e 2013.

3.7. Caracterização da Amostra

Os critérios recolhidos para caracterização da amostra foram o sexo, a idade e o número de consultas.

Neste estudo, a população é igual à amostra.

3.8. Critérios de Qualidade

Tabela 3.1 - Critérios de Qualidade

Critério	Definição
Ano de diagnóstico	Registo, se presente no campo destinado
Peso	Registo, pelo menos uma vez, no ano avaliado
IMC	Registo, pelo menos uma vez, no ano avaliado
PABd	Registo, pelo menos uma vez, no ano avaliado
PA	Registo, pelo menos uma vez, no ano avaliado
Rastreio de Pé Diabético	Registo de pedido de uma consulta de pé diabético/observação de pé, no ano avaliado
Rastreio de Retinopatia Diabética	Registo de pedido de uma consulta de oftalmologia/rastreio/observação, no ano avaliado
Valor de HgA1c	Registo, pelo menos uma vez, no ano avaliado
Microalbuminúria, CT, HDL, TG e LDL	Registo, pelo menos uma vez, no ano avaliado
LDL	Calculo registado, pelo menos uma vez, no ano avaliado
Creatinina	Registo, pelo menos uma vez, no ano avaliado
TFG	Calculo registado, pelo menos uma vez, no ano avaliado
S Vincent	Registo, se presentes nos campos destinados

3.9. Critérios de Exclusão

- a) Doentes sem compromisso de vigilância na UCSP;
- b) Doentes com compromisso de vigilância mas, sem consulta no ano avaliado.

3.10. Critérios de Recolha de Dados

Os dados foram recolhidos em dois momentos: dados relativos a 2011 foram recolhidos no início de 2012, pela interna de especialidade do MF em estudo e dados relativos a 2012 e 2013 foram recolhidos em Fevereiro de 2014, pela autora do presente trabalho.

3.11. Análise Estatística

Os dados foram introduzidos e analisados usando o programa Excel 2010[®]. Os resultados referentes às variáveis quantitativas de caracterização da amostra são apresentados como média +/- desvio padrão. Procedeu-se à análise dos critérios de qualidade definidos calculando-se a percentagem de campos preenchidos.

3.12. Tipo de Intervenção

Educacional, visando a detecção de problemas e procurando estratégias de melhoria e implementação de medidas correctivas.

4. Resultados

Relativamente à primeira avaliação, em 2012, foram obtidos 58 processos clínicos, dos quais, após exclusão atendendo aos critérios previamente definidos, restaram 36 para o estudo.

Já na segunda avaliação, foram recolhidos 87 processos relativos a 2012 e 95 relativos a 2013, dos quais foram seleccionados 55 e 65, respectivamente, para a avaliação.

Na tabela 4.1, podemos analisar a totalidade dos processos e os motivos de exclusão.

Tabela 4.1. Número Total de Fichas Estudadas

Ano	Número Total de Diabéticos	Sem Compromisso de Vigilância no CS	Com Compromisso de Vigilância mas sem Consulta	Total de Fichas Estudadas
2011	58	20 (34,5%)	2 (5,3%)	36 (62%)
2012	87	30 (34,5%)	2 (3,5%)	55 (63,2%)
2013	95	29 (30,5%)	1 (1,4%)	65 (68,4%)

4.1. Caracterização da Amostra

A amostra relativa ao ano de 2011 é constituída por um total de 36 diabéticos, 22 do sexo feminino (61,1%) e 14 do sexo masculino (38,9%), sendo a média das idades 63 anos (+/- 11,57).

Já a amostra relativa ao ano de 2012, é constituída por 55 diabéticos, 30 do sexo feminino (54,5%) e 25 do sexo masculino (45,4%), sendo a média das idades 63,38 anos (+/- 10,63).

Relativamente ao ano de 2013, a amostra é constituída por 65 diabéticos, 34 do sexo feminino (52,3%) e 31 (47,7%) do sexo masculino, sendo a média das idades 63,95 anos (+/- 12,15).

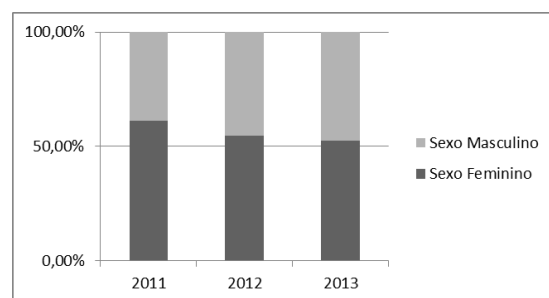


Figura 4.1 - Distribuição por Sexos da Amostra

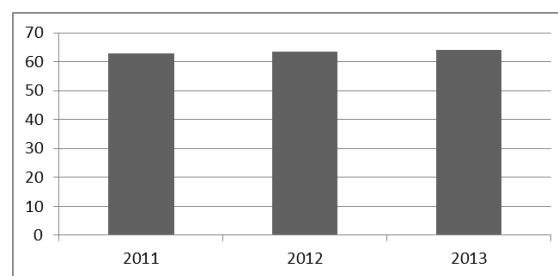


Figura 4.2 - Distribuição da Média de Idades

Quanto à média do número de consultas por doente podemos analisar, pelo gráfico 4.3 que de 2011 para 2013 houve um aumento no seu número médio.

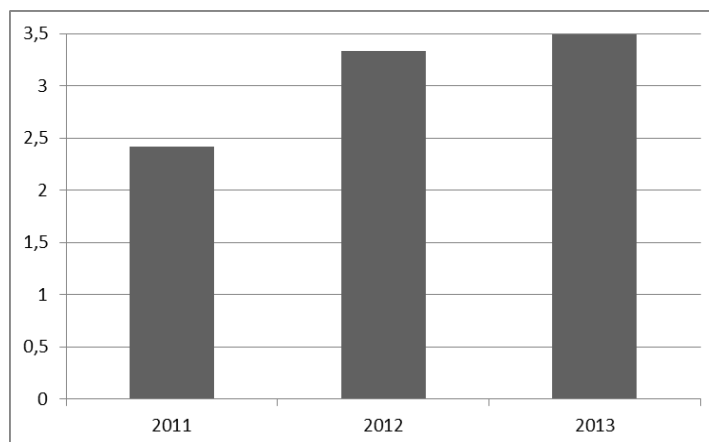


Figura 4.3 - Número Médio de Consultas por Doente na Amostra

4.2. Avaliação da Qualidade do Registo

Foi avaliada, em cada um dos 3 anos (2011, 2012 e 2013), a percentagem de campos preenchidos em cada parâmetro definido pelos critérios de qualidade presentes no programa de diabetes: ano de diagnóstico, peso, índice de massa corporal, perímetro abdominal, pressão arterial sistólica e diastólica, consulta de pé diabético e retinopatia, valor de HgA1c, microalbuminúria, colesterol total, colesterol HDL, triglicéridos, LDL, creatinina, taxa de filtração glomerular e S Vincent.

Relativamente ao ano de diagnóstico verificou-se que este estava preenchido em 75% das fichas em 2011, 92,7% em 2012 e 89,2% em 2013.

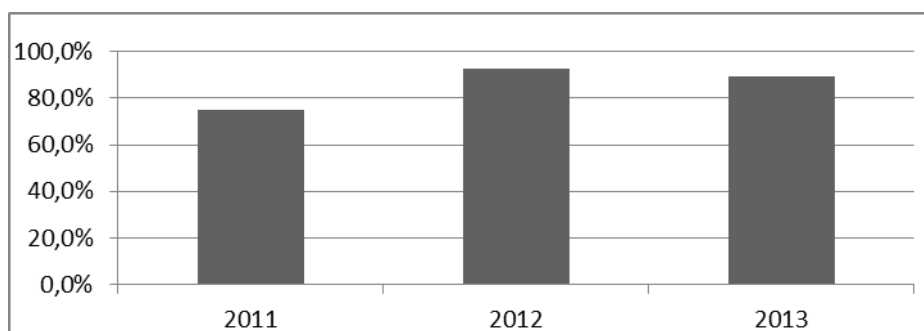


Figura 4.4 - Qualidade de Registo do Ano de Diagnóstico

Já em relação ao peso, notou-se o seu preenchimento em 94,4% das fichas em 2011 e 100% em 2012, tendo o valor descido novamente para 98,5% em 2013.

Quanto ao IMC observou-se uma subida contínua na percentagem de registo ao longo dos 3 anos com 91,7%, 96,4% e 96,9%.

Ao longo dos 3 anos em estudo, a percentagem de preenchimento do campo relativo à pressão arterial oscilou de 88,9% em 2011, para 83,6% em 2012 e 93,8% em 2013.

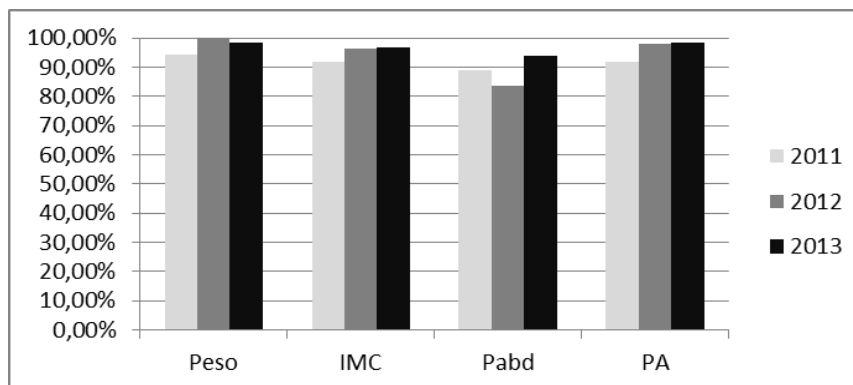


Figura 4.5 - Variação na Qualidade do Registo de Peso, IMC, Pabd e PA

Relativamente ao registo de rastreio de pé diabético, 19,4% dos doentes tinha apontado o seu pedido ou observação em 2011, 81,8% em 2012 e 60,0% em 2013.

Já quanto ao registo de consulta de oftalmologia (seja referência para o hospital, procura de médico privado ou rastreio), verificou-se o registo de 22,1% dos campos em 2011, 43,6% em 2012 e 27,7% em 2013.

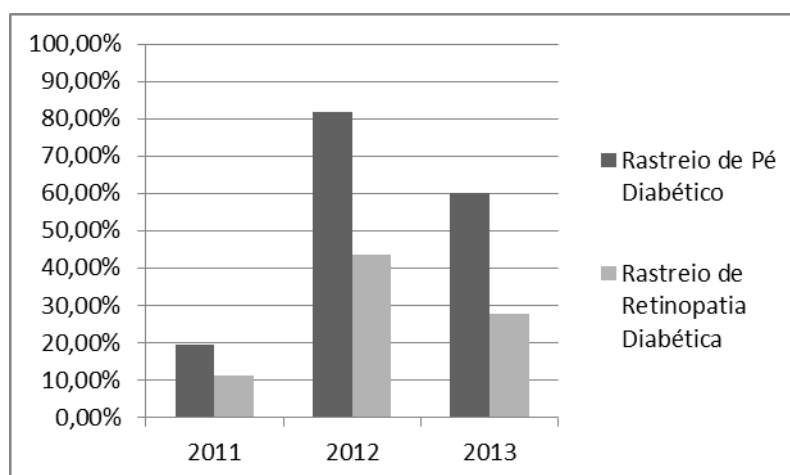


Figura 4.6 - Variação na Qualidade do Registo de Rastreio de Pé Diabético e Retinopatia Diabética

O valor de HgA1c encontrava-se preenchido em 88,9% dos processos em 2011, e 100% em 2012 e 2013.

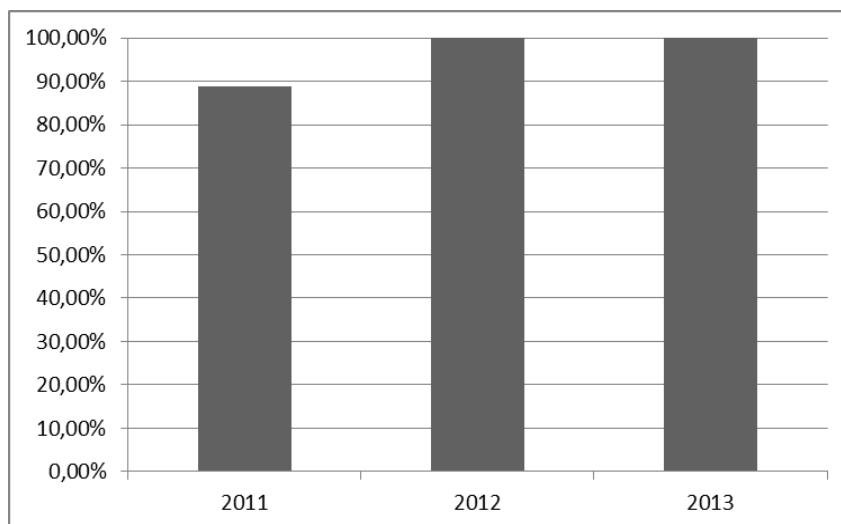


Figura 4.7 - Variação na Qualidade do Registo do Valor de HgA1c

Já a microalbuminúria revelou-se não preenchida na maioria dos processos com 0% de campos preenchidos em 2011, 9,1% e 13,8% em 2012 e 2013, respectivamente.

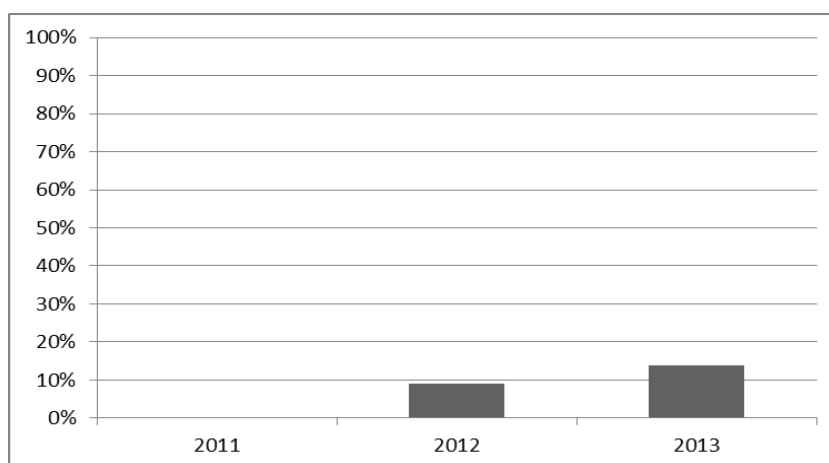


Figura 4.8 - Variação na Qualidade do Registo da Microalbuminúria

Quanto ao preenchimento dos campos relativos aos valores de colesterol e triglicérideos podem observar-se no gráfico 4.9.

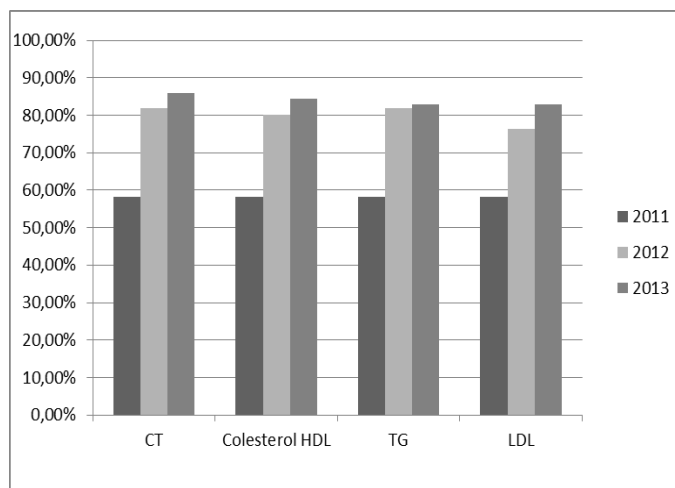


Figura 4.9 - Variação na Qualidade do Registo de CT, HDL, TG e LDL

O valor de creatinina encontrava-se registado em 13,9% dos processos em 2011, 61,8% em 2012 e 73,4% em 2013. Sendo que o registo da TFG estava efectuado em 13,9%, 45,5 % e 65,6% dos processos em 2011, 2012 e 2013, respectivamente.

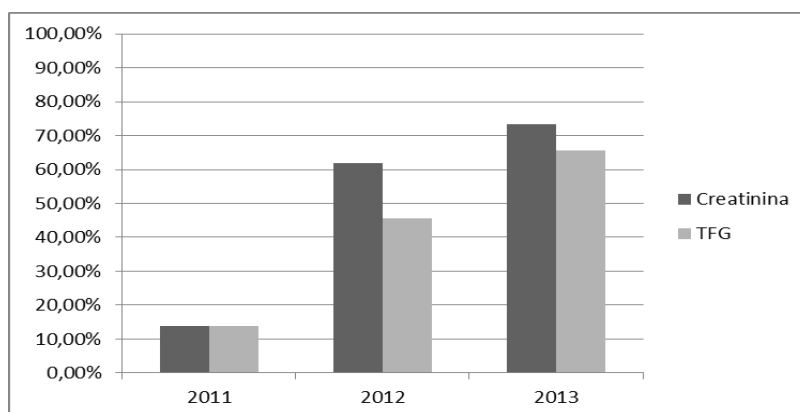


Figura 4.10 - Variação na Qualidade do Registo dos Valores de Creatinina e TFG

Quanto à escala de S Vincent, verificou-se a total ausência de registo em 2011, 80% e 78,5% em 2012 e 2013, respectivamente.

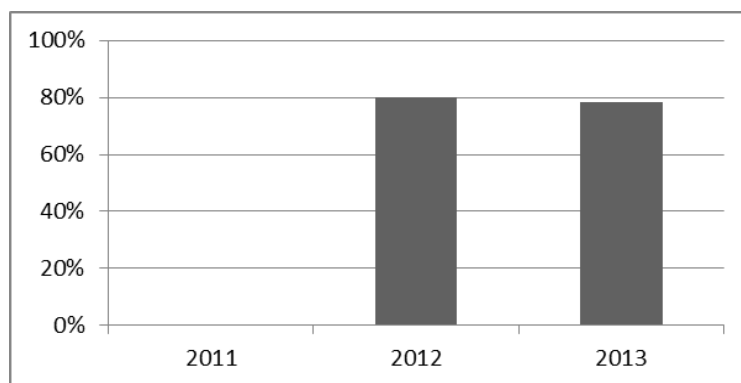


Figura 4.11 - Variação do Registo de S Vincent

5. Discussão

A primeira avaliação da qualidade do registo do programa de diabetes foi realizada em 2011, estudo englobado na avaliação de toda a UCSP a que o MF avaliado pertence. Esta foi feita pelos internos de Medicina Geral e Familiar da UCSP de S Miguel, tendo os resultados sido apresentados e discutidos em reunião de serviço, com discussão/introdução de medidas correctivas.

O presente trabalho pretende avaliar o resultado dessa primeira intervenção e ver em que medida ela teve repercussão na melhoria dos registos do MF em estudo. Para isso estudou-se o registo desse especialista nos anos de 2011, 2012 e 2013.

A visão empírica do MF avaliado era de que, no global, o registo tinha sofrido uma melhoria ao longo do tempo, o que se veio a verificar ser verdadeiro. Contudo, alguns dos parâmetros sofreram uma melhoria de 2011 para 2012, muito provavelmente fruto da intervenção educacional feita, e um decréscimo em 2013, que se procurará explicar.

Em 2011 foram então detectados os problemas de registo susceptíveis de melhoria, tendo-se sensibilizado os médicos para a sua realização, procurando o benefício futuro dos doentes seguidos.

Relativamente à caracterização da amostra verificou-se um maior número de indivíduos do sexo feminino, em todos os anos, o que não vai de encontro à prevalência de diabetes em Portugal estudado pelo Observatório da Diabetes. Isto pode dever-se à maior preocupação das mulheres com a saúde e procura do MF, no local avaliado, estando estas mais diagnosticadas que os homens (4).

Quanto ao número de consultas anuais, em média, os doentes estudados passaram de 2,4 em 2011, para 3,3 em 2012. Foi então registada uma grande melhoria tendo-se alcançado os valores da média nacional (média de 3,1 consultas por doente em 2012). Em 2013 voltou a haver aumento desse valor para 3,49. Este valor é ainda mais significativo se tivermos em consideração que o número previsto como mínimo para consultas no plano de actividades são 2 (12).

Quanto ao ano de diagnóstico verificou-se que este estava registado em 75% dos doentes em 2011, tendo este valor aumentado para 92,7% em 2012, sofrendo um decréscimo em 2013, de 3,5 pp. O registo do ano de diagnóstico é importante dando ideia ao clínico do tempo de evolução da DM, alertando-o para as suas complicações a longo prazo. O aumento no registo de 2011 para 2012 é, muito provavelmente, fruto da intervenção feita após a primeira

avaliação, tendo então o médico, em 2012, procedido ao registo do ano de diagnóstico nos doentes já acompanhados. O decréscimo de 2012 para 2013 pode dever-se à ausência de registo de ano de diagnóstico nos novos casos diagnosticados ou nos novos doentes já com diagnóstico mas, acompanhados de novo pelo médico em causa.

Quanto ao registo do peso este passou de um registo de 94,4% dos doentes para a totalidade dos doentes em 2012. O aumento, mais uma vez será fruto da intervenção, sendo de louvar o facto de todos os doentes diabéticos seguidos terem um registo do seu peso no ano de 2012. O ligeiro decréscimo de 1,5% em 2013 corresponderá, possivelmente, à realização de consulta de diabetes sem passagem pela consulta de enfermagem (facto que ocorre raramente) ou por alguma falha no sistema informático.

Quanto ao IMC houve uma melhoria no registo de 2011 para 2012, todavia não se atingiram os 100% de registo revelados no peso, o que se explica pela ausência de registo da altura em alguns pacientes, tendo a qualidade se mantido semelhante em 2013. O IMC está demonstrado como relacionado directamente com o risco de eventos cardiovasculares, o que sublinha a relevância da sua avaliação (14).

O registo do perímetro abdominal reduziu de 2011 para 2012, tendo depois subido cerca de 10% em 2013, para os 93,8%. Esta melhoria significativa num ano em que não houve alerta para a importância do registo pode dever-se à importância crescente verificada deste parâmetro, estando os profissionais de saúde mais alertados para ele. A redução no preenchimento em 2012 pode ter-se devido ao facto de, como já era um parâmetro com um bom preenchimento em 2011, este passou para segundo plano, havendo mais preocupação em melhorar outros parâmetros.

O registo da PA sofreu uma melhoria a cada ano, apesar de pouco expressiva de 2012 para 2013, atingindo os 98,5%. Apesar de ser um óptimo valor de percentagem de registo pensamos que, neste parâmetro em especial, será de suma importância atingir os 100% pela associação frequente nos doentes de DM e HTA, 2 factores de risco cardiovasculares que não podem ser menosprezados (15). Os valores de registo de PA nacionais ficam aquém daqueles da amostra não atingindo sequer os 70% em 2012, apesar de também se ter vindo a verificar um aumento (4).

Relativamente ao rastreio do pé diabético, o seu registo estava completo apenas em 19,4% dos doentes em 2011, sofrendo um expressivo aumento para 81,8% em 2012. Este aumento tão significativo, muito possivelmente, não revela um verdadeiro aumento na pesquisa do pé diabético mas, um aumento do registo da sua realização.

A avaliação do pé diabético pode ser realizada de 3 modos diferentes: consulta específica de pé diabético, consulta de enfermagem e consulta médica de diabetes, todos eles sendo

passíveis de registo no campo avaliado. O decréscimo de cerca de 20 pp de 2012 para 2013 pode dever-se a um descuido no registo, dado que se verifica a existência de um registo na ficha, contudo, por distração, não se apercebe que é já relativo ao ano anterior.

A nível nacional verificou-se também um grande aumento no registo de rastreio de pé diabético de 2011 para 2012, contudo, não atingindo um valor tão alto de rastreio como na nossa amostra (4). Esta avaliação é importante na prevenção e detecção precoce de úlceras ou amputações, não devendo, por isso, ser menosprezada.

Quanto ao rastreio da retinopatia diabética os valores de registo de consulta, rastreio ou pedido de consulta são assustadoramente reduzidos. Mais uma vez parece ter havido um despertar para a sua importância de 2011 para 2012, atingindo-se os 43,6% de registo contudo, este valor decresceu para os 27,7% em 2013. Há várias causas possíveis para este decréscimo como falta de resposta do meio hospitalar aos pedidos de consulta realizados e, devido à conjuntura económica actual, muitos doentes podem não ter a possibilidade de procurar um especialista privado para fazer o seu diagnóstico. Também, no ano de 2013, não foi realizado o rastreio anual de retinopatia diabética, estando este já agendado para 2014, esperando-se, então, uma melhoria expressiva da qualidade de registo deste parâmetro. Pode haver também uma desvalorização por parte do médico ou dos doentes da importância da avaliação anual, pensando que um período maior, 2 anos por exemplo, sem consulta, não serão demasiados. Todavia, pelas recomendações da ADA um doente diabético tipo 2 deve ser submetido a avaliação oftalmológica logo após o diagnóstico e repetir o exame anualmente. Será então este um dos pontos a melhorar futuramente (3).

Em 2011, a percentagem de doentes com pelo menos um registo de HgA1c no ano era de 88,9%. Em 2012 e 2013 verificou-se que todos os doentes tinham, pelo menos, um registo de HgA1c, em cada ano. Todos estes valores são superiores aos nacionais, que revelaram 71,9% de registo em 2011 e 88,2% em 2012. O número de registo anual ideal num doente diabético sem complicações serão duas, e não uma como foi definido neste critério (13). Contudo, como este é um estudo de qualidade de registo e não de acompanhamento, pareceu-nos que a realização de um registo anual por doente seria de valorizar.

A média da hemoglobina glicada nacional sofreu uma pioria de 2011 para 2012 (6,3 e 6,9, respectivamente) ao contrário da amostra estudado em que se verificou uma melhoria, apesar de muito ligeira, passando de 6,89% em 2011, para 6,82% em 2012 (4). Em 2013 o valor voltou a melhorar, atingindo os 6,66%.

Pensamos que, uma vez que a HgA1c reflecte a média dos valores de glicemia nos últimos 3 meses, monitorizando a eficácia e a adesão terapêutica, farmacológica e não farmacológica, este será um parâmetro que revela uma boa continuidade do controlo na nossa amostra, pelos seus 100% de registo, tendo-se atingido, em média, <7% de HgA1c, como recomendado pela

ADA (3). Um facto de pode ter contribuído para este aumento do registo é a existência de uma máquina no serviço capaz de medir o valor de HgA1c no momento da consulta.

A microalbuminúria revelou a pior qualidade de registo ao longo dos 3 anos, passando de 0% em 2011 até 13,8% em 2013. A justificação para estes valores não será a ausência de pedido mas uma verdadeira ausência no registo. Essa ausência de registo deve-se, muito provavelmente, ao facto de que, ao contrário dos outros valores analíticos, como colesterol e triglicéridos, a microalbuminúria requerer um registo directamente no programa com valores aproximados de 0, 10, 20, 30, 50, 80, 100 ou 150. Essa complexidade do registo leva, muito possivelmente, à sua ausência. Outro factor a ter em conta é a necessidade de uma urina de 24h para a obtenção deste valor, teste que muitas vezes leva a resistência e pouca adesão por parte do doente.

Pensar que tantos doentes possam estar sem valor de microalbuminúria pedido é grave, uma vez que pode haver doentes a desenvolver algum grau de insuficiência renal não diagnosticada. A ausência deste registo é ainda mais marcante quando comparada com a média nacional em que a percentagem de registo já era de 38,6% em 2011, tendo subido para 43,2% em 2012, um valor superior em 30pp ao registado na nossa amostra no mesmo ano.⁴

Quanto ao colesterol total, colesterol HDL e triglicéridos passaram dos cerca de 50% de registo total em 2011 para a casa dos 80%, em 2013. O aumento do registo foi contínuo e revela o verdadeiro registo dos valores no campo destinado quando são requeridas análises, sendo que o programa passa esse registo automaticamente para a ficha de diabetes. Quanto ao resto dos doentes que não têm este valor registado isso pode ser devido a ausência de pedido, a recusa do doente em fazer análises ou ao esquecimento de levar as análises no dia da consulta.

Outro problema é o facto de, em muitos doentes, o pedido de análises ser feito cerca de 6 meses antes da nova consulta o que leva ao esquecimento da necessidade da sua realização por parte do doente ou à sua realização num tempo inadequado, por exemplo, logo após a consulta. Estas análises não têm valor no acompanhamento preventivo do doente diabético e não há modo de colmatar essa falha a nível do centro de saúde, ao contrário, por exemplo, da HgA1c que é passível de ser analisada no centro de saúde, por haver um aparelho disponível. Será imprescindível gastar tempo de consulta a explicar ao doente a utilidade e periodicidade do estudo analítico, de modo a aumentar o seu cumprimento.

Está prevista a aquisição para o centro de saúde a que o MF avaliado pertence uma nova máquina que será capaz de obter a ficha lipídica do doente, no momento da consulta.

O aumento no registo do valor de LDL reflecte o aumento no registo do Colesterol total, HDL e triglicéridos uma vez que, estando estes disponíveis, o programa calcula o valor de LDL,

automaticamente. A percentagem de registo em 2011 era muito semelhante à nacional, porém sofreu um aumento significativo em 2012 atingindo os 76,4%, na nossa amostra (a nível nacional não ultrapassou os 58,6%) (4). Em 2013 o registo deste parâmetro na amostra voltou a melhorar, até aos 82,8% de registo de cálculo.

O aumento no registo da creatinina de 2011 para 2012 foi muito expressivo, passando de 13,9% para 61,8%. O valor continuou a aumentar em 2013. O aumento de registo de TFG foi inferior, muito possivelmente devido à ausência de registo de peso no dia de consulta em que foi feito o registo da creatinina.

O registo de S Vincent não estava completo em nenhum dos doentes acompanhados em 2011. A sua subida para 80%, em 2012, deve-se, certamente, ao alerta feito. Em 2013 houve uma diminuição ligeira de 1,5% no registo o que, provavelmente, revela o não preenchimento do registo nos diabéticos diagnosticados de novo ou seguidos de novo pelo MF.

Neste estudo, muitos dos doentes avaliados em 2011 foram aqueles afectados pela melhoria dos cuidados assistências prestados, avaliada pela medida da melhoria do registo, conseguida nos anos subsequentes. Resumindo, em 2011 a qualidade do registo era, de facto, bastante má, havendo até 2 parâmetros com 0% de preenchimento. A justificação para isto poderá ser ausência de reconhecimento da importância deste registo no acompanhamento de diabéticos ou por desconhecimento de como realizar esse preenchimento.

No global, houve uma melhoria na qualidade do registo no ano de 2011 para 2012, o que se justifica pelo alerta feito para a sua ausência e importância. A única excepção a esta regra foi o registo do perímetro abdominal. As justificações para isso poderão ser que, como o registo já era bom (88,9%), o MF ficou menos sensibilizado para o seu preenchimento, preocupando-se mais com outros parâmetros.

Quanto ao registo, comparando 2012 e 2013, no global, voltou-se a verificar uma melhoria, apesar de menos expressiva que a experienciada no ano anterior. Podia ser esperado um decréscimo ligeiro no registo, uma vez que, a sensibilização para a importância do registo já tinha sido efectuada há mais de um ano e, no meio de todas as preocupações normais do dia-a-dia o registo podia ter passado para segundo plano. Isso não se verificou, talvez, pelo MF avaliado ser o Coordenador para a Diabetes da ACES BIS e, por isso, estar mais sensibilizado para o tratamento e controlo da diabetes.

Outra justificação seria a presença de uma interna de especialidade orientada pelo médico. Os especialistas/internos mais jovens estão mais familiarizados com os sistemas de informação e as suas possibilidades, sendo mais rápidos e intuitivos na sua utilização, o que também facilita o preenchimento dos campos do programa de diabetes.

Não obstante, houve uma redução na qualidade do registo de 4 parâmetros, apesar de todos eles ficarem bem acima dos valores registados em 2011. A justificação pode ser a ausência de preenchimento nos novos doentes de alguns parâmetros e, naquelas cujo preenchimento foi valorizado anualmente, de alguma perda de interesse pelo preenchimento, aumento da pressão com consultas ou outro motivo.

Estes resultados foram de encontro às previsões do médico em estudo que esperava uma melhoria na qualidade do preenchimento, a cada ano. A maior surpresa revelou-se na contínua ausência de preenchimento da microalbuminúria.

Tendo em atenção os dados obtidos, pode tentar reorganizar-se a consulta de um modo mais funcional de modo a facilitar a consulta e o preenchimento dos campos essenciais ao acompanhamento do doente diabético.

Apesar do estudo intensivo efectuado, várias variáveis importantes não foram avaliadas como o registo de hábitos tabágicos e alcoólicos, registo de medicação (nomeadamente utilização de insulina) e vacinação (nomeadamente a gripal anual e a pneumocócica), todos estes parâmetros disponíveis para preenchimento na ficha de consulta de diabetes.

Uma crítica possível ao presente trabalho é que, algumas variáveis foram avaliadas como tendo qualidade se preenchidas uma vez no ano, contudo, por exemplo, as medições de hemoglobina glicada deveriam estar preenchidas 2 vezes no ano (13).

Outra questão passível de discussão foi a não definição de um padrão de qualidade a partir do qual se definisse a qualidade do registo como boa. Seria um padrão difícil de definir uma vez que, se os doentes têm o compromisso de vigilância da sua doença no centro de saúde o ideal seria terem todos os campos definidos na ficha de diabetes preenchidos a 100%, contudo muitas das vezes isso é impossível por dificuldades processuais. Todavia, pensamos que será unânime definir uma má qualidade quando, num ano seguinte, se verifica pioria da qualidade do registo.

Não devemos esquecer que, esta é uma avaliação que se baseia apenas no registo e não naquilo que foi realizado verdadeiramente, sendo perceptível que, muitas vezes, estas duas dimensões poderão não ter correspondência directa.

Além da perspectiva clínica e de acompanhamento, este estudo também é importante na perspectiva de optimização dos sistemas de informação, por exemplo o programa poderia preencher automaticamente o campo destinado à microalbuminúria, como o faz para as outras medidas analíticas, o que iria, certamente, aumentar a qualidade do registo quanto a este parâmetro. Poder-se-ia também implementar um novo sistema informático exclusivo para rastreios, do pé diabético e retinopatia diabética em que, na ausência de registo de

pedido, consulta ou observação, este se abriria directamente no campo relativo ao pedido de novas consultas.

Apesar da melhoria verificada na qualidade, os MF devem ser continuamente sensibilizados e motivados para uma melhoria na qualidade, sendo para isso essenciais avaliações contínuas (possivelmente, anuais) seguidas de acções de formação com demonstração das fragilidades e promoção da melhoria.

Este estudo completou um ciclo de qualidade uma vez que foi avaliado o efeito das medidas de correcção educativas realizadas e o seu efeito também a longo prazo. Contudo, novas falhas foram descobertas e, por isso, novas medidas correctoras devem ser introduzidas de modo a tentar alcançar o melhor nível de qualidade possível.

O que se fez neste trabalho foi avaliar uma primeira vez, comunicar e procurar uma melhoria dos resultados individual e diária. Tentando que o médico, na sua actividade quotidiana procure a melhoria da auto-eficácia, melhorando a qualidade, com o menor dos custos. Para mudanças na qualidade do registo a peça principal é a cooperação dos profissionais com mudanças no seu comportamento. Estes processos de melhoria de qualidade devem ser interactivos, contínuos, voluntários e sistemáticos (16).

Segundo a WONCA, assegurar qualidade é um processo de actividades planeadas baseadas na revisão e melhoria da execução com o objectivo da melhoria contínua dos “standards” de cuidados médicos (17). Com este estudo assegurou-se então uma melhoria da qualidade uma vez que, no global, houve melhoria da qualidade do registo.

Desse modo, o passo seguinte seria apresentar estes resultados publicamente e discuti-los em comunidade de MF. Seria também útil avaliar os restantes médicos da unidade e comparar as conclusões e ver o que pode ser feito, globalmente enquanto unidade, para melhorar ainda mais a qualidade.

Bibliografia

- 1) WHO. Global Burden of Diabetes. 1998.
- 2) International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 6 ed. 2013
- 3) American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes. 2012. Alexandria, VA.
- 4) Observatório da Diabetes. Diabetes: Factos e Números. 2013
- 5) Global Health Observatory (GHO). Deaths from CVD and diabetes. 2008
- 6) Sidorov, Jaan. Does Diabetes Disease Management Save Money and Improve Outcomes?. Diabetes Care. 2002; 25(4).
- 7) Korff, M. Von. Quality of Preventive Care for Diabetes. Diabetes Care. 2006. 32-39.
- 8) Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes, 2008
- 9) Despacho n.º 3052/2013, 26 de Fevereiro
- 10) Serapioni, M. Avaliação da Qualidade em Saúde. Revista Crítica das Ciências Sociais. 2009; 85.
- 11) Mangione, C. M., Gerzoff, R. B., Williamson, D. F., Steers, W. N., Kerr, E. A., Brown, A. F. Improving Patient Care The Association between Quality of Care and the Intensity of Diabetes Disease Management Programs. Annals of Internal Medicine. 2006; 145(2).
- 12) ULS de Castelo Branco EPE. Plano de Actividades na Área da Diabetes. Lisboa; 2013/2014.
- 13) DGS. Processo Assistencial Integrado de Diabetes Mellitus tipo 2. 2013.
- 14) UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group 1998. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). Lancet. 2012; 352 (9131):837-53.
- 15) Buse, J. et al. Primary Prevention of Cardiovascular Diseases in People With Diabetes Mellitus: A Scientific Statement from the American Heart Association and the American Diabetes Association. Circulation. 2007; 115:114-126.
- 16) Pisco, L. Melhoria Contínua da Qualidade em Medicina Geral e Familiar. Revista Portuguesa de Clínica Geral. 2000; 16:91-96
- 17) Hespanhol, A. Assegurar Qualidade em Medicina Geral e Familiar. Revista Portuguesa de Clínica Geral. 2004; 20:264-8