DOI: 10.32385/rpmgf.v41i6.13748

Melhoria da decisão clínica na monitorização de utentes com diabetes

Joana Sousa,[1] João Rodrigues,[2] Vítor Raposo[3]

RESUMO

Introdução: Nos cuidados de saúde primários, a diabetes *mellitus,* nomeadamente tipo 2 (DM2), é um problema de saúde com um importante impacto a nível clínico e financeiro. Em Portugal, mais de um terço dos utentes com DM2 não insulino-tratados recebe prescrição de produtos para automonitorização da glicemia capilar, apesar da evidência limitada sobre a sua real pertinência.

Objetivos: Avaliar o impacto da Recomendação n.º 2/2019, da Comissão de Farmácia e Terapêutica da Administração Regional da Saúde do Centro (ARSC), na prescrição de tiras reativas para utentes com DM2, analisando os efeitos na decisão clínica, nos resultados em saúde e nas práticas organizacionais.

Métodos: Aplicação de questionário aos coordenadores das unidades da ARSC para aferir o impacto da recomendação na sua Unidade e avaliação de dados do BI-CSP. Os dados foram tratados com recurso ao SPSS® e Microsoft Excel®.

Resultados: Obteve-se resposta de 59 unidades em 141. A recomendação foi discutida e aplicada em 67,9% das unidades. Em 61,9% dos casos observou-se uma melhoria nos resultados e 95,2% dos coordenadores indicaram mudanças nos comportamentos da equipa médica. Além disso, 98,2% consideraram que a recomendação contribuiu para a redução da utilização de tratamentos ineficazes e 98% referiram que promoveu a disseminação de boas práticas de auditoria dentro das unidades. Os dados do BI-CSP evidenciam uma redução do número de utentes com DM2 com prescrição de produtos de autocontrolo em todos os ACeS da ARSC, sendo essa redução mais acentuada na ARSC em comparação com as restantes ARS. O número de embalagens prescritas também diminuiu de forma mais expressiva na ARSC face às demais regiões.

Discussão: Os resultados sugerem um impacto positivo da recomendação na prática clínica. Este estudo sublinha a importância do investimento em investigação sobre intervenções que melhorem a qualidade dos cuidados de saúde e promovam maior eficiência clínica e administrativa.

Palavras-chave: Governação clínica; Diabetes mellitus; Automonitorização da glicemia capilar.

INTRODUÇÃO

O conceito governação clínica (GC), introduzido em 1997 no NHS do Reino Unido, é definido como um sistema pelo qual as organizações são responsáveis pela melhoria contínua da qualidade dos seus serviços, garantindo altos padrões de qualidade através da criação de um ambiente no qual a excelência clínica se desenvolverá.[1-2]

Segundo o Grupo Técnico Nacional da Governação Clínica e de Saúde nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), a GC contempla os seguintes passos: caracterização do problema que se pretende modificar, definição dos resultados a atingir, definição dos níveis para esses requisitos, definição dos métodos para atingir esses níveis, execução, monitorização e controlo e avaliação.[3-4] Um dos objetivos da GC do Conselho Clínico e de Saúde (CCS) passa por incentivar o desenvolvimento de projetos de melhoria da qualidade, sendo a qualificação da prescrição e gestão racional do medicamento uma área de destaque.[4]

A diabetes *mellitus* (DM) é uma patologia com prevalência significativa nos CSP, nomeadamente a DM

1. Assistente de Medicina Geral e Familiar. USF Campos do Mondego, ULS Baixo Mondego. Granja do Ulmeiro, Portugal.
2. Assistente Graduado Sénior de Medicina Geral e Familiar. USF CoimbraCelas, ULS Coimbra. Coimbra, Portugal.
3. Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra, Centre for Business and Economics Research (CeBER), Av. Dias da Silva, 165, 3004-512 Coimbra, Portugal.

tipo 2 (DM2), estando em 2018 registados 862.197 utentes com DM na Rede de CSP do Serviço Nacional de Saúde em Portugal Continental.[5] O tratamento da DM2 envolve medidas não farmacológicas e farmacológicas, que incluem antidiabéticos orais (ADO) e terapêutica injetável. Em doentes com diabetes com esquema insulínico, a automonitorização da glicemia capilar (AMGC) é fundamental para o ajuste da dosagem da insulina a administrar. Contudo, em utentes com DM2 não insulino-tratada, a evidência dos benefícios da AMGC é limitada,[6-8] sendo o valor da hemoglobina glicada A1c a melhor ferramenta para avaliar o controlo metabólico e averiguar a necessidade de ajuste terapêutico.[9]

Nos últimos anos, o custo associado à terapêutica com DM tem vindo a aumentar, sendo que, de acordo com os dados do Bilhete de Identidade dos CSP (BI-CSP), a Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC) apresentava em 2019 valores superiores à média nacional, com um aumento crescente desde 2016 em todos os ACeS.[10] Para além dos gastos associados à medicação existem os associados à prescrição de produtos de AMGC. Em 2018, o valor das vendas em ambulatório de dispositivos de monitorização da DM foi de €60,5 milhões, embora nesse ano tenha existido um aumento significativo associado à introdução dos sensores de avaliação da glicose intersticial.

Uma das áreas de intervenção da ARSC em 2019, ao nível da qualificação dos cuidados ao doente diabético, foi relativa à prescrição de material de autocontrolo que incluiu a divulgação pelos Conselhos Clínicos e da Saúde (CCS) da Recomendação n.º 2/2019, da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) da ARSC, sobre a monitorização da glicemia capilar e intersticial em utentes com DM2, bem como do perfil de prescrição das unidades e sua implementação.

Este trabalho tem como objetivo avaliar os efeitos dessa recomendação na decisão clínica, nos resultados em saúde e nas práticas organizacionais, com foco na melhoria contínua da qualidade.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo aplicando um questionário em plataforma digital *(LimeSurvey®)* da Universidade de Coimbra, disponível de 11 de setembro a 9 de outubro/2021 (Apêndice A). O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da ARSC, tendo sido observados todos os princípios relativos à proteção, privacidade e confidencialidade dos dados.

O convite foi enviado por *email* para os coordenadores das 141 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e Unidades de Saúde Familiar (USF – modelos A e B) dos ACeS Baixo Mondego, Baixo Vouga, Cova da Beira, Dão Lafões, Pinhal Interior Norte e Pinhal Litoral da ARSC. Não foram considerados os ACeS Beira Interior Sul e Guarda por estarem integrados em Unidades Locais de Saúde.

O questionário possuía 44 perguntas, divididas em nove secções: 1) dados gerais; 2) divulgação da boa prática e do perfil de prescrição pela ARSC e pelo ACeS; 3) discussão e aprovação da boa prática; 4) discussão e aprovação de medidas corretoras a implementar; 5) monitorização dos resultados; 6) apoio dado no processo de mudança, por parte do CCS do ACeS correspondente e da ARSC; 7) GC para a melhoria contínua da qualidade sobre que áreas se deveriam aplicar a metodologia da qualificação da prescrição e as correções necessárias; 8) perceção sobre a GC; 9) comentários finais.

As primeiras sete secções basearam-se no cronograma da recomendação. A secção 8 avalia a perceção dos coordenadores sobre os prováveis resultados de uma GC efetiva e os seus efeitos organizacionais, tendo sido utilizada a proposta de Degeling *et al.*[11] Foram feitas alterações para o contexto da GC nos CSP, tendo por base o documento de Rodrigues e Felício,[4] e foi realizada uma pré-validação da escala utilizada, recorrendo a dois peritos com experiência de GC nos CSP.

A análise dos dados foi efetuada recorrendo ao SPSS® v. 27. As variáveis quantitativas foram sintetizadas através da média, desvio-padrão (DP), mínimo e máximo e as variáveis qualitativas foram descritas através das frequências absolutas *(n)* e relativas (%).

Posteriormente foi realizado um estudo observacional transversal através da recolha de dados do BI-CSP, entre 2019 e 2021, para as variáveis «Número de embalagens prescritas para inscritos com DM2 com produtos de autocontrolo de diabetes» (NEmbInsDM2_ADO) e «PVP prescrição para inscritos com DM2 com produtos de autocontrolo de diabetes» (PVPPrescIns DM2_ADO). Analisou-se a variação entre o primeiro e o segundo semestre de 2019 para cada ARS, com o

TABELA 1. Dados gerais dos respondentes ao questionário

		Média	Mediana	Moda	DP	Min	Max
Anos	Idade	49,38	47,5	65	11,54	32	68
	Profissão	22,59	21	11	12,17	3	43
	Trabalho na Unidade	10,33	9	3	8,38	0,3	35
	Função de coordenador	4,54	3	2	4,77	0	32

objetivo de identificar tendências e respetivas taxas de crescimento. Tendo em conta a recomendação em avaliação recolheram-se também para o mesmo período dados das seguintes variáveis para as cinco ARS e para os ACeS da ARSC em estudo: número de inscritos com DM2 com prescrição de ADO (NInsDM2_ADO), número de inscritos com DM2 com prescrição de insulina (NInsDM2_INS), número de inscritos com DM2 com produtos de autocontrolo de DM (NInsDM2_ADODM), número de embalagens prescritas para inscritos com DM2 com produtos de autocontrolo de DM (NInsDM2_ADODM) e PVP prescrição para inscritos com DM2 com produtos de autocontrolo de DM (PVPInsDM2_ADODM). Os dados recolhidos no BI-CSP encontram-se de forma mais detalhada no apêndice D e a sua análise foi realizada com recurso ao Excel®.

RESULTADO

Questionário aos coordenadores

Obtiveram-se 59 respostas (taxa de resposta de 41,84%) (Tabela 1). As taxas de resposta mais elevadas, considerando o número total de unidades, foram nos ACeS Baixo Mondego (11,35%) e Baixo Vouga (10,64%). A maioria das respostas foi de USF (74,58%).

Os respondentes foram maioritariamente mulheres (67,8%), com idade média de 49,4 ± 11,5 anos, uma média de anos de profissão de 22,6 ± 12,2, com experiência de trabalho na Unidade de 10,3 ± 8,4 anos e a exercer a função de coordenador há uma média de 4,5 ± 4,8 anos (Anexo 1).

Relativamente à divulgação da boa prática e do perfil de prescrição pela ARSC e pelo ACeS (Tabela 2 e Apêndice C), a maioria dos participantes (98,3%) recebeu *email* da ARSC com a recomendação da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), sendo que 93,2% refere que o ACeS divulgou à Unidade a boa prática até 19 de julho/2019. Em 88,1% das Unidades também foi divulgado pelo ACeS o perfil de prescrição associado à recomendação até à data de 19 de julho/2019.

Quanto à discussão e aprovação da boa prática (Tabela 2 e Apêndice C), na maioria das Unidades (59; 67,8%) a recomendação foi discutida e aprovada até dia 2 de agosto/2019, sendo que em mais de metade (37; 62,7%) foi realizada em uma ou duas reuniões. Em nove unidades (15,3%), a boa prática foi discutida e aprovada depois da data definida na recomendação. Nos casos em que a recomendação foi discutida, mas não aprovada, foi realçado que o ponto em falta foi a aprovação formal em reunião desta boa prática. Nas unidades em que a recomendação não foi discutida nem aprovada, os motivos referidos foram: ainda não ser uma USF, a prioridade ser a pandemia COVID-19 e o respondente estar em transição de unidades nessa data. Em apenas duas unidades foi referido que, embora a recomendação não tivesse sido aprovada, não tinha sido aprovada nenhuma alternativa. A maioria das respostas referia como principais problemas detetados no processo a falta de educação para a saúde e resistência por parte dos utentes, sendo também abordado a heterogeneidade de prescrição entre diferentes médicos.

Relativamente à discussão e aprovação de medidas corretoras a implementar (Tabela 2 e Apêndice C), 35 coordenadores (71,4%) referem que foram discutidas e aprovadas medidas corretoras até 2 de agosto/2019. Apenas em sete unidades (14,3%), a discussão e aprovação ocorreu após a data recomendada. Na maioria dos casos discutiu-se o perfil da Unidade comparando com o do ACeS e da ARSC (76,8%) e com o perfil de cada médico (57,1%). Outros exemplos (três respostas) de procedimentos adotados incluem: a

TABELA 2. Taxa de respostas e características dos respondentes

ACeS	Unidades				Respostas							Taxa resposta
	UCSP	USF-A	USF-B	Total	UCSP		USF-A		USF-B		Total	
					F	M	F	M	F	M		
Baixo Mondego	9	16	10	35	2	0	4	4	4	2	16	11,35%
Baixo Vouga	13	18	7	38	3	1	6	0	1	4	15	10,64%
Cova da Beira	5	1	0	6	1	0	0	0	0	0	1	0,71%
Dão Lafões	9	8	8	25	2	0	1	2	2	3	10	7,09%
Pinhal Interior Norte	9	4	2	15	1	1	2	0	1	1	6	4,26%
Pinhal Litoral	10	7	5	22	4	0	3	2	2	0	11	7,80%
Total	55	54	32	141	15		24		20		59	41,84%

implementação de plano de acompanhamento e de folheto informativo para o utente, a possibilidade de prescrição sem indicação da marca e a formação em equipa sobre as recomendações mais recentes. As principais medidas corretoras abordadas (33 respostas) foram ao nível da educação dos utentes, por exemplo através da elaboração de folhetos educativos, e da formação dos profissionais de saúde através do reforço das boas práticas referidas na recomendação.

Quanto à monitorização dos resultados (Tabela 2 e Apêndice C), na maioria foram monitorizados os resultados (73,8%) e reavaliado o perfil de prescrição até 31 de dezembro/2019 (29; 69%). Nas Unidades em que não foram monitorizados os resultados, a justificação (nove respostas) mais frequente foi a falta de tempo. Em relação ao contacto por parte do CCS do ACeS, a maioria refere não ter tido contacto no sentido de perceber como estava a decorrer o processo (57,1%). Em 26 unidades (61,9%) houve uma melhoria do perfil após a implementação de medidas corretoras. Em 31 unidades (73,8%), a implementação dessas medidas decorreu conforme as expectativas e 40 unidades (95,2%) relataram mudanças de comportamento por parte dos médicos. Os comportamentos mais frequentemente alterados (27 respostas) referem-se à melhoria na qualificação da prescrição de tiras reativas, conforme as recomendações.

Relativamente ao apoio dado no processo de mudança (Tabela 2 e Apêndice C), 35,6% (21) classifica como razoável e 49,2% (29) como bom o apoio dado pelo CCS do ACeS correspondente. Os comentários (18 respostas) foram muito variados, indo desde apenas envio de *email* por parte do CCS sobre a recomendação até à partilha de propostas de melhoria de diversas unidades. O apoio dado pela ARSC foi categorizado como razoável por 52,6% (30) dos participantes e bom por 43,9% (25). Os comentários (15 respostas) na sua maioria referiam a partilha da recomendação da CFT da ARSC, reforçando a importância de existir a possibilidade de esclarecimento de dúvidas e o investimento na formação dos profissionais. A maioria dos respondentes (96,6%) concorda que se deva estender esta metodologia para outras áreas, sendo que 28,8% considera necessária a existência de algumas correções. Nas correções consideradas (13 respostas) foi realçada a necessidade de maior apoio e acompanhamento durante o processo, de confirmação dos dados do BI-CSP, que podem não espelhar a realidade das unidades de saúde e de maior fundamentação científica da recomendação. Nas propostas (35 respostas) às áreas para se estender a metodologia adotada para a implementação desta boa prática, as mais referidas foram ao nível da terapêutica com benzodiazepinas, inibidores da bomba de protões e antibióticos. Nas respostas que referiram não considerar que se devia estender a metodologia a outras áreas, os motivos referidos (dois comentários) foram a importância de se atuar primeiro noutras problemáticas, como a falta de profissionais, o

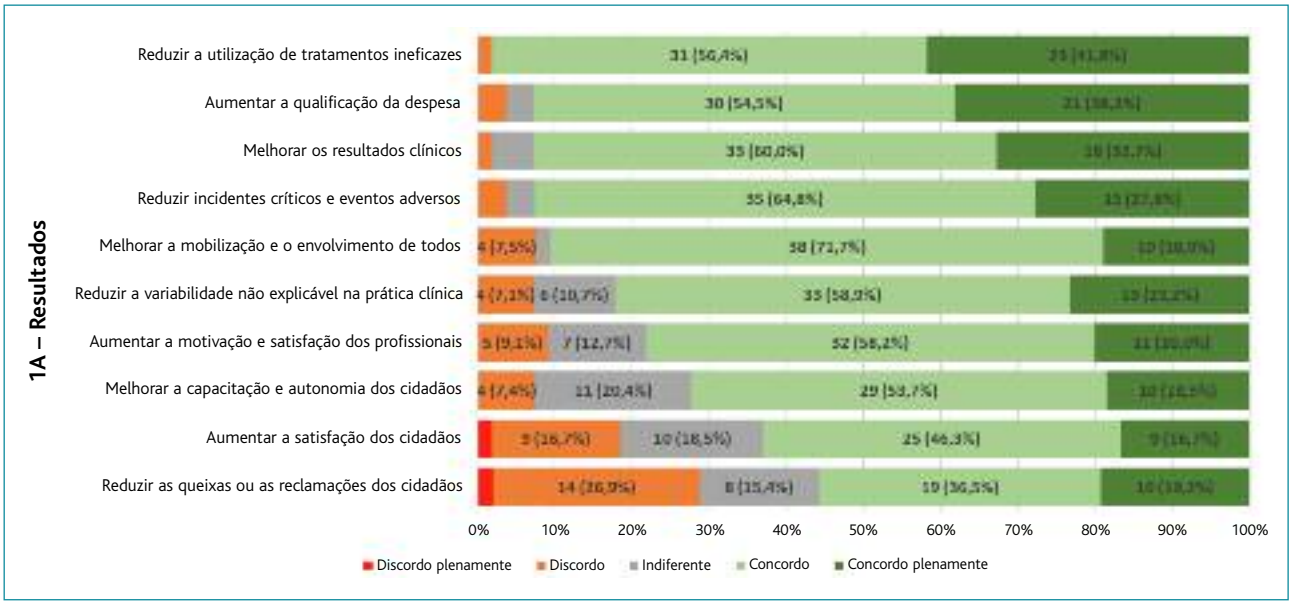

Figura 1. Perceção dos coordenadores das Unidades de Saúde relativamente aos efeitos da governação clínica.

número elevado de utentes por ficheiro e a melhoria dos sistemas informáticos.

Avaliando a perceção dos coordenadores do que se pretende a nível de resultados da GC (Figura 1A) verifica-se que nas várias afirmações o nível de concordância é superior a 55%. Os pontos mais valorizados referem que a implementação efetiva da GC permitirá: reduzir a utilização de tratamentos ineficazes (98,2%), aumentar a qualificação da despesa ao melhor custo (92,7%) e melhorar os resultados clínicos (92,7%). O ponto menos valorizado foi a redução das queixas ou as reclamações dos cidadãos (55,8%). Relativamente aos efeitos organizacionais da GC (Figura 1B), a maioria dos coordenadores discorda que seja uma moda que vai passar com o tempo (81,2%), um mecanismo para promover mais intromissões injustificadas por parte da gestão em áreas clínicas (72,5%) e a criação de estruturas de supervisão e controlo para promover uma cultura da "culpa" em contextos clínicos (70,8%). Os coordenadores concordam que a GC permite a divulgação na organização de boas práticas de auditoria alcançadas nas Unidades (98%), a criação de mecanismos para sistematizar, monitorizar e melhorar o atendimento a situações específicas (94,1%) e providencia às Unidades informação sistemática sobre perfis de desempenho que justifiquem reflexão com base de evidência (94,1%).

Nos comentários finais (14 respostas) foi abordada a importância de investir em áreas que teriam um impacto na facilidade de implementação de trabalhos de melhoria da qualidade, como a formação dos profissionais, melhoria dos sistemas de informação e dos recursos existentes, diminuição da carga burocrática e redução do número de utentes por ficheiro.

Dados do BI-CSP

Relativamente ao número de embalagens prescritas de produtos de autocontrolo para utentes DM2, comparando o primeiro e o segundo semestre de 2019, constata-se que apenas existiu uma diminuição nas ARSC e ARS Norte, sendo esta redução superior na ARSC (6,34% *vs* 2,93%). Nesse mesmo período, o PVP da prescrição de produtos de autocontrolo de diabetes para doentes inscritos com DM2 apresentou uma tendência semelhante, com uma diminuição no segundo semestre apenas nas ARSC e ARS Norte, sendo esta redução superior na ARSC (6,31% *vs* 2,34%) (Figuras 2A e 2B).

Quanto ao número de utentes com DM2 medicados com ADO e dos insulino-tratados, em todas as ARS



Figura 2. Variação entre o 1.º e no 2.º semestre de 2019 do número de embalagens prescritas e do PVP da prescrição para doentes inscritos com DM2 em cada ARS.

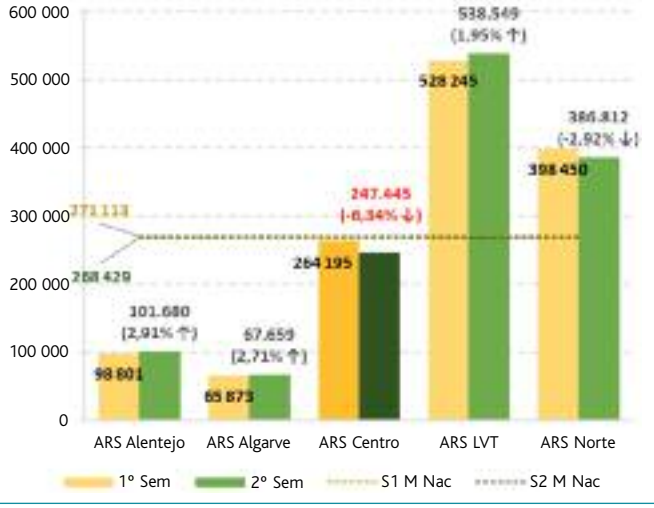

Figura 2A. Embalagens prescritas de produtos de autocontrolo de diabetes.

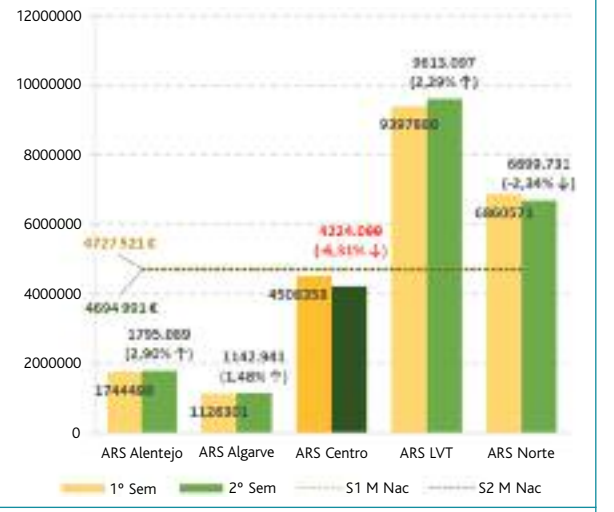

Figura 2B. PVP da prescrição de produtos de autocontrolo de diabetes.

Legenda: S1 = 1.º semestre de 2019; S2 = 2.º semestre de 2019; M Nac = média nacional. Foram colocadas as variações para cada ARS entre o 1.º semestre e o 2.º semestre (valor entre parênteses em % com a indicação de aumento ↑, diminuição ↓ ou manutenção ↔).

existiu, de 2019 a 2021, um aumento do número de utentes, sendo o aumento dos doentes sob ADO superior (Tabela 3). O panorama foi semelhante nos ACeS da ARSC, com exceção da Cova da Beira e do Baixo Vouga, sendo o aumento do número de diabéticos insulino-tratados superior em termos percentuais.

TABELA 3. Principais respostas ao questionário nas diversas dimensões relacionadas com a recomendação

Divulgação da boa prática e do perfil de prescrição pela ARSC e pelo ACeS	
Questões	***N* (%)**
Recebeu o e-mail da Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC) com a Recomendação?	**59**
Sim	58 (98,3%)
Não	1 (1,7%)
O seu Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) informou, divulgou e promoveu, até 19 de julho de 2019, junto da sua Unidade essa boa prática?	**59**
Sim, até 19 de julho de 2019	55 (93,2%)
Sim, mas depois desta data	2 (3,4%)
Não	2 (3,4%)
O seu Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) enviou para a sua Unidade, até 19 de julho de 2019, o perfil de prescrição associado a essa recomendação?	**59**
Sim, até 19 de julho de 2019	52 (88,1%)
Sim, mas depois desta data	1 (1,7%)
Não	6 (10,2%)
Discussão e aprovação da boa prática na sua Unidade	
Questões	***N* (%)**
A boa prática da recomendação foi discutida e aprovada na sua Unidade até 2 de agosto de 2019?	**59**
Sim, foi discutida e aprovada até 2 de agosto de 2019	40 (67,8%)
Sim, foi discutida e aprovada, mas depois desta data	9 (15,3%)
Foi discutida, mas não foi aprovada	6 (10,2%)
Não foi discutida nem aprovada	4 (6,8%)
Quantas reuniões foram realizadas para discutir e aprovar a boa prática?	**46**
1	19 (32,2%)
2	18 (30,5%)
3	8 (13,6%)
4	1 (1,7%)
Foi aprovada alguma alternativa?	
Não	2 (3,4%)
Sim	0
Discussão e aprovação de medidas corretoras a implementar na Unidade	
Questões	***N* (%)**
Foram discutidas e aprovadas, até 2 de agosto, medidas corretoras a implementar na sua Unidade para se alinhar com os resultados esperados da recomendação?	**49**
Sim, foram discutidas e aprovadas até 2 de agosto de 2019	35 (71,4%)
Sim, foram discutidas e aprovadas, mas depois desta data	7 (14,3%)
Foram apenas discutidas, mas não foram aprovadas quais medidas corretoras	4 (8,2%)
Não foram discutidas nem aprovadas quaisquer medidas corretoras	3 (6,1%)

(continua)

Em relação à prescrição de produtos de autocontrolo de DM, no geral existiu uma diminuição no número de utentes inscritos nas ARS em todos os períodos, com exceção da ARS Algarve (2019-2020 e 2019-2021). A ARSC apresentou a maior redução em todos os períodos analisados (10,28%) (Figura 3A).

TABELA 3. *(continuação)*

Discussão e aprovação de medidas corretoras a implementar na Unidade	
Questões	***N* (%)**
Na discussão e aprovação das medidas corretoras, que procedimentos foram seguidos?	**42**
Foi discutido o perfil da Unidade comparando com o do ACeS e da ARSC?	
Sim	33 (78,6%)
Não	9 (21,4%)
Foi discutido o perfil da Unidade comparando com o perfil de cada médico da equipa?	
Sim	24 (57,1%)
Não	18 (42,9%)
Outros procedimentos	
Sim	3 (7,1%)
Não	39 (66,1%)
Monitorização dos resultados	
Questões	***N* (%)**
Até 31 de dezembro de 2019 monitorizou os resultados da sua Unidade e dos médicos da sua equipa tendo em conta as medidas corretoras aprovadas?	**42**
Sim	31 (73,8%)
Não	11 (26,2%)
Até 31 de dezembro de 2019, o Conselho Clínico e de Saúde do seu ACeS teve algum tipo de contacto com a sua Unidade no sentido de perceber como estava a decorrer a implementação das medidas corretivas e os resultados alcançados?	**42**
Sim	18 (42,9%)
Não	24 (57,1%)
Até 31 de dezembro de 2019 e após a implementação das medidas, reavaliou o perfil de prescrição da sua Unidade?	**42**
Sim	29 (69%)
Os resultados mantiveram-se	3 (7,1%)
Os resultados melhoraram	26 (61,9%)
Não	13 (31%)
Tendo em conta as suas expectativas na implementação das medidas corretoras como classifica os resultados atingidos?	**42**
Abaixo das minhas expectativas	9 (21,4%)
De acordo com as minhas expectativas	31 (73,8%)
Acima das minhas expectativas	2 (4,8%)
Considera que houve mudança de comportamentos por parte dos médicos da sua equipa?	**42**
Sim	40 (95,2%)
Não	2 (4,8%)

(continua)

Ao nível do NEmbInsDM2_ADO, no período 2019-2020 apenas existiu uma redução deste valor nas ARSC (5,15%) e ARS Norte (1,4%). No período 2020-2021 verificou-se uma redução do número de embalagens prescritas em todas as ARS, com exceção da ARS Norte, sendo que na ARS Algarve ocorreu uma maior redução (28,88%). A ARSC foi aquela que apresentou uma maior redução do número de embalagens prescritas (6,09%) (Figura 3B).

TABELA 3. *(continuação)*

Apoio dado no processo de mudança	
Questões	***N* (%)**
Como classifica o apoio dado pelo Conselho Clínico e de Saúde do seu ACeS ao longo de todo este processo de mudança:	**59**
Mau	1 (1,7%)
Razoável	21 (35,6%)
Bom	29 (49,2%)
Muito bom	7 (11,9%)
Excelente	1 (1,7%)
Como classifica o apoio dado pela ARSC ao longo de todo este processo de mudança:	**57**
Mau	2 (3,5%)
Razoável	30 (52,6%)
Bom	25 (43,9%)
Muito bom	0
Excelente	0
Governação clínica para a melhoria contínua da qualidade	
Questões	***N* (%)**
Tendo em conta os princípios da boa governação clínica, a metodologia que foi adotada para a implementação desta boa prática sobre a prescrição de tiras reativas para a glicemia deve-se estender a outras áreas?	**59**
Sim	40 (67,8%)
Sim, mas é necessário fazer algumas correções	17 (28,8%)
Não	2 (3,4%)

Relativamente ao PVPPrescInsDM2_ADO, nos períodos analisados existiu um aumento em todas as ARS, com exceção do período de 2019-2020 na ARSC, que apresentou uma diminuição de 1,69%. Entre 2019 e 2021, a ARSC foi aquela que apresentou um aumento inferior (2,74%) (Figura 3C).

No que diz respeito ao NInsDM2_ADO, existiu uma redução do número de utentes inscritos em todos os ACeS da ARSC. A redução foi menor na Cova da Beira (2,41%), tendo o Pinhal Litoral apresentado a maior redução de 2019 a 2021 (13,96%) (Figura 3D).

Relativamente ao NEmbInsDM2_ADO, existiu uma redução em todos os períodos analisados, com exceção do período de 2020-2021 na Cova da Beira e em Dão Lafões. No período de 2019 a 2021, a redução foi superior no Pinhal Interior Norte (8,63%) (Figura 3E).

Por último, quanto ao PVPPrescInsDM2_ADO, apenas no Pinhal Interior Norte e no Baixo Mondego existiu uma melhoria no período de 2019-2021 (3,05% e 0,34%, respetivamente) (Figura 3F).

DISCUSSÃO

Na maioria das unidades, a recomendação foi aplicada e os seus resultados monitorizados. Em 61,9% existiu uma melhoria dos resultados e em 95,2% existiu uma mudança dos comportamentos por parte da equipa médica, verificando-se deste modo um efeito positivo da recomendação.

Quanto ao apoio dado no processo de mudança, o apoio sentido por parte do CCS foi superior relativamente ao da ARSC. Os comentários analisados sugerem uma variação nos apoios dados pelos CCS, passando desde apenas a partilha da informação até ao agendamento de reuniões para monitorização dos resultados. A classificação do apoio da ARSC foi inferior à do CCS, mostrando que este segundo tem uma maior



Figura 3A. N.º de utentes inscritos com DM2 com produtos de autocontrolo nas cinco ARS.
Legenda: * – variação, em termos percentuais, entre 2021 e 2019.

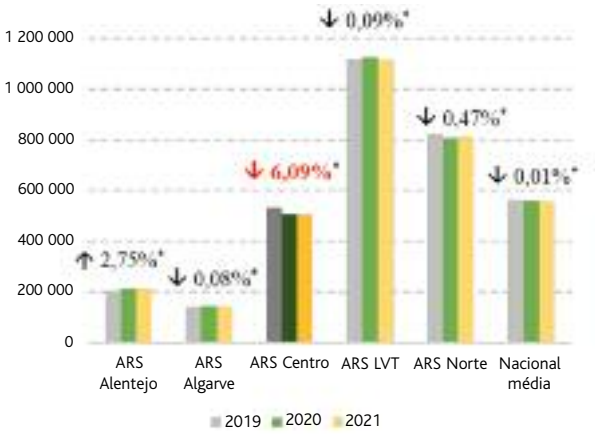

Figura 3B. N.º de embalagens prescritas para inscritos com DM2 nas cinco ARS.
Legenda: * – variação, em termos percentuais, entre 2021 e 2019.



Figura 3C. PVP na prescrição de produtos de autocontrolo em DM2 nas 5 ARS.
Legenda: * – variação, em termos percentuais, entre 2021 e 2019.

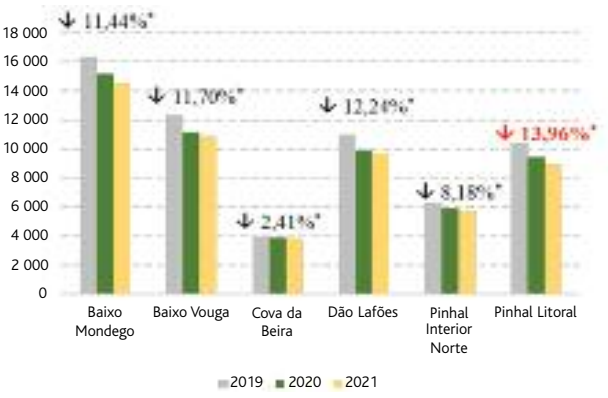

Figura 3D. N.º de utentes inscritos com DM2 com produtos de autocontrolo nos ACeS da ARS Centro.
Legenda: * – variação, em termos percentuais, entre 2021 e 2019.

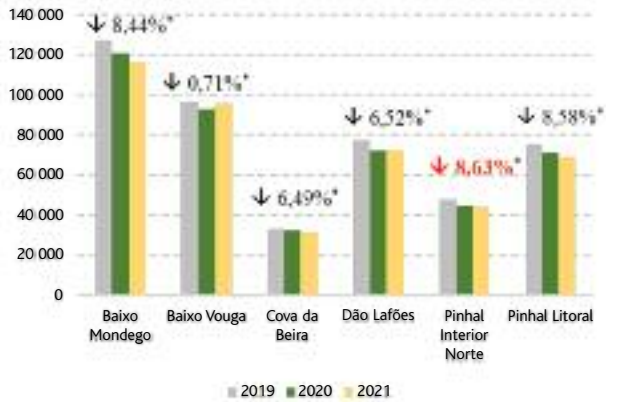

Figura 3E. N.º de embalagens prescritas para inscritos com DM2 nos ACeS da ARS Centro.
Legenda: * – variação, em termos percentuais, entre 2021 e 2019.

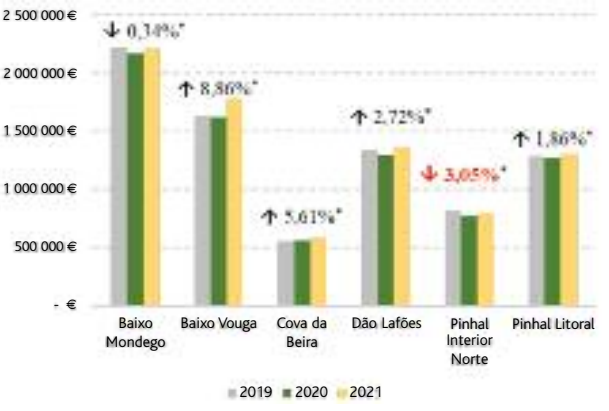

Figura 3F. PVP na prescrição de produtos de autocontrolo em DM2 nos ACeS da ARS Centro.
Legenda: * – variação, em termos percentuais, entre 2021 e 2019.

Figura 3. Evolução entre 2019 e 2021 das variáveis analisadas.

TABELA 4. Resumo dos principais dados retirados do BI-CSP relativamente ao número de utentes com diagnóstico de DM sob antidiabéticos orais (ADO) e insulino-tratados (IT), entre 2019 e 2021, por ARS e pelos ACeS da ARSC

ARS	ADO/IT	2019	2020	2021	Variação de 2019 a 2021; em %
ARS Alentejo	ADO	39.523	39.317	40.585	2,69%
	IT	5.838	5.870	5.936	1,68%
ARS Algarve	ADO	25.804	26.937	27.962	8,36%
	IT	3.669	3.758	3.906	6,46%
ARS Centro	ADO	126.676	128.464	133.977	5,76%
	IT	21.231	21.452	22.149	4,32%
ARS LVT	ADO	225.019	224.311	232.588	3,36%
	IT	33.508	33.273	34.147	1,91%
ARS Norte	ADO	261.477	264.152	279.726	6,98%
	IT	37.174	37.337	39.474	6,19%
ACeS ARSC					
Baixo Mondego	ADO	27.889	28.411	29.582	6,07%
	IT	5.547	5.535	5.575	0,50%
Baixo Vouga	ADO	27.142	27.428	28.858	6,32%
	IT	4.683	4.734	5.003	6,83%
Cova da Beira	ADO	6.062	6.217	6.492	7,09%
	IT	778	896	991	27,38%
Dão Lafões	ADO	19.510	19.738	20.690	6,05%
	IT	3.330	3.343	3.438	3,24%
Pinhal Interior Norte	ADO	10.592	10.739	11.020	4,04%
	IT	2.000	2.000	2.014	0,70%
Pinhal Litoral	ADO	17.534	17.841	18.656	6,40%
	IT	2.519	2.578	2.606	3,45%

proximidade com as Unidades, reforçando a sua importância.

Relativamente à área da melhoria contínua da qualidade, a maioria concorda que esta boa prática deve ser estendida a outras áreas (96,6%), com 28,8% a sugerirem a necessidade de correções. Foram identificadas possíveis áreas de intervenção, que incluíram a prescrição de antibióticos, de inibidores da bomba de protões e de benzodiazepinas.

Num processo de melhoria da qualidade, após a identificação de um problema, é necessária a aplicação de medidas corretoras. Verificou-se que as Unidades aplicaram diferentes medidas na tentativa de obter melhores resultados, como a implementação de um plano de acompanhamento e de um folheto para o utente, formação do utente e formação dos profissionais, uma medida desde cedo referida na literatura como essencial para uma boa GC.[2]

Comparando os resultados obtidos no questionário relativos à perceção sobre a GC e seus efeitos organizacionais com os obtidos em contexto hospitalar[12] constata-se que na maioria são semelhantes.

Relativamente à perceção sobre a GC, os pontos mais valorizados nos CSP foram a redução da utilização de tratamentos ineficazes (98,2%), o aumento da qualificação da despesa (92,7%) e a melhoria dos resultados clínicos (92,7%). Por outro lado, nos hospitais,[12] os itens mais pontuados pelos gestores e clínicos foram o aumento da eficiência (88,6% e 89,3%), a melhoria dos resultados clínicos (84,3% e 88,4%) e a redução da utilização de tratamentos ineficazes (81,4% e 88,4%). Esta comparação sugere que, enquanto nos CSP a ênfase está na redução de tratamentos ineficazes e na qualificação da despesa, nos hospitais a prioridade é aumentar a eficiência e melhorar os resultados clínicos.

Quanto aos efeitos organizacionais da GC, nos CSP a maior concordância foi ao nível da divulgação na organização de boas práticas de auditoria alcançadas nas Unidades (98%), de providenciar às Unidades informação sistemática sobre perfis de desempenho que justifiquem reflexão com base de evidência (94,1%) e da criação de mecanismos para sistematizar, monitorizar e melhorar o atendimento a situações específicas (94,1%). Nos hospitais,[12] os resultados foram ligeiramente diferentes: a maior concordância dos gestores e clínicos foi na criação de estruturas para se trazer questões como a qualidade e os resultados para a negociação com as autoridades políticas de saúde (89,2% e 79,4%) e na criação de estruturas para se sistematizar, monitorizar e melhorar o atendimento a situações específicas (88,3% e 83,8%).[12] Nas discordâncias, o item mais pontuado em ambos os contextos foi na não concordância de que a GC seja uma moda que vai passar com o tempo (81,2% nos CSP e 58% e 75,7% nos clínicos e gestores dos hospitais, respetivamente).[12]

A evidência[6,9,13] sugere que, de um modo geral, um diabético não insulino-tratado não tem indicação para a prescrição regular de produtos de AMGC. Comparando apenas os dados do primeiro e segundo semestre 2019 (antes e após a recomendação) nas ARS verificou-se que apenas existiu uma redução do número de embalagens prescritas e do PVP de prescrição de produtos de autocontrolo de diabetes em utentes inscritos com DM2 nas ARSC e ARS Norte, sendo a redução superior na ARSC.

Como se pode avaliar pelos dados extraídos do BI-CSP, de 2019 a 2021 existiu um aumento percentual superior do número de DM2 com terapêutica com ADO comparativamente aos DM2 insulino-tratados. Contudo, também se verificou uma redução do número de utentes com DM2 com produtos de autocontrolo de diabetes em todos os ACeS da ARSC e em praticamente todas as ARS (com exceção da ARS Algarve), embora com uma taxa de redução superior na ARSC. Existiu também uma redução do número de embalagens prescritas (com exceção da ARS Alentejo), com uma redução superior na ARSC (6,09%). Embora no geral o PVP da prescrição tenha aumentado, dado existirem outros fatores que influenciam esta variável (como a introdução no mercado dos sensores de avaliação da glicose intersticial), o seu aumento foi inferior na ARSC (2,74%). Estes resultados sugerem a existência de um efeito positivo da recomendação implementada pela ARSC.

Para ser efetiva, a GC deve abranger todos os níveis de uma organização de saúde, de modo a existir um *feedback* e uma abordagem multidisciplinar entre os profissionais mais direcionados para a clínica, para a organização e para os recursos.[14-15]

Este trabalho apresenta diversos contributos fundamentais para a melhoria dos processos de decisão e da qualidade dos serviços prestados nos CSP. Salienta a importância da apropriação de uma ideia, identificando uma área de intervenção concreta e implementando-a nas Unidades em colaboração com os CCS e as ARS. O questionário permitiu avaliar a perceção dos profissionais que implementam as recomendações. No próximo processo é necessário maior apoio e acompanhamento do CCS e da ARS, sendo esta ligação entre os vários níveis fundamental para uma boa GC, reforçando a importância de uma boa liderança e do seu envolvimento.

Além disso, o trabalho reforça a necessidade de maior precisão e disponibilidade dos dados do BI-CSP, permitindo a avaliação e o acompanhamento das recomendações implementadas. Também realça a importância da integração de outros níveis de cuidados/profissionais (CCS, equipas de enfermagem e serviços farmacêuticos) e a necessidade de melhores condições para implementar as recomendações.

Adicionalmente, confirma o impacto positivo que a recomendação teve nos resultados da prática clínica, reforçando a importância de recomendações baseadas em evidência e da implementação de processos de melhoria contínua da qualidade. O trabalho também

identifica outras áreas potenciais de intervenção seguindo o mesmo modelo e ajuda a identificar medidas corretoras adicionais aplicadas além da recomendação, como a implementação do plano de acompanhamento e do folheto para o utente e a formação em equipa sobre as recomendações mais recentes.

Além disso, ajuda a reconhecer outros problemas considerados relevantes pelos coordenadores que afetam a efetividade da recomendação implementada e que devem ser considerados em futuras recomendações nesta e noutras áreas de intervenção. Exemplos incluem a falta de profissionais, a falta de manutenção das instalações, o elevado número de utentes por ficheiro, a redução da burocracia e a melhoria dos sistemas informáticos.

Finalmente, permite obter a perceção dos coordenadores sobre a GC relativamente aos resultados e aos efeitos organizacionais, ajudando, desta forma, no desenho de intervenções focalizadas e no reforço do papel da GC nos CSP.

O trabalho apresenta algumas limitações que podem condicionar a leitura positiva dos resultados. A taxa de resposta de 41,84% representa apenas uma parte das unidades funcionais de todos os ACeS, sendo maioritariamente de USF. No BI-CSP apenas foi possível obter a secção "Diabetes/Tiras Glicemia" para o período 2019-2021, o que invalidou a existência de séries mais longas que permitissem previsões mais precisas para o segundo semestre de 2019 (apenas se podem utilizar dados do primeiro semestre de 2019) e a comparação de períodos homólogos anteriores. É também necessário considerar o efeito da pandemia COCID-19 nos resultados e as limitações e constrangimentos que trouxe no acesso aos CSP e à relação médico-doente.[16-17]

CONCLUSÃO

Este trabalho teve como objetivo avaliar os efeitos da Recomendação n.º 2/2019, da CFT/ARSC, tendo-se observado um potencial efeito positivo com base nos dados extraídos do BI-CSP e das respostas ao questionário. Embora tenha existido uma melhoria dos resultados, ainda existe um número considerável de utentes com DM2 com prescrição de produtos de AMGC. Dado que a maioria desses doentes integram o grupo I do esquema da recomendação, pode-se constatar que ainda existe espaço para uma grande melhoria ao nível da qualificação da prescrição de tiras reativas para a determinação da glicemia capilar.

É fundamental a existência de um maior número de estudos ao nível da GC nos CSP, permitindo conhecer o estado atual e os processos necessários para otimizar e melhorar a qualidade da prática clínica. Constatou-se que a transparência dos dados é fundamental para uma unidade conseguir monitorizar a sua evolução e detetar problemas ao nível da qualidade dos cuidados prestados, sendo para isso necessária uma atualização e melhoria dos programas e aplicações de visualização e extração de dados atualmente existentes.

O presente estudo realça a importância do investimento em investigação na área de intervenções que contribuam para a melhoria da qualidade na prática clínica e que sejam eficientes a nível clínico e a nível burocrático.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Duffy JA, Irvine EA. Clinical governance: A system. Qual Prim Care. 2004;12(2):141-5.
2. Scally G, Donaldson LJ. The NHS's 50 anniversary: clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. BMJ. 1998;317(7150):61-5.
3. Coordenação Estratégica para os Cuidados de Saúde Primários. Governação clínica e de saúde em cuidados de saúde primários - O que é? Para que serve? Como fazer? Lisboa: Ministério da Saúde; 2011.
4. Rodrigues A, Felício MM. Governação clínica e de saúde nos cuidados de saúde primários: perguntas e respostas [Internet]. Lisboa: Serviço Nacional de Saúde; 2017. https://bicsp.min-saude.pt/pt/biblioteca/Biblioteca/Governa%C3%A7%C3%A3o%20Clinca%20e%20de%20Sa%C3%BAde.pdf
5. Raposo JF. Diabetes: factos e números 2016, 2017 e 2018. Rev Port Diabetes. 2020;15(1):19-27.
6. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes - 2021. Diabetes Care. 2021;44 Suppl 1.
7. Malanda UL, Bot SD, Nijpels G. Self-monitoring of blood glucose in no-ninsulin-using type 2 diabetic patients: it is time to face the evidence. Diabetes Care. 2013;36(1):176-8.
8. National Institute for Health and Care Excellence. Type 2 diabetes in adults: management - NICE guideline NG28 [homepage]. NICE; 2015 Dec 2 [updated 2022 Jun 29]. Available from: https://www.nice.org.uk/guidance/ng28
9. Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar. Escolha desaconselhar a automonitorização da glicemia capilar em pessoas com diabetes mellitus tipo 2 (DM2) não insulino-tratada: recomendação [homepage]. Lisboa: Ordem dos Médicos; s.d. [cited 2021 Oct 9]. Avai-lable from: https://ordemdosmedicos.pt/recomendacoes/detalhes/99
10. Serviço Nacional de Saúde. BI-CSP [homepage]. Lisboa: Ministério da Saúde; 2021. Available from: https://bicsp.min-saude.pt/pt/Paginas/default.aspx

11. Degeling P, Zhang K, Coyle B, Xu L, Meng Q, Qu J, et al. Clinicians and the governance of hospitals: a cross-cultural perspective on relations between profession and management. Soc Sci Med. 2006;63(3):757-75.
12. Espírito Santo ZC. Atitudes e crenças de gestores e clínicos na governação dos hospitais: um estudo exploratório em três hospitais portugueses [dissertation]. Coimbra: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra; 2011. Available from: https://hdl.handle.net/10316/18114
13. Comissão de Farmácia e Terapêutica. Monitorização da glicemia capilar e intersticial na diabetes mellitus tipo 2: recomendação nº 2/2019, de maio/2019. Coimbra: Administração Regional de Saúde do Centro; 2019.
14. Degeling PJ, Maxwell S, Iedema R, Hunter DJ. Making clinical governance work. BMJ. 2004;329(7467):679-81.
15. Allen P. Accountability for clinical governance: developing collective responsibility for quality in primary care. BMJ. 2000;321(7261):608-11.
16. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. E agora? Relatório de Primavera 2022 [homepage]. Lisboa: OBSS; 2022. Available from: https://www.opssaude.pt/relatorios/relatorio-de-primavera-2022/
17. Raposo V. Impacto na utilização de cuidados de saúde, necessidades não satisfeitas em saúde e telessaúde. In: Observatório Português dos Sistemas de Saúde. E agora? Relatório de Primavera 2022. Lisboa: OBSS; 2022. p. 30-5.

EXISTE MATERIAL SUPLEMENTAR NA PLATAFORMA *ONLINE*
PARA ACEDER CLIQUE AQUI

CONTRIBUTO DOS AUTORES

Joana Sousa; conceptualização; metodologia; recolha, análise e interpretação dos dados; redação e revisão crítica do artigo. João Rodrigues; conceptualização; metodologia; interpretação dos dados; revisão crítica do artigo. Vítor Raposo; conceptualização; metodologia; recolha, análise e interpretação dos dados; revisão crítica do artigo.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não possuir quaisquer conflitos de interesse.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Joana Sousa
E-mail: joanamrsousa.20@gmail.com
https://orcid.org/0000-0002-2196-068X

Recebido em 30-06-2023
Aceite para publicação em 02-07-2025

ABSTRACT

IMPROVEMENT OF CLINICAL DECISION IN THE MONITORING OF PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS

Introduction: In primary health care, diabetes mellitus, particularly type 2 (DM2), is a health problem with a significant clinical and financial impact. In Portugal, more than one-third of non-insulin-treated DM2 patients receive prescriptions for blood glucose self-monitoring products, despite limited evidence of their actual relevance.

Objectives: To assess the effects of ARSC's Pharmacy and Therapeutics Committee recommendation n.º 2/2019 on the prescription of reactive strips for DM2 on clinical decision, expected results, and organizational practices.

Methods: Application of a questionnaire to the coordinators of ARSC units to assess the impact of the recommendation in their unit and evaluation of BI-CSP data. The data were processed using SPSS® and Microsoft Excel®.

Results: Responses were obtained from 59 out of 141 units. The recommendation was discussed and implemented in 67.9% of the units. In 61.9% of cases, an improvement in outcomes was observed, and 95.2% of coordinators indicated changes in the medical team's behaviors. Additionally, 98.2% considered that the recommendation contributed to reducing the use of ineffective treatments, and 98% reported that it promoted the dissemination of good audit practices within the units. The BI-CSP data show a reduction in the number of DM2 patients with self-monitoring product prescriptions in all ACeS in the ARSC, with this reduction being more pronounced in the ARSC compared to the other ARS. The number of prescribed packages also decreased more significantly in the ARSC compared to other regions.

Discussion: The results suggest a positive impact of the recommendation on clinical practice. This study highlights the importance of investing in research on interventions that improve the quality of health care and promote greater clinical and administrative efficiency.

Keywords: Clinical governance; Diabetes mellitus; Blood glucose self-monitoring.