



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Joana Margarida Rodrigues e Sousa

**MELHORIA DA DECISÃO CLÍNICA E DOS
RESULTADOS
AVALIAÇÃO DE UMA RECOMENDAÇÃO DE
MONITORIZAÇÃO EM UTENTES COM
DIABETES MELLITUS TIPO 2**

VOLUME 1

Dissertação no âmbito do Mestrado em Gestão e Economia da Saúde orientada pelo Dr. João Nunes Rodrigues e pelo Professor Doutor Vítor Manuel dos Reis Raposo e apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

Outubro de 2021



Joana Margarida Rodrigues e Sousa

**MELHORIA DA DECISÃO CLÍNICA E DOS
RESULTADOS**
AVALIAÇÃO DE UMA RECOMENDAÇÃO DE MONITORIZAÇÃO
EM UTENTES COM DIABETES MELLITUS TIPO 2

VOLUME 1

**Dissertação no âmbito do Mestrado em Gestão e Economia da Saúde orientada pelo
Dr. João Nunes Rodrigues e pelo Professor Doutor Vítor Manuel dos Reis Raposo e
apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.**

Outubro de 2021

RESUMO

Introdução: A governação clínica é uma das estratégias a nível dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) para melhorarem e manterem a qualidade dos seus cuidados. Uma das patologias com um impacto significativo a nível dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), tanto a nível clínico como financeiro, é a Diabetes Mellitus (DM), nomeadamente a DM tipo 2 (DM2). A nível dos utentes com DM2 não-insulino tratados, a melhor ferramenta para avaliar o controlo metabólico e averiguar a necessidade de ajuste terapêutico é o valor de hemoglobina glicada A1c. Contudo, em Portugal, os produtos para a automonitorização da glicemia capilar são prescritos em mais de um terço dos pacientes com DM2 não insulino tratados, embora a evidência da sua eficácia seja limitada.

Objetivo: Este trabalho tem como objetivo avaliar os efeitos da recomendação número 2/2019 da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) da Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC) sobre a prescrição de tiras reativas para a glicemia aos DM2 na decisão clínica, nos resultados esperados (identificados na respetiva recomendação) e nas práticas organizacionais relacionadas com a melhoria contínua da qualidade.

Metodologia: Para o desenvolvimento do trabalho em curso foram realizadas duas etapas complementares tendo por base dados recolhidos através da aplicação de um questionário que teve como objetivo a avaliação dos efeitos da recomendação e dados recolhidos no Bilhete de Identidade dos CSP (BI-CSP) relacionados com a DM2.

Resultados: Existiu um total de 59 respostas ao questionário, sendo na maioria das unidades a recomendação tem sido aplicada e os resultados monitorizados. Em 61,9% houve melhoria dos resultados e 95,2% referiu existir mudança dos comportamentos por parte da equipa médica. Relativamente aos dados extraídos do BI-CSP, houve uma diminuição número de embalagens e do PVP de prescrição de produtos de autocontrolo a utentes com DM2. Comparando apenas os dados de 2019 nas cinco ARSs, verificou-se que existiu em apenas duas ARSs (Centro e Norte) uma redução do número de embalagens prescritas e do PVP de prescrição de produtos de autocontrolo de diabetes em utentes inscritos com DM2, sendo essa redução superior em termos percentuais na ARSC.

Discussão: Embora os resultados obtidos neste trabalho sugiram a existência de um efeito positivo da recomendação nº2/2019 da CFT da ARSC, existiram algumas limitações, nomeadamente o impacto da pandemia Covid-19, que podem influenciar as conclusões retiradas.

Palavras chave: governação clínica, Diabetes Mellitus, automonitorização da glicémia capilar

ABSTRACT

Introduction: Clinical governance is one of the strategies at the Health Centre (HC) level to improve and maintain the quality of their care. One of the pathologies with a significant impact on Primary Health Care (PC), both clinically and financially, is Diabetes Mellitus (DM), namely a type 2 DM (DM2). At the level of patients with non-insulin treated DM2, the best tool to assess metabolic control and ascertain the need for therapeutic adjustment is the glycated hemoglobin A1c value. However, in Portugal, products for the self-monitoring of capillary blood glucose are prescribed in more than a third of patients with non-insulin DM2 treated, although evidence of their effectiveness is limited.

Objective: This study aims to evaluate the effects of recommendation number 2/2019 of the Commission on Pharmacy and Therapeutics (CPT) of the Regional Health Administration of the Center (RHAC) on the prescription of test strips for blood glucose in type 2 Diabetes Mellitus in clinical decision, the expected results (identify in the respective recommendation) and organizational practices related to continuous quality improvement.

Methodology: For the development of the work in progress, two complementary steps were carried out based on data collected through the application of a questionnaire that aimed to assess the effects of the recommendation and data collected in the PC Identity Card (BI-CSP) related to DM.

Results: There were a total of 59 responses to the questionnaire, and in most units the recommendation has been applied and the results monitored. In 61.9% there was an improvement in results and 95.2% referred there was a change in the behaviour of the medical team. Regarding the data extracted from the BI-CSP, there was a decrease in the number of packages and the PVP for the prescription of self-control products to users with DM2. Comparing only the 2019 data in the five RHAs, it was found that in only two (Center and North) there was a reduction in the number of prescribed packages and the PVP of prescription of diabetes self-control products in users registered with DM2, which was in terms of percentage in RHAC.

Discussion: Although the results obtained in this work suggest the existence of a positive effect of the recommendation nº 2 / 2019 of the CPT of RHAC, there were some limitations, namely the impact of the Covid-19 pandemic, which can cause harm as deactivated.

Keywords: clinical governance, Diabetes Mellitus, self-monitoring of capillary blood glucose

ÍNDICE

1.	Enquadramento da investigação	16
1.1.	Introdução	16
1.2.	Enquadramento do tema	17
1.3.	O problema.....	17
1.4.	Objetivos	19
1.5.	Estrutura da dissertação	19
	Parte Conceptual	21
2.	Governança Clínica nos Cuidados de Saúde Primários	22
2.1.	Introdução	22
2.2.	Reforma dos Cuidados de Saúde Primários e Governança Clínica em Portugal...24	
3.	Qualidade nos Cuidados de Saúde Primários	29
3.1.	Introdução	29
3.2.	Modelos de Melhoria Contínua de Qualidade	30
3.3.	Barreiras e facilitadores para mudanças de comportamentos	34
4.	Diabetes Mellitus, automonitorização e custos associados.....	36
4.1.	Introdução	36
4.2.	Automonitorização da glicémia capilar em doentes com Diabetes Mellitus tipo 2 38	
4.3.	Custos associados à Diabetes Mellitus	41
	4.3.1. Contexto internacional	42
	4.3.2. Contexto nacional	42
	Parte Empírica.....	47
5.	Metodologia.....	48

5.1.	Questionário.....	48
5.2.	Recolha de dados no BI dos CSP.....	50
6.	Resultados.....	55
6.1.	Resultados do questionário aplicados aos coordenadores	55
6.1.1.	Respostas e características da amostra	55
6.1.2.	Divulgação da boa prática e do perfil de prescrição pela ARSC e pelo ACeS.....	57
6.1.3.	Discussão e aprovação da boa prática na sua unidade	58
6.1.4.	Discussão e aprovação de medidas corretoras a implementar na unidade.....	59
6.1.5.	Monitorização dos resultados	61
6.1.6.	Apoio dado no processo de mudança	63
6.1.7.	Governança clínica para a melhoria contínua da qualidade.....	64
6.1.8.	A sua perceção sobre a governança clínica	65
6.1.9.	Comentários finais	69
6.2.	Resultados dos dados recolhidos no BI CSP.....	69
6.2.1.	Cidadãos inscritos com diabetes tipo 2 c/ prescrição	69
6.2.2.	Nº de inscritos com Diabetes tipo 2 (T90) c/ Produtos de autocontrolo de diabetes.....	71
6.2.4.	Quantidades de embalagens.....	74
6.2.5.	Comparação entre o 1º e o 2º semestre de 2019	75
6.2.7	Previsão da evolução no 2º semestre de 2019	77
7.	Discussão	79
8.	Conclusão.....	85
	Referências	86
	Anexos	92
	Anexo 1: Recomendação CFT.....	92

Anexo 2: Questionário	95
Anexo 3 – Respostas às questões de resposta longa do questionário	102
Anexo 4 – Dados do BI-CSP	130
Anexo 5 – Parecer da Comissão de Ética da ARSC	141

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: As seis componentes da governação clínica.....	23
Figura 2: Esquema da recomendação nº2/2019 da CFT da ARSC.	39
Figura 3: Frequência da auto-monitorização da glicémia capilar em doentes com DM2 insulino-tratados.....	40
Figura 4: Série de dados a recolher para a avaliação do impacto da recomendação nº2/2019 da CFT da ARSC.	51

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Custo com terapêutica do doente com Diabetes Mellitus	18
Gráfico 2: Custo com terapêutica do doente com Diabetes Mellitus controlado	18
Gráfico 3: Custo da terapêutica com doentes com DM de 2016 a 2020, em milhões de euros.	44
Gráfico 4: Custo da terapêutica com doentes com DM de 2016 a 2020, em milhões de euros, nos ACeS da ARSC	45
Gráfico 5: Evolução das respostas.	55
Gráfico 6: Respostas às questões da secção "A perceção sobre a governação clínica – resultados de uma governação clínica efetiva" do questionário	67
Gráfico 7: Respostas às questões da secção "A perceção sobre a governação clínica – efeitos organizacionais da governação clínica" do questionário	68
Gráfico 8: Número de cidadãos inscritos com DM2 medicado com antidiabéticos orais a nível das cinco ARSs.	69
Gráfico 9: Número de cidadãos inscritos com DM2 medicado com insulina nas cinco ARSs.	70
Gráfico 10: Número de cidadãos inscritos com DM2 medicado com ADO nos ACeS da ARSC.	70
Gráfico 11: Número de cidadãos inscritos com DM2 medicado com insulina nos ACeS da ARSC.	71
Gráfico 12: Número de utentes inscritos com DM2 com produtos de autocontrolo de DM nas cinco ARSs.	72
Gráfico 13: Número de utentes inscritos com DM2 com produtos de autocontrolo de DM nos ACeS da ARSC.	72
Gráfico 14: PVP prescrição para inscritos com DM2 com produtos de autocontrolo de diabetes nas cinco ARSs.	73
Gráfico 15: PVP prescrição para inscritos com DM2 com produtos de autocontrolo de diabetes nos ACeS da ARSC.	74

Gráfico 16: Número de embalagens prescritas para inscritos com DM2 com produtos de autocontrolo de diabetes nas cinco ARSs.	75
Gráfico 17: Número de embalagens prescritas para inscritos com DM2 com produtos de autocontrolo de diabetes nos ACeS da ARSC.	75
Gráfico 18: Número de embalagens prescritas de produtos de autocontrolo de diabetes para utentes inscritos com DM2 em cada ARS no 1º e no 2º semestre de 2019	76
Gráfico 19: PVP da prescrição de produtos de autocontrolo de diabetes para doentes inscritos com DM2 em cada ARS no 1º e no 2º semestre de 2019.I	76
Gráfico 20: Previsão da evolução do número de embalagens prescritas de produtos de autocontrolo de diabetes para utentes inscritos com DM2 na ARSC em 2019	78
Gráfico 21: Previsão da evolução do PVP da prescrição de produtos de autocontrolo de diabetes para doentes inscritos com DM2 na ARSC em 2019.	78

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Fases do ciclo PDCA.....	33
Tabela 2: Custos associados a internamentos por DM.....	43
Tabela 3: Número de utentes inscritos com DM nas diferentes ARS, em 2020	45
Tabela 4: Vendas em ambulatório de dispositivos de monitorização da DM em Portugal, em milhares de embalagens	46
Tabela 5: Vendas em ambulatório de dispositivos de monitorização da DM em Portugal, em milhões de euros.....	46
Tabela 6: Número de respostas e taxa de resposta por ACES e por modelo.	56
Tabela 7: Caracterização da amostra respondente ao questionário.....	56
Tabela 8: Respostas às questões da secção de "Divulgação da boa prática e do perfil de prescrição pela ARSC e pelo ACeS" do questionário.	57
Tabela 9: Respostas às questões da secção de "Discussão e aprovação da boa prática na sua unidade" do questionário.....	59
Tabela 10: Resposta às questões da secção "Discussão e aprovação de medidas corretoras a implementar na unidade" do questionário.	60
Tabela 11: Resposta às questões da secção "Monitorização dos resultados" do questionário.....	62
Tabela 12: Resposta às questões da secção "Apoio dado no processo de mudança" do questionário.....	64
Tabela 13: Respostas às questões da secção "Governança clínica para a melhoria contínua da qualidade" do questionário.	65

SIGLAS

- ACeS: Agrupamentos de Centros de Saúde
- ADA: *American Diabetes Association*
- AMGC: Automonitorização da glicémia capilar
- ARS: Administração Regional de Saúde
- ARSC: Administração Regional de Saúde do Centro
- BI-CSP: Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários
- CCS: Conselho Clínico e de Saúde
- CFT: Comissão de Farmácia e Terapêutica
- CS: Centro de Saúde
- CSP: Cuidados de Saúde Primários
- DGS: Direção Geral de Saúde
- DM: *Diabetes Mellitus*
- DM2: *Diabetes Mellitus* tipo 2
- FMUP: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
- GLP-1: glucagon-like peptide-1
- HbA1c: Hemoglobina glicada A1c
- IDF: *International Diabetes Federation*
- IQS: Instituto da Qualidade em Saúde
- NICE: *National Institute for Clinical Excellence*
- NHS: *National Health Service*
- OM: Ordem dos Médicos
- PAI: Processos Assistenciais Integrados
- PVP: Preço de Venda ao Público
- PTGO: Prova de tolerância à glicose oral
- RGPD: Regulamento Geral de Proteção de Dados
- RRE: Regime remuneratório experimental
- SNS: Serviço Nacional de Saúde
- UCC: Unidades de Cuidados na Comunidade

- UCSP: Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados
- URAP: Unidade de recursos Assistenciais Partilhados
- USF: Unidades de Saúde Familiar
- USP: Unidade de Saúde Pública
- WONCA: Organização Mundial dos Médicos de Família

1. ENQUADRAMENTO DA INVESTIGAÇÃO

1.1. INTRODUÇÃO

A governação clínica é um termo utilizado desde 1997, sendo que em Portugal foi uma das estratégias adotadas na reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) como aproximação integrada pelos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) para melhorarem e manterem a qualidade dos seus cuidados. A Organização Mundial dos Médicos de Família (WONCA) declara que assegurar qualidade é um processo de atividades planeadas baseadas na revisão e melhoria da execução com o objetivo da melhoria contínua dos padrões de cuidados médicos (Hespanhol, 2004; Pisco & Biscaia, 2001). Deste modo, para ser possível uma evolução da qualidade a nível dos cuidados de saúde, é fundamental o desenvolvimento de modelos de melhoria contínua da qualidade.

Em 2019, a Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC), numa das áreas estratégicas de intervenção da governação clínica avançou com uma recomendação que visava a qualificação dos cuidados ao doente diabético – recomendação nº 2/2019 da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) da ARSC sobre a monitorização da glicemia capilar e intersticial em utentes com DM2.

A Diabetes *Mellitus* (DM) é uma das patologias com prevalência significativa a nível dos CSP, nomeadamente a DM tipo 2 (DM2), sendo que em 2018 estavam registados 862.197 utentes com DM na Rede de CSP do Serviço Nacional de Saúde (SNS) em Portugal Continental num total de 11.649.429 utentes registados (Raposo, 2020). O tratamento da DM2 envolve medidas não farmacológicas e farmacológicas, que inclui os antidiabéticos orais e terapêutica injetável. Para os utentes com DM2 não insulino tratados, a melhor ferramenta para avaliar o controlo metabólico e averiguar a necessidade de ajuste terapêutico é o valor de hemoglobina glicada A1c, não sendo na maioria dos casos necessária a realização da automonitorização da glicemia capilar (Choosing Wisely Portugal, 2018).

Nos últimos anos o custo associado à terapêutica de doentes com DM tem vindo a aumentar, sendo que de acordo com os dados do Bilhete de Identidade dos CSP a ARSC apresentava em 2019 valores superiores à média nacional. Deste modo, uma das áreas de intervenção da ARSC, em 2019, ao nível da qualificação dos cuidados ao doente diabético, foi em relação à prescrição de material de autocontrolo. Esta intervenção incluiu a divulgação pelos Conselhos Clínicos e de Saúde (CCS) da recomendação, bem como do perfil de prescrição das unidades, e a sua implementação. Nesta secção inicial da dissertação descreve-se o enquadramento do tema deste trabalho, os seus objetivos e a sua estrutura.

1.2. ENQUADRAMENTO DO TEMA

Em Portugal, os produtos para a automonitorização da glicemia capilar são prescritos em mais de um terço dos pacientes com DM2 não insulino tratados, embora a evidência da sua eficácia seja limitada (Choosing Wisely Portugal, 2018). Em maio de 2019 foi publicada uma recomendação pela CFT da ARSC sobre a monitorização da glicémia capilar e intersticial em utentes com DM2.

No âmbito de uma das estratégias de intervenção de governação clínica por parte da ARSC foi assim proposto às diferentes Unidades de Saúde um plano de melhoria a nível da qualificação de produtos de automonitorização da glicémia capilar em utentes com DM. Esta intervenção teve como objetivo a avaliação por parte das Unidades dos seus resultados e a proposta e introdução de medidas corretoras para uma melhoria dos índices avaliados.

1.3. O PROBLEMA

Em 2018 verificou-se que na ARSC os custos associados à prescrição dos produtos de autocontrolo para a DM eram superiores ao verificado a nível nacional. Este dado pode ser constatado através da consulta do Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP) verificando-se que em dezembro de 2018, os indicadores “2017.350.01

FL – Custo com terapêutica do doentes com Diabetes *Mellitus*” e “2017.351.01 FL – Custo com terapêutica do doentes com Diabetes *Mellitus* controlado” eram superiores na ARSC comparativamente com o resultado nacional, sendo em ambos os indicadores a segunda ARS com os valores mais elevados (Gráfico 1 e Gráfico 2) (BI-CSP, 2018). Estes indicadores exprimem a despesa média com antidiabéticos não insulínicos, insulina, tiras de glicemia e agulhas de doseamento de glicemia nos doentes com DM, controlado ou não controlado, consoante o indicador. Os resultados são expressos em euros por utente (Ministério da Saúde, 2021).

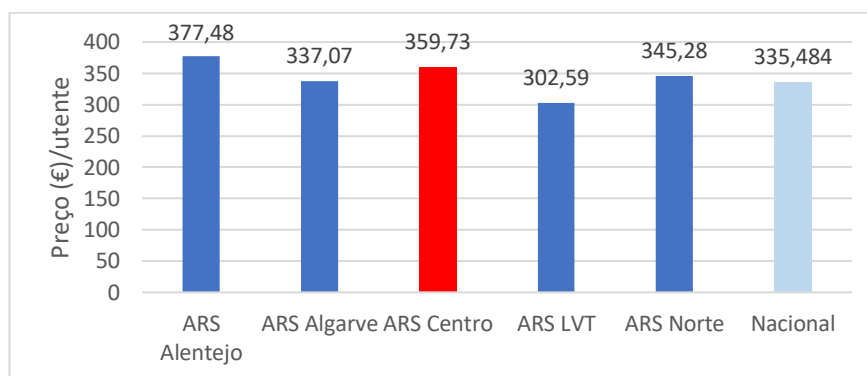


Gráfico 1: Custo com terapêutica do doente com Diabetes Mellitus em dezembro 2018 (indicador 2017.350.01). Legenda: ARS – Administração Regional de Saúde; LVT – Lisboa e Vale do Tejo. Fonte: BI-CSP - Matriz dos Indicadores dos Cuidados de Saúde Primário.

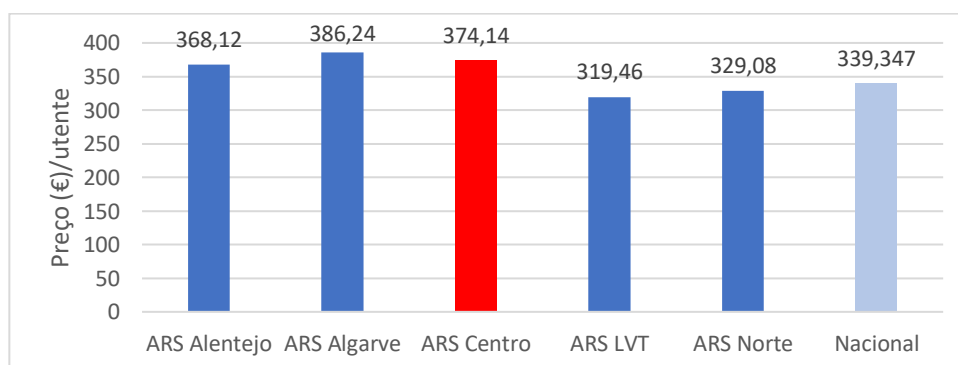


Gráfico 2: Custo com terapêutica do doente com Diabetes Mellitus controlado em dezembro 2018 (indicador 2017.351.01). Legenda: ARS – Administração Regional de Saúde; LVT – Lisboa e Vale do Tejo. Fonte: BI-CSP - Matriz dos Indicadores dos Cuidados de Saúde Primário.

O elevado valor de custos da terapêutica do doente com DM na ARSC, superior à média nacional, pode ser devido a custos associados à medicação (antidiabéticos orais e/ou injetáveis) ou a produtos de autocontrolo da DM. Neste trabalho vamos focar-nos na problemática da prescrição de produtos de autocontrolo para a DM, dado ter sido publicado pela Ordem dos Médicos (OM), e posteriormente pela CFT da ARSC, uma recomendação sobre desaconselhar a automonitorização da glicemia capilar em pessoas com DM2 não insulino-tratada (Choosing Wisely Portugal, 2018).

1.4. OBJETIVOS

Este trabalho tem como objetivo avaliar os efeitos da Recomendação número 2/2019 da CFT da ARSC (1) sobre a prescrição de tiras reativas para a glicemia aos Diabetes *Mellitus* tipo 2 na decisão clínica, (2) nos resultados esperados (identificados na respetiva recomendação) e (3) nas práticas organizacionais relacionadas com a melhoria contínua da qualidade.

1.5. ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

Em termos gerais, a dissertação apresentada será dividida em duas partes:

- A parte conceptual, que clarifica os conceitos utilizados e os respetivos enquadramentos, nomeadamente relacionadas com a governação clínica nos cuidados de saúde primários, a qualidade nos cuidados de saúde primários, e os aspetos relacionados com a DM, a automonitorização e os custos associados.

- A parte empírica, que analisa os resultados da aplicação de um questionário aos coordenadores das Unidades de Saúde dos vários ACeS para avaliar o processo de implementação da recomendação nº 2/2019 da CFT da ARSC, bem como os dados obtidos no BI-CSP no que diz respeito aos principais indicadores mencionados nessa recomendação.

PARTE CONCEPTUAL

Clarifica os conceitos utilizados e os respetivos enquadramentos: governação clínica nos cuidados de saúde primários, qualidade nos cuidados de saúde primários, e os aspetos relacionados com a DM, a automonitorização e os custos associados.

2. GOVERNAÇÃO CLÍNICA NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

2.1. INTRODUÇÃO

O termo governação clínica (*clinical governance*) foi introduzido em 1997 no livro branco da saúde do *National Health Service* (NHS) no Reino Unido, sendo definido como um sistema pelo qual as organizações do NHS 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 (Duffy & Irvine, 2004; I. Santos & Sá, 2010). De acordo com diversos autores (Department of Health, 1997; Wilson, 1998) os processos de governação clínica deveriam abranger:

- Desenvolvimento de processos de melhoria da qualidade, como por exemplo as auditorias clínicas;
- Desenvolvimento de capacidades de liderança a nível das equipas clínicas;
- Prática de medicina baseada na evidência;
- Efetividade clínica;
- Programas de redução de risco clínico de elevados padrões;
- Divulgação de boas práticas interna e externamente à organização;
- Detecção dos eventos adversos, que são abertamente investigados, as lições são aprendidas e rapidamente aplicadas;
- Aprendizagem de lições para a prática clínica a partir das queixas, denúncias e reclamações dos doentes;
- Reconhecimento de problemas de mau desempenho clínico precocemente e a sua resolução de modo a evitar danos aos doentes;

A governação clínica foi assim criada com o objetivo de elevar os padrões, prevenir erros e mudar a cultura organizacional de uma cultura de culpa para uma cultura de aprendizagem (Freedman, 2002). Neste sentido foi criado o *National Institute for Clinical*

Excellence (NICE), em abril de 1999, para promover prática clínica custo-efetiva¹ através da publicação de orientações e auditorias. (Freedman, 2002).



Figura 1: As seis componentes da governança clínica. Fonte: Starey, N. (2003). What is clinical governance? Hayward Medical Communications.

A governança clínica é composta por seis componentes, tal como se pode observar na **Figura 1** (Starey, 2003):

- Educação e treino: os médicos devem investir na formação contínua, sendo que as organizações devem responsabilizar-se por proporcionar aos profissionais de saúde formação de qualidade baseada na evidência.
- Auditoria clínica: o ciclo de uma auditoria clínica inicia-se através da identificação de um problema, sendo depois necessária a definição de critérios ou indicadores

¹ Análise Custo-Efetividade: é uma metodologia de avaliação de tecnologias em saúde, na qual são avaliadas opções tendo em conta os custos e as consequências (na forma de razão entre a diferença de custos e a diferença de consequências). As consequências referem-se a efeitos de saúde, tais como a qualidade de vida, morbidade e a mortalidade (Silva, 2003).

de qualidade, a recolha da informação, a comparação do desempenho com os critérios de definidos, terminando com a execução das mudanças necessárias.

- Gestão do risco/Segurança do utente: dado a prestação de cuidados de saúde ser uma atividade complexa, passível de causar danos para os utentes, para os próprios profissionais de saúde e para a organização.
- Abertura (transparência): com a partilha da informação da organização com o público, salvaguardando sempre a confidencialidade do utente e do profissional de saúde.
- Efetividade clínica: que é promovida a através da prática de medicina baseada na evidência.
- Investigação e desenvolvimento: através do incentivo à investigação, à pesquisa, ao desenvolvimento de normas de orientação clínica e à implementação de protocolos baseados na evidência.

2.2. REFORMA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS E GOVERNAÇÃO CLÍNICA EM PORTUGAL

Tem existido uma grande evolução a nível do desenvolvimento dos CSP nas últimas décadas, podendo-se afirmar que a sua história se inicia em 1971, com a criação dos Centros de Saúde pelo Decreto-Lei nº 4124/1971, de 27 de setembro, com o intuito de serem os “núcleos do novo sistema de cobertura médico-sanitária” (Ministério da Saúde, 1971).

Um outro marco importante para a evolução dos CSP foi a elaboração da Declaração de Alma-Ata em 1978 na Conferência Internacional sobre os Cuidados de Saúde Primários, na qual os CSP foram identificados como:

cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a

função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e económico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contacto dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (WHO, 1978, pp 1-2).

A cobertura nacional pelos CSP só foi conseguida após a criação do SNS, em 1979, permitindo assim integrar a promoção da saúde e a prevenção da doença com os serviços curativos e aumentar a acessibilidade (P. Santos, Santiago, & Hespanhol, 2020).

Em 1983, foi publicado o Despacho Normativo n.º 97/83, que define a criação de Centros de Saúde de segunda geração, que correspondem a unidades sem autonomia financeira ou administrativa e que englobaram simultaneamente os centros de saúde e os postos dos serviços médico-sociais (Costa, Santana, & Lopes, 2013; Ministério da Saúde, 1983).

No final da década de 90 foram implementados alguns projetos experimentais de organização inovadores, com o intuito de melhorar a prestação dos CSP: o Projeto Alfa em Lisboa em 1996, o Regime Remuneratório Experimental em 1998 (estipulado através do Decreto-Lei n.º 117/98, de 5 de maio) e o Projeto Tubo de Ensaio no Porto em 1999 (Costa et al., 2013; Ministério da Saúde, 1998; P. Santos et al., 2020).

O Regime Remuneratório Especial (RRE), criado pelo Decreto-Lei 117/98, de 5 de maio, foi desenvolvido na sequência do Projeto Alfa, cuja avaliação do projeto apontou para a centralidade das remunerações aos profissionais, visando os melhores desempenhos. O RRE teve como objetivo definir uma nova modalidade remuneratória para os médicos, com uma componente salarial associada à quantidade de trabalho e qualidade do desempenho profissional (Monteiro, Pisco, Candoso, Bastos, & Reis, 2017).

O Projeto Tubo de Ensaio iniciou-se em 1998 num protocolo celebrado entre a ARS Norte e o Departamento de Clínica Geral da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP), que permitiu a criação de um novo Centro de Saúde (CS) no Porto - o Centro de Saúde São João (Hespanhol & Sousa Pinto, 2005). Teve como objetivo realizar ensaios da organização da prestação, da gestão e da administração dos CSP, sendo que o CS estava sujeito a um processo de avaliação interna e externa dos processos de administração e gestão. Este projeto, embora de responsabilidade do Departamento de Clínica Geral da

FMUP, era financiado por capitação pela ARS Norte. Dado que o valor inicialmente contratualizado (cerca de 2€/utente inscrito) se revelou insuficiente, o protocolo foi revisto em 2002 de modo a viabilizar o funcionamento do projeto (Hespanhol & Sousa Pinto, 2005).

Em 2005 iniciou-se formalmente a reforma dos CSP, que propõe a criação de CSP mais efetivos, mais próximos do cidadão, com maior capacidade de responder às necessidades (P. Santos et al., 2020). Um dos pontos importantes desta reforma foi a criação das Unidades de Saúde Familiar (USF) e os ACeS bem como a implementação da governação clínica, que responsabiliza conjuntamente as organizações da saúde e profissionais de saúde pela melhoria contínua da qualidade (Costa et al., 2013; P. Santos et al., 2020).

Atualmente os CSP estão organizados em ACeS sob uma direção executiva própria, suportada por um conselho executivo e um conselho clínico. As unidades funcionais que podem integrar um ACeS são: Unidades de Saúde Familiar (USF), Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), Unidade de Saúde Pública (USP) e Unidade de recursos Assistenciais Partilhados (URAP) (Ministério da Saúde, 2008).

Como referido previamente, a governação clínica foi uma das estratégias adotadas pelos ACeS para melhorarem e manterem a qualidade dos seus cuidados (I. Santos & Sá, 2010). Segundo o Grupo Técnico Nacional da Governação Clínica e de Saúde nos Cuidados de Saúde Primários, a governação clínica pode ser explicada pelo seguinte conjunto de passos, que se encontram inter-relacionados (Ministério da Saúde, 2011; Rodrigues & Felício, 2017):

1. Caracterização do problema que se pretende modificar
2. Definição dos resultados a atingir
3. Definição dos níveis para esses requisitos (qualitativos e quantitativos)
4. Definir os métodos para atingir esses níveis
5. Execução
6. Monitorização e controlo

7. Avaliação

A governação clínica realiza-se em todos os níveis: individual, da equipa, do conjunto de equipas, da organização, sendo que a nível dos CSP o foco é a equipa multiprofissional de saúde (Ministério da Saúde, 2011).

Um dos elementos importantes nos CSP a nível da governação clínica, e mais especificamente nos ACeS, são os Conselhos Clínicos e de Saúde. No Decreto-Lei n.º 28/2008 está descrito que o objetivo do Conselho Clínico, posteriormente designado de Conselho Clínico e de Saúde (Decreto Lei 253/2012), é promover a governação clínica e de saúde no ACeS, de forma concertada, articulada e participada por todas as unidades funcionais (Ministério da Saúde, 2008, 2012). O Conselho Clínico e de Saúde é composto por um presidente e três a quatro vogais, de acordo com o número de unidades funcionais que respetivo ACeS integra, todos profissionais de saúde em funções desse ACeS (Ministério da Saúde, 2008).

Segundo o Decreto Lei nº 28/2008, compete ao Conselho Clínico e de Saúde: Compete ao conselho clínico efetuar (Ministério da Saúde, 2008):

- Avaliação da efetividade dos cuidados de saúde prestados;
- Diretivas e instruções para o cumprimento das normas técnicas emitidas pelas entidades competentes;
- Determinação de procedimentos que garantam a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde;
- Aprovação de orientações clínicas relacionadas com a prescrição de medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica, bem como dos protocolos clínicos adequados às patologias mais frequentes;
- Proposta ao diretor executivo da realização de auditorias externas ao cumprimento das orientações e protocolos clínicos;
- Apoio ao diretor executivo em assuntos de natureza técnico-profissional e de gestão clínica;
- Verificação do grau de satisfação dos profissionais do ACeS;

- Organização e controlo das atividades de desenvolvimento profissional contínuo e de investigação;
- Decisão sobre conflitos de natureza técnica.

Deste modo, um dos objetivos de governação clínica do Conselho Clínico e de Saúde é incentivar o desenvolvimento de projetos de melhoria da qualidade, sendo uma das áreas em que se foca a qualificação da prescrição e gestão racional do medicamento (Rodrigues & Felício, 2017).

3. QUALIDADE NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

3.1. INTRODUÇÃO

Como referido previamente, a governação clínica é um dos meios utilizados para melhorar a qualidade em saúde. O conceito de qualidade em saúde é abrangente e não tem uma definição concreta, tendo vindo a sofrer uma enorme evolução ao longo dos anos.

Em 1980, Donabedian afirmou que, para que se consiga medir a qualidade em saúde, primeiro é necessário defini-la, tendo afirmado que qualidade em saúde é tipo de cuidado que se espera para maximizar uma medida inclusiva de bem-estar do utente, após se ter em conta o equilíbrio de ganhos e perdas esperados que acompanham o processo de cuidado em todas as suas partes (Policies & Policies, 2019).

Uma década depois, em 1990, o *Institute of Medicine*, define qualidade em saúde como o nível onde os serviços de saúde, tanto para os indivíduos como para as populações, aumentam a probabilidade de se atingirem os resultados em saúde pretendidos, em função do conhecimento atual (Policies & Policies, 2019).

Em 2018, a Organização Mundial de Saúde redigiu um documento na qual afirma que para um serviço de saúde ser considerado de qualidade deve ser efetivo, seguro, centrado na pessoa, oportuno, equitativo, integrado e eficiente (WHO, 2018).

A nível dos CSP, a WONCA declara que assegurar qualidade é um processo de atividades planeadas baseadas na revisão e melhoria da execução com o objetivo da melhoria contínua dos *standards* de cuidados médicos (Hespanhol, 2004; Pisco & Biscaia, 2001).

No contexto nacional, em 2015, no Despacho n.º 5613 sobre a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, qualidade em saúde foi definida como a “prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão”. As prioridades de

atuação desta estratégia são, segundo o Despacho nº 5613/2015 (Ministério da Saúde, 2015):

- Enfoque nas intervenções locais, nos serviços, unidades prestadores e instituições;
- Melhoria da qualidade clínica e organizacional;
- Aumento da adesão a normas de orientação clínica;
- Reforço da segurança dos doentes;
- Reforço da investigação clínica;
- Monitorização permanente da qualidade e segurança;
- Divulgação de dados comparáveis de desempenho;
- Reconhecimento da qualidade das unidades de saúde;
- Informação transparente ao cidadão e aumento da sua capacitação

Esta estratégia pretende assim uma melhoria da qualidade e da segurança dos cuidados prestados pelo SNS.

3.2. MODELOS DE MELHORIA CONTÍNUA DE QUALIDADE

De modo a ser possível uma evolução da qualidade a nível dos cuidados de saúde, é fundamental o desenvolvimento de modelos de melhoria contínua da qualidade. Pode-se considerar que o processo de melhoria contínua da qualidade é composto por duas fases: a fase de avaliação e a fase de melhoria, sendo um processo iterativo (Pisco, 2000).

A fase de avaliação, na qual a estrutura, o processo e os resultados da prestação de cuidados são examinados com a finalidade de identificar lacunas e reunir informação sobre as causas, prevalência e intensidade das áreas-problema (Pisco, 2000). A fase de melhoria consiste na utilização dos resultados da avaliação para propor medidas corretivas ou processos de adaptação para corrigir as deficiências identificadas. Após a introdução das medidas corretivas, realiza-se novamente a fase de avaliação, para averiguar o impacto e identificar outras possíveis áreas-problema. Pode também ser necessário a formulação de

novas medidas corretivas, caso o problema inicial ainda se mantenha, continuando assim o ciclo de melhoria contínua da qualidade (Pisco, 2000).

As atividades internas de melhoria contínua da qualidade devem ser executadas pelos profissionais de saúde, individual ou coletivamente, nos seus locais de trabalho diariamente, sendo preferencialmente voluntárias, contínuas e sistemáticas (Pisco, 2000; Pisco & Biscaia, 2001).

Como referido, a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde é um elemento fundamental da estratégia da qualidade desenvolvida pelo SNS. É neste âmbito que surge a acreditação como forma de reconhecer a qualidade das organizações prestadoras de cuidados de saúde e promover o seu empenho voluntário na melhoria contínua (DGS, 2014a).

A primeira abordagem do processo de acreditação foi em 1999 e foi da responsabilidade do Instituto da Qualidade em Saúde (IQS), tendo sido implementado o modelo inglês conhecido por *King's Fund*. Posteriormente, através da Unidade de Missão para os Hospitais S.A, foi introduzido o modelo americano da *Joint Commission International (JCI)*, encontrando-se ambos os modelos em vigor durante alguns anos. Com a introdução destes modelos em Portugal, adotou-se a linguagem introduzida com estes programas: “*accreditation*” (DGS, n.d., 2014b).

Dado a importância desta temática, foi criado o Departamento da Qualidade na Saúde (DQS) na Direção-Geral da Saúde (DGS), pela Portaria nº 155/2009, de 10 de fevereiro, que tem como marco de referência a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (Despacho n.º 5613/2015, de 24 de junho). Em 2009 a DGS assumiu assim a responsabilidade de criar e desenvolver um Programa Nacional de Acreditação em Saúde, tendo sido aprovado o modelo de certificação de unidades de saúde da *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA)*, o modelo utilizado atualmente (DGS, n.d., 2014b).

Este modelo apresenta as seguintes características (DGS, 2014a):

- É um modelo de qualidade coerente com a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde e com as ferramentas e normas de gestão clínica e organizacional que têm vindo a ser desenvolvidas para o SNS;

- Aborda a qualidade de uma forma integral, tendo sido desenvolvidos Manuais de Standards e programas de certificação direcionados para as diferentes áreas e tipologias de unidades que compõem os cuidados de saúde.
- O modelo nacional e oficial de acreditação de unidades de saúde constitui-se assim como um programa estruturante para as unidades de saúde, sendo ainda uma excelente ferramenta para a implementação sistemática e efetiva das normas de gestão clínica e dos Processos Assistenciais Integrados (PAI), para o desenvolvimento da gestão de e por competências e para a gestão do conhecimento.
- É um modelo progressivo, permitindo a identificação de todos os passos até à obtenção de um estado de verdadeira excelência organizacional, e é dinâmico, contínuo e evolutivo. Permite assim avaliar o grau de desenvolvimento da qualidade na organização no momento atual, bem como todo o seu potencial de evolução e crescimento.

Este processo inclui quatro fases (DGS, 2014a):

1. Candidatura, preparação e visita de apresentação;
2. Auto-avaliação;
3. Avaliação externa;
4. Acompanhamento e colaboração entre a Unidade de Gestão Clínica e o DQS.

Vou-me focar no processo de autoavaliação, dado ser a fase em que existe um grande foco na melhoria contínua da qualidade. Na fase da autoavaliação decorre uma avaliação qualitativa, através da implementação da metodologia designada de ciclo de Deming ou PDCA, em que as iniciais significam P de *Plan* (Planeamento), D de *Do* (Cumprimento), C de *Check* (Avaliação) e A de *Act* (Adequação) (DGS, 2014a). Na tabela 1 estão descritos os objetivos de cada um dos passos do ciclo PDCA.

Tabela 1: Fases do ciclo PDCA. Fonte: Manual de Acreditação

Fase	Descrição	Alvo
	Perfil de melhoria de prévio	Antes de se iniciar o processo de certificação foi determinada a importância do propósito do standard para a organização
Planeamento (Plan)	Delimita-se o objetivo e o sistema de informação	Definiram-se indicadores que permitem identificar a concretização do standard.
	Planifica-se	Definiram-se as ações necessárias para cumprir o standard.
	Definem-se funções	Determinaram-se as responsabilidades e os recursos humanos necessários para cumprir o standard.
	Comunica-se	Comunicou-se a todos os implicados no processo o plano a desenvolver para cumprir o standard.
	Adequam-se recursos	Definiram-se e alocaram-se todos os recursos necessários para cumprir o standard.
Cumprimento (Do)	Cumpre-se	Respeitaram-se e estão cumpridos os propósitos do standard, de acordo com o seu impacto na unidade e os indicadores definidos.
Avaliação (Check)	Avalia-se	Identificaram-se os desvios dos resultados obtidos.
Adequação (Act)	Corrige-se e melhora-se	Empreenderam-se as ações necessárias para corrigir e eliminar os desvios observados.

Neste processo de melhoria contínua da qualidade, as auditorias internas desempenham um papel fundamental. A autoavaliação é assim uma forma de aprendizagem coletiva, que permite a introdução nas práticas da unidade as melhorias necessárias à gestão clínica e de as consolidar (DGS, 2014a).

3.3. BARREIAS E FACILITADORES PARA MUDANÇAS DE COMPORTAMENTOS

Como referido previamente, no processo de melhoria contínua de qualidade o objetivo é a identificação de um problema e a posterior implementação de medidas que visem a sua resolução. Contudo, a mudança de comportamentos nem sempre é fácil, nomeadamente se estiver associada a alterações complexas na prática clínica, a uma melhor articulação entre especialidades/classes profissionais ou a mudanças na organização dos cuidados (Grol & Grimshaw, 2003).

Algumas das barreias encontradas a nível dos cuidados de saúde primários são a falta de recursos, tais como falta de equipamento e de apoio institucional; competências inadequadas e falta de treino, nomeadamente a nível de capacidade de investigação e de comunicação efetiva; falta de tempo e o facto da prática baseada na evidência não ser considerado uma prioridade (Sadeghi-Bazargani, Tabrizi, & Azami-Aghdash, 2014). Num estudo publicado em 2002, as barreias encontradas foram a nível de limitações a nível de recursos e de profissionais, falta de tempo, o desinteresse por parte de alguns profissionais neste temática e a existência cultura de culpa que prejudica as tentativas de uma aprendizagem compartilhada (Campbell & Sweeney, 2002), sendo algumas destas barreias sobreponíveis às referidas anteriormente.

Em termos de barreias do ponto de vista da gestão organizacional, estas podem abranger a cultura organizacional, o que inclui a falta de envolvimento e o apoio por parte dos gestores; as estratégias de planeamento, incluindo a falta de planeamento e uma inadequada estrutura organizacional; e a gestão de recursos, que engloba a falta de recursos e de profissionais (Sohal, Samson, & Ramsay, 1998).

Relativamente a facilitadores, estratégias como a implementação de auditorias e o feedback podem ser úteis. Fatores sugeridos para aumentar a efetividade destas estratégias são a sua realização por um supervisor ou colega sénior, pelo menos mensalmente, em formato verbal e escrito, e com a exposição de objetivos específicos a alcançar e um plano de ação. Estas estratégias podem também ter melhores resultados se forem direcionadas para a diminuição ao invés de aumento de comportamentos (Ivers et al., 2012). Num estudo publicado por Ravaghi et al. em 2013, uma das estratégias também

referidas para encorajar o envolvimento dos profissionais em processos de melhoria foi a existência de incentivos (Ravaghi, Heidarpour, Mohseni, & Rafiei, 2013).

Outra prática que permite aumentar a implementação de prática baseada na evidência é o seu ensino contínuo, sendo que estratégias múltiplas são mais eficientes, tais como a realização de *jornal clubs*, cursos *online* e discussão de casos clínicos (Young, Rohwer, Volmink, & Clarke, 2014).

É assim fundamental que as medidas propostas sejam baseadas em evidência e/ou em *guidelines*, tendo em conta os facilitadores e as barreiras para mudanças de comportamentos, de modo a se melhorar a qualidade da prática clínica (Grol & Grimshaw, 2003). De salientar que muitas destas estratégias são incluídas por Nigel Starey nos 6 elementos constituintes da governação clínica, tais como a auditoria clínica, a educação e o treino (Starey, 2003).

4. DIABETES MELLITUS, AUTOMONITORIZAÇÃO E CUSTOS ASSOCIADOS

4.1. INTRODUÇÃO

A DM é uma doença crónica e complexa que afeta um grande número de pessoas, constituindo um problema individual e familiar, cuja prevalência da diabetes tem vindo a aumentar nos últimos anos em Portugal, constituindo um problema de saúde pública de proporções relevantes (American Diabetes Association, 2021; DGS, 2013). Segundo o Observatório Nacional da Diabetes, a prevalência estimada da diabetes na população portuguesa com idade entre os 20 e os 79 anos aumentou de 11,7% em 2009 para 13,3% em 2015 (Observatório da diabetes, 2016).

A DM pode ser classificada em quatro tipos distintos, de acordo com a sua fisiopatologia (American Diabetes Association, 2021; Direção-Geral da Saúde, 2011):

- DM tipo 1: ocorre devido à destruição auto-imune das células β dos ilhéus de Langerhans do pâncreas, levando habitualmente a uma insulinopenia absoluta. É o tipo mais comum de DM nas crianças e adolescentes.
- DM tipo 2: ocorre devido a insulinoresistência, o que leva a uma perda progressiva de secreção adequada de insulina pelas células β dos ilhéus de Langerhans do pâncreas. É o tipo mais frequente de DM. Foi proposto uma subdivisão deste grupo em 4 subtipos (Ahlqvist, Prasad, & Groop, 2020):
 - Diabetes com severa deficiência de insulina: baixa secreção de insulina, com controlo metabólico deficiente e níveis elevados de hemoglobina glicada (HbA1c). Utentes possuem risco aumentado de retinopatia e neuropatia.
 - Diabetes com severa insulino-resistência: caracterizada por insulino-resistência, com início tardio da doença e presença de obesidade, valores de HbA1c baixos e com risco aumentado para nefropatia e esteatose hepática.
 - Diabetes leve relacionada a obesidade: ocorrem em idade precoce, em utentes com obesidade, não existindo insulino resistência.

- Diabetes leve relacionada a idade: ocorrem em idade avançada e possui baixo risco de complicações.
- Diabetes gestacional: diagnosticada na gravidez durante o 2º trimestre através da prova de tolerância à glicose oral ou no 3º trimestre devido a alterações nos valores de glicémia de jejum.
- Outros tipos específicos de diabetes: neste grupo pode-se incluir os síndromes monogénicos de diabetes, doenças exócrinas do pâncreas e diabetes induzida por químicos ou fármacos.

De acordo com a norma 002/2011 da Direção Geral de Saúde (DGS), o diagnóstico de diabetes na população em geral é realizado com base em um dos seguintes valores para plasma venoso (Direção-Geral da Saúde, 2011):

- Glicemia de jejum igual ou superior a 126 mg/dl (ou 7,0 mmol/l);
- Sintomas clássicos de hiperglicemia e glicemia ocasional igual ou superior a 200 mg/dl (ou 11,1 mmol/l);
- Glicemia igual ou superior a 200 mg/dl (ou 11,1 mmol/l) às 2 horas, na prova de tolerância à glicose oral (PTGO) com 75g de glicose;
- Hemoglobina glicada A1c (HbA1c) igual ou superior a 6,5%.

A educação e o apoio contínuo no seguimento dos utentes com DM são essenciais para prevenir complicações agudas e a longo prazo (American Diabetes Association, 2021; DGS, 2015). O tratamento desta patologia assenta em medidas não farmacológicas (alimentação, exercício físico e mudança de estilo de vida) e farmacológicas (terapêutica injetável e antidiabéticos orais).

Dado a maioria dos doentes com DM seguidos a nível dos CSP terem DM2 e o presente trabalho se focar nesta área, a partir deste momento irei apenas cingir a estes utentes.

Relativamente à terapêutica medicamentosa na DM2, a escolha do fármaco deve ser individualizada para cada utente, sendo fundamental incluir o doente na tomada de decisão informada e partilhada, de modo a aumentar a adesão à terapêutica (American Diabetes Association, 2021; Duarte et al., 2018). Atualmente existe como opções

terapêuticas farmacológicas os antidiabéticos orais e a terapêutica injetável (insulina ou agonistas dos receptores do glucagon-like peptide-1 (GLP-1)), encontrando-se a maioria dos utentes medicados apenas com antidiabéticos orais.

A melhor ferramenta para avaliar o controlo metabólico nos utentes com DM2 não-insulino tratados e averiguar a necessidade de ajuste terapêutico é o valor de HbA1c (Choosing Wisely Portugal, 2018; DGS, 2015). O valor alvo da HbA1c deve ser individualizado, avaliando se os riscos da terapêutica ultrapassam os benefícios de um controlo metabólico intensificado, nomeadamente nos idosos mais frágeis e nos doentes com patologia cardiovascular grave estabelecida ou com outras comorbilidades graves (DGS, 2015; Duarte et al., 2018).

Como supracitado, a adesão à terapêutica, farmacológica e não farmacológica, é essencial para o controlo glicémico, e para isso a educação para a saúde do doente diabético é um passo crucial, de modo a este conseguir autogerir a sua patologia. A educação para a saúde em doentes com DM é necessária principalmente em quatro períodos distintos: na altura do diagnóstico, anualmente, quando existem complicações e quando existe transições nos cuidados (American Diabetes Association, 2021).

4.2. AUTOMONITORIZAÇÃO DA GLICÉMIA CAPILAR EM DOENTES COM DIABETES MELLITUS TIPO 2

A automonitorização da glicémia capilar (AMGC) em doentes com DM é uma das estratégias utilizadas, nomeadamente para detetar ou confirmar hipoglicémias ou hiperglicémias severas. Também pode ser útil para auxiliar os utentes a compreender o impacto das alterações do estilo de vida no controlo glicémico (American Diabetes Association, 2021).

Em doentes com DM1 ou DM2 com esquema insulínico intensivo a AMGC é fundamental para o ajuste da dosagem da insulina a ser administrada. Contudo, em utentes com DM2 não insulino tratada ou com esquemas de insulina não intensivos, a evidência

dos benefícios da AMGC é limitada (American Diabetes Association, 2021; Malanda, Bot, & Nijpels, 2013; NICE UK, 2015). Foi publicada em 2018 uma revisão sistemática e meta-análise que concluiu que a AMGC em DM2 estava associada a uma diminuição dos valores de HbA1c até 6 meses, mas essa redução já não se verificava após 1 ano (Vaz Machry, Varvaki Rados, Ribeiro de Gregório, & Costa Rodrigues, 2018). Para além disso, existem estudos que referem que a AMGC nestes doentes pode ter um impacto negativo na sua qualidade de vida, bem como estar associada a custos elevados (Malanda et al., 2013).

Em Portugal, a AMGC é prescrita em mais de um terço dos pacientes com DM2 não insulino tratadas, apesar da evidência acumulada da sua eficácia ser limitada nesta população (Choosing Wisely Portugal, 2018).

Devido à identificação desta problemática, foi emitido em maio de 2019 uma recomendação pela CFT da ARSC sobre a monitorização da glicémia capilar e intersticial em utentes com DM2, tendo sido proposto efetuar-se uma análise da prescrição de tiras de glicémia capilar e intersticial nos ACeS da ARSC nestes doentes. Na figura 2 pode-se observar um esquema resumo das indicações da recomendação, que irei explanar de seguida.

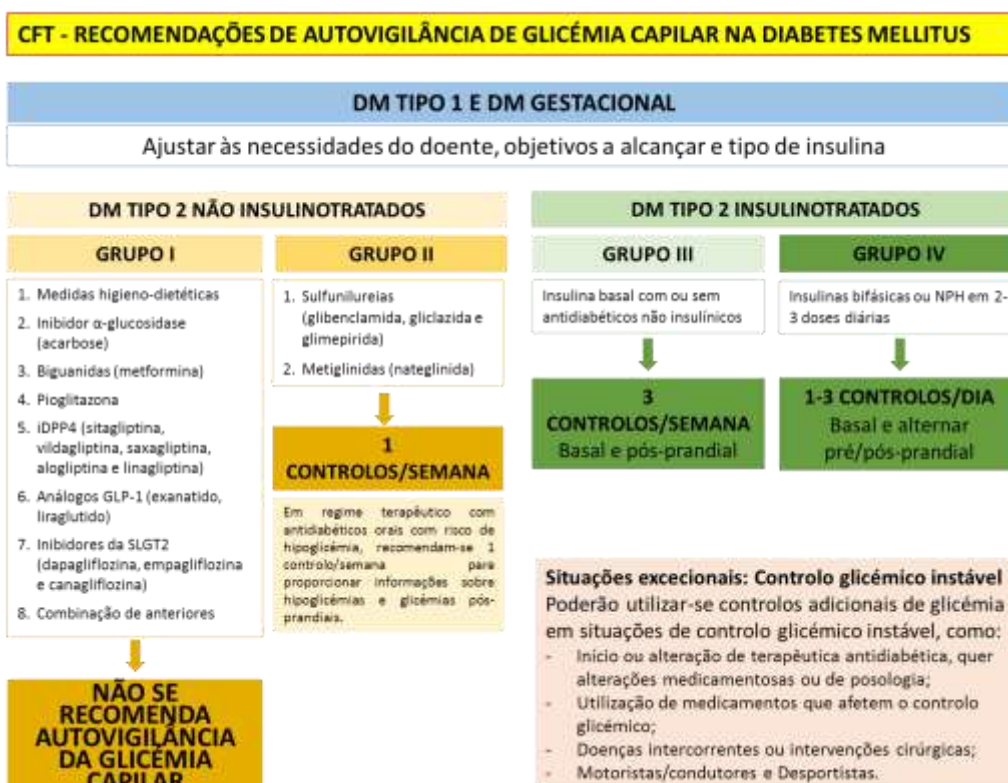


Figura 2: Esquema da recomendação nº2/2019 da CFT da ARSC.

De acordo com a recomendação da CFT da ARSC, doentes DM2 não insulino tratados apenas sob medidas não farmacológicas e/ou medicados com fármacos com baixo risco hipoglicemiante não têm indicação para AMGC. Contudo, se o utente estivesse medicado com um fármaco com elevado risco de hipoglicémia, teria indicação para realizar a auto-monitorização uma vez por semana.

Existem algumas situações especiais, para as quais pode ser necessário um ajuste da frequência da AMGC, nas quais se incluem:

- Profissões ou atividades de risco acrescido se hipoglicémias (como por exemplo motoristas);
- Início ou alteração da terapêutica antidiabética;
- Fármacos com influência no metabolismo glucídico (tal como os corticoides);
- Doenças intercorrentes;
- Intervenções cirúrgicas.

No caso dos doentes insulino-tratados, a frequência da automonitorização vai depender do tipo de insulina prescrito, como se pode observar na Figura 33.

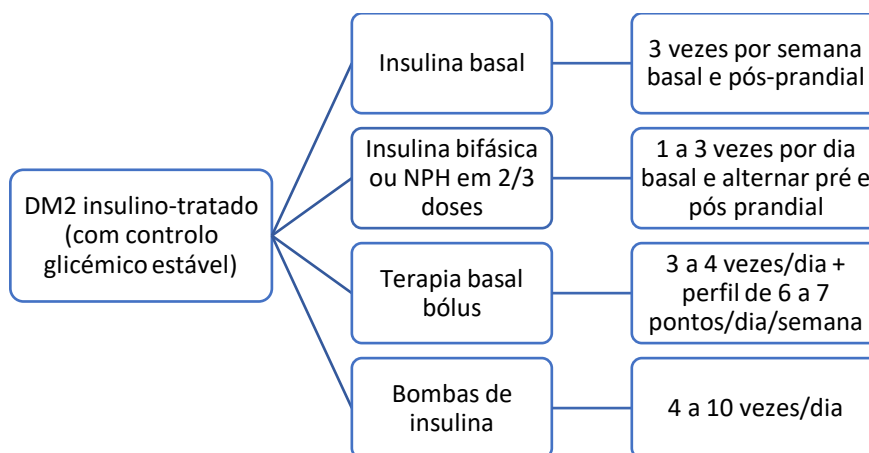


Figura 3: Frequência da auto-monitorização da glicémia capilar em doentes com DM2 insulino-tratados. Esquema adaptado da recomendação da CFT da ARS Centro.

4.3. CUSTOS ASSOCIADOS À DIABETES MELLITUS

No setor da Saúde, as avaliações económicas frequentemente agrupam os custos em diretos, indiretos e intangíveis (Kirigia, Sambo, Sambo, & Barry, 2009; Lourenço & Silva, 2008).

Os custos diretos abrangem os custos diretamente associados à prestação do serviço de saúde. Entre estes custos pode-se incluir por exemplo custos de capital, da eletricidade, da limpeza, dos exames complementares de diagnóstico ou os custos dos fármacos. Os custos diretos podem também estar associados a outros setores que não o da Saúde, como por exemplo as despesas de deslocação dos doentes até aos serviços de saúde ou os custos do apoio social a crianças ou idosos (Kirigia et al., 2009; Lourenço & Silva, 2008).

Os custos indiretos consistem no custo-oportunidade do tempo perdido devido à morbidade e mortalidade prematura (Kirigia et al., 2009; Lourenço & Silva, 2008). Englobam a diminuição de produtividade que a doença/terapêutica provoca no doente e na sua família, como por exemplo o tempo de ausência do trabalho e o tempo despendido em consultas médicas. Este tipo de custos por vezes é difícil de calcular, dado que tendem a favorecer as intervenções em que os utentes estão empregados (como o cálculo do tempo de trabalho perdido por certificado de incapacidade, a reforma antecipada e a diminuição da produtividade no trabalho) (Lourenço & Silva, 2008). O número de anos perdidos pela morte prematura é calculado através da diferença entre a idade da reforma e a idade aquando do falecimento, multiplicado pela remuneração média anual (Kirigia et al., 2009).

Por último, os custos intangíveis são os mais complicados de estimar, ou mesmo impossíveis de determinar, embora devam ser considerados sempre que possível. Referem-se ao impacto físico e psicológico da doença, e abrangem aspetos como a ansiedade, dor ou sofrimento com uma doença (Kirigia et al., 2009; Lourenço & Silva, 2008).

4.3.1. CONTEXTO INTERNACIONAL

Num estudo publicado em 2018 que incluía dados de 180 dos países incluídos na 7ª edição do Atlas da Diabetes da *International Diabetes Federation* (IDF), admitia-se que os custos totais associados à DM em 2015 eram de 1,32 trilhões de dólares, sendo os custos estimados para 2030 de 2,5 trilhões de dólares (Bommer et al., 2018). Subdividindo os custos totais, verificava-se um valor de custos diretos associados à DM em 2015 de 0,86 trilhões de dólares e de custos indiretos 0,46 trilhões de dólares, com projeções para 2030 de 1,51 e de 0,73 trilhões de dólares, respetivamente (Bommer et al., 2018).

Bommer et al. publicaram um estudo sobre o impacto económico global do diabetes em adultos de 20 a 79 anos em 2015 (Bommer et al., 2017). Em relação aos países de alto rendimento, os custos globais associados à DM totalizavam 804,36 biliões de dólares (510,70 biliões em custos diretos e 293,66 biliões de dólares em custos indiretos). Nos países de médio rendimento, os custos totais ascendiam aos 504,89 biliões de dólares, com 344,69 biliões de dólares associados aos custos diretos e 160,20 biliões de dólares aos custos indiretos. Por último, nos países de baixo rendimentos, a estimativa dos custos totais era de 2,51 biliões de dólares (1,57 biliões em custos diretos e 0,95 biliões de dólares em custos indiretos) (Bommer et al., 2017).

Nesse estudo verificou-se que a América do Norte era o maior contribuinte para os custos globais absolutos (Bommer et al., 2017). Segundo a *American Diabetes Association* (ADA), os custos globais associados à DM em 2017 nos Estados Unidos da América foram de 327 biliões de dólares, sendo 237 biliões de dólares relativos a custos diretos e 90 biliões de dólares a custos indiretos (American Diabetes Association, 2021).

4.3.2. CONTEXTO NACIONAL

A DM, sendo uma patologia crónica com elevada prevalência a nível dos Cuidados de Saúde, também está associada a elevados custos. Contudo, a maioria dos dados

disponíveis sobre os custos da DM em Portugal estão associados a custos com a terapêutica, existindo poucos estudos relativamente a custos indiretos e intangíveis.

Nos últimos anos tem existido um aumento dos custos diretos associados à DM, decorrentes principalmente aos custos da terapêutica de ambatório e aos custos de internamentos em que a DM está codificada como um dos diagnósticos associados (Vale, Martins, Cruz, & Freitas, 2019). Os custos avaliados em 2017 associados a internamentos em que DM foi o diagnóstico principal foram de 15,91 milhões de euros, aumentando para 371 milhões de euros quando se engloba os internamentos em que a DM é um diagnóstico associado (tabela 2) (Vale et al., 2019).

Tabela 2: Custos associados a internamentos por DM. Fonte: Programa Nacional para a Diabetes - Desafios e Estratégias 2019.

	Custos (milhões de euros)		
	2015	2016	2017
Internamentos por DM como diagnóstico principal	17,31	16,4	15,91
Internamentos por complicações agudas da diabetes	3,53	3,64	4,58
Internamentos por complicações crónicas da diabetes	13,78	12,76	11,33
Internamentos para amputação de membro inferior em utentes com DM	7,9	7,88	7,47
Internamentos com DM como diagnóstico associado	352,7	361,2	371,0

Relativamente aos custos com a terapêutica do doente com DM, segundo os dados presentes no BI-CSP, os custos têm vindo a aumentar nos últimos anos (Gráfico 3) (BI-CSP, 2021). Em 2020, ARSC era a segunda ARS com custos mais elevados, sendo o valor superior à média nacional, embora não seja a ARS com um maior número de utentes inscritos com DM (Tabela 33) (BI-CSP, 2021). A nível dos diversos ACeS que constituem a ARSC (gráfico 4), os custos também têm vindo a aumentar desde 2016, sendo que nos últimos anos os ACeS com valor de custos com a terapêutica do doente com DM são os ACeS Pinhal Interior Norte e o Baixo Mondego (BI-CSP, 2021).

Relativamente à terapêutica, nos últimos anos tem-se verificado um incremento das vendas de medicamentos para a DM. Em 2018, os utentes do SNS tiveram encargos diretos de 25,2 milhões de euros com o consumo de medicação para a diabetes (antidiabéticos orais e injetáveis, incluindo insulina), tendo sido a despesa do estado com esta medicação de 291,1 milhões de euros (Raposo, 2020).

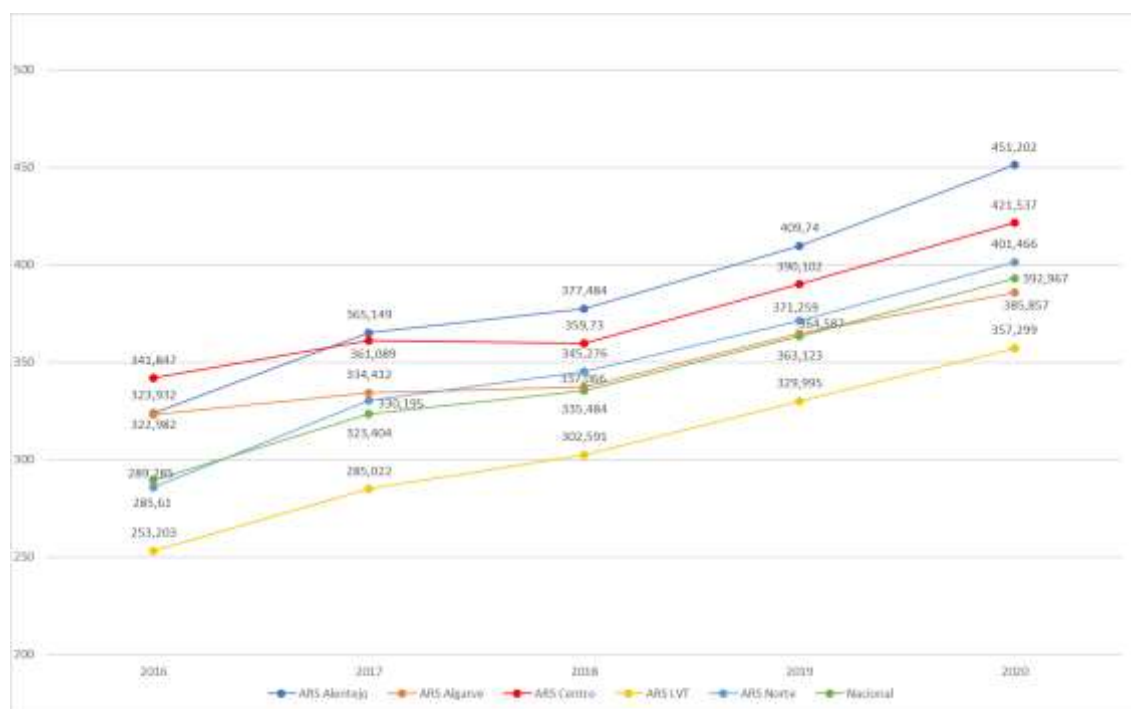


Gráfico 3: Custo da terapêutica com doentes com DM de 2016 a 2020, em milhões de euros. Legenda: ARS – Administração Regional de Saúde; LVT – Lisboa e Vale do Tejo. Fonte: Matriz dos Indicadores do BI-CSP.

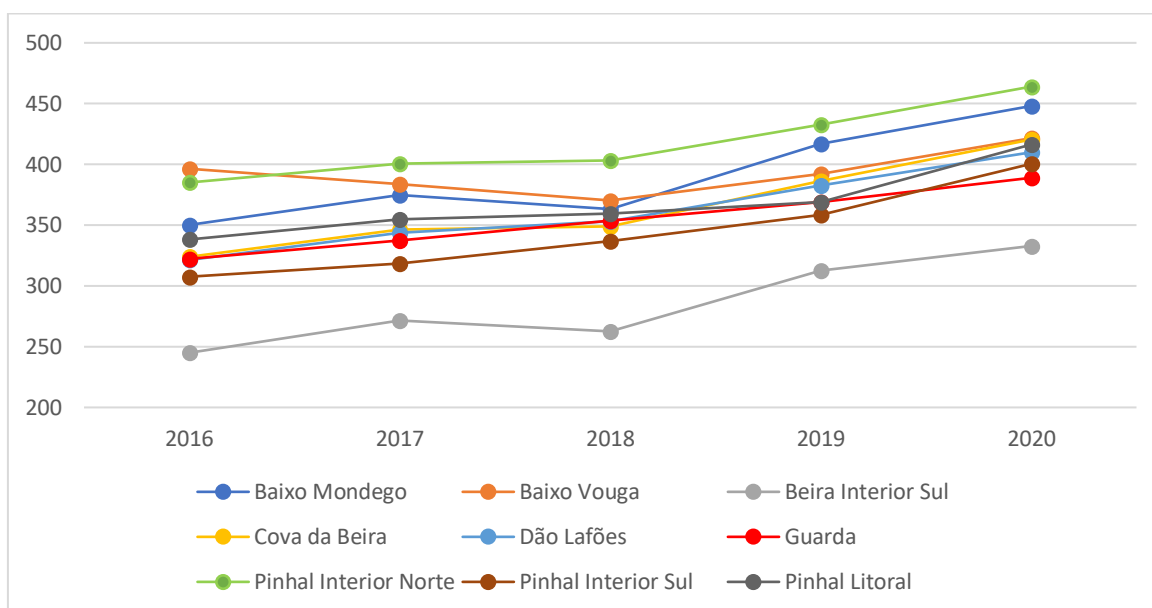


Gráfico 4: Custo da terapêutica com doentes com DM de 2016 a 2020, em milhões de euros, nos ACeS da ARSC. Fonte: Matriz dos Indicadores do BI-CSP.

Tabela 3: Número de utentes inscritos com DM nas diferentes ARS, em 2020. Legenda: ARS – Administração Regional de Saúde; LVT – Lisboa e Vale do Tejo. Fonte: Matriz dos Indicadores do BI-CSP.

	Número de utentes inscritos com DM em 2020
ARS Alentejo	51 169
ARS Algarve	37 083
ARS Centro	167 815
ARS LVT	290 028
ARS Norte	328 229

Para além dos gastos associados à medicação, existem ainda os gastos associados à prescrição de produtos de autocontrolo da glicémia. Em 2018, o valor das vendas em ambulatório de dispositivos de monitorização de DM foi de 60,5 milhões de euros. De ressaltar que, tal como se pode observar na Tabela 44, em 2018 houve um aumento significativo deste valor devido à introdução dos sensores de avaliação da glicose intersticial, dado que o número de prescrição de tiras-teste para a monitorização da glicémia diminuiu de 2016 a 2018 (Tabela 55) (Raposo, 2020). Os dados relativos aos custos

associados à prescrição de produtos de automonitorização da glicémia nos diferentes ACeS da ARSC vão ser apresentados na parte empírica desta dissertação.

Tabela 4: Vendas em ambulatório de dispositivos de monitorização da DM em Portugal, em milhares de embalagens (Fonte: Diabetes: Factos e Números 2016, 2017 e 2018)

	2000	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2019
Dispositivos de Monitorização	235	2 410	2 468	2 515	2 115	2 632	2 660	2 804	2 775	2 774	2 910
Tiras-teste glicémia	235	2 410	2 468	2 515	2 115	2 632	2 660	2 804	2 775	2 774	2 668
Sensores	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	242

Tabela 5: Vendas em ambulatório de dispositivos de monitorização da DM em Portugal, em milhões de euros (Fonte: Diabetes: Factos e Números 2016, 2017 e 2018)

	2000	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2019
Dispositivos de Monitorização	9,1	54,6	56,4	54	46	52,8	50,9	51,2	50,5	50,4	60,5
Tiras-teste glicémia	9,1	54,6	56,4	54	46	52,8	50,9	51,2	50,5	50,4	48,4
Sensores	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12,8

PARTE EMPÍRICA

Analisa os resultados da aplicação de um questionário aos coordenadores das Unidades de Saúde dos vários ACeS para avaliar este processo, bem como os dados obtidos no BI-CSP no que diz respeito aos principais indicadores mencionados na recomendação nº 2/2019 da CFT da ARSC.

5. METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do trabalho em curso foram realizadas duas etapas complementares tendo por base:

- Dados recolhidos através da aplicação de um questionário que teve como objetivo a avaliação dos efeitos da Recomendação 2/2019 da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) da ARSC sobre a prescrição de tiras reativas para a glicemia aos utentes com DM2;
- Dados recolhidos no BI dos CSP relacionados com a DM considerando três períodos distintos (2019-2021).

Nos pontos seguintes detalhamos cada uma destas etapas.

5.1. QUESTIONÁRIO

Os dados foram recolhidos através do preenchimento de um questionário em plataforma digital (LimeSurvey®), que esteve disponível de 11 de setembro de 2021 a 9 de outubro de 2021. A população incluiu os coordenadores de 143 Unidades de Saúde dos ACeS Baixo Mondego, Baixo Vouga, Cova da Beira, Dão Lafões, Pinhal Interior Norte e Pinhal Litoral da ARSC. Neste caso o tamanho amostral pretendido, considerando um intervalo de confiança de 95% e uma margem de erro de 5%, seria de 91 participantes. Não foram considerados os ACeS Beira Interior Sul e Guarda, por estarem integrados em Unidades Locais de Saúde.

O convite para a participação no estudo foi realizado através de correio eletrónico, tendo sido enviados diversos recordatórios para o preenchimento do questionário durante o tempo de estudo.

O questionário é constituído por 44 perguntas (anexo 2), divididas em 9 secções:

1. Dados gerais: caracterização dos dados dos participantes no questionário, incluindo dados pessoais e dados da unidade de saúde;

2. Divulgação da boa prática e do perfil de prescrição pela ARSC e pelo ACES, que abrange questões sobre a divulgação da informação da recomendação da CFT por parte da ARS e dos ACeS;
3. Discussão e aprovação da boa prática na unidade, que inclui questões sobre se a recomendação foi aprovada e o número de reuniões necessárias, os motivos para a não aprovação e as alternativas apresentadas;
4. Discussão e aprovação de medidas corretoras a implementar na unidade, que abrange questões sobre se as medidas que foram discutidas e aprovadas, os procedimentos que foram seguidos e as principais medidas corretoras definidas;
5. Monitorização dos resultados, para se avaliar se os resultados foram reavaliados e se houve alteração de comportamentos por parte da equipa médica;
6. Apoio dado no processo de mudança, nomeadamente por parte do CSS do ACeS correspondente e por parte da ARSC;
7. Governação clínica para a melhoria contínua da qualidade, que abrange questões sobre se a que áreas se deveria aplicar a metodologia da qualificação da prescrição e as correções necessárias;
8. A perceção sobre a governação clínica, em termos dos prováveis resultados de uma governação clínica efetiva e dos efeitos organizacionais da governação clínica;
9. Comentários finais, que permite aos respondentes redigirem algum comentário, opinião, crítica ou sugestão que considerem pertinente.

A estrutura das primeiras 7 secções do questionário baseou-se no cronograma da recomendação da CFT, explanado no ponto 4.2 desta dissertação. Na secção 8, procurou-se também avaliar a perceção dos coordenadores das unidades relativamente à governação clínica, nomeadamente sobre os prováveis resultados de uma governação clínica efetiva e os seus efeitos organizacionais. Esta última secção baseou-se no questionário desenvolvido por Degeling et al. (Degeling et al., 2006), na versão portuguesa aplicada por Espírito Santo (Espírito Santo, 2011) num estudo exploratório em três hospitais públicos portugueses aplicado a gestores (administradores/gestores, médicos com funções de direção e enfermeiros-chefes) e a clínicos (médicos e enfermeiros), com

diversas alterações ao contexto dos CSP tendo por base o documento de Rodrigues e Felício (Rodrigues & Felício, 2017) relativo à governação clínica nos CSP.

A análise dos dados foi efetuada com recurso ao programa Statistical Package for the Social Science® v. 27. Relativamente à estatística descritiva, as variáveis quantitativas foram sintetizadas através da média, moda, mediana, desvio-padrão (DP), mínimo e máximo e as variáveis qualitativas foram descritas através das frequências absolutas (n) e relativas (%). O estudo foi autorizado pela Comissão de Ética da ARSC (anexo 5).

5.2. RECOLHA DE DADOS NO BI DOS CSP

Tendo em conta a recomendação em avaliação, foi decido recolher os seguintes indicadores:

- Inscritos com diabetes tipo 2 com prescrição
 - Nº de inscritos com Diabetes tipo 2 (T90) c/ Prescrição de ADO (8.4.2 - Outros antidiabéticos)
 - Nº de inscritos com Diabetes tipo 2 (T90) c/ Prescrição de Insulina (8.4.1 - Insulinas)
- Inscritos com diabetes do tipo 2 com produtos de autocontrolo
 - Nº de inscritos com Diabetes tipo 2 (T90) c/ Produtos de autocontrolo de diabetes
 - Nº de embalagens prescritas para inscritos com Diabetes tipo 2 (T90) c/ Produtos de autocontrolo de diabetes
 - PVP Prescrição para inscritos com Diabetes tipo 2 (T90) c/ Produtos de autocontrolo de diabetes

O objetivo inicial deste trabalho passava por obter os valores mensais dos indicadores identificados para o período 2017-2021 em diferentes níveis:

- Nacional;
- Para todas as ARS;

- Para os ACeS da ARSC;
- Para as UFs que responderam ao questionário (com o intuito de comparar os resultados destas unidades com os resultados dos ACeS a que pertencem).

A escolha desta série longa de vários anos tinha por objetivo verificar as tendências ao longo do tempo garantindo modelos de previsão mais precisos. Tínhamos também particular interesse em avaliar a variação homóloga entre períodos, nomeadamente entre Jan-Jun/2018 (1º semestre) e Jan-Jun/2019 (1º semestre) bem como entre Jul-Dez/2018 (2º semestre) e Jul-Dez/2019 (2º semestre) tendo em conta o cronograma da recomendação:

1. Até 19 de julho de 2019: divulgação e promoção pelos Conselhos Clínicos e de Saúde (CCS), junto das Unidades de saúde da recomendação no Boletim nº2 da CFT.
2. Até 19 de julho de 2019: envio pelo CCS para as Unidades de Saúde do seu perfil de prescrição.
3. Até 2 de agosto de 2019: cada Unidade de Saúde deve discutir e aprovar a boa-prática recomendada no Boletim nº2 da CFT.
4. Até 2 de agosto de 2019: cada Unidade de Saúde deve discutir e aprovar que medidas corretoras introduzir para cumprir o ponto anterior.
5. Até final de setembro e de dezembro de 2019: o CCS faz a monitorização dos resultados obtidos em cada Unidade de Saúde, sendo entregue um relatório final até 31 de janeiro de 2020.

Assim, tal como apresentado na figura seguinte, seria possível comparar os períodos antes e depois da implementação da recomendação procurando detetar efeitos da sua aplicação.

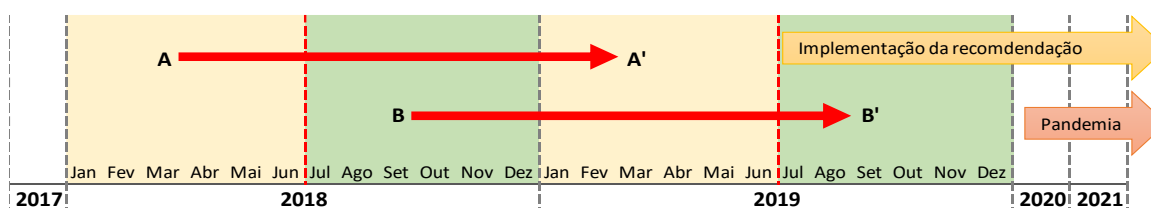


Figura 4: Série de dados a recolher para a avaliação do impacto da recomendação nº2/2019 da CFT da ARSC.

Existia a expectativa de esses indicadores para os períodos pretendidos poderem ser recolhidos de forma automática pelos sistemas informáticos da ARSC e disponibilizados em ficheiro para posteriormente serem analisados. Contudo, depois de várias tentativas constatou-se que existiam limitações nos sistemas de informação e que não seria possível obter os dados desta forma. Assim, ficou como única alternativa a recolha manual dos dados no BI-CSP.

No entanto, o BI-CSP apresenta algumas limitações que invalidaram a análise pretendida tendo em conta os prazos de entrega definidos para este trabalho e o tempo necessário para recolha dos dados. Alguns dos principais problemas relacionados com o BI-CSP são os seguintes:

- Não existe na interface a possibilidade de recolher dados em lote (*batch*) – combinando períodos de análise (por ano e meses) e diferentes níveis de análise (nacional, ARS, ARSC, ACeS da ARSC e UFs que responderam ao questionário) e exportar posteriormente para ficheiro permitindo a sua análise;
- A interface obriga à identificação manual, aplicando filtros, da ARS, dos ACeS, das UFs, dos anos, e dos meses mostrando os dados agregados com essa escolha. Neste processo não existe na interface uma opção que permita exportar os dados para ficheiro e posteriormente proceder à sua leitura. Isto obriga que para cada ARS, ACeS e UF os dados tenham de ser digitalizados manualmente;
- Os anos disponíveis do BI-CSP limitam-se ao período 2019 a 2021;
- Embora não diretamente relacionado com os dados, também se constatou que durante a noite o BI-CSP tem problemas de acesso (a partir de determinada hora da noite o sistema fica “pendurado” não fazendo as respetivas atualizações quando se mudam os filtros aplicados) que limitam bastante o trabalho de recolha.

Tendo em conta estas limitações, decidiu-se efetuar uma avaliação retrospectiva, recolhendo estes indicadores apenas para os anos de 2019, 2020 e 2021 em diferentes níveis – nacional, as diferentes ARS do país, e os ACeS da ARSC – embora com as devidas limitações, nomeadamente o facto de em 2020 e em 2021, embora em menor grau, termos de considerar o efeito da pandemia Covid-19 e as limitações e constrangimentos que

trouxo ao nível do acesso nos CSP e à relação médico-doente. Acresce, que o ano de 2021 não está completo e apenas foi considerado para verificar se a tendência se verificava. Considerando estes diferentes níveis é possível analisar os valores nacionais e das diferentes ARS, os dados agregados da ARSC, e verificar a evolução de cada ACeS da ARSC.

Na impossibilidade de se compararem os semestres homólogos entre 2018 e 2019, pois como referido previamente o BI-CSP não tem os dados de 2018, optou-se por recolher os dados das variáveis “Nº de embalagens prescritas para inscritos com Diabetes tipo 2 (T90) c/ Produtos de autocontrolo de diabetes” e “PVP Prescrição para inscritos com Diabetes tipo 2 (T90) c/ Produtos de autocontrolo de diabetes” de 2019 e comparar a evolução dos dois semestres. Para este efeito comparou-se a evolução dos dois semestres do seguinte modo:

- 1) Comparou-se para cada ARS a variação entre o 1º semestre e o 2º semestre, tentando identificar qual a tendência (aumento ou diminuição) e as respetivas taxas de crescimento de modo a avaliar-se em que ARS a variação foi superior;
- 2) Comparou-se para a ARSC a evolução dos valores com diversos cenários de evolução para o 2º semestre tendo por base os valores verificados no 1º semestre e verificando como se comportam as taxas de variação entre os cenários e a realidade verificada. As previsões para os meses do 2º semestre foram calculadas tendo como ponto de partida os valores do 1º semestre, sendo feita a comparação entre os seguintes cenários: realidade (dados de 2019); previsão para o 2º semestre; previsão para o 2º semestre considerando um limite inferior num intervalo de confiança de 95%; previsão para o 2º semestre considerando um limite superior num intervalo de confiança de 95%.

Todos os dados foram armazenados e tratados utilizando o Microsoft Excel e algumas das suas principais ferramentas, nomeadamente a formatação como tabelas, a formatação condicional, as tabelas dinâmicas, os gráficos dinâmicos e o módulo de gráficos com ajustes personalizados. Nos cenários de previsão considerou-se o 1º semestre igual ao

verificado, sendo utilizadas as funções FORECAST.ETS² para calcular as previsões e FORECAST.ETS.CONFINT³ para devolver o intervalo de confiança para o valor de previsão num determinado período especificado. Na função de previsão foi considerado o efeito de sazonalidade de forma automática e um intervalo de confiança de 95%.

² Função que calcula ou prevê um valor futuro com base em valores históricos utilizando a versão AAA (*additive error, additive trend and additive seasonality*) do algoritmo de Regularização Exponencial (ETS). Mais informação em <https://is.gd/hAjhCQ>.

³ Função que devolve um intervalo de confiança para o valor de previsão período alvo especificado. Por exemplo, um intervalo de confiança de 95% significa que é esperado que 95% dos pontos futuros estejam dentro do raio do resultado previsto utilizando a função FORECAST.ETS (com distribuição normal). Utilizar o intervalo de confiança ajuda a entender a precisão do modelo previsto. Mais informação em <https://is.gd/ZDGsyF>.

6. RESULTADOS

Os resultados apresentados nesta secção da dissertação traduzem os resultados dos questionários aplicados aos Coordenadores das Unidades de Saúde dos diversos ACeS da ARSC, bem como da pesquisa efetuada a nível do BI-CSP.

6.1. RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO APLICADOS AOS COORDENADORES

6.1.1. RESPOSTAS E CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA

O questionário foi enviado aos 141 coordenadores das Unidades de Saúde dos diversos ACeS da ARSC, tendo sido respondido por 59 coordenadores, o que corresponde a uma taxa de resposta de 41,84%. Conforme se pode observar gráfico 5, a maioria das respostas (54,24%) foi realizada durante o mês de outubro.



Gráfico 5: Evolução das respostas.

Na Tabela 6 estão identificadas o número de unidades e as taxas de resposta por modelo (UCSP, USF-A e USF-B) e por ACES. As taxas mais altas de resposta, considerando o número total de unidades, foram nos ACES Baixo Mondego (11,35%) e Baixo Vouga (10,64%). A maioria das respostas foi feita por USFs (74,58%).

A caracterização dos participantes encontra-se nas tabelas 6 e 7. Os participantes foram na sua maioria do sexo feminino (40; 67,8%), com uma média de idade de $49,4 \pm 11,5$ anos e uma média de anos de profissão de $22,6 \pm 12,2$. A maioria pertencia ao ACeS Baixo Mondego (27,1%) e do ACeS Baixo Vouga (25,4%), exercendo na atual unidade desde uma média de $10,3 \pm 8,4$ anos. Em termos de função de coordenador, 40,7% é coordenador de uma USF-A e exerce essa função há uma média de $4,5 \pm 4,8$ anos.

Tabela 6: Número de respostas e taxa de resposta por ACES e por modelo.

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

Tabela 7: Caracterização da amostra respondente ao questionário.

	Média	Mediana	Moda	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Idade (em anos)	49,38	47,5	65	11,54	32	68
Anos de profissão	22,59	21	11	12,17	3	43
Anos de trabalho na Unidade	10,33	9	3	8,38	0,3	35
Anos de função de coordenador	4,54	3	2	4,77	0	32

6.1.2. DIVULGAÇÃO DA BOA PRÁTICA E DO PERFIL DE PRESCRIÇÃO PELA ARSC E PELO ACES

Esta secção do questionário incluiu cinco questões sobre a divulgação da informação por parte da ARS e dos ACeS, sendo que as descrições dos resultados obtidos se encontram na tabela 8.

A maioria dos participantes que responderam às perguntas desta secção (58; 98,3%) recebeu email da ARSC com a recomendação da CFT, sendo que 93,2% refere que o ACeS divulgou à unidade a boa prática até 19 de julho de 2019. Apenas dois coordenadores mencionarem ter recebido essa recomendação mais tarde (em 22/11/2019 e 11/02/2020, respetivamente). Em 88,1% das Unidades também foi divulgado pelo ACeS o perfil de prescrição associado à recomendação até à data de 19 de julho de 2019. Apenas um coordenador respondeu que o perfil de prescrição apenas lhe foi enviado cerca de 7 meses (11/02/2020) depois da data indicada.

Tabela 8: Respostas às questões da secção de "Divulgação da boa prática e do perfil de prescrição pela ARSC e pelo ACeS" do questionário.

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%)

6.1.3. DISCUSSÃO E APROVAÇÃO DA BOA PRÁTICA NA SUA UNIDADE

Nesta secção abordou-se se a recomendação foi avaliada e discutida na unidade, o número de reuniões realizadas para o efeito, e os problemas detetados durante o processo. Como se pode observar na tabela 9, na maioria das unidades (59; 67,8%) a recomendação foi discutida e aprovada até dia 2 de agosto, sendo que em mais de metade (37; 62,7%) o foi feito em uma ou duas reuniões. Em 9 unidades (15,3%), a boa prática foi discutida e aprovada depois da data definida na recomendação – cinco até ao final de 2019, uma um ano depois, duas em 2021 e uma não especificada. Nos casos em que foi referido que a recomendação foi discutida mas não aprovada, foi realçado que o ponto em falta foi a aprovação formal em reunião desta boa prática (anexo 3).

Nas unidades em que a recomendação não foi discutida nem aprovada, os motivos referidos foram: a unidade ainda não ser uma USF, a prioridade da unidade se focar na época na pandemia Covid-19 e o facto do respondente ainda não estar integrado na unidade nessa data (anexo 3). Em apenas duas unidades foi referido que, embora a recomendação não tivesse sido aprovada, não tinha sido aprovada nenhuma alternativa.

Quando questionados sobre os principais problemas detetados no processo, a maioria das respostas referia a falta de educação para a saúde e a resistência por parte dos utentes, sendo também abordado a heterogeneidade de prescrição entre diferentes médicos (anexo 3).

Tabela 9: Respostas às questões da secção de "Discussão e aprovação da boa prática na sua unidade" do questionário.

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 par 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

6.1.4. DISCUSSÃO E APROVAÇÃO DE MEDIDAS CORRETORAS A IMPLEMENTAR NA UNIDADE

Nesta secção do questionário avaliou-se a discussão e aprovação das medidas corretoras a implementar, os procedimentos seguidos para o efeito, e a identificação das medidas que foram aprovadas no plano.

Dos 49 coordenadores que responderam a esta secção, verificou-se que em 71,4% (35) das respostas, foram discutidas e aprovadas medidas corretoras, de acordo com as recomendações, até dia 2 de agosto de 2019. Apenas em 7 unidades (14,3%), a discussão e aprovação ocorreu após a data da recomendação – 3 até ao final de 2019, uma em 2020, uma em 2021 e duas sem data especificada (tabela 10).

Nos casos em que a recomendação foi discutida mas não aprovada (6 respostas), uma das justificações referidas foi a falta de aprovação formal desta boa prática. Nas

situações em que a recomendação não foi discutida nem aprovado, os motivos identificados foram o início da pandemia Covid-19 e o facto do respondente estar em transição de unidades nessa data (anexo 3).

Na maioria dos casos foi discutido o perfil da unidade comparando com o do ACeS e da ARSC (33; 76,8%) e com o perfil de cada médico da equipa (24; 57,1%) (Tabela 9). Alguns exemplos de outros procedimentos que foram adotados por algumas das unidades foram (3 respostas): a implementação de um plano de acompanhamento e de um folheto para o utente, ponderar a possibilidade de prescrição sem indicação da marca e a formação em equipa sobre as recomendações mais recentes (anexo 3).

As principais medidas corretoras abordadas (33 respostas) foram a nível da educação dos utentes, por exemplo através da explicação ao utente e da elaboração de folhetos educativos, e da formação dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros), através do reforço das boas práticas referidas na recomendação da CFT da ARCS (anexo 3).

Tabela 10: Resposta às questões da secção "Discussão e aprovação de medidas corretoras a implementar na unidade" do questionário.

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%)

Na discussão e aprovação das medidas corretoras, que procedimentos foram seguidos?		
Foi discutido o perfil da unidade comparando com o do ACeS e da ARSC?		42
Sim		33 (78,6%)
Não		9 (21,4%)
Foi discutido o perfil da unidade comparando com o perfil de cada médico da equipa?		42
Sim		24 (57,1%)
Não		18 (42,9%)
Outros procedimentos		42
Sim		3 (7,1%)
Não		39 (66,1%)

6.1.5. MONITORIZAÇÃO DOS RESULTADOS

Nesta secção procurou-se perceber se existiu monitorização dos resultados, se existiu algum contacto por parte do Conselho Clínico e de Saúde do ACeS, se foi reavaliado o perfil de prescrição, de que forma foram classificados os resultados atingidos tendo em conta as expectativas, se existiu mudança de comportamentos por parte dos médicos da equipa e quais os comportamentos que foram alterados.

Das 42 unidades que responderam (tabela 11), verificou-se que na maioria foram monitorizados os resultados (31; 73,8%) e reavaliado (29; 69%) o perfil de prescrição até 31 de dezembro de 2019. Nas unidades que responderam que não foram monitorizados os resultados, nas justificações apresentadas (9 respostas) a resposta mais frequente estava relacionada com a falta de tempo

Em relação ao contacto por parte do Conselho Clínico e de Saúde do ACeS, a maioria refere não ter tido algum tipo de contacto no sentido de perceber como estava a decorrer o processo (18; 57,1%).

Em 26 (61,9%) das unidades existiu uma melhoria do perfil após a implementação de medidas corretoras, sendo que em 31 (73,8%) a implementação destas medidas decorreu de acordo com as expectativas e 40 (95,2%) considera que houve mudança de comportamentos por parte dos médicos da equipa (Tabela 10). Os comportamentos alterados que foram mais referidos nas 27 respostas obtidas foram a nível da melhoria da qualificação da prescrição de tiras reativas, de acordo com a recomendação (anexo 3).

Tabela 11: Resposta às questões da secção "Monitorização dos resultados" do questionário.

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%)

6.1.6. APOIO DADO NO PROCESSO DE MUDANÇA

Nesta secção pretendeu-se avaliar a perceção dos respondentes ao apoio dado pelo CCS do respetivo ACeS e pela ARSC, durante o processo após a divulgação da recomendação da CFT.

Relativamente aos apoios dados neste processo, 35,6% (21) classifica como razoável e 49,2% (29) como bom o apoio dado pelo CCS do ACeS correspondente (tabela 12). Os comentários a esta questão (18 respostas) foram muito variados, indo desde ao envio apenas de email por parte do CSS sobre a recomendação, até à partilha de propostas de melhoria de diversas unidades (anexo 3).

O apoio dado pela ARSC foi categorizado como razoável por 52,6% (30) dos coordenadores participantes e bom por 43,9% (25) (Tabela 11). Os comentários a esta questão (15 respostas) na sua maioria referiam a partilha da recomendação da CFT da ARSC, sendo também referido que seria importante o esclarecimento de dúvidas e a importância do investimento na formação dos profissionais (anexo 3).

Tabela 12: Resposta às questões da secção "Apoio dado no processo de mudança" do questionário.

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

6.1.7. GOVERNAÇÃO CLÍNICA PARA A MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

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 (tabela 13). A nível dos comentários sobre as correções consideradas necessárias (13 respostas) foi realçado a necessidade de maior apoio e acompanhamento durante o processo, da confirmação se os dados presentes no BI-CSP se encontram corretos e correspondem à realidade das unidades e maior fundamentação científica da recomendação (anexo 3).

Nos comentários (35 respostas) às áreas para se estender a metodologia adotada para a implementação desta boa prática sobre a prescrição de tiras reativas em conta os

princípios da boa governação clínica, as mais referidas foram a nível da terapêutica com benzodiazepinas, inibidores da bomba de protões e antibióticos (anexo 3).

Nas respostas que referiram não considerar que se devia estender a metodologia acima referida a outras áreas, os motivos referidos (2 comentários) foram a nível de ser primeiro importante atuar noutras problemáticas, tais como a falta de profissionais, a falta de manutenção das instalações, o número elevado de utentes por ficheiro e a melhoria dos sistemas informáticos (anexo 3).

Tabela 13: Respostas às questões da secção "Governação clínica para a melhoria contínua da qualidade" do questionário.

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 glicémia 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%)

6.1.8. A SUA PERCEÇÃO SOBRE A GOVERNAÇÃO CLÍNICA

Nesta secção o objetivo foi compreender a perceção dos respondentes sobre a governação clínica e os seus efeitos organizativos.

No Gráfico 6 pode-se observar os resultados das questões relativas à perceção sobre a governação clínica. Avaliando a perceção dos coordenadores das Unidades de Saúde em termos do que se pretende a nível de resultados da governação clínica, verifica-se que a maioria concorda que a implementação efetiva da governação clínica permitirá: reduzir a utilização de tratamentos ineficazes (54; 98,2%), aumentar a qualificação da

despesa ao melhor custo (51; 92,7%), melhorar os resultados clínicos (51; 92,7%), reduzir incidentes críticos e eventos adversos 50; (92,6%), melhorar a mobilização e o envolvimento de todos (48; 90,6%), reduzir a variabilidade não explicável na prática clínica (46; 82,1%), aumentar a motivação e satisfação dos profissionais (43; 78,2%), melhorar a capacitação e autonomia dos cidadãos (34; 72,2%), aumentar a satisfação dos cidadãos (63%) e reduzir as queixas/reclamações dos cidadãos (29; 55,8%).

No Gráfico 7 podem-se observar as respostas relativamente aos efeitos organizacionais da governação clínica. Verifica-se que a maioria dos coordenadores discorda que seja uma moda que vai passar com o tempo (45; 81,2%), um mecanismo para promover mais intromissões injustificadas por parte da gestão em áreas clínicas (37; 72,5%) e a criação de estruturas de supervisão e controlo que promoverão uma cultura da “culpa” em contextos clínicos (34; 70,8%). Em termos de concordâncias, a maioria concorda que permita divulgar na organização de boas práticas de auditoria alcançadas nas unidades (49; 98%), providenciar às unidades prestadores informação sistemática sobre perfis de desempenho que justifiquem reflexão com base de evidência (48; 94,1%), a criação de mecanismos para sistematizar, monitorizar e melhorar o atendimento a situações específicas (48; 94,1%), desenvolver auditoria interna interpares como rotina (47; 92,2%), trazer questões como qualidade e resultados nas suas negociações com as autoridades políticas de saúde (45; 91,8%) e dotar o sistema de informação de formas ágeis de Acesso a dados de desempenho (45; 88,2%). A nível da impossibilidade de se atingir o potencial da governação clínica devido à indisponibilidade de recursos necessários, as percentagens das respostas foram semelhantes, com 46,2% (26) a discordar da afirmação e 44% (22) a concordar.

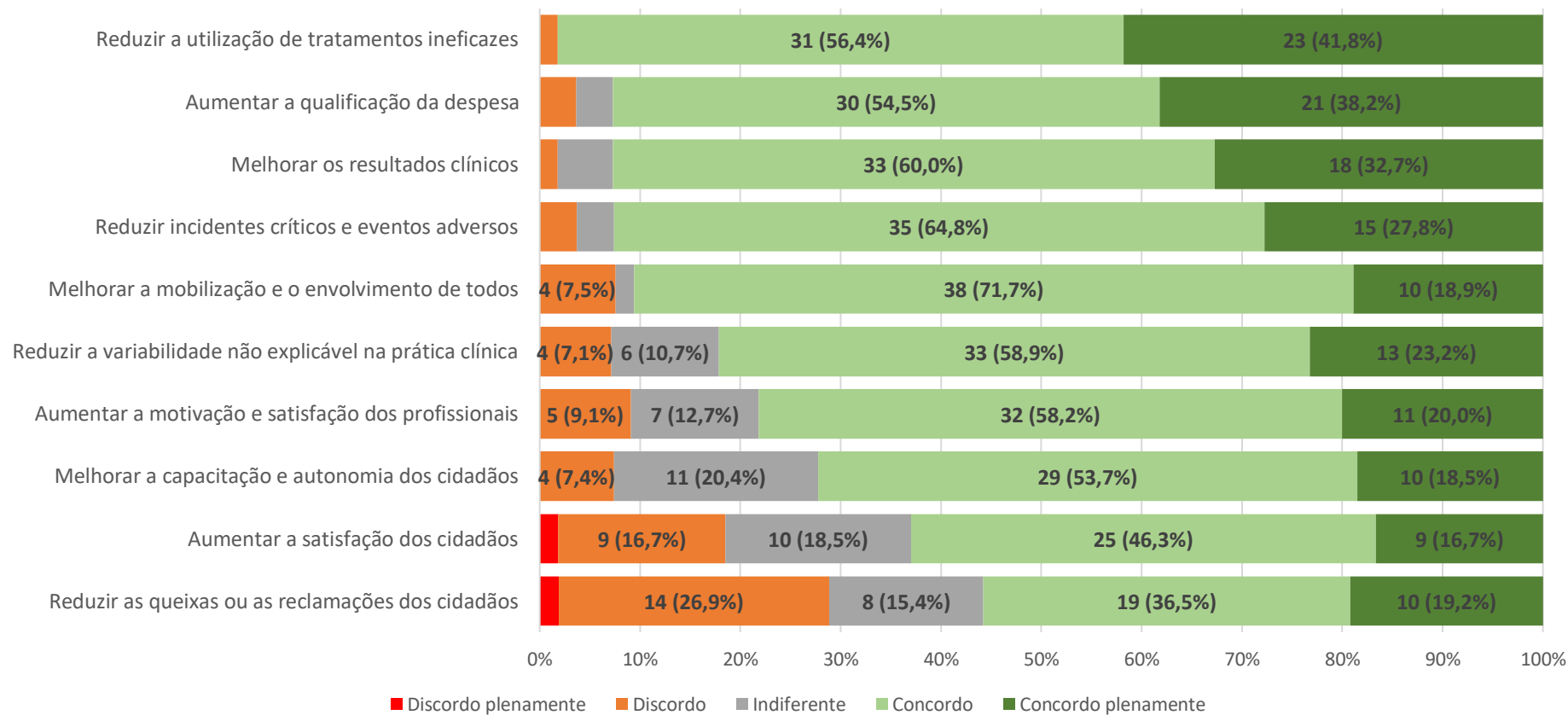


Gráfico 6: Respostas às questões da secção "A percepção sobre a governação clínica – resultados de uma governação clínica efetiva" do questionário

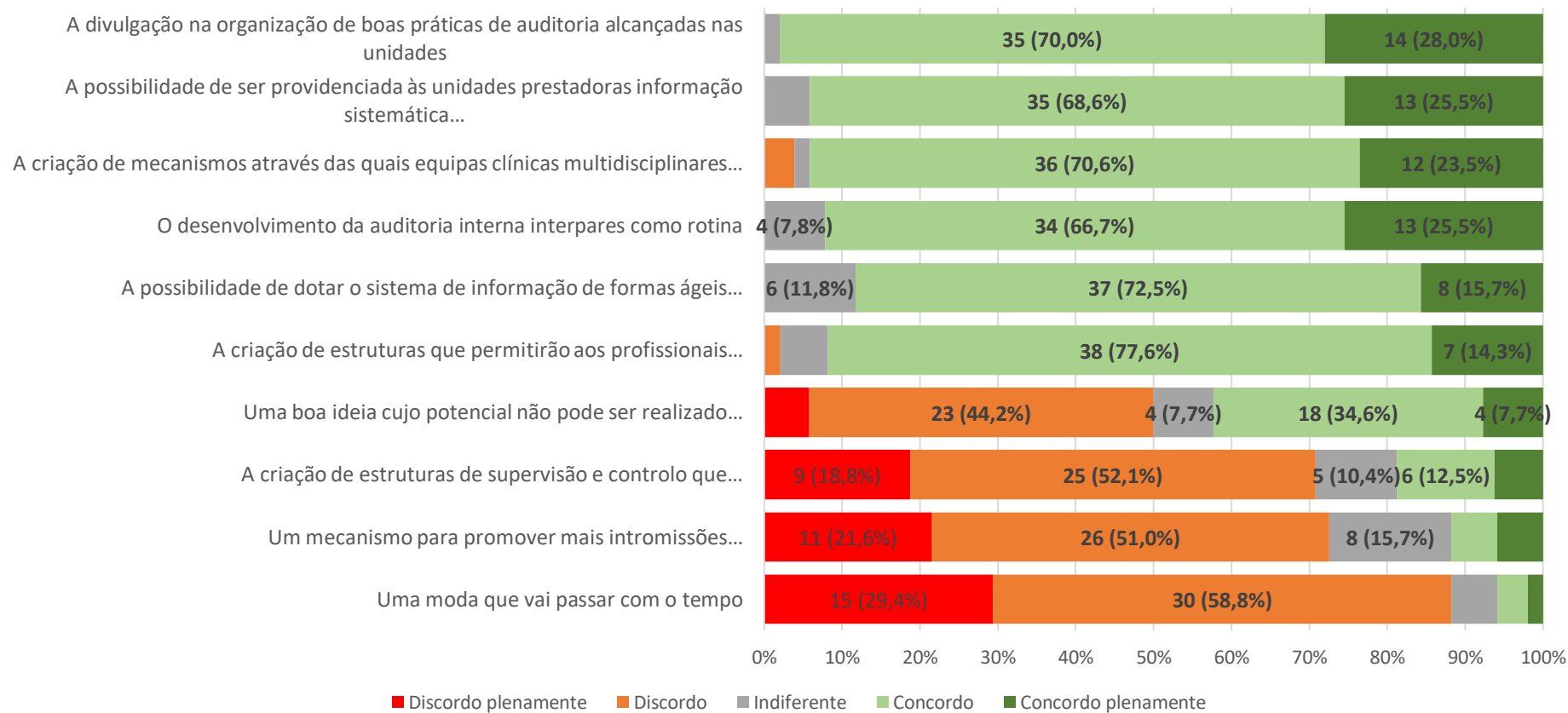


Gráfico 7: Respostas às questões da secção "A percepção sobre a governação clínica – efeitos organizacionais da governação clínica" do questionário

6.1.9. COMENTÁRIOS FINAIS

No final do questionário foi redigida uma questão para dar a possibilidade para comentários, críticas, sugestões ou opiniões, tendo existido 14 respostas (anexo 3). Nos comentários foi abordado a importância de investigar em algumas áreas que teriam um impacto na facilidade de implementação de trabalhos de melhoria da qualidade, tais como a formação dos profissionais, a melhoria dos sistemas de informação e dos recursos existentes, a diminuição da carga burocrática e a redução do número de utentes por ficheiro.

6.2. RESULTADOS DOS DADOS RECOLHIDOS NO BI CSP

6.2.1. CIDADÃOS INSCRITOS COM DIABETES TIPO 2 c/ PRESCRIÇÃO

Como se pode observar nos gráficos 8 e 9, na maioria das ARS existiu um aumento do número de utentes com DM2 medicados com antidiabéticos orais (ADO) e uma diminuição dos diabéticos tipo 2 medicados com insulina, nos períodos de 2019 a 2021. A ARS onde existiu um maior aumento do número de DM2 medicados com ADO foi na ARS Algarve (aumento de 3,12%), sendo que foi na ARS Alentejo que existiu uma maior diminuição dos diabéticos insulino tratados (diminuição de 5,19%), tal como se pode observar nas tabelas presentes no anexo 4.

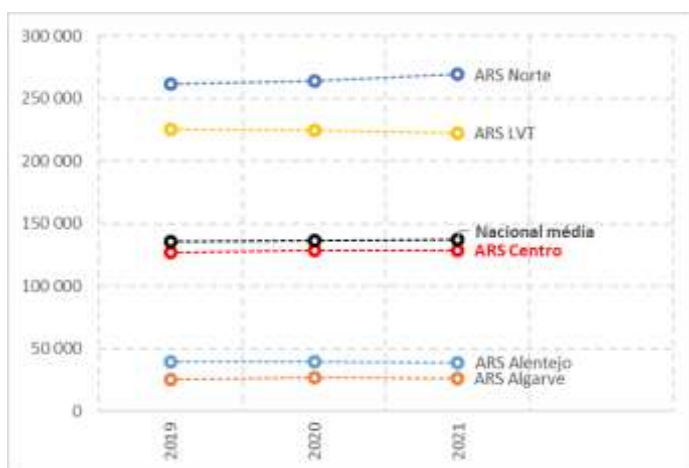


Gráfico 8: Número de cidadãos inscritos com DM2 medicado com antidiabéticos orais a nível das cinco ARS.

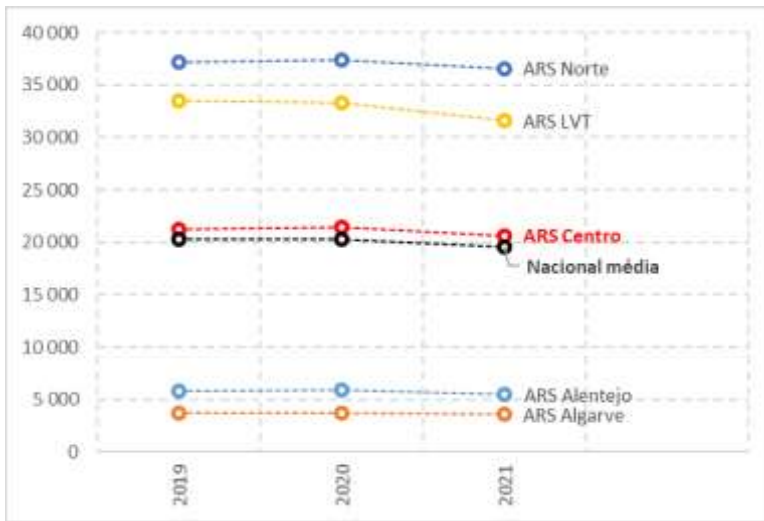


Gráfico 9: Número de cidadãos inscritos com DM2 medicado com insulina nas cinco ARSs.

Pela análise dos gráficos 10 e 11, ao nível da ARSC, a tendência foi semelhante: existiu um aumento do número de diabéticos medicados com ADO (com exceção do ACeS Pinhal Interior Norte) e uma diminuição dos doentes sob terapêutica com insulina (exceto no ACeS Cova da Beira). O ACeS onde se verificou um maior aumento do número de DM2 medicados com ADO foi no ACeS Cova da Beira, sendo no ACeS Pinhal Interior Norte que existiu a maior diminuição do número de DM2 insulino-tratados (tabelas no anexo 4).

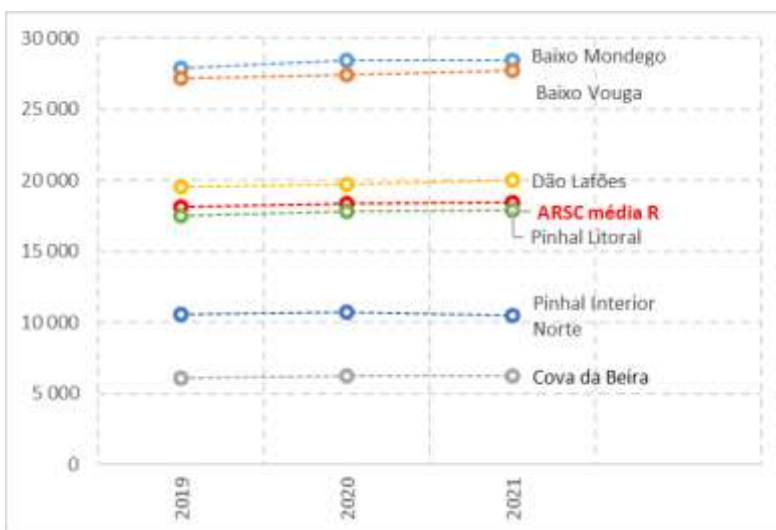


Gráfico 10: Número de cidadãos inscritos com DM2 medicado com ADO nos ACeS da ARSC.

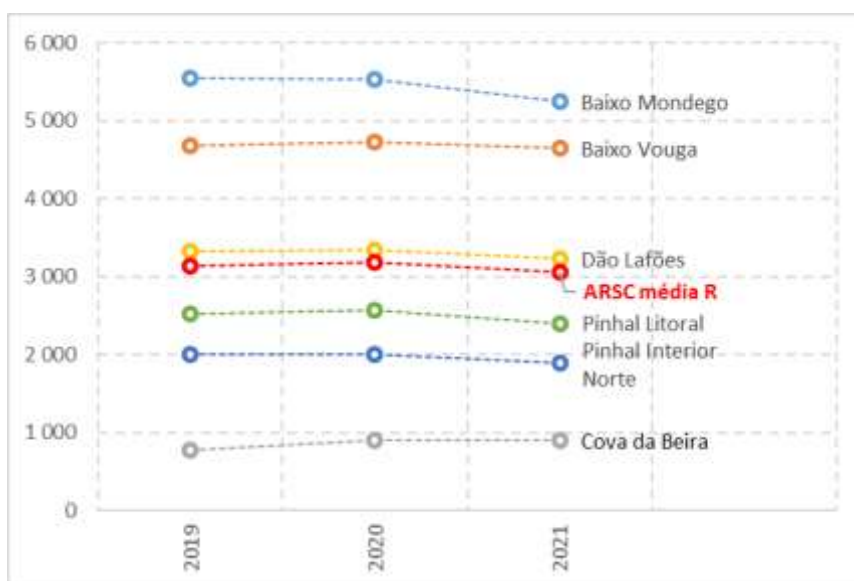


Gráfico 11: Número de cidadãos inscritos com DM2 medicado com insulina nos ACeS da ARSC.

6.2.2. Nº DE INSCRITOS COM DIABETES TIPO 2 (T90) c/ PRODUTOS DE AUTOCONTROLO DE DIABETES

No geral, existiu uma diminuição no número de utentes inscritos com DM2 com produtos de autocontrolo de DM nas cinco ARSs, com exceção na ARS Algarve no período de 2019-2020. A ARS foi a que verificou uma maior redução, em termos percentuais, deste valor em todos os períodos analisados foi a ARSC (gráfico 12 e tabelas no anexo 4).

Ao nível dos ACeS da ARSC, existiu uma redução do número de utentes inscritos com DM2 com produtos de autocontrolo de DM em todas os ACeS. A taxa de redução foi menor no ACeS Cova da Beira, tendo sido no ACeS Pinhal Litoral que existiu uma maior redução da taxa de 2019 a 2021 (gráfico 13 e tabelas no anexo 4).

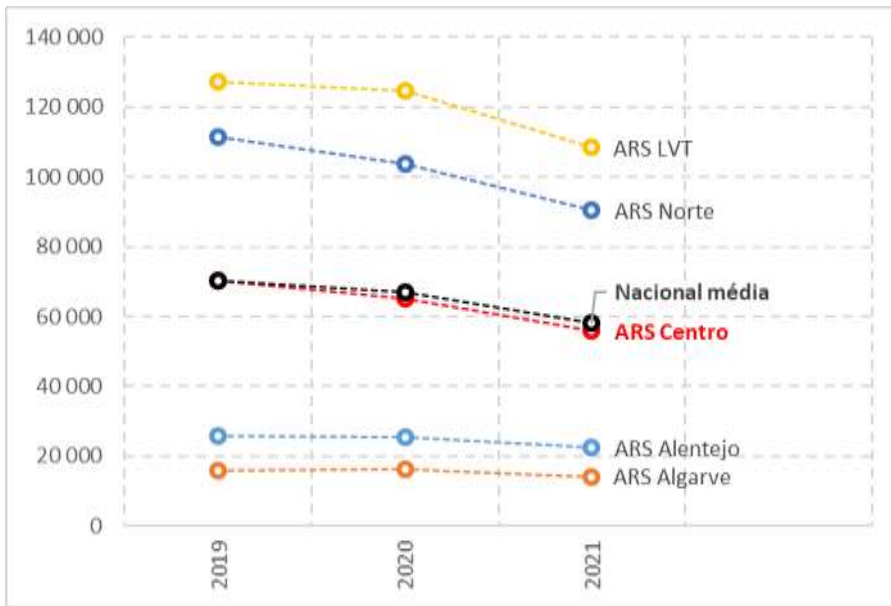


Gráfico 12: Número de utentes inscritos com DM2 com produtos de autocontrolo de DM nas cinco ARSs.

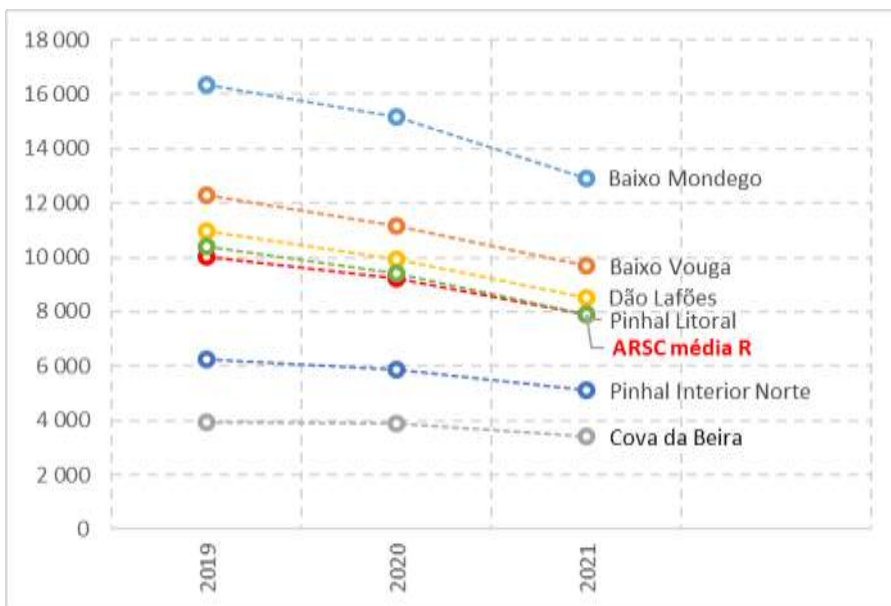


Gráfico 13: Número de utentes inscritos com DM2 com produtos de autocontrolo de DM nos ACeS da ARSC.

6.2.3. PVP PRESCRIÇÃO PARA INSCRITOS COM DIABETES TIPO 2 (T90) c/ PRODUTOS DE AUTOCONTROLO DE DIABETES

No período de 2019 a 2020 existiu um aumento do PVP na prescrição de produtos de autocontrolo em DM2 em todas as ARSs, com exceção da ARSC, na qual existiu uma diminuição de 1,69%. No período de 2020-2021 existiu uma diminuição desta taxa em todas as ARSs, tendo sido na ARS Algarve onde existiu uma maior variação percentual (26,41%). Em termos de variação de 2019 a 2021, existiu uma diminuição em todas as ARSs, tendo este valor sido superior da ARSC (23,99%) (gráfico 14 e tabelas no anexo 4).

Nos ACeS da ARSC o panorama foi semelhante ao da ARS, tendo existido uma melhoria deste valor em todos os períodos analisados, com exceção do ACeS Cova da Beira no período de 2019-2020, em que teve um aumento de 1,20% do PVP. Foi no ACeS Pinhal Interior que se verificou uma maior redução deste valor de 2019-2021 (5,6%) e no período de 2019-2020 (27,51%), enquanto que no período de 2019-2020 esta redução foi superior no ACeS Baixo Mondego (27,58%) (gráfico 15 e tabelas no anexo 4).

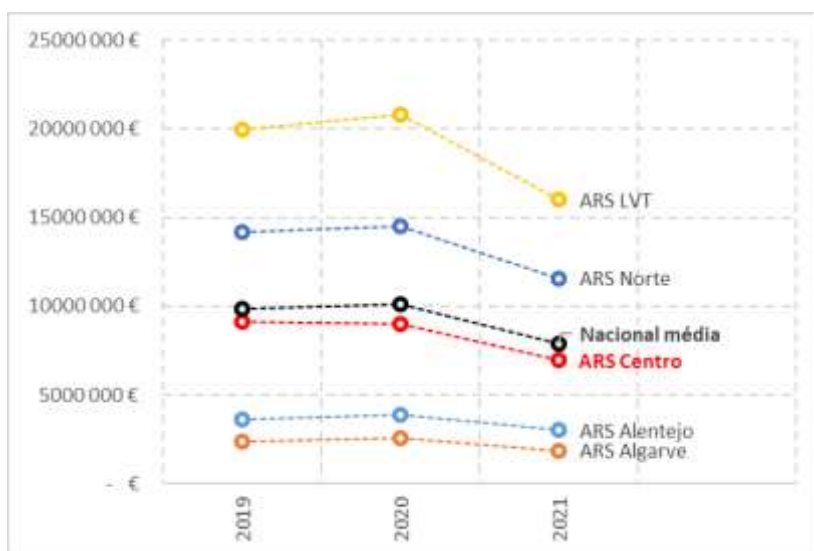


Gráfico 14: PVP prescrição para inscritos com DM2 com produtos de autocontrolo de diabetes nas cinco ARSs.

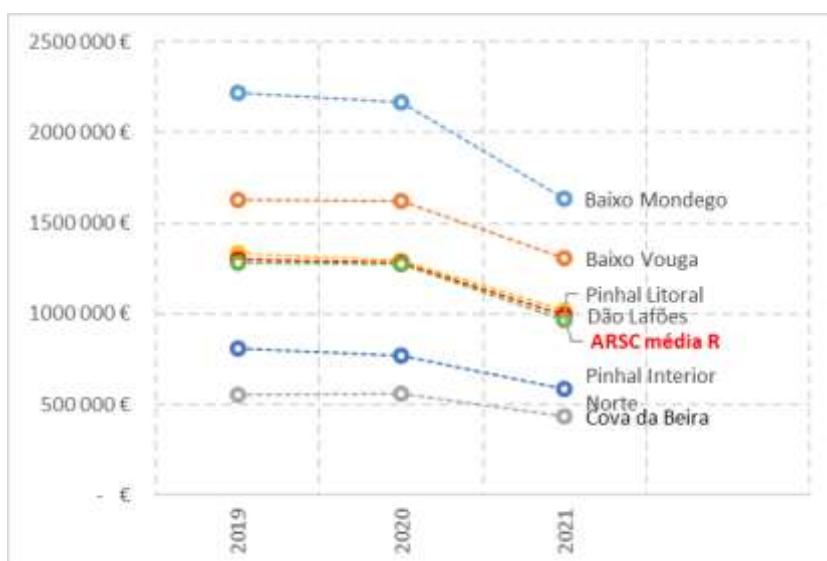


Gráfico 15: PVP prescrição para inscritos com DM2 com produtos de autocontrolo de diabetes nos ACeS da ARSC.

6.2.4. QUANTIDADES DE EMBALAGENS

A nível do número de embalagens prescritas para inscritos com DM2 com produtos de autocontrolo de diabetes, no período de 2019-2020 apenas existiu uma redução deste valor nas ARSC (5,15%) e na ARS Norte (1,4%), tendo sido na ARS Algarve onde se verificou um maior aumento percentual do número de embalagens prescritas (3,75%). No período de 2020-2021 verificou-se uma redução do número de embalagens prescritas em todas as ARSs, sendo na ARS Algarve que ocorreu uma maior redução (28,88%). No período total analisado (2019-2021), a ARS em que a taxa de variação foi inferior, ou seja, onde se averiguou uma maior redução do número de embalagens prescritas, em termos percentuais, foi na ARSC (30,17%) (gráfico 16 e tabelas no anexo 4).

Nos ACeS da ARSC existiu uma redução do número de embalagens prescritas em todos os períodos analisados. Esta redução foi superior no ACeS Pinhal Interior Norte (7,02%), no ACeS Baixo Mondego (28,2%) e no ACeS Pinhal Litoral (32,05%) nos períodos de 2019-2020, 2020-2021 e 2019-2021, respetivamente (gráfico 17 e tabelas no anexo 4).

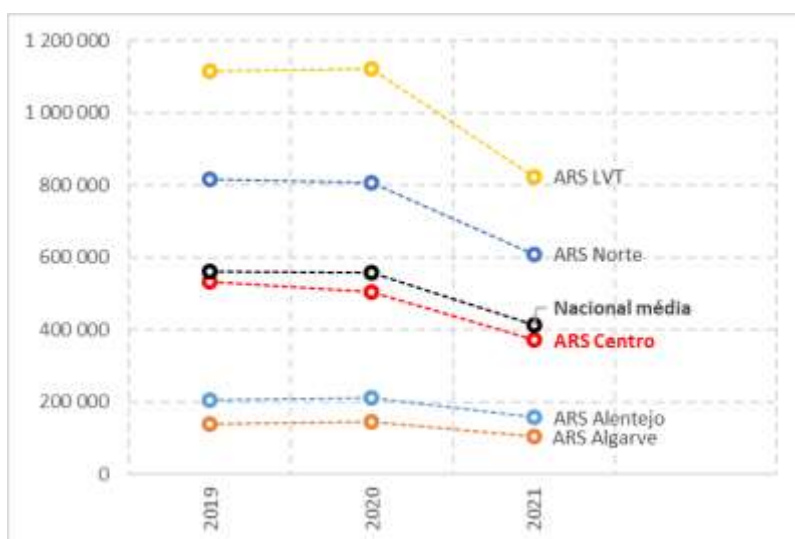


Gráfico 16: Número de embalagens prescritas para inscritos com DM2 com produtos de autocontrolo de diabetes nas cinco ARSs.

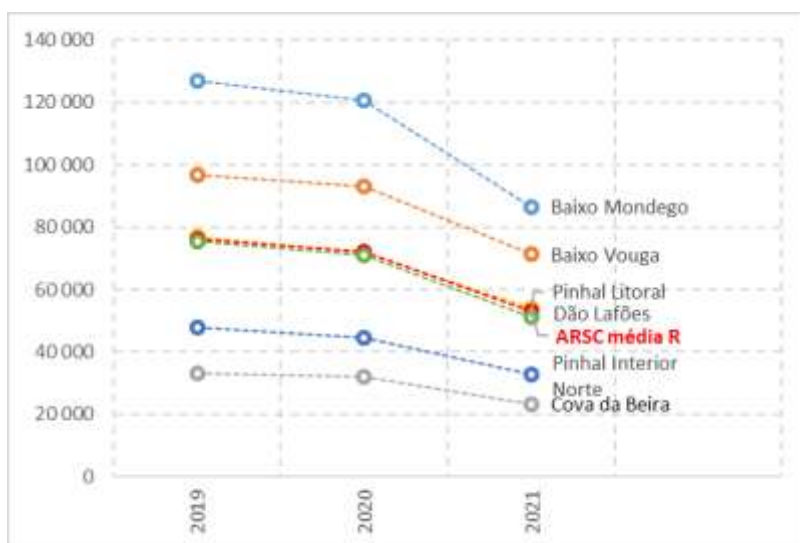


Gráfico 17: Número de embalagens prescritas para inscritos com DM2 com produtos de autocontrolo de diabetes nos ACeS da ARSC.

6.2.5. COMPARAÇÃO ENTRE O 1º E O 2º SEMESTRE DE 2019

Avaliando o número de embalagens prescritas de produtos de autocontrolo de diabetes para utentes inscritos com DM2 em cada ARS no 1º e no 2º semestre de 2019, pode-se constatar que apenas existiu uma diminuição na ARSC e na ARS Norte, sendo esta

redução, em termos percentuais, superior na ARSC (6,34% vs 2,93%) (gráfico 18 e tabelas do anexo 4). Relativamente ao PVP da prescrição de produtos de autocontrolo de diabetes para doentes inscritos com DM2 nesse mesmo período, a tendência verificada foi semelhante, com uma redução no 2º semestre apenas na ARSC e na ARS Norte, sendo esta variação superior na ARSC (6,31% vs 2,34%) (gráfico 19 e tabelas do anexo 4).

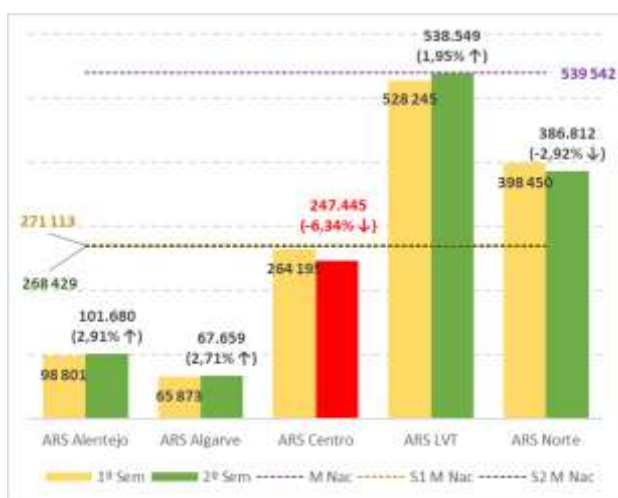


Gráfico 18: Número de embalagens prescritas de produtos de autocontrolo de diabetes para utentes inscritos com DM2 em cada ARS no 1º e no 2º semestre de 2019. Legenda: S1 – 1º semestre de 2019; S2 – 2º semestre de 2019; M Nac: média nacional



Gráfico 19: PVP da prescrição de produtos de autocontrolo de diabetes para doentes inscritos com DM2 em cada ARS no 1º e no 2º semestre de 2019. Legenda: S1 – 1º semestre de 2019; S2 – 2º semestre de 2019; M Nac: média nacional

Nos gráficos anteriores estão representados os valores obtidos, quer para o número de embalagens quer para o PVP de prescrição, em ambos os semestres, e as médias observadas no ano (M Nac), no 1º semestre (S1 M N) e no 2º semestre (S2 M Nac). Também foram colocadas as variações para cada ARS entre o 1º semestre e o 2º semestre (valor entre parêntesis em % com a indicação de aumento ↑, diminuição ↓ ou manutenção ↔).

6.2.7 PREVISÃO DA EVOLUÇÃO NO 2º SEMESTRE DE 2019

Nos gráficos 20 e 21 observa-se a comparação das variáveis “Nº de embalagens prescritas para inscitos com Diabetes tipo 2 (T90) c/ Produtos de autocontrolo de diabetes” e “PVP Prescrição para inscitos com Diabetes tipo 2 (T90) c/ Produtos de autocontrolo de diabetes” nos cenários identificados na metodologia, considerando o efeito de sazonalidade e um intervalo de confiança de 95%. Ambos os gráficos apresentam a evolução real observada durante o ano de 2019. A partir do 2º semestre são também incluídas a evolução considerando o cenário de previsão (Previsão), e os cenários de previsão considerando o intervalo de confiança (Lim Inf e Lim Sup).

Pode-se verificar que, em ambas as variáveis (número de embalagens e PVP da prescrição), a ARSC apresenta melhores resultados quando se compara a variação verificada na realidade e a variação prevista considerando o semestre anterior, embora superior ao limite inferior do intervalo de confiança de 95% (tabelas do anexo 4).

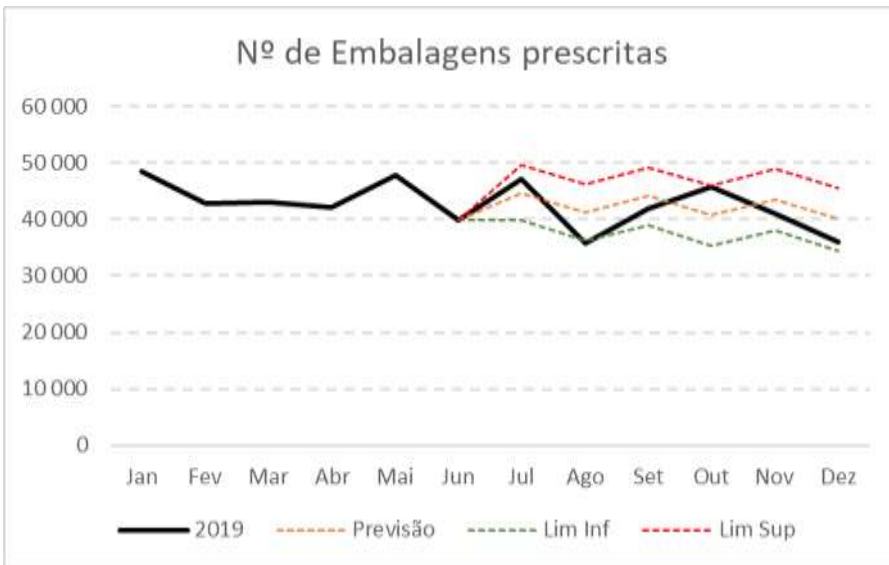


Gráfico 20: Previsão da evolução do número de embalagens prescritas de produtos de autocontrolo de diabetes para utentes inscritos com DM2 na ARSC em 2019

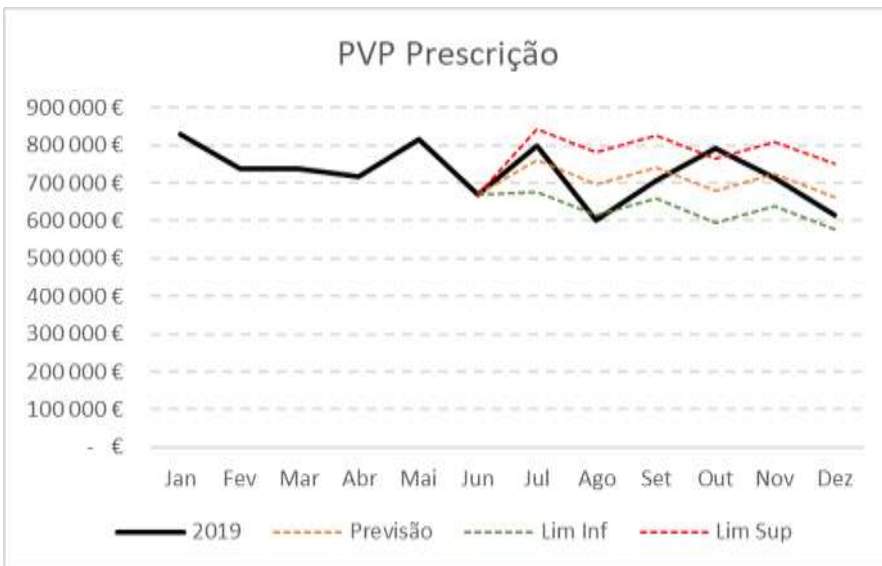


Gráfico 21: Previsão da evolução do PVP da prescrição de produtos de autocontrolo de diabetes para doentes inscritos com DM2 na ARSC em 2019.

7. DISCUSSÃO

Esta dissertação teve como objetivo principal avaliar os efeitos da recomendação nº2/2019 da CFT da ARSC, através de dados obtidos na resposta de um questionário e de dados extraídos do BI-CSP.

Através do questionário partilhado, para além de se pretender avaliar os efeitos da recomendação 2/2019 da CFT da ARSC sobre a prescrição de tiras reativas para a glicemia aos utentes com Diabetes *Mellitus* tipo 2, pretendia-se também avaliar a opinião dos respondentes relativamente à governação clínica. A taxa de resposta, 41,84% (59 respostas), foi baixa tendo em conta as expectativas iniciais de atingir pelo menos 64,5% (considerando um intervalo de confiança de 95% e uma margem de erro de 5%, seria de 91 respostas). Foi necessário o envio de múltiplos e-mails a relembrar o preenchimento do questionário, não se tendo mesmo assim consigo chegar aos 50% de taxa de resposta. A baixa taxa de resposta inicial levou a um prolongamento do prazo de submissão do questionário, na tentativa de se aumentar a amostragem.

Pode-se observar que na maioria das Unidades respondentes, a recomendação tem sido aplicada e os resultados monitorizados. Em 61,9% existiu uma melhoria dos resultados e em 95,2% existiu mudança dos comportamentos por parte da equipa médica, verificando-se deste modo que na maioria das unidades respondentes existiu um efeito positivo da recomendação 2/2019 da CFT da ARSC.

Relativamente ao apoio dados pelos CCS dos diversos ACeS e pela ARSC, verificou-se que 49,2% considerou o apoio do CCS como “bom” e 52,6% classificou o apoio dado pela ARSC como “razoável”. Verificou-se pelos comentários que existia uma grande variação nos apoios dados pelos CCS, passando desde apenas a partilha da informação até ao agendamento de reuniões para monitorização dos resultados. Como se encontra referido no Decreto Lei nº28/2008, uma das competências do CSS é “Assegurar que todos os profissionais e unidades funcionais do ACeS se orientam para a obtenção de ganhos em saúde, garantindo a adequação, a segurança, a efetividade e a eficiência dos cuidados de saúde prestados, bem como a satisfação dos utentes e dos profissionais”, sendo assim fundamental uma estreita ligação e cooperação entre o CSS e as Unidades de Saúde na

colaboração da melhoria da qualidade dos serviços de saúde prestados (Ministério da Saúde, 2008). A classificação do apoio dado pela ARSC foi inferior ao do CSS, mostrando assim que este segundo tem uma posição de maior proximidade com as Unidades de Saúde, reforçando a sua importância. Contudo, de realçar que no questionário existe a identificação do tipo da unidade do respondente e o ACeS ao qual pertence, o que pode levar a algum viés nas respostas, nomeadamente na classificação ao apoio dado pelo CSS e pela ARS.

Comparando os resultados obtidos no questionário sobre a perceção sobre a governação clínica e os seus efeitos organizacionais com os resultados obtidos por Espírito Santo em contexto hospitalar, constata-se que na sua maioria são semelhantes (Espírito Santo, 2011) embora em contextos diferentes (hospitalar versus cuidados de saúde primários) e com algumas diferenças nas áreas analisadas:

- Em relação à perceção sobre a governação clínica, no nosso estudo, os pontos que os coordenadores mais valorizaram foram a redução da utilização de tratamento ineficazes (98,2%), o aumento da qualificação da despesa ao melhor custo (92,7%) e a melhoria dos resultados clínicos (92,7%). Por seu turno, no estudo de Espírito Santo, os resultados foram semelhantes: na amostra dos clínicos verificou-se um maior nível de concordância nas opções de aumento da eficiência (88,6%), da melhoria dos resultados clínicos (84,3%) e da redução da utilização de tratamentos ineficazes (81,4%) (Espírito Santo, 2011).
- Em relação aos efeitos organizacionais da governação clínica, no nosso estudo, as opções com maior percentagem de concordância foram ao nível da divulgação na organização de boas práticas de auditoria alcançadas nas unidades (98%), de providenciar às unidades prestadores 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%). Por sua vez, no estudo de Espírito Santo, os resultados foram ligeiramente diferentes: a maior percentagem de concordância foi na “criação de

estruturas que permitirão aos profissionais de saúde trazer questões como qualidade e resultados nas suas negociações com as autoridades políticas de saúde” (79,4%) e na “criação de estruturas através das quais equipas clínicas multidisciplinares podem sistematizar, monitorizar e melhorar o atendimento a situações específicas” (83,8%) (Espírito Santo, 2011). Nas discordâncias, a maioria dos coordenadores discorda que a governação clínica seja uma moda que vai passar com o tempo (81,2%) e que seja um mecanismo para promover mais intromissões injustificadas por parte da gestão em áreas clínicas (72,5%). Na dissertação de Espírito Santo, os clínicos também discordaram que a governação fosse uma moda que vai passar com o tempo (58%), mas a segunda opção mais selecionada foi a discordância de que servia para a criação de estruturas que promoverão uma cultura da “culpa” em contextos clínicos (Espírito Santo, 2011).

De um modo geral, tal como explanado no sub-capítulo 4.2, um diabético não insulino-tratado não tem indicação para a prescrição regular de produtos de AMGC. Como se pode avaliar pelos dados extraídos do BI-CSP, de um modo geral de 2019 a 2021 existiu um aumento do número de DM2 com terapêutica com ADO e uma diminuição dos diabéticos tipo 2 insulino tratados. Contudo, verificou-se neste período uma redução do número de utentes com DM2 com produtos de autocontrolo de diabetes e, conseqüentemente, uma redução do número de embalagens prescritas e do PVP de prescrição de produtos de autocontrolo de diabetes para estes utentes. Pode-se confirmar que esta redução foi superior na ARSC, em termos percentuais. A nível dos ACeS da ARSC as conclusões retiradas através dos dados do BI-CSP são semelhantes. Foi no ACeS Pinhal Litoral que existiu uma maior melhoria dos resultados a nível do número de utentes com DM2 com prescrição de produtos de autocontrolo e no número de embalagens prescritas, sendo no ACeS Pinhal Interior Norte que a redução do PVP de prescrição de produtos de autocontrolo para DM2 foi superior no período analisado.

Comparando apenas os dados de 2019 nas cinco ARSs, de modo a tentar-se retirar o viés do impacto da pandemia Covid-19, verificou-se que existiu em apenas duas ARSs uma redução do número de embalagens prescritas e do PVP de prescrição de produtos de

autocontrolo de diabetes em utentes inscritos com DM2, que foram a ARSC e a ARS Norte. Contudo, esta redução foi superior em termos percentuais na ARSC. Quando se efetuou uma previsão da variabilidade destes valores para o 2º semestre de 2019, tendo em conta os dados do 1º semestre desse ano, também se observou que a variação real verificada para essas variáveis na ARSC está acima da variação prevista utilizando o modelo de previsão. Todos estes resultados extraídos do BI-CSP sugerem a existência de um efeito positivo da recomendação nº2/2019 da CFT da ARSC. A existência de uma série maior de valores para anos anterior permitiria aferir com mais rigor os resultados do modelo de previsão e as comparações que foram realizadas.

Embora tenha existido uma melhoria dos resultados, ainda existe um número considerável de utentes com o diagnóstico de DM2 com prescrição de produtos de AMGC. Dado a maioria dos doentes com DM2 se incluírem no grupo I do esquema de recomendação nº2/2019 da CFT da ARSC, pode-se constatar que ainda existe espaço para uma grande melhoria a nível da qualificação da prescrição de tiras reativas para a determinação da glicémia capilar.

O desenvolvimento do trabalho proposto enfrentou algumas dificuldades e sofre de algumas limitações que podem condicionar a leitura positiva dos resultados mencionados. Uma das primeiras dificuldades está relacionada com a taxa de resposta baixa, tendo sido de apenas de 41,84%. Como mencionado, foi necessário o envio de diversos e-mails a relembrar o preenchimento do questionário. A baixa taxa de resposta levou a um prolongamento do prazo de submissão do questionário, na tentativa de se aumentar a amostragem.

Outra dificuldade, como referido previamente, está relacionada com a extração dos dados do BI-CSP, que teve que ser realizada manualmente, dado não existir nenhuma opção para realizar este processo automaticamente. Dado ter existido um prolongamento do prazo de resposta ao questionário, optou-se por não extrair os dados do BI-CSP correspondentes às unidades participantes. Isto porque este processo implicava a extração manual para cada uma das variáveis analisadas, não sendo viável esta tarefa devido a limitações de tempo. Por essa razão optou-se apenas por recolher os dados globais nacionais, para as diversas ARS e para os ACES da ARSC. De ressaltar também que os dados

extraídos do BI-CSP correspondentes ao ano de 2021, apenas englobam os meses de janeiro a outubro, o que pode levar a algum enviesamento das conclusões apresentadas.

O número de anos existentes na secção “Diabetes/Tiras Glicémia” do BI-CSP também está limitado ao período 2019-2021, o que invalidou a existência de séries mais longas que permitissem previsões mais precisas para o 2º semestre de 2019 (apenas se pode utilizar os dados do 1º semestre de 2019) e a comparação de períodos homólogos anteriores (por exemplo o 1º semestre de 2018 com o 1º semestre de 2019 e o 2º semestre de 2018 como o 2º semestre de 2019). O alargamento do histórico (com séries de anos anteriores) seria um importante contributo para estudos mais alargados.

Uma outra dificuldade encontrada, foi a inexistência no BI-CSP de dados relativos ao número de utentes com DM2 medicados com cada tipo específico de terapêutica existente, e não apenas agrupados em ADO e insulina. Dado na recomendação nº2/2019 existirem indicações específicas de acordo com o ADO ou insulina que o utente se encontre medicado, a impossibilidade de extração destes dados não permitiu uma avaliação correta dos possíveis efeitos da recomendação.

Seria também importante existir uma melhoria do BI-CSP, dado atualmente ser mais associado como ferramenta de visualização de dados, e não como uma ferramenta de análise desses mesmos dados com capacidades de pesquisa alargadas e a possibilidade de exportar esses dados em lote (*batch*) ou de forma simples. A alteração desta aplicação levaria a uma maior facilidade na consulta e na extração de dados, permitindo assim um menor tempo despendido para as próprias unidades conseguirem monitorizar os seus resultados.

Na nossa perspetiva e com base no trabalho desenvolvido, seria interessante a proposta de outras intervenções para a melhoria da qualificação da prescrição de produtos de autocontrolo em utentes com DM2, como por exemplo a existência de um sistema de alerta nos programas de prescrição. Também seria interessante que o sistema permitisse classificar os diabéticos, nomeadamente do tipo 2, nas várias classes propostas na recomendação da CFT da ARSC (classe I, II, III e IV). Esta classificação no sistema permitiria

análises mais precisas ao problema que aqui foi analisado e calcular de forma mais precisa os potenciais impactos económicos.

Outra intervenção possível seria a dinamização de sessões de educação para a saúde para os utentes. Uma das questões levantadas com esta possibilidade é o aumento da burocracia na prática clínica, tal como foi alertado em alguns dos comentários ao questionário. É assim fundamental o investimento em investigação na área de intervenções que contribuam para a melhoria da qualidade na prática clínica, que sejam eficientes quer a nível clínico, quer a nível burocrático.

8. CONCLUSÃO

Este trabalho teve como objetivo avaliar os efeitos da recomendação nº2/2019 da CFT da ARSC, tendo-se observado um possível efeito positivo com base nos dados extraídos do BI-CSP e dos dados das respostas ao questionário. Verificou-se que na sua maioria, os coordenadores consideram a governação clínica importante, sendo fundamental um maior investimento nesta área. Como referido previamente, é importante no futuro a repetição da extração dos dados relativos a esta temática, para se avaliar a tendência da variação dos dados estudados, bem como para se conseguir cada vez mais anular o impacto da pandemia Covid-19.

Como se pode observar nos comentários ao questionário, seria interessante a extensão destes trabalhos para outras áreas com grande impacto na prática clínica em Medicina Geral e Familiar, tais como a desprescrição de benzodiazepinas ou inibidores da bomba de prótons, contribuindo assim para uma melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados.

É fundamental a existência de um maior número de estudos a nível da governação clínica nos Cuidados de Saúde Primários, permitindo-nos saber o estado em que nos encontramos e os processos que necessitamos para otimizar e melhorar a qualidade da nossa prática clínica. Neste trabalho constatou-se que a transparência dos dados é fundamental para uma unidade de saúde conseguir monitorizar a sua evolução e detetar problemas a nível da qualidade dos cuidados prestados, sendo para isto fundamental uma atualização e melhoria dos programas e aplicações de visualização e extração de dados atualmente existentes (tais como o BI-CSP e o MIM@UF).

REFERÊNCIAS

- Ahlqvist, E., Prasad, R. B., & Groop, L. (2020). Subtypes of type 2 diabetes determined from clinical parameters. *Diabetes*, *69*(10), 2086–2093. <https://doi.org/10.2337/dbi20-0001>
- American Diabetes Association. (2021). Standards of Medical Care in Diabetes - 2021. *Diabetes Care* 2021, *44*(1). Retrieved from <https://doi.org/10.2337/dc21-Sint>
- BI-CSP. (2018). Matriz Indicadores CSP. Retrieved from <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biselfservice/paginas/matrizindicadorescsp.aspx?isdlg=1>
- BI-CSP. (2021). BI Self-Service. Retrieved October 15, 2021, from <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biselfservice/Paginas/home.aspx>
- Bommer, C., Heesemann, E., Sagalova, V., Manne-Goehler, J., Atun, R., Bärnighausen, T., & Vollmer, S. (2017). The global economic burden of diabetes in adults aged 20–79 years: a cost-of-illness study. *The Lancet Diabetes and Endocrinology*, *5*(6), 423–430. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(17\)30097-9](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(17)30097-9)
- Bommer, C., Sagalova, V., Heesemann, E., Manne-Goehler, J., Atun, R., Bärnighausen, T., ... Vollmer, S. (2018). Global Economic Burden of Diabetes in Adults: Projections From 2015 to 2030. *Diabetes Care*, *41*(5), 963–970. <https://doi.org/10.2337/dc17-1962>
- Campbell, S. M., & Sweeney, G. M. (2002). The role of clinical governance as a strategy for quality improvement in primary care. *British Journal of General Practice*, *52*(SUPPL.), 12–16.
- Choosing Wisely Portugal. (2018). Recomendação - Escolha desaconselhar a automonitorização da glicemia capilar em pessoas com diabetes mellitus tipo 2 (DM2) não insulino-tratada. Recomendação do Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos. Retrieved October 9, 2021, from <https://ordemdosmedicos.pt/automonitorizacao-da-glicemia-capilar-em-pessoas-com-diabetes-mellitus-tipo-2-dm2-nao-insulino-tratada/.%0A>
- Costa, C., Santana, R., & Lopes, S. (2013). *Custos e Preços na Saúde: Passado, presente e futuro*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.

- Degeling, P., Zhang, K., Coyle, B., Xu, L., Meng, Q., Qu, J., & Hill, M. (2006). Clinicians and the governance of hospitals: A cross-cultural perspective on relations between profession and management. *Social Science and Medicine*, 63(3), 757–775. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.01.034>
- Department of Health. (1997). The new NHS: modern, dependable. *London: Stationery Office*.
- DGS. (n.d.). Certificação em Saúde. Retrieved October 16, 2021, from <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/reconhecimento-da-qualidade/acreditacao-em-saude.aspx>
- DGS. (2013). Processo Assistencial Integrado da Diabetes Mellitus tipo2. *Norma Da Direção - Geral Da Saúde*, 1(1), 9. Retrieved from <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i018596.pdf>
- DGS. (2014a). *Manual de Acreditação de Unidades de Saúde. MS 1.02 - Gestão Clínica*. Retrieved from <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/documentos/manual-de-acreditacao-pdf-pdf2.aspx>
- DGS. (2014b). *Reconhecimento da Qualidade no Serviço Nacional de Saúde - Programa Nacional de Acreditação em Saúde*. 1–28.
- DGS. (2015). Abordagem Terapêutica Farmacológica na Diabetes Mellitus Tipo 2 no Adulto. *Norma Da Direção-Geral Da S Nº 052/2011*, 1–28. Retrieved from <http://www.revportdiabetes.com/wp-content/uploads/2019/01/RPD-DEzembro-2018-Recomendações-págs-154-180.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2011). Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus. *Norma Da Direção Geral Da Saúde (002/2011)*, 1–13.
- Duarte, R., Melo, M., Silva Nunes, J., Melo, P. C., Raposo, J. F., Carvalho, D., ... Abreu, S. (2018). Recomendações Nacionais da SPD para o Tratamento da Hiperglicemia na Diabetes Tipo 2-Atualização 2018/19 com Base na Posição Conjunta ADA/EASD*. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 13(4), 154–180. Retrieved from <http://www.revportdiabetes.com/wp-content/uploads/2019/01/RPD-DEzembro->

2018-Recomendações-págs-154-180.pdf

- Duffy, J. A., & Irvine, E. A. (2004). Clinical governance: A system. *Quality in Primary Care*, 12(2), 141–145.
- Espírito Santo, Z. C. da C. do. (2011). *Atitudes e crenças de gestores e clínicos na governação dos hospitais : um estudo exploratório em três hospitais portugueses*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- Freedman, D. B. (2002). Clinical governance - Bridging management and clinical approaches to quality in the UK. *Clinica Chimica Acta*, 319(2), 133–141. [https://doi.org/10.1016/S0009-8981\(02\)00034-7](https://doi.org/10.1016/S0009-8981(02)00034-7)
- Grol, R., & Grimshaw, J. (2003). From best evidence to best practice: Effective implementation of change in patients' care. *Lancet*, 362(9391), 1225–1230. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)14546-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)14546-1)
- Hespanhol, A. (2004). Assegurar qualidade em medicina geral e familiar. *RPMGF*, (20), 264–268.
- Hespanhol, A., & Sousa Pinto, A. (2005). O regime remuneratório do Centro de Saúde S. João - “Tubo de Ensaio.” *Arquivos de Medicina*, 19(3), 113–120.
- Ivers, N., Jamtvedt, G., Flottorp, S., Young, J. M., Odgaard-Jensen, J., French, S. D., ... Oxman, A. D. (2012). Audit and feedback: Effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012(6). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000259.pub3>
- Kirigia, J. M., Sambo, H. B., Sambo, L. G., & Barry, S. P. (2009). Economic burden of diabetes mellitus in the WHO African region. *BMC International Health and Human Rights*, 9(1). <https://doi.org/10.1186/1472-698X-9-6>
- Lourenço, Ó., & Silva, V. (2008). Avaliação económica de programas de saúde - Essencial sobre conceitos, metodologia, dificuldades e oportunidades. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 24(6), 729–752. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v24i6.10572>
- Malanda, U. L., Bot, S. D., & Nijpels, G. (2013). Self-monitoring of blood glucose in noninsulin-using type 2 diabetic patients: It is time to face the evidence. *Diabetes Care*,

36(1), 176–178. <https://doi.org/10.2337/dc12-0831>

Ministério da Saúde. (1971). Decreto-Lei n.º 414/71. *Diário Do Governo n.º 228/1971, Série I de 1971-09-27*.

Ministério da Saúde. (1983). *Despacho Normativo n.º 97/83* (pp. 1439–1453). pp. 1439–1453. Retrieved from www.dre.pt

Ministério da Saúde. (1998). Decreto-Lei n.º 117/98. *Diário Da República, 1ª Série(N.º 103)*, 1991–1995.

Ministério da Saúde. (2008). Decreto Lei nº 28/2008. *Diário Da República, 1ª Série(N.º 38 de 22 de Fevereiro de 2008)*, 1182–1189.

Ministério da Saúde. (2011). *Governança Clínica e de Saúde em Cuidados de Saúde Primários*. 1–15.

Ministério da Saúde. (2012). Decreto-Lei nº. 253/2012. *Diário Da República, 229*, 6757–6767.

Ministério da Saúde. (2015). Despacho n.º 5613/2015. *Diário Da República*, 8174–8175.

Ministério da Saúde. (2021). Bilhete de Identidade de Indicadores de Monitorização e Contratualização. Administração Central do Sistema de Saúde. Retrieved October 9, 2021, from <https://sdm.min-saude.pt/bi.aspx?id=351&clusters=S>

Monteiro, B. R., Pisco, A. M. S. A., Cadoso, F., Bastos, S., & Reis, M. (2017). Cuidados primários em saúde em Portugal: 10 anos de contratualização com os serviços de saúde na Região de Lisboa. *Ciencia e Saude Coletiva*, 22(3), 725–736. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.33462016>

NICE UK. (2015). Type 2 Diabetes in adults: management. NICE guideline. *NICE Guideline*, (December). Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/ng28>

Observatório da diabetes. (2016). Diabetes: Factos e Numeros ano 2015. In *Relatório anula do observatório nacional de diabetes*. Retrieved from <https://www.spd.pt/index.php/notcias-topmenu-19/663-2017-03-16-16-19-17>

Pisco, L., & Biscaia, J. L. (2001). Qualidade de cuidados de saúde primários. *Revista*

Portuguesa de Saúde Pública, Vol. Temát, 43–51.

Policies, E. O. on H. S. and, & Policies. (2019). *Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies*. 419. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/327356/9789289051750-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Raposo, J. F. (2020). Diabetes: Factos e Números 2016, 2017 e 2018. *Revista Portuguesa de Diabetes, 15*(1), 19–27.

Ravaghi, H., Heidarpour, P., Mohseni, M., & Rafiei, S. (2013). Senior managers' viewpoints toward challenges of implementing clinical governance: a national study in Iran. *International Journal of Health Policy and Management, 1*(4), 295–299. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2013.59>

Rodrigues, A., & Felício, M. M. (2017). Grupo Técnico Nacional da Governação Clínica e de Saúde nos Cuidados de Saúde Primários Grupo Técnico Nacional da Governação Clínica e de Saúde Cuidados de Saúde Primários. <https://Bicsp.Min-Saude.Pt/Pt/Biblioteca/Biblioteca/Governa%C3%A7%C3%A3o%20Clinca%20e%20de%20Sa%C3%BAde.Pdf>.

Sadeghi-Bazargani, H., Tabrizi, J. S., & Azami-Aghdash, S. (2014). Barriers to evidence-based medicine: A systematic review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice, 20*(6), 793–802. <https://doi.org/10.1111/jep.12222>

Santos, I., & Sá, E. (2010). Estratégias de governação clínica. *RPMGF, 606–612*.

Santos, P., Santiago, L., & Hespanhol, A. (2020). *Medicina Geral e Familiar* (1ª edição). Almedina.

Silva, L. K. (2003). Avaliação tecnológica e análise custo-efetividade em saúde: a incorporação de tecnologias e a produção de diretrizes clínicas para o SUS. *Ciência & Saúde Coletiva, 8*(2), 501–520. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232003000200014>

Sohal, A. S., Samson, D., & Ramsay, L. (1998). Requirements for successful implementation of total quality management. *International Journal of Technology Management, 16*(4–

6), 505–519. <https://doi.org/10.1504/ijtm.1998.002681>

Starey, N. (2003). What is clinical governance? *Hayward Medical Communications*.

Retrieved _____ from

<http://www.medicine.ox.ac.uk/bandolier/painres/download/whatis/WhatisClin-Gov.pdf>

Vale, S. do, Martins, A. F., Cruz, D., & Freitas, G. (2019). *Programa Nacional Diabetes: Desafios e Estratégias 2019* (Direção-Geral da Saúde, Ed.).

Vaz Machry, R., Varvaki Rados, D., Ribeiro de Gregório, G., & Costa Rodrigues, T. (2018).

Self-monitoring blood glucose improves glycemic control in type 2 diabetes without intensive treatment: A systematic review and meta-analysis. *Diabetes Research and Clinical Practice*, *142*, 173–187. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2018.05.037>

WHO. (1978). Declaração de alma-ata. *Conferencia Internacional de Cuidados Primarios*, *3*.

WHO. (2018). Handbook for National Quality Policy and Strategy. In WHO. Retrieved from

http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/qhc/nqps_handbook/en/%0Ahttp://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789241565561-eng.pdf?ua=1

Wilson, J. (1998). Clinical governance. *British Journal of Nursing*, *7*(16), 987–988.

<https://doi.org/10.4135/9781446216064.n7>

Young, T., Rohwer, A., Volmink, J., & Clarke, M. (2014). What are the effects of teaching evidence-based health care (EBHC)? Overview of systematic reviews. *PLoS ONE*, *9*(1).


<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0086706>

ANEXOS

ANEXO 1: RECOMENDAÇÃO CFT

Aprovado
30/07/19

Conselho Diretivo
da A.R.S. do Centro, I.P.

**COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA DA ARSC I.P.**

Nº 2/2019
Data: maio/2019

BOLETIM / RECOMENDAÇÃO DA CFT

PARA: Conselhos Clínicos e de Saúde dos Agrupamentos de Centros de Saúde,
Profissionais de Saúde do Sistema de Saúde

CONTACTOS: cft@arscentro.min-saude.pt

Dr. Rosa Reis Marques
Presidente,

Dr. João Rodrigues
Vice-Presidente,

Dr. Luis Mútilo Cobrei
Vogal,

Dr. Mário Ruivo
Vogal,

Monitorização da glicemia capilar e intersticial na diabetes mellitus tipo 2

Introdução

- A avaliação do valor de Hemoglobina glicada A1c é hoje o parâmetro gold standard na avaliação do controlo glicémico da Pessoa com Diabetes (PcD).
- Em Portugal, a autoavaliação é prescrita em mais de um terço das PcD tratadas com apenas antidiabéticos orais.
- A medição da glicemia capilar, e mais recentemente da glicemia intersticial, são formas de monitorizar o controlo glicémico na PcD.
- É pertinente distinguir dois conceitos por vezes confundidos associados a determinação da glicemia pela PcD: a **autoavaliação** e o **autocontrolo**.
- A **autoavaliação** é o simples processo de medir a glicemia por parte da PcD enquanto que o autocontrolo implica ajuste do tratamento através da tomada de decisões de acordo com o valor obtido, sempre integrado num programa estruturado.
- O **autocontrolo** para ser efetivo implica um programa de acompanhamento estruturado e específico que permita à PcD e a Equipa Cuidadora (EC) fazer alterações no plano terapêutico, nutricional e de exercício.
As recomendações sobre a frequência da monitorização e os horários para realização dos testes de glicemia variam entre as associações internacionais de diabetes, pelo que deve ser definida pela EC tendo em conta vários aspetos nomeadamente o tipo de diabetes, o tipo de medicação e nível de controlo metabólico.
- Não devem ser descuradas situações excecionais que podem implicar um desequilíbrio metabólico e onde o autocontrolo assume um papel importante.
- O autocontrolo implica que, na consulta, a PcD envolvida num programa de autocontrolo deve ser portadora do glucómetro e livro de registos (valores de glicemia complementados com data, hora, relação com as refeições e circunstâncias especiais/ intercorrências).
- A EC deve avaliar de forma efetiva a capacidade da PcD no manuseio do glucómetro e de adesão a um plano de *autocontrolo*.
- A autoavaliação *per se*, não inserida num programa de autocontrolo, não tem vantagens podendo ser fator indutor de stress e menor qualidade de vida.
- Na PcD não insulino tratada a automonitorização da glicemia capilar está associada a uma redução estatisticamente, mas não clinicamente significativa de HbA1c aos 6 meses, mas não aos 12 meses.

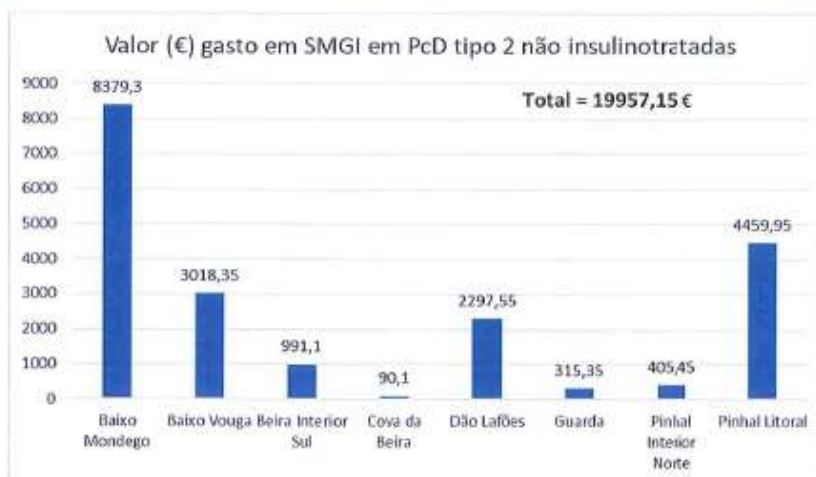
Sistemas de monitorização glicemia intersticial (FreeStyle Libre®)

O sistema de monitorização de glicemia intersticial (SMGI) em comparação com a autovigilância das glicemias por punção capilar demonstrou uma diminuição do tempo em hipoglicemia:

- DM tipo 1: redução de 1.24 horas/dia em hipoglicemia (IC95% -1.71, - 0.77; p<0.0001)
- DM tipo 2: redução de 0.47 horas/dia (IC 95% -0.73, -0.20; p<0.001)
- Crianças com DM tipo 1: redução de até 50% do tempo diário total.

Atualmente o SMGI está participado **apenas na PcD tipo 1, grávidas e tipo 2 com múltiplas injeções diárias** (regime basal – bôlus) ou com dispositivos de PCSI, com necessidade de autovigilância da glicemia por punção capilar de 5 ou mais vezes por dia.

Valor gasto (€) com SMGI em PcD tipo 2 não insulino-tratadas por ACeS



07
de
Junho
2019

Recomendações para a prática clínica

A monitorização da glicemia intersticial nas PcD tipo 2 não deve ser recomendada por rotina. Relativamente à monitorização da glicemia capilar, a evidência existente sugere que para que um autocontrolo seja eficaz é necessária a sua integração num programada de educação específico e estruturado. A frequência das medições da glicemia capilar deve ser individualizada em função das características específicas de cada PcD tipo 2, tendo em conta situações especiais como hipoglicemias sintomáticas, profissões de risco, medicados com sulfonilureias, idosos com doença renal crónica, mulheres grávidas ou no período pré concepcional, doença aguda, PcD sob corticoterapia, bem como programas educacionais de curto prazo sob influência de dieta na glicemia. Seguidamente apresenta-se uma sugestão de frequência de monitorização da glicemia capilar nestes doentes.

Frequência monitorização glicemia capilar em PcD tipo 2 não insulino-tratadas controlo glicémico estável



Frequência monitorização glicemia capilar em PcD tipo 2 insulino-tratadas

Situações especiais

Todas as situações especiais, incluindo controlo glicémico instável, devem ser integradas num programa de autocontrolo em articulação direta com a EC. Nestes casos pode-se recomendar a realização de registos de perfil com 6 a 7 pontos/ dia/ semana que são obrigatoriamente analisados em consulta.

ay
 f
 J
 J
 J

Bibliografia

1. Bosi E, Scavini M, Ceriello A, Cucinotta D, Tiengo A, Marino R, et al. Intensive Structured Self-Monitoring of Blood Glucose and Glycemic Control in Noninsulin-Treated Type 2 Diabetes The PRISMA randomized trial. *Diabetes Care*. 2013;36(10):2887-94. doi:10.2337/dc13-0092.
2. para ES, Farmacol U, Na MIA, Mellitus D. Boletim terapêutico. 2019;1-9.
3. INFARMED L.P. Relatório de avaliação do pedido de comparticipação de dispositivo médico. 2018;1-6.
4. Woo V, Cheng A, Hanna A, Berard L. Self-monitoring of blood glucose in individuals with type 2 diabetes not using insulin: Commentary. *Can J Diabetes*. 2010;34(1):19-23. doi: [https://doi.org/10.1016/S1499-2671\(10\)41003-5](https://doi.org/10.1016/S1499-2671(10)41003-5)
5. Xu Y, Tan DHY, Lee JY. Evaluating the Impact of Self-monitoring of Blood Glucose Frequencies on Glucose Control in Patients with Type 2 Diabetes Who do not Use Insulin: A Systematic Review and Meta-analysis. *Int J Clin Pract*. 2019;e13357. doi: 10.1111/ijcp.13357
6. Lum E, Jimenez G, Huang Z, Thal L, Semwal M, Boehm BO, et al. Decision Support and Alerts of Apps for Self-management of Blood Glucose for Type 2 Diabetes. *JAMA*. 2019;321(15):1530-2. doi: 10.1001/jama.2019.1644.
7. Risso T, Furtado C. Rational use of blood glucose test strips for self-monitoring in patients with diabetes mellitus: Economic impact in the Portuguese healthcare system. *Diabetes Res Clin Pract*. 2017;134:161-7. doi: 10.1016/j.diabres.2017.07.001.
8. Bruttomesso D, Laviola L, Avogaro A, Bonora E, Del Prato S, Frontoni S, et al. The use of real time continuous glucose monitoring or flash glucose monitoring in the management of diabetes: A consensus view of Italian diabetes experts using the Delphi method. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*. 2019;29(5):421-31. doi: 10.1016/j.numecd.2019.01.018.
9. Farmer A, Wade A, Goyder E, Yudkin P, French D, Craven A, et al. Impact of self monitoring of blood glucose in the management of patients with non-insulin treated diabetes: open parallel group randomised trial on behalf of the Diabetes Glycaemic Education and Monitoring Trial Group. *BMI*. 2007;335(7611):132. doi:10.1136/bmj.39247.447431.BE
10. Torre E, García T, Millan C, Pérez J, Mayor R, Fernández M. Recomendaciones 2012 de la Sociedad Española de Diabetes sobre la utilización de tiras reactivas para la medición de la glucemia capilar em personas com diabetes. *Av Diabetol*. 2012;28(1): 3-9.

ANEXO 2: QUESTIONÁRIO

QUESTIONÁRIO

A governação clínica foi introduzida nas unidades prestadoras de cuidados de saúde como uma prática que promove as suas capacidades garantindo melhores práticas clínicas e a oferta de cuidados de saúde de qualidade e centrados nas necessidades das pessoas.

Uma das áreas estratégicas de intervenção é ao nível da qualificação dos cuidados ao doente diabético. Em Portugal, os produtos para a automonitorização da glicemia capilar são prescritos em mais de um terço dos utentes com DM2 não insulino tratados, embora a evidência da sua utilização nestas situações seja contestada e, como tal, exista consenso científico alargado que desencoraja a sua utilização.

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC) e tem como objetivo a avaliação dos efeitos da Recomendação nº 2/2019 da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) da ARSC sobre a prescrição de tiras reativas para a glicemia aos utentes com Diabetes Mellitus tipo 2.

O trabalho está a ser realizado pela aluna Joana Margarida Rodrigues e Sousa no âmbito de uma dissertação do Mestrado em Gestão e Economia da Saúde. O investigador responsável pelo estudo é o Professor Doutor Vítor Manuel dos Reis Raposo, Professor Auxiliar da Faculdade de Economia.

O questionário contém perguntas que ajudarão a compreender todo o processo associado à boa prática definida por esta recomendação. Por favor, demore o tempo que entender por forma a responder completamente às perguntas colocadas. A sua franqueza no preenchimento deste questionário é muito importante. Se tiver qualquer dúvida no preenchimento contacte, por favor, Joana Sousa (joanamrsousa.20@gmail.com) ou Vítor Raposo (vraposo@fe.uc.pt).

Garantimos a completa confidencialidade e sigilo dos dados que nos fornecer. Os dados serão usados apenas para fins de investigação científica e os resultados têm unicamente valor colectivo.

Se concordar com o estudo, clique em baixo em Seguinte. Note que ao clicar em <Seguinte>, assume-se que está a dar o seu consentimento informado à realização deste inquérito.

Muito obrigado pela sua colaboração.

1. Dados gerais

Nome da Unidade de Saúde: _____

ACES: _____

Há quanto tempo exerce a sua profissão? _____ anos _____ meses

Aproximadamente há quanto tempo trabalha na sua Unidade? _____ anos _____ meses

Há quanto tempo exerce a função de coordenador? _____ anos _____ meses

Qual é o seu sexo?

Feminino

Masculino

Qual é a sua idade? _____

2. Divulgação da boa prática pela Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC) junto dos profissionais

Recebeu o e-mail da Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC) com a Recomendação nº 2/2019 da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) da Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC) sobre a monitorização da glicemia capilar e intersticial em utentes com Diabetes Mellitus tipo 2?

Sim

Não

3. Divulgação da boa prática pelos Conselhos Clínicos e de Saúde (CCS) junto da sua unidade

O seu Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) informou, divulgou e promoveu, até 19 de julho de 2019, junto da sua unidade a boa prática da Recomendação nº 2/2019 da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) da Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC) sobre a monitorização da glicemia capilar e intersticial em utentes com Diabetes Mellitus tipo 2?

Sim, até 19 de julho de 2019

Sim, mas depois desta data → Em que data? _____

Não

4. Divulgação do perfil de prescrição pelos Conselhos Clínicos e de Saúde (CCS) junto da sua unidade

O seu Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) enviou para a sua unidade, até 19 de julho de 2019, o perfil de prescrição associado à Recomendação nº 2/2019 da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) da Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC) sobre a monitorização da glicemia capilar e intersticial em utentes com Diabetes Mellitus tipo 2?

Sim, até 19 de julho de 2019

Sim, mas depois desta data → Em que data? _____

Não

5. Discussão e aprovação da boa prática na sua unidade

A boa prática da Recomendação nº 2/2019 da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) da Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC) sobre a monitorização da glicemia capilar e intersticial em utentes com Diabetes Mellitus tipo 2, foi discutida e aprovada na sua unidade até 2 de agosto de 2019?

- Sim, foi discutida e aprovada até 2 de agosto de 2019
- Sim, foi discutida e aprovada mas depois desta data → *Em que data?* _____
- Foi discutida, mas não foi aprovada

Porquê?

- Não foi discutida nem aprovada

Porquê?

Caso tenha respondido SIM à pergunta anterior

Quantas reuniões foram realizadas? _____

Quais os principais problemas detetados durante o processo?

Caso NÃO tenha respondido SIM à pergunta anterior, foi aprovada alguma alternativa?

- Sim

Que alternativa foi aprovada?

- Não

6. Discussão e aprovação de medidas corretoras a implementar na unidade

Foram discutidas e aprovadas, até 2 de agosto, medidas corretoras a implementar na sua unidade para se alinhar com os resultados esperados da Recomendação nº 2/2019 da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) da Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC) sobre a monitorização da glicemia capilar e intersticial em utentes com Diabetes Mellitus tipo 2

- Sim, foram discutidas e aprovadas até 2 de agosto de 2019
- Sim, foram discutidas e aprovadas mas depois desta data → *Em que data?* _____
- Foram apenas discutidas, mas não foram aprovadas quaisquer medidas corretoras

Porquê?

- Não foram discutidas nem aprovadas quaisquer medidas corretoras

Porquê?

Caso tenham sido discutidas e aprovadas medidas corretoras, que procedimentos foram seguidos?

- Foi discutido o perfil da unidade comparando com o do ACES e da ARSC
- Foi discutido o perfil da unidade comparando com o perfil de cada médico da equipa
- Outros procedimentos

Quais?

Quais as principais medidas corretoras que foram definidas no plano?

7. Monitorização dos resultados

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?

- Sim
- Não

Porquê?

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?

- Sim
- Não

Até 31 de dezembro de 2019 e após a implementação das medidas, reavaliou o perfil de prescrição da sua unidade?

- Sim
- Não

Caso tenha respondido SIM à pergunta anterior, como classifica os resultados atingidos?

- Pioraram
- Mantiveram-se
- Melhoraram

Tendo em conta as suas expectativas na implementação das medidas corretoras como classifica os resultados atingidos?

- Abaixo das minhas expectativas
- De acordo com as minhas expectativas
- Acima das minhas expectativas

Considera que houve mudança de comportamentos por parte dos médicos da sua equipa?

- Sim

Quais?

Não

8. Apoio dado pelo Conselho Clínico e de Saúde do seu ACES e pela ARSC no processo de mudança

Como classifica o apoio dado pelo Conselho Clínico e de Saúde do seu ACES ao longo de todo este processo de mudança

- Mau
- Razoável
- Bom
- Muito bom
- Excelente

Comentários:

Como classifica o apoio dado pela Administração Regional de Saúde do Centro ao longo de todo este processo de mudança

- Mau
- Razoável
- Bom
- Muito bom
- Excelente

Comentários:

9. Governação clínica para a melhoria contínua da qualidade

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 2 deve-se estender a outras áreas?

- Sim
- Sim, mas é necessário fazer algumas correções

Quais?

Não

Porquê?

Caso tenha respondido SIM na pergunta anterior, quais as áreas que considera mais relevantes para ser feita essa intervenção?

10. Comentários finais

Tem algum comentário, opinião, sugestão ou crítica que gostaria de acrescentar?

Muito obrigado pelo seu tempo e pelo seu valioso contributo.

ANEXO 3 – RESPOSTAS ÀS QUESTÕES DE RESPOSTA LONGA DO QUESTIONÁRIO

Questão: A boa prática da Recomendação nº 2/2019 da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) da Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC) sobre a monitorização da glicemia capilar e intersticial em utentes com Diabetes Mellitus tipo 2, foi discutida e aprovada na sua unidade até 2 de agosto de 2019?

Foi discutida, mas não foi aprovada. Porquê?

Nº	ACeS	Tipo de Unidade	Resposta
4	Pinhal Litoral	USF-A	Porque na altura coordenava uma UCSP onde se discutiam os assuntos em reunião, sem aprovações formais
5	Dão Lafões	USF-A	Nas respostas anteriores, estão sinceramente à espera que alguém se lembre quando foi divulgada a norma? É de 2019, estamos em 2021. Nem sequer é possível ir confirmar aos e-mails quando foram enviados visto que entretanto tivemos diminuição do espaço dos mesmos com necessidade de apagar tudo com mais de 1 ano. Nesta questão: porque teria de ser aprovada? Era uma recomendação da DGS, tinha toda a lógica, portanto será para cumprir. Mas não é possível mudar as práticas de um dia para o outro.
16	Baixo Vouga	UCSP	Foi discutida, enviada aos colegas, mas não foi realizada reunião para a sua aprovação, mas foi aceite pelos colegas.
20	Baixo Mondego	USF-A	Após a discussão, não se procedeu à aprovação de modo formal ou escrita.

41	Baixo Mondego	USF-A	Após discussão deveria ter sido efetuado um manual de boas práticas que não foi concluído
84	Baixo Vouga	USF-B	Partilha de informação informal entre colegas, sem aprovação em RGC.

Não foi discutida nem aprovada. Porquê?

Nº	ACeS	Tipo de Unidade	Resposta
23	Pinhal Interior Norte	USF-A	Ainda não eramos USF
50	Baixo Mondego	USF-A	Estavamos numa fase em que a prioridade que nos era solicitada se revertia de outros interesses (Covid 19)
68	Baixo Vouga	USF-A	Ainda não me encontrava na unidade nessa data pelo que não poderei responder

Caso tenha respondido SIM à pergunta anterior, quais os principais problemas detetados durante o processo?

Nº	ACeS	Tipo de Unidade	Resposta
8	Baixo Mondego	USF-B	Resistência por parte dos utentes. Práticas prévias

9	Baixo Mondego	USF-A	Dificuldade de implementação em alguns utentes
11	Baixo Mondego	USF-A	Número excessivo de pedidos de embalagens de tiras reativas
14	Baixo Mondego	USF-A	Decorreu uma reunião para discutir o tema e pensarmos e na seguinte foram aprovadas as medidas a tomar
17	Pinhal Litoral	UCSP	Diabéticos não insulino-dependentes com grande prescrição de tiras/ano
19	Baixo Mondego	UCSP	Alguns profissionais apesar de terem tomado conhecimento sobre a orientação clínica, mantiveram os velhos hábitos
25	Pinhal Litoral	UCSP	Heterogeneidade na prescrição entre profissionais
26	Baixo Vouga	USF-B	Dificuldade em desprescrever as tiras aos diabéticos
28	Baixo Vouga	USF-A	sensibilização dos utentes
29	Pinhal Interior Norte	UCSP	De uma forma geral todos cumpriamos
36	Baixo Vouga	USF-A	Ensino da população alvo
37	Baixo Mondego	USF-B	Hábitos de longa data dos utentes diabéticos. Fornecimento gratuito de glucómetros pelas farmácias. Inexistência da possibilidade de prescrição de glucómetros/tiras reativas sem indicação da sua marca. Necessidade de rever boas práticas sobre a automonitorização da glicémia capilar.
38	Baixo Vouga	UCSP	Colaboração, informação e educação dos utentes para as orientações.

43	Pinhal Litoral	USF-A	Erros na codificação Diabetes Mellitus 1 e 2 Realização de pesquisa de glicémia capilar na consulta de enfermagem de diabetes Renovação das tiras ad libitum
48	Baixo Vouga	USF-B	Utentes que trazem prescrição de Tiras dos hospitais e que depois pedem a renovação dessas tiras e/ou sensores nos cuidados de saúde Primários; Na análise do perfil de prescrição das Tiras na USF ALPHA e por médicos percebemos que também são contabilizadas as tiras que não são prescritas pelos médicos de família e por isso fica difícil fazer uma monitorização correta das mesmas (realizado estudo de um ficheiro e o número de tiras prescritas por esse médico era muito inferior ao nº de tiras que estavam descritas na plataforma BICSP).
49	Dão Lafões	USF-B	Os hábitos enraizados dos utentes na pesquisa de glicémia; o fornecimento de medidores de glicémia na consulta de enfermagem na altura do diagnóstico, antes da prescrição médica e sem critério médico; o fornecimento de medidores de glicémia na farmácia; não haver desprescrição de tiras reativas pela equipa médica nos casos em que se justifica, não haver ensino sobre o uso correto das tiras reativas na consulta de enfermagem.
53	Pinhal Litoral	USF-B	A cultura de autovigilância está muito arraigada nos utentes. Por vezes é difícil a aceitação dos utentes para deixarem de "picar o dedo"
57	Pinhal Interior Norte	USF-B	Vontade dos utentes em manter a prática
58	Cova da Beira	UCSP	Consciencialização dos utentes e de outros grupos profissionais para além dos médicos.
59	Dão Lafões	USF-B	Havia prescrição "a pedido do utente", independente da base clínica para o efetuar.
62	Pinhal Interior Norte	USF-A	Prescrição de tiras reativas em número elevado de utentes, sem indicação para realizar a autovigilância da glicémia

64	Baixo Vouga	USF-A	Dificuldade e duvidas em compreender os dados apresentados, surpresa pelos dados que não tinham sido avaliados pela equipa ; dificuldade que alguns colegas apresentaram em alterar comportamentos e "exigências" de alguns doentes
67	Baixo Vouga	USF-A	Resistência dos utentes à não prescrição
69	Baixo Vouga	UCSP	Não tivemos problemas
70	Dão Lafões	USF-A	Falta de controle no consumo
73	Dão Lafões	UCSP	Utentes que já avaliavam glicemia previamente ou que já tinham adquirido máquinas de avaliação de glicemia na farmácia.
74	Pinhal Litoral	USF-B	A resistência dos doentes
80	Baixo Mondego	USF-A	Compliance de utentes; dificuldades na desprescrição referidas por alguns médicos
82	Baixo Mondego	USF-B	Resistência dos utentes que monitorizam sem necessidade.
83	Baixo Vouga	USF-B	Hábitos de prescrição excessiva, que foram institucionalmente fomentados em anos anteriores
85	Baixo Mondego	USF-B	Nenhum
90	Baixo Mondego	USF-B	Profissionais atualizados relativamente às recomendações mas resistência por parte de alguns utentes com DM2 em abandonarem prática corrente de monitorização da glicémia
93	Baixo Vouga	USF-B	Uniformização de procedimentos dentro do grupo profissional

94	Baixo Mondego	USF-A	Não foram detectados problemas durante o processo.
----	---------------	-------	--

Questão: Foram discutidas e aprovadas, até 2 de agosto, medidas corretoras a implementar na sua unidade para se alinhar com os resultados esperados da Recomendação nº 2/2019 da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) da Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC) sobre a monitorização da glicemia capilar e intersticial em utentes com Diabetes Mellitus tipo 2?

Foram apenas discutidas, mas não foram aprovadas quaisquer medidas corretoras. Porquê?

Nº	ACeS	Tipo de Unidade	Resposta
29	Pinhal Interior Norte	UCSP	De uma forma geral todos já cumprimos
38	Baixo Vouga	UCSP	As equipas de saúde discutiram entre si e tomaram as medidas adequadas e corretoras.
67	Baixo Vouga	USF-A	Não foram formalmente votadas - foram discutidas estratégias

Não foram discutidas nem aprovadas quaisquer medidas corretoras. Porquê?

Nº	ACeS	Tipo de Unidade	Resposta
----	------	-----------------	----------

19	Baixo Mondego	UCSP	De uma forma geral todos já cumpríamos
40	Pinhal Litoral	USF-A	As equipas de saúde discutiram entre si e tomaram as medidas adequadas e corretoras.
58	Cova da Beira	UCSP	Não foram formalmente votadas - foram discutidas estratégias

Questão: Caso tenham sido discutidas e aprovadas medidas corretoras, que procedimentos foram seguidos?

Outros procedimentos. Quais?

Nº	ACeS	Tipo de Unidade	Resposta
8	Baixo Mondego	USF-B	De uma forma geral todos já cumpríamos
37	Baixo Mondego	USF-B	As equipas de saúde discutiram entre si e tomaram as medidas adequadas e corretoras.
62	Pinhal Interior Norte	USF-A	Não foram formalmente votadas - foram discutidas estratégias

Questão: Quais as principais medidas corretoras que foram definidas no plano?

Nº	ACeS	Tipo de Unidade	Resposta
8	Baixo Mondego	USF-B	Qualificação da prescrição de acordo com o procedimento de boa prática
11	Baixo Mondego	USF-A	Instruções para utentes no sentido de diminuírem o numero de determinações da glicemia Diminuição de receituário relativas ao numero de embalagens das tiras reativas
13	Baixo Mondego	USF-B	Prescrição de acordo com a evidência e orientações Utilização de perfis de prescrição orientadores Identificação/sinalização , pelas microequipas, dos que têm indicação clinica para autocontrolo Educação do utente Prescrição de produtos de autocontrolo de acordo com necessidades previstas e em contexto de consulta presencial Identificação de situações de exceção (ex. grávidas...)
14	Baixo Mondego	USF-A	A principal medida foi tentar instruir os diabéticos, que com medicação oral, não é necessária uma vigilância tão exigente, sendo bem mais importante as medidas higieno-dietéticas e o exercício físico.
17	Pinhal Litoral	UCSP	Criado protocolo de melhoria contínua, sobre as quantidades a prescrever em cada doente Diabético Educação dos utentes Diabéticos Não Insulino dependentes para não fazer controlo glicémico regular Transmissão desta tarefa também para a parte de enfermagem Reunião posterior para comparação da prescrição de tiras glicémicas, por cada médico - para Jan 2020
24	Pinhal Interior Norte	UCSP	Nos diabéticos não insulino tratados não se passam receitas triplas de tiras teste; explicar ao utente que não há grande beneficio na realização da medição da glicémia de forma regular; distribuição de panfleto.

25	Pinhal Litoral	UCSP	Explicar em consulta presencial de diabetes aos utentes a regularidade com necessitam de realizar a pesquisa de glicemia Deixar recado no caso de pedidos não presenciais das tiras teste
28	Baixo Vouga	USF-A	Alinhar com as indicações a atuação
36	Baixo Vouga	USF-A	Ensino da população alvo
37	Baixo Mondego	USF-B	Formação em equipa sobre as recomendações mais recentes. Reavaliação e adequação a cada utente diabético.
43	Pinhal Litoral	USF-A	Correcção codificação diagnostica Não avaliar glicemia capilar Fazer ensinios aos utentes DM2 não insulinoatados acerca de quando monitorizar a glicémia capilar, segundo a evidência científica Controlo do número de caixas prescritas
47	Baixo Mondego	UCSP	Discussão em reunião de equipa Elaboração de protocolo de atuação Reavaliação das medidas e sua implementação
48	Baixo Vouga	USF-B	Não prescrever tiras de acordo as orientações emanadas pela Comissão de Farmácia da ARS Centro. Monitorizar o perfil de prescrição das tiras por cada médico de família.
49	Dão Lafões	USF-B	Definição de critérios médicos de prescrição de tiras reativas; não fornecimento de medidores de glicémia sem indicação médica; reduzir o nº de embalagens prescritas ou mesmo não prescrever nos doentes com DM tipo 2 não insulinoatados; sensibilizar os utentes para o uso correto das tiras teste, desincentivando o seu uso regular em doentes bem controlados, através de ensinios de enfermagem e na consulta médica.

53	Pinhal Litoral	USF-B	Abandonar a prática que era corrente, da determinação do BM testes nas consultas de diabetes de enfermagem. Não prescrever tiras reativas no utente não insulino-tratado e não medicado com ADO hipoglicemiantes;
54	Dão Lafões	USF-B	Reimpressão de guias de tratamento Revisão de critérios para autovigilância da glicemia Folhetos de educação para a saúde
57	Pinhal Interior Norte	USF-B	Explicar aos utentes a não necessidade de fazer o autocontrolo da glicemia capilar e reduzir a prescrição para no máximo 2 emb/ano, nos que reiteradamente querem manter essa prática
59	Dão Lafões	USF-B	Explicação aos utentes diabéticos, pela equipa respetiva (médico e enfermeira) sobre a dispensa de efetuarem o controlo e o porquê desta situação. Manter nos casos considerados pelo procedimento afim de controlar a hipoglicemia Controlos regulares do numero de embalagens prescritas e custos relacionados com esta prescrição. Mantemos esse controlo na rubrica " Qualificação da prescrição" trimestralmente.
62	Pinhal Interior Norte	USF-A	Remoção da codificação do Diagnóstico de DM em utentes mal codificados; Ensino dos utentes; Não realizar a avaliação da glicémia capilar na consulta de DM; Não entregar máquina para avaliação da glicémia de forma sistemática a todos os utentes; Individualizar a frequência das avaliações das glicémias (mostrar aos utentes o quadro resumo do boletim); Ter atenção aos pedidos de tiras feitos sem presença do utente, não prescrevendo se não houver indicação clínica para a auto-vigilância; Elaboração de folheto sobre este assunto para entregar aos utentes.

64	Baixo Vouga	USF-A	Revisão e discussão das Orientações; revisão da prescrição em cada doente e anotação de quantas embalagens necessitaria anual face ao cumprimento das orientações; sensibilização do doente e ajuda à sua capacitação
65	Dão Lafões	USF-B	Começar a explicar aos diabéticos quais as situações em que é necessário a realização da glicémia em ambulatório, percebendo desta forma que não é necessária a prescrição de tiras
69	Baixo Vouga	UCSP	Deixar de prescrever as tiras aos utentes não insulino tratados
70	Dão Lafões	USF-A	Critério na prescrição
73	Dão Lafões	UCSP	Explicar aos utentes que não tinham critérios para monitorização de glicemia que esta não era necessária e tentar que deixassem de avaliar ou pelo menos reduzir para avaliações muito esporádicas da glicemia. Não fornecer máquinas a novos doentes com diagnóstico de Diabetes Mellitus se não cumprirem os critérios.
74	Pinhal Litoral	USF-B	Desenvolvido o manual de boas práticas em diabetes.
80	Baixo Mondego	USF-A	Reforço da adequação do autocontrolo glicémico pelos utentes adequado ao seu perfil
82	Baixo Mondego	USF-B	Folheto de Educação para a Saúde a informar utentes da não monitorização em diabeticos tipo 2; Monitorização trimestral do perfil prescritor dos medicos.
83	Baixo Vouga	USF-B	Redução para 1 avaliação semanal da glicemia capilar nos doentes diabéticos não insulino tratados controlados; nos insulino tratadas fazer essa avaliação em conformidade de cada caso e na depência do seu equilíbrio glicémico
85	Baixo Mondego	USF-B	Manter vigilancia nos diabeticos insulino tratados Vigilancia nos diabeticos não insulino tratados até controle glicemico
90	Baixo Mondego	USF-B	Elaboração de folheto informativo (em anexo); Intervenção através de divulgação das boas práticas e do folheto supra-citado aos profissionais da USF, com o objetivo de uniformizar a prescrição de tiras reativas para determinação da glicémia e sua utilização (em anexo);

			Elaboração de folheto para divulgação aos utentes com DM das indicações para auto-monitorização da glicémia; Reforçar como ponto da consulta médica e de enfermagem o esquema adequado de medição da glicémia ajustado a cada utente.
93	Baixo Vouga	USF-B	Redução da prescrição de acordo com a norma
94	Baixo Mondego	USF-A	Foi feita a clarificação das situações em que deve ser feita a prescrição ou desprescrição.
97	Dão Lafões	USF-B	Explicar e consciencializar os utentes relativamente à necessidade ou não, de automonitorização da glicémia capilar e nas consultas de Diabetes a utentes dos grupos II e III, analisar criteriosamente os registos das glicémias capilares.

Questão: 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?

Não. Porquê?

Nº	ACeS	Tipo de Unidade	Resposta
17	Pinhal Litoral	UCSP	Definido período mais alargado de comparação --> janeiro 2020
25	Pinhal Litoral	UCSP	Falta de tempo nas reuniões de serviço
28	Baixo Vouga	USF-A	Aguardávamos a monitorização do ACeS
36	Baixo Vouga	USF-A	Não foram implementadas as medidas corretoras

37	Baixo Mondego	USF-B	Indisponibilidade de agenda de trabalho da equipa.
54	Dão Lafões	USF-B	A disponibilidade de resultados obtidos informaticamente de monitorização em tempo útil não é favorável
66	Pinhal Litoral	USF-A	Estávamos em processo de candidatura a USF
69	Baixo Vouga	UCSP	Falta de tempo
80	Baixo Mondego	USF-A	Mudanças organizativas unidade

Questão: Considera que houve mudança de comportamentos por parte dos médicos da sua equipa?

Sim. Quais?

Nº	ACeS	Tipo de Unidade	Resposta
8	Baixo Mondego	USF-B	Qualificação da prescrição
13	Baixo Mondego	USF-B	Controlo do número de embalagens prescritas, principalmente de forma não presencial. Educação dos utentes sobre a autoavaliação da glicemia e a indicações.
14	Baixo Mondego	USF-A	Houve redução acentuada da prescrição de fitas de diagnóstico

17	Pinhal Litoral	UCSP	Diminuição da prescrição de tiras glicémicas Melhoria da informação sobre controlo glicémico pelos utentes Menor requisição destas tiras glicémicas no receituário crónico
28	Baixo Vouga	USF-A	Prescrição segundo as orientações
37	Baixo Mondego	USF-B	Perfil de prescrição foi adaptado às mais recentes boas práticas.
43	Pinhal Litoral	USF-A	Os acima descritos
48	Baixo Vouga	USF-B	Não prescrever tiras aos utentes com diabetes tipo 2 não insulino-tratados. Prescrever no máximo 1 caixa de tiras por ano aos utentes que fazem sulfonilureias. Passar uma mensagem aos utentes com diabetes tipo 2 não insulino-tratados que o controlo da diabetes é feito com exercício físico e com uma alimentação saudável e não à custa da monitorização das glicemias capilares e que a mesma só tem indicação caso suspeite de uma hipoglicemia.
49	Dão Lafões	USF-B	Desprescrição de tiras reativas em doentes bem controlados, ensino sobre uso correto de tiras pela equipa de enfermagem, não fornecimento de medidores de glicémia na altura do diagnóstico sem indicação médica, limitação do nº de embalagens prescritas na renovação de receituário.
53	Pinhal Litoral	USF-B	Prescrição criteriosa das tiras reativas para determinação glicemia capilar
54	Dão Lafões	USF-B	Os propostos nas medidas corretoras
57	Pinhal Interior Norte	USF-B	Diminuição da prescrição
59	Dão Lafões	USF-B	Houve mais atenção nesta prescrição e explicação do porquê destas medidas tanto pelo enfermeiro como pelo médico. Aliás de acordo com as medidas de melhoria acima anunciadas.

62	Pinhal Interior Norte	USF-A	<p>Não se avaliou a glicémia capilar na consulta de DM</p> <p>Não se entregou a máquina para avaliação da glicémia de forma sistemática a todos os utentes;</p> <p>Promoveu-se o ensino dos utentes, quanto à ausência de ganhos em saúde com a auto-vigilância da glicémia, dos diabéticos tratados com ADO;</p> <p>Reduziu-se a prescrição de tiras nos pedidos não presenciais dos utentes, sem indicação para auto-vigilância;</p> <p>Elaboração e entrega de folheto sobre este assunto aos utentes, quer nos pedidos presenciais quer não presenciais.</p>
64	Baixo Vouga	USF-A	Preocupação na sensibilização do doente para a prescrição e utilização; diminuição das prescrições
65	Dão Lafões	USF-B	Prescrição de tiras de glicémia de acordo com as orientações na maioria das situações
70	Dão Lafões	USF-A	Critério na prescrição
73	Dão Lafões	UCSP	<p>Recomendar a redução da avaliação de glicemias/cessação das avaliações nos utentes sem critérios.</p> <p>Não prescrição de tiras a novos utentes com diagnóstico de Diabetes Mellitus (que não cumpram os critérios da norma).</p>
74	Pinhal Litoral	USF-B	As prescrições sem critério
80	Baixo Mondego	USF-A	Melhoria da adequação da prescrição e da desprescrição das tiras de autocontrolo glicémico
82	Baixo Mondego	USF-B	<p>Prescrição apenas quando indicado de acordo com recomendação;</p> <p>Utentes esclarecidos que não solicitam prescrição.</p>
83	Baixo Vouga	USF-B	Racionalização da prescrição de tiras reativas
85	Baixo Mondego	USF-B	Melhoria da prescrição

90	Baixo Mondego	USF-B	Reforçado, pelos profissionais das equipas médica e de enfermagem, da adequação/justificação da pesquisa de glicémia capilar/intersticial em cada utente com diabetes.
93	Baixo Vouga	USF-B	O perfil de prescrição, limitando-se praticamente a doentes com uso otimizado de insulino terapia Redução da prescrição em doentes insulino tratados controlados
94	Baixo Mondego	USF-A	Maior consciencialização da prescrição.
97	Dão Lafões	USF-B	Educação dos utentes para a necessidade, ou não, da automonitorização e tentativa de aplicação das medidas corretoras definidas. No entanto, estes comportamentos têm de ter um avaliação e juízo crítico, na medida em que um elemento médico esteve ausente durante 11 meses por CIT de gravidez de risco / licença de maternidade, sendo os respetivos utentes diabéticos acompanhados com a redistribuição possível.

Questão: Como classifica o apoio dado pelo Conselho Clínico e de Saúde do seu ao longo de todo este processo de mudança?

Nº	ACeS	Tipo de Unidade	Resposta
5	Baixo Vouga	USF-B	Na plataforma do BICSP não se consegue diferenciar o número de embalagens prescritas pelos médicos de família nas suas unidades das embalagens prescritas pelos médicos privados e médicos hospitalares do SNS. Seria muito útil às equipas receberem trimestralmente / semestralmente o seu perfil de prescrição (da Unidade de Saúde e por médico)

11	Dão Lafões	USF-B	Foi feita a sensibilização e divulgação na reunião de Coordenadores. Foi divulgado o Boletim de farmacovigilância da ARS LVT e foram divulgados os critérios de prescrição de tiras reativas nos doentes com DM tipo 2 e fornecidos os dados comparativos da USF nos anos de 2018 e 2019.
14	Pinhal Litoral	USF-B	Foi feita a divulgação das boas práticas na prescrição das tiras de determinação da glicemia capilar
16	Dão Lafões	USF-B	Transmite informação e disponibiliza-a a todos
17	Pinhal Interior Norte	USF-A	Na fase inicial transmitiu os dados para que houvesse mudança, mas apenas para cumprir o calendário exigido pela ARS, não realizando posterior acompanhamento.
19	Baixo Vouga	USF-A	A equipa sente que necessitava de mais esclarecimentos às dúvidas dos resultados apresentados
28	Dão Lafões	USF-B	Foi enviando os resultados obtidos pela unidade, relembrando a necessidade de monitorização e correcção
37	Pinhal Litoral	USF-B	O meu CCS é muito bom
38	Baixo Mondego	USF-B	Foi uma excelente iniciativa mas à qual sentimos que não deu continuidade, ainda que tenha gerado modificação de comportamentos de prescrição e de discussão a nível da equipa multiprofissional e que se mantém até à data.
48	Dão Lafões	USF-A	Enviaram a orientação e foram enviando as prescrições realizadas por ACeS. Têm outros assuntos mais importantes com que se preocupar.
49	Baixo Mondego	USF-A	Considero que foi positivo o apoio dado pelo Conselho Clínico e de Saúde do ACES Por vezes o numero elevado de consultas e burocracia a que temos de dar resposta não permitem que estejamos atentos á prevenção e implementação de medidas corretoras de excessos
53	Baixo Mondego	USF-A	Houve uma sessão clínica e acompanhamento posterior do desenvolvimento das medidas
54	Baixo Vouga	UCSP	Só recebi informação da mudança.

62	Pinhal Litoral	UCSP	Foram encaminhadas várias propostas que algumas Unidades realizaram, para implementação noutros, para incentivar a melhoria da prescrição deste produto
64	Baixo Mondego	UCSP	Limitou-se a enviar email com informação, apenas realizou uma reunião com os coordenadores
65	Baixo Vouga	USF-A	Difícil avaliar dado o espaço temporal
74	Baixo Mondego	USF-B	Após a entrega da síntese de medidas corretoras em 21.07.2019, não voltou a existir comunicação sobre o tema.
90	Baixo Vouga	UCSP	Pouca interação e proximidade

Questão: Como classifica o apoio dado pela Administração Regional de Saúde do Centro ao longo de todo este processo de mudança

Nº	ACeS	Tipo de Unidade	Resposta
11	Baixo Mondego	USF-A	Considero mais relevante as orientações do ACES
16	Baixo Vouga	UCSP	Só recebi informação da mudança.
17	Pinhal Litoral	UCSP	Encaminhado somente a orientação de diminuição de prescrição de tiras glicémicas
19	Baixo Mondego	UCSP	ARS Centro deveria promover mais formação para os profissionais
28	Baixo Vouga	USF-A	Difícil avaliar dado o espaço temporal

37	Baixo Mondego	USF-B	No processo de auditoria de USFs Modelo B, este ponto era um dos constantes da grelha de avaliação.
38	Baixo Vouga	UCSP	No envio de normas, orientações e despachos, com pouca interação com as unidades de saúde
48	Baixo Vouga	USF-B	Na plataforma do BICSP não se consegue diferenciar o número de embalagens prescritas pelos médicos de família nas suas unidades das embalagens prescritas pelos médicos privados e médicos hospitalares do SNS. Seria muito útil às equipas receberem trimestralmente / semestralmente o seu perfil de prescrição (da Unidade de Saúde e por médico)
49	Dão Lafões	USF-B	Foi divulgado o Boletim de farmacovigilância da ARS LVT e foram divulgados os critérios de prescrição de tiras reativas nos doentes com DM tipo 2.
53	Pinhal Litoral	USF-B	Foi feita a divulgação das boas práticas na prescrição das tiras de determinação da glicemia capilar
54	Dão Lafões	USF-B	Preocupação na melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestadia e na gestão eficiente dos recursos
59	Dão Lafões	USF-B	Alertou para um problema que não tinha muita justificação Alerta foi efetuado de forma construtiva não querendo ultrapassar ninguém! Zelou pelos gastos do orçamento previsto para os Cuidados Primários Saude e SNS
62	Pinhal Interior Norte	USF-A	Semelhante ao do ACES, cumpra-se o calendário
64	Baixo Vouga	USF-A	A equipa reconheceu a importância do tema e a necessidade na mudança que se impunha. Sentiu dificuldades no esclarecimento de duvidas que os resultados apresentavam
90	Baixo Mondego	USF-B	Motor da iniciativa mas muito maior proximidade com CCS

Questão: 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 2 deve-se estender a outras áreas?

Sim, mas é necessário fazer algumas correções. Quais?

Nº	ACeS	Tipo de Unidade	Resposta
19	Baixo Mondego	UCSP	A informação teórica foi pertinente mas, o algoritmo para decisão é pouco claro em relação em relação a prescrição principalmente no que concerne frequência para medição da glicemia capilar
28	Baixo Vouga	USF-A	Maior apoio logístico relativamente a listagens de utilizadores que saem fora da orientação
37	Baixo Mondego	USF-B	Discussão dos temas em contexto de reuniões entre Unidades e ACES, por exemplo, nas reuniões previstas para as 6as feiras das 16-17h.
41	Baixo Mondego	USF-A	Apoio
48	Baixo Vouga	USF-B	Existência de informação fidedigna de forma rápida, para que as equipas possam analisar e implementar medidas de melhoria. Como dito anteriormente, houve necessidade de realizar estudo na unidade (ver processos clínicos individualmente), pois percebemos que os perfis de prescrição apresentados na plataforma do BICSP não correspondiam apenas à prescrição realizada pelos médicos de família.
49	Dão Lafões	USF-B	Atender às evidências científicas que sustentam as boas práticas médicas e não definir critérios apenas económicos.

59	Dão Lafões	USF-B	Inibidores da Bomba de Protons Hipnoticos Antibióticos
62	Pinhal Interior Norte	USF-A	Maior acompanhamento do processo
80	Baixo Mondego	USF-A	Mais fundamentação e evidência científica
83	Baixo Vouga	USF-B	Correcção de prescrição na área da Dislipidemia
84	Baixo Vouga	USF-B	Auditorias para revisão de métodos de trabalho, com sugestão de medidas corretivas para otimizar estratégias e promover a aprendizagem e maturação das UF em termos de Boas Práticas.
90	Baixo Mondego	USF-B	Ainda que a equipa tivesse conseguido cumprir o cronograma, as datas definidas envolveram períodos tradicionalmente pautados por ausências de profissionais (férias de verão).
97	Dão Lafões	USF-B	Não ser uma correção vertical, de cima para baixo, e antes da implementação das boas práticas auscultar o terreno e perceber as particularidades e dificuldades das equipas, de forma a ser feito a adequada adaptação.

Não. Porquê?

Nº	ACeS	Tipo de Unidade	Resposta
----	------	--------------------	----------

5	Dão Lafões	USF-A	<p>O problema dos centros de saúde está na sua base > falta de pessoal: falta de assistentes operacionais, ficheiros muito grandes, falta de manutenção de instalações.</p> <p>Fazemos o melhor com o que temos. Estar a criticar / exigir mudanças na formas de prescrição quando não são resolvidos os problemas essenciais é aumentar o descontentamento dos profissionais e a sua fuga para o setor privado / estrangeiro.</p> <p>Podem e devem enviar as orientações de prescrição, mas só podem exigir o seu completo cumprimento quando os profissionais também virem as suas necessidades resolvidas.</p>
54	Dão Lafões	USF-B	<p>Os profissionais devem possuir ferramentas informáticas que permitam em tempo útil a monitorização do seu trabalho e a criação de alertas de eventuais desvios.</p> <p>É fundamental haver um upgrade dos programas que usamos diariamente, colocando nessa melhoria o foco de melhoria da qualidade</p>

Caso tenha respondido SIM na pergunta anterior, quais as áreas que considera mais relevantes para ser feita essa intervenção?

Nº	ACeS	Tipo de Unidade	Resposta
4	Pinhal Litoral	USF-A	A nível das farmácias que oferecem máquinas aos utentes
8	Baixo Mondego	USF-B	<p>Prescrição de IBP</p> <p>Prescrição de BZD</p> <p>Prescrição de antibióticos</p>

11	Baixo Mondego	USF-A	Receituário e exames complementares de diagnóstico(muitas vezes pedidas por entidades privadas que levam os utentes a não compreender que o médico de MGF é clínico e não prescrever pedidos de outras entidades)
13	Baixo Mondego	USF-B	Prescrição de IBP, prescrição de BZD, prescrição de AAS, Prescrição de "análises de rotina", criação de perfis
14	Baixo Mondego	USF-A	Antibióticos Ansiolíticos
16	Baixo Vouga	UCSP	Uso de medicamentos crónicos e prescrição prolongada.
19	Baixo Mondego	UCSP	Investir mais na formação continua do profissionais
20	Baixo Mondego	USF-A	Antibioterapia
24	Pinhal Interior Norte	UCSP	IBP Antibióticos
25	Pinhal Litoral	UCSP	IBP Ansiolíticos
29	Pinhal Interior Norte	UCSP	IBP - Novos antidiabéticos orais - Insulinas
36	Baixo Vouga	USF-A	Prescrição de analgésicos
37	Baixo Mondego	USF-B	Por exemplo: NOACs vs Varfarina. Antibioterapia Novos fármacos para DPOC e Insuficiência cardíaca

			Fármacos para tratamento de glaucoma Renovação de medicação crónica prescrita inicialmente fora das unidades deveria ser assumida pelos prescritores iniciais. Prescrição de MCDTs para serviços convencionados deve ser permitida aos médicos hospitalares.
38	Baixo Vouga	UCSP	Criar a implementação de protocolos de intervenção e de boas práticas em todas as áreas de intervenção na medicina geral e familiar.
43	Pinhal Litoral	USF-A	Antibioterapia AINE's
47	Baixo Mondego	UCSP	Prescrição de antibioticos Prescrição de ansiolíticos
48	Baixo Vouga	USF-B	Utilização “desadequada” dos serviços de urgência em Portugal - Determinantes do Acesso ao serviço de urgência / O perfil do utilizador abusivo dos Serviços de Urgência
49	Dão Lafões	USF-B	IBP, AINEs, Benzodiazepinas
50	Baixo Mondego	USF-A	Após reunião com todos os coordenadores, a ARSC deve determinar as mais relevantes
53	Pinhal Litoral	USF-B	Prescrição dos novos Antidiabéticos; Prescrição NOACS Desprescrição BZD
57	Pinhal Interior Norte	USF-B	Prescrição de sedativos e benzodiazepinas
58	Cova da Beira	UCSP	Desprescrição de benzodiazepinas.

59	Dão Lafões	USF-B	As áreas acima descritas. Porém acho necessária cautela na forma como se abordará este assunto pois são sempre situações que podem interferir com a liberdade de prescrição do médico. Terá que ser uma intervenção pedagógica e mostrando as vantagens dessa intervenção.
62	Pinhal Interior Norte	USF-A	Reuniões uniformes em todos os ACES
64	Baixo Vouga	USF-A	Prescrição benzodiazepinas nos idosos, inibidores bomba prótons, DPP4, antidiabéticos, bifosfonatos
80	Baixo Mondego	USF-A	Insulinoterapia Saúde mental e BZD Terapêutica da dor
82	Baixo Mondego	USF-B	Desprescrição de benzodiazepinas, Aines, IBPs, Antibióticos; Segurança no uso de medicamentos: iatrogenia e notificações de Reações Adversas a Medicamentos; Qualificação da Referenciação.
83	Baixo Vouga	USF-B	Dislipidemia Diabetes
84	Baixo Vouga	USF-B	Hábitos tabágicos, alcoólicos, obesidade/excesso de peso, polimedicação incluindo suplementos sem prescrição médica obrigatória
85	Baixo Mondego	USF-B	Terapêutica de ITU
90	Baixo Mondego	USF-B	Gestão da medicação crónica pelo utente, para além das outras que já estão a decorrer (desprescrição de IBP e BZD)

93	Baixo Vouga	USF-B	Antibioterapia AINES Benzodiazepinas
94	Baixo Mondego	USF-A	Prescrição de antibióticos, analgésicos, ansiolíticos, sedativos
97	Dão Lafões	USF-B	Antes de qualquer outra, pela robustez dos números de utentes envolvidos, a monitorização da aplicação de boas práticas terapêuticas na HTA.

Questão: Tem algum comentário, opinião, sugestão ou crítica que gostaria de acrescentar?

Nº	ACeS	Tipo de Unidade	Resposta
11	Baixo Mondego	USF-A	A avaliação dos profissionais deve ser considerada embora seja relevante saber quais os critérios para eleger os avaliadores
16	Baixo Vouga	UCSP	Seria importante dar mais formação as equipas de saúde sobre o que é e para que serve a Governação clínica e sua utilidade na organização das unidades de saúde.
19	Baixo Mondego	UCSP	Obrigada
37	Baixo Mondego	USF-B	Nada a acrescentar. Obrigado!

38	Baixo Vouga	UCSP	Fundamental apetrechar as unidades de saúde com recursos humanos, equipamentos, espírito de equipa, discussão inter-pares e adoção de protocolos de atuação clínica de forma a ter boas práticas na prestação de cuidados assistenciais.
49	Dão Lafões	USF-B	Os programas deveriam ser mais ágeis e menos complicados para esta gestão. Neste momento esta avaliação é morosa, os sistemas são lentos e pouco amigos do utilizador. Este facto desmotiva os profissionais que estão assoberbados por tarefas clínicas. Em qualquer empresa esta avaliação é feita por profissionais não clínicos dedicados a estas tarefas que apresentam os resultados já avaliados e tratados para que a equipa médica faça a sua reflexão e melhore o seu desempenho. Os médicos e enfermeiros devem rentabilizar o seu tempo a atender os seus pacientes e não em tarefas burocráticas que só se conseguem fazer para além do seu horário de trabalho dedicado ao atendimento dos seus utentes.
50	Baixo Mondego	USF-A	Julgo o questionário complexo e inconsequente pela inoportunidade do mesmo
53	Pinhal Litoral	USF-B	É necessário tempo para fazer governação clínica; O nº de utentes por ficheiro deveria ser menor; Não sobrecarregar as equipas com tarefas fora do seu âmbito de atuação; "Foco" no que é importante; Eliminar a carga burocrática , inútil e consumidora de tempo; Melhoria substancial dos Sistemas informáticos;
59	Dão Lafões	USF-B	Trabalhar todos os parâmetros que possam ser úteis para um maior desenvolvimento e qualidade das UF. Desenvolver programas de ação para aquelas Unidades que estejam abaixo do limiar de qualidade considerado. Não querer obrigar a determinados comportamentos com base em ameaças de auditorias ou outras que foram sugeridas

			no passado recente. Ser capaz de obter uma relação "de bem" entre as Administrações e as Unidades funcionais para que os resultados melhorem de forma consistente e ao longo do tempo.
64	Baixo Vouga	USF-A	Considero estes trabalhos de avaliação com discussão de resultados entre todos, de extrema utilidade para uma boa pratica clinica
70	Dão Lafões	USF-A	Sem comentários.
84	Baixo Vouga	USF-B	Não sou nem nunca fui coordenadora da UF, mas considero as auditorias e a governação clínica um bom caminho para defender a qualidade nos CSP, promovendo as maiores vantagens de investir em Saúde e na sua Promoção.
90	Baixo Mondego	USF-B	Governação Clínica efectiva: tem que ser suficientemente flexível para que o(s) procedimento(s) inerente(s) não "asfixiar(em)" os profissionais de saúde na resposta às solicitações diárias dos utentes. "O óptimo é inimigo do bom".
94	Baixo Mondego	USF-A	Não.

ANEXO 4 – DADOS DO BI-CSP

Variável: Nº de inscritos com Diabetes tipo 2 (T90) c/ Prescrição de ADO – valores das ARSs

ARS	2019	2020	2021
ARS Alentejo	39 523	39 317	38 963
ARS Algarve	25 804	26 937	26 610
ARS Centro	126 676	128 464	128 696
ARS LVT	225 019	224 311	222 550
ARS Norte	261 477	264 152	269 172
TOTAL ARS	678 499	683 181	685 991
Nacional média	135 700	136 636	137 198
Nacional	678 183	682 402	685 810

CES	2019-2020	2020-2021	2019-2020
ARS Alentejo	-0,52%	-0,90%	-1,42%
ARS Algarve	4,39%	-1,21%	3,12%
ARS Centro	1,41%	0,18%	1,59%
ARS LVT	-0,31%	-0,79%	-1,10%
ARS Norte	1,02%	1,90%	2,94%
TOTAL ARS	0,69%	0,41%	1,10%

ACES	2019-2020	2020-2021	2019-2020
ARS Alentejo	-206	-354	-560
ARS Algarve	1 133	-327	806
ARS Centro	1 788	232	2 020
ARS LVT	-708	-1 761	-2 469
ARS Norte	2 675	5 020	7 695
TOTAL ARS	4 682	2 810	7 492

Variável: Nº de inscritos com Diabetes tipo 2 (T90) c/ Prescrição de Insulina (8.4.1 -
Insulinas) – valores das ARSs

ARS	2019	2020	2021
ARS Alentejo	5 838	5 870	5 506
ARS Algarve	3 669	3 758	3 574
ARS Centro	21 231	21 452	20 647
ARS LVT	33 508	33 273	31 612
ARS Norte	37 174	37 337	36 594
TOTAL ARS	101 420	101 690	97 933
Nacional média	20 284	20 338	19 587
Nacional	101 411	101 672	97 929

ACES	2019-2020	2020-2021	2019-2020
ARS Alentejo	0,55%	-6,20%	-5,69%
ARS Algarve	2,43%	-4,90%	-2,59%
ARS Centro	1,04%	-3,75%	-2,75%
ARS LVT	-0,70%	-4,99%	-5,66%
ARS Norte	0,44%	-1,99%	-1,56%
TOTAL ARS	0,27%	-3,69%	-3,44%

ACES	2019-2020	2020-2021	2019-2020
ARS Alentejo	32	-364	-332
ARS Algarve	89	-184	-95
ARS Centro	221	-805	-584
ARS LVT	-235	-1 661	-1 896
ARS Norte	163	-743	-580
TOTAL ARS	270	-3 757	-3 487

Variável: Nº de inscritos com Diabetes tipo 2 (T90) c/ Produtos de autocontrolo de diabetes – valores das ARSs

ARS	2019	2020	2021
ARS Alentejo	26 004	25 647	22 551
ARS Algarve	15 963	16 287	14 190
ARS Centro	70 215	65 120	55 881
ARS LVT	127 045	124 567	108 365
ARS Norte	111 484	103 647	90 411
TOTAL ARS	350 711	335 268	291 398
Nacional média	70 142	67 054	58 280
Nacional	350 701	335 251	291 428

ACES	2019-2020	2020-2021	2019-2020
ARS Alentejo	-1,37%	-12,07%	-13,28%
ARS Algarve	2,03%	-12,88%	-11,11%
ARS Centro	-7,26%	-14,19%	-20,41%
ARS LVT	-1,95%	-13,01%	-14,70%
ARS Norte	-7,03%	-12,77%	-18,90%
TOTAL ARS	-4,40%	-13,09%	-16,91%

ACES	2019-2020	2020-2021	2019-2020
ARS Alentejo	-357	-3 096	-3 453
ARS Algarve	324	-2 097	-1 773
ARS Centro	-5 095	-9 239	-14 334
ARS LVT	-2 478	-16 202	-18 680
ARS Norte	-7 837	-13 236	-21 073
TOTAL ARS	-15 443	-43 870	-59 313

Variável: Nº de embalagens prescritas para inscritos com Diabetes tipo 2 (T90) c/

Produtos de autocontrolo de diabetes – valores das ARSs

ARS	2019	2020	2021
ARS Alentejo	205 594	211 421	157 560
ARS Algarve	140 938	146 229	104 005
ARS Centro	533 734	506 228	372 725
ARS LVT	1 114 642	1 122 768	823 760
ARS Norte	817 933	806 489	609 377
TOTAL ARS	2 812 841	2 793 135	2 067 427
Nacional média	562 568	558 627	413 485
Nacional	2 815 189	2 794 666	2 069 060

ACES	2019-2020	2020-2021	2019-2020
ARS Alentejo	2,83%	-25,48%	-23,36%
ARS Algarve	3,75%	-28,88%	-26,21%
ARS Centro	-5,15%	-26,37%	-30,17%
ARS LVT	0,73%	-26,63%	-26,10%
ARS Norte	-1,40%	-24,44%	-25,50%

ACES	2019-2020	2020-2021	2019-2020
ARS Alentejo	5 827	-53 861	-48 034
ARS Algarve	5 291	-42 224	-36 933
ARS Centro	-27 506	-133 503	-161 009
ARS LVT	8 126	-299 008	-290 882
ARS Norte	-11 444	-197 112	-208 556
TOTAL ARS	-19 706	-725 708	-745 414

Variável: PVP Prescrição para inscritos com Diabetes tipo 2 (T90) c/ Produtos de autocontrolo de diabetes – valores das ARSs

ARS	2019	2020	2021
ARS Alentejo	3 643 693 €	3 873 354 €	3 014 193 €
ARS Algarve	2 404 881 €	2 551 506 €	1 877 752 €
ARS Centro	9 143 799 €	8 988 972 €	6 949 889 €
ARS LVT	19 980 731 €	20 804 717 €	16 018 113 €
ARS Norte	14 197 551 €	14 547 499 €	11 573 471 €
TOTAL ARS	49 370 655 €	50 766 048 €	39 433 418 €
Nacional média	9 874 131 €	10 153 210 €	7 886 684 €
Nacional	49 415 477 €	50 797 774 €	39 465 526 €

ACES	2019-2020	2020-2021	2019-2020
ARS Alentejo	6,30%	-22,18%	-17,28%
ARS Algarve	6,10%	-26,41%	-21,92%
ARS Centro	-1,69%	-22,68%	-23,99%
ARS LVT	4,12%	-23,01%	-19,83%
ARS Norte	2,46%	-20,44%	-18,48%
TOTAL ARS	2,83%	-22,32%	-20,13%

ACES	2019-2020	2020-2021	2019-2020
ARS Alentejo	229 661 €	- 859 161 €	- 629 500 €
ARS Algarve	146 625 €	- 673 754 €	- 527 129 €
ARS Centro	- 154 827 €	- 2 039 083 €	- 2 193 910 €
ARS LVT	823 986 €	- 4 786 604 €	- 3 962 618 €
ARS Norte	349 948 €	- 2 974 028 €	- 2 624 080 €
TOTAL ARS	1 395 393 €	-11 332 630 €	- 9 937 237 €

Variável: Nº de inscritos com Diabetes tipo 2 (T90) c/ Prescrição de ADO (8.4.2 - Outros antidiabéticos) – valores dos ACeS da ARSC

ARS	2019	2020	2021
Baixo Mondego	27 889	28 411	28 428
Baixo Vouga	27 142	27 428	27 743
Cova da Beira	6 062	6 217	6 219
Dão Lafões	19 510	19 738	19 990
Pinhal Interior			
Norte	10 592	10 739	10 491
Pinhal Litoral	17 534	17 841	17 902
TOTAL ARSC	108 729	110 374	110 773
ARSC média R	18 122	18 396	18 462
ARSC média T	14 080	14 277	14 301
Nacional média	135 700	136 636	137 198

ACES	2019-2020	2020-2021	2019-2020
Baixo Mondego	1,87%	0,06%	1,93%
Baixo Vouga	1,05%	1,15%	2,21%
Cova da Beira	2,56%	0,03%	2,59%
Dão Lafões	1,17%	1,28%	2,46%
Pinhal Interior			
Norte	1,39%	-2,31%	-0,95%
Pinhal Litoral	1,75%	0,34%	2,10%
TOTAL ARSC	1,51%	0,36%	1,88%

ACES	2019-2020	2020-2021	2019-2020
Baixo Mondego	522	17	539
Baixo Vouga	286	315	601
Cova da Beira	155	2	157
Dão Lafões	228	252	480
Pinhal Interior			
Norte	147	-248	-101
Pinhal Litoral	307	61	368
TOTAL ARSC	1 645	399	2 044

Variável: Nº de inscritos com Diabetes tipo 2 (T90) c/ Prescrição de Insulina (8.4.1 -
Insulinas) – valores dos ACeS da ARSC

ARS	2019	2020	2021
Baixo Mondego	5 547	5 535	5 243
Baixo Vouga	4 683	4 734	4 649
Cova da Beira	778	896	904
Dão Lafões	3 330	3 343	3 227
Pinhal Interior Norte	2 000	2 000	1 888
Pinhal Litoral	2 519	2 578	2 400
TOTAL ARSC	18 857	19 086	18 311
ARSC média R	3 143	3 181	3 052
ARSC média T	2 360	2 384	2 294
Nacional média	20 284	20 338	19 587

ACES	2019-2020	2020-2021	2019-2020
Baixo Mondego	-0,22%	-5,28%	-5,48%
Baixo Vouga	1,09%	-1,80%	-0,73%
Cova da Beira	15,17%	0,89%	16,20%
Dão Lafões	0,39%	-3,47%	-3,09%
Pinhal Interior Norte	0,00%	-5,60%	-5,60%
Pinhal Litoral	2,34%	-6,90%	-4,72%
TOTAL ARSC	1,21%	-4,06%	-2,90%

ACES	2019-2020	2020-2021	2019-2020
Baixo Mondego	-12	-292	-304
Baixo Vouga	51	-85	-34
Cova da Beira	118	8	126
Dão Lafões	13	-116	-103
Pinhal Interior Norte	0	-112	-112
Pinhal Litoral	59	-178	-119
TOTAL ARSC	229	-775	-546

Variável: Nº de inscritos com Diabetes tipo 2 (T90) c/ Produtos de autocontrolo de diabetes – valores dos ACeS da ARSC

ARS	2019	2020	2021
Baixo Mondego	16 360	15 169	12 912
Baixo Vouga	12 313	11 155	9 693
Cova da Beira	3 948	3 868	3 414
Dão Lafões	10 987	9 943	8 523
Pinhal Interior			
Norte	6 259	5 884	5 103
Pinhal Litoral	10 404	9 420	7 902
TOTAL ARSC	60 271	55 439	47 547
ARSC média R	10 045	9 240	7 925
ARSC média T	7 802	7 236	6 208
Nacional média	70 142	67 054	58 280

ACES	2019-2020	2020-2021	2019-2020
Baixo Mondego	-7,28%	-14,88%	-21,08%
Baixo Vouga	-9,40%	-13,11%	-21,28%
Cova da Beira	-2,03%	-11,74%	-13,53%
Dão Lafões	-9,50%	-14,28%	-22,43%
Pinhal Interior			
Norte	-5,99%	-13,27%	-18,47%
Pinhal Litoral	-9,46%	-16,11%	-24,05%
TOTAL ARSC	-8,02%	-14,24%	-21,11%

ACES	2019-2020	2020-2021	2019-2020
Baixo Mondego	-1 191	-2 257	-3 448
Baixo Vouga	-1 158	-1 462	-2 620
Cova da Beira	-80	-454	-534
Dão Lafões	-1 044	-1 420	-2 464
Pinhal Interior Norte	-375	-781	-1 156
Pinhal Litoral	-984	-1 518	-2 502
TOTAL ARSC	-4 832	-7 892	-12 724

Variável: Nº de embalagens prescritas para inscitos com Diabetes tipo 2 (T90) c/

Produtos de autocontrolo de diabetes – valores dos ACeS da ARSC

ARS	2019	2020	2021
Baixo Mondego	126 994	120 635	86 610
Baixo Vouga	96 607	93 020	71 199
Cova da Beira	33 344	32 223	23 382
Dão Lafões	77 062	71 835	53 944
Pinhal Interior Norte	48 033	44 661	32 687
Pinhal Litoral	75 590	71 165	51 365
TOTAL ARSC	457 630	433 539	319 187
ARSC média R	76 272	72 257	53 198
ARSC média T	59 276	56 231	41 384
Nacional média	562 568	558 627	413 485

ACES	2019-2020	2020-2021	2019-2020
Baixo Mondego	-5,01%	-28,20%	-31,80%
Baixo Vouga	-3,71%	-23,46%	-26,30%
Cova da Beira	-3,36%	-27,44%	-29,88%
Dão Lafões	-6,78%	-24,91%	-30,00%
Pinhal Interior Norte	-7,02%	-26,81%	-31,95%
Pinhal Litoral	-5,85%	-27,82%	-32,05%
TOTAL ARSC	-5,26%	-26,38%	-30,25%

ACES	2019-2020	2020-2021	2019-2020
Baixo Mondego	-6 359	-34 025	-40 384
Baixo Vouga	-3 587	-21 821	-25 408
Cova da Beira	-1 121	-8 841	-9 962
Dão Lafões	-5 227	-17 891	-23 118
Pinhal Interior Norte	-3 372	-11 974	-15 346
Pinhal Litoral	-4 425	-19 800	-24 225
TOTAL ARSC	-24 091	-114 352	-138 443

Variável: PVP Prescrição para inscritos com Diabetes tipo 2 (T90) c/ Produtos de autocontrolo de diabetes – valores dos ACeS da ARSC

ARS	2019	2020	2021
Baixo Mondego	2 216 370 €	2 168 457 €	1 635 392 €
Baixo Vouga	1 631 337 €	1 624 788 €	1 307 168 €
Cova da Beira	550 751 €	557 345 €	432 923 €
Dão Lafões	1 331 100 €	1 294 895 €	1 017 415 €
Pinhal Interior			
Norte	812 091 €	771 004 €	588 647 €
Pinhal Litoral	1 281 573 €	1 272 638 €	968 051 €
TOTAL ARSC	7 823 222 €	7 689 127 €	5 949 596 €
ARSC média R	1 303 870 €	1 281 521 €	991 599 €
ARSC média T	1 015 486 €	998 455 €	771 640 €
Nacional média	9 874 131 €	10 153 210 €	7 886 684 €

ACES	2019-2020	2020-2021	2019-2020
Baixo Mondego	-2,16%	-24,58%	-26,21%
Baixo Vouga	-0,40%	-19,55%	-19,87%
Cova da Beira	1,20%	-22,32%	-21,39%
Dão Lafões	-2,72%	-21,43%	-23,57%
Pinhal Interior			
Norte	-5,06%	-23,65%	-27,51%
Pinhal Litoral	-0,70%	-23,93%	-24,46%
TOTAL ARSC	-1,71%	-22,62%	-23,95%

ACES	2019-2020	2020-2021	2019-2020
Baixo Mondego	- 47 913 € -	533 065 € -	580 978 €
Baixo Vouga	- 6 549 € -	317 620 € -	324 169 €
Cova da Beira	6 594 € -	124 422 € -	117 828 €
Dão Lafões	- 36 205 € -	277 480 € -	313 685 €
Pinhal Interior			
Norte	- 41 087 € -	182 357 € -	223 444 €
Pinhal Litoral	- 8 935 € -	304 587 € -	313 522 €
TOTAL ARSC	- 134 095 € -	1 739 531 € -	1 873 626 €

Comparação entre o 1º e 2º semestre de 2019

Nº de embalagens prescritas para inscitos com Diabetes tipo 2 (T90) c/ Produtos de autocontrolo de diabetes

ARS	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	TOTAL	1º Sem	2º Sem	S1-S2
ARS Alentejo	18 354	15 823	15 992	15 468	18 482	14 682	18 078	15 744	17 901	18 406	16 788	14 763	200 481	98 801	101 680	2,91%
ARS Algarve	11 890	10 820	10 732	10 461	11 958	10 012	11 968	10 015	10 679	12 508	12 098	10 391	133 532	65 873	67 659	2,71%
ARS Centro	48 384	42 868	42 960	42 174	47 845	39 964	47 209	35 769	41 794	45 699	40 958	36 016	511 640	264 195	247 445	-6,34%
ARS LVT	95 148	85 457	85 124	84 987	99 147	78 382	100 725	77 498	88 072	104 243	91 116	76 895	1 066 794	528 245	538 549	1,95%
ARS Norte	71 650	64 696	64 979	65 245	75 637	56 243	71 434	56 586	65 292	73 533	65 746	54 221	785 262	398 450	386 812	-2,92%
TOTAL	245 426	219 664	219 787	218 335	253 069	199 283	249 414	195 612	223 738	254 389	226 706	192 286	2 697 709	1 355 564	1 342 145	-0,99%
Média	49 085	43 933	43 957	43 667	50 614	39 857	49 883	39 122	44 748	50 878	45 341	38 457	539 542	271 113	268 429	
Nacional	245 426	219 664	219 787	218 335	253 069	199 283	249 414	195 612	223 738	254 435	226 745	192 324	2 697 832	1 355 564	1 342 268	-0,98%

PVP Prescrição para inscitos com Diabetes tipo 2 (T90) c/ Produtos de autocontrolo de diabetes

ARS	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	TOTAL	1º Sem	2º Sem	S1-S2
ARS Alentejo	323 571 €	278 974 €	281 788 €	273 831 €	327 414 €	258 912 €	315 002 €	274 782 €	314 909 €	326 793 €	297 967 €	265 636 €	3 539 579 €	1 744 490 €	1 795 089 €	2,90%
ARS Algarve	205 225 €	184 280 €	184 398 €	177 879 €	205 505 €	169 014 €	197 464 €	172 425 €	181 214 €	208 934 €	207 022 €	175 882 €	2 269 242 €	1 126 301 €	1 142 941 €	1,48%
ARS Centro	829 300 €	737 836 €	737 108 €	718 480 €	817 177 €	668 457 €	798 740 €	600 790 €	705 414 €	790 788 €	712 350 €	616 017 €	8 732 457 €	4 508 358 €	4 224 099 €	-6,31%
ARS LVT	1 707 582 €	1 521 326 €	1 516 894 €	1 513 494 €	1 769 149 €	1 369 441 €	1 777 260 €	1 376 160 €	1 557 363 €	1 866 901 €	1 647 415 €	1 387 998 €	19 010 983 €	9 397 886 €	9 613 097 €	2,29%
ARS Norte	1 231 912 €	1 112 647 €	1 118 297 €	1 120 638 €	1 307 393 €	969 684 €	1 216 030 €	964 602 €	1 129 408 €	1 286 789 €	1 142 897 €	960 005 €	13 560 302 €	6 860 571 €	6 699 731 €	-2,34%
TOTAL	4 297 590 €	3 835 063 €	3 838 485 €	3 804 322 €	4 426 638 €	3 435 508 €	4 304 496 €	3 388 759 €	3 888 308 €	4 480 205 €	4 007 651 €	3 405 538 €	47 112 563 €	23 637 606 €	23 474 957 €	-0,69%
Média	859 518 €	767 013 €	767 697 €	760 864 €	885 328 €	687 102 €	860 899 €	677 752 €	777 662 €	896 041 €	801 530 €	681 108 €	9 422 513 €	4 727 521 €	4 694 991 €	
Nacional	4 297 589	3 835 062	3 838 484	3 804 323	4 426 638	3 435 507	4 304 496	3 388 759	3 888 308	4 480 915	4 008 675	3 406 118	47 114 874	23 637 603	23 477 271	-0,68%

Previsão da evolução no 2º semestre de 2019

Nº de embalagens prescritas para inscitos com DM2 com produtos de autocontrolo de diabetes

	Cenários, variação entre S1 - S2			
	Real	Previsão	Lim Inf	Lim Sup
ARS Alentejo	2,91%	-2,16%	-17,12%	12,81%
ARS Algarve	2,71%	-2,47%	-13,48%	8,53%
ARS Centro	-6,34%	-3,78%	-15,51%	7,95%
ARS LVT	1,95%	-0,18%	-13,80%	13,43%
ARS Norte	-2,92%	-4,11%	-18,18%	9,96%
Nacional	-0,98%	-2,04%	-15,05%	10,97%

PVP Prescrição para inscitos com DM2 com produtos de autocontrolo de diabetes

	Cenários, variação entre S1 - S2			
	Real	Previsão	Lim Inf	Lim Sup
ARS Alentejo	2,90%	-1,75%	-17,02%	13,51%
ARS Algarve	1,48%	-3,37%	-14,64%	7,90%
ARS Centro	-6,31%	-5,32%	-16,58%	5,94%
ARS LVT	2,29%	-2,00%	-16,13%	12,13%
ARS Norte	-2,34%	-3,47%	-17,73%	10,79%
Nacional	-0,68%	-3,12%	-16,49%	10,24%

ANEXO 5 – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ARSC

4

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARECER FINAL: FAVORÁVEL	DESPACHO: Deferência proposta da CES. 06-09-2021
ASSUNTO:	Título: "Melhoria da decisão clínica e dos resultados – avaliação de uma recomendação de monitorização em utentes com Diabetes Mellitus tipo 2" (processo 26-2021). Autores: Joana Margarida Rodrigues e Sousa/Vitor Manuel dos Reis Raposo/João Rodrigues Unidade de Saúde Familiar Briosa/Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra/ARSCentro

Dr. João Rodrigues
Vice-Presidente

Trata-se de um estudo observacional

Tendo em conta os princípios da boa governação clínica, os autores pretendem avaliar os efeitos, numa perspectiva de melhoria contínua da qualidade, da metodologia adotada para a implementação da Recomendação nº 2/2019 da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) da Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC) sobre a prescrição de tiras reativas para a glicemia aos Diabéticos Mellitus tipo 2. Pretendem também avaliar todo o processo de mudança inerente, tendo em conta o cronograma associado à Recomendação e identificar os problemas, as barreiras e os fatores facilitadores associados. Os resultados desta avaliação permitirão consolidar ou corrigir a metodologia adotada.

Os autores pretendem aplicar um questionário a uma amostra representativa dos coordenadores das Unidades de Saúde – Unidades de Saúde Familiar (USF), modelo A e modelo B, e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) – dos vários Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) da Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC) que avalia o cumprimento do cronograma associado à recomendação, os planos de melhoria desenhados, a respetiva monitorização e revisão (de acordo com o ciclo da qualidade).

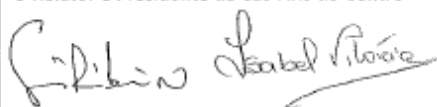
O questionário será aplicado através da plataforma LimeSurvey disponibilizado pela Universidade de Coimbra sendo garantida a confidencialidade e o sigilo de todos os dados de acordo com os regulamentos e leis aplicáveis, nomeadamente a privacidade e a proteção dos dados de acordo com o Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD) da União Europeia. Os dados serão usados apenas para fins de investigação científica e os resultados têm unicamente valor coletivo.

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

Solicita-se posteriormente o envio do relatório final do estudo.

Pelo exposto somos de parecer Favorável à realização do estudo

O Relator e Presidente da CES-ARS do Centro



Prof. Doutora Isabel Vitória Figueiredo