



Auditoria sobre acompanhamento da asma. Comparação entre o Porto e o Reino Unido

João Almeida Fonseca *, G Hoskins #, RG Neville #, B Smith #, C McCowan #, I Ricketts #, GE Thomas #, RA Clark #
*Unidade de Imunoalergologia, Hospital de S. João. #University of Dundee, Scotland.

João Almeida Fonseca
Unidade de Imunoalergologia
Hospital de S. João, Alameda Hernani Monteiro
4200 Porto, Portugal.
e-mail : jafonseca@mail.telepac.pt

RESUMO

A implementação das normas/guias de recomendações terapêutica é um ponto crítico para a melhoria dos cuidados de saúde da asma, um problema de saúde mundial, cuja morbilidade está a aumentar. As auditorias clínicas são uma das ferramentas a integrar em planos de implementação dessas normas/guias. Descreve-se a aplicação de auditoria clínica utilizado no Reino Unido, na consulta de Imunoalergologia de um hospital do Porto (Portugal), fornecendo indicadores de que é útil a utilização de ferramentas desenvolvidas noutros contextos, embora necessitando de as adaptar às particularidades locais. A utilização de meios informáticos facilitando a geração de comentários específicos para cada doente incluído é também de salientar.

RESUMEN

La implementación de las normas/guias de recomendaciones terapéuticas es un punto crítico para la mejoría de los cuidados de salud del asma, un problema de salud mundial, cuya morbilidad sigue aumentando. Las auditorías clínicas son una de las herramientas a integrar en planos de implementación de esas normas/guias. Se describe la aplicación de la auditoría clínica utilizado en el Reino Unido, en la consulta de Inmunoalergología de un hospital de Porto (Portugal), dando indicadores de qué es útil la utilización de herramientas desarrolladas en otros contextos, aunque necesitan ser adaptadas a las particularidades locales. La utilización de medios informáticos facilita la generación de comentarios específicos para cada paciente incluído y también su modificación.

INTRODUÇÃO:

A asma é um problema de saúde mundial, subdiagnosticado e subtratado¹; é uma doença crónica caracterizada pela inflamação das vias aéreas e obstrução variável e reversível das vias aéreas. Clinicamente os doentes sofrem episódios recorrentes de dificuldade respiratória, sibilância, tosse e aperto torácico¹. Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) permitem estimar que em todo o mundo sofram de asma cerca de 100 milhões de pessoas e que a prevalência em particular nas crianças está a aumentar. No Reino Unido (RU) a prevalência de asma tem sido estimada entre os 10% e os 13%². Em Portugal cerca de 10 estudos publicados com diferentes métodos e populações encontraram prevalências entre 3,2% e 15%². Tem sido frequente considerar uma prevalência de asma na população portuguesa em 5% dos adultos e 10% das crianças portuguesas. A mortalidade por asma continua a ser significativa e em alguns países tem mesmo aumentado. Dada a existência de tratamentos eficazes, os vários consensos internacionais^{1,3} consideram toda a morte por asma evitável. Assim, as taxas de mortalidade por asma de cerca de 0,7 e 0,3 mortes por 100 000 habitantes respectivamente no RU e em Portugal traduzem parte do insucesso dos sistemas de saúde no controlo desta patologia. É de salientar que os dados de mortalidade entre os dois países não são comparáveis dadas as reconhecidas insuficiências nas estatísticas portuguesas de mortalidade e também, de certa forma, dada a inexistência de um código diagnóstico individualizado para a asma nos hospitais portugueses.

O aumento da prevalência e morbilidade por asma nos países industrializados é consensual. Apesar dos fortes avanços no conhecimento desta patologia e no desenvolvimento de terapêuticas eficazes

para a asma, não tem sido possível diminuir, e pelo contrário tem aumentado significativamente a morbilidade por asma. Este facto traduz-se no agravamento dos resultados clínicos do tratamento da asma incluindo o aumento dos internamentos hospitalares, dos recursos aos serviços de urgência, da utilização de serviços ambulatoriais quer hospitalares quer dos centros de saúde, do consumo de fármacos de alívio sintomático, do absentismo laboral e escolar por asma e dos custos directos e indirectos associados a este problema de saúde pública.

A asma tem actualmente objectivos de tratamento bem definidos pelo Global Initiative for Asthma (GINA), programa mundial sob a égide da OMS. Estes são para quase todos os doentes prevenir o aparecimento de sintomas crónicos ou incómodos, ter uma função pulmonar "normal", atingir níveis de actividade (exercício) normais, minimizar agudizações e evitar o recurso aos serviços de urgência, utilizar esquemas terapêuticos sem efeitos adversos ou mínimos e satisfazer as expectativas do doente e família.

Contudo, a diferença entre a teoria (nomeadamente dos consensos terapêuticos) e a prática é comum a todos os sistemas de saúde. Os clínicos gerais britânicos, em particular, apoiam a utilização de recomendações terapêuticas mas têm dificuldade em integrar esses conceitos teóricos ideais na prática clínica do dia a dia⁴. A utilização de aplicações informáticas de apoio à decisão médica e a realização de auditorias sobre asma parecem poder associar-se a uma melhoria dos resultados clínicos no RU⁵. Tem estado a decorrer um projecto piloto para testar a viabilidade da utilização daqueles processos em vários países⁶.

Não sendo objectivo deste trabalho a comparação dos sistemas de saúde Português e Britânico, salientaríamos apenas, que ambos têm sistemas nacionais de saúde com acesso livre aos cuidados primários de saúde e ambos tem disponíveis as terapêuticas anti-asmáticas mais modernas. Contudo, no RU, os cuidados de saúde primários são mais fortemente organizados, tendo particular relevância o avançado e completo sistema de listas de utentes dos clínicos gerais, bem como o estímulo a programas de acompanhamento de doenças crónicas ("disease management") que são regularmente avaliados. São ainda muito utilizadas no RU, as auditorias clínicas, como ferramenta de avaliação e melhoria da qualidade da prestação de cuidados de saúde.

Os serviços de saúde devem assimilar que, cuidados preventivos estruturados, permitem reduzir a procura dos cuidados médicos urgentes. Existe necessidade de terem acesso a sistemas que tenham um retorno específico para cada doente e permitam comparar dados sobre resultados clínicos.

A "Tayside Asthma Management Initiative (TAMI)"⁷ pretendeu criar um serviço de suporte para entidades prestadoras de cuidados primários de saúde, por forma a permitir uma revisão/avaliação dos cuidados com os doentes asmáticos e compara-los com as recomendações terapêuticas e outros prestadores de cuidados. Constituído assim, um programa de formação à distância para ajudar a entidade participante a rever os processos de prestação de cuidados a doentes asmáticos. No RU este projecto (descrito adiante) foi aplicado a 400 entidades (12000 doentes) esta auditoria tinha como benefícios para os participantes o reconhecimento oficial (PGEA accreditation) com pontos de formação pós-graduada para os médicos e/ou enfermeiros envolvidos. Permitia ainda a manutenção do estatuto de "asthma chronic disease management clinic" pelas autoridades de saúde (Health Board). Este trabalho descreve a aplicação deste projecto na consulta de Imunoalergologia do Hospital de S. João no Porto (Portugal).

MÉTODOS:

O projecto TAMI engloba três fases distintas, na primeira é preenchido um livro electrónico com dados sobre 30 ou mais doentes asmáticos e sobre entidade prestadora de cuidados. Na segunda fase são processados os dados e criado com ajuda de um sistema informatizado uma avaliação personalizada confidencial da entidade participante. Este sumário dos resultados inclui além de uma apreciação global comparativa com as outras entidades participantes, um retorno detalhado da adequação de cada um dos doentes incluídos, às normas de consenso terapêutico/guias de recomendação terapêutica³, bem como sugestões para a melhoria da prestação de cuidados e um pacote de educação à distância. A última fase inclui um formulário de revisão da auditoria, um plano de acção para a mudança e um questionário de avaliação do projecto.

Na UIA foram incluídos 31 doentes asmáticos consecutivamente observados. Foi utilizado o registo electrónico com três secções:

1) Dois écrans (Figura 1) sobre as características da consulta e da população que a utiliza

2) Dados provenientes do processo clínico (Figura 2) de cada doente (dois écrans) incluindo aspectos demográficos, tabagismo e avaliação de resultados clínicos nos últimos 12 meses (consultas, utilização hospitalar, tratamentos urgentes, medicação utilizada e avaliação de medidas de acompanhamento propostas pelos consensos)

3) Avaliação do estado clínico de cada doente asmático naquele momento utilizando o "Tayside Asthma Stamp" (Figura 3), uma forma de registo conciso do estado actual da asma em 10 variáveis incluindo sintomas, registo do débito expiratório máximo instantâneo (DEMI) por Peak Flow Meter, adesão terapêutica, técnica inalatória, utilização de medicação de alívio.

Figura 1 - Características da consulta

Figura 2 -Dados provenientes do processo clínico

Clinical Assessment Recording Stamp Page 3 of 3

Patient Name: **exp1** Patient No: **1**

Click on a box and enter the appropriate information. Boxes which are grey mean that not all the information has been entered. Boxes which are light blue mean that all the information has been provided.

Tick this box if the patient DNA

Date Of Assessment		Days Off Last Month	
Night-time Score		Day-time Score	Activity Score
Actual PEFr	Predicted Best	Compliance	Inhaler Technique
Other Events			

← Page 1

Practice Jet

Patient List

Save/Seed

Help

Exit

Figura 3 - Avaliação clínica com o "Tayside Asthma Stamp"

RESULTADOS

61% da amostra tinham pertenciam ao grupo etário 45-74 anos; 7% tinham menos de 16 anos (Figura 4).

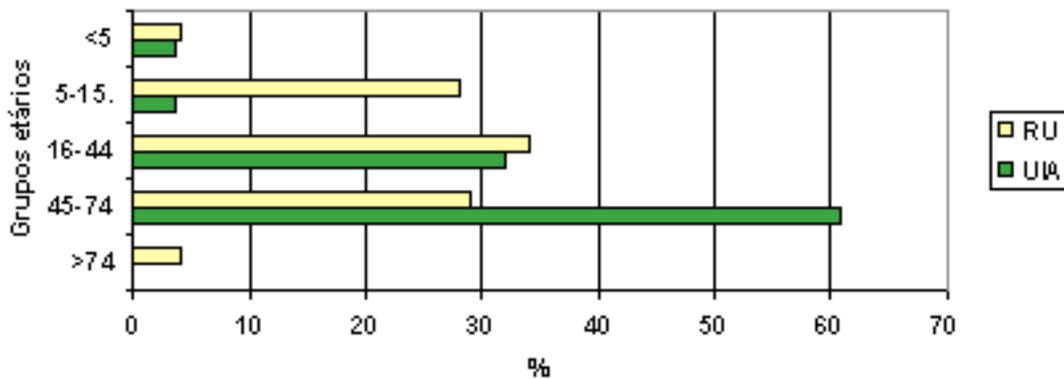


Figura 4 - Distribuição por idades das amostras da Consulta de Imunoalergologia do Porto (UIA) e da dos centros de saúde do Reino Unido (RU)

A relação entre homens e mulheres foi de 1:2,44. 81% estavam medicados com tratamento profilático. 32% tinham sofrido uma crise de asma no ano anterior e 97% tinham tido uma consulta de rotina de revisão de asma. 71% tinham um plano terapêutico escrito de auto-controlo. No entanto apenas 3% tinham um Peak-flow meter e a apenas 37% tinha sido medido o DEMI no ultimo ano. Em 67% da amostra tinha sido verificada a correcta técnica dos inaladores utilizados no tratamento.

O processamento dos resultados compara automaticamente com os dados previamente obtidos no RU. A amostra da UIA teve melhores resultados quanto ao número de internamentos, às consultas de revisão de asma, aos planos terapêuticos e à medicação profilática. No entanto observou-se um maior número de ataques de asma e menor utilização do DEMI (Tabela 1). A tabela 2 apresenta a agregação dos resultados da avaliação, com o número de vezes que surgiram alguns dos comentários gerados para cada um dos doentes.



UIA (%)

RU (%)

Medicação :

Actualmente com medicação profiláctica

(81%)

(68%)

Morbilidade :

Crises no último ano

(32%)

(20%)

Internamentos hospitalares no último ano

(0%)

(2.5%)

Revisão dos doentes :

Medição do débito expiratório máximo instantâneo (PEF) no último ano

(37%)

(64%)

Verificação da técnica dos inaladores no último ano

(65%)

(57%)

Posse de medidor de PEF

(3%)

(40%)
Posse de plano de auto-controlo
(71%)
(40%)
Consulta de revisão de rotina no último ano
(97%)
(58%)

Tabela 1 - Comparação entre amostra do Porto (Unidade de Imunoalergologia - UIA) e a do Reino Unido (RU)

n	Comentário
30	O seu serviço faz consultas de revisão dos asmáticos conforme recomendado pelas normas de orientação terapêutica.
20	A técnica da utilização dos inaladores foi verificada no último ano. Esta é uma boa forma de assegurar uma selecção apropriada e o correcto uso dos inaladores.
10	Este doente apresentava sintomas de instabilidade da asma na última vez que foi consultado. Será necessária alteração da medicação?
7	Este doente referiu sintomas ocasionais de instabilidade da asma. Monitorize e reveja a medicação, se necessário.
6	Foi demonstrado que materiais personalizados de educação melhoram o tratamento da asma. Um plano de autocontrolo deve ser ponderado de modo a permitir alterações no tratamento antes da consulta ao médico de acordo com as suas recomendações.
5	Este doente apresenta sintomas com a corrida (esforço). Poderemos obter um melhor controlo da asma melhorando a educação/técnica dos inaladores, ou será necessária uma revisão da medicação?
2	Não foi registado o DEMI durante a avaliação clínica. O DEMI expresso em percentagem do previsto ou do melhor pessoal, é uma medição simples e eficaz do estado actual da asma e deverá ser verificado regularmente.

Tabela 2 - Frequências e descrição dos comentários gerados para os 31 doentes incluídos

DISCUSSÃO

A utilização dos materiais foi simples e a aplicação informática levantou poucas dificuldades facilmente resolvidas com a ajuda incluída. O seu desenho integra padrões elevados de segurança dos dados individuais. Algumas limitações foram evidentes sendo clara a necessidade de elevada motivação por parte da entidade participante. A língua inglesa impede uma utilização generalizada e a utilização das normas de consenso terapêutico britânicas para a elaboração das recomendações não é a mais adequada para Portugal onde são geralmente utilizadas guias baseadas no GINA. Esta ferramenta de auditoria obriga à utilização de material informático e sistema operativo compatíveis e tem custos não negligenciáveis.

O "Tayside Asthma Stamp" permite uma avaliação eficaz e rápida do estado actual da asma permitindo um registo em pouco espaço e rapidamente analisável. Constitui assim uma forma de registo dos dados mínimos essenciais da avaliação de um doente asmático numa consulta de revisão de asma. As

apreciações e propostas tem um tom neutro, não pretendendo ser um "julgamento", mas sim um instrumento de trabalho para a mudança. É hoje reconhecido que intervenções que confrontem o médico com os seus comportamentos parecem ter maior sucesso na mudança de atitudes clínicas⁸. A avaliação específica para cada doente além de constituir um método de aprendizagem interativo, permite obter efeitos práticos imediatos da auditoria e integra-la na actividade clínica do médico.

Quanto aos resultados obtidos, as diferenças metodológicas (selecção dos doentes) e as diferenças na distribuição das idades, limita a validade das ilações a retirar da comparação com o RU. No entanto, vários dados apontam para uma possível maior gravidade dos doentes observados na consulta hospitalar da UIA (maior utilização de medicação profiláctica, maior número de crises) e maior concordância com as normas/guias de orientação terapêutica (medicação profiláctica, verificação da técnica dos inaladores, posse de plano de auto-controlo, consulta de revisão de rotina annual). Estes dados tem semelhanças com outros trabalhos que compararam o tratamento de asma por Clínicos Gerais e Alergologistas^{9,10}.

COMENTÁRIOS

A informação estruturada gerada por este processo, que inclui para cada doente sugestões de acordo com as normas de consenso terapêutico/guias de recomendações terapêuticas, pode constituir uma iniciativa útil para a aproximação entre a teoria do correcto acompanhamento de asma segundo o estado da arte e o que acontece realmente na prática clínica. Todas as iniciativas que possam facilitar a implementação das normas de consenso terapêutico/guias de recomendações terapêuticas, como as do GINA, devem ser encorajadas.

A implementação dos normas de consenso terapêutico/guias de recomendações terapêuticas é actualmente o ponto crítico para a melhoria do acompanhamento médico dos doentes asmáticos⁸. As auditorias com o respectivo retorno de resultados parecem ser importantes especialmente, para os médicos em fases adiantadas de utilização dessas normas/guias⁸, como é o caso dos Imunoalergologistas. Assim, este tipo de ferramenta deverá ser integrado nos planos de promoção de utilização das normas/guias de orientação terapêutica para a asma, a par de outras medidas como a informação, a educação e os sistemas de suporte de decisão.

Este trabalho fornece indicadores da possibilidade de utilizar ferramentas de auditoria desenvolvidas para outros sistemas de saúde. A utilização de processos standardizados e anteriormente validados associado à redução dos custos de desenvolvimento e à possibilidade de comparação externa são vantagens importantes dessa utilização. No entanto, a sua adaptação às particularidades da prestação de cuidados de saúde em Portugal, é necessária por forma a poder aumentar a sua utilidade prática, na melhoria da prestação de cuidados de saúde aos doentes asmáticos.

BIBLIOGRAFIA

- 1- National Asthma Education and Prevention Program. Expert Panel Report II: Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma. Bethesda, Md: National Institutes of Health; 1997
- 2- Gabinete de estudos sociológicos Bernard Krief. Análise epidemiológica das doenças alérgicas. In: Livro branco sobre o futuro da Imunoalergologia em Portugal no horizonte do ano 2005: pgs26-39. C.B.F. Leti. Madrid 2000. I.S.B.N:84-89731-16-0
- 3- British thoracic Society and Others. The British guidelines on asthma management 1995 Review and position statement. Thorax 1997; 52:S1-S2
- 4- Feder G, Griffiths C, Highton C, Eldridge S, Spence M, Southgate L. Do clinical guidelines introduced with practice based education improve care of asthmatic and diabetic patients? A randomised controlled trial in general practices in east London. British medical journal 1995; 311:1473-8
- 5- Hoskins G, Neville RG, Clark RA. Does participation in distance learning and audit improve care of patients with acute asthma attacks. Health Bulletin (Edinb) 1998; 55(3):150-154
- 6- Neville RG, McCowan C, Ricketts I, Fonseca JA, Invernizzi G, Stey C. Guidelines into practice: an international pilot study of Asthma Crystal Byte. 2000 In Press

7- Hoskins G, Neville RG, Clark RA. The Tayside Asthma Management Initiative. Health Bulletin (Edinb) 1998; 56(2):586-591

8- Partridge MR, Fabbri LM, Chung KF. Delivering effective asthma care - how to implement asthma guidelines? Eur Respir J 2000; 15:235-237 Editorial

9- Legorreta AP, Christian-Herman J, O'Connor RD, Hasan MM, Evans R, Leung KM. Compliance with national asthma management guidelines and specialty care: a health maintenance organization experience. Arch Intern Med. 1998; 158:457-464

10- Vollmer WM, O'Hollaren M, Ettinger KM, Stibolt T, Wilkins J, Buist AS, Linton KL, Osborne ML. Specialty differences in the management of asthma. A cross-sectional assessment of allergists' patients and generalists' patients in a large HMO. Arch Intern Med. 1997; 157:1201-1208 -