DGS desde 1899 Direção-Geral da Saúde

Programa Nacional para as Doenças Respiratórias

PROGRAMA NACIONAL para as Doenças Respiratórias

RELATÓRIO DE ANÁLISE DAS PRÁTICAS NACIONAIS DE PRESCRIÇÃO ELETRÓNICA DE CUIDADOS RESPIRATÓRIOS DOMICILIÁRIOS 2014

DGS desde 1899 Direção-Geral da Saúde

SPMS EPE Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

GOVERNO DE PORTUGAL
MINISTÉRIO DA SAÚDE

Programa Nacional para as Doenças Respiratórias (PNDR)

Diretora do PNDR

Cristina Bárbara

Coordenadora Científica do PNDR para os Cuidados Respiratórios Domiciliários

Elsa Soares Jara

Autores

Cristina Bárbara (DGS)

Elsa Soares Jara (DGS)

Elisabete Melo Gomes (DGS)

Nilton Nascimento (SPMS.EPE)

Rui Romão (SPMS.EPE)

António Alexandre (SPMS.EPE)

Wilson Oliveira (SPMS.EPE)

Lisboa
29 de dezembro de 2014

Direção-Geral da Saúde

Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049-005 Lisboa

Tel.: 218 430 050

Fax: 218 430 530/1

E-mail: dgs@dgs.pt
http://www.dgs.pt

RELATÓRIO DE ANÁLISE DAS PRÁTICAS NACIONAIS DE PRESCRIÇÃO ELETRÓNICA DE CUIDADOS RESPIRATÓRIOS DOMICILIÁRIOS

1. Introdução

Um dos objetivos relevantes do Programa Nacional para as Doenças Respiratórias (PNDR) constitui a melhoria da qualidade de prescrição e utilização de Cuidados Respiratórios Domiciliários (CRD) (1).

Os CRD correspondem ao fornecimento de serviços e equipamentos no local de residência dos doentes e suas famílias, com o objectivo de suprir necessidades maioritariamente resultantes de condições respiratórias crónicas, com incapacidade permanente ou doença terminal, de modo a restaurar e manter o seu máximo nível de conforto, função e saúde (2,3,4).

Para o Serviço Nacional de Saúde (SNS), o conhecimento do sistema no qual assentam os CRD é decisivo para empreender uma reforma que assegure o seu crescimento e sustentabilidade na sequência do previsível aumento da sua utilização.

A informação sobre os CRD em Portugal é escassa, contudo há estudos que indicam, claramente que, num elevado número de situações, os critérios de prescrição não são cumpridos pelos médicos e também que a adesão dos doentes é baixa, em virtude, não só de um ensino aos doentes deficitário, mas também de falta de monitorização e incentivo. Também há evidência de que a prescrição de aerossolterapia por sistemas de nebulização é muito frequentemente incorreta, não respeitando as boas práticas. Por sua vez, no que se refere à ventiloterapia nem sempre a sua prescrição é fundamentada (2,3,4).

A melhoria da qualidade de prescrição só pode ocorrer se for observado um cumprimento estrito dos critérios de prescrição definidos nas Normas de

Orientação Clínica (NOC) de CRD, por parte dos médicos prescritores. Por outro lado, é necessário ter um maior controlo dos encargos com CRD e para tal é indispensável a informatização do processo, desde a prescrição à conferência de faturas, bem como a monitorização e avaliação do cumprimento dessas mesmas normas.

Da descrição dos serviços de CRD, devem considerar-se, os seguintes serviços por modalidade de tratamento:

a) Oxigenoterapia: oxigenoterapia gasosa, oxigenoterapia líquida, oxigenoterapia por concentrador convencional e oxigenoterapia por concentrador portátil;

b) Ventiloterapia: através de pressão positiva contínua nas vias aéreas fixa (CPAP) ou automática (AutoCPAP), pressão positiva bi-nível, autobi-nível; ventilador volumétrico ou, preferencialmente, ventilador híbrido com capacidade de trabalhar em modos de pressão e de volume e servo ventilação autoadaptativa;

c) Aerossolterapia: através de sistemas de nebulização pneumática (conjunto de compressor e nebulizador pneumático), sistemas de nebulização ultrassónicos, sistemas de nebulização eletrónicos, sistemas ou equipamentos de nebulização pneumáticos ou eletrónicos "*inteligentes*";

d) Outros tratamentos:

i. Tratamentos de mobilização e eliminação de secreções: aspirador de secreções convencional e in-exsuflador;

ii. Monitores cardiorrespiratórios baseados em capnografia e oximetria.

No momento atual, em Portugal, a prescrição de CRD é efetuada ao abrigo de NOCs da Direcção-Geral da Saúde (5,6,7), com o objetivo de procurar melhorar a qualidade da prática de prescrição de CRD, nomeadamente através de:

- Definição de regras de boa prática na prescrição de CRD, por terapêutica respiratória domiciliária (Oxigenoterapia de Longa Duração, Aerossolterapia e Ventiloterapia) e por patologia (Síndrome de Apneia do Sono, Deformações do Tórax, Doenças Neuromusculares, Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica e outras patologias que condicionem Insuficiência Respiratória Crónica);

- Articulação da norma com o concurso público para a celebração de contratos públicos de aprovisionamento para a área da saúde, com vista à prestação de serviços de cuidados técnicos respiratórios domiciliários aos utentes do SNS.

Também é sabido que o circuito de prescrição de CRD apenas poderá ser aperfeiçoado melhorando alguns processos do mesmo (Prescrição → Prestação → Avaliação → Conferência → Pagamento). Neste processo considera-se de particular relevância que o ato de prescrição ocorra, através do recurso a "ferramentas" informáticas como a prescrição eletrónica (2,3,4), em primeiro lugar por razões de natureza clínica relacionadas com a adesão a boas práticas e secundariamente porque a sua informatização agiliza e melhora a eficiência das outras fases do processo.

A adoção de um sistema de prescrição eletrónico terá portanto a vantagem de permitir uma maior qualidade e racionalidade no ato da prescrição, quer através de regras uniformizadas que poderão ser embutidas no sistema e acionadas no ato de prescrição, quer pelo acesso do médico a informação de prescrições anteriores (histórico).

Assim a prescrição eletrónica de CRD, surge como a melhor ferramenta para a adoção de medidas rigorosas que permitam melhorar a qualidade da prescrição e controlar os encargos com CRD em Portugal, de entre as quais se destacam as seguintes:

- Cumprimento estrito da observância dos critérios de prescrição de CRD pelos médicos prescritores;
- Informatização do processo desde a prescrição à conferência de faturas;
- Monitorização e avaliação do cumprimento das normas de prescrição de CRD;
- Adoção de metodologias de monitorização e controlo do uso continuado de terapêuticas respiratórias domiciliárias por parte dos utentes;
- Interoperabilidade entre os sistemas de prescrição e faturação, com desagregação das diferentes terapêuticas e com periodicidade adaptada ao procedimento administrativo normalizado (mensal);
- Contabilização atempada dos encargos com CRD para melhoria do controlo financeiro dos encargos.

Estes foram portanto os pressupostos e objetivos que levaram à implementação da Prescrição Eletrónica Médica (PEM) de CRD a nível Nacional.

2. Legislação e histórico da implementação da PEM - CRD

A PEM-CRD na sua versão nacional (versão 1.0) começou a ser implementada em 12.03.2013.

Desde essa altura, até ao momento presente, tem sido objeto de aperfeiçoamentos sucessivos, encontrando-se agora na sua versão 2.3.

Para a sua generalização a nível nacional, foi necessário produzir legislação que passaremos a enumerar.

Com o **Despacho n.º 9309/2013** determinou-se que a prescrição de CRD passaria a ser efetuada obrigatoriamente de forma eletrónica, a partir de 30 de novembro de 2013, através da aplicação informática disponibilizada pela SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E. P. E., (SPMS, E. P. E.). Para esse efeito, a SPMS, E. P. E., passou a disponibilizar às Instituições e Serviços integrados no SNS, uma aplicação de prescrição eletrónica de CRD integrada no novo sistema de prescrição eletrónica (PEM), que incorporava as normas de orientação clínica da DGS, relativas à prescrição de Oxigenoterapia, de Aerossolterapia por Sistemas de Nebulização e de Ventiloterapia e Outros Equipamentos. Determinou-se também que a prescrição inicial de CRD deveria ser efetuada por médicos com competência na área respetiva, em meio hospitalar, com acesso aos meios técnicos necessários à fundamentação da prescrição, salvo as exceções previstas nas Normas de Orientação Clínica publicadas pela DGS. As prescrições de continuidade de tratamento por sua vez seriam efetuadas no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), salvo as exceções previstas nas Normas de Orientação Clínica publicadas pela DGS. Assim, com exceção das situações previstas nas Normas de Orientação Clínicas da DGS, as prescrições iniciais serão da responsabilidade dos Hospitais e as de continuação da responsabilidade dos CSP.

O despacho anterior foi alterado posteriormente pelo **Despacho n.º 15967/2013,** passando a ter a seguinte redação: «1 - A prescrição de Cuidados Respiratórios Domiciliários (CRD) é efetuada obrigatoriamente de forma eletrónica, a partir de 30 de março de 2014, através da aplicação informática disponibilizada pela SPMS-Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E., (SPMS, EPE.). 2 - Para efeitos do disposto no número anterior a SPMS,EPE disponibiliza às instituições e Serviços integrados no Serviço Nacional de Saúde (SNS), a partir de 1 de janeiro de 2014, uma aplicação de prescrição eletrónica de CRD integrada no novo sistema de prescrição eletrónica (PEM), que incorpora as normas de orientação clínica da Direção Geral de Saúde (DGS), relativas à prescrição de Oxigenoterapia, de Aerossolterapia por Sistemas de Nebulização e de Ventiloterapia e Outros Equipamentos.»

O **Despacho n.º 9405/2014** estabeleceu o Regulamento Geral de prescrição e faturação de Cuidados Respiratórios Domiciliários no âmbito do SNS, com entrada em vigor a partir de 1 de Setembro de 2014. Definiu também que a prescrição e sua renovação, durante um período transitório de 120 dias, seriam efetuadas, única e exclusivamente, através da aplicação informática PEM — CRD ou através do formulário eletrónico disponibilizado pela DGS.

O **Despacho n.º 9483/2014** publicou o Catálogo de Aprovisionamento Público da Saúde do Concurso 2013/100 e tornou obrigatória que a aquisição de CRD, se passasse a fazer ao abrigo dos CPA constantes do Anexo do referido Despacho, para as Instituições e Serviços do SNS. Foi também determinada a reativação e alteração da composição de uma comissão de acompanhamento, com objetivos de auditoria ao processo. Estabeleceu-se também que nos casos em que se verifique indisponibilidade da plataforma informática, se deverá utilizar o formulário de prescrição manual, a descarregar do sítio da internet da DGS ficando o médico obrigado à sua introdução no sistema de informação num prazo máximo de 72h, de forma a garantir cabalmente a centralização eletrónica da informação.

3. Funcionalidades da PEM - CRD

A PEM-CRD disponibiliza funcionalidades que permitem a prescrição eletrónica de CRD, garantindo a aplicação das regras e normas da DGS em vigor. Nesse módulo estão disponíveis as prescrições de Oxigenoterapia, Ventiloterapia e Aerossolterapia e a prescrição de Outros Equipamentos. Adicionalmente, permite a gestão dos dados clínicos do utente: avaliação clínica, diagnósticos e exames, consulta, renovação, modificação e anulação de receitas do utente. Este sistema apoia o prescritor na sua decisão clínica e contribui para uma prescrição mais fiável e racional.

Apresenta as seguintes possibilidades de prescrição de acordo com o histórico de prescrição de CRD, do utente:

- Prescrição inicial que se refere à primeira prescrição de CRD a um utente.

- Prescrição de continuação que corresponde à renovação de um tratamento que já conste nas prescrições anteriores do utente

- Prescrição de modificação que corresponde à emissão de novas receitas tendo em conta alterações nos parâmetros anteriormente introduzidos e anula as prescrições modificadas.

4. Evolução das prescrições PEM – CRD

Até 1 de Dezembro de 2014 foram emitidas 982 479 prescrições PEM-CRD correspondentes a 102 156 utentes em carga no sistema.

Para análise da evolução das práticas nacionais de PEM-CRD, passaremos a analisar as referidas prescrições em 3 momentos: em Janeiro de 2014, altura em que a referida prescrição se tornou obrigatória, Abril de 2014 e finalmente em Setembro de 2014, após nove meses da sua implementação.

Quadro 1- Tipo de prescrição PEM-CRD

	Janeiro	Abril	Setembro
Inicial	25285	58618	45658
Continuação	5228	25569	67673
Modificação	150	1244	2817
Total	30663	85431	116148

Conforme se pode constatar da análise do Quadro 1, de Janeiro a Setembro as prescrições quadruplicaram, a nível nacional, havendo tendência para o aumento das prescrições de continuidade em detrimento das prescrições iniciais, como seria expectável devido ao efeito cumulativo dos doentes em carga.

Quadro 2. Evolução do Total de Prescrições PEM-CRD

	Janeiro	Abril	Setembro
ARS Norte	17211	37380	46804
ARS Centro	3074	18011	23957
ARS LVT	8079	23390	36697
ARS Alentejo	1242	4569	6202
ARS Algarve	1057	2081	2488
ARS Total	30663	85431	116148

No que se refere à globalidade das prescrições distribuídas por região de saúde, a região que se destaca pelo volume de prescrições é a ARS Norte, seguindo-se-lhe a ARS de Lisboa e Vale do Tejo (LVT) e a ARS Centro (Quadro 2). As regiões do Alentejo e Algarve são as que apresentam menor volume de prescrições por ordem de frequência.

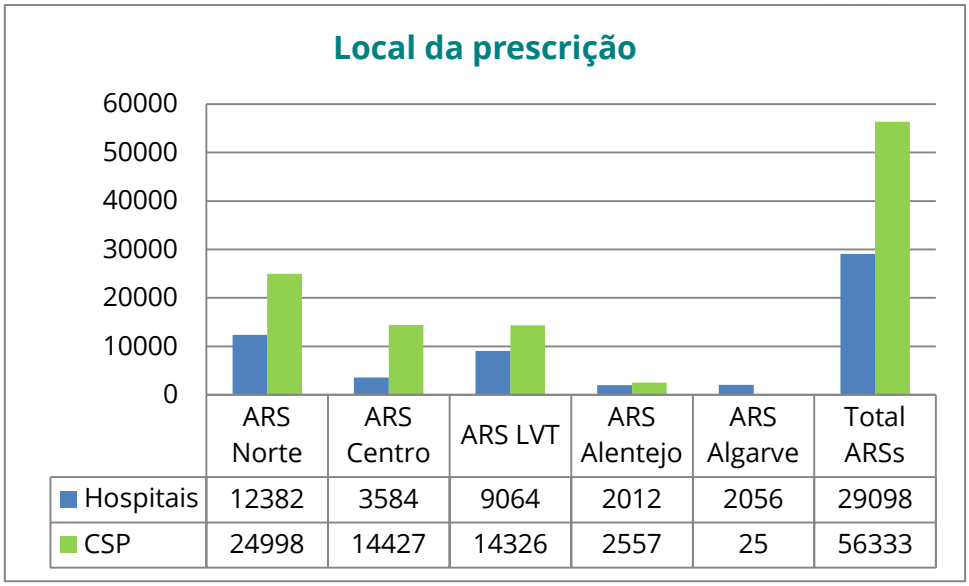


Figura 1. Local de prescrição PEM-CRD por região (mês de Abril)

CSP- Cuidados de Súude Primários

Quanto ao local de prescrição (figura1), os CSP são o local de maior prescrição, atendendo a que, de acordo com a legislação em vigor, apenas as prescrições iniciais são de âmbito hospitalar. Excetua-se a região do Algarve, onde historicamente todas as prescrições de CRD eram efetuadas a nível de especialidades hospitalares, pelo que presentemente se encontram em regime de transição, no que diz respeito à passagem das prescrições de continuação para os CSP.

No que se refere ao tipo de tratamento prescrito (Quadro 3 e figura 2), a Ventiloterapia é o tratamento mais prescrito com uma frequência de 63% na globalidade das prescrições, sendo o CPAP e o AutoCPAP, as modalidades mais frequentes.

Quadro 3. Prescrições PEM-CRD por região e tipo de tratamento (mês de abril)

	Ventiloterapia	**Oxigenoterapia**	**Aerossolterapia**	**Equipamentos**
ARS Norte	20837	11004	4741	798
ARS Centro	13203	4035	717	56
ARS LVT	16962	5479	620	280
ARS Alentejo	1414	984	156	0

ARS Algarve	1754	241	19	67
Total ARSs	54170	21743	6253	1201

Relativamente à prescrição de aerossolterapia, a região Norte destaca-se pela negativa, com excesso de prescrição à luz da NOC respetiva (6). Com a nova versão PEM-CRD, prevê-se um decréscimo deste tipo de tratamento, por ter de obedecer a regras de prescrição estritas e definidas em conformidade com a respetiva norma da DGS em vigor.

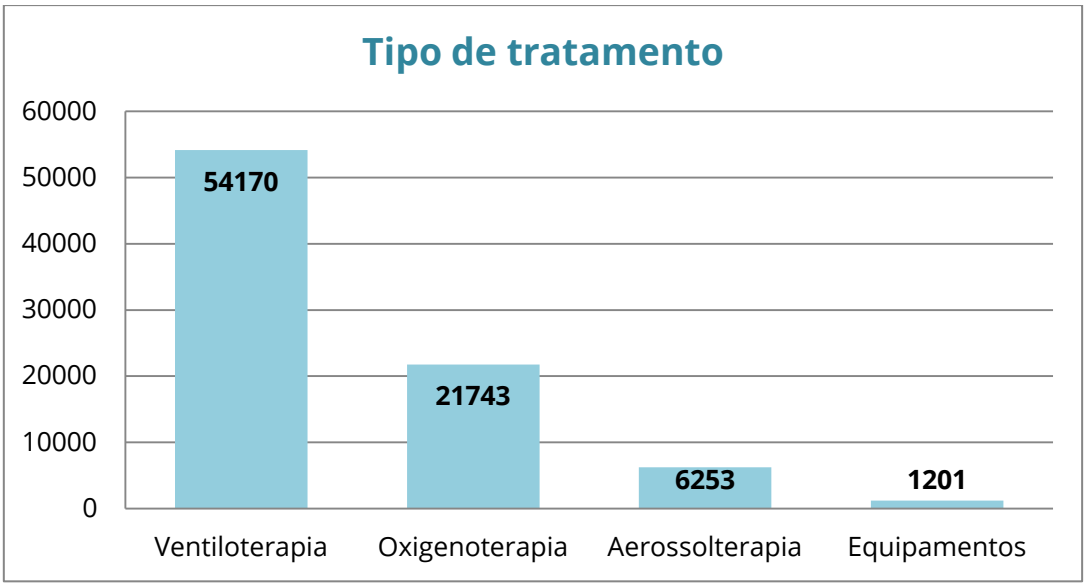


Figura 2. Prescrições PEM-CRD por tipo de tratamento (mês de Abril)

Os mesmos comentários se aplicam à prescrição de equipamentos na modalidade aspiradores de secreções (Figura 3), que correspondem a mais de 50% das prescrições de equipamentos e onde também se constata um maior volume de prescrições na região Norte. Para esta modalidade de CRD, projeta-se um decréscimo acentuado, uma vez que de acordo com a NOC respetiva (5), este tipo de tratamento fica restrito apenas ao âmbito hospitalar.

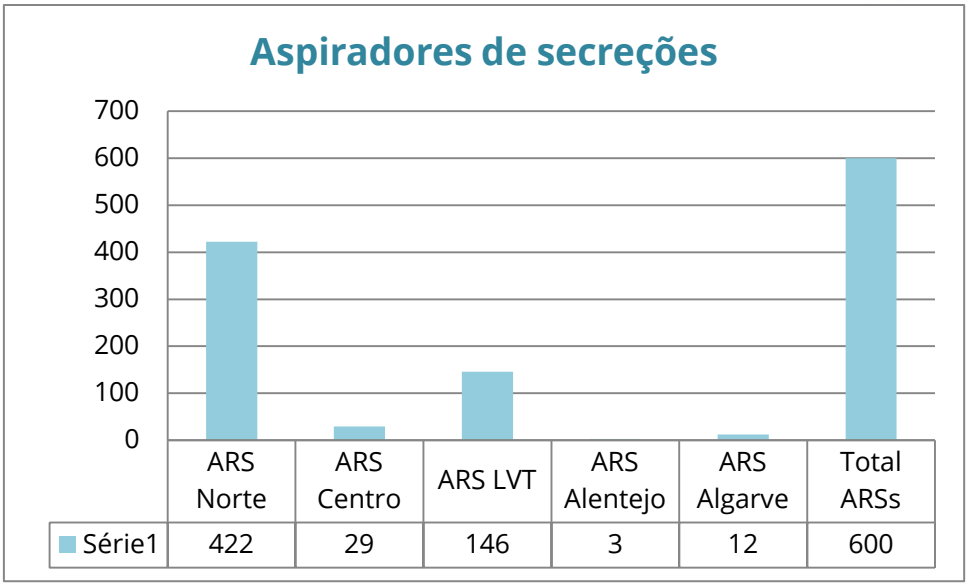


Figura 3. Prescrições de aspiradores de secreções, a nível nacional (mês de Abril)

Relativamente ao ajustamento das prescrições PEM-CRD às boas práticas definidas pelas NOC vigentes, a evolução das diversas versões da PEM-CRD têm-se dado no sentido de condicionar progressivamente mais a prescrição à adoção de boas práticas. Efetivamente a última versão passou até mesmo a incluir um sistema de suporte à prescrição, que orienta os médicos nesta tarefa. Assim, em caso de prescrição não conforme a NOC da DGS, surge uma orientação de boa prática e um alerta de necessidade de justificação caso se mantenham os parâmetros de prescrição. No Quadro 4 apresenta-se a evolução das prescrições com necessidade de justificação por discordância da respetiva NOC. No momento atual, e após a instalação de nova versão (a partir de 1.12.2014) a sua percentagem aumentou variando entre os 21% e 29,5 % das prescrições. Este dado é interpretado como uma maior exigência desta nova versão no que diz respeito ao rigor de concordância com o que é considerado boa prática à luz das NOC, mas é possível que as elevadas percentagens de justificação sejam também um reflexo de alguma, ainda, deficiente adaptação dos médicos prescritores a esta ferramenta eletrónica e às respetivas atualizações.

Quadro 4.Percentagem de prescrições, por tipo de tratamento com justificação por discordância da NOC (* período após instalação da última versão PEM-CRD)

	01-01-2014 a 30-11-2014	01-12-2014 a 21-12-2014*
Aerossolterapia	5,24%	29,50%
Equipamentos	9,63%	0,00%
Oxigenoterapia	10,24%	27,66%
Ventiloterapia	4,54%	21,33%

No que concerne ao volume de prescrições em papel através dos formulários da DGS, não nos é possível avançar com números antes da sua apresentação, pelas empresas fornecedoras de CRD, para efeitos de faturação. Este aspeto demonstra mais uma vez a fragilidade da prescrição em papel, que traduzindo a realidade nacional anterior à era PEM-CRD, impossibilitava o real conhecimento da situação limitando e condicionando por isso, as políticas de saúde nesta área.

5. Conclusões

Constata-se um aumento progressivo no número de prescrições PEM-CRD e em todas as regiões de saúde. A tendência será para a estabilização progressiva do número de utentes sob CRD, com uma evolução previsível no sentido do aumento das prescrições de continuação a nível dos CSP, em detrimento das prescrições hospitalares.

Face ao elevado número de prescrições com justificação e portanto com violação às normas de orientação clínica coloca-se a necessidade de monitorização com auditoriado processo, pela comissão de acompanhamento, dando assim cumprimento à legislação em vigor.

Finalmente como aspeto mais relevante conclui-se que a PEM-CRD constitui uma importante reforma a nível dos CRD, com repercussões em todas as fases do processo de prescrição de CRD, promovendo as boas práticas e possibilitando assim a tomada de medidas que garantam a sustentabilidade futura deste tipo de cuidados de saúde.

Referências Bibliográficas

1. Fonseca Antunes, Cristina Bárbara, Elisabete Melo Gomes. Programa Nacional para as Doenças Respiratórias. DGS 2012.
2. Comissão Nacional para os Cuidados Respiratórios Domiciliários. Relatório de Situação de Cuidados de Saúde Respiratórios Domiciliários. ACSS 2010.
3. Comissão Nacional para os Cuidados Respiratórios Domiciliários. Boas práticas em cuidados respiratórios domiciliários. ACSS 2011.
4. Comissão Nacional para os Cuidados Respiratórios Domiciliários. Circuitos, Suportes e Gestão de Informação em Cuidados de Saúde Respiratórios Domiciliários. ACSS 2011.

5. Elsa Soares Jara, Ana Marques, Carlos Silva Vaz, António de Sousa Uva, Cândido Matos Campos, Celeste Barreto, Cristina Bárbara, Isabel Castelão, Joaquim Moita, Paula Pinto, Paula Simão, Sofia Mariz. Cuidados Respiratórios Domiciliários: Prescrição de Ventiloterapia e Outros Equipamentos. Norma nº 021/2011 de 28/09/2011 (atualizada a 05/03/2013).DGS 2013.
6. Elsa Soares Jara, Ana Marques, Carlos Silva Vaz, António de Sousa Uva, Cândido Matos Campos, Celeste Barreto, Cristina Bárbara, Isabel Castelão, Joaquim Moita, Paula Pinto, Paula Simão, Sofia Mariz. Cuidados Respiratórios Domiciliários: Cuidados Respiratórios Domiciliários: Prescrição de Aerossolterapia por Sistemas de Nebulização . Norma nº 022/2011 de 28/09/2011 (atualizada a 05/03/2013).DGS 2013.
7. Elsa Soares Jara, Ana Marques, Carlos Silva Vaz, António de Sousa Uva, Cândido Matos Campos, Celeste Barreto, Cristina Bárbara, Isabel Castelão, Joaquim Moita, Paula Pinto, Paula Simão, Sofia Mariz. Cuidados Respiratórios Domiciliários: Cuidados Respiratórios Domiciliários: Prescrição de Oxigenoterapia. Norma nº 022/2011 de 28/09/2011 (atualizada a 12/02/2013).DGS 2013.

DGS desde 1899
Direção-Geral da Saúde

Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049-005 Lisboa - Portugal
Tel: +351 21 843 05 00
Fax: +351 21 843 05 30
E-mail: geral@dgs.pt