

Diretrizes Nacionais de Doenças Respiratórias usadas pela Atenção Primária

Introdução

Em maio e junho de 2013, o IPCRG mapeou as diretrizes clínicas utilizadas pela atenção primária em seus países membros para as condições pulmonares crônicas comumente encontradas na atenção básica: doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), asma, rinite alérgica, pneumonia adquirida pela comunidade (PAC), apneia obstrutiva do sono (AOS) e dependência do tabaco.

O mapeamento coletou informações sobre diretrizes respiratórias clínicas em nível nacional (denominadas diretrizes nacionais) utilizadas pela atenção primária para essas condições e quais delas envolveram a atenção primária em seu desenvolvimento. O objetivo geral do mapeamento é fornecer um recurso na plataforma web do IPCRG que permita aos membros do país compartilhar informações e aprender sobre as diretrizes nacionais de forma fácil e rápida. O IPCRG prevê que também será útil para os planejadores de saúde desenvolverem planos de ação nacionais para doenças pulmonares crônicas, pois reúne, pela primeira vez, informações sobre diretrizes atualmente em uso em uma ampla variedade de países. Para garantir que esse recurso permaneça relevante e útil, ele será atualizado à medida que novas informações estiverem disponíveis e novos países forem adicionados. Este artigo fornece um resumo das principais características das diretrizes incluídas no mapeamento de junho de 2013.

Mais detalhes de todas as diretrizes nacionais identificadas pelos membros podem ser encontrados em:

<https://www.ipcrg.org/display/ResMapping/Mapping+of+national+guidelines+used+by+primary+care>. A metodologia utilizada para o mapeamento é descrita em:

<https://www.ipcrg.org/display/ResMapping/How+the+mapping+was+developed>.

A importância da Atenção Primária à Saúde e as Diretrizes Nacionais

A importância da Atenção Primária no Sistema de Saúde e seu valor econômico tem sido totalmente descrito na literatura de pesquisa.¹² O IPCRG resumiu a extensa evidência de que a atenção primária tem um papel fundamental a desempenhar na gestão da crescente carga global de doenças pulmonares crônicas por meio da prevenção, educação e

gerenciamento de doenças.³ Ressaltamos também que as diretrizes clínicas, definidas pelo Institute of Medicine como “declarações sistematicamente desenvolvidas para auxiliar nas decisões de médicos e pacientes sobre cuidados de saúde apropriados para circunstâncias clínicas específicas”, são uma ferramenta essencial para permitir que a atenção primária cumpra seu papel de forma eficaz.⁴ As diretrizes clínicas buscam melhorar a qualidade dos cuidados de saúde, reduzir variações inadequadas na prática clínica e apoiar a educação dos profissionais de saúde. Elas também são usadas pelos pacientes para aumentar a compreensão de uma condição, melhorar o autogerenciamento e informar a tomada de decisões.

As diretrizes clínicas desenvolvidas em nível nacional são capazes de levar em conta fatores contextuais, como fatores epidemiológicos, demográficos, políticos e econômicos, que as diretrizes internacionais não podem. É importante ressaltar que as diretrizes nacionais podem ser elaboradas para refletir a configuração específica dos serviços de saúde em um país, incluindo a distribuição e recursos da atenção primária. Elas também podem atender às necessidades específicas de saúde de grupos populacionais, como minorias étnicas, e levar em conta questões culturais. Além disso, podem incluir fatores clínicos específicos do país.

Países incluídos no mapeamento

Este mapeamento incluiu os seguintes 21 países:

- Austrália
- Bangladesh
- Canadá
- Chile
- Chipre
- Cingapura
- Espanha
- Grécia
- Índia
- Irlanda
- Itália
- Holanda
- Nova Zelândia
- Noruega
- Paquistão
- Polônia
- Portugal
- Reino Unido

- Sri Lanka
- Suécia
- Vietnã

Quantas diretrizes nacionais encontramos?

Nesses 21 países, identificamos um total de 70 diretrizes nacionais que foram usadas pela atenção primária para DPOC, asma, rinite alérgica, PAC, AOS e apoio para parar de fumar. Além disso, outras 12 diretrizes nacionais foram planejadas ou estão sendo desenvolvidas. A Figura 1 apresenta o número de países participantes com diretrizes nacionais em vigor ou planejadas para cada condição e o número sem diretrizes nacionais em vigor ou planejadas.

Havia diretrizes nacionais para todas as seis condições em três países participantes (14%) e três não tinham diretrizes nacionais para nenhum desses tópicos (14%). A Figura 2 abaixo mostra quantas diretrizes nacionais para as seis condições estavam em vigor. O número médio de diretrizes nacionais por país foi de 3,3.

Diretrizes internacionais

Diretrizes internacionais foram usadas em muitos países participantes. Nos países com diretrizes nacionais em vigor, as diretrizes internacionais eram frequentemente usadas para informar essas diretrizes ou para complementá-las. Em países onde não havia diretrizes nacionais, as diretrizes internacionais às vezes eram usadas na

Figura 1. Número de países participantes com diretrizes nacionais (DNs) em vigor ou planejadas

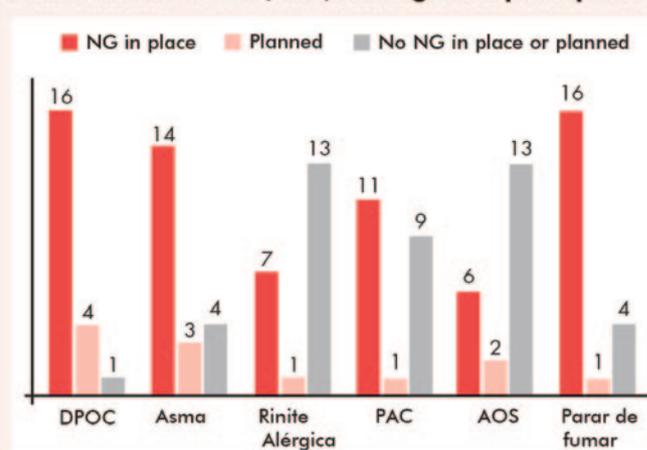


Figura 2. O número de países participantes (n=21) com o número de condições para as quais as diretrizes nacionais estão em vigor

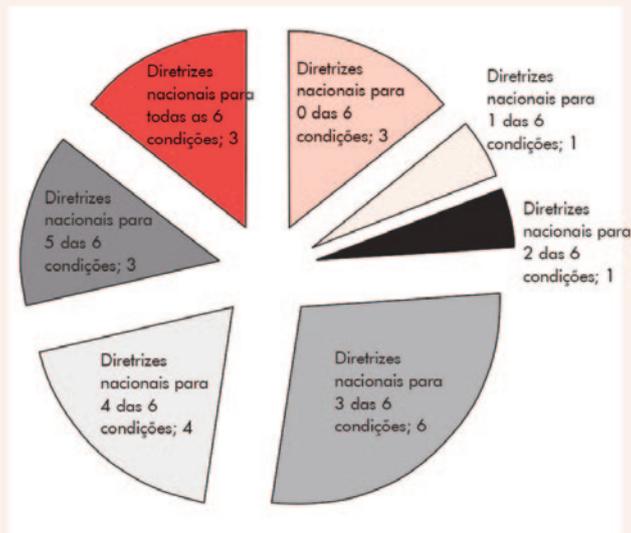


Tabela 1. Diretrizes especialmente desenvolvidas para uso na atenção primária

TÓPICO	Nº DE DIRETRIZES	Nº (%) DESENVOLVIDOS PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA
DPOC	16	3 (19%)
Asma	14	3 (21%)
Rinite Alérgica	7	3 (43%)
PAC	11	3 (27%)
AOS	6	2 (33%)
Parar de fumar	16	5 (31%)

prática da atenção primária e na educação da atenção primária. O número de países participantes usando diretrizes internacionais para cada tópico é dado na figura 3. As diretrizes internacionais mais citadas pelos entrevistados foram GOLD para DPOC, GINA para asma e ARIA para rinite alérgica.

Envolvimento da atenção primária nas diretrizes nacionais

Os membros do IPCRG enfatizaram que as ferramentas eficazes para a atenção primária precisam ser simples e pragmáticas.^{5,6} Além disso, é crucial que sejam desenvolvidos com a contribuição de profissionais da atenção primária para garantir que sejam relevantes e úteis. Como mostra a tabela 1, a maioria das diretrizes nacionais identificadas por meio do mapeamento não foi projetada especificamente para uso na atenção primária.

À medida que os modelos de atenção integrada se tornam mais predominantes, são apropriadas as diretrizes que incluem

Também é essencial que os profissionais da atenção primária sejam engajados para desenvolver as seções direcionadas a eles para garantir que sejam relevantes e úteis.

Portanto, fomos encorajados a ver que os representantes da atenção primária estiveram envolvidos no desenvolvimento de 50% a 86% das diretrizes identificadas, embora não houvesse informações suficientes para determinar quão extenso ou significativo era esse envolvimento. Também ficamos satisfeitos que as organizações membros nacionais do IPCRG estiveram envolvidas no desenvolvimento de 17% a 64% das diretrizes nacionais. Essas informações estão resumidas na figura 4.

O papel das evidências

As diretrizes clínicas destinam-se a garantir que a prática clínica seja baseada em evidências. Portanto, diretrizes eficazes devem ser baseadas em evidências robustas.⁷ Os membros do IPCRG enfatizaram que as ferramentas para a atenção primária

precisam incorporar evidências da própria atenção primária, que se relacionam com populações da vida real, suas multimorbidades esperadas e comportamentos de uso de serviços.^{5,6} Os participantes do mapeamento relataram que metodologias baseadas em evidências foram usadas para informar o desenvolvimento de entre seis de 16 (38%) e quatro de seis (67%) das diretrizes nacionais usadas na atenção primária. O tópico para o qual uma metodologia baseada em evidências foi mais provável de ser identificada foi AOS e o tópico para o qual foi menos provável de ser identificado foi parar de fumar. Essas informações estão resumidas na figura 5. As metodologias baseadas em evidências mais citadas foram AGREE e GRADE.

Implementação de diretrizes nacionais

Como parte do mapeamento, pedimos aos entrevistados que nos falassem sobre mecanismos e incentivos para incentivar os profissionais de atenção primária a implementar as diretrizes nacionais. Tais incentivos não foram identificados como estando em vigor para a maioria das diretrizes. É provável que isso tenha um impacto negativo em sua eficácia. Os incentivos para a implementação eram mais prováveis para DPOC e asma. A Figura 6 fornece mais informações. Os incentivos mais citados foram auditoria e pagamento. Também pedimos aos entrevistados que nos falassem sobre qualquer pesquisa publicada

Figura 3. Número de países participantes usando diretrizes internacionais (DI), bem como ou em vez de diretrizes nacionais (DN)

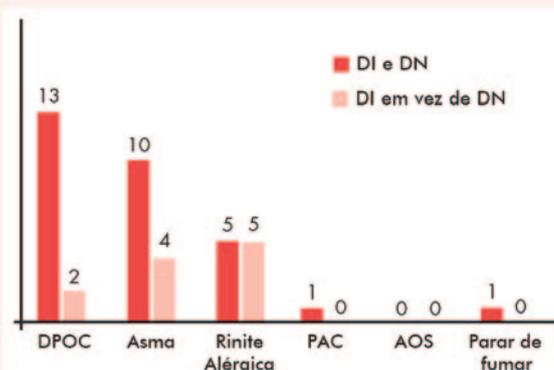


Figura 4. Número de países participantes com diretrizes nacionais (DNs) desenvolvidas com envolvimento identificado da atenção primária (AP) e do IPCRG

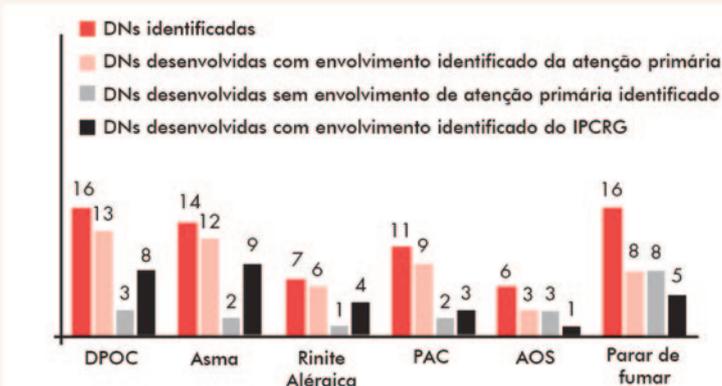


Figura 5. Número de países participantes com diretrizes nacionais (DNs) para cada condição desenvolvida usando metodologia baseada em evidências identificadas

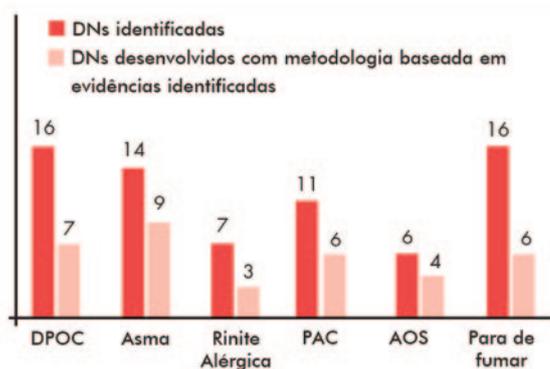
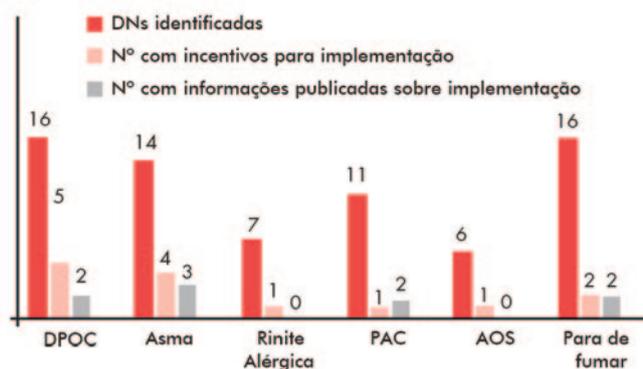


Figura 6. Número de países participantes com diretrizes nacionais (DNs) para cada condição com incentivos e informações publicadas sobre implementação identificados



sobre a implementação de diretrizes nacionais. Tal pesquisa foi identificada para um total de apenas nove diretrizes nacionais. Isso apoia muito a Declaração de Necessidades de Pesquisa do IPCRG, que conclui que “existem diretrizes internacionais e nacionais, mas há pouca evidência sobre as melhores estratégias para implementar recomendações”.

Conclusão

As diretrizes nacionais são ferramentas importantes no apoio à atenção primária para o gerenciamento eficaz da doença pulmonar crônica. Nos 21 países participantes, o mapeamento identificou um total de 70 diretrizes nacionais que foram usadas pela atenção primária para abordar DPOC, asma, rinite alérgica, PAC, AOS e dependência de tabaco e outras 12 foram planejadas. O número médio de diretrizes nacionais por país foi de 3,3. Os representantes da atenção primária estiveram envolvidos de alguma forma no desenvolvimento da maioria das diretrizes. O mapeamento não foi projetado para avaliar a qualidade das diretrizes nacionais. No entanto, é notável que, para muitas diretrizes, os entrevistados não conseguiram identificar se uma metodologia baseada em evidências foi usada. Não foram identificados incentivos para implementação para a maioria das diretrizes. Também houve muito pouca pesquisa sobre a implementação de diretrizes. Isso salienta a relevância contínua das prioridades identificadas na Declaração de Necessidades de Pesquisa do IPCRG.

Recomendações

1. Cada país deve ter um plano de ação nacional que descreva o papel da atenção primária em doenças respiratórias crônicas, incluindo DPOC, asma, rinite alérgica, dependência de tabaco e, com o tempo, pneumonia adquirida na comunidade e apneia obstrutiva do sono.
2. Este plano de ação nacional deve incluir diretrizes clínicas relevantes para a atenção primária naquele país, baseadas em evidências de populações da vida real com suas multimorbidades e comportamentos de uso de serviços esperados. As diretrizes devem encorajar a mesma prática para as mesmas intervenções por médicos de família ou profissionais alternativos de cuidados primários assim como por profissionais de base hospitalar para garantir cuidados coordenados.
3. Quando ausente, os planejadores podem usar as diretrizes nacionais identificadas pelo IPCRG como ponto de partida para desenvolver tais diretrizes clínicas como parte dos planos de ação nacionais.
4. Aplicar o princípio de “nada sobre mim sem mim” ao desenvolver planos de ação nacionais e diretrizes clínicas.⁸ Isso significa que os profissionais da atenção primária precisam estar envolvidos no desenvolvimento de diretrizes que requerem ação da atenção primária. Isso também significa que os pacientes precisam ser envolvidos.

5. Todo plano de ação nacional precisa incluir um plano de implementação que estabeleça mecanismos que encorajem os médicos a fazer a coisa “certa” (alocando recursos onde haveria mais benefícios) e a fazê-la “certo” (usando habilidades técnicas apropriadas e consistentes). Esses planos precisam ser seguidos para monitorar a eficácia com que as diretrizes clínicas são implementadas.

Referências

1. The World health report 2008, Primary health care – Now more than ever. Available at: <http://www.who.int/whr/2008/en/index.html>
2. The European Health Observatory. Available at: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Health-systems/primary-health-care/policy>
3. Position Paper 1, Primary care and chronic lung disease. IPCRG. 2011. Available at: <http://www.theipcr.org/display/RES/POSITION+PAPER+1+Primary+care+and+chronic+lung+disease>
4. Lohr KN. Institute of Medicine activities related to the development of practical guidelines. Journal of Dental Education 1990;54(11):699–704.
5. Pinnock H, Thomas M, Tsiligianni I, Lisspers K, Ostrem A, Stallberg B, Yusuf O, Ryan D, Buffels J, Cals JWJ, Chavannes NH, Henrichsen SH, Langhammer A, Latysheva E, Lionis C, Litt J, van der Molen T, Zwar N, Williams S. The International Primary Care Respiratory Group (IPCRG) Research Needs Statement 2010. Prim Care Respir J 2010;19 (Suppl 1): S1-S20. <http://dx.doi.org/10.4104/pcrj.2010.00021>
6. Pinnock H, Østrem A, Rodriguez MR, Ryan D, Stållberg B, Thomas M, Tsiligianni I, Williams S, Yusuf O. Prioritising the respiratory research needs of primary care: the International Primary Care Respiratory Group (IPCRG) e-Delphi exercise. Prim Care Respir J 2012 Mar;21(1):19-27. doi: 10.4104/pcrj.2012.00006.
7. Legido-Quigley H, Panteli, D, Brusamento, S, Knai, C, Saliba, V, Turk, E Meritxell Solé, Augustin, U, Carc, J, McKea, M, Busse, R. Clinical guidelines in the European Union: Mapping the regulatory basis, development, quality control, implementation and evaluation across member states. Health Policy 107 (2012): 146-156.
8. Delbanco T, Berwick DM, Boufford JI, et al. Healthcare in a land called People Power: nothing about me without me. Health Expect 2001;4(3):144-150.

Autores: **Liza Cragg, Siân Williams**
 Data de publicação: **julho de 2013**
 Revisores: **Miguel Roman Rodriguez, Jaime C de Sousa**
 Editor do IPCRG: **Professora Hilary Pinnock**

www.ipcr.org



Licença criativa Commons Atribuição de Licença-Não-Comercial-Compartilhar

O IPCRG é uma instituição de caridade registrada (SC nº 035056) e uma sociedade limitada por garantia (Sociedade nº 256268) Escritórios registrados: International Primary Care Respiratory Group, 4th Floor, 115 George Street, Edimburgo, Escócia, EH2 4JN.