

Gestão integrada da doença: uma abordagem experimental de gestão em saúde

ANA ESCOVAL
ANABELA COELHO
JOSÉ ALEXANDRE DINIZ
MIGUEL RODRIGUES
FILIPA MOREIRA
PAULO ESPIGA

Os sistemas de saúde deparam-se, actualmente, com novos paradigmas, ao nível da qualidade da prestação de cuidados de saúde, bem como no que se refere à necessidade de controlo dos custos com o sector da saúde, obrigando as organizações a adaptarem-se por forma a fornecerem a resposta mais adequada às crescentes necessidades dos indivíduos.

O reconhecimento desta realidade tem levado os governos de muitos países a definir políticas orientadas para proble-

mas de saúde específicos e a adoptar estratégias de intervenção que privilegiam uma abordagem integrada com o objectivo de melhorarem progressivamente o nível de saúde das populações, a qualidade dos cuidados prestados e a eficiência na utilização de recursos.

Em Portugal, a aplicação dos princípios que estiveram na base dos modelos de gestão da doença, deu origem ao modelo experimental de Gestão Integrada da Doença, que incorpora a gestão clínica da doença, centrada no doente, com especial enfoque na sua autogestão e na clarificação das melhores práticas profissionais, visando a sua uniformização; a reorganização do modelo de prestação de cuidados, com a criação de Centros de Elevada Diferenciação e Centros de Tratamento, com especiais preocupações no que concerne à orientação do doente no sistema para que os cuidados lhe seja ministrados no nível mais adequado; um modelo de financiamento específico, indexado aos resultados, que reflecta a adopção das melhores práticas; um sistema de informação que permita a monitorização e avaliação constante deste processo.

O desenvolvimento deste modelo organizacional tem-se revelado como uma estratégia inovadora e como uma ferramenta de elevado potencial para a melhoria da prestação de cuidados de saúde e para a promoção de uma maior efectividade e eficiência, tal como poderá, ainda, constituir-se como um veículo, importante e permanente, de informação de apoio à decisão em Saúde.

Este modelo visa, no fundo, promover uma acção concertada no sentido da obtenção de uma intervenção precisa, através da mobilização de recursos adequados, que permitam uma melhoria do estado de saúde, da qualidade de vida e do bem-estar global dos doentes. Esta abordagem

□

Ana Escoval é economista, administradora hospitalar no Centro Hospitalar Lisboa Norte, professora convidada na Escola Nacional de Saúde Pública/UNL. Coordenadora, em Portugal, do Gabinete HOPE — Federação dos Hospitais da União Europeia e da Federação Internacional dos Hospitais (FIH). Presidente da Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar. É ainda investigadora fundadora do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS).

Anabela Coelho é dirigente de Gestão Integrada da Doença & Inovação na Direcção-Geral da Saúde.

José Alexandre Diniz é médico e director do Departamento da Qualidade na Saúde, da Direcção-Geral de Saúde.

Miguel Rodrigues é administrador hospitalar na Divisão de Gestão Integrada da Doença, da Direcção-Geral da Saúde.

Filipa Moreira exerce funções na Unidade Operacional de Financiamento e Contratualização da Administração Central do Sistema de Saúde, IP, na área da Gestão Integrada da Doença.

Paulo Espiga é administrador hospitalar e director executivo do Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Litoral.

Entregue em Fevereiro de 2009

passa pela colaboração e coordenação dos diferentes níveis de prestação de cuidados, no sentido de oferecerem cuidados integrados de saúde, com níveis de qualidade elevados em termos de prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e acompanhamento.

Palavras-chave: gestão integrada da doença; gestão da doença; preço compreensivo; sistema de informação; gestão clínica; organização dos cuidados.

1. Introdução

Os processos de industrialização, o urbanismo, o desenvolvimento económico e a globalização alimentar fazem parte do progresso da sociedade. No entanto, esta evolução tem conduzido a alterações significativas ao nível dos estilos de vida adoptados, particularmente nas dietas alimentares, aumento dos hábitos sedentários e crescimento do consumo do tabaco (Portugal. Ministério da Saúde. Portal da Saúde, 2005).

A sociedade ocidental tem registado alterações demográficas significativas, de entre as quais se destaca o envelhecimento progressivo da população e o aumento da esperança média de vida, bem como o aumento da incidência das doenças crónicas ou que produzem graus de incapacidade progressivamente elevados. A associação destes factores determina, com frequência, repetidas intervenções em todos os níveis de prestação de cuidados de saúde, com risco de diminuição da qualidade clínica e organizacional e aumento dos custos de forma exponencial, o que provoca grandes pressões sobre os sistemas de saúde.

Os sistemas de saúde deparam-se, assim, com novos paradigmas, tanto ao nível da qualidade da prestação de cuidados de saúde, como em relação à necessidade de controlo dos custos, obrigando as organizações a processos adaptativos que lhes permitam fornecer a resposta mais adequada às crescentes necessidades dos indivíduos.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) alertou para o facto de 60% do número total de mortes se dever a doenças crónicas, projectando, para 2005, um total de 35 milhões de óbitos por doença crónica, o que corresponde ao dobro dos causados por doenças infecciosas (OMS, 2005).

A magnitude deste problema, em termos de saúde pública, obriga à adopção de políticas de gestão dirigidas, orientadas, planificadas e integradas, partindo de estratégias bem claras e definidas, no sentido da obtenção de ganhos em saúde, melhoria da qualidade dos cuidados prestados e racionalização dos custos (Diniz, 2002).

Em alguns países, com destaque para os Estados Unidos da América, a resposta a estes desafios passou, em larga medida, pela adopção de modelos de gestão da doença (Krumholz, 2000).

Em Portugal, a aplicação dos princípios que estiveram na base dos modelos de gestão da doença adoptados internacionalmente deu origem ao modelo experimental de Gestão Integrada da Doença que, para além de uma gestão clínica da doença, incorpora, também, a reorganização do modelo de prestação de cuidados e um modelo de financiamento específico, assentes num sistema de informação que permite a monitorização e avaliação constante deste processo.

2. Contexto

Os sistemas de saúde e as instituições que os integram oferecem, habitualmente, tratamentos direccionados para os sinais e sintomas identificados, situação que ocorre em estádios mais avançados da doença, implicando custos muito elevados e condicionando a qualidade de vida dos doentes. Muito embora os benefícios da promoção da saúde e da prevenção da doença estejam há muito identificados, o investimento que os sistemas de saúde efectuem nesta componente continua a ser muito reduzido, quando comparado com o destinado ao diagnóstico e tratamento de patologias — cerca de 3% para os países da OCDE*.

De acordo com a OMS (2005), as doenças crónicas têm sido a maior causa de morte da última década e serão, claramente, a principal causa de incapacidade até ao ano 2020, estando os elevados custos com a saúde associados a um pequeno grupo de doentes, normalmente detentores de uma ou mais doenças crónicas.

Diversos autores reconhecem as doenças crónicas como sendo as patologias a abordar no âmbito da gestão da doença, por serem as mais complexas, de difícil gestão e as mais dispendiosas para o sistema de saúde, exigindo uma elevada afectação de recursos. A variação das práticas profissionais é de tal forma díspar, que a normalização da actuação clínica com base na evidência científica melhora significativamente os resultados em saúde e a racionalização dos recursos disponibilizados para determinada população (Norris *et al.*, 2003; UK. Department of Health, 2004; Nesse, 2000; Krumholz, 2000).

* European Commission — ICT for Health and i2010: Transforming the European Healthcare Landscape, Towards a strategy for ICT and Health, Luxemburgo, European Commission, 2006.

O termo «*disease management*» começou a se utilizar na década de 80, na Clínica Mayo, nos EUA, sem uma associação directa às doenças crónicas. Nesta altura, ponderava-se, única e exclusivamente, a redução de custos (Zitter, 1994, citado por Norris *et al.*, 2003).

As estratégias de gestão de doença, aplicadas às doenças crónicas, surgem durante os anos 90, num ambiente de insatisfação dos doentes relativamente aos cuidados de saúde prestados, que corresponde a um período de transição no sistema de oferta de serviços de saúde nos EUA, emergindo como panaceia que visava promover a sustentabilidade do sistema de saúde e a satisfação dos doentes.

Estes modelos de gestão da doença foram desenvolvidos, numa primeira instância, pelas entidades financiadoras e pela indústria farmacêutica com o principal objectivo de acrescentarem valor aos seus serviços. Identificaram os doentes crónicos com risco médio e elevado, tendo, posteriormente, oferecido serviços de educação e promoção de adesão terapêutica, bem como de adopção de estilos de vida mais saudáveis (Krumholz, 2000).

O termo gestão da doença entrou, assim, na linguagem corrente da área da saúde, sem a partilha do seu real sentido, uma vez que, no âmbito da revisão de literatura efectuada, foram encontradas inúmeras definições ou modelos. Esta heterogeneidade dificulta a comparação e a avaliação dos programas no que diz respeito aos resultados e/ou efectividade alcançados, bem como a identificação, concertada e fundamentada, das melhores políticas. Para além disso, aos modelos de cuidados centrados na gestão de caso, adoptados em cuidados multidisciplinares ou coordenados, tem sido, frequentemente, atribuída a designação de gestão da doença (Krumholz, 2000). A revisão de literatura demonstra, ainda, que o termo gestão da doença pode variar quanto ao foco de atenção, ao propósito, à profundidade e ao nível de intervenção (primário ou secundário), estando, ainda, claramente influenciado pelo perfil e perspectiva do autor (investigador, economista, clínico) (Norris *et al.*, 2003).

A *Disease Management Association of America* (USA. DMAA, 2005) define «*disease management*» como um sistema coordenado de intervenções de saúde e de comunicação, para e com a população, assegurando condições para que os esforços de desenvolvimento do auto-cuidado sejam significativos e consequentes.

Segundo a DMAA, a abordagem multidisciplinar das doenças crónicas deve iniciar-se com a identificação das populações que possuem determinada doença ou que possuem um risco acrescido de a contrair. O clínico deve sentir-se apoiado na relação que estabele-

ce com o utente, planeando os cuidados em conjunto, dando ênfase à prevenção de episódios agudos e de complicações, utilizando *guidelines* e avaliando os resultados clínicos e de qualidade de vida, de forma programada e regular.

Ao conceito de gestão da doença, como resultado da sua história, tem sido associada uma conotação depreciativa, relacionada com o *outsourcing* e a comercialização de serviços, com a redução de custos com a doença, centrada em resultados de curto prazo, totalmente descentrada do doente, do estado de saúde ou qualidade de vida das populações (Norris *et al.*, 2003).

Apesar das críticas e debilidades apontadas, a implementação de programas de gestão da doença tem sido capaz de aumentar e melhorar tanto os resultados em saúde como os resultados económicos, através de uma prática avançada, planeada, baseada na evidência e correctora de deficiências estruturais (Faulkner, 2003). É imprescindível identificar os doentes com risco mais elevado, pois é sobre a prevenção da doença que se obtêm os resultados mais desejáveis.

3. Enquadramento nacional

Os decisores de saúde nacionais têm revelado estar sensíveis a estas dinâmicas, registando-se uma preocupação crescente com a procura de respostas para as necessidades da população, que garantam a universalidade e equidade no acesso aos cuidados de saúde e que, ao mesmo tempo, permitam enfrentar as crescentes restrições orçamentais e de recursos. De acordo com Guterman (2005), a pressão sobre os gestores e prestadores de cuidados, decorrente de modelos de financiamento do sistema de saúde cada vez mais exigentes, tem vindo a aumentar a procura de novas formas de coordenação de cuidados, já que uma má gestão das doenças crónicas pode resultar num problema de saúde mais dispendioso do que aqueles que os sistemas de saúde poderão enfrentar. Na realidade, os doentes crónicos tendem a ter múltiplos contactos com o sistema de saúde, visitando diferentes prestadores nos vários níveis de cuidados, sem que, na realidade, nenhum monitorize ou acompanhe transversalmente a evolução da(s) sua(s) doença(s) (OECD, 2008). A transição entre os diferentes níveis de cuidados é, ainda, uma barreira importante e significativa com que os doentes se deparam constantemente.

Assim, de forma a atingir os objectivos de eficiência e qualidade, é fundamental que se desenvolvam estratégias de cooperação e colaboração entre os sectores social e da saúde, para que se obtenham cuidados com melhor custo eficiência (OECD, 2008).

Neste sentido e embora se tenham verificado alterações importantes nos últimos anos (em particular através da implementação da rede nacional de cuidados continuados integrados), deparamo-nos em Portugal, com uma estrutura de prestação de cuidados de saúde assente em duas redes, cuidados de saúde primários e hospitalares, que se pretendem complementares mas que ainda são essencialmente paralelas, com graves dificuldades de comunicação, centradas nos episódios de agudização da doença, pouco participadas pelos cidadãos e com formas de financiamento ainda pouco associadas aos resultados e pouco responsabilizantes.

Face a este cenário, geraram-se significativas resistências relativamente à implementação de «modelos tradicionais» de gestão da doença, caso estes não fossem enquadrados numa abordagem mais vasta, que integrasse as perspectivas clínica, organizacional, financeira e informacional, consideradas como essenciais para a concretização de uma acção mais eficiente e eficaz na gestão das doenças crónicas — Modelo de Gestão Integrada da Doença.

Para a OECD (2008), as populações de doentes a integrar nos modelos de gestão de doença devem incluir os doentes crónicos de maior risco e/ou os mais dispendiosos, nomeadamente os que têm insuficiência renal, doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) e insuficiência cardíaca. No questionário da OECD de 2006 (OECD, 2008), verificou-se que 52% dos países inquiridos têm programas de gestão da diabetes, 30% detêm programas de gestão do cancro e doenças do aparelho circulatório e 26% possui programas de gestão da DPOC.

Os indicadores de qualidade e os resultados clínicos, de acordo com Fireman, Bartlett e Selby (2004) e o *Department of Health* (2004), são substancialmente

melhorados em doenças como a diabetes, asma, DPOC, insuficiência cardíaca, depressão, artrite, cancro e SIDA, mas sem redução efectiva dos custos. Em Portugal, iniciou-se a aplicação do modelo experimental de Gestão Integrada da Doença em três patologias escolhidas por motivos de oportunidade: Insuficiência Renal Crónica, Obesidade e Esclerose Múltipla.

Por forma a sistematizar e hierarquizar as patologias a incluir, prioritariamente, em futuras aplicações do modelo de Gestão Integrada da Doença, recorreu-se a uma metodologia de análise qualitativa de dados — Painei *Delphi* — em que participaram peritos de reconhecido mérito, em representação das principais entidades intervenientes no sistema de saúde portugueses.

De acordo com o parecer consensualizado pelos peritos, as patologias identificadas são aquelas que se configuram como prioritárias em termos de uma acção estratégica, pois são as que apresentam, de forma mais significativa, possibilidade de uniformização das práticas dos profissionais, capacidade de coordenação de cuidados, magnitude epidemiológica, elevado peso orçamental, severidade da incapacidade, possibilidade de auto-controlo e precocidade da incapacidade (*Quadro I*).

4. Gestão da doença

A intervenção ao nível da gestão de cuidados, independentemente da sua natureza, da filosofia que está subjacente ao modelo adoptado e da abrangência do processo, deve ter sempre em consideração as condições/características da realidade concreta do campo de aplicação e suas especificidades, sob pena de os

Quadro I
Priorização das doenças a necessitar de uma acção estratégica

Número	Patologia
1	Diabetes
2	Insuficiência cardíaca
3	Hipertensão arterial
4	Asma
5	Doença pulmonar obstrutiva crónica
6	HIV/Sida
7	Cancro da mama feminino
8	Depressão
9	Cancro do colo rectal
10	Doenças reumáticas degenerativas

objectivos desejados não serem alcançados. A implementação do modelo de Gestão Integrada da Doença, que se tem vindo a desenvolver em Portugal, a título experimental numa primeira fase, não tem fugido a esta regra.

Trata-se de uma estratégia inovadora, que incorpora um conjunto de ferramentas com elevado potencial de melhoria dos cuidados de saúde, particularmente ao nível da efectividade da prestação e da eficiência alcançadas, podendo ainda vir a constituir-se como um veículo fundamental de informação de apoio à decisão em Saúde.

O modelo de Gestão Integrada da Doença, de âmbito mais lato do que o modelo tradicional de abordagem das doenças crónicas, prevê que os cuidados de saúde sejam prestados de forma integrada no *continuum* da doença, contemplando a prevenção de co-morbilidades e complicações numa população claramente identificada e acompanhada, onde a satisfação das suas necessidades de cuidados é efectivamente antecipada, em prol de objectivos e resultados de curto, médio e longo prazo (*Figura 1*).

A Gestão Integrada da Doença é, assim, uma abordagem organizada dos cuidados de saúde, pro-activa e centrada no doente, com o envolvimento de todos os níveis de cuidados e todos os intervenientes, nomeadamente doentes, populações de risco, prestadores de diferentes sectores, grupos de interesse e decisores políticos, ao longo de todas as fases de evolução da doença.

O modelo de Gestão Integrada da Doença pode, pois, definir-se como uma acção dirigida nos diferentes níveis de cuidados, que pretende ir ao encontro daquilo que alguns autores têm defendido como «abordagem global, integrada de cuidados e de finan-

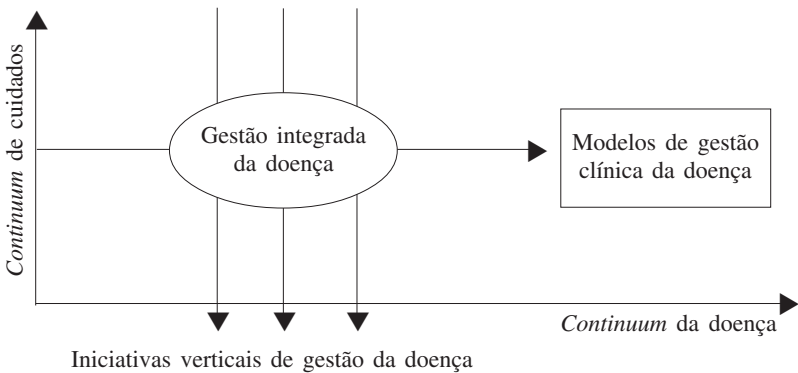
ciamento/pagamento, baseada na evolução natural da doença» (Todd, 2002).

Sendo certo que diferem consoante a patologia abordada, as áreas primordiais de intervenção deste modelo, que convergem no seu essencial, são:

- produção de informação e conhecimento relativos ao doente e à patologia;
- suporte à auto-gestão do doente — promover a participação activa, educação e capacitação do doente, no sentido de potenciar o seu nível de preparação para participar no processo de decisão e envolvimento na gestão clínica da doença e aumentar o grau de responsabilidade, individual e social, sobre a evolução da doença e qualidade de vida;
- produção de *guidelines*/normas de orientação clínica;
- programação dos cuidados;
- acesso a fármacos e meios indispensáveis de auto-vigilância;
- acesso melhorado a serviços — articulação entre os diferentes níveis de cuidados — desenvolvendo, como sua *core-competencies*, a continuidade, investigação, mensuração, monitorização e promoção da melhoria da qualidade dos cuidados;
- financiamento ajustado e indexado aos resultados.

De acordo com a OECD (2007), para se alcançarem desempenhos consistentes dos sistemas de saúde através destas abordagens de Gestão Integrada da Doença, as intervenções de coordenação de cuidados devem ser potenciadas e os cuidados centrados no doente, ou seja, devem substituir-se os cuidados dis-

Figura 1
Gestão integrada da doença na organização do sistema de saúde



pendiosos, reactivos e não planeados por cuidados efectivos, antecipatórios e equitativos.

O reconhecimento crescente de que a extensão e qualidade dos resultados em saúde não depende em exclusivo da intervenção da equipa e serviços de saúde, sendo fortemente condicionada pelos comportamentos individuais de cada doente, impõe a componente de suporte à auto-gestão do doente crónico como vital no âmbito do processo de Gestão Integrada da Doença. O objectivo é, pois, assegurar a minimização do impacte da doença no estado de saúde e funcionalidade, através do aumento de competências da pessoa para responder às exigências clínicas, sociais e psicológicas da doença, o que é apoiado e desenvolvido no âmbito de um processo colaborativo entre a equipa dos serviços de saúde e os doentes. Este modelo visa, assim, promover uma acção concertada, no sentido da obtenção de uma intervenção precisa e consequente, através da adequada mobilização de recursos, que permitam uma melhoria do estado de saúde, da qualidade de vida e do bem-estar global dos doentes. A abordagem preconizada requer, pois, a colaboração e coordenação dos diferentes níveis de prestação de cuidados, no sentido de se disponibilizarem cuidados integrados de saúde, de elevada qualidade ao nível da preven-

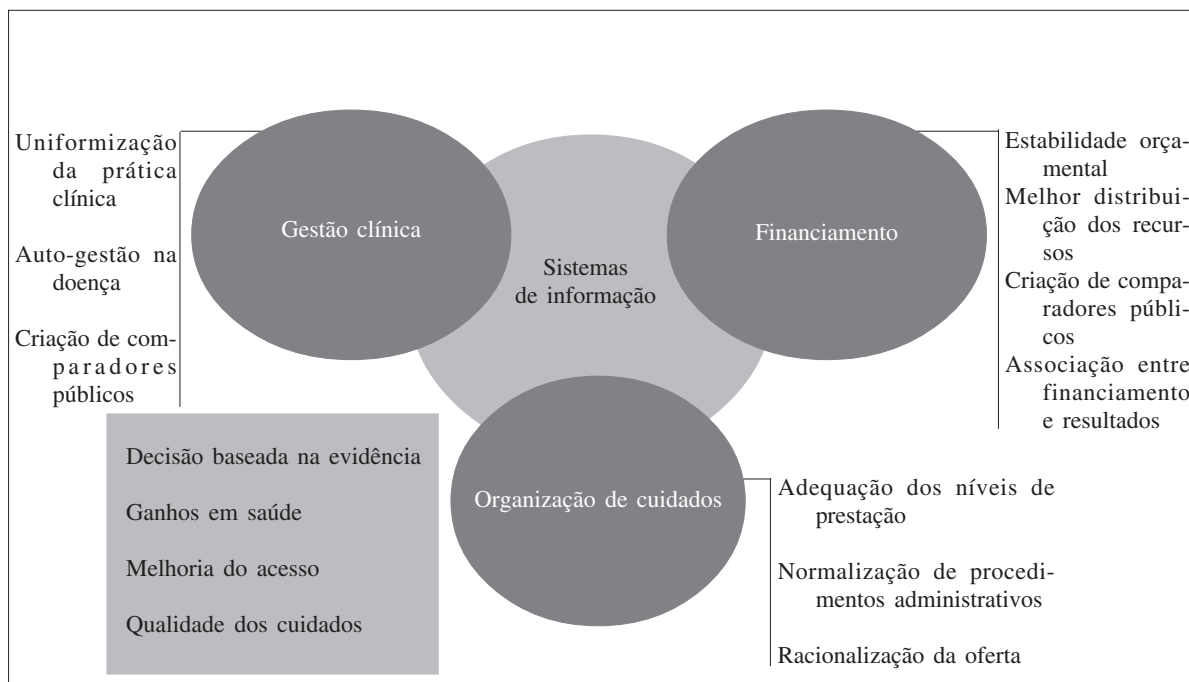
ção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e acompanhamento.

5. Modelo conceptual de Gestão Integrada da Doença

A investigação em serviços de saúde tem demonstrado que a aplicação de técnicas de gestão de recursos, de orientações de boa prática baseadas na evidência e a monitorização contínua da performance clínica têm melhorado progressivamente, não só os resultados, mas também os processos associados à prestação, sobretudo com base na redução da variabilidade das práticas profissionais (Nesse *et al.*, 2000).

Em Portugal, as actividades relacionadas com a implementação do modelo experimental de Gestão Integrada da Doença passaram pela concepção e consolidação da matriz teórica, trabalho desenvolvido em parceria pela Direcção-Geral da Saúde, Administração Central do Sistema de Saúde e apoio científico da Escola Nacional de Saúde Pública, o que permitiu o enquadramento da acção a desenvolver nos quatro aspectos fundamentais do modelo: gestão clínica da doença, organização da prestação de cuidados, ade-

Figura 2
Modelo conceptual de Gestão Integrada da Doença



quação do modelo de financiamento e desenvolvimento do sistema de informação de suporte. De acordo com o *Department of Health* (2004), a evidência científica internacional demonstra que existem pressupostos essenciais para uma adequada gestão da doença, pelo que, na fase de conceptualização do modelo de Gestão Integrada da Doença português, foram considerados esses mesmos factores, que são:

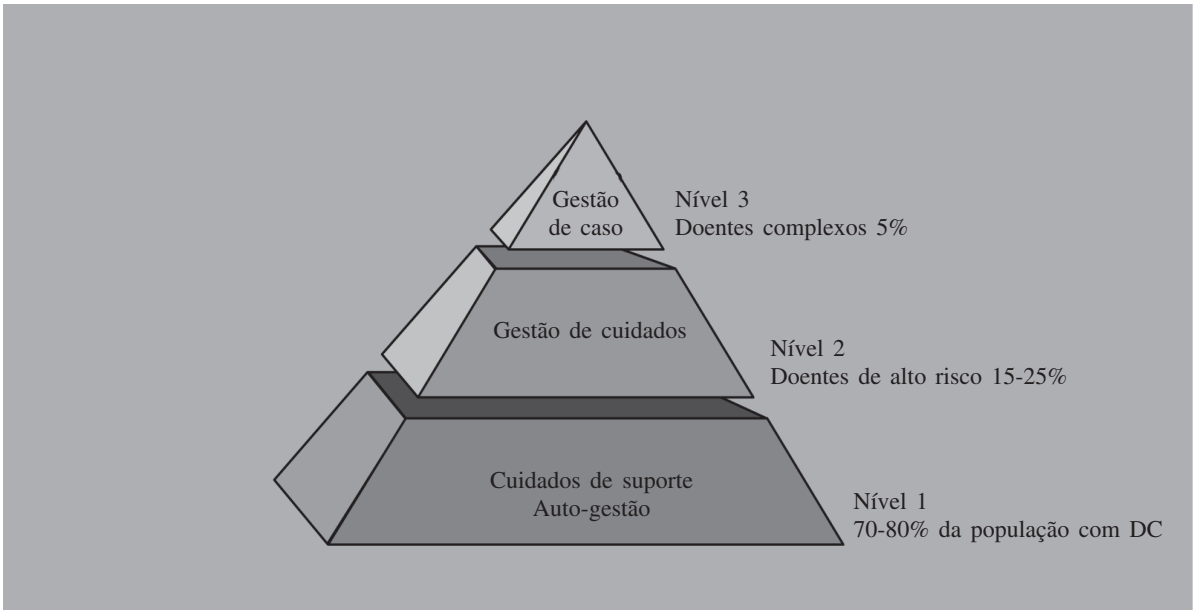
- Utilização de um sistema de informação integrado com dados individuais e agregados da população;
- Identificação dos doentes com doença crónica;
- Estratificação das populações de risco;
- Participação activa dos profissionais e doentes na gestão da doença;
- Coordenação de cuidados (utilizando diferentes gestores, nomeadamente os gestores de caso, de doente e da doença);
- Constituição de equipas multidisciplinares;
- Integração de peritos, especialistas e generalistas;
- Integração de cuidados ao longo dos diferentes níveis de cuidados, sem barreiras organizacionais;
- Preocupação constante em diminuir as visitas e as admissões hospitalares desnecessárias.

Vários autores têm mencionado que a aplicação desta estratégia em larga escala deve ser cautelosa, pelo que propõem a sua implementação circunscrita ao nível regional, local ou a uma população específica, de forma a poder controlar as diferentes variáveis, monitorizar, avaliar e fazer a correcção dos resultados de saúde utilizando um sistema de incentivos ao prestador (Nesse *et al.*, 2000; Norris *et al.*, 2002 e Guterman, 2005).

5.1. Gestão clínica da doença

A gestão clínica de determinada patologia implica um conhecimento profundo da mesma: definição, incidência e prevalência, formas de apresentação, tratamentos disponíveis, prognóstico mais comum, entre outros aspectos. A estratificação dos doentes, por níveis de risco, constitui-se como a primeira tarefa no processo de gestão clínica, permitindo a adaptação dos cuidados de saúde às necessidades dos doentes, dando-lhes a resposta mais adequada e efectiva. A pirâmide utilizada pela Kaiser Permanente (*Figura 3*) estratifica os doentes em três níveis de risco. No primeiro, encontra-se a população que tem

Figura 3
Estratificação dos doentes por níveis de risco



Fonte: Adaptado de Kaiser Permanente (2004)

uma doença crónica já diagnosticada e para a qual pode haver benefícios significativos ao nível da qualidade de vida e dos resultados em saúde obtidos, na sequência da introdução de pequenas alterações ao nível do planeamento de cuidados e do suporte dado pelas equipas de saúde aos doentes no que respeita a actividades relacionadas com a adequada auto-gestão da doença, melhorando o seu desempenho individual.

Assegurar uma participação activa dos doentes requer, para além da motivação e do desenvolvimento de capacidades dos próprios doentes, uma modificação ao nível do paradigma relacional equipa de saúde/doente, bem como no que respeita às competências exigidas aos profissionais envolvidos na prestação de cuidados e acompanhamento destes doentes.

Apenas num contexto de cooperação e parceria, em que os profissionais de saúde asseguram, para além da responsabilidade de assegurar o melhor tratamento possível e aconselhamento técnico, um espaço de oportunidade para desenvolver a motivação, conhecimento e competências dos doentes, se torna possível que estes assumam um papel activo e significativo na regressão e controlo da evolução da doença, bem como da manifestação de complicações que possam vir a contribuir para o aumento de severidade da condição crónica.

No segundo nível, encontram-se os indivíduos com risco elevado de evolução da doença, necessitando de uma gestão efectiva dos cuidados de saúde prestados, para que a tendência natural seja contrariada ou pelo menos minimizada. No terceiro e último nível da pirâmide, encontram-se representados os doentes que necessitam de um acompanhamento sistemático e diferenciado, dada a severidade da doença que apresentam.

Como pedra basilar neste processo de Gestão Integrada da Doença encontram-se os cuidados de saúde primários, uma vez que a estes cabe a responsabilidade da promoção da saúde e da prevenção de doença, que se pretendem efectivas. Por outro lado, é a equipa de saúde de medicina geral e familiar quem melhor conhece o potencial de risco familiar e as patologias do doente, sendo estes os profissionais de eleição para acompanhar a evolução do estado de saúde de cada indivíduo e garantir a continuidade dos cuidados, bem como a sua prestação no nível mais adequado do sistema de saúde.

O recurso ao contributo de peritos de diferentes grupos profissionais e de várias áreas do conhecimento — médicos, enfermeiros, farmacêuticos, entre outros técnicos — tem sido a metodologia mais frequentemente utilizada com vista à obtenção de consensos no que respeita às práticas nacionais e internacionais

associadas a cada patologia específica, bem como à identificação dos pontos fortes e fracos que caracterizam a situação actual de prestação de cuidados de saúde.

Tendo em conta que as doenças crónicas são, actualmente, alvo de variações significativas ao nível da intervenção dos profissionais, considerou-se essencial definir um perfil específico de cuidados, considerado ideal para a abordagem e tratamento de determinada patologia — conjunto de actos clínicos, medicamentos e tratamentos, podendo englobar as especificidades de determinados grupos de doentes. Uma vez definido o conjunto de cuidados adequados ao tratamento de determinada patologia, identificam-se as expectativas relativamente aos resultados a atingir, que devem ser consensualizadas entre peritos e ficar devidamente explicitadas, desde o início do processo.

5.2. Organização da prestação de cuidados

A abordagem da Gestão Integrada da Doença pressupõe a reorganização da prestação de cuidados de saúde, tirando partido do potencial das tecnologias de informação e comunicação, numa perspectiva que articula e integra os níveis de intervenção primário, secundário e terciário e que procura garantir que a prestação de cuidados se realiza no nível adequado e com a melhor utilização de recursos.

Em resposta a uma consulta da Comissão Europeia, de 7 de Junho de 2007, sobre «*Health Services*», os diferentes Estados-Membros da União Europeia afirmaram a importância do desenvolvimento de centros de referência susceptíveis de dar resposta efectiva às necessidades de cuidados de saúde da Europa, à mobilidade de doentes no espaço europeu, bem como às necessidades de uniformização e proliferação de boas práticas em matéria de cuidados de saúde.

Em Portugal, a transposição desta tendência europeia materializou-se na definição dos denominados Centros de Elevada Diferenciação (CED), entendidos como unidades que desenvolvem competências clínicas e de investigação, com o objectivo de estruturar a abordagem do diagnóstico e do tratamento global e integral do doente. Prevê-se que estes centros, assumindo um papel de comparador público fundamental à Gestão Integrada da Doença, actuem como modelos de melhoria da qualidade da prestação de cuidados, da sua efectividade e eficiência, constituindo-se como os vértices da hierarquia de saberes relacionados com uma determinada patologia.

Neste contexto, devem ser entendidos como CED, as unidades que desenvolvem competências clínicas e de investigação em áreas específicas e/ou raras.

O reconhecimento de unidades como Centros de Elevada Diferenciação, em determinada área/especialidade, depende da incidência e prevalência da doença, dos meios e da competência técnica apresentados, bem como da tecnologia disponível para a prossecução dos seus objectivos. Contudo, sendo unidades altamente diferenciadas, existirão em número restrito, sendo que o processo de reconhecimento dependerá do preenchimento de requisitos definidos e das necessidades detectadas no âmbito da implementação de modelos de Gestão Integrada da Doença. As principais características destes Centros são a capacidade de:

- Organizar mecanismos e estruturas destinados a garantir que a informação e as bases de dados sejam recolhidas em ordem a uma efectiva gestão da doença;
- Perspectivar novos caminhos de prestação de serviços, que estabeleçam parâmetros de eficiência, adequadas relações custo-benefício e resultados clínicos satisfatórios;
- Assegurar aprendizagem multiprofissional interna e externa com as unidades de tratamento com as quais se relacionem;
- Assegurar a partilha de conhecimentos e aprendizagem, devendo os CED contribuir activamente para a plataforma informática de gestão da doença;
- Suportar a modernização com as economias locais de saúde, em particular com base na ligação entre os cuidados de saúde primários e secundários;
- Garantir elevada diferenciação dos diagnósticos e dos tratamentos, médicos ou cirúrgicos;
- Concentrar a sua acção na eficiência das respostas, através de uma análise intensiva das questões que emergem;
- Demonstrar inteira capacidade de cumprimento, ou de superação, dos objectivos fixados;
- Dominar as técnicas e as mais avançadas prestações de cuidados.

Os CED podem incentivar a criação de Centros de Tratamento (CT), unidades diferenciadas que, em articulação com o CED, desenvolvem um determinado tratamento médico ou cirúrgico de forma intensiva e qualificada, na sua área de influência, tendo em vista a melhor prestação de cuidados de saúde, através da garantia da complementaridade de cuidados e a sua necessária coordenação.

Os CT podem, também, ser criados tanto por iniciativa do sector privado, como de unidades hospitalares do SNS, no âmbito das suas competências específicas, dependendo, neste caso, de parecer favorável da

Direcção-Geral da Saúde, após auscultação dos CED, para garantir que os serviços a prestar no âmbito do CT são justificados e que a sua integração e coordenação fica assegurada, tendo em consideração a capacidade instalada, as necessidades previstas e o interesse dos doentes.

Os Centros de Tratamento devem:

- Ter uma equipa multidisciplinar com dedicação de tempo integral ao CT;
- Estar habilitadas e reconhecidas pelo respectivo CED com quem se articulam;
- Desenvolver actividades de forma intensiva e exclusiva, na área em que foram reconhecidas.

5.3. Financiamento

Os avanços sistemáticos registados ao nível da ciência médica, que se reflectem nas tecnologias disponibilizadas, cada vez mais incisivas e com uma grande contribuição ao nível da formulação de diagnósticos e das novas modalidades e combinações terapêuticas, criam uma pressão crescente sobre os sistemas de saúde, uma vez que incorporam elevados custos de investimento e de exploração.

Assim, o financiamento é um dos aspectos cruciais da implementação do modelo de Gestão Integrada de Doença. Neste sentido, preconiza-se a adopção do modelo de financiamento de «pagamento por preço compreensivo», o qual constitui uma aproximação aos modelos de pagamento pelos resultados.

O «pagamento por preço compreensivo» define-se como um valor médio por doente para um determinado período de tempo, que engloba o conjunto de actos clínicos, medicamentos e outras actividades considerados essenciais para uma adequada prestação de cuidados, podendo integrar as especificidades associadas a alguns grupos de doentes, mas cuja efectivação está dependente do cumprimento dos parâmetros de qualidade e segurança do doente, aferidos através de um conjunto de indicadores de resultado.

Pretende-se, com esta opção, que o financiamento funcione como um instrumento modelador da gestão dos cuidados de saúde, ao permitir ultrapassar alguns dos constrangimentos e problemas que, actualmente, a caracterizam, como, por exemplo: o financiamento ao acto desligado dos resultados; as deficiências no controlo de custos e de actividade; a partilha de responsabilidades, pouco clara para os vários intervenientes; a integração insuficiente de cuidados, com reflexos na qualidade dos serviços prestados e a ausência de informação sistematizada e coerente, tanto a nível clínico como económico-financeiro.

Este modelo de financiamento, que utiliza metodologias de implementação flexíveis e ajustáveis às especificidades de cada patologia, tem como princípios base:

- Reflectir as práticas clínicas mais adequadas, através da elaboração e adopção de normas de orientação clínica e protocolos terapêuticos;
- Exigir a disponibilização de informação por doente;
- Estabelecer uma relação directa entre o financiamento e o cumprimento dos parâmetros de qualidade e segurança clínica do doente;
- Modelar as práticas e a organização de cuidados;
- Estimular a partilha do risco entre os vários agentes;
- Incorporar mecanismos de auditoria e monitorização.

Têm sido apontados, contudo, alguns riscos à adopção do «pagamento por preço compreensivo» para financiamento da doença crónica, destacando-se a possibilidade de induzir a selecção adversa de doentes, a subprestação de cuidados, a criação de barreiras para se atingirem objectivos consistentes e de alta qualidade de cuidados para todos os doentes e, principalmente, a restrição da introdução de inovações terapêuticas.

Porém, a focalização mais direccionada para os resultados, não desprezando a importância dos processos, permitirá ultrapassar estas questões e contribuir para uma maior eficiência do sistema, ao explicitar as componentes do preço, que passam a ser conhecidas de todos.

Permitirá, também, um comportamento mais racional dos prestadores, já que a associação do pagamento aos resultados induzirá a adopção, apenas, das inovações que garantam uma melhor relação custo-efectividade que as práticas, até então, utilizadas. A imposição de mecanismos de auditoria e monitorização, que têm como referencial os comparadores públicos, garantidos através da criação de Centros de Elevada Diferenciação, será ainda uma base de sustentação fundamental para a não desvirtualização deste modelo.

5.4. Sistemas de informação

A implementação do modelo de Gestão Integrada da Doença assenta no conceito de integração, tanto da prestação de cuidados, como da partilha de responsabilidades e da informação. Os sistemas de informação são, assim, factores críticos de sucesso para a implementação destes modelos, devendo ficar asse-

gurada a integração entre os sistemas já existentes, a sua inter-operabilidade, o cumprimento de regras de segurança e confidencialidade e a permanente disponibilização de informação.

Os sistemas de gestão da informação, ao garantirem a recolha e tratamento de dados relativos às diversas áreas — clínica, financeira, organizacional — constituem-se como instrumentos de monitorização e acompanhamento, que permitem sustentar a consolidação e aprofundamento permanentes dos vários aspectos relacionados com o modelo, desde ganhos de saúde, racionalização de encargos, melhoria da qualidade da prestação de cuidados, até ao aumento da satisfação dos doentes e dos profissionais.

Os sistemas de informação existentes apresentam, todavia, constrangimentos significativos, particularmente na sua utilização para a gestão da doença crónica, destacando-se a dispersão de dados por várias entidades e por vários sistemas de informação não integrados entre si, bem como o registo de dados essenciais efectuado com diferentes critérios consoante a instituição. Constatase, ainda, a existência de dados fundamentais não registados em suporte informático e de dados não registados em qualquer suporte disponível. Estas situações têm como consequência prática a impossibilidade, por parte do SNS, em determinar, com precisão, o estado actual da evolução das doenças crónicas a nível nacional.

Associada ao desenvolvimento do modelo experimental de Gestão Integrada da Doença, está a implementação de um sistema de informação modular, denominado Plataforma de Gestão Integrada da Doença, que garanta o registo nacional das pessoas incluídas em programas de Gestão Integrada da Doença, por forma a viabilizar o acompanhamento e monitorização da qualidade dos cuidados e a evolução da doença, disponibilizando simultaneamente indicadores relacionados com a produção de cada unidade prestadora de cuidados.

Os requisitos a que obedece a Plataforma de Gestão Integrada da Doença são:

- Integração de tecnologia de ponta e uso das melhores práticas ao nível dos sistemas, adoptando bases extensíveis e dinamicamente reconfiguráveis, de forma a permitir uma evolução linear e sem constrangimentos;
- Definição do protocolo de transmissão para cada ocorrência de dados;
- Definição de todos os tipos de ocorrências de dados que se pretende receber;
- Extracção, de forma abstracta, das ocorrências de dados dos diferentes sistemas de informação, através do desenvolvimento de uma componente de *software* genérico e abstracto que se adapte a

qualquer sistema de informação, extraia os dados necessários, os converta para o protocolo estipulado e os transmita para o sistema de informação;

- Transmissão dos dados recolhidos para o sistema de informação central, sem custos adicionais, através da comunicação entre sistemas via Internet, a custo de comunicação desprezível e contabilizado;
- Garantia de que cada ocorrência de dados pode alimentar de 1 a n indicadores específicos e/ou genéricos;
- Recolha dos dados efectuada de forma indirecta por interligação segura dos vários sistemas de informação que irão alimentar a Plataforma, garantindo a segurança e confidencialidade dos dados e respeitando o definido na legislação portuguesa relacionada com a protecção de dados pessoais.

6. Conclusão

A abordagem de gestão da doença é custo-efectiva mas não «*cost-saving*». No entanto, alguns estudos «randomizados» têm demonstrado melhorias nos resultados clínicos e económicos em doenças como a diabetes, insuficiência cardíaca e doença renal crónica (Krumholz, 2000).

Ainda que os programas de gestão da doença tenham sido desenhados com o principal intuito de reduzir custos, *a priori*, em grupos específicos de doentes, o relatório do *Congressional Budget Office*, em 2004, demonstrou que nem sempre este facto se verificou de forma tão evidente. De acordo com o *Department of Health* (2004) e a OECD (2007), os ganhos económicos com a implementação destes programas podem não ser imediatos, mas os resultados em saúde e a melhoria da qualidade de vida são inquestionáveis. Os benefícios económicos expectáveis relacionam-se com a redução de admissões hospitalares não planeadas, diminuição do total de dias de internamento e da demora média de internamento, aumento da satisfação do doente e dos profissionais. A continuação da implementação dos projectos experimentais de Gestão Integrada da Doença é fundamental para a introdução de inovações significativas no sistema de saúde português. O principal fio condutor da inovação é o conceito de integração, tido como essencial para a abordagem eficiente aos desafios colocados pelas alterações demográficas e epidemiológicas com que a sociedade se depara.

Igualmente, a ênfase dada ao doente em todo este processo, através da sua capacitação, enquanto gestor da própria doença e a adopção de modalidades de pagamento a prestadores por preço compreensivo,

que contempla os resultados obtidos pelas diferentes entidades e os indexa à qualidade da prestação de cuidados, tornam premente consolidar a aplicação destes projectos e garantir a sua monitorização, acompanhamento e avaliação. A recente reorganização dos cuidados de saúde primários, nomeadamente com a criação das Unidades de Cuidados na Comunidade, constitui uma importante janela de oportunidade para a implementação efectiva de acções integradas de capacitação e responsabilização dos cidadãos e dos serviços de saúde.

A adopção de um papel activo, por parte do doente, no processo de gestão da sua doença, a garantia de acesso aos serviços adequados, a prestação de todos os cuidados de saúde de forma integrada e com especiais preocupações de eficiência técnica, a garantia de monitorização contínua da qualidade da prestação de cuidados e da segurança, bem como a própria satisfação dos doentes, são os principais elementos do eventual sucesso do modelo de Gestão Integrada da Doença.

Do lado dos prestadores, o sucesso deste modelo de abordagem das doenças crónicas passa também pela garantia de maior eficiência e efectividade, tanto técnica como financeira. O Serviço Nacional de Saúde necessita de instrumentos de monitorização permanentemente actualizados, informação útil, relevante, fiável e atempada, que permita identificar e reduzir desigualdades no acesso, os défices de eficiência e qualidade da prestação, contribuindo, desse modo, para o aumento da qualidade de vida dos doentes e dos ganhos em saúde desejados.

Acresce a esta complexa combinação de variáveis, a necessidade de definir e criar os devidos enquadramentos orçamentais, para que a implementação dos pacotes de financiamento definidos estejam cobertos do ponto de vista financeiro e se integrem no actual modelo de financiamento de cuidados de saúde.

Assim, julga-se essencial garantir a continuidade do aprofundamento da aplicação deste projecto, em particular nas vertentes de monitorização e avaliação, como forma de aferir a efectividade e eficiência desta abordagem, da sua viabilidade e pertinência a médio e longo prazo.

A concretização do desenvolvimento deste projecto, mesmo antes da sua avaliação, depende de um conjunto importante de premissas, de entre as quais se salientam o comprometimento e suporte político, a capacidade de envolvimento e mobilização de um conjunto alargado de intervenientes (entidades oficiais centrais e regionais, associações de doentes, associações de prestadores, sociedades científicas, ordens profissionais e universidades) e a manutenção de um grupo de gestão de projecto, coeso, estável e identificado com os objectivos e finalidades do mesmo.

□ Referências bibliográficas

- BIERMAN, A. S.; CLANCY, C. M. — Women's health, chronic disease, and disease management: new words and old music? *Womens Health Issues*. 9 : 1 (1999) 2-17.
- ELLRODT, G. *et al* — Evidence-based disease management. *Journal of American Medical Association*. 278 : 20 (1997) 1687-1692.
- EPSTEIN, R.; SHERWOOD, L. — From outcomes research to disease management : a guide for the perplexed. *Annals of Internal Medicine*. 124 : 9 (1996) 832-837.
- DINIZ, A. — Aproximação à gestão da doença em Portugal. In CONFERÊNCIA Internacional de Gestão da Doença e Qualidade em Saúde, 2, Lisboa, 24-25 de Janeiro de 2002. Lisboa : Comissão Sectorial para a Saúde do Conselho Nacional da Qualidade, 2002.
- EVIDENCE-BASED MEDICINE WORKING GROUP — Evidence-based medicine : a new approach to teaching the practice of medicine. *Journal of American Medical Association*. 268 : 17 (1992) 2420-2425.
- FAULKNER, L. — Disease management : the new tool for cost containment and quality care. Washington, DC : National Governors Association. NGA Center for Best Practices, 2003. (Health Policy Studies. Issue Brief) 1-16.
- FIREMAN, B.; BARTLETT, J.; SELBY, J. — Can disease management reduce health care costs by improving quality? *Health Affairs*. 23 : 6 (2004) 64-75.
- GUTERMAN, S. — U.S. and German case studies in chronic care management : an overview. *Health Care Financing Review*. 27 : 1 (2005) 1-9.
- HOFMARCHER, M. M.; OXLEY, H.; RUSTICELLI, E. — Improved health system performance through better care coordination. Paris, France : Organization for Economic Co-operation and Development, 12th December 2007. (OECD Health Working Paper ; 30).
- KRUMHOLZ, H. *et al* — A taxonomy for disease management : a scientific statement from the American Heart Association Disease Management Taxonomy Writing Group. *Circulation*. 114 : 13 (2006) 1432-1445.
- NESSE, R. E. *et al* — Disease management strategies : managing care giving in managed care. *Quality Management in Health Care*. 9 : 1 (2000) 42-48.
- NORRIS, S. L. *et al* — Chronic disease management : a definition and systematic approach to component interventions. *Disease Management Health Outcomes*. 11 : 8 (2003) 477-488.
- OECD — Growth in health spending slows in many OECD countries, according to OECD Health Data 2008. [Em linha]. Paris, France : Organisation for Economic Co-operation and Development, 2008. [Consult. 5 Agosto 2008]. Disponível em : http://www.oecd.org/document/27/0,3343,en_2649_34631_40902299_1_1_1_37407,00.html.
- OMS — Preventing chronic diseases : a vital investment. [Em linha]. Geneva, Switzerland : World Health Organization, 2005. [Consult. 30 Julho 2008]. Disponível em : http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/en/index.html.
- PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portal da Saúde — Qual é o impacto das doenças crónicas no mundo? Lisboa : Portal da Saúde, 2005.
- RADZWILL, M. — Integration of case and disease management why and how? *Disease Management Health Outcomes*. 10 : 5 (2002) 277-289.
- SACKETT, D. L. *et al* — Evidence based medicine : what it is and what it isn't. *British Medical Journal*. 312 : 7023 (1996) 71-72.
- SIDOROV, J. — Disease management and its implications for outpatient physician practice : a memo for physicians. *Disease Management Health Outcomes*. 14 : 5 (2006) 259-263.
- TODD, W. — Methodological approach to disease management : a discipline in transition. In CONFERÊNCIA Internacional de Gestão da Doença e Qualidade em Saúde, 2, Lisboa, 24-25 de Janeiro de 2002. Lisboa : Comissão Sectorial para a Saúde do Conselho Nacional da Qualidade, 2002.
- UK. DEPARTMENT OF HEALTH — Improving chronic disease management. [Em linha]. London : Department of Health, 2004. [Consult. 2008-06-24]. Disponível em : http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4075214.
- USA. DMMA. — Definition of disease management. [Em linha]. Washington, D.C. : Disease Management Association of America, [200-]. [Consult. 2008-07-22]. Disponível em : http://www.dmaa.org/dm_definition.asp.
- WAGNER, E. H. *et al* — A survey of leading chronic disease management programs : are they consistent with the literature? *Journal of Nursing Care Quality*. 16 : 2 (2002) 67-80.
- WEISS, K. B. — A look at population-based medical care. *Disease-a-Month*. 44 : 8 (1998) 353-369.
- ZITTER, M. — Disease management: a new approach to health care. *Medical Interface*. 7 : 8 (1994) 70-72, 75-76.

□ Abstract

INTEGRATED DISEASE MANAGEMENT: AN EXPERIMENTAL APPROACH IN HEALTH MANAGEMENT

The health systems are faced with new paradigms, on one hand in the healthcare services delivered to the populations, and on the other hand, in the need to control costs in the health sector, forcing organizations to adapt and provide the most appropriate response to the individuals growing needs.

The magnitude of this problem, in terms of public health, requires the adoption of a directed, targeted, planned and integrated action, based on clear and well defined strategies in order to obtain health gains, improving the quality of care and streamlining the costs.

In Portugal, the application of those principles forming the basis of the disease management models, led to the Integrated Disease Management model which, apart from the clinical management of the disease, also incorporates the healthcare delivery structure reorganization, a specific financing model based on an information system that allows the process monitoring and evaluation.

The development of Integrated Disease Management models is a central strategy and a tool for improving healthcare delivery, more effectively and efficiently, and can even be an important and permanent vehicle of information for health decision support.

Therefore, it is important to promote a concerted action towards achieving a precise intervention, mobilizing the resources, improving the health status, quality of life and the overall patients' wellbeing. This action means increasing collaboration and coordination of the different levels of care, offering integrated healthcare services with high quality levels regarding prevention, diagnosis, treatment, rehabilitation and monitoring.

Keywords: integrated disease management; disease management; comprehensive price; information system; clinical management; healthcare organization.