

JBES

Jornal Brasileiro de
Economia da Saúde

Brazilian Journal of Health Economics

ESPECIAL

Gerenciamento de Doenças Crônicas



JBES

Jornal Brasileiro de Economia da Saúde

Brazilian Journal of Health Economics

EDITOR (*Editor*)

Stephen Doral Stefani

Medical Oncologist of the Instituto do Câncer Mãe de Deus, Porto Alegre, RS. Professor of Fundação UNIMED. President of Brazilian Chapter of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR). Chair of Health Care Policymakers & Payers Committee at ISPOR Latin America Consortium, Porto Alegre, RS, Brazil

EDITOR-COORDENADOR DA EDIÇÃO ESPECIAL

Denizar Vianna Araújo

Associate Professor, Internal Medicine, State University of Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ, Brazil

CONSELHO EDITORIAL (*Editorial board*)

Alexandre Lemgruber

Regional Advisor in Health Technologies, PAHO - Pan American Health Organization, Washington, DC, USA

Áquilas Mendes

President of the Brazilian Association of Health Economics (ABRES). Associate Professor, School of Economic Science, PUC/São Paulo and FAAP/ São Paulo

Augusto Guerra

Head of Pharmaceutical Assistance, Health State Secretary, Minas Gerais, MG

Bernardo Rangel Tura

Researcher, Clinical Epidemiology Department, National Institute of Cardiology, Health Ministry, Rio de Janeiro, RJ

Carisi Anne Polanczyk

Associate Professor of Medicine, Federal University of Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS

Cid Vianna

Director and Associate Professor, Institute of Social Medicine, State University of Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ

Denizar Vianna Araújo

Associate Professor, Internal Medicine, State University of Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ

Eliézer Silva

Professor, Post Graduation Program of Anesthesiology, University of São Paulo (USP), São Paulo, SP

Fabiola Sulpino Vieira

Head of Projects and Programs, Health Economics and Development Department, MoH, Brazil, Brasília, DF

Francisco Acurcio

Associate Professor of Medicine, Federal University of Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG

Giácomo Balbinotto Neto

Associate Professor, School of Economic Science, Federal University of Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS

Helena Cramer

Researcher, Clinical Epidemiology Department, National Institute of Cardiology, Health Ministry, Rio de Janeiro, RJ

Isabela S. Santos

Head of Department, Health Technology Assessment, National Agency of Private Health Insurance/MoH, Brazil, Rio de Janeiro, RJ

Luciana Bahia

Coordinator of Pharmacoeconomics Department, Brazilian Society of Diabetes, Rio de Janeiro, RJ

Marcos Bosi Ferraz

Professor and Director, São Paulo Center for Health Economics, Federal University of São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP

Maria Cristina Sanches Amorim

Full Professor, Economic Department, Pontifícia Universidade Católica - São Paulo, SP

Mauricio Vianna

Former Head of Department, Health Technology Assessment, MoH, Brazil, Brasília, DF

Nelson Teich

Health Economic Specialist, European School of Health Economics and University of York, Rio de Janeiro, RJ

Otávio Berwanger

Director, Institute of Research and Education, Hospital do Coração - São Paulo, SP

Otávio Clark

Medical oncologist, PhD, President of Evidências Consulting, Campinas, SP

Rosângela Caetano

Associate Professor of Institute of Social Medicine of the State University of Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ

CONSELHO EDITORIAL INTERNACIONAL (*International Editorial Board*)

Atanacio Valencia-Mendoza

Researcher in Health Economics, Department of Health Economics, National Institute of Public Health, México, México, DF

Bengt Jönsson

Full Professor - Stockholm School of Economics, Stockholm, Sweden

Federico Augustovski

Director, Health Economic Evaluation and Technology Assessment, Institute for Clinical Effectiveness & Health Policy (IECS), Buenos Aires, Argentina

Fernando Pio De la Hoz Restrepo

Associate Professor, Department of Public Health, School of Medicine. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, DC, Colombia

Gisela Kobelt

MSc. University of Strasbourg. PhD Health Economics at Karolinska Institute in Stockholm, Sweden

Lou Garrison

Professor, Pharmaceutical Outcomes Research & Policy Program. Department of Pharmacy, University of Washington, Seattle, Washington, USA

Nelson Rafael Alvis Guzman

Group of Investigation for Health Economics, University of Cartagena, Cartagena de Indias, Colombia

Stuart Peacock

Co-Director, National Centre for Health Economics, Services, Policy and Ethics. Senior Scientist, British Columbia Cancer Agency. Associate Professor, University of British Columbia, Vancouver, BC, Canada

Suzanne Jacob Serruya

Consultant of Latin America for Perinatology/Women and Reproductive Health - Pan American Health Organization (PAHO), Washington, DC, USA

Uwe Siebert

Professor of Public Health (UMIT). Associate Professor of Radiology (Harvard University). Chair, Dept. of Public Health, Medical Decision Making and Health Technology Assessment. UMIT - University for Health Sciences, Medical Informatics and Technology, Wien, Austria



doctorpress.

Doctor Press Editora Científica

www.doctorpress.com.br

R. Lutécia, 990 - Cj 3 - São Paulo - SP - CEP 03423-000
Tel.: 55-11-3895-0009 / 55-11-8326-1412

JBES - Jornal Brasileiro de Economia da Saúde
www.jbes.com.br

Editor-chefe: Stephen Doral Stefani

Publisher: Osmar A. Silva

Revisão: Jane Muniz, Paula Tavoraro

Editor de arte: Maurício Domingues

Editoração: Modo Design

Impressão: Pigma Gráfica e Editora Ltda

Normas para publicação podem ser acessadas em www.jbes.com.br
Instructions for authors are available at www.jbes.com.br

Assinatura anual local: R\$ 120,00. Em até 3 parcelas de R\$ 40,00

Assinatura anual internacional: US\$ 100,00

Annual local subscription: R\$ 120,00

Annual international subscription: US\$ 100,00

O Jornal Brasileiro de Economia da Saúde (JBES) é uma publicação periódica independente, trimestral e destina-se a disseminar o conhecimento científico nas áreas de economia da saúde e de avaliação de tecnologias em saúde (ATS). Nenhum artigo ou parte integrante de qualquer conteúdo publicado em suas páginas poderá ser reproduzido sem prévia autorização por escrito da Doctor Press Editora Científica.

Os anúncios veiculados nesta edição são de exclusiva responsabilidade dos anunciantes, assim como os conceitos emitidos em artigos assinados são de exclusiva responsabilidade de seus autores, não refletindo necessariamente a opinião do JBES e da Doctor Press Editora Científica.

The Brazilian Journal of Health Economics (BJHE) is an independent quarterly periodic and aims to disseminate scientific knowledge among Health Economics and Health Technology Assessment (HTA) fields. No one article or part of any content published in its pages can be reproduced without the editor's prior authorization.

All the information on this edition about the announced products is under the entire responsibility of the advertisers, as well as concepts within signed articles are under exclusive responsibility of their authors, and do not necessarily express JBES and Doctor Press Editora Científica's opinion.

SUMÁRIO SUMMARY

EDITORIAL | EDITORIAL

- 2 **Caros leitores**
Stephen Doral Stefani
- 3 **Gerenciamento de doenças crônicas**
Denizar Vianna Araújo
- 4 **Compromisso com a saúde**
Sanofi - Wang Yeu, Wilson Follador

ARTIGO ORIGINAL | ORIGINAL ARTICLE

- 5 **Projeto QualiDia: educação em saúde para o autocuidado e avaliação contínua da qualidade da atenção ao diabetes no Brasil**
QualiDia Project: health education for self-management and quality continue evaluation of diabetes care in Brazil
Rosa Maria Sampaio Vila-Nova de Carvalho, Sonia Maria Dantas de Souza, Micheline Marie Milward de Azevedo Meiners
- 14 **Gerenciamento de doenças crônicas: experiência brasileira no diabetes mellitus**
Chronic disease management: Brazilian experience in diabetes mellitus
Denizar Vianna Araujo, Luciana Bahia
- 20 **Gerenciamento de doenças - passado, presente e futuro**
Disease management – past, present and future
Jaan E. Sidorov
- 27 **Gestão de pacientes de alto risco: uma experiência brasileira**
Management of high risk patients: a Brazilian experience
Antonio Felipe Sanjuliani, Ana Paula M.C.Lima, Fabiana Braustein Bassan, Simone Figueiredo R. Roquete, Paulo Cesar Souza, Maria Cristina Farias Mendes, Antonio Jorge Kropf
- 33 **A necessária gestão qualificada na área da saúde: decorrência da ampliação do segmento etário dos idosos**
The need for qualified health management: a consequence of the expanding elderly age group
Renato Veras
- 42 **Assistência farmacêutica e o gerenciamento de doenças crônicas**
Pharmaceutical assistance and the chronic disease management
João Paulo dos Reis Neto

Há 15 anos fui fazer meu fellowship na Universidade da Califórnia - San Francisco, na época em um programa conjunto com a Universidade de Stanford. Já nos primeiros dias, eu ocupava praticamente todo o meu tempo nos ambulatórios, bibliotecas, hospitais e palestras. Palestras, aliás, de uma riqueza científica fantástica. Em uma destas oportunidades, aguardei o fim da aula de um professor catedrático da neurologia, que fora palestrar sobre tumores cerebrais e fui questionar em que área ele julgava interessante focar meus estudos.

A resposta foi rápida – doença crônica. Eu, um pouco intrigado, rebati – qual delas? A expressão de não ter compreendido minha pergunta só não foi mais impressionante do que a minha de não ter compreendido sua expressão. Aqueles poucos segundos procurando uma saída foram um ensinamento primoroso. Doença crônica era compreendida como um fenômeno muito mais complexo do que uma ou outra doença que nos possa ocorrer. Trata-se de uma situação médica de pesado impacto individual, familiar e social. Os desdobramentos em escala exponencial são frutos de uma situação curiosa que mescla boas notícias – as pessoas vivem mais – e um puxão de orelha: nos descuidamos do assunto até notarmos o tamanho do problema.

A alocação de recursos e a necessidade de movimentos estratégicos por parte de fontes pagadoras públicas e privadas são parte deste cenário. Infelizmente, ainda existe pouca e tímida iniciativa no sentido de definir planos práticos, de resultados mensuráveis e reproduzíveis em doença crônica (assim mesmo, no singular). Poucas e louváveis medidas em algumas das doenças incuráveis e de longa evolução da área cardiovascular, metabólica ou oncológica costumam iniciar já em pacientes com doenças instaladas ou de alto risco.

A iniciativa de dedicar este número do JBES a este tópico é um passo para fomentar a discussão. Com plano de termos novos exemplares com estas características, fica o convite para contribuir. Autores talentosos de nosso meio não faltam, tampouco dados e análises que enriqueçam o tema.

Boa leitura

Stephen Doral Stefani

Editor-chefe do Jornal Brasileiro de Economia da Saúde
stephens@terra.com.br

O gerenciamento de doenças crônicas surgiu nos anos 80, como um dos subprodutos do *Managed Care*. Ao longo das décadas seguintes consolidou-se como sistematização da linha de cuidado em saúde para aperfeiçoar os processos de assistência aos pacientes crônicos, com objetivo principal de mudar favoravelmente a história natural da doença. Caracteriza-se como conjunto de ações e práticas que reúne ferramentas gerenciais, estimativas de risco populacional, mensurações de intervenções em saúde e modelos econômicos de análise de decisão.

Este fascículo especial do *Jornal Brasileiro de Economia da Saúde* reuniu grupo seleto de pesquisadores com experiências exitosas no Sistema Único de Saúde e Sistema Suplementar de Saúde, em diferentes subgrupos de pacientes, além da valiosa contribuição sobre o histórico nos Estados Unidos da América. A sua aplicação em diferentes cenários e contextos clínicos ratifica a contribuição deste *modus operandi* no cuidado dos pacientes.

A evidência disponível até o momento sugere que este tipo de intervenção melhora a qualidade assistencial e o controle da doença, com impactos positivos no monitoramento

de desfechos intermediários e controle dos pacientes. Ainda há incertezas sobre os benefícios potenciais nos desfechos de longo prazo e, principalmente, sobre redução de custos em saúde. A demonstração dos benefícios clínicos e econômicos no longo prazo exigirá a mudança no modelo de pesquisa clínica com foco em ensaios clínicos pragmáticos, registros prospectivos de pacientes e estudos observacionais. Estes delineamentos de estudos permitirão mensurar os dados de efetividade (“mundo real”) necessários para o processo decisório em saúde.

É importante conscientizar formuladores de políticas de saúde, fontes pagadoras e gestores de que o retorno econômico dos programas de gerenciamento de pacientes crônicas não ocorre no curto e médio prazo, caracteriza-se como estratégia para o longo prazo.

Boa leitura!

Denizar Vianna Araújo
Editor-coordenador da Edição Especial
denizarvianna@gmail.com

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são conhecidas há muito tempo, mas nas últimas décadas vêm tomando proporções de uma epidemia, o que traz crescentes preocupações às organizações de saúde. Conhecemos muito sobre as suas causas – envelhecimento, obesidade, tabagismo, sedentarismo, estresse, etc. –, mas esse conhecimento não tem sido suficiente para impedir que suas consequências continuem impactando a prevalência de doenças tais como hipertensão e diabetes. No Brasil as DCNT já estão associadas com 70% do total de mortes, causadas por acidente vascular cerebral, infarto, hipertensão arterial, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas, segundo o Ministério da Saúde¹. As transições socioeconômicas e demográficas pelas quais a sociedade brasileira passa atualmente têm o potencial de amplificar estes problemas.

Embora tenhamos avançado muito na capacidade de diagnosticar e tratar das DCNT, sua abordagem ainda depende da associação entre três elementos básicos: I. bons hábitos de vida, II. atenção médica oportuna e qualificada e III. acesso a medicamentos seguros e eficazes. Esses três elementos estão presentes na nossa sociedade, mas não é possível dizer que estejam sendo aplicados de acordo com todo o seu

potencial. O desenvolvimento desse potencial tem sido uma prioridade de instituições com a relevância da OMS, da OECD² e do Ministério da Saúde do Brasil.

A Sanofi é comprometida com a busca contínua pelo melhor atendimento das necessidades de saúde de indivíduos e populações. Isto envolve uma ampla gama de produtos (de medicamentos essenciais até inovações) e serviços (educação, atenção ao paciente, campanhas de conscientização e ações sociais, p.ex.). Este amplo leque de atuação inclui o apoio aos esforços em curso, no Brasil e no mundo, para o controle das DCNT. E é neste sentido que surgiu a iniciativa desta publicação sobre gerenciamento de doenças, um dos conceitos mais comentados na atualidade e ainda evoluindo no nosso meio.

Esperamos que os leitores destes artigos possam aperfeiçoar seus conhecimentos e, com isso, aplicar ou aperfeiçoar o Gerenciamento de Doenças às comunidades às quais estejam relacionados.

Sanofi

Dra. Wang Yeu – Diretora Médica
Dr. Wilson Follador – Gerente de Economia da Saúde
e Acesso ao Mercado

1 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 148 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

2 OMS: Organização Mundial da Saúde; OECD: Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico

Projeto QualiDia: educação em saúde para o autocuidado e avaliação contínua da qualidade da atenção ao diabetes no Brasil

QualiDia Project: health education for self-management and quality continue evaluation of diabetes care in Brazil

Rosa Maria Sampaio Vila-Nova de Carvalho¹, Sonia Maria Dantas de Souza¹, Micheline Marie Milward de Azevedo Meiners²

Palavras-chave:

Diabetes mellitus, gestão de saúde, linhas de cuidado, modelo de cuidado de crônicos, doenças crônicas, projeto qualidia

Resumo

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são um problema de saúde global e uma ameaça à saúde e ao desenvolvimento humano. A carga dessas doenças recai especialmente sobre países de baixa e média rendas. O Brasil passa por uma rápida transição demográfica e epidemiológica com o envelhecimento da população e predomínio de doenças crônicas. A alta prevalência de morbidade e mortalidade associadas à diabetes e suas complicações tem um impacto significativo para o Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente para a gestão municipal de saúde. O SUS possui um conjunto amplo de ações e serviços que possibilitam a atenção integral de prevenção e controle do diabetes, que devem ser reorganizados e articulados dentro de uma nova proposta de modelo de atenção à saúde. Existe, entretanto, a necessidade de evidência de viabilidade e exequibilidade do novo modelo para o SUS. Experiências internacionais exitosas na gestão do cuidado às condições crônicas - em especial ao diabetes - devem ser norteadoras para que o país desenvolva propostas adaptadas às condições e à realidade brasileira, de forma a contribuir com a reformulação de programas e políticas nacionais existentes visando o enfrentamento das DCNT no SUS. Relata-se neste trabalho a elaboração de projeto piloto denominado de QualiDia, que tem como objetivo fortalecer e expandir as ações do SUS voltadas à educação em saúde para o autocuidado, mobilização comunitária, avaliação contínua e implementação da melhoria da qualidade da gestão do cuidado em diabetes. O Projeto QualiDia utilizou a metodologia de marco lógico a partir da qual se estabeleceram quatro resultados esperados. Dez municípios brasileiros foram selecionados por conveniência, a partir de critérios de inclusão determinados, para participar como áreas de demonstração. Para a estrutura do projeto, que terá a duração de dezesseis meses, estabeleceu-se um cronograma de atividades para sua execução. Os municípios selecionados aceitaram participar das atividades e assinaram Termos de Compromisso com a coordenação do projeto. Um diagnóstico de situação da atenção de saúde às pessoas com diabetes foi elaborado para cada município. Espera-se que este projeto traga como resultados ferramentas que possam apoiar as autoridades sanitárias nacionais, estaduais e locais na formulação de estratégias e execução de ações integradas para a atenção de DCNT.

Abstract

The Chronic Non-Communicable Diseases (CNCDs) are a global health problem and a threat to health and human development, with the burden of these diseases mainly in low and middle-income countries. Brazil is going through a rapid demographic and epidemiological transition with an aging population and the prevalence of chronic diseases. The high prevalence of morbidity and mortality associated with diabetes and its complications have a significant impact on the Unified Health System (SUS), especially for municipal healthcare management. The SUS has a wide range of activities and services that enables a comprehensive care for diabetes prevention and control, which must be reorganized and articulated in a new healthcare model. It is necessary, however, to have evidence of

Keywords:

Diabetes, health management, line of care, chronic care model, chronic diseases, qualidia project

1. Coordenação Nacional de Hipertensão e Diabetes, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção em Saúde, Ministério da Saúde – Brasília/DF; 2. Curso de Farmácia, Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília – Brasília, DF

Nome da instituição onde o trabalho foi executado: Ministério da Saúde, Brasília, DF, Brasil

Fontes de financiamento: o projeto QualiDia é desenvolvido por meio de acordo de cooperação técnica entre o Ministério da Saúde e a Fundação Médica do Rio Grande do Sul e por recursos provenientes de doação da Empresa Sanofi-Aventis no marco de ações desenvolvidas pela celebração do Ano da França no Brasil.

Endereço para correspondência: Micheline Marie Milward de Azevedo Meiners, SMLN ML Trecho 2 Condomínio, Privê 1 Quadra 3 Conj C Casa 20, Lago Norte – Brasília/DF – 71540-020 – Telefone/fax: 61-32029921 – michelinemeiners@gmail.com ou mmeiners@unb.br

feasibility and practicality of this new model for SUS. Successful international experiences in chronic care management - diabetes in particular - should be guiding the country to develop proposals adapted to the Brazilian reality, in order to contribute to the redesign of existing national programs and policies on CNCDs in SUS. It is reported in this paper the development of a pilot project called QualiDia, designed to strengthen and expand the actions of SUS concerning self-care education, advocacy, community mobilization, continuous assessment and improvement of diabetes care management. The project used logical framework methodology from which four expected outcomes were settled. A convenience sample of ten municipalities was selected, based on certain inclusion criteria to participate as demonstration areas. For the structure of the project, which will last for sixteen months, an activities schedule was established for its implementation. The selected municipalities agreed to participate in these activities and signed Terms of Agreements with the coordination of the project. A diagnosis of the health care situation for people with diabetes has been prepared for each municipality. It is expected this project could bring, as a result, tools that can support national, state and local health authorities, in the formulation of strategies and the implementation of integrated actions on CNCDs care.

Introdução

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são um problema de saúde global e uma ameaça à saúde e ao desenvolvimento humano, pois atingiram proporções epidêmicas e têm afetado pessoas de todas as classes, idades e nacionalidades (Daar, *et al.*, 2007). A prevalência e a carga dessas doenças têm aumentado de forma exponencial, recaindo de forma nefasta sobre países de baixa e média rendas, uma vez que estes países enfrentam uma dupla carga de doenças – transmissíveis e não transmissíveis – o que polariza e esgota os escassos recursos de saúde (Yacht, *et al.*, 2004).

No Brasil, as DCNT representam 72% dos óbitos, o que expressos em números absolutos representam mais de 742 mil mortes por ano (Brasil, 2009). No mundo, estima-se que 63% das mortes ocorrem como consequência de uma DCNT e um terço delas atinge prematuramente pessoas com menos de 60 anos de idade (WHO, 2011).

O diabetes é uma importante causa de morbimortalidade em todo o mundo. A maior parte das 366 milhões de pessoas que se estima que vivem com diabetes no mundo em 2011 encontra-se em países de baixa e média rendas - mais de 80%. Destas, aproximadamente 25 milhões estão na América Latina (IDF, 2011).

O envelhecimento da população e fatores de risco resultantes de mudança de estilo de vida - como o aumento do sobrepeso, obesidade e sedentarismo observados nos últimos anos - estão associados a este incremento na carga de diabetes globalmente. Estudo feito pela OMS mostra que os custos de atenção ao diabetes variam de 2,5% a 15% dos orçamentos anuais de saúde, enquanto que os custos de capacidade laborativa e produção, perdidos, podem exceder em até cinco vezes os custos diretos de atenção à saúde (WHO, 2003; Unwin, 2010).

No Brasil o diabetes como causa básica de morte aumentou em 11% entre 1996 e 2000; quando definida como qualquer menção na certidão de óbito, a mortalidade associada ao diabetes au-

mentou 8% de 2000 a 2007. Em 2008 representou 26,2% do total das causas específicas de óbitos (23,2% em homens e 29,1% em mulheres) (Schmidt *et al.*, 2009). A mortalidade padronizada por idade e gênero em indivíduos com diabetes foi 57% mais alta que na população em geral. A carga de diabetes também pode ser julgada pelo fato de que 7,4% de todas as hospitalizações não relacionadas a gestações e 9,3% de todos os custos hospitalares no período 1999-2001 puderam ser atribuídos ao diabetes (Theme-Filha, 2003; Schmidt, *et al.*, 2011).

Desde 2006 o Ministério da Saúde vem realizando a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas não Transmissíveis por Inquérito Telefônico - VIGITEL. Esse sistema monitora de forma continuada e aleatória a frequência e distribuição desses fatores nas capitais brasileiras e no Distrito Federal por meio de entrevistas telefônicas à população adulta residente em domicílios servidos por linhas de telefonia fixa. Em 2010, o VIGITEL apontava para uma prevalência de diabetes auto-referido de 6,3 % para população igual ou maior 18 anos o que representa, em números absolutos, cerca de 8.300.000 pessoas com diabetes auto-referidos no Brasil em 2010 (Brasil, 2011a).

A análise epidemiológica, econômica e social do número crescente de pessoas que vivem com DM estabelece a necessidade de políticas públicas de saúde que minimizem as dificuldades dessas pessoas, de suas famílias e comunidades, e propiciem a manutenção da sua qualidade de vida. O sistema público de saúde brasileiro - o SUS - possui um conjunto amplo e abrangente de ações e serviços que possibilitam a atenção integral de prevenção e controle do diabetes (Brasil, 2005; Brasil, 2010a).

O Ministério da Saúde tem priorizado o diabetes utilizando o conhecimento e evidências científicas atualmente existentes e vem desenvolvendo ações integradas para prevenção e o cuidado dos portadores de diabetes e hipertensão, utilizando a estratégia de Saúde da Família como porta de entrada da atenção primária (Brasil, 2006a; Brasil, 2011b). Essas ações são desenvolvidas, sobretudo nesse nível de

atenção, onde as ações de caráter comunitário apresentam maior possibilidade de serem mais eficazes. Em abril de 2011 existiam 31.900 equipes de Saúde da Família no país e 246.100 agentes comunitários de saúde, que cobrem cerca de 120 milhões de pessoas em todas as regiões do país (Brasil, 2011c). Ademais, o governo brasileiro tem investido em ampla cobertura gratuita de medicamentos e insumos para o diabetes no elenco dos chamados medicamentos essenciais (Brasil, 2007; Brasil 2010b, Brasil, 2011d).

O modelo de gestão para as DCNT que vem sendo adotado mundialmente e que foi validado por vários países é o Modelo de Cuidados de Doenças Crônicas (MCC) (Wagner, 1998; Wagner *et al.*, 2001). Esse modelo faz uma abordagem organizacional para cuidar de pessoas com doença crônica, identificando elementos essenciais de um sistema de saúde, para incentivar a melhoria continuada da qualidade dos cuidados de doenças crônicas: a comunidade, a organização do sistema de saúde; o apoio ao autocuidado; o desenho da linha de cuidado, o apoio à decisão clínica e o sistema de informação clínica (Wagner, 1998; Wagner *et al.*, 2001). Nesse modelo identificaram-se as diversas ações de prevenção e cuidado ao diabetes e hipertensão que têm sido desenvolvidas no SUS (Brasil, 2006b; Brasil, 2006c).

Dessa forma, no final de 2009 foi proposta ao Brasil a elaboração de um projeto com a finalidade de fortalecer e expandir as ações do SUS para educação em saúde para o autocuidado, mobilização comunitária, avaliação contínua e implementação da melhoria da qualidade da gestão do cuidado em diabetes, por meio de doação recebida pelo Governo Federal - no marco das parcerias estabelecidas no Ano da França no Brasil - feita pela empresa Sanofi Aventis (Brasil, 2010c).

Métodos

Foi desenhado e estruturado um projeto utilizando-se a metodologia de marco lógico visando revisar e expandir a “Estratégia para a educação em saúde para o autocuidado em diabetes”, testar e validar o MCC no Brasil, disseminar o Sistema de Informação em Saúde para Hipertensão e Diabetes (SIS-HiperDia) (Brasil, 2011e) e revisar as linhas-guia do Ministério da Saúde relacionadas ao diabetes e buscar validar método que ampliasse acesso a diagnóstico e monitoramento em “point-of-care”.

Os dez municípios participantes do projeto foram selecionados por conveniência e obedeceram a critérios de inclusão estabelecidos pelo comitê executivo, que foram: 1) pertencer à região metropolitana; 2) liderança municipal com prioridade para hipertensão e diabetes; 3) inserção de diabetes no Plano Municipal de Saúde; 4) cobertura da estratégia de saúde da família de mais de 65% na área de implementação; e 4) assinatura do Termo de Compromisso pelo gestor municipal juntamente com o Ministério da Saúde. Priorizou-se ainda ser uma região metropolita-

na da região Nordeste, Sudeste e do Sul. Em cada região metropolitana selecionada, escolheram-se municípios com portes populacionais distintos (pequeno porte – até 50 mil habitantes, médio porte – até 100 mil habitantes e grande porte - acima de 100 mil habitantes) (Brasil, 2009b).

Os municípios participantes atuarão como áreas de demonstração para as ações de organização e fortalecimento da linha de cuidado de diabetes e hipertensão, tendo como marcos conceituais as Redes de Atenção à saúde – RAS (Portarias MS Nº. 4279 de 30/12/2010 e o Decreto nº 7.508, junho de 2011) (Brasil, 2010d; Brasil, 2011f), o PMAQ (Portaria MS Nº. 1654 de 19/07/2011) (Brasil, 2011g), o Modelo de Cuidados Crônicos (MCC) desenvolvido por Wagner e colaboradores (Wagner, 1998; Wagner *et al.*, 2001) e a metodologia de ciclos contínuos de melhoria de qualidade – PDSA/PFEA (Planejar, Fazer, Estudar e Agir) utilizado pelo Institute for Health Improvement (IHI) dos Estados Unidos (IHI, 2011).

Resultados

Através da metodologia do marco lógico foram elaborados quatro resultados esperados, com indicadores, fontes de verificação e atividades, como pode ser observado na Tabela 1. O propósito do projeto QualiDia é fortalecer e expandir nos municípios selecionados como áreas de demonstração, as ações que vêm sendo desenvolvidas pelo Ministério da Saúde para a atenção ao diabetes e a hipertensão: o autocuidado, “advocacy”, mobilização comunitária, avaliação contínua e implementação da melhoria da gestão do cuidado em diabetes, a partir da organização de um novo modelo assistencial para o sistema de saúde. Para as ações desenvolvidas se estimulará a cooperação técnica e o compartilhamento de experiências entre estados, municípios, serviços e profissionais de saúde, especialmente da atenção primária, visando a melhoria contínua da qualidade das ações para a linha de cuidado de pessoas com diabetes.

Assim, como pode ser observado na Tabela 1, se espera como resultados alcançar o fortalecimento e expansão da educação em saúde para o autocuidado em diabetes para os usuários, como previsto na Lei Federal nº 11.347, de 2006 e a Portaria Ministerial nº 2.583, de 2007 (Brasil, 2006a; Brasil, 2007); melhoria da capacidade técnica municipal e estadual para a gestão da linha de cuidado do diabetes e hipertensão a partir da assimilação do MCC e da metodologia dos ciclos contínuos de melhoria da qualidade; disseminação da necessidade do monitoramento e avaliação contínua da qualidade da atenção que é prestada pela equipe de saúde nas unidades e demais serviços da RAS por meio de um sistema de informação para favorecer à gestão clínica como o SIS-HiperDia ou outro existente no município (por exemplo: prontuário eletrônico) e o estabelecimento e revisão, com base na evidência científica, de padrões de qualidade e de linhas-guia para a atenção ao diabetes e prevenção de suas complicações no SUS.

A estrutura operacional que foi desenvolvida para a implementação do projeto pode ser observada na Tabela 2. Um cronograma que foi elaborado para o desenvolvimento dos 16 meses de atividades e um fluxograma foi esquematizado para o resultado esperado 2 (RE2), como pode ser observado na Figura 1. Para a implementação do projeto foi necessário estruturar grupos assessores nacionais e locais com a função de, no menor prazo possível, implementar as atividades de forma simultânea nos municípios participantes.

Os dez municípios que foram selecionados e aceitaram participar do projeto e assinaram o Termo de Compromisso foram Florianópolis, Tijucas e Antônio Carlos em Santa Catarina; Rio Bonito, Silva Jardim e Rio de Janeiro no estado do Rio; Ilha de Itamaracá, São Lourenço da Mata e Recife em Pernambuco e o município de Anchieta no Espírito Santo por ter outra experiência já em curso. As características demográficas, a cobertura e número de equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e prevalência estimada de hipertensão arterial e diabetes mellitus desses municípios podem ser observados na Tabela 3.

Discussão

A crescente epidemia de DCNT vem exigindo estudos e pesquisas que apontem respostas integradas de prevenção e controle; diversas publicações e documentos oficiais apontam para duas grandes abordagens integradas e complementares: abordagem populacional com foco na prevenção dos fatores de risco principais e abordagem nos serviços de

saúde, sobretudo na Atenção Primária com foco na comunidade e no indivíduo (Paim, 2001; Schramm, 2004; Schmidt et al., 2011). Uma nova estrutura para os sistemas de saúde vem sendo apontada como uma necessidade para o enfrentamento do novo perfil epidemiológico mundial estabelecido (European Observatory on Health Systems and Policies, 2004; IHS, 2008). Diferente dos pacientes com situações de saúde ou enfermidades agudas, a natureza de longo prazo de muitas DCNT exige uma resposta do sistema de saúde abrangente e diferenciada, que permita o tratamento integral de sua condição e das comorbidades ou complicações associadas (IOM, 2001; Brasil, 2010d; Samb et al., 2010).

Assim, a organização do sistema de saúde deve garantir uma rede de atenção estruturada, com linhas de cuidado e protocolos clínicos estabelecidos, sistema de informação para a gestão clínica que permita o monitoramento e a retroalimentação dos serviços prestados e desenvolvimento de autonomia e autocuidado apoiado para usuários. O acesso aos serviços e produtos de saúde, a adesão ao tratamento e a qualidade da atenção sanitária são considerados fatores primários para alcançar resultados adequados no cuidado às pessoas com DCNT que necessitam e dependem de políticas de saúde abrangentes e integradas (Wagner, 1998; Wagner et al., 2001; OMS, 2003; Mendes, 2009).

A prática médica tradicional e a gestão dos serviços de saúde estão organizadas para responder a problemas do paciente agudo, mas não atendem adequadamente às necessidades das pessoas com doenças crônicas, como diabetes

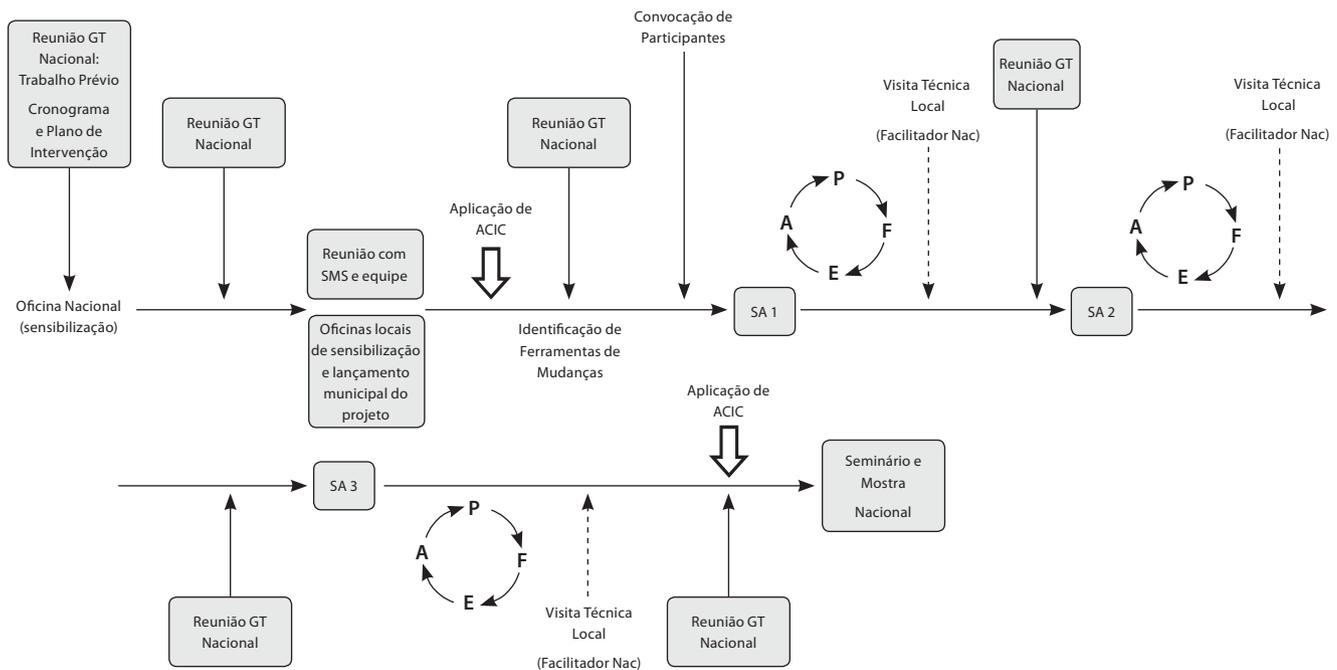


Figura 1 - CRONOGRAMA DO PROJETO QUALIDIA (RE: Baseado na Serie Inovadora para os Cuidados de Condições Crônicas (Breakthrough Series – BTS, IHI/EUA) – março/2010 a junho/2011.

(Ayanian *et al.*, 1994). De fato, no Medical Outcomes Study, que comparou o tratamento ambulatorial do diabetes tipo 2 e hipertensão por médicos de família, internistas gerais e especialistas, poucas diferenças significativas foram observadas (Greenfield *et al.*, 1995). Pode-se argumentar que a principal conclusão da pesquisa foi que a gestão dessas doenças crônicas não era adequada em todos os ambientes, refletindo a falta de uma abordagem bem organizada e sistemática de atendimento. Outro estudo feito no Veterans Affairs Medical Center (EUA) revelou, da mesma forma, que menos de 75% dos pacientes diabéticos estavam recebendo o padrão de cuidado “minimamente aceitável” mesmo na clínica de especialidades (Ho *et al.*, 1997).

Ainda é predominante, na rotina dos serviços de saúde, a prática clínica hospitalocêntrica, com grande procura por consultas especializadas, exames diagnósticos e procedimentos de alto custo, mas sem assegurar a prevenção, o

diagnóstico precoce e o tratamento continuado das DCNT na rede de atenção primária de saúde, como demonstrado por Lessa (2004).

A natureza clínica dessas doenças e seu manejo exigem um maior número de profissionais envolvidos e atendimentos que se estenderão por muitos anos após o seu diagnóstico. Alguns estudos de utilização de serviços de saúde têm mostrado elevada utilização de recursos de saúde entre os portadores de DCNT (Brasil, 2010a, Brasil, 2005).

Recentemente o Ministério da Saúde lançou, em parceria com diferentes setores do governo, da sociedade civil e universidades, o “Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022”, que estabelece um compromisso de reduzir em 2% ao ano a taxa de mortalidade prematura causada pelas DCNT na próxima década. Quatro das principais DCNT foram estabelecidas como prioritárias (circulatórias, câncer, respira-

Tabela 1 - MATRIZ LÓGICA

	Objetivos	Indicadores	Fontes de verificação	Atividades
Fim	Favorecer a atenção integral e integrada ao diabetes no Brasil, por meio de ações para a promoção da saúde, prevenção do diabetes tipo 2 e redução da incidência de complicações, visando garantir a melhoria da qualidade de vida para as pessoas com diabetes no país.			
Propósito	Fortalecer e expandir as ações do SUS para educação em saúde para o autocuidado, “advocacy”, mobilização comunitária, avaliação contínua e implementação da melhoria da gestão do cuidado em diabetes. A iniciativa deve buscar o enfoque multiprofissional e integral na gestão da linha de cuidado, por meio de cooperação técnica e compartilhamento de experiências.			
Resultado esperado 1	“Estratégia Nacional de Educação para o auto-cuidado em Diabetes” fortalecida e expandida	Ambiente Virtual de Educação à Distância (AVEA), desenvolvido pela UFSC em parceria com o MS em 2009 implantado em mais 4 estados Materiais de apoio para pacientes e protocolos de cuidado atualizados e disponíveis para profissionais de saúde. Cinco mil profissionais de saúde sensibilizados, capacitados e envolvidos na Estratégia Nacional de Educação para o autocuidado em diabetes.	-AVEA revisado e disponibilizado no Telessaúde e relatórios de cursos desenvolvidos em 5 instituições (ESP ou universidades) -Materiais de apoio para o auto-cuidado impressos, disponíveis em DVD e no site do MS - Relatórios técnicos da capacitação elaborados e certificados de participantes distribuídos	A1.1 – Revisar e atualizar o conteúdo do AVEA, a partir das sugestões dos profissionais de saúde capacitados em oficinas anteriores (oficinas de trabalho com UFSC e MS) e disponibilizar no Telessaúde A1.2-Oficinas e visitas técnicas em e instituições que irão implantar o EAD A1.3-Realizar módulos à distância no AVEA para profissionais de saúde nos estados através dos centros implantados (ESP ou univ.) A1.4-Realizar oficinas locais de capacitação presencial para profissionais de saúde. A1.5 –Revisar material de apoio para pacientes e profissionais (oficinas de trabalho com FFMUSP e MS) A1.6 - Elaborar, validar e publicar materiais de apoio para pacientes e profissionais (Identificação de materiais existentes e contratação de especialistas e de PJ) A1.7– Planejar e promover campanha para o Dia Mundial do Diabetes 2010, com materiais para “advocacy”. A1.8 – Disseminar as experiências através de documentos técnicos

Resultado esperado 2	Capacidade técnica estadual/capitais para a gestão da linha de cuidado do diabetes e hipertensão melhorada, utilizando o Modelo de Cuidados de Doenças Crônicas (MCC)	10 municípios capacitados no Modelo de Cuidado de Doenças Crônicas (MCC) ACIC aplicado nos municípios ao início e final do projeto e planos de ação elaborados Elenco de indicadores de qualidade de cuidado do DM definidos e disseminados para os diferentes níveis de gestão	<ul style="list-style-type: none"> - Relatório de oficinas de capacitação - Material da capacitação disponível no site do MS - Documento com a compilação das avaliações (ACIC) dos municípios - Planos de ação dos municípios disponíveis - Documento com o Elenco de Indicadores de Qualidade de Diabetes publicado 	<ul style="list-style-type: none"> A2.1-Tradução e adaptação de documentos do MCC e ACIC e produção de material a ser distribuído. A2.2-Oficina de afinamento metodológico para monitores macro-regionais no MCC A2.3-Oficina nacional para sensibilização para o programa com os 10 municípios A2.4-Elaboração e disseminação de material educativo para profissionais de saúde da rede básica A2.5-Contratação de técnico para revisão bibliográfica de indicadores de qualidade de cuidado de Diabetes A2.6-Oficina com especialistas e gestores para definição do elenco de indicadores de qualidade para os três níveis de gestão A2.7-Encaminhar o elenco definido para pactuação nos fóruns competentes de gestão dos SUS A2.8 – 03 Sessões de Aprendizagem locais para desenvolvimento, implementação e avaliação dos planos de ação dos 10 municípios. A2.9 – Oficina Nacional de Avaliação e apresentação de experiências locais A2.10 - Disseminação das experiências através de documentos técnicos
Resultado esperado 3	SIS-HIPERDIA desenvolvido e disseminado, para monitoramento e avaliação contínua da qualidade da atenção	Versão atualizada do SIS-HIPERDIA desenvolvida e disponível para estados e municípios Profissionais de saúde capacitados na versão atualizada do SIS-HIPERDIA	<ul style="list-style-type: none"> - SIS-HIPERDIA disponibilizado para instalação on-line no site do MS/ Datasus - Relatórios de oficinas regionais de capacitação 	<ul style="list-style-type: none"> A3.1 – Aprimoramento e validação (teste piloto) da versão atualizada do SIS-HIPERDIA e seus relatórios junto ao DATASUS/MS. A3.2 – Seleção de indicadores mínimos para o monitoramento de qualidade e formulação de relatório base nacional. A.3.3 – Reunião de técnicos do DATASUS e do MS para apresentação e avaliação versão atualizada (SIS-HIPERDIA) A3.4 –Reunião de preparação das oficinas regionais para capacitação na nova versão do SIS-HIPERDIA. A3.5 –Realização de oficinas regionais de capacitação no SIS-HIPERDIA, para estados e municípios, com participação do escritórios locais do DATASUS/MS A3.6 – Disponibilização de relatórios técnicos de av contínua de qualidade do cuidado

Resultado esperado 4	Padrões de qualidade da atenção ao diabetes estabelecidos e disseminados	Laboratório de referência do ELSA no Rio Grande do Sul standartizado nos padrões internacionais para medida da HbA1C Cadernos de Atenção Básica com diretrizes clínicas revisadas e disseminadas	-Certificado da estandardização da HbA1c do laboratório disponível -Cadernos de Atenção Básica atualizados, publicados e disponíveis no site do MS	A4.1- Coleta de amostra de sangue no laboratório do ELSA e encaminhamento para o Centro CPPP nos EUA A4.2-Análise de resultados do controle de qualidade realizado no CPPP para certificação e disseminação dos resultados em documentos e artigos científicos A4.3-Contratação de especialistas para atualização/revisão das diretrizes de DM e HA e Prevenção de DCV e DRC e Pé Diabético, com a utilização pelo método AGREE (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation Instrument) A4.4-Oficina técnica com sociedades científicas para validação das diretrizes clínicas após elaboração pelos consultores A4.5-Publicação e disseminação das diretrizes clínicas através de Cadernos de Atenção Básica (CAB) A4.6- Disseminação através de informes e documentos técnicos
-----------------------------	--	---	---	--

Tabela 2 – Estrutura do Projeto QualiDia

Nome	Funções	Membros
Comitê Executivo	Terá como função planejar e tomar as decisões sobre o projeto e assegurar o cumprimento dos processos de acordo com o cronograma de atividades estabelecido.	CNHD/DAB/MS, DAB/MS, DATASUS/MS, Fundação Médica e do Coordenador Executivo do projeto.
Comitê Consultivo	Terá como função apoiar o comitê executivo na tomada de decisões relativas ao projeto e validar materiais técnicos e educativos necessários para o desenvolvimento do projeto.	Especialistas nacionais e internacionais das áreas de diabetes, educação, avaliação, gestão de serviços de saúde e saúde pública e representante da entidade financiadora (Sanofi-Aventis).
Consultores Técnicos	Prestarão assessoria ao Coordenador Executivo no desenvolvimento de planos de trabalho, coordenação de oficinas e reuniões, monitoramento e avaliação de atividades, desenvolvimento de materiais e programas.	Profissionais contratados para o desenvolvimento de atividades ou elaboração de produtos necessários para o projeto
Pontos Focais locais	Terão como função desenvolver as atividades no nível local, coordenando os planos de ação e as estratégias de capacitações.	Profissionais das Secretarias Estaduais de Saúde - SES ou Secretarias Municipais de Saúde - SMS participantes do projeto.
Coordenador Executivo Nacional	Terá como funções coordenar as diferentes ações e atividades estabelecidas pelo comitê executivo e relacionadas aos resultados esperados, de forma a garantir o cumprimento do cronograma, supervisionar as atividades/ produtos elaborados pelos consultores técnicos, elaborar os relatórios técnicos do projeto e garantir a disseminação de documentos e experiências por meio de diferentes veículos de comunicação.	

Tabela 3 – Síntese da situação de saúde dos municípios selecionados e participantes do Projeto QualiDia

Municípios (UF) Participantes	População (IBGE, 2010)	Cobertura (%) ESF (MS, 2010)	Estimativa de HA em ≥ 18 anos (Vigitel, 2010)	Estimativa de DM em ≥ 18 anos (Vigitel, 2010)	Cobertura (%) cadastro de HA (SIS- Hiperdia, 2010)	Cobertura (%) cadastro de DM (SIS-Hiperdia, 2010)
Anchieta (ES)	23.902	100,0	4.209	842	50,1	97,0
Ilha de Itamaracá (PE)	21.884	100,0	3.935	806	11,7	14,1
São Lourenço da Mata (PE)	102.895	75,9	17.806	3.647	24,6	41,8
Recife (PE)	1.537.704	51,7	283.979	58.164	6,8	18,5
Silva Jardim (RJ)	21.349	100,0	4.302	1.282	13,7	15,3
Rio Bonito (RJ)	55.551	87,7	11.827	3.524	19,0	22,4
Rio de Janeiro (RJ)	6.320.446	14,8	1.406.271	418.992	0,0	0,0
Antonio Carlos (SC)	7.458	100,0	1.136	344	68,9	38,9
Tijucas (SC)	30.960	100,0	4.659	1.411	22,0	31,9
Florianópolis (SC)	421.240	84,5	68.133	20.636	17,5	24,9

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; ESF: Estratégia de Saúde da Família; HA: Hipertensão Arterial; DM: Diabetes Mellitus; SIS-Hiperdia: Sistema de Informação em Saúde de Hipertensão e Diabetes – DATASUS/MS.

tórias crônicas e diabetes), assim como seus fatores de risco modificáveis (tabagismo, álcool, sedentarismo, alimentação não saudável e obesidade) (Brasil, 2011h).

Poucos países possuem políticas de saúde pública com as características necessárias para intervir de forma integral no cuidado das DCNT. Em análise realizada pelo observatório de políticas de saúde europeu verificou-se que países como Inglaterra e Dinamarca têm implementado políticas visando a gestão integral de DCNT (Ritsatakis, 2006). As análises de eficácia de modelos de atenção para o diabetes e outras doenças crônicas sugerem que o desenho do modelo desempenha um papel importante no resultado, o que reforça a necessidade do redesenho do sistema de prestação de cuidados primários baseado em modelo que incorpore conceitos bem validados como o Modelo de Cuidados Crônicos (20, Wagner, 1998; Wagner *et al.*, 2001; OMS, 2003; Mendes, 2009; Halpin, 2010).

Conclusão

Para alcançar um crescimento econômico sustentável, a melhoria dos indicadores sociais e redução das desigualdades, os países necessitam reduzir a carga de doença e a desigualdade de acesso ao cuidado de DCNT, que representam um dos maiores problemas e desafios atuais. O “Plano de Ação para Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis” é o compromisso brasileiro para a redução da elevada carga de

doenças crônicas no país na próxima década. Intervenções eficazes para abordagem integrada desses fatores de risco e das quatro principais doenças crônicas abrangem três principais estratégias: políticas públicas saudáveis, programas baseados na comunidade e intervenções clínicas com base em modelos abrangentes, integrados e organizados.

No Brasil, a estruturação e implementação de um projeto que traga evidência sobre a viabilidade e exequibilidade de modelo estruturado para a organização e a gestão do cuidado às condições crônicas - em especial ao diabetes- adaptadas às condições e à realidade brasileira, poderá contribuir com a reformulação de programas e políticas nacionais de atenção no SUS. Assim, espera-se que uma vez desenvolvido o projeto QualiDia nos municípios considerados como áreas de demonstração, traga como resultados estratégias e ações locais inovadoras que possam estimular e apoiar as autoridades sanitárias nacionais, estaduais e locais no desenvolvimento de políticas para a elaboração de propostas integradas para a atenção às DCNT.

Referências bibliográficas

- Ayanian JZ, Hauptman PJ, Guadagnoli E, Antman EM, Pashos CL, McNeil BJ. Knowledge and practices of generalist and specialist physicians regarding drug therapy for acute myocardial infarction. *N Engl J Med.* 1994;331:1136-42.
- Brasil. Ministério da Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único brasileiro. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

Gerenciamento de doenças crônicas: experiência brasileira no diabetes mellitus

Chronic disease management: Brazilian experience in diabetes mellitus

“As trocas no tempo são uma via de mão dupla. A posição credora – pagar agora, viver depois – é aquela em que abrimos mão de algo no presente em prol de algo esperado no futuro. O custo precede o benefício”.

“O valor do amanhã”
Eduardo Giannetti

Denizar Vianna Araujo¹, Luciana Bahia²

Palavras-chave:

Gerenciamento de doenças, diabetes mellitus, Brasil

Keywords:

Disease management, diabetes mellitus, Brazil

Resumo

Objetivo: Avaliar a evidência sobre o efeito do gerenciamento de doença na qualidade do cuidado e controle do Diabetes Mellitus, com foco no Sistema de Saúde Brasileiro. **Método:** Conduzimos busca na literatura para revisão sistemática de estudos de base populacional sobre gerenciamento de doenças, assim como para revisões de intervenções de gerenciamento do Diabetes Mellitus no Sistema de Saúde Brasileiro. **Resultados:** Identificamos três avaliações de programas de base populacional. Há evidência consistente de que o gerenciamento de doenças melhora o processo de cuidado e controle do Diabetes Mellitus, mas não foi conclusivo sobre o efeito nos custos. **Conclusão:** O uso de programa de gerenciamento de doença entre as amostras de pacientes com Diabetes promove melhor aderência à dieta, atividade física e uso de medicação. É possível reduzir valores de HbA1 para níveis desejáveis pelo uso de programa de gerenciamento de doença.

Abstract

Objective: To assess the evidence for the effect of disease management on quality of care and disease control, with a focus on Brazilian Health Care System. **Methods:** We conducted a literature search for and a structured review of studies on population based disease management programs, as well as for reviews of disease management interventions in Brazilian Health Care System. **Results:** We identified three evaluations of large-scale population-based programs. We found consistent evidence that disease management improves processes of care and disease control but no conclusive support for its effect on costs. **Conclusions:** The use of the Disease management program among this sample of patients with diabetes promoted better adherence to diet, physical activities, and the use of medication. It is possible to reduce the HbA1 values to desired levels by using Disease management program.

Introdução

Gerenciamento de Doenças

O gerenciamento de doenças caracteriza-se pela abordagem prospectiva, doença-específica, que integra a prestação de cuidados de saúde em todas as suas etapas, mesmo nos períodos de remissão da doença. O gerenciamento de doenças focaliza a intervenção de saúde mais provável de atingir uma relação custo-efetiva.

Os objetivos de um programa de gerenciamento de doenças são: interferir favoravelmente na história natural da doença; prevenir as exacerbações e complicações das doenças crônicas; aumentar o envolvimento do paciente no autocuidado; construir uma base de dados sobre os doentes crônicos.

Um programa de gerenciamento de doenças é estruturado com a implantação de protocolos clínicos de atendimento; assistência farmacêutica aos doentes crônicos; sistemas de informação e equipe multidisciplinar de saúde

1. Professor Adjunto do Departamento de Clínica Médica da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), 2. Pesquisadora do Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Avaliação de Tecnologias em Saúde (IATS) – CNPq/Brasil

Endereço para correspondência: Av. Visconde de Albuquerque 1400/501 – Leblon – Rio de Janeiro - RJ - CEP 22450-000 - e.mail: denizarvianna@gmail.com

com o conhecimento da história natural da doença e as estratégias para intervenção.

Os pacientes são selecionados por critérios demográficos; gravidade da doença e subcategorias de doenças; perfil do histórico de custos para a fonte pagadora; frequência de recorrência e sazonalidade da doença e outros marcadores epidemiológicos.

Os modernos programas de gerenciamento de doença e gerenciamento de casos iniciaram-se nos hospitais americanos nos anos 80, quando a introdução do modelo de reembolso DRG (pagamento por pacote) pelo *Medicare* proporcionou aos hospitais forte incentivo para encurtar o tempo de permanência hospitalar (Zitter M, 1998).

De maneira independente, o crescimento das *Health Maintenance Organizations (HMOs)* e a constatação de que o gerenciamento ambulatorial cuidadoso poderia prevenir a hospitalização, determinou expansão dos programas ambulatoriais de gerenciamento de doenças nos anos 90.

Visão operacional do Gerenciamento de Doenças

Identificação e prospecção dos doentes crônicos elegíveis para o programa

A fonte pagadora identifica os pacientes elegíveis pelo critério de utilização de recursos, indicadores epidemiológicos ou pelo código internacional de doenças (CID). Um sistema pró-ativo de comunicação (ex. *call center*) entra em contato com os pacientes designados pela fonte pagadora, submetendo-os a estratificação de risco, identifica os pacientes realmente elegíveis para o programa e marca entrevista inicial para informar e conscientizar o doente dos benefícios do programa.

Preparação do sistema de informação

O sistema de informação é condição *sine qua non* para o sucesso do programa. A base de dados do paciente contempla dados cadastrais, histórico de utilização dos recursos de saúde e dados epidemiológicos extraídos do rastreamento. O prontuário eletrônico funciona como ferramenta de ligação entre os provedores de cuidados e a gestão (inclui os dados clínicos do paciente e os protocolos clínicos para utilização na doença em questão). Os protocolos adotados são orientados pela melhor evidência disponível.

Equipe multi-disciplinar capacitada para atendimento aos pacientes

As funções da equipe de atendimento são: definir os protocolos clínicos a serem adotados; ministrar programas de educação e conscientização para os pacientes sob supervisão; colocar-se à disposição para sanar dúvidas dos pacientes, quando necessário.

Os locais de atendimento ambulatorial devem permitir acesso para o paciente o mais próximo possível de sua residência e ou trabalho, sob pena de não-adesão ao programa.

Assistência farmacêutica

Adoção de uma lista de medicamentos por doença, de acordo com critérios de evidência e de custo-efetividade.

O sistema de informações recebe *inputs* sobre a utilização de cada medicamento por paciente, com cruzamento das informações com os outros dados do paciente para geração de relatórios gerenciais.

Mensuração do gerenciamento

A mensuração do programa é feita por meio de indicadores de processo e desfecho previamente estabelecidos:

A mensuração periódica da hemoglobina glicada é um exemplo de indicador de desfecho clínico, enquanto a realização de exames complementares definidos pelo protocolo (ex. microalbuminúria anual) é exemplo de indicador de processo.

Diabetes mellitus

O crescente aumento na prevalência do diabetes mellitus (DM) tem sido observado em todo o mundo. Em 1995 havia 135 milhões de pessoas com diabetes no mundo e as projeções são de que em 2025 esse número alcance 300 milhões (King H *et al.*, 1998). Cerca de 2/3 desses pacientes vive em países em desenvolvimento, onde o crescimento tem maior intensidade. A prevalência varia de acordo com a localização geográfica e as características da população. As projeções para os países em desenvolvimento nas próximas duas décadas são de crescimento mais acentuado ainda no número de indivíduos com diabetes. Países como Brasil, Índia e China terão duas vezes maior número de pacientes com diabetes do que os EUA (Yach D *et al.*, 2006).

O único estudo de prevalência do DM em nível nacional realizado no Brasil foi conduzido no final dos anos 80, mostrando uma prevalência de diabetes na população de 30-69 anos de 7,6% (Malerbi DA & Franco LJ, 1992). É importante ressaltar que quase 50% dos indivíduos diagnosticados não sabiam da sua condição e apenas 25% referiam estar em tratamento. Após cerca de 10 anos, novo estudo de prevalência foi realizado, mostrando aumento na prevalência de diabetes tipo 2 para 12,1% na cidade de Ribeirão Preto (Costa MT *et al.*, 2003).

Rosa e Schmidt realizaram estudo sobre a magnitude dos custos das hospitalizações na rede pública no período de 1999-2001, através dos dados obtidos do Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), utilizando o DM como diagnóstico principal e metodologia do risco atribuível ao diabetes em todas as internações do período (Rosa RS & Schmidt MI, 2006). (As internações atribuíveis ao

DM foram estimadas em 836.300/ano (49,3/10⁴ habitantes), com custo para o SUS de US\$ 243.900/ano (14,4 mil/10⁴ habitantes). O gasto governamental exclusivamente com hospitalizações atribuíveis ao DM no período foi expressivo (2,2% do orçamento executado do Ministério da Saúde).

O objetivo deste artigo é pesquisar e analisar criticamente as iniciativas de programas de gerenciamento de doentes diabéticos no cenário brasileiro.

Métodos

Revisão da literatura sobre os programas de gerenciamento de doentes diabéticos no cenário brasileiro.

Critérios de seleção dos estudos

Os seguintes critérios foram desenvolvidos *a priori* para determinar a elegibilidade dos estudos relevantes para a apreciação crítica das características de eficácia e segurança dos programas de gerenciamento de doenças no cuidado ao paciente diabético no cenário brasileiro.

Tipos de estudos

Foram incluídos: ensaios clínicos, revisões sistemáticas da literatura com e sem meta-análise e estudos observacionais.

Foram excluídos: estudos de série de casos, estudos duplicados por estudos realizados por um mesmo grupo de pesquisa abordando o mesmo objeto do estudo inicial, editoriais, cartas, comentários.

Idiomas das publicações

Foram selecionados artigos em inglês, português e espanhol.

Tipos de participantes

Pacientes diabéticos Tipo 1 e Tipo 2.

Tipos de medidas de desfecho

Foram utilizadas como medidas principais de desfecho: (a) redução de morbidade; (b) redução de hospitalização.

Estratégias de busca da literatura

Fontes

Foram examinadas as seguintes bases bibliográficas: Medline (Interface OVID), Cochrane Collaboration e LILACS. Também foram realizadas consultas diretas OMS – Organização Mundial da Saúde (<http://www.who.int/en/>), OPAS – Organização Panamericana da Saúde (<http://www.paho.org/>).

Período

Até Novembro de 2010.

Resultados

Revisões sistemáticas da literatura sobre eficácia e efetividade do gerenciamento no diabetes mellitus

Norris e colaboradores realizaram revisão sistemática da literatura para avaliação da eficácia e efetividade do gerenciamento da doença e manejo de casos de pacientes com diabetes (Norris *et al.*, 2002). Vinte e sete estudos sobre o gerenciamento da doença e quinze estudos de gerenciamento de casos (com pelo menos 15.000 doentes) foram incluídos.

Dezenove estudos utilizaram a hemoglobina glicada como indicador de desfecho e documentaram resultado favorável ao gerenciamento em 18 dos 19 estudos. Houve redução mediana de -0,5% (variação interquartil: -1,35, -0,1) na hemoglobina glicada. Os autores não encontraram evidências para determinar a efetividade do gerenciamento da doença sobre o peso, índice de massa corporal, pressão arterial e concentrações de lipídios. Os autores concluíram que o gerenciamento foi eficaz na melhoria do controle glicêmico.

Griffin e Kinmonth realizaram revisão sistemática da literatura para avaliação dos esquemas de acompanhamento de rotina para pessoas com diabetes mellitus (Griffin S & Kinmonth AL, 2000). (Os autores avaliaram os efeitos do envolvimento de profissionais da atenção primária no controle e no acompanhamento de rotina de complicações de pessoas com diabetes mellitus quando comparados com os do seguimento especializado na atenção secundária. A revisão incluiu ensaios randomizados nos quais pessoas com diabetes foram alocadas em um esquema de controle e acompanhamento de complicações por profissionais da atenção primária. Os desfechos incluíram mortalidade, controle metabólico, fatores de risco cardiovascular, qualidade de vida, status funcional do paciente, satisfação, admissões hospitalares, custos e desenvolvimento de complicações. Foram incluídos cinco estudos com 1058 pessoas. Os estudos apresentaram resultados heterogêneos entre si. Nos esquemas caracterizados por assistência mais intensiva com estímulo ao médico da atenção primária e dos pacientes, não houve diferença na mortalidade entre o tratamento hospitalar e o da atenção primária (odds ratio 1.06, intervalo de confiança 95%: de 0.53 a 2.11), o nível de hemoglobina glicada tendeu a ser menor (diferença ponderada em média de -0.27%, intervalo de confiança 95%: de -0.59 a 0.03) e as perdas do seguimento foram, de modo significativo, mais baixas (odds ratio 0.37, intervalo de confiança 95%: de 0.22 a 0.61) na atenção primária. Entretanto, os sistemas de assistência não tão bem desenvolvidos para médicos de família foram associados a desfechos negativos para os pacientes. A qualidade de vida, os fatores de risco cardiovascular, o status funcional do paciente e o desenvolvimento de complicações foram raramente avaliados. Os pesquisadores

concluíram que a assistência não estruturada, realizada na atenção primária, apresenta seguimento pior, mortalidade maior e controle glicêmico pior do que a assistência hospitalar. As evidências sustentam que haja convocações e avisos regulares, bem como consultas de controle dos pacientes diabéticos realizadas por médicos da atenção primária engajados no problema e demonstram que isso pode ser alcançado com uma organização local adequada.

Ensaios clínicos e estudos observacionais sobre experiências brasileiras no gerenciamento do diabetes mellitus

Correr e colaboradores avaliaram os resultados econômicos do seguimento farmacoterapêutico (SFT) em pacientes com diabetes mellitus tipo 2 em farmácias comunitárias privadas do sistema suplementar de Saúde (Correr CJ *et al.*, 2009). O estudo clínico foi prospectivo com 161 pacientes separados em dois grupos, dos quais somente um recebeu SFT durante 12 meses. A partir dos resultados, foram calculados os dados de efetividade e os custos. O desfecho primário foi à avaliação econômica do SFT por meio da utilização de um indicador de efetividade (variação de hemoglobina glicada - HbA1), relacionada aos custos do atendimento farmacêutico. Os desfechos secundários foram os valores de pressão arterial, circunferência abdominal e índice de massa corporal dos pacientes, que foram utilizados e relacionados aos custos do atendimento do farmacêutico. Os pesquisadores observa-

ram uma redução adicional de 1,3% da HbA1 no grupo que recebeu SFT em comparação ao grupo controle. A tabela 1 sumariza os resultados de efetividade entre grupo controle e grupo de intervenção.

Os custos anuais por paciente do grupo SFT relacionados à redução de 1% nos valores da HbA1 foram de R\$ 78,83. Para melhoria no controle dos pacientes diabéticos tipo 2, esse recurso pode ser implementado com o investimento anual médio de R\$ 456,05 por paciente, utilizando SFT e monitorização com testes de glicemia. Os autores concluíram ser possível obter redução da HbA1 para níveis desejados por meio da utilização do SFT. Este pode ser considerado um recurso adicional para o alcance do controle metabólico, resultando, nesse estudo, em um custo de R\$ 76,00 paciente/ano, para redução de 1% nos valores da HbA1. A tabela 2 resume os dados de custos entre grupo controle e grupo de intervenção.

Zanetti e colaboradores descreveram a evolução do tratamento de pacientes diabéticos por equipe multiprofissional com utilização do Protocolo *Staged Diabetes Management* (Zanetti ML *et al.*, 2007). Os autores realizaram um estudo descritivo, prospectivo e longitudinal, no período de 12 meses com pacientes diabéticos (n=54). Os dados foram coletados mediante entrevista em três pontos: P0 – início do estudo; P6 – seis meses após o início; e P12 – final do estudo. Houve

Tabela 1. Valores basais e mudanças após 12 meses nos dois grupos

Desfecho	Grupo controle (n = 46)		Grupo intervenção (n = 50)		Valor de p (basal)	Valor de p (mudança)
	Basal*	Mudança após 12 meses**	Basal*	Mudança após 12 meses**		
HbA1 (%)	8,6 (1,0)	-0,3 (-0,8 a 0,2)	9,9 (2,0)	-2,2 (-2,8 a -1,6)	< 0,001‡	< 0,001‡
GCJ (mg/dL)	161,2 (53,2)	4,3 (-13,4 a 22,2)	166,9 (56,4)	-20,1 (-31,9 a -8,3)	0,614	0,022‡
PA sistólica (mmHg)	147,7 (31,5)	-11,9 (-19,6 a -4,2)	134,9 (17,8)	-6,88 (-11,5 a -2,2)	0,016‡	0,251
PA diastólica (mmHg)	91,1 (17,2)	-9,8 (-14,1 a -5,5)	81,5 (12,1)	-1,8 (-5,1 a 1,3)	0,002‡	0,003‡
IMC (kg/m ²)	27,6 (4,4)	-0,1 (-0,7 a 0,4)	29,2 (4,9)	-0,2 (-0,8 a 0,3)	0,100	0,844
CA (cm)	94,9 (10,2)	0,1 (-2,0 a 2,1)	95,2 (11,4)	0,8 (-0,7 a 2,4)	0,893	0,537

* Dados dos valores basais para os desfechos clínicos apresentados em média (desvio-padrão);
 ** dados da mudança observada após 12 meses apresentados em média (IC 95%);
 ‡ diferenças significativas
 (p < 0,05). PA: pressão arterial; IMC: índice de massa corporal; CA: circunferência abdominal.
 GCJ: Glicemia Capilar de Jejum

Fonte: Correr *et al.* Arq Bras Endocrinol Metab. 2009;53-7

Tabela 2. Custos do seguimento farmacoterapêutico calculados com base no tempo de atendimento farmacêutico e realização de procedimentos

Item	Média (dp)	Mediana	Intervalo interquartil	Mínimo	Máximo
Atendimentos/paciente/ano	11,4 (4,3)	11,0 (5,44)	6,0 a 16,0 (2,97 a 7,92)	4,0 (1,98)	29,0 (14,35)
Tempo/atendimento (min)	19,3 (6,6)	18,6	7,5 a 29,7	10,0	35,0
Custo/atendimento	5,42 (2,68)	5,20 (2,57)	2,10 a 8,30 (1,03 a 4,10)	2,80 (1,38)	9,80 (4,85)
Custo/paciente/ano (modelo 1)*	58,60 (29,00)	55,02 (27,23)	23,52 a 86,52 (11,64 a 42,83)	28,00 (13,86)	120,40 (59,60)
Custo/paciente/ano (modelo 2)**	88,60 (43,86)	85,02 (42,08)	53,52 a 116,52 (26,49 a 57,68)	58,00 (28,71)	150,40 (74,45)

Dados apresentados em minutos e valor em reais (valor em dólar); o custo por atendimento foi calculado com base no custo por minuto, estimado em R\$ 0,28.
 *Modelo 1: o custo por paciente, por ano, foi calculado com base no tempo total gasto por paciente multiplicado pelo custo por minuto;
 **Modelo 2: além do custo do tempo, foi acrescido o valor fixo de R\$ 30,00 por paciente/ano, referente à realização de 12 testes de glicemia capilar a um custo de R\$ 2,50 por teste.
 Câmbio: U\$ 1,00 = R\$ 2,02.

Fonte: Correr *et al. Arq Bras Endocrinol Metab.* 2009;53-7

Tabela 3. Descrição das características dos estudos incluídos na revisão da literatura sobre efeito do gerenciamento de pacientes diabéticos na qualidade dos cuidados, controle da doença e custos

Estudo	Delineamento	Operador	Intensidade	População
CBO, 2004	Revisão	Provedor	Média-alta	Alto risco
EPC RAND report, 2003	Meta-análise	NE	Média	NE
Goetzel <i>et al.</i> 2005	Revisão	NE	NE	NE
Hersh <i>et al.</i> 2001	Revisão	NE	Média	Doença estável
Knight <i>et al.</i> 2005	Meta-análise	NE	Baixa-média	Doença estável
Krause 2005	Meta-análise	NE	NE	Doença estável/Alto risco
Ofman <i>et al.</i> 2004	Revisão	NE	NE	Doença estável
Piette 2000	Revisão	NE	Média	Doença estável
Weingarten <i>et al.</i> 2002	Meta-análise	NE	NE	NE

NE: Não Especificado

Fonte: Mattke *et al. Am J Manag Care* 2007;13:670-6.

aumento no cumprimento do plano alimentar pelos pacientes diabéticos, de 61,1% no P0 para 92,6% no P12. No que se refere à atividade física, observou-se aumento de 57,4% no P0 para 66,7% no P12. Verificou-se também um aumento da cobertura medicamentosa no tratamento do diabetes. Os pesquisadores concluíram que a utilização do Protocolo *Staged Diabetes Management* por equipe multiprofissional aumentou a cobertura medicamentosa no tratamento para o diabetes e a adesão ao plano alimentar e atividade física pelos pacientes diabéticos.

Tschiedel e colaboradores documentaram as bases para a organização de um serviço especializado em diabetes na infância e na adolescência (Tschiedel B *et al.*, 2008). O artigo apresentou a implementação do Instituto da Criança com Diabetes do Rio Grande do Sul (ICD) e a esquematização de seu trabalho. Os objetivos do Instituto são: diminuir hospitalizações por situações agudas, diminuir a frequência de complicações crônicas e capacitar recursos humanos. São atendidos, em regime ambulatorial e de hospital-dia, 1.315 pacientes, majoritariamente diabetes mellitus tipo 1, de ma-

neira gratuita, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de convênio com o Grupo Hospitalar Conceição, Ministério da Saúde. Um programa educativo diário é realizado, com aulas de 45 minutos de duração, que fazem parte da atenção ao paciente e à sua família. As intervenções proporcionaram diminuição das internações hospitalares, de 2004 a 2007, de 7,5% para 2,7%.

Evidência sobre efeito do gerenciamento de doenças crônicas e custos em saúde

Mattke e colaboradores realizaram revisão narrativa da literatura para avaliar as evidências existentes sobre o efeito do gerenciamento de doenças na qualidade dos cuidados, controle da doença e custos, com foco em programas de base populacional (Mattke *S et al.*, 2007). Os autores encontraram evidências consistentes de que o gerenciamento de pacientes diabéticos melhora os processos de cuidado e controle da doença, porém os resultados ainda são inconclusivos sobre desfechos no longo prazo. Os autores concluíram que o gerenciamento não parece afetar a utilização de recursos de saúde. Quando os custos da intervenção foram devidamente contabilizados, não houve provas conclusivas de que o manejo da doença leva a uma redução líquida de despesas médicas diretas.

Conclusão

O gerenciamento de doenças é uma sistematização da linha de cuidado em saúde para aperfeiçoar os processos de atenção aos pacientes crônicos, com objetivo principal de mudar favoravelmente a história natural da doença. O gerenciamento de doenças caracteriza-se como conjunto de ações e práticas que reúne ferramentas gerenciais, estimativas de risco populacional, mensurações de intervenções em saúde e modelos econômicos de análise de decisão.

Esta revisão da literatura revelou que há significativa heterogeneidade entre os estudos controlados que avaliaram o gerenciamento de pacientes diabéticos conduzidos em nosso meio e em outros países. Há diferenças no tipo de população-alvo, intensidade e modalidade das intervenções, tempo de seguimento, medidas de desfechos e cenários da prática assistencial. Os estudos avaliaram diferentes desfechos, tais como, mortalidade, controle metabólico, fatores de risco cardiovascular, qualidade de vida, status funcional do paciente, satisfação, admissões hospitalares, custos e desenvolvimento de complicações.

As evidências disponíveis sugerem que o gerenciamento de pacientes diabéticos é eficaz na melhoria do controle glicêmico, na redução da HbA1 para níveis desejados, no aumento da cobertura medicamentosa, adesão ao plano alimentar e atividade física pelos pacientes diabéticos. Desfe-

chos como qualidade de vida, fatores de risco cardiovascular, status funcional do paciente e desenvolvimento de complicações foram raramente avaliados.

Há incertezas sobre os benefícios potenciais nos desfechos de longo prazo, tais como mortalidade e complicações crônicas do diabetes mellitus. Não há evidência até o momento, no horizonte de tempo analisado, sobre redução de custos de saúde.

Os estudos documentaram que o gerenciamento de pacientes diabéticos melhora a qualidade dos cuidados e o controle da doença. É possível que o benefício nos desfechos de mortalidade e complicações crônicas do diabetes mellitus só ocorram em estudos de longo prazo.

É importante conscientizar formuladores de políticas de saúde, fontes pagadoras e gestores de que o retorno econômico dos programas de gerenciamento de pacientes diabéticos não ocorre no curto e médio prazo, caracteriza-se como estratégia para o longo prazo.

Referências bibliográficas

- Congressional Budget Office. An analysis of the literature on disease management programs. October 2004. <http://www.cbo.gov/showdoc.cfm?index=5909&sequence=0>. Accessed July 18, 2006.
- Correr CJ, Pontarolo R, Wiens A, Rossignoli P, Melchioris AC, Radominski R, et al. Avaliação econômica do seguimento farmacoterapêutico em pacientes com diabetes melito tipo 2 em farmácias comunitárias. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2009;53(7):825-33.
- Costa MT, Torquato G, Montenegro R et al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban population aged 30-69 years in Ribeirão Preto (São Paulo), Brazil. *Sao Paulo Med J* 2003; 121(6):224-230.
- Goetzel RZ, Ozminkowski RJ, Villagra VG, Duffy J. Return on investment in disease management: a review. *Health Care Financ Rev*.2005;26:1-19.
- Griffin S, Kinmonth AL. Esquemas de acompanhamento de rotina para pessoas com Diabetes Mellitus (Revisão Cochrane) (Cochrane Review). In: Resumos de Revisões Sistemáticas em Português Issue 1, 2000, CD000541-PT.
- King H, Aubert RE, Herman WH. Global burden of diabetes 1995-2025: prevalence, numerical estimates and projections. *Diabetes Care* 1998; 21:1414-31.
- Malerbi DA, Franco LJ. Multicenter study of the prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban Brazilian population aged 30-69 yr. The Brazilian Cooperative Group on the Study of Diabetes Prevalence. *Diabetes Care* 1992; 15(11):1509-16.
- Mattke S, Seid M, Ma S. Evidence for the Effect of Disease Management: Is \$1 Billion a Year a Good Investment? *Am J Manag Care* 2007;13:670-6.
- Norris SL, Nichols PJ, Caspersen CJ, Glasgow RE, Engelgau MM, Jack L, et al. The effectiveness of disease and case management for people with diabetes: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine* 2002;22(4 Supplement) :15-38.
- Rosa RS, Schmidt MI. Diabetes mellitus: magnitude das hospitalizações na rede pública do Brasil, 1999-2001. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia.
- Tschiedel B, Cé GV, Geremia CR, Mondadori P, Spegiorin S, Puñales MKC. Organização de um Serviço de Assistência ao Paciente com Diabetes Mellito Tipo 1. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2008;52(2):219-232
- Yach D, Stucker S, Brownell KD. Epidemiological and economic consequences of the global epidemics of obesity and diabetes. *Nature Med* 2006; 12(1):62-6.
- Zanetti ML, Otero LM, Peres DS, Santos MA, Guimarães FPM, Freitas MCF. Evolução do tratamento de pacientes diabéticos utilizando o protocolo staged diabetes management. *Acta Paul Enferm* 2007;20(3):338-44.
- Zitter, M. A new paradigm in health care delivery: disease management in Disease Management – A systems approach to improving patient outcomes. Chapter 1, pag.1-25. American Hospital Publishing Inc. 1997.

Gerenciamento de doenças - passado, presente e futuro

Disease management – past, present and future

Jaan E. Sidorov¹

Palavras-chave:

Economia da saúde,
gerenciamento de doenças,
cuidados de saúde

Keywords:

Health economics, disease
management, health care

Resumo

O conceito de gerenciamento de doenças surgiu na década de 1990 e evoluiu até os dias de hoje construindo suas bases metodológicas em ambiente de grandes mudanças. Há indícios de que estes programas, quando bem executados, reduzem custos e aumentam a qualidade dos cuidados em saúde. O presente artigo traça um histórico do gerenciamento de doenças nos Estados Unidos, indicando suas conquistas, controvérsias e direções futuras.

Abstract

The concept of disease management appeared during the 1990's and evolved to the present days building its methodological basis in an environment of continuous changes. It has been now accepted that those programs when appropriated designed and implemented can reduce costs and improve quality of health care. The current article reviews the history of disease management in the US its achievements, issues and future directions.

Introdução

Desde o seu surgimento nos EUA durante a década de 1990, o gerenciamento de doenças tem sido tanto elogiado como criticado. Para alguns, é uma solução para enfrentar o duplo desafio de manter a qualidade e controlar os custos na assistência à saúde, enquanto que para outros é uma tentativa velada de interferir na relação médico-paciente. No entanto, ao longo das duas últimas décadas, o gerenciamento de doenças continua a ser praticado por várias organizações de saúde públicas e privadas. Este artigo é uma revisão de como este conceito sobreviveu e evoluiu até os dias de hoje, analisando o seu passado, sua situação atual e as prováveis direções futuras nos EUA. Muitas das lições aprendidas neste país podem ser úteis para outros países, onde pesquisadores, políticos e agentes reguladores continuam a refletir sobre o papel da prática do gerenciamento de doenças em seus ambientes de cuidados de saúde.

História

A indústria farmacêutica é em geral reconhecida por ter criado as primeiras versões de programas de gerenciamen-

to de doenças (Bodenheimer, 1999). Durante a década de 90, os organizadores das chamadas PBMs (Programas de Benefícios de Medicamentos) e de Cuidados Gerenciados de Saúde (*Managed Care*) passaram a observar a relação entre os desfechos de doenças crônicas e indicadores comportamentais como o uso de medicamentos e a adesão aos tratamentos. Um antigo e conhecido exemplo foi o da terapia de reposição de nicotina (TRN) para a cessação do tabagismo; os ensaios clínicos em que a TRN foi associada com o aconselhamento dos pacientes mostraram claro aumento nas taxas de sucesso quando comparadas à terapia isolada (Fiore *et al.*, 1994). Isso levou à adoção desta associação tanto pela indústria como pelos provedores de tratamentos do tabagismo. Seguindo esta demonstração, para outras terapias – tais como diabetes, asma e insuficiência cardíaca – foram adotados modelos similares, associando produtos farmacêuticos com intervenções dirigidas ao aumento da adesão ao tratamento, mudanças no estilo de vida e detecção precoce de co-morbidades.

Quando as práticas de aconselhamento de pacientes passaram a se mostrar cada vez mais complexas e dispendiosas, deixando de representar apoio aos negócios e tornando-

1. Health Solutions Sidorov, Harrisburg, PA, Senior Fellow, Jefferson, School of Population Health, Philadelphia, PA, EUA

Endereço para correspondência: Jaan Sidorov. 423 Way Village, Harrisburg, 17112, PA, EUA. Fax: +1 717 566 6310; E-mail: jaans@aol.com

-se fonte de prejuízos, a indústria farmacêutica começou a abandonar esta estratégia e voltou a centralizar seu foco na venda de medicamentos. No entanto, no rastro destas experiências consolidou-se a crença de que o aconselhamento do paciente poderia ser englobado com outras intervenções em programas mais amplos projetados para aumentar a qualidade, minimizar complicações clínicas e reduzir custos. Muitas seguradoras de saúde adotaram tais programas em seus próprios serviços e, finalmente, fornecedores específicos destes serviços preencheram rapidamente o vazio deixado pela indústria farmacêutica. Estes novos empreendedores passaram a oferecer contratos específicos para organizações de cuidados em saúde, com promessas de aumentar a qualidade e reduzir os custos, em troca de um valor monetário periódico para cada indivíduo inscrito em seus programas. Nos Estados Unidos, as empresas surgidas nesta onda de oferta de serviços de gerenciamento de doenças se uniram para formar uma associação, chamada *Disease Management Association of America* (DMAA) e, tanto as empresas, quanto a associação, se espalharam por vários países (DMAA, 2010).

A primeira ação da DMAA foi definir exatamente o significado do termo “gerenciamento de doenças” (GD). Devido ao grande apelo de marketing do termo ele rapidamente começou a ser aplicado a qualquer programa que incluísse um mínimo treinamento de pacientes. Assim, os profissionais que ofereciam serviços mais abrangentes e complexos trataram de se diferenciar destas variantes de GD oferecidas na forma de intervenções mais simples e com menores preços. Foi neste contexto que surgiu uma definição básica de GD, que foi complementada por uma lista de requisitos essenciais:

O Gerenciamento de Doenças constitui um sistema coordenado de informações e intervenção em saúde dirigida a populações portadoras de condições clínicas nas quais os esforços de auto-cuidado dos pacientes sejam relevantes.

Para cumprir esta definição, os primeiros formuladores de programas de GD notaram que as ações deveriam apoiar o médico com um plano de cuidados com ênfase na prevenção, utilizando orientações baseadas em evidências, assim como estratégias de motivação do paciente e com avaliação contínua dos benefícios auferidos.

Seis componentes principais foram então identificados, sendo todos entendidos como necessários: 1) definir a população, 2) estabelecer diretrizes com uso de práticas baseadas em evidências, 3) criação de modelos de trabalho cooperativo, 4) oferecer educação para auto-cuidados dirigida ao paciente, 5) mensurar processos e desfechos e 6) avaliações de rotina e retroalimentação (Faxon *et al.*, 2004).

Desapontamento

Apesar da crescente atenção aos detalhes e uma abordagem cada vez mais sofisticada caracterizada por termos como

“coaching”, “envolvimento do paciente”, e “ativação do consumidor”, GD acabou sendo rotulado como sendo nada mais do que enfermeiros anônimos telefonando para centenas de pacientes a quilômetros de distância e oferecendo apenas conselhos superficiais. Embora a idéia de dispor de enfermeiros telefonando para pacientes tenha de fato méritos, sua aceitação declinou nos Estados Unidos devido a três constatações: 1) um relatório do US Congressional Budget Office indicando que após muitos anos de atividade pouca evidência científica foi produzida para mostrar que GD poderia reduzir custos dos cuidados de saúde (Holtz-Eakin, 2004); 2) uma avaliação prospectiva de GD contratado para os beneficiários do Medicare demonstrou que ações de GD não estavam conseguindo reduzir despesas (McCall *et al.*, 2008) e 3) a insatisfação de muitos médicos que se ressentiam da decisão das seguradoras de pagar os custos de GD, possivelmente reduzindo seus ganhos e, além disso, interferindo na relação médico-paciente (Schenkel, 2005; Bodenheimer, 2000). Pelo menos uma empresa de GD foi obrigada a declarar falência, enquanto outras foram adquiridas, fundidas ou viram o seu valor de mercado encolher dramaticamente.

O retorno do gerenciamento de doenças e seu estado atual

Apesar destes contratemplos, as seguradoras de saúde nos Estados Unidos continuaram a renovar os contratos com seus fornecedores de GD e a atividade sobreviveu, porém, com um perfil muito mais modesto. Além disso, o conceito de GD evoluiu para a definição atual, mais vinculado às atividades das seguradoras de saúde:

Qualquer sistema baseado em atendimento remoto que utiliza um conjunto coordenado de intervenções baseadas em evidências, para gerenciar um grupo de usuários com riscos atuariais associados a uma condição ou doença crônica. (Sidorov & Schlosberg, 2005).

O modelo de contatar os pacientes por telefone através de profissionais não-médicos persistiu, mas com uma ênfase menor na educação e aconselhamento. Em vez disso, os enfermeiros adotaram abordagens psicológicas para “engajar” os pacientes como colaboradores na gestão da sua própria condição, aumentando seu conhecimento e sua confiança e reduzindo as barreiras aos cuidados efetivos (Linden & Roberts, 2004). Exemplos deste enfoque no gerenciamento do diabetes melito incluem uma maior conscientização dos pacientes para a importância dos níveis de hemoglobina glicada (HbA1c), tornando-os habilitados a discutir um plano de tratamento com seu médico, ajustarem o uso de seus medicamentos em uma base diária e superar as tentações que podem interferir com uma dieta. Os empreendedores afirmam que esta última geração de GD leva ao reconhecimento precoce de complicações potencialmente evitáveis, melhora

adesão e eficiência do tratamento. Por último, mas não menos importante, os especialistas em GD voltaram a enfatizar o papel do médico na educação do paciente e o emprego de técnicas de marketing. Um exemplo desta prática foi a decisão de alguns fornecedores de GD de compensar os médicos pelo trabalho de recrutamento de pacientes, fornecimento de informações clínicas ou pela cooperação com as enfermeiras na formulação do plano de cuidados (Mullen, 2007).

As organizações de GD também aprenderam a conduzir estudos científicos de forma competente, avaliando os desfechos clínicos e econômicos de seus programas. Com a contribuição de atuários, investigadores clínicos e de outros especialistas, o DMAA patrocinou uma série denominada *Outcomes Guidelines Report* que divulgou diretrizes para avaliações incluindo, por exemplo, o uso de comparadores adequados e a análise de tendências de séries temporais (Care Continuum Alliance, 2010). Como resultado, fornecedores e seus clientes estão cada vez mais confiantes na “metodologia DMAA” para a formulação dos termos de seus contratos e para estabelecer metas de despesas e limites de riscos. Além disso, um maior uso de avaliações metodologicamente apropriadas tem permitido a esta indústria apresentar seus resultados em fóruns e periódicos com revisão de pares.

Com este progresso, o gerenciamento de doenças está construindo um histórico interessante em vários cenários de organizações de saúde. Mesmo antes do relatório do *US Congressional Budget Office*, a prática de GD havia demonstrado, em algumas condições, resultados positivos na insuficiência cardíaca e no controle da glicemia (Sidorov *et al.*, 2006; Sidorov, 2006; Villagra, 2004). Recentemente, estudos ainda mais sofisticados têm surgido na avaliação de programas de GD. Por exemplo, uma recente publicação mostrou que GD para pacientes diabéticos idosos foi, em comparação ao grupo controle paralelo, associado a uma redução estatisticamente significativa de internações devido a todas as causas relacionadas ao diabetes (Rosenzweig, 2010). Outro estudo realizado em população de trabalhadores associados a uma seguradora privada demonstrou que exames preventivos resultaram na economia de centenas de dólares por paciente em comparação com um grupo controle (Dall *et al.*, 2010). Para finalizar, o *New England Journal of Medicine* publicou recentemente resultados de um ensaio clínico prospectivo controlado e randomizado, avaliando estratégias de gerenciamento de doenças que resultou em uma impressionante redução de custos totais de cuidados de saúde (Wennberg, 2010).

Desafios atuais do gerenciamento de doenças

Apesar da maturidade e da crescente evidência de efetividade clínica e econômica de programas de GD, quatro questões fundamentais ainda persistem e, até que sejam devidamente

resolvidas, esta indústria deverá enfrentar algumas turbulências em seu caminho para tornar-se um componente padrão das diferentes modalidades de seguro de saúde. Nos Estados Unidos isto assume uma importância ainda maior, graças à recente aprovação do *Affordable Care Act*, lei que reforma o sistema de saúde americano e visa ampliar a cobertura do seguro de saúde a um número adicional de 40 milhões de cidadãos. Estas quatro questões são:

A desconexão entre os resultados clínicos e o risco do seguro

Um melhor controle da doença pode não determinar uma redução consistente das despesas de saúde. A relação econômica entre esse controle, a ocorrência de complicações e a utilização dos cuidados de saúde é tipicamente não-linear e, dependendo do estágio da doença, nem todas as pessoas em uma população são igualmente beneficiadas com o mesmo grau de controle da doença. Por exemplo, no caso da insuficiência cardíaca crônica, os especialistas notaram que os pacientes com doença avançada são gravemente doentes e exigem cuidados altamente complexos (Homes *et al.*, 2008), enquanto as pessoas com doença assintomática não parecem ser beneficiadas no curto prazo com a conscientização e orientações de auto-cuidados (Debusk *et al.*, 2004). Outro exemplo da falta de conexão entre prevenção e desfecho econômico é a observação de que os programas de cessação do tabagismo nem sempre resultam em economia financeira (Cohen *et al.*, 2008).

O desafio de extrair evidências de dados complexos, variáveis e não-gaussianos

Ainda que um programa de gerenciamento de doenças tenha sido evidenciado como poupador de dinheiro, os custos de saúde que se elevam ano após ano, as mudanças no desenho dos benefícios, a demanda de pacientes e o comportamento dos médicos podem provocar assimetrias e vieses nas análises das despesas de seguros. Estudos sobre o impacto de GD neste ambiente altamente dinâmico, mesmo com maior grau de sofisticação metodológica, muitas vezes esbarram em imprecisões, intervalos de confiança amplos e fontes potenciais de vieses algumas vezes agravados pelo confuso jargão estatístico. Em um ambiente de negócios fora da academia, os clientes desses serviços ainda estão reagindo com ceticismo.

Programas de GD não são gratuitos

Mesmo que os programas de GD possam reduzir os custos da saúde graças à prevenção de complicações e internações, seus custos por paciente ainda podem ultrapassar a economia esperada. Pesquisadores observaram que o gerenciamento de doenças pode ser bem sucedido em reduzir as onerosas exacerbações clínicas da doença pulmonar obstru-

tiva crônica (DPOC) e, no entanto, o custo incremental dos salários de enfermeiros, programas de reabilitação pulmonar, equipamentos e outros custos indiretos ultrapassaram a economia esperada. Para alcançar uma diferença significativa de custos em comparação com um grupo controle, determinou-se que os operadores teriam que reduzir custos individuais, cuidar de um maior número de casos, ou ambos (Bourbeau *et al.*, 2006). Ainda que se possa argumentar que a redução das complicações da doença tenha méritos que sob um ponto de vista humanístico justifica o custo adicional, a indústria de GD permanece ligada a noção de eficiência e que é necessário “poupar dinheiro”.

Perspectivas confusas e competitivas

Outra questão é também definir a quem pertence a receita decorrente de GD, quem é impactado pela redução dos custos associados com a menor utilização de cuidados e quem recebe os créditos por tais economias. Uma organização de GD pode receber uma taxa mensal para cada paciente inscrito, a seguradora de saúde pode ser beneficiada pela redução de despesas, mas os provedores de bens e serviços podem experimentar uma queda de receitas. Em um modelo de capitação, os provedores de cuidados podem ganhar com a menor utilização, enquanto a seguradora suporta os custos das taxas de gerenciamento. Uma vez que organizações de GD negociam taxas em troca de economias dentro do sistema, que normalmente misturam vários mecanismos de pagamento, será inevitável que ocorram algumas compensações entre seus diferentes componentes, resultando em ganhadores e perdedores. Se entre os perdedores estiverem envolvidas entidades dominantes, a falta de cooperação pode levar à redução gradual dos programas de gerenciamento de doenças.

Um futuro promissor para o gerenciamento de doenças

Os Estados Unidos gozam de uma reputação nada invejável como líderes mundiais em gastos em saúde. A assistência médica nos EUA com seus problemas de uma rede fortemente privatizada e ineficiente, agravados pela recente recessão econômica, dominou a política nos EUA nestes últimos dois anos. Esta carga permanece ainda como uma questão fundamental para o governo. Ademais, uma importante causa subjacente para o aumento dos custos é a crescente prevalência de doenças crônicas – doenças vinculadas ao estilo de vida, má dieta e sedentarismo, tais como diabetes, aterosclerose, hipertensão, obesidade e doença pulmonar obstrutiva crônica. Estas patologias têm crescido em proporções epidêmicas e que, ironicamente, também se associam com o aumento da expectativa de vida. Enquanto estes custos já são elevados, economistas norte-americanos apontam para

a sua taxa anual de crescimento como a maior ameaça fiscal para a segurança dos Estados Unidos. Um a dois pontos de crescimento acima da taxa anual de inflação para estes custos são simplesmente insustentáveis.

O mesmo é verdadeiro para a maioria dos outros países desenvolvidos (Anderson *et al.*, 2007). Apesar de seus custos atuais per capita serem consideravelmente menores do que aqueles dos Estados Unidos, estão crescendo em taxas anuais semelhantes e, além disso, uma crescente proporção desses custos está sendo impulsionada pelo aumento da prevalência de condições crônicas, incluindo obesidade, diabetes, aterosclerose, doença pulmonar obstrutiva crônica e insuficiência cardíaca. Resulta que os governos e seguradoras em outros países também buscam abordagens que ajudem a mitigar estes custos para não adotar medidas mais drásticas, tais como cortes de orçamento, reduções de benefícios ou listas de espera.

Uma justificativa convincente para GD é a idéia de que ela pode recrutar pacientes e induzir comportamentos que reduzam custos em saúde e aumentem a qualidade, sem ter que recorrer a intervenções autoritárias ou impopulares. Os fornecedores destes serviços acreditam no apelo racional de programas que eduquem os pacientes, aumentem a sua confiança e os insira no processo de tomada de decisões, envolvendo-os no controle e gestão de suas doenças. Uma vez que pacientes motivados e esclarecidos estão mais propensos a escolhas mais eficazes e seguras, é provável que resulte em um tratamento menos complexo e com menor número de complicações. Isto deveria ser eficiente na redução de custos.

Direções futuras para o gerenciamento de doenças

Dada a crescente preocupação da sociedade com o aumento dos custos em saúde e o desgaste das políticas unilaterais de redução de custos, a indústria de GD parece estar pronta para crescer. No entanto, para possibilitar o crescimento do setor, devem surgir novas abordagens para a gestão de populações com doenças crônicas. Algumas tendências recentes incluem:

1) Combinação de contatos telefônicos e ações presenciais

Embora a abordagem padrão de muitas seguradoras e fornecedores continue a se basear no aconselhamento telefônico dos pacientes, os profissionais de saúde envolvidos na execução desses serviços, em alguns, casos estão na mesma comunidade de seus pacientes. São agentes conectados e com mobilidade, que usam seus automóveis e laptops, realizam contatos telefônicos e visitam pessoalmente os pacientes em suas residências ou seus respectivos médicos nos consultórios.

O fato de estarem fisicamente presentes em uma clínica tem a vantagem de reforçar uma relação pessoal com os médicos. Se o profissional, usualmente um enfermeiro, pode colaborar com o médico e demonstrar que é possível assumir a tarefa de educar o paciente, as taxas de recrutamento podem aumentar. A parceria médico-enfermeiro também pode complementar outra tendência emergente na atenção primária à saúde, que são o Modelo de Atenção Crônica (MAC, sigla em inglês CCM) e o modelo de Medicina Domiciliar Centrada no Paciente (MDCP, sigla em inglês PCMH). Ambos realçam o trabalho em conjunto de profissionais médicos e não-médicos para criar sistemas de atendimento. As organizações de GD indicam que, embora alguns médicos possam optar por contratar estes profissionais, outra abordagem igualmente viável pode ser a terceirização da educação do paciente, através de um fornecedor ou uma seguradora. Experiências prévias com a *Geisinger Health Systems* na Filadélfia e com a *CIGNA* na região da Nova Inglaterra indicam que este modelo de GD baseado na comunidade é uma abordagem viável (Derrickson, 2010; PCPCC Report 2010 & Graf, 2010). Adicionalmente, também suporta a razão porque programas de GD tecnologicamente mais desenvolvidos já começaram a ramificar-se para outras formas de treinamento de pacientes à distância. Estes sistemas incluem mensagens de texto e outras formas de mídia social. Não será incomum no exercício de GD que os profissionais exerçam suas atividades de forma personalizada e segura, através do Facebook, blogs ou Twitter (Sidorov, 2010).

2) Combinação de flexibilidade e consistência

Idealmente o gerenciamento clínico de doenças como diabetes e insuficiência cardíaca crônica deve ser caracterizado por um elevado grau de adesão a orientações científicas reconhecidas internacionalmente. Entretanto, sua aplicação no mundo real, nos diversos ambientes e com diferentes pacientes, envolve disputas pessoais e escolhas econômicas. As ações de gerenciamento que requeiram uma maior participação e decisões por parte dos pacientes frequentemente podem significar compromissos, atrasos, prioridades diferentes, recusas do paciente ou família e dificuldades de adaptação a limites de cobertura proporcionados pelo seguro. A atenção à saúde nunca foi do tipo “uma mesma medida para todos”, e a implementação de GD exige que os compradores deste tipo de programa estejam preparados para um estilo altamente flexível de gerenciamento e entrega de resultados. Por exemplo, se o programa tem o objetivo de medir o número de participantes que atingem um alvo (e.g. hemoglobina glicada menor que 7% no caso de diabetes ou aderência ao uso de um inibidor da ECA na presença de disfunção diastólica), uma medida mais flexível poderia ser a medida do percentual de pacientes que entenderam per-

feitamente as suas opções de tratamento e fizeram escolhas com base em seus próprios valores e circunstâncias.

3) Demonstrar economia não significa eficácia dos programas

As conclusões baseadas em dados estatísticos com controles de erro são um legado da medicina científica, mas nos governos e na definição de políticas, as estimativas financeiras frequentemente têm de ser feitas com base em pressupostos ainda imprecisos. A capacidade dos cientistas de isolar e medir o impacto econômico dos programas de GD nunca será perfeita e os resultados medidos nunca estarão imunes a críticas. Assim, os compradores destes programas necessitarão conviver com certo grau de incerteza nas suas estimativas de reduções de custos e produzir avaliações indiretas dos resultados, usando uma combinação de dados de pesquisa em saúde, métodos atuariais e financeiros.

A relação com os médicos ainda em evolução

Como mencionado anteriormente, os médicos nos EUA prontamente associaram as ações de GD aos outros programas mais intrusivos e logo se ressentiram com a inserção de enfermeiros em suas relações médico-paciente. Sem o apoio e o endosso dos médicos, os responsáveis pelos programas de GD logo perceberam que o impacto de seu trabalho estava sendo anulado. Além disso, médicos aconselharam grupos organizados politicamente contra a introdução de GD em programas de seguros do governo. A presença dos fornecedores destes programas tornou-se outro incômodo para as já tensas relações entre as seguradoras e os médicos. Lembrando que quando hostilidade semelhante quase destruiu as organizações de manutenção da saúde (HMO), a indústria respondeu oferecendo-se para compensar os médicos pelo trabalho adicional envolvido no apoio aos programas (como pagar os médicos para rever um plano de cuidados desenvolvido por um enfermeiro), defendendo-os nas definições políticas e salientando sua importância nos contatos com os pacientes, assim como nos materiais de marketing e divulgação (Muellen, 2010). Embora dados apresentados pelas organizações de GD sugiram que o relacionamento com os médicos tenha melhorado, ainda é possível observar hostilidade em publicações de autoria médica (Geyman, 2007).

Dado o descontentamento ainda existente na comunidade médica com GD, esta indústria ainda terá de dedicar tempo e recursos consideráveis para melhorar estas relações. Será necessário incluir no seu modelo de negócio um contínuo compromisso com o aumento da qualidade e com a redução de custos, apoiando a participação dos médicos nas economias que possam ser obtidas graças a seus programas, permitindo que seus enfermeiros fomentem boas relações de trabalho com os provedores e ajudando

os médicos a desempenhar suas responsabilidades na assistência às populações.

O Modelo de Atenção Crônica e Medicina Domiciliar Centrada no Paciente

Enquanto a indústria de GD emergia, começaram a surgir publicações escritas por médicos da atenção primária, abordando o tema do Modelo de Atenção Crônica (MAC) e seu sucessor, a Medicina Domiciliar Centrada no Paciente (MDCP). Como no caso de GD, ambas as abordagens enfatizam o papel do paciente no processo de tomada de decisões. No entanto, valorizam o papel central do médico para gerenciar todos os aspectos do atendimento, coordenando uma equipe local de profissionais não-médicos e assistentes administrativos para as várias tarefas dos cuidados de saúde. Este modelo de atenção tendo o médico no centro foi tópico de pesquisas favoráveis e ganhou o apoio ativo de muitas organizações médicas nos EUA e também de muitos analistas de políticas em saúde. Uma vez que a MDCP também apregoa reduzir o excesso dos custos de seguradoras de saúde, tem sido foco de atenção de numerosas empresas nos EUA que estão implementando projetos pilotos em suas redes. A recente lei de reforma do sistema de saúde (Affordable Care Act) capitaneada pelo presidente Barack Obama, incluiu financiamento para um amplo estudo multicêntrico para avaliar o papel da MDCP no programa de saúde pública para os idosos (Medicare). Se os resultados deste estudo indicarem redução de custos, a lei autoriza o Secretário da Saúde dos EUA a adotar o modelo em outros contextos, o que quase certamente tornará a MDCP um padrão para o Medicare.

Ao invés de ver isso como uma ameaça, a indústria de GD respondeu reiterando o apoio geral aos médicos e pontuando que a atribuição de não-médicos para a tarefa de treinar o paciente não é apenas uma estratégia válida e que enfermeiros - já inseridos na comunidade - podem facilmente cumprir esse papel. Consoante, lançaram a proposta de que os consultórios médicos, ao invés de reestruturar suas práticas para implementação da MDCP contratando pessoas e aumentando custos, poderiam optar pela utilização dos serviços de GD de forma terceirizada. De fato, um dos propósitos dos vários projetos piloto das seguradoras, acima mencionados, é avaliar suas funções tradicionais em uma rede de MDCP. Isso ainda está em evolução, mas sugere modelos que envolvem a cooperação entre MDCP e os programas de GD.

Um passo além do Gerenciamento de Doenças

Embora GD continue a evoluir de forma mais sofisticada para produzir mudanças de comportamento dos pacientes, medindo e apresentando resultados clínicos e econômicos

e procurando uma maior aceitação na comunidade médica, tem também mostrado atividades em outras frentes. Enquanto seguradoras têm sido céticas quanto à promoção de bem-estar e atividades de prevenção, os objetivos de promover mudanças de dieta, reduzir o sedentarismo e minimizar o estresse e os comportamentos de risco mostram um impacto real sobre os custos de cuidados em saúde. Graças ao considerável interesse dos consumidores, a pressão política e o crescimento dos sistemas baseados em autogestão nas empresas, a demanda por programas de prevenção e bem-estar têm crescido e a indústria de GD entrou em cena para ajudar a atender essa demanda. Ela não só foi capaz de antecipar esta demanda, mas a sua abordagem – através de acompanhamento personalizado – pode ser facilmente adaptada à promoção de bem-estar e prevenção. Além disso, programas de promoção de bem-estar são úteis na detecção de pacientes diagnosticados com doenças crônicas, como hipertensão e diabetes e são, portanto, observados como uma extensão dos cuidados gerenciados de saúde.

Um testemunho adicional deste movimento é a Disease Management Association of America, que se tornou amplamente conhecida pela sigla DMAA e mudou seu nome para DMAA, The Care of Continuum Alliance, que derrubou qualquer referência ao termo “gerenciamento de doenças.” O nome foi mudado para refletir mais plenamente o interesse dos seus membros, expresso não só por cuidar de populações com doenças crônicas, mas também para oferecer (e, portanto, vender) outros serviços – incluindo o bem-estar e a prevenção – para empregadores, seguradoras e outras entidades. O logotipo da DMAA foi logo substituído pela retirada do acrônimo, tornando-se Care Continuum Alliance.

Com o aumento contínuo da inflação nos custos da saúde, o interesse em atividades de prevenção e bem-estar ganhou mais atenção e urgência. Assim como o gerenciamento de doenças, eles também são vistos favoravelmente como uma alternativa ao indesejável corte de custos, especialmente porque há estudos convincentes mostrando que o bem-estar e medicina preventiva no ambiente de trabalho estão associados à redução nos custos em saúde (Baicker *et al.*, 2010).

Conclusão

O gerenciamento de doenças tem sobrevivido ao longo de duas décadas de mudanças nos Estados Unidos e continua sendo utilizado pelas seguradoras, que querem construir e oferecer os seus próprios programas aos seus associados ou contratar os serviços de terceiros (Diamond, 2010). Dúvidas sobre a sua efetividade ainda persistem, mas graças à evolução contínua de suas abordagens e à intenção de investir mais recursos para a realização de estudos rigorosos, o modelo de fornecer orientações a distância ganhou considerável respeito. As lições dos Estados Unidos incluem a neces-

cidade de iniciativas para obter a cooperação de médicos, colocar seus recursos na comunidade e apoiar os novos modelos (MAC e MDCP) e atender a demanda de programas de prevenção e bem-estar.

Declaração de conflito de interesses:

Jaan Sidorov recebeu suporte financeiro da sanofi-aventis Brasil para a elaboração deste artigo. Esta empresa também providenciou a versão em português a partir do texto original em inglês. A Sanofi-aventis não exerceu qualquer ação de influência sobre o conteúdo, apresentação e opiniões do autor. Os fatos e opiniões descritos neste artigo são de responsabilidade do autor, podendo ser coincidentes ou não com os posicionamentos nacionais ou internacionais do patrocinador.

Agradecimento:

A patrocinadora agradece ao Dr. Valdair Pinto pela contribuição intelectual na versão e adaptação deste texto em português.

Referências bibliográficas

Anderson GF, Frogner BK, Reinhardt EU. Health spending in OECD countries in 2004: An update. *Health Affairs* 2007;25(5):1481-1489.

Baicker K, Cutler K, Song Z. Workplace wellness programs can generate savings. *Health Affairs* 2010;29(2):304-311.

Bodenheimer T. Disease management – promises and pitfalls. *N Engl J Med* 1999; 340:1202-1205.

Bodenheimer T. Disease management in the American market. *BMJ* 2000;320:563

Bourbeau J, Collet JP, Schwartzman K, Ducruet T, Nault D, Bradley C: Economic benefits of self-management education in COPD. *Chest* 2006;130:1704-1711.

Care Continuum Alliance Publications. Disponível em: http://www.carecontinuum.org/pubs_guide.asp, Acessado: 3/10/2010.

Cohen JT, Neumann PJ, Weinstein MC. Does preventive care save money? Health economics and the presidential candidates. *New Engl J Med* 2008;358:661-663.

Dall TM, Wagner CA, Zhang Y, Yang W, Arday DR Gantt CJ. Outcomes and lessons learned from evaluating TRICARE's disease management programs. *Am J Manag Care* 2010; 16(6): 438-446.

Debusk RF, Miller NH, Parker KM et al. Care management for low-risk patients with heart failure. *Ann Int Med* 2004;141:606-613.

Derrickson J, Comunicação pessoal. Exec VP of the Pennsylvania Chapter of the American College of Physicians. 2010.

Diamond F. Disease Management (DM) grows, though under fire. *Managed Care Magazine*. Mach 2010, disponível em: <http://www.managedcaremag.com/archives/1003/1003.dm.html>, Acessado: 3/10/2010.

DMAA. The Care Continuum Alliance. Wikipedia, disponível em: http://en.wikipedia.org/wiki/DMAA:_The_Care_Continuum_Alliance. Acessado: 3/10/2010.

Faxon DP, Schwamm LH, Pasternak RC et al. Improving quality of care through disease management. *Circulation* 2004;109:2651-2654.

Fiore, MC, Smith, SS, Jorenby DE, Baker TM. The effectiveness of the nicotine patch for smoking cessation. *JAMA* 1994;271:1940-1947.

Geyman JP. Disease management: Panacea, another false hope or something in between? *Ann Fam Med* 2007;5:257-260.

Graf T. Creating a sustainable medical home: The Geisinger Experience. *Medical Home News* August 2101 2(8):1, 3, 11.

Homes AM, Ackerman RD, Zillich AJ, Katz BP, Downs SM, Inui TS. The net fiscal impact of a chronic diseases management program: Indiana Medicaid Health Affairs 2008 27(3):2008;855-864.

Hotlitz-Eakin D. An analysis of the literature on disease management program. Letter to the Honorable Don Nickles. 2004 disponível em: <http://www.cbo.gov/doc.cfm?index=5909>, Acessado: 3/10/2010.

Linden A, Roberts N. Disease management interventions: what's in the black box? *Dis Manag.* 2004 Winter;7(4):275-91.

McCall N, Cromwell J, Urato C, Rabiner D. Evaluation of phase I of the Medicare health support pilot program under traditional fee-for-service Medicare: 18 month interim analysis. Report to Congress. 2008. Disponível em: https://www.cms.gov/reports/downloads/MHS_Second_Report_to_Congress_October_2008.pdf . Acessado: 3/10/2010.

Mueller P. A conversation with Emad Rizk, MD: Disease Management beyond the call center. *Managed Care Mag* April 2007, Disponível em: http://www.managedcaremag.com/archives/0704/0704.qna_rizk.html, Acessado: 3/10/2010.

Mullen P. A conversation with Emad Rizk, MD. Disease management beyond the call center. *Managed Care* 2007, disponível em: http://www.managedcaremag.com/archives/0704/0704.qna_rizk.html, Acessado: 3/10/2010.

PCCC Report Disponível em: http://www.aafp.org/online/etc/medialib/aafp_org/documents/press/pcmh-summit/pcmh-pilot-demonstration-report.Par.0001.File.tmp/PilotReportFINAL.pdf. Acessado: 3/10/2010.

Rosenzweig J, Taitel MS, Norman GK, Moore TJ, Turenne W, Tang P. Diabetes disease management in Medicare advantage reduces hospitalizations and cost. *Am J Manag Care* 2010 16(7):e157-e162.

Shenkel R. 1-800-chronic disease management (edit). *Fam Pract Manag.* 2005 Nov-Dec;12(10):17

Sidorov J. Reduced health care costs associated with disease management for chronic heart failure: A study using three methods to examine the financial impact of a heart failure disease management program among Medicare advantage enrollees. *Journal of Cardiac Failure* 2006;12(6):594-600.

Sidorov J, Schlosberg JD. Disease management and the Medicare Modernization Act: „It's the insurance, stupid“ *Disease Management.* December 2005;8(6):331-338.

Sodorov J, Shull R, Tomcavage J, Girolami S, Lawton N, Harris R. Does Diabetes Disease Management Save Money and Improve Outcomes? A report of simultaneous short term savings and quality improvement *Diabetes Care* 2002; 25:684-689.

Sidorov J. Social media and population –based care management *Population Health Management* 2010;13(4):175-176.

Villagra VG, Ahmed T. Effectiveness of a disease management program for patients with diabetes. *Health Affairs* 2004;23(4):255-266.

Wennberg D, Marr A, Lang L, O'Malley SO, Bennet S. A randomized trial of a telephone care-management strategy. *New Engl J Med* 2010;363:1245-1255.

Gestão de pacientes de alto risco: uma experiência brasileira

Management of high risk patients: a Brazilian experience

Antonio Felipe Sanjuliani^{1,2}, Ana Paula M C Lima², Fabiana Braustein Bassan², Simone Figueiredo R. Roquete², Paulo Cesar Souza², Maria Cristina Farias Mendes², Antonio Jorge Kropf²

Palavras-chave:

Gestão de pacientes de alto risco (GPAR)

Keywords:

Management of high risk patients

Resumo

Todos os países, ricos e pobres, fazem um grande esforço para melhorar a saúde de suas populações e obter os melhores resultados dos serviços médicos e restringir o crescimento com os gastos desnecessários em saúde (Schoroeder, 2007; Seligman & Schillinger, 2010). Muitas nações desenvolvidas também lutam com o paradoxo de que seus cidadãos nunca se sentiram tão saudáveis e ao mesmo tempo tão infelizes com sua assistência médica (Schoroeder, 2007; Seligman & Schillinger, 2010). Assim, na tentativa de diagnosticar e tratar precocemente os principais fatores de risco das doenças mais prevalentes, desenvolvemos um sofisticado programa capaz de identificar e monitorar automaticamente os pacientes com essas características e colocá-los em tratamento e/ou programas de prevenção na busca de atingir melhores resultados médicos e de custo-efetividade.

Abstract

All countries, rich and poor, struggle with how to improve the health of the population and obtain the most value from medical services, and restrain rising health care expenditures (Schoroeder, 2007; Seligman & Schillinger, 2010). Many developed nations also wrestle with the paradox that their citizens have never been so healthy or so unhappy with their medical care (Schoroeder, 2007; Seligman & Schillinger, 2010). Thus, in an attempt to diagnose and promptly to treat the main risk factors for prevalent diseases, we developed a sophisticated program that can automatically identify and monitor patients with these characteristics and place them in treatment and or prevention programs in an attempt to achieve better medical outcomes and cost-effectiveness.

Introdução

Até o início do século XX, as doenças infecciosas e a desnutrição constituíam a causa mais importante de morte em quase todas as partes do mundo, esse cenário imputava uma expectativa média de vida de 30 anos (Palacios *et al*, 2008). Felizmente, com os avanços e melhorias nos sistemas de saúde pública e dos aspectos nutricionais, houve um declínio significativo na mortalidade por essas doenças e consequentemente um aumento na expectativa de vida. Entretanto, esse aumento da longevidade e o impacto de determinadas variáveis e ou situações como: o tabagismo, a hipertensão

arterial, a dieta com elevado teor de gordura, açúcar e sal, o sedentarismo, a obesidade entre outros fatores de risco, têm contribuído de forma expressiva para a gênese das chamadas doenças crônicas cardiovasculares (CV), neuro-degenerativas, osteomusculares, diabetes e câncer.

Em 1990 as doenças CV foram responsáveis por 28% das 50,4 milhões de mortes ocorridas e 9,7% de 1,4 bilhões de DALYs perdidos em todo mundo (Palacios *et al*, 2008). Em 2001 as doenças CV foram responsáveis por 29% de todas as mortes e 14% de 1,5 bilhão de DALYs perdidos (Palacios *et al*, 2008). Em 2020 a população mundial irá crescer para

1. Professor Adjunto e Coordenador da Disciplina de Fisiopatologia Clínica e Experimental. CLINEX – UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro

2. Amil Assistência Médica Internacional

Endereço para correspondência: Antonio Felipe Sanjuliani. Rua Ramon de Castilla 25/102. Rio de Janeiro, RJ. CEP: 22.290-175. Tel: (21) 2542-3412. (21) 9987-2609. email: sanjuliani@gmail.com

7,8 bilhões e 32% de todas as mortes serão decorrentes de doenças CV (Mackay, 2004). Em 2030 a Organização Mundial da Saúde prediz que as doenças CV serão responsáveis por aproximadamente 24,2 milhões de mortes (Mackay, 2004).

O impacto econômico dessas doenças crônicas é tão relevante que países como China e Índia poderão perder, nos próximos 10 anos, de US\$ 200 a US\$ 500 bilhões em consequência das doenças CV, do acidente vascular encefálico e do diabetes (WHO, 2005).

Assim, a identificação precoce, o tratamento adequado e o monitoramento dos riscos responsáveis pelo desenvolvimento e complicações das doenças crônicas e degenerativas mais prevalentes são fundamentais para reduzir a morbimortalidade por essas doenças, assim como impactar favoravelmente no custo-efetividade relacionado a essas enfermidades.

Com esses objetivos, desenvolvemos um sofisticado e complexo *software* (GPAR) com capacidade de atuar na identificação, na classificação, no monitoramento e na alocação adequada de milhões de pacientes em efetores específicos.

Embora existam fluxos específicos para determinadas doenças e situações (cardiovascular, diabetes mellitus, osteomuscular, identificação precoce de câncer de mama, preven-

ção de declínio funcional em idosos e alto-custo referente a cada paciente) a lógica do processo é bastante semelhante para todos os fluxos. Ou seja:

- 1) Identificação dos pacientes: pode ser automática, a partir do histórico de utilização dos serviços médicos de todos os indivíduos cadastrados na operadora de saúde ou manual através da aplicação presencial de instrumentos de *screening* para identificação de riscos e/ou doenças relacionadas aos fluxos específicos,
- 2) Classificação: os riscos e/ou doenças identificadas são classificados geralmente de acordo com a sua gravidade, de forma a gerar uma métrica para a monitorização adequada desses pacientes,
- 3) Alocação desses pacientes em uma rede estratégica para tratamento médico,
- 4) Monitoramento: nessa fase identifica-se os pacientes cujas métricas definidas na fase de classificação estão sendo cumpridas ("população fidelizada") ou não ("população fuga a regra»). Essa última população será abordada para tentar identificar os motivos dessa "quebra de regra" e reposicionar o tratamento do paciente. Após, esse reposicionamento o paciente retorna à fase monitoramento. (Figura 1).

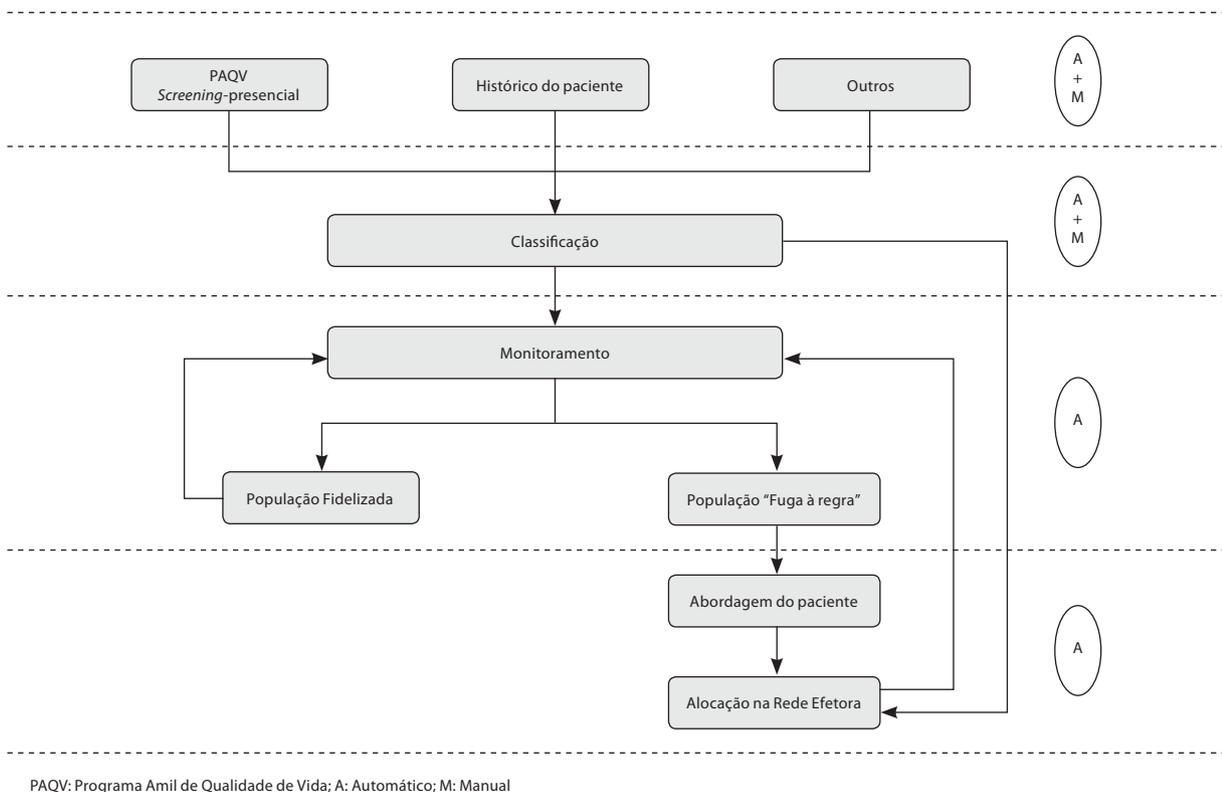


Figura 1. Fluxo da Gestão de Pacientes de Alto Risco (GPAR)

Fluxo cardiovascular e diabetes mellitus

Identificação e prospecção

Para identificar indivíduos com risco ou doença cardiovascular ou diabetes, podemos utilizar diversas fontes de identificação, com consequente prospecção para o fluxo específico. Esta prospecção poderá ser automática na grande maioria dos casos e/ou manual, de acordo com o parâmetro cadastrado na ferramenta que foi desenvolvida para a gestão de saúde (GPAR).

A diferença entre os dois meios de prospecção é a necessidade de avaliação e aprovação pelo analista médico responsável pelo acompanhamento dos pacientes nos referidos fluxos. Na prospecção manual, utilizada para os indivíduos encaminhados, há necessidade da avaliação do gestor do fluxo, que pode recusar ou aprovar a inclusão do indivíduo para o mesmo. Caso o indivíduo não se enquadre no perfil (critérios clínicos de inclusão), o gestor recusa o cliente e o mesmo é excluído do sistema GPAR no fluxo específico. Caso se enquadre nos critérios clínicos, o gestor aprova a inclusão do paciente para o fluxo, cadastrando sua classificação e o colocando em monitoramento. Em caso de dúvida, o gestor poderá encaminhar o cliente para uma central de *telemarketing* que contatará o cliente para aplicação de *checklist* e, de acordo com as respostas, será aprovado ou recusado para o fluxo específico. Na prospecção automática, utilizada pelas outras fontes, não há avaliação do gestor do fluxo. O sistema GPAR analisa a utilização do indivíduo e, caso esteja dentro dos parâmetros colocados como critérios de elegibilidade, há aprovação automática do paciente para o fluxo.

Utilizamos fontes comuns de identificação de pacientes para o fluxo cardiovascular e diabetes, com parâmetros clínicos específicos para cada um. As fontes de prospecção são: declaração de saúde; PAQV (Programa Amil de Qualidade de Vida - aplicação presencial de instrumentos de *screening* em populações definidas dentro da operadora de saúde); *Data-Mining* (o sistema GPAR verifica na utilização do cliente internações, procedimentos, exames e consultas parametrizados, independentemente dos seus resultados, mas que caracterizam risco clínico) e encaminhamentos por áreas corporativas, rede credenciada, unidades próprias e demanda espontânea.

Classificação

Após análise e aprovação, manual ou automática, o paciente deve ser classificado de acordo com critérios pré-determinados de cada fluxo. A classificação é necessária para diferenciar os pacientes por níveis de complexidade da doença, sendo possível a automação diferenciada do monitoramento, parte essencial no processo de gerenciamento de saúde. A classificação pode ser dada pelo gestor do fluxo, no momento da análise do paciente, ou poderá ser automática, de acordo com critérios específicos.

Foram definidos níveis e subníveis tanto para o fluxo cardiovascular, quanto para o fluxo Diabetes. O paciente alocado em um determinado nível ou subnível será reavaliado automaticamente após cada evento liberado ou não executado, podendo gerar uma nova classificação e consequente mudança de critérios para seu monitoramento.

O fluxo Cardiovascular se divide nos seguintes níveis e subníveis: beneficiários com risco alto ou intermediário de desenvolver doenças cardiovasculares; beneficiários com doença cardiovascular estabelecida (coronariopatia, insuficiência cardíaca e outras cardiopatias) e beneficiários com doença cardiovascular estabelecida, mas com duas ou mais internações com CID (Código Internacional de Doenças) de doença cardiovascular nos últimos seis meses (coronariopatia, insuficiência cardíaca e outras cardiopatias descompensadas).

O fluxo Diabetes é dividido em dois níveis. No primeiro nível, são os pacientes com doença, mas sem internações ou lesões em órgão alvo. No segundo nível, são aqueles com internações e/ou lesões em órgão alvo.

Quando houver dúvida quanto à classificação do paciente, podemos agendar uma consulta médica para confirmação da doença e, com o *feedback* do médico assistente, alocamos o beneficiário no nível de classificação correto.

Monitoramento

Para cada nível e subnível foram criados parâmetros de tipo e frequência de consultas e exames, para o sistema GPAR avaliar dentro do sistema corporativo, e assim realizar monitoramento automático destes eventos realizados, com determinada periodicidade. Caso o beneficiário não realize um dos procedimentos determinados, na frequência adequada, caracterizamos como "fuga à regra", e será disparada uma sinalização ao beneficiário, por mensagem telefônica (SMS) ou email, sugerindo que o mesmo realize sua consulta e/ou exame, ou entre em contato com a Gestão de Saúde que ajudará no agendamento para realização dos mesmos. Caso o paciente entre em contato com a Gestão de Saúde, deve ser identificado quem é seu médico assistente, explicar a importância do cuidado com sua saúde e estimular retorno à consulta com a realização de exames solicitados. Nos pacientes sem médico assistente, faz-se um agendamento de consulta no melhor horário e local para o paciente, incentivando o vínculo com o médico.

Caso o paciente não entre em contato com a Gestão de Saúde, está parametrizado um período de leitura do sistema corporativo para verificar se com o recebimento do SMS ou email o beneficiário realizou a consulta e exames "pendentes". Caso afirmativo, o cliente retorna ao monitoramento padrão por nível e fluxo. Caso negativo, cairá em uma fila de contato telefônico para verificar se o mesmo necessita de ajuda para agendamento de consulta.

A presença de algumas intercorrências, como internações referentes ao fluxo que está sendo monitorado, exames específicos (cintilografia do miocárdio, angiotomografia, teste ergométrico, etc.), ou procedimentos (cateterismo cardíaco) são considerados eventos sentinelas e, quando ocorrem, há uma sinalização para o gestor do fluxo gerar um contato telefônico para o cliente. O objetivo deste contato é verificar se o beneficiário necessita de alguma ajuda, ou suporte, para complementar seu tratamento.

Anualmente ou quando ocorrem eventos sentinelas há uma verificação automática da classificação e realocação do beneficiário no nível adequado.

As tentativas de abordagem ao paciente por “fuga à regra” ou eventos sentinelas poderão gerar adiamentos do contato, que gerarão nova fila de abordagem, efetivação do agendamento de consulta, que alocará o cliente em rotina de monitoramento novamente, ou recusa, que excluirá o indivíduo do fluxo. A Tabela 1 exemplifica o relatório e as ações que devem ser tomadas em relação aos fluxos cardiovascular e diabetes.

Fluxo osteomuscular

O fluxo GPAR para doenças osteomusculares tem como objetivo principal as doenças de coluna, procurando identificar precocemente os indivíduos com distúrbios de coluna e realitá-los através de tratamento fisioterápico intensivo.

O fluxo Osteomuscular é uma ferramenta de Gestão de Saúde, onde o indivíduo será identificado, monitorado através do GPAR e incentivado a tratar a sua doença. O início deste processo é a identificação automática desses

indivíduos, que consiste na análise da utilização desses beneficiários no banco de dados da operadora. Os pacientes são identificados por: 1) presença de consultas em ortopedia, neurocirurgia, neurologia, fisioterapia, reumatologia, acupuntura, psiquiatria, associados a exames de ressonância magnética ou tomografia computadorizada da coluna, ou eletroneuromiografia; 2) exames listados acima associados às sessões de fisioterapia, RPG, acupuntura, hidroterapia; 3) internações com CID relacionados a procedimentos na coluna ou crises álgicas. A presença de um desses três itens, sinaliza a existência de critérios para inclusão desses indivíduos ao fluxo e então a prospecção será efetuada, ou seja, o paciente será encaminhado automaticamente para o fluxo osteomuscular. Esse encaminhamento também poderá ser manual, a partir do conhecimento de distúrbios de coluna em um indivíduo e encaminhá-lo nominalmente ao fluxo.

Após a identificação e entrada no fluxo, o indivíduo será classificado automaticamente quanto à existência de cirurgia prévia na coluna, caso afirmativo será classificado como grupo N3. O beneficiário que nunca foi submetido à cirurgia de coluna será classificado em dois subgrupos N1 e N2; no grupo N1 fazem parte aqueles que não foram internados previamente, em decorrência de dores na coluna e no grupo N2 são aqueles que já foram internados por crises álgicas. O Gestor Médico poderá também fazer esta classificação manualmente, após a análise do histórico de cada indivíduo incluído no fluxo. Após a identificação e classificação, os indivíduos serão abordados por telefone onde responderão um questionário não somente para confirmação das lesões na coluna como para oferecer um agendamento para tratamento fisioterápi-

Tabela 1. Exemplo do *status* de alguns fluxos do GPAR (Gestão de Pacientes de Alto Risco)

Fluxo	UF	Grupo Funcional	Tipo Cliente	Grupo / Empresa	Situação	Sexo	Idade	Período
TODOS	RJ	TODOS	AMBOS	TODOS	ATIVO	AMBOS	TODAS	
Fluxo	População Alvo Nacional	População Alvo Regional	População com Risco Identificado	População em Classificação	População em Monitoramento	População com Fuga à Regra	População de Fidelizados	População de Excluídos
Bem Viver	295.635	94.386	3.837	700	1.656	0	1.656	2.481
RedFlag	69.787	19.945	19.931	17.798	1.984	0	1.984	149
Cardiovascular	94.983	29.010	27.656	83	25.398	1.613	23.785	2.175
Diabetes	25.176	9.785	6.810	425	6.312	795	4.017	873
Mamografia	11.196	9.288	10.119	20	9.268	0	9.268	831
Osteomuscular	87.104	39.614	3.364	1.134	8.560	580	7.890	2.200
Gestante	30.141	7.208	6.875	814	0	0	0	6.061
Efetuor	55.705	2.407	1.135	856	244	111	133	35
VIP	102.398	19.646	694	0	691	0	691	3

Para o fluxo cardiovascular: em 01 de agosto de 2011, a população com risco identificada automaticamente ou através de busca presencial, era de 27.656. Desses, 83 pacientes aguardavam sua classificação em relação a sua estratificação de risco cardiovascular; 25.398 pacientes estavam em monitoramento automático e desses pacientes, 1.613 “fugiram à regra”, ou seja, necessitavam de uma abordagem para realocação em efetores. 23.785 pacientes estavam cumprindo as regras específicas parametrizadas para cada nível de classificação de doença, é a chamada população “fidelizada”. A mesma lógica de interpretação segue para os demais fluxos.

co numa das Unidades de Correção Postural ou rede referenciada. O agendamento da consulta e consequentemente a aceitação do programa implicará na passagem para outra fase do fluxo, o monitoramento.

Na fase de monitoramento há a verificação da adesão do paciente ao tratamento fisioterápico (ou a presença de número excessivo de sessões de fisioterapia, discordando com a parametrização estabelecida). Caso o paciente não compareça à primeira avaliação ou tenha 03 faltas consecutivas é deflagrado um evento de “fuga à regra” para a realização de um segundo contato telefônico e tentativa de novo agendamento para tratamento fisioterápico nas Unidades de Correção Postural. Além destes eventos sentinelas, existem outros que caracterizam a “fuga à regra”, como a verificação de internações para analgesias ou para realizações de procedimentos na coluna, consultas em emergências ou a repetição de exames como tomografias ou ressonâncias da coluna. Essas outras sinalizações de “fuga à regra” podem indicar que as dores recrudesceram e o paciente voltou a ser investigado. Todas essas sinalizações de fuga à regra disparam nova abordagem telefônica para identificar o novo status do paciente e, se necessário, realocá-lo a outro nível de atenção médica, além de um comunicado para o gestor médico. Os pacientes que permanecem assintomáticos e frequentam as sessões de fisioterapia serão considerados “fidelizados” ao seu tratamento e nenhuma abordagem será feita. O tempo de tratamento fisioterápico considerado ideal foi de 15 ou 27 sessões, de acordo com a lesão. Assim, após 06 e 12 meses da alta do tratamento fisioterápico, uma nova sinalização é disparada para uma outra abordagem telefônica certificar se o paciente está assintomático.

Fluxo para prevenção de declínio funcional em idosos (PDFi)

Introdução

Até 2025, segundo a OMS, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos, um contingente estimado em 32 milhões de pessoas (OMS, 2005). Dados do Censo 2010 apontam que indivíduos com idade acima de 60 anos já representam 11% da população brasileira, dos quais 55% são mulheres (Anuário Estatístico do Brasil, 2010).

Com o envelhecimento populacional, temos um aumento da prevalência das doenças crônicas e incapacitantes e uma mudança de paradigma na saúde pública. A saúde não é mais medida pela presença ou não de doenças e sim pelo grau de preservação da capacidade funcional. Na verdade, o que parece ser mais relevante no processo de envelhecimento é a autonomia, ou seja, a capacidade de determinar e executar seus próprios desígnios, capacidade de gerir sua própria vida. Sob o ponto de vista prático, a autonomia do idoso pode ser medida através da sua capacidade de cuidar

de si próprio (higiene pessoal, preparo de refeições, capacidade de fazer suas próprias compras, manutenção básica da casa e outras).

Vários estudos apontam como fatores determinantes de risco para mortalidade o grau de incapacidade, avaliado pelo desempenho nas atividades de vida diária (AVDs), e história de hospitalização prévia no último ano (Veras, 2003).

O bem estar na velhice, ou saúde num sentido amplo, seria o resultado do equilíbrio entre as várias dimensões da capacidade funcional do idoso, sem necessariamente significar ausência de problemas em todas as dimensões.

Objetivos

Geral: prevenção de declínio funcional em idosos

Específicos: redução de: internações, reinternações; visitas às emergências, visitas médicas desnecessárias (> 6 ao ano) e da carga de doença (*disability-adjusted life years* - DALY)

Critérios de inclusão e exclusão

São incluídos no Fluxo para prevenção de declínio funcional do idoso (PDFi) clientes Amil, Dix ou Medial, com idade acima de 65 anos, com coeficiente de PRA (Probabilidade de Admissão Repetida) de baixo (<0,5) ou alto risco (> 0,5) (Boult *et al*, 1993; Stuck, 2006) e escala de KATZ (Katz *et al*, 1970) com resultado A ou B.

São excluídos deste fluxo os clientes que estiverem em terapia renal substitutiva ou em tratamento oncológico, clientes residentes em asilos (ILPI – Instituição de Longa Permanência para Idosos) ou clientes com resultado na escala de KATZ de C a G.

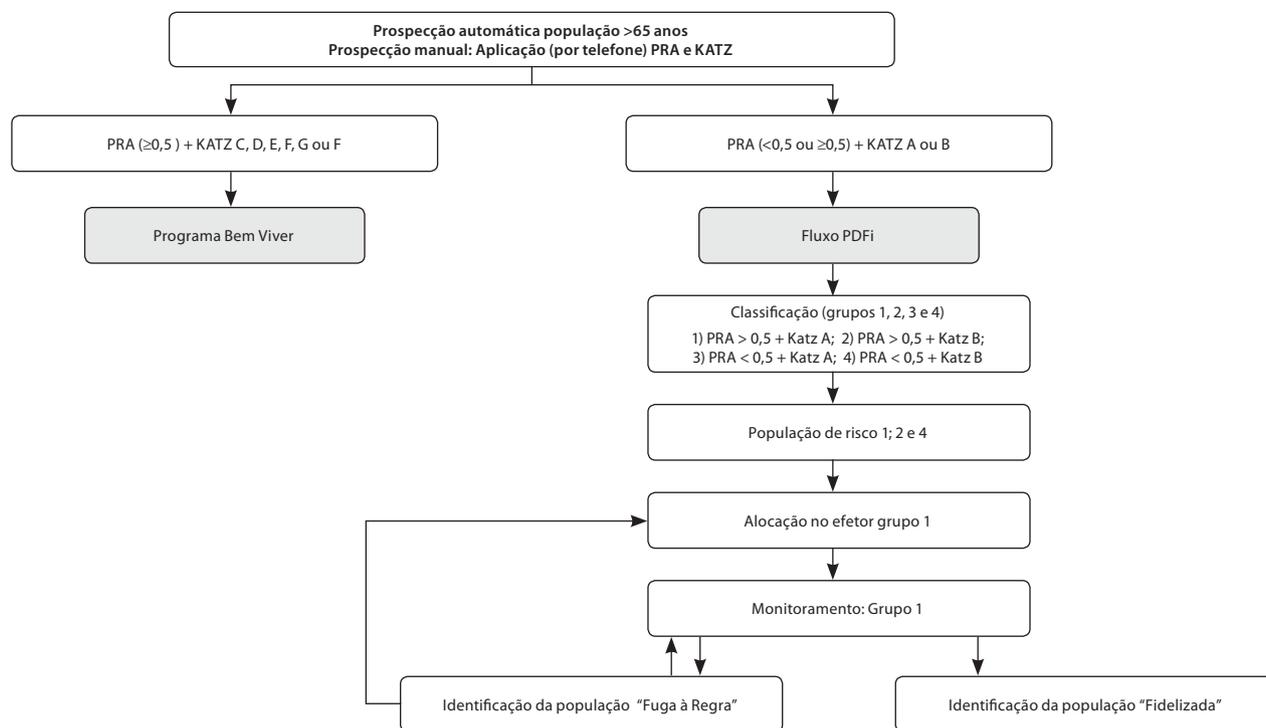
Fluxo para PDFi

Utilizando os mesmos conceitos do GPAR de identificação, classificação, alocação no efetor e monitoramento, o PDFi seguirá conforme demonstrado na figura 2.

O primeiro grupo selecionado para monitoramento foi o Grupo 1 (com maior probabilidade de internação hospitalar e maior autonomia), pois é a população que mais se beneficiaria de intervenções específicas e intensivas no acompanhamento e em melhores condições para se deslocar até o efetor (na rede verticalizada, em rede de geriatras de referência ou em consultórios satélites).

Durante a fase de monitoramento os sinais de fuga à regra são: internação e reinternação hospitalar, consultas em emergências, consultas médicas mais que 6 vezes ao ano ou ainda internações com os seguintes diagnósticos: pneumonia, DPOC, infecção do trato urinário, fraturas, doença de Parkinson e demência.

Os pacientes que não se enquadram no PDFi (KATZ de C a G), são encaminhados ao Programa Bem Viver. A equipe de gestão do Programa Bem Viver os avalia quanto aos critérios de inclusão e exclusão do Programa e, caso positivo, os pacientes



PRA: Probabilidade de admissão repetida, PDFi: Prevenção de declínio funcional em idosos

Figura 2. Fluxo para prevenção de declínio funcional. Identificação, classificação, monitoramento e alocação de idosos.

são abordados por telefone e o Programa então é oferecido. O Programa Bem Viver tem como característica exclusiva o acompanhamento domiciliar realizado por equipe multiprofissional, onde a enfermeira realiza a primeira visita domiciliar e aplica protocolo para avaliação multidimensional do idoso. Este protocolo levanta a história psicossocial do paciente assim como os aspectos clínico-funcionais. A partir dessa primeira avaliação o paciente é classificado em um dos 4 grupos funcionais e seu plano de cuidado é traçado. As demais especialidades (médica, fisioterapia, fonoaudiologia e nutrição) são acionadas de acordo com a necessidade de cada paciente e segundo os critérios do Programa. Atualmente o Bem Viver, especificamente no Rio de Janeiro, acompanha em torno de 1600 idosos.

Conclusões

A nossa estratégia de identificar em massa, monitorar e alocar os pacientes com fatores de risco relacionados às doenças mais prevalentes, sobretudo antes de desenvolverem os chamados “desfechos duros”, podem efetivamente contribuir para melhores condições de saúde dos indivíduos, além de reduzir: 1) os custos diretamente relacionados a esses desfechos, incluindo hospitalizações, tratamentos e/ou procedimentos específicos, custos relacionados após a alta do paciente (homecare, fisioterapia e etc.); 2) o impacto sobre a economia doméstica, prejudicada pelo aumento dos gastos com medicamentos, seguro de saúde e no orçamento

familiar; 3) o prejuízo macroeconômico induzido por esses desfechos como a perda da produtividade laborativa e até mesmo comprometimento no crescimento econômico de determinadas populações.

Referências bibliográficas

- Anuário Estatístico do Brasil: 2010. Fundação IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Rio de Janeiro, 2010.
- Boult C, Dowd B, McCaffrey D, Boult, L, Hernandez R, Krulwich H. Screening elders for risk of hospital admission. *Journal of the American Geriatric Society*. 1993;41:811-817.
- Katz S, Downs TD, Cash HR. Progress in development of the index of ADL. *Gerontologist*. 1970;10(1):20-30.
- Mackay JMG: Atlas of Heart Disease and Stroke. Geneva, World Health Organization, 2004.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005.
- Palacios R, Alonso I, Hidalgo A, et al: Peripheral arterial disease in HIV patients older than 50 years of age. *AIDS Res Hum Retroviruses* 2008;24:1043.
- Schoroeder AS. Shattuck lecture: we can do better – improving the health of the American People. *N Engl J Med*. 2007;357:1221-1228.
- Seligman HK, Schillinger D. Hunger and socioeconomic disparities in chronic disease. *N Engl J Med* 2010;363:6-9.
- Stuck A. Predicting the risk of Hospital Admission in older persons – validation of a Brief Self-administered Questionnaire in three European Countries. *J Am Geriatr Soc*. 2006;54:1271-1276.
- Veras RP. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2003;19(3):705-715.
- World Health Organization: Preventing Chronic Diseases: A Vital Investment. Geneva, World Health Organization, 2005.

A necessária gestão qualificada na área da saúde: decorrência da ampliação do segmento etário dos idosos

The need for qualified health management: a consequence of the expanding elderly age group

Renato Veras¹

Palavras-chave:

Envelhecimento da população, assistência à saúde do idoso, serviços preventivos de saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar, Brasil

Keywords:

Population aging, elderly health care, preventive health care, National Agency for Supplementary Health, Brazil

Resumo

No Brasil, o processo de envelhecimento populacional vem acontecendo de forma acelerada. O prolongamento da vida é uma aspiração de qualquer sociedade. No entanto, só pode ser considerado como uma real conquista, na medida em que se agregue qualidade aos anos adicionais de vida. Assim, qualquer política de saúde destinada aos idosos deve levar em conta a promoção da saúde e a manutenção da capacidade funcional. Se, por um lado, os idosos apresentam maior carga de doenças e incapacidades e usam mais os serviços de saúde, por outro os modelos vigentes de atenção à saúde do idoso se mostram ineficientes e de alto custo, reclamando estruturas criativas e inovadoras. É necessário inverter a lógica do atual sistema, pautado pelo ciclo de tratamento da doença e não da saúde. A Agência Nacional de Saúde Suplementar está propondo uma inovadora ação visando à adesão dos beneficiários de planos de saúde privados a programas de envelhecimento ativo e estimulando as operadoras a adotarem essa perspectiva de cuidados, com idosos recebendo benefícios pecuniários para aderir a programas preventivos e cuidar adequadamente de sua saúde. A proposta deste texto é que o modelo a ser implantado seja baseado na preservação da capacidade funcional e parta do pressuposto de que todos os idosos devem ser acompanhados, mas em diferentes graus.

Abstract

In Brazil, the process of population aging is accelerated. Prolongation of life is an aspiration of any society. However, it can only be considered a real achievement in that it adds quality to additional years of life. Thus, any health policy for the elderly should take into account health promotion and maintenance of functional capacity. If, on the one hand, the elderly have a higher burden of disease and disability and use more health services, on the other, current health care models for the elderly are shown to be inefficient and costly, calling for creative and innovative structures. It is necessary to reverse the logic of the current system, guided by the course of treatment of the disease and not of health. The National Agency for Supplementary Health proposed an innovative action aimed at the accession of beneficiaries to active aging programs, encouraging operators to adopt this view of care for the elderly receiving cash benefits to adhere to preventive programs and proper health care. This paper proposes that the model being implemented should be based on the preservation of functional capacity, assuming that all elderly should receive care, but in different degrees.

1. Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Diretor da Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI - UERJ). Rua São Francisco Xavier, 524/10º andar, Rio de Janeiro, 2055-9900. Telefones: (021) 2334-0000 (geral) - 2334-0053, 2334-0168, 2334-0604; 2334-0131. E.mail veras@uerj.br - Web - www.unati.uerj.br

Envelhecimento e serviços de qualidade

A longevidade da população é um fenômeno mundial, com importantes repercussões nos campos social e econômico. Este processo, que ocorre de modo bastante intenso no Brasil, é conhecido como transição demográfica.

Nosso país envelhece rapidamente e a expectativa média de vida se amplia. O número de idosos passou de três milhões, em 1960, para 22 milhões, em 2010 – um aumento de mais de 700% em apenas 50 anos. Estima-se que o Brasil alcançará 32 milhões de idosos em 2020¹. Na Bélgica e na França, por exemplo, foram necessários mais de cem anos para que a população idosa dobrasse de tamanho.

Somos um jovem país de cabelos brancos. Todo ano, 700 mil novos idosos são incorporados a este segmento da pirâmide etária brasileira – a maior parte com doenças crônicas e alguns com limitações funcionais. Em menos de 40 anos, passamos de um cenário de mortalidade próprio de uma população jovem para um quadro de enfermidades complexas e onerosas, típicas da terceira idade, caracterizado por doenças que perduram por anos, com exigência de cuidados constantes, medicação contínua e exames periódicos.

Envelhecimento e despesas andam juntos. As estimativas oficiais indicam que, em 30 anos, os países desenvolvidos terão de gastar, no mínimo, de 9% a 16% a mais que o PIB simplesmente para honrar seus compromissos com os benefícios de aposentadoria. Os compromissos para os quais não existem recursos (isto é: os benefícios já conquistados pelos atuais trabalhadores e para os quais não há financiamento previsto) elevam-se a quase US\$ 35 trilhões. Se acrescentarmos a esse valor o cuidado com a saúde, o total dobra. É quase certo, no entanto, que essa estimativa é conservadora. Ela subestima o futuro crescimento da longevidade e dos custos com despesas médicas e, ao mesmo tempo, não leva em conta os efeitos negativos para a economia, como um todo, do aumento de empréstimos, taxas de juros, impostos e da redução das taxas de poupança, produtividade e aumentos salariais.

São essas razões que justificam a Consulta Pública 42, feita pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sobre a Proposta de Resolução Normativa que dispõe sobre “concessão de bonificação aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde pela participação em programas de promoção do envelhecimento ativo ao longo do curso da vida e de premiação pela participação em programas de promoção da saúde e de prevenção de riscos e doenças”. Em síntese, trata-se de medida para incentivar as operadoras de planos de saúde a investir em programas de prevenção de doenças para seus clientes, como contrapartida a uma redução nos preços das mensalidades.

À medida que as sociedades envelhecem, os problemas de saúde entre idosos desafiam os sistemas de saúde e de seguridade social. Enfermidade não é uma consequência inevitável da velhice, tampouco está limitada a esse contingente populacional. O envelhecimento está associado a um bom nível de saúde. Além disso, os avanços na ciência da saúde e na tecnologia possibilitaram àqueles com maior poder aquisitivo ou cobertos por programas adequados uma melhor qualidade de vida na velhice. Para isso, estratégias de prevenção ao longo de todo o curso de vida tornaram-se mais importantes para resolver os desafios de hoje e, de forma crescente, os de amanhã (Veras, 2009).

Lidamos com a gestão da saúde como se as doenças tivessem custos semelhantes, mas as diferenças são gigantescas. As doenças agudas, predominantes em populações mais jovens, são substituídas pelas doenças crônicas em populações mais envelhecidas. Não se trata apenas de mudança de nomenclatura. As doenças agudas são únicas e de curta duração. As crônicas, por sua vez, são múltiplas e perduram por décadas, retirando qualidade de vida, impondo restrições para toda a família e pesando financeiramente para a sociedade.

Na área da saúde, no sentido amplo do conceito, temos um novo desafio: oferecer uma linha de ações, mais contemporâneas e diferenciadas, com base no que há de mais atual do conhecimento científico e que mude a lógica atual do consumo excessivo, de base médico-hospitalar.

Alguns esforços já se percebem. O Governo Federal (Ministério da Saúde, 2006) incluiu a saúde do idoso como item prioritário na agenda do país, promulgando uma nova Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, na qual são introduzidos conceitos atuais. A política está embasada no paradigma da capacidade funcional, que é abordada de maneira multidimensional. Mas o efeito prático ainda não foi sentido, pois o peso da assistência tradicional ainda é preponderante.

Dentro desta abordagem, o objetivo deste artigo é contribuir para a discussão de políticas e estratégias que permitam a indução de modelos de atenção ao idoso com ênfase em projetos preventivos e resolutivos para detecção precoce de agravos à saúde, incorporando metodologias de avaliação contemporânea em Geriatria e permitindo gestão mais eficiente do cuidado ao idoso em todos os estágios – desde os saudáveis e ativos, que são a imensa maioria, aos fragilizados e com múltiplas patologias.

As origens e concepções da promoção de saúde

O homem obteve, no século passado, uma das maiores conquistas de sua história: o prolongamento do tempo de vida. Nos dias atuais, aprendemos que não basta apenas viver mais, pois os avanços tecnológicos nos permitem chegar a

¹ Mais informações no site do IBGE: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default_sinopse.shtm

idades bem mais avançadas. Mas o que é preciso fazer para usufruir esses anos a mais de vida de forma plena e saudável?

A expressão “promoção de saúde” foi usada pela primeira vez em 1945, pelo canadense Henry Sigerist (Brown & Fee, 2003). Esse médico historiador definiu quatro tarefas essenciais à Medicina: a promoção de saúde, a prevenção de doenças, o tratamento dos doentes e a reabilitação. Ele afirmava que “saúde se promove proporcionando condições de vida decentes, boas condições de trabalho, educação, cultura e lazer” (Sigerist apud Terris, 1992, p. 38). Terris (1992) ressalta que esta definição original da promoção, que enfatiza os “fatores gerais” de determinação da saúde, difere da concepção difundida pelo influente Informe Lalonde², de 1974 (Lalonde, 1974; Lalonde, 1996), que privilegiou os “fatores particulares”. Apesar disso, esse relatório é tido como um marco histórico no campo da Saúde Pública, por questionar oficialmente o impacto e o custo elevado dos cuidados médicos na saúde.

O Informe Lalonde destaca a limitação das ações centradas na assistência médica, insuficientes para atuar sobre os grupos de determinantes originais da saúde identificados por ele: os biológicos, os ambientais e os relacionados aos estilos de vida. Propôs, então, ampliar o campo de atuação da Saúde Pública, priorizando medidas preventivas e programas educativos que trabalhem com mudanças comportamentais e de estilos de vida.

Suas repercussões podem ser identificadas na concepção orientadora das práticas de promoção de saúde ao longo da década de 1970, as quais, em sua maioria, tiveram seu foco restrito à modificação de hábitos, estilos de vida e comportamentos individuais não saudáveis, entre os quais o fumo, a obesidade, a promiscuidade sexual e o abuso de substâncias psicoativas. Essa abordagem se centrava na prevenção de doenças crônico-degenerativas, problema prioritário nos países desenvolvidos.

Em suma, a promoção de saúde supõe uma concepção que não se restrinja à ausência de doença, mas que seja capaz de atuar sobre seus determinantes (WHO, 1984). Incidindo sobre as condições de vida da população, extrapola a prestação de serviços clínico-assistenciais, supondo ações intersetoriais que envolvam outros determinantes sociais da saúde (Schoeni *et al.*, 2005).

Indução e operacionalização de modelos preventivos

Apesar de os conceitos preventivos já estarem bem estruturados e aceitos pelos profissionais de saúde, sua operacionalização ainda é bastante precária, particularmente no grupo etário dos idosos, onde existem alguns complicadores teóri-

2 O relatório Lalonde foi produzido em 1974, no Canadá, sob o nome de *A new perspective on the health of Canadians* (Uma nova perspectiva da saúde dos canadenses).

cos. O modelo preventivo foi concebido em um mundo menos envelhecido que o atual. A ênfase, portanto, foi conferida aos grupos populacionais mais jovens.

Estamos assumindo que existe concordância na aplicação das estratégias preventivas e no cuidado integral com a saúde. De fato, existe um discurso favorável ao método entre os profissionais do setor, possivelmente pelo fato de que ser contrário à prevenção é algo por demais retrógrado – e, portanto, difícil de assumir. No entanto, quando se observa a prática médica, particularmente em alguns segmentos do setor da saúde, vê-se que, apesar do discurso hegemônico da prevenção, existe apenas serviço curativo e tradicional.

A desculpa para tamanha dicotomia é imputada à difícil mensuração da eficácia, do ponto de vista financeiro, para tais programas. Desde a Carta de Ottawa, em 1986³, já havia a preocupação em demonstrar a efetividade do modelo preventivo e de caracterizar aquelas práticas eficazes e que conduzem a mudanças nos determinantes de saúde. E embora a dicotomia continue presente no discurso – amplamente incorporado, mas pouco executado –, muitos passos estão sendo dados.

É significativo o número de idosos que apresentam múltiplos problemas coexistentes, o que com frequência os leva a consultas com inúmeros especialistas, como resultado da fragmentação do sistema de saúde. Tais fatores, além de elevarem o custo da assistência, não representam necessariamente uma relação de custo-efetividade positiva, pois dela podem ocorrer iatrogenias⁴ assistenciais importantes, com consequências indesejáveis.

A presença de comorbidades associadas às perdas relacionadas ao envelhecimento não deve ser vista como condição de um envelhecimento malsucedido. É a administração de tais perdas (evitando, postergando ou compensando suas limitações), obtida pelo correto manejo de um modelo contemporâneo de assistência, aliado a competências e recursos disponíveis, que poderá garantir ao idoso e à sua família a condição de vivenciar essa fase da vida como uma conquista (Karsch, 2003).

Um dos “gargalos” do modelo assistencial diz respeito à insuficiente identificação e à precária captação desta clientela. A baixa resolubilidade dos serviços ambulatoriais, o não-acompanhamento das doenças mais prevalentes e os

3 A Primeira Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde foi realizada em Ottawa, em 21/11/1986, quando foi redigida a carta intitulada “Saúde para Todos no Ano 2000”. Essa conferência foi, antes de tudo, uma resposta à crescente demanda por uma nova concepção de saúde pública no mundo. Embora as discussões se centrassem nas necessidades dos países industrializados, levaram também em conta os problemas que atingem as demais regiões. A conferência tomou como ponto de partida os progressos alcançados em consequência da Declaração de Alma Ata, em primeira instância; do documento “Os Objetivos da Saúde para Todos”, da Organização Mundial de Saúde, e do debate sobre a ação intersetorial para a saúde, discutido na Assembleia Mundial da Saúde.

4 Iatrogenia é qualquer agravo à saúde causado por uma intervenção médica.

escassos serviços domiciliares fazem com que o primeiro atendimento ocorra, muitas vezes, em estágio avançado. Isso aumenta os custos e diminui as chances de um prognóstico favorável. Além disso, a abordagem médica tradicional, focada em uma queixa principal, e o hábito médico de reunir todos os sintomas e sinais em um único diagnóstico podem até se adequar, com algumas restrições, ao adulto jovem, mas certamente não se aplicam aos idosos.

Aqueles idosos mais doentes, mais fragilizados⁵ e com menor capacidade funcional (Alves *et al.*, 2010) são os que têm a maior probabilidade de adoecer agudamente. Surge então a necessidade de uma forma de não apenas identificar os idosos fragilizados ou com riscos de fragilização, mas também de criar categorias diferenciadas de risco, para possibilitar uma nítida separação entre aqueles de maior risco (portanto com necessidade de intervenção imediata) e os que reúnem condições favoráveis a um agendamento para um médico clínico não geriatra, porém devidamente habilitado a lidar com idosos. Decorre daí o conceito de capacidade funcional, ou seja, a capacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma (Gordillho *et al.*, 2000).

A maioria das doenças crônicas que acometem o indivíduo idoso tem na própria idade seu principal fator de risco. Envelhecer sem nenhuma doença crônica é mais a exceção do que a regra. E a maioria dos idosos é, na verdade, absolutamente capaz de decidir sobre seus interesses e organizar-se sem nenhuma necessidade de ajuda de quem quer que seja. De acordo com os mais modernos conceitos gerontológicos, o idoso que mantém sua autodeterminação e prescinde de qualquer ajuda ou supervisão para realizar suas atividades diárias deve ser considerado saudável, ainda que portador de uma ou mais doenças crônicas (Veras & Caldas, 2004).

Do ponto de vista da saúde pública, a capacidade funcional surge como o conceito de saúde mais adequado para instrumentar e operacionalizar uma política de atenção à saúde do idoso. Uma política de saúde do idoso deve, portanto, ter como objetivo maior a manutenção da máxima capacidade funcional do indivíduo que envelhece, pelo maior tempo possível. Isto significa a valorização da autonomia ou autodeterminação e a manutenção da independência física e mental do idoso. Sabe-se que tanto as doenças físicas como as doenças mentais podem levar à dependência e, conseqüentemente, à perda da capacidade funcional (Parahyba & Simões, 2006; Parahyba & Veras, 2008). Tanto a dependência física como a mental já mostraram ser fatores de risco importantes para a mortalidade – mais importan-

tes que as próprias doenças que levaram à dependência, já que nem todo doente se torna dependente. Dentro desse contexto, estabelecem-se novas prioridades e novas ações, que deverão nortear as políticas de saúde para os idosos (Mittelmark, 1994).

Dessa forma, o centro de qualquer política contemporânea deve focar a promoção do envelhecimento saudável, com manutenção e melhoria cada vez maiores da capacidade funcional dos idosos, com prevenção de doenças, recuperação da saúde dos que adoecem (e/ou a estabilização das doenças) e a reabilitação daqueles que venham a ter sua capacidade funcional restringida.

No entanto, no modelo brasileiro, o peso assistencial ainda é preponderante e o notável grau de desarticulação dentro do sistema de saúde dificulta a operacionalização de qualquer lógica baseada em uma avaliação capaz de abranger os múltiplos aspectos da vida do idoso. Desse modo, torna-se urgente incluir de modo prioritário na agenda de saúde do país a saúde da pessoa idosa, com base no paradigma da capacidade funcional, abordada de maneira multidimensional (Veras *et al.*, 2007).

Promoção e prevenção

Primeiramente, temos de valorizar o fato de vivermos no século da informação. No campo da saúde coletiva, a informação epidemiológica se traduz em capacidade para prever eventos, possibilitando diagnóstico precoce, em especial em relação às doenças crônicas, retardando o aparecimento desses agravos e melhorando a qualidade de vida e a abordagem terapêutica (Paradela *et al.*, 2005).

É necessário, contudo, manejar algumas questões teóricas que considerem as especificidades do idoso e mostrem que os modelos de prevenção para este grupo etário são distintos dos preconizados para os grupos populacionais mais jovens. A proposta-chave para os idosos é a máxima postergação do início das doenças, pois elas, em sua maioria, são crônicas. Uma vez instaladas, não mais regridem, restringindo a atuação médica ao controle de seu tempo de progressão. Ou seja, deve-se buscar a compressão da morbidade, em que a estratégia passa a ser levar a morbidade ao limiar mais próximo possível do limite biológico da vida. (Fries, 1980; Fries & Crapo, 1981).

O modelo teórico que serve de base para esta discussão foi sistematizado no clássico livro *Medicina Preventiva*, de Leavell e Clark (1976), cuja primeira edição surgiu em 1958. Apesar de estruturar três níveis de cuidado com vistas a facilitar o manejo da atenção ao paciente, esse modelo foi concebido há quase 60 anos, quando a proporção de idosos era muito menor e toda a formulação teórica era, prioritariamente, dirigida ao público jovem e adulto. Os tempos mudaram e, para

5 A fragilidade é um conceito importante para avaliar a saúde do idoso, sendo definida como uma vulnerabilidade que o indivíduo apresenta aos desafios do próprio ambiente. Esta condição é observada em pessoas muito idosas ou naquelas mais jovens, que apresentam uma combinação de doenças ou limitações funcionais que reduzem sua capacidade de adaptar-se ao estresse causado por doenças agudas, hospitalização ou outras situações de risco.

permitir utilizar a concepção dos pesquisadores no momento atual, é necessário atualizar o modelo. Para tal, propomos uma subdivisão no interior de cada nível preventivo, visando dar conta das particularidades e necessidades dos idosos.

Devemos entender a prevenção primária para os idosos em seus dois níveis: 1) o da prevenção tradicional, ou seja, das ações que tentam evitar a instalação de quadros mórbidos, incluindo os programas de promoção e educação em saúde; e 2) o da detecção precoce de doenças, por meio do instrumental da epidemiologia, ou seja, do movimento que visa à antecipação diagnóstica, antes da sua instalação ou em fase ainda bastante branda, para postergar a manifestação da doença para um estágio mais avançado e pelo prazo mais longo (Veras, 2003). No primeiro nível, devemos atuar com vacinas, programas educacionais, atividades físicas e grupos de convivência. Para o segundo nível, o da “detecção precoce e postergação”, é necessário implantar ações de saúde utilizando o conhecimento epidemiológico com vistas a estruturar programas de screening, triagem e rastreamentos em unidades de saúde, para a detecção de problemas ainda em fase de cura ou para tentar reduzir o ritmo da evolução de uma doença crônica (Veras & Caldas, Araujo, Mendes, 2008; Veras & Parahyba, 2007). Como se pode observar, a prevenção primária se divide em dois segmentos, e ambos são fundamentais.

Para a operacionalização da prevenção secundária, faz-se necessário atuar também em dois níveis: 1) identificar aqueles pacientes que permitam um agendamento para um médico clínico, não geriatra, devidamente treinado e habilitado a lidar com idosos; e 2) a criação de mecanismos para identificar os idosos de maior risco, com necessidade de intervenção imediata. Deve-se frisar que o Brasil já conta com 22 milhões de idosos em sua população, mas tem poucos médicos geriatras qualificados – esses, portanto, são profissionais raros, que devem ser preservados para aqueles casos mais específicos e envolvendo síndromes⁶.

Também são necessários instrumentos com indicadores de saúde validados, que permitam a padronização do procedimento. Assim, além da identificação do idoso de risco, será possível uma estratificação que permita a priorização de atendimento e utilização adequada dos recursos (Lourenço *et al.*, 2005). Com isso, poderá ser melhorado o atendimento, sobretudo nos ambulatórios da rede pública ou privada, com a criação de critérios de prioridade vinculados à natureza da demanda e não à regra cruel da hora de chegada na fila de espera.

6 O conceito de síndrome geriátrica tem maior correspondência com quadros clínicos complexos do que com enfermidades propriamente ditas. Esses quadros têm como elementos comuns: sua alta frequência na prática geriátrica; sua propensão a acarretar a incapacidade ou, pelo menos, sérias limitações funcionais; e o fato de serem determinantes no aumento da morbidade e mortalidade entre os de mais idade. Estes quadros são também conhecidos como os “gigantes da geriatria”.

Como se pode observar, os dois níveis de prevenção secundária propostos por Leavell e Clarck são aplicados na abordagem apresentada. Na formulação do conceito original, o primeiro nível seria o diagnóstico e tratamento precoce; o segundo, a limitação da invalidez. Sugerimos atualizar a terminologia para diagnóstico e tratamento precoce para os idosos com capacidade funcional preservada – que poderiam ser atendidos no serviço por médicos clínicos ou generalistas não geriatras, desde que treinados e qualificados. E o segundo nível, para os idosos com síndrome geriátrica e fragilizados, que necessitam de acompanhamento especializado, mais pormenorizado e de maior complexidade, seria realizado por geriatras.

O essencial é saber o quanto as doenças crônicas impedem o idoso de exercer suas atividades rotineiras de forma autônoma e independente. Portanto a avaliação funcional é básica para precisar um diagnóstico, um prognóstico e um julgamento clínico adequados para um planejamento assistencial efetivo. A prática médica mostra que a diminuição da capacidade funcional do idoso é que o tornará dependente de um nível mais complexo de assistência. E ela poderá ser ocasionada pela evolução da própria patologia de base, por sua má administração e sequelas, ou pela inadequada assistência recebida, seja familiar, social ou institucional.

Muitos idosos apresentam múltiplos problemas coexistentes e frequentemente procuram inúmeros especialistas, sobrecarregando o sistema de saúde. Além de aumentar o custo da assistência, não representam necessariamente uma relação positiva de custo-efetividade, pois dela podem ocorrer iatrogenias importantes, com consequências indesejáveis.

Saúde não é sinônimo de assistência. No entanto, sem o cuidado ambulatorial e domiciliar, sem as instâncias intermediárias de apoio ou mesmo a hospitalar, em muitos casos, não se pode restabelecer a saúde. Mais uma vez, no entanto, deve ser ressaltado que nos idosos a atividade assistencial também precisa ser distinta das demais faixas etárias.

A compreensão de que se deve investir no idoso saudável, mesmo aquele já em tratamento – ou seja, a imensa maioria dos idosos da nossa sociedade –, e ter programas qualificados para os demais é uma visão contemporânea que os gestores da área deveriam aplicar. Desse modo, o modelo assistencial da prevenção secundária deve ser operacionalizado a partir das características próprias do idoso. A ocorrência de doenças crônicas na população idosa é, sem dúvida, de grande magnitude. Cabe-nos saber, entretanto, o quanto tais patologias os impedem de exercer suas atividades rotineiras de forma autônoma. É a diminuição da capacidade funcional do idoso que o tornará, de alguma forma, dependente de um nível mais complexo de assistência (ver tabela 1).

À semelhança da prevenção primária e secundária para os idosos, os programas devem exibir duas vertentes tam-

Tabela 1: Modelo teórico de atenção integral à saúde baseado na capacidade funcional do idoso

Nível de complexidade	Nível 1	Nível 2	Nível 3	Nível 4
Grau de dependência	Saudável e Independente	Dependência leve	Dependência moderada	Fragilizado e dependente
Ações propostas	Promoção da saúde Educação em saúde Atenção básica à saúde Monitoramento da saúde Detecção de risco de fragilização	Educação em saúde Assistência ambulatorial de baixa complexidade Reabilitação Visita domiciliar Gerenciamento de casos	Assistência ambulatorial e/ou domiciliar de média complexidade Abordagem gerontológica Reabilitação Gerenciamento de casos e monitoramento de fragilidade	Assistência ambulatorial e/ou domiciliar de alta complexidade Atenção especializada para suporte da vida diária Assistência hospitalar Reabilitação Assistência domiciliar por nível de complexidade Apoio de cuidadores
Cenário das ações	Centro de convivência Consultórios Ambulatórios	Centro de convivência Consultórios Ambulatórios Domicílio	Consultórios Ambulatórios Domicílio Centro de reabilitação	Consultórios Ambulatórios Centro-dia Hospital-dia Domicílio Centro de reabilitação

Obs.: tabela baseada no modelo proposto em Veras *et al.* (2008).

bém para a prevenção terciária ou a reabilitação. Deve-se trabalhar para aqueles que necessitam se restabelecer de sequelas deixadas por doenças. Não obstante, é preciso incluir aqueles idosos que, embora ainda não elegíveis a programas de reabilitação segundo os critérios atuais, poderão desenvolver agravos já previsíveis se não forem incorporados a eles. A “reabilitação preventiva” significa ampliar a qualidade de vida para o idoso e sua família, bem como estabelecer uma relação custo-benefício favorável aos sistemas de saúde. Portanto a prevenção terciária tem por objetivo reduzir a progressão e as complicações de uma doença já sintomática, sendo um aspecto importante da terapêutica e da reabilitação.

Um modelo de atenção à saúde do idoso que pretenda apresentar eficácia e eficiência precisa aplicar todos os níveis da prevenção e possuir um fluxo bem desenhado de ações de educação, promoção da saúde, prevenção de doenças evitáveis, postergação de moléstia e reabilitação de agravos. Deve existir ainda uma etapa de captação e identificação de idosos de riscos distintos, além do acompanhamento, em que estejam incluídos a possibilidade de tratamento de patologias não geriátricas e o encaminhamento para cuidado geriátrico, quando houver a necessidade de tratamento especializado. Esta unidade, mais avançada e especializada, deve estar centrada na presença do médico e de profissionais de saúde com capacidade resolutive que atendam ao idoso fragilizado, com múltiplas síndromes geriátricas e perda de sua capacidade funcional, oferecendo tratamento e reabilitação.

Baseado nesta concepção atualizada de Leavell e Clarck, as instâncias de cuidado voltadas ao idoso podem ser estratificadas em níveis hierárquicos, de acordo com o grau de dependência e a complexidade das ações. O pressuposto básico é que a idade é o maior fator de risco para a fragilidade (Veras & Caldas, 2008; Veras, 2008). Neste sentido, a melhor estratégia para um adequado cuidado do idoso é utilizar a lógica de permanente acompanhamento da saúde, visando à identificação precoce e ao monitoramento de agravos – ou seja: tê-lo sempre sob observação, variando apenas os níveis, a intensidade e o cenário da intervenção (Veras *et al.*, 2008a; Veras, 2007; Lima-Costa & Veras 2003).

Este modelo é baseado na preservação da capacidade funcional e parte do pressuposto de que todos os idosos devem ser acompanhados, em diferentes graus, conforme o nível de complexidade – desde aquele com ações a serem adotadas para os idosos saudáveis e independentes até o estágio que exige maior cuidado, com idosos fragilizados e dependentes (tabela 1).

Todas as ideias que apresentamos aqui têm sido desenvolvidas com amplo sucesso pela Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI), um dos mais avançados centros do país voltados para a terceira idade. Projeto pioneiro criado há 18 anos pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), a UnATI está estruturada em três áreas principais: o centro de convivência, os serviços assistenciais (de apoio jurídico e saúde) e a produção de conhecimento. É a única instituição da América Latina a ter recebido da Organização Mundial de Saúde (OMS) o título de Centro de Referência no Cuidado

Integral do Idoso e tornou-se uma referência internacional na Biblioteca Regional de Medicina (Bireme) no campo do envelhecimento.

A bem-sucedida experiência da UnATI, cujo modelo tem sido reproduzido em outras instituições ao longo dos anos, nos estimula a defender essas propostas com absoluta convicção.

Dificuldades operacionais para a mudança do modelo

O conhecimento acumulado e as novas pesquisas deveriam estimular o setor de saúde a desenhar e/ou ampliar modelos mais contemporâneos, que oferecessem maior resolutividade e custo mais adequado em relação ao que é oferecido nos dias atuais (Veras *et al.*, 2008).

Sabendo que é grande a parcela de pessoas idosas não fragilizadas – ainda com boas condições de saúde, em idade mais avançada e com renda média superior ao conjunto da população –, poder-se-ia propor uma política com foco na manutenção da capacidade funcional, com programas de prevenção, investimento em metodologias para detecção precoce de doenças, monitoramento das doenças crônicas, implantação do sistema do médico pessoal (o velho e bom médico da família), entre outras medidas, em lugar do modelo de demanda espontânea que tem no hospital a peça central do sistema (Lourenço *et al.*, 2005; Veras, 2007).

Um exemplo emblemático das tentativas que estão sendo colocadas em prática no mercado de saúde pode ser observado no Reino Unido. Lá, os clientes de uma das maiores seguradoras, a PruHealth,⁷ recebem benefícios financeiros para deixarem seus carros parados e caminharem, usando o podômetro com monitor cardíaco. Também obtêm descontos na compra de frutas e legumes em um supermercado associado à empresa de saúde e recebem incentivo financeiro para a prática de exercícios físicos em academias. Em síntese: um estilo de vida mais saudável pode levar à redução no valor da apólice de saúde.⁸

A experiência inglesa não chegou ainda ao Brasil – e não se sabe se teria efeito positivo ou aceitação da sociedade. De qualquer forma, merece reflexão a mensagem passada: os planos de saúde operam numa espécie de mutualismo, em que os menos saudáveis consomem mais serviços médicos e inflacionam os valores pagos por quem está com sua capacidade funcional preservada e em boa forma. Por muitos anos,

tivemos dificuldade de aceitar estímulos financeiros para cuidar de nossa saúde.

A aplicação do aporte epidemiológico e a ênfase em prevenção fazem com que esta nova abordagem favoreça a redução dos custos assistenciais em paralelo à ampliação da qualidade de vida, ao conferir prioridade à tecnologia do conhecimento e não à tecnologia das máquinas e imagens, o que implica reorganizar os serviços de saúde.

Essas reflexões visam estimular a discussão para a necessidade de novas estratégias (Azevedo, 2010). Foco inovador e criativo deve ser dirigido ao cuidado do idoso e aos que têm doença crônica, que são os que mais sofrem os efeitos de sua própria fragilidade e os que mais demandam serviços de saúde.

Proposta contemporânea e adequada à realidade brasileira

Nessa mesma linha, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) lançou, em consulta pública, um projeto que trata de iniciativas para promoção da saúde, do envelhecimento ativo e da prevenção de risco e doenças. O projeto, ainda que uma iniciativa tímida, não deixa de ser um grande avanço: propõe a concessão de bonificação⁹ aos beneficiários de planos de saúde pela participação em programas de promoção do envelhecimento ativo ao longo do curso da vida, além de premiação a quem participar de programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças.

De acordo com a proposta, as operadoras não são obrigadas a oferecer o desconto e a premiação. A adesão dos clientes também é facultativa e poderá ocorrer em planos individuais ou coletivos. Caso o plano conceda a bonificação, deverá oferecê-la a todos os beneficiários vinculados ao produto e de forma igual para todas as faixas etárias. A adesão ao programa deve estar prevista em contrato, com prazo mínimo de vigência de um ano e regras claras e preestabelecidas. A concessão do desconto é condicionada exclusivamente à adesão e à participação do beneficiário nas atividades previstas, não a resultados alcançados.

Quase um terço dos idosos fica de fora, por estar em planos antigos. Atualmente, os consumidores com 60 anos ou mais representam 11,2% do mercado de planos de assistência médica. Como já era de se esperar, as operadoras médico-hospitalares não veem com bons olhos essa mudança, já que é justamente nesse segmento etário que se dão as maiores despesas decorrentes de complicações de saúde agravadas pelo avanço da idade.

7 Vide <<http://www.ifaonline.co.uk/tag/pruhealth>> e <http://www.consumerresearchprnews.com/business_consumer_research_articles/2011/03/pruhealth-finds-the-nation-believes-people-should-take-more-responsibility-for-their-own-health-204220.htm>

8 Ver interessante matéria publicada na revista *Época Negócios*, n. 13, p. 30, mar. 2008, intitulada “Barato mais vigiado”.

9 É o desconto na mensalidade do plano de saúde concedido ao beneficiário como incentivo à sua participação em programa de promoção do envelhecimento ativo ao longo do curso da vida.

A mensagem é simples e única: as empresas terão de se adaptar às novas tecnologias da moderna gerontologia. Não é cabível manter a lógica da doença. Do total de vínculos de consumidores de planos de saúde – considerando-se que um consumidor pode manter mais de um vínculo simultâneo com mais de uma operadora –, 9,4% (ou 5.689.403) são indivíduos com 60 anos ou mais. Por outro lado, 35,5% dos idosos vinculados a planos de assistência médica estão em contratos antigos, portanto não abrangidos pelas garantias da legislação e pela normatização em vigor. Ao todo, cerca de 37 milhões, ou 81,3% dos consumidores de planos de assistência médica, poderão receber bônus se participarem de programas de promoção do envelhecimento ativo ao longo do curso da vida. O incentivo, agora, também é para o consumidor.

Com a nova proposta, a ANS faz mais uma tentativa de induzir a lógica preventiva no setor de saúde suplementar, cujo modelo de financiamento ainda é orientado para a execução de procedimentos. Nos últimos anos, a agência utilizou diversos métodos para incentivar as operadoras a implementar programas de promoção e prevenção. De acordo com um deles, por exemplo, as operadoras adquiriam maiores prazos para constituição de garantias financeiras se comprovassem a prática de programas de promoção e prevenção em conformidade com as regras vigentes.

Desta vez, a ANS lança mecanismos de indução também para os consumidores, cuja adesão é fundamental para o sucesso das ações de prevenção. Assim, o consumidor poderá ganhar duas vezes: evitando doenças e obtendo descontos e prêmios. As duas práticas serão opcionais, tanto para os consumidores quanto para as operadoras. A concessão do bônus ou das premiações terá vigência mínima de um ano, renovável automaticamente por igual período. A operadora poderá interromper o programa de promoção do envelhecimento ativo ou não renovar o prazo de vigência da bonificação, desde que informe ao consumidor com três meses de antecedência. Porém, na hipótese de interrupção do programa, a operadora deverá manter a concessão da bonificação até o término do prazo de vigência. Será proibida a cobrança de qualquer valor ou carência ao consumidor que optar por participar ou renovar sua participação nos programas de envelhecimento ativo ou de promoção da saúde e prevenção de riscos e doença

Bonificação e ações preventivas

Mesmo não constituindo nenhuma concepção inovadora, pois vem sendo praticada em inúmeros países, a proposta tem mérito, primeiramente, por assumir as particularidades do idoso e colocá-lo como protagonista no sistema de saúde. A proposta não é exclusiva para a faixa etária dos idosos, mas será naturalmente voltada para os idosos.

Um fato importante foi o entendimento da ANS da necessidade de induzir o projeto, pelo fato de compreender que a relação entre prestadoras e clientes de mais idade sempre foi de grande desconfiança. Os prestadores nunca foram entusiastas da prestação de serviços para os idosos e sua política sempre foi tentar reduzir o peso desse segmento em suas carteiras. Os clientes idosos, por seu lado, sempre reclamaram das dificuldades de atendimentos e das glosas a muitos dos exames solicitados, o que dificultava a utilização do seu plano de saúde, considerado muito caro por eles. Para as prestadoras, o valor pago por este segmento etário é muito reduzido e não cobre adequadamente os riscos de uma população com alta probabilidade de adoecer e impactar seus custos.

Aliás, este é um fato único. Não existe nenhuma relação de comércio em que vendedor e clientes têm posições tão antagônicas e tudo fazem para se livrar do outro. Caso fosse possível, as prestadoras de saúde não aceitariam esses clientes; da parte dos idosos, por outro lado, o sonho é um plano que cobrisse suas necessidades.

Com esse clima beligerante e de hostilidade, sempre foi difícil sugerir e implantar alguma ação preventiva e/ou de monitoramento, pois a desconfiança da clientela sempre foi grande. Era comum idosos se perguntarem por que eles iriam se submeter a ações preventivas (pois o cliente não é obrigado a conhecer sua maior vulnerabilidade), se o objetivo seria apenas ampliar os lucros das operadoras. Da parte das empresas de saúde, o interesse único era montar programas para um grupo bem reduzido, apenas para se posicionarem como empresas modernas e que oferecem o que há de mais moderno no campo do cuidado para o idoso (na verdade, não acreditavam no benefício de tais ações). Sempre pareceu que esses programas tinham como característica maior a divulgação da iniciativa pelo seu departamento de marketing, em vez de uma ação de saúde.

Imaginamos também que algumas empresas, erroneamente, argumentarão que a bonificação poderá desestimular as operadoras, temerosas de que o incentivo à participação em programas de envelhecimento ativo, estimulando as pessoas a se cuidarem, poderá gerar aumento na utilização do plano de saúde. Continuando nessa linha de argumentação, podem também dizer que o aumento da sinistralidade, aliado ao desconto concedido no preço e à obrigatoriedade de sua manutenção por 12 meses, é fator decisivo para que as operadoras não aceitem a proposta da ANS.

Em relação ao aumento de sinistralidade, a prevenção e a promoção de saúde, quando bem aplicadas e corretamente avaliadas, podem trazer resultados financeiros positivos a médio e longo prazos (Oliveira, 2011). As evidências científicas são claras. É necessário entender que, no início da operação, aumenta-se o uso de procedimentos, principalmente de baixo custo, mas a consequência é a diminuição, a longo

prazo, dos procedimentos de alto custo, aliada à melhoria da saúde. Talvez o mais difícil seja a mudança de cultura.¹⁰

Considerações finais

Um dos gargalos do setor privado é o fato de a maioria das empresas de planos e seguros de saúde operar por meio de serviços credenciados, o que dificulta a fixação de profissionais e sua educação continuada, peça-chave para o atendimento integral ao idoso. Por outro lado, os tempos e a lógica dos ciclos de financeirização (curto prazo) que envolvem muitas das prioridades das empresas de planos e seguros de saúde nem sempre se coadunam com os requeridos para adoção de inovações de processos e conteúdos assistenciais de longa duração relacionados com a atenção ao idoso.

Também podemos observar um enorme abismo entre a prática e o discurso em relação a modelos hierarquizados que priorizem o cuidado integral para todos os idosos, já que eles têm patologias crônicas – e, neste caso, o modelo de prevenção a ser executado não é a busca da cura, que na maioria das vezes é impossível, mas a manutenção da capacidade funcional. Talvez neste aspecto exista um discurso desprovido de maior embasamento científico. A compreensão de um modelo hierarquizado e integral não está ainda bem assimilada, e as palavras proferidas não representam com exatidão o modelo no qual nos baseamos para aferir os serviços.

A força da preocupação aqui apresentada está, genericamente, na compreensão da heterogeneidade que caracteriza a população idosa, no alto custo dos procedimentos de saúde a ela destinados, na diversidade dos gastos em subgrupos dessa população e na quantidade insuficiente de especialistas em geriatria. Por outro lado, seu valor se encontra também na certeza de que, sem uma abordagem preventiva e integral que associe a reflexão epidemiológica e o planejamento sistemático de ações de saúde, não há saída possível para a crise de financiamento e reestruturação do setor.

Referências bibliográficas

- Alves LC, Leite IC, Machado CJ. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. *Rev. Saúde Pública*, 2010;44(3): p468-478.
- Azevedo ERFC. Os desafios das operadoras de planos de saúde de autogestão em um cenário de envelhecimento populacional e cronificação de doenças. Monografia (Curso de Pós-Graduação Lato Sensu TeleVirtual em Gestão de Planos de Saúde) - Rede de Ensino Luiz Flávio Gomes, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.santosediniz.com.br/mba-em-gestao-de-planos-de-saude/tcc/eduardo-azevedo.pdf> Acessado: 15/06/2011.
- Bown TMB, Fee EHES. Medical Historian and Social Visionary. *American Journal of Public Health*, 2003;60(1):93.

- Carta de Ottawa: promoção da saúde nos países industrializados. In: 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde; 1986; Ottawa, Canadá. [citado 2009 mar 10]. Disponível em: http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Ottawa.htm
- Fries JF, Crapo LM. Vitality and aging: implications of the rectangular curve. San Francisco: WH Freeman and Company; 1981.
- Fries JF. Aging, natural death and the compression of mortality. *N Engl J Med* 1980; 303 (3):130-5.
- Fries JF. Aging, natural death and the compression of mortality. *N Engl J Med*. 1980;303(3):130-5
- Gordilho A. et al. Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso. Rio de Janeiro: UnATI/ UERJ; 2000.
- Karsch UM. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cad Saúde Pública*, 2003; 19(3): 861-6.
- lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. A working document. Ottawa: Government of Canada; 1974.
- Lalonde R. Estrategias para la promoción de la salud en la comunidad. In: Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la salud: una antología. Washington: OPAS; 1996. p.153-65. (Publicación científica, 557).
- Leavell S, CLARK EG. Medicina preventiva. São Paulo: McGraw-Hill; 1976.
- Lima-Costa MF, Veras RP. Saúde pública e envelhecimento. *Cad Saúde Pública*, 2003; 19(3): 700-1.
- Lourenço RA, Martins CSF, Sanchez MAS, Veras RP. Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda. *Rev Saúde Pública* 2005; 39 (2):311-8.
- Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de Outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. *Diário Oficial da União*, 20 out. 2006.
- Mittelmark MB. The Epidemiology of Aging. In: Hazzard WR, et al, editor. Principles of Geriatric Medicine and Gerontology. New York: McGraw-Hill; 1994. v. 11, p. 135-51.
- Oliveira, M. Políticas para o envelhecimento ativo. *Jornal O Globo Seção Opinião*, p. 7, em 20/05/2011.
- Paradela EMP, Lourenço RA, Veras RP. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Rev Saúde Pública* 2005 dez; 39(6): 918-23.
- Parahyba MI, Simões CCS. A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. *Cien Saúde Coletiva*. 2006;11(4):967-74.
- Parahyba MI, Veras RP. Diferenciais sociodemográficos no declínio funcional em mobilidade física entre os idosos no Brasil. *Cienc Saúde Coletiva*. 2008;13(4):1257-64.
- Schoeni RF, Martin LG, Andreski PM, Freedman VA. Persistent and growing socioeconomic disparities in disability among the elderly: 1982-2002. *Am J Public Health*. 2005;95(11):2065-70.
- Terris M. Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoría de la salud pública. In: Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la salud: una antología. Washington: OPAS, 1992, p.37-44. (Publicación científica, 557).
- Veras RP, Caldas CP, Araújo DV, Kuschnir R, Mendes W. Características demográficas dos idosos vinculados ao sistema suplementar de saúde no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(3):497-502.
- Veras RP, Caldas CP, Araújo DV, Mendes W, Kuschniere, R. A assistência suplementar de saúde e seus projetos de cuidado para com o idoso. *Cienc Saúde Coletiva*. 2008;13(4):1119-26.
- Veras RP, Caldas CP, Coelho, FD, Sanchez MA. Promovendo a saúde e prevenindo a dependência: identificando indicadores de fragilidade em idosos independentes. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* 2007; 10: 355-70.
- Veras RP, Caldas CP. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. *Ciência Saúde Coletiva*, 2004 abr./jun; 9(2): 423-32.
- Veras RP, Parahyba MI. O anacronismo dos modelos assistenciais para os idosos na área da saúde: desafios para o setor privado. *Cad Saúde Pública*, 2007; 23(10): 2479-89.
- Veras RP, Caldas CP, Araújo DV, Kuschnir R, Mendes W. Características demográficas dos Idosos vinculados ao sistema suplementar de saúde no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2008 jun; 42(3) : 497-502.
- Veras RP, CALDAS CP. Produção de cuidados à pessoa idosa. *Cienc. Saúde Coletiva*; 2008;13(4): 1104-1104.
- Veras RP. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev. Saúde Pública*; 2009;43(3): 548-554.
- Veras RP; Caldas CP, Viana D, Mendes W, Kuschnier R. A assistência suplementar de saúde e seus projetos de cuidado para com o idoso. *Cienc. Saúde Coletiva*. 2008;13(4):1119-1126.
- World Health Organization. Discussion document on the concept and principles. In: Health promotion: concepts and principles, a selection of papers presented at Working Group on Concepts and Principles. Copenhagen: Regional Office for Europe; 1984. p.20-3.

10 Veja mais no site da ANS: <http://www.ans.gov.br/index.php/ans/sala-de-noticias-ans/consultas-publicas/596-tem-inicio-consulta-publica-sobre-o-envelhecimento-ativo>

Assistência farmacêutica e o gerenciamento de doenças crônicas

Pharmaceutical assistance and the chronic disease management

João Paulo dos Reis Neto¹

Palavras-chave

Gerenciamento de doenças, doenças crônicas, assistência farmacêutica, qualidade de vida

Keywords

Disease management, chronic diseases, pharmaceutical assistance, quality of life

Resumo

A assistência farmacêutica, especialmente quando associada ao gerenciamento de doenças, está relacionada à melhoria da saúde e da qualidade de vida de pessoas afetadas pelas condições crônicas. Além disso, as evidências sugerem que pode contribuir para redução da utilização dos serviços de saúde e dos custos. Embora de cobertura não obrigatória no mercado privado brasileiro, facilitar o acesso aos medicamentos para o tratamento das doenças crônicas pode ser uma alternativa viável para o plano de saúde enfrentar o aumento constante e acentuado dos custos assistenciais.

Abstract

Pharmaceutical assistance, especially when associated with disease management, is related to improved health and quality of life of people affected by chronic conditions. Moreover, evidence suggests that it may contribute to reducing the use of health services and costs. Although the coverage is non mandatory in the private Brazilian market, facilitate the access to drugs for the treatment of chronic diseases may be a viable alternative for the health plans in the fight against the constant exacerbation of assistance costs.

Introdução

O aumento constante e progressivo ao longo dos últimos anos das condições crônicas, incluindo as doenças não transmissíveis, os distúrbios mentais e algumas doenças transmissíveis, tem exigido iniciativas arrojadas por parte dos gestores da saúde. O gerenciamento dos problemas relacionados à saúde da população decorrentes das condições crônicas tem sido objeto de discussões em âmbito mundial.

Os recursos humanos e tecnológicos disponíveis na atualidade, se bem administrados, são capazes de prevenir e controlar com eficiência o diabetes, as doenças cardiovasculares e o câncer, dentre outras patologias crônicas. Estudos cada vez mais bem delineados têm demonstrado evidências de que o acompanhamento regular da saúde associado aos

incentivos ao autocuidado e ao tratamento eficiente possibilitam melhoras muitas vezes significativas dos pacientes (American College of Physicians, 2001).

Os países membros da Organização Mundial de Saúde são incentivados a promover hoje iniciativas que permitam a sustentabilidade dos sistemas de saúde no futuro. Isso porque as condições crônicas e suas repercussões sobre os custos assistenciais impactam de forma significativa os orçamentos dos países, independente do porte ou nível de desenvolvimento.

No Brasil, em especial no mercado privado de assistência à saúde, os custos vêm aumentando progressivamente, atingindo níveis alarmantes nos últimos anos. Embora as causas sejam multifatoriais, destaca-se a transição demográfica e epidemiológica da população, tendo como consequência um maior número de pessoas acometidas pelas doenças

1. Diretor de Previdência e Assistência da CAPESESP

Nome da instituição onde o estudo foi realizado: CAPESESP - Caixa de Previdência e Assistência dos Servidores da Fundação Nacional de Saúde, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Endereço para correspondência: CAPESESP - Diretoria de Previdência e Assistência; Av. Marechal Câmara, 160, 6º e 7º andares, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP 20020-080; email: joao_paulo@capesesp.com.br

crônicas não transmissíveis. Estas são causas importantes de incapacidade física, representam parcela significativa dos gastos com assistência à saúde, e, por acometer principalmente os mais idosos, tipicamente requerem a utilização de medicamentos (Lorig *et al*, 1999).

Em função do grande impacto das condições crônicas sobre o estado da saúde e os gastos assistenciais, observamos um interesse crescente das operadoras de planos de saúde pelos programas de gerenciamento de doenças. Porém, ainda constituem exceção as empresas que custeiam programas de assistência farmacêutica para seus beneficiários, sejam de cobertura parcial ou integral.

Dentre as alegações apresentadas pelas empresas para tal fato, prepondera a de que a legislação brasileira atual não prevê a cobertura obrigatória pelos planos de saúde dos medicamentos de uso domiciliar. Embora as operadoras estejam amparadas sob o ponto de vista legal, não podemos desconsiderar a existência de fortes evidências de que os tratamentos adequados dessas doenças de alta prevalência agregam valor ao cuidado integral da saúde.

O gerenciamento de benefícios farmacêuticos como ferramenta de racionalização dos custos tem sido utilizado há alguns anos em resposta ao aumento da demanda por serviços de saúde em alguns países (Taniguchi, 1995; Grabowski *et al*, 1997). Estas empresas, também conhecidas como PBM, sigla de *Pharmacy Benefit Management*, ao interagir com os pagadores (por exemplo, gestores dos planos de saúde), provedores (médicos), consumidores (beneficiários do plano de saúde) e indústria farmacêutica, esforçam-se para ajudar a conter os custos e melhorar a qualidade do atendimento (Sica, 2001).

Relato de uma experiência brasileira

Em 1998, no âmbito da saúde suplementar, quando ainda pouco se falava sobre gerenciamento de doenças e assistência farmacêutica, tivemos oportunidade de conduzir a implantação de um programa, denominado AMUC, inédito no país.

As etapas do programa compreenderam a elaboração e aplicação, entre beneficiários de uma operadora de plano de saúde com cerca de 200 mil integrantes, de uma pesquisa voltada para o conhecimento do perfil epidemiológico, morbidade e mortalidade da população exposta. A partir dos resultados da pesquisa, foi possível identificar os principais agravos à saúde e quantificar os recursos financeiros que seriam necessários para o desafio de proporcionar o tratamento adequado daqueles identificados como portadores das doenças crônicas de maior prevalência.

O objetivo do programa, desde a implantação no início de 1999, foi não somente o acesso aos medicamentos, mas também a aderência ao tratamento. Desse modo, foi adota-

da lista aberta de medicamentos e o sistema de reposição automática e entrega dos produtos no domicílio. Esse tipo de sistema (*mail order*), experimentado em outros países, demonstra elevado nível de satisfação constatado numa pesquisa entre usuários de um plano de saúde que recebem benefícios farmacêuticos (Motheral *et al*, 2004).

Outra preocupação do programa foi garantir de forma integral toda a medicação necessária ao tratamento, com coparticipação financeira do beneficiário somente em casos que ultrapassem um limite de valor pré-estabelecido, o que ocorre em menos de 10% dos casos. Isso porque portadores de doenças crônicas, quando tratados de forma parcial ou incompleta, podem ter a sua condição de saúde agravada, levando a níveis elevados de utilização dos recursos de assistência à saúde (Miller, 1997).

Medidas visando garantir a adequada utilização dos recursos do programa foram e continuam sendo uma constante, incluindo uma política de negociação de descontos nos preços dos medicamentos e incentivos para uso de medicação genérica com substituição autorizada pelo médico-assistente. Estas tarefas e toda a logística de entrega dos produtos no domicílio cabem a uma empresa especializada no gerenciamento de benefícios farmacêuticos. O plano de saúde mantém um acompanhamento gerencial rigoroso dos processos e das informações, utilizando uma ferramenta de *business intelligence*, que permite avaliar com precisão os resultados.

Avaliação dos resultados

De acordo com a *Academy of Managed Care Pharmacy* - AMCP existem três tipos básicos de resultados a serem analisados em programas deste tipo: clínicos, econômicos e humanísticos. Na maioria dos casos, esses programas requerem um enfoque de longo prazo para captar os benefícios de saúde que ocorrem em anos futuros.

A demonstração de resultados de programas de gerenciamento de doenças, associados ou não a benefícios farmacêuticos, constitui uma tarefa complexa, principalmente no que concerne à sua capacidade de reduzir o custo global da saúde. Diversos estudos têm sido conduzidos nesse sentido, obtendo bons resultados, tanto no curto prazo quanto no longo prazo (Lichtenberg, 1996; Balkrishnan, 1998; Lichtenberg, 2001; Lichtenberg, 2002; Christensen, 2009).

Ao longo da última década temos demonstrado em diversos eventos científicos e de gestão da saúde os resultados da nossa experiência nacional. Mais recentemente, elaboramos uma análise retrospectiva da utilização e custos do plano de saúde por 8.324 beneficiários do programa AMUC, no período de 10 anos após ingresso no mesmo. Os indicadores foram comparados com um grupo controle, constituído por 38.903 beneficiários do plano de saúde, cujas características

epidemiológicas foram identificadas como semelhantes em termos de sexo e faixa etária.

Os desfechos relacionados à utilização do plano de saúde foram as taxas brutas de consultas, exames e internações (variáveis dependentes), na perspectiva do plano de saúde. Com relação às medidas econômicas primárias, foi considerado o gasto total com saúde, assim definido pela soma dos custos diretos médico-hospitalares com os procedimentos assinalados e as despesas referentes aos medicamentos consumidos pelos beneficiários. Com relação às variáveis independentes, estas consistiram em características da população (idade, sexo) e classes terapêuticas prescritas.

A base de dados utilizada foi extraída a partir de registros do sistema informatizado do plano de saúde ao longo do período de estudo. As significâncias foram testadas com uso de programa estatístico, com estimativas das taxas definidas com base em intervalos de 95% de confiança (IC 95%), sendo considerado significativo para $p < 0,001$.

Do total de beneficiários do programa avaliados no estudo, 50,1% são do sexo feminino e 49,9% masculino, com média de idade de 63,2 anos (desvio padrão 12,8; IC 95% 62,9 – 63,4). Quanto ao grupo controle, constituído por 38.903 indivíduos (49,3% do sexo feminino e 50,7% masculino), a média etária foi de 61,6 anos (desvio padrão 12,5; IC 95% 61,5 – 61,7). A despesa média mensal por pessoa com aquisição dos medicamentos no último ano avaliado foi de R\$ 89,47, já incluídos os custos administrativos.

As classes terapêuticas mais prescritas no programa foram de drogas utilizadas no tratamento de doenças do sistema cardiovascular e modificadores do metabolismo, sendo as doenças mais prevalentes a hipertensão e o diabetes mellitus. Os medicamentos mais consumidos foram anti-hipertensivos (diversas subclasses terapêuticas), hipoglicemiantes, anticoagulantes e anti-adesivos plaquetários.

Resultados clínicos

De modo geral, os portadores de doenças crônicas, devido às suas condições de saúde, utilizam muito mais recursos assistenciais que indivíduos sãos. Baseado no número de pro-

cedimentos realizados (consultas médicas, exames e internações hospitalares), isso ficou demonstrado de forma clara nos resultados do estudo.

Os Gráficos 1, 2 e 3 demonstram, respectivamente, a variação das taxas médias de consultas, exames ambulatoriais e internações por beneficiário/ano após o início do programa, comparados ao grupo controle.

As intercorrências agudas decorrentes das complicações do processo crônico das doenças, são responsáveis pelo número elevado de procura dos pacientes às unidades hospitalares, tanto para atendimento em pronto-socorro quanto para internação. Evolutivamente, após o ingresso no programa de fornecimento dos medicamentos, foi observada redução de 32% da taxa de internações por beneficiário/ano, enquanto entre os indivíduos não participantes do programa observou-se o oposto, com aumento de 42%. Resultados semelhantes foram observados em estudos de impacto da farmacoterapia sobre as taxas de hospitalização (Balkrishnan *et al*, 1998; Solvd, 1991; Solvd, 1992).

Com relação às consultas, houve também redução do indicador (17%), o que é um ótimo resultado quando comparado ao controle (aumento de 27% na utilização em 10 anos), principalmente se considerarmos que, para manutenção no programa, são exigidas pelo menos duas consultas médicas ao ano por integrante.

Quanto aos exames, houve dificuldade em estabelecer um vínculo entre a indicação do procedimento e a condição crônica do paciente. De qualquer modo, a evolução da curva de uso dos recursos do plano difere bastante entre os beneficiários do programa e o grupo controle (aumento do uso de 6% contra 110%, respectivamente).

A Tabela 1 contém informações sobre a taxa média de procedimentos por beneficiário/ano, após a implantação do programa de assistência farmacêutica (grupo AMUC) e respectivos valores de p em relação ao ano base de ingresso no benefício.

Resultados econômicos

As despesas assistenciais no primeiro e décimo ano da assistência farmacêutica estão demonstrados na Tabela 2. Nesta,

Tabela 1 - Taxa média de procedimentos por beneficiário/ano, após a implantação do programa de assistência farmacêutica (grupo AMUC)

Variação da taxa média de procedimentos ambulatoriais por beneficiário/ano, a partir da linha base (ano 1) de início do programa AMUC										
Ano	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Consultas valor p	6,31	6,17 p = 0,0353	5,77 p < 0,0001	5,72 p < 0,0001	5,69 p < 0,0001	5,51 p < 0,0001	5,90 p < 0,0001	5,63 p < 0,0001	6,29 p = 0,0491	5,24 p < 0,0001
Exames valor p	23,75	23,66 p = 0,7640	23,13 p = 0,0351	23,73 p = 0,9506	24,07 p = 0,3386	23,63 p = 0,7272	25,19 p = 0,0003	24,61 p = 0,0382	28,93 p < 0,0001	25,22 p = 0,0026
Internações valor p	0,269	0,196 p < 0,0001	0,169 p < 0,0001	0,179 p < 0,0001	0,178 p < 0,0001	0,176 p < 0,0001	0,186 p < 0,0001	0,174 p < 0,0001	0,218 p < 0,0001	0,183 p < 0,0001

Tabela 2 - Taxas de utilização de procedimentos, do custo médio e despesa anual *per capita* no primeiro e no décimo ano do programa de assistência farmacêutica

	ANO 1 (início do programa)					ANO 10					Variação % (ANO 10 em relação ao ANO 1)				
	Custo	Amuc		Controle		Custo	Amuc		Controle		Custo	Amuc		Controle	
Procedimento	Médio ¹	Taxa ²	Despesa ³	Taxa ²	Despesa ³	Médio ¹	Taxa ²	Despesa ³	Taxa ²	Despesa ³	Médio ¹	Taxa ²	Despesa ³	Taxa ²	Despesa ³
Consulta	22,74	6,31	143,49	2,80	63,67	39,37	5,24	206,30	3,56	140,16	73%	-17%	44%	27%	120%
Exame	17,18	23,75	408,03	7,55	129,71	30,52	25,22	769,71	15,86	484,05	78%	6%	89%	110%	273%
Internação	1.694,91	0,269	455,93	0,099	167,80	7.195,39	0,183	1.316,76	0,141	1.014,55	325%	-32%	189%	42%	505%
Medicamento	379,95	2,00	759,90	-	-	536,82	2,00	1.073,64	-	-	41%	-	41%	-	-
Total			1.767,35		361,18			3.366,41		1.638,75			90%		354%

¹ Custo médio por procedimento, em Real (R\$). No caso do medicamento, corresponde ao ticket médio do benefício farmácia, inclusive taxa administrativa, por semestre

² Taxa de utilização do procedimento por beneficiário / ano

³ Despesa anual, em Real (R\$), resultante da multiplicação da taxa de utilização pelo valor unitário do procedimento

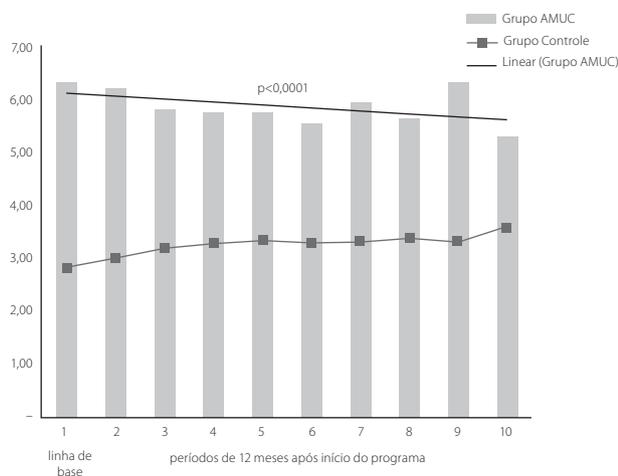


Gráfico 1 - Variação da taxa de consulta por beneficiário/ano, após início do programa – comparativo entre grupo AMUC e grupo Controle

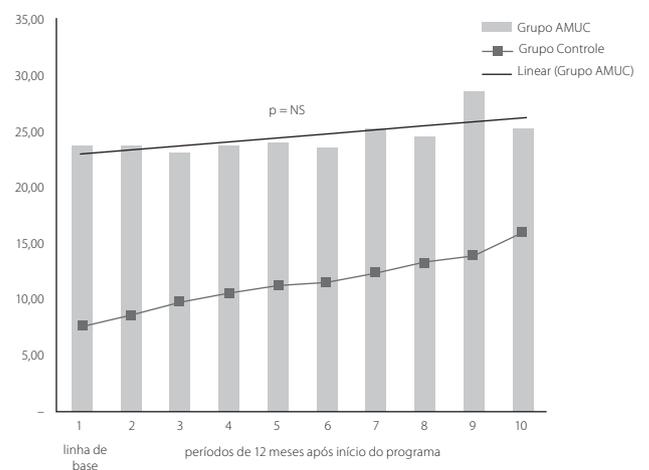


Gráfico 2 - Variação da taxa de exame por beneficiário / ano, após início do programa – comparativo entre grupo AMUC e grupo Controle

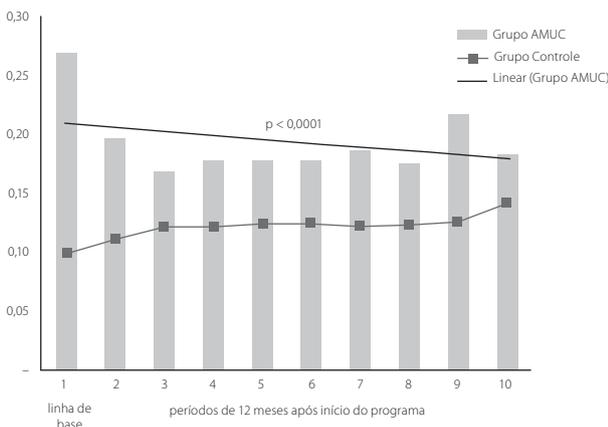


Gráfico 3 - Variação da taxa de internação por beneficiário/ano, após início do programa – comparativo entre grupo AMUC e grupo Controle

pode ser observado que os portadores de doenças crônicas tiveram um custo per capita anual quase cinco vezes maior que do grupo controle no primeiro ano, ou seja, início do estudo. Porém, no décimo ano, em decorrência da redução observada na utilização dos serviços médico-hospitalares pelos beneficiários do programa de medicamentos, esta diferença caiu para cerca de duas vezes.

Embora uma análise formal de custo-benefício não seja possível em um estudo observacional deste tipo, o retorno sobre o investimento (ROI) pode ser estimado pela comparação dos indicadores em intervalos de tempo desde a adesão ao programa. Em nossa estimativa, projetamos o comportamento verificado no grupo controle no período, aplicando o mesmo padrão sobre os integrantes do benefício farmacêutico no último ano avaliado (ano 10), conforme Tabela 3.

Tabela 3 – Estimativa de resultado financeiro em função das taxas de utilização esperada e a observada dos beneficiários do programa de assistência farmacêutica

PROCEDIMENTO	CUSTO ¹	TAXA ²		DESPESA ³		VARIACÃO (%)	
		DESCRICÃO	MÉDIO	ESPERADA	OBSERVADA		ESPERADA
CONSULTA	39,37		8,02	5,24	315,85	206,30	-35%
EXAME	30,52		49,89	25,22	1.522,67	769,71	-49%
INTERNAÇÃO	7.195,39		0,383	0,183	2.756,71	1.316,76	-52%
SUB-TOTAL					4.595,23	2.292,77	-50%
MEDICAMENTOS	536,82			2,00		1.073,64	
TOTAL					4.595,23	3.366,41	-27%

¹ Custo médio por procedimento, em Real (R\$). Medicamentos: ticket médio + taxa administrativa, por semestre

² Taxa de utilização do procedimento por beneficiário / ano. Esperada: taxa do AMUC no ano 1 + variação % do grupo controle no período

³ Despesa anual, em Real (R\$), resultante da multiplicação da taxa de utilização pelo valor unitário do procedimento

Com base nos resultados encontrados sobre as despesas e o quanto seria esperado gastar com esse grupo de pessoas, estimamos uma redução das despesas em torno de 27% ou cerca de R\$ 10 milhões de Reais em um ano para 8.324 participantes do programa, incluídos neste valor os gastos com os medicamentos (despesa total anual esperada de R\$ 38.250.660 - despesa observada de R\$ 28.021.993 = R\$ 10.228.667).

Esse dado torna-se mais relevante se considerarmos que se trata de doentes crônicos, muitos com complicações instaladas sobre mais de um órgão, onde o comum é observar aumento progressivo e constante das despesas acima do padrão esperado para população saudável da mesma faixa de idade.

Resultados humanísticos

Além dos resultados clínicos e financeiros demonstrados, outra avaliação de resultados importante é o quanto esse tipo de programa pode contribuir e influenciar positivamente a vida das pessoas. As doenças, especialmente aquelas crônicas não-transmissíveis, afetam em maior ou menor intensidade o paciente sob vários aspectos (físicos, psíquicos, emocionais, familiares, laborais). Por meio do tratamento adequado tenta-se restabelecer, da melhor forma possível a normalidade, seja de forma total ou parcial.

Com o objetivo de avaliar o quanto as doenças poderiam estar comprometendo a qualidade de vida dos beneficiários do programa, foi realizada uma pesquisa através da aplicação de uma versão brasileira adaptada do questionário 12-Item Short-Form Health Survey (SF-12), com taxa de retorno de 42,5% (4.149 participantes do AMUC). Além dos aspectos de-

mográficos, os resultados foram associados às características das doenças e às despesas assistenciais.

As dimensões do SF-12 com menores escores foram limitação por aspectos físicos (41,6) e vitalidade (45,5), enquanto aquelas com maiores escores foram os aspectos sociais (65,3) e dor (65,2). O escore médio do domínio físico do SF-12 (PCS-12) foi de 39,9 (IC 39,6–40,2), enquanto o do domínio mental (MCS-12) foi de 45,1 (IC 44,7–45,4).

Os melhores níveis de qualidade de vida foram observados entre os mais jovens e com doença crônica isolada. A doença cerebrovascular e a insuficiência do coração apresentaram piores médias de PCS e MCS, assim como aqueles indivíduos com maior número de morbidades.

Conclusões

Um programa de gerenciamento de doenças para atingir os seus objetivos precisa estar alinhado às expectativas dos participantes. O sucesso depende diretamente dos benefícios cobertos, dos incentivos oferecidos e da participação institucional. Isso porque a atenção à saúde de forma organizada e coletiva parece apresentar resultados mais positivos do que se o indivíduo cuidasse isoladamente da sua condição de saúde.

Temos observado que alguns programas de gerenciamento de doenças falham em seus objetivos exatamente por não serem endereçados às necessidades individuais de cada paciente, ou, por não serem capazes de auxiliar na administração do cuidado daqueles portadores de múltiplas condições crônicas, como por exemplo, a associação entre diabetes e hipertensão.

A não cobertura de medicamentos ou serviços de suporte pode desestimular o autocuidado e a adesão aos programas. A associação do benefício farmacêutico com os programas de gerenciamento de doenças assegura o cumprimento dos planos terapêuticos e uso adequado dos medicamentos prescritos, potencializando os resultados.

O estudo que conduzimos e relatamos neste artigo foi observacional, por isso não é possível tirar conclusões definitivas sobre as relações causais entre a adesão ao programa, utilização e custo. No entanto, dada a natureza crônica das condições de saúde dos participantes e a diferente evolução em relação ao grupo controle, as evidências sugerem que a assistência farmacêutica pode ter contribuído para os resultados clínicos e o gerenciamento adequado dos custos do plano de saúde.

Durante o período de estudo, as mudanças observadas no risco de hospitalização, que constitui um dos principais componentes dos custos médicos, foi o principal motor da economia potencialmente gerada pelo benefício farmacêutico.

Os resultados da pesquisa de qualidade de vida apontaram para a necessidade de ações adicionais do plano de saúde, especialmente o aprimoramento do gerenciamento de doenças associado à assistência farmacêutica, visando à melhoria destes indicadores.

Embora de cobertura não obrigatória no mercado de saúde privada brasileiro, facilitar o acesso aos medicamentos para o tratamento de doenças crônicas pode ser uma alternativa viável para os planos de saúde no combate à escalada constante dos custos assistenciais.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), ao publicar a Agenda Regulatória para 2011 e 2012, incluiu, dentre suas atividades prioritárias que visam promover o desenvolvimento saudável e sustentável do setor, a assistência farmacêutica. Foi constituído um Grupo Técnico composto por servidores da ANS e representantes de operadoras, associações de indústria e empresas especializadas. Durante a primeira reunião, ocorrida em setembro de 2011, houve consenso quanto à relevância da discussão, em especial para o tratamento das doenças crônicas. Ainda serão discutidos em

maior profundidade a questão legal da cobertura, formato e financiamento.

Em nosso entendimento, o fato do órgão regulador ter inserido o acesso a medicamentos como um dos eixos temáticos, constitui um passo importante no sentido da integralidade da cobertura assistencial. Isso porque acreditamos que investir em medicamentos para o tratamento dos beneficiários de planos de saúde que sofrem de patologias crônicas não significa somente lutar contra a doença, mas sim pela saúde.

Referências bibliográficas

- American College of Physicians. Ambulatory care formularies and pharmacy benefit management by managed care organisations. Philadelphia, PA: ACP, American Society of Internal Medicine, 2001. http://www.acponline.org/hpp/amb_care.htm (accessed 1 December 2003).
- Balkrishnan R, Norwood GJ, Anderson A. Outcomes and cost benefits associated with the introduction of inhaled corticosteroid therapy in a Medicaid population of asthmatic patients. *Clin Ther*. 1998;20:567–580.
- Christensen, C. Inovação na Gestão em Saúde: soluções disruptivas para reduzir custos e aumentar qualidade. Tradução Vieira A. Bookman, 2009. 422 p.
- Grabowski H, Mullins CD. Pharmacy benefit management, cost-effectiveness analysis and drug formulary decisions. *Soc Sci Med*. 1997;45:535–544.
- Lichtenberg FR. Benefits and Costs of Newer Drugs: An Update. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research; 2002. Available at: <http://www.nber.org/papers/w8996>.
- Lichtenberg FR. Do (more and better) drugs keep people out of hospitals? *Am Econ Rev*. 1996;86:384–388.
- Lichtenberg FR. The Benefits and Costs of Newer Drugs: Evidence from the 1996 Medical Expenditure Panel Survey. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research; 2001. Available at: <http://www.nber.org/papers/w8147>.
- Lorig KR et al. Evidence Suggesting that a Chronic Disease Self-Management Program Can Improve Health Status While Reducing Hospitalization: A Randomized Trial. *Medical Care*, January 1999; 37(1):5–14.
- Miller NH. Compliance with treatment regimens in chronic asymptomatic diseases. *Am J Med*. 1997;102:43–49.
- Motheral BR; HEINLE SM. Predictors of Satisfaction of Health Plan Members With Prescription Drug Benefits. *American Journal of Health-System Pharmacy*. 2004;61(10)
- Sica JM. Managing prescription drug costs. *Employee Benefits J*. 2001;26:35–40.
- SOLVD Investigators. Effect of enalapril on mortality and the development of heart failure in asymptomatic patients with reduced left ventricular ejection fractions. *N Engl J Med*. 1992;327:685–691.
- SOLVD Investigators. Effect of enalapril on survival in patients with reduced left-ventricular ejection fractions and congestive heart failure. *N Engl J Med*. 1991;325:293–302.
- Taniguchi R. Pharmacy benefit management companies. *Am J Health Syst Pharm*. 1995;52:1915–1917.



SANOFI, UM LÍDER MUNDIAL E DIVERSIFICADO EM SAÚDE, FOCADO NAS NECESSIDADES DOS PACIENTES

© Pokedot Images / Marthon Images

A estratégia da Sanofi está baseada em três eixos: **intensificar a inovação na pesquisa e desenvolvimento**, **aproveitar as oportunidades de crescimento externo** e **adaptar a empresa aos futuros desafios e oportunidades**.

A Sanofi tem pontos fortes fundamentais em saúde, com 6 plataformas de crescimento: **mercados emergentes**, **vacinas**, **consumer health care**, **diabetes**, **produtos inovadores** e **saúde animal**. Com a aquisição da Genzyme, a Sanofi reforça sua presença em biotecnologia e doenças raras.

Com aproximadamente 110 mil colaboradores em 100 países, a Sanofi e seus parceiros atuam para **proteger a saúde**, **melhorar a vida** e **responder às necessidades de saúde dos 7 bilhões de pessoas em todo o mundo**.

