

Gestão da doença. Conciliar qualidade e eficiência. O caso da asma

JORGE VARANDA*

Tomei conhecimento do conceito e metodologia da Gestão da Doença durante o estágio de administração hospitalar que a Fundação Calouste Gulbenkian promoveu e me facultou na Clínica Mayo em 1997. A curiosidade sobre o tema não parou desde então, influenciando a realização da 1.^a Conferência Internacional sobre a Gestão de Doença e Qualidade que a Comissão Sectorial da Saúde do Conselho Nacional da Qualidade promoveu em 2 e 3 de Novembro de 1998, de cujos textos das intervenções nela realizadas resultou o livro publicado em Fevereiro de 2001 com o título condigente. Foi isso, a par do trabalho de facilitação do Programa Nacional da Diabetes Mellitus, que terá levado a SPAIC a convidar-me a participar no seu encontro de Tróia, de 23 a 25 de Novembro passado, para falar sobre o tema com uma particular incidência sobre a Asma. O presente texto nada mais é do que a forma estruturada e passada a escrito do que foi dito no agradável encontro de Tróia.

1. O CONCEITO DE GESTÃO DA DOENÇA

Gray e Lawyer definem a gestão da doença como uma abordagem dos cuidados aos doentes orientada para a coordenação dos «recursos através de todo o sistema de prestação de cuidados e de todo o ciclo de vida da doença»,¹ pondo em contraste as abordagens tradicionais focadas principalmente em episódios médicos isolados, na tentativa de minimizar os custos de cada uma das suas componentes (hospitalização, serviços clínicos e medicamentos), e uma abordagem mais sistemática centrada no doente, caracterizado por uma determinada doença, como a unidade de gestão relevante, em termos de qualidade e de custo. Por sua vez, Juhn et al. para além da coordenação de cuidados falam de uma lógica de agrupamento de doentes (doença crónica, doença de agudos, como por ex. infecção do aparelho respiratório superior, ou ainda populações específicas como as grávidas, idosos ou outros). «By focusing on members who have common conditions and by synthesising the

best available clinical evidence, care management can lead to several desirable outcomes: healthier, more satisfied members; more motivated and prepared providers; and improved process efficiencies».²

2. ORIGENS HISTÓRICAS

Desde a primeira sugestão da expressão e conceito até à data passaram dez anos. Terá sido em 1991 que a Boston Consulting Group, num estudo para a Pfizer Inc.,³ terá avançado pela primeira vez esta nova ideia. Desde então para cá desenvolveu-se a um ritmo progressivamente mais rápido, como acontece em todos os processos de inovação. Transitou mesmo para a Europa, tendo aplicação particular no programa *Diabcare* e suscitando interesse nos canais habituais de divulgação (conferências, publicações e universidades).

Na origem estão as políticas de racionalização económica, determinadas nos EUA pelo crescimento das despesas com a saúde a um ritmo superior ao do crescimento económico. Pode identificar-se o ano de 1983, com a adopção por parte do Congresso dos EUA dos GDH's como método de pagamento prospectivo dos episódios de internamento dos doentes abrangidos pelo Medicare como o ano que fez movimentar o seu sistema de saúde por caminhos cada vez mais exigentes de racionalidade económica. Em conjugação com o impacto dessa medida de efeitos profundos, podem apontar-se os fenómenos do desenvolvimento dos *managed care*, da integração de cuidados e do pagamento *per capita*, em oposição ao pagamento ao acto. A relação dialéctica entre as empresas, responsáveis nos EUA pela compra de cuidados de saúde para os seus trabalhadores, e o sistema segurador dos *managed care* pode dizer-se que deu causa ao fenómeno da gestão da doença. A acrescer a tudo isto, o papel da indústria farmacêutica, ciosa de vender os seus produtos, oferecendo métodos susceptíveis de reduzir a despesa da doença no seu todo, aumentando o gasto em medicamentos.

Há, no entanto, um conjunto de outros fenómenos sem os quais a gestão da doença não teria surgido: antes de mais, o desenvolvimento da medicina baseada na evidência e, concomitantemente, a explosão dos sistemas de

* Administrador Delegado, Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil, Lisboa

informação aplicados à saúde. Como veremos adiante, as linhas de orientação clínica e os sistemas de informação constituem duas componentes imprescindíveis dos programas de gestão da doença. A par destes dois fenómenos, podem ainda identificar-se a crescente responsabilização de saúde e a abertura da saúde ao movimento da qualidade desde os últimos anos da década de 80 do século XX, e, em particular, aos princípios e métodos defendidos por Deming e Juran, classificáveis como de melhoria contínua de qualidade.

Como parte do pano de fundo em que, no contexto actual, se desenvolveu a gestão da doença há ainda o envelhecimento da população, o consequente agravamento do peso das doenças crónicas na sociedade e *ipso facto* o crescimento dos gastos com a saúde.

Entre os que iniciaram o uso da gestão da doença está uma *health maintenance organization* de Albuquerque, Novo México, denominada Lovelace Health Systems, em 1993, cuja análise das respectivas bases de dados permitiram concluir que trinta doenças eram responsáveis por 80% dos seus custos totais.⁴ Esse estudo levou a uma concentração da sua atenção nas seguintes condições ou doenças: deficit de atenção/hiperactividade, cancro do pulmão, parto, doença coronária, depressão, diabetes, dor lombar, asma pediátrica e acidente vascular cerebral. O objectivo pelo qual se orientou foi o de criar equipas clínicas de melhoria para cada uma dessas doenças ou condições, com a responsabilidade de coordenarem um conjunto diverso de medidas e de planear acções visando a melhoria de processos e resultados específicos, relativamente a cada um dos casos. Os critérios que levaram à escolha das referidas doenças e condições foram os do elevado número de doentes, elevado custo global, grande variação na prestação de cuidados, alto risco para os doentes e as condições favoráveis à obtenção de melhorias significativas.⁵

Pode, pois, situar-se em iniciativas do tipo da que foi tomada pela Lovelace Health Systems o início da construção de programas de gestão da doença. Em Portugal, a estratégia, a metodologia e a actividade da Comissão de Saúde Materno-Infantil constitui um exemplo de sucesso, aplicando diferentes tipos de iniciativas de forma integrada, num contexto empírico de melhoria contínua. A acção desta comissão deve ser estudada como exemplar para gestores, médicos, enfermeiros e demais profissionais de saúde.

3. COMPONENTES DA GESTÃO DA DOENÇA

Há que ter em conta que as metodologias incluídas na gestão da doença estão dirigidas todas elas para uma actuação sobre a realidade. Foi essa acção dirigida para uma melhoria de indicadores de saúde que me impressionou positivamente na actuação da referida Comissão, quanto tive de a acompanhar em 1993, com os seus membros, por todo o País, para análise de resultados

e de problemas que impediam a melhoria de indicadores. Para o respectivo êxito contribuíram ainda outros factores tais como: uma liderança nacional que começara no Dr. Albino Aroso, como Secretário de Estado da Saúde; uma liderança sem conflitos supérfluos de todos os médicos que se apresentavam com autoridade científica e clínica perante os seus pares nas especialidades envolvidas; uma rede nacional de equipas pluridisciplinares, assente na rede de cuidados de saúde; e uma acção continuada e persistente no âmbito da referida rede, conjugando a disponibilidade de recursos para a resolução de problemas com a detecção dos mesmos, ano após ano.

Qualquer outro programa, em meu entender, deve aplicar os mesmos princípios à realidade específica da doença a que diz respeito, sendo que, qualquer omissão ou fraqueza se reflectirá negativamente nos resultados obtidos.

Juhn aponta como componentes chave da gestão da doença as seguintes:⁶

- Uma equipa de cuidados que optimize as capacidades técnicas específicas dos diferentes profissionais de saúde.
- Medição de resultados e respectivo retorno.
- Linhas de orientação para tratamento.
- Programas de educação e de reforço da participação dos doentes.
- Modelos de cuidados.

Estas componentes, de acordo com o mesmo autor, devem usar ferramentas de gestão e de coordenação de cuidados, indicadores de resultados baseados em evidência clínica e factibilidade, sendo objecto de relatório apropriado e periódico, linhas de orientação fundadas na investigação mais recente, manual de educação do doente comprovadamente efectivo e ferramentas informáticas de apoio à decisão.⁷ Por sua vez, Summers refere a necessidade de apoio administrativo, alocação de meios, autoridade e sistemas de informação.⁸

Sobre este tema das componentes da gestão da doença tive ocasião de levantar dois problemas que me pareciam e parecem enfraquecer a capacidade de intervenção do programa nacional da Diabetes Mellitus: a falta de estrutura de apoio e de gestão do programa e a falta de um sistema integrado para o seguimento e avaliação do mesmo.

Resolvidos estes aspectos problemáticos era desejável que uma unidade do meio clínico, semelhante ao da Comissão Materno-Infantil, bem como a criação de uma rede nacional de prestadores de cuidados, para a maximização dos resultados do programa.

4. UM REMÉDIO PARA DOENÇAS DO SISTEMA DE SAÚDE

São evidentes os problemas e ameaças que pendem sobre o SNS.

O SNS é hoje um conjunto organizacional que emprega mais de 100.000 profissionais em cerca de 500 estabelecimentos, a maior parte dos quais corresponde a empresas de grande e média dimensão. A sua laboração é contínua, sendo responsável por mais de 60 milhões de interações assistenciais por ano, com gastos superiores a 1.200 milhões de contos.

O texto introdutório do actual Programa Operacional da Saúde, designado de Saúde XXI, apontava no final do ano 2000 algumas ameaças que pairam sobre o SNS, sendo as mais significativas a da falta de sustentação e ruptura financeira e a da falta de sustentação social, traduzível numa perda de adesão da classe média, com risco para a solidariedade no financiamento.

Ora, é à luz deste tipo de problemas que a gestão da doença se apresenta como uma arma eficaz e apropriada para prosseguir em simultâneo objectivos de eficiência e de qualidade com a finalidade de tornar o sistema de saúde capaz de vencer os problemas e de se afirmar económica e socialmente aceitável, com condições para enfrentar os desafios da moderna medicina. De facto, é fundamental que o SNS apresente ganhos em saúde, evidenciados em indicadores medidos com rigor e comparados internacionalmente, acompanhados de uma redução de custos, baseada no controlo dos processos degenerativos das principais doenças crónicas, as maiores consumidoras de recursos e com larga incidência populacional.

Sabe-se que os métodos tradicionais de controlo dos custos são limitados na sua eficácia e continuidade de efeitos, sendo com frequência fugazes na redução do ritmo de crescimento da despesa. Há, pois, que conjugar um novo desenho do SNS e do sistema de saúde em geral (todo o sistema está perfeitamente desenhado para os resultados que obtém, segundo Berwick) com a aprendizagem, domínio e aplicação integral das técnicas de gestão da doença para obtenção de melhores condições de saúde da população, controlo da despesa e satisfação dos doentes e dos profissionais. Nem o facto de se tratar de uma metodologia nascida no contexto de um sistema de saúde substancialmente diferente do Português é argumento contrário à sua utilização entre nós, uma vez que o elemento decisivo é o de ter sido concebida para sistemas integrados de cuidados, como teoricamente é o nosso.

5. A QUE DOENÇAS SE APLICA? O CASO DA ASMA

Entre as doenças e condições de saúde mais usualmente escolhidas para aplicação de programas de gestão da doença encontram-se as seguintes:⁹

- Asma
- Dor lombar
- Cancro
- Doença pulmonar obstrutiva crónica

- Insuficiência cardíaca
- Doenças cardio-vasculares
- Depressão/ansiedade
- Diabetes
- Hipertensão/dor de cabeça

Neste conjunto o carácter crónico da asma, a sua elevada prevalência, o custo do seu tratamento, crescendo à medida do aumento da sua severidade, o peso económico e social do absentismo laboral e escolar, gerado pela doença, a sua crescente gravidade e a mortalidade associada são as condições que têm contribuído para eleger a asma como uma das primeiras, ou mesmo a primeira doença, a que a gestão da doença se aplica com resultados positivos significativos.

Vão nesse sentido as seguintes palavras de Todd e de Tinkelman: «Apesar das melhorias de diagnóstico e tratamento, a incidência da asma e a mortalidade continuaram a crescer, aumentando cerca de 40% entre 1982 e 1992. As razões para os aumentos continuam pouco claras, mas a gestão da asma e a fraca educação estão entre os factores implicados».¹⁰

A situação em Portugal vista a partir da base de dados dos GDHs, (Quadros I, II, III e IV, ver págs. 24 e 25) correspondentes aos internamentos nos hospitais do SNS, não parece confirmar, todavia, esse contínuo de crescimento da asma, tal como foi verificado nos EUA no período acima indicado.¹¹

6. UM PROGRAMA DE GESTÃO DA ASMA QUE RECLAMA SUCESSO

Os resultados publicados do programa de gestão da asma do National Jewish Medical and Research Center, de Denver - EUA, parecem indicá-lo como um caso sobre o qual a nossa atenção deve incidir. Em seis meses de aplicação o referido Centro reivindica os seguintes resultados positivos:¹²

- Redução dos internamentos em 60%
- Redução de atendimentos em serviço de urgência em 64%
- Redução de admissões em unidades de cuidados intensivos 61%
- Redução do número de dias de falta à escola de 56%
- Redução de dias de absentismo de 65%

O programa do National Jewish Medical and Research Center apresenta entre outras as seguintes componentes:¹³

- Programa intensivo de uma semana de educação para doentes, designado de *Time Out for Asthma*
- Uma avaliação multidisciplinar de cada doente, conducente a um plano individual de cuidados
- Recursos especializados para apoio aos prestadores de cuidados na comunidade

QUADRO I

Situação em Portugal a partir da base de dados dos GDH/SNS

GDH	Descrição	1995		1996		1997		1998		1999		Port 98 (contos)
		DP Asma	% GDH/Total	DP Asma	% GDH/Total	DP Asma	% GDH/Total	DP Asma	% GDH/Total	DP Asma	% GDH/Total	
88	Doença Pulmonar Crónica Obstrutiva	91	1,8%	127	2,2%	151	3,2%	131	2,9%	120	3,0%	359,7
96	Bronquite e asma, idade >17 anos, com CC	430	8,3%	511	8,7%	546	11,5%	605	13,4%	616	15,2%	335,6
97	Bronquite e asma, idade >17 anos, sem CC	1.126	21,8%	1.237	21,1%	1.163	24,4%	1.132	25,0%	973	24,0%	253,1
98	Bronquite e asma, idade 0 - 17 anos	3.478	67,5%	3.925	67,0%	2.854	60,0%	2.602	57,6%	2.276	56,2%	136,7
475	Diag. aparelho respiratório com ventilação	30	0,6%	54	0,9%	46	1,0%	50	1,1%	64	1,6%	1442,9
Total de GDH com diagnóstico principal Asma		5.155		5.854		4.760		4.520		4.049		

Fonte: Base de dados DGH-IGIF

QUADRO II

Situação em Portugal a partir da base de dados dos GDH/SNS

GDH	Descrição	1995	1996	%	1997	%	1998	%	1999	%
		Doentes Internados	Doentes Internados		Doentes Internados		Doentes Internados			
88	Doença Pulmonar Crónica Obstrutiva	5.762	6.529	13,31	6.522	-0,11	6.826	4,66	8.084	18,43
96	Bronquite e asma, idade >17 anos, com CC	1.705	1.719	0,82	2.018	17,39	2.333	15,61	3.064	31,33
97	Bronquite e asma, idade >17 anos, sem CC	1.556	1.599	2,76	1.554	-2,81	1.605	3,28	1.571	-2,12
98	Bronquite e asma, idade 0 - 17 anos	6.433	6.385	-0,75	6.538	2,40	6.253	-4,36	7.079	13,21
475	Diag. aparelho respiratório com ventilação	1.182	1.217	2,96	1.377	13,15	1.574	14,31	1.789	13,66
Total		16.638	17.449	4,87	18.009	3,21	18.591	3,23	21.587	16,12

Fonte: Base de dados DGH-IGIF

QUADRO III

Situação em Portugal a partir da base de dados dos GDH/SNS: reinternamentos

GDH	Descrição	1995	1996	%	1997	%	1998	%	1999	%
75	Grandes procedimentos torácicos		1							
76	Outros proced. ap. respiratório, no BO, c/CC	1			1					
77	Outros proced. ap. respiratório, no BO, s/CC								2	
88	Doença Pulmonar Crónica Obstrutiva	41	42	2,44	59	40,48	40	-32,20	42	5,00
96	Bronquite e asma, idade >17 anos, com CC	159	198	24,53	243	22,73	254	4,53	240	-5,51
97	Bronquite e asma, idade >17 anos, sem CC	331	429	29,61	414	-3,50	415	0,24	353	-14,94
98	Bronquite e asma, idade 0 - 17 anos	1,221	1,268	3,85	839	-33,83	715	-14,78	662	-7,41
468	Proced. extensos BO não relacionados c/ o diag. princ.	3	2	-33,33	1	-50,00	1	0,00	2	100,00
475	Diag. aparelho respiratório com ventilação	12	14	16,67	11	-21,43	15	36,36	23	53,33
477	Proced. não extenso no BO, não rel. c/ diag. princ.		1							
483	Traqueostomia ex. c/ perturb. boca, laringe ou faringe				1					
Total		1.768	1.955	10,58	1.569	-19,74	1.440	-8,22	1.324	-8,06

Fonte: Base de dados DGH-IGIF

- Apoio a doentes com situações mais graves, numa perspectiva de gestão de casos
- Acesso dos médicos e demais prestadores aos mais actualizados padrões de cuidados
- Educação a doentes, famílias e prestadores de cuidados
- Compromisso decisivo com os cuidados de saúde primários, sendo os doentes, na sua larga maioria, seguidos a esse nível
- Avaliação das disfunções psico-sociais, com testes de avaliação aplicados especialmente a doentes em idade pediátrica.
- Disponibilidade de materiais de educação variados, seminários interactivos e referência para grupos de apoio
- Facilidades de informação permanente (Lung Line e Lung Facts)
- Apoio a médicos a farmacêuticos, designadamente no domínio de linhas de orientação clínica.

7. CONCLUSÃO

A gestão da doença assenta num novo paradigma de cuidados, de natureza sistémica, tornando efectivas, com métodos modernos, as tradicionais estratégias de

prevenção. Para tanto, há que integrar um conjunto de meios num contexto de cuidados também eles integrados, mudando de uma atitude reactiva à doença para uma atitude de gestão do processo natural de evolução da mesma, gerindo populações de doentes, controlando o risco e fundando a prática na mais actualizada evidência clínica.

Para que os programas de gestão de doença e em particular o da asma, tenham êxito exige-se:

- Investimento em recursos de prevenção
- Investimento em formação e informação
- Facilitação do acesso a meios de diagnóstico e a medicamentos
- Abordagem da doença em equipa (gestores, médicos, demais profissionais de saúde, com relevo para farmacêuticos, gestores da informação e analistas financeiros)
- Abandono do papel secundário e passivo do doente. Nas palavras de Juhn, há que ver o doente não como problema mas como solução
- Desenvolvimento e uso de linhas de orientação clínica.

Além disso, por sobre os métodos específicos da gestão da doença, há que aplicar os princípios da melhoria contínua de qualidade: a liderança desde o topo do Ministério da Saúde até ao nível dos Serviços; a aplicação prática das noções de fornecedores e clientes de serviços; o sistema desenhado para o constante e sistemático progresso de resultados, com o uso de dados e do controlo estatístico; e o efectivo envolvimento de prestadores e demais profissionais de apoio à rede de cuidados.

Desta forma, tudo indica que é possível reduzir o fardo individual, familiar e social das doenças que consomem recursos e tornam a Saúde em Portugal num sector aparentemente ingovernável, determinado por um fado indomável.

A gestão da doença significa esperança e domínio inteligente pelo homem de condições que lhe são adversas. Está ao nosso alcance, assim saibamos entendê-la e aplicá-la, tanto nos princípios como em todas as suas componentes.

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Gray, John e Lawer, Peter.** The Promise of Disease Management, 1995.
2. **Juhn, Peter, Solomon, Neil, Pettay, Helen.** Care Management: The Next Level of Innovation for Kaiser Permanente. *The Permanente Journal* 1998; 2(2);37.
3. **Wehrwein, P.** Disease Management Gains a Degree of Respectability. *Managed Care* 1997.
4. **Gunter, M.** Improving Outcomes through Disease - specific Clinical Practice Improvement Teams: The Lovelace Episodes of Care Disease Management Program. *The Journal of Outcomes Management*, 1993; 3(3):11.
5. *Ibidem*, 11.
6. *Ibidem*, 38
7. **Juhn, Peter.** Creating Innovative Approaches to Care Delivery for the New Millenium, in 1.^a Conferência Internacional sobre Gestão da Doença e Qualidade em Saúde, Lisboa, 1998, organizada por Comissão Sectorial da Saúde do Conselho Nacional da Qualidade, slide 12.
8. **Summers, Kent.** Measuring and Monitoring Outcomes of Disease Management Programs, in 1.^a Conferência Internacional sobre Gestão da Doença e Qualidade em Saúde, Lisboa, 1998, organizada por Comissão Sectorial da Saúde do Conselho Nacional da Qualidade, slide 2.
9. **Spalding, J.** Taking the Lead in Disease State Management. *Family Practice Management*, 1996; 3(4):57.
10. **Todd, W e Tinkelman, D.** Asthma Disease Management, *Medical Scientific Update*, 1995/96, 13(4) Fall/Winter:2. Site: <http://library.nationaljewish.org>; 5 de Junho de 2001.
11. Os dados apresentados foram obtidos junto do Departamento de Desenvolvimento de Sistemas de Financiamento e de Gestão do IGIF.
12. **EUA, The National Jewish Medical and Research Center,** Site: <http://library.nationaljewish.org>; 5 de Junho de 2001.
13. **Todd, W e Tinkelman, D.** *Ibidem*, 3-5