

Gestão da Doença e a Diabetes

J. Guerra

Internista, Hospital de Reynaldo dos Santos, Vila Franca de Xira
Delegado para Portugal da IDMA (*International Disease Management Alliance*)

QUAIS OS PRINCÍPIOS DA GESTÃO DA DOENÇA?

Confrontados com os elevados custos dos cuidados de saúde num contexto de recursos limitados, os sistemas de saúde procuram, continuamente, formas inovadoras de prestar cuidados eficientes, de alta qualidade e custo-efectivos (1,2). Há alguns anos a Gestão da Doença (GD) emergiu como uma estratégia com potencial para se conseguirem atingir estes objectivos (3). A consultora *Boston Consulting Group* usou pela primeira vez o termo *disease management* no seu sentido corrente, num relatório encomendado pela indústria farmacêutica e publicado em 1993. Desde essa data, as técnicas, os modelos e os Programas de Gestão da Doença (PGD) inspirados nos princípios da GD têm vindo a ser aplicados, inicialmente, no sector dos seguros privados de saúde dos EUA e, actualmente, de forma diversificada, em todo o mundo e no sector público dos cuidados de saúde (1,4-9). Esta expansão para o sector público merece uma atenção particular, na medida em que tal não seria possível se a melhoria dos resultados que a GD promete, não se verificasse na prática. Repare-se no exemplo da Alemanha que incorporou os princípios da GD no quadro legislativo da reforma do sistema de saúde. O conceito esteve envolvido numa certa confusão conceptual e semântica, antes do aparecimento da *Disease Management Association of America*, surgida em 1997. Esta organização não lucrativa e a primeira no mundo a colocar as doenças crónicas como foco primário das suas preocupações, define a GD como *um sistema coordenado de intervenções e de comunicações para populações com condições nas quais os esforços de auto-cuidados do doente são significativos* (10,11). As doenças electivas para PGD são, obviamente, as doenças crónicas com potencial de auto-gestão. De acordo com esta definição a GD suporta a relação médico-doente e o plano de cuidados e enfatiza a prevenção das complicações relacionadas com a evolução da doença, utilizando *guidelines* práticas baseadas na evidência e instrumentos de *empowerment* do doente (10,11). A GD também avalia, de forma sistemática e contínua, os resultados clínicos, humanísticos e económicos, tendo como meta a melhoria da saúde global dos doentes (10-12). Os objectivos da GD incluem (10-12):

- Melhoria dos auto-cuidados através da educação do doente, da monitorização e da comunicação com os membros da equipa de cuidados de saúde.

- Melhoria da performance médica através de relatórios de *feedback* sobre os progressos do doente e sobre o grau de adesão do prestador aos protocolos.
- Melhoria da comunicação e da coordenação dos serviços entre o doente, o médico, a organização de GD (ou o PGD) e outros prestadores.
- Melhoria do acesso aos serviços, incluindo os serviços de prevenção, de programas de bem estar e de estilos de vida saudável.

As seguintes funções constituem as principais componentes de um Programa de Gestão da Doença (10-12):

- Identificação de populações de doentes.
- Uso de *guidelines* práticas baseadas na evidência.
- Suporte à adesão às *guidelines* médicas práticas baseadas na evidência fornecendo orientações práticas aos médicos e a outros prestadores, emissão periódica de relatórios sobre os progressos dos doentes em relação à adesão às recomendações e provisão de serviços de apoio para assistência aos médicos na monitorização do doente.
- Provisão de serviços designados para aumentar a auto-gestão e a adesão do doente aos planos de tratamento.
- Relatórios de rotina e *feedback* aos profissionais de cuidados de saúde e aos doentes.
- Comunicação e colaboração entre os prestadores e entre o doente e os seus prestadores.
- Colheita e análise de medidas de processo e de resultado em paralelo com um sistema necessário para iniciar e consolidar as mudanças sugeridas pelos desvios nas medições daqueles indicadores.

Os PGD são, amplamente usados para muitas doenças crónicas, mas a diabetes, a asma, a insuficiência cardíaca crónica, a hipertensão, a depressão e mais, recentemente, o VIH/SIDA, são as doenças alvo, mais frequentemente seleccionadas para estes programas. A selecção destas doenças observa os seguintes critérios (12,13):

- *Guidelines* de tratamento disponíveis com consenso sobre o que constituem cuidados apropriados e efectivos.
- Presença de problemas de tratamento, geralmente, reconhecidos e bem documentados na literatura médica.
- Grande variação nas práticas e uma margem de modalidades de tratamento.
- Grande número de doentes com a doença cujo tratamento pode ser melhorado.
- Eventos agudos preveníveis associados com a doença crónica (p.ex., visitas frequentes aos Serviços de Urgência).
- Resultados que podem ser definidos e medidos de forma

padronizada e por meios objectivos e que possam ser modificados pelo reajustamento de intervenções terapêuticas apropriadas (p.ex., redução do número de visitas à urgência e do número de internamentos).

- Potencial para redução dos custos no curto prazo (p.ex., menos de três anos).

Em Portugal nenhuma organização de prestação de cuidados de saúde do sector público ou do sector privado cuja missão seja a de implementar a qualidade dos cuidados de saúde para os doentes crónicos reconhece, explicitamente, a contribuição das actividades da GD para a melhoria dos cuidados de saúde, objectivamente avaliada pela medição sistemática dos resultados clínicos, neste importante grupo de doentes. De igual modo, nenhuma organização de prestação de cuidados de saúde do sector público, privado ou social insere a GD na sua visão estratégica nem nas suas estratégias operacionais. Pode-se mesmo afirmar com rigor, que no sentido de intervenção abrangente e estruturada, sistemática e multifacetada que a definição operacional da GD pressupõe, não existe GD em Portugal (14). Isto significa que, relativamente ao movimento de expansão internacional da GD que atinge já alguns países da Europa como a Holanda, a Inglaterra e a Alemanha, Portugal posiciona-se num nível de considerável atraso, com razões subjacentes muito complexas, cuja análise transcende os objectivos deste artigo. É, com efeito, preocupante e curioso verificar porque razão sendo o objectivo último da GD otimizar a produção de resultados clínicos e económicos das doenças crónicas, não colhe o interesse e a curiosidade dos decisores políticos e de organizações profissionais com responsabilidades de liderança na inovação em áreas técnicas da prestação dos cuidados, como, por exemplo, a Ordem dos Médicos, a Ordem dos Enfermeiros, a Sociedade Portuguesa de Diabetes, a Sociedade Portuguesa de Cardiologia, as próprias associações de doentes crónicos, para citar apenas algumas.

PORQUÊ O FOCO NA DIABETES?

Em 1990, no contexto dos cuidados geridos praticados nos EUA, as organizações de cuidados geridos (MCO) começaram a intensificar os seus processos de revisão de utilização para identificar áreas nas quais se justificava introduzir medidas de contenção de custos. A diabetes surgiu como uma das primeiras doenças seleccionadas porque se identificou uma grande oportunidade para tratar esta doença mais efectivamente e para desenvolver programas que ajudariam os pagadores e os programas de saúde a gerir melhor os altos custos associados com esta doença. De facto, o impacto económico da diabetes naquele país justificava plenamente esta abordagem. Em 2002, por exemplo, os custos totais da diabetes foram de aproximadamente \$132 biliões, dos quais \$92 biliões corresponderam a custos médicos directos e \$40 biliões a custos indirectos associados com a perda de produtividade, devida a incapacidade e morte (15). Os cuidados hospitalares no internamento e em lares contribuíram, respectivamente, com cerca de \$40 biliões e \$14 biliões, dos custos médicos directos (15). Quase 17 milhões de dias de internamento e mais de 82 milhões de dias

de estadia em lares foram atribuídos à diabetes em 2002 (15). A despesa total *per capita* em cuidados de saúde para os doentes com diabetes (incluindo os custos dos cuidados de saúde não associados à diabetes) contribuiu com mais de \$13,000, em 2002. Em contraste, a despesa total *per capita* em cuidados de saúde para as pessoas sem diabetes foi de apenas \$2,500 (15).

Em Portugal, uma análise do mesmo ano, com base em dados do IGIF e tendo em conta apenas três itens de avaliação: internamento, medicamentos e hemodiálise, resultou num valor de 15 milhões de contos (75 milhões de euros), aproximadamente. Este montante representava 14,7% dos 102 milhões de contos (20,4 milhões de euros) estimados para os custos directos do Sistema de Saúde com a diabetes em 1999 (16). Não estando avaliados os custos indirectos, nem o impacto de outras complicações macrovasculares e microvasculares da diabetes, torna-se evidente que, apesar de significativos, estes montantes estão subestimados. Embora a literatura seja convergente em identificar as complicações macrovasculares, o internamento e as utilizações iterativas dos Serviços de Urgência como os principais determinantes de custos (17,18,19), no caso do SNS, só por aproximação podemos deduzir tais semelhanças, devido à ausência de dados fiáveis, fundamentados em análises sólidas. De qualquer modo, os números que nos dizem respeito, mesmo subestimados, não deixam de impressionar pela sua magnitude. A forte comorbilidade associada à diabetes é também um factor importante na análise do peso económico desta doença. Os primeiros PGD centravam-se muito na doença alvo dando pouco ênfase à comorbilidade clínica, cenário distinto do que se passa com os programas mais modernos, onde essa componente é devidamente abordada. Há evidência de que os custos incrementais da diabetes são fortemente influenciados pelos custos das doenças crónicas quando a diabetes se associa a outras doenças. A avaliação de qualquer PGD para a diabetes não pode deixar de ter em conta esta dimensão analítica (20), nomeadamente, para efeitos de planeamento de cuidados em larga escala e a longo prazo.

Infelizmente, não dispomos de dados que nos permitam reflectir com clareza sobre a nossa realidade. Todavia, *mutatis mutandis* e em termos proporcionais, não devemos andar muito longe daqueles números.

Assim, não restam dúvidas de que as razões de natureza económica foram e continuam a ser o principal impulsor da inclusão da diabetes em PGD, procurando os prestadores, através deles, reduzir os custos dos cuidados de saúde associados com a diabetes. A crença básica por detrás desta atitude é a de que se consegue gastar menos, tratando melhor estes doentes, com recurso às técnicas de estratificação de risco dos diabéticos, de forma a ajustar os recursos e intervenções disponíveis às necessidades específicas de cada doente. Esta estratificação é hoje uma competência nuclear da metodologia da GD.

Mas há outras razões, para além das económicas que tornam a diabetes um alvo preferencial dos PGD.

Em termos gerais, a diabetes é também seleccionada como doença electiva para intervenções de GD pelas seguintes razões:

- Os doentes de altos custos podem ser identificados facilmente através do padrão de utilização dos fármacos e de serviços (p.ex., receitas não aviadas, das visitas aos Serviços de Urgência e dos internamentos), ou, mais modernamente, através de modelos preditores da estratificação de risco, que permitem evitar as catástrofes.
- Disponibilidade de *guidelines* clínicas práticas consistentes com recomendações nucleares que se aplicam tanto a crianças como a adultos diabéticos e que são baseadas na evidência.
- Medidas de resultado validadas (p.ex., admissões hospitalares, visitas aos Serviços de Urgência) que podem ajudar a medir a efectividade das intervenções disponíveis.
- Programas de comunicação disponíveis e que a evidência demonstra que funcionam no tratamento da diabetes.
- Material de educação estruturada do doente, em abundância, tanto quantitativa como qualitativa.
- A informação de *feedback* necessária para a modificação comportamental dos prestadores de cuidados de saúde pode ser gerada facilmente.

Acresce que os objectivos básicos do tratamento da diabetes permanecem largamente imutáveis desde há vários anos, particularmente, desde a publicação dos resultados do DCCT e do UKPDS (21-24). Este é também um factor de estabilidade na definição das *guidelines* e protocolos de tratamento que interessam à Gestão da Doença, não obstante as inovações terapêuticas que surgem continuamente, tanto para a diabetes de tipo 1 como para a diabetes de tipo 2. Entre nós, para além de ser uma doença que, grosseiramente, afecta 1 pessoa em cada 20 portugueses e consome uma despesa considerável dos custos totais da saúde, é também uma doença que tem um Programa Nacional de Controlo da Diabetes que define objectivos de controlo calendarizados, que não se cumprem de forma sistemática e que todos os profissionais de saúde sabem que não funciona. Não seria importante investigar porquê? E porque razão se persegue o mesmo “modelo” de programa para outras doenças crónicas, como as doenças cardiovasculares, a obesidade, as doenças reumáticas, etc?

Representando a GD uma oportunidade de excelência com evidência conclusiva quanto ao impacto positivo nos indicadores de processo e de resultados dos cuidados para a diabetes (e para outras doenças crónicas) embora como constatação empírica, visto que, ano após ano não se vêm resultados oficiais publicados que atestem melhorias substanciais dos indicadores de controlo da diabetes a nível nacional, interrogo-me porque razão não se conseguem atingir resultados clínicos e económicos mais satisfatórios, que reflitam os esforços, o saber, as competências, o empenho e a crença que as equipas de saúde desenvolvem e depositam no dia a dia para verem as A1c dos seus doentes sustentadamente abaixo dos 7%. Não estaremos a tratar os doentes certos, com os profissionais certos, no modelo de prestação de cuidados errado?

BIBLIOGRAFIA

1. Coons SJ. Disease management: definitions and exploration of issues. *Clin Ther*. 1996;18(6):1321-26.
2. Rossiter LF, Whitehurst-Cook MY, Small RE, et al. The impact of disease management on outcomes and cost of care: a study of low-income asthma patients. *Inquiry*. 2000;37(2):188-202.
3. Bernard S, Bernard M, Donnica L. Live long and prosper with disease management. *Managed Healthcare*. 1997;7(1):42-4.
4. Terry K. The disease management boom. *Med Econ*. 1997;74(14):62-4.
5. Lewis A. The myths and realities of disease management. *Managing Employee Health Benefits*. 1997;5(2):10-19.
6. Novartis Pharmacy Benefit Report: Facts and Figures. 1999 edition.
7. Gore M. Industry partnerships: disease management programs flourish. *J Manag Care Pharm*. 1995;1:154-72.
8. The Genesis Report. Disease management: compelling yet repelling. 1997;4(7):17-25.
9. Gillespie JL, Rossiter LF. Medicaid disease management programs: findings from three leading US state programs. *Dis Manage Health Outcomes*. 2003;11:345-61.
10. Disease Management Association of America. Definition of disease management. Disponível em: <http://www.dmaa.org/definition.html>. Acedido em Junho 2006.
11. Centers for Medicare and Medicaid Services. Discussion of disease management. Disponível em: <http://cms.hhs.gov/media/press/release.asp?Counter=418>. Acedido em Junho, 2006.
12. National Pharmaceutical Council. Medicaid disease management? Disponível em: <http://www.dnnow.org/>. Acedido em Junho 2006.
13. National Pharmaceutical Council. Medicaid disease management & health outcomes: four steps to implement a Medicaid disease management program. Disponível em: <http://www.dnnow.org>. Acedido em Junho 2006.
14. Guerra J. A Gestão das Doenças Crónicas no Sistema Nacional de Saúde. Tese de Mestrado. ISCTE. 2003.
15. American Diabetes Association. Economic costs of diabetes in the U.S. in 2002. *Diabetes Care*. 2003;26:917-32.
16. Nogueira ML. Custos com a diabetes. *Boletim n° 4, Sociedade Portuguesa de Diabetologia*.
17. Brown JB. The progressive cost of complications in type 2 diabetes mellitus. *Arch Intern Med*. 1999 Sep; 159(16): 1873-80.
18. Caro JJ et al. Lifetime costs of complications of type 2 diabetes in the U.S. *Diabetes Care*. 2002 Mar; 25(3): 476-81.
19. O'Brien JA. Diabetes in Canada: direct medical costs of major macrovascular complications. *Value Health*. 2001 May-Jun; 4(3): 258-65.
20. Garis RI et al. The cost of diabetes in the presence of comorbid conditions. *Manag Care Interface*. 2002 Apr; 55: 48-53.
21. The Diabetes Control and Complications Trial Research Group. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. *N Engl J Med*. 1993; 329: 977-86.
22. American Diabetes Association. Standards of medical care for patients with diabetes mellitus. Position statement. *Diabetes Care*. 2003; 26(suppl 1): S33-50.
23. American Diabetes Association. Implications of the Diabetes Control and Complications Trial. Position statement. *Diabetes Care*. 2003; 26(suppl 1): S25-7.
24. American Diabetes Association. Implications of the United Kingdom Prospective Diabetes Study. Position statement. *Diabetes Care*. 2003; 26(suppl 1): S28-32.