

A complexidade do paciente com doenças crónicas – Qual a melhor organização da prestação de cuidados para responder às suas necessidades?

JOÃO GUERRA*

RESUMO

O caso clínico descrito reporta-se a um doente real com múltiplas doenças crónicas, grande utilizador dos serviços de saúde. Reflecte um alto grau de complexidade inerente à natureza das suas doenças, agravada pela coexistência de várias doenças no mesmo doente. Do relato deste caso podem deduzir-se alguns problemas e questões relacionadas com a abordagem das doenças crónicas (DC) em geral, no contexto da organização da prestação de cuidados do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

À luz dos conhecimentos actuais, abordarei propostas para melhorar a organização da prestação de cuidados para responder às necessidades destes doentes. Tal implica analisar o conceito de integração dos cuidados de saúde, as estratégias e benefícios que lhe estão subjacentes, o conceito de gestão da doença (GD) e o seu papel no processo de integração e melhoria da qualidade dos cuidados a estes doentes.

CASO CLÍNICO

- A.M. S., sexo masculino, 67 anos, mecânico.
- Diabetes Mellitus de tipo 2, desde há 7 anos, Doença Isquémica Coronária e Hipertensão Arterial desde há 6 anos (metformina, mononitrato, Antagonista da Renina Angiotensina II).
- Índice de Massa Corporal de 30.
- Sem educação estruturada de conduta alimentar e de estilos de vida saudáveis;
- Em consulta, o médico assistente disse-lhe que tinha de controlar me-

lhor o açúcar do sangue, mas não ficaram esclarecidos procedimentos específicos. Foi-lhe dada uma brochura educativa.

- Foi-lhe recomendada a redução de hidratos de carbono e de sódio na dieta, mas só toma a medicação quando sente que precisa dela.
- Parou de trabalhar na sua oficina porque não se sentia bem e passa a maior parte do tempo a ver televisão.
- Há seis meses começou com dispneia. Foi a um serviço de urgência (SU), ficou internado durante três dias devido a insuficiência cardíaca crónica. Melhorou e teve alta com mais três medicamentos adicionais e um novo plano de dieta. Foi referenciado a consultas de nefrologia (Ureia = 95, Creatinina = 1,5), cardiologia e diabetes. Por ter sido detectada inexistência de observação oftalmológica desde o diagnóstico da diabetes, foi aconselhado a ir a uma consulta.
- No domicílio, sentiu-se confuso acerca da toma dos novos medicamentos

*Internista do Hospital Reynaldo dos Santos (V.F.Xira); Delegado da *International Disease Management Alliance (IDMA).

e sem apoios a quem recorrer. Por falta de dinheiro, comprou apenas o mais barato dos medicamentos prescritos.

- Foi à consulta de nefrologia, onde lhe foram pedidos novos exames complementares e prescrito um novo plano de dieta. Teve uma consulta com uma nutricionista que nada lhe informou de novo, para além do que ele já sabia: que precisava de mudar a sua dieta e de fazer mais exercício!
- As consultas de cardiologia e de diabetes foram marcadas para datas diferentes. Não sabe quando terá a consulta de oftalmologia.
- Na última semana, teve um novo episódio de dispneia. Foi ao SU e ficou de novo internado durante quatro dias, com alta após a estabilização, com novo regime de tratamento e novas instruções para seguir e um relatório para entregar ao seu médico assistente dentro de uma semana. A sua Hemoglobina A1c foi de 9,5%, ignorando o doente o respectivo significado, que também não lhe foi explicado.

QUESTÕES RELEVANTES A CONSIDERAR

Este caso ilustra bem as interações complexas que um doente crónico enfrenta no quotidiano do seu relacionamento com os serviços de saúde formais para a satisfação das suas necessidades multidimensionais, particularmente agravadas quando o doente apresenta múltiplas doenças crónicas. Apesar da aparentemente fácil acessibilidade a alguns dos serviços de saúde, com profissionais, equipamentos e drogas baseadas nas mais avançadas tecnologias de que os doentes crónicos necessitam, este doente ainda não recebe cuidados que respondam às suas necessidades. De quem é a culpa quando o sistema falha sistematicamente em dar resposta a essas necessidades? É

da indiferença ou da eventual incompetência dos médicos? É dos doentes que não aderem aos tratamentos e recomendações médicas? É da organização do sistema de prestação de cuidados?

Este caso, comparável a um incontável número de outros casos reais idênticos, suscita uma série de questões, que analisarei em seguida. De facto, identificam-se problemas específicos que podem ser hierarquizados em três níveis:¹ ao *nível do doente*, registaram-se problemas de informação e de educação relevantes para o controlo das suas doenças e verificaram-se problemas de definição de objectivos de tratamento e de adesão aos mesmos; ao *nível dos médicos*, foi evidente a insuficiente explicação, informação e educação sobre o processo das doenças e cuidados a ter, revelando-se os médicos muito centrados nos episódios agudos de doença, mais preocupados com o domínio das responsabilidades inerentes ao seu próprio local de trabalho, ignorando o *continuum* dos cuidados; ao *nível do sistema de saúde*, sobressaíram problemas relacionados com a programação e a coordenação entre os diferentes prestadores, a ausência de planeamento integrado das consultas na mesma instituição, o défice de intervenções de educação e de prevenção, com o trabalho a incidir, predominantemente, no médico e pouca utilização das potencialidades de outros profissionais de saúde (equipas multidisciplinares). Em suma, é notória a ausência de uma plataforma comum, integradora de gestão da doença, para dar uma resposta eficiente às DC, quer se apresentem como doença única, ou em associação. Pode, pois, deduzir-se que o SNS se comportou como um sistema fragmentado, reflectindo, em última análise, um sério problema de *integração de cuidados*.

Subjacente a esta problemática reside a contradição fundamental entre o aumento da prevalência das DC e a estrutura e organização da prestação dos

cuidados de saúde, historicamente enraizada no modelo episódico dos cuidados agudos e que não acompanhou esta transição epidemiológica, já consolidada nos anos 50, nos países desenvolvidos, a qual reclama um novo paradigma de cuidados de saúde para os doentes crónicos.²

Todos os países enfrentam o impacto de um número restrito de factores de risco modificáveis que estão na génese das DC que representam o maior peso da doença para os seus sistemas de saúde. E, como reconhece o programa CINDI (Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida) a prevenção destes factores ainda não constitui uma prioridade dos sistemas de saúde da maioria dos países, e apenas 60% têm programas específicos para DC.³ Por outro lado, como reconhece a OMS e o *Institute of Medicine* dos EUA, existem disponíveis várias intervenções custo-efectivas para as DC que não estão a ser utilizadas como seria desejável, deduzindo-se, por consenso, na Europa e no mundo, que os sistemas de saúde a funcionarem como funcionam não conseguirão resolver o peso das DC, restando como única solução o terem de se transformar.^{4,5}

CONCEITO, BENEFÍCIOS E ESTRATÉGIAS DE INTEGRAÇÃO PARA AS DOENÇAS CRÓNICAS

Neste imperativo de mudança dos sistemas de saúde, o conceito e as estratégias de integração têm sido apontadas como um instrumento que pode ajudar a resolver as suas disfunções. Nomeadamente, os modelos propostos afastam-se do modelo baseado na divisão estrita de responsabilidades entre os sectores primário, secundário e terciário de cuidados de saúde, na medida em que se torna cada vez mais evidente que esta hierarquização não reflecte com exactidão o processo dos cuidados para

estas doenças, que pela natureza da ininterrupção das suas necessidades multidimensionais, não respeitam estas fronteiras.⁶ A continuidade de cuidados é assegurada com mais eficiência através de modelos de integração dos cuidados.

A OMS define cuidados integrados como: «Um conceito que reúne inputs, prestação, gestão e organização de serviços relacionados com o diagnóstico, tratamento, cuidados de reabilitação e de promoção de saúde. A integração é um meio para melhorar o serviço em relação ao acesso, qualidade, eficiência e satisfação do utilizador».⁷ Este conceito reflecte a noção de optimização da cadeia de valor que nasceu no mundo da economia e cuja transposição para o campo da saúde pode ser vista no esquema proposto por *Shortell* (Figura 1).⁸

Na linha superior do protótipo proposto por *Shortell* estão representados os *stakeholders*, um conceito que reconhece que o sistema de cuidados de saúde deve satisfazer todas as partes interessadas e não apenas aqueles a quem presta serviços directos. Neste domínio é importante sublinhar que cada um destes grupos valoriza de forma diferente os resultados e tem expectativas também diferentes. A segunda linha identifica os *estádios finais* dos serviços prestados pelas competências que produzem os resultados. Estas competências, que são produtos ou serviços específicos, distribuem-se pelo *continuum* dos cuidados, desde a promoção da saúde passando pelos cuidados de saúde primários, agudos e continuados, até aos paliativos. Na última linha descrevem-se as *capacidades* de um sistema de prestação organizado, que influenciam a optimização das competências. Essas capacidades são definidas como um conjunto de práticas e de processos que suportam ou alavancam a cadeia de valor. Este processo é, inerentemente, transfuncional, devendo ser assegurada a coordenação das

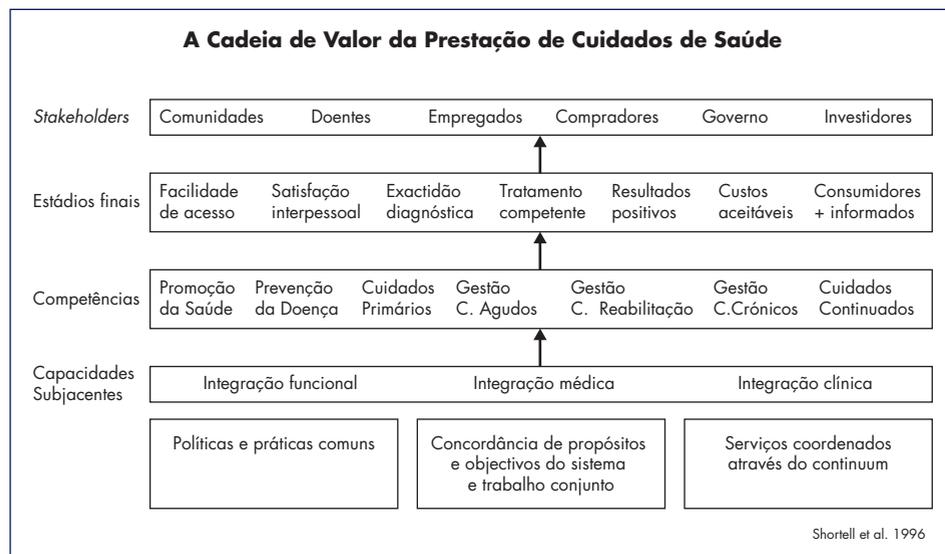


Figura 1. A cadeia de valor da prestação de cuidados de saúde aos pacientes com doenças crónicas (Shortell et al.).

diferentes funções, o que não acontece na configuração actual do SNS português.

A *integração funcional* tem a ver com o grau em que as actividades e funções de apoio chave tais como a gestão financeira, o planeamento estratégico, a gestão de recursos humanos e a gestão da informação estão coordenadas através das unidades operacionais, a fim de acrescentar o maior valor global ao sistema. A *integração médica* tem a ver com o grau em que os médicos concordam nos propósitos e objectivos e trabalham em conjunto para a melhoria do sistema global. Na prática, esta *integração médica* significa que médicos dos cuidados de saúde primários e os médicos hospitalares são membros igualitários das equipas multidisciplinares e são responsáveis, em conjunto, pelo planeamento activo da prestação dos cuidados e pelo controlo dos recursos financeiros (desenvolvimento de autênticos grupos de médicos). A *integração clínica* tem a ver com a extensão em que os serviços são coordenados através das pessoas, funções, actividades e locais, ao longo do tempo, para maximizar o

valor dos cuidados prestados aos doentes. A capacidade mais importante associada com a integração clínica é a implementação de sistemas de gestão de cuidados através do *continuum*, que também estabeleçam ligações de coordenação efectiva com as questões de gestão da saúde comunitária, de uma forma que permita acompanhar e monitorizar, de modo contínuo, a evolução dos resultados dos esforços de melhoria, tanto para os doentes individuais, como para a comunidade, numa perspectiva de longo prazo.

TIPOS DE COORDENAÇÃO DOS CUIDADOS

Estão identificados na literatura pertinente três tipos de coordenação (Quadro 1), que são subjacentes a qualquer processo de trabalho e que têm por base o grau de interdependência entre os profissionais, ou entre as várias unidades operacionais de um sistema e que têm implicações directas em todos os processos de integração.⁹

Tipo sequencial – o doente encontra vários profissionais ou organizações em

QUADRO I

INTEGRAÇÃO CLÍNICA BASEADA NA INTERDEPENDÊNCIA

ABORDAGEM DA INTEGRAÇÃO CLÍNICA BASEADA NA INTERDEPENDÊNCIA		
COORDENAÇÃO (INTERDEPENDÊNCIA)	EXEMPLOS	ESTRATÉGIAS DE INTEGRAÇÃO CLÍNICA
Sequencial Vários profissionais ou organizações em sucessão durante um episódio de doença	Cuidados Agudos, episódio único de doença (artroplastia da anca)	Guidelines, protocolos, percursos (<i>pathways</i>)
Recíproca Tratado por vários profissionais ou organizações simultaneamente.	Doenças Crônicas (diabetes, asma, ICC)	Gestão da Doença (<i>disease management</i>) Gestão de Caso (<i>case management</i>)
Colectiva Equipa de profissionais ou organizações assumem responsabilidade conjunta pelos doentes com métodos acordados em conjunto	Casos complexos de Doenças Cr/Ag que ameaçam a independência das pessoas	Gestão de Caso (<i>case management</i>)

Thompson JD, 1967; Adaptado de Shortell SM, 2000 e Contandriopoulos AP, 2003.

sucessão, durante um episódio de doença. É o tipo de coordenação que melhor se adapta aos cuidados agudos. Um doente operado no bloco operatório precisa de uma cama nos cuidados intensivos, no recobro ou na enfermaria e o processo, geralmente, é de dependência sucessiva entre os profissionais, acabando por o último interveniente quase nada ter a ver com o primeiro. Este é o tipo de coordenação das linhas de produção fabris. No campo da saúde, esta estratégia de integração é bem suportada pela implementação de *guidelines*, protocolos e percursos clínicos. Neste tipo de coordenação, a integração existe quando um ou mais processos ou unidades operacionais dependem uns dos outros para realizar o seu trabalho.

Tipo recíproco – o doente é tratado simultaneamente por vários profissionais ou organizações. Neste caso, há um alto grau de interdependência entre todos os profissionais envolvidos e o doente funciona como o seu próprio agente de coordenação. É o tipo de coordenação que melhor se adapta às doenças crónicas e representa a maioria dos processos envolvidos na prestação de cuidados de

saúde. Esta estratégia de integração é bem suportada pela metodologia de gestão da doença (*disease management*), que atribui uma prioridade absoluta às competências de autogestão dos doentes crónicos. Por exemplo, os médicos dependem de serviços auxiliares como a radiologia e a patologia clínica e estes dependem dos médicos que enviam doentes para lá. De forma similar, os doentes crónicos são frequentemente tratados por equipas multidisciplinares que dependem muito umas das outras para realizar, cabalmente, as suas tarefas.

Tipo colectivo – a equipa de profissionais ou as unidades operacionais assumem responsabilidades conjuntas pelos doentes, com métodos acordados em conjunto. É o tipo de coordenação que funciona melhor para os casos complexos de doença crónica, que ameaçam a independência das pessoas. A estratégia de integração que melhor suporta este tipo de coordenação é a gestão de caso (*case management*), uma abordagem que se baseia em técnicas de estratificação de risco, que visa otimizar a afectação de recursos às neces-

sidades específicas de cada doente. A lição chave nesta tipologia é a necessidade de ajustar a estratégia de integração ao nível requerido de interdependência, ou seja, às necessidades reais do doente em cada fase da evolução natural da sua doença. Isso requer o desenvolvimento de uma abordagem global para a gestão da integração clínica.

GESTÃO DA INTEGRAÇÃO CLÍNICA

Nessa abordagem global para a gestão da integração clínica^{9,10} há que ter em consideração *quatro dimensões* que influenciam o sucesso e que são: a *dimensão estratégica* que consiste em saber até que ponto a integração clínica é explicitamente reconhecida como prioridade estratégica nuclear do sistema; a *dimensão estrutural* que se refere à estrutura organizacional global do sistema, que inclui o uso de comissões, conselhos, «*task-forces*», grupos de trabalho, etc., para implementar e difundir a integração clínica através do sistema; a *dimensão cultural* que se refere às crenças, valores, normas e comportamentos subjacentes que podem suportar ou inibir o trabalho de integração clínica; e a

dimensão técnica, que se refere ao treino e às competências necessárias que os profissionais devem ter para conseguirem os objectivos da integração clínica (incluindo as capacidades de tecnologias de informação da organização). Para conseguir atingir o grau mais elevado de integração clínica, os sistemas devem atender às quatro dimensões simultaneamente e tentar alinhá-las umas com as outras. Na Quadro II, vemos o que acontece quando uma ou outra dimensão falha: quando a estratégia está ausente não se verifica nenhum impacto significativo em qualquer processo realmente importante; quando há falhas de estrutura há incapacidade para captar a aprendizagem e de difundi-la por toda a organização; quando é nula a dimensão cultural, os efeitos percebidos são mínimos e fugazes, não se registando um impacto duradouro; quando falham as componentes da dimensão técnica, o que acontece é a frustração e a falsa sensação de que estamos a fazer qualquer coisa mas.... sem aparecerem resultados. Quando as quatro dimensões estão presentes em simultâneo verifica-se, de facto, um impacto positivo e duradouro que se faz sentir em todo o sistema.

QUADRO II

A GESTÃO DA INTEGRAÇÃO CLÍNICA ATRAVÉS DO CONTINUUM DE CUIDADOS

INTEGRAÇÃO CLÍNICA ATRAVÉS DO CONTINUUM DOS CUIDADOS (FACTORES CRÍTICOS DE SUCESSO)				
ESTRATÉGICA	ESTRUTURAL	CULTURAL	TÉCNICA	RESULTADO
0	1	1	1	Nenhum impacto significativo em processo realmente importante
1	0	1	1	Incapacidade para captar a aprendizagem e de disseminá-la através da organização
1	1	0	1	Efeitos mínimos e temporários; sem impacto duradouro
1	1	1	0	Frustração e falsas partidas
1	1	1	1	Impacto duradouro através de todo o sistema

Nota: 1 = presente; 0 = ausente

Shortell et al. 1996

OS BENEFÍCIOS DA INTEGRAÇÃO E A GESTÃO DA DOENÇA

Um processo de integração dos cuidados bem planeado e estruturado pode traduzir-se pelos seguintes benefícios: promoção de parcerias, eliminação da duplicação de procedimentos, maximização da utilização dos recursos, optimização da coordenação intersectorial, capacitação para uma partilha de dados e de melhores práticas. Na prática, pode resultar em sistemas de referência mais transparentes, comunicação mais efectiva entre os sectores, melhor compreensão e maior colaboração entre os profissionais de saúde que tratam o mesmo doente e acesso mais equitativo às terapêuticas custo-efectivas baseadas na evidência.

Em síntese, todos estes benefícios expressam o ambiente de elevada interdependência e colaboração em que os profissionais e as organizações de saúde têm de trabalhar para implementar um sólido sistema integrado de cuidados, que tenha um impacto positivo na satisfação das necessidades multidimensionais, complexas e contínuas dos doentes crónicos.

A *gestão da doença*, disciplina recente, pode contribuir para consolidar o processo de integração dos cuidados de saúde para os doentes crónicos, seu alvo prioritário de intervenção.

O núcleo do conceito de GD consiste em integrar de forma abrangente os cuidados de saúde e o financiamento, com base no curso natural da doença. Tanto as intervenções clínicas como as não clínicas, são activadas para ocorrerem onde e quando têm maior probabilidade de atingir o maior impacto. A GD juntou talvez o *mix* mais rico de recursos/intervenções disponíveis para um *empowerment* avançado do doente crónico, jamais conseguido por qualquer outro tipo de organização dos cui-

dados de saúde. Ela cria uma organização dos cuidados que beneficia os doentes com serviços fiáveis, de utilização amigável, para além do tempo e do espaço de uma consulta médica em gabinete.¹¹ A opção por esta metodologia, decisão mais enraizada na visão política das suas reais potencialidades do que na perspectiva puramente clínica do médico, pode ser a alavanca para integrar todas as peças do *puzzle* dos cuidados aos pacientes com doenças crónicas, desde que seja operacionalizada segundo os padrões recomendados pela «*Disease Management Association of América*» e se evitem, a todo o custo, os erros do improvisado e do imediatismo dos resultados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Health Sciences Institute. Chronic Care Professional Certification Program. 3rd ed. Chicago: Health Sciences Institute; 2005.
2. WHO. Innovative Care for chronic conditions: building blocks for action. Geneva: World Health Organization; 2002.
3. WHO. The CINDI-EUROHEALTH Action Plan. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1995.
4. Brundtland GH. Global Strategy for the prevention and control of non-communicable diseases: report by the Director-General. Geneva: World Health Organization; 1999.
5. Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington, D.C.: National Academy Press; 2001.
6. Hunter DJ, Fairfield G. Disease management. *BMJ* 1997 Jul 5; 315 (7099): 50-3.
7. WHO. Integration of health care delivery. Geneva: World Health Organization; 1996.
8. Shortell SM. Remaking health care in America. San Francisco: Jossey-Bass; 2000.
9. Thompson JD. Organizations in action. New York: McGraw-Hill; 1997.
10. Contandriopoulos AP. The Integration of Health Care: dimensions and implementation. Montréal: Université de Montréal; 2003.
11. Villagra VG. Perspective: integrating disease management into outpatient delivery system during and after managed care. *Health Affairs* 2004; W4-281-283.

Endereço para correspondência

João Guerra

E-mail: jlguerra@sapo.pt

COMPLEXITY IN PATIENTS WITH CHRONIC DISEASE – HOW CAN CARE BE ORGANIZED TO MEET THEIR NEEDS?**ABSTRACT**

This case presentation describes patient with multiple chronic diseases, who is a heavy user of health care services. It reflects the high degree of complexity inherent in chronic diseases, complicated by co-morbidity. The case raises issues related to the approach to chronic diseases (CD) in the National Health Service (NHS).

Proposals for the improvement of the organization of health care are presented, in order to address the needs of patients with chronic illness. This includes an analysis of the integration of health care services, of the underlying strategies and benefits of care, the concept of disease management (DM) and its role in the integration and improvement of quality of care for these patients.