



Gestor do doente ou um médico de família disponível

Paula Broeiro*

O gestor do doente, como uma nova profissão na saúde, é um termo que se tem ouvido através da comunicação social e das redes sociais. Importa clarificar o que se entende por gestor do doente e perceber alguma da indignação manifesta num contexto de crise e restrição orçamental. Nos programas de Gestão Integrada da Doença (GID), o gestor do doente tem como objetivo centrar os cuidados no paciente e na família, coordenando cuidados, facilitando o acesso e a comunicação entre prestadores, monitorizando o cumprimento dos planos de cuidados, proporcionando educação para a saúde e incentivando a capacitação dos pacientes.¹ Não se entende em que difere do perfil de competências do Médico de Família internacionalmente aceite.² Existindo já, no Serviço Nacional de Saúde (SNS), profissionais com o perfil, porquê criar outra figura e não assegurar as condições para o exercício em pleno da Medicina Geral e Familiar (MGF), incluindo horário protegido para as tarefas de coordenação e gestão, bem como tempos de consulta que permitam uma abordagem holística e integral da pessoa e/ou família que adocece?

A GID é um termo em moda que surgiu, na década de 90 do século passado, como resposta à carga económica e social decorrente do cuidado às doenças crónicas e à necessidade de melhorar a qualidade dos cuidados.³⁻⁴ Políticos e indústria das tecnologias da informação têm sido dos maiores entusiastas da GID.³ A Kaiser Permanente, um dos seus impulsionadores, tem programas baseados em Cuidados de Saúde Primários (CSP), desconhecendo-se ainda o seu real impacto sobre os pacientes, médicos e o próprio sistema de saúde.³ A GID é complexa, principalmente em pacientes com multimorbilidade, dependendo o seu sucesso de médicos bem treinados que trabalhem em equipa multidisciplinar. As decisões de gestão individualizada de cada paciente e família, numa continuidade da relação e de cuidado são, muitas vezes, difíceis.³ A multimorbi-

lidade, cada vez mais frequente,⁵⁻⁷ necessita de uma abordagem holística que avalie o impacto sobre a funcionalidade e a qualidade de vida, a gestão integrada de factores comuns de risco, planeamento e coordenação entre vários prestadores de cuidados e as condições que levam em conta as preocupações do paciente.^{5,8-9} A abordagem holística da multimorbilidade contraria a lógica da GID e das Normas de Orientação Clínica (NOC), orientadas para um único problema. As NOC e os indicadores delas decorrentes deveriam ser revistos para doentes com multimorbilidade, que requerem abordagem e indicadores orientados para o paciente (ex., qualidade de vida, funcionalidade). Em Portugal, como noutros países, têm que se rever, para este grupo de pacientes, os atuais modelos baseados numa única doença e deveriam ser substituídos por outros mais integrados, nos quais o impacto de todas as patologias do paciente sobre a sua qualidade de vida deve ser considerado.⁵ As mudanças que têm vindo a ser implementadas no SNS parecem ter subjacente o modelo de GID, não se entendendo se o que se pretende é uma verdadeira reforma do SNS.

Porter, em 2009, a propósito da reforma da saúde nos Estados Unidos da América (EUA), afirmava que a urgência estava em definir uma estratégia nacional clara que estabelecesse uma visão abrangente do tipo de sistema de saúde que desejavam e o caminho a seguir para o atingir.¹⁰ A questão era se seria possível passar duma abordagem reativa e fragmentada para uma verdadeira estratégia nacional de saúde centrada em valor.¹⁰

As reformas dos cuidados de saúde deveriam centrar-se em melhorar o valor de saúde e cuidados de saúde, para os pacientes, como indicador ético,¹¹ em diminuir a complexidade dos sistemas e não se orientar pela oferta, antes pela procura (necessidade).⁷

O sucesso das reformas dependerá do alinhamento dos interesses dos pacientes e dos profissionais de saúde, incluindo os médicos, assim como dos sistemas de saúde. Se os pacientes forem valorizados, eles serão

*Directora da Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar



capazes de se envolver na autogestão de recursos.¹¹

O estudo intitulado *What keeps family physicians busy in Portugal? A multicentre observational study of work other than direct patient contacts* teve, entre outros objetivos, o de quantificar o tempo consumido, pelos Médicos de Família Portugueses, noutras tarefas que não o contacto direto com o paciente.¹² Neste estudo de Granja et al, o tempo médio gasto noutras tarefas, que não o contacto direto com o paciente, foi superior a 11 horas semanais, valor inferior ao de outros estudos realizados nos EUA.¹² Metade do tempo gasto nestas tarefas, sem contacto direto com o paciente, esteve diretamente relacionado com atividade assistencial, permitindo garantir a acessibilidade, a continuidade e a coordenação de cuidados.¹²

Olhando para a realidade Portuguesa, existe um paradoxo preocupante entre a necessidade de tempo protegido para tarefas que trazem melhoria de eficiência assistencial, bem como possibilidade de reflexão sobre a prática e investigação e a prioridade dada à atividade assistencial direta, com restrição temporal (quantidade vs qualidade) definida pelos decisores. Gastando os médicos, em média, 11 horas semanais e estando a ser reduzido esse tempo protegido¹² deixar-se-ão de realizar essas tarefas de retaguarda que trazem ganhos de eficiência ou serão efetuadas em tempo pessoal? Como solução, cria-se a figura do gestor do doente, sem se saber, dos próprios doentes, se preferem ter mais uma pessoa a interferir na sua vida e na sua saúde ou ter o seu médico de família mais disponível, redimensionando as listas de utentes e as definições do horário semanal?

Na sequência da *14th WONCA European Conference*, realizada em Lisboa e no confronto com outras realidades, verificou-se que, enquanto MGF, não estamos aquém do que se faz noutros países, antes pelo contrário. A diferença existente é o facto de não termos ainda criado evidência por não termos investigado ou publicado. O que reforça a afirmação de Granja et al, de que a investigação é essencial ao desenvolvimento da MGF enquanto disciplina académica e científica.¹²

Estamos no caminho inverso dos EUA, isto é, tínhamos um SNS universal e um sistema residualmente misto e evoluímos para um sistema fragmentado, implementando medidas avulsas, sem um verdadeiro pensamento holístico integrado. Os decisores têm dado maior importância aos sistemas de informação (mais

ao *software* que ao *hardware*) que à essência da atividade médica e às pessoas que adoecem. No entanto, apesar da prioridade dada aos sistemas de informação, estamos longe de uma verdadeira integração da informação entre níveis de cuidados e dentro dos CSP. Outra das barreiras à eficiência é a não concluída integração de cuidados, em permanente mudança (ex. Carta Hospitalar),¹³ sem avaliação do impacto na saúde, na sociedade e na economia. Perante a complexidade criada pela própria (des)organização do sistema Português, cria-se, como uma das soluções, uma nova profissão, o gestor do doente.⁷ Talvez possa fazer sentido nos EUA, que tem uma estrutura de CSP diferente da Portuguesa. Questiona-se porque continuamos com uma baixa autoestima, enquanto povo e profissionais, e aceitamos importações organizacionais não validadas para o contexto português (cultural e economicamente).

Um dos motores das reflexões de Porter sobre eficiência foi o reconhecimento de que países com sistemas universais têm menores despesas com cuidados de saúde do que os EUA.¹⁰ Enquanto os EUA repensam o seu sistema de saúde, em Portugal importam-se medidas avulsas, como a iniciativa do gestor do doente. Em Portugal, a pretexto da falta de Médicos de Família e da crise, impõem-se aos Médicos de Família medidas normativas que tendem à descaracterização da essência do ser médico e a caminhar no sentido inverso do considerado desejável.

O que precisamos, na doença crónica, é de decisores que:

1. Valorizem as pessoas que adoecem e os seus profissionais;
2. Identifiquem as virtudes do SNS Português;
3. Implementem medidas depois de avaliadas as existentes;
4. Se orientem pela procura e não pela oferta;
5. Não importem medidas parcelares de modelos dispendiosos (ex., gestor do doente) sem prévia avaliação do seu custo-efetividade;
6. Desincentivem, nos CSP, modelos orientados para a doença, dificilmente aplicáveis em situações de multimorbilidade;
7. Pensem simples e integrem realmente cuidados e informação;
8. Por fim, criem condições para que os Médicos de Família o sejam em pleno.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Taylor EF, Meyers DS. Enhancing the primary care team to provide re-designed care: the roles of practice facilitators and care managers. *Ann Fam Med*. 2013;11(1):80-3.
2. EURACT. A definição europeia de medicina geral e familiar: clínica geral/medicina familiar. EURACT; 2005. Available from: http://www.apmgf.pt/ficheiros/Definicao_MGF-EURACT_2005.pdf. Portuguese
3. Geyman JP. Disease management: panacea, another false hope, or something in between? *Ann Fam Med*. 2007;5(3):257-60.
4. Escoval A, Coelho A, Diniz JA, Rodrigues M, Moreira F, Espiga P. Gestão integrada da doença: uma abordagem experimental de gestão em saúde [Integrated disease management: na experimental approach in health management]. *Rev Port Saude Publica*. 2010;9:105-16. Portuguese
5. Harris MF, Dennis S, Pillay M. Multimorbidity: negotiating priorities and making progress. *Aust Fam Physician*. 2013;42(12):850-4.
6. Fortin M, Stewart M, Poitras ME, Almirall J, Maddocks H. A systematic review of prevalence studies on multimorbidity: toward a more uniform methodology. *Ann Fam Med*. 2012. 2012;10(2):142-51.
7. Lopes M, Mendes F, Escoval A, Agostinho M, Vieira C, Vieira I, et al. Cuidados continuados integrados em Portugal: analisando o presente, perspectivando o futuro. Lisboa: Ministério da Saúde; 2010. Portuguese
8. Broeiro P, Ramos V, Barroso R. O mapa de problemas: um instrumento para lidar com a morbilidade múltipla. *Rev Port Clin Geral*. 2007;23(2):209-15. Portuguese
9. Roland M, Paddison C. Better management of patients with multimorbidity. *BMJ*. 2013;346:f2510.
10. Porter ME. A strategy for health care reform: toward a value-based system. *N Eng J Med*. 2009;361(2):109-12.
11. Porter ME, Teisberg EO. How physicians can change the future of health care. *JAMA*. 2007;297(10):1103-11.
12. Granja M, Ponte C, Cavadas LF. What keeps family physicians busy in Portugal? A multicentre observational study of work other than direct patient contacts. *BMJ Open*. 2014;4:e005026.
13. Portaria nº 82/2014, de 10 de abril. *Diário da República*. 1ª série(71).

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

director@rpcg.apmcg.pt