

PARTE

5

Temas Importantes na Saúde



Custo e gerenciamento de doenças

DENIZAR VIANNA ARAUJO

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas acarretam importante ônus econômico para os Sistemas Único e Suplementar de Saúde no Brasil (Araújo et al., 2005). Esse impacto econômico decorre do envelhecimento populacional, da transição epidemiológica e da incorporação sem avaliação crítica de novas tecnologias diagnósticas e terapêuticas (Araújo et al., 2003).

A estimativa do custo da doença crônica e da implementação de sistemática de atendimento aos pacientes que padecem dessas enfermidades são componentes fundamentais na gestão dos serviços de saúde (Araújo et al., 2006; Gold et al., 1996).

O estudo do custo da doença (*cost-of-illness study*) representa um método econômico descritivo que, associado aos dados de prevalência, incidência, morbidade e mortalidade, auxilia na mensuração do impacto para a sociedade decorrente de uma doença específica.

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 (prevenção secundária). Além disso, o gerenciamento enfatiza a intervenção de saúde mais provável de atingir uma relação custo-efetiva.

A análise de custo-efetividade mensura o custo em unidades monetárias dividido por uma unidade não-monetária, chamada unidade natural (p. ex., anos de vida salvos). Ela permite estimar o custo incorrido por unidade de efetividade. Uma intervenção em saúde é dita custo-efetiva se produz um benefício clínico justificável para o seu custo.

A determinação de quanto a efetividade adicional justifica o custo extra é tomada pela sociedade e depende de valores sociais e da disponibilidade de recursos. Embora a quantificação explícita do custo aceitável para determinada efetividade (benefício clínico) seja difícil de definir, níveis de referência valiosos são as intervenções médicas que a sociedade escolhe incorporar (Tatsch, Sette, Araújo et al., 2006). A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda o valor de três vezes o Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* do país onde a análise foi realizada, como limite de custo-efetividade justificável para aquele contexto (WHO, 2001).

O objetivo principal deste capítulo é caracterizar o processo e o fluxo operacional do gerenciamento de doenças, com intuito de instrumentalizar os gestores de saúde sobre o aspecto operacional, isto é, de que maneira esses programas são implementados e quais são os gargalos operacionais que dificultam o seu pleno funcionamento.

ESTUDO DO CUSTO DA DOENÇA

O objetivo do estudo do custo da doença é estimar a carga ou o impacto de uma doença para priorizar alocação de recursos em políticas públicas de saúde, orientar fundos para pesquisa e identificar as doenças que mais comprometem o orçamento da saúde.

O estudo do custo da doença pode ser visualizado em duas dimensões: os possíveis pontos de vista desse estudo e os diferentes tipos de custo que devem ser observados.

O ponto inicial da estimativa do custo da doença é definir a perspectiva do estudo. Os diferentes custos que incidem em decorrência de uma doença dependem da perspectiva do estudo. Existem potenciais conflitos de interesse entre os vários participantes do sistema de saúde: médicos, pacientes, operadoras de planos de saúde, governo e sociedade. Adota-se, sempre que possível, a perspectiva da sociedade, em que todos os custos incorridos são computados, independentemente de quem os financia. Por exemplo, na perspectiva do pagador (operadora de plano de saúde), o custo direto (hospitalização, honorários médicos) relacionado à doença é mensurado, porém o custo indireto resultante da improdutividade e do absenteísmo não é computado, pois não é contemplado por esse pagador. Na perspectiva da sociedade, tanto o custo direto quanto o indireto possuem importância na análise e, por isso, ambos são coletados e estimados.

Os custos específicos são identificados e calculados para o estudo do custo da doença. É importante diferenciar “custo” de “preço”, assim como as diferentes categorias. Custo é definido como os recursos físicos e humanos consumidos na provisão de um serviço ou produto. Preço é estabelecido pelo mercado, inclui margem de lucro e não reflete o custo real para o fornecimento do serviço ou produto.

TIPOS DE CUSTOS

Custos diretos

Os custos diretos são os que resultam diretamente das intervenções. Os custos diretos são divididos em médicos e não-médicos. Exemplos de custos diretos médicos são: as diárias hospitalares, os exames complementares, os medicamentos, as próteses e órteses e os honorários médicos. O transporte do paciente ao hospital é exemplo de custo direto não-médico.

Custos indiretos

Os custos indiretos, também chamados de custos sociais, resultam da perda de produtividade associada ao absentismo ou à mortalidade precoce. São exemplos de custos indiretos o referente à falta de produtividade de um trabalhador que se encontra internado ou em consulta ambulatorial e o do acompanhante do paciente, que se encontra temporariamente impedido de trabalhar.

Métodos para estimativa dos custos diretos

Dois métodos para estimativa do custo direto são utilizados no estudo do custo da doença. São eles o *top-down approach* (abordagem de cima para baixo) e o *bottom-up approach* (abordagem de baixo para cima).

A abordagem de cima para baixo avalia os custos na forma agregada por doença específica. Utiliza os dados estatísticos de gastos totais em saúde (dados secundários) e as taxas de doença específica da utilização dos serviços de saúde para determinar a estimativa de custo da doença específica. Os custos são calculados pela multiplicação do gasto total com saúde pela proporção de serviços utilizados pelo grupo de pacientes em questão.

A abordagem de baixo para cima baseia-se no custo de unidades individuais, em que os custos são coletados diretamente da amostra de pacientes (dados primários). Então, são calculados pela multiplicação do custo médio do serviço prestado pelo número total de procedimentos realizados e atribuídos à população em questão.

Métodos para estimativa dos custos indiretos

Dois métodos para estimativa do custo indireto são utilizados no estudo do custo da doença. São eles *human capital approach* (abordagem do capital humano) e o *friction costs method*.

A abordagem do capital humano estima como as habilidades, as experiências e o conhecimento do indivíduo podem ser utilizados no processo produtivo. A renda do emprego geralmente é utilizada como medida do produto líquido.

Friction costs method representa o custo associado à reposição do trabalhador doente. Inclui o custo relacionado à quantidade de tempo necessária para repor o trabalhador

ausente, ao custo de treinamento para os novos empregados e ao custo da improdutividade durante a ausência temporária do trabalhador doente ou da substituição da força de trabalho.

EXEMPLO DE ESTUDO DE CUSTO DE DOENÇA REALIZADO NO BRASIL

Objetivo

Descrever custo direto e indireto da insuficiência cardíaca (IC), no período de 12 meses, no Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), em Niterói, estado do Rio de Janeiro.

Métodos

Estudo transversal, sobre utilização e valoração de recursos em 70 pacientes, selecionados de forma consecutiva, em tratamento ambulatorial e hospitalar no HUAP no ano de 2002.

Foram utilizados questionários e prontuários dos pacientes para coleta dos dados. Os recursos utilizados foram valorados em reais no ano de 2002. O ponto de vista do estudo foi a perspectiva da sociedade. Os dados foram analisados no programa Epi Info*, versão 2002.

Resultados

A população estudada constou de 70 pacientes (39 mulheres) com idade média de 60,3 anos. Ocorreram 465 admissões hospitalares (28,5% dos pacientes). Houve 386 internações em enfermaria e 79 em unidade de tratamento intensivo (UTI). O custo com consulta ambulatorial foi de R\$ 14,40. O gasto com medicamentos ambulatoriais totalizou R\$ 83.430,00 (custo por paciente/ano de R\$ 1.191,86). O custo por paciente internado foi de R\$ 4.033,62. O custo com exames complementares totalizou R\$ 39.009,50 (custo por paciente/ano de R\$ 557,28). Vinte pacientes foram aposentados pela IC, representando perda de produtividade de R\$ 182.000,00. O custo total foi de R\$ 444.445,20. A hospitalização representou 39,7%, e a utilização de medicamentos, 38,3% do custo direto.

Conclusão

O custo com hospitalização e os gastos com medicamentos representaram os principais componentes do custo direto. Os custos indiretos representaram impactos econômicos semelhantes aos custos diretos.

* N.E.: Programa para tratamento de dados para uso de profissionais de saúde pública que administra investigações de epidemias, gerencia bancos de dados de vigilância epidemiológica e outras tarefas, incluindo bancos de dados gerais e análises estatísticas.

GERENCIAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS

Os modernos programas de gerenciamento de doença iniciaram-se nos hospitais americanos nos anos de 1980, quando a introdução do modelo de reembolso DRG (pagamento por pacote) pelo Medicare (seguro-saúde americano) proporcionou aos hospitais forte incentivo para encurtar o tempo de permanência hospitalar (Zitter, 1997). O manejo de pacientes internados com determinado diagnóstico passou a ser guiado por protocolos clínicos de atendimento. Uma equipe multidisciplinar especializada busca a reversão da exacerbação em curto prazo, para que o paciente possa obter alta no menor tempo possível e continuar a sua recuperação ambulatorialmente.

De maneira independente, o crescimento das *health maintenance organizations* (HMO) e a constatação de que o gerenciamento ambulatorial cuidadoso poderia prevenir inteiramente a hospitalização, determinou expansão dos programas ambulatoriais de gerenciamento de doenças nos anos de 1990.

Inicialmente, os pacientes eram cadastrados após hospitalizações ou atendimentos de emergência repetidos. Atualmente, os programas de gerenciamento de doença são mais proativos: a maioria dos pacientes é referida pelo generalista ou especialista que acredita que o paciente possa se beneficiar. A idéia é intervir nos pacientes antes que suas exacerbações agudas requeiram hospitalização.

Nos EUA, muitos programas têm sido implementados para doenças crônicas, nas quais os pacientes são freqüentemente hospitalizados ou atendidos em emergências em função de exacerbações. Essas doenças compreendem:

- *diabetes mellitus* (tipo 1 e 2) com crises de cetoacidose ou hiperglicemia;
- insuficiência cardíaca crônica (crises de dispnéia, edema pulmonar ou edema dos membros inferiores);
- doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) adulto (bronquite crônica e enfisema);
- asma pediátrica (crianças e adolescentes apresentando crises de dispnéia);
- hipertensão arterial grave.

Os programas de gerenciamento de doenças têm sido aplicados também às seguintes doenças neurológicas e neuropsicológicas:

- epilepsia;
- esquizofrenia;
- cefaléia (enxaqueca);
- dor lombar crônica;
- depressão maior;
- desordens de ansiedade;
- dependência de nicotina (programas para promover a suspensão do tabagismo).

Existem programas de gerenciamento de doenças que são de fato programas de monitoração. Os exemplos incluem o controle continuado de:

- anticoagulação com warfarina (para fibrilação atrial, trombose venosa profunda ou embolia pulmonar);
- anticonvulsivantes (antiepiléticos): monitoração de níveis séricos.

Existem programas destinados a pacientes com necessidades especiais. Esses serviços são feitos ambulatorialmente ou por intermédio de cuidados domiciliares (*home care*), normalmente terceirizado:

- alimentação parenteral para pacientes com distúrbios gastrintestinais que recebem alimentação parenteral;
- cuidados de estoma artificial: gerenciamento do paciente que tem um estoma permanente após colectomia.

Existe uma distinção entre gerenciamento de doença (*disease management*) e gerenciamento de caso (*case management*). O verdadeiro gerenciamento de doença refere-se ou concentra-se numa doença ou especialidade. O Programa de Gerenciamento de Caso objetiva atender às necessidades dos pacientes com vários problemas médicos.

Programas de gerenciamento de doenças direcionam os pacientes para especialistas ou equipes multiprofissionais com experiência no tratamento de pacientes com apresentações graves ou complicadas de suas doenças, ou em que a cronicidade prevê exacerbações ao longo do tempo.

Programas de gerenciamento de casos usualmente empregam gestores do caso (*case managers*) ou coordenadores de cuidados de saúde (*care coordinators*). Esses coordenadores não-médicos facilitam o acesso aos serviços que o paciente necessita para promover sua saúde. Eles educam e certificam a adesão do paciente ao plano diagnóstico e terapêutico, principalmente no acompanhamento das visitas médicas e no uso de suas medicações.

Muitas vezes, esses programas são destinados a subpopulações que têm alguma outra característica em comum além do diagnóstico ou da doença:

- idosos frágeis e pacientes da terceira idade com diversos problemas médicos, e que precisam de cuidados diferenciados em função de idade avançada e de sua fragilidade ou dificuldades de locomoção;
- deficiências de memória/cognição de pacientes cujos problemas de memória ou limitações cognitivas os levam a esquecer de tomar seus medicamentos ou de comparecer às consultas. Esses pacientes requerem uma coordenação de cuidados especiais e supervisão da medicação;
- deficientes físicos, pacientes com paralisia cerebral, deficientes visuais e seqüelados, entre outros tipos de deficientes.

Ambas as abordagens – o gerenciamento de doença por diagnósticos específicos e a coordenação de prevenção e cuidados clínicos – têm vantagens e desvantagens.

A abordagem de coordenação, educação e apoio ao paciente e à sua família é mais bem recebida pelos médicos e pacientes. Gerenciamento de doenças é percebido como interferência na relação entre o paciente e seu(s) médico(s) ou a imposição de conduta médica.

Um programa de prevenção e coordenação de cuidados de saúde é percebido não como uma intervenção médica, mas sim como um programa que promove saúde educando, facilitando o acesso, estimulando a adesão e aumentando a satisfação do paciente e de seus familiares.

Os programas de prevenção e coordenação de cuidados de saúde procuram melhorar desfechos clínicos e a satisfação do paciente e de seus familiares. Os programas enfatizam a orientação e a educação do paciente e de sua família com o objetivo de:

- promover adesão ao tratamento médico;
- prevenir exacerbações ou pelo menos detectá-las precocemente;
- prevenir complicações ou retardar a história natural da doença;
- prevenir ou reduzir a gravidade de comorbidades que complicam o manejo da doença principal;
- promover mudanças de comportamento ou estilo de vida em todos os pacientes (cessação do fumo, exercício moderado, dieta saudável etc.).

VISÃO OPERACIONAL DO GERENCIAMENTO DE DOENÇAS

Identificação e prospecção dos doentes crônicos elegíveis para o programa

A fonte pagadora identifica os associados pelo critério de utilização de recursos monetários ou pelo código internacional de doenças (CID). O *call center* entra em contato com os pacientes designados pela fonte pagadora, submete-os a um rastreamento, identifica os pacientes realmente elegíveis para o programa e marca uma entrevista inicial para informar e conscientizar o doente dos benefícios do programa.

Primeiro gargalo operacional

Adesão do paciente ao programa – o médico assistente deve ser sensibilizado da importância do programa.

Incentivos para ingresso no programa

Benefício farmacêutico para o paciente, assistência via *call center* 24 horas, acesso (geográfico) fácil à rede de provedores.

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 os recomendados pelas sociedades médicas de especialidades.

Segundo gargalo

Alto custo do sistema de informação e prontuário eletrônico do paciente – necessidade de investimento nesta ferramenta de gestão.

Capacitação da equipe para atendimento aos pacientes

Funções da equipe de atendimento:

- 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, sob pena de não-adesão ao programa.

Terceiro gargalo

Disponibilizar fácil acesso (geográfico) aos cuidados de saúde – optar pelo aluguel de salas de acordo com a demanda.

Escolha de prestadores de exames complementares

Identificar uma rede de laboratório de análises clínicas e imagens para direcionamento dos exames necessários. A solicitação dos exames obedece sempre ao protocolo clínico adotado. O laboratório escolhido oferece uma rede de atendimento com cobertura geográfica satisfatória e resultados disponibilizados por meio eletrônico.

Benefício farmacêutico

Adotar uma lista de medicamentos por doença, de acordo com critérios clínicos e de custo-efetividade.

O paciente deve contribuir com parte do custo, ou seja, co-pagamento, para minimizar a utilização indevida deste recurso (*moral hazard*).

A responsabilidade pelo pagamento da outra parcela do medicamento fica a cargo da fonte pagadora.

O sistema de informações recebe *inputs* sobre a utilização de cada medicamento por paciente, cruzando essas 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 *performance* previamente estabelecidos:

1. Exemplos de indicadores de desfecho clínicos:
 - diabetes: HbA1c (hemoglobina glicada);
 - hipertensão arterial sistêmica: redução em mmHg;
 - asma brônquica: VEF1 (volume expiratório forçado em 1 segundo);
 - indicadores de qualidade de vida por meio de questionários específicos.
2. Exemplos de indicadores de processos:
 - aderência ao tratamento farmacológico;
 - realização de exames complementares definidos pelo protocolo (microalbuminúria anual em diabéticos).
3. Indicadores financeiros:
 - custos diretos relacionados à doença.

Retaguarda do gerenciamento

O *call center* exerce a função de monitoramento do programa por meio de atitude proativa da equipe de assistência em contactar, periodicamente, os doentes para a confirmação da aderência ao programa.

CONCLUSÃO

O incremento acelerado de doentes crônicos nos Sistemas Único e Suplementar de Saúde requer mensuração adequada do impacto, planejamento e execução de ações que minimizem essa carga para os sistemas.

O estudo do custo da doença e o gerenciamento de doenças representam importantes ferramentas para auxiliar gestores e formuladores de políticas de saúde no enfrentamento dessa condição.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Araújo DV, et al. Custo da insuficiência cardíaca no Sistema Único de Saúde. *Arq Bras Cardiol* 2005; 84:422-7.
2. Araújo DV, Ferraz MB. Impacto econômico do tratamento da cardiopatia isquêmica crônica no Brasil. O desafio da incorporação de novas tecnologias cardiovasculares. *Arq Bras Cardiol* 2005; 85:1-2.
3. Araújo DV, et al. Custo da fratura osteoporótica de fêmur no Sistema Suplementar de Saúde brasileiro. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2005; 49(6):897-901.
4. Araújo DV, Mesquita ET. Economia da saúde: ferramenta para a tomada de decisão em medicina. *Revista da Socerj* 2003; 16(4):258-61.
5. Araújo DV, et al. Análise farmacoeconômica no tratamento da asma brônquica com associação salmeterol/fluticasona versus tratamento com esteróides e broncodilatadores orais no Sistema Único de Saúde. *Pulmão RJ* 2006; 15(1):20-3.
6. Araújo DV. Modelo farmacoeconômico de apoio à decisão no tratamento da hepatite C no Brasil. *Prática Hospitalar* 2006; 44:141-2.
7. Gold MR, et al. *Cost-effectiveness in health and medicine*. Oxford: Oxford University Press, 1996. p.425.
8. Tatsch FF, Sette Jr H, Vianna Araújo D, et al. Pharmacoeconomics applied to chronic hepatitis C. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases* 2006; 10(1):51-4.
9. WHO. Commission on macroeconomics and health: investing in health for economic development. Report of the commission on macroeconomics and health. Geneva: World Health Organization, 2001.
10. Zitter M. *A new paradigm in health care delivery: disease management in disease management – a systems approach to improving patient outcomes*. Chicago: American Hospital Publishing, 1997. p.1-25.