

Gerenciamento de doenças - passado, presente e futuro

Disease management – past, present and future

Jaan E. Sidorov¹

Palavras-chave:

Economia da saúde,
gerenciamento de doenças,
cuidados de saúde

Keywords:

Health economics, disease
management, health care

Resumo

O conceito de gerenciamento de doenças surgiu na década de 1990 e evoluiu até os dias de hoje construindo suas bases metodológicas em ambiente de grandes mudanças. Há indícios de que estes programas, quando bem executados, reduzem custos e aumentam a qualidade dos cuidados em saúde. O presente artigo traça um histórico do gerenciamento de doenças nos Estados Unidos, indicando suas conquistas, controvérsias e direções futuras.

Abstract

The concept of disease management appeared during the 1990's and evolved to the present days building its methodological basis in an environment of continuous changes. It has been now accepted that those programs when appropriated designed and implemented can reduce costs and improve quality of health care. The current article reviews the history of disease management in the US its achievements, issues and future directions.

Introdução

Desde o seu surgimento nos EUA durante a década de 1990, o gerenciamento de doenças tem sido tanto elogiado como criticado. Para alguns, é uma solução para enfrentar o duplo desafio de manter a qualidade e controlar os custos na assistência à saúde, enquanto que para outros é uma tentativa velada de interferir na relação médico-paciente. No entanto, ao longo das duas últimas décadas, o gerenciamento de doenças continua a ser praticado por várias organizações de saúde públicas e privadas. Este artigo é uma revisão de como este conceito sobreviveu e evoluiu até os dias de hoje, analisando o seu passado, sua situação atual e as prováveis direções futuras nos EUA. Muitas das lições aprendidas neste país podem ser úteis para outros países, onde pesquisadores, políticos e agentes reguladores continuam a refletir sobre o papel da prática do gerenciamento de doenças em seus ambientes de cuidados de saúde.

História

A indústria farmacêutica é em geral reconhecida por ter criado as primeiras versões de programas de gerenciamen-

to de doenças (Bodenheimer, 1999). Durante a década de 90, os organizadores das chamadas PBMs (Programas de Benefícios de Medicamentos) e de Cuidados Gerenciados de Saúde (*Managed Care*) passaram a observar a relação entre os desfechos de doenças crônicas e indicadores comportamentais como o uso de medicamentos e a adesão aos tratamentos. Um antigo e conhecido exemplo foi o da terapia de reposição de nicotina (TRN) para a cessação do tabagismo; os ensaios clínicos em que a TRN foi associada com o aconselhamento dos pacientes mostraram claro aumento nas taxas de sucesso quando comparadas à terapia isolada (Fiore *et al.*, 1994). Isso levou à adoção desta associação tanto pela indústria como pelos provedores de tratamentos do tabagismo. Seguindo esta demonstração, para outras terapias – tais como diabetes, asma e insuficiência cardíaca – foram adotados modelos similares, associando produtos farmacêuticos com intervenções dirigidas ao aumento da adesão ao tratamento, mudanças no estilo de vida e detecção precoce de co-morbidades.

Quando as práticas de aconselhamento de pacientes passaram a se mostrar cada vez mais complexas e dispendiosas, deixando de representar apoio aos negócios e tornando-

1. Health Solutions Sidorov, Harrisburg, PA, Senior Fellow, Jefferson, School of Population Health, Philadelphia, PA, EUA

Endereço para correspondência: Jaan Sidorov. 423 Way Village, Harrisburg, 17112, PA, EUA. Fax: +1 717 566 6310; E-mail: jaans@aol.com

-se fonte de prejuízos, a indústria farmacêutica começou a abandonar esta estratégia e voltou a centralizar seu foco na venda de medicamentos. No entanto, no rastro destas experiências consolidou-se a crença de que o aconselhamento do paciente poderia ser englobado com outras intervenções em programas mais amplos projetados para aumentar a qualidade, minimizar complicações clínicas e reduzir custos. Muitas seguradoras de saúde adotaram tais programas em seus próprios serviços e, finalmente, fornecedores específicos destes serviços preencheram rapidamente o vazio deixado pela indústria farmacêutica. Estes novos empreendedores passaram a oferecer contratos específicos para organizações de cuidados em saúde, com promessas de aumentar a qualidade e reduzir os custos, em troca de um valor monetário periódico para cada indivíduo inscrito em seus programas. Nos Estados Unidos, as empresas surgidas nesta onda de oferta de serviços de gerenciamento de doenças se uniram para formar uma associação, chamada *Disease Management Association of America* (DMAA) e, tanto as empresas, quanto a associação, se espalharam por vários países (DMAA, 2010).

A primeira ação da DMAA foi definir exatamente o significado do termo “gerenciamento de doenças” (GD). Devido ao grande apelo de marketing do termo ele rapidamente começou a ser aplicado a qualquer programa que incluísse um mínimo treinamento de pacientes. Assim, os profissionais que ofereciam serviços mais abrangentes e complexos trataram de se diferenciar destas variantes de GD oferecidas na forma de intervenções mais simples e com menores preços. Foi neste contexto que surgiu uma definição básica de GD, que foi complementada por uma lista de requisitos essenciais:

O Gerenciamento de Doenças constitui um sistema coordenado de informações e intervenção em saúde dirigida a populações portadoras de condições clínicas nas quais os esforços de auto-cuidado dos pacientes sejam relevantes.

Para cumprir esta definição, os primeiros formuladores de programas de GD notaram que as ações deveriam apoiar o médico com um plano de cuidados com ênfase na prevenção, utilizando orientações baseadas em evidências, assim como estratégias de motivação do paciente e com avaliação contínua dos benefícios auferidos.

Seis componentes principais foram então identificados, sendo todos entendidos como necessários: 1) definir a população, 2) estabelecer diretrizes com uso de práticas baseadas em evidências, 3) criação de modelos de trabalho cooperativo, 4) oferecer educação para auto-cuidados dirigida ao paciente, 5) mensurar processos e desfechos e 6) avaliações de rotina e retroalimentação (Faxon *et al.*, 2004).

Desapontamento

Apesar da crescente atenção aos detalhes e uma abordagem cada vez mais sofisticada caracterizada por termos como

“coaching”, “envolvimento do paciente”, e “ativação do consumidor”, GD acabou sendo rotulado como sendo nada mais do que enfermeiros anônimos telefonando para centenas de pacientes a quilômetros de distância e oferecendo apenas conselhos superficiais. Embora a idéia de dispor de enfermeiros telefonando para pacientes tenha de fato méritos, sua aceitação declinou nos Estados Unidos devido a três constatações: 1) um relatório do US Congressional Budget Office indicando que após muitos anos de atividade pouca evidência científica foi produzida para mostrar que GD poderia reduzir custos dos cuidados de saúde (Holtz-Eakin, 2004); 2) uma avaliação prospectiva de GD contratado para os beneficiários do Medicare demonstrou que ações de GD não estavam conseguindo reduzir despesas (McCall *et al.*, 2008) e 3) a insatisfação de muitos médicos que se ressentiam da decisão das seguradoras de pagar os custos de GD, possivelmente reduzindo seus ganhos e, além disso, interferindo na relação médico-paciente (Schenkel, 2005; Bodenheimer, 2000). Pelo menos uma empresa de GD foi obrigada a declarar falência, enquanto outras foram adquiridas, fundidas ou viram o seu valor de mercado encolher dramaticamente.

O retorno do gerenciamento de doenças e seu estado atual

Apesar destes contratemplos, as seguradoras de saúde nos Estados Unidos continuaram a renovar os contratos com seus fornecedores de GD e a atividade sobreviveu, porém, com um perfil muito mais modesto. Além disso, o conceito de GD evoluiu para a definição atual, mais vinculado às atividades das seguradoras de saúde:

Qualquer sistema baseado em atendimento remoto que utiliza um conjunto coordenado de intervenções baseadas em evidências, para gerenciar um grupo de usuários com riscos atuariais associados a uma condição ou doença crônica. (Sidorov & Schlosberg, 2005).

O modelo de contatar os pacientes por telefone através de profissionais não-médicos persistiu, mas com uma ênfase menor na educação e aconselhamento. Em vez disso, os enfermeiros adotaram abordagens psicológicas para “engajar” os pacientes como colaboradores na gestão da sua própria condição, aumentando seu conhecimento e sua confiança e reduzindo as barreiras aos cuidados efetivos (Linden & Roberts, 2004). Exemplos deste enfoque no gerenciamento do diabetes melito incluem uma maior conscientização dos pacientes para a importância dos níveis de hemoglobina glicada (HbA1c), tornando-os habilitados a discutir um plano de tratamento com seu médico, ajustarem o uso de seus medicamentos em uma base diária e superar as tentações que podem interferir com uma dieta. Os empreendedores afirmam que esta última geração de GD leva ao reconhecimento precoce de complicações potencialmente evitáveis, melhora

adesão e eficiência do tratamento. Por último, mas não menos importante, os especialistas em GD voltaram a enfatizar o papel do médico na educação do paciente e o emprego de técnicas de marketing. Um exemplo desta prática foi a decisão de alguns fornecedores de GD de compensar os médicos pelo trabalho de recrutamento de pacientes, fornecimento de informações clínicas ou pela cooperação com as enfermeiras na formulação do plano de cuidados (Mullen, 2007).

As organizações de GD também aprenderam a conduzir estudos científicos de forma competente, avaliando os desfechos clínicos e econômicos de seus programas. Com a contribuição de atuários, investigadores clínicos e de outros especialistas, o DMAA patrocinou uma série denominada *Outcomes Guidelines Report* que divulgou diretrizes para avaliações incluindo, por exemplo, o uso de comparadores adequados e a análise de tendências de séries temporais (Care Continuum Alliance, 2010). Como resultado, fornecedores e seus clientes estão cada vez mais confiantes na “metodologia DMAA” para a formulação dos termos de seus contratos e para estabelecer metas de despesas e limites de riscos. Além disso, um maior uso de avaliações metodologicamente apropriadas tem permitido a esta indústria apresentar seus resultados em fóruns e periódicos com revisão de pares.

Com este progresso, o gerenciamento de doenças está construindo um histórico interessante em vários cenários de organizações de saúde. Mesmo antes do relatório do *US Congressional Budget Office*, a prática de GD havia demonstrado, em algumas condições, resultados positivos na insuficiência cardíaca e no controle da glicemia (Sidorov *et al.*, 2006; Sidorov, 2006; Villagra, 2004). Recentemente, estudos ainda mais sofisticados têm surgido na avaliação de programas de GD. Por exemplo, uma recente publicação mostrou que GD para pacientes diabéticos idosos foi, em comparação ao grupo controle paralelo, associado a uma redução estatisticamente significativa de internações devido a todas as causas relacionadas ao diabetes (Rosenzweig, 2010). Outro estudo realizado em população de trabalhadores associados a uma seguradora privada demonstrou que exames preventivos resultaram na economia de centenas de dólares por paciente em comparação com um grupo controle (Dall *et al.*, 2010). Para finalizar, o *New England Journal of Medicine* publicou recentemente resultados de um ensaio clínico prospectivo controlado e randomizado, avaliando estratégias de gerenciamento de doenças que resultou em uma impressionante redução de custos totais de cuidados de saúde (Wennberg, 2010).

Desafios atuais do gerenciamento de doenças

Apesar da maturidade e da crescente evidência de efetividade clínica e econômica de programas de GD, quatro questões fundamentais ainda persistem e, até que sejam devidamente

resolvidas, esta indústria deverá enfrentar algumas turbulências em seu caminho para tornar-se um componente padrão das diferentes modalidades de seguro de saúde. Nos Estados Unidos isto assume uma importância ainda maior, graças à recente aprovação do *Affordable Care Act*, lei que reforma o sistema de saúde americano e visa ampliar a cobertura do seguro de saúde a um número adicional de 40 milhões de cidadãos. Estas quatro questões são:

A desconexão entre os resultados clínicos e o risco do seguro

Um melhor controle da doença pode não determinar uma redução consistente das despesas de saúde. A relação econômica entre esse controle, a ocorrência de complicações e a utilização dos cuidados de saúde é tipicamente não-linear e, dependendo do estágio da doença, nem todas as pessoas em uma população são igualmente beneficiadas com o mesmo grau de controle da doença. Por exemplo, no caso da insuficiência cardíaca crônica, os especialistas notaram que os pacientes com doença avançada são gravemente doentes e exigem cuidados altamente complexos (Homes *et al.*, 2008), enquanto as pessoas com doença assintomática não parecem ser beneficiadas no curto prazo com a conscientização e orientações de auto-cuidados (Debusk *et al.*, 2004). Outro exemplo da falta de conexão entre prevenção e desfecho econômico é a observação de que os programas de cessação do tabagismo nem sempre resultam em economia financeira (Cohen *et al.*, 2008).

O desafio de extrair evidências de dados complexos, variáveis e não-gaussianos

Ainda que um programa de gerenciamento de doenças tenha sido evidenciado como poupador de dinheiro, os custos de saúde que se elevam ano após ano, as mudanças no desenho dos benefícios, a demanda de pacientes e o comportamento dos médicos podem provocar assimetrias e vieses nas análises das despesas de seguros. Estudos sobre o impacto de GD neste ambiente altamente dinâmico, mesmo com maior grau de sofisticação metodológica, muitas vezes esbarram em imprecisões, intervalos de confiança amplos e fontes potenciais de vieses algumas vezes agravados pelo confuso jargão estatístico. Em um ambiente de negócios fora da academia, os clientes desses serviços ainda estão reagindo com ceticismo.

Programas de GD não são gratuitos

Mesmo que os programas de GD possam reduzir os custos da saúde graças à prevenção de complicações e internações, seus custos por paciente ainda podem ultrapassar a economia esperada. Pesquisadores observaram que o gerenciamento de doenças pode ser bem sucedido em reduzir as onerosas exacerbações clínicas da doença pulmonar obstru-

tiva crônica (DPOC) e, no entanto, o custo incremental dos salários de enfermeiros, programas de reabilitação pulmonar, equipamentos e outros custos indiretos ultrapassaram a economia esperada. Para alcançar uma diferença significativa de custos em comparação com um grupo controle, determinou-se que os operadores teriam que reduzir custos individuais, cuidar de um maior número de casos, ou ambos (Bourbeau *et al.*, 2006). Ainda que se possa argumentar que a redução das complicações da doença tenha méritos que sob um ponto de vista humanístico justifica o custo adicional, a indústria de GD permanece ligada a noção de eficiência e que é necessário “poupar dinheiro”.

Perspectivas confusas e competitivas

Outra questão é também definir a quem pertence a receita decorrente de GD, quem é impactado pela redução dos custos associados com a menor utilização de cuidados e quem recebe os créditos por tais economias. Uma organização de GD pode receber uma taxa mensal para cada paciente inscrito, a seguradora de saúde pode ser beneficiada pela redução de despesas, mas os provedores de bens e serviços podem experimentar uma queda de receitas. Em um modelo de capitação, os provedores de cuidados podem ganhar com a menor utilização, enquanto a seguradora suporta os custos das taxas de gerenciamento. Uma vez que organizações de GD negociam taxas em troca de economias dentro do sistema, que normalmente misturam vários mecanismos de pagamento, será inevitável que ocorram algumas compensações entre seus diferentes componentes, resultando em ganhadores e perdedores. Se entre os perdedores estiverem envolvidas entidades dominantes, a falta de cooperação pode levar à redução gradual dos programas de gerenciamento de doenças.

Um futuro promissor para o gerenciamento de doenças

Os Estados Unidos gozam de uma reputação nada invejável como líderes mundiais em gastos em saúde. A assistência médica nos EUA com seus problemas de uma rede fortemente privatizada e ineficiente, agravados pela recente recessão econômica, dominou a política nos EUA nestes últimos dois anos. Esta carga permanece ainda como uma questão fundamental para o governo. Ademais, uma importante causa subjacente para o aumento dos custos é a crescente prevalência de doenças crônicas – doenças vinculadas ao estilo de vida, má dieta e sedentarismo, tais como diabetes, aterosclerose, hipertensão, obesidade e doença pulmonar obstrutiva crônica. Estas patologias têm crescido em proporções epidêmicas e que, ironicamente, também se associam com o aumento da expectativa de vida. Enquanto estes custos já são elevados, economistas norte-americanos apontam para

a sua taxa anual de crescimento como a maior ameaça fiscal para a segurança dos Estados Unidos. Um a dois pontos de crescimento acima da taxa anual de inflação para estes custos são simplesmente insustentáveis.

O mesmo é verdadeiro para a maioria dos outros países desenvolvidos (Anderson *et al.*, 2007). Apesar de seus custos atuais per capita serem consideravelmente menores do que aqueles dos Estados Unidos, estão crescendo em taxas anuais semelhantes e, além disso, uma crescente proporção desses custos está sendo impulsionada pelo aumento da prevalência de condições crônicas, incluindo obesidade, diabetes, aterosclerose, doença pulmonar obstrutiva crônica e insuficiência cardíaca. Resulta que os governos e seguradoras em outros países também buscam abordagens que ajudem a mitigar estes custos para não adotar medidas mais drásticas, tais como cortes de orçamento, reduções de benefícios ou listas de espera.

Uma justificativa convincente para GD é a idéia de que ela pode recrutar pacientes e induzir comportamentos que reduzam custos em saúde e aumentem a qualidade, sem ter que recorrer a intervenções autoritárias ou impopulares. Os fornecedores destes serviços acreditam no apelo racional de programas que eduquem os pacientes, aumentem a sua confiança e os insira no processo de tomada de decisões, envolvendo-os no controle e gestão de suas doenças. Uma vez que pacientes motivados e esclarecidos estão mais propensos a escolhas mais eficazes e seguras, é provável que resulte em um tratamento menos complexo e com menor número de complicações. Isto deveria ser eficiente na redução de custos.

Direções futuras para o gerenciamento de doenças

Dada a crescente preocupação da sociedade com o aumento dos custos em saúde e o desgaste das políticas unilaterais de redução de custos, a indústria de GD parece estar pronta para crescer. No entanto, para possibilitar o crescimento do setor, devem surgir novas abordagens para a gestão de populações com doenças crônicas. Algumas tendências recentes incluem:

1) Combinação de contatos telefônicos e ações presenciais

Embora a abordagem padrão de muitas seguradoras e fornecedores continue a se basear no aconselhamento telefônico dos pacientes, os profissionais de saúde envolvidos na execução desses serviços, em alguns, casos estão na mesma comunidade de seus pacientes. São agentes conectados e com mobilidade, que usam seus automóveis e laptops, realizam contatos telefônicos e visitam pessoalmente os pacientes em suas residências ou seus respectivos médicos nos consultórios.

O fato de estarem fisicamente presentes em uma clínica tem a vantagem de reforçar uma relação pessoal com os médicos. Se o profissional, usualmente um enfermeiro, pode colaborar com o médico e demonstrar que é possível assumir a tarefa de educar o paciente, as taxas de recrutamento podem aumentar. A parceria médico-enfermeiro também pode complementar outra tendência emergente na atenção primária à saúde, que são o Modelo de Atenção Crônica (MAC, sigla em inglês CCM) e o modelo de Medicina Domiciliar Centrada no Paciente (MDCP, sigla em inglês PCMH). Ambos realçam o trabalho em conjunto de profissionais médicos e não-médicos para criar sistemas de atendimento. As organizações de GD indicam que, embora alguns médicos possam optar por contratar estes profissionais, outra abordagem igualmente viável pode ser a terceirização da educação do paciente, através de um fornecedor ou uma seguradora. Experiências prévias com a *Geisinger Health Systems* na Filadélfia e com a *CIGNA* na região da Nova Inglaterra indicam que este modelo de GD baseado na comunidade é uma abordagem viável (Derrickson, 2010; PCPCC Report 2010 & Graf, 2010). Adicionalmente, também suporta a razão porque programas de GD tecnologicamente mais desenvolvidos já começaram a ramificar-se para outras formas de treinamento de pacientes à distância. Estes sistemas incluem mensagens de texto e outras formas de mídia social. Não será incomum no exercício de GD que os profissionais exerçam suas atividades de forma personalizada e segura, através do Facebook, blogs ou Twitter (Sidorov, 2010).

2) Combinação de flexibilidade e consistência

Idealmente o gerenciamento clínico de doenças como diabetes e insuficiência cardíaca crônica deve ser caracterizado por um elevado grau de adesão a orientações científicas reconhecidas internacionalmente. Entretanto, sua aplicação no mundo real, nos diversos ambientes e com diferentes pacientes, envolve disputas pessoais e escolhas econômicas. As ações de gerenciamento que requeiram uma maior participação e decisões por parte dos pacientes frequentemente podem significar compromissos, atrasos, prioridades diferentes, recusas do paciente ou família e dificuldades de adaptação a limites de cobertura proporcionados pelo seguro. A atenção à saúde nunca foi do tipo “uma mesma medida para todos”, e a implementação de GD exige que os compradores deste tipo de programa estejam preparados para um estilo altamente flexível de gerenciamento e entrega de resultados. Por exemplo, se o programa tem o objetivo de medir o número de participantes que atingem um alvo (e.g. hemoglobina glicada menor que 7% no caso de diabetes ou aderência ao uso de um inibidor da ECA na presença de disfunção diastólica), uma medida mais flexível poderia ser a medida do percentual de pacientes que entenderam per-

feitamente as suas opções de tratamento e fizeram escolhas com base em seus próprios valores e circunstâncias.

3) Demonstrar economia não significa eficácia dos programas

As conclusões baseadas em dados estatísticos com controles de erro são um legado da medicina científica, mas nos governos e na definição de políticas, as estimativas financeiras frequentemente têm de ser feitas com base em pressupostos ainda imprecisos. A capacidade dos cientistas de isolar e medir o impacto econômico dos programas de GD nunca será perfeita e os resultados medidos nunca estarão imunes a críticas. Assim, os compradores destes programas necessitarão conviver com certo grau de incerteza nas suas estimativas de reduções de custos e produzir avaliações indiretas dos resultados, usando uma combinação de dados de pesquisa em saúde, métodos atuariais e financeiros.

A relação com os médicos ainda em evolução

Como mencionado anteriormente, os médicos nos EUA prontamente associaram as ações de GD aos outros programas mais intrusivos e logo se ressentiram com a inserção de enfermeiros em suas relações médico-paciente. Sem o apoio e o endosso dos médicos, os responsáveis pelos programas de GD logo perceberam que o impacto de seu trabalho estava sendo anulado. Além disso, médicos aconselharam grupos organizados politicamente contra a introdução de GD em programas de seguros do governo. A presença dos fornecedores destes programas tornou-se outro incômodo para as já tensas relações entre as seguradoras e os médicos. Lembrando que quando hostilidade semelhante quase destruiu as organizações de manutenção da saúde (HMO), a indústria respondeu oferecendo-se para compensar os médicos pelo trabalho adicional envolvido no apoio aos programas (como pagar os médicos para rever um plano de cuidados desenvolvido por um enfermeiro), defendendo-os nas definições políticas e salientando sua importância nos contatos com os pacientes, assim como nos materiais de marketing e divulgação (Muellen, 2010). Embora dados apresentados pelas organizações de GD sugiram que o relacionamento com os médicos tenha melhorado, ainda é possível observar hostilidade em publicações de autoria médica (Geyman, 2007).

Dado o descontentamento ainda existente na comunidade médica com GD, esta indústria ainda terá de dedicar tempo e recursos consideráveis para melhorar estas relações. Será necessário incluir no seu modelo de negócio um contínuo compromisso com o aumento da qualidade e com a redução de custos, apoiando a participação dos médicos nas economias que possam ser obtidas graças a seus programas, permitindo que seus enfermeiros fomentem boas relações de trabalho com os provedores e ajudando

os médicos a desempenhar suas responsabilidades na assistência às populações.

O Modelo de Atenção Crônica e Medicina Domiciliar Centrada no Paciente

Enquanto a indústria de GD emergia, começaram a surgir publicações escritas por médicos da atenção primária, abordando o tema do Modelo de Atenção Crônica (MAC) e seu sucessor, a Medicina Domiciliar Centrada no Paciente (MDCP). Como no caso de GD, ambas as abordagens enfatizam o papel do paciente no processo de tomada de decisões. No entanto, valorizam o papel central do médico para gerenciar todos os aspectos do atendimento, coordenando uma equipe local de profissionais não-médicos e assistentes administrativos para as várias tarefas dos cuidados de saúde. Este modelo de atenção tendo o médico no centro foi tópico de pesquisas favoráveis e ganhou o apoio ativo de muitas organizações médicas nos EUA e também de muitos analistas de políticas em saúde. Uma vez que a MDCP também apregoa reduzir o excesso dos custos de seguradoras de saúde, tem sido foco de atenção de numerosas empresas nos EUA que estão implementando projetos pilotos em suas redes. A recente lei de reforma do sistema de saúde (Affordable Care Act) capitaneada pelo presidente Barack Obama, incluiu financiamento para um amplo estudo multicêntrico para avaliar o papel da MDCP no programa de saúde pública para os idosos (Medicare). Se os resultados deste estudo indicarem redução de custos, a lei autoriza o Secretário da Saúde dos EUA a adotar o modelo em outros contextos, o que quase certamente tornará a MDCP um padrão para o Medicare.

Ao invés de ver isso como uma ameaça, a indústria de GD respondeu reiterando o apoio geral aos médicos e pontuando que a atribuição de não-médicos para a tarefa de treinar o paciente não é apenas uma estratégia válida e que enfermeiros - já inseridos na comunidade - podem facilmente cumprir esse papel. Consoante, lançaram a proposta de que os consultórios médicos, ao invés de reestruturar suas práticas para implementação da MDCP contratando pessoas e aumentando custos, poderiam optar pela utilização dos serviços de GD de forma terceirizada. De fato, um dos propósitos dos vários projetos piloto das seguradoras, acima mencionados, é avaliar suas funções tradicionais em uma rede de MDCP. Isso ainda está em evolução, mas sugere modelos que envolvem a cooperação entre MDCP e os programas de GD.

Um passo além do Gerenciamento de Doenças

Embora GD continue a evoluir de forma mais sofisticada para produzir mudanças de comportamento dos pacientes, medindo e apresentando resultados clínicos e econômicos

e procurando uma maior aceitação na comunidade médica, tem também mostrado atividades em outras frentes. Enquanto seguradoras têm sido céticas quanto à promoção de bem-estar e atividades de prevenção, os objetivos de promover mudanças de dieta, reduzir o sedentarismo e minimizar o estresse e os comportamentos de risco mostram um impacto real sobre os custos de cuidados em saúde. Graças ao considerável interesse dos consumidores, a pressão política e o crescimento dos sistemas baseados em autogestão nas empresas, a demanda por programas de prevenção e bem-estar têm crescido e a indústria de GD entrou em cena para ajudar a atender essa demanda. Ela não só foi capaz de antecipar esta demanda, mas a sua abordagem – através de acompanhamento personalizado – pode ser facilmente adaptada à promoção de bem-estar e prevenção. Além disso, programas de promoção de bem-estar são úteis na detecção de pacientes diagnosticados com doenças crônicas, como hipertensão e diabetes e são, portanto, observados como uma extensão dos cuidados gerenciados de saúde.

Um testemunho adicional deste movimento é a Disease Management Association of America, que se tornou amplamente conhecida pela sigla DMAA e mudou seu nome para DMAA, The Care of Continuum Alliance, que derrubou qualquer referência ao termo “gerenciamento de doenças.” O nome foi mudado para refletir mais plenamente o interesse dos seus membros, expresso não só por cuidar de populações com doenças crônicas, mas também para oferecer (e, portanto, vender) outros serviços – incluindo o bem-estar e a prevenção – para empregadores, seguradoras e outras entidades. O logotipo da DMAA foi logo substituído pela retirada do acrônimo, tornando-se Care Continuum Alliance.

Com o aumento contínuo da inflação nos custos da saúde, o interesse em atividades de prevenção e bem-estar ganhou mais atenção e urgência. Assim como o gerenciamento de doenças, eles também são vistos favoravelmente como uma alternativa ao indesejável corte de custos, especialmente porque há estudos convincentes mostrando que o bem-estar e medicina preventiva no ambiente de trabalho estão associados à redução nos custos em saúde (Baicker *et al.*, 2010).

Conclusão

O gerenciamento de doenças tem sobrevivido ao longo de duas décadas de mudanças nos Estados Unidos e continua sendo utilizado pelas seguradoras, que querem construir e oferecer os seus próprios programas aos seus associados ou contratar os serviços de terceiros (Diamond, 2010). Dúvidas sobre a sua efetividade ainda persistem, mas graças à evolução contínua de suas abordagens e à intenção de investir mais recursos para a realização de estudos rigorosos, o modelo de fornecer orientações a distância ganhou considerável respeito. As lições dos Estados Unidos incluem a neces-

cidade de iniciativas para obter a cooperação de médicos, colocar seus recursos na comunidade e apoiar os novos modelos (MAC e MDCP) e atender a demanda de programas de prevenção e bem-estar.

Declaração de conflito de interesses:

Jaan Sidorov recebeu suporte financeiro da sanofi-aventis Brasil para a elaboração deste artigo. Esta empresa também providenciou a versão em português a partir do texto original em inglês. A Sanofi-aventis não exerceu qualquer ação de influência sobre o conteúdo, apresentação e opiniões do autor. Os fatos e opiniões descritos neste artigo são de responsabilidade do autor, podendo ser coincidentes ou não com os posicionamentos nacionais ou internacionais do patrocinador.

Agradecimento:

A patrocinadora agradece ao Dr. Valdair Pinto pela contribuição intelectual na versão e adaptação deste texto em português.

Referências bibliográficas

Anderson GF, Frogner BK, Reinhardt EU. Health spending in OECD countries in 2004: An update. *Health Affairs* 2007;25(5):1481-1489.

Baicker K, Cutler K, Song Z. Workplace wellness programs can generate savings. *Health Affairs* 2010;29(2):304-311.

Bodenheimer T. Disease management – promises and pitfalls. *N Engl J Med* 1999; 340:1202-1205.

Bodenheimer T. Disease management in the American market. *BMJ* 2000;320:563

Bourbeau J, Collet JP, Schwartzman K, Ducruet T, Nault D, Bradley C: Economic benefits of self-management education in COPD. *Chest* 2006;130:1704-1711.

Care Continuum Alliance Publications. Disponível em: http://www.carecontinuum.org/pubs_guide.asp, Acessado: 3/10/2010.

Cohen JT, Neumann PJ, Weinstein MC. Does preventive care save money? Health economics and the presidential candidates. *New Engl J Med* 2008;358:661-663.

Dall TM, Wagner CA, Zhang Y, Yang W, Arday DR Gantt CJ. Outcomes and lessons learned from evaluating TRICARE's disease management programs. *Am J Manag Care* 2010; 16(6): 438-446.

Debusk RF, Miller NH, Parker KM et al. Care management for low-risk patients with heart failure. *Ann Int Med* 2004;141:606-613.

Derrickson J, Comunicação pessoal. Exec VP of the Pennsylvania Chapter of the American College of Physicians. 2010.

Diamond F. Disease Management (DM) grows, though under fire. *Managed Care Magazine*. Mach 2010, disponível em: <http://www.managedcaremag.com/archives/1003/1003.dm.html>, Acessado: 3/10/2010.

DMAA. The Care Continuum Alliance. Wikipedia, disponível em: http://en.wikipedia.org/wiki/DMAA:_The_Care_Continuum_Alliance. Acessado: 3/10/2010.

Faxon DP, Schwamm LH, Pasternak RC et al. Improving quality of care through disease management. *Circulation* 2004;109:2651-2654.

Fiore, MC, Smith, SS, Jorenby DE, Baker TM. The effectiveness of the nicotine patch for smoking cessation. *JAMA* 1994;271:1940-1947.

Geyman JP. Disease management: Panacea, another false hope or something in between? *Ann Fam Med* 2007;5:257-260.

Graf T. Creating a sustainable medical home: The Geisinger Experience. *Medical Home News* August 2101 2(8):1, 3, 11.

Homes AM, Ackerman RD, Zillich AJ, Katz BP, Downs SM, Inui TS. The net fiscal impact of a chronic diseases management program: Indiana Medicaid Health Affairs 2008 27(3):2008;855-864.

Hotlitz-Eakin D. An analysis of the literature on disease management program. Letter to the Honorable Don Nickles. 2004 disponível em: <http://www.cbo.gov/doc.cfm?index=5909>, Acessado: 3/10/2010.

Linden A, Roberts N. Disease management interventions: what's in the black box? *Dis Manag.* 2004 Winter;7(4):275-91.

McCall N, Cromwell J, Urato C, Rabiner D. Evaluation of phase I of the Medicare health support pilot program under traditional fee-for-service Medicare: 18 month interim analysis. Report to Congress. 2008. Disponível em: https://www.cms.gov/reports/downloads/MHS_Second_Report_to_Congress_October_2008.pdf. Acessado: 3/10/2010.

Mueller P. A conversation with Emad Rizk, MD: Disease Management beyond the call center. *Managed Care Mag* April 2007, Disponível em: http://www.managedcaremag.com/archives/0704/0704.qna_rizk.html, Acessado: 3/10/2010.

Mullen P. A conversation with Emad Rizk, MD. Disease management beyond the call center. *Managed Care* 2007, disponível em: http://www.managedcaremag.com/archives/0704/0704.qna_rizk.html, Acessado: 3/10/2010.

PCPCC Report Disponível em: http://www.aafp.org/online/etc/medialib/aafp_org/documents/press/pcmh-summit/pcmh-pilot-demonstration-report.Par.0001.File.tmp/PilotReportFINAL.pdf. Acessado: 3/10/2010.

Rosenzweig J, Taitel MS, Norman GK, Moore TJ, Turenne W, Tang P. Diabetes disease management in Medicare advantage reduces hospitalizations and cost. *Am J Manag Care* 2010 16(7):e157-e162.

Shenkel R. 1-800-chronic disease management (edit). *Fam Pract Manag.* 2005 Nov-Dec;12(10):17

Sidorov J. Reduced health care costs associated with disease management for chronic heart failure: A study using three methods to examine the financial impact of a heart failure disease management program among Medicare advantage enrollees. *Journal of Cardiac Failure* 2006;12(6):594-600.

Sidorov J, Schlosberg JD. Disease management and the Medicare Modernization Act: „It's the insurance, stupid“ *Disease Management.* December 2005;8(6):331-338.

Sodorov J, Shull R, Tomcavage J, Girolami S, Lawton N, Harris R. Does Diabetes Disease Management Save Money and Improve Outcomes? A report of simultaneous short term savings and quality improvement *Diabetes Care* 2002; 25:684-689.

Sidorov J. Social media and population –based care management *Population Health Management* 2010;13(4):175-176.

Villagra VG, Ahmed T. Effectiveness of a disease management program for patients with diabetes. *Health Affairs* 2004;23(4):255-266.

Wennberg D, Marr A, Lang L, O'Malley SO, Bennet S. A randomized trial of a telephone care-management strategy. *New Engl J Med* 2010;363:1245-1255.