



Artigo original

Gestão integrada da doença renal crónica: análise de uma política inovadora em Portugal



Anabela Coelho^{a,*}, Alexandre Diniz^b, Zulmira Hartz^c e Gilles Dussault^d

^a Divisão de Gestão da Qualidade, Departamento da Qualidade na Saúde, Direção-Geral da Saúde, Ministério da Saúde de Portugal, Lisboa, Portugal

^b Departamento da Qualidade na Saúde, Direção-Geral da Saúde, Ministério da Saúde de Portugal, Lisboa, Portugal

^c Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal

^d Unidade de Sistemas de Saúde, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal

INFORMAÇÃO SOBRE O ARTIGO

Historial do artigo:

Recebido a 6 de setembro de 2013

Aceite a 5 de março de 2014

On-line a 22 de abril de 2014

Palavras-chave:

Política de saúde

Gestão da doença

Doença renal crónica severa

Hemodiálise

R E S U M O

A implementação em Portugal de um modelo de gestão integrada da doença aplicado à doença renal crónica severa, desde 2008, reestruturou o modo de prestação de cuidados, pagamento e acompanhamento dos doentes em diálise. Este artigo descreve os passos desenvolvidos pelo Ministério da Saúde no planeamento, implementação e acompanhamento da referida política, realçando-se a importância do envolvimento dos diferentes grupos de interesse, a liderança e a capacidade de negociação e influência do Estado neste processo.

© 2013 Escola Nacional de Saúde Pública. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos os direitos reservados.

Integrated management of chronic kidney disease: Analysis of an innovative policy in Portugal

A B S T R A C T

The implementation in Portugal of a model for integrated management of disease applied to the end-stage renal disease, from 2008 onwards, has completely restructured the way of providing care, as well as the payment and follow-up of patients under dialysis. This article describes the steps taken by the Ministry of Health, in terms of the planning, implementation and follow-up of the policy, with a particular focus on the importance of involving the various groups of interest, the leadership, as well as the capacity of negotiation and influence of the Government.

© 2013 Escola Nacional de Saúde Pública. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Keywords:

Public policy

Health policy

Disease management

End stage renal disease

* Autor para correspondência.

Correio eletrónico: anabelacoelho@dgs.pt (A. Coelho).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2014.03.001>

0870-9025/© 2013 Escola Nacional de Saúde Pública. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos os direitos reservados.

Comentário

Portugal foi o primeiro país do mundo a conceber e implementar um programa de gestão de doença renal crónica em todo o território nacional, assim, importa fazer a análise desta medida política, cujo modelo de coordenação e integração de cuidados tenta responder aos desafios da medicina baseada na evidência, da eficiência técnica e económica, da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde e da satisfação dos doentes.

A política de saúde de gestão integrada da doença, aplicada à doença renal crónica (DRC) de estágio 5, demonstrou ser capaz de incrementar a qualidade dos cuidados, melhorar a partilha de risco entre os doentes, os prestadores de cuidados e o Estado, assim como garantir a sustentabilidade do sistema de saúde.

Introdução

Na última década têm-se desenhado programas de gestão da doença crónica para melhorar a acessibilidade, eficiência e a qualidade dos cuidados¹. A gestão da doença crónica é uma política de melhoria da prestação de cuidados de saúde aos doentes crónicos² que desenvolve iniciativas multidisciplinares de coordenação de cuidados, cooperação entre setores, estratificação do risco da população, melhoria dos processos de interação e comunicação entre doentes e prestadores³ garantindo-se, assim, que aos grupos-alvo se ofereçam cuidados custo-eficientes e de elevada qualidade^{1,3,4}.

O modelo de gestão integrada da doença renal crónica (GIDRC) implementado em Portugal continental, desde 2008⁵, assenta nos princípios basilares dos modelos de gestão da doença crónica, incorporando: maior rigor na gestão clínica, através de normas de atuação clínica e definição de perfis de cuidados; reorganização do modelo de prestação de cuidados; financiamento específico; sistema de informação partilhado para monitorização e avaliação dos resultados e o envolvimento ativo dos prestadores e das associações de doentes⁶.

Este modelo, dirigido inicialmente à DRC, veio reestruturar por completo a relação contratual do Estado com os prestadores, o acompanhamento dos doentes e a prestação de cuidados na área da diálise em Portugal⁷, tendo esta medida sido descrita como um exemplo a seguir por outros países⁸. O objetivo deste artigo é (i) descrever e analisar os processos de planeamento, negociação, implementação e avaliação da política de GIDRC, desde o momento da sua conceção até ao presente, e (ii) identificar de forma crítica as áreas de decisão política que podem ser alvo de reformulação e melhoria.

Metodologia

Para a concretização dos objetivos propostos decidimos optar pela investigação fundamental com um desenho de estudo epidemiológico observacional descritivo que nos permita narrar a intervenção de forma detalhada respeitando as variáveis «pessoa», «tempo» e «espaço», compreender o fenómeno em causa, bem como evidenciar a complexidade das interações

sociais, económicas e políticas de forma dinâmica e assim produzir informação útil ao decisor político^{9,10}.

Assim sendo, através do modelo de Walt e Gilson (1994) procura-se analisar a política de forma detalhada caracterizando⁹:

- «contexto», de acordo com fatores sistémicos que podem ter influenciado a decisão política, a saber: fatores estruturais nacionais e internacionais, normalmente estáveis numa sociedade no curto prazo (como sejam a demografia, o tipo de sistema de saúde ou as diretivas da União Europeia), fatores culturais e sociais (como sejam a religiosidade ou a forma como a sociedade se organiza), fatores situacionais e transitórios (por exemplo, uma catástrofe natural ou uma crise governamental)^{9,11};
- os «atores», que podem ser indivíduos ou grupos reconhecidos como governamentais (por exemplo, organismos do governo central, regional ou local), não-governamentais (por exemplo, ordens profissionais ou associação de doentes), grupos de interesse e pressão (por exemplo, a indústria farmacêutica ou os prestadores privados de cuidados) e *opinion makers* (com sejam os *media* e a universidade)¹¹;
- e o processo», cujo conceito enquadra a forma como a política foi desenhada, negociada, implementada, disseminada e avaliada, pressupondo: a identificação do problema e da forma como foi incorporado na agenda política; a análise das partes envolvidas no desenho da política e a forma como foi comunicada aos interessados; a análise de «como» e «com que recursos» a política fora implementada (incentivos, sanções); e, finalmente, a avaliação da política e o acompanhamento das suas consequências¹⁰.

Toda a informação aqui reconstituída foi recolhida através de estudo de caso, painel de peritos, inquéritos por questionário, revisão de literatura, análise de documentos técnicos, governamentais e legislação assim como por análise de artigos de imprensa e consulta de páginas *web* institucionais.

O estudo de caso realizado em 5 hospitais, durante o ano de 2007, permitiu conhecer a produção e a atividade clínica das seguintes tipologias de unidade de diálise: hospitais com diálise ambulatória, hospitais universitários com diálise de doentes renais crónicos com complicações e de hospitais com diálise concessionada a entidade privada. A recolha de informação incidiu sobre os custos, atos clínicos e consumo de medicamentos.

O inquérito, por questionário, realizado às 5 Administrações Regionais de Saúde (ARS) em 2007 permitiu aferir os custos globais havidos com o tratamento dos doentes em hemodiálise e identificar a prática clínica das unidades privadas de diálise, naquilo que era a prescrição de meios complementares de diagnóstico e medicamentos.

O inquérito de avaliação do nível de satisfação do doente em hemodiálise, realizado em 2009, foi distribuído aos doentes diretamente pelas unidades de hemodiálise. A resposta ao questionário era anónima e voluntária sendo a devolução do mesmo assegurada pelo próprio doente através de envelope de resposta sem franquia. O inquérito obteve uma taxa de resposta de 30% (2.720 respostas).

O painel de peritos consultado, em 2009, para apreciação do modelo GID envolveu representantes das seguintes

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/1091774>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/1091774>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)