

Cidadão e comunidade: que relevância no processo de contratualização?

VANESSA NICOLAU
ANA ESCOVAL

Nas últimas décadas, a especialização dos cuidados médicos tem conduzido a uma fragmentação do sistema de prestação, que, associada a uma deficiente coordenação entre serviços, cuidados e prestadores, torna a navegabilidade dos utentes nos sistemas de saúde uma tarefa complexa. Um novo modelo de organização, assente na procura de valor para os cidadãos, deve adoptar uma abordagem sistémica, que tenha subjacente uma coordenação integrada de serviços, numa perspectiva de ciclo de cuidados. Reorientar a prestação de cuidados para a obtenção de resultados e valor em saúde, exige uma reengenharia em torno da estrutura, organização e avaliação¹ dos cuidados, requerendo, nomeadamente: i) instrumentos e ferramentas que auxiliem e estruturam este novo modelo; ii) assumpção dos papéis definidos para cada

¹ «A auditoria clínica, embora longínqua a sua aplicabilidade sobretudo nos centros de saúde parece a abordagem necessária para o avanço nomeadamente na objectivação dos ganhos em saúde» (Luz, A., 2000).



Vanessa Nicolau é psicóloga, administradora hospitalar e investigadora na Escola Nacional de Saúde Pública/UNL.

Ana Escoval é economista, administradora hospitalar no Centro Hospitalar Lisboa Norte, professora convidada na Escola Nacional de Saúde Pública/UNL. Coordenadora, em Portugal, do Gabinete HOPE — Federação dos Hospitais da União Europeia e da Federação Internacional dos Hospitais (FIH). Presidente da Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar. É ainda investigadora fundadora do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS).

Entregue em Fevereiro de 2010

um dos actores do sistema, nomeadamente ao nível da coordenação; iii) encorajamento à adopção de modelos de contratualização, pagamento e competição, que responsabilizem os actores envolvidos não só pela prática que desenvolvem, mas pelos resultados em saúde. Estes mecanismos constituem uma oportunidade para expandir e sustentar abordagens, programas e intervenções integradas. Investir num sistema de pagamento por valor em saúde — *P4V* — *payment for value*, traduz uma aposta na relação entre diagnóstico, tratamento, resultados clínicos e custos, enquanto estratégia para assegurar ganhos em qualidade dos cuidados, eficiência dos processos e valor em saúde para o cidadão. Neste contexto, a gestão da doença enquanto modelo direccionado para o reforço da perspectiva e participação activa do cidadão, e avaliação compreensiva de novas formas de organização e gestão do sistema de prestação, constitui um instrumento para informar e sustentar esse processo de reengenharia do sistema. Um modelo que procura assegurar o encontro entre o estado da arte na prestação de cuidados e um nível óptimo, garantindo a qualidade de vida expectável para a pessoa com doença crónica.

Palavras-chave: valor em saúde; qualidade dos cuidados; pagamento por valor em saúde; capacitação dos cidadãos; *continuum* de cuidados; gestão da doença.

Sinais de mudança num sistema de prestação fragmentado

A persistência de um modelo biomédico de organização dos cuidados de saúde tem subsistido na prática

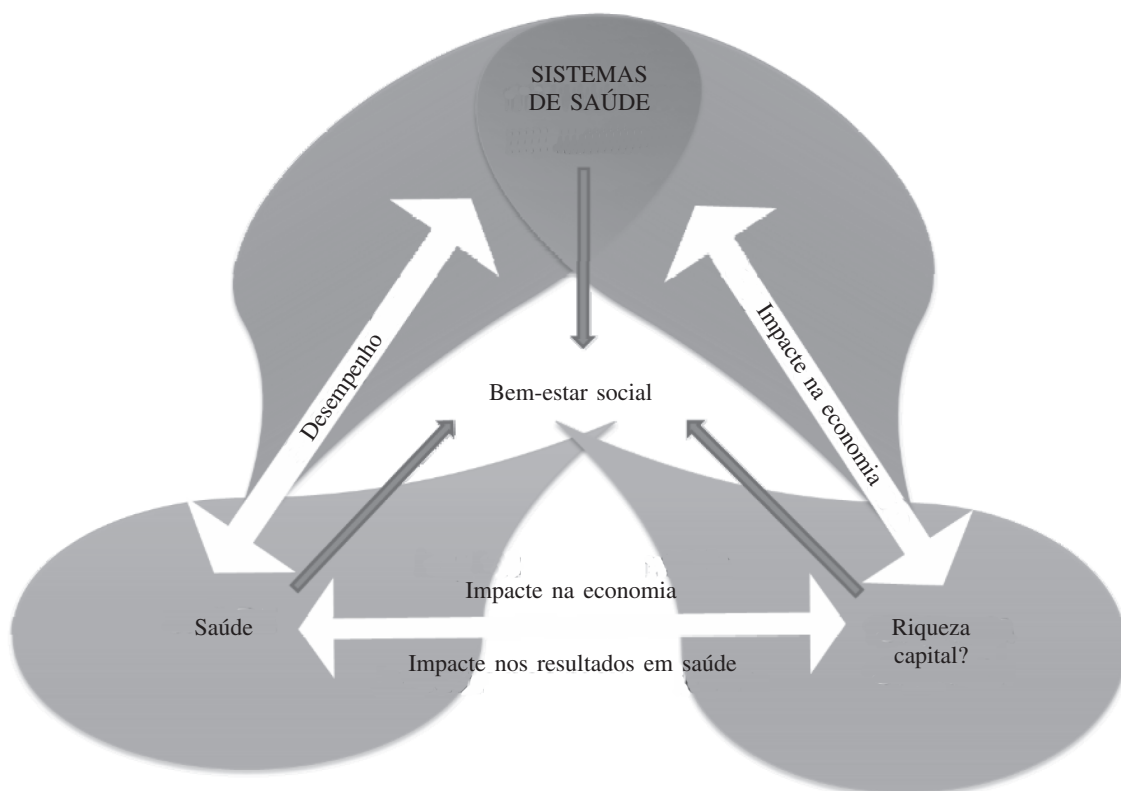
clínica. A progressiva tendência de especialização dos cuidados médicos tem conduzido a uma fragmentação do sistema de prestação, que associada a uma deficiente coordenação entre serviços, cuidados e prestadores, torna a navegabilidade do utente nos sistemas de saúde uma tarefa complexa. Acresce ainda a preocupação central da contenção de custos e da sustentabilidade, que mobiliza as actuais reformas na maioria dos sistemas de saúde (European Observatory on Health Systems and Policies, 2004; WHO, 2008).

No relatório da WHO Europe (2008) *Health Systems, health and wealth: Assessing the case for investing in health systems*, é explicitada a relação entre sistemas de saúde, saúde, bem-estar e valorização económica e social, reforçando o factor saúde enquanto componente determinante para o bem-estar individual. O documento aponta ainda as funções basilares do sistema de saúde: assegurar equidade em saúde, ter capacidade de resposta às necessidades da população que interage com o sistema, tanto na vertente técnica como na não técnica — respeito e orientação para o indivíduo — e justiça financeira na distribuição de recursos.

Neste sentido, as actuais reformas dos sistemas de saúde deveriam focar-se na melhoria do nível de saúde e no aumento do valor intrínseco dos cuidados para o cidadão, evitando medidas circunscritas à contenção de custos e sustentabilidade financeira do sistema. A implementação de novos modelos de organização e prestação deve reflectir, por isso, preocupações e indicadores de sucesso na perspectiva do cidadão, valorizar ganhos e resultados em saúde e evitar medidas exclusivamente direccionadas para melhorias e ganhos fragmentados por actividades, procedimentos e diagnóstico (Porter e Teisberg, 2007; UK. Department of Health, 2008; WHO, 2008). A actual reforma do Serviço Nacional Inglês integra esta abordagem, ao assumir como foco a melhoria da qualidade dos cuidados e da experiência vivida no âmbito da interacção de cada doente com o Sistema de Saúde — *High Quality care for All* (UK. Department of Health, 2008; Goodrich e Cornwell, 2008).

O Relatório *Crossing the Quality Chasm* do Institute of Medicine apontava já em 1999 um quadro conceptual de melhoria e avaliação da qualidade dos cuidados em saúde e definia 6 grandes objectivos, 13 recomendações e 10 directrizes para uma estratégia

Figura 1
Sistemas de saúde, saúde e riqueza

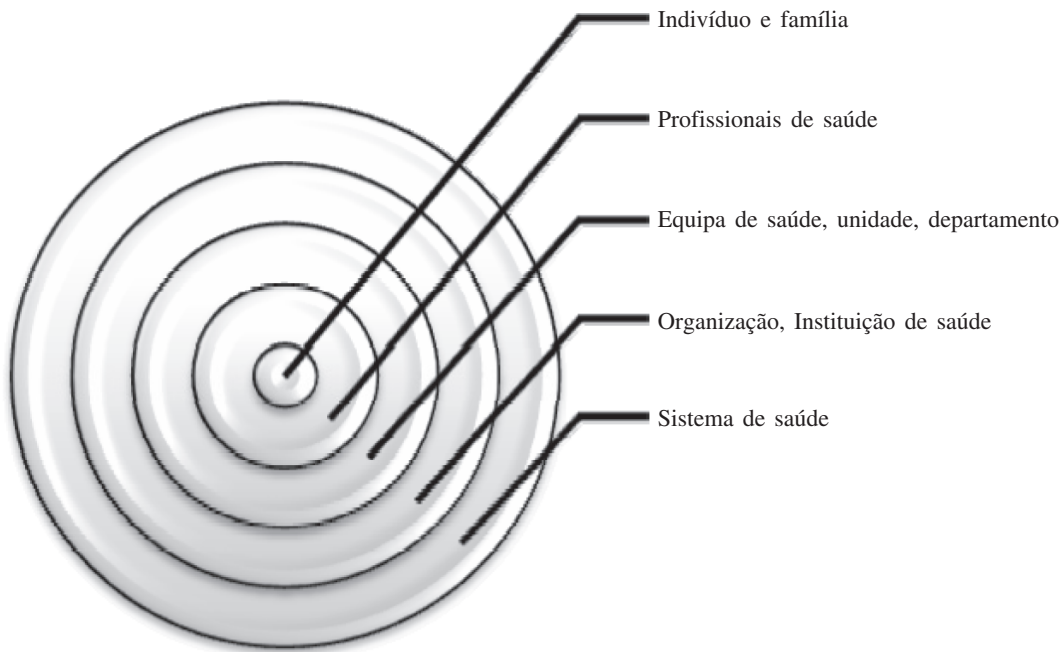


Adaptado: WHO (2008).

de mudança orientada para a procura de cuidados de saúde, efectivos, centrados na pessoa, atempados, eficientes e equitativos. A centralidade da pessoa é um dos 6 objectivos do sistema de saúde e compreende 6 dimensões: empatia e resposta em função de necessidades, valores e preferências expressas; coordenação e integração; informação, comunicação e educação; conforto físico e suporte emocional, e envolvimento da família e/ou de pessoas de proximidade (USA. Institute of Medicine, 2001). O relatório aponta ainda um conjunto de princípios para operacionalizar o objectivo da centralização dos cuidados na pessoa, através da personalização dos cuidados em função das necessidades e valores dos doentes e do reconhecimento do seu papel no controlo das interacções com o sistema de saúde. O modelo simplificado de sistemas de saúde modernos, proposto por Leaththerman e Sutherland em 2003, foi adaptado por Goodrich e Cornwell (2008), para traduzir a matriz de enquadramento dos factores determinantes da experiência de cada indivíduo no contacto directo com o Sistema de Saúde (*Figura 2*). Esta matriz enquadra uma perspectiva multidimensional

que adopta o ponto de vista da experiência dos cidadãos e que deveria repercutir-se no desenho dos processos e nas intervenções de modificação e melhoria dos cuidados, assegurando para além de um conjunto de investimentos pontuais e localizados, uma ressonância ao nível da cultura das instituições prestadoras de cuidados e das práticas instituídas. O contacto directo e indirecto do indivíduo com os serviços de prestação e a sua percepção da qualidade dos cuidados são o resultado de uma interacção complexa e dinâmica, que tem lugar a diferentes níveis e que envolve factores de natureza humana e organizacional. Um novo modelo de organização, assente na procura de valor para os cidadãos, implicaria, pois, uma abordagem do sistema e da procura, não numa perspectiva de conjunto de serviços unitários de prestação, mas sim centrado no indivíduo, enquanto conjunto de circunstâncias que beneficiariam de uma coordenação integrada de serviços. O valor para o indivíduo constituiria o resultado ou efeito conjunto da sequência completa e integrada de actividades e serviços, por oposição a uma resposta fragmentada em acontecimentos esporádicos.

Figura 2
Adaptado: *The Point of Care Programme*



Fonte: Goodrich e Cornwell (2008).

A literatura aponta dois factores críticos de sucesso para a mudança preconizada, enquanto estratégia de melhoria dos cuidados numa perspectiva populacional (total dos potenciais utilizadores dos serviços de saúde): a defesa, por parte dos cidadãos, do reconhecimento e valorização da abordagem individualizada no processo de tratamento e acompanhamento, que funciona como um factor de pressão para o sistema e a necessidade da oferta organizar a sua resposta, face à procura, através de um conjunto de intervenções baseadas na evidência (Mulgan, 2007, citado por Goodrich e Cornwell, 2008). Neste contexto, sai reforçada a necessidade de investimento em domínios ou áreas como sejam a acessibilidade da população a informação em saúde fiável, relevância do papel das associações de doentes no processo decisional em saúde e aposta em políticas e decisões que reforcem a liberdade de escolha do consumidor.

O que procuram, necessitam e, experienciam no contacto com o sistema de saúde e cuidados de saúde, doentes e população em geral? E de que forma é que os planos de saúde e o sistema de saúde podem reflectir a perspectiva desses mesmos cidadãos?

Uma nova abordagem: reconhecer a centralidade do cidadão

A tendência internacional de evolução dos sistemas de saúde tem vindo a reflectir uma crescente valorização do papel desempenhado pelos doentes na definição da qualidade dos cuidados (Saltman, 1994). Esta tendência encontra reflexo em duas linhas de progressão: a emergência de práticas e orientações normativas, que privilegiam a necessidade de prestação de cuidados e oferta de serviços coordenados e centralizados na pessoa e uma abordagem do sistema de saúde e oferta de serviços numa perspectiva de mercado, que tem subjacente uma expectativa de desempenho mais efectivo e eficiente e de reforço da liberdade de escolha dos utilizadores.

Na perspectiva do indivíduo, o sucesso das estratégias de intervenção é definido pela utilidade dos serviços prestados e o seu objectivo primordial consiste no ganho de valor em saúde, traduzido na relação entre a qualidade dos resultados e os custos assumidos. Sem depreciar o papel determinante do comportamento do indivíduo para os resultados em saúde, constitui um dever do sistema assegurar que os doentes têm acesso a diagnóstico e cuidados adequados, prestados em período de tempo útil e nas infra-estruturas certas, por profissionais competentes, de forma a maximizar a possibilidade de se alcançarem melhores resultados em saúde.

Diferentes esforços têm sido desenvolvidos na procura de uma definição de cuidados de qualidade na perspectiva do indivíduo, sendo que a literatura aponta para uma matriz de respostas enquadradas num conjunto amplo de categorias: cuidados centrados na pessoa, acesso, comunicação e informação, eficiência, efectividade, qualidade técnica dos cuidados e organização do sistema de prestação. Numa revisão de estudos qualitativos, realizados com utilizadores dos serviços de saúde e com recurso a técnicas de entrevista e *Focus Group*, publicados no período de 1992 a 2004, Sofaer e Firminger (2005) encontraram evidência de que cuidados de qualidade implicam, do ponto de vista do indivíduo, satisfação das necessidades físicas e emocionais, individualização dos cuidados, envolvimento na prestação de cuidados e no processo de tomada de decisão, acesso a uma equipa de profissionais de saúde que o acompanha no seu percurso, respeita os seus valores e direitos de privacidade e confidencialidade, antecipa as suas necessidades, assegura uma oferta equitativa de cuidados e envolve a família e pessoas próximas no processo de prestação de cuidados. Acrescem ainda, um conjunto de preocupações relacionadas com a coordenação entre os diferentes níveis de organização e a prestação de cuidados.

Esta tendência crescente para o reconhecimento e valorização da perspectiva dos utilizadores dos serviços de saúde parece, assim, globalmente instituída. Assim como a necessidade de se definirem modelos de organização e prestação mais centrados na pessoa não parece constituir factor de inovação no domínio do pensamento e conhecimento em saúde. Ancoradas em princípios e recomendações, como a ética profissional e preocupações humanitárias que perpassam o sector da saúde, estas duas dimensões, que se constituem como precursoras de um novo paradigma na organização e prestação de cuidados, assumem um impacte ainda muito incipiente na perspectiva local de intervenção. Reflectem-se sobretudo numa preocupação crescente com a avaliação do desempenho dos sistemas, em que se reforça a componente de opinião dos utilizadores, entendida como factor crítico de *feedback* para a qualidade dos serviços, e referência para o desenvolvimento de um sistema capaz de responder às suas necessidades.

Associada a uma alteração do panorama epidemiológico mundial, nomeadamente no que concerne ao crescimento da incidência e prevalência das doenças crónicas (WHO, 2002; WHO, 2005; Yatch *et al.*, 2004), temos, assim, assistido à enfatização da necessidade de, ao nível da qualidade dos cuidados e numa perspectiva de longo prazo, se estimular, viabilizar e apoiar uma participação mais activa e sustentada do cidadão, no processo de prestação. O reconhecimento do papel determinante que este assume em domínios

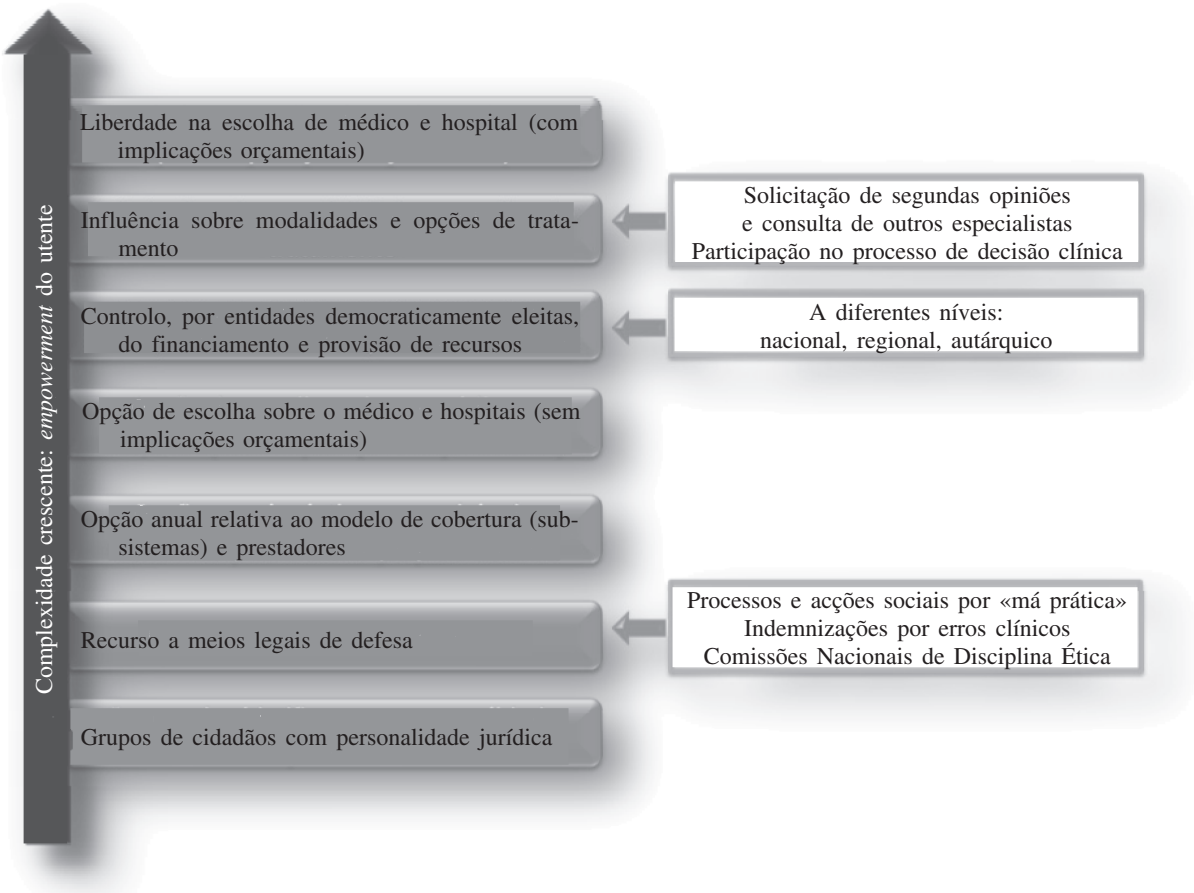
como a adesão a terapêuticas e adopção de estilos de vida saudáveis está subjacente à referida tendência, levando a que o cidadão seja cada vez mais visto como factor mediador, que determina os resultados em saúde (UK. Expert Advisory Group on Cancer, 1995).

A explicação para a variabilidade e diversidade actualmente identificadas entre países e respectivos sistemas de saúde parece decorrer, em grande parte, dos diferentes níveis e ritmos a que estes princípios têm vindo a ser adoptados, nomeadamente no que respeita à participação da comunidade na definição de políticas de saúde e organização dos sistemas de cuidados, dos mecanismos e processos instituídos para a sua representação no sistema de saúde e da efectividade destes para influenciar o processo de decisão em saúde (UK. Expert Advisory Group on Cancer, 1995).

O *continuum* de participação da comunidade no âmbito do sistema de saúde traduz uma linha de evolução progressiva na procura de democratização dos serviços, que pode ir desde a identificação de prioridades até uma modalidade de representação e participação activa no processo de definição de políticas de saúde. Saltman (1994) apresenta uma matriz de tipologias que reflecte um processo de capacitação — *empowerment* — do cidadão, cuja linha de desenvolvimento enquadra mecanismos de solicitação e manifestação pública de direitos e necessidades, estádios intermédios que traduzem estratégias indirectas de participação ao nível de políticas de saúde, até a um nível de influência mais efectivo, concretizado por via da liberdade de escolha dos profissionais e das organizações de saúde (Figura 3).

Visando a integração de diferentes modalidades de participação dos cidadãos, têm emergido um con-

Figura 3
Adaptado: Tipologia de empowerment do utente



Fonte: Saltman (1994).

junto de medidas prescritivas, definidas por órgãos de governação, gestores ou grupos profissionais do sector, numa perspectiva «*top-down*». Esta valorização tem sido acompanhada por um movimento dual no domínio metodológico, que potenciou o desenvolvimento de um conjunto de instrumentos de medida da qualidade de vida por um lado, e de inquéritos de satisfação, por outro.

Os primeiros, de natureza genérica ou específica — por doença — assumem uma perspectiva compreensiva e holística, e procuram traduzir numericamente a utilidade percebida das intervenções e as preferências dos doentes relativamente a diferentes resultados em saúde. Assentes numa perspectiva multidimensional do conceito de qualidade de vida, avaliam domínios como a funcionalidade física, social e profissional, bem-estar psicológico, percepção global de saúde, dor, vitalidade e sintomas relacionados com doença e tratamento.

Os segundos, valorizados enquanto indicadores da *performance* institucional ou de grupos de profissionais, procuram recolher as percepções dos doentes relativamente ao processo de prestação e qualidade dos cuidados. Mais singulares são as iniciativas com génese em forças e movimentos comunitários, como grupos de auto-ajuda, voluntariado e associações de doentes, que advogam a população em geral ou grupos específicos de utilizadores dos serviços de saúde, na qualidade de agentes de representação e valorização das suas necessidades e preferências, constituindo movimentos sociais de pressão e de estímulo à capacidade de resposta do sistema e serviços de saúde.

Quando temos planos, programas e estratégias de intervenção em saúde de sucesso, que asseguram uma distribuição efectiva de informação aos doentes, uma melhor coordenação de cuidados, e cuidados de saúde mais efectivos e eficientes, potenciam-se resultados em saúde, e todos os actores envolvidos no processo de prestação de cuidados saem beneficiados: cidadãos, profissionais de saúde e organizações. Quando o valor em saúde comanda o sistema, reforça-se a inovação nos processos, os prestadores mais competentes são recompensados e o nível de eficiência na cadeia de prestação torna-se crescente.

Como podemos então caracterizar as políticas de saúde que induzem os sistemas de saúde a operar de forma mais efectiva e eficiente, produzindo maior valor para a pessoa com doença? E, como podem ser alinhados os diferentes interesses dos *stakeholders* envolvidos no processo de organização e prestação de cuidados no sentido da consecução do objectivo de melhoria da qualidade de vida dos cidadãos?

Resultados em saúde: um reforço para a sustentabilidade

Um sistema de saúde que assuma uma estratégia de desenvolvimento baseada nos princípios de racionalidade e conhecimento tem, necessariamente, que privilegiar a perspectiva do valor em saúde, com a procura de maximização da qualidade e eficiência dos cuidados, tanto do ponto de vista dos profissionais de saúde como dos utentes. A sustentabilidade desta estratégia requer um investimento ao nível do desenvolvimento de bases de evidência sobre estilos de vida saudáveis, factores etiológicos, diagnósticos, tratamentos e, resultados mais custo-eficientes. Mas, importa, também, assegurar a capacidade de utilização do potencial desse conhecimento, da sua transferência para a prática, enquanto fundamentado para a promoção de cuidados mais efectivos e eficientes, da prevenção e gestão da doença (Porter e Teisberg, 2005).

O sucesso das estratégias de implementação e avaliação dependerá da capacidade de se adoptar uma perspectiva de continuidade do processo, assente numa abordagem de cadeia de valor em saúde, que ponderar melhorias ao nível da coordenação de actividades e serviços, aspectos estruturais, facilitadores ou inibidores dessa articulação, a afectação de recursos ao longo da cadeia, e o nível de partilha de informação que lhes deve estar associado. O resultado dessa convergência e integração sinérgica de componentes discretas da prestação de cuidados, serviços e profissionais de saúde, traduz-se no valor em saúde para o indivíduo (Murray, Munroe e Stalder, 2003).

Este novo paradigma assegura um conjunto de resultados que ultrapassam a esfera do individual e se traduzem em ganhos de capital humano e social. Integrar esta dimensão implica, do ponto de vista individual, considerar uma matriz compreensiva de factores — emocionais, físicos, funcionais e sociais — que em conjunto com o capital social e humano, complementam e suportam o crescimento económico, factores críticos na continuidade do progresso de um país (WHO, 2008).

Perspectivar o investimento em saúde como uma aposta na valorização do capital humano e social favorece e reforça, do ponto de vista dos sistemas de saúde, a mudança de uma perspectiva focada em benefícios no curto prazo para uma estratégia de longo prazo, orientada para resultados em saúde e com contributos para a sua sustentabilidade. O principal desafio reside em configurar uma abordagem que operacionalize e conduza os processos de prestação assente numa base de evidência, e assegure a monitorização e avaliação de resultados em saúde.

Medir valor em saúde implica considerar o ciclo completo de cuidados e adoptar uma perspectiva de continuidade entre diferentes níveis de prestação e serviços. Aceitar este desafio no actual sistema de saúde implica, não só assumir o investimento e reforço da investigação clínica como uma prioridade, e apostar no desenvolvimento de sistemas de informação, enquanto instrumentos avançados de apoio à decisão e como modelos de colaboração e continuidade dos serviços e cuidados prestados, mas, também, impor realisticamente a medição e monitorização dos ganhos em saúde.

A definição de boas medidas de resultado em saúde é um factor crítico para a identificação e comparação de estratégias e processos mais ou menos efectivos e eficientes, para a fiabilidade da informação que permite considerar determinados cuidados como sendo de excelência, para estabelecer recomendações sobre comportamentos esperados e para a normalização de procedimentos e processos, por oposição a orientações e eventos esporádicos. Só assim ficará assegurada uma competição por resultados, instrumento crítico para a mudança de mentalidades no sistema de saúde (Porter e Teisberg, 2005; Porter e Teisberg, 2007).

Mas que valor em saúde procuramos e como definimos mecanismos de financiamento que potenciem os resultados esperados? Como se pode pagar por valor em saúde e medir a qualidade, quando os resultados podem ser em grande medida determinados pelo comportamento independente do indivíduo? Como vincular serviços e cuidados a valor em saúde, no sentido individual e humano? Como promover e assegurar padrões de valor em saúde, que permitam medir e financiar o desempenho do sistema de prestação e dos profissionais e que simultaneamente valorizem componentes como a prevenção, recidivas, coordenação e continuidade dos cuidados e que privilegiem ainda a relação utente-profissional de saúde?

Integrar modalidades de financiamento no sistema que reflectam as preferências e necessidades reais dos cidadãos, determinando o nível de atribuição de recursos em função do seu comportamento e fluxos de mobilidade, pressupõe uma mudança de paradigma, em que o cidadão deixa de ser objecto de prestação de cuidados e passa a ser um elemento participativo no processo de decisão central (Escoval, 2003). O repto que se coloca ao sector da saúde, no momento actual, é o de encontrar mecanismos de financiamento e contratualização que permitam ultrapassar a visão política fragmentada e dissociada de princípios fundamentais e que valorizem a qualidade, a continuidade e o valor em saúde para o indivíduo. Demonstrar a bondade e o sucesso de um modelo de

intervenção deste tipo, significa ir muito mais além que a estrita normalização de processos específicos por parte de clínicos, especialistas ou administradores, uma vez que esta se encontra associada a uma estandardização rígida do processo de cuidados, que facilmente poderá bloquear estratégias de intervenção inovadoras e individualizadas. Neste sector, como noutros, os actores devem assumir um modelo de competição pela excelência: a informação relativa a valor em saúde, ajustada pelo risco, deve ser o principal fio condutor do comportamento no sistema, orientando prestadores directos, planos de saúde, doentes e organizações. Assim, o valor em saúde deve também constituir-se, como critério primário de decisão na selecção de terapêuticas, tecnologias e serviços de apoio. Resultados e valor em saúde traduzem uma medida composta, que integra medidas do estado de saúde, funcionalidade individual e social e nível de satisfação, pelo que os indicadores de qualidade devem compreender dimensões que medem a influência dos serviços e recursos de saúde nas diferentes esferas da vida do indivíduo.

A passagem de uma modalidade de pagamento por desempenho para um sistema de pagamento por valor em saúde — *P4V* —, *payment for value* impõe uma reengenharia do sistema de diagnóstico, o desenho de *guidelines* que atendam à especificidade das necessidades e preferências dos utentes — instrumentos mais personalizados de tratamento e acompanhamento, a procura de maximização da eficiência com minimização do desperdício, o reforço da atenção à prevenção e bem-estar individual, a continuidade de cuidados, e o acompanhamento do utente numa perspectiva de ciclo de vida — incentivos que reforçam a colaboração intra e inter-equipas de saúde e a aposta em modelos de tomada de decisão partilhada entre profissionais e indivíduos, com recurso a medidas compreensivas de resultados em saúde. Como aperfeiçoamos este constructo de valor em saúde e se determinam os resultados a contratualizar?

Gestão da doença: um instrumento para a mudança

Assumir um novo paradigma na definição de estruturas e de mecanismos de financiamento, distribuição de recursos e incentivos, exige que se adoptem estratégias compreensivas na abordagem dos sistemas de saúde, que potenciem a coordenação das diferentes componentes do sistema e se apoiem no processo de contratualização, no sentido de se determinar que valor e resultados em saúde se pretende alcançar e qual o nível óptimo de serviços que podemos esperar. Para este efeito, devem ser adoptados instrumentos e

ferramentas que apoiem as organizações e promovam a coordenação do sistema de prestação, numa perspectiva de ciclo *continuum* de cuidados, em que cada um dos actores do sistema assume um papel de reforço desta abordagem,

É neste contexto que a gestão da doença se impõe. Um modelo que procura assegurar a convergência da prática actual de prestação de cuidados e um nível óptimo, que garanta uma qualidade de vida expectável para as pessoas com doença crónica. Mecanismos, processos e estratégias, que afectam a qualidade dos cuidados mas que são negligenciados pelas modalidades de financiamento por desempenho, podem ser melhorados e beneficiar dos resultados e evidência encontrados na avaliação dos actuais programas de gestão da doença.

A aposta destes programas no reforço da perspectiva e participação activa do cidadão, bem como na avaliação de novos modelos de organização e gestão do sistema de prestação no domínio da doença crónica, constitui uma oportunidade para recolher evidência e assim, sustentar o processo de definição de novos modelos de financiamento e incentivo à inovação no sector e na cultura organizacional da rede de prestação. É nesta abordagem, em que se verifica que o verdadeiro valor em saúde e o nível desejável de eficiência decorrem da gestão integrada do ciclo de cuidados, que reside o maior potencial para captar benefícios, resultantes sobretudo da partilha de informação, da gestão participada entre os diferentes actores envolvidos e da optimização dos elos significativos de interdependências na cadeia de prestação de cuidados. Paralelamente, preconiza-se uma aposta na gestão de proximidade da doença crónica, na medida em que potencia componentes como a adesão terapêutica, prevenção e retardamento de complicações e comorbilidades, reduzindo o consumo de recursos e promovendo ganhos de qualidade no longo prazo, cuja evidência, quando manifesta, deve integrar modelos de financiamento e contratualização.

A literatura actual sustenta que melhorias ao nível dos resultados em saúde e dos processos de prestação exigem uma estratégia de intervenção em multi-componentes (Norris et al., 2003; WHO, 2002; Yatch et al., 2004). Quando traduzida para o domínio da gestão da doença, os melhores resultados em saúde registam-se quando são implementadas estratégias de intervenção compreensivas: avaliação regular e acompanhamento do estado de saúde dos indivíduos com doença crónica, prestação de cuidados baseados na evidência e disponibilização de informação e estruturas de apoio a comportamentos de autogestão da doença crónica, em que as actividades, tarefas e actores que intervêm neste ciclo se encontram integradas, coordenadas e articuladas.

Por outro lado, a adopção de um novo paradigma de financiamento por valor em saúde constitui um espaço de oportunidade para a melhoria dos cuidados prestados às pessoas com doença crónica, e para o reforço dos programas já implementados no terreno. Se as políticas de saúde e as estratégias organizacionais assumirem, de forma integrada, processos de encorajamento que privilegiem modelos de contratualização, pagamento e competição que responsabilizam os profissionais envolvidos, não só pelas suas práticas, mas também pelos resultados pelas pessoas com doença crónica no longo prazo, a janela de oportunidade para expandir e sustentar os actuais programas e intervenções neste domínio será amplificada. Conseguir assegurar uma abordagem colectiva de responsabilização, deve ser um dos pontos centrais da agenda da saúde em geral e da doença crónica em particular.

□ Referências bibliográficas

CORNWELL, J.; GOODRICH, J. — Exploring how to measure patients' experience of care in hospital to improve services. *Nursing Times*. 105 : 29 (2009) 12-15.

CORNWELL, J.; GOODRICH, J. — Seeing the person in the patient : the point of care. London : The King's Fund, 2008.

ESCOVAL, A. — Sistemas de financiamento da saúde : análise e tendências. Lisboa : Associação Portuguesa de Economia da Saúde (APES), 1999.

ESCOVAL, A. — Evolução da administração pública da saúde : o papel da contratualização : factores críticos do contexto português. Lisboa : ISCTE, Novembro 2003. Tese para obtenção do grau de Doutor em Organização e Gestão de Empresas, apresentada ao Instituto Superior de Ciências e do Trabalho e da Empresa.

EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES — Health care systems in transition: HiT summary : Portugal. Brussels, Belgium : European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.

LEATTHERMAN, S.; SUTHERLAND, K. — The quest for quality in the NHS : a chartbook on quality of care in the UK. London : The Nuffield Trust, 2005.

LUZ, A. — Contratualização com os centros de saúde na região de Lisboa e Vale do Tejo. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Vol. temático : 2 (2001) 27-41.

MURRAY, C.; MONROE, W.; STALDER, S. — Cultivating a disease management partnership : a value-chain model. *Disease Management*. 6 : 2 (2003) 73-82.

NORRIS, S. et al. — Chronic disease management : a definition and systematic approach to component interventions. *Disease Management Health Outcomes*. 11 : 8 (2003) 477-488.

NUTTING, P. et al. — Use of chronic care model elements is associated with higher-quality for diabetes. *Annals of Family Medicine*. 5 : 1 (2007) 14-20.

PITTA, D.; LARIC, M. — Value chains in health care. *Journal of Consumer Marketing*. 1 : 7 (2004) 451-464.

PORTER, M; TEISBERG, E. — How physicians can change the future of health care. *JAMA*. 297 : 10 (March 14, 2007) 1103-1111.

PORTER, M; TEISBERG, E. — Redefining health care : creating value-based competition on results. Boston, Massachusetts : Harvard Business School Press, 2005.

SALTMAN, R. B. — Patient choice and patient empowerment in Northern European health systems : a conceptual framework. *International Journal of Health Services*. 24 : 2 (1994) 201-229.

SOFAER, S; FIRMINGER, K. — Patient perceptions of the quality of health services. *Annual Reviews of Public Health*. 26 (2005) 513-559.

THE LANCET — What is health? The ability to adapt : editorial. *The Lancet*. 373 : 9666 (2009) 781.

UK. DEPARTMENT OF HEALTH — High quality care for all : NHS next stage review : final report. London : Department of Health, 2008.

UK. EXPERT ADVISORY GROUP ON CANCER — A policy framework for commissioning cancer services : the Calman-Hine Report. London : Expert Advisory Group on Cancer. Department of Health, 1995.

USA. INSTITUTE OF MEDICINE – Crossing the quality chasm report. Washington, DC : National Academy Press. IOM, 1999.

USA. INSTITUTE OF MEDICINE — Crossing the quality chasm : a new health system for the 21st century. Washington, DC : National Academy Press. IOM, 2001.

WALTERS, D.; JONES, P. — Value and value chains in healthcare : a quality management perspective. *TQM Magazine*. 13 : 5 (2001) 319-335.

WHO — Innovative care for chronic conditions : building blocks for action. Geneva : World Health Organisation, 2002.

WHO – Preventing chronic diseases : a vital investment. [Em linha]. Geneva : World Health Organization, 2005. [Consult. 7 Jan. 2009]. Disponível em: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/full_report.pdf .

WHO Europe — Health systems, health and wealth : assessing the case for investing in health systems. Geneva : World Health Organization, 2008.

YACH, D *et al.* — The global burden of chronic diseases : overcoming impediments to prevention and control. *JAMA*. 291 : 21 (2004) 2616-2622.

□ Abstract

PATIENTS AND THE COMMUNITY: WHAT ROLE IN THE CONTRACTING PROCESS?

In the last decades advanced medical sciences trend to specialized care and fragmented health systems, leaving patients with a challenge on navigating services and care, requiring them to see a sequence of specialists each delivering discrete interventions. To overcome these challenges, every health system must redefine health care delivery to use its resources more efficiently and improve quality of care through an organization of the system as a whole. A system currently organized around value for patients, entails a framework that comprises the entire set of activities needed to address a patient's medical condition, over the full cycle of care. Value-based care delivery therefore requires an integrated practice, both across services and time, and implies a movement through new structures, organization models, evaluation efforts and payment systems that enables, catalyze and reinforces the extension and sustainability of the steps needed to the change required. A shift from a payment for performance to a payment for value focuses attention on maximizing the overall value of care, and encourages coordination and integration between components of care that extends from screening, diagnoses, all the way through treatment, outcomes and costs, and ensuring an incentive for potentially high value types of care as well as innovation. These leave the actors of the system with the task of best allocating and valuing components of care. Disease management as a model designed to structure patient engagement and involvement in their care, and assure a comprehensive evaluation and monitoring of new organization and care delivery strategies align an opportunity as a source of information and sustainability for the progress of a growing number of like-minded efforts now underway across care delivery for chronic diseases. This framework will allow the fulfillment of the gap between state of art and optimal care in order to improve quality of live for chronic patients.

Keywords: value for patients; quality of care; payment for value; people empowerment; continuum of care; disease management.



Preço de capa, 15 €