

A GESTÃO DA CLÍNICA

EUGÊNIO VILAÇA MENDES

O OBJETIVO FINAL DOS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE: A GERAÇÃO DE VALOR PARA A POPULAÇÃO

- **O VALOR DA ATENÇÃO À SAÚDE EXPRESSA-SE NA RELAÇÃO ENTRE A QUALIDADE DOS RESULTADOS ECONÔMICOS, CLÍNICOS E HUMANÍSTICOS E OS RECURSOS UTILIZADOS NO CUIDADO DA SAÚDE.**
- **O VALOR DA ATENÇÃO À SAÚDE SÓ PODE SER OBTIDO ATUANDO-SE, CONTÍNUA E INTEGRADAMENTE, SOBRE UMA CONDIÇÃO DE SAÚDE, DURANTE TODO CICLO DE ATENDIMENTO, ATRAVÉS DE INTERVENÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, DE PREVENÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE E DE GERENCIAMENTO DAS CONDIÇÕES ESTABELECIDAS, O QUE EXIGE A IMPLANTAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**
- **ISSO SÓ SERÁ ALCANÇADO COM MUDANÇAS PROFUNDAS NA GESTÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE:
DA GESTÃO COM BASE NA OFERTA PARA A GESTÃO COM BASE NA POPULAÇÃO
O EQUILÍBRIO ENTRE A GESTÃO DOS RECURSOS (RECURSOS HUMANOS, MATERIAIS E FINANCEIROS) E A GESTÃO DOS FINS (A GESTÃO DA CLÍNICA)**

UMA MUDANÇA NA GESTÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

O EQUILÍBRIO ENTRE A GESTÃO DE MEIOS (GESTÃO DE PESSOAS, GESTÃO DE MATERIAIS E GESTÃO FINANCEIRA) E A GESTÃO DE FINS (A GESTÃO DA CLÍNICA)

POR QUE A GESTÃO DA CLÍNICA?

- **A SINGULARIDADE ORGANIZACIONAL:
A ORGANIZAÇÃO PROFISSIONAL**
- **A SINGULARIDADE ECONÔMICA:
A INDUÇÃO DA DEMANDA PELA OFERTA**
- **AS LEIS E OS PRINCÍPIOS DOS SISTEMAS DE
SAÚDE:
A LEI DE WILDAVSKY
O PRINCÍPIO DA VARIABILIDADE NA PRESTAÇÃO DOS
SERVIÇOS DE SAÚDE
O PRINCÍPIO DA INDUÇÃO DA DEMANDA PELA OFERTA: A LEI
DE ROEMER
A LEI DA CANETA DO MÉDICO
A LEI DA CONCENTRAÇÃO DA SEVERIDADE E DOS GASTOS
COM AS DOENÇAS**

"The economics book of the year."
—David Leonhardt, *New York Times*

Overtreated

WHY TOO MUCH MEDICINE
IS MAKING US
SICKER AND POORER

WITH
A NEW
AFTERWORD
BY THE
AUTHOR



SHANNON BROWNLEE

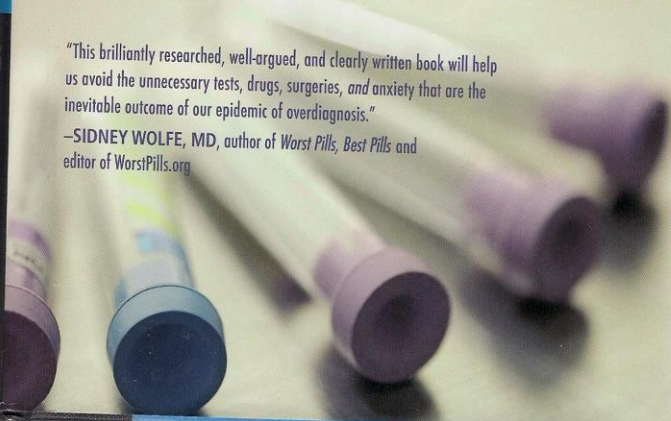
OVER- DIAGNOSED

MAKING PEOPLE SICK IN
THE PURSUIT OF HEALTH

DR. H. GILBERT WELCH,
DR. LISA M. SCHWARTZ, AND DR. STEVEN WOLOSHIN

"This brilliantly researched, well-argued, and clearly written book will help us avoid the unnecessary tests, drugs, surgeries, and anxiety that are the inevitable outcome of our epidemic of overdiagnosis."

—SIDNEY WOLFE, MD, author of *Worst Pills, Best Pills* and editor of WorstPills.org



AS ORIGENS DA GESTÃO DA CLÍNICA: EXPERIÊNCIAS INTERNACIONAIS

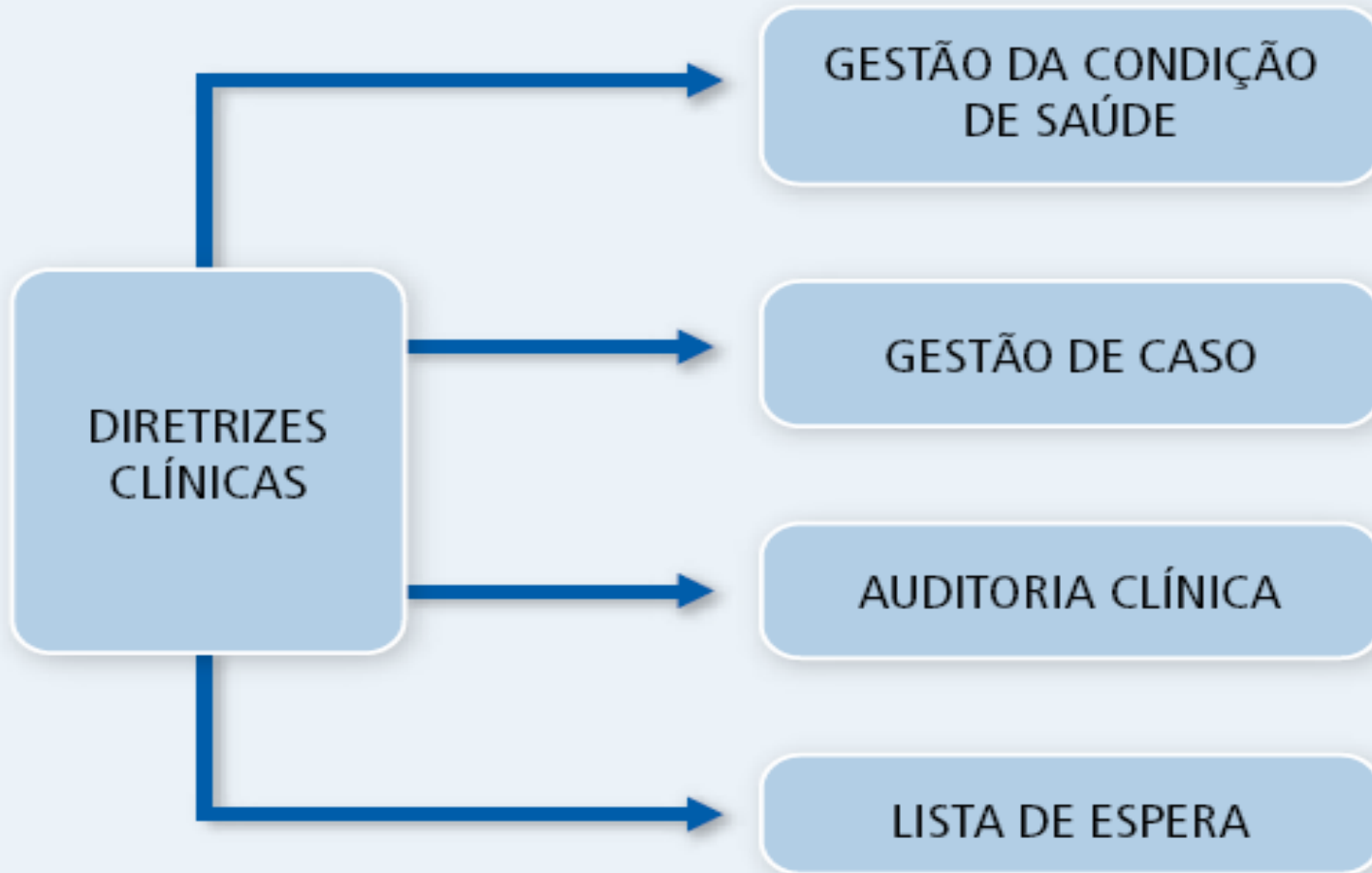
- **A ATENÇÃO GERENCIADA
(*MANAGED CARE*)**
- **A GOVERNANÇA CLÍNICA
(*CLINICAL GOVERNANCE*)**

FONTES: ROBINSON & STEINER (1998); COCHRANE (2001)

O CONCEITO DE GESTÃO DA CLÍNICA

A GESTÃO DA CLÍNICA É UM CONJUNTO DE TECNOLOGIAS DE MICROGESTÃO DA CLÍNICA, DESTINADO A PROVER UMA ATENÇÃO À SAÚDE DE QUALIDADE: CENTRADA NAS PESSOAS; EFETIVA, ESTRUTURADA COM BASE EM EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS; SEGURA, QUE NÃO CAUSE DANOS ÀS PESSOAS E AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE; EFICIENTE, PROVIDA COM OS CUSTOS ÓTIMOS; OPORTUNA, PRESTADA NO TEMPO CERTO; EQUITATIVA, DE FORMA A REDUZIR AS DESIGUALDADES INJUSTAS; E OFERTADA DE FORMA HUMANIZADA

AS TECNOLOGIAS DE GESTÃO DA CLÍNICA



O CONCEITO DE DIRETRIZES CLÍNICAS

SÃO RECOMENDAÇÕES PREPARADAS, DE FORMA SISTEMÁTICA, COM O PROPÓSITO DE INFLUENCIAR DECISÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E DAS PESSOAS USUÁRIAS A RESPEITO DA ATENÇÃO APROPRIADA, EM CIRCUNSTÂNCIAS CLÍNICAS ESPECÍFICAS

FONTE: INSTITUTE OF MEDICINE (1990)

OS TIPOS DE DIRETRIZES CLÍNICAS

- AS LINHAS-GUIAS (*GUIDELINES*)
- OS PROTOCOLOS CLÍNICOS

AS FUNÇÕES DAS DIRETRIZES CLÍNICAS

- **A FUNÇÃO GERENCIAL**
- **A FUNÇÃO COMUNICACIONAL**
- **A FUNÇÃO EDUCACIONAL**
- **A FUNÇÃO LEGAL**

O PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DAS DIRETRIZES CLÍNICAS

- **A ELABORAÇÃO DAS DIRETRIZES CLÍNICAS**
- **A IMPLANTAÇÃO DAS DIRETRIZES CLÍNICAS**

O PROCESSO DE ELABORAÇÃO DAS DIRETRIZES CLÍNICAS

- **A ESCOLHA DA CONDIÇÃO DE SAÚDE**
- **A DEFINIÇÃO DA EQUIPE DE ELABORAÇÃO**
- **A ANÁLISE SITUACIONAL DA CONDIÇÃO DE SAÚDE**
- **A BUSCA DAS EVIDÊNCIAS E DE EXPERIÊNCIAS RELEVANTES SOBRE A CONDIÇÃO DE SAÚDE**
- **A ESTRATIFICAÇÃO DOS RISCOS**
- **A CONSTRUÇÃO DOS PARÂMETROS DE PROGRAMAÇÃO**
- **A FORMALIZAÇÃO DAS DIRETRIZES CLÍNICAS**
- **A VALIDAÇÃO DAS DIRETRIZES CLÍNICAS**
- **A AVALIAÇÃO DAS DIRETRIZES CLÍNICAS**
- **A PUBLICAÇÃO DAS DIRETRIZES CLÍNICAS**
- **A REVISÃO DAS DIRETRIZES CLÍNICAS**

A IMPLANTAÇÃO DAS DIRETRIZES CLÍNICAS

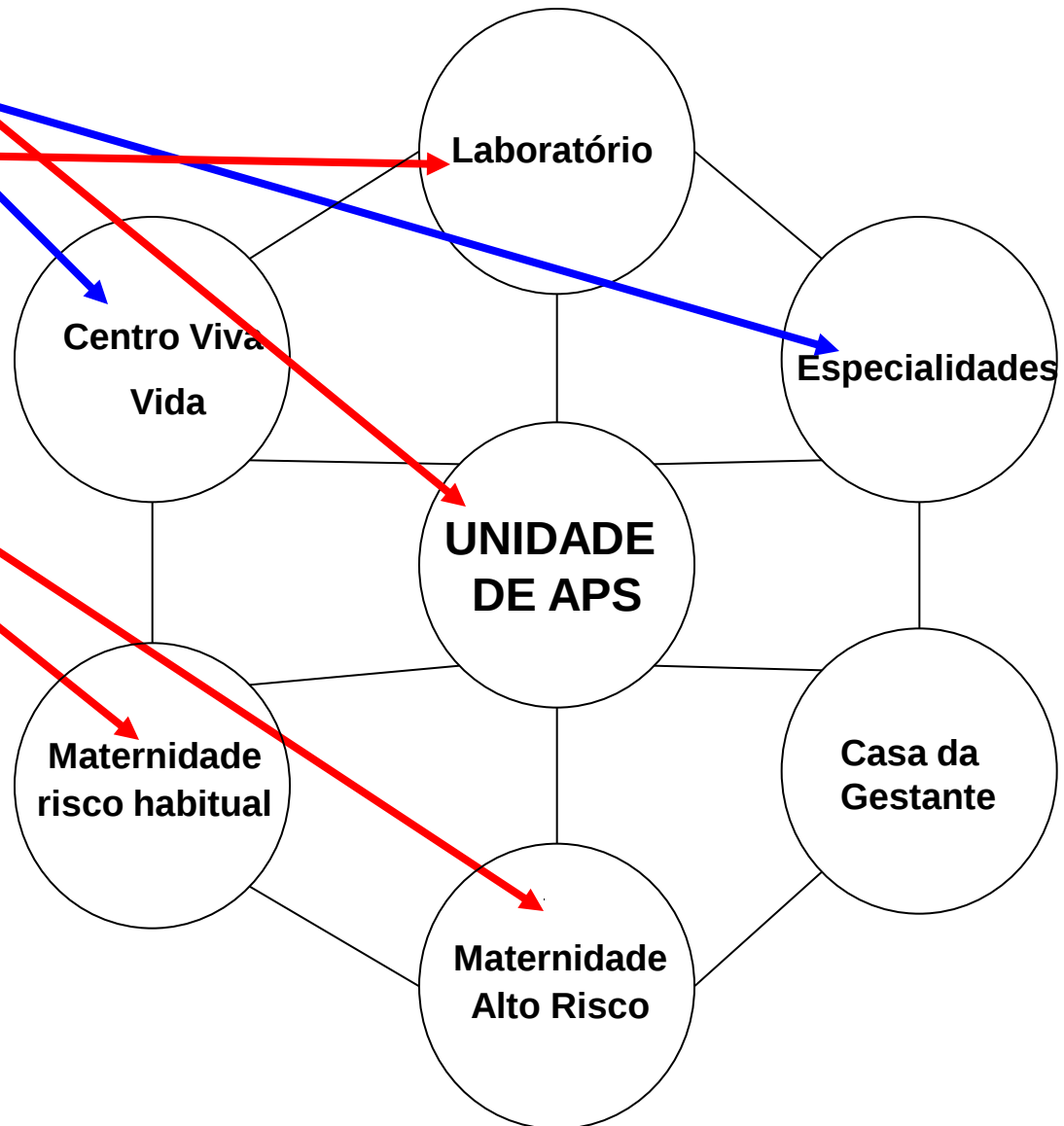
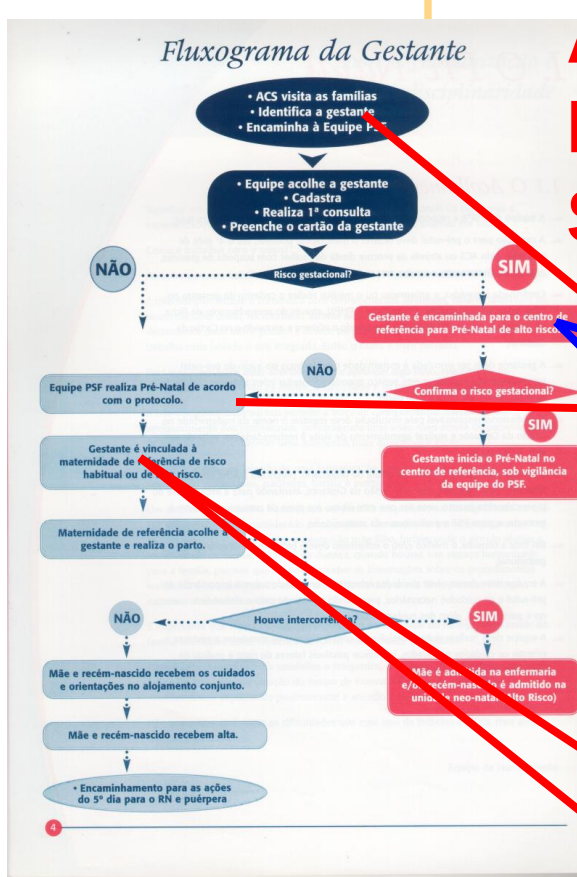
ESTRATÉGIA DE IMPLANTAÇÃO	EFETIVIDADE
DISTRIBUIÇÃO DE MATERIAL ESCRITO	+
FEEDBACK	++
AUDITORIA CLÍNICA	++
OPINIÃO DE CLÍNICOS LÍDERES	++
EDUCAÇÃO PERMANENTE INDIVIDUAL	+++
EDUCAÇÃO PERMANENTE EM GRUPOS	+++
LEMBRETES PELOS PRONTUÁRIOS CLÍNICOS	+++
COMBINAÇÃO DESSAS ESTRATÉGIAS	++++

FONTE: NHS CENTRE FOR REVIEWS AND DISSEMINATION (1999)

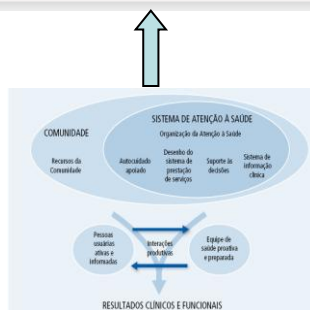
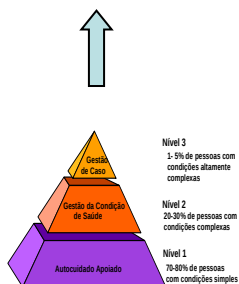
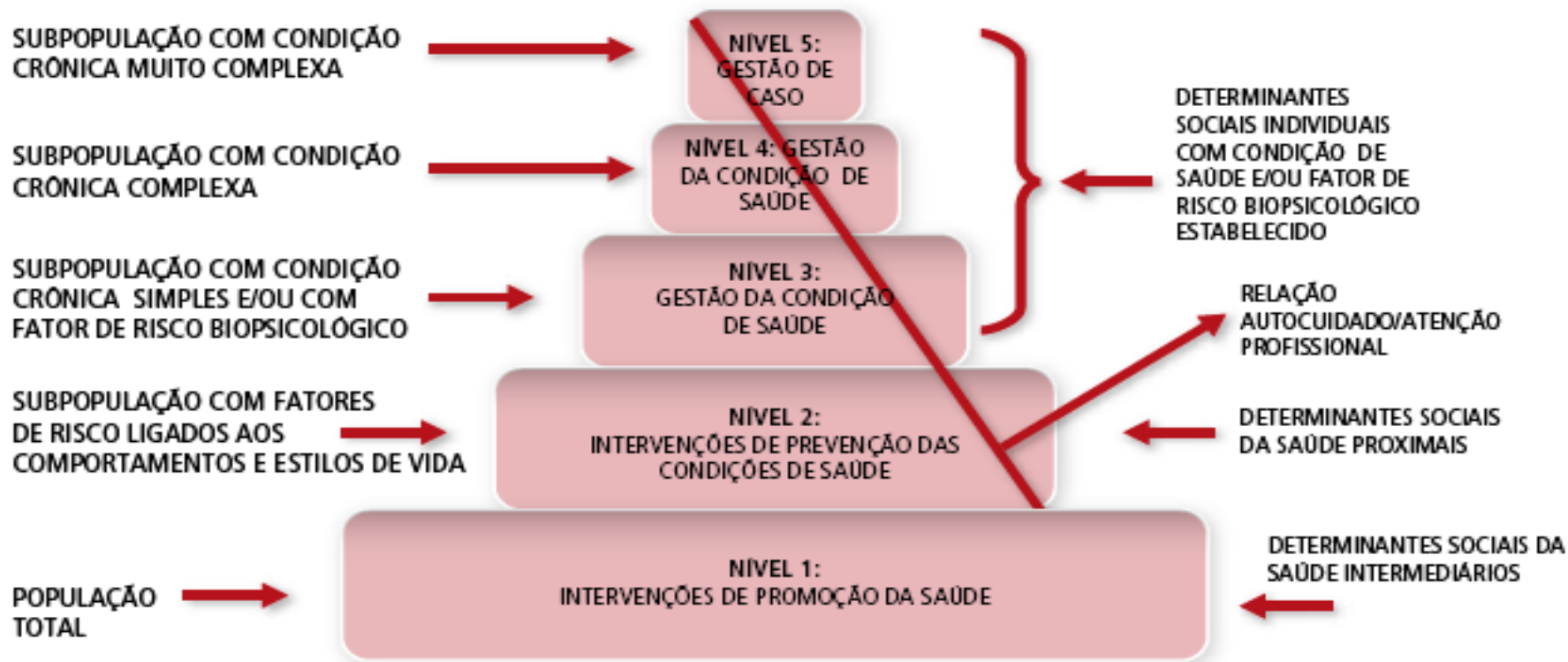
AS EVIDÊNCIAS SOBRE AS DIRETRIZES CLÍNICAS

- **MELHORAM A COORDENAÇÃO ENTRE AS EQUIPES DE SAÚDE (SULCH, 2000);**
- **SÃO EFICAZES NA PADRONIZAÇÃO CLÍNICA (RUOFF, 2002);**
- **CONTRIBUEM PARA A REDUÇÃO DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES E DAS TAXAS DE PERMANÊNCIA (CHAPPELL et al., 2004);**
- **AUMENTAM A SATISFAÇÃO DAS PESSOAS USUÁRIAS (KWAN & SANDERCOCK, 2004);**
- **MELHORAM A QUALIDADE DA ATENÇÃO (THOMAS et al., 2004);**
- **LEVAM A MELHORES RESULTADOS CLÍNICOS (SO WY et al. (2003);**
- **DIMINUEM O USO DE MEDICAMENTOS (JOHNSON et al., 2000);**
- **REDUZEM OS CUSTOS DA ATENÇÃO À SAÚDE (CRANE & WEBER, 1999)**

AS DIRETRIZES CLÍNICAS E O DESENHO DAS REDES DE ATENÇÃO SAÚDE



O MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS (MACC)



AS SINGULARIDADES DAS DIRETRIZES CLÍNICAS NO MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS

- **A ESTRATIFICAÇÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE POR RISCOS SEGUNDO O MODELO DA PIRÂMIDE DE RISCOS**
- **DEFINIÇÃO DE PARÂMETROS POPULACIONAIS PARA CADA ESTRATO DE RISCO:**
85% DE GESTANTES DE RISCO HABITUAL E 15% DE ALTO RISCO
- **A DEFINIÇÃO DE PARÂMETROS DE COBERTURA POPULACIONAL, POR TIPO DE INTERVENÇÃO, PARA CADA ESTRATO DE RISCO**
100% DOS IDOSOS DE RISCO HABITUAL RELIZAM 1 CONSULTA MÉDICA ANUAL
100% DOS IDOSOS FRÁGEIS REALIZAM 3 CONSULTAS MÉDICAS ANUAIS
- **A DEFINIÇÃO DAS SITUAÇÕES DE ALTA COMPLEXIDADE QUE EXIGEM A GESTÃO DE CASO**

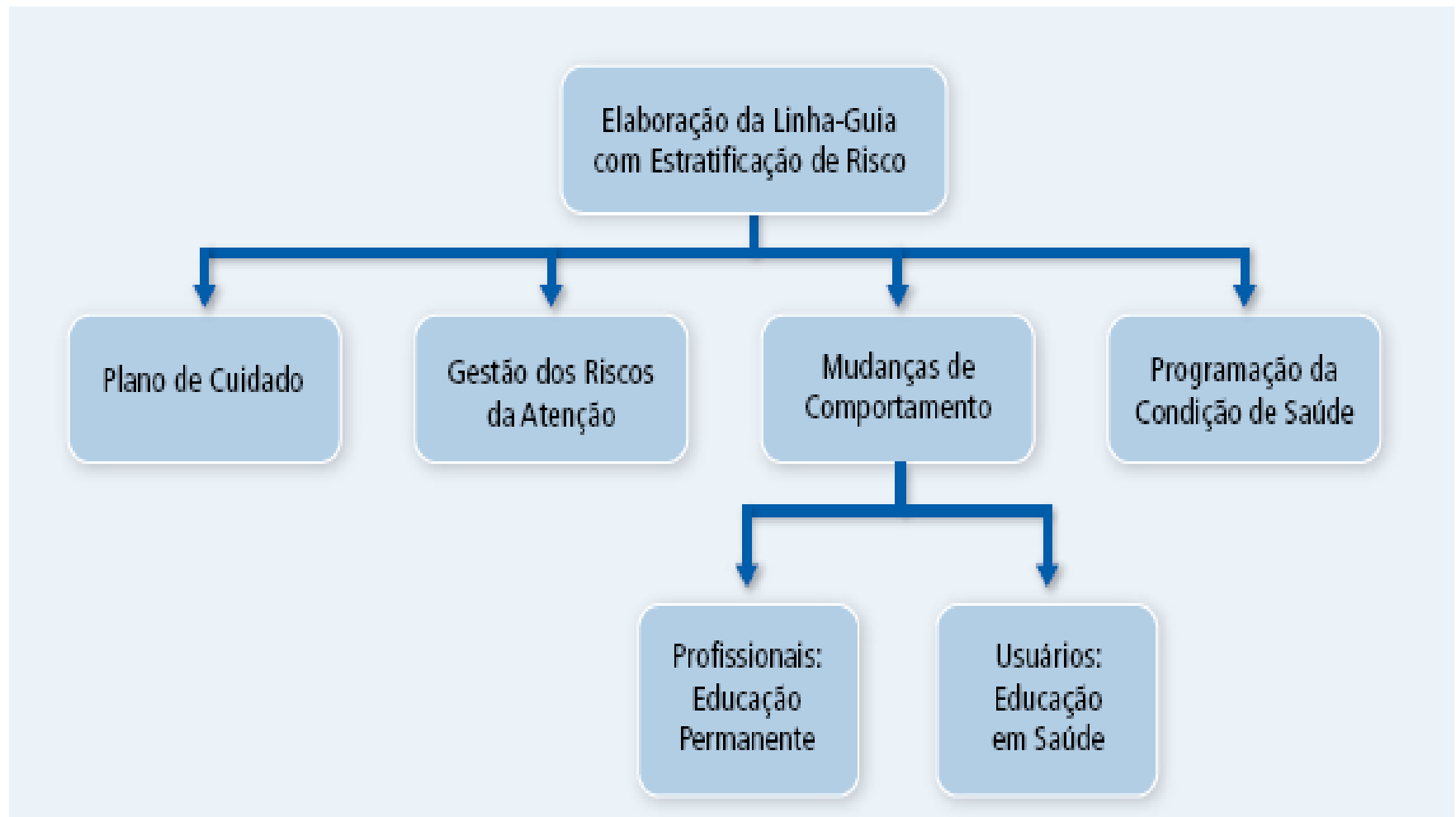
OUTRAS FUNCIONALIDADES DAS DIRETRIZES CLÍNICAS NA GESTÃO DA CLÍNICA

- **O DESENHO DO PROGRAMA DE ATENÇÃO À CONDIÇÃO CRÔNICA**
- **A DEFINIÇÃO DOS INDICADORES DE ESTRUTURA, PROCESSOS E RESULTADOS**
- **O DESENHO DO SISTEMA DE MONITORAMENTO: LINHA DE BASE E MEDIÇÃO LONGITUDINAL**

O CONCEITO DE GESTÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE

A GESTÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE PODE SER DEFINIDA COMO O PROCESSO DE GERENCIAMENTO DE UMA DETERMINADA CONDIÇÃO DE SAÚDE, JÁ ESTABELECIDADA, POR MEIO DE UM CONJUNTO DE INTERVENÇÕES GERENCIAIS, EDUCACIONAIS E NO CUIDADO, COM O OBJETIVO DE ALCANÇAR BONS RESULTADOS CLÍNICOS DE FORMA EFICIENTE, DE REDUZIR OS RISCOS PARA OS PROFISSIONAIS E PARA AS PESSOAS, CONTRIBUINDO PARA A MELHORIA DA QUALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE

A GESTÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE



O PLANO DE CUIDADO

- **O DIAGNÓSTICO FÍSICO, PSICOLÓGICO E SOCIAL**
- **A EXPLICITAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE CURTO, MÉDIO E LONGO PRAZOS E A DEFINIÇÃO DOS RESPONSÁVEIS POR ELAS NA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL**
- **A ELABORAÇÃO CONJUNTA DE METAS A SEREM CUMPRIDAS**
- **A DEFINIÇÃO DOS PASSOS PARA ALCANÇAR ESSAS METAS**
- **A IDENTIFICAÇÃO DOS OBSTÁCULOS AO ALCANCE DAS METAS**
- **AS AÇÕES PARA SUPERAR ESSES OBSTÁCULOS**
- **O SUPORTE E OS RECURSOS NECESSÁRIOS PARA ALCANÇAR AS METAS**
- **O ESTABELECIMENTO DO NÍVEL DE CONFIANÇA DA PESSOA USUÁRIA PARA ALCANÇAR AS METAS**
- **O MONITORAMENTO CONJUNTO DAS METAS**

O CONCEITO DE GESTÃO DOS RISCOS DA ATENÇÃO

A GESTÃO DOS RISCOS DA ATENÇÃO PROCURA AUMENTAR A CAPACIDADE DAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE E DE SEUS MEMBROS PARA DESENVOLVER AÇÕES POSITIVAS QUE REDUZAM OS RISCOS DE MORTE, DE DANOS E DE SEQUELAS PARA AS PESSOAS USUÁRIAS E PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E AS SUAS CONSEQUÊNCIAS ECONÔMICAS, MORAIS OU DE PRESTÍGIO PARA AS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

A GESTÃO DOS RISCOS DA ATENÇÃO

- **A DEFINIÇÃO DE PADRÕES ÓTIMOS DE SEGURANÇA**
- **A IMPLANTAÇÃO DE SISTEMA DE REGISTRO DE EVENTOS ADVERSOS**
- **A IMPLANTAÇÃO DE SISTEMA DE VIGILÂNCIA DE RISCO COMO A FARMACOVIGILÂNCIA**
- **IMPLANTAÇÃO DE SISTEMA DE OUVIDORIA QUE ACOLHA AS INFORMAÇÕES SOBRE MÁS PRÁTICAS DADAS PELAS PESSOAS USUÁRIAS**
- **A ARTICULAÇÃO COM O SISTEMA DE AUDITORIA**
- **A IMPLANTAÇÃO DE SISTEMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM RISCOS DA ATENÇÃO**
- **A INFORMAÇÃO DAS PESSOAS USUÁRIAS SOBRE OS RISCOS E OS BENEFÍCIOS DA ATENÇÃO À SAÚDE**

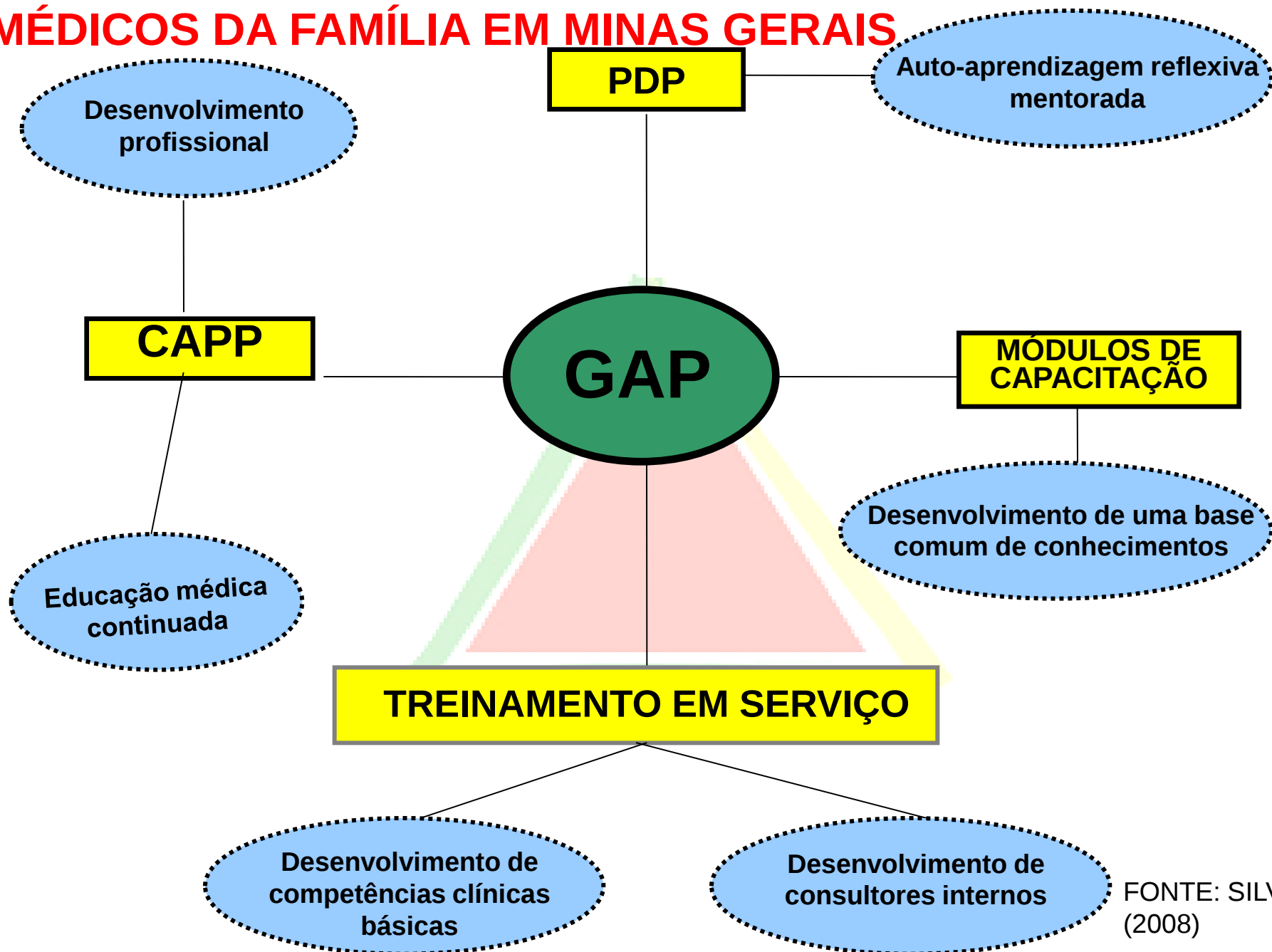
AS INTERVENÇÕES EDUCACIONAIS

- **A EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE COM BASE NOS PRINCÍPIOS DA ANDRAGOGIA**
- **A EDUCAÇÃO EM SAÚDE DAS PESSOAS USUÁRIAS COM BASE EM TECNOLOGIAS DOS CAMPOS DA EDUCAÇÃO E DA PSICOLOGIA**

UMA EDUCAÇÃO PERMANENTE EFETIVA COM BASE NA ANDRAGOGIA

- **CENTRADA NO APRENDIZ**
- **CENTRADA NA INDEPENDÊNCIA E NA AUTOGESTÃO DA APRENDIZAGEM**
- **VALORIZAÇÃO DA APRENDIZAGEM TUTORIAL**
- **VALORIZAÇÃO DA APRENDIZAGEM POR PROBLEMAS**
- **VALORIZAÇÃO DA APRENDIZAGEM SIGNIFICATIVA**
- **VALORIZAÇÃO DOS CÍRCULOS DE PARES**
- **INTEGRAÇÃO DOS FATORES DE MUDANÇA DA PRÁTICA PROFISSIONAL: PREDISPONENTES, HABILITADORES, REFORÇADORES E MULTIPOTENCIAIS**
- **REALIZADA DE FORMA PERMANENTE E EM TEMPO PROTEGIDO**

O PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE DE MÉDICOS DA FAMÍLIA EM MINAS GERAIS



FONTE: SILVERIO
(2008)

A EDUCAÇÃO EM SAÚDE

- **TEM UMA DE SUAS BASES NAS DIRETRIZES CLÍNICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIA**
- **VALORIZADORA DO REPERTÓRIO DE CONHECIMENTOS, HABILIDADES E PRÁTICAS DAS PESSOAS USUÁRIAS**
- **FOCALIZADA NAS MUDANÇAS DE COMPORTAMENTOS DAS PESSOAS USUÁRIAS**
- **USO DE TECNOLOGIAS QUE ESTIMULAM AS MUDANÇAS DE COMPORTAMENTOS: MODELO TRANSTEÓRICO, ENTREVISTA MOTIVACIONAL, GRUPO OPERATIVO E TÉCNICAS DE SOLUÇÃO DE PROBLEMAS**
- **USO DE FERRAMENTAS DE COMUNICAÇÃO EFETIVAS**
- **AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DOS MÉTODOS COMUNICACIONAIS**

A PROGRAMAÇÃO, O MONITORAMENTO E A AVALIAÇÃO

- **A PLANILHA DE PROGRAMAÇÃO DAS LINHAS-GUIA**
- **A PROGRAMAÇÃO LOCAL POR ESTRATOS DE RISCO**
- **A ELABORAÇÃO, O MONITORAMENTO E A AVALIAÇÃO DO CONTRATO DE GESTÃO**
- **O PAGAMENTO POR PERFORMANCE**

Atenção à criança da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde		
CÁLCULO DA POPULAÇÃO ALVO		
CRIANÇAS DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA		NÚMERO
Residência domiciliar		
Condição: de 0 a 5 anos		
Condição: de 0 a 5 anos		
CRIANÇAS COM RISCO DE RISCO		NÚMERO
Residência domiciliar, Prontuário		
Residência domiciliar, Não Prontuário		
Residência domiciliar, Não Prontuário		
RESULTADO	ATIVIDADE	INDICADOR
Atendimento realizado às primeiras seis de vida das crianças vacinadas na USU, residente na área de abrangência da USU.	Realizar a Vacina de Proteção contra as doenças infecciosas e parasitárias no Prontuário.	Realizar a Vacina de Proteção contra as doenças infecciosas e parasitárias em 100% das crianças inscritas no sistema, residente na área de abrangência da USU, residentes de 0 a 5 anos, no 1º mês de vida.
	Inscrever a criança da área de abrangência no acompanhamento da primeira dose.	100% das crianças inscritas no sistema, residente na área de abrangência da USU, residentes de 0 a 5 anos, no 1º mês de vida.
	Realizar o registro e consulta (inscrição e de acompanhamento) de acompanhamento para a criança de risco de alta taxa de mortalidade por causa de vida.	• Mínimo de 3 consultas no 1º trimestre. • Mínimo de 2 consultas no 2º trimestre. • Mínimo de 1 consulta no 3º trimestre.
	Controlar e monitorar conforme o encontrado no Prontuário.	100% das crianças inscritas no sistema, residente na área de abrangência da USU, residentes de 0 a 5 anos, no 1º mês de vida.
	Controlar e acompanhar conforme o encontrado no Prontuário.	100% das crianças inscritas no sistema, residente na área de abrangência da USU, residentes de 0 a 5 anos, no 1º mês de vida.
REVISÃO		
Vigilância dos RIs sobre a população e RIs de áreas de abrangência.	4 vezes por mês e 1 vez por ano no RDI, RDI e RDI de áreas de abrangência.	100% do RDI, RDI e RDI de áreas de abrangência.
	Realizar o monitoramento e acompanhamento da população de risco de alta taxa de mortalidade.	100% das crianças inscritas no sistema, residente na área de abrangência da USU, residentes de 0 a 5 anos, no 1º mês de vida.
	Realizar consulta segundo o RDI de áreas de abrangência.	100% dos RIs sobre áreas de abrangência, incluindo consulta mensal de acompanhamento.

192

FONTE: SAS/SAPS/SESMG (2006)

O CONTRATO DE GESTÃO E PAGAMENTO POR PERFORMANCE NA SMS DE CURITIBA

O IDQ é um programa de pagamento por desempenho que objetiva promover o espírito de equipe e incentivar o alcance de metas prioritárias. O bônus pago aos servidores varia entre 20% e 50% do salário e depende de certas circunstâncias locais, definidas em Decreto Municipal. O bônus é pago mensalmente a cada servidor.

Os indicadores de desempenho estão focados na qualidade dos serviços e na satisfação das pessoas usuárias.

A avaliação do IDQ baseia-se em quatro elementos: a avaliação dos servidores pelos supervisores, a autoavaliação, a avaliação da equipe e a avaliação comunitária da unidade feita pelo Conselho Local de Saúde.

A folha de avaliação é a mesma para a avaliação dos supervisores e para a autoavaliação e engloba vários fatores: conhecimento e competência, postura profissional, relações interpessoais, assiduidade e pontualidade e qualidade do trabalho. Esses fatores são desdobrados em pontos que têm pesos diferenciados.

A avaliação das equipes é feita por um conjunto de indicadores, selecionados entre os 79 indicadores do Plano Operativo Anual. Esses indicadores são os mesmos para todas as equipes, mas as metas são negociadas em função das diferentes realidades das equipes no município. Os indicadores são definidos em cinco áreas: saúde da mulher, saúde da criança, saúde do adulto, saúde bucal e epidemiologia. Em 2010, havia 14 indicadores subdivididos por essas cinco áreas. Os pesos de cada indicador variam, chegando a um escore total de 100.

A avaliação comunitária é feita pelo Conselho Local de Saúde que existe em cada área de abrangência das unidades de APS.

O escore final é composto e definido por pesos distintos: avaliação dos servidores pelos supervisores: 45%; autoavaliação: 5%; avaliação das equipes 35%; avaliação comunitária: 15%. O bônus é pago a todos os servidores que alcançarem um escore igual ou superior a 80 pontos.

AS EVIDÊNCIAS SOBRE A GESTÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE

HÁ EVIDÊNCIAS SOBRE O IMPACTO FAVORÁVEL DESTA TECNOLOGIA EM:

INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Department of Health. National Service Framework for Coronary Heart Disease. HMSO, 2000. And Doughty

RN, Wright SP, Pearl A, Walsh HJ, Muncaster S, Whalley GA et al. Randomized, controlled trial of integrated heart failure management: The Auckland Heart Failure Management Study. Eur Heart J 2002;23:139-46. And Knox D, Mischke L. Implementing a congestive heart failure disease management program to decrease length of stay and cost. J Cardiovasc Nurs 1999;14:55-74. And Stewart S, Blue L, Walker A, Morrison C, McMurray JJ. An economic analysis of specialist heart failure nurse management in the UK; can we afford not to implement it? Eur Heart J 2002;23:1369-78.

DPOC E ASMA

Bourbeau J, Julien M, Maltais F, Rouleau M, Beaupre A, Begin R et al. Reduction of hospital utilization in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a disease-specific self-management intervention. Arch Intern Med 2003;163:585-91. And Morrison DS, McLoone P. Changing patterns of hospital admission for asthma, 1981-97. Thorax 2001;56:687-90. And Baker D, Middleton E, Campbell S. The impact of chronic disease management in primary care on inequality in asthma severity. J Public Health Med 2002;25:258-60. And Naish J, Sturdy P, Griffiths C, Toon P. Appropriate prescribing in asthma. BMJ 1995;310:1472. And Barbanel D, Eldridge S, Griffiths C. Can a self-management programme delivered by a community pharmacist improve asthma control? A randomised trial. Thorax 2003;58:851-4. And Griffiths C, Foster G, Barnes N, Eldridge S, Tate H, Begum S et al. Specialist nurse intervention to reduce unscheduled asthma care in a deprived multiethnic area: the east London randomised controlled trial for high risk asthma (ELECTRA) [In Process Citation]. BMJ 2004;328:144.

DIABETES

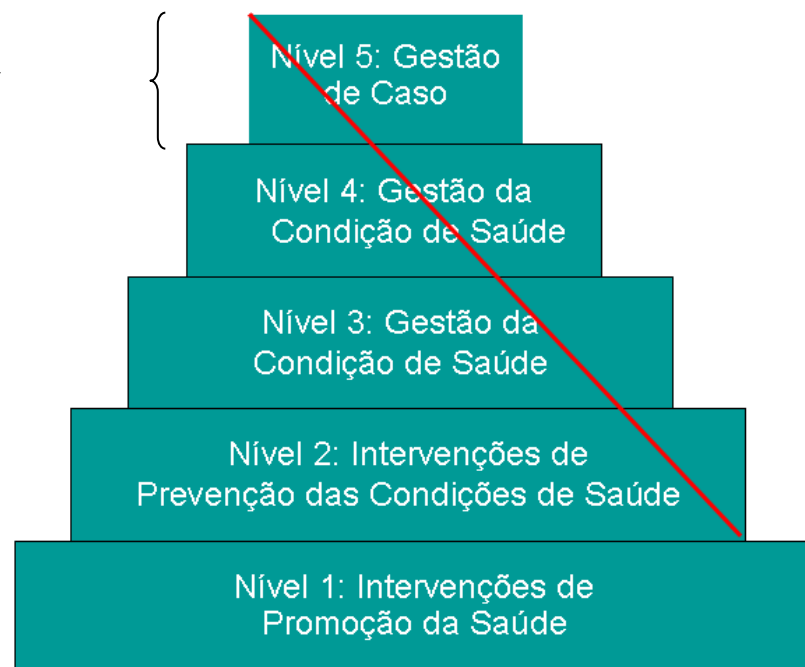
Renders CM, Valk GD, Griffin S, Wagner EH, Eijk JT, Assendelft WJ. Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings. Cochrane Database Syst Rev 2001;CD001481. And Sidorov J, Gabbay R, Harris R, Shull RD, Girolami S, Tomcavage J et al. Disease management for diabetes mellitus: impact on hemoglobin A1c. Am J Manag Care 2000;6:1217-26. And Sidorov 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 associated with a health maintenance organization-sponsored disease management program among patients fulfilling health employer data and information set criteria. Diabetes Care 2002;25:684-9. And Vrijhoef HJ, Spreeuwenberg C, Eijkelberg IM, Wolffenbuttel BH, van Merode GG. Adoption of disease management model for diabetes in region of Maastricht. BMJ 2001;323:983-5.

DEPRESSÃO

Oslin DW, Sayers S, Ross J, Kane V, Ten Have T, Conigliaro J et al. Disease management for depression and at-risk drinking via telephone in an older population of veterans. Psychosom Med 2003;65:931-7. And Coyne JC, Brown G, Datto C, Bruce ML, Schulberg HC, Katz I. The benefits of a broader perspective in case-finding for disease management of depression: early lessons from the PROSPECT Study. Int J Geriatr Psychiatry 2001;16:570-6. And Scott J, Thorne A, Horn P. Quality improvement report: Effect of a multifaceted approach to detecting and managing depression in primary care. BMJ 2002;325:951-4. And Roberts K, Cockerham TR, Waugh WJ. An innovative approach to managing depression: focus on HEDIS standards. J Healthc Qual 2002;24:11-64.

NÍVEL 5: AS INTERVENÇÕES SOBRE AS CONDIÇÕES DE SAÚDE ESTABELECIDAS DE ALTA COMPLEXIDADE: A GESTÃO DE CASO

CONDIÇÕES DE
SAÚDE MUITO
COMPLEXAS



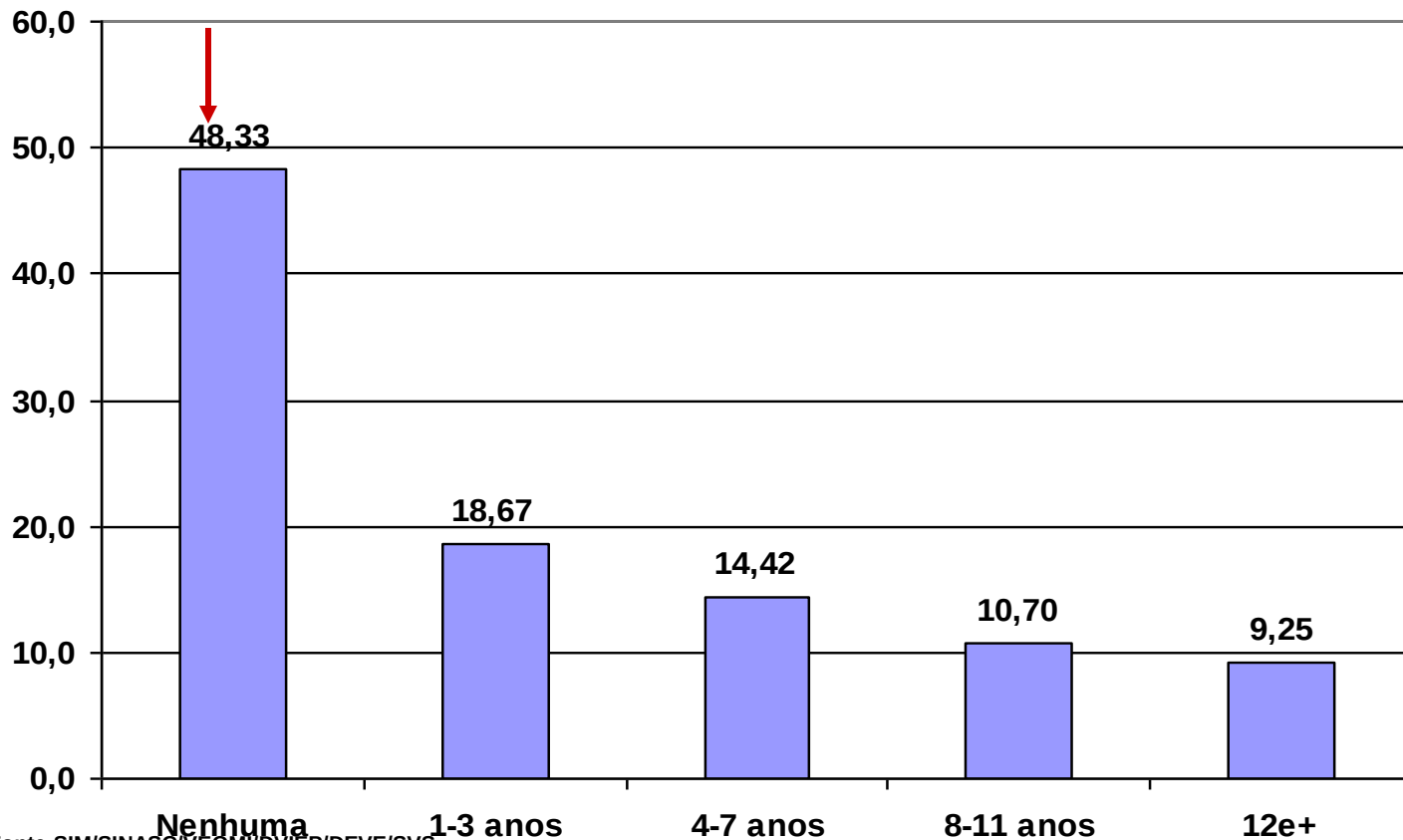
O CONCEITO DE GESTÃO DE CASO

A GESTÃO DE CASO É O PROCESSO COOPERATIVO QUE SE DESENVOLVE ENTRE UM PROFISSIONAL GESTOR DE CASO E UMA PESSOA PORTADORA DE UMA CONDIÇÃO DE SAÚDE MUITO COMPLEXA E SUA REDE DE SUORTE PARA PLANEJAR, MONITORAR E AVALIAR OPÇÕES DE CUIDADOS E DE COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE, DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA PESSOA E COM O OBJETIVO DE PROPICIAR UMA ATENÇÃO DE QUALIDADE, HUMANIZADA E CAPAZ DE AUMENTAR A CAPACIDADE FUNCIONAL E DE PRESERVAR AUTONOMIA INDIVIDUAL E FAMILIAR

O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DA GESTÃO DE CASO

- **A SELEÇÃO DO CASO**
- **A IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA**
- **A ELABORAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO DE CUIDADO**
- **O MONITORAMENTO E A AVALIAÇÃO DO PLANO DE CUIDADO**

**Coeficiente de Mortalidade Infantil por 1000 Nascidos Vivos,
conforme o grau de instrução da mãe. Paraná, 2006 a 2010***



Fonte: SIM/SINASC/VEOMI/DVIEP/DEVE/SVS

* Dados Preliminares até dez/2011

CMI mães analfabetas ou com menos de 3 anos de estudo - 22,64/1000NV
Risco de morte 2,5 vezes maior para filhos com mães de baixa escolaridade

A GESTÃO DE CASO NA APS NA SMS DE UBERLÂNDIA

Em 2011, implementou-se a gestão de caso, tendo como foco a intensificação das ações para o acompanhamento de gestantes e crianças de muito alto riscos, pelas equipes da APS, em que os assistentes sociais assumiram a coordenação das ações que constam no plano de cuidados. O plano de cuidado é elaborado com a gestante de muito alto risco ou com o responsável pela criança de muito alto risco e a equipe da APS. Para isso, são feitas entrevistas individuais e com os familiares, além de visitas domiciliares. O assistente social participa junto com a equipe multidisciplinar na elaboração do plano de cuidado, na avaliação, discussão de casos, análise da situação, fornecendo subsídios sociais e dados que possam contribuir para o diagnóstico e para o acompanhamento dos casos. Um conjunto de iniciativas são propostas prevendo a compreensão, aceitação e adesão da gestante de muito alto risco e do responsável pela criança de muito alto risco, ao plano de cuidado. As avaliações, previstas no plano de cuidado, são constantes e permitem, se necessário, a busca de novas alternativas, enriquecendo as ações e melhorando a adesão ao plano. No período de maio de 2011 a fevereiro de 2012, do total de 4.707 gestantes, 4000 (85%) foram estratificadas em risco habitual e 707 gestantes de alto risco (15%). No grupo de gestantes alto risco foram identificados 120 casos de muito alto risco, que foram inseridos na gestão de caso. Nesses casos, 13 mulheres tiveram os bebês em boas condições e estão em acompanhamento pela equipe da APS e os demais 107 casos, permanecem em gestão de caso. Do total de casos acompanhados, três resultaram em óbitos infantis, dos quais um foi considerado inevitável e dois evitáveis, e nenhuma morte materna.

AS EVIDÊNCIAS SOBRE A GESTÃO DE CASO

- **DIMINUI AS URGÊNCIAS POR AGUDIZAÇÃO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS**
- **DIMINUI AS INTERNAÇÕES HOSPITALARES**
- **EVITA AS INTERNAÇÕES SOCIAIS**
- **PROVÊ UM CONTACTO HUMANO E DURADOURO COM AS PESSOAS PORTADORAS DE CONDIÇÕES MUITO COMPLEXAS**
- **MONITORA AS INTERVENÇÕES MÉDICAS REDUZINDO OS EVENTOS ADVERSOS**
- **AUMENTA A SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS**

FONTES: HOLLOWAY et al. (1995); MUKAMEL et al. (1997); AUBERT et al. (1998); FERGUSON & WEINBERGH (1998); GORVEY et al. (1998); BARNABEI et al. (1998); RICH & NEASE (1999); HICKEY et al. (2000); POWELL (2000); ALLIOTA (2001); ALLEN et al. (2002); NORRIS et al. (2002); RIEGEL et al. (2002); LARAMEE et al. (2003); SVOREN et al. (2003); KREIN et al. (2004); SINGH (2005)

O CONCEITO DE LISTA DE ESPERA

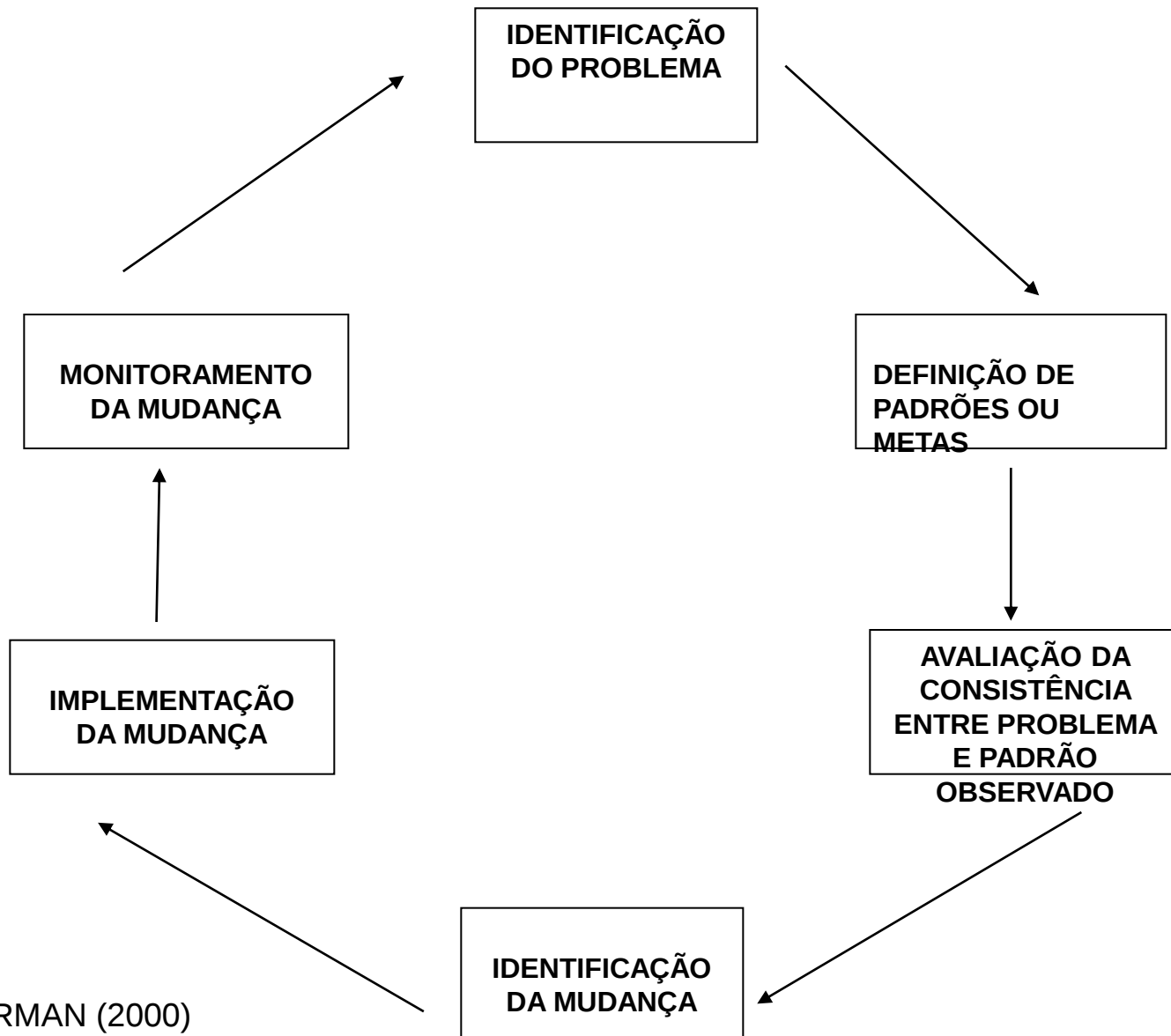
- **AS LISTAS DE ESPERA CONSTITUEM UMA TECNOLOGIA DE GESTÃO DA CLÍNICA ORIENTADA A RACIONALIZAR O ACESSO A SERVIÇOS EM QUE EXISTE UM DESEQUILÍBRIO ENTRE OFERTA E DEMANDA.**
- **ESSA TECNOLOGIA, PARA FUNCIONAR ADEQUADAMENTE, IMPLICA DUAS CONDIÇÕES ESSENCIAIS: A TRANSPARÊNCIA E O ORDENAMENTO POR RISCOS DO ACESSO DA POPULAÇÃO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

O CONCEITO DE AUDITORIA CLÍNICA

É O PROCESSO SISTEMÁTICO PELO QUAL OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE CONTINUAMENTE MONITORAM E AVALIAM SUAS PRÁTICAS CLÍNICAS, A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS, AS FUNÇÕES GERENCIAIS E AS ATIVIDADES EDUCACIONAIS

FONTE: NORMAN E REDFERN (2000).

O CICLO DA AUDITORIA CLÍNICA



AS TECNOLOGIAS DE AUDITORIA CLÍNICA

- A REVISÃO DO USO
- A PERFILIZAÇÃO CLÍNICA
- A APRESENTAÇÃO DE CASOS
- A REVISÃO DE EVENTOS-SENTINELAS
- A REVISÃO DE EVENTOS ADVERSOS
- OS *SURVEYS*

FONTES: ROBINSON & STEINER (1998); KOGAN & REDFERN (2000); COCHRANE (2001)

AS TECNOLOGIAS DE REVISÃO DO USO

- **A REVISÃO PROSPECTIVA**
- **A REVISÃO CONCOMITANTE**
- **A REVISÃO RETROSPECTIVA**
- **A SEGUNDA OPINIÃO**
- **A REVISÃO POR PARES**

UMA REFLEXÃO:

**“AS DIRETRIZES CLÍNICAS NÃO SÃO
TRILHOS; SÃO TRILHAS”**

FONTE: ALGEMAR (2004)