

Desenvolvimento de uma escala clínico-funcional para casos complexos

Development of a clinical-functional scale for complex cases

Estevão Alves Valle¹
Paulo Magno do Bem Filho¹
Ana Beatriz de Pinho Barroso¹
Sérgio Adriano Loureiro Bersan¹

Resumo

O envelhecimento populacional, o aumento da morbi-mortalidade secundária as doenças crônicas não-transmissíveis e a incorporação de novas tecnologias à medicina vêm desafiando os sistemas de saúde. Modelos de *case-mix* têm sido desenvolvidos com a finalidade de propiciar uma metodologia de alocação de recursos capaz de também mensurar e avaliar o desempenho de prestadores de saúde. Numerosas alternativas de classificações de pacientes para mensurar o *case-mix* têm sido propostas, seja no contexto hospitalar, ambulatorial, de unidades especializadas, dentre outros. No nosso meio, essas metodologias ainda são escassas ou pouco avaliadas. Este estudo apresenta uma escala clínico-funcional que delinea um sistema de *case-mix* de casos complexos, baseando-se na experiência de um grande serviço de atenção domiciliar em uma operadora de plano de saúde do tipo cooperativa médica em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Trata-se de um instrumento, simples, acessível a múltiplas especialidades de profissionais de saúde e passível de aplicação em várias modalidades de assistência a idosos e portadores de doenças que levam à incapacidade funcional.

Palavras-chave:

Envelhecimento da população. Classificação. Saúde do portador de deficiência ou incapacidade. Saúde do idoso.

Abstract

Population aging, the increase in noncommunicable chronic diseases morbimortality and healthcare technology incorporation are all challenging the health systems. Case-mix models are being developed in order to present a methodology for resources allocation and also measurement and evaluation of health providers' performance. Numerous patients' categorizations accomplishing case-mix measures, either in hospital, ambulatories, special units and other settings have been proposed. In our context, these methodologies are scarce or barely evaluated. This study presents a clinical-functional scale which outlines a case-mix system for complex cases, based on the large experience of a home care service, funded by a health maintenance organization (medical cooperative type) in Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. It is a simple, accessible to multiple healthcare specialties and applicable to care modalities for elderly and those suffering incapacitating diseases.

Key words:

Aging population. Classification. Disabled health. Health of the elderly.

¹ Unimed Belo Horizonte, MG, Brasil

Correspondência / Correspondence

Estevão Alves Valle
Unimed Belo Horizonte
Av. Francisco Sales, 1483
30150-221 - Belo Horizonte, MG, Brasil
E-mail: evalle@unimedbh.com.br

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional, o aumento da morbi-mortalidade secundária a doenças crônicas não-transmissíveis e a incorporação de novas tecnologias vêm desafiando os sistemas de saúde. À medida que esse cenário se intensifica, mais se torna imperativo analisar metodologias de alocar recursos na assistência à saúde de forma equilibrada, com equidade e qualidade, respeitando as necessidades dos indivíduos sem comprometer a sustentabilidade do sistema.

Sistemas de *case-mix* têm sido desenvolvidos com essa finalidade e o principal exemplo são os “Diagnostic Related Groups” (DRGs), já amplamente utilizados nos Estados Unidos e na Europa¹. Constituem uma classificação que busca inter-relacionar atributos distintos de pacientes, como a gravidade da doença, prognóstico, dificuldade no tratamento, necessidade de intervenção e intensidade de recursos, propiciando assim a mensuração e avaliação do desempenho dos hospitais, sobretudo na condução de casos agudos². Em paralelo ao desenvolvimento dos DRGs, numerosas alternativas de classificações de pacientes para mensurar o *case-mix* têm sido propostas, seja no contexto hospitalar, ambulatorial, de unidades especializadas, dentre outros.

Este estudo tem como objetivo apresentar uma escala clínico-funcional (ECF), aplicável a modalidades de assistência a idosos e portadores de doenças que levam à incapacidade funcional, que possa servir categorização em *case-mix*, subsidiar tomada de decisões para a alocação de recursos e detectar características preditivas de uso intensivo de serviços de saúde.

METODOLOGIA

O Serviço de Atenção Domiciliar da Unimed Belo Horizonte (SAD Unimed-BH) foi criado com o objetivo de realizar gerenciamento de casos complexos, em geral idosos, com grande número de comorbidades e incapacidade funcional. Fundamenta-se no trabalho multiprofissional prático, com atenção a necessidades percebidas e não

percebidas pelos pacientes ou familiares, promovendo a aderência e o seguimento de protocolos de tratamento, evitando complicações e propiciando uma melhor qualidade de vida³. As atividades assistenciais são desenvolvidas por profissionais médicos, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas e psicólogos. As modalidades prestadas em domicílio variam desde intervenções específicas em domicílio, como antibioticoterapia venosa e curativos, até internação domiciliar para cuidados paliativos ou ventilação mecânica. Já assistiu a mais de 6.000 clientes na região metropolitana de Belo Horizonte, beneficiários de operadora de plano de saúde do tipo cooperativa médica.

As variáveis de escolha para confecção da ECF foram selecionadas pelos autores e, para cada uma delas, foi atribuído um escore com base no julgamento clínico e no acompanhamento de casos mais frequentes no SAD Unimed-BH, cujos riscos e chances de demandar cuidados intensivos de saúde eram conhecidos.

Foi considerada a faixa etária dividida em três categorias: até 80 anos, entre 80 e 89 anos e aquela com indivíduos com 90 ou mais anos.

A avaliação do estado cognitivo baseou-se na versão em português da escala *Clinical Dementia Rating*⁴. A classificação 0 nessa escala equivaler à categoria “Ausência de déficit cognitivo significativo”, as classificações 0,5 e 1, à categoria “Demência em grau leve ou suspeita” e as classificações 2 e 3, à categoria “Demência estabelecida em fase moderada a avançada” na escala atualmente proposta.

O grau de dependência para atividades básicas da vida diária AVD foi definida por meio da escala de Katz⁵, ou seja, incapacidade para realizar pelo menos uma entre cinco atividades básicas da vida diária, como alimentar-se, tomar banho, utilizar o banheiro, vestir-se, transferir-se da cama para uma cadeira, e uma função continência urinária. Foram divididas em três categorias, a saber, independência completa, dependência para qualquer AVD ou continência e, finalmente, dependência completa.

Quanto à via de alimentação, separaram-se em duas categorias a alimentação por via oral exclusiva daqueles com via enteral exclusiva, ou associada à via oral. Nesta última, seriam incluídos todos os indivíduos com nutrição por sonda nasointestinal, sonda de gastrostomia ou jejunostomia. Não foram incluídos na análise casos de nutrição por via parenteral.

De modo a se ter uma aproximação da carga de comorbidades e avaliar a presença de polifarmácia, utilizaram-se as categorias “Nenhum”, “1 a 5” “Mais de 5 medicamentos”, como preconizado por alguns autores⁶.

Outra variável a ser analisada, de grande relevância clínica e para planificação de cuidados, foi a presença de úlceras crônicas, aqui incluindo úlceras venosas, arteriais, mistas ou por pressão.

Aproveitou-se o estadiamento relativo a essa última etiologia, de modo a se obter um perfil de gravidade, categorizado a presença de qualquer lesão cutânea quanto a: “Ausência de lesões”, “Úlcera estágio I ou II” ou “Úlcera estágio III ou IV”⁷.

Com relação ao suporte ventilatório, procurou-se verificar o uso de oxigenoterapia suplementar, a presença de traqueostomia provisória ou definitiva, e o uso de respiradores por pressão positiva, intermitente ou contínuo, tanto por via invasiva ou quanto por não-invasiva⁸.

RESULTADOS

A ECF, com suas categorias e respectivos escores, encontra-se descrita na tabela 1.

Tabela 1 – Variáveis de interesse da ECF, com seus respectivos escores. Belo Horizonte, MG, 2009.

Variáveis de interesse	Categoria	Escore
Idade	Maior ou igual a 90 anos	3
	80 a 89 anos	1
	Abaixo de 80 anos	0
Estado cognitivo	Demência estabelecida (em fase moderada a avançada)	3
	Demência em grau leve ou suspeita	2
	Ausência de déficit cognitivo significativo	0
Dependência para atividades básicas da vida diária	Dependência total	3
	Dependência para alguma atividade básica	2
	Independência total	0
Via de alimentação	Enteral	2
	Oral	0
Integridade cutânea	Úlcera estágios III ou IV	2
	Úlcera estágios I ou II	1
	Ausência de lesões	0
Uso de medicamentos	Mais de 5 medicamentos	2
	1 a 5 medicamentos	1
	Nenhum	0
Suporte ventilatório	Uso de oxigênio ou de ventilação mecânica	3
	Traqueostomia	1
	Ar ambiente	0

O somatório dos escores foi utilizado para gerar agrupamentos de *case-mix*, descritos na tabela 2.

Tabela 2 – Descrição dos níveis de complexidade, com as respectivas faixas de escore. Belo Horizonte, MG, 2009.

Pontuação	Nível de classificação	Descrição
0 a 2	0	Dependência funcional discreta ou ausente, comorbidades complexas, sem necessidade do uso de dispositivos
3 a 5	1	Moderada dependência funcional, com comorbidades ou tratamentos complexos
6 a 8	2	Moderada a grave incapacidade funcional, com comorbidades ou tratamentos complexos, requerendo na maior parte das vezes assistência para atividades diárias, podendo ou não utilizar dispositivos
9 ou mais	3	Grave incapacidade funcional, sempre requerendo assistência para as atividades diárias e para a própria sobrevivência, com uso de dispositivos, inclusive de suporte ventilatório

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

O presente estudo apresenta a ECF, aplicável a distintas modalidades de assistência a idosos e portadores de doenças crônicas, com níveis variados de incapacidade funcional. Tem como principais vantagens a facilidade para aplicação e a abrangência dos principais determinantes associados a desfechos negativos nessa população.

Há escassa literatura no nosso meio sobre modelos de avaliação de complexidade, planificação de cuidados e marcadores prognósticos em atenção e assistência a esse perfil de indivíduos. Instrumentos como esse são atributos essenciais para a organização de

sistemas de saúde que sejam de fato efetivos e resolutivos⁹.

Uma vez que essas metodologias de *case-mix* não necessariamente são generalizáveis, deve haver o cuidado de se realizar adaptações à realidade de diferentes grupos de indivíduos, modalidades de atenção e sistemas de saúde. Além disso, deve visar não somente à validade estatística, mas também à prática clínica¹⁰.

Este trabalho preliminar deve ser complementado com a avaliação da concordância inter-examinadores, a verificação da aplicação por diferentes profissionais de saúde e a correlação com dos *case-mix*, com a utilização de recursos e a incidência de desfechos relacionados, como marcadores clínicos, funcionais, de qualidade de vida e mortalidade.

REFERÊNCIAS

1. Fetter RB, et al. Case-mix definition by diagnosis-related groups. *Med Care* 1980; 18:1-53
2. Noronha MF, Portela MC, Lebrao ML. Potenciais usos dos AP-DRG para discriminar o perfil da assistência de unidades hospitalares. *Cad. Saúde Pública* 2004, 20, suppl.2, pp. S242-S255
3. Filho PMB. Avaliação de programa de gerenciamento de casos crônicos em plano de saúde do tipo autogestão em Minas Gerais. Belo Horizonte, 2007. [Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina da UFMG]
4. Montano MBM, Ramos LR. Validade da versão em português da Clinical Dementia Rating. *Rev. Saúde Pública* 2005; 39(6):912-917
5. Katz S, Down TD, Cash HR, Grotz RC. Progress in the development of the index of ADL. *Gerontologist*, 1970; 101:20-30
6. Linjakumpu T, Hartikainen S, Klaukka T, Veijola J, Kivelä SL, Isoaho R. Use of medications and polypharmacy are increasing among the elderly. *J Clin Epidemiol.* 2002; 558:809-17
7. Black J, et al. National Pressure Ulcer Advisory Panel. National Pressure Ulcer Advisory Panel. National Pressure Ulcer Advisory Panel's updated pressure ulcer staging system. *Dermatol Nurs.* 2007; 19:343-349.
8. Respiratory Home Care Focus Group AARC clinical practice guideline. Long-term invasive mechanical ventilation in the home—2007 revision & update *Respir Care.* 2007; 528:1056-62.
9. Veras R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. *Cad. Saúde Pública* 2003; 193:705-715.
10. Urquhart J, Kennie DC, Murdoch PS, Smith RG, Lennox I. Costing for long-term care: the development of Scottish health service resource utilization groups as a casemix instrument. *Age Ageing.* 1999; 282:187-92.

Recebido: 11/12/2009

Aprovado: 29/6/2010

