

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
ESPECIALIZAÇÃO EM MEDICINA DO TRABALHO

CINTIA VON DER OSTEN

**SUBSÍDIO DIFERENCIADO PARA TRATAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO
TRANSMISSÍVEIS – EXPERIÊNCIA DE UMA GRANDE CORPORAÇÃO**

CURITIBA

2014

CINTIA VON DER OSTEN

**SUBSÍDIO DIFERENCIADO PARA TRATAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO
TRANSMISSÍVEIS – EXPERIÊNCIA DE UMA GRANDE CORPORAÇÃO**

Artigo apresentado a Especialização em Medicina do Trabalho, do Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à conclusão do Curso.

Orientador(a): Paulo Zétola

CURITIBA

2014

SUMARIO

1. RESUMO.....	04
2. INTRODUÇÃO.....	05
3. OBJETIVO.....	07
4. MÉTODO.....	08
5. RESULTADOS.....	10
5.1 GRÁFICO 1.....	10
5.2 GRÁFICO 2.....	11
6. DISCUSSÃO.....	12
7. CONCLUSÃO.....	16
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	17

SUBSÍDIO DIFERENCIADO PARA TRATAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS – EXPERIÊNCIA DE UMA GRANDE CORPORação

RESUMO

Introdução: As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem problema de saúde de grande magnitude, correspondendo a 72% das causas de óbito. **Objetivo:** O objetivo geral deste estudo é identificação e monitoramento de pacientes portadores de doenças crônicas. Objetivo específico é fornecer subsídio de 70-80% da medicação. **Método:** Acompanhamento trimestral dos doentes crônicos no ambulatório da empresa para avaliar a efetividade do tratamento e benefício do programa. **Resultados:** No período de um ano, haviam 127 empregados incluídos no programa. As doenças mais frequentes foram hipotireoidismo (51,59%), hipertensão (30,16%), dislipidemias (17,46%), diabetes mellitus (15,08%), doenças respiratórias (0,79%), neoplasias (0,79%) e outros (1,59%) sendo que 19,84% dos pacientes tinham mais de um diagnóstico. Obtiveram comprometimento adequado ao programa 77,95% dos pacientes. **Discussão:** O hipotireoidismo foi a doença mais prevalente na empresa estudada e por isso foi incluído no programa. Dados do ministério da saúde relata que as doenças cardiovasculares são as condições crônicas mais prevalentes na população geral. Esta incoerência de valores encontrados está relacionada ao fornecimento das medicações para doentes crônicos nas farmácias populares. **Conclusão:** O tratamento não se resume ao uso da medicação é necessário o acompanhamento médico periódico, reavaliação contínua do esquema terapêutico e mudanças dos hábitos de vida.

Palavras-chave: Doença crônica; hipotireoidismo; subsídio de medicação.

1. INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde de 2013 define as doenças crônicas como um conjunto de condições crônicas. As doenças crônicas estão relacionadas a causas múltiplas, são caracterizadas por evolução gradual, de prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração. Apresentam curso clínico que muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização, podendo gerar incapacidades.

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem problema de saúde de grande magnitude, correspondendo a 72% das causas de óbito (Ministério da Saúde - 2013). Atualmente, elas são responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de doenças globalmente. No ano 2020, serão responsáveis por 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento (Ministério da Saúde - 2013). Nesses países, a adesão ao tratamento chega a ser apenas de 20% (OMS, 2003). As doenças cardiovasculares constituem a grande maioria das doenças crônicas, sendo a hipertensão arterial sistêmica (HAS) a mais prevalente, aumentando progressivamente com a idade (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006). Diabetes mellitus (DM) e hipertensão arterial (HA) atingem, respectivamente, 6,3% e 23,3% dos adultos brasileiros (BRASIL, 2011). No Brasil, essas doenças representam a primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, sendo apontadas como responsáveis por mais da metade dos diagnósticos primários em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas à dialise no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro (OPAS, 2010).

Em relação às neoplasias, os tipos de câncer que causaram mais óbitos entre as mulheres foram os de mama (15,2%), seguido pelo câncer da traquéia, brônquios e pulmões (9,7%) e colo de útero (6,4%). Entre os homens, a primeira causa foi o câncer de traqueia, brônquios e pulmões (15%), seguido pelo de próstata (13,4%) e o de estômago (9,8%) (BRASIL, 2011).

Além da mortalidade, as doenças crônicas apresentam alta carga de

morbidades relacionadas. Elas são responsáveis por grande número de internações, principais causas de amputações e de outras disfunções neurológicas. Envolvem também perda significativa da qualidade de vida, que se aprofunda à medida que a doença se agrava.

Os determinantes sociais impactam fortemente na prevalência das doenças crônicas. As desigualdades sociais, diferenças no acesso aos bens e serviços, baixa escolaridade e as desigualdades no acesso à informação determinam, de modo geral, maior prevalência das doenças crônicas e dos agravos decorrentes da evolução dessas doenças (SCHMIDT et al., 2011).

Além de tudo, há o impacto econômico, fator que está relacionado não só com os altos gastos em saúde, mas também com as despesas geradas em função do absenteísmo, das aposentadorias e óbito da população economicamente ativa. Segundo estimativas, em 2025, o Brasil terá mais de 30 milhões de indivíduos com 60 anos ou mais, e a maioria deles, cerca de 85%, apresentará pelo menos uma doença crônica (IBGE, 2010).

Diante desses desafios, uma empresa de cosméticos situada em São José dos Pinhais/PR elaborou um Programa Específico para Doentes Crônicos (PAD) que tem por objetivo o desenvolvimento e implementação de políticas efetivas, integradas e sustentáveis para a prevenção das DCNT e redução dos fatores de risco dessas patologias. A adesão ao tratamento e o monitoramento contínuo são considerados como peças chaves no sucesso do manejo destes pacientes. Conseqüentemente, o programa visa qualificar o bom desempenho profissional e qualidade de vida no trabalho, além de valorizar a promoção da saúde e o cuidado integral do paciente.

2. OBJETIVO

Uma indústria cosmética do Município de São José dos Pinhais, estado do Paraná, elaborou um estudo prospectivo para avaliar as características das doenças crônicas não transmissíveis da população da empresa. A instituição aprovou um Programa Específico denominado de Programa de Acompanhamento de Doentes Crônicos (PAD) em 2012, no qual o empregado apto a receber o benefício, passa a ter um subsídio de 70% para medicamentos de referência e 80% para medicamentos genéricos. Os pacientes portadores destas patologias receberam este subsídio diferenciado para o tratamento das doenças crônicas, tendo como contrapartida a obrigatoriedade de participar do monitoramento do tratamento.

O objetivo geral deste estudo foi de analisar a eficácia do subsídio fornecido aos pacientes portadores de doenças crônicas, considerados aptos a participarem do PAD.

Os objetivos específicos foram verificar os benefícios do programa para evitar as complicações provenientes das patologias crônicas, e também, avaliar a prevalências das principais doenças que acometeram a população do programa.

3. MÉTODO

Foi realizado um estudo retrospectivo com um corte transversal no período de dezembro de 2012 a dezembro de 2013. O Programa de Acompanhamento de Doenças Crônicas (PAD) funciona da seguinte forma: Os colaboradores são informados do programa através de divulgações no sistema de informática interna da empresa, palestras e panfletos divulgados nos programas de qualidade de vida.

Os empregados elegíveis ao benefício e que tem interesse em usufruí-lo, agendam uma consulta com o médico examinador no Centro de Promoção à Saúde (CPS) da empresa para avaliação inicial. Durante a consulta, é solicitado o parecer do médico assistente externo, constando o diagnóstico da doença crônica (incluindo CID 10), dados quanto à evolução clínica, complicações referentes ao tratamento, receitas dos medicamentos de uso contínuo, recomendações e orientações quanto ao tratamento.

Após a avaliação inicial, o médico do CPS avalia se o empregado será ou não elegível para aderir ao programa e receber o benefício. O médico da empresa poderá incluir outros casos que não se enquadram nos grupos de doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias e diabetes, desde que a doença seja considerada crônica, conforme a definição da Organização Mundial de Saúde. São excluídos do benefício os empregados desligados da empresa, afastados pelo INSS (exceto licença maternidade), aposentados e colaboradores que fizeram uso indevido do benefício, como compra de medicação para terceiros.

O empregado considerado apto para pleitear o benefício, era orientado sobre as normas e rotinas do programa e assinava um termo de adesão ao PAD. A cada semestre, o empregado era orientado a realizar nova consulta com o seu médico assistente externo e a realizar a consulta trimestral no CPS para verificar o cumprimento e adesão ao tratamento proposto. Com isso, o médico da empresa poderia avaliar o benefício do programa em relação ao controle da doença. Ao assinar o termo de adesão ao PAD, o empregado fica ciente que o não cumprimento da norma poderá resultar em suspensão temporária ou definitiva do benefício. No termo de adesão, o empregado declara que é portador de determinada patologia crônica e assume a responsabilidade para dedicar, assiduamente, ao tratamento médico

indicado. Foi exigido frequência de no mínimo 90% (noventa por cento) nas atividades recomendadas pela empresa, sendo que eventuais faltas cometidas deveriam ser justificadas, sob risco de suspensão do benefício concedido pelos três meses subsequentes.

O empregado apto ao benefício poderia solicitar sua medicação diretamente no CPS, através da apresentação da receita médica elaborada pelo médico assistente e validada pelo médico examinador. A compra de medicamento do PAD era suficiente para o período de três meses de tratamento. As medicações eram entregues aos pacientes no prazo máximo de 72 horas a partir da validação da receita. O médico do CPS poderia a qualquer momento entrar em contato com o empregado vinculado ao programa ou com seu médico assistente para fins de esclarecimentos do tratamento.

Para verificar o benefício do programa em relação à doença, era realizada a comparação clínica e laboratorial antes e após o acompanhamento no programa. A adesão ao programa era avaliada pelo comparecimento trimestral do paciente à consulta médica na empresa. Essas avaliações foram registradas em prontuário médico e o comparecimento ou não dos pacientes à consulta foram registrados em planilhas em cores vermelhas que significa que o paciente não retornou em 3 meses, e as cores verdes, que significa que o paciente compareceu a consulta no último trimestre. Além disso, foi adicionado uma coluna ao lado da coluna verde para verificar se havia um bom controle da doença ou não, descrito como bom ou ruim.

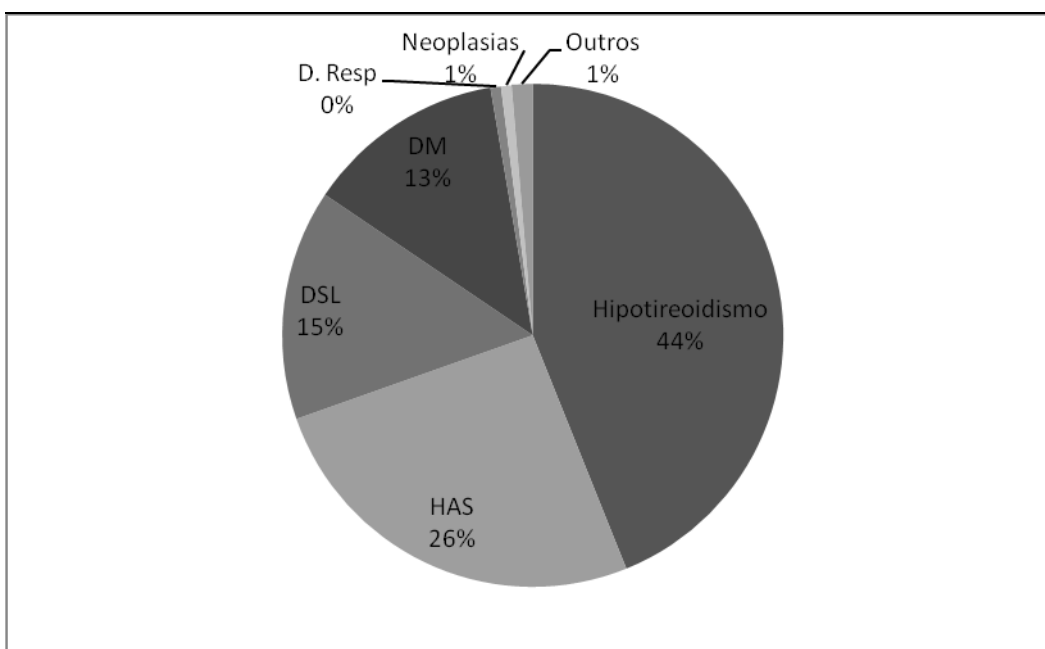
A metodologia para verificar a eficácia do fornecimento do subsídio aos pacientes baseou-se nos seguintes pontos:

- Avaliar se as medicações de custo elevado, indicadas pelo médico assistente, realmente eram necessárias e fundamentais para a melhora clínica do paciente;
- A obrigatoriedade do comparecimento nas consultas médicas trimestrais para adquirir ou validar as receitas médicas indicadas;
- Verificar através do monitoramento da doença e adesão do paciente ao programa, se as medicações subsidiadas realmente eram eficazes no tratamento.
- Analisar a doença mais prevalente no programa;
- Fornecer às todas as medicações necessárias para evitar as complicações inerentes às doenças crônicas.

4. RESULTADOS

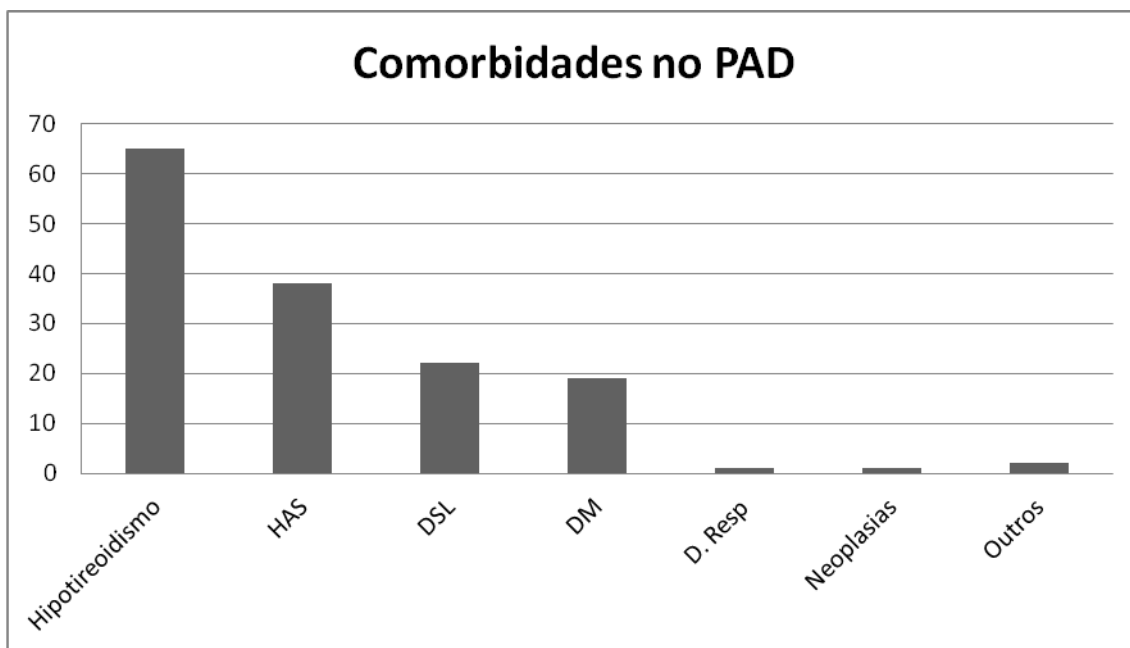
No período de um ano, haviam 127 empregados incluídos no programa. As doenças mais frequentes foram hipotireoidismo (51,59%), hipertensão (30,16%), dislipidemias (17,46%), diabetes mellitus (15,08%), doenças respiratórias (0,79%), neoplasias (0,79%) e outros (1,59%) sendo que 19,84% dos pacientes tinham mais de um diagnóstico, conforme gráfico abaixo.

Gráfico 1:



Entre os 127 casos atendidos no referido período, 77,95% dos pacientes obtiveram comprometimento adequado ao programa e efetividade no tratamento. No período da análise dos resultados após um ano, 100% dos resultados de exames laboratoriais e aferições da pressão arterial estavam bons (dados verificados na planilha “bom” e “ruim”). Dentro do período de acompanhamento, verificou-se a oportunidade da inclusão das disfunções tireoidianas no programa em função da prevalência de casos entre a população acompanhada.

Gráfico 2:



4. DISCUSSÃO

A boa resposta ao tratamento foi avaliada através da melhora nos parâmetros laboratoriais, como perfil lipídico, glicemia de jejum, hemoglobina glicada, além do controle diário da pressão arterial e laudos de médico externo. Estes parâmetros foram baseados na VI Diretriz Brasileira de Hipertensão, V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose e Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2013-2014, conforme dados da tabela abaixo.

Estratificação do risco cardiovascular global: risco adicional atribuído à classificação de hipertensão arterial de acordo com fatores de risco, lesões de órgãos-alvo e condições clínicas associadas (Classe IIa, Nível C)

	Normotensão			Hipertensão		
	Ótimo PAS < 120 ou PAD < 80	Normal PAS 120–129 ou PAD 80–84	Limítrofe PAS 130–139 ou PAD 85–89	Estágio 1 PAS 140–159 PAD 90–99	Estágio 2 PAS 160–179 PAD 100–109	Estágio 3 PAS ≥ 180 PAD ≥ 110
Nenhum fator de risco	Risco basal	Risco basal	Risco basal	Baixo risco adicional	Moderado risco adicional	Alto risco adicional
1–2 fatores de risco	Baixo risco adicional	Baixo risco adicional	Baixo risco adicional	Moderado risco adicional	Moderado risco adicional	Risco adicional muito alto
≥ 3 fatores de risco, LOA ou SM – DM	Moderado risco adicional	Moderado risco adicional	Alto risco adicional	Alto risco adicional	Alto risco adicional	Risco adicional muito alto
Condições clínicas associadas	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto

LOA - lesão de órgãos-alvos; SM - síndrome metabólica; DM - diabetes melito.

A estratificação de risco de Framingham estima a probabilidade de ocorrer infarto do miocárdio ou morte por doença coronariana no período de 10 anos em indivíduos sem diagnóstico prévio de aterosclerose clínica. Embora esta estimativa de risco seja sujeita a correções conforme indicadores epidemiológicos da população estudada, a estratificação de Framingham identifica adequadamente indivíduos de alto e baixo risco.

Fatores de risco cardiovascular adicionais nos pacientes com HAS

Idade (homem > 55 e mulheres > 65 anos)
Tabagismo
Dislipidemias: triglicérides \geq 150 mg/dL; LDL colesterol > 100 mg/dL; HDL < 40 mg/dL
Diabetes melito
História familiar prematura de doença cardiovascular: homens < 55 anos e mulheres < 65 anos

São considerados de baixo risco por esta diretriz aqueles com probabilidade < 5% de apresentarem os principais eventos cardiovasculares (DAC, AVE, doença arterial obstrutiva periférica ou insuficiência cardíaca) em 10 anos (recomendação I, evidência A). Os pacientes classificados nessa categoria e que apresentem histórico familiar de doença cardiovascular prematura serão reclassificados para risco intermediário (recomendação IIa, evidência B). São considerados de risco intermediário homens com risco calculado \geq 5% e \leq 20% e mulheres com risco calculado \geq 5% e \leq 10% de ocorrência de algum dos eventos citados (recomendação I, evidência A). São considerados de alto risco aqueles com risco calculado > 20% para homens e > 10% para mulheres no período de 10 anos (recomendação I, evidência A).

Metas lipídicas de acordo com o risco cardiovascular

Nível de risco	Meta primária: LDL-C (mg/dl)	Meta secundária (mg/dl)
ALTO	LDL-C < 70	Colesterol não-HDL < 100
INTERMEDIÁRIO	LDL-C < 100	Colesterol não-HDL < 130
BAIXO*	Meta individualizada	Meta individualizada

*Pacientes de baixo risco CV deverão receber orientação individualizada, com as metas estabelecidas pelos valores referenciais do perfil lipídico (apresentados na Tabela II) e foco no controle e na prevenção dos demais fatores de risco CV.

Valores de glicose plasmática (em mg/dℓ) para diagnóstico de diabetes *mellitus* e seus estágios pré-clínicos

CATEGORIA	JEJUM*	2 H APÓS 75 G DE GLICOSE	CASUAL**
Glicemia normal	< 100	< 140	
Tolerância à glicose diminuída	> 100 a < 126	≥ 140 a < 200	
Diabetes <i>mellitus</i>	≥ 126	≥ 200	≥ 200 (com sintomas clássicos)***

*O jejum é definido como a falta de ingestão calórica por no mínimo 8 horas; **Glicemia plasmática casual é aquela realizada a qualquer hora do dia, sem se observar o intervalo desde a última refeição; ***Os sintomas clássicos de DM incluem poliúria, polidipsia e perda não explicada de peso.
Nota: O diagnóstico de DM deve sempre ser confirmado pela repetição do teste em outro dia, a menos que haja hiperglicemia inequívoca com descompensação metabólica aguda ou sintomas óbvios de DM.

Estes dados foram registrados em prontuário médico e em planilha de acompanhamento do estudo.

Observou-se que o número de casos de hipotireoidismo foi maior em relação aos casos de diabetes mellitus e hipertensão arterial apesar dos dados do ministério da saúde de que as doenças cardiovasculares são as condições crônicas mais prevalentes na população geral.

A recomendação para rastreamento de hipotireoidismo deve ser realizada em mulheres em idade fértil ou mais idosas, especialmente acima de 60 anos (Brenta Gabriela, 2013). De acordo com estudos populacionais, a prevalência do hipotireoidismo varia de 0,1 a 2% (Brenta Gabriela, 2013). Já o hipotireoidismo subclínico acomete até 16,9% em estudos na população brasileira, sendo mais comum em mulheres e na população acima de 60 anos (Brenta Gabriela, 2013). Na população estudada houve a soma da classe do hipotireoidismo e o hipotireoidismo subclínico que corresponderam a 3,27%. Neste programa de doentes crônicos não foram distinguidos qual a prevalência entre o hipotireoidismo e o hipotireoidismo subclínico.

A não coerência de resultados esperados segundo o Ministério da Saúde na prevalência de doenças crônicas pode ser consequente ao fornecimento gratuito pelo SUS de medicamentos para tratamento de doenças crônicas. Pacientes que fazem uso de medicações fornecidas pelas farmácias populares tiveram menor adesão ao programa. Alguns pacientes relataram que preferiam o SUS, pois a medicação era gratuita. Pelo PAD, mesmo fornecendo grande desconto, os pacientes deveriam

custear 10 a 20% da medicação. Alguns pacientes, mesmo sabendo que o medicamento era fornecido pelo SUS, persistiram no programa devido à atenção da equipe multidisciplinar da empresa.

Muitos pacientes relataram que o acompanhamento com os médicos especialistas geralmente é semestral. Isso dificultava a retirada da medicação na farmácia popular, pois os farmacêuticos fornecem a medicação por 3 meses (validade da receita médica). Após este período, os pacientes solicitavam nova receita, na maioria das vezes, com as secretárias dos médicos especialistas. Esta dificuldade para adquirir a receita médica fazia com que muitos pacientes ficassem sem tomar a medicação alguns dias.

Não há como negar, que o programa foi mais benéfico, em termos econômicos, àqueles pacientes que necessitavam de medicações mais caras. Entretanto, observamos que os pacientes que adquiriram a medicação nas farmácias populares e participavam do programa obtiveram maior efetividade do seu tratamento. Geralmente os pacientes com doenças crônicas que não participaram do programa, procuraram o ambulatório médico da empresa com mais frequência devido à instabilidade da pressão arterial e glicemia.

5. CONCLUSÕES

A metodologia aplicada representou um diferencial para o tratamento dos pacientes que aderiram ao programa, possibilitando o acesso às melhores práticas de tratamento, contribuindo para a retenção de profissionais, redução da ausência ao trabalho e de complicações decorrentes da doença crônica.

O programa foi mais benéfico, em termos econômicos, àqueles pacientes que necessitavam de medicações de alto custo. Além disso, observamos que esses pacientes obtiveram maior facilidade de acesso aos medicamentos que necessitam, garantindo a utilização das medicações indicadas pelo seu médico assistente e a efetividade do seu tratamento.

Considerando a boa prática clínica, o tratamento não se resume ao uso da medicação, sendo necessário o acompanhamento médico periódico, reavaliação contínua do esquema terapêutico e mudanças dos hábitos de vida (como por exemplo, prática de atividade física, cuidados com alimentação, abandono do hábito de fumar, etc). O apoio da família, dos amigos, das organizações comunitárias e da equipe multiprofissional de saúde da empresa é essencial para que o autocuidado se dê com efetividade.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude>

J.R, GARBER et al; Clinical Practice guidelines for hypothyroidism in adults. Cosponsored by the American association of clinical endocrinologists and the American thyroid association; Endocrine Practice, Vol 18, n 18, November/December 2012

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE(OMS). Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília, 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes. Brasília, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE).

Departamento de População e Indicadores Sociais. Divisão de Estudos e Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período de 1980-2050: revisão 2006. Rio de Janeiro, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritária. 2013. Brasília-DF

PASSOS, V. M. A.; ASSIS, T. D.; BARRETO, S. M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. Epidemiologia e Serviços da Saúde, Brasília, v. 15, n. 1, p. 35-45, 2006.

PINTO, H. A. Linhas de cuidado na Bahia: um conceito em viva produção. Rev. Baiana Saúde Pública, Salvador, v. 33, n. 1, p. 22-34, jan./mar. 2009.

SCHMIDT, M. I. et al. The Lancet, London, v. 377, n. 11, Issue 9781, p. 1.949-1.961, 4 June 2011

BRENTA GABRIELA; Mario Vaisman, José Augusto Sgarbi, Liliana Maria Bergoglio, Nathalia Carvalho de Andrada, Pedro Pineda Bravo, Ana Maria Orlandi, Hans Graf, em

nome da Força Tarefa em Hipotireoidismo da Sociedade Latino-Americana de Tiroide (LATS). Diretrizes Clínicas práticas para o manejo de hipotireoidismo Arq Bras Endocrinol Metab. 2013;57/4

VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq Bras Cardiol 2010; 95(1 supl.1): 1-51. Rio de Janeiro.

V DIRETRIZ BRASILEIRA DE DISLIPIDEMIAS E PREVENÇÃO DA ATEROSCLEROSE. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq. Bras. Cardiol. 2013. Volume 101, Nº 4. Rio de Janeiro.

DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. 2013-2014. São Paulo.