

Sociedade Portuguesa de Medicina Interna

Proposta para a Criação do Núcleo de Estudos sobre Gestão da Doença

Crónica da SPMI

Fevereiro de 2009

João Guerra

ÍNDICE

1- Contextualização do problema	3
2- Características das doenças crónicas	4
3- O que é a Gestão da Doença	5
4- Papel da Medicina Interna na Gestão da Doença Crónica	7
5- Objectivos estratégicos	10
6- Plano de intervenções para 2009	11
7- Referências	12

1- Contextualização do problema

A OMS define doenças crónicas (DC) como “doenças de longa duração e de progressão, geralmente, lenta” (1) e o *Centers for Disease Prevention and Control*, define-as como “condições que não curam, uma vez adquiridas...e que duram 3 meses ou mais” (2). Na Europa as doenças crónicas de maior prevalência são a doença cardíaca, o cancro, a doença respiratória, a diabetes e os problemas de saúde mental(3).

Estudos laboratoriais e clínicos baseados na população sugerem que um número restrito de factores de risco modificáveis são responsáveis pela maioria das doenças crónicas: dietas não saudáveis com alta ingestão energética, falta de actividade física e o uso do tabaco. Estes factores de risco são os mesmos para homens e mulheres em toda a região europeia (4), disseminando-se por todo mundo em consequência do fenómeno da globalização dos estilos de vida. As doenças crónicas representam hoje um dos desafios mais importantes que enfrentam os sistemas de saúde do século XXI (5). Muitas pessoas com doenças crónicas sobrevivem durante períodos consideráveis de tempo, em consequência das intervenções mais eficazes disponibilizadas pelos sistemas de saúde, tornando-se, deste modo, necessária uma continuidade de cuidados. Os factores de risco tais como a obesidade, o sedentarismo e o tabagismo têm uma elevada prevalência, pelo que, sem políticas de intervenções efectivas e duradouras visando a sua redução, as taxas de doenças crónicas continuarão a subir, inexoravelmente. Ao contrário de alguns mitos instalados, as doenças crónicas não respeitam estratos sociais e económicos, atingem tanto jovens como idosos, tanto homens como mulheres, embora seja nas idades avançadas que se verifica uma maior compressão da morbidade. Em termos mundiais, as DC afectam hoje mais pessoas do que as doenças infecciosas e são responsáveis pelo maior peso da doença na Europa. Globalmente, a OMS estima que três em cada quatro mortes – quatro em cada cinco nos países de baixo e médio rendimento - derivam de doenças crónicas. De um número total previsto de 58 milhões de óbitos por todas as causas em 2005 (3), as doenças crónicas foram responsáveis por 35 milhões (60%), o que representa o dobro do número de mortes causadas por todas as doenças infecciosas (incluindo HIV/Aids, tuberculose e malária), condições maternas/perinatais e deficiências nutricionais combinadas. O mesmo relatório da OMS, prevê que as mortes causadas por doenças infecciosas, condições maternas/perinatais

e deficiências nutricionais combinadas devem diminuir em 3% nos próximos 10 anos. Estima-se que no mesmo período os óbitos devidos às doenças crónicas deverão aumentar em 17%. Isso significa que da estimativa de 64 milhões de óbitos em 2015, 41 milhões serão em consequência de uma doença crónica – a menos que medidas urgentes sejam tomadas. Entre os 53 Estados Membro da Região Europeia, as DC são responsáveis por 86% das causas de morte. Estes números não deixam margem para quaisquer dúvidas àcerca da séria problemática que representam estas doenças para os sistemas de saúde e para todos os profissionais clínicos e não clínicos que os integram.

Para além daqueles preocupantes aspectos epidemiológicos, acresce que as doenças crónicas exercem uma desproporcionada pressão sobre a utilização e funcionamento dos serviços de saúde. Dados do *National Health System* britânico revelam que cerca de 80% das consultas dos Cuidados de Saúde Primários são por doenças crónicas, que estes doentes (com as suas complicações) utilizam mais de 60% dos dias de internamento hospitalar, que 70% dos doentes admitidos nos Serviços de Urgência têm uma exacerbação de doença crónica, que para os doentes com mais do que uma doença crónica os custos são seis vezes mais elevados do que os que têm apenas uma doença, que 10% dos utilizadores intensivos dos serviços contribuem com 55% dos dias de internamento e que 5% dos utilizadores altamente intensivos dos serviços contribuem com 40% dos dias de internamento hospitalar(6). A evidência mostra, igualmente, que para a generalidade dos sistemas de saúde os custos imputáveis às doenças crónicas variam entre os 50-80% das despesas globais da saúde, levantando sérios problemas de sustentabilidade financeira para a manutenção dos programas de cuidados para estas doenças (7). Mais grave ainda, é que para algumas DC os custos indirectos ameaçam ultrapassar os custos directos do tratamento, dimensão financeira que não pode ser prevista por qualquer orçamento da saúde.

Com grande probabilidade, sustentada na literatura específica, este sombrio espectro de consequências reflecte, em última instância, um desajustamento fundamental entre a morbilidade do século XXI e o modelo de cuidados agudos do século XX, que ainda não se adaptou àquelas mudanças.

2- Características das doenças crónicas

Face a este contexto, com efeito, é necessário um maior nível de consciencialização, não só, dos políticos da saúde, mas também dos profissionais do sector, à cerca do que representa ter e viver com uma doença crónica. Estas DC revestem-se de particularidades que as diferenciam das doenças agudas, de entre as quais a mais relevante é a ausência de cura. Por isso, exigem uma mudança fundamental no paradigma vigente da organização da prestação de cuidados (8). A doença crónica compreende quadros clínicos multifacetados, frequentemente, reflexo de comorbilidades (consequência da doença primária) ou, de outras doenças coexistentes, que dificultam, por vezes, o cumprimento integral do plano de tratamento e que apresentam uma série potencial de consequências deletérias para o doente, familiares, entidades empregadoras, sistemas de saúde e sociedade, como acima se demonstrou.

Os actuais sistemas de saúde, entre os quais se inscreve o SNS, preservam uma organização da prestação de cuidados, historicamente derivada do modelo biomédico (centrado na cura da doença aguda), a qual sustenta uma prestação de cuidados, essencialmente, episódica, fragmentária e reactiva, onde a cura é o objectivo primário. Como é, internacionalmente, reconhecido, com as doenças crónicas esta resposta é, simplesmente, inadequada. O modelo de cuidados que responde bem às necessidades das doenças agudas, não funciona com as doenças crónicas, o que significa, em termos práticos, que não consegue dar resposta efectiva às necessidades multidimensionais dos doentes crónicos. Para estes, a prioridade de topo são os cuidados e não a cura, pelo que, exigem, essencialmente, **continuidade** de cuidados, independentemente do contexto (ou sector) de prestação em que os doentes se encontrem. Quando estes doentes saem fora do controlo dos serviços de saúde, por vezes, anos a fio, tornam-se potenciais doentes de alto risco, que só reentram no sistema quando acontecem complicações. Nesta fase, geram custos inadiáveis, que poderiam ter sido evitados com as intervenções proactivas preconizadas pela Gestão da Doença. Daí que, a evolução para um quadro de organização e de prestação de cuidados no âmbito dos princípios que enquadram o conceito de Gestão da Doença, constitui o desafio presente no sector da saúde, exigindo uma

abordagem holística dos diferentes *stakeholders* envolvidos no processo. Justifica-se, pois, um melhor conhecimento à cerca do enquadramento e das potencialidades deste conceito.

3 - O que é a Gestão da Doença?

A Gestão da Doença é definida como um sistema coordenado de intervenções e de comunicações para populações de indivíduos com uma ou mais doenças crónicas, ou em risco de as virem a contraír e para os quais os esforços de **autogestão** são significativos (12). A operacionalização deste conceito, na prática, processa-se através da criação e implementação dos Programas de Gestão da Doença (PGD), os quais privilegiam a relação médico-doente, integram nos programas *guidelines* clínicas práticas baseadas na evidência, promovem as competências de autogestão do doente e executam uma análise sistemática de resultados clínicos, económicos e humanísticos, intervenções que representam as componentes técnicas de um PGD. Há, também, uma clara evidência de que estes programas melhoram, significativamente, indicadores clínicos e do processo dos cuidados, sendo mista a evidência em relação ao seu impacto económico. Por exemplo, muitos PGD para Diabetes, Asma, DPOC, ICC e Depressão demonstram reduções efectivas na procura dos Serviços de Urgência (SU) e dos internamentos hospitalares, como reflexo da diminuição das complicações inerentes ao acompanhamento mais intensivo e proactivo destes doentes, que, no actual sistema de prestação de cuidados, estão, frequentemente e por períodos prolongados, fora do radar dos serviços de saúde escapando ao necessário controlo dos seus prestadores e que, só reentram no sistema quando surgem as exacerbações agudas, dificilmente, autocontroláveis. Os PGD ao procederem a uma prévia estratificação de risco dos doentes, ajustam a intensidade e a especificidade das intervenções médicas (terapêuticas, procedimentos, monitorização de biomarcadores de controlo da doença) às necessidades de cada doente, contribuindo, assim, para uma prevenção efectiva das complicações.

Em Portugal, o paralelismo do fenómeno do crescimento da doença crónica veio salientar a natureza fragmentária do sector de prestação de cuidados de saúde e reforçar o potencial papel da Gestão da Doença, enquanto instrumento que pode contribuir para uma melhoria significativa dos resultados de saúde e da qualidade de vida dos

doentes crónicos. Há já em curso um programa de “gestão integrada da doença”, patrocinado pela Direcção Geral de Saúde e pela Administração Central do Sistema de Saúde, tendo como doença de intervenção a Insuficiência Renal Crónica Terminal, com incidência sobre os doentes em programa de hemodiálise. Uma experiência a acompanhar.

O desenvolvimento de competências de autogestão na doença crónica, encontra-se, na literatura, associada a resultados significativamente positivos na redução da morbilidade, embora, não de forma homogénea para todas as doenças crónicas (9,10). Neste sentido, os doentes podem tornar-se o principal *locus* de controlo da doença, desde que lhes sejam oferecidas oportunidades suscitadas pela própria organização do sistema de cuidados, que reconhece a transmissão de competências de autogestão dos profissionais de saúde para os doentes, como uma propriedade intrínseca do sistema de cuidados crónicos. Só neste estadió de desenvolvimento da Gestão da Doença se poderão exigir responsabilidades aos doentes pela adesão integral aos seus planos de tratamento.

No âmbito das iniciativas de Gestão da Doença, há uma sólida evidência de que o contexto da prestação influencia os resultados e de que, para estas doenças, o ambiente mais apropriado para cuidados é o ambulatório, que integra tanto a comunidade como o próprio domicílio do doente. Neste sentido, a GD moderna, expande-se para os programas de bem-estar e de cuidados médicos no domicílio, integrando estas duas vertentes de intervenção, no seu campo de acção.

Neste sentido, a Gestão da Doença é encarada como uma das soluções efectivas, com uma elevada relação custo-benefício para ajudar a superar o peso das doenças crónicas. Contudo, subsistem dificuldades de génese multifactorial na mudança de paradigmas na prestação dos cuidados dirigidos aos doentes crónicos. Estas dificuldades deveriam ser objecto de ampla e profunda discussão na agenda das organizações de profissionais e dos políticos da saúde.

Tais soluções estendem-se desde as intervenções que têm por alvo os indivíduos ou famílias com a doença (tais como folhetos informativos e suporte telefónico proactivo), a iniciativas dirigidas aos profissionais de saúde (tais como instrumentos de suporte à decisão no local dos cuidados, treino para novos papeis no quadro de equipas interdisciplinares), a mudanças organizacionais (reconfiguração dos sistemas de informação, consultas integradas

para doentes crónicos com comorbilidades, gestão dos cuidados de transição), até às estratégias populacionais (como a promoção de saúde e instrumentos de estratificação de risco dos doentes para ajustar as intervenções às necessidades dos doentes (11). Neste sentido, há muito a aprender com a experiência de outros países.

- Com efeito, vários países têm preparado algumas destas intervenções para reduzir os efeitos sociais, de saúde e financeiros destas doenças. Contudo, quando usadas isoladamente, estas intervenções podem ter um impacto limitado a longo prazo. Daí, a necessidade sentida da criação de uma nova infraestrutura de Gestão da Doença Crónica (GDC), que não se compadece com acrescentos “*on demand*” ao modelo de cuidados existente, estigmatizado por um viés estrutural para otimizar as respostas à doença aguda, hoje anacrónico para resolver os problemas complexos da doença crónica. Sem essa infraestrutura disponibilizada aos profissionais de saúde e aos doentes não é possível alterar o “*status quo*”. Todo este rico *mix* de intervenções, jamais conseguido por qualquer outro tipo de organização dos cuidados crónicos, é oferecido pela tecnologia de Gestão da Doença (12, 13). O Modelo de Cuidados Crónicos integra estes princípios de GDC e tem sido adoptado como referência orientadora na reengenharia do sistema de prestação de cuidados tornando a coordenação dos cuidados um processo mais eficiente e efectivo (14, 15). Uma revisão deste Modelo aplicado à ICC, Asma e Diabetes mostrou uma associação com a redução da utilização dos Serviços de Saúde e dos custos dos cuidados (16)

Mais do que fixar-se numa única intervenção, como atrás se aflorou, a GD é uma forma de coordenar os cuidados e de assegurar que os doentes têm o apoio de que necessitam, em tempo oportuno. A evidência sugere que, em oposição às intervenções isoladas e descoordenadas, os cuidados planeados, proactivos e coordenados a todos os níveis, podem conduzir a uma melhor qualidade de vida, à redução de cuidados supérfluos e a melhores resultados de saúde para as pessoas com doença crónica (17,18). Só uma abordagem abrangente e trans-sectorial, através do “*continuum*” da promoção da saúde, prevenção da doença, gestão da doença, com intervenções dirigidas à população global, aos indivíduos de alto risco e aos que têm doença precoce ou já estabelecida e integrando acções efectivas de controlo dos factores de risco, pode reunir todos os factores críticos de sucesso (19). A experiência de outros países

que, tendo já interiorizado a necessidade estratégica de uma mudança de paradigma na abordagem dos cuidados crónicos e, coerentemente, iniciaram reconfigurações nos modelos de prestação de cuidados, a maior parte deles inspirados na filosofia e princípios metodológicos da Gestão da Doença, demonstra que uma eficiente gestão das doenças crónicas inclui as seguintes componentes essenciais (6):

1. Utilização de sistemas de informação para acesso a dados chave dos indivíduos e populações com a doença em causa (*Patient Registry*).
2. Identificação dos indivíduos com a/s doença/s crónicas/s.
3. Estratificação dos doentes por categorias de risco.
4. Envolvimento dos doentes nos seus próprios cuidados (*Patient empowerment*).
5. Coordenação efectiva dos cuidados (*Disease managers/Case managers*).
6. Utilização de equipas multidisciplinares.
7. Integração dos cuidados através das “fronteiras” sectoriais do sistema de prestação de cuidados.
8. Integração da experiência de especialistas e medicina dos Cuidados de Saúde Primários.
9. Provisão de cuidados no contexto menos intensivo.
10. Ter como objectivo evitar consultas e internamentos desnecessários.

Este complexo dispositivo de intervenções estruturadas realça a ideia de que a construção de um sistema de gestão da doença e a respectiva implementação de PGD é uma iniciativa complexa e que comporta custos elevados. Mas é consistente a evidência de que melhora a saúde da população que é portadora de doença crónica.

8- Papel da Medicina Interna na Gestão da Doença Crónica

As mudanças em curso nos sistemas de prestação de cuidados de saúde, de que temos vindo a falar, intimamente associadas às alterações demográficas, aos contínuos progressos das tecnologias aplicadas à saúde e aos problemas do financiamento dos sistemas de saúde, têm tido um impacto de variável magnitude em todos os campos da medicina, especialmente na Medicina Interna, como disciplina tradicional, ampla, complexa e centrada no conhecimento. No contexto nacional, contudo, as práticas médicas em geral e as da Medicina Interna, em particular, não têm acompanhado essas mudanças. É, sobretudo, notório que a Medicina Interna não tem evoluído no sentido de adaptar a sua *praxis* às alterações sócio-demográficas e do padrão epidemiológico das doenças. Esta incapacidade não é uma fragilidade da Medicina Interna portuguesa. Na verdade, há um reconhecimento, a nível Europeu, de que a Medicina Interna tem estado adormecida durante longo tempo e de que não tem sido capaz de demonstrar, de forma convincente, as suas competências ao público, nem aos decisores políticos da saúde (20). É, também, consensual, a nível Europeu (20), que a Medicina Interna não encontrou ainda a sua nova “identidade corporativa” enquanto disciplina moderna na prestação de cuidados de saúde integrados e coordenados, na tomada de decisão, na gestão da doença, na epidemiologia clínica e como especialidade médica para doentes complexos, com comorbilidades e pluripatologia. O fundamento e o traço distintivo da Medicina Interna é a mestria nos cuidados do doente adulto, especialmente dos que têm doenças complexas e crónicas (21). Daí que, o Internista moderno, no seu relacionamento contínuo com o doente crónico deva assumir-se como um parceiro electivo na gestão da sua doença e do seu bem-estar. Neste sentido, não pode renunciar à longitudinalidade dos cuidados.

A análise deste contexto de serviços de saúde em mudança, tem feito emergir na literatura a necessidade de uma revisão do próprio conceito de cuidados agudos, porque, com efeito, a proporção maioritária do trabalho nas enfermarias de MI recai, actualmente, sobre as agudizações recorrentes das doenças crónicas. Portanto, este cenário e por extensão, o grande tema da gestão da doença crónica, deve ser encarado pela SPMI quer como um desafio, quer como uma excelente e única oportunidade de recuperar aquela “identidade corporativa”, posicionando-se,

assim, na vanguarda da apologia de valores fundamentais da gestão médica moderna, centrada na séria problemática societal das doenças crónicas, em comparação com a inércia e passividade das demais organizações e sociedades profissionais do panorama nacional.

É neste contexto, que, de acordo com sugestões da literatura internacional, deve a MI modular o seu campo de intervenções de forma a assumir um papel de maior relevo e visibilidade no âmbito dos cuidados ambulatoriais, onde é, legitimamente, defensável o seu papel chave na coordenação de equipas interdisciplinares e multiprofissionais, em parcerias efectivas com os profissionais de saúde dos CSP, com particular relevância para os doentes com comorbilidades e pluripatologia, devendo assumir, assertivamente, uma inequívoca posição de liderança inter-pares e de participação activa na discussão e definição de programas e planos de saúde relacionados com DC, junto dos centros de decisão política (22, 23). Daqueles profissionais deve ser exigido, enquanto aliados numa missão comum, uma colaboração mais efectiva com o sector hospitalar (e vice-versa), que responde, sistematicamente por falhas assistenciais ocorridas naquele sector, decorrentes de uma inadequada organização do sistema para responder às necessidades das doenças crónicas . Esta colaboração efectiva só pode acontecer no quadro de iniciativas estruturadas como as dos PGD, sendo utópico admitir a sua viabilidade no quadro de reestruturações macro, como a reforma dos CSP, que, por ignorância, ou má-fé, se processa inteiramente à margem dos princípios da Gestão da Doença, com indiferença e em frontal colisão com as tendências actuais e a evidência disponível sobre as melhores práticas na abordagem das doenças crónicas.

3- Objectivos Estratégicos

Para a prosecução destas tarefas, de forma a que elas acrescentem valor aos cuidados dirigidos aos doentes crónicos, deverá a SPMI desenvolver um Plano Estratégico para a Gestão da Doença Crónica (GDC) centrada em objectivos gerais e específicos, assentes numa perspectiva de longo prazo, devendo disponibilizar os recursos necessários, ou providenciar iniciativas que os garantam, para a concretização de tal fim.

<u>Objectivo geral</u>	<u>Objectivos específicos</u>
<p>1-Alargamento do campo científico da especialidade sobre a Gestão da Doença Crónica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Colocar as Doenças Crónicas no eixo da actividade dos serviços médicos de internamento e ambulatório tanto nos aspectos assistências como nos de investigação e docência. • Potenciar os sistemas de informação para a GDC. • Desenvolver uma cultura de avaliação sistemática de resultados. • Melhorar o nível de formação dos Internistas em relação à GDC, através de conferências, <i>workshops</i>, etc. • Potenciar a investigação em temas centrais da GDC nos Serviços de Medicina Interna à escala nacional (construção de uma base de dados fiável sobre as DC). • Aumentar o prestígio científico dos Internistas em matéria de GDC– conquistar e assumir liderança inter-pares em matéria de GDC.
<p>2-Reforço dos internistas no Sistema de Saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar o papel coordenador do Internista nos cuidados globais dos doentes crónicos (em particular, dos doentes com comorbilidades e pluripatologia). • Inovar no tipo e na organização da prestação dos cuidados destinados aos doentes crónicos. • Promover a participação dos Internistas nas novas necessidades de cuidados para os doentes crónicos. • Aumentar a presença dos Internistas nos foros de decisão sobre matérias relacionadas com as doenças crónicas. • Incrementar a colaboração dos Internistas com outros especialistas e sectores de cuidados em matéria de GDC.
<p>3-Potenciar o papel de liderança da SPMI no quadro da GDC</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Maximizar as potencialidades e a actualidade universal do tema da GDC para: <ol style="list-style-type: none"> 1. Melhorar a imagem da MI na sociedade e no Sistema de Saúde. 2. Incrementar a presença e a participação activa da SPMI na definição de Programas e/ou Planos Nacionais de GDC. 3. Fomentar a participação activa da SPMI nos órgãos de decisão do SNS e Organizações profissionais em assuntos relacionados com a GDC.

4- Plano de intervenções para 2009

1. CRIAÇÃO DE UMA PLATAFORMA DE CONSENSO DA SPMI SOBRE A GESTÃO DA DOENÇA CRÓNICA

1.1 - GESTÃO DA DOENÇA

- a. Conceito
- b. Doenças alvo
- c. Componentes de programas
- d. Sistemas de informação para a GD
- e. Avaliação de resultados
- f. Evidência – europa / internacional

1.2 – OPERACIONALIZAÇÃO PARA CRIAÇÃO DA PLATAFORMA

- a. Divulgação do conceito através de textos de esclarecimento no site da SPMI.
- b. Workshop ou conferência com perito na área da Gestão da Doença.
- c. Prosseguir divulgação do conceito em Congressos e reuniões temáticas, incluindo multiespecialidades/multiprofissionais.
- d. Inquérito interno sobre GD e análise de resultados – base para elaboração do ponto 1.3

1.3 – DECLARAÇÃO DE POSIÇÃO OFICIAL DA SPMI SOBRE GDC

1.4 – CRIAÇÃO DE GRUPOS DE TRABALHO TEMÁTICOS PARA A COORDENAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DAS ACTIVIDADES DO NÚCLEO DE GESTÃO DA DOENÇA CRÓNICA

2. PARCERIA COM UNIVERSIDADES PARA ACESSORIA TÉCNICA EM INICIATIVAS DE INVESTIGAÇÃO CENTRADAS NA GDC

- a. Estudos com rigor científico para recolha de informação básica sobre as DC, v-g. Prevalência de comorbilidades/pluripatologias por escalões etários; carga de trabalho relacionada com tratamento

de agudizações de doenças crónicas em comparação com a relacionada com doenças agudas no internamento; avaliação dos cuidados de transição para os doentes crónicos, etc.

- b. Colaboração no planeamento de intervenções inovadoras no âmbito da GDC.

3. INFLUENCIAR O PODER POLÍTICO

- a. Para uma verdadeira reforma dos cuidados crónicos.

Lisboa, 22 de Fevereiro de 2009

João Guerra

(Assistente Graduado)

Referências

1. Chronic diseases [web site]. Geneva, World Health Organization, 2008
http://www.who.int/topics/chronic_disease/en, acessado 15 Maio 2008.
2. National Center for Health Statistics definitions: health condition [web site]. Atlanta, United States Centers for Disease Control and Prevention, 2008. (<http://www.cdc.gov/nchs/datawh/nchsdefs/healthcondition.htm>, acessado 15 Maio 2008.
3. World Health Organization. Preventing chronic disease: a vital investment *WHO global report*. Geneva, 2005 (http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/en, acessado 15 Maio 2008.
4. Rabin BA, Boehmer TK, Brownson RC. Cross-national comparison of environmental and policy correlates of obesity in Europe. *European Journal of Public Health*, 2007; 17:53–61.
5. Institute of Medicine. *Crossing the quality chasm. A new health system for the 21st century*. Washington DC: National Academy Press; 2001.
6. Department of Health, Improving Chronic Disease Management improving-chronic-disease-management@doh.gsi.gov.uk. Acessado em Jan-2009.
7. Singh D. Policy Brief-Health Systems and Policy Analysis. WHO, European Observatory of Health Systems. How can chronic disease management programs operate across care settings and providers? 2008.
8. WHO. *Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action*. Geneva: World Health Organization, 2002.
9. Bourbeau J, et al. Economic Benefits of self-management Education in COPD. *Chest*. 2006;130 (6):1704.
10. Chodosh J, et al. Meta-Analysis: Chronic Disease Self-management Programs. *Ann Intern Med*. 2005; 143:427-438.
11. Göhler A, et al. A systematic meta-analysis of the efficacy and heterogeneity of disease management programs in congestive heart failure. *Journal of Cardiac Failure*, 2006; 12:554–567.
12. DMAA definition of disease management [web site]. Washington, DC, Disease Management Association of America, 2008 (http://www.dmaa.org/dm_definition.asp, acessado 15 Maio 2008.

13. Guerra J. Conceptualização e definição da gestão da doença. *Tempo Medicina*. 07 Jan. 2008.
14. Wagner EH, et al.. A survey of leading chronic disease management programs: Are they consistent with the literature? *Managed Care Quarterly*. 1999;7(3):56-66.
15. Wagner EH, et al., Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Aff (Millwood)*. 2001 Nov-Dec;20(6):64-78.
16. Bodenheimer T , Wagner EH et al. Improving primary tients with chronic illness: the chronic care model. Part 2. *Journal of the American Medical Association*. 2002; 288: 1909-1914.
17. Krause DS. Economic effectiveness of disease management programs: a meta-analysis. *Disease Management*, 2005; 8:114–134.
18. Ouwens M, et al. Integrated care programs for chronically ill patients: a review of systematic reviews. *International Journal of Quality in Health Care*, 2005; 17:141–146.
19. Yu DS, Thompson DR, Lee DT. Disease management programs for older people with heart failure: crucial characteristics which improve post-discharge outcomes. *European Heart Journal*, 2006; 27:596–612.
20. WHO- Regional Committee for Europe 56th session Copenhagen, 11–14 September 2006. *Gaining Health*. The European Strategy for the Prevention and Control of Non communicable Diseases.
21. Bauer W, et al. Political issues in internal medicine in Europe. A position paper. *European Journal of Internal Medicine*. 2005; 16: 214-217.
22. Larson E, et al. The Future of General Internal Medicine - Report & Recommendations. Society of General Internal Medicine. *JGIM*. 2003; 26 (4).
23. Wittel MB, et al. El Plan Estratégico para el Desarrollo de la Medicina Interna en Andalucía. *Rev Clin Esp*. 2008; 208 (6):295-301.

