



“O cuidado integrado no sistema de saúde suplementar no Brasil: um modelo de atenção à saúde para o idoso portador de doenças crônicas”

por

Anelise Coelho da Fonseca

Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências na área de Epidemiologia em Saúde Pública.

Orientadora principal: Prof.^a Dr.^a Maria de Jesus Mendes da Fonseca

Segundo orientador: Prof. Dr. Walter Vieira Mendes Júnior

Rio de Janeiro, junho de 2015.

Catalogação na fonte

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

F676c Fonseca, Anelise Coelho da
O cuidado integrado no sistema de saúde suplementar
no Brasil: um modelo de atenção à saúde para o idoso
portador de doenças crônicas. / Anelise Coelho da Fonseca.
-- 2015.
156 f. : tab.

Orientador: Maria de Jesus Mendes da Fonseca
Walter Vieira Mendes Junior
Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

1. Doença Crônica. 2. Gerenciamento Clínico. 3.
Prestação Integrada de Cuidados de Saúde. 4. Qualidade de
Vida. 5. Idoso. 6. Atenção à Saúde. 7. Atenção Primária à
Saúde . 8. Planejamento em Saúde. 9. Saúde Suplementar.
10. Brasil. I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.60981



Esta tese, intitulada

“O cuidado integrado no sistema de saúde suplementar no Brasil: um modelo de atenção à saúde para o idoso portador de doenças crônicas”

apresentada por

Anelise Coelho da Fonseca

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Kylza Aquino Estrella

Prof. Dr. Aluísio Gomes da Silva Junior

Prof.^a Dr.^a Gisele O'Dwyer de Oliveira

Prof.^a Dr.^a Elvira Maria Godinho de Seixas Maciel

Prof. Dr. Walter Vieira Mendes Jr – Coorientador

Prof.^a Dr.^a Maria de Jesus Mendes da Fonseca – Orientadora principal

Para aqueles que mais sofrem com a minha insatisfação, inquietude e impaciência

Bernardo & Joaquim

Agradecimentos

A Família:

Se ela começou, eu pude terminar: Obrigada Mãe pela infância na Universidade Rural.

O agradecimento é eterno. Longe ou perto, são as pessoas que estarão sempre presentes.

Isabella, Cadu, Aline, Ana Flavia, Tia Regina e o resto que não coube aqui!

Mais do que Amigos:

Célia Leitão, Giselle Saade, Silvana Lima, Sara Nigri, Ligia Py

No trabalho:

Para que a tese se concretizasse: Maria e Walter, muito obrigada pelo carinho, palavras de afeto e paciência ao longo dos quatro anos! Deu certo!

Para o direcionamento da tese: a banca de qualificação, de uma generosidade ímpar!

Conversas diferenciadas: Fernando Fernandes e Sergio Candio, consegui!

Profa. Elvira Seixas, Prof. Cosme Passos, Profa. Gisele O'Dwyer e todos os amigos da ENSP que conhecemos, convivemos e nos despedimos ao longo do trajeto. Fica a saudade!

Sandra Hoyos e Rosalina: pilares para o equilíbrio diário. Novo desafio? Tem que aguentar!

Gizele Rocha: fundamental na primeira fase da tese. Que vício é a busca nos portais! Adorei!

Aos amigos do Hospital Adventista Silvestre: Renovação do ar!

Gustavo Fonseca: eu não teria vida se não fosse o esporte. Obrigada! Maratona 2016 é possível!

Aos parceiros Paliativistas, com destaque a todos os amigos argentinos, como Susana Baez, Sandra Chacon e Vicky Rey. Neuquen é um lugar encantador!

Ao grupo Paliar com vinho: Suely Marinho, Flavia Firmino e em dose dupla, Carolina Oliveira e Carla Quintão, com desejo de que o SEQUOIA e a Autumnus possam dar frutos maduros e deliciosos!

Everton Cardoso: Obrigada pela gentileza final!

Aos Pacientes pacientes, pois os impacientes ou se foram ou tiveram que ser pacientes...

“Sempre parece impossível até que seja feito.”

Frase atribuída a Nelson Mandela, sem confirmação.

SUMÁRIO EXECUTIVO

Resumo	1
Capítulo 1	
I. Introdução	3
Capítulo 2	
II. Objetivo geral e específicos	29
Capítulo 3	
III. Materiais e métodos	31
Capítulo 4	
VI. Artigos	
Primeiro artigo	35
Segundo artigo	52
Terceiro artigo	73
Capítulo 5	
V. Conclusões e considerações finais	119
Capítulo 6	
VI. Referências Bibliográficas	127
Capítulo 7	
VII. Anexo	135

RESUMO

O cuidado integrado é um modelo alternativo ao vigente que pode contribuir para melhoria da qualidade de vida, principalmente dos idosos portadores de doenças crônicas. Esta tese de doutorado, dividida em duas partes, discute as raízes deste modelo e aponta, em uma revisão sistemática, como o modelo é praticado na atualidade e os indicadores de desempenho mais utilizados. Na segunda parte, demonstra os resultados de um modelo de cuidado integrado praticado na cidade do Rio de Janeiro e discute as barreiras que dificultam a expansão do modelo no sistema de saúde suplementar privado do Brasil. Dentre os benefícios do modelo, a tese aponta a redução do número de internações. Esse é um indicador que deve ser medido, pois, indiretamente, aponta uma melhoria da condição de saúde dos idosos portadores de doenças crônicas. Verificamos também que para a expansão do modelo, há a necessidade de romper determinadas barreiras como: a falta de uniformização do nome, as lacunas metodológicas de avaliação de resultados, as lacunas existentes no planejamento estratégico das empresas direcionado aos idosos, o desenvolvimento de profissionais capacitados na área da gerontologia. Especificamente no Brasil foi identificada a necessidade de maior organização normativa dos órgãos reguladores e planejamento das empresas para que o modelo seja consolidado de uma forma sustentável.

Palavras-Chave: cuidado integrado, gerenciamento de doenças crônicas, redes de atenção, idosos, qualidade de vida,

ABSTRACT

Integrated care is an alternative model, which can contribute to improving the quality of life, especially of elderly patients with chronic diseases. This doctoral thesis, divided into two parts, discusses the roots of this model and points, in a systematic review, as the model is practiced at present and the most widely used performance indicators. The second part demonstrates the results of an integrated care model practiced in the city of Rio de Janeiro and discusses the barriers to expansion of the model in the private health insurance system in Brazil. Among the benefits of the model, the thesis points out the reduction in the number of hospitalizations. This is an indicator that should be measured as indirectly demonstrates an improvement in the health status of elderly patients with chronic diseases. We also found that for the expansion of the model, there is a need to break certain barriers such as the lack of standardization of the name, the methodological shortcomings of evaluation results, the gaps in the strategic planning of the companies targeted the elderly, the development of qualified professionals in the field of gerontology. Specifically in Brazil it has identified the need for greater regulatory organization of regulators and companies planning for the model to be consolidated in a sustainable manner.

Key-Words: integrated care, disease management, elderly, care networks, quality of life,

CAPÍTULO 1

INTRODUÇÃO

CUIDADO INTEGRADO: CONCEITO E ORIGEM

O cuidado integrado tem um conceito amplo e é utilizado em vários sistemas de saúde. Pode ser empregado em diversas situações, quando se quer discutir, elaborar, descrever, aplicar e acompanhar uma política de saúde. Visto como um modelo, temos que considerar suas subdivisões - macro, meso e micro - organizacionais.

De acordo com o dicionário da língua portuguesa, o cuidado vem de cuidar, no latim *cogitare* e que há diferentes interpretações, se verbo transitivo direto, indireto ou se intransitivo: “cogitar, imaginar, pensar, refletir; julgar, supor; considerar-se; ocupar-se de, tratar de; precaver-se de; zelar pelo bem-estar ou pela saúde de ou de si mesmo, tratar da saúde de; sustentar”. O termo integrado é um adjetivo, uma inflexão do verbo integrar, que vem do latim *integratu* e significa “assimilado, adaptado, metido dentro¹.” O resgate etimológico do termo é importante pois da mesma forma que para cada palavra isolada há diferentes denominações, o cuidado integrado, praticado atualmente, também não apresenta uma homogeneidade conceitual, o que o torna objeto de debates frequentes. Pode ser considerada uma “adaptação e assimilação” de quem cuida ou de se cuidar de alguém, mas também caberia “pensar, ocupar-se de, zelar pelo bem estar ou pela saúde”. Ou seja, tal qual cada significado, o termo cuidado integrado deve ser considerado dependendo do contexto utilizado.

O cuidado integrado é para muitos autores²⁻⁴ um conceito-chave e que deve estar na pauta de discussões de qualquer estratégia de reforma de um sistema de saúde na atualidade.

A origem do cuidado integrado como um modelo de saúde é polêmica e exige do interlocutor uma atenção quando o expõe. O modelo pode ser proposto a partir do questionamento do modelo de sistema de saúde vigente com o objetivo de reorganizá-lo. A polêmica inicia a partir da influência de duas correntes de bases teóricas diferentes: de um lado, dos programas de *Disease Management* praticados nos Estados Unidos da América (EUA) e, de outro, das práticas integradas dos sistemas de saúde universais presentes em diferentes países, como Inglaterra, Canadá, Holanda e Espanha. A diversidade da nomenclatura provoca

uma série de desencontros na compreensão teórica conceitual e exige do interlocutor contextualizar o termo cuidado integrado ao empregá-lo, já que há diferenças em seu escopo teórico, na sua aplicação e nos elementos que o caracterizam para seu desenvolvimento^{5,6}. Ao longo do tempo os modelos estão amadurecendo, ganhando formatos híbridos e com diferentes propostas de processo e resultados. Por isso deve-se ter o cuidado de evitar denominar com o mesmo nome um conjunto de modelos que se diferem em seu escopo e objetivos.

Um destaque é dado à uma passagem histórica que pode ser considerada uma das origens do cuidado integrado em um sistema universal de saúde. O fato ocorreu em uma área rural no interior da África do Sul, nos anos 40, quando dois médicos, em colaboração com um pequeno grupo multidisciplinar de profissionais da saúde, desenvolveram uma prática de medicina social que unia a clínica com à epidemiologia. As características essenciais que foram desenvolvidas incluíam o cuidado e a prevenção de doenças pelo médico e enfermeira, associados a um programa de educação em saúde conduzido por outros profissionais treinados. As ações eram organizadas paralelamente e em dois caminhos: um através de um serviço com atendimento ambulatorial para doenças, gestação e puericultura, e que também encorajava moradores de outras localidades a procurar este mesmo tipo de serviço em seu próprio local de moradia, uma característica precursora da territorialização; e, como outro caminho, em uma espécie de “programa de saúde de família com cuidados médicos”, no qual cada médico era responsável por 400 a 500 famílias dentro de uma área definida. Havia também tratamentos domiciliares, ações curativas e preventivas por enfermeiras e educação em saúde. Por fim, dentre as inovações para a época, destacavam-se as práticas de integralidade, a pesquisa sobre os aspectos sociais, demográficos e culturais da área, além da avaliação e monitoramento epidemiológico contínuo⁷.

Dentre os termos associados ao cuidado integrado, podem ser citados: gerenciamento de saúde, gerenciamento de caso, gerenciamento de doença, cuidado coordenado, redes de

atenção, redes integradas de saúde, cuidado continuado, cuidado intermediário, modelo de cuidado crônico, cuidado compreensivo, cuidado centrado no paciente e cuidado compartilhado^{2,3,6,8}. Estes termos são mais ou menos reconhecidos dependendo do país, como exemplos: os EUA reconhecem como *managed care*, *disease management*, *patient-centered care*, *patient-centered medical home*, *case management* ou ainda *coordinated care*; o Reino Unido conhece como *integrated care*, *share care*, *co-ordinated care*; a Holanda como *transmural care*; o Brasil e a Espanha reconhecem como redes integradas de atenção ou redes de serviços à saúde. Todos têm como principal característica uma estratégia diferenciada na prestação do cuidado em relação ao que se pratica atualmente - um cuidado fragmentado, pouco eficiente e direcionado ao cuidado das patologias agudas^{2-6,8-10}.

Consequentemente à diversidade da nomenclatura e das perspectivas do cuidado integrado para se discutir este modelo hoje é necessário realizar um recorte sobre qual aspecto está sendo considerado ou até mais de um, dentre os quais^{4,6,8}:

- i) do usuário e ou paciente, isto é, significa as expectativas que possuem a partir do cuidado contínuo, sem fragmentação;
- ii) do profissional assistencial, o que significa trabalhar em uma equipe coordenada, com a presença de várias áreas do saber afim de reduzir a fragmentação, os excessos e desperdícios;
- iii) do coordenador organizacional cujo papel é articular os diferentes processos envolvidos no cuidado integrado, podendo estar inserido na gestão do cuidado assistencial ou na engrenagem de um processo de trabalho;
- iv) do gerente ou formulador das políticas do cuidado integrado, em que a detecção de prioridades para iniciar o modelo e o planejamento financeiro pode advir das doenças de maior impacto, de acordo com um levantamento epidemiológico situacional;

- v) do direcionamento do cuidado integrado que se quer dar para que possa fazer parte de um pacote de cuidados mais amplo.

Há outros elementos que podem contribuir, na prática, para o desenvolvimento do cuidado integrado, como a participação da comunidade, a regulamentação, a fiscalização e a avaliação dos indicadores de desempenho.

Por fim, para que haja sucesso, no planejamento do cuidado integrado devem estar bem definidos: i) o objetivo, o contexto e o local onde estará inserido o modelo; ii) que tipo de integração será feita, se na gestão e ou na assistência; iii) em que nível do cuidado integrado será realizada o processo de integração; iv) quais os limites que permeiam o cuidado integrado que se quer elaborar^{2-4,6,8,11}.

O primeiro modelo de cuidado integrado descrito na literatura foi o *managed care*, concebido nos EUA, no início da década de 80, como uma resposta ao consumo excessivo de recursos, a escassez de ações preventivas de saúde, a falta de responsabilização do cuidado aos pacientes, a ineficiência da gestão e ao modelo de cuidado assistencial fragmentado. A essência do *managed care* é a condução clínica de um paciente por um médico generalista e esse recebe um salário fixo para atender uma determinada quantidade de pacientes. Em caso de necessidade, este médico encaminha o paciente para o especialista^{12,13}. Apesar de muitas críticas, o *managed care* contribuiu com aspectos positivos para o cuidado à saúde e serviu como um dos pilares para o modelo de cuidado integrado. Destacam-se os seguintes aspectos^{14,15}.

- a) a oportunidade de estreitar o vínculo com os pacientes. Na medida em que um profissional de saúde torna-se responsável pelo cuidado contínuo da saúde de uma pessoa, se converte em uma referência para ela. Este fortalecimento da relação entre o profissional-paciente favorece um maior controle dos riscos de descompensação clínica e possibilita intervenções individuais, de maior precisão, contrapondo um atendimento pulverizado dentre as diferentes especialidades médicas, em um modelo fragmentado de assistência à saúde;

b) o resgate do papel do médico generalista ou clínico geral, como “ponto de partida” do sistema. É esse profissional quem avalia, contextualiza e valoriza os elementos contribuintes indiretos para a queixa principal do paciente, direcionando-o ao especialista de acordo com o grau de complexidade do seu estado clínico;

c) a redução da fragmentação do cuidado ao centralizar a assistência à saúde em um só profissional facilitando a organização e o alinhamento das informações que perpassam a sequência usual dos cuidados;

d) a organização das informações assistenciais, baseado em um sistema de informação único, informatizado e em rede, facilitando e ampliando o acesso e as trocas entre prestadores de serviço, minimizando redundâncias e perdas ao longo do cuidado.

As críticas a este modelo referem-se essencialmente aos aspectos econômicos uma vez que o *managed care*, em sua origem, foi desenvolvido para a contenção dos custos assistenciais do sistema de saúde. Através de incentivos financeiros por parte das indústrias farmacêuticas ou das seguradoras privadas de saúde aos médicos, havia uma interferência na conduta assistencial médica dentre as quais citam-se: a identificação de pacientes com um determinado perfil de doença para atendimento e tratamento preferencial; a interferência na conduta clínica assistencial individual e até um estímulo para a prescrição de um determinado medicamento. Outras críticas dizem respeito à limitação para o paciente na escolha do prestador de serviço e no próprio uso da oferta dos serviços disponíveis, ao pagamento diferenciado para aqueles que optaram por participar dos programas, sejam pacientes ou prestadores de serviço e ao controle do número e do tempo das internações^{12,13}.

Na Europa não há um modelo único de cuidado integrado, contudo destacam-se dois em função de seus pioneirismos nas bases teóricas e na aproximação entre os sistemas de saúde e o sistema social¹⁶. O primeiro é o inglês que iniciou o desenvolvimento do cuidado integrado com projetos-piloto na atenção primária. O sistema inglês é universal desde 1948 e seu objetivo

foi permitir o acesso ao sistema de saúde de forma igualitária a toda população. O sistema é financiado pelo governo, através de impostos públicos, devido ao entendimento neste país que a assistência médica é considerada um direito do cidadão e de responsabilidade do Estado. O segundo modelo é o holandês, conhecido como *transmural* ou *seamless care*. Este modelo promoveu a coordenação entre os sistemas de saúde e o sistema social oferecendo uma prestação de serviço contínua quando se refere aos cuidados de longo prazo às pessoas com deficiência física, mental ou outra necessidade de cuidados contínuos. A inclusão do apoio social na rede de atenção é destacada por se entender que não é a doença ou deficiência *per si* que determina a prestação de serviços à saúde no modelo porém a possibilidade da pessoa estar inserida na sociedade, com participação ativa de forma independente, através de incentivos à manutenção da capacidade funcional do indivíduo^{6,9,16,17}.

A CONTINUIDADE DO PROCESSO DE CUIDADO COMO ELEMENTO DIFERENCIAL DO MODELO DE CUIDADO INTEGRADO

Para a implantação do cuidado integrado faz-se necessário a presença de dois elementos fundamentais: a continuidade do cuidado e a coordenação do trabalho. A continuidade do cuidado prestado, seja ele em quaisquer sistemas de saúde, é o fator diferencial do modelo uma vez que esta característica contribui às diferentes denominações.

O gerenciamento, a coordenação, a integração, o cuidado compartilhado são outras nomenclaturas escolhidas para expressar o cuidado integrado, todavia o que se busca realmente é a garantia de sua continuidade, evitando sua fragmentação¹⁷. Esta fragmentação é considerada uma característica perversa dos sistemas de saúde na atualidade e está associada à presença de uma grande variedade de prestadores de serviços de saúde e de organizações de saúde que atuam de forma não complementares¹⁸. Isso ocorre por ausência de comunicação entre os atores que participam da oferta de cuidados de uma forma equitativa, efetiva, eficiente, oportuna e

segura ao paciente. Dada tal dificuldade, há deficiências na construção de um elo que promova a integração sólida das ações, implicando em uma busca de soluções que colide na própria definição de continuidade na área da saúde¹⁹.

Contudo, em que consiste a continuidade na saúde?

A continuidade na saúde significa buscar uma linha sem interrupção nas intervenções de saúde, desde o diagnóstico ou uma conduta clínica, perpassando o plano terapêutico até o acompanhamento rotineiro das necessidades do cidadão; isto pressupõe a troca constante de informações e a coordenação para a interligação das ações.

Para compreender melhor o processo de continuidade na saúde, deve-se resgatar o relatório Dawson, de 1920, cujo objetivo era organizar os serviços de saúde de uma dada população com a integração entre a medicina preventiva e a curativa, distinguindo os três maiores níveis de um serviço de saúde: o nível primário, englobando os centros de saúde; o nível secundário, abrangendo os hospitais de menor nível de complexidade; e o nível terciário, envolvendo os hospitais de ensino. A integração dos serviços de saúde seria possível através da coordenação dos prestadores de serviços de uma determinada região conforme a necessidade da população local visando uma melhor qualidade do serviço prestado. A partir de uma determinada área de abrangência populacional, a coordenação do cuidado se daria através da ação dos centros de saúde primário caracterizando-se a continuidade de um trabalho proposto, visto existir um alinhamento das ações desde as de menor complexidade, preventivas até a reabilitação^{20,21}.

É importante ressaltar que a continuidade da prestação do cuidado e o acesso aos serviços de saúde são atributos da qualidade no cuidado em saúde²². Ambos representam a responsabilidade e a disponibilidade dos sistemas de saúde para com os cidadãos. Os serviços de saúde que estão em processos de acreditação são avaliados em relação àqueles dois atributos

– continuidade e acesso - de forma conjunta baseados em padrões a fim de organizar os serviços^{23,24}.

É possível discutir o acesso e a continuidade do cuidado em saúde partindo-se do conceito de atenção primária. A atenção primária é o primeiro contato, contínuo, abrangente e coordenado de cuidados fornecido às populações indiferenciadas por sexo, doença, ou sistema de órgãos^{25,26}.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define Atenção Primária como “os cuidados essenciais de saúde baseados em práticas e métodos científicos considerados corretos em sua confecção e socialmente aceitos, exercidos universalmente para indivíduos e suas famílias na comunidade, através de uma participação ativa dos mesmos e a um custo possível de ser mantido, em todo estágio do desenvolvimento das pessoas de uma área demográfica determinada”. Essa definição coloca para os sistemas de saúde uma série de dificuldades e pode ser analisada em termos conceituais em relação aos níveis desta atenção, aos serviços prestados em cada nível, aos processos existentes em cada linha de cuidado prestado e a atuação da equipe multiprofissional.

Por outro lado, a definição pode também ser entendida de duas formas: primeiro, como parte de um sistema de saúde formal, integral e predominante de qualquer país e segundo, como um meio de se atingir dois dos objetivos de um sistema de saúde, a saber, a otimização e a equidade da distribuição dos recursos, de uma forma equilibrada²⁷.

O conceito atualmente usado da atenção primária deve sua origem à OMS, em 1978, na declaração de Alma-Ata²⁶⁻²⁸:

“Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança

e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde. (Declaração de Alma-Ata - 1978)

O conceito de atenção primária na saúde consolidado pela OMS apresenta questões práticas do cuidado integrado a ser oferecido por organização de saúde, tais quais^{27,28}:

- 1) ser a porta de entrada de um serviço;
- 2) ser a garantia da continuidade do cuidado, no tempo;
- 3) ser o responsável pela resolução dos problemas de saúde, ainda que parte deles seja encaminhado às equipes de nível secundário ou terciário;
- 4) ser o responsável pela coordenação do cuidado ao nível assistencial e gerencial, tendo a incumbência de organizar e integrar as ações prestadas entre os diferentes profissionais de saúde e os níveis de atenção.

A continuidade do cuidado pela atenção primária é entendida como a relação contínua entre o médico e o paciente e que se estende além dos episódios específicos do surgimento de uma doença, agregando o sentido de filiação nesta relação que, muitas vezes, expressa uma lealdade por parte do paciente e uma responsabilidade clínica, por parte do médico. A continuidade permite a promoção da melhoria na comunicação e, por conseguinte, na construção e na consolidação da relação de confiança vinculando o médico a toda família do paciente^{18,29}.

Contudo, quando o foco da discussão, sobre a continuidade do cuidado, se refere ao cuidado integrado, entre os diversos aspectos da continuidade das ações, deve-se pensar na

continuidade da oferta de serviços entre aqueles que prestam os serviços de forma coerente e lógica, onde se destacam dois elementos chave: o primeiro é o cuidado ao nível individual e o segundo é o cuidado prestado a longo do tempo. Ambos devem existir para que haja a continuidade da prestação do cuidado, porém não são condições indispensáveis, haja vista não bastarem por si só, para garantir a existência da continuidade²⁹.

A continuidade do cuidado de um paciente, no nível individual, em um modelo de cuidado integrado, deve ser compreendida a partir da integração de serviços e da coordenação do cuidado. A continuidade do cuidado a nível individual não é apenas considerada um atributo dos prestadores, ou das organizações, mas essencialmente um atributo da assistência direta ao paciente, a ser traduzido como ele vivencia o cuidado que lhe é proporcionado. A integração das ações ocorre a partir do momento em que há um alinhamento entre elas.

O segundo elemento chave é o cuidado ao longo do tempo, entendido em uma dimensão longitudinal ou cronológica do cuidado e é uma parte intrínseca da continuidade do serviço prestado. O prazo temporal pode ser curto, tal como uma visita ao médico, pois o somatório destes encontros contribui na vinculação médico-paciente mas também, pode ser observado durante a internação hospitalar, quando os encontros sequenciais caracterizam uma continuidade. Por este ponto de vista, ainda deve ser citada a relação ao longo do tempo construída na atenção primária a partir dos atendimentos em uma área demográfica. Neste caso, o “tempo” cronológico promove a continuidade a partir de diferentes fatores, dentre eles, o contribuinte mais provável, a comunicação interpessoal^{29,30}.

É possível, ainda, distinguir-se três tipos de continuidade, a saber: de informação, de gestão e de relação. O primeiro, de informação, é o uso dos informes sobre eventos passados e circunstâncias pessoais para tornar adequado o cuidado atual de cada indivíduo; o segundo, de gestão, é a abordagem consistente e coerente de uma condição de saúde, sensível à evolução das necessidades de um paciente e exige uma organização e administração dos eventos e

características de uma condição de saúde; por último, de relação, é o contato contínuo e constante entre o paciente e os profissionais³⁰. Portanto, a continuidade deve ser o alvo buscado nas diferentes dimensões de um sistema de saúde, por se tratar de um dos elementos essenciais nas práticas do serviço de atenção primária.

Importante esclarecer as diferenças entre o conceito de modelo de cuidado integrado e o termo processo de integração. O processo de integração é uma das ferramentas para a continuidade do serviço prestado cujo resultado final é o modelo de cuidado integrado. O processo de integração ocorre nos diferentes níveis ou setores de um sistema de saúde para a promoção das práticas do modelo de cuidado integrado e, por isso, este processo pode ser considerado como a prática da continuidade das ações do modelo. É o conjunto de processos e métodos para facilitar a execução do cuidado integrado, sendo encontrado nos diferentes níveis do sistema de saúde: no nível macro de um sistema, na integração das relações políticas, governamentais e financeiras; no nível meso, na integração organizacional e profissional; no nível micro, na integração clínica e direta, assistencial, ao paciente. O processo de integração, portanto, engloba a conexão dos serviços pertencentes a um sistema e pode ser identificado e descrito em sete áreas de um sistema de saúde: a sistêmica, a normativa, a organizacional, a administrativa, a informativa, a financeira e a clínica^{4,17,30}.

O modelo de cuidado integrado é um conceito que agrega contribuição, prestação de serviços, gerenciamento e organização de serviços relacionados ao diagnóstico, tratamento, reabilitação e promoção de saúde. É composto por um conjunto de métodos e modelos de investimento, de organização, de administração, de prestação de serviços e de assistência clínica desenhados para fornecer conexão, alinhamento e colaboração entre e com os setores de um sistema de saúde tendo como premissa o paciente, isto é, todas as ações estão organizadas e direcionadas nas perspectivas do paciente e o processo de integração é a garantia do resultado do modelo de cuidado integrado^{2-4,6,8,17,31}.

Um dos caminhos para se garantir a continuidade do cuidado é a presença de uma coordenação do trabalho, representado de forma Macro por um lugar (locus) no sistema de saúde ou Micro, através de um profissional designado para esta função. A presença da coordenação é fundamental para a concatenação da rede de equipamentos, de serviços e de recursos humanos. O coordenador assistencial é o supervisor do trabalho realizado direto ao paciente e faz o alinhamento das ações entre os níveis do sistema de saúde. É ele o responsável pela garantia da continuidade das ações^{28,29,31,32}.

A COORDENAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO COMO GARANTIA DA CONTINUIDADE

Em um sistema de saúde universal a responsabilidade da coordenação deve ser assumida pela atenção primária, pois é a área de um sistema de saúde que garante a continuidade das ações. Do ponto de vista das práticas assistenciais do cuidado integrado, a coordenação deve ser realizada por uma pessoa capacitada em alinhar os processos clínicos, exercendo um papel de gestor da saúde do indivíduo, em que integra todas as ações de profissionais e prestadores de serviços que atendam o paciente, como por exemplo, nos serviços de atendimento domiciliar^{33,34}.

De acordo com a OMS, em 2008, no documento “Atenção primária, Agora mais do que nunca”, a atenção primária cria um espaço onde as pessoas podem se apresentar com um leque de problemas de saúde por constituir-se em uma central de coordenação no sistema de saúde; por facilitar as relações duradouras entre doentes e médicos, criando oportunidades para a participação dos doentes na tomada de decisão sobre a sua saúde e sobre os seus cuidados de saúde; por abrir oportunidades para a prevenção e detecção precoce da doença e a promoção da saúde; por requerer equipes de profissionais de saúde: médicos, enfermeiros profissionais e assistentes com sofisticadas competências sociais e biomédicas, com o uso de tecnologias

diferenciadas para um atendimento diferenciado nos moldes da integralidade do ser humanos em suas quatro dimensões: física, psíquica, social e espiritual; requer recursos e investimentos adequados^{35,36}.

A OMS sugere que a coordenação do cuidado integrado no que tange a gestão e a assistência clínica deva ser realizada por uma área com características semelhantes a da atenção primária uma vez que ela está relacionada a: uma menor hospitalização; um menor uso dos serviços especializados; e uma menor probabilidade da utilização excessiva dos recursos de saúde²⁰.

Esta sugestão se fundamenta por diferentes caminhos: os primeiros a partir de registros antigos de que havia iniciativas francesas, no final do século XIX, nas quais já se promoviam os conceitos-chave da Atenção Primária em Saúde (APS) como: população de risco; ações de base territorial; descentralização; assistência social; prevenção associada à assistência médica; educação sanitária; ações sobre o meio ambiente; co-gestão e controle por colegiados e conselhos; assistentes de quarteirão e rede de atenção à saúde organizada em distritos e ressalte-se que os cuidados médicos exercidos nos EUA e no Reino Unido nesta mesma época eram realizados neste nível de atenção, no mesmo formato, sob influência do modelo francês. Posteriormente, o relatório Dawson reforçou esta ideia, da APS, e a ampliou com a elaboração do conceito de regionalização para garantir que o cuidado fosse executado de forma contínua e coordenada a todos os indivíduos pertencentes a uma determinada região geográfica^{7,27,37}

É importante esclarecer que o cuidado integrado pode existir nas três esferas da atenção sendo que a atenção primária se diferencia da secundária e da terciária por se dedicar aos problemas mais frequentes (simples ou complexos) de uma comunidade e, sobretudo, nas fases iniciais do desenvolvimento das doenças, ou ainda fora da fase aguda da doença. A atenção secundária é composta por ações cuja prática demanda profissionais especializados e com

recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico e a atenção terciária é constituída, principalmente, por serviços hospitalares especializados na alta complexidade^{33,38}.

O cuidado integrado pode estar presente em qualquer sistema de saúde, independentemente da sua natureza (pública ou privada). Discute-se sua dinâmica nas várias instâncias de sistema, porém seu objetivo é alcançar a melhoria na eficiência do sistema, a satisfação do cliente e a qualidade do serviço prestado através da busca pela integração dos processos e a coordenação dos elementos constituintes deste sistema.

Um sistema de saúde é entendido como uma rede horizontal interligada por pontos de atenção à saúde e esses pontos são os locais de prestação de serviços que podem ser compostos de várias formas e com propostas de realização e finalidades distintas. Ressalta-se que independente do sistema, há atributos comuns entre os diferentes sistemas de saúde tais como a oferta de serviços na atenção primária, a oferta de ambulatórios generalistas ou especializados, e a ofertas de hospitais.

Outros atributos podem ser específicos de cada país, dentre eles citam-se três - o sistema de financiamento, o acesso da população aos serviços de saúde e as características demográficas e epidemiológicas. O primeiro, o sistema de financiamento, pode ser público e ou privado, através dos impostos ou de pagamento de empresas que são criadas para oferecer serviços de saúde a partir de contratos custeados individualmente; o segundo, o acesso da população, que pode ser universal, para todos, como os sistemas inglês, canadense e espanhol, de financiamento público ou uma oferta de serviços de acesso mais restrito, como a financiada pelo sistema americano, gratuito para idosos e para a população carente exclusivamente enquanto o restante da população arca com suas despesas, sejam elas pagas diretamente ao prestador de serviço ou indiretamente, através de um contrato com uma empresa; o terceiro atributo consiste em que cada sistema de saúde é desenvolvido a partir de suas características populacionais, a partir da distribuição demográfica e epidemiológica presentes, e com bases nestes dados é que são

organizados, como por exemplo em um país com maior percentagem de idosos portadores de doenças crônicas. São essas especificidades que orientam a política, o desenvolvimento e a oferta de serviços prestados à população de cada país^{31,39}.

Na compreensão atual, o cuidado integrado visa romper com a divisão tradicional entre Saúde e Assistência social destacando o paciente como o foco da organização do sistema e levando-se em conta as suas demandas de saúde e permitindo uma oferta de cuidados à saúde global, envolvendo as questões sociais, em um formato flexível, personalizado e sem fragmentação. Em 2004, a Comissão Europeia afirmou que o cuidado integrado é uma proposta vital para a sustentabilidade e proteção social dos sistemas de saúde europeus. Esta declaração surgiu a partir da posição da OMS em relação ao cuidado integrado^{40,41}.

O CUIDADO INTEGRADO NO CONTEXTO DOS SISTEMAS DE SAÚDE

No ano de 2000 a OMS publicou um documento redefinindo o sistema de saúde de modo a promover, restaurar e manter o bem estar de uma população, ou seja, direcionando o papel dos sistemas de saúde em relação à qualidade de vida. A publicação indicou que há uma divisão de forças em um sistema de saúde e que estes fatores são os direcionadores das reformas do sistema. De um lado existe demanda relacionada às mudanças demográficas e epidemiológicas atreladas a um crescimento de expectativa e direitos dos pacientes. Do outro lado, existem fatores relacionados à pressão econômica e aos avanços na tecnologia na medicina e dos sistemas de informação. O direcionamento da OMS contribuiu para que a Comissão Europeia pudesse implantar e desenvolver o cuidado integrado a partir de algumas prioridades: a) o acesso da população à atenção de saúde primária com o suporte de um sistema hospitalar; b) a garantia de continuidade dos cuidados, a partir de serviços integrados através de um sistema eficiente, de baixo custo, coordenados pela atenção primária promovendo a interseção entre atenção secundária e terciária; c) a presença de médicos e enfermeiras

generalistas atuando através de uma equipe multiprofissional em que a comunidade local e outros setores dos serviços de saúde e social estejam envolvidos³⁹.

A OMS em 2008 publicou outro documento sobre cuidado integrado, denominando-o de um Serviço de Saúde Integrado⁴¹. Este documento não definiu o cuidado integrado sem diferenciá-lo do processo de integração, todavia para a época da publicação a iniciativa pode ser considerada como uma tentativa de esclarecimento e defesa da proposta de um modelo alternativo ao vigente. No documento, a OMS afirmou que um sistema de saúde integrado consiste na gestão e na prestação de serviços de saúde para uma população, de forma continuada, com foco na prevenção e tratamento, de acordo com as necessidades, ao longo do tempo e em diferentes níveis do sistema de saúde. Afirmou ainda que o cuidado integrado possui vários significados em virtude das diferentes nuances atreladas ao foco que se quer dar a ele, baseado no sistema de saúde ao qual ele estará contido e nos objetivos a serem cumpridos, a saber:

1) um conjunto de ações de saúde direcionadas a prevenção e ao tratamento para uma determinada doença e ou população;

2) uma prestação de serviço, em uma determinada área, com diferentes propostas assistenciais coordenadas;

3) um cuidado executado de forma contínua, em todas as fases da patologia, como a síndrome de imunodeficiência adquirida ou em fases específicas do ser humano, como na puericultura ou no pré-natal;

4) uma integração vertical nos diferentes níveis de serviço, como entre os hospitais, os centros e os postos de saúde cujo objetivo seria alcançar os resultados desejados tais como qualidade de vida e maior eficiência;

5) uma integração horizontal, na organização da gestão e das políticas de saúde, para que possam juntar, tomar as decisões e dar suporte as funções de gestão e prática assistencial nos diferentes níveis de um sistema de saúde;

6) uma integração no sentido de trabalhar entre todos os setores, isto é, quando existem mecanismos institucionalizados capacitados na regulação, no financiamento intersetorial e na prestação de serviços de forma coordenada entre diferentes sistemas, dentre eles o de saúde, o social e o de educação;

7) uma integração de uma estrutura provedora de todos os elementos do cuidado, encontrada nos sistemas privados de saúde, como as seguradoras, os fundos financiados por grupos de trabalhadores ou um grupo de profissionais. Esse tipo de organização fornece toda a prestação de serviços de saúde, como o atendimento ambulatorial, a internação hospitalar e os cuidados domiciliares³⁹⁻⁴².

Segundo Kodner (2009) o cuidado integrado pode ter diferentes pontos de vista em função: 1) dos atores - pacientes, provedores assistenciais, gestores e os desenvolvedores das políticas; 2) dos fatores que contribuem para que o cuidado integrado esteja presente - o envelhecimento, as doenças crônicas e as incapacidades; 3) de uma oferta de serviços de saúde disponíveis ao paciente sem um direcionamento; 4) de um desequilíbrio no acesso dos serviços de saúde; 5) da fragmentação do cuidado, os excessos e redundâncias; 6) dos problemas na continuidade e na coordenação do cuidado; 7) do uso ineficiente dos recursos disponíveis; 8) dos erros médicos e os resultados aquém do desejado; 9) dos gastos e custos do sistema de saúde elevados; 10) de uma prestação de contas deficitária e por fim, mas sem esgotar os pontos, 11) uma descrença por parte da população no sistema de saúde¹⁷.

Quando a discussão do cuidado integrado está centrada ao nível da gestão e na assistência, há algumas ferramentas utilizadas para este fim cujos nomes se confundem com o próprio modelo de sistema. Duas delas são o gerenciamento de casos e gerenciamento de

doenças. De acordo com a Sociedade Americana de Gestão de Caso⁴³, esta ferramenta é definida como "um processo colaborativo de avaliação, planejamento, facilitação e otimização de recursos da saúde para pacientes e suas famílias que funciona através de uma comunicação eficiente para a promoção de qualidade e alcance dos resultados econômicos desejados. O gerenciamento de doenças, de acordo com Conill e Horowitz¹³, é uma estratégia alternativa que incentiva uma equipe de saúde a trabalhar de forma multiprofissional para um grupo de pacientes portadores de uma doença específica a fim de alcançar os melhores resultados de saúde possíveis. Há um gestor clínico que acompanha o trabalho assistencial, monitorizando os indicadores de gestão e os assistenciais de forma proativa. O diferencial é a mudança de foco, da atenção da condição aguda para a prestação de cuidados, de forma contínua, para as doenças crônicas que afetam uma determinada população de pacientes.

Nesta tese, o direcionamento dado será na perspectiva da gestão e assistência clínica do cuidado integrado no sistema de saúde suplementar do Brasil.

O tema cuidado integrado no Brasil pode ser discutido no âmbito do sistema público de saúde e no sistema suplementar privado e, neste trabalho, o foco desta tese é o Sistema de Saúde Suplementar Privado, o segundo sistema.

Esta coexistência de sistemas não é uma característica apenas do sistema de saúde brasileiro, no entanto no Brasil, a oferta de serviços prestados pelas diferentes instituições pertencentes aos dois sistemas de saúde brasileiro ocorre de uma forma desarticulada. O sistema suplementar privado possui uma organização dos seus subsistemas e uma sistematização dos seus processos, tais como o setor de normatização e de fiscalização, contudo seu padrão de qualidade apresenta uma oferta heterogênea dos serviços prestados. Hoje o sistema suplementar atende 25% da população brasileira, principalmente na região sudeste. Deve-se pontuar que ao paciente pagante dos serviços prestados pelo sistema privado lhe é facultado utilizar o sistema privado, quanto o público. Há uma política de ressarcimento do sistema privado ao SUS

quandos beneficiários utilizam o público. Toda vez que um paciente, portador de um seguro de saúde, utilizar o sistema público, esse uso será ressarcido pelo preço do procedimento na tabela do SUS, em uma vez e meia e o valor é repassado ao Fundo Nacional de Saúde. Entretanto, mesmo com modificações recentes, a política de ressarcimento ainda é um processo ineficiente⁴⁴.

Outra característica do sistema privado brasileiro é a forma de constituição de sua “porta de entrada”; geralmente constituída por médicos credenciados ou contratados (em sua maioria especialistas) ou por empresas prestadoras de serviços tais como exames complementares e/ou mantenedoras de hospitais. O paciente busca no sistema privado geralmente uma solução para problemas específicos de sua saúde, em sua maioria quando se vê face a uma condição aguda, através da livre-escolha do profissional e do local de atendimento, o que favorece a fragmentação do cuidado^{45,46}.

O sistema de saúde suplementar tem sua origem no marco regulatório na lei nº 9.656 de 03 de junho de 1998. Em 2000, na lei nº 9.961, foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), uma autarquia vinculada ao Ministério da Saúde, cuja função é regular as operadoras setoriais e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no Brasil⁴⁷. A ANS possui uma arrecadação financeira própria, tem grande poder de ação, autonomia administrativa, financeira e política em relação ao governo, além das decisões da diretoria colegiada terem legalidade para efetivar suas resoluções. Ela possui, ainda, competência normativa, decisória e sancionária exercida sobre qualquer modalidade de produto, serviço e contrato de operadora de serviços de saúde no intuito de garantir a cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica⁴⁸.

O sistema de saúde suplementar privado compõe-se de duas formas de organização dos serviços de saúde: medicina suplementar e a medicina clássica, exercida pelos profissionais liberais. A primeira organização, suplementar, é composta por quatro segmentos ou grupos que

se diferenciam por sua forma de financiamento e de seus objetivos, e são denominadas comumente como Operadoras de Saúde.

Os tipos de operadoras de saúde são, de uma forma simplificada: as empresas de autogestão, caracterizadas pelo financiamento dos próprios trabalhadores; as cooperativas de trabalho, inicialmente organizadas pelos próprios médicos para tentar garantir autonomia e trabalho; as seguradoras e empresas denominadas medicina de grupo, setor comercial, com foco no lucro através da venda de apólices e de serviços de saúde, desde a prestação do trabalho assistencial até a oferta de serviços através de hospitais, laboratórios e intervenções terapêuticas. A segunda forma de organização, liberal clássico, é composta por serviços particulares autônomos, caracterizados por clientela própria, captada por diversos processos informais, em que os profissionais da saúde estabelecem diretamente as condições de tratamento e de sua remuneração^{45,47}

A trajetória do cuidado integrado na saúde suplementar no Brasil também apresenta heterogeneidade na nomenclatura, no conceito e nos modelos praticados. Qualquer que seja a forma de organização do serviço, como o gerenciamento de saúde, o gerenciamento de doenças, o gerenciamento de caso, todos objetivam reduzir custo assistencial.

A ANS, desde 2004, com o objetivo de incentivar uma mudança de paradigma no cuidado à saúde, tem estimulado as operadoras a repensarem a gestão, a fim de contribuir para mudanças do modelo de atenção no qual haja a incorporação de ações relacionadas a promoção de saúde e prevenção de agravos. Em 2011, propõe o modelo de cuidado integrado com o nome de programa de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças (PromoPrev) e o definiu como um programa para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças aquele que contém um conjunto de estratégias e ações programáticas integradas que objetivam: i) a promoção da saúde, a prevenção de riscos, de agravos e de doenças; ii) a compressão da morbidade; iii) a

redução dos anos perdidos por incapacidade e, por último, iv) o aumento da qualidade de vida dos indivíduos e populações.

Os fatores que levaram ao incentivo para o desenvolvimento dos programas foram o envelhecimento populacional e a emergência das doenças crônicas no país – em uma relação causal entre esses fatores. Os programas foram normatizados e para a execução é necessário o acompanhamento assistencial, focado na população, e a avaliação e o monitoramento ao nível gerencial, através de indicadores. A ANS sugere que para a elaboração de um programa são necessárias algumas definições por parte das operadoras de saúde interessadas, que o desenvolve, tais como: os objetivos, as áreas que serão contempladas, as ações que serão realizadas e os resultados almejados através de indicadores^{46,48}.

Entretanto, há críticas ao papel da ANS em relação à normatização e fiscalização dos programas, como a necessidade de melhor definição dos indicadores do programa de promoção de saúde e do acompanhamento diante de suas competências estabelecidas pela Resolução Resolução de Diretria Colegiada (RDC)Nº 1^{45,49,50}.

As competências estabelecidas pela RDC 1 foram:

- estabelecer critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços oferecidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, sejam eles próprios, referenciados, contratados ou conveniados;
- expedir normas e padrões para o envio de informações de natureza econômico-financeira pelas operadoras;
- proceder à integração de informações com os bancos de dados do SUS;
- requisitar o fornecimento de quaisquer informações das operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem como da rede prestadora de serviços a elas credenciados

A ANS dispõe de um banco de dados, heterogêneo para o acompanhamento dos programas. A autarquia auxilia na elaboração dos programas e na organização dos dados de cada operadora, contudo não há uma uniformização das informações, o que dificulta a análise. Cada operadora tem a liberdade de desenvolver seu programa de acordo com o perfil epidemiológico pontual⁵⁰.

Para incentivar as operadoras de saúde a desenvolver os programas, em 2009, através da instrução ou resolução normativa (RN) 197, a ANS permitia que todo o dinheiro aplicado nestas iniciativas poderia ser discriminado como ativo intangível no balanço patrimonial, contudo esta instrução normativa foi revogada em 2012. Entre este período, em agosto de 2011, outras duas RN de incentivo, a 264 e a 265, foram criadas. A RN 264 afirmava que as operadoras que desenvolvessem os programas poderiam aproveitar esse investimento como fator redutor da exigência mensal da margem de solvência, nos termos de regulamentação específica. As operadoras, também por esta NR, receberiam uma pontuação-bônus no Índice de Desempenho da Saúde Suplementar da operadora (IDSS). A RN 265 dispunha sobre a concessão de bonificação aos pacientes que aderissem aos programas, através de um desconto no pagamento da mensalidade do seguro-saúde. De toda forma, até hoje, através da RN conjunta entre a Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras (DIOPE) e a Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos (DIPRO) nº 7, há uma política incentivadora da ANS para que as operadoras desenvolvam programas de prevenção. Esse incentivo se dá através da dedução do total de despesas do ano anterior na exigência mensal da margem de solvência do exercício corrente (limitada a 10%)^{48,49,50}.

O panorama descrito em relação à saúde suplementar privada no Brasil pode ser um pressuposto das dificuldades no desenvolvimento do modelo de cuidado integrado no referido país, o que acarretaria consequências a uma parcela da população brasileira usuária do sistema,

a qual é formada por idosos e pelos portadores de doenças crônicas que constituem provavelmente um dos grupos mais vulneráveis de um sistema de saúde.

Destaca-se que o cuidado integrado pode ser aplicado para qualquer população ou grupo de doenças, contudo é um modelo direcionado aos idosos e aos portadores de doenças crônicas diante das peculiaridades destas populações, tais como as interferências na autonomia e na independência dos pacientes oriundas do envelhecimento e de determinadas sequelas presentes nas doenças crônicas incapacitantes, como as síndromes demenciais, a esclerose lateral amiotrófica, a cardiopatia e a doença pulmonar crônica, as nefropatias, o diabetes e as neoplasias⁵¹. No entanto deve-se refletir a forma do modelo praticado. Pensar em cuidado integrado para o idoso é compreender as características inerentes ao envelhecimento e considerar não apenas a presença das comorbidades de forma isolada mas o conjunto formado pelas quatro dimensões do ser humano (física, social, espiritual e psíquica) e o quanto esse conjunto pode influenciar a saúde.

O CUIDADO INTEGRADO E OS IDOSOS PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS

O modelo de cuidado integrado é proposto como uma resposta às mudanças na demografia populacional, na epidemiologia das doenças e na ineficiência da prestação de serviços de saúde.

Algumas características dos sistemas de saúde de uma grande parte dos países, dentre eles os EUA, os países europeus, o Japão, o Canadá e o Brasil, são citados: o perfil epidemiológico da população, como o envelhecimento e a ascensão das doenças crônicas degenerativa e a diferenciação dos serviços de saúde com o foco na especialização dos profissionais e as dificuldades da população no acesso ao atendimento nos serviços de saúde^{52,53}.

Em consequência disto, dentre elas podem ser citadas: i) a carência de profissionais treinados no atendimento aos idosos e portadores de doenças crônicas, ii) a segmentação do cuidado, iii) a insatisfação pelos recursos escassos direcionados a essa população, iv) a dificuldade no acesso aos serviços de saúde, v) a fragmentação da atenção profissional e portanto o cuidado prestado de uma forma desarticulada e por vezes redundante, v) o excesso de utilização dos serviços, vii) os custos ascendentes e de difícil controle e, por último, viii) a ineficiência do sistema.

Por estas razões, o cuidado integrado pode ser uma alternativa mais adequada ao atendimento desta população^{5,6,8,10,11}.

Acrescente-se também como fatores contribuintes para a implantação do cuidado integrado: a necessidade de inovar a política conservadora dos sistemas de saúde em relação a organização, a regulação e ao financiamento do sistema e as atuais discussões sobre a formação do profissional de saúde e seus argumentos a reflexão sobre o cuidado integrado considerando-o uma possível solução ao modelo vigente, uma vez que deve ser visto como uma alternativa para os problemas advindos neste momento de transformações que os sistemas de saúde vivenciam^{5,16,31,53}.

A Agência para Pesquisas e Qualidade (Agency for Healthcare Research and Quality - AHQR) do governo dos Estados Unidos da América é uma organização do Departamento de Saúde e Serviços Humanos que tem como objetivo investigar os sistemas de saúde para torná-los mais seguros, de maior qualidade, mais acessíveis e equitativos. Em um país no qual o sistema de saúde é reconhecido como fragmentado e pouco eficiente, a preocupação em reestruturar o modelo de atenção à saúde é uma de suas prioridades em virtude da sua própria sustentabilidade financeira a longo prazo.

A agência afirmou a necessidade de investir na Atenção Primária como um elemento de sucesso na reforma do sistema de saúde⁵. A agência denominou o cuidado integrado, em uma

tradução livre, de Cuidado Centrado no Paciente (Patient-Centered Medical Home - PCMH) propondo que a reforma do sistema seja baseada nas práticas da atenção primária. As razões para tal são porque as práticas da atenção primárias garantem a coordenação, a continuidade e o acesso ao cuidado, sendo este é centrado no paciente. A agência enfatiza a segurança do paciente e na qualidade do serviço prestado como um diferencial para o Cuidado Centrado no Paciente. Ela afirma também que esforços nos EUA estão sendo realizados para concretizar esta ideia através de: uma reforma no sistema de financiamento dos serviços de saúde, do reconhecimento dos programas existentes e de um apoio no suporte das práticas assistenciais e gerenciais executadas. E, ainda, propõe que o Cuidado Centrado no Paciente exerça a coordenação dos serviços de saúde mental, clínica e social gerando um benefício ao paciente de forma mais efetiva, com um custo financeiro menor inclusive, ou seja, eficiente.

Para a agência, este modelo promove uma oferta de cuidado de melhor qualidade para os idosos e portadores de doenças crônicas pois normalmente este grupo faz parte de um conjunto da população que mais utiliza os sistemas de saúde e frequentam um maior número de profissionais, em razão da maior probabilidade de incapacitação e limites para suas atividades de vida diária, com maior grau de dependência e autonomia limitada, necessitando de um maior apoio, seja da família ou de um cuidado formalizado para seus cuidados básicos⁵.

The Kings fund, uma instituição inglesa que contribui para o desenvolvimento e melhoria do sistema de saúde na Inglaterra, também afirma que o cuidado integrado é essencial para encontrar e ofertar as atenções que a população idosa necessita a fim de promover uma mudança do sistema de cuidado destas pessoas e capacitar os portadores de doenças crônicas incapacitantes a viver de uma forma mais independente possível baseado na atenção primária⁵⁵.

No Brasil o cuidado integrado que é praticado hoje, no sistema de saúde suplementar privado, tem como base os programas de gerenciamento de doenças crônicas comuns ao sistema norte-americano. Existe uma variedade em relação ao método de trabalho mas geralmente os

critérios de inclusão dos pacientes são semelhantes. Os eleitos a fazer parte destes programas normalmente são os pacientes portadores de determinadas doenças crônicas, dentre elas: a hipertensão arterial, a diabetes, a doença pulmonar obstrutiva crônica e a cardiopatia. Através de ações que perpassam desde as orientações clínicas por telefone, a solicitação de exames complementares de forma seriada e até visitas de profissionais em casa, os programas tendem a executar protocolos e diretrizes preestabelecidas e não permitem flexibilização nas ações. Outro ponto é que não discute a coordenação assistencial nos moldes da atenção primária, reconhecida na saúde pública brasileira como Atenção Primária em Saúde (APS). As ações assistenciais executadas na saúde privada deveriam ser coordenadas por uma equipe capacitada nos moldes das APS conforme as orientações preconizadas no programa de políticas públicas do Brasil, cujo modelo tem como base as recomendações da OMS, que sugere reformas da cobertura assistencial, da prestação de serviços, da liderança dos sistemas e das políticas organizacionais⁵⁶.

É importante destacar que o modelo de cuidado integrado empregado hoje estará possivelmente fadado ao insucesso se optar por ações exclusivamente centradas na doença e não na pessoa e no seu contexto de vida sócio-econômico e psicológico. A execução de protocolos e diretrizes sem flexibilizar para o idoso ou não incluir conceitos associados ao cuidado de idosos compromete o resultado. A utilização das práticas assistenciais dos programas de gerenciamento de doenças crônicas normalmente aplicadas para os adultos e simplesmente incluir os idosos deve ser repensado independente do objetivo almejado.

Não se tem registro da realização, por parte das operadoras de saúde, das recomendações da OMS no sistema suplementar privado do Brasil. Ademais, observa-se uma ausência da discussão sobre o papel da atenção primária na coordenação assistencial, no modelo de cuidado integrado na saúde suplementar praticado hoje. Serão esses alguns dos motivos das dificuldades

que o setor enfrenta na atualidade, essencialmente para o cuidado dos idosos portadores de doenças crônicas.

Esta tese de doutorado pretende discutir o tema docuidado integrado para o idoso portador de doença crônica no Brasil e contribuir para o avanço da discussão sobre o modelo e sua consolidação na saúde suplementar.

CAPÍTULO 2

OBJETIVO GERAL E OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2. I - OBJETIVO GERAL

Identificar os modelos de cuidado integrado prestados a idosos portadores de doenças crônicas, analisar os resultados do modelo praticado no sistema privado de saúde no Brasil e discutir as barreiras para sua expansão.

2. II - OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Descrever os modelos internacionais de cuidado integrado prestados a idosos portadores de doenças crônicas;
2. Identificar os indicadores utilizados nos modelos internacionais de cuidado integrado prestado a idosos portadores de doenças crônicas;
3. Avaliar os resultados de um programa de cuidado integrado de uma operadora de saúde praticado no Brasil a partir de dois indicadores de resultados;
4. Discutir as barreiras para expansão do modelo de cuidado integrado praticado no sistema de saúde privado do Brasil

CAPÍTULO 3

MÉTODOS

Esta dissertação foi organizada na forma de três artigos e os métodos específicos dos mesmos estão descritos em cada um deles.

No artigo 1, foi realizada uma revisão sistemática como o objetivo de identificar na literatura o conceito e a descrição do modelo de cuidado integrado praticado na atualidade e, a seguir, elencar os indicadores de resultado mais utilizados. A revisão sistemática foi elaborada de acordo com as recomendações do PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis*), uma diretriz que inclui uma lista de vinte e sete itens a serem verificados com explicações para cada um deles e um diagrama de fluxo dividido em quatro fases. O PRISMA foi elaborado pelo grupo Cochrane em 2009, como um aprimoramento do QUOROM (*Quality Of Reporting Of Meta-analyses*), uma diretriz criada em 1996 por um grupo internacional cujo objetivo era avaliar metanálises a partir de ensaios randomizados. Posteriormente, foi renomeado de PRISMA, para auxiliar na avaliação qualitativa das revisões sistemáticas e das metanálises para a tomada de decisão clínica. Atualmente é utilizada inclusive para as revisões sistemáticas de prognóstico, diagnóstico, adaptações transculturais e propriedades de medidas^{57,58}.

No artigo 2, foi realizada uma análise de uma coorte retrospectiva utilizando um banco de dados de uma operadora de saúde. Para análise da associação entre a participação do programa e os indicadores: número de idas à emergência e o número de internações foram realizadas quatro tipos de modelagem: Poisson, Binomial, Binomial negativa e Binomial negativa inflacionada de zero (ZINB). As modelagens finais foram ajustadas por idade e sexo. A modelagem binomial negativa inflacionada de zero, ZINB foi a que mostrou ser a mais adequada devido a discrepância encontrada entre a variância e a média das variáveis de desfecho e o critério de Akaike (*Akaike Information Criteria - AIC*) foi utilizado para comparação dos modelos. Os resultados dos modelos não utilizados encontram-se em Anexo.

No artigo 3, foram realizadas entrevistas com gestores e pesquisadores brasileiros cujo método utilizado foi inspirado no Delphi. O nome da técnica Delphi deriva da palavra Delfos que oriunda da mitologia grega, relacionada ao nome do templo de Apolo, divindade que tinha o poder de transferir visão do futuro aos mortais inquietos, sendo que Delfos era o local no qual os gregos ouviam suas profecias. Por volta do ano 1952, a técnica Delphi foi utilizada pela primeira vez em um experimento para coletar a opinião de experts do ponto de vista do planejamento estratégico soviético, com a finalidade de estimar o número de bombas atômicas necessárias para reduzir a produção de munições². Com o passar do tempo, essa técnica passou a ser aplicada como procedimento de predição na área empresarial, sociológica, da saúde e na implantação de novas tecnologias. É um método destinado à dedução e refinamento de opiniões cujo objetivo é alcançar o consenso de opinião do grupo, sendo reconhecido como um bom instrumento de previsão qualitativa. Seu uso é mais indicado quando não há um histórico de um dado problema ou quando faltam dados quantitativos referentes ao mesmo^{59,60}.

O princípio do método é intuitivo e interativo e está atrelado à constituição de um grupo de especialistas em determinada área do conhecimento, e que irão responder a uma série de questões. O resultado dessa primeira fase é analisado e comunicado aos participantes do estudo que na próxima etapa continuam a responder, com interações sucessivas até um possível consenso seja obtido. De modo geral, o método Delphi se distingue por três características básicas: o anonimato, a interação com “*rounds e feedbacks*” controlados e uma possível resposta estatística do grupo. O produto final deverá ser uma previsão que contenha o ponto de vista da maioria ou de um pequeno grupo, se a minoria tiver convicção acerca do assunto. Não existe a exigência de um número mínimo ou máximo de componentes do painel, que pode variar de um pequeno grupo até um grupo numeroso, dependendo do tipo de problema a ser investigado e da população e/ou amostras utilizáveis. Algumas variações podem implicar na eliminação de uma ou mais características do método Delphi ou na criação de procedimentos

diferentes, que são admitidos, desde que sejam conservadas as características básicas. A entrega dos questionários aos respondentes pode ser feita através do correio ou via internet. A amostra do estudo prospectivo pode ser do tipo intencional ou não. Esse método oferece duas vantagens: baixo custo e ausência de pressões nos participantes, comum nos métodos de confrontação presencial. Importante destacar é que dependendo da proposição temática, de caráter eminentemente qualitativo e relacionado a conceitos teóricos o campo de abrangência poderá exibir uma complexidade maior, visando ressaltar as práticas no campo da pesquisa empírica⁵⁹⁻
⁶². Nesta parte da tese o método mais adequado para entrevistar os gestores e pesquisadores, que se dispuseram a participar mas que apresentavam impossibilitados de estarem presentes por viverem ou por estarem no momento da entrevista em diferentes cidades do país, foi o método Delphi através da internet. Esta escolha foi a oportunidade de abarcar diferentes pessoas tecnicamente capazes de discutir o modelo de cuidado integrado utilizando entrevistas virtuais, através do correio eletrônico, na tentativa de alcançar o consenso de opinião do grupo.

CAPÍTULO 4

ARTIGOS

Artigo 1

Título: O cuidado integrado e qualidade de vida dos idosos portadores de doenças crônicas: revisão sistemática.

Title: The integrated care and quality of life of elderly patients with chronic disease: systematic review.

(Publicado no periódico Enfermagem Revista, v. 17, n.01, jan./abr. 2014)

RESUMO

O cuidado integrado coordenado pela enfermagem é uma alternativa ao modelo de atenção de saúde, centrado nas doenças agudas e pode contribuir para melhoria da qualidade de vida, principalmente dos idosos. Uma revisão sistemática de literatura apontou que a melhoria da saúde dos idosos nos programas de cuidado integrado tem sido avaliada pela mensuração de qualidade de vida e a utilização dos serviços de saúde. Entretanto há a necessidade de uniformizar os termos utilizados e de reduzir as lacunas metodológicas entre os estudos de avaliação dos programas de cuidado integrado para permitir a comparação entre eles e dirimir controvérsias. **Palavras chave:** administração de caso, planejamento em saúde, programas de assistência gerenciada, idoso, qualidade de vida.

ABSTRACT

The Integrated Care is an alternative to the current health care, focusing on acute diseases and can contribute to improving the quality of life for seniors with coordination done by nurses. This study verifies that this care improves the quality of life of elderly assessed by measurement of quality of life and use of health services. The selection shows a trend of improvement in quality of life and reducing the use of health services. There is a need to standardize the terms conceptual, detail the practices and assists to reduce the gaps in the methodology of the studies so there is comparability between programs. **Key word:** case management, health planning, delivery of health care, elderly, quality-of-life.

INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento com o conseqüente aumento da prevalência das doenças crônicas é um fenômeno mundial que desafia os sistemas de saúde. Esses sistemas não serão capazes de prestar um serviço de saúde adequado se não estiverem preparados para enfrentar o perfil de doença mais complexo dos idosos, que demanda práticas assistenciais de saúde num modelo de cuidado integrado. A organização deste tipo de modelo de cuidado parte de um conjunto de estratégias de planejamento e políticas de saúde que visam tornar mais efetiva a prestação de serviços para portadores de múltiplas doenças crônicas(1).

O modelo de cuidado integrado para ser efetivo depende da coordenação dos cuidados por um profissional de saúde, geralmente um enfermeiro. Esse coordenador é o elo entre os vários níveis de complexidade da atenção do sistema, entre a os profissionais da equipe de saúde, facilitando a comunicação e com os pacientes e seus familiares. Este modelo necessita de um sistema de informação e comunicação integrados, além de diretrizes assistenciais para embasar o plano de atenção elaborado de acordo com as necessidades dos pacientes.

Um dos maiores problemas para disseminação do modelo é a carência de uma uniformidade conceitual. Essa inconformidade dificulta a avaliação dos resultados na saúde do idoso, ao compará-lo com os modelos fragmentados tradicionais(2.3).

O modelo de cuidado integrado pode ser considerado como um *mix* de duas abordagens distintas - o *managed care* e o *integrated care*. Ambos buscam a integração da prestação de serviço de saúde, mas são incomparáveis em função da sua origem, uma vez que o *managed care* foi criado nos Estados Unidos da América (EUA), em um sistema de saúde não-universal, e o *integrated care*, em sistemas de saúde universais, tais como o inglês, o espanhol, o português e o canadense(4).

O modelo *managed care*, foi concebido pelas empresas de medicina de grupo como uma resposta ao consumo excessivo de recursos. O objetivo foi melhorar a eficiência do sistema de

saúde, mas esperava-se também que este modelo pudesse contribuir positivamente para a melhoria de ações preventivas, no aumento da responsabilização clínica dos pacientes e na redução da fragmentação do cuidado.

O modelo *integrated care* foi criado em sistemas de acesso universal para integrar o cuidado com o objetivo melhorar a equidade. O modelo reforçaria a integralidade dos cuidados, em seus diferentes níveis de complexidades de atenção à saúde, que já está na base da concepção desse sistema e que atua através de mecanismos de referência e contra referência desde a promoção de saúde e prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, até a reabilitação(5,6). Outras políticas, para além do sistema de saúde têm como o objetivo uma melhor saúde do idoso. Alguns países, como a Holanda, realizam a integração do seu sistema de saúde com o sistema social para produzir impactos positivos na população idosa.

Os resultados dos modelos de cuidado integrado têm sido analisados diretamente, pela percepção dos idosos da sua qualidade de vida e pela sua satisfação com o cuidado recebido e, indiretamente, através da utilização dos serviços de saúde. O número de internações hospitalares e de consultas ambulatoriais, o tempo médio de internação e as visitas a emergência têm sido os indicadores mais utilizados para medir a utilização dos serviços de saúde(7,8). O impacto do envelhecimento e do aumento da magnitude das doenças crônicas na perspectiva do gestor dos sistemas públicos ou privados é avaliado através dos custos financeiros envolvidos com o cuidado deste segmento da população. A integração do cuidado, pode ser um ponto chave para garantir não apenas uma oferta equitativa, segura, adequada, efetiva e eficiente, mas que gere satisfação do paciente com o cuidado recebido e uma percepção da melhoria de seu estado(9).

São três os elementos-base do cuidado integrado: um sistema de informação, diretrizes clínicas e a coordenação do cuidado. Este último item é essencial para execução e alcance dos objetivos do modelo. O enfermeiro tem sido escolhido para executar esta tarefa, pois se

considera que essa competência faz parte de sua formação(10). Este artigo tem como objetivo descrever como os modelos de cuidado integrado vem contribuindo para uma melhor qualidade de vida do idoso portador de doença crônica e contribuir para ampliar a discussão sobre esta proposta de modelo de cuidado.

MÉTODO

Estudo de natureza descritiva, utilizando a revisão sistemática da literatura e análise documental cuja revisão documental foi realizada em textos impressos e sites governamentais para identificar políticas de cuidados de saúde integrados em diferentes países. Foram consideradas as publicações dos últimos 10 anos, com data limite de 30 de novembro de 2011 e utilizados sete portais de busca: *All Medline/Pubmed databases*, EMBASE, LILAC's (base de dados da América Latina), IBEC's (base de dados espanhola), *Cochrane library*, ISI/WEB OF SCIENCE, WHOLIS (base de dados da Organização Mundial de Saúde) e CINAHL (base de dados de enfermagem). Foram utilizados como descritores em todos os portais os seguintes termos: *case and disease management, managed care program, age, aging and elderly and quality of life*.

Os artigos identificados pela estratégia de busca inicial foram avaliados independentemente por dois autores com posterior avaliação de títulos e resumos de forma independente e cegada, obedecendo aos critérios de inclusão e exclusão definidos no protocolo de pesquisa. Quando o título e o resumo não foram esclarecedores procedeu-se a leitura dos textos na íntegra. As divergências sobre quais os artigos deveriam ter sido selecionados para a leitura foram resolvidas por consenso.

Os critérios de inclusão para a seleção dos estudos foram: (i) idioma: publicados nos idiomas inglês, português, espanhol e francês; (ii) intervenção: modelos de cuidado integrado contribuem para uma melhor qualidade de vida (iii) população: idade maior que 65 anos (iv) desfecho: qualidade de vida; mortalidade; a satisfação do paciente com o cuidado e a utilização

dos serviços de saúde, considerando: o tempo de internação; o comparecimento a um serviço de emergência e a readmissão hospitalar. Foram excluídos os estudos: (i) com animais; (ii) sobre ensaios com medicações; (iii) publicados como comentários, editorial, ou cartas; (iv) publicados sem resumo aos quais as revistas não eram de livre acesso; (v) sobre gerenciamento de patologias específica.

RESULTADO

Foram identificados 1005 artigos, sendo 337 no portal Cochrane Library, 268 no EMBASE e 231 no MEDLINE. Nos portais da LILAC's, foram treze, e no IBEC's foram dois artigos identificados respectivamente. Após etapa inicial, permaneceram 108 artigos para a leitura detalhada e no final, selecionados vinte e cinco artigos(11-35).

Nos estudos selecionados foi encontrada uma significativa heterogeneidade nas metodologias empregadas para avaliar o modelo do cuidado integrado e seus resultados na saúde do idoso. Os métodos encontrados nos estudos levantados foram:1) entrevistas semiestruturadas com análise de conteúdo(26);2) pesquisas na comunidade e em *nursing homes*, sob forma de análise comparativa de desfechos entre os clusters(17,23);3) ensaios quasi-experimentais – multicêntrico(11), comunitário(35) e hospitalar(27);4) comparação antes e após a aplicação do modelo(21,28, 32,33); e 5) ensaios clínicos randomizados(12-16,18-20,22,24,26,29-32,34). Nos estudos que apresentaram propostas metodológicas semelhantes foram encontradas disparidades em itens essenciais para uma comparação, dentre eles: o tamanho amostral, as diferentes doenças crônicas eleitas no programa de cuidado integrado, o grau de complexidade clínica do paciente, o percentual de perda amostral ao longo do seguimento e o desfecho escolhido.

Os objetivos dos estudos variaram em função do escopo e do desfecho. Alguns avaliaram o impacto de programas de cuidado integral na saúde do idoso, em uma determinada população de uma região ou instituição, em um mesmo país ou países

diferentes(12,21,23,24,26,32,33,35); alguns estudos avaliaram o custo financeiro da intervenção do modelo(15,20,25,28); outros estudos compararam o desfecho na saúde do idoso obtido com o cuidado integrado e o cuidado tradicional (11,14,15,16-20,22,24, 27,29-31,34).

Os desfechos encontrados nos estudos podem ser classificados em cinco grupos: 1) avaliação da qualidade de vida do idoso através do uso de ferramentas específicas, tais como o SF 36; 2) mortalidade; 3) readmissão e tempo de internação, 4) comparecimento a um serviço de emergência; 5) aferição da satisfação do paciente com o serviço de cuidado integrado oferecido.

Os estudos, cuja metodologia empregada foram ensaio clínicos randomizados, quasi-experimentais ou análise de cluster, não mostraram diferenças significativas dos desfechos quando comparados com o modelo tradicional praticado(13,15,27,32,33,35).

Os estudos que utilizaram indicadores de utilização de serviços de saúde - readmissão e tempo de internação, comparecimento a um serviço de emergência - e a taxa de mortalidade, apresentaram a melhora de pelo menos um destes indicadores com a implantação do modelo de cuidado integrado(11,12,14,15,17,20,21,25,28,29,32,35). Contudo nem sempre com significância estatística(11,14,17,11,12,28). Alguns estudos apontam limites metodológicos, para explicar os resultados sem significância estatística, como a perda amostral ao longo do seguimento, o tempo de seguimento curto, a análise do programa em um único formato em detrimento da análise estratificada por intervenções e por fim, a heterogeneidade amostral. Entre os estudos cuja análise de desfecho foi o custo financeiro, apenas um mostrou redução do custo(19), enquanto os demais não mostraram evidências quando comparados a análise dos desfechos de cuidado com o modelo tradicional empregado(18,24,25,29).

Quanto à avaliação da qualidade de vida dos 25 estudos selecionados, 19 utilizaram este método. Dentre esses, 17 estudos apresentaram algum grau de melhora na percepção da qualidade de vida do idoso submetido ao cuidado integrado, entretanto não houve

significância estatística(11,12,14,16-19,23,24,26,19-31,33). O *Medical Outcomes Study 36 – Item ShortForm Health Survey (SF36)* foi o instrumento de coleta da informação mais utilizada em estudos americanos(16, 24,25,30), holandeses(26,27) e no canadense(16), por isso útil, haja vista permitir comparações de resultados de percepção de qualidade de vida de pessoas com diferentes patologias, submetidas a diferentes tratamentos(36).

Dentre os estudos, um americano se destaca, uma vez que foi considerado modelo para outros estudos. Scott et al estudaram a efetividade do modelo de rede integrada articulada nos níveis de atenção secundária e terciária de cuidado integrado pertencente ao grupo *Kaiser Permanent*(18). Tanto o modelo de cuidado integrado da *Kaiser Permanent*, quanto outro denominado *Evercare*, foram elaborados a partir do Modelo de Atenção Crônica de Wagner que desenvolvem programas de cuidado integrado e servem de modelo para outras iniciativas nos EUA(37). O modelo de cuidado integrado estudado foi comparado com o cuidado tradicional e avaliou: a) os níveis de satisfação com o programa, b) a melhoria no autocuidado a partir das orientações recebidas, c) a melhora da qualidade de vida, d) a redução do declínio da capacidade funcional e e) a redução da utilização dos serviços de saúde, especialmente a admissão à emergência, número e tempo de internação hospitalar e visitas ao consultório. A intervenção, no grupo que recebeu o cuidado integrado, era realizada mensalmente por um núcleo-base formado por médicos e enfermeiras. Os desfechos desse grupo foram melhores que do grupo controle: a) maior satisfação do cliente com o plano de saúde, b) melhora da capacidade funcional c) melhora da qualidade de vida, d) redução no número de admissão à emergência, número e tempo de internação hospitalar e as visitas de consultórios, e) nos custos financeiros, com redução de U\$41,80 per capita em relação ao grupo controle(18).

DISCUSSÃO

A importância da inclusão do envelhecimento e do aumento da magnitude das doenças crônicas nas pautas de políticas e da organização dos sistemas de saúde não são mais

questionadas. O que se discute são quais os modelos de práticas assistenciais possíveis de serem desenvolvidas para que impactos decorrentes da presença de uma crescente população idosa portadora de doença crônica sejam minimizados e a qualidade de vida destes idosos maximizada(9). Importante destacar que estas preocupações não são exclusivas da área de saúde, mas também dos responsáveis pelas políticas sociais, econômicas e de infraestrutura dos países que vivenciam a temática da longevidade. No que se refere à área de saúde, este debate pode ser encontrado, tanto no campo da saúde pública quanto na privada e em sistemas universais e não universais de saúde. O método de intervenção escolhido para melhorar as condições do idoso nos sistemas de saúde tem sido o cuidado integrado(2,38).

Os estudos selecionados nesta revisão de literatura mostraram uma tendência a favor do cuidado integrado em relação ao tradicional, em que pese a heterogeneidade de tipos de modelos propostos, objetivos e metodologia utilizados(39). O que se pode afirmar, a partir deste trabalho, é que o benefício foi melhor avaliado quando se utilizaram os indicadores de utilização de serviços, como número e tempo de internação. Dentre as explicações possíveis está o tempo destinado ao estudo e a coleta de informações referentes à qualidade de vida. Diante das respostas individuais, é possível que o seguimento de um ano, utilizado por parte dos estudos seja insuficiente. A melhoria na qualidade de vida envolve diferentes dimensões de vida, que exigem dos idosos mudanças de atitudes e manutenção de rotinas que influenciam no plano de cuidados proposto. O tempo talvez seja uma questão crucial ao se escolher medir a qualidade de vida para avaliar a efetividade do modelo de cuidado.

Outro desfecho pouco explorado nos estudos desta revisão foi a mortalidade. Não se pode afirmar a partir da seleção desta revisão se a mortalidade seria um indicador de desfecho adequado para avaliar efetividade do modelo de cuidado.

Os desfechos poderiam ser discutidos sob outros prismas: da família, pelo grau de suporte que recebeu diante do seu sofrimento; da sobrevivência, se o tempo de vida dos pacientes,

principalmente em fase avançada de doença é maior ou menor; das necessidades de intervenção paliativa e se há diferenças quantitativas e qualitativas no uso destas ações, focando na dignidade da morte e em relação a equipe de profissionais participantes, explorando melhor o papel do enfermeiro como coordenador deste cuidado(40).

Assim, mesmo com a constatação da ausência de uma robustez estatística comprobatória de que o cuidado integrado seria melhor que o tradicional dentre os estudos selecionados, a tendência ao favorecimento não deve ser omitida. Esta revisão pode contribuir para mostrar que há ainda várias questões abertas a serem respondidas neste campo do saber. É crucial a uniformização conceitual dos modelos praticados para possíveis comparações e a melhoria das metodologias, apostando na padronização da população estudado, no tempo de seguimento, nas ações do cuidado e nos desfechos(41-42).

Os estudos constataram dificuldades para implantação do modelo de cuidado integrado como os fatores culturais, os comportamentais dos idosos elegíveis e a deficiência de capacitação técnica dos profissionais assistenciais envolvidos diretamente. O incentivo à cultura de trabalho em equipe, principalmente para os médicos, é essencial, pois há a necessidade do amadurecimento comportamental para a execução deste tipo trabalho. O trabalho em equipe é um ponto modal neste modelo de cuidado, uma vez que, em geral, e confirmado nos estudos, quem exerce o papel de coordenador do cuidado é o enfermeiro e não o médico. O envolvimento necessário de diversas áreas do saber atuando de forma interdisciplinar é um dos pilares do cuidado integrado e o papel exercido pelo enfermeiro é essencial(2,6).

Importante destacar pontos chaves para a implantação do deste modelo, mas não abordados em detalhes nos estudos selecionados: a) a participação dos médicos responsáveis pelos pacientes; b) a remuneração dos profissionais envolvidos; c) as estratégias de incentivo a adesão e permanência dos idosos; d) a discussão entre alternativas de pagamento, considerando

as ações como procedimentos ou atrelado ao resultado obtido, defendendo a premissa que o pagamento por procedimento não se ajusta neste modelo; e) o uso de meio alternativos de monitoramento da operacionalidade do modelo, como o uso de mensagens através do correio eletrônico ou de telefones como ações complementares às consultas presenciais; f) os motivos para a não adesão e para a desistência na participação; g) quais são os indicadores de acompanhamento de cada etapa do processo operacional do modelo; h) qual o grau de envolvimento e participação do cuidador formal, remunerado, e do familiar neste cuidado integrado(37, 43).

Havia uma expectativa nesta revisão de encontrar estudos brasileiros mas somente através de referências documentais foram identificados(42,44). É possível que um dos motivos para a ausência de estudos sejam os termos escolhidos para a busca. Ao assumir os termos *case* e *disease management* excluíram-se outros utilizados no Brasil como “atenção gerenciada”, “gestão do cuidado”, “assistência gerenciada” e “gestão clínica”. Nos estudos encontrados pertencentes a América Latina, os termos-chave não tratavam exatamente do modelo de cuidado integrado e por isso foram descartados.

Como limitações deste trabalho podem ser citados: 1) a falta de consenso sobre a definição de cuidado integrado e a denominação do modelo, pois como foi comum o uso de diferentes termos de busca, é possível esta interferência no mecanismo de busca; 2) os vieses de idioma, de publicação e de seleção em função da decisão estratégica.

A dificuldade neste trabalho para afirmar através da estatística os benefícios do cuidado integrado já foi discutida, todavia certos aspectos metodológicos cabem ainda discussão: 1) a heterogeneidade amostral no que tange critérios de elegibilidade clínica para a participação no programa; 2) a fonte de extração dos dados, primária (coleta direta com o paciente) ou secundária (prontuário); 3) a variedade de locais do estudo, seja no âmbito hospitalar, domicílio rural ou em uma instituição de longa permanência; 4) a perda amostral ao longo do

seguimento;5) a influência de diferentes doenças crônicas e a presença de comorbidades nos participantes; 9) a escolha e a forma de usar as ferramentas de aferição dos indicadores, nem sempre explicados claramente na metodologia. Por fim, foi considerado limitante a falta de clareza na descrição da forma assistencial e operacional do modelo testado e do cuidado tradicional pois se o objetivo era comparar modelos, a forma de organização e a condução dos casos podem contribuir com os resultados(43).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ineficiência do cuidado de saúde fragmentado, a necessidade de gerir melhor os gastos com a saúde, o envelhecimento populacional, a ascensão da prevalência das doenças crônicas são alguns dos aspectos que motivam a discussão sobre modelos assistenciais mais efetivos e eficientes para a saúde do idoso portador de doença crônica. A discussão da implantação de um modelo de atenção à saúde, como o cuidado integrado, perpassa não apenas uma infraestrutura operacional. Para o alcance dos indicadores de resultados almejados, como a qualidade de vida, que abarca o nível de satisfação do idoso e o uso da rede de prestadores de serviços de saúde, como a admissão na emergência e a internação hospitalar, é importante agregar: um grupo de profissionais capacitados tecnicamente, uma rede de prestadores de serviço e um sistema de informação que permita o acompanhamento sistematizado do idoso, sob a coordenação de um profissional.

O cuidado integrado pode contribuir à melhoria na qualidade de vida bem como na redução do uso de rede, sendo que estes resultados podem ser evidenciados tanto através de instrumentos específicos de avaliação como também a partir de indicadores que possam medir a redução do número e do tempo de internação, além do número de visitas às emergências. Contudo, para melhor aferição da qualidade de vida é possível que estudos com maior período de tempo de seguimento sejam necessários. Acertos metodológicos são necessários para dirimir

as dúvidas persistentes de sua efetividade na saúde dos idosos. O que se tem de certeza hoje é a pertinência do amadurecimento e da continuidade da discussão deste assunto quando se pensa nos desafios gerenciais e assistenciais que os idosos portadores de doenças crônicas possuem.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Johri1 M; F. Bergman H. International experiments in integrated care for the elderly: a synthesis of the evidence. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003; 18: 222–235.
2. Mendes EV. *As redes de atenção à saúde*. Ed ESP/MG. 2009
3. Kodner DL. Spreeuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. *International Journal of Integrated Care* 2002 Nov 2:14.
4. Fairfiled G. Hunter D. Mechanic D. Rosleff FR. Managed care:origins, principles, and evolution. *BMJ* 1997; 314:1823.
5. Giovanella L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(5):951-963, mai, 2006.
6. Beland F. Hollander MJ. Integrated models of care delivery for the frail elderly:International perspectives. *Gac Sanit*,2011;25(S):138-146
7. Vliet K. Oudenampsen D. Integrated care in the Netherlands. Acesso em 25 junho de 2012.
8. Ling T. Conklin A. Newbould. Roland M. Barriers and facilitators to integrating care:experiences from the English Integrated Care pilots.
9. Veras R. Prevenção de doenças em idosos: os equívocos dos atuais modelos. *Cad. Saúde Pública* vol.28 no.10 Rio de Janeiro Oct. 2012.
10. Frich L. Nursing interventions for patients with chronic conditions. *J Adv Nurs*. 2003;44(2):137-53.

11. Morales-Asencio JM; Gonzalo-Jiménez E; Martin-Santos FJ; Morilla-Herrera JC; Celdráan-Manas M; Carrasco AM; García-Arrabal JJ; Toral-López I; Effectiveness of a nurse-led case management home care model in Primary Health Care. A quasi-experimental, controlled, multi-centre study. *BMC Health Serv Res.* 2008; 8: 193.
12. Schein C; Gagnon AJ; Chan L; Morin I; Grondines J; The association between specific nurse case management interventions and elder health. *J Am Geriatr Soc.* 2005 Apr;53(4):597-602.
13. Kristensson J; Ekwall AK; Jakobsson U. Midlov P. Hallberg IR. Case managers for frail older people: a randomised controlled pilot study. *Scand J Caring Sci.* 2010 Dec;24(4):755-63.
14. Douglas SL. Daly BJ. Kelley CG. O'Toole E. Montenegro H. Chronically critically ill patients: health-related quality of life and resource use after a disease management intervention. *Am J Crit Care.* 2007 Sep;16(5):447-57.
15. Latour CHM. De Vos R. Huysse FJ. Jonge P. Gemert LAM. Stalman WAB. Effectiveness of post-discharge case management in general-medical outpatients: a randomized, controlled trial. *Psychosomatics.* 2006 Sep-Oct;47(5):421-9.
16. Rubenstein LZ. Alessi CA. Josephson KR. Hoyl MT. Harker JO. Pietriszka FM. *J Am Geriatr Soc.* 2007 55:166-174.
17. Boorsma M. Frijters DHM. Knol DL. Ribbe ME. Nijpels G. Hout HPJ. Effects of multidisciplinary integrated care on quality of care in residential care facilities for elderly people: a cluster randomized trial. *CMAJ* August 9, 2011 vol. 183 no. 11.
18. Scott JC. Conner DA. Venohr I. Gade G. McKenzie M. Kramer AM. Bryant L. Beck A. Effectiveness of a Group Outpatient Visit Model for Chronically Ill older Health Maintenance Organization Members: a 2 year randomized trial of cooperative Health care Clinic. *J Am Geriatr Soc.* 2004 52:1463-1470.

19. Lim WK. Lambert SF. Gray LC. Effectiveness of case management and post-acute services in older people after hospital discharge. *MJA* 2003 178(6):262-266.
20. Huws DW. Cashmore D. Newcombe RG. Roberts C. Vicent J. Elwyn G. Impact of case management by advanced practice nurses in primary care on unplanned hospital admissions: a controlled intervention study. *BMC Health Services Research* 2008, 8:115.
21. Gravelle H. Dusheiko M. Sheaff R. Sargent P. Boaden R. Pickard S. Parker S. Roland M. Impact of case management (Evercare) on frail elderly patients: controlled before and after analysis of quantitative outcome data. *BMJ*. 2007 January 6; 334(7583): 31.
22. Wu MP. Lin PF. Lin KJ. Sun RS. Yu WR. Peng LN. Chen LK. Integrated care for severely disabled long-term care facility residents: Is it better? *Archives of Gerontology and Geriatrics* 50 (2010) 315–318.
23. Mitton C. O'Neil D. Simpson L. Hoppins Y. Harcus S. Nurse-Physician Collaborative Partnership: a rural model for the chronically ill. *Can J Rural Med*. 2007 Fall;12(4):208-16.
24. Martin DC. Berger ML. Anstatt DT. Wofford J. Warfel D. Turpin RS. Cannuscio CC. Teutsch SM. Mansheim BJ. A randomized controlled open trial of population-based disease and case management in a Medicare plus choice health maintenance organization. *Prev Chronic Dis*. 2004 October; 1(4): A05.
25. Sledge WH. Brown KE. Levine JM. Fiellin DA. Chawarski M. White WD. O'Connor PG. A randomized trial of primary intensive care to reduce hospital admissions in patients with high utilization of inpatient services. *Dis Manag*. 2006 Dec;9(6):328-38.
26. Fu D. Ding Y. McGowan P. Fu H. Qualitative evaluation of Chronic Disease Self Management Program (CDSMP) in Shanghai. *Patient Education and Counseling*. 2006 Volume: 61, Issue: 3, Pages: 389-396.

27. Brand CA. Jones CT. Lowe AJ. Nielsen DA. Roberts CA. King BL. Campbell DA. A transitional care service for elderly chronic disease patients at risk of readmission. *Aust Health Rev.* 2004 Dec 13;28(3):275-84.
28. Hamar B. Wells A. Gandy W. Bradley C. Coberley C. Pope JE. Rula EY. The Impact of Proactive Chronic Care Management on Hospital Admissions in a German Senior Population. *Population Health Management* 2011;14(suppl 1):S-29–S-33)
29. Beland F. Bergman H. Lebel P. Clarfield AM. Tousignant P. Contandriopoulos AP. Dallaire L. A System of Integrated Care for Older Persons With Disabilities in Canada: Results From a Randomized Controlled Trial. *Journal of Gerontology* 2006 Vol 61A num 4, 367-373.
30. Aiken LS. Butner J. Lockhart CA. Volk-Craft BE. Hamilton G. Williams FG. Outcome evaluation of a randomized trial of the PhoenixCare intervention: program of case management and coordinated care for the seriously chronically ill. *J Palliat Med.* 2006 Feb;9(1):111-26.
31. Zhang NJ. Wan TTH. Rossiter LF. Murawski MM. Patel UB. Evaluation of chronic disease management on outcomes and cost of care for medicaid beneficiaries. *Health Policy* 2008; 86; 345-354.
32. Nadash P. Two Models of Managed Long-Term Care: Comparing PACE With a Medicaid-Only Plan. *The Gerontologist* 2004. 44 (5): 644-654.
33. Want J. Kamas G. Nguyen TN. Disease management in the frail and elderly population: integration of physicians in the intervention. *Dis Manag.* 2008 Feb;11(1):23-8.
34. Newcomer R. Maravilla V. Faculjak P. Graves MT. Outcomes of preventive case management among high-risk elderly in three medical groups: a randomized clinical trial. *Eval Health Prof.* 2004 Dec;27(4):323-48.
35. Patrick H. Roberts N. Hutt R. Hewitt P. Connelly J. Oliver D. Evaluation of innovations in nursing practice: report and discussion. *Br J Nurs.* 2006 May 11-24;15(9):520-3.

36. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS – 36 item Short Form Health Survey (SF – 36) conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992;30:473-483.
37. Mendes, EV. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5):2297-2305, 2010
38. Johri M, Beland F, Bergman H. International experiments in integrated care for the elderly: a synthesis of the evidence. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003; 18: 222–235.
39. Ouwens M, Wollersheim H, Hermens R, Hulscher M, Grol R. Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews. *Int J Qual Health Care* 2005. May;17(2): 141–146.
40. Ouwens M, Hulscher M, Hermens R, Faber M, Marres H, Wollersheim H, Grol R. Implementation of integrated care for patients with cancer: a systematic review of interventions and effects. *Int J Qual Health Care*. 2009 Apr;21(2):137-44.
41. Weingarten SR, Henning JM, Badamgarav E, Knight K, Hasselblad V, Gano A Jr, Ofman JJ. Interventions used in disease management programmes for patients with chronic illness- which ones work? Meta-analysis of published reports. *BMJ*. 2002 Oct 26;325(7370):925.
42. Gonzales, RIC. Casarin SNA. Calin MHL. Sasaki CM. Monroe AA. Villa TCS. Gerenciamento de caso: um novo enfoque no cuidado à saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2003, vol.11, n.2, pp. 227-231. ISSN 0104-1169.
43. Larsen MS. Measuring Integrated Care. An International Comparative Study. PHD tesis. Danish medical bulletin. Acesso em setembro de 2011.
44. Campos EF. Borges HC. Gontijo MCF. Oliveira PJ. Chaves SR. Gomes CLS. Unimed Federação Minas. Desenvolver a saúde. Modelo cuidador da federação das Unimeds de Minas Gerais. Ed. Federação das Unimeds de MG . 2008.

Artigo 2

Título: O modelo de cuidado integrado: o impacto na saúde de idosos portadores de doenças crônicas no sistema de saúde privado em uma operadora de saúde da cidade do Rio de Janeiro.

Title: The integrated model of care: the impact on health of elderly patients with chronic diseases in the healthcare private ensure of Rio de Janeiro.

Resumo

O cuidado integrado é um modelo cujo diferencial é a presença de uma coordenação de ações assistências realizadas de forma contínua. Seu objetivo é melhorar a qualidade de vida de uma população, principalmente de idosos e de portadores de doenças crônicas. Há muita discussão a respeito dos resultados desse modelo em função das diferentes práticas encontradas. Este artigo se propõe a demonstrar os resultados de um modelo de cuidado integrado, através de uma coorte retrospectiva, pertencente a uma operadora de saúde da cidade do Rio de Janeiro. Neste artigo, os indicadores de desempenho utilizados foram o número de idas a emergência e o número de internações. Foi verificado uma redução em ambos indicadores, contudo há a necessidade de melhorias na metodologia de avaliação para o alcance de resultados mais robustos.

Palavras-chaves: cuidado integrado, idosos, indicadores de desempenho, qualidade de vida.

Abstract

Integrated care is a model whose difference is the presence of a coordinating assistance actions carried out continuously. Its goal is to improve the quality of life of a population, especially the elderly and those with chronic diseases. There is much discussion about the results of this model due to the different practices found. This article aims to demonstrate the results of an integrated care model, through a retrospective cohort belonging to a health private provider in the city of Rio de Janeiro. In this article, the performance indicators used were the number of emergency visits and the number of hospitalizations. A reduction in both indicators was observed, however there is a need for improvements in the evaluation methodology for achieving more robust results

Key word: integrated care, elderly, performance indicators, quality of life

Introdução

O cuidado integrado pode ser compreendido com um modelo de assistência à saúde, que tem como um dos seus objetivos a melhoria da qualidade de vida de pacientes idosos, portadores de doenças crônicas¹. O cuidado integrado é também conhecido como: cuidado gerenciado, cuidado integral, cuidado coordenado, dentre outras denominações².

Existem diversos modelos de cuidado integrado, em função da sua concepção e da prática do cuidado. Conceitualmente pode-se discutir o modelo a partir dos níveis de organização de um sistema de saúde³. O nível macro, envolve as políticas e estratégias de uma organização de saúde, onde os gestores e os financiadores tomam as decisões estratégicas sobre a aplicação do modelo de saúde. O nível meso, ou secundário, é aquele em que um modelo pode ser concebido para uma parcela da população com uma determinada patologia ou condição de vida social. O nível micro está relacionado com a organização prática, planejamento e execução das intervenções clínicas, de acordo com o modelo⁴.

No Brasil o nível secundário é representado pelas redes de atenção de saúde, política esta, que faz parte das macro diretrizes assistenciais do governo e, na saúde privada, é dirigida pela Agência Nacional de Saúde (ANS), através dos programas para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças^{5,6}.

O modelo de cuidado integrado, do ponto de vista micro, de acordo com a prática assistencial, pode ser realizado à domicílio ou no ambulatório, por médicos, enfermeiros ou outros profissionais de saúde, mas o que torna o modelo diferente é a participação de um coordenador que organiza as tarefas. Entre os profissionais de saúde, em geral é o enfermeiro que mais frequentemente assume o papel de coordenador do cuidado^{7,8}.

Os indicadores mais utilizados para a avaliação do impacto do modelo, na saúde do paciente, são: a diminuição da frequência de idas desses pacientes à emergência; a diminuição do tempo de internação, a diminuição da frequência de reinternações e a melhoria da qualidade

de vida. Alguns estudos, que investigaram esses indicadores, mostram resultados positivos com a utilização do modelo de cuidado integrado.^{9,10}

A concepção do cuidado integrado recebeu influências de modelos praticados em dois sistemas de saúde diferentes. No sistema de saúde dos Estados Unidos da América (EUA), em que o cuidado assistencial é fragmentado e não universal, a integração do cuidado foi desenvolvida a partir do *managed care*¹¹. Nesse modelo, *managed care*, a preocupação central de seus formuladores foi dar uma resposta ao consumo excessivo de recursos em saúde, seguindo uma lógica de melhorar a eficiência do sistema. No modelo *managed care* há pouca ênfase nas ações preventivas de saúde, sem a responsabilização definida de quem coordena o cuidado aos pacientes.

A segunda influência que o cuidado integrado recebeu foi do modelo originado dos países europeus como Inglaterra, Holanda e França e também no Canadá. Nesses países o sistema de saúde é universal, oferecido a toda população custeada pelo Estado. De um modo geral, os pacientes são acompanhados por um médico generalista, conhecido na Inglaterra como “*General Physician*” ou GP e a partir de uma demanda específica, são referenciados para outros especialistas. Uma das características do modelo desenvolvido nos sistemas de saúde universais é a vinculação do paciente à um grupo de profissionais que cuidam de forma mais holística e integrada¹².

O cuidado dos pacientes, no modelo integrado, deve seguir diretrizes clínicas, ser sistematizado, contínuo e não esporádico, sendo oferecido de acordo com as necessidades individuais dos pacientes. O uso de dispositivos eletrônicos e de telefonia à distância, podendo ou não ser associados a um prontuário eletrônico para a centralização das informações, facilitam a elaboração e a execução do plano terapêutico^{7,10}.

No Brasil, já existem iniciativas para o uso do modelo de cuidado integrado na saúde pública, contudo são localizadas em alguns serviços. A integralidade é considerada uma

dimensão estrutural do Sistema Único da Saúde e adotada como modelo porém com poucas iniciativas⁵. É no sistema de saúde privado, suplementar, onde se verifica o maior número de iniciativas de implantação do cuidado integrado, que no Brasil recebeu influências de alguns programas de destaque mundial como o *Kaiser Permanent*, nos EUA, o *Evercare* na Inglaterra e o *Prisma*, no Canadá^{13,14,15}.

Quando se observa o tipo de ferramentas do cuidado integrado utilizado, tanto no Brasil quanto nestes programas internacionais, são as mesmas ferramentas encontradas: o gerenciamento de caso e o gerenciamento de doença.

Nesse estudo pretende-se mostrar a avaliação do desempenho do modelo de cuidado integrado em um grupo de pacientes idosos, portadores de doenças crônicas, de uma operadora de saúde, pertencente ao sistema suplementar, privado, da cidade do Rio de Janeiro.

Método

Trata-se de uma coorte retrospectiva utilizando as informações de uma população de pacientes atendidos entre os anos de 2011 e 2012, no modelo de cuidado integrado nomeado de programa de gerenciamento de doenças crônicas (PGDC) pertencente a uma operadora de saúde (OPS) na cidade do Rio de Janeiro.

Os pacientes que foram convidados a participar do PGDC/OPS tinham 40 anos ou mais, eram portadores das seguintes doenças crônicas: Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial Sistêmica, Cardiopatia Isquêmica e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. Neste estudo foram incluídos apenas os pacientes com idade acima de 60 anos e que estiveram em acompanhamento no mínimo por seis meses. O grupo de pacientes que recusaram a participar do PGDC/OPS foi considerado o grupo não participante.

O PGDC/OPS existe desde 2007 e consiste em uma assistência clínica através de uma equipe multiprofissional cujo enfermeiro é o coordenador da equipe de cuidado. A equipe

multiprofissional utiliza contatos telefônicos e visitas periódicas para cuidar dos pacientes. O enfermeiro coordenador elege quais os pacientes devem ser visitados ao longo do mês. Na visita domiciliar a equipe evolui clinicamente o paciente, afere a glicemia capilar, a pressão arterial sistêmica, realiza o exame dos pés e inspeciona a estrutura da habitação do paciente. Pelo telefone a equipe de saúde avalia a evolução do paciente e orienta sobre aspectos preventivos, como a vacinação e a prevenção secundária, assim como o uso correto das medicações e lembra a data de coleta de exames. A periodicidade do monitoramento telefônico é mensal e, para as visitas domiciliares, a definição de visitas varia de acordo com o grau de complexidade e do risco do caso, podem ser bimestrais, semestrais ou anuais. Segundo informações da OPS a maior parte dos pacientes pertencentes ao PGDC/OPS é de baixa complexidade e recebem duas visitas anuais e telefonemas mensais. Em caso de dúvidas ou para emergências clínicas a OPS disponibiliza serviços de saúde – o serviço de Orientação Médica Telefônica (OMT) e o serviço de Emergência Médica Domiciliar (EMD) durante as 24 horas do dia, todos os dias da semana. Em função da avaliação realizada por algum desses serviços ou da própria equipe de saúde o paciente pode ser transferido para uma unidade de internação. A OPS monitora o resultado dos cuidados através de dois indicadores: idas à emergência e o número de internações. Para monitorar o programa são realizadas reuniões mensais de acompanhamento, com discussões clínicas, entre representantes da OPS e os prestadores de serviço.

Para avaliar o desempenho do modelo de cuidado integrado foram utilizados os seguintes indicadores: frequência de ida a emergência e o número de internações. Como o banco de dados cedido pela OPS não continha informações sobre escolaridade, estado civil, presença de um médico assistente, a análise foi ajustada apenas pelo sexo e idade.

Na análise estratificada a variável idade foi analisada em três categorias (60 a 69, 70 a 79 anos e 80 anos ou mais) e na análise múltipla foi utilizada de forma contínua. As razões do Risco Relativo (RR) e seus respectivos intervalos de confiança para os dois indicadores, foram

obtidos por meio do modelo da regressão binomial negativa inflacionada de zero, ZINB, com função de ligação logit. A escolha por este modelo se deu após a verificação de que a média não era igual à variância e a existência de um número excessivo de zeros, o que tornou inadequado o uso da regressão de Poisson e da binomial negativa. Foi utilizado o pacote estatístico “R”, versão 3.1.1, 2014 e as bibliotecas *MASS* e *sandwich*.

O estudo foi submetido à Comissão de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz e foi aprovada como o número 10333512.2.0000.5240 em janeiro de 2013.

Resultados

O total de pacientes analisados foi de 3383, sendo a maioria do sexo feminino (65,6%) e a faixa etária com maior número de idosos entre 70 a 79 anos (Tabela 1). Os resultados serão apresentados separadamente por desfecho. Para os dois indicadores analisados o perfil observado foi semelhante, com predominância de mulheres e maiores de 70 anos e o número de idosos foi maior no grupo que participou do programa. (Tabela 2)

Na avaliação de desempenho do programa, após ajuste por sexo e idade foi observado que a participação reduziu em 45% a chance de internação (RR 0,69) comparado aos que não participaram. Cabe ressaltar que para esse indicador apenas a variável sexo apresentou significância estatística. Para o indicador número de idas a emergência, não se encontrou diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos (Tabela 3), mesmo com a observação de que os pacientes do sexo masculino tem menor chance de ir a emergência (RR 0,76) e IC (0,937-1,147) e os mais velhos tem maior chance (RR 1,01) e IC (0,937-1,164).

Discussão

O principal resultado deste estudo foi a detecção da redução no número de internação no grupo que participou do programa e isso sugere que o modelo de cuidado integrado praticado

pela operadora de saúde (OPS) teve um impacto positivo para os idosos portadores de doenças crônicas. Houve um melhor desempenho do indicador analisado no grupo pertencente PGDC/OPS e um dos aspectos positivos deste estudo foi a possibilidade de se considerar, indiretamente, a contribuição do modelo de cuidado integrado para a melhoria da qualidade de vida dos idosos portadores de doenças crônicas. A não internação pode ser resultado de uma estabilidade clínica, com diminuição de sintomas que pioram a qualidade de vida. Os pacientes do PGDC/OPS estão menos vulneráveis aos incidentes decorrente do cuidado hospitalar como as infecções nosocomiais e as perdas funcionais relacionadas a um período de internação por seu efeito protetor^{16,17}. A diminuição de internação hospitalar pode contribuir para a redução da mortalidade de pacientes portadores de doenças crônicas e, do ponto de vista do aspecto eficiência, a redução de custo, por redução do número de internações, reforça a discussão sobre a viabilidade de implantação do modelo de cuidado integrado no Brasil.

Importante destacar que os resultados do estudo estão de acordo com os achados na literatura. Ham e cols¹³ realizaram um estudo em uma operadora de saúde americana e mostraram que os pacientes acompanhados por um programa de cuidado integrado apresentavam um menor número de internações comparado aos pacientes pertencentes ao sistema inglês. No estudo de Sledge e cols¹⁸ foi demonstrado que após um ano de acompanhamento houve uma redução na internação de pacientes monitorados em um ambulatório organizado nos moldes do cuidado integrado, denominado de cuidados primários intensivos (*Primary Intensive Care - PIC*). O acompanhamento era realizado por uma equipe multiprofissional coordenado por enfermeiros. Hendricks e cols¹⁹ demonstraram uma redução no número de internações em pacientes portadores de insuficiência cardíaca com idade média de 70 anos na Alemanha. O estudo de Stampa e cols²⁰ mostrou uma redução no número de internações de idosos frágeis acompanhados em um programa nos moldes do cuidado integrado chamado Coordenação de Pessoas Idosas (*CO-ordination Personnes Agées – COPA*).

No Brasil, um estudo com idosos realizado em uma OPS de Minas Gerais demonstrou que a frequência de visitas domiciliares dos profissionais de saúde diminuiu de forma significativa as internações²¹. A diferença entre este estudo e o de Minas Gerais é com relação a modalidade de cuidado integrado escolhida, o grau de risco e complexidade da doença do paciente.

Para o indicador frequência de idas à emergência, não há consenso na literatura pesquisada sobre sua redução. Assim como este estudo, Curry e cols²⁴ não conseguiram demonstrar uma redução significativa no número de admissões na emergência e a justificativa foi o tempo de seguimento da população, um ano, considerado curto para este tipo de resultado, o que talvez também seja a razão para o resultado deste estudo. Ivbijaro e cols²² demonstraram, em um estudo cujo modelo de cuidado integrado era chamado de cuidado colaborativo, uma redução no número de idas a emergência em pacientes com várias comorbidades, como asma, depressão e insuficiência cardíaca. Entretanto, Busse e Stahl²³ em um artigo que discute três programas de cuidado integrado europeus, o inglês, o alemão e o holandês, mostraram resultados diferentes. No programa holandês houve um aumento dos custos e uma redução no número de internações eletivas, mas no programa inglês houve um aumento no número de idas a emergência. No modelo alemão houve uma melhoria de alguns dos indicadores de processos e da satisfação da população atendida. Diferentemente, Soril e cols²⁵ realizaram uma revisão sistemática sobre quais as intervenções que realmente reduzem as idas a emergência e concluíram que o modelo de cuidado integrado foi a intervenção de maior evidência.

Os estudos citados demonstram a importância da necessidade do amadurecimento desse indicador para medir a melhoria alcançada com o modelo de cuidado integrado. Uma das argumentações dos estudos que demonstraram a diminuição da frequência de internações foi a estabilidade clínica. Pacientes com estabilidade clínica procuram menos as emergências. Essa contradição merece uma melhor exploração, talvez estratificando mais detalhadamente o

indicador “ida à emergência”, descrevendo o tempo de permanência na emergência, ou a gravidade em que procurou a emergência.

Em relação as características demográficas, foi confirmado que o percentual de mulheres que se cuidam ou que procuram mais os serviços de saúde é maior que o percentual dos homens, da mesma forma que é maior o número de mulheres que aceitaram a participar do programa²⁶.

Em relação a escolha dos tipos de cuidado integrado, denominados de gerenciamento de caso e gerenciamento de doenças, nesse estudo o banco utilizado só haviam gerenciamento de doenças. Um grupo de patologias foi selecionado pela OPS por serem pacientes que apresentavam um número excessivo de idas a emergência e de internações. A OPS, ao planejar o seu modelo de cuidado integrado, optou pelos pacientes portadores de hipertensão arterial, diabetes, cardiopatia e doença pulmonar obstrutiva crônica e considerou que esses pacientes poderiam ser melhor acompanhados se recebessem telefonemas e visitas domiciliares de enfermeiros. O gerenciamento de doenças desta OPS oferecia orientações de autocuidado e monitorava os pacientes a fim de antecipar possíveis descompensações clínicas. O objetivo final desse plano era intervir precocemente para o alcance da redução no número de idas à emergência e de internação. Importante destacar que o papel da OPS no cuidado integrado se restringia em: selecionar os pacientes com os perfis demográfico e epidemiológico preestabelecidos, enviar uma carta de sensibilização para os eleitos a fim de esclarecer o programa ao qual estava sendo convidado e a seguir, encaminhava a lista de elegíveis ao prestador de serviço que fazia o contato, convidando a participar do programa. Todas as ações da prática operacional da assistência clínica eram realizadas pelo prestador. Mensalmente havia uma reunião gerencial entre a OPS e o prestador com a finalidade de discutir os casos clínicos selecionados pelo próprio prestador.

A escolha do tipo de gerenciamento utilizado em um modelo de cuidado integrado está atrelada ao grau de complexidade do paciente e das patologias que se quer acompanhar, como diabetes, câncer ou outra qualquer, de acordo com as características epidemiológicas de onde estará inserido o modelo. Esta variedade de modelos existentes contribui para a heterogeneidade conceitual de cuidado integrado e também para dificultar a análise comparativa²⁷⁻³⁰.

Tanto o gerenciamento de caso como o gerenciamento de doença já foram descritos há mais de uma década, entretanto ainda não estão amplamente praticados no que se refere aos idosos, essencialmente no sistema de saúde suplementar privado no Brasil³¹. Ademais, a escolha da metodologia de análise do modelo praticado deveria receber uma atenção especial no planejamento de uma intervenção para que os resultados possam avaliar os objetivos de um programa. No caso deste estudo, a OPS forneceu o banco de dados, mas não considerou o seu uso para avaliar os indicadores amplamente utilizados por organizações que atuam com o modelo e por isso, foram encontradas dificuldades que impediram uma análise com maior detalhamento. As evidências ainda não são um consenso, todavia existem resultados positivos na literatura e defendidas por muitos autores e sociedades médicas que este modelo oferece benefícios e por isso são vários os existentes ou em desenvolvimento³²⁻³⁷.

Em nosso estudo alguns fatores que possivelmente influenciaram nos resultados foram: 1) não haver uma relação sistematizada e disponível dos motivos pelos quais os pacientes não aceitaram participar do PDGC/OPS; 2) não havia uma relação homogênea no pareamento entre os pertencentes ao programa e aqueles que se recusaram; 3) não houve um cuidado na elaboração do banco de dados desde o início do programa em relação a identificação dos pacientes que não aderiram, dificultando a análise.

Os achados deste estudo podem contribuir e corroborar com outros estudos já citados, estimulando a discussão sobre a implantação do modelo. Mesmo considerando a importância da implantação do modelo de cuidado integrado, os desafios a serem ultrapassados são

numerosos, dentre eles: o amadurecimento conceitual; a escolha mais adequada na metodologia de análise dos resultados; a compreensão de que o formato do modelo depende do local onde será empregado, dos objetivos a serem alcançados, das pessoas envolvidas na assistência e na gestão e por isso a sua padronização torna-se um aspecto que deva ser relativizado e, por fim, sem esgotar, a necessidade de investimento com um planejamento estruturado para sua sustentabilidade até o alcance dos resultados^{2-4,7,9,38,39}.

Dentre as várias inquietações que surgem com este trabalho podem ser citadas: por que não há um cuidado maior com as informações coletadas pelas empresas? Na avaliação de impacto de uma intervenção, por exemplo, os estudos de custo x efetividade são os mais adequados e exigem uma organização mais adequada dos dados; há uma tendência de crescimento destes modelos? As dificuldades que as empresas enfrentam hoje justificam o não investimento em modelos de cuidado integrado? Como os idosos e os portadores de doenças crônicas serão tratados em um futuro próximo diante do crescimento demográfico? Quais seriam estratégias mais eficientes para atrair um quantitativo maior de pacientes para os programas e, em paralelo, para evitar desistências ao longo do curso do acompanhamento? É possível que um paciente pertencente ao modelo de cuidado integrado apresente um maior número nas consultas ambulatoriais? O racional seria que como o modelo tem como premissa uma continuidade, o aumento de consultas ao seu médico assistente estimula o vínculo da relação e desta forma, o paciente passar a ter a sua saúde, possivelmente, melhor gerenciada. Desta forma, devido às medidas de promoção e prevenção de saúde, os fatores de risco para uma descompensação clínica podem ser identificados precocemente e evitados.

Vários aspectos limitantes deste estudo podem ser discutidos, mas dentre eles destacam-se quatro. Em primeiro lugar em relação a OPS e seu banco de dados, haja vista que a presença de outras variáveis como a renda, a escolaridade, o estado civil, o aspecto financeiro e a

presença de uma rede de apoio poderiam contribuir para a análise. Além disso, esta ausência não permitiu o controle de alguma possível variável de confundimento.

Em segundo, a opção por não se trabalhar com a classificação internacional de doenças (CID) no desfecho idas a emergência, se deveu a afirmação da OPS de que há imprecisões na coleta desta informação e por isso foram utilizadas as informações sobre qualquer causa. Apenas para o desfecho número de internações a CID dos motivos da internação foi utilizada. Este fato compromete a possível sugestão de que o programa desta OPS, o PDGC, como um exemplo de modelo de cuidado integrado, poderia contribuir para melhoria dos indicadores das doenças crônicas.

Em terceiro, a falta de monitorização adequada por parte da OPS no grupo que recusou a participar. Há uma discrepância no quantitativo entre os grupos de comparação, pois o controle do grupo que recusou não foi adequado, com uma perda considerável na quantidade pela falta de sistematização no acompanhamento deste grupo.

Em quarto, o tempo de corte escolhido, de 2011 a 2012, que poderia ter sido maior, entretanto a operadora disponibilizou este período pelo fato do banco estar mais bem organizado. Talvez se a OPS dispusesse de todos os anos, desde o início do programa, em 2007, os resultados poderiam indicar uma melhor performance dos indicadores.

Considerações finais

O modelo de cuidado integrado deve ser considerado pauta de discussões na atualidade quando se pretende organizar um sistema de saúde. Cada vez mais há evidências de que a implantação deste tipo de modelo, independente do formato escolhido, possa contribuir para melhoria da qualidade de vida, principalmente aos idosos portadores de doenças crônicas, através da redução de internações. Neste estudo foi abordado um modelo possível de implantação no sistema de saúde suplementar do Brasil. As dificuldades de análise dos

resultados é algo ainda presente e que merece uma reflexão no que tange a forma com que as informações são tratadas.

Tabela 1. Distribuição de frequência dos pacientes convidados a participar do programa, segundo sexo e faixa etária, de 2011 a 2012.

Variáveis	Participou		Não participou	
	N	%	N	%
Sexo				
Homens	939	80,6	226	19,4
Mulheres	1766	79,6	452	20,4
Faixa etária				
60-69 anos	481	68,8	218	31,2
70-79 anos	1530	84,5	286	15,7
80 anos ou mais	694	79,9	174	20,1
Total	2705		678	

Tabela 2 - Distribuição de frequência dos pacientes convidados a participar do programa, segundo sexo e faixa etária, para os dois indicadores analisados, de 2011 a 2012.

	Participou				Não participou				
	Ida à emergência				Ida à emergência				
	Não	%	Sim	%	Não	%	Sim	%	
Sexo									
Homem	274	29,6	650	70,4	67	29,7	158	70,3	
Mulher	430	24,5	1322	75,5	105	21,1	348	76,9	
Faixa Etária									
60 a 69 anos	224	25,7	636	74,3	65	30,9	152	60,2	
70 a 79 anos	284	25,6	829	74,4	69	22,8	218	77,2	
80 anos ou mais	196	28,6	507	74,7	38	20,9	136	70,1	
	Internação				Internação				
	Não	%	Sim	%	Não	%	Sim	%	
Sexo									
Homem	312	81,4	71	18,6	90	87,3	13	12,7	
Mulher	479	85,0	84	14,9	150	90,9	15	9,1	
Faixa Etária									
60 a 69 anos	225	83,2	50	16,7	70	89,1	7	10,9	
70 a 79 anos	348	82,9	68	16,9	113	90,4	13	9,6	
80 anos ou mais	218	76,2	37	23,8	57	88,4	8	11,6	

Tabela3 – Risco Relativo (RR) da associação entre a participação no programa PDGC/OPS, número de dias de internação e número de idas a emergência dos pacientes convidados a participar do programa

	Variáveis de desfecho			
	Número de dias de Internação		Número de idas a emergência	
	RR Bruto	IC 95%	RR ajustado*	IC 95%
Modelo 1	0,67	0,396-0,944	1,03	0,924-1,147
Modelo 2*	0,69	0,416-0,964	1,05	0,937-1,164

Modelo 1 – Modelo Bruto com apenas a variável de desfecho

*Modelo 2 - ajustado por sexo e idade

Agradecimentos

Gestores da Operadora de Saúde que forneceram as informações;

Referências bibliográficas

1. Monteiro TC. Prefácio in Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Ed.ESPMG. 2009.
2. Minkman M; Ahaus K; Fabbricotti I; Nabitiz U; Huijsman R. A quality management model for integrated care: results of a Delphi and Concept Mapping study. Int J Qual Health Care. 2009. Feb; 21(1):66-75.
3. Ham C; Curry N. Integrated care:What is it? Does it work? What does it mean for the NHS? The king's fund. Acesso em 30 de dezembro de 2014. http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/integrated-care-summary-chris-ham-sep11.pdf

4. Integrated health services – What and Why? Technical Brief No.1, 2008. Organização mundial da saúde. Acesso em 10 de janeiro de 2015. http://www.who.int/healthsystems/service_delivery_techbrief1.pdf
5. Ministério da Saúde - Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. 2013. Acesso em 31 de dezembro de 2014. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado_pessoas%20doencas_cronicas.pdf
6. Agência Nacional de Saúde. Acesso em 31 de dezembro de 2014. <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-da-operadora/compromissos-e-interacoes-com-ans/programas-ans/promoprev-programa-de-promocao-da-saude-e-prevencao-de-riscos-e-doencas>.
7. Rosen R; Mountford J; Lewis G; Lewis R; Shand J; Shaw S. Integration in action: four international case studies. Research report. July 2011. Acesso em 31 de dezembro de 2014. <http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/integration-in-action-research-report-jul11.pdf>
8. Gonzalo E; Zuleta J; Case management hospitalario (manejo de casos): una forma alternativa de manejar pacientes de alto riesgo de estadías hospitalarias prolongadas, de reingreso, o con múltiples requerimientos al momento del alta. Rev. méd. Chile vol.141 no.11 Santiago nov. 2013.
9. Fonseca AC, Fonseca MJM, Mendes Júnior WV. O cuidado integrado e qualidade de vida dos idosos portadores de doenças crônicas: revisão sistemática. Enferm. Rev. vol 17, n. 01, jan./abr. 2014.
10. Tricco AC; Antony J; Ivers NM; Ashoor HM; Khan Pa; Blondal E; et al. Effectiveness of quality improvement strategies for coordination of care to reduce use of health care

- services: a systematic review and meta-analysis. CMAJ October 21, 2014 vol. 186 no. 15.
11. Fairfield G; Hunter DJ; Mechanic D; Rosleff F. Managed care. Origins, principles, and evolution. BMJ. 1997 Jun 21;314 (7097):1823-6.
 12. Kuschnir R; Chorny AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. Ciência & Saúde Coletiva, 15(5):2307-2316, 2010.
 13. Ham C; York N; Sutch S; Shaw R. Hospital bed utilization in the NHS, Kaiser Permanente, and the US Medicare programme: analysis of routine data. BMJ Vol 327 29 November 2003.
 14. Lambert R; Walsh EG; Nason CA; Moore A; Khatutsky G; Caswell C. Pilot test of the medicare health survey for PACE and EVERCARE. Out 2003. Final Report for the Centers for Medicare & Medicaid Services, contract number 500-00-0030. Acesso em 31 de dezembro de 2014. <https://www.rti.org/pubs/PilotTestPACE.pdf>
 15. Hébert R; Durand PJ; Dubuc N; Tourigny A; PRISMA: a new model of integrated service delivery for the frail older people in Canada. Int J Integr Care. 2003 Jan-Mar; 3: e08.
 16. Siqueira AB; Cordeiro RC; Perracini MR; Ramos LR. Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. Rev Saúde Pública 2004; 38:687-94.
 17. Carvalho-Filho ET; Saporetti L; Souza MAR; Arantes ACLQ; Vaz YKC M; Hojaiji NHSL; Alencar YMG; Curiati JE. Iatrogenia em pacientes idosos hospitalizados. Rev. Saúde Pública, 32 (1): 36-42, 1998.
 18. Sledge WH; Brown KE; Levine JM; Fiellin DA; Chawarski M; White WD; O'Connor PG. A randomized trial of primary intensive care to reduce hospital admissions in patients with high utilization of inpatient services. Dis Manag. 2006 Dec;9(6):328-38.

19. Hendricks V; Schmidt S; Vogt A; Gysan D; Latz V; Schwang I; Griebenow R; Riedel R. Case management program for patients with chronic heart failure: effectiveness in terms of mortality, hospital admissions and costs. *Dtsch Arztebl Int.* 2014 Apr 11;111(15):264-70.
20. Stampa M; Vedel I; Buyck JF; Lapointe L; Bergman H; Beland F; Ankri J. Impact on hospital admissions of an integrated primary care model for very frail elderly patients. *Arch Gerontol Geriatr.* 2014 May-Jun;58(3):350-5.
21. Biscione FM; Szuster DAC; Drumond EF; Ferreira GUA; Turci MA; Lima Jr JF; Bersan SAL. Avaliação de efetividade da atenção domiciliar de uma cooperativa médica de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 29 Sup:S73-S80, 2013.
22. Ivbijaro GO; Enum Y; Khan AA; Lam SS; Gabzdyl A. Collaborative care: models for treatment of patients with complex medical-psychiatric conditions. *Curr Psychiatry Rep.* 2014 Nov;16(11):506.
23. Busse R; Stahl J. Integrated care experiences and outcomes in Germany, the Netherlands, and England. *Health Aff (Millwood).* 2014 Sep;33(9):1549-58.
24. Curry N; Harris M; Gunn LH; Pappas Y; Blunt I; Soljak M; Mastellos N; e cols. Integrated care pilot in north-west London: a mixed methods evaluation. *Int J Integr Care.* 2013 Jul 25;13.
25. Soril LJ; Leggett LE; Lorenzetti DL; Noseworthy TW; Clement FM. Reducing Frequent Visits to the Emergency Department: A Systematic Review of Interventions. *PLoS One.* 2015 Apr 13;10(4):e0123660.
26. Laurenti R; Mello Jorge MHP; Gotlieb SLD. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(1):35-46, 2005. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(4):1119-1126, 2008.

27. Ouwens M; Hulscher M; Hermens R; Faber M; Marres H; Wollersheim H; Grol R. Implementation of integrated care for patients with cancer: a systematic review of interventions and effects. *Int J Qual Health Care*. 2009 Apr;21(2):137-44.
28. Gravelle H; Dusheiko M; Sheaff R; Sargent P; Boaden R; Pickard S; Parker S; Roland M. Impact of case management (Evercare) on frail elderly patients: controlled before and after analysis of quantitative outcome data. *BMJ*; 334(7583): 31, 2007 Jan 6.
29. Gonzales RIC; Casarin SNA; Calin MHL; Sasaki CM; Monroe AA; Villa TCS. Gerenciamento de caso: um novo enfoque no cuidado à saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2003, vol.11, n.2, pp. 227-231.
30. Johril M; Beland F; Bergman H. International experiments in integrated care for the elderly: a synthesis of the evidence. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003; 18: 222-235.
31. Veras RP; Caldas CP; Araújo DV; Kuschniere R; Mendes WV. A assistência suplementar de saúde e seus projetos de cuidado para com o idoso. *Ciênc. saúde coletiva* vol.13 no.4 Rio de Janeiro July/Aug. 2008
32. Ouwens M, Wollersheim H, Hermens R, Hulscher M, Grol R. Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews. *Int J Qual Health Care* 2005. May;17(2): 141-146.
33. Patient-centered care for older adults with multiple chronic conditions: a stepwise approach from the American Geriatrics Society. American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity. *J Am Geriatr Soc*. 2012 Oct; 60(10):1957-68.
34. Khatutsky G; Walsh EG; Kramer C; Brown P; Caswell C. The 2004 PACE health survey for the Minnesota and Wisconsin. Demonstration Programs: Methodology and results. (2006, march). Final Report for the Centers for Medicare & Medicaid Services, contract number 500-99-0264. Acesso em 31 de dezembro de 2014.

<http://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/Reports/Downloads/Khatutsky.pdf>

35. Guide to Health Promotion and Disease Prevention. Family Health Teams. Acesso em 31 de dezembro de 2014.
36. Navarrete MLV; Lorenzo IV; Calpe JP; Nunez RT. Organizaciones Sanitarias Integradas. Una guía para el análisis. Rev Esp Salud Pública 2005; 79: 633-643.
37. Luzinski CH; Stockbridge E; Craighead J; Bayliss D; Schmidt M; Seideman J. The community case management program: for 12 years, caring at its best. Geriatr Nurs. 2008 May-Jun;29(3):207-15.
38. Zhang NJ; Wan TTH; Rossiter LF; Murawski MM; Patel UB. Evaluation of chronic disease management on outcomes and cost of care for medicaid beneficiaries. Health Policy 2008; 86; 345-354.
39. Hamar B; Wells A; Gandy W; Bradley C; Coberley C; Pope JE; Rula EY. The Impact of Proactive Chronic Care Management on Hospital Admissions in a German Senior Population. Population Health Management 2011;14(suppl 1):S-29-S-33)

Artigo 3

Título: As barreiras para a ampliação do modelo de cuidado integrado na saúde suplementar privada do Brasil

Title: The barriers to the expansion of the integrated model of care in the health insurance private in Brazil

Resumo

O cuidado integrado é um modelo de atenção à saúde discutido em vários sistemas de saúde e pode ser encontrado tanto no sistema público quanto no privado. No Brasil, especificamente na saúde suplementar, ainda não está consolidado por diferentes motivos. O objetivo deste artigo é discutir as barreiras de implantação e ampliação do modelo de cuidado integrado, focado no idoso portador de doença crônica, no sistema de saúde suplementar privado através de uma série de entrevistas com gestores atuantes no modelo através de estudo qualitativo utilizando a técnica Delphi. Há inúmeras barreiras a serem transponíveis, dentre elas envolve a compreensão do conceito pelos profissionais envolvidos com a elaboração do modelo, a escassez de projetos que demonstrem resultados consistentes, a carência de profissionais capacitados para atuarem na assistência de um modelo de cuidado integrado e ainda a necessidade de um amadurecimento do órgão regulador e normatizador para que fomente a formatação de um modelo sustentável a longo prazo. **Palavras-chave:** cuidado integrado, implantação, método de Delphi, saúde suplementar privada do Brasil,

Abstract

Integrated care is a health care model discussed in various health systems and can be found both in the public system and the private. In Brazil, specifically in the health insurance, are not consolidated for different reasons. The purpose of this article is to discuss the implementation of barriers and expansion of integrated care model focused on the elderly with chronic disease, in the private health insurance system through a series of interviews with active managers in the model through a qualitative study using the technique Delphi. There are numerous barriers among them involves the understanding of the concept by the professionals involved in developing the model, the shortage of projects that demonstrate consistent results, the lack of trained professionals to work in the care of an integrated care model and also the need for a maturing regulatory agency and normalizing for that fosters formatting a sustainable model in the long term. **Key word:** Integrated care, Implantation, Delphi method, Private Health system of Brasil

Introdução

Cuidado integrado é um termo polissêmico. A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera o cuidado integrado um processo contínuo de cuidados em que a prestação de serviços de saúde é organizada de forma a integrar diferentes processos e profissionais de saúde para que as pessoas possam receber os cuidados preventivos e curativos de acordo com as suas necessidades e nos diferentes níveis do sistema de saúde¹.

O cuidado integrado é um modelo que traz uma preocupação com a efetividade da prestação de serviços ao paciente e com a melhoria da eficiência do sistema de saúde². O objetivo desse modelo é diminuir a fragmentação do cuidado existente nos serviços de saúde e permitir uma assistência coordenada dirigida prioritariamente à população idosa. Com o crescimento de indivíduos na faixa etária acima dos 60 anos verificou-se um aumento da incidência de doenças crônico-degenerativas. A busca por formas de integrar o cuidado tem sido uma das preocupações de profissionais, políticos e gestores de saúde, pois, independente da natureza do prestador, seja público ou privado, percebe-se de que existe uma fragmentação do cuidado³.

A Organização Mundial de Saúde, desde 2004, alerta sobre a crise no sistema de saúde principalmente pelo crescimento da população idosa e das doenças crônicas. Um dos sintomas dessa crise é a predileção dos pacientes pelo médico especialista, ao invés do generalista ou do médico da atenção primária para o cuidado de doenças como a hipertensão arterial e o diabetes melitus^{4,5}.

O modelo de cuidado integrado pode ser entendido como uma forma de cuidar do paciente que procura estar mais próximo de todas as etapas da prestação de serviços de saúde na perspectiva deste paciente. O modelo deve ser considerado a partir de um conjunto de ações da equipe de profissionais de saúde inserida em um serviço, baseado em um plano que organiza o cuidado de forma integrada, ou a partir de uma sistematização do trabalho dentro de um

sistema de saúde em seus diferentes níveis^{2,3,5}. As formas de integração podem ser de diferentes níveis: (i) de nível sistêmico, em que integrar significa uma melhor coordenação do alinhamento das políticas, regras e regulação nos sistemas de saúde; (ii) de nível normativo, em que há o desenvolvimento de valores compartilhados, de cultura e da visão entre as organizações, os grupos e os indivíduos profissionais; (iii) de nível organizacional, em que o cuidado é coordenado nos serviços de diferentes organizações de saúde e ou de diferentes serviços numa mesma organização de saúde; (iv) de nível administrativo, com um alinhamento de processos, funções, gestão e finanças dos serviços de saúde e entre eles; (v) de nível clínico, cuja coordenação do cuidado resulta em um cuidado contínuo, como uma linha de cuidado na rede de serviços^{2,3}.

No Brasil, o modelo de cuidado integrado está manifestado na política de redes de atenção no Sistema Único de Saúde (SUS) e nos programas de promoção e prevenção de doenças, no sistema de saúde complementar. O SUS orienta que os cuidados devam ser realizados em redes de atenção à saúde, coordenadas pela estratégia da saúde da família⁶, em conformidade com a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS). Em 2008, a OPAS propôs aos países que organizassem seus sistemas de saúde em redes, tendo como base a atenção primária à saúde⁷.

A OPAS define as Redes Integradas de Serviços de Saúde (RISS) como uma rede de organizações que oferta serviços equitativos e abrangentes para a saúde de uma população predeterminada, com a prestação de contas de seus resultados clínicos e econômicos. Considera, ainda, que as RISS contribuem para tornar realidade a cobertura e o acesso universal à saúde e, o cuidado apropriado, de acordo com as reais necessidades da população. A implantação das redes de atenção oferece uma mudança paradigmática no modelo de saúde pública, pois direciona as estratégias para as doenças crônicas e cita dois elementos comuns ao cuidado integrado: a tecnologia de informação e a cooperação entre as unidades dotadas de autonomia^{5,7}.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) lançou, em 2011, um programa denominado Promoção de Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde (PROMOPREV), que orienta e incentiva as operadoras de saúde a desenvolverem programas de cuidado integrado. O sistema privado, no Brasil, é constitucionalmente suplementar ao SUS. A promoção da defesa do interesse da população assistida pelas empresas, a regulação dessas empresas e, a contribuição para o desenvolvimento da saúde no Brasil são elementos pertencentes ao conjunto de finalidades da ANS⁸.

O modelo de cuidado integrado existe no sistema de saúde suplementar, privado, do Brasil sem uma padronização. A ANS incentiva a organização e a prática do cuidado integrado pelas operadoras e uma das formas encontrada, entre os anos de 2009 e 2013, foi através dos incentivos fiscais, quando em 2011 permitiu que as operadoras realocassem os investimentos realizados em programas nos moldes do PROMOPREV em seus ativos contábeis⁸⁻¹². A ANS estimula, mas não direciona modelos, considerando que cada operadora assista seus pacientes, com diferentes características e perfis de doenças, de acordo com os propósitos específicos de cada operadora⁸. As operadoras de saúde têm mostrado dificuldades para desenvolver programas^{13,14} e, por outro lado, há escassez de resultados da aplicação desse modelo na literatura¹⁵. Por fim, há a percepção de que a reformulação dos modelos possa ofertar, na prática, as vantagens que as diretrizes se propõem a oferecer^{9,11,13-15}.

O objetivo desse estudo foi discutir o modelo de cuidado intergrado e as barreiras para a sua ampliação na saúde suplementar do Brasil, na perspectiva de especialistas em cuidado integrado.

Método

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa. Uma entrevista semiestruturada foi a ferramenta utilizada para conhecer a opinião de nove especialistas sobre aspectos relevantes do cuidado integrado. Os nove entrevistados foram

selecionados a partir dos seguintes critérios de inclusão: especialistas com experiência teórico-prática na área do cuidado integrado, escolhidos por exercerem papéis de destaque em suas respectivas áreas de trabalho; inseridos em ambos sistemas de saúde, público e suplementar, privado; consultores, formadores de opinião, atuantes em pesquisas e publicações acadêmicas e palestrantes-convidados de eventos nacionais e internacionais relacionados ao tema cuidado integrado. Todos os nove entrevistados eram médicos, sendo quatro mulheres e cinco homens, com idade acima de quarenta anos e com mais de quinze anos de experiência na área da saúde; vivem e trabalham em diferentes estados do Brasil; são gestores e pesquisadores da área da saúde, cujas titulações acadêmicas são quatro doutores e dois mestres *stricto sensu* e os outros três com especialização *latu sensu* em administração em saúde por instituições públicas e privadas. Um dos entrevistados trabalha exclusivamente no sistema de saúde público, quatro atuam nos dois sistemas (público e suplementar) e, por último, quatro exercem suas funções no sistema de saúde suplementar exclusivamente. Os nomes foram mantidos em sigilo, tal qual suas respostas, a fim de preservar a identidade conforme o protocolo de pesquisa acordado previamente.

O método deste trabalho foi nomeado de ausculta inspirado no modelo Delphi cujo objetivo é a formação de conceitos ou julgamentos, detectar apreciações e opiniões de especialistas teórico-práticos e ou de informantes privilegiados que neste trabalho foram nomeados de entrevistados¹⁶. A opção pela análise de conteúdo e não a análise de discurso foi porque essa técnica permite, de acordo com Caregnato e Mutti (2006), “*trabalhar com a palavra, permitindo de forma prática e objetiva produzir inferências do conteúdo da comunicação de um texto replicáveis ao seu contexto social*”. Ou seja, através das respostas, que são as opiniões dos especialistas, há a oportunidade de analisar a complexidade do cuidado integrado relacionando com o contexto de cada participante, o que torna rica a pesquisa para

discutir e sugerir caminhos que possam ser utilizados no desenvolvimento do modelo de cuidado integrado no contexto brasileiro¹⁷.

A pesquisa foi iniciada a partir do envio do convite formal representado por uma carta de apresentação do trabalho. A carta de apresentação, além de constar a descrição do trabalho, dos objetivos e do seu formato de realização, foi considerada o termo de consentimento e a garantia do sigilo dos entrevistados (anexo). As entrevistas foram realizadas através do correio eletrônico individual e a questão norteadora foi compreender os motivos relacionados ao retraído desenvolvimento do modelo de cuidado integrado no sistema de saúde suplementar, privado, do Brasil. A opção pela entrevista através do acesso pela rede de computadores foi pela facilidade da logística em unir os participantes das diferentes localidades do Brasil. No entanto, um participante preferiu realizar a entrevista no formato presencial, permitindo a gravação do depoimento e do preenchimento do documento enviado previamente nas duas primeiras rodadas, mas na última etapa, este participante enviou a resposta através do correio eletrônico.

A entrevista foi subdividida em três etapas e o prazo das respostas foi de três semanas para as duas primeiras etapas e na última, os entrevistados tiveram duas semanas para responder. Os entrevistados foram questionados em relação: ao conceito de cuidado integrado, aos elementos que o constitui, aos indicadores mais utilizados, ao papel indutor da ANS neste modelo, aos possíveis incentivadores ao crescimento do modelo, a aproximação entre o sistema de saúde suplementar de saúde e os estudos acadêmicos e por fim, se havia a percepção por parte dos entrevistados sobre a expansão do modelo no Brasil. As respostas foram sistematizadas nas categorias predeterminadas sequencialmente de acordo com a ordem de recebimento. A seguir, foram realizadas a análise e a síntese para posterior discussão, inspirado no modelo de análise de conteúdo. Esse é um método de análise de texto que interliga a

estatística com a análise qualitativa de materiais adquiridos por diferentes fontes, dentre elas, a entrevista¹⁸.

Para este estudo, especificamente, nove perguntas relacionadas ao tema cuidado integrado foram elaboradas e construídas tendo como base os conhecimentos existentes na literatura científica e o resultado de uma pesquisa realizada com os pacientes de um programa de cuidados integrados de uma operadora de saúde que concluiu que os pacientes idosos, portadores de doenças crônicas, que aderiram a um programa de cuidado integrado foram menos internados¹⁹.

As respostas foram organizadas em nove categorias a partir das perguntas, a fim de comparação e de encontrar os consensos e as divergências entre os entrevistados. São elas: (i) a heterogeneidade conceitual como explicação da não expansão do modelo de cuidado integrado; (ii) os elementos constituintes do modelo de cuidado integrado; (iii) os indicadores de desempenho do modelo; (iv) o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação e fiscalização; (v) os fatores contribuintes para a difusão do cuidado integrado no Brasil; (vi) a heterogeneidade das metodologias de avaliação dos resultados dos modelos de cuidado integrado como barreiras para expansão; (vii) o crescimento do cuidado integrado no sistema de saúde privado brasileiro, (viii) o idoso como foco estratégico do cuidado integrado no Brasil; (ix) o fator financeiro como um empecilho para o desenvolvimento e aprimoramento do cuidado integrado.

Esta pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública com o número 10333512.2.0000.5240 em janeiro de 2013.

Resultados

Os resultados estão descritos de acordo com as categorias criadas:

1 - Heterogeneidade conceitual como explicação da não expansão do modelo de cuidado integrado

Quando foi questionada se a falta de um consenso sobre o conceito de cuidado integrado seria um impeditivo da sua expansão, houve uma divisão equilibrada nas respostas dos especialistas, com cinco entrevistados respondendo que sim, a heterogeneidade é um impeditivo à expansão e quatro afirmaram que não existe essa relação.

2 - Elementos constituintes do modelo de cuidado integrado

Nesta categoria houve consenso entre os entrevistados de que o papel do coordenador é fundamental no modelo e independe de sua área de atuação profissional. Além deste consenso, outros elementos constituintes do modelo de cuidado integrado na gestão foram apontados por todos: (i) a presença de diretrizes assistenciais norteadoras das tomadas de decisão na prática clínica; (ii) a clara definição dos indicadores de inclusão de inserção dos participantes no modelo; (iii) a definição de um método de análise dos resultados. Dois elementos foram adicionados por um entrevistado como elementos do modelo: (iv) a *judicialização* da assistência; (v) a falta de pactos/cultura da sociedade/família na responsabilidade compartilhada de cuidar dos idosos.

3 - Indicadores de desempenho Cuidado Integrado

Houve o consenso de que todos os indicadores apresentados na questão faziam parte do cuidado integrado e novos foram sugeridos, dentre eles, destacaram-se: (i) engajamento dos pacientes na mudança de hábitos, como fim do tabagismo e do sedentarismo; (ii) avaliação da capacidade funcional como indicador de independência; (iii) quantidade de consultas ao médico assistente, procedimentos e exames solicitados por este profissional e ou por outros; (iv) número de participantes novos e o número de evasões.

4 - Papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar

Na análise dos conteúdos contidos nesta categoria, foi consenso de que a ANS tem um papel indutor, regulador e fiscalizador dos programas, contudo foram feitas críticas em relação à sua atuação.

5 - Fatores contribuintes para a difusão do modelo de cuidado integrado

Nesta categoria a premissa foi que tanto a população idosa quanto a ascensão das doenças crônicas são as principais forças-motriz do modelo. A premissa foi aceita pelos entrevistados com unanimidade. Além disso, outros fatores foram acrescentados e dois mereceram destaque: a inovação e os incentivos diretos pelas operadoras de saúde e pela ANS. Outra informação extraída nesta categoria foi a relevância de que o modelo de atenção à saúde hoje praticado deve ser mudado pois nas palavras de um dos entrevistados: *“tanto para o paciente como para o médico está tudo muito “confuso”, o paciente fragmentado e o médico sem formação adequada para abordar as pessoas que têm essas doenças (crônicas)”*.

6 –A heterogeneidade das metodologias de avaliação dos resultados dos modelos de cuidado integrado como barreira a expansão

A heterogeneidade dos métodos das publicações foi considerada como barreira de forma consensual entre os entrevistados em relação aos fatores relacionados à retração do modelo no Brasil. Os entrevistados afirmaram que a heterogeneidade metodológica é um empecilho à difusão, pois dificulta a formalização de um padrão de resultados para o modelo.

7 - Crescimento do cuidado integrado no sistema de saúde suplementar privado brasileiro

Nesta categoria houve uma divisão no grupo em que cinco entrevistados afirmaram que sim, há um crescimento sem, no entanto, ponderar com fatos; outros quatro entrevistados, no entanto, não concordaram, com diferentes argumentações, em afirmar que há crescimento do modelo no sistema de saúde suplementar privado do Brasil. Para estes quatro, não há crescimento e sim retração, com o fim de programas existentes.

8 - O idoso como foco estratégico do cuidado integrado no Brasil

Houve o consenso entre os entrevistados de que os idosos deveriam ser o foco do modelo, mas que características do sistema privado, como a fragmentação da linha de cuidado e o direcionamento ao lucro imediato, impedem um avanço do modelo voltado ao

envelhecimento. Este grupo etário, independente do quantitativo de comorbidades e doenças crônicas que apresentam, forma um conjunto populacional que mais utilizam o sistema de saúde em busca de respostas para suas queixas e desconpesanções clínicas, seja ao nível ambulatorial ou hospitalar.

9 - O fator financeiro como um empecilho para o desenvolvimento e aprimoramento do cuidado integrado.

Todos concordaram que o fator financeiro é uma barreira para o desenvolvimento do modelo. Contudo, os entrevistados afirmaram que, principalmente no momento atual de recessão que o país enfrenta, o fator financeiro deveria ser um dos critérios para se investir em um modelo cujos resultados podem ser alcançados mesmo a longo prazo, dependendo da escolha do indicador.

Discussão

As nove perguntas abarcaram fatores que foram considerados, em sua maioria, barreiras para o desenvolvimento do cuidado integrado do Brasil. As entrevistas apontaram que o modelo de cuidado integrado sugere mudanças paradigmáticas do modelo de saúde vigente, como a educação dos profissionais de saúde, a educação dos pacientes ao autocuidado e o investimento em promoção de saúde e prevenção de agravos, o que exige mais tempo para a verificação dos resultados.

A falta de consenso no próprio nome do modelo foi registrada como barreira entre os próprios entrevistados e é uma das características observada na literatura²⁰. Contudo a falta de consenso não se restringe ao termo cuidado integrado, pois o termo “significa diferentes coisas para diferentes pessoas”. O importante é compreendê-lo baseado em sua premissa, uma abordagem que procura melhorar a qualidade do cuidado para pacientes, usuários do sistema de saúde e profissionais que atuam para executar este cuidado, seja na gerência ou na assistência, através de ações coordenadas entre elas²¹. A diferenciação do contexto em que o

termo é empregado é a chave do entendimento, pois como destacado em alguns registros da entrevista, é importante diferenciar em que situação e/ou processo de cuidado está se discutindo o modelo de cuidado integrado. Há diversas nuances de acordo com os objetivos do modelo, qual o nível de integração e até mesmo quais foram as origens do modelo que o gestor se baseou para desenvolver aquele mais adequado à sua realidade. Destaque para duas falas:

“Cuidado gerenciado, gerenciamento de crônicos, case management, disease management são nomes para linhas de cuidados gerenciados que tem diferenças conceituais pequenas, mas que são diferentes em suas abordagens, sendo alguns bem específicos aos cuidados apenas e outros mais abrangentes reunindo os stakeholders da assistência para um mesmo objetivo em termos de resultado”. **Entrevistado 1**

“Como o conceito ainda não é claro entre os principais atores envolvidos e não havendo normatização pelo órgão regulador, a ANS, não há um mercado organizado de prestadores, não há formas de remuneração pactuadas, não há comparabilidade de resultado. O entendimento fica como extensão de cobertura”. **Entrevistado 2**

Percebe-se com esses registros que o conceito exige dos interlocutores o esclarecimento sobre qual nível de cuidado integrado está sendo discutido e sob qual perspectiva. O conceito exige também um maior entendimento sobre qual o sistema de saúde ele está inserido, se público ou privado, quais os diferentes agentes envolvidos e qual segmento populacional e ou qual patologia está sendo discutido, uma vez o nome cuidado integrado carece de uma uniformização²². Se a inserção for na saúde pública, o modelo poderá ter como premissas o modelo de cuidado integrado inglês, que foi criado em um sistema de acesso universal para integrar o cuidado com o objetivo melhorar a equidade. O modelo reforça a integralidade dos cuidados, em seus diferentes níveis de complexidades de atenção à saúde e atua através de

mecanismos de referência e contra referência desde a promoção de saúde e prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, até a reabilitação, como base da concepção do modelo. Diferentemente, se a inserção do modelo for na saúde privada, terá como premissas o modelo americano, o qual foi concebido pelas empresas de medicina de grupo como uma resposta ao consumo excessivo de recursos. O objetivo foi melhorar a eficiência do sistema de saúde através: de ações preventivas, do estímulo ao aumento da responsabilização clínica e do autocuidado pelos pacientes e também da redução da fragmentação do cuidado^{1-3,5,6}.

As indefinições conceituais podem ser uma razão-base impeditiva na difusão do modelo, pois como desenvolver algo que não se sabe exatamente do que se trata? Onde inseri-lo em um sistema de saúde? E, mais além, em qual sistema e ou no segmento deste sistema? Quem são os participantes envolvidos? E até mesmo, quais as motivações para inseri-lo no sistema? Saber diferenciar o cuidado integrado e processo de integração é fundamental, pois o processo de integração é a engrenagem entre as diversas etapas para alcançar o resultado, que é o cuidado integrado. Compreender que o modelo pode ser discutido a partir do nível das políticas do sistema de saúde até em uma área mais restrita de um hospital, como a área de geriatria, contribui para a certeza de que o modelo deve ser elaborado, de acordo com os objetivos traçados, diante das peculiaridades da área interessada.

Dentre os elementos que caracterizam o modelo de cuidado integrado, o destaque dado é ao papel do coordenador, pois além de consensual entre os entrevistados como elemento-chave do modelo, é apontado na literatura como o elemento mais relevante para garantia da continuidade das ações, uma das características do modelo de cuidado integrado^{5,23,24}. Este coordenador deve estar presente em qualquer nível de integração e é o responsável pelo processo de integração. Contudo sua presença é melhor compreendida quando se destaca o nível da gestão e assistência clínica. É através do coordenador assistencial que haverá o alinhamento entre o plano terapêutico e os diferentes profissionais que atuam clinicamente, a interseção das

informações e a otimização dos recursos para o alcance dos objetivos traçados. O coordenador gerencial estará diretamente atrelado à criação, ao desenvolvimento e à gestão do modelo de cuidado integrado e este papel dar-se-á através dos indicadores eleitos pelo gestor. Este profissional fará também a supervisão do trabalho assistencial no contexto específico onde trabalha, organizando o plano de cuidados e acompanhando as ações dos profissionais, exercendo o papel de líder^{5, 20,21}.

Nesta categoria de integração do modelo de cuidado integrado, da gestão clínica e assistencial, destacam-se também a importância de um sistema de comunicação e informação, através da sistematização do registro e da leitura das informações em prontuário, realizada pelos profissionais assistenciais e o uso de *devices* tecnológicos podem facilitar o trabalho²⁵. A reflexão que se quer motivar neste ponto é que a presença de um esperado comportamento proativo e envolvido dos profissionais assistenciais em realizar as suas tarefas possa ser um dos pontos de sucesso do modelo contrapondo o modelo fragmentado, em que há uma individualidade do trabalho, uma escassa comunicação entre os profissionais, a ausência de registros e com isso, a constatação da maior ineficiência do cuidado prestado à saúde²⁶.

A falta de pactos sociais/cultura da sociedade/família na responsabilidade compartilhada de cuidar dos idosos e a *judicialização* da assistência são itens sugeridos como elementos do modelo por terem sido citados por um entrevistado. Esta citação possivelmente demonstra dois dos complexos e nevrálgicos pontos do sistema suplementar, privado, de saúde do Brasil. No que tange a falta de pactos social e a cultura da sociedade, por vezes as famílias imputam no sistema de saúde a responsabilidade social, ou seja, a obrigação do seu cuidado a partir do momento que custeiam uma prestação de serviços, seja através dos impostos pagos ao governo seja através do pagamento mensal a uma empresa privada. Neste item, pôde ser verificado (na literatura) a busca pela integração dos sistemas de saúde e social, sendo um dos países de destaque a Holanda, onde o cuidado integrado é mais conhecido como *seamless care* ou

transmural care^{27,28}. Desde a década de 90 o governo holandês tem elaborado o cuidado integrado com a busca pela interseção entre os prestadores de atendimento em saúde, como os hospitais, o atendimento domiciliar, a atenção primária e os recursos sociais que podem ser disponibilizados.

No Brasil, a aproximação entre os dois sistemas, de saúde e social, é mais reconhecida no sistema público, quando se destaca os direitos sociais dos pacientes portadores de doenças como o câncer e a distribuição de medicamentos gratuitos^{29,30}. Há inclusive um documento do próprio Ministério da Saúde, publicado em 2013, que descreve caminhos a serem instituídos para o cuidado das doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde, nome concebido no país para o modelo de cuidado integrado na saúde pública⁶.

Já no sistema suplementar a dificuldade advinda da falta de alinhamento entre os sistemas de saúde e social neste contexto é mais bem representada pelo quantitativo de ações judiciais, apesar do índice de satisfação do consumidor medido pela ANS em 2013 ter sido considerado elevado³¹.

No que se refere ao sistema judiciário, ele se faz cada vez mais presente através de liminares. Na ótica do sistema de saúde suplementar, assim como na pública, há uma preocupação com a presença cada vez mais frequente do sistema judiciário no processo decisório entre operadoras e pacientes por diferentes motivos, como garantia de dispensação de medicações para doenças oncológicas, permissão de atendimento domiciliar na modalidade de internação, garantia de internação³². Não coube deste estudo discutir preço e custo, mas como o sistema privado tem em seu escopo o financiamento e os lucros, possivelmente o entrevistado deve ter considerado a *judicialização* como elemento do cuidado integrado para que houvesse um destaque ao fato de que na elaboração do modelo, o sistema judiciário seja considerado, sob o risco de ser uma barreira ao cuidado integrado. Ao focar na gestão clínica-assistencial do modelo, o receio das decisões judiciais, da mesma forma que as dificuldades em se cuidar do

idoso, devem transcender a discussão da implantação do mesmo, contudo não devem ser rechaçadas uma vez que podem ser consideradas barreiras ao modelo. A ANS monitora a satisfação do cliente em relação aos atendimentos das operadoras de saúde (OPS) e este nível é bastante heterogêneo na medida em que há várias empresas atuando no Brasil. Deve-se ressaltar que em alguns países as operadoras de saúde já perceberam que a integração do cuidado ao nível do sistema de saúde e do sistema social promove vantagens e passaram a desenvolver ações para este fim^{24,25,33}.

Ao se discutirem os indicadores de desempenho do cuidado integrado sugeridos pelos entrevistados alguns são passíveis de aferição. Cessar o fumo e iniciar a prática de exercícios físicos podem ser medidos, por exemplo, através da prova de função respiratória e do teste ergométrico respectivamente, com frequência anual e passível de comparação dos resultados^{34,35}. Obviamente não basta a interrupção do fumo para melhoria da função pulmonar e por isso ações adicionais como a fisioterapia respiratória associada ao exercício físico seriam benéficas ao paciente; outro indicador, a avaliação da capacidade funcional do idoso, é algo que se faz através de diferentes instrumentos, como a avaliação das atividades de vida diária e a avaliação das atividades instrumentais de vida diária (testes de Lawton e Katz)^{36,37}.

Os indicadores são importantes na medida em que são utilizados para readequar o plano terapêutico proposto, pois o paciente pode iniciar com um grau parcial de dependência para as suas atividades de vida diária e com o tempo, diante de ações de reabilitação, o indicador poderá mudar, passando a depender menos. Como consequência, o plano de cuidado adapta-se de acordo com as novas necessidades do paciente. Importante registrar que esta readequação poderá ocorrer em qualquer indicador, assistencial ou gerencial e cabe, ainda, enfatizar que diante das premissas do modelo de cuidado integrado, as mudanças que podem acontecer nos indicadores devem ser analisadas com critério.

Um exemplo é a análise da quantidade de consultas ao médico assistente que está vinculado ao paciente, como indicador, deve ser feita com critério diferenciado. De um lado, a partir do momento que o paciente tem confiança no profissional, ele poderá procurá-lo com mais frequência na intenção de receber orientações, pois se sente mais seguro. Este médico poderá gerenciar melhor a saúde do paciente, o que pode refletir em um número menor de solicitação de exames complementares, e que pode ser também considerado outro indicador do modelo. Por outro lado, se o paciente frequenta várias especialidades médicas, evidenciando o modelo fragmentado do cuidado, o indicador número de consultas será analisado sob outro ponto de vista, pois aumenta a possibilidade de um gasto econômico excessivo, como a solicitação de exames complementares repetidos. Este raciocínio pode ser estendido para outros indicadores como o número de idas à emergência e o de internação.

Por fim, acompanhar o número de participantes novos e o número de evasões podem ser indicadores de gestão que indiquem a necessidade de promoção de mudanças nas estratégias de entrada e de manutenção dos pacientes ou por vezes podem indicar um sucesso na elaboração do modelo.

A discussão sobre quais indicadores utilizar está relacionada ao contexto em que o modelo será desenvolvido e por isso é complexa, carecendo de uma padronização mínima. Uma diretriz básica é conhecer o perfil epidemiológico da população e este deve ser o caminho inicial possível, estimulando o serviço a desenvolver seus próprios indicadores posteriormente. No Brasil, mesmo com a existência do documento do Ministério da Saúde que estimula o desenvolvimento do modelo de cuidado integrado, não há recomendação formal dos indicadores a serem gerenciados^{6,8,12}.

Em relação à ANS, os especialistas formularam críticas à atuação desta autarquia. A primeira delas está associada a outro apontamento de que o sistema de saúde suplementar

não investe na atenção primária, ou seja, nas ações de promoção de saúde e prevenção de doenças. Destaque para o seguinte trecho:

“Creio que a introdução da promoção da saúde e da prevenção das doenças não é tarefa fácil porque colide com interesses políticos, econômicos e confronta-se com o modelo flexneriano que estrutura a medicina contemporânea. Como se diz num relatório denominado A saúde em 2015: “Atualmente o modelo preventivo que busca manter as pessoas saudáveis por meio de prevenção das doenças, do diagnóstico precoce e da promoção da saúde é um conceito sem defensores. De forma geral, os consumidores os ignoram, os pagadores não investem nele e os fornecedores não lucram com ele”. **Entrevistado 1**

A partir desta resposta pode-se refletir em diversos campos, dentre eles nas estratégicas de linha de cuidado eleitas como política de saúde de uma operadora de saúde. A ANS, no documento “laboratório de inovação na Saúde Suplementar”, discorre sobre a importância de inovar no sistema de saúde, discute o paradigma do modelo assistencial vigente com as críticas relacionadas ao sistema de saúde fragmentado e propõe o Programa de Prevenção de doenças e Promoção de saúde⁸. A ANS oferece as operadora de saúde a oportunidade de elaborar seu programa de acordo com as características individuais de cada operadora (perfil epidemiológico de clientes, indicadores do programa), mas não padroniza o modelo nem os indicadores que devem ser utilizados para acompanhar o modelo. Esta ausência de padronização é uma crítica verificada nas respostas dos entrevistados, como os abaixo:

“A ANS tem um papel regulador que deve ser inquestionável para o segmento da saúde suplementar, mas ao mesmo tempo deve criar regras (indicadores) e condições claras de comparação dos diversos programas existentes. Muitos programas diversos são classificados e reunidos num mesmo tipo de programa, quando muitas das vezes tratam-se de categorias muito diferentes. A ANS deveria classificar os diversos tipos de programas corporativos e

também realizados pelas operadoras de planos de saúde em grupos e criar poucos e bons indicadores que possam mensurar a evolução e resultados destes programas. Outro ponto a se observar é falta de incentivos concretos para as empresas e planos de saúde que tenham bons resultados em seus programas que façam com que estas iniciativas cresçam em volume de usuários e programas. Os investimentos são altos e não existe contrapartida efetiva da ANS para com estas operadoras que fazem sua lição de casa bem feita.” Entrevistado 1

“A falta de padronização é nocivo para quem atua - há perda de parâmetros comparativos, para quem 'compra' - falta de conhecimento e falta instrumentalização para tomada de decisão e para ANS - fica mais difícil a fiscalização e regulamentação do segmento.” Entrevistado 2

Importante citar o trabalho voltado aos idosos que a ANS vem realizando nos últimos anos, na tentativa de incentivar as operadoras a elaborar programas específicos para esta população. Em 2011 publicou um documento denominado de cartilha para modelagem de programas para a promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças em que abordam três estratégias e, em 2012, outro cujo nome é Plano de Cuidado para idosos na saúde suplementar⁸. Nenhum entrevistado fez algum tipo de mencionamento sobre esses documentos tampouco relativizou o papel desempenhado pela instituição no que concerne a produção de eventos sobre o tema. Por fim, destaca-se uma resposta crítica não somente à ANS, como também às operadoras, possibilitando outros comentários:

“Não considero que a ausência de um padrão preconizado pela ANS seja de grande significado como um fator nocivo, mas a própria resistência das Operadoras de Planos de Saúde (OPS) em adotar um modelo mais abrangente, por diferentes motivos, é muito mais significativa. Considero que o Ministério da Saúde poderia melhor difundir os indicadores de maior relevância prática e efetiva para a aplicação e monitoramento de programas de saúde, e dentre

eles os relacionados aos idosos. Para implantação de qualquer programa de saúde, que leva um tempo maior ou menor de maturação e resultados, há necessidade de que as operadoras (OPS) façam investimentos. Para fazer investimentos necessita-se de “sobras financeiras”, portanto que permita existir adequado fluxo de caixa.” Entrevistado 1

Este comentário enfatiza o papel que as operadoras de saúde (OPS) poderiam ter no desenvolvimento do modelo de cuidado integrado. Podem-se fazer algumas inferências deste registro e a primeira é que talvez o entrevistado queira mostrar a relação complexa entre ANS e as operadoras, em que um lado fica a espera do outro e como não há iniciativas de ambos os lados, o modelo não se desenvolve. Em segundo lugar, a realidade financeira das OPS, um assunto delicado e que não se pretende explorar neste trabalho, mas que possivelmente deve oscilar decorrente a diversos fatores, dentre eles: 1) o número de pacientes pertencentes a uma OPS, que hoje em dia, diante da portabilidade permitida pela ANS e, pelos modelos de contrato vigente com a presença inclusive de intermediários para baratear o custo final ao consumidor, estimula esta oscilação; 2) os modelos administrativos empregados; 3) as parcerias e os contratos com terceirizados realizados e, talvez um item hoje fundamental, 4) a estratégia de política institucional em relação ao modelo de cuidado adotado, privilegiando um segmento populacional ou uma condição de saúde. Por fim, em terceiro, mas sem esgotar as possibilidades de inferências, o entrevistado insere outro ator (não citado em outras rodadas deste trabalho) que seria o papel do Ministério da Saúde (MS) em relação ao modelo de cuidado integrado, como um órgão que poderia auxiliar na seleção dos indicadores a serem empregados.

Entre as respostas sobre os fatores contribuintes para a difusão do modelo, destaca-se aquela que aponta a necessidade de reflexão sobre o modelo de atenção à saúde hoje praticado, diante da postura dos profissionais da saúde. Nas palavras de um entrevistado: *“tanto para o paciente como para o médico está tudo muito “confuso”, o paciente fragmentado e o médico sem formação adequada para abordar estes as pessoas que tem essas doenças*

(crônicas)”. Este registro chama a atenção para outro dado que não foi explorado nas entrevistas que é a formação médica. Para que haja mudança do sistema ou mesmo para que o modelo seja implantado os médicos devem defendê-lo e praticá-lo. Para tais ações, talvez tenham que ocorrer mudanças nas escolas médicas e, mais ainda, nas sociedades médicas^{38,39}. Assuntos de extrema importância, porém que não serão aprofundados neste trabalho. Outro comentário merece destaque:

“O problema é que o setor privado da saúde brasileira e a saúde suplementar em particular, não tem como opção estratégica organizar a APS (atenção primária à Saúde). Na saúde suplementar, a organização fragmentada de seus sistemas de atenção e a entrada direta no especialista impedem a integração do cuidado. São fatores estruturais que determinam a fragmentação do cuidado e que dificilmente serão superados por um setor de regulação da ANS. Até quando as operadoras e os prestadores ganharem dinheiro com a fragmentação, dificilmente se poderá falar de integração do cuidado na saúde suplementar. Mas isso não será sustentável no futuro e, em algum momento, se imporá à construção do cuidado integrado.”

Entrevistado 1

Esta fala é significativa quando se discute mudanças de paradigma no sistema de saúde, independente se público ou suplementar. Pensar que a atenção primária, focada na prevenção de doenças e promoção de saúde, é aquela que vai exercer a função de coordenador do sistema não é algo inovador, pois este modelo é defendido não apenas pela OPAS^{7,40}, mas também implantado em diferentes cidades, inclusive da América Latina, como em São Paulo, no Brasil, na província de Neuquén, na Argentina, em Barcelona, com as Organizações sanitárias Integradas, na Espanha e em algumas cidades da Alemanha⁴¹⁻⁴⁴. Portanto, há que incluir esta proposta na pauta de discussões do sistema de saúde suplementar e, em paralelo,

esperar os resultados da iniciativa do Ministério da Saúde para que possam contribuir para a mudança de paradigma desejada.

Como barreira à expansão do modelo houve um consenso de que a ausência de um modelo único ou ao menos, a escassez de uma uniformidade metodológica nos trabalhos, assim como a presença de várias metodologias diferentes também contribuem como barreiras à expansão. Este foi item que motivou reflexões em diferentes aspectos entre os entrevistados, destaque dado a três:

“Na literatura de saúde em geral e na de cuidados integrados em particular, as pesquisas estão muito concentradas conforme preconiza a Lei de Bradford. Entre 2000 a 2013 houve um crescimento exponencial dos artigos publicados sobre cuidados integrados, mas 92% são em língua inglesa e a grande maioria nos Estados Unidos. Há quase nada sobre a América Latina e sobre o Brasil. A extrema concentração das pesquisas nos Estados Unidos, onde predomina o cuidado fragmentado, não ajuda a difundir o tema em nosso país.” **Entrevistado 1**

“Entendo que o método científico já foi desenvolvido. Há uma dificuldade imensa no setor privado de realizar estudos com o padrão adequado para evidenciar resultados e são sempre uma proxy, e, na visão do gestor, há sempre perguntas pendentes para optar pelo desenvolvimento de modelo de fato, e não ações pontuais para o controle de custo. Todavia, também na visão do gestor, desenvolver estudos com o método de caso e controle, não são desejáveis do ponto de vista comercial. Não entendo que os gestores da saúde suplementar estejam convencidos com a evidência da literatura internacional ou as experiências de ambientes com práticas de gestão coordenada e integrada. A literatura internacional traz evidências com intervenções com resultados, outras sem resultado estatisticamente significativo.... Cabe a gestores no setor privado a escolha para esta construção.

”Entrevistado 2

“Não há o que contestar sobre a efetividade que poderia, e deveria, ser agregada por meio de adequados estudos acadêmicos na esfera da metodologia. Contudo, há que ser levada em consideração que até o presente momento, os inúmeros e bons trabalhos de mestrado, doutorado, pós doutorado, entre outros, tem tido contribuição quase pífia junto ao mercado brasileiro público ou privado, principalmente sobre este. Diante deste fato, predominantemente no mercado privado, ainda há um lamentável pensamento que” enquanto estes caras ficam estudando, não tem tempo de conhecer o que realmente acontece no mercado e o que este necessita ou deseja.” **Entrevistado 3**

Estes três depoimentos apontam diferentes aspectos desta categoria, contudo abrem possibilidades de aproximação e enriquecem as reflexões. No primeiro, o entrevistado 1 afirma que há uma abundância de literatura na língua inglesa e uma escassez na portuguesa. Mas será que não se pode pensar que o afastamento entre academia e o sistema de saúde suplementar se dá pela própria constituição do sistema de saúde suplementar? Para a resposta, o entrevistado 3 ajudou a refletir ao afirmar que os trabalhos científicos, em sua maioria, não discutem o sistema suplementar de saúde. Outro aspecto a se pensar, será que as operadoras de saúde são fontes de empregos aos epidemiologistas e aos estatísticos? Há o reconhecimento de valor destes profissionais? Essas perguntas poderiam ser respondidas pelo entrevistado 2 quando ele afirma que cabe ao gestor definir o que ele deseja ao elaborar um modelo de cuidado integrado. Deve-se acrescentar a este desejo que ele tenha o domínio técnico do que está sendo elaborado. A pergunta que segue é se ele não sabe planejar, se não saber o que fazer com seus dados, com suas informações, como saberá extrair resultados do que foi implantado?

As questões de formação e do paradigma do sistema de saúde no campo da sistematização do cuidado retornam com o entrevistado 3 quando ele afirma que apenas com

mudanças no pensar do sistema é que o modelo de cuidado integrado poderá e deverá avançar e estas mudanças deveriam acontecer desde a graduação do profissional e ser incentivada pelas entidades de classes profissionais e operadoras de saúde. O entrevistado 1 ao afirmar que a maioria da literatura é inglesa provavelmente estavando ênfase ao sistema de saúde dos Estados Unidos da América (EUA), onde o sistema é fragmentado e há um maior número de publicações. No entanto, também se encontram na literatura discussões do modelo nos sistemas universais, como Canadá e Inglaterra, países que podem servir de modelos para as mudanças paradigmáticas que poderiam ocorrer. Esse trabalho não se propôs a realizar uma bibliometria, contudo há artigos sobre cuidado integrado nos moldes de qualquer sistemas de saúde^{33,45}. Importante esclarecer que o modelo de cuidado integrado pode ser considerado como um *mix* de duas abordagens distintas presentes no sistema público e privado, no Brasil, no sistema suplementar. O *managed care* e o *integrated care* buscam a integração da prestação de serviço de saúde, mas são incomparáveis em função da sua origem, uma vez que o *managed care* foi criado nos EUA, em um sistema de saúde não universal, e o *integrated care*, em sistemas de saúde universais, tais como o inglês, o espanhol, o português e o canadense¹⁵.

Por fim, em um levantamento bibliométrico na literatura a respeito do tema foi verificado que sim, há um grande número de publicações sobre cuidado integrado inclusive com a definição de seis dos principais domínios envolvidos com o tema: definição conceitual, profissionais envolvidos em equipe, doenças crônicas, tipo de sistemas de saúde, sistema de informação e legislação. Contudo as diferentes carências que ainda existem no entendimento do modelo como os mecanismos e as estratégias de aplicação corroboram com as dificuldades na sua expansão⁴⁶.

Quase a metade dos entrevistados afirmou que não houve crescimento do modelo de cuidado integrado no sistema de saúde privado brasileiro, mas com explicações diversas. Entre elas que não há interesse na atenção primária ou que o interesse é na manutenção no modelo

atual, da fragmentação do cuidado. A partir desta afirmação, que o que rege na saúde suplementar é o modelo de escolha por parte do paciente, surge outra questão não abordada no trabalho, que é o uso abusivo pelos recursos da saúde.

“O que existe é que o modelo da opção integral da livre escolha pelo cliente, que escolhe o médico, que escolhe o momento de procurar o seu médico, que adora ser um assíduo frequentador de hospitais e que a qualquer tosse solicita ao médico uma enorme listagem de exames complementares; esta modalidade assistencial além de ser muito ruim tecnicamente, não há dinheiro no mundo que possa bancá-la.” **Entrevistado 1**

Por este ponto de vista, do excesso da utilização, o cuidado integrado poderia ser uma resposta eficiente ao modelo atual fragmentado. O processo de integração do trabalho assistencial inclui o sistema de informação unificado, o que pode facilitar o acompanhamento do paciente. A disponibilização das informações em uma plataforma única eletrônica, por exemplo, otimiza a rotina de trabalho e evita solicitações de exames complementares desnecessários⁴⁷. Entretanto, do subgrupo que concordou com a afirmação que há uma expansão do modelo, foram identificadas ressalvas no crescimento, como uma velocidade menor do que antes e os motivos estão sendo discutidos nesta tese, dentre eles o financiamento do sistema, a definição dos diferentes papéis exercidos pelos profissionais de saúde, a compressão do modelo pelo paciente, a literatura científica aplicada e isso se deve, nas palavras de um dos entrevistados:

“Venho notando que a demanda pelos serviços vem caindo, por parte dos compradores de serviço na área privada. Vemos algumas operadoras contratando, mas numa quantidade muito menor que há 10 anos atrás. Meu sentimento é que parte do mercado comprador está questionando os resultados desta gestão praticada pelos prestadores de serviços nos últimos anos e questionando sua efetividade.” **Entrevistado 1**

Importante esta afirmação uma vez que se não houver um esforço na busca pela análise dos resultados, dificilmente será um modelo consolidado. Este esforço implica em saber exatamente qual é a proposta do trabalho, quais os caminhos que devem ser escolhidos para alcançar o objetivo e qual a metodologia de análise que deve ser feita para encontrar o resultado que reflita com maior grau de certeza, minimizando os vieses possíveis de surgir.

Quando os entrevistados discutiram o foco nos idosos como prioridade do modelo, apesar do consenso entre os participantes que este grupo deveria ser privilegiado, houve uma ressalva reflexiva de um entrevistado quando contrapôs a questão demográfica como justificativa. Ele afirmou que o modelo de cuidado integrado deveria ser consolidado não pela ascensão demográfica dos idosos e sim pela fragmentação do sistema de saúde:

“Esse argumento tem sido contraditado por aqueles (eu sou um deles) que creem que os problemas dos custos da atenção devem-se ao sistema fragmentado que não coordena a atenção e produz desperdícios enormes e ao modelo de atenção com foco em eventos agudos que não é capaz de conter os riscos evolutivos das condições crônicas agravando-as ao longo do tempo. Estudos no Canadá mostraram que a variável demográfica só foi responsável por 9% do incremento dos custos do sistema de saúde daquele país” **Entrevistado 1**

Um dos entrevistados do grupo que afirmou que os idosos devem ser o foco do modelo e acrescenta outras variáveis nesta discussão:

“O problema é que os clientes não aceitam a prevenção, as empresas não sabem montar programas onde o foco seja a busca ativa da doença (eles só sabem tratar a doença já instalada). Além disto, as escolas médicas reforçam o modelo antigo e acham que Saúde Pública é algo menor e o foco deve ser conferido apenas as doenças tradicionais e onerosas, particularmente aquelas que se trata no hospital.” **Entrevistado 2**

Neste depoimento podem-se resgatar argumentações e análises anteriores em que há outros fatores que contribuem para a retração do modelo, o que demonstra como os fatores se misturam mesmo na tentativa de subdividir os temas. O modelo de cuidado integrado tem como uma de suas bases o modelo de Wagner que concatena diferentes atores de um sistema e desde então demonstra o quão é complexa a sua organização. Este modelo foi projetado para melhorar as práticas de saúde focadas no resultado. O objetivo do modelo é transformar o cuidado assistencial de agudo e reativo para proativo, planejado e de base populacional focado em pacientes com doenças crônicas. Esses objetivos serão alcançados através: de uma equipe de profissionais da área de saúde competente tecnicamente e com interações planejadas; do apoio à autogestão do paciente e do sistema, reforçado por uma utilização mais eficiente dos recursos da comunidade; do processo de decisão integrado; de um sistema de registros e, da tecnologia de informação como suporte a equipe⁴⁸. Ou seja, uma ordem de complexidade que exige dos profissionais e gestores um preparo que deveria advir desde sua formação básica, mas também perpassando pela compreensão da sociedade enquanto defensora de seus valores dentro da perspectiva de vida. Adiciona a esta compreensão qual o papel que cada um exerce no que tange os cuidados com a saúde, o que compete a cada ator e quais os recursos disponíveis que devem ser empregados, mas que não podem ser usados. A ética do cuidado e da responsabilidade é outro tema que poderia estar na discussão deste trabalho, mas que não será abordada.

Sugiram várias argumentações relevantes para contextualizar a questão financeira como empecilho do crescimento do modelo. Foram selecionadas algumas para posteriores comentários:

“A mudança do modelo assistencial – o modelo integrado não interessa para a maior parte do mercado de prestadores de saúde cuja maioria é constituída de médicos, ou na atividade individual (como assalariado ou ganhando por produção) ou como dono das clínicas

(empresário). No momento atual, teríamos que ter os 2 modelos em paralelo: o da livre demanda e do cuidado integrado - as portas abertas para a demanda do cliente, os médicos de consultório na ciranda das consultas rápidas e especializadas; as clinicas na ciranda dos exames; os hospital internando tudo e no CTI; o paciente, ainda pouco critico (mas não tanto) achando que tudo isso é saúde...” **Entrevistado 1**

“Acredito ser necessário diferenciar o fator financeiro referente ao curto prazo, do fator financeiro de médio/longo prazo. Qualquer mudança em um modelo de atenção à saúde implica aumento de gastos para sua implementação, ou seja, no curto prazo. Por outro lado, a comparabilidade entre dois modelos já estabelecidos permite que se vislumbre as potencialidades para a redução de custos em um modelo de cuidados integrados, tendo em vista sua maior proatividade e sua maior capacidade em postergar os agravos mais associados com o avanço da idade.” **Entrevistado 2**

“Sim continua sendo um empecilho, pois como disse boa parte dos compradores de serviços questionam estes resultados. Por dificuldade de ter uma metodologia confiável, ou por não conseguir medir razoavelmente estes programas ou por pura desorganização e falta de conhecimento dos gestores das operadoras de planos de saúde. Estes fatos vêm colocando a gestão integrada num momento difícil, pois muitos ao se questionarem deixam de contratar e aguardar para conhecer uma iniciativa melhor ou então deixando estes grupos de pacientes soltos na rede utilizando a rede credenciada aleatoriamente ou sem tratamento. Enxergo este mercado avançando, mas não na velocidade que entendo ser a correta.” **Entrevistado 3**

“Sim o fator financeiro permanece como um empecilho para este desenvolvimento, pois há efetiva necessidade de se investir primeiro para buscar resultado depois. Aí reside o problema,

com que dinheiro investir se há muito pouca rentabilidade atual. Mesmo que haja algum, não poderá ser para grande número de participantes, pois ou se pagará muito inadequadamente para ações pouco ou nada efetivas, ou será para pequena parcela da população.... Para isso o modelo seja conceituado de forma mais coloquial e lúdica, de fácil compreensão e que, como uma boa propaganda, gere atenção e interesse principalmente entre empresários e executivos de outros setores não ligados à saúde. Com este interesse, estes empresários/executivos possam perceber que a parte inicial de algumas ações do modelo (orientação, dúvidas sobre saúde, educação em saúde, informações sobre recursos de saúde) possa agregar efetivo valor aos serviços por eles ofertados. Especificamente estamos falando de serviços direcionados à população em geral, preponderantemente o grupo economicamente ativo e/ou utilizador de serviços de telefonia, cartões fidelidade ou de lojas de departamento e etc.)”. **Entrevistado 4**

Há uma gama de argumentações e sugestões para o avanço do modelo de cuidado integrado, sem dúvida. Contudo o que estes depoimentos têm em comum, possivelmente, é pontuar a capacidade de decisão do gestor em “apostar” no modelo, pois afinal, quando discute fator financeiro, a tendência principalmente em momentos de crise é a opção em não investir. Há que ter aquela pessoa que acredita no conceito e que possa desenvolvê-lo partindo das premissas básicas que contradizem o modelo atual, como o processo de integração nos diferentes níveis do sistema de saúde em oposição à fragmentação do cuidado. Conforme apresentado no documento da Agência Americana de Qualidade e Pesquisas na Saúde, tradução livre para *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)*, os desafios do modelo de cuidado integrado, denominado neste documento de cuidado coordenado, são enormes, visto exigirem uma transformação das práticas de atenção primária existentes, uma reforma no formato de financiamento do sistema e na remuneração dos profissionais, um treinamento em competências clínicas complementares, como gerontologia e epidemiologia clínica para

estudos de população, um sistema de gestão sistematizado de acompanhamento da qualidade do serviço prestado e de informação que facilite a comunicação⁴⁹.

Considerações finais

Pretendeu-se discutir sob a ótica dos gestores e pesquisadores na área do cuidado integrado os fatores que contribuem para a retração do modelo no Brasil. Foram registrados, ao longo das entrevistas, diversos elementos acrescentados pelos entrevistados nas diferentes categorias pré-elaboradas, o que corrobora a complexidade da implantação do modelo no sistema de saúde suplementar, cuja normatização e regulação está sob responsabilidade da ANS. Pode-se observar que áreas sem consenso na literatura também foram apontados pelos entrevistados como importantes, como a heterogeneidade conceitual, heterogeneidade dos artigos científicos e, como uma característica do Brasil, o amadurecimento do papel da ANS neste campo. Além disso, foram identificadas categorias em que não houve um consenso entre os próprios entrevistados.

Cabe destacar que quando se discute uma estratégia política em relação ao modelo de cuidado adotado, pode-se optar no direcionamento do modelo de cuidado integrado para os idosos e para os portadores de doenças crônicas em seus diferentes arranjos, dentre eles: (i) os hospitais de reabilitação para facilitar a desospitalização e a transição para o cuidado domiciliar; (ii) as hospedarias para os pacientes em fase avançada de doença cujas famílias preferem que a morte não ocorra em casa; (iii) o cuidado domiciliar, outra opção de cuidado fora do hospital; (iv) o cuidado ambulatorial com uma equipe de gerenciadores de saúde para que os paciente possam ter sua saúde e os agravos advindos das doenças acompanhados por uma equipe de especialistas em gerontologia, normalmente capacitados em cuidar do paciente de forma holística. Estas sugestões são observadas em alguns países, como Alemanha⁴⁴. As duas ferramentas mais usadas hoje para o exercício do cuidado integrado, com o gerenciamento de

caso e de doença, são exemplos de arranjos feitos e que podem ser expandidos. O ponto é como se faz, pois se não houver uma mudança no raciocínio do “como fazer”, mantendo as mesmas práticas para todos os pacientes, como um protocolo, a tendência é permanecer com os mesmos resultados. O que se defende, nesta mudança conceitual do cuidar, é a construção de diretrizes e no manejo dos pacientes de uma forma mais customizada, mais individualizada, uma vez que os idosos formam um grupo heterogêneo de pessoas, com características comuns e não são apenas adultos mais velhos. Se não houver a utilização de ferramentas de identificação de risco e de acompanhamento adequados, com foco nos idosos frágeis, por exemplo, possivelmente não haverá sucesso no modelo de cuidado integrado desenvolvido.

A conclusão que se chega é que para a consolidação do modelo de cuidado integrado no sistema de saúde suplementar, privado, no Brasil, é necessário reordenar o formato dos modelos existentes para a elaboração de uma proposta de cuidado mais adequada para realidade do local, realinhar as ações do cuidado assistencial de acordo com as prioridades do local, de acordo com as características demográficas e epidemiológicas da população, remodelar os critérios de acompanhamento e, por conseguinte, dos indicadores de resultado, incluindo uma revisão do tempo para análise dos mesmos, aprimorar tecnicamente os profissionais de saúde para exercer suas funções nesta proposta de cuidado, avançar nas metodologias de análise dos resultados, assim como avançar nas discussões do papel da ANS, para que possa amadurecer e capitanear o modelo no sistema de saúde suplementar privado do Brasil.

Agradecimentos

Celia Leitão pelo auxílio na confecção dos questionários

Anexos

1 - Carta de apresentação da pesquisa

Nominal

Conforme contato anterior o seu nome foi cuidadosamente selecionado para participar de uma pesquisa de doutorado com outros profissionais da área da saúde dentre especialistas, pesquisadores da área do envelhecimento e gestores da área da saúde pública e privada em virtude de seu destaque na área de gestão de modelos de cuidado integrado direcionados aos idosos. Os critérios que serviram para definição da escolha foram suas contribuições para a investigação acadêmica e sua atuação profissional na área de saúde pública e privadas.

Com a presença de especialistas na área de gestão, planejamento e saúde do idoso nesta pesquisa, teremos a oportunidade de refletir o conceito do modelo de cuidado integrado, verificando a sua uniformidade, identificar as oportunidades e as dificuldades existentes para a ampliação do modelo de atenção ao idoso portador de doença crônica no sistema de saúde privada. O que se pretende discutir é o uso deste modelo como uma estratégia presente na saúde privada que possa contribuir para a qualidade de vida desta população e identificar os fatores impeditivos para sua ampliação. Por isso é que em relação a esse assunto, essa ausculta que faremos com o senhor é essencial.

Essa pesquisa é a terceira parte do meu trabalho de doutorado, cujos orientadores são Maria de Jesus Mendes da Fonseca e Walter Vieira Mendes Junior. Está inserida no Programa de Epidemiologia da Escola Nacional de Saúde Pública / Fiocruz e em desenvolvimento desde 2011. Em um breve resumo a pesquisa é composta de três etapas. A primeira foi uma revisão sistemática sobre os modelos de cuidado integrado praticados no Brasil e no mundo. A segunda uma análise descritiva dos resultados de um modelo de cuidado integrado executado por uma operadora de saúde. A última etapa, consta de uma pesquisa descritiva através de questionários semi-estruturados, com a técnica Delphi modificada, a ser enviada pelo correio eletrônico. O

trabalho foi qualificado em outubro de 2012 e recebeu autorização do Comitê de Ética e Pesquisa da ENSP/Fiocruz com o número - 10333512.2.0000.5240 em janeiro de 2013.

Em datas específicas, ao longo de dois meses, três questionários serão enviados com prazo de devolução em até três semanas para cada um deles. Ao fim de cada “rodada”, as respostas serão compiladas e o processo terá continuidade com o envio de novo conjunto de questões relacionadas ao tema e as respostas anteriores. O início dar-se-á neste dia 04 de agosto de 2014, a segunda etapa a partir do dia 25 de agosto e a terceira, a partir do dia 15 de setembro de 2014. Junto às questões, uma pequena orientação será feita para auxiliar nas respostas.

Importante registrar que não há despesas pessoais tampouco não há compensação financeira relacionada à sua participação. Além disso, afirmamos a garantia do anonimato das respostas ao longo das etapas e que a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido será as respostas enviadas. Por fim, as informações obtidas serão analisadas em conjunto entre os orientadores e eu para que, ao fim do trabalho, possamos enviar ao Sr. o resultado dessa terceira parte do meu trabalho de doutorado antes da sua publicação.

Em qualquer momento o Sr. terá acesso para esclarecimento de eventuais dúvidas, através deste endereço eletrônico, anelise1976@gmail.com, ou por telefone:021-99803-7462. Agradecemos sua participação.

2 - Primeira rodada

Nominal

Seguem as questões referentes à primeira rodada da ausculta em que iremos discutir o modelo de cuidado integrado e as razões limitadoras da expansão do mesmo na saúde privada. Conforme informei anteriormente, nesta primeira rodada, o Sr. terá 3 semanas para fazer as considerações.

A partir da revisão de literatura, foi constatado que há uma heterogeneidade conceitual do termo cuidado integrado. Partimos do princípio que o cuidado integrado é um modelo assistencial que para ser efetivo depende da coordenação de um profissional de saúde, que pode ser discutido nos diferentes níveis de complexidade de um sistema de saúde e na minha investigação destaco o planejamento e a gestão assistencial. O coordenador, por este prisma, é o elo entre os elementos participantes, tais como prestadores de serviço, pacientes e o sistema de informação, facilitando a comunicação e a execução do plano terapêutico a partir das diretrizes clínicas. Este modelo deveria, portanto, estar pautado na presença de um responsável pela gestão assistencial, na existência de um sistema de informação e comunicação integrados e na presença de diretrizes clínicas assistenciais de acordo com as necessidades dos pacientes, seja no sistema público ou privado de saúde. Esse é um dos aspectos do meu trabalho que quero aprofundar.

Importante ressaltar que na primeira parte do meu estudo verifiquei que esse modelo surge com diferentes terminologias dentre as quais cuidado gerenciado, gerenciamento de doenças crônicas, gerenciamento de caso e cuidado integral e pode ainda ser encontrado como gerenciamento de casos e gerenciamento de doenças.

Baseado nesta breve introdução, apresento as seguintes questões:

1 – Tendo em vista que estamos considerando o sistema de saúde privado seria necessário, talvez, acrescentar algum elemento para enriquecer o conceito. O Sr. concorda com esta afirmação? Se sim, qual (is)? E, diante das várias nomeações que o modelo possui, como cuidado gerenciado, gerenciamento de doenças crônicas, gerenciamento de caso e cuidado integral, outro ponto que gostaria de discutir é se a falta de uma uniformidade conceitual pode ser considerada como um fator impeditivo da difusão do modelo. O Sr. concorda com esta afirmação? Há outro(s) fator(es) relacionado(s) ao conceito que contribua(m) para esse impedimento?

2 – Para mantermos o diálogo, em minha opinião, o papel do coordenador é uma peça-chave do modelo para o resultado desejado e um sistema de informação é a ferramenta fundamental para atingir esse fim. Contudo há dificuldades dentro do modelo privado de saúde do Brasil para a difusão do modelo. Diante da sua experiência, em ordem crescente de importância, ordene através de números, os fatores abaixo e acrescente outros que possam contribuir para dificultar a expansão, sabendo que há possibilidades de repetição do nível de importância. Poderá colocar os números ao lado de cada item.

- Presença de um sistema de informação sistematizado
- Presença do coordenador, independente da categoria profissional
- Presença de diretrizes assistenciais
- Presença de indicadores e um método de análise de resultado definidos
- Presença de critérios de inclusão dos pacientes no programa bem definidos

3 – Os indicadores mais usados na gestão do modelo são: a proporção de adesão ao modelo, o nível de satisfação dos clientes, o número de idas à emergência, o número de internações, o tempo de internação, a avaliação da qualidade de vida, a mortalidade e o custo da prestação de serviço. Diante da sua prática, acrescente outros que deveriam ser considerados para a efetividade do modelo.

3 - Segunda rodada

Nominal

Mantendo o que foi combinado, as próximas respostas devem ser encaminhadas em três semanas, ou seja, até o dia 22 de setembro de 2014.

Dando continuidade as questões referentes aos motivos que impedem o modelo de cuidado integrado difundir na saúde privada, seguem novas questões:

1 – Como se sabe, a Agência Nacional de Saúde (ANS), em seu papel de órgão regulador do segmento privado de saúde, incentiva as empresas privadas de saúde, independente da sua categorização como cooperativas, seguradoras ou medicina de grupo, a desenvolver o modelo de cuidado integrado através de programas direcionados à promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças com benefícios fiscais em seus balancetes, o denominado Promoprev. Contudo a ANS, até 2013, não havia estipulado a padronização dos indicadores de processo e resultados que permitisse o acompanhamento e a comparação entre os diferentes programas direcionados aos idosos portadores de doenças crônicas. Gostaria de discutir este ponto: o papel da ANS como regulador e, a seguir, se a ausência de um padrão preconizado por este órgão pode ser considerado um fator nocivo à difusão do modelo. Diante da sua prática e crítica, acrescente outros fatores impeditivos que poderiam ser considerados neste tema envolvendo a ANS.

2 – Continuando com nosso diálogo, adianto que na minha tese considero que o envelhecimento populacional e a transição epidemiológica das doenças crônicas são fatores que devem ser considerados na decisão de desenvolver o cuidado integrado no serviço de saúde privado, mas nem todos têm o mesmo peso para diferentes autores e formuladores. Diante da sua experiência, em ordem crescente de importância, através de números, aponte os fatores abaixo e acrescente outros que possam contribuir para difusão do modelo:

Atenção: caso dois ou mais fatores tenham a mesma ordem de importância, coloque o mesmo número neles. Sinta-se à vontade para acrescentar outros fatores.

- Redução do custo da prestação de serviço de saúde
- Aumento da prevalência das doenças crônicas
- Envelhecimento populacional
- Incentivo do governo através da ANS
- Fidelização dos clientes

- A experiência internacional
- Pesquisas acadêmicas sobre o modelo

3 – Na primeira etapa do meu trabalho foi realizada uma revisão sistemática cujo resultado evidenciou uma grande heterogeneidade nos estudos, sejam em seus desenhos, no tempo de seguimento dos participantes, no tratamento da perda amostral, na metodologia utilizada para análise dos dados ou nos desfechos escolhidos.

Tal heterogeneidade, a meu ver, contribui para dificultar a implantação e a expansão do modelo, pois os resultados correm o risco de incorrer em implausibilidades e falta de confiabilidade necessárias para ao correto seguimento da avaliação em saúde. Pude constatar que, na comparação entre os diferentes estudos, na maioria das vezes foram observadas diferenças significativas na análise estatísticas entre os grupos participantes. Eu penso que uma robustez nos artigos acadêmicos, essencialmente na metodologia, poderia contribuir para a expansão do modelo. Diante da sua experiência, você concordaria comigo? Acrescente outros fatores relacionados ao desenvolvimento dos estudos acadêmicos que possam contribuir para dificultar a difusão do modelo na saúde privada.

4 - Terceira rodada

Nominal

Em primeiro lugar, obrigada pelas contribuições que suas respostas proporcionaram nas rodadas anteriores desse trabalho. Conforme acordado previamente, seguem as questões referentes à terceira e última rodada da ausculta em que estamos discutindo o modelo de cuidado integrado e as razões limitadoras da expansão do mesmo na saúde privada praticada em nosso país.

Importante destacar que, após ler os depoimentos que me foram encaminhados, a decisão que tomei, em comum acordo com os meus orientadores, foi que as respostas obtidas suscitaram novas e

importantes questões, as quais precisam ser abordadas para melhor completar o quadro da discussão em pauta. Assim sendo, encaminho essa correspondência para que eu possa capturar com maior grau de especificidade alguns pontos referentes ao modelo atual de cuidado integrado na saúde privada.

De maneira geral, houve concordância entre os participantes em alguns itens no que tange as barreiras para a difusão do modelo de cuidado integrado. Entre eles, o próprio nome foi considerado um fator impeditivo, uma vez que a noção de cuidado integrado carece de uma definição precisa; a necessidade da presença do coordenador como elemento-chave do modelo; todos os indicadores de acompanhamento e de resultado que foram incluídos no material que lhes enviei foram devidamente considerados, sendo que alguns novos foram acrescentados.

Houve, também, o que estou chamando, ainda de forma provisória, de “consenso” sobre alguns pontos, entre eles destaco três: o primeiro, sobre o papel indutor e regulador que a Agência Nacional de Saúde (ANS) deveria ter; o segundo, que tanto o envelhecimento quanto a ascensão das doenças crônicas são os fatores principais para o desenvolvimento do modelo de cuidado integrado; e o terceiro que há a necessidade de um aprimoramento dos estudos científicos no que se refere aos métodos de análise e aos indicadores de resultado utilizados para a ampliação do modelo de cuidado integrado. A esse respeito, destaco a ideia que surgiu por parte de um entrevistado que a pesquisa acadêmica poderia estar mais próxima ao sistema privado de saúde para contribuir na compreensão e desenvolvimento deste sistema.

No sentido de ampliar a discussão de alguns itens mencionados ao longo das duas rodadas prévias, solicito seus comentários para as três questões que coloco a seguir:

1 – Existem várias barreiras que foram apontadas e ainda estão sendo analisadas que impedem o desenvolvimento e o aprimoramento do cuidado integrado. Contudo, uma questão não ficou clara: está ocorrendo crescimento na oferta deste modelo na saúde privada?

2 – Outra questão diz respeito à inclusão dos idosos neste modelo de cuidado integrado. Dado que, mesmo com as práticas do envelhecimento saudável, quanto mais vive mais o idoso utiliza a

infraestrutura do modelo privado de saúde, sob este prisma, é possível afirmar que este grupo é foco estratégico do modelo?

3 – Outra questão está centrada no financiamento que rege a saúde privada e, por conseguinte, a criação e desenvolvimento do modelo de cuidado integrado. Sabemos que o custo, o preço, a sinistralidade e o retorno sobre o investimento são alguns dos elementos habituais presentes na economia da saúde privada e que este é um tema complexo. Contudo, pensando sobre o retorno financeiro, a literatura já aponta vantagens quando determinados indicadores são analisados, dentre eles o menor tempo de internação, a menor frequência de atendimentos de emergências e o menor número de reinternação.

Se aceitarmos este raciocínio, o fator financeiro permaneceria um empecilho para o desenvolvimento e aprimoramento do cuidado integrado?

Nesta última etapa, o Sr. terá 2 (duas) semanas para fazer as considerações, tempo diferente das etapas anteriores em virtude do prazo estabelecido para finalização e conclusão da tese de doutorado.

Referências bibliográficas

1. Organização Mundial da Saúde. Integrated health services – What and Why? Technical Brief No.1, 2008. Acesso em 10 de janeiro de 2015. http://www.who.int/healthsystems/technical_brief_final.pdf.
2. Shaw S; Rosen R; Rumbolt B. What is integrated care? Nuffieldtrust. Research report. <http://www.nuffieldtrust.org.uk/publications/what-integrated-care>. Acesso em 10 de janeiro de 2015.
3. Kodner DL; Spreenwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. Int J Integr Care. 2002 Oct-Dec; 2: e12.
4. Organização Mundial da Saúde. What are the advantages and disadvantages of restructuring a healthcare system to be more focused on primary care services?

- Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report; <http://www.euro.who.int/document/e82997.pdf>. Acesso em 17 de janeiro de 2015.
5. Mendes EV. As redes de atenção à saúde: revisão bibliográfica, fundamentos, conceito e elementos constitutivos. In As redes de atenção à saúde. Ed. Autêntica. 2009.
 6. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Ministério da Saúde. 2013. Acesso em 31 de dezembro de 2014. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado_pessoas%20doencas_cronicas.pdf.
 7. Organização Pan Americana de Saúde. http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=343&Itemid=0. Acesso em 11 de janeiro de 2015.
 8. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Por que estimular as inovações assistenciais em promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar? In: Laboratório de inovação na Saúde Suplementar. 2012.
 9. Veras RP. Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo que todos ganham. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. Rio de Janeiro, 2011; 14(4):779-786
 10. Veras RP. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. Ciência & Saúde Coletiva, 17(1):231-238, 2012
 11. Veras RP. Um modelo em que todos ganham: mudar e inovar, desafios para o enfrentamento das doenças crônicas entre os idosos. Acta Scientiarum. Human and Social Sciences Maringá, v. 34, n. 1, p. 3-8, Jan.-June, 2012
 12. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução normativa 264. http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=1795. Acesso em 28 de março de 2015.

13. Veras RP; Caldas CP; Araujo DV; Kuschniere R; Mendes WV. A assistência suplementar de saúde e seus projetos de cuidado para com o idoso.
14. Estrella K; Oliveira CEF; Sant'Anna A; Caldas CP. Detecção do risco para internação hospitalar em população idosa: um estudo a partir da porta de entrada no sistema de saúde suplementar. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(3):507-512, mar, 2009.
15. Veras RP. Gerenciamento de doença crônica: equívoco para o grupo etário dos idosos. *Rev Saúde Pública* 2012;46(6): 929-34.
16. Munaretto LF; Correa HL; Cunha JAC. Um estudo sobre as características do método Delphi e de grupo focal, como técnicas na obtenção de dados em pesquisas exploratórias. *Rev. Adm. UFSM*, Santa Maria, v. 6, n. 1, p. 09-24, JAN./MAR. 2013.
17. Caregnato RCA; Mutti R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2006 Out-Dez; 15(4): 679-84.
18. Bauer MW. Análise de conteúdo clássica: uma revisão. In: Bauer MW, Gaskell G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. 3a ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2002. p.189-217.
19. Fonseca AC; Fonseca MJM; Mendes Júnior WV. O cuidado integrado e a qualidade de vida dos idosos portadores de doenças crônicas: revisão sistemática. *Enferm. Rev.* vol 17, n. 01, jan./abr. 2014.
20. Minkman M; Ahaus K; Fabbricotti I; Nabitz U; Huijsman R. A quality management model for integrated care: results of a Delphi and Concept Mapping study. *Int J Qual Health Care*. 2009 Feb; 21(1):66-75.
21. Goodwin N; Smith J; Davies A; Perry C; Rosen R; Dixon A; Dixon J; Ham C. A report to the Department of health and the NHS future Forum. Kings fund Aetna foundation. <http://www.kingsfund.org.uk/publications/integrated-care-patients-and-populations-improving-outcomes-working-together>. Acesso em 17 de janeiro de 2015.

22. Organização Mundial da Saúde. WHO European Office for Integrated Health Care Services. Gröne O; Garcia-Barbero M. Integrated care: a position paper of the WHO European Office for Integrated Health Care Services. *Int J Integr Care*. 2001;1:e21.
23. Coleman K; Austin BT; Brach C; Wagner EH. Evidence On The Chronic Care Model In The NewMillennium. *Health affairs*. Vol 28, Number 1.
24. Goodwin N; Dixon A; Anderson G; Wodchis W. Providing integrated care for older people with complex needs. Lessons from seven international case studies. The kings Fund. Janeiro de 2014. <http://www.kingsfund.org.uk/publications/providing-integrated-care-older-people-complex-needs>. Acesso em 17 de janeiro de 2014.
25. Agência Americana de Qualidade e Pesquisana Saúde. Agency for healthcare research and quality. Health Information Technology Integration. In <http://www.ahrq.gov/professionals/prevention-chronic-care/improve/health-it/>. Acesso em 24 de janeiro de 2015.
26. NHS Technology Funds: Strategic Investment to support Integrated Care. <http://healthinsights.co.uk/static/presentations/pdf/Health%20Insights%20-%20Tech%20Fund%20-%20Strategic%20Investment%20to%20support%20integrated%20care%2029042014%20FINAL.pdf>. Acesso em 24 de janeiro de 2015.
27. Vliet K; Oudenampsen D. Integrated care in the Netherlands. Verwey-Jonker Instituut. 2004. <http://www.verwey-jonker.nl/doc/participatie/D3551878.pdf>. Acesso em 24 de janeiro de 2015
28. Van der Linden BA; Spreeuwenberg C; Schrijvers AJ. Integration of care in The Netherlands: the development of transmural care since 1994. *Health Policy*. 2001 Feb;55(2):111-20.

29. Instituto Nacional do Câncer. Direito dos pacientes portador de câncer. http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/orientacoes/site/home/direitos_sociais_cancer. Acesso em 24 de janeiro de 2015.
30. Ministério da saúde. <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/legislacao/dst.php>. Acesso em 24 de janeiro de 2015.
31. Agência Nacional de Saúde Suplementar. ANS avalia pela 1ª vez a satisfação do consumidor com sua operadora. Publicado em: 02/10/2013. <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/sobre-a-ans/2250-ans-avalia-pela-primeira-vez-a-satisfacao-do-consumidor-com-sua-operadora-de-planos-de-saude?highlight=WyJzYXRpc2ZhXHUwMGU3XHUwMGUzbyJd>. Acesso em 24 de janeiro de 2015.
32. Lopes CCF. Algumas considerações sobre a judicialização da saúde suplementar. Série Aperfeiçoamento de magistrados. http://www.emerj.tjrj.jus.br/serieaperfeicoamentodemagistrados/paginas/series/8/judicializacao-da-saudeII_45.pdf. Acesso em 24 de janeiro de 2015.
33. Goodwin N; Sonola L; Thiel V; Kodner DL. Co-ordinated care for people with complex chronic conditions. Key lessons and markers for success. Kings fund. Aetna foundation. <http://www.kingsfund.org.uk/projects/co-ordinated-care-people-complex-chronic-conditions>. Acesso em 17 de janeiro de 2015.
34. Silva LCC; Rubin AS; Silva LMC; Fernandes JC. Espirometria na prática médica. Revista AMRIGS, Porto Alegre, 49 (3): 183-194, jul.-set. 2005.
35. Cunha RM. Teste ergométrico e prescrição de exercícios físicos: evidências e aplicações práticas. Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício, São Paulo, v.7, n.39, p.253-259. Maio/Jun. 2013.

36. Camara FM; Gerez AG; Miranda MLJ; Velardi. Capacidade funcional do idoso: formas de avaliação e tendências. *Acta Fisiatr* 2008; 15(4): 249 – 256.
37. Paixão CM; Reichenheim ME. Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(1):7-19, jan-fev, 2005.
38. Martins MA. Ensino médico. Editorial. *Rev Assoc Med Bras* 2006; 52(5): 281-91
39. Oliveira JED; Carrilo SV; Almeida CAN. O papel de novas escolas de medicina no ensino médico do Brasil. *Pediatria Moderna -VOL. XXXIX -N' 5 -maio/2003*.
40. Organização Pan Americana de Saúde. Relatório mundial. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação:– Brasília, 2003.
41. Santos AS; Karsch UM; Montanés CM. A rede de serviços de atenção à saúde do idoso na cidade de Barcelona e na Cidade de São Paulo. *Serv.Soc.Soc.Sao Paulo* n 102 p.365-386abr /jun. 2010.
42. Jury G; Chacon S. Programa provincial de cuidados paliativos adultos y pediátricos. Ministerio de Salud de la Provincia de Neuquén. 2010. Cedido gentilmente o documento pelas autoras. www.saludneuquen.gov.ar. Acesso em 17 de janeiro de 2015
43. Navarrete MLV; Lorenzo IV. Organizaciones Sanitarias Integradas. Un estudio de casos. www.consorcio.org/.../organizaciones-sanitarias-integradas...estudio-de-ca. Acesso em 15 de janeiro de 2015.
44. Giovanella L. Redes integradas, programas de gestão clínica e generalista coordenador: análise das reformas recentes do setor ambulatorial na Alemanha. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(Supl.1):1081-1096,2011.
45. Rosen R; Mountford J; Lewis G; Lewis R; Shand J; Shaw S. Integration in action: four international case studies. Research report. July 2011. <http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/integration-in-action-research-report-jul11.pdf>. Acesso em 31 de dezembro de 2014.

46. Sun X; Tang W; Ye T; Zhang Y; Wen B; Zhang L. Integrated care: a comprehensive bibliometric analysis and literature review. *Int J Integr Care*. 2014 Jun 12;14:e017. eCollection 2014.
 47. Curry N; Ham C. Clinical and service integration. The route to improved outcomes. The King's fund 2010. Acesso em 10 de janeiro de 2015.
 48. Entrevista com Edward Wagner. <http://www.kingsfund.org.uk/audio-video/edward-wagner-chronic-care-model-and-integrated-care>. Acesso em 25 de janeiro de 2015.
 49. Agência Americana de Qualidade e Pesquisana Saúde. Agency for Healthcare Research and Quality. Coordinating care for adults with complex care needs in the patient-centered medical home: Challenges and Solutions. White paper. 2012. Pcmh.ahrq.gov/sites/default/files/attachments/Coordinating_care_for_Adults_with_Complex_Care_Needs.pdf. Acesso em 22 de janeiro de 2015.
-

CAPÍTULO 5

CONCLUSÕES E AS CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado integrado é o resultado de um esforço contínuo na tentativa de integrar as diferentes áreas e processos de um sistema de saúde. Diante de problemas complexos presentes nas áreas da saúde e do social, da diversidade de prestadores de serviços e fornecedores e das várias configurações de um sistema de saúde, o processo de integração se faz necessário na busca por uma lógica diferente, essencialmente do sistema de saúde suplementar, privadovigente, fragmentado e que não privilegia a prevenção e a promoção de saúde. Esta tese de doutorado procurou discutir o modelo de cuidado integrado direcionado aos idosos portadores de doenças crônicas, no sistema de saúde suplementar privado brasileiro. Para tal foi organizada em três artigos a fim de conhecer o modelo praticado, sua existência no Brasil, os indicadores mais utilizados e as barreiras para a sua ampliação.

Dentre as conclusões atingidas no primeiro artigo podem ser citadas:

- 1) A falta de um consenso na nomenclatura do que se denomina cuidado integrado. O modelo de cuidado integrado no Brasil é conhecido como redes de atenção integradas seguindo uma recomendação da Organização Pan Americana de Saúde, cujas bases se assemelham com o modelo europeu;
- 2) A origem do cuidado integrado é mista, com seus alicerces baseados em dois sistemas de saúde com premissas de financiamento diferentes. Um é o universal, custeado pelos governos e que normalmente garante acesso igualitário para toda população e o outro, não universal, cujo país-modelo é os Estados Unidos da América, custeado por parte da população a partir do contrato de empresas que fornecem a prestação de serviços de saúde. Este sistema mostrou-se fragmentado e ineficiente e na tentativa de reorganizá-lo, foram tomadas medidas de maior controle das ações assistências, o que provocou críticas, mas também o alcance dos objetivos, dentre eles um melhor gerenciamento dos recursos disponíveis. Esta origem mista favorece a ausência de uma nomenclatura consensual;

- 3) O foco do modelo deve priorizar a população idosa e a portadora de doenças crônicas, uma vez que ambas representam uma ameaça a sustentabilidade do sistema de saúde, conseqüente às demandas mais complexas inerentes a esta população, cujo modelo atual mostrou-se incapaz de oferecer soluções eficientes;
- 4) Os indicadores de resultados mais comuns identificados, no modelo de cuidado integrado, neste levantamento foram as idas à emergência, número de internações e o tempo de internação.
- 5) O tempo de seguimento, ou seja, o tempo de acompanhamento dos pacientes inseridos em um modelo de cuidado integrado, utilizado na maioria dos estudos selecionados, curto, possivelmente contribuiu na escassez de evidências de melhores resultados comparado aos que utilizaram um tempo de seguimento maior. Isso se deve ao fato de que como o modelo trabalha com a integração de processos e, por conseguinte, com a continuidade das ações, leva-se um tempo para que a equipe multiprofissional amadureça para que as linhas de trabalho funcionem de forma concatenada o suficiente que permita o mais breve alcance do resultado almejado. Além disso, dependendo do indicador de resultado eleito, os resultados estarão na dependência do tempo de seguimento, como o indicador melhoria da qualidade de vida.
- 6) Diante da heterogeneidade dos métodos científicos utilizados nos artigos selecionados, o cenário a curto prazo não é promissor em relação aos resultados do modelo. Esta heterogeneidade dificulta a comparação entre os trabalhos e engloba desde a falta de unanimidade na nomenclatura utilizada, a metodologia de análise dos dados até os indicadores escolhidos. Para o alcance de resultados comparáveis é exigido uma metodologia replicável aos diferentes cenários e, para que o modelo possa ser defendido como uma melhor abordagem à população selecionada faz-se

necessário buscar desenhos metodológicos pragmáticos para que possam refletir a experiência do local.

No segundo artigo desta tese foram verificados os resultados do modelo de cuidado integrado aplicado em idosos portadores de doenças crônicas no sistema de saúde suplementar, privado, em uma operadora de saúde do Rio de Janeiro. Mesmo diante das dificuldades encontradas no banco de dados, o resultado foi positivo e pode-se afirmar que o modelo praticado nesta operadora beneficiou os pacientes através da redução dos indicadores números de ida à emergência e número de internações. Este estudo sinalizou a importância da valorização do método científico que deve estar presente em todo sistema de saúde, independente das bases de financiamento. A organização dos dados de qualquer sistema de saúde é premissa na elaboração de um sistema de informação que permita a tomada de decisão. Para tal é necessária uma coleta mais sistematizada e organizada a fim de possibilitar uma análise mais abrangente.

Nesta parte do trabalho houve a percepção de que o modelo de cuidado integrado é factível em sua teoria e na sua prática para a realidade brasileira do sistema suplementar, privado, apresenta resultados favoráveis a sua implantação e, portanto, poderia estar mais desenvolvido. Todavia, seguem questionamentos: Por que não está? Quais seriam as barreiras para a expansão? Para responder estas perguntas, foi necessário avançar com a tese para um terceiro artigo envolvendo quem planeja, gerencia e trabalha neste modelo.

Na tentativa de responder a estas questões, um estudo foi realizado com gestores de ambos os sistemas de saúde, o público e o suplementar, para identificar os fatores que dificultam a expansão do modelo no sistema de saúde suplementar do Brasil. As respostas encontradas demonstraram, assim como na literatura, que há questões gerais que se assemelham, como nome do modelo e a heterogeneidade da literatura, mas que há também questões peculiares, próprias da realidade do país, tais como: o papel da Agência Nacional de Saúde como autarquia

reguladora, normativa e fiscalizadora; a judicialização do sistema de saúde e a situação econômica do sistema privado. Nas respostas das entrevistas, houve um consenso nos aspectos gerais, como aqueles que abarcam os indicadores utilizados, os elementos que compõem o modelo, além da importância da aproximação entre o sistema de saúde suplementar e o campo acadêmico, a fim de que se aprimore a organização dos dados e o sistema de informação.

Contudo, o que ficou claro é que mesmo com o reconhecimento da importância do modelo de cuidado integrado, o sistema de saúde suplementar, privado, ainda não o percebeu como uma possível solução alternativa para tornar o sistema mais eficiente. O sistema suplementar muito menos discute o papel da atenção primária (no Brasil chamada de básica) como coordenadora das ações assistenciais, uma vez que o investimento nesta área seria indireto, atrelado aos esforços individuais dos prestadores de serviços de saúde, como os médicos credenciados pelas operadoras de saúde. A atenção básica, como coordenadora das ações que permeiam as linhas de cuidado oferecidas pela saúde suplementar, poderia contribuir para a eficiência deste sistema. Entretanto, o ponto a ser destacado é que não há investimento na capacitação dos profissionais na área da atenção básica uma vez que o sistema privado é voltado para o lucro. Para um setor cuja margem de lucro é estreita, pelo menos no momento atual, que o investimento em tecnologia é elevado e custoso e, que a população usuária reflete a transição demográfica e epidemiológica, o investimento em ações da atenção básica poderia ser uma opção para agregar valor ao serviço oferecido. Para isso, há a necessidade de se mudar a lógica atual do setor.

De toda forma, são conhecidas iniciativas do cuidado integrado por todo Brasil através: de informações dos prestadores, da busca não sistematizada na literatura e, por relatos de profissionais, mas não há publicações em número suficiente para concluir se há investimento no campo. As operadoras de saúde que praticam o modelo não disponibilizaram suas informações que possibilitariam análises mais consistentes. A situação vivenciada é que há uma

inibição no desenvolvimento do modelo e que apenas através de “apostas” sucessivas de gestores, na torcida pelo sucesso da mesma, haverá o desenvolvimento do modelo de cuidado integrado.

Algumas sugestões podem ser destacadas para o desenvolvimento do modelo de cuidado integrado no sistema de saúde suplementar no Brasil:

- 1) Reconhecer a necessidade de investimentos nas práticas da atenção básica pelo sistema de saúde suplementar como um dos caminhos iniciais na elaboração e consolidação do modelo de cuidado integrado;
- 2) Compreender que na elaboração de um modelo de cuidado integrado é necessário respeitar alguns princípios como:
 - a) organizar um serviço coordenado que garanta a continuidade das ações, focado nas questões do paciente, limitado em uma determinada área geográfica para que permita o acesso da população circunscrita e minimizando a duplicação das ações,
 - b) padronizar diretrizes básicas de ações e treinamento dos profissionais da equipe nos moldes das práticas do modelo, reduzindo as variações na tomada de decisões assistenciais;
 - c) gerenciar as ações dos profissionais através do uso de indicadores que demonstrem a atuação de cada membro da equipe;
 - d) investir em um sistema de informação com os objetivos de facilitar a comunicação, otimizar as ações e, por conseguinte, tornar o processo do cuidado assistencial mais eficiente;
 - e) investir na cultura organizacional do local, incentivando a liderança e as ações proativas para que haja o comprometimento de todos os profissionais, essencialmente os médicos. Este grupo foi identificado como um ponto central na continuidade do cuidado integrado na área assistencial, juntamente com a

enfermagem e desta forma o trabalho multiprofissional, essencialmente em equipe, deve ser incentivado;

f) realinhar a política de investimentos para a construção de um modelo autossustentável, seguro e que promova as práticas assistenciais esperadas na promoção de saúde e prevenção de riscos nas doenças já instaladas, garantindo a oferta e a distribuição dos serviços, de forma a permitir seu acesso de acordo com a demanda da população e se possível, incluindo a comunidade;

g) aprimorar as ferramentas de gestão, incluindo os três níveis de uma organização de saúde no modelo de cuidado integrado.

- 3) Entender que a estratégia-chave do cuidado integrado é o processo de integração das etapas do cuidado, como uma engrenagem que abarca os três níveis - macro, meso e micro - organizacionais de um sistema de saúde e se capilariza em cada nível.
- 4) Elaborar o modelo de cuidado integrado a partir dos objetivos estratégicos e indicadores definidos previamente, reconhecendo que o tempo de aferição do resultado estará intimamente relacionado com os indicadores eleitos.

Esta tese de doutorado discutiu a proposta do cuidado integrado como um modelo de atenção à saúde dos idosos portadores de doenças crônicas, alternativo ao sistema de saúde vigente, sob a ótica do formato da prestação do serviço, buscando a qualidade dos serviços prestados, a satisfação do paciente e a eficiência do sistema através da coordenação do cuidado que é garantido pela continuidade do trabalho. É importante destacar que o modelo de cuidado integrado tem como premissa a continuidade do cuidado através da coordenação das ações e para tal torna-se necessário que os profissionais desenvolvam algumas habilidades, como a comunicação e o trabalho em equipe. Essas habilidades proporcionam aos profissionais, especialmente quando alinhadas a uma postura proativa e de interesse na sua forma de atuar,

uma melhoria na qualidade da prestação de serviço, favorecendo a reconstrução da forma de trabalhar e possivelmente, o sucesso do modelo. Em paralelo, o cuidado integrado preza por ações preventivas e de promoção de saúde, o que implica na educação do paciente em relação ao seu cuidado, na responsabilidade de suas ações perante seu estado de saúde e isso exige um tempo para a coleta de resultados.

Mesmo com ausência de um consenso nominal, há esforços em todo o mundo para desenvolver um modelo de cuidado integrado mais adequado à realidade demográfica e epidemiológica de cada local e este trabalho aponta que o cuidado integrado é uma possibilidade viável na realidade atual para reorganizar o sistema de saúde suplementar do Brasil.

Contudo algumas dificuldades não serão ultrapassadas a curto prazo, como: i) o reconhecimento conceitual, já vez que há uma heterogeneidade nominal e sem consenso; ii) a normatização brasileira; iii) a compreensão da importância de flexibilizar a padronização do modelo para que haja maior possibilidade de sucesso; iii) o investimento na gestão da informação para que possa contabilizar os resultados.

Em conclusão, apesar de não se discutir temas importantes como a questão financeira do modelo, as questões jurídicas e o nível de satisfação com os pacientes acompanhados, a contribuição desta tese é fomentar a discussão de um modelo de atenção que pode ser uma alternativa real a ser implementada a curto prazo posto que o entendimento do que se pratica hoje não se sustentará possivelmente nos próximos anos.

CAPÍTULO 6

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dicionário Michaelis. Acesso on line <http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portugues-portugues&palavra=integrado>. Acesso em 07 de fevereiro de 2015.
2. Shaw S; Rosen R; Rumbolt B. What is integrated care? Nuffieldtrust. Research report. <http://www.nuffieldtrust.org.uk/publications/what-integrated-care>. Acesso em 10 de janeiro de 2015.
3. Stein KV; Rieder A. Integrated care at the crossroads – defining the way forward. Int J Integr Care. 2009 Apr-Jun; 9: e10.
4. Kodner DL; Spreenwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. Int J Integr Care. 2002 Oct-Dec; 2: e12.
5. Agency for Healthcare Research and Quality. Coordinating Care for Adults with Complex Care Needs in the Patient-Centered Medical Home: Challenges and Solutions. White paper. January 2012. <http://pcmh.ahrq.gov/page/coordinating-care-adults-complex-care-needs-patient-centered-medical-home-challenges-and>. Acesso em 17 de janeiro de 2015.
6. Larsen MS. Measuring Integrated Care. An International Comparative Study. PHD thesis. Danish medical bulletin. <http://www.danmedbul.dk/portal/pls/portal/docs/6630859.pdf>. Acesso em setembro de 2011.
7. Kark S; Cassel J. The Pholela Health Centre: A Progress Report. Bulletin of the World Health Organization, Geneve, v. 77, n. 5, p. 439-47, 1999.
8. Mendes EV. As redes de atenção à saúde: revisão bibliográfica, fundamentos, conceito e elementos constitutivos. In As redes de atenção à saúde. Ed autentica. 2009.

9. Vliet K; Oudenampsen D. Integrated care in the Netherlands. Verwey-Jonker Instituut. 2004. <http://www.verwey-jonker.nl/doc/participatie/D3551878.pdf>. Acesso em 24 de janeiro de 2015.
10. Navarrete MLV; Lorenzo IV. Redes integradas de servicios de salud: ¿Solución o problema? Editorial In: Ciencias de la Salud. Bogotá (Colombia) 4 (1): 5-9, enero-junio de 2006 /5.
11. Goodwin N; Sonola L; Thiel V; Kodner DL. Coordinated care for people with complex chronic conditions. Key lessons and markers for success. Kings fund Aetna foundation. <http://www.kingsfund.org.uk/projects/co-ordinated-care-people-complex-chronic-conditions>. Acesso em 17 de janeiro de 2015.
12. Fairfield G; Hunter DJ; Mechanic D; Rosleff F. Managed care. Origins, principles, and evolution. BMJ. 1997 Jun 21;314 (7097):1823-6.
13. Conill AM, Horowitz D. Disease Management: Origins, basic concepts and practical considerations. Seminars in medical practice. Vol 2, No 4. december 1999.
14. Glasgow RE. Davis CL. Funnel MM. Beck A. Implementing Practical Intervention to Support Chronic illness Self-Management. Jt Comm J Qual Patient Saf 29:563–574, nov. 2003.
15. Hainsworth T. A new model of care for people who have long-term conditions. Nursing times.net. Vol: 101, issue: 03, page no: 28, Acesso em 15 de fevereiro de 2012.
16. Kumpers SNS. Steering integrated care in England and The Netherlands: The case of dementia care. A neo-institutionalist comparative study. PHD thesis. <http://www.wzb.eu/sites/default/files/personen/kuempers.susanne.318/disssteeringintegratedcare.pdf>. Acesso em 31 de janeiro de 2015.
17. Kodner D. Introduction to Integration. All Together Now: A Conceptual Exploration of Integrated Care. Healthcare Quarterly, 13(Sp) October 2009: 6-15.

18. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/Uerj, Abrasco; 2001. p. 39-64.
19. Stange KC. The Problem of Fragmentation and the Need for Integrative Solutions. Editorial. *Ann Fam Med*. 2009 Mar; 7(2): 100–103.
20. Ministerio de Salud de la Gran Bretana. Informe Dawson sobre el futuro de los servicios medicos y afines, 1920. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 1964. [Publicación científica no 93.
21. Kuschnir R; Chorny AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5):2307-2316, 2010.
22. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly*, Vol. 83, No. 4, 2005 (pp. 691–729)
23. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20 Sup 2:S190-S198, 2004.
24. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. <http://www.jointcommissioninternational.org/improve/design-a-safe-health-care-facility/>. Acesso em 21 de março de 2015.
25. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet*. 1994 Oct 22;344(8930):1129-33.
26. Mello GA; Fontanella BJB; Demarzo MMP. Atenção básica e atenção primária à saúde – origens e diferenças conceituais. *Rev. APS*, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. 2009.
27. Organização Mundial da Saúde. What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? January 2004. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/74704/E82997.pdf. Acesso em 17 de janeiro de 2015.

28. UNESCO. Primary Care: balancing health needs, services, and technology. 1998. Tradução pelo Ministério da Saúde, 2002.
29. Haggerty JL; Reid RJ; Freeman GK; Starfield BH; Adair CE; McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*. 2003 Nov 22; 327(7425): 1219–1221.
30. Uijen AA; Schers HJ; Schellevis FG; Bosch WJ. How unique is continuity of care? A review of continuity and related concepts. *Fam Pract*. 2012 Jun;29(3):264-71.
31. Lloyd J; Wait S. Integrated care. A guide for policymakers. International longevity Centre. Acesso em 3 de janeiro de 2015. http://www.ilcuk.org.uk/index.php/publications/publication_details/integrated_care_-_a_guide_for_policymakers.
32. Tricco AC; Antony J; Ivers NM; Ashoor HM; Khan PA; Blondal E; Ghassemi M; MacDonald H; Chen MG; Ezer LK; Straus SE. Effectiveness of quality improvement strategies for coordination of care to reduce use of health care services: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ* October 21, 2014 vol. 186 no. 15
33. Valentijn PP; Schepman SM; Bruijnzeels MA. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *Int J Integr Care*. Vol 13. Mar 2013.
34. Kodner DL; Kyriakon CK. Fully integrated care for frail elderly: two American models. *Int J Integr Care*. Vol 1. Nov 2000.
35. Organização Mundial da Saúde. The world health report 2008 : primary health care now more than ever.
36. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Ministério da Saúde. 2013. Acesso em 31 de dezembro de 2014.

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20 cuidado_pessoas%20 doencas_cronicas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado_pessoas%20doencas_cronicas.pdf).

37. White KL; Williams F; Greenberg BG. The ecology of medical care. The New England Journal of Medicine 265:885-892,1961.
38. Erdmann AL; Andrade SR; Mello ALSF; Drago LC. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.21 no.spe Ribeirão Preto Jan./Feb. 2013.
39. Organização Mundial de Saúde. World Health Report: Health Systems – Improving Performance. Geneva: WHO; 2000.
40. Grone O; Garcia-Barbero M. Integrated care: A position paper of the WHO European office for integrated health care services. Int J Integr Care. 2001 Apr-Jun; 1: e21.
41. Organização Mundial da Saúde. Integrated health services – What and Why? Technical Brief No.1, 2008. Acesso em 10 de janeiro de 2015.
http://www.who.int/healthsystems/service_delivery_techbrief1.pdf
42. Organização Mundial de Saúde. Global Health and Aging. 2011.
http://www.nia.nih.gov/sites/default/files/global_health_and_aging.pdf. Acesso em 01 de março de 2015.
43. Sociedade Americana de Gestão de caso.<http://www.cmsa.org/Home/CMSA/WhatisaCaseManager/tabid/224/Default.aspx>. Acesso em 12 de fevereiro de 2015
44. Akemi Nitahara. Ressarcimento dos planos de saúde ao SUS pode chegar a R\$360 milhões este ano. 16/12/2014. <http://agenciabrasil.etc.com.br/geral/noticia/2014-12/ressarcimento-dos-planos-de-sa%C3%BAde-ao-sus-pode-chegar-a-360-milhoes-este-ano>. Acesso em 04 de junho de 2015.

45. Almeida CM. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. Ciênc. saúde coletiva vol.4 no.2 Rio de Janeiro 1999.
46. Malta DC; Jorge AO. Modelos Assistenciais na saúde suplementar: o caso de uma operadora de autogestão. Ciênc. saúde coletiva, 13(5):1535-1542, 2008.
47. Agencia Nacional de Saúde Suplementar. Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar: um breve histórico In: Laboratório de inovação na Saúde Suplementar. 2012.
48. Pietrobon L; Prado ML; Caetano JC. Saúde Suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 18 [4]: 767-783, 2008.
49. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa nº 197 de 28 de dezembro de 2009; Resolução Normativa nº 290, de 27 de fevereiro de 2012; Resolução Normativa nº 264, de 19 de agosto de 2011; Resolução Normativa nº 165, de 19 de agosto de 2011; Instrução Normativa conjunta No 7, de 23 de novembro de 2012.
http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=TexttoLei&format=raw&id=2311; Acesso em 13 de fevereiro de 2015.
50. Bahia L. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. Ciênc. Saúde Coletiva. Vol.6 no.2 São Paulo. 2001.
51. Veras RP. Gerenciamento de doença crônica: equívoco para o grupo etário dos idosos. Rev Saúde Pública 2012;46(6): 929-34.
52. Guiding principles for the care of older adults with multimorbidity: an approach for clinicians: American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity. J Am Geriatr Soc. 2012 Oct; 60(10)E1-E25.

53. Béland F, Hollander MJ. Integrated models of care delivery for the frail elderly: international perspectives. *GAc Sanit.*2011;25(S):138-146.
54. Contel JC, Muntané B, Camp L. La atención al paciente crónico en situación de complejidad: el reto de construir un escenario de atención integrada. *Atención Primaria*, Volume 44, Issue 2, Pages 107-113.
55. Patient-centered care for older adults with multiple chronic conditions: a stepwise approach from the American Geriatrics Society. American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity. *J Am Geriatr Soc.* 2012 Oct; 60(10):1957-68.
56. Goodwin N; Smith J; Davies A; Perry C; Rosen R; Dixon A; Dixon J; Ham C. A report to the Department of health and the NHS future Forum. Kings fund Aetna foundation. <http://www.kingsfund.org.uk/publications/integrated-care-patients-and-populations-improving-outcomes-working-together>. Acesso em 17 de janeiro de 2015.
57. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção primária e Promoção da saúde. CONASS, 2007. www.conass.org.br. Acesso em 09 de fevereiro de 2015.
58. Biblioteca Virtual em Saúde. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_metodologicas_elaboracao_sistemica.pdf. Acesso em 4 abril de 2015.
59. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis (PRISMA). <http://www.prisma-statement.org/history.htm> - Acesso em 13 de abril de 2015.
60. Dalkey NC. The Delphi method: an experimental study of group opinion. http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/research_memoranda/2005/RM5888.pdf. Acesso em 13 de abril de 2015.
61. Piola SF; Vianna SM; Vivas-Consuelo D. Estudo Delphi: atores sociais e tendências do sistema de saúde. *Cad Saúde Pública.* 2002; 18(supl.):1-15.

62. Castro AV; Rezende M. A técnica Delphi e seu uso na pesquisa de enfermagem: revisão bibliográfica. REME Rev Min Enferm. 2009; 13(3):429-34.
63. Scarparo AF; Laus AM; Azevedo ALCS; Freitas MRI; Gabriel CS; Chaves LDP. Reflexões sobre o uso da técnica Delphi em pesquisas na enfermagem. Rev Rene. 2012; 13(1):242-51.

CAPÍTULO 7

ANEXO

MODELAGENS NÃO UTILIZADAS NO ARTIGO

1 - Indicador Internação

BINOMIAL

```
glm(formula = as.factor(interna) ~ idade, family = (binomial(link = "logit")),
```

```
data = dados)
```

Coefficients:

```
Estimate Std. Error z value Pr(>|z|)
```

```
(Intercept) -1.457121  0.757687 -1.923  0.0545 .
```

```
idade      -0.003661  0.010163 -0.360  0.7187
```

```
Signif. codes:  0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1
```

(Dispersion parameter for binomial family taken to be 1)

AIC: 1033.3

```
glm(formula = as.factor(interna) ~ sexo, family = (binomial(link = "logit")),
```

```
data = dados)
```

```
Estimate Std. Error z value Pr(>|z|)
```

```
(Intercept) -1.8490  0.1081 -17.101 <2e-16 ***
```

```
sexo[T.M]   0.2834  0.1615  1.755  0.0793 .
```

```
Signif. codes:  0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1
```

(Dispersion parameter for binomial family taken to be 1)

AIC: 1030.4

```
glm(formula = as.factor(interna) ~ as.factor(caso), family = (binomial(link = "logit")),
```

```
data = dados)
```

Coefficients:

Estimate Std. Error z value Pr(>|z|)

(Intercept) -2.1484 0.1997 -10.759 <2e-16 ***

as.factor(caso)[T.1] 0.5186 0.2182 2.377 0.0175 *

Signif. codes: 0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1

(Dispersion parameter for binomial family taken to be 1)

AIC: 1027.3

```
glm(formula = as.factor(interna) ~ idade + as.factor(caso), family = (binomial(link =
"logit")), data = dados)
```

Coefficients:

Estimate Std. Error z value Pr(>|z|)

(Intercept) -1.871351 0.780015 -2.399 0.0164 *

idade -0.003736 0.010179 -0.367 0.7136

as.factor(caso)[T.1] 0.518790 0.218168 2.378 0.0174 *

Signif. codes: 0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1

(Dispersion parameter for binomial family taken to be 1)

AIC: 1029.1

```
glm(formula = as.factor(interna) ~ sexo + as.factor(caso), family = (binomial(link =
"logit")), data = dados)
```

Coefficients:

Estimate Std. Error z value Pr(>|z|)

(Intercept) -2.2625 0.2120 -10.671 <2e-16 ***

sexo[T.M] 0.2779 0.1619 1.717 0.0860 .

as.factor(caso)[T.1] 0.5139 0.2184 2.353 0.0186 *

Signif. codes: 0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1

(Dispersion parameter for binomial family taken to be 1)

AIC: 1026.4

```
glm(formula = as.factor(interna) ~ idade + sexo + as.factor(caso),
```

```
family = (binomial(link = "logit")), data = dados)
```

Coefficients:

	Estimate	Std. Error	z value	Pr(> z)
(Intercept)	-2.081232	0.789662	-2.636	0.0084 **
idade	-0.002432	0.010209	-0.238	0.8117
sexo[T.M]	0.274959	0.162367	1.693	0.0904 .
as.factor(caso)[T.1]	0.514351	0.218393	2.355	0.0185 *

Signif. codes: 0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1

(Dispersion parameter for binomial family taken to be 1)

AIC: 1028.3

BINOMIAL NEGATIVA

```
glm.nb(formula = nr.intern ~ idade, data = dados, init.theta = 0.7470769397,
```

```
link = log)
```

Coefficients:

	Estimate	Std. Error	z value	Pr(> z)
(Intercept)	-1.129551	0.706102	-1.600	0.110
idade	-0.007628	0.009500	-0.803	0.422

(Dispersion parameter for Negative Binomial(0.7471) family taken to be 1)

AIC: 1244.9

```
glm.nb(formula = nr.intern ~ sexo, data = dados, init.theta = 0.7877021359,
```

```
link = log)
```

Coefficients:

```
Estimate Std. Error z value Pr(>|z|)
```

```
(Intercept) -1.8629    0.1029 -18.100 <2e-16 ***
```

```
sexo[T.M]    0.3772    0.1493  2.526  0.0115 *
```

```
Signif. codes:  0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1
```

```
(Dispersion parameter for Negative Binomial(0.7877) family taken to be 1)
```

```
AIC: 1239.3
```

```
glm.nb(formula = nr.intern ~ as.factor(caso), data = dados, init.theta = 0.7997460522,
```

```
link = log)
```

Coefficients:

```
Estimate Std. Error z value Pr(>|z|)
```

```
(Intercept)    -2.1898    0.1949 -11.234 < 2e-16 ***
```

```
as.factor(caso)[T.1]  0.6002    0.2110  2.845  0.00444 **
```

```
Signif. codes:  0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1
```

```
(Dispersion parameter for Negative Binomial(0.7997) family taken to be 1)
```

```
AIC: 1236.7
```

```
glm.nb(formula = nr.intern ~ idade + sexo + as.factor(caso),
```

```
data = dados, init.theta = 0.8520041023, link = log)
```

Coefficients:

```
Estimate Std. Error z value Pr(>|z|)
```

```
(Intercept)    -1.917289    0.730424 -2.625  0.00867 **
```

```
idade          -0.005783  0.009436 -0.613  0.54000
sexo[T.M]      0.362424  0.149146  2.430  0.01510 *
as.factor(caso)[T.1] 0.592816  0.210475  2.817  0.00485 **
```

Signif. codes: 0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1

(Dispersion parameter for Negative Binomial(0.852) family taken to be 1)

AIC: 1234.2

```
glm.nb(formula = qt.dias ~ idade, data = dados, init.theta = 0.0485550643,
link = log)
```

Coefficients:

Estimate Std. Error z value Pr(>|z|)

(Intercept) 0.970496 1.250628 0.776 0.438

idade -0.007809 0.016743 -0.466 0.641

(Dispersion parameter for Negative Binomial(0.0486) family taken to be 1)

AIC: 2283.1

```
glm.nb(formula = qt.dias ~ sexo, data = dados, init.theta = 0.04874351825,
link = log)
```

Coefficients:

Estimate Std. Error z value Pr(>|z|)

(Intercept) 0.2630 0.1710 1.538 0.124

sexo[T.M] 0.2960 0.2695 1.098 0.272

(Dispersion parameter for Negative Binomial(0.0487) family taken to be 1)

AIC: 2282.1

```
glm.nb(formula = qt.dias ~ as.factor(caso), data = dados, init.theta = 0.04857470281,
```

```
link = log)
```

Coefficients:

```
Estimate Std. Error z value Pr(>|z|)
```

```
(Intercept)      0.2467   0.2824  0.874  0.382
```

```
as.factor(caso)[T.1] 0.1831   0.3197  0.573  0.567
```

(Dispersion parameter for Negative Binomial(0.0486) family taken to be 1)

AIC: 2283

```
glm.nb(formula = qt.dias ~ idade + sexo + as.factor(caso), data = dados,
```

```
init.theta = 0.04889035777, link = log)
```

Coefficients:

```
Estimate Std. Error z value Pr(>|z|)
```

```
(Intercept)      0.80353  1.28781  0.624  0.533
```

```
idade            -0.01010  0.01676 -0.603  0.547
```

```
sexo[T.M]        0.31727  0.27011  1.175  0.240
```

```
as.factor(caso)[T.1] 0.24966  0.31914  0.782  0.434
```

(Dispersion parameter for Negative Binomial(0.0489) family taken to be 1)

AIC: 2285.3

POISSON

```
glm(formula = nr.intern ~ as.factor(caso), family = poisson, data = dados)
```

Coefficients:

```
Estimate Std. Error z value Pr(>|z|)
```

```
(Intercept)      -2.1898   0.1826 -11.994 < 2e-16 ***
as.factor(caso)[T.1]  0.6002   0.1963   3.059 0.00222 **
Signif. codes:  0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1
(Dispersion parameter for poisson family taken to be 1)
AIC: 1254.5
```

```
glm(formula = nr.intern ~ idade + as.factor(caso), family = poisson, data = dados)
```

Coefficients:

Estimate Std. Error z value Pr(>|z|)

```
(Intercept)      -1.629842  0.653692 -2.493 0.01266 *
idade             -0.007564  0.008506 -0.889 0.37383
as.factor(caso)[T.1]  0.600563  0.196252   3.060 0.00221 **
Signif. codes:  0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1
(Dispersion parameter for poisson family taken to be 1)
AIC: 1255.7
```

```
glm(formula = nr.intern ~ sexo + as.factor(caso), family = poisson, data = dados)
```

Coefficients:

Estimate Std. Error z value Pr(>|z|)

```
(Intercept)      -2.3485   0.1933 -12.148 < 2e-16 ***
sexo[T.M]         0.3699   0.1340   2.761 0.00576 **
as.factor(caso)[T.1]  0.5924   0.1963   3.018 0.00254 **
Signif. codes:  0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1
(Dispersion parameter for poisson family taken to be 1)
```

AIC: 1248.9

```
glm(formula = nr.intern ~ idade + sexo + as.factor(caso), family = poisson, data =
dados)
```

Coefficients:

Estimate Std. Error z value Pr(>|z|)

(Intercept) -1.910927 0.660304 -2.894 0.00380 **

idade -0.005885 0.008511 -0.692 0.48925

sexo[T.M] 0.363049 0.134319 2.703 0.00687 **

as.factor(caso)[T.1] 0.593980 0.196279 3.026 0.00248 **

Signif. codes: 0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1

(Dispersion parameter for poisson family taken to be 1)

AIC: 1250.4

2 - Indicador idas a emergência

BINOMIAL

```
glm(formula = as.factor(cons) ~ idade, family = (binomial(link = "logit")),
data = dados)
```

Coefficients:

Estimate Std. Error z value Pr(>|z|)

(Intercept) 1.0681757 0.3591906 2.974 0.00294 **

idade -0.0003829 0.0048248 -0.079 0.93674

Signif. codes: 0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1

(Dispersion parameter for binomial family taken to be 1)

AIC: 3856.3

```
glm(formula = as.factor(cons) ~ sexo, family = (binomial(link = "logit")), data = dados)
```

Coefficients:

Estimate Std. Error z value Pr(>|z|)

(Intercept) 1.13831 0.04968 22.914 <2e-16 ***

sexo[T.M] -0.27563 0.08147 -3.383 0.000717 ***

Signif. codes: 0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1

(Dispersion parameter for binomial family taken to be 1)

AIC: 3845

```
glm(formula = as.factor(cons) ~ as.factor(caso), family = (binomial(link = "logit")),
```

```
data = dados)
```

Coefficients:

Estimate Std. Error z value Pr(>|z|)

(Intercept) 1.07904 0.08826 12.225 <2e-16 ***

as.factor(caso)[T.1] -0.04902 0.09858 -0.497 0.619

Signif. codes: 0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1

(Dispersion parameter for binomial family taken to be 1)

AIC: 3856.1

```
glm(formula = as.factor(cons) ~ idade + sexo + as.factor(caso),
```

```
family = (binomial(link = "logit")), data = dados)
```

Coefficients:

Estimate Std. Error z value Pr(>|z|)

(Intercept) 1.255819 0.371651 3.379 0.000727 ***

idade -0.001095 0.004842 -0.226 0.821082

```
sexo[T.M]          -0.276027  0.081563 -3.384 0.000714 ***
```

```
as.factor(caso)[T.1] -0.045429  0.098750 -0.460 0.645485
```

Signif. codes: 0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1

(Dispersion parameter for binomial family taken to be 1)

AIC: 3848.7

```
glm(formula = as.factor(cons) ~ as.factor(idade2), family = (binomial(link = "logit")),
```

```
data = dados)
```

Coefficients:

Estimate Std. Error z value Pr(>|z|)

```
(Intercept)      1.003071  0.068769 14.586 <2e-16 ***
```

```
as.factor(idade2)[T.1] 0.084145  0.092289  0.912  0.362
```

```
as.factor(idade2)[T.2] 0.007752  0.102752  0.075  0.940
```

Signif. codes: 0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1

(Dispersion parameter for binomial family taken to be 1)

AIC: 3857.3

```
glm(formula = as.factor(cons) ~ as.factor(idade2) + sexo + as.factor(caso),
```

```
family = (binomial(link = "logit")), data = dados)
```

Coefficients:

Estimate Std. Error z value Pr(>|z|)

```
(Intercept)      1.14182  0.10933 10.444 < 2e-16 ***
```

```
as.factor(idade2)[T.1] 0.08292  0.09245  0.897 0.369782
```

```
as.factor(idade2)[T.2] -0.00491  0.10300 -0.048 0.961979
```

```
sexo[T.M]          -0.27688  0.08157 -3.395 0.000687 ***
```

```
as.factor(caso)[T.1] -0.04501 0.09877 -0.456 0.648638
```

```
Signif. codes: 0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1
```

(Dispersion parameter for binomial family taken to be 1)

AIC: 3849.6

BINOMIAL NEGATIVA

```
glm.nb(formula = nrcons ~ idade, data = dados, init.theta = 0.8175243791,
```

```
link = log)
```

Coefficients:

```
Estimate Std. Error z value Pr(>|z|)
```

```
(Intercept) 0.954123 0.193534 4.930 8.22e-07 ***
```

```
idade 0.004255 0.002598 1.638 0.101
```

```
Signif. codes: 0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1
```

(Dispersion parameter for Negative Binomial(0.8175) family taken to be 1)

AIC: 16055

```
glm.nb(formula = nrcons ~ sexo, data = dados, init.theta = 0.8302785793, link = log)
```

Coefficients:

```
Estimate Std. Error z value Pr(>|z|)
```

```
(Intercept) 1.35602 0.02575 52.660 < 2e-16 ***
```

```
sexo[T.M] -0.27674 0.04480 -6.177 6.52e-10 ***
```

```
Signif. codes: 0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1
```

(Dispersion parameter for Negative Binomial(0.8303) family taken to be 1)

AIC: 16021

```
glm.nb(formula = nrcons ~ as.factor(caso), data = dados, init.theta = 0.8165633081,
link = log)
```

Coefficients:

Estimate Std. Error z value Pr(>|z|)

(Intercept) 1.25781 0.04718 26.662 <2e-16 ***

as.factor(caso)[T.1] 0.01472 0.05280 0.279 0.78

Signif. codes: 0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1

(Dispersion parameter for Negative Binomial(0.8166) family taken to be 1)

AIC: 16058

```
glm.nb(formula = nrcons ~ idade + sexo + as.factor(caso), data = dados,
init.theta = 0.8312034519, link = log)
```

Coefficients:

Estimate Std. Error z value Pr(>|z|)

(Intercept) 1.038528 0.198274 5.238 1.62e-07 ***

idade 0.004106 0.002585 1.588 0.112

sexo[T.M] -0.275969 0.044831 -6.156 7.47e-10 ***

as.factor(caso)[T.1] 0.016090 0.052491 0.307 0.759

Signif. codes: 0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1

(Dispersion parameter for Negative Binomial(0.8312) family taken to be 1)

AIC: 16022