






A coordenação de cuidados amplia a qualidade assistencial e reduz custos

Coordination of care increases the quality of care and reduces costs

Renato Peixoto Veras¹ 
João André Cruz Gomes² 
Sandro Tadeu Macedo³ 

Resumo

O estudo aborda um modelo de atenção à saúde do idoso praticado por uma operadora de saúde na cidade do Rio de Janeiro, RJ, Brasil, com foco no grupo etário dos idosos, segmento populacional no qual se identificam os maiores equívocos assistenciais. Os modelos assistenciais vigentes não levaram em consideração as profundas transformações observadas na nova realidade epidemiológica e demográfica do país. Considerando que o processo de envelhecimento no Brasil é relativamente recente, o artigo apresenta uma proposta de modelo assistencial contemporânea, recomendada pelos mais importantes organismos nacionais e internacionais de saúde como a mais adequada para um melhor cuidado, tendo como foco a promoção, a prevenção da saúde e a coordenação do cuidado, de modo a evitar os excessos, desperdícios e sua fragmentação. Os resultados assistenciais e financeiros deste estudo apresentam números bastante positivos, como a redução da sinistralidade de 108,20% no primeiro ano para 56,6% no quinto ano do programa, e indicam o caminho a ser trilhado pelas empresas de saúde. Também são apresentados o modelo de remuneração para os prestadores de serviço e os indicadores utilizados para o estabelecimento de bonificações, pois estas funcionam como um instrumento que estimula e valoriza as boas práticas assistenciais de saúde. Um modelo de cuidado de maior qualidade, mais resolutivo e com melhor relação custo-efetividade é a preocupação deste texto, e os resultados da operadora, aqui apresentados, corroboram esta tese.

Palavras-chave: Políticas de saúde. Envelhecimento humano. Idoso. Prevenção de doenças. Coordenação de cuidado. Pagamento por performance.

Abstract

The study addresses a health care model of the elderly practiced by a health care provider in the city of Rio de Janeiro, RJ, Brazil, focusing on the age group of the elderly, population segment in which the greatest misconceptions are identified. The current assistance models did not consider the deep transformations observed in the new epidemiological and demographic reality of the country. Considering that the aging process in Brazil

Keywords: Health policies. Human aging. Elderly. Diseases prevention. Coordination of care. Payment for performance.

¹ Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Universidade Aberta da Terceira Idade. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

² Caixa de Assistência à Saúde (CABERJ), Gerência de Saúde. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

³ Caixa de Assistência à Saúde (CABERJ), Direção de Saúde. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Correspondência
Renato Peixoto Veras
unativeras@gmail.com

Recebido: 15/04/2019
Aprovação: 14/06/2019

is relatively recent, the article presents a proposal for a contemporary care model, recommended by the most important national and international health agencies as the most suitable for better care, focusing on the promotion, prevention of health care and the coordination of care, in order to avoid excesses, waste and fragmentation. The assistance and financial results of this study display very positive figures and indicate the path to be taken by healthcare companies. The model of remuneration for service providers and the indicators used for the establishment of bonuses are also presented, since they function as an instrument that stimulates and values good health care practices. This text is concerned with a higher quality, more resolute and cost-effective care model, which is corroborated by the operator's results presented here.

INTRODUÇÃO

Uma das maiores conquistas da humanidade foi a longevidade, que se fez acompanhar da melhora substancial dos parâmetros de saúde das populações, ainda que essas conquistas estejam longe de se distribuir de forma equitativa nos diferentes países e contextos socioeconômicos. Chegar à velhice – antes privilégio de poucos – passou a ser a norma, mesmo nos países mais pobres. O desafio, portanto, é agregar qualidade aos anos adicionais de vida.

A transição demográfica e a melhoria dos indicadores sociais e econômicos do Brasil, em comparação com décadas anteriores, trouxeram a ampliação do contingente de idosos e maior pressão fiscal sobre os sistemas de saúde público e privado. Se essa parcela da população aumenta, naturalmente ampliam-se as doenças crônicas e os gastos¹. Um dos resultados dessa dinâmica é a demanda crescente por serviços de saúde, o que pode, em contrapartida, gerar escassez e/ou restrição de recursos. As internações hospitalares tornam-se mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior se comparado com outras faixas etárias. As doenças que acometem os idosos são majoritariamente crônicas e múltiplas, exigem acompanhamento constante, cuidados permanentes, medicação contínua e exames periódicos².

Com tantas situações adversas, o cuidado do idoso deve ser estruturado de forma especial. A atual prestação de serviços de saúde fragmenta a atenção a esse grupo etário, com multiplicação de consultas de especialistas, informação não compartilhada, inúmeros fármacos, exames clínicos e imagens, entre outros procedimentos que sobrecarregam o sistema, provocam forte impacto financeiro em todos os

níveis e não geram benefícios significativos para a saúde ou para a qualidade de vida³.

Ao longo das últimas décadas, ficou demonstrado que é possível prevenir a maioria dos problemas de saúde pública que afetam a população – relativos não somente às doenças transmissíveis, mas também às não transmissíveis. Tal afirmação é exemplificada pela redução da mortalidade devido a doenças cardiovasculares, diminuição da incidência e mortalidade por câncer cervical, da prevalência do consumo de fumo e da incidência de câncer do pulmão em homens. Em síntese: o ônus gerado por doenças poderia ser evitado tanto em termos sociais como econômicos⁴.

O monitoramento das condições de saúde de uma dada população, assim como de seus fatores associados, é um instrumento-chave para orientar estratégias de prevenção, as quais devem ter como objetivo: interferir favoravelmente na história natural da doença; antecipar o surgimento de complicações; prevenir as exacerbações e complicações das doenças crônicas; aumentar o envolvimento do paciente no autocuidado; construir uma base de dados sobre os doentes crônicos, ou seja, a imensa maioria da carteira de idosos.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), uma doença crônica apresenta uma ou mais das seguintes características: é permanente; produz incapacidade ou deficiências; é causada por alterações patológicas irreversíveis; e precisa de períodos longos de supervisão, observação ou cuidados. Em geral, as doenças crônicas se iniciam lentamente, têm duração longa ou incerta, sem uma causa única⁵. O tratamento envolve mudanças no estilo de vida e cuidados contínuos, que não costumam levar à cura,

mas permitem manter a enfermidade sob controle e melhorar a qualidade de vida do paciente, de modo a impedir ou amenizar o declínio funcional. Grande parte das doenças crônicas está relacionada com idade, maus hábitos alimentares, sedentarismo e estresse, por isso a maioria delas pode ser prevenida e/ou postergada. Significa dizer que, apesar da doença, é possível ter uma vida plena por mais tempo.

Os programas voltados para esse público devem ser construídos com base na integralidade do cuidado, com protagonismo do profissional de saúde de referência e sua equipe, gerenciando não a doença, mas o perfil de saúde do doente. Muitas vezes, o tratamento de alguma manifestação só pode ser conduzido com a redução ou suspensão de outras ações que vinham sendo desenvolvidas⁵.

Um modelo contemporâneo

Nos projetos internacionais, o médico generalista ou de família absorve integralmente para si de 85% a 95% dos seus pacientes, sem necessidade da ação de um médico especialista. Além disso, esse médico pode utilizar profissionais de saúde com formações específicas (em Nutrição, Fisioterapia, Psicologia, Fonoaudiologia...). É o generalista quem faz a indicação e o encaminhamento⁶.

O modelo inglês, o *National Health Service* (NHS), tem como figuras centrais médicos generalistas de alta capacidade resolutiva – os chamados *general practitioners* (GPs) –, que estabelecem um forte vínculo com o paciente. O acesso a esses profissionais é garantido a todos, independentemente de renda ou condição social, à semelhança do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro. Ao fazer seu registro com um GP, o cidadão britânico recebe assistência médica pública e gratuita em unidades compostas por clínicos gerais e enfermeiros. Qualquer atendimento necessário, desde que não seja de extrema urgência ou em função de algum acidente, será feito ali⁷. O modelo americano, por outro lado, opta pelo encaminhamento do paciente para inúmeros médicos especialistas. São dois países ricos, de grande tradição na medicina. Utilizam, no entanto, sistemas diferentes e proporcionam resultados também bastante distintos⁸.

No Brasil, o que se observa é um excesso de consultas realizadas por especialistas, pois o modelo atual de assistência prioriza a fragmentação do cuidado⁹. No entanto, a discussão sobre o envelhecimento populacional trazida pela nova realidade epidemiológica e demográfica sugere o desenvolvimento de um modelo mais resolutivo e eficaz¹⁰. E uma questão emerge: se todos debatem esse tema e as soluções já estão presentes nas mesas de decisão, por que a situação permanece inalterada? Por que líderes e gestores não transformam o cenário?

Para que o setor de saúde – particularmente no segmento dos idosos – se organize, um dos itens a serem considerados é a confiança. Hoje a sociedade desconfia do que é ofertado. Nesse clima, qualquer proposta de mudança é vista com reservas. Tudo que é multifatorial e foi construído ao longo de muitos anos é difícil de transformar¹¹.

A qualidade assistencial demanda maior conscientização de gestores de saúde e da sociedade. Discute-se que seria caro aplicar instrumentos de qualificação do atendimento, creditações e certificações, mas bons serviços são mais efetivos em termos de custo, têm menor desperdício e melhores resultados assistenciais para os pacientes. Em alguns países, a acreditação e a avaliação de indicadores de qualidade são requisitos obrigatórios. No Brasil, porém, valoriza-se e premia-se o volume. Falta uma política de estímulo à qualidade. Os pacientes nem sempre a reconhecem como uma necessidade. E tanto a saúde pública como a privada a percebem como um custo adicional.

Custos explosivos

Estudo recente da Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Econômico (OCDE) em países desenvolvidos mostra a diferença dos custos de saúde nos Estados Unidos em comparação com outros países ricos e de boa qualidade assistencial – onde, naturalmente, as despesas em cuidados de saúde são mais volumosas do que nos países em desenvolvimento. Ainda assim, o gasto dos norte-americanos é superior. Em 2017, foi de US\$ 10.224 por pessoa, 28% maior que a Suíça e mais que o dobro

do Reino Unido (vide figura 1). Estes dados reforçam que investir maciçamente em tratamento de doenças não é suficiente. Considerando o envelhecimento da população mundial, os custos de saúde tendem a ser um peso cada vez maior para a sociedade, conforme

a figura 2, onde se observa redução nos preços das atividades que exigem uso de novas tecnologias, em contraponto ao incremento dos custos referentes aos serviços hospitalares. É imperativo mudar a lógica assistencial¹².

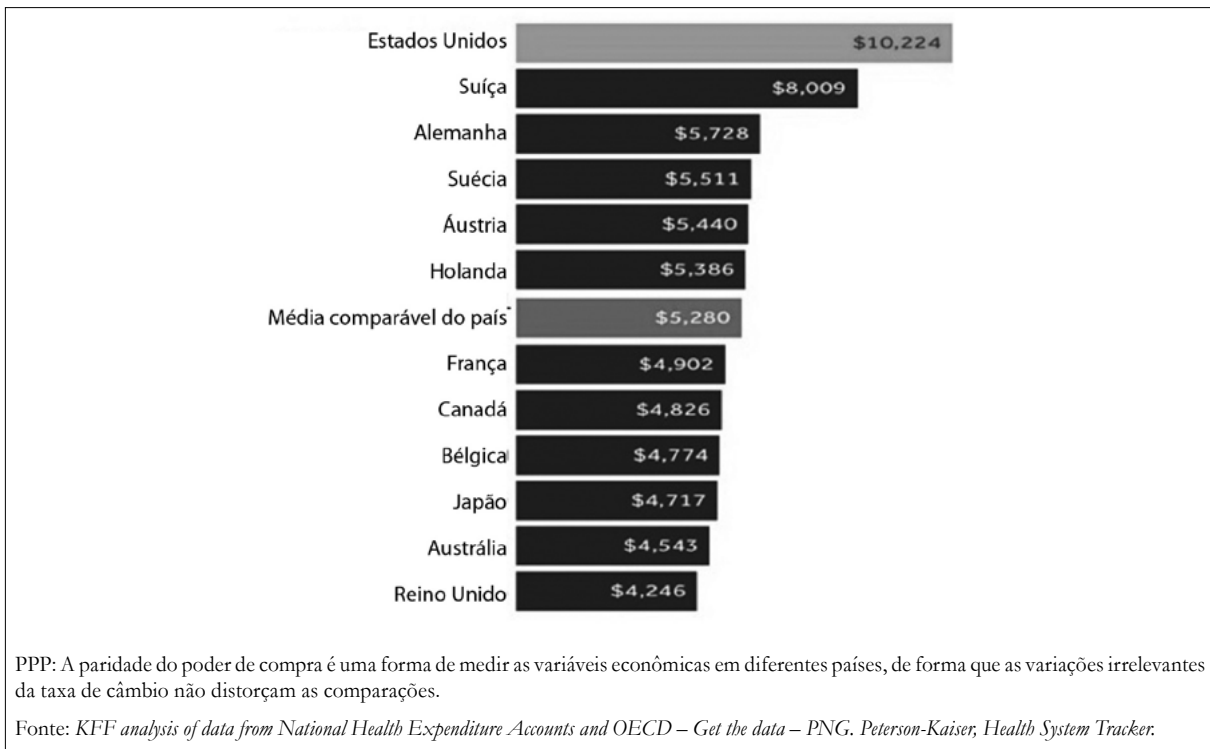


Figura 1. Gastos com consumo de saúde per capita, dólares americanos, ajustando pela Purchasing Power Parity (PPP), 2017.

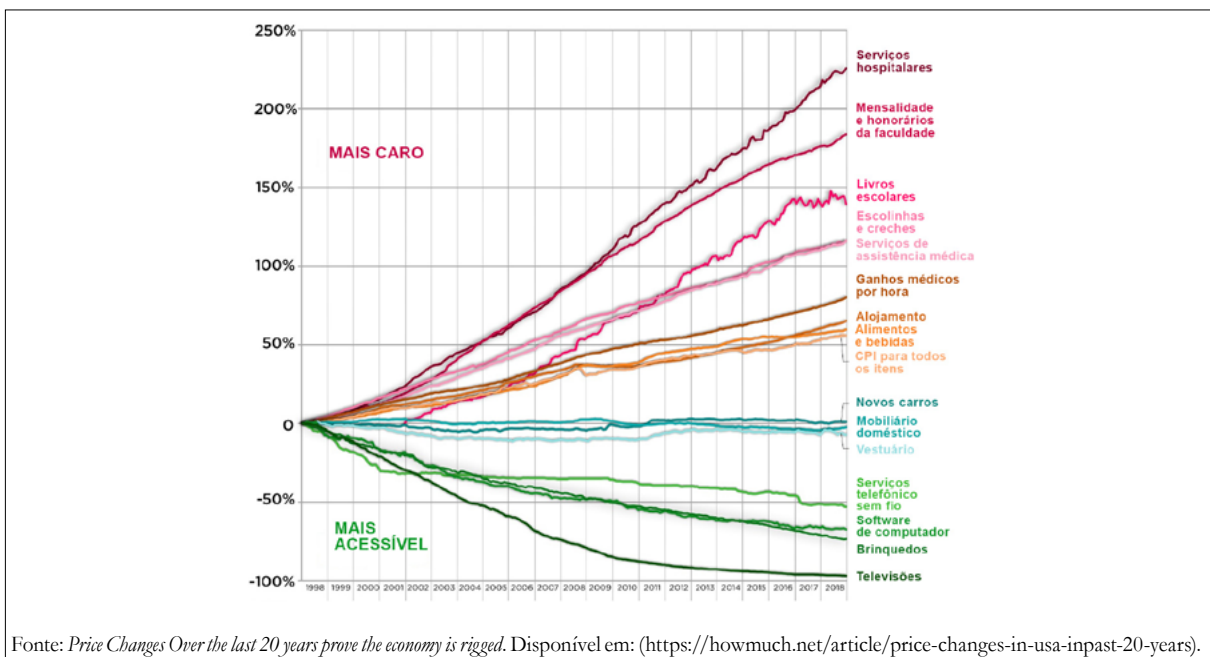


Figura 2. 20 anos de mudanças de preços nos Estados Unidos. Bens e serviços de consumidores selecionados, salário (jan./1998 a dez./2018).

A inovação necessária

A atenção deve ser organizada de maneira integrada, e os cuidados precisam ser coordenados ao longo do percurso assistencial, em uma lógica de rede, desde a entrada no sistema até os cuidados ao fim da vida¹³. Os adequados modelos de atenção à saúde para idosos apresentam uma proposta de linha de cuidados com foco em ações de educação, promoção da saúde, prevenção de doenças evitáveis, postergação de moléstias, cuidado precoce e reabilitação¹⁴. O modelo deve ser baseado na identificação precoce dos riscos de fragilização do usuário. Uma vez identificado o risco, a prioridade é intervir antes que o agravo ocorra, reduzindo o impacto das condições crônicas na funcionalidade – a ideia é monitorar a saúde, não a doença. Assim, a melhor estratégia para um cuidado adequado é utilizar a lógica de permanente acompanhamento, variando apenas os níveis, a intensidade e o cenário da intervenção¹⁵.

Existe a compreensão geral de que o cuidado ao idoso ultrapassa a saúde. Além do diagnóstico e da prescrição, a participação social, as atividades físicas e mentais são elementos importantíssimos para a manutenção da capacidade funcional. Mas ainda há, principalmente na saúde suplementar, muita dificuldade de entender essas ações como parte integrante do cuidado – uma tendência a separar ações “sociais” de ações “curativas”. Também é de fundamental importância, sobretudo nos dias atuais, que as informações de qualidade e os prontuários eletrônicos registrem tanto as ações clínicas como as “sociais”. E que esse registro esteja disponível na nuvem, acessível pelo celular, para que médicos e demais profissionais de saúde possam monitorar o cliente a qualquer momento.

Quanto ao modelo de remuneração dos profissionais de saúde, por que não adotar o pagamento por desempenho? Associar resultados à forma de remuneração é um poderoso instrumento indutor de qualidade assistencial. E o modelo deve, necessariamente, ser do tipo ganha-ganha, em que todos os envolvidos sejam beneficiados, sobretudo o próprio paciente.

Para pôr em prática as ações necessárias para um envelhecimento saudável e com qualidade de vida,

é preciso repensar e redesenhar o cuidado ao idoso com foco nesse indivíduo e em suas particularidades. Isso trará benefícios, qualidade e sustentabilidade não somente para a população idosa, mas para o sistema de saúde brasileiro como um todo⁵. É momento de mostrar competência para arregimentar esforços que transformem a teoria em um modelo de saúde de qualidade universal. Não se deseja a fragmentação do SUS ou o aumento do número de falências entre as empresas de assistência médica privada.

O desafio é que esse novo modelo assistencial seja aceito pelo cliente, pois a confiança é fator indispensável para que o processo ocorra conforme previsto – e não se pode pedir que alguém confie em algo que desconhece. Não adianta afirmar que esse modelo é o melhor se ele não for praticado pelos serviços de saúde suplementar. A sociedade precisa conhecer essa proposta amplamente para se convencer de seus benefícios¹⁶. Do contrário, continuará optando pelo “canto da sereia” do excesso e do consumo, que oneram o sistema, geram custos cada vez mais altos e inviabilizam a assistência no longo prazo.

A coordenação de cuidado bem executada

Apresenta-se, a seguir, a experiência bem-sucedida de uma operadora de saúde em duas de suas unidades na cidade do Rio de Janeiro. O estudo se concentra em alguns indicadores de desempenho da empresa, que tem um programa específico para a população idosa e vem colhendo excelentes resultados.

Uma parte dos profissionais de saúde e, principalmente, dos clientes, resistiu à mudança da lógica assistencial, pois não aceitava contar com poucos médicos. Após o primeiro ano da implantação do novo modelo, no entanto, o quadro mudou. Neste estudo, é apresentada a análise de um período de 12 meses – março de 2018 a fevereiro de 2019 – como forma de demonstrar que é possível mudar para obter melhores resultados e gerar fidelização.

O programa de geriatria e gerontologia conta com duas unidades na cidade do Rio de Janeiro, nos bairros de Copacabana e Tijuca, locais de grande proporção de idosos. O atendimento é prestado por médicos generalistas e geriatras, além de equipe

multiprofissional especializada (enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais).

Em seu quinto ano de funcionamento, o programa está estruturado em um modelo de atendimento que privilegia a assistência integral e a prevenção por meio de monitoramento contínuo das condições de saúde dos associados e coordenação de cuidados em todas as instâncias de atenção. Trabalhou-se nesse levantamento com os números totais das unidades, sem distinção de local, pois o modelo praticado é exatamente igual em ambas unidades.

A operadora de saúde atende associados a partir dos 40 anos, porém a concentração maior de participantes está na faixa dos 60 aos 79, com 76,7% da clientela. A média etária dos participantes desse programa dessa operadora de saúde é de 69,1 anos. São aceitos associados com doenças crônicas, hábitos de vida não saudáveis ou com predisposição para tais patologias. A porta de entrada é feita por busca ativa, demanda espontânea, indicação médica e desospitalização.

A centralidade desse modelo se dá por intermédio do médico gestor ou médico assistente, profissional que conduz o processo. Caso precise de um parecer ou considere ser necessária a intervenção de outro colega, este encaminhará o cliente a um especialista. A condução do caso, porém, é de sua responsabilidade. Após a consulta com o especialista, tudo será registrado no prontuário único do paciente, que retornará ao médico assistente.

O programa tem como base uma dupla formada por médico generalista (geriatra qualificado) e enfermeiro. Juntos, eles têm a responsabilidade de acompanhar a saúde de cerca de 360 pacientes. O médico, que trabalha 20 horas por semana, faz a gestão clínica; o enfermeiro, a coordenação de cuidados, monitorando as condições de saúde da sua carteira e consolidando o papel de referência por meio do acolhimento e do fortalecimento de vínculo.

A proposta de acolher, acompanhar e dar apoio à saúde dentro de um conceito amplo que considere a estabilização clínica um objetivo constante é uma das premissas do programa. A eficácia é atestada pelos

resultados financeiros obtidos, o que só é possível com a grande adesão dos participantes, que percebem um cuidado mais intenso.

Nessas unidades de saúde, um espaço importante é o centro de convivência, que desempenha papel fundamental para sua caracterização como local de integração de várias ações de promoção, prevenção e educação. São encontros e interações mediados por intenções pedagógicas voltadas para a pessoa idosa, como oficinas de saúde, grupos terapêuticos, ioga, dança de salão, grupos de psicologia, nutrição, canto, orientação postural, fortalecimento pélvico e muscular, com participação dos profissionais da equipe multidisciplinar. É um conjunto de profissionais de diferentes formações contribuindo com ferramentas específicas de sua área de saber e atuação. O objetivo é reduzir os problemas de solidão dos idosos, melhorar seu contato social e desenvolver novas capacidades em idade mais avançada, pois é um espaço estimulante para troca de experiências, mediado por uma instância pedagógica.

O ingresso

Quando existe interesse em ingressar no programa, é agendada uma entrevista inicial com a equipe de gestão. Nesse momento são descritas as premissas básicas, como a linha única de cuidado médico, a importância da assiduidade às consultas independentemente de sintomatologia ou doença ativa instalada e o processo de monitoramento.

Inicialmente, é feita a avaliação funcional do idoso utilizando a ferramenta Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20), para estratificação de risco de fragilidade. Ao longo do processo, também são utilizadas outras escalas, como a escala de Atividades Básicas de Vida Diária (escala de Katz), escala de Depressão Geriátrica (escala de Yesavage) e escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária (escala de Lawton)¹⁷⁻¹⁹. Após essa avaliação, a dupla formada por geriatra e enfermeiro define um plano terapêutico individual com periodicidade de consultas, encaminhamento para equipe multidisciplinar e centro de convivência e, se for o caso, avaliação de especialistas médicos.

Para o sucesso do modelo, é fundamental que o cliente seja informado sobre seus diferenciais: integralidade, acompanhamento individualizado de médico assistente e enfermeira, avaliações constantes, apoio de uma equipe de saúde e atenção global do cuidado. O programa está inserido em uma plataforma de prevenção que contempla projetos de cuidados paliativos, assistência domiciliar em vários níveis, acolhimento e assistência hospitalar direcionada, que é a rede de médicos internistas própria da operadora para acompanhar os associados em determinados hospitais onde existem leitos exclusivos.

Ao monitorar a saúde em vez da doença, o modelo direciona o investimento dos recursos do sistema para uma intervenção precoce, o que resulta em chances mais generosas de reabilitação e redução do impacto na funcionalidade.

Remuneração dos médicos

O pagamento por desempenho foi instituído pela operadora para esse programa específico e estabelece níveis de bônus que podem chegar a 30% a mais na remuneração por trimestre. A cada três meses, é feita uma avaliação do desempenho do profissional a partir de indicadores previamente determinados. Cada ponto obtido agrega um bônus de 5% do salário.

Um dos itens de avaliação é o percentual de atendimentos da carteira do médico a cada trimestre. Considerando que existe a necessidade de quatro consultas médicas/ano como premissa do programa, é exigida uma consulta por trimestre para a totalidade dos clientes vinculados ao médico. Ou seja: todos os clientes do programa são atendidos pelo seu médico quatro vezes ao ano. As situações de não atendimento são analisadas caso a caso.

São pré-requisitos da bonificação a assiduidade e a pontualidade, fundamentais para a garantia do quantitativo de consultas – fator de qualidade do funcionamento do serviço. Outra exigência para participar do programa de pontuação é o registro adequado das informações e eventuais internações no prontuário eletrônico dos participantes. O controle rígido pela equipe determina o sucesso econômico-financeiro de qualquer iniciativa ou projeto.

A bonificação foi estabelecida, inicialmente, apenas para os médicos geriatras, mas o sucesso dessa modalidade de pagamento foi tão expressivo que a empresa decidiu estender o benefício a toda a equipe de saúde. Os itens escolhidos para o estabelecimento de critérios de remuneração diferenciada por desempenho estão relacionados aos princípios teóricos que norteiam as ações desenvolvidas. Como premissas estabelecidas, esses indicadores são constantemente avaliados.

Uma pesquisa de satisfação da clientela nos moldes da metodologia do *Net Promoter Score* (NPS) que é uma metodologia criada nos EUA, com o objetivo de realizar a mensuração do Grau de Lealdade dos Consumidores de qualquer tipo de empresa. Sua ampla utilização se deve a simplicidade, flexibilidade e confiabilidade da metodologia, essa metodologia é realizada continuamente nas unidades de saúde da operadora. Uma das questões é uma avaliação da satisfação do cliente com seu médico. Nesta operadora, todos os médicos do programa são geriatras com, no mínimo, uma pós-graduação. É uma exigência, pois a excelência profissional é fundamental para o sucesso.

Outro princípio básico é a resolutividade do médico geriatra. De acordo com estudos internacionais⁷, o médico generalista pode resolver de 85% a 95% das situações clínicas da clientela. Os encaminhamentos para especialidades clínicas são exceção. Se o médico encaminhar até 15% dos clientes da sua carteira no trimestre, estará demonstrada uma boa capacidade resolutiva, merecedora de pontuação.

A circulação dos usuários do programa pela equipe multidisciplinar e pelo centro de convivência determina o vínculo do cliente e a resolutividade. Com isso, foi incluído um item que avalia a participação dos associados de cada carteira médica em consultas com os gerontólogos da equipe e nas atividades coletivas do centro de convivência, valendo pontos para a bonificação.

A sinistralidade é o principal indicador econômico-financeiro estabelecido para avaliação do programa, razão pela qual foi conferido um peso maior a este item, podendo o médico ganhar até dois pontos na avaliação de sua performance. Analisando o histórico

recente dos resultados, foram estabelecidas metas ousadas para pontuação. Apesar de haver rigidez maior nessa avaliação, o que está sendo exigido já vem acontecendo, sendo justo o estímulo aos profissionais dentro da premissa de ganha-ganha.

Pontuação para a bonificação

Os itens da carteira de cada médico avaliados trimestralmente são os seguintes:

1. Percentual de atendimento
 - a. Atendimento de 100% da carteira no trimestre (1 ponto).
 - b. Atendimento de 90% a 99% (sem pontuação).
 - c. Atendimento abaixo de 90% (menos 1 ponto).
2. Pesquisa de satisfação do cliente (acima de 90%, 1 ponto).
3. Resolutividade do médico
 - a. Utilização da rede para menos de 15% dos casos (1 ponto).
 - b. Utilização da rede de 80% a 85% (sem pontuação).
 - c. Utilização da rede abaixo de 80% (menos 1 ponto).
4. Participação nas atividades do centro de convivência, nas oficinas/equipe multidisciplinar.
 - a. Acima de 20% dos clientes da carteira (1 ponto).
 - b. De 10 a 19% (sem pontuação).
 - c. Abaixo de 10% (menos 1 ponto).
5. Sinistralidade da carteira
 - a. Abaixo de 70% (2 pontos).
 - b. De 70% a 79% (1 ponto).
 - c. De 80% a 99% (sem pontuação).
 - d. 100% (menos 1 ponto).

Por questões de privacidade, não foram apresentados os resultados das bonificações dos médicos. Como informação geral, no entanto, consta que todos os médicos do programa foram bonificados em todas as avaliações trimestrais. A variação se deu no valor do ganho, pois o percentual de alguns foi superior ao de outros.

Transição do cuidado – hospitalizações

Um dos principais fatores para o controle de custos dos associados nesse programa é o acompanhamento em cada instância de cuidado. O paciente não tem uma lacuna na atenção quando é encaminhado à rede assistencial, quando necessita de cuidados terciários ou de atenção em nível hospitalar.

A transição entre as instâncias é acompanhada pela equipe de gestão, que preza pela fluidez no fluxo de informações, aproximando os profissionais assistentes e buscando preservar o princípio da direção predominante da dupla formada por médico geriatra e enfermeiro.

O controle das hospitalizações se dá por intermédio de fluxo determinado com o objetivo de assistir o cliente, garantindo que os responsáveis pelo atendimento conheçam seu histórico clínico e de tratamento, além do entendimento de que essa pessoa tem um acompanhamento frequente e deve retornar à sua equipe de saúde quando o período de agravamento clínico for superado.

Em caso de internação, o monitoramento do paciente é feito diariamente por duas vertentes. Em uma delas, o enfermeiro mantém contato com a família para dar apoio, esclarecimento ou identificar necessidades (do paciente ou da própria família). A outra vertente envolve o gestor de prevenção, que atua como elo entre ambulatório e hospital, fazendo acompanhamento diário com o médico assistente hospitalar. Nos hospitais onde existe a figura do médico internista (68% das internações do programa), esse contato é facilitado e direto. Nos demais existe o apoio dos médicos auditores ou da equipe assistente.

Com esse objetivo sendo cumprido, nos momentos em que o idoso necessita de hospitalização ela ocorre em tempo menor, evitando procedimentos desnecessários ou internações em setores de terapia intensiva, garantindo direcionamento pós-alta para a instância leve, sem necessidade de consulta a vários especialistas. Tudo converge para uma qualidade assistencial superior e com significativa redução de custos, impactando positivamente a sinistralidade desse grupo de pacientes.

RESULTADOS

Os resultados da operadora estudada são bastantes expressivos e demonstram o êxito do modelo. A sinistralidade vem decrescendo continuamente. Em seu primeiro ano, a operadora teve prejuízo, pois a sinistralidade foi de 108,20%, refletindo o período em que todos os clientes ainda praticavam uma medicina inadequada, de muitos médicos e hospitais. Mas a partir do segundo ano, os números melhoraram e bons resultados foram obtidos nos anos subsequentes, chegando à impressionante marca de 56,6% neste último (figura 3).

A sinistralidade no ano de 2018 foi de 61,8%. A figura 4 mostra o desempenho mês a mês.

Os resultados da sinistralidade do programa no último ano estão abaixo da expectativa para uma faixa etária de 60 anos ou mais.

Outro indicador que demonstra excelentes resultados é o de internação hospitalar. Nas duas unidades da operadora, há 1.832 associados. Nos últimos 12 meses, houve 238 internações, totalizando 1.160 dias – 4,9 dias de tempo médio de permanência na unidade hospitalar. A média mensal foi de 19 internações e a taxa de hospitalização por 100 habitantes foi de 12,99 – ou 129,90 por mil associados.

Foram comparados os números da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sobre internações hospitalares de beneficiários das várias modalidades de operadoras de saúde brasileiras. Em vários anos e em todas as comparações, os números da empresa estudada foram superiores²⁰.

Deve-se considerar, ainda, que os dados da ANS compreendem participantes de todas as faixas etárias, ao passo que o programa da operadora estudada trabalha majoritariamente com idosos. Seria, portanto, natural imaginar que os números da ANS, por incluírem uma significativa parcela de adultos jovens e crianças, fossem melhores (figura 5).

A figura 6 mostra a comparação da taxa de internação por mil beneficiários do Programa estudado com operadoras de Autogestão, e também com a média de todas as operadoras de saúde em 2015, 2016 e 2017. O grupo Programa é resultado da operadora estudada, segue com o grupo Autogestões, e todas as operadoras de saúde para os anos estudados.

A análise da taxa de internação mensal do Programa indica que não há variação grande no número de internações ao longo do tempo, demonstrando estabilidade determinada pelo controle estabelecido pelo acompanhamento contínuo e monitoramento efetivo.

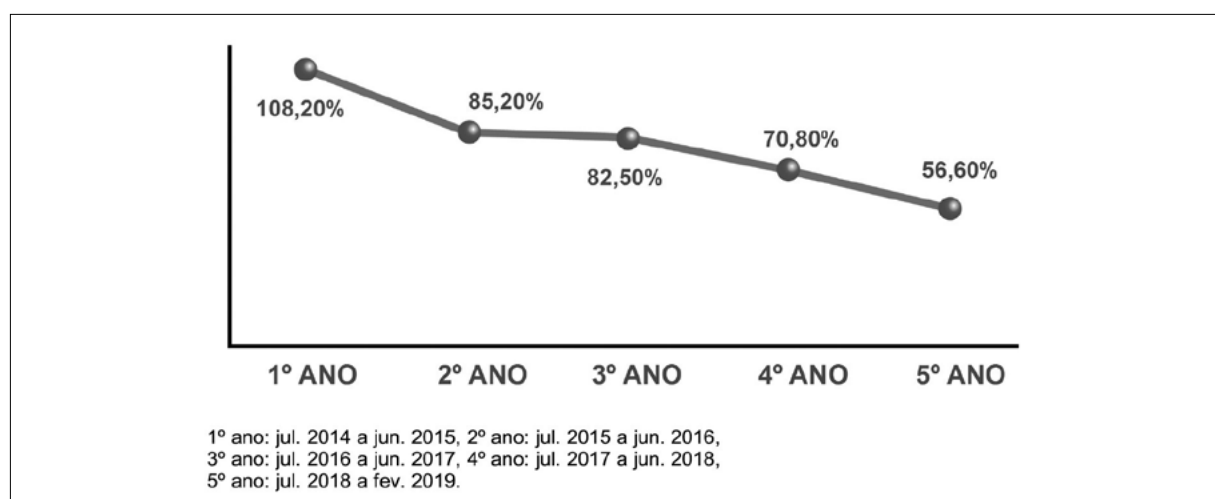


Figura 3. Sinistralidade nos últimos cinco anos.

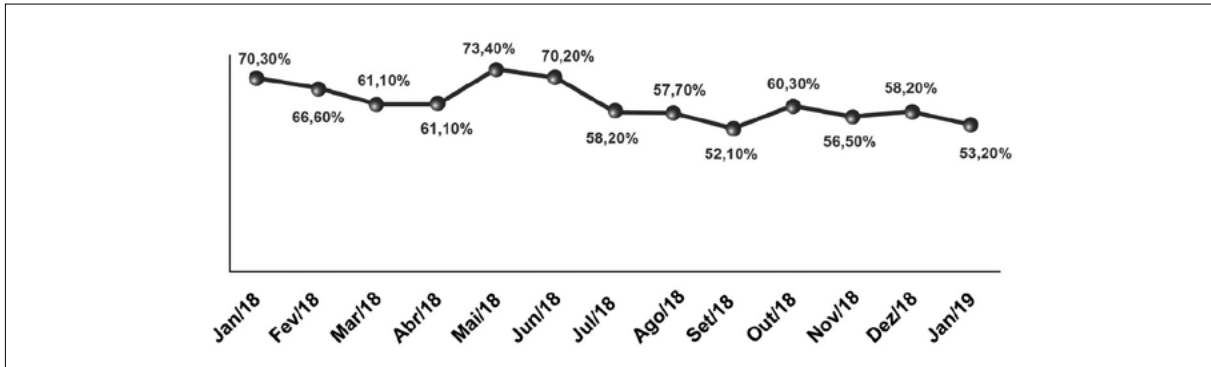


Figura 4. Sinistralidade mês a mês 2018-2019.

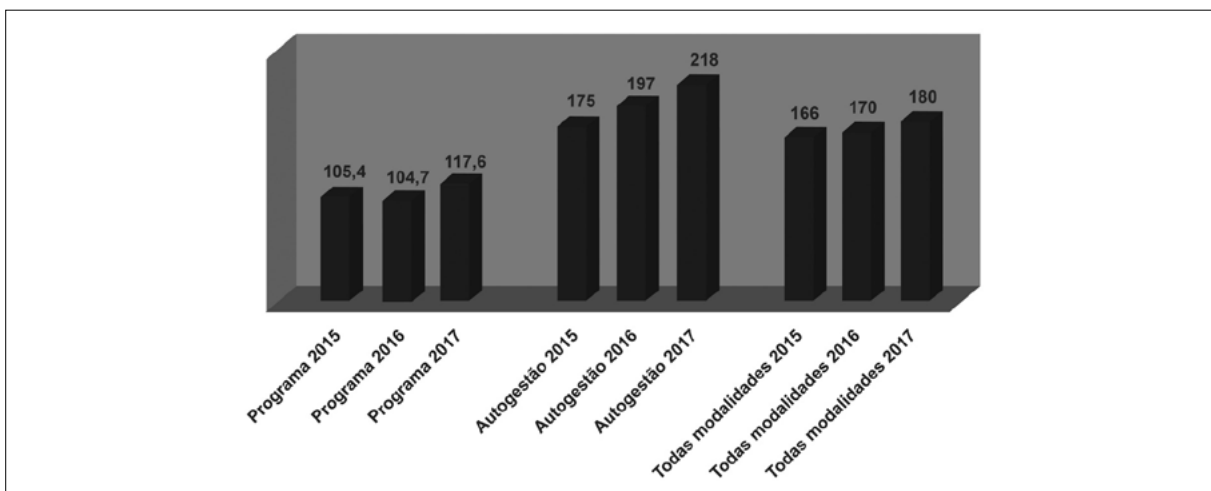


Figura 5. Taxa de internação pelos grupos estudados.

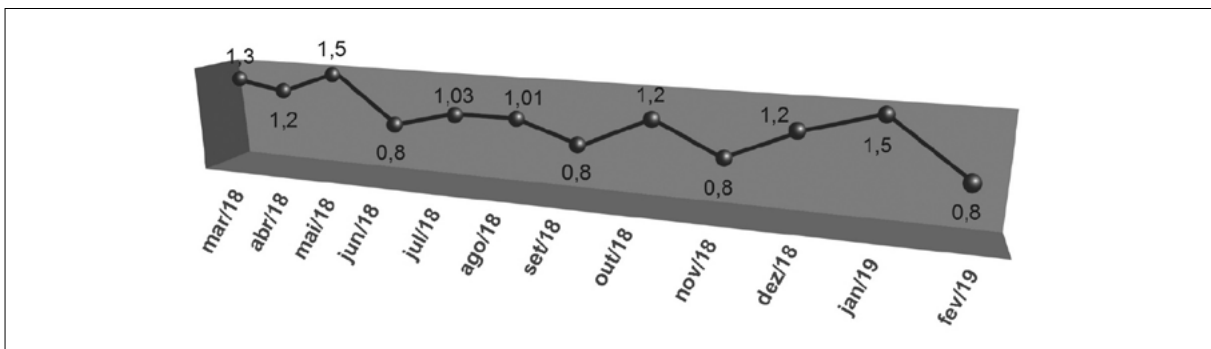


Figura 6. Percentual de internação por 100 associados inscritos.

A importância da coordenação dos cuidados

Existem algumas sugestões de modelos de linhas de cuidado. O importante é que cada instituição de saúde tenha conhecimento de sua carteira, seu perfil e necessidades, de modo a organizar da melhor forma sua prestação de serviços.

O modelo desta operadora corrobora estudos que sugerem a implantação da coordenação dos cuidados. Considerar o hospital como local privilegiado da cura é um erro conceitual, pois deve haver várias instâncias de cuidado anteriores. No caso de pessoas idosas, a internação deve ocorrer somente no momento agudo da doença crônica e pelo menor tempo possível ou em urgências. A porta de entrada no sistema deve ser o local facilitador para o cliente e sua família se sentirem protegidos e amparados. Acolher é fundamental para quem chega e um estímulo para desenvolver confiança e se fidelizar.

Outro aspecto importante é a ênfase para que os clientes participem das atividades do centro de convivência. Os dados demonstram o efeito positivo na redução do encaminhamento para os médicos especialistas. Além do mais, os profissionais que comandam as atividades são identificados como membros da equipe e, portanto, possuem alta credibilidade entre os clientes. Evidenciou-se, ainda, a importância de um bom sistema de informação e do uso das novas tecnologias para um contato mais frequente com a clientela. Sem boa informação, não há monitoramento.

Por questões éticas, foi preservado o nome da operadora de saúde, que autorizou o uso dos dados e das informações aqui apresentados mediante solicitação prévia. Apesar de os resultados apresentados se referirem a uma operadora de saúde, como se trata de um modelo assistencial,

a proposta deste artigo pode ser perfeitamente aplicada no serviço público. Com a justificativa de que bons modelos assistenciais da saúde deveriam ser praticados tanto no SUS quanto no setor privado, o bom modelo deve ser utilizado pela população brasileira sem distinção, seja ele público ou privado.

CONCLUSÃO

Em síntese, um modelo de atenção à saúde do idoso que se pretenda eficiente deve aplicar todos os níveis de cuidado: um fluxo bem desenhado de ações de educação, promoção da saúde, prevenção de doenças evitáveis, postergação de moléstias e reabilitação de agravos. Tem início na captação e no acolhimento, e somente se encerra nos momentos finais da vida, na unidade de cuidados paliativos.

Para reorientar a atenção à saúde da população idosa e construir uma organização no setor que permita melhores resultados assistenciais e econômico-financeiros, basta que todos os envolvidos se percebam responsáveis pelas mudanças e se permitam inovar – o que, em muitas situações, significa resgatar cuidados e valores mais simples, que se perderam dentro do sistema de saúde brasileiro.

Não se nega a importância das instâncias pesadas de cuidado, e é sabido que sempre haverá necessidade de bons hospitais. O que não é razoável é transformar os hospitais em porta de entrada do sistema de saúde.

É fundamental incluir o debate sobre curar e cuidar nas discussões sobre a formação profissional e a organização dos serviços. Essa transformação fará grande diferença neste momento de envelhecimento populacional, pois é possível envelhecer com sustentabilidade, saúde estabilizada e qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. Veras RP, Estevam AA. Modelo de atenção à saúde do idoso: a ênfase sobre o primeiro nível de atenção. In: Lozer AC et al. (Orgs.). Conhecimento técnico-científico para qualificação da saúde suplementar. Brasília, DF: OPAS; 2015. p. 73-84.
2. Szwarcwald CL et al. Percepção da população brasileira sobre a assistência prestada pelo médico. Cienc Saúde Colet. 2016;21(2):339-50.
3. Veras RP, Oliveira MR. Linha de cuidado para o idoso: detalhando o modelo. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2016;19(6):887-905.

4. Carvalho VKS, Marques CP, Silva EN. A contribuição do Programa Mais Médicos: análise a partir das recomendações da OMS para provimento de médicos. *Cienc Saúde Colet.*, v. 21, n. 9, p. 2773-84, 2016.
5. Veras RP, Oliveira MR. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. *Cienc Saúde Colet.* 2018;23(6):1929-36.
6. Veras RP. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. *Cienc Saúde Colet.* 2012;17(1):231-238.
7. Tanaka OU, Oliveira VE. Reforma(s) e estruturação do sistema de saúde britânico: lições para o SUS. *Saúde soc.* 2007;16(1):7-17.
8. Oliveira MR, et al. A mudança de modelo assistencial de cuidado ao idoso na Saúde Suplementar: identificação de seus pontos-chave e obstáculos para implementação. *Physis: Revista de Saúde Coletiva.* 2016; 26(4):1383-94.
9. Silva AMM et al. Uso de serviços de saúde por idosos brasileiros com e sem limitação funcional. *Rev Saúde Pública.* 2017;51(supl):1-10.
10. Oliveira MR, Veras RP, Cordeiro HA. Supplementary Health and aging after 19 years of regulation: where are we now? *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2017;20(5):624-33.
11. Veras RP. Caring Senior: um modelo brasileiro de saúde com ênfase nas instâncias leves de cuidado. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2018;21(3):1-7.
12. Figueiredo JO, Prado NMBL, Medina MG, Paim JS. Gastos público e privado com saúde no Brasil e países selecionados. *Saúde em Debate.* 2018;42(esp2):37-47.
13. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
14. Oliveira MR, et al. Idoso na saúde suplementar: uma urgência para a saúde da sociedade e para a sustentabilidade do setor. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2016.
15. Veras RP et al. Integração e continuidade do cuidado em modelos de rede de atenção à saúde para idosos frágeis. *Rev Saúde Pública.* 2014;48(2):357-365.
16. Moraes EM. Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais. Brasília, DF: OPAS; 2012.
17. Lourenço R, Perez M, Sanchez MA. Escalas de Avaliação Geriátrica. In: Freitas EV, et al. (Org.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
18. Moraes EM, Lanna FM. Avaliação Multidimensional do Idoso. Belo Horizonte: Folium; 2014.
19. Moraes EM; et al. Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil. *Rev. Saúde Pública.* 2016;50:81.
20. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Mapa assistencial da saúde suplementar de 2016. Rio de Janeiro: ANS; 2017.