



CUIDADOS DE TRANSIÇÃO E CASE MANAGEMENT

Construindo pontes para uma visão global da assistência

Objetivo

Com custos crescentes, que nem sempre se refletem em melhor desempenho clínico, a Saúde se aproxima de um momento de virada. A mudança no perfil epidemiológico, que demanda cuidados contínuos para tratar condições crônicas, em oposição à assistência emergencial para atacar casos agudos, exigirá uma mudança nas redes de atendimento. Nesse contexto, os cuidados de transição, abordados nesse ebook, surgem como uma ponte para uma nova estratégia de cuidado, mais holística e centrada no paciente, como forma de reduzir custos e melhorar os resultados assistenciais.

Sobre o GRUPO GERIATRICS:

Garantimos a excelência de nossas ações através de um rigoroso processo de seleção e contratação de profissionais com formação adequada. A ética, a competência técnica e a visão humanística na assistência aos pacientes são os pilares da qualificação dos serviços prestados pelo **GRUPO GERIATRICS**.

A flexibilidade do serviço transparece na adequação das resoluções, seja pela mudança nas necessidades dos clientes, ou pelas prioridades de processos ou quantidades. O custo é sempre analisado em relação a sua efetividade, levando em consideração o contexto da empresa contratante como um todo, permitindo a comparação do não gasto e a satisfação das pessoas assistidas.

Como interagir com este eBook?

-  Sumário
-  Informações
-  eBooks Geriatrics
-  Vídeo
-  Documentos
-  Imprimir
-  Compartilhar
-  Link externo

Oferecimento:



Produção:



SUMÁRIO

1. Uma nova demanda por serviços de saúde	4
2. Velhas soluções para novos problemas	5
3. Alternativas às redes de atenção fragmentadas	6
3.1. Case Management	6
3.2. Cuidados de Transição	7
4. Casos de sucesso	8
5. “Precisamos romper o ciclo de agudização”	9
6. Gerenciamento de casos: o impacto na redução da internação	11
7. Fontes	13



1. Uma nova demanda por serviços de saúde

Em todo o mundo, os sistemas de saúde vivem um momento de transição. Preparados para tratar doenças transmissíveis e casos agudos, deparam-se agora com uma mudança de perfil epidemiológico, com pacientes mais idosos, portadores de doenças crônicas e comorbidades.

Em levantamento, a edição de 2015 do Observatório da Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp) já mostra os primeiros impactos da transição demográfica, com um crescimento mais acelerado do número de idosos se comparado ao aumento da população economicamente ativa (PEA). Na Saúde Suplementar, os idosos são 12% dos beneficiários de planos de saúde e essa proporção tem crescido 5% ao ano. A PEA representa 75% dos beneficiários e a taxa de crescimento médio é de 4% ao ano – um ponto percentual abaixo do outro grupo.

A cobertura dos planos de saúde já é igual para pessoas com mais de 80 anos e para as que estão na faixa de 30 a 39 anos, que costumam ter o benefício relacionado à empresa em que trabalham (34%).

Além dos fatores demográficos, questões econômicas, sociais, culturais e ambientais estão modificando o consumo dos serviços de saúde e levando à expansão de doenças crônicas não transmissíveis, como problemas cardiovasculares, cânceres, diabetes, dificuldades respiratórias e neuropsiquiátricas. Entre elas estão a obesidade, tabagismo, consumo abusivo de álcool, baixo consumo de frutas e verduras e sedentarismo.

Essas condições têm respondido por um número elevado de mortes antes dos 70 anos e exercem pressão sobre os serviços de saúde, pelo aumento das taxas médias de permanência, crescimento do número de pacientes residentes (mais de 90 dias) e aumento do consumo de materiais e medicamentos. A frequência de internação também sobe, passando de 16 hospitalizações para cada 100 beneficiários na faixa etária de 19 a 28 anos, para 40/100 na faixa de 59 anos ou mais. Com isso, o gasto médio por internação nessa última faixa chega a R\$ 5.372.

A Anahp identificou também, entre seus associados, que quanto mais tempo o paciente permanece internado, mais elevado é o risco de infecções e reinternações, especialmente no caso dos idosos. Na faixa etária de 15 a 29 anos, o tempo médio de permanência foi de 3,2 dias e, na faixa acima de 90 anos, 13,4 dias. Com isso, observou-se aumento da participação das internações sobre o total de despesas assistenciais: 50,3% em 2013, somando R\$ 46,3 bilhões, ante 49,5% em 2012, equivalente a R\$ 37,6 bilhões.

“É essencial que o setor de saúde acompanhe essa tendência e desenvolva mecanismos para oferecer tratamento adequado a esse novo perfil de paciente, o que envolve investimento em promoção e prevenção e incentivo à desospitalização, tendo como principal alternativa a internação domiciliar”, conclui a publicação.



A cobertura dos planos de saúde já é **igual para pessoas com mais de 80 anos e para as que estão na faixa de 30 a 39 anos**, que costumam ter o benefício relacionado à empresa em que trabalham (34%)



2. Velhas soluções para novos problemas

Em artigo publicado na Revista Ciência e Saúde Coletiva, o consultor Eugênio Vilaça Mendes, ex-secretário adjunto de Estado de Saúde de Minas Gerais e consultor da Organização Pan-Americana de Saúde, alerta para a tripla carga de doenças vivida atualmente, definida por uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; as doenças crônicas e seus fatores de riscos, como o tabagismo, o sobrepeso, a obesidade, a inatividade física, o estresse e a alimentação inadequada; e o forte crescimento das causas externas (não-naturais). O pesquisador aponta que 14,7% da carga de doenças está relacionada a patologias parasitárias e desnutrição; 10,2%, a causas externas; 8,8%, a condições maternas e perinatais e 66,3%, a doenças crônicas.

Apesar da maioria das condições tratadas ser crônica, os sistemas de saúde ainda são fragmentados, organizados hierarquicamente, centrados no médico, sem continuidade da atenção e com pagamento por procedimentos realizados. Foram pensados para atender pacientes agudos, que entram com indicação ambulatorial, pelo pronto-atendimento ou diretamente pelo hospital, com usuários passivos, num sistema reativo à demanda e com ênfase em cura e reabilitação.

“Os sistemas fragmentados têm sido um desastre sanitário e econômico em todo o mundo”, constata Vilaça Mendes. Ele cita como exemplo uma pesquisa da Fiocruz da Bahia e da Unifesp, que evidenciou que apenas 10% dos portadores de diabetes tipo 1 e 25% do tipo 2 estavam com os níveis glicêmicos controlados. Além disso, 45% dos examinados apresentavam sinais de retinopatias, 44%, de neuropatias e 16%, de alterações renais. Nos Estados Unidos, a carga econômica da doença é de US\$ 90 bilhões, também com desempenho assistencial negativo.



informações

Características dos sistemas fragmentados de atenção à saúde

- Organizados por componentes isolados
- Orientados para a atenção às condições agudas e para as agudizações das condições crônicas
- Voltados para indivíduos
- Os sujeitos são os pacientes
- Reatividade
- Ênfase nas ações curativas e reabilitadoras
- Sistemas de entrada aberta e sem coordenação da atenção pela Atenção Primária à Saúde (APS)
- Ênfase no cuidado profissional
- Gestão da oferta
- Pagamento por procedimentos



Vilaça Mendes, que também é autor do livro *Redes de Atenção à Saúde*, afirma que esses sistemas fragmentados resultam em complicações potencialmente evitáveis, e cita um dado do Prometheus Payment, projeto ligado à reforma dos sistemas de pagamento dos Estados Unidos: 40 centavos de cada dólar gasto com condições crônicas e 20 centavos de cada dólar gasto com condições agudas são atribuíveis às complicações potencialmente evitáveis.

Além disso, o “desalinhamento entre os objetivos do sistema de atenção à saúde e os seus mecanismos de financiamento explicam o fato de que uma grande parte dos procedimentos de saúde ofertados sejam desnecessários do ponto de vista sanitário (nos Estados Unidos esse valor varia entre 30% a 50%)”, cita em seu livro.

O consultor conclui que uma rede fragmentada leva os pacientes à morte: “o Institute of Medicine (1999) constatou que as mortes por iatrogenia [eventos adversos] médica

são a terceira causa de falecimento nos Estados Unidos e que essas mortes são, em sua grande maioria, evitáveis.(...) No Reino Unido, 1 em cada 20 pessoas usuárias dos serviços de atenção secundária sofrem danos em consequência de intervenções sanitárias, o que leva a 850 mil eventos adversos nos hospitais, por ano, e a um custo adicional de 2 bilhões de libras, por ano; metade desses eventos adversos são preveníveis.(...) Os cidadãos da União Europeia agregam 146 mil internações por ano como resultado de eventos adversos, das quais 50 mil são evitáveis.”

A raiz do problema é a falta de uma atenção contínua antes da agudização de uma condição crônica, o que impediria a evolução da doença e a necessidade de internação ou realização de procedimentos mais invasivos e que trazem mais riscos aos pacientes. “Há evidências de que 65% a 80% dos portadores de condições crônicas podem ter sua atenção à saúde centrada no autocuidado apoiado, prescindindo de uma atenção constante, focada no cuidado profissional direto.”



Vilaça Mendes é
autor do livro *Redes de Atenção à Saúde*
[Clique aqui](#)

// Os cidadãos da União Europeia agregam 146 mil internações por ano como resultado de eventos adversos, das quais 50 mil são evitáveis //

3. Alternativas às redes de atenção fragmentadas

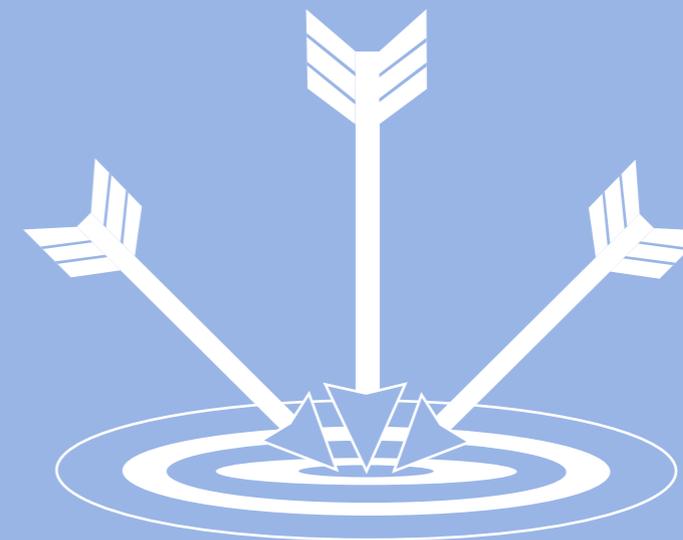
3.1. Case Management

A gestão de casos se caracteriza pela existência de uma figura profissional, que será responsável por alinhar as demandas do paciente com o que está disponível na rede, planejando o atendimento, coordenando os serviços e monitorando os resultados das intervenções. “O case management é capaz de aumentar a capacidade funcional e de preservar a autonomia individual e familiar”. É indicado para os que apresentam condições crônicas muito complexas, incluindo comorbidades; os que apresentam problemas de alta dos serviços; pacientes com baixa adesão aos tratamentos; populações vulneráveis; pessoas com problemas mentais graves ou com sucessivas readmissões hospitalares; entre outros.

A literatura disponível sobre o assunto mostra que a gestão de caso é uma ferramenta custo-efetiva, que diminui as internações hospitalares, reduz o tempo de permanência nos hospitais, reduz as emergências, redireciona o atendimento para a rede primária de serviços, melhora a atenção aos pacientes com diabetes, asma, doenças mentais, lesão medular, doenças cardiovasculares e HIV, reduz as desigualdades de acesso aos serviços e os custos com o atendimento, aumenta a satisfação dos usuários, melhora a capacidade funcional, aprimora a comunicação entre a equipe assistencial e o paciente e traz mais qualidade para a atenção à saúde.

No Brasil, as primeiras iniciativas surgiram com as operadoras privadas de planos de saúde e ainda há poucos registros de aplicação do conceito no Sistema Único de Saúde (SUS).

informações Objetivos do case management



- Advogar as necessidades das pessoas usuárias e de suas famílias;
- Aumentar a satisfação das pessoas usuárias e de suas famílias;
- Estimular a adesão aos cuidados prescritos nas diretrizes clínicas;
- Ajustar as necessidades de saúde aos serviços providos;
- Assegurar a continuidade do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde (RAS);
- Reduzir os efeitos adversos das intervenções médicas;
- Melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde e as pessoas usuárias dos serviços;
- Melhorar a comunicação e a colaboração na equipe de profissionais de saúde;
- Reduzir, sem prejuízo da qualidade, a permanência nas unidades de saúde;
- Incrementar a qualidade de vida das pessoas usuárias;
- Incrementar a autonomia das pessoas;
- Estimular o autocuidado;
- Monitorar os planos de tratamento, a reabilitação e as ações paliativas;
- Assistir às pessoas usuárias e às suas famílias para acessar o ponto de atenção à saúde adequado;
- Avaliar as altas de serviços;
- Prevenir as internações sociais.



3.2. Cuidados de Transição

Na definição da American Geriatrics Society (Sociedade Americana de Geriatria), os cuidados de transição são definidos como um conjunto de ações desenhado para garantir a coordenação e a continuidade da assistência aos pacientes que precisam ser transferidos de local ou de nível de cuidado, como hospitais, casas de repouso, a própria casa ou serviços de longa permanência, entre outros. O plano de cuidado, desenvolvido por profissionais especializados em condições crônicas, segue as metas, preferências e status clínico do paciente, e inclui arranjos logísticos, orientação ao paciente e aos familiares e coordenação do atendimento entre os profissionais envolvidos nessa transição.

O objetivo é evitar falhas na comunicação e na transição que possam levar a eventos adversos - que muitas vezes culminam na morte do paciente - e reduzir os custos com a utilização de recursos de saúde, como reinternações, por exemplo.

“O cuidado de transição de alta qualidade é importante especialmente para idosos com múltiplas condições crônicas e regimes terapêuticos complexos, bem como para os familiares cuidadores. Esses pacientes tipicamente recebem atendimento de diversos prestadores de serviços e se movimentam frequentemente entre diferentes estruturas assistenciais. Um número cada vez maior de evidências sugere que essas pessoas são particularmente vulneráveis a um desarranjo ou falhas no cuidado e, portanto, são os que mais necessitam do serviço. O manejo ruim desses idosos e de seus familiares cuidadores do hospital para a casa está relacionado a eventos adversos, baixa satisfação com o atendimento e um índice mais alto de reinternações”, diz a professora de gerontologia da Universidade da Pensilvânia, [Mary Naylor](#), em artigo para o *American Journal of Nursing* (revista científica norte-americana de enfermagem). [\[i\]](#)

Economia é de US\$ 500 por paciente

Resultados positivos já foram reportados em diversos países, entre eles, Estados Unidos e Canadá. Uma equipe multidisciplinar do Centro de Ciências da Saúde da Universidade do Colorado, em Denver (EUA), testou um programa para estimular o autocuidado e uma participação mais efetiva dos familiares na transição de um ambiente para outro e concluiu, após seis meses, que treinar pacientes e cuidadores para que sigam corretamente o tratamento e monitorem as condições de saúde levam a uma redução de custos de cerca de US\$ 500 por paciente, já que o índice de reinternação cai. Em outro grupo, monitorado por suas doenças cardíacas, a economia foi de US\$ 5 mil em 12 meses.

No Hospital Saint Joseph, em British Columbia, no Canadá, foram constatadas reduções: no tempo de permanência dos pacientes idosos nos hospitais, em caso de agudização (14 dias para os que passaram por unidades de cuidados de transição, contra 22,5 dias do grupo controle); no índice de infecções hospitalares durante a fase aguda (14% contra 33%); e nos custos (US\$ 155 por dia contra US\$ 273). Os resultados foram publicados no periódico da associação Canadian Family Physician (médicos de família do Canadá).

Apesar da economia comprovada, o modelo ainda é pouco adotado, porque os incentivos financeiros são baixos. “Um sistema que presta pouca atenção às necessidades de cuidados continuados de idosos e seus familiares cuidadores enquanto eles se movimentam entre as várias estruturas assistenciais comumente deixa falhas na assistência. Enfermeiras, assistentes sociais, médicos e outros prestadores de serviços não são adequadamente remunerados no sistema fee for service. Em vez disso, a política de remuneração favorece os hospitais por seus serviços destinados aos casos agudos. O resultado é uma transição apenas entre cuidados agudos. “Os pagadores públicos e privados precisam ser mais flexíveis no reembolso, pagando adequadamente os prestadores de serviço pela coordenação e transição dos cuidados, e desenvolver e testar incentivos que apoiem os cuidadores e melhorem a transição entre os níveis de cuidado”, conclui Naylor.

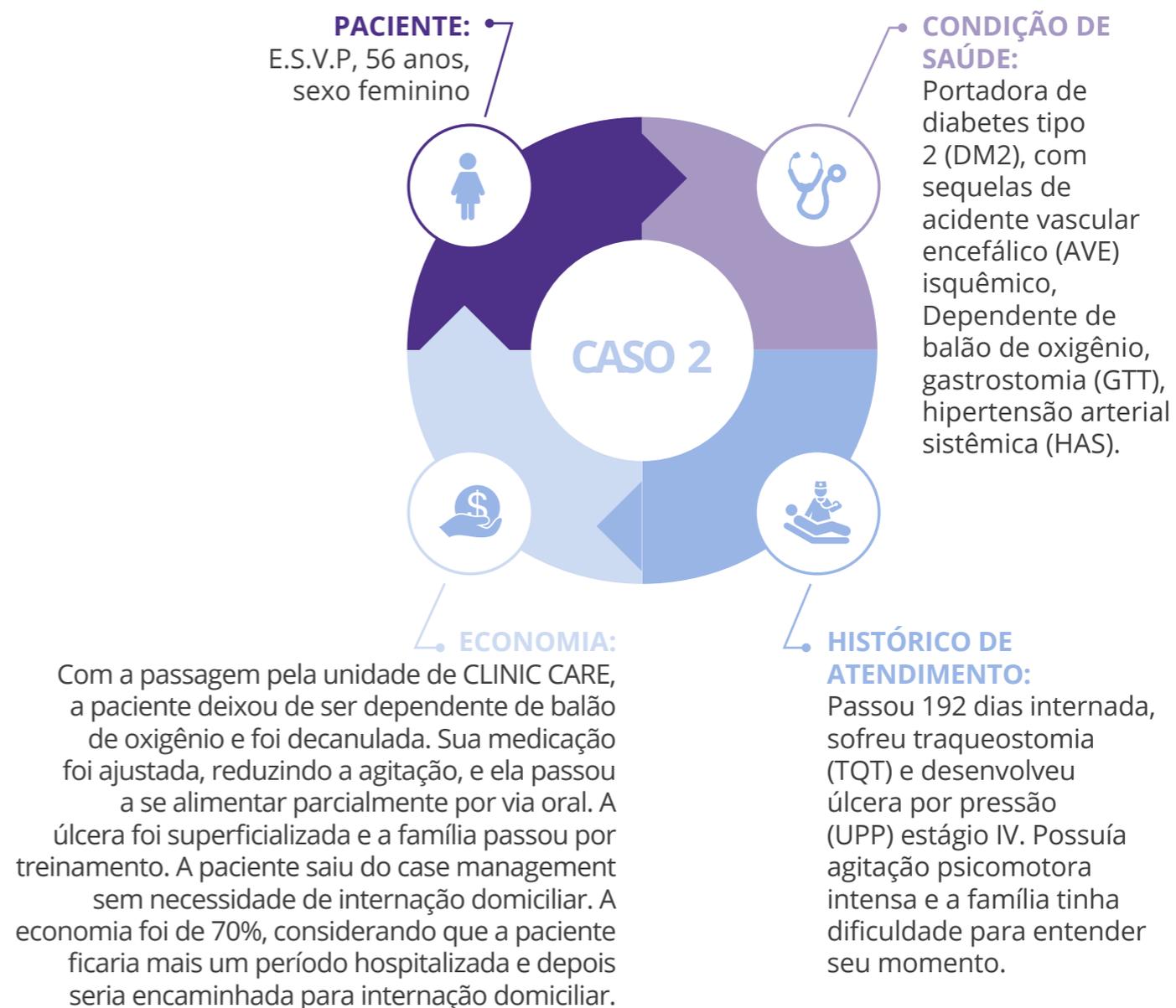
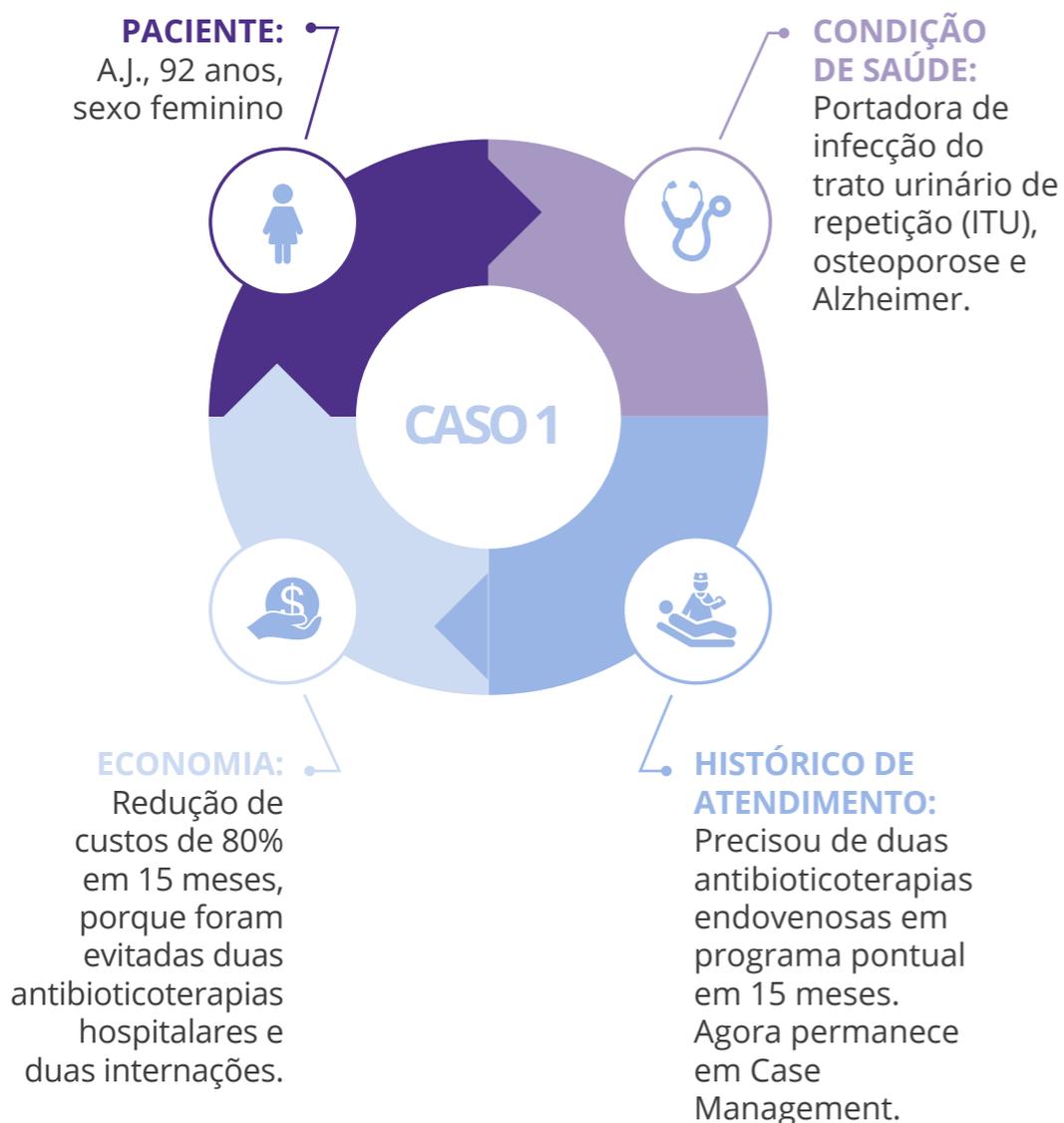


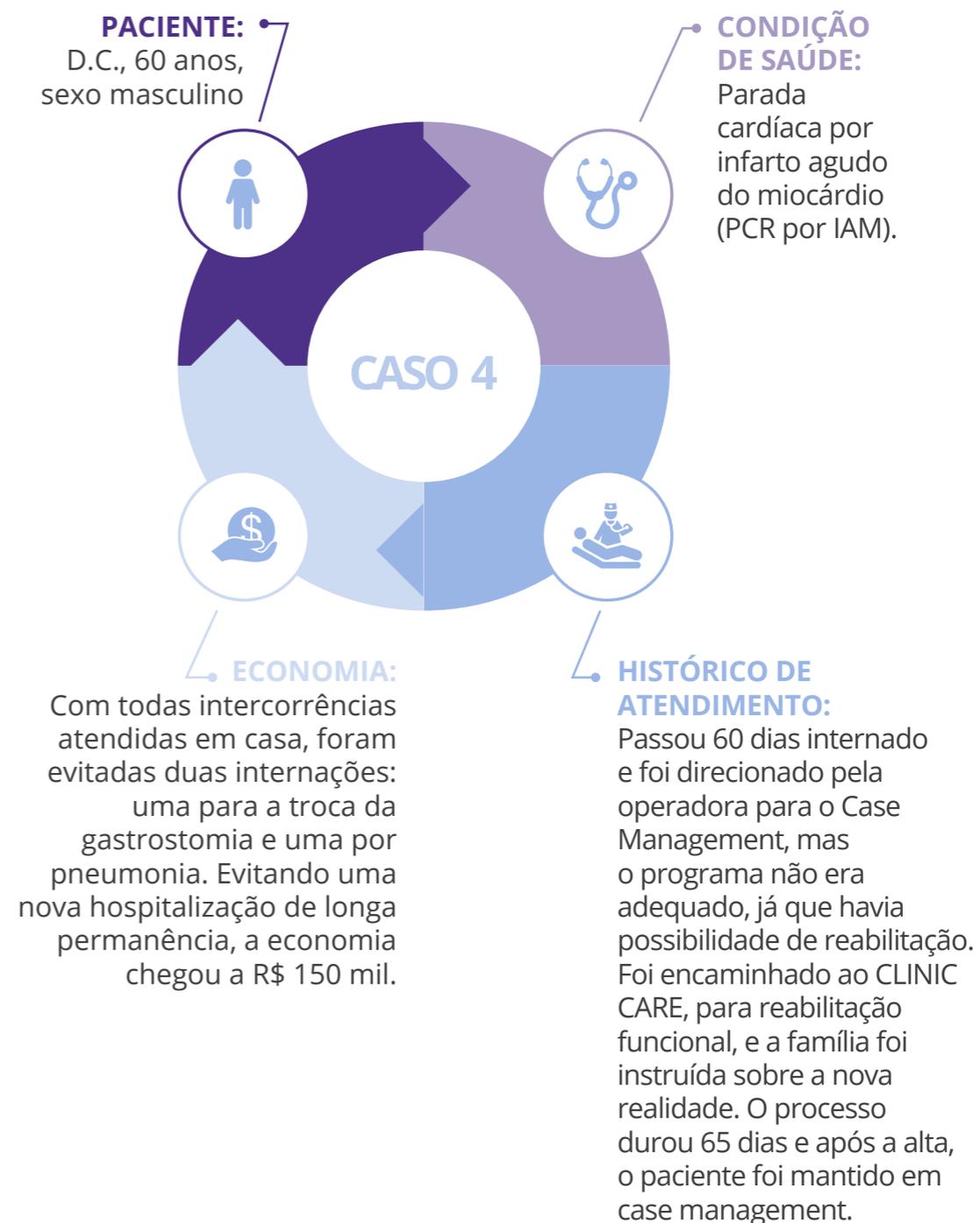
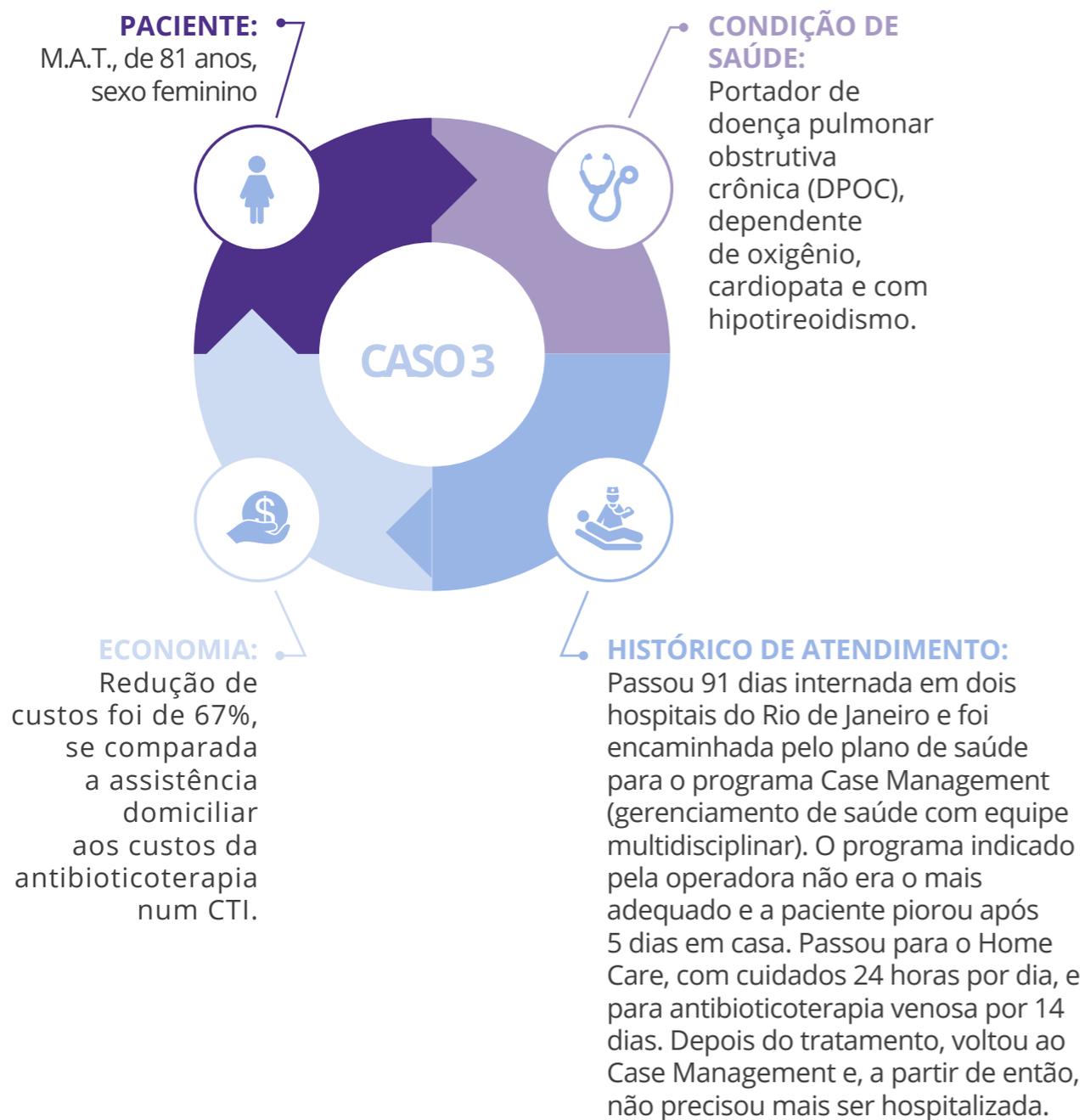
A especialista cita três abordagens promissoras para melhorar a qualidade do atendimento de idosos portadores de doenças crônicas:

1. Aumentar o acessos de idosos a serviços de cuidados de transição;
2. Melhorar as transições dentro de hospitais especializados em casos agudos;
3. Aprimorar o manejo dos pacientes de e para os hospitais.

4. Casos de sucesso

Aqui no Brasil, o GRUPO GERIATRICS vem estruturando casos de sucesso em case management e cuidados de transição, como os quatro apresentados abaixo.





5. “Precisamos romper o ciclo de agudização”

1. Qual é a principal diferença entre os cuidados de transição e o modelo assistencial praticado hoje no Brasil para doentes crônicos ou em reabilitação?

Patricia Cristina Ferreira: No Brasil, se confunde o cuidado de transição com ter vários programas, como gerenciamento de casos, home care e antibioticoterapia. Isoladas, essas iniciativas não fazem uma ponte para um cuidado integral de saúde.

Os programas precisam se comunicar e o paciente deve passar por eles de acordo com a necessidade. É preciso desenvolver um ciclo contínuo de serviços, para que o paciente não saia da linha de cuidado e para que a hospitalização seja evitada.

Precisamos romper o ciclo de agudização. Hoje, a rede mata. O paciente acha que está sendo bem assistido, o plano de saúde acha que está prestando um bom serviço, a ANS vê que as regras estão sendo seguidas, mas é tudo um grande shopping de consultas, sem que o paciente receba o melhor cuidado.

A operadora, por exemplo, nos contrata para tratar um pé diabético e, quando a ferida fecha, quer parar o serviço. O que nós propomos é continuar em outra linha de cuidado, para orientar sobre saúde, receber o aconselhamento de um nutricionista para glicemia não subir e o follow up para a medicação. Se medidas como essas não forem tomadas, o paciente volta a ter a ferida e a agudizar.

2. Quais seriam as principais mudanças para chegar a esse modelo que evite a internação?

Patricia: Antigamente, considerava-se que o paciente bem gerenciado era o que tinha um séquito de médicos, mas isso não significa nem segurança e nem mais qualidade. Precisamos buscar o cuidado individual, centrado no paciente, para obter me-



PATRICIA CRISTINA FERREIRA
A Diretora de Relações Empresariais e Medicina Preventiva do GRUPO GERIATRICS defende uma transição mais fluida entre os diversos níveis da assistência e um atendimento, de fato, centrado no paciente como forma de melhorar a qualidade dos serviços e reduzir os custos dos sistemas de saúde



lhores resultados globais. Isso pode ser alcançado com a figura do coordenador de cuidado e funciona com telemedicina, para acompanhar o paciente mesmo a distância, e com screening populacional, que com um questionário de triagem de riscos mostra quem precisa de mais atenção e quais crônicos precisam ser gerenciados (case management).

As pessoas entrariam nos programas pela perda da funcionalidade, não por estarem com uma doença específica. Essa escala leva à programação do cuidado e o paciente orientado e bem assistido consegue, então, evitar a rede hospitalar e perceber um aumento na qualidade do atendimento.

3. Quais são os principais resultados observados com a aplicação dos cuidados de transição?

Patricia: Se pegarmos como exemplo a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), que não é a que mais mata, mas é a que mais tem impacto econômico [na União Europeia, as perdas de produtividade pela patologia chegam a 28,5 bilhões de euros por ano. Dados do SUS, de 2008, apontam gastos de R\$\$ 76 milhões para 128 mil internações por DPOC], conseguimos perceber bem a mudança. O paciente de DPOC vive sendo internado, mas alguns aspectos clínicos podem antecipar a descompensação. As visitas frequentes e antibioticoterapia mais adequada ao paciente permitem agir antes do agravo e evitar a entrada do paciente pela emergência do hospital.

Para chegarmos a isso, é preciso mudar a cultura da sociedade de uso dos recursos de saúde. Os pacientes e familiares precisam saber que as pessoas podem ser bem assistidas fora do ambiente hospitalar. Num sistema de cuidado de transição, o paciente vai e volta dos serviços mais complexos de acordo com sua necessidade, de forma mais fluida.

Antes, para conseguir o home care, a família precisava internar o paciente, ele tinha que passar de crônico para agudo para ter direito a esse tipo de tratamento. A ideia agora é que ele passe pelos serviços de acordo com sua condição de saúde,

mas isso depende do relacionamento dos prestadores de serviços com os planos de saúde.

4. Como quebrar o mito de que só há assistência de qualidade dentro dos hospitais?

Patricia: Devemos oferecer o programa que o paciente precisa ter, substituir o que pode ser substituído. Mostrar que dá para atender o crônico e o agudo, em serviços diferentes. Por exemplo, muitas vezes o paciente já está estabilizado no hospital, pronto para ir para casa, mas não consegue fazer a reabilitação, porque o hospital não tem o serviço. Então, uma alternativa seria o CLINIC CARE, com meta pré-determinada de melhorar a capacidade do paciente para voltar à sociedade e a sua casa, com o auxílio de um cuidador.

Outra situação é a do curativo ou da antibioticoterapia. Não é preciso voltar ao hospital para isso. O que não dá mais é para ver pessoas três meses internadas por causa de uma pneumonia. Vira um caso social, porque a família não aguenta mais o fardo da hospitalização.

5. Em sua opinião, o que é preciso para atingir esse modelo mais fluido de atenção à saúde?

Patricia: Precisamos pensar em construir pontes, não em criar um novo caminho para a assistência. Se um paciente de DPOC precisa primeiro dar entrada no hospital, para depois ter direito ao home care, essa é uma ponte de cuidado que se quebra. O paciente precisa usar os programas e esses programas precisam se comunicar. O sistema de saúde como um todo precisa ganhar mais quando o paciente tem alta e fica bem, não quando usa os serviços.

Médicos, hospitais, operadoras e empresas de assistência domiciliar precisam trabalhar juntos, não dividir o cuidado, porque senão o paciente fica no meio e não é responsabilidade de ninguém. É uma longa caminhada, mas precisaremos caminhar juntos se quisermos melhorar nossos resultados financeiros e assistenciais.



Precisamos pensar em construir pontes, não em criar um novo caminho para a assistência. O sistema de saúde como um todo precisa ganhar mais quando o paciente tem alta e fica bem, não quando usa os serviços

6. Gerenciamento de casos: o impacto na redução da internação

Ao traçar a estratégia por caso, não procedimento, é possível melhorar o fluxo assistencial, realocar recursos e reduzir custos, com melhores resultados clínicos

Consumindo cada vez mais recursos, sem que isso necessariamente se reverta em melhores resultados clínicos, e com pacientes insatisfeitos, que recorrem à justiça quando não se sentem plenamente atendidos, o setor de saúde passa por um momento de virada.

O tão falado foco no paciente ganha ainda mais ênfase, como destacado pelos pesquisadores Michael Porter e Robert Kaplan, da Universidade de Harvard, no artigo “Como reduzir a crise de custos na saúde”. Os especialistas explicam que, na saúde, “o valor é função do resultado produzido para o usuário por unidade monetária gasta. Não é o número de serviços distintos oferecidos ou o volume de serviços prestados que importa, mas o valor. Mais assistência e assistência mais cara não significam, necessariamente, assistência melhor”, enfatizam.

Ou seja, os indicadores precisam estar focados no paciente, não no que é importante para as finanças do hospital ou para o médico. Reduzir recursos pode ser, sim, sinônimo de aumentar valor, se eliminarmos tudo o que não traz resultados clínicos e mantivermos os níveis de qualidade com processos mais enxutos.

Isso requer um novo formato da rede de atenção à saúde, com uma boa porta de entrada e cuidados coordenados do diag-



GABRIEL PALNE,
CEO do GRUPO
GERIATRICS, Os
indicadores
precisam estar
focados no
paciente, não no
que é importante
para as finanças do
hospital ou para
o médico



nóstico ao desfecho clínico, o que deve reduzir os agravos e tornar o processo assistencial mais humano e com mais qualidade. Enquanto o modelo de rede integrada não se torna realidade, os cuidados de transição e o gerenciamento de casos (case management) são alternativas para construir pontes na assistência.

A base do processo para achar novos caminhos é olhar o paciente antes da fase aguda, interpretar o risco primeiro para, depois, interpretar a necessidade de cuidado.

Prestar e pagar por serviços pontuais refletem o exato problema de nosso sistema: só resolver as necessidades momentâneas, o que leva a variações do quadro clínico e um prognóstico ainda pior do que o da época do diagnóstico.

É nessa etapa que o gestor de caso se torna uma figura fundamental. Ele deve ser capaz de acompanhar o paciente e integrar a rede de atenção que prestará os cuidados necessários a cada caso como se fosse um único player, como fazem as *Accountable Care Organizations**. O paciente deve fluir de um processo para outro e o foco em promoção da saúde, prevenção de doenças e gerenciamento de riscos precisa ser muito intenso.

Aqui no GRUPO GERIATRICS, mudamos o processo de cuidado para os pacientes em programas Pontuais para Curativos ou Aplicações em 2013 e conseguimos mostrar que não adiantava atender o paciente sem entender os fatores de risco. Hoje, todos os nossos clientes nesse programa entram no case management e apuramos uma redução drástica da reospitalização.

Em nosso projeto piloto, com uma operadora de atuação nacional, pegamos os pacientes de maior risco da carteira de beneficiários e criamos um programa flexível e com olhar individual, em que, caso seja necessário, mudamos o cronograma de atendimento, adiantando visitas, retornos e follow ups para evitar a reinternação. Hoje, menos de 3% dos nossos clientes em case management são reinternados e o retorno sobre o investimento é de R\$ 3 a R\$ 5 para cada R\$ 1 investido.

Aprendemos que, ao desenhar um processo de cuidado de longo prazo, efetivando a transição do paciente pela assistência, de forma que ele nunca se sinta desamparado, minimizamos ruídos e maximizamos resultados clínicos e econômicos. Dessa forma, com retornos humano e financeiro, a meta de entregar valor a um custo aceitável fica cada vez mais próxima de ser cumprida.

Enquanto o modelo de rede integrada não se torna realidade, os cuidados de transição e o gerenciamento de casos são alternativas para construir pontes na assistência

*Organizações de prestadores de assistência que trabalham com um modelo de pagamento e entrega de serviços que vincula os reembolsos a métricas de qualidade e redução de custos em uma determinada população.

7. Fontes

1) Revista Ciência e Saúde Coletiva:

☞ <http://goo.gl/2NQZTb>

2) Grupo Geriatrics:

☞ <http://geriatrics.com.br/publicacoes.html>

3) American Journal of Nursing:

☞ <http://journals.lww.com/ajnonline/toc/2008/09001>

4) Observatório Anahp:

☞ <http://anahp.com.br/produtos-anahp/observatorio>

5) Canadian Family Physician:

☞ <http://www.cfp.ca/content/60/5/e263.full.pdf+html>

6) Organização Pan-Americana de Saúde:

☞ <http://goo.gl/UwYdPw>

7) American Geriatrics Society:

☞ <http://www.americangeriatrics.org/>