

Renato Peixoto Veras^I

Célia Pereira Caldas^{II}

Luciana Branco da Motta^{III}

Kenio Costa de Lima^{IV}

Ricardo Carreño Siqueira^{III}

Renata Teixeira da Silva Vendas Rodrigues^V

Luciana Maria Alves Martins Santos^V

Ana Carolina Lima Cavaletti Guerra^{VI}

Integração e continuidade do cuidado em modelos de rede de atenção à saúde para idosos frágeis

Integration and continuity of care in health care network models for frail older adults

RESUMO

Foi realizada revisão crítica da literatura sobre modelos que tenham avaliado a efetividade de redes assistenciais integradas e coordenadas para a população idosa. Foram pesquisadas as seguintes bases bibliográficas: Pubmed, The Cochrane Library, Lilacs, Web of Science, Scopus e SciELO. Doze artigos sobre cinco modelos diferentes foram incluídos para a discussão. A análise da literatura mostrou que a prestação de serviços pautava-se na atenção básica incluindo serviços domiciliares. Os usuários contavam com a integração de atenção primária, hospitalar, centros dia, serviços domiciliares e serviços sociais. O plano de cuidados e a gestão de caso foram elementos chaves para a continuidade de cuidado. Essa abordagem mostrou-se efetiva nos estudos, reduzindo o uso da atenção hospitalar, o que resultou em economia para o sistema financiador. Houve redução da prevalência de perda funcional, melhora na satisfação e na qualidade de vida dos usuários e de seus familiares. A análise da literatura reforça a necessidade de se modificar a abordagem de assistência à saúde dos idosos, e a integração e coordenação dos serviços são formas eficientes para iniciar essa mudança.

DESCRITORES: Idoso Fragilizado. Serviços de Saúde para Idosos. Assistência Integral à Saúde. Qualidade da Assistência à Saúde. Revisão.

^I Departamento de Epidemiologia. Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^{II} Departamento de Saúde Pública. Faculdade de Enfermagem. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^{III} Núcleo de Atenção ao Idoso. Hospital Universitário Pedro Ernesto. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^{IV} Departamento de Odontologia. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, RN, Brasil

^V Universidade Aberta da Terceira Idade. Sub-Reitoria de Extensão e Cultura. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^{VI} Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Célia Pereira Caldas
Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rua São Francisco Xavier 524 Bloco F Sala
10150 Maracanã
20540-900 Rio de Janeiro, RJ, Brasil
E-mail: celpcaldas@hotmail.com

Recebido: 17/5/2013
Aprovado: 4/12/2013

Artigo disponível em português e inglês em:
www.scielo.br/rsp

ABSTRACT

A detailed review was conducted of the literature on models evaluating the effectiveness of integrated and coordinated care networks for the older population. The search made use of the following bibliographic databases: Pubmed, The Cochrane Library, LILACS, Web of Science, Scopus and SciELO. Twelve articles on five different models were included for discussion. Analysis of the literature showed that the services provided were based on primary care, including services within the home. Service users relied on the integration of primary and hospital care, day centers and in-home and social services. Care plans and case management were key elements in care continuity. This approach was shown to be effective in the studies, reducing the need for hospital care, which resulted in savings for the system. There was reduced prevalence of functional loss and improved satisfaction and quality of life on the part of service users and their families. The analysis reinforced the need for change in the approach to health care for older adults and the integration and coordination of services is an efficient way of initiating this change.

DESCRIPTORS: Frail Elderly. Health Services for the Aged. Comprehensive Health Care. Quality of Health Care. Review.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população gera discussões sobre as necessidades e peculiaridades dos idosos como usuários dos sistemas de saúde nos últimos anos. É intensa a preocupação com a manutenção da qualidade da assistência com sustentabilidade em relação aos custos.^{4,12,25,38}

Confiança e vinculação são valores inerentes a uma assistência qualificada.^{22,27} É necessário o estabelecimento de um percurso assistencial no sistema para garantir a manutenção de tais valores.²⁵

As pessoas mais velhas possuem necessidades específicas, advindas das características clínico-funcionais e sociofamiliares peculiares a esse grupo. Os modelos de atenção a esse segmento populacional precisam ser centrados na pessoa, considerando tais características. Para isso, a atenção deve ser organizada de maneira integrada e os cuidados necessitam ser coordenados ao longo do percurso assistencial numa lógica de rede.

Entretanto, a prestação de serviços à saúde, atualmente, apresenta como resultado a fragmentação do cuidado, com multiplicação de consultas, de exames e de outros procedimentos que, além de elevarem o custo da assistência, não garantem relação positiva de custo-efetividade.^{28,36,37} A assistência à saúde não se apresenta como uma prestação de serviço segura para o idoso e seus familiares. Em consequência, os sistemas de saúde estão sobrecarregados, o que implica alto custo e ineficiência.³⁶

Como tentativa de enfrentamento a esse problema, a prestação de serviços a saúde é oferecida de modo coordenado e integrado por programas *Integrated Services Delivery* (ISD), na América do Norte e Europa, há alguns anos.²⁴ Esses programas são desenvolvidos para melhorar a continuidade do cuidado e aumentar a eficiência dos serviços de saúde fornecidos, principalmente, à pessoas idosas e com deficiência.

O objetivo deste estudo foi realizar revisão crítica da literatura sobre modelos que tenham avaliado a efetividade de redes assistenciais integradas e coordenadas para a população idosa.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Foi realizada revisão sobre modelos de rede de atenção à pessoa idosa, cuja efetividade tenha sido avaliada. Para a identificação dos estudos, foram consultadas as bases bibliográficas: Pubmed, por meio da *National Center for Biothechnology Information* (NCBI); The Cochrane Library; Lilacs; PAHO; WOLIS MEDCARIBE E IBECS pela Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); Web of Science; Scopus; e SciELO.

Os descritores utilizados para pesquisa nas bases foram: *Delivery of Health Care, Effectiveness, Program Evaluation, Health Care, Structure of Services, Aged, Elderly, Older, Health Services for the Aged, Old Age Assistance, Outcome and Process Assessment, Quality*

Integrated Care, Demonstration Programs, Balance of Care, Aged, 80 and over, Quality of Health Care.

A combinação dos descritores foi executada de diversas formas a fim de encontrar o maior número de publicações possíveis nas bases de dados. As combinações seguiram o roteiro intervenção, população e desfecho.

Não houve restrição quanto à data de publicação. O texto dos artigos deveria estar disponível em inglês, espanhol ou português e não houve restrição para o tipo de estudo nessa etapa.

Cada etapa da seleção dos estudos foi realizada por duplas de autores (RCS, RTSVR, LMAMS e ACLCG). Os estudos deveriam ser referentes a programas assistenciais e de saúde integrados para idosos e apresentar avaliação de efetividade. Foram considerados idosos os indivíduos com idade ≥ 60 anos.

Foram identificados 5.135 títulos. Trinta publicações foram selecionadas após a eliminação das duplicidades e leitura dos resumos. Adicionaram-se três artigos das listas de referências dos artigos selecionados para complementar informações.

Após leitura e análise integral dos 33 artigos, foram incluídos 12 trabalhos referentes a cinco modelos de assistência coordenada e integrada para a pessoa idosa. Esses estudos apresentaram avaliação da efetividade dos modelos, com resultados significativos a respeito da integração dos serviços de saúde. Foram excluídos os trabalhos que descreveram modelos sem analisar os resultados, que não apresentaram os dados da análise ou que não apresentaram rigor metodológico.

A leitura integral dos artigos foi realizada pelas duplas de pesquisadores mencionados, utilizando um terceiro revisor em caso de discrepâncias nos critérios de elegibilidade. O resumo das informações foi adicionado a uma ficha pré-formulada e padronizada, na qual os pesquisadores extraíram os seguintes dados de cada estudo elegível: tipo e objetivo do estudo, população, descrição da intervenção, local, ano de implantação, duração e tipo de financiamento do modelo, resultado da avaliação dos custos, redução no número de internação, análise de impacto, satisfação do usuário ou outra avaliação. Havia espaço para avaliar subjetivamente a qualidade do estudo e para comentários do pesquisador, por exemplo, sobre vieses da pesquisa ou pontos fortes.

Tabela. Características dos modelos de redes assistenciais integradas e coordenadas para idosos.

Modelo	Estrutura	Processos	Resultados
SIPA ^{1,2}	Urgência e hospitalar, institucionalização e cuidados paliativos. Clínico geral, especialidades médicas, <i>home care, sheltered housing, "hospital dia" e "centro dia"</i> .	Realiza triagem para fragilidade confirmada pela avaliação funcional.	Maior gasto comunitário, menor gasto institucional, aumento da satisfação dos usuários e cuidadores. Principal impacto: liberação dos leitos hospitalares, antes ocupados por pacientes que aguardavam institucionalização.
PACE ^{10,32}	Centro dia (centraliza serviços médicos, sociais e funciona como moradia), paga pelos serviços que não possui.	Serviços médicos e sociais com suporte de equipe interdisciplinar. A equipe faz a gestão do caso.	Maior uso ambulatorial, menor uso hospitalar, menor tempo de permanência em asilos. Melhor percepção de saúde, qualidade de vida, satisfação com o cuidado e melhor percepção do estado funcional.
PRISMA ¹³	<i>Home Care</i> , serviços hospitalares, hospital dia, centro dia, serviço social, suporte voluntariado incluindo refeições em domicílio e transporte comunitário.	Porta de entrada única, triagem de risco de fragilidade, confirmada por avaliação funcional, gestor de caso, plano de cuidados, prontuário eletrônico.	Menor uso hospitalar, aumento da satisfação dos pacientes e cuidadores com a assistência recebida.
Guided Care ^{5-7,15,20}	Enfermagem treinada, médico de família, equipe multidisciplinar e prontuário eletrônico.	Avaliação geriátrica ampla, plano de cuidado, gestão de caso e suporte ao cuidador.	Menor uso de serviços domiciliares, hospitalar e serviços especializados de enfermagem. Menor gasto familiar, menos perda funcional e melhor percepção de saúde.
Grace ^{12,13}	Centro de multiespecialidades, unidade de agudos, enfermagem especializada e <i>physician house call program</i> . Um prontuário eletrônico integra o paciente aos serviços de saúde locais.	Realiza triagem de risco, avaliação geriátrica ampla, plano de cuidado e gestão de caso.	Menor utilização de emergência. Pacientes identificados com maior risco usaram menos emergência, hospital e "hospital dia".

RESULTADOS

Os resultados da pesquisa contemplaram as melhores informações apresentadas na literatura sobre os sistemas integrados. As principais características dos cinco modelos de assistência coordenada e integrada para a pessoa idosa, segundo a composição estrutural, processo da assistência e resultados,¹⁴ foram apresentadas na Tabela.

O Sistema de Atenção Integrada para Pessoas Idosas (SIPA) é um programa canadense de prestação de serviço integrado desenvolvido para idosos frágeis.^{1,2} Esse programa conta com serviços institucionais e comunitários bem definidos na sua estrutura. Inclui realização de plano de cuidados e acompanhamento pelo gestor de caso.^{1,2}

Os serviços de base institucional oferecidos são: urgência hospitalar, estada hospitalar de curto e longo prazo, internações hospitalares para reabilitação, institucionalização e cuidados paliativos. Os serviços de base comunitária foram: prescrição de medicações, consultas com clínico geral e especialidades médicas, assistência domiciliar, habitação adaptada para idosos pouco dependentes, ajudas técnicas fornecidas em casa, hospital dia e centro dia.^{1,2}

Uma triagem foi realizada para identificação de fragilidade, confirmada pela avaliação funcional (pontuação IsoSMAF ≤ 10)^{1,2} para a participação do indivíduo no programa. Cada equipe é responsável por 160 pacientes. O médico de família recebe uma bonificação anual de 400 dólares canadenses por paciente para compensar o tempo despendido na comunicação com os demais membros da equipe. Essa equipe é composta por gestor de caso (enfermeira ou assistente social), enfermeiras comunitárias, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, ajudantes domésticos, médico de família, farmacêutico (um por área) e organizadores de recursos comunitários (um por área).^{1,2}

O modelo SIPA foi construído a partir de um ensaio clínico realizado com 1.230 pessoas com idade ≥ 64 anos. A intervenção do modelo foi avaliada, resultando em redução de 22,0% dos gastos institucionais e de 50,0% das internações por ocorrências de casos agudos, sem diferença no tempo de permanência no setor de cuidados intermediários. Mostrou ainda aumento da satisfação dos usuários e cuidadores sem diferença na sobrecarga do cuidador ou aumento dos gastos familiares. Houve aumento de 44,0% nos gastos nos serviços comunitários; no entanto, o principal impacto foi a liberação dos leitos hospitalares, antes ocupados por pacientes que aguardavam institucionalização.

O *Program of All-Inclusive Care for the Elderly* (PACE)¹⁰ originou-se do *On-Lok* em Chinatown, EUA, e oferece serviços de saúde a pessoas com deficiências e idosos frágeis com baixa renda, elegíveis para

atendimento de enfermagem domiciliar. Sua rede é limitada estruturalmente e oferece serviços médicos e sociais com suporte de equipe interdisciplinar e centro dia para adultos (centro social que centraliza os serviços médicos e sociais e em muitos casos é moradia para pacientes). O intenso esforço da equipe no processo de acompanhamento e gerenciamento de caso resultaram na redução de institucionalização, uso da emergência e tempo de internação.^{10,32}

Estudo realizado entre 1995 e 1997¹⁰ analisou os desfechos do PACE. Os autores sugerem que o uso ambulatorial mantém e “melhora” a saúde, evita maiores custos nas outras instâncias do cuidado. O nível alto de uso ambulatorial (93,0% nos primeiros seis meses de acompanhamento) encontrado no estudo pode ser resultado da falta de acesso aos cuidados médicos antes de entrarem para o PACE, pois os usuários eram de grupos minoritários, pessoas que viviam em carência material absoluta e possuíam baixa escolaridade.

Outro estudo³² de avaliação de desfecho do PACE foi publicado em 1998. Seus resultados estimaram economia para o sistema financiador (Medicare) de 38,0% nos primeiros seis meses a 16,0% entre sete e 12 meses de acompanhamento no período do estudo. Houve maior uso de serviços ambulatoriais, menor uso de serviços hospitalares, menos tempo de permanência em asilos e maior tempo de permanência na comunidade. Mais pacientes relataram melhor percepção de saúde, qualidade de vida, satisfação com o cuidado e melhor percepção do estado funcional em comparação com o grupo controle.³²

O *Program of Research to Integrate Services for the Maintenance of Autonomy* (PRISMA),¹⁹ outro programa canadense, formula sua estrutura em convênio com os serviços de saúde e serviços comunitários locais. Seu processo de funcionamento compreende seis componentes: coordenação entre os tomadores de decisão e gestores regional e local, único ponto de entrada, instrumentos individuais de avaliação (triagem de risco de fragilidade através do PRISMA-7, confirmada pelo sistema de avaliação funcional denominado SMAF (*Functional Autonomy Measurement System*)) juntamente com sistemas de gestão dos casos complexos, gerenciamento de caso, plano de cuidado individualizado e prontuário clínico eletrônico.

Os serviços institucionais do PRISMA¹⁹ incluem assistência domiciliar, serviços de reabilitação, serviços hospitalares, hospital dia, centro dia, serviços voluntários (cuidados pessoais, manutenção da casa, refeições em domicílio, transporte comunitário e cuidado voluntário) e serviços sociais. A coordenação, principal foco do programa, é estabelecida em cada nível da organização.

Em um estudo realizado durante os quatro primeiros anos de implantação do PRISMA¹⁹ em três regiões de

Quebec, foram acompanhados 920 idosos ≥ 75 ou 77 anos identificados com risco de fragilidade. Houve maior procura à emergência, em grande parte não seguida por internação, o que sugere uso inapropriado do serviço de emergência. Mesmo assim, a admissão hospitalar foi um pouco superior em comparação ao grupo controle no primeiro ano, porém essa relação inverteu-se no quarto ano, conforme esperado.

A pequena diferença nos resultados da avaliação do impacto do PRISMA¹⁹ comparado ao grupo controle pode decorrer de o sistema de saúde local ser integrado aos moldes do ISD.

O estudo constatou aumento de 13,9% na satisfação dos pacientes e cuidadores com a assistência recebida. A sobrecarga foi semelhante ao final de quatro anos, quando os idosos acompanhados encontravam-se mais idosos e com maior perda funcional.¹⁹

Mesmo com essa maior dependência dos usuários, a probabilidade de usar os serviços de emergência foi menor no quarto ano [0,49 (grupo Prisma) *versus* 0,54 (grupo controle), $p < 0,001$].¹⁹

O Programa *Guided Care*²² é um sistema de prestação de serviços à saúde oferecido em alguns estados americanos, com foco na atenção primária e abordagem domiciliar. Apesar de as instalações prestadoras de serviço de saúde não serem vinculadas ao Programa, estão disponíveis na comunidade e o Programa coordena sua utilização pelos pacientes.

Os serviços de atenção primária são oferecidos por uma equipe composta por enfermagem treinada, médico de família e equipe multidisciplinar que providencia prontuário eletrônico acessível via web, avaliação geriátrica ampla, plano de cuidado baseado em evidências, gestão de caso (enfermeira), cuidado transicional, autogestão e suporte ao cuidador.^{5-7,22,31}

O serviço de enfermagem é realizado por profissionais especificamente treinados para o acompanhamento do paciente⁶ e suas atividades são divididas em oito processos: (1) a enfermeira realiza uma avaliação geriátrica abrangente com o paciente, no domicílio, (2) desenvolve um plano de cuidado, (3) monitora o paciente mensalmente, (4) acompanha a transição do paciente entre as instâncias de cuidado, suavizando as transferências, (5) coordena esforços para que todos os seus pacientes recebam o cuidado, (6) incentiva a autogestão, (7) orienta e provém suporte ao cuidador familiar e (8) facilita acesso apropriado aos recursos comunitários.⁵

Um ensaio clínico⁵ envolvendo equipes de cuidado e 904 idosos ≥ 65 anos, identificados com alto risco de

internação, foi realizado por Boulton et al em 2001. Esse estudo deu origem a várias publicações complementares e seus principais resultados sugerem redução de 29,7% no uso de serviços domiciliares, pequena redução percentual em relação ao uso hospitalar (26,0% *versus* 30,0%), casa de saúde (20,0% *versus* 22,0%) e serviços especializados de enfermagem (8,0% *versus* 9,0%), quando comparado ao grupo controle. Também constatou-se menor gasto familiar, menos perda funcional, melhor percepção de saúde e maior satisfação dos pacientes com o modelo.^{5-7,23,31}

Houve satisfação dos profissionais envolvidos (como médicos e enfermeiros), melhora na comunicação dos médicos com os pacientes crônicos e suas respectivas famílias e maior conhecimento das condições clínicas dos pacientes.³¹

As análises dos estudos do *Guided Care*²² sugerem reduzir o uso hospitalar, atendimento na emergência, reabilitação, instalação qualificada de enfermagem e serviço de saúde domiciliar. Os custos evitados desses serviços parecem mais do que suficientes para compensar os custos da prestação do programa na atenção primária. Também aumenta o autorrelato de melhor qualidade de cuidados de saúde, principalmente entre os pacientes com múltiplas doenças crônicas.⁷

O *Geriatric Resources for Assessment and Care of Elders* (GRACE) apresenta-se como um programa de gestão de cuidado e integrador do paciente nos serviços de saúde local para idosos de baixa renda nos EUA.^{12,13} As instituições utilizadas pelos pacientes não são vinculadas ao programa, mas há o compromisso de não perder as informações do paciente. O prontuário eletrônico “acompanha” o paciente em todos os procedimentos, pois é acessado pela internet. Isso possibilita que todos os profissionais, do GRACE ou não, registrem suas atividades formando uma rede integrada.¹³

A partir do rastreamento de risco de probabilidade de hospitalização utilizando a ferramenta PRA (instrumento de predição de risco de admissão hospitalar repetida), o idoso é acompanhado pela equipe de apoio em colaboração com o médico da atenção primária e uma equipe Interdisciplinar de geriatria. Essa equipe é gerenciada por médico geriatra que se relaciona com os serviços de saúde da comunidade. São utilizadas as recomendações do ACOVE^a (*Assessing Care of Vulnerable Elder*) como indicadores de qualidade de cuidado, e um prontuário acessível pela web integra o paciente aos serviços de saúde locais.¹³

A equipe de suporte realiza, anualmente, avaliação geriátrica abrangente e a equipe geriátrica interdisciplinar desenvolve plano de cuidados individualizado, aplicando

^a Trata-se de um conjunto de indicadores de qualidade desenvolvidos especificamente para idosos, a fim de identificar a qualidade da assistência à saúde prestada aos idosos mais vulneráveis, com maior probabilidade de morrer ou ficar gravemente incapacitados nos próximos dois anos.

protocolos de cuidados específicos para as alterações geriátricas. São realizadas reuniões semanais da equipe interdisciplinar para rever o plano de cuidados implantado.¹³

Ensaio clínico envolvendo 951 idosos ≥ 65 anos foi realizado entre 2002 e 2004. O suporte ao médico da atenção primária, durante o período de acompanhamento, foi a avaliação geriátrica do paciente, o centro de multiespecialidades, a unidade para internação de casos agudos e consultas, serviços especializados de enfermagem e o *physician house call program*.¹²

Os resultados estimados sugerem menor utilização de emergência não seguida por hospitalização [1.445 (n = 474) versus 1.748 (n = 477)], e a estimativa para visita à emergência, admissão hospitalar e “hospital dia” foi menor entre os pacientes identificados com maior risco de hospitalização (pra > 0,4) no segundo ano de acompanhamento. Não houve diferença significativa para admissão hospitalar ou “hospital dia” ou proporção de readmissão hospitalar nos 30 dias após a primeira alta.¹²

A colaboração estreita entre a atenção primária e os médicos do hospital favorece o melhor aproveitamento dos recursos limitados de geriatras e a equipe interdisciplinar geriátrica especialmente treinada, gerando maior impacto no resultado do paciente.¹²

Apesar de os resultados da avaliação do GRACE¹³ indicarem maior custo do grupo de baixo risco, uma análise de custo-eficácia é necessária para quantificar seus benefícios em anos de vida ajustados pela qualidade, não em dólares. Isso ajudaria a orientar as decisões clínicas para essa população.

O modelo de ISD foi implantado em Bois-Francs, Canadá, em 1997. O modelo reunia serviços de geronto-geriatria disponíveis na localidade e coordenava a promoção e prevenção ao diagnóstico, tratamento, reabilitação, cuidados de longa duração e cuidados paliativos. A inserção do paciente no serviço ocorreu com avaliação geronto-geriátrica abrangente. Os dados eram disponibilizados em prontuário eletrônico acessível em qualquer serviço de saúde local, inclusive pelos profissionais que davam suporte à rede.³⁵

Um estudo de avaliação foi realizado durante a implantação e comparou seus desfechos com um grupo controle na área de Drummond-ville, onde não havia rede de ISD instalada. Esse estudo de desenho quase experimental acompanhou 482 pessoas por três anos. Os resultados não mostraram menos uso dos serviços hospitalares ou de emergência comparado ao grupo controle, apesar de utilizar menos o centro de serviços comunitários local. Porém, houve menor sobrecarga do cuidador e menor desejo de institucionalização.³⁷

A importância do processo de cuidado associado à estrutura pode ser observada na experiência de Rovereto,

cidade na Itália que possuía ampla gama de serviços de saúde destinada aos idosos, porém não era integrada. A integração dos serviços locais após adicionar o gestor de caso, plano de cuidado e avaliação geriátrica em uma unidade na comunidade resultou na redução do risco de internação e tempo de permanência hospitalar e em casa de repouso, redução do declínio funcional e cognitivo. Os custos totais de saúde per capita foram reduzidos como consequência.³

Alguns estudos selecionados não relatavam a estruturação de rede integrada, mas a abordagem multiprofissional^{18,9,26} ou gestão de casos^{24,33} no cuidado da saúde de idosos. Outros apenas descreveram seus modelos,^{18,21,29,35,34,39} implementação^{30,34} ou evolução do modelo inicial,^{15,20} não realizando análise de efetividade. Em dois artigos, os estudos sofreram com vieses metodológicos³² e mudanças na legislação do país durante os anos avaliados,¹⁶ comprometendo a confiabilidade dos seus resultados. Clauser et al¹¹ (1995) retrataram considerações feitas a respeito do modelo PACE.

As publicações que descrevem a evolução do PACE nos EUA relatam a necessidade de compreender as preferências das populações e orientar os familiares sobre a abordagem com os gerentes de acompanhamento.¹⁵ Relata dificuldades na instalação do modelo e contratação de profissionais capacitados, principalmente médicos.^{15,20}

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os ISD foram desenvolvidos para melhorar a continuidade do cuidado, aumentando a eficiência dos serviços oferecidos principalmente às pessoas idosas e com deficiência.²⁴

Alguns programas visam melhorar o processo de encaminhamento e transferência dos pacientes entre os serviços, e.g., alta hospitalar para atendimento domiciliar ou para instituição de reabilitação.¹⁹

Outros programas são mais ambiciosos e complexos e desenvolvem organização responsável por oferecer todos os serviços para determinado grupo de pessoas. Geralmente operam com orçamento por captação e contratam serviços especializados locais, como lares para idosos e serviços hospitalares.¹⁷

Este estudo incluiu experiências que analisaram a utilização dos programas mais complexos, entendendo que a coordenação do cuidado e integração da rede de serviços são requisitos para compor uma linha de cuidados.

Os principais itens encontrados na estrutura dos programas são os serviços hospitalares, de emergência, centro dia, que centraliza serviços especializados e atividades sociais, assistência domiciliar, central telefônica, instituições de longa permanência e transporte para deslocamento dos pacientes na rede. O prontuário

eletrônico acessível pela internet integra o paciente aos serviços da rede.

A entrada do usuário no sistema ocorre por um único ponto, acompanhada pela realização de uma triagem de risco, seja para fragilidade, seja pelo risco de interações repetidas. Segue-se uma avaliação funcional ou geriátrica abrangente para orientar o plano de cuidado. O gestor de caso apresenta-se como “coordenador” do paciente na rede de serviços institucionais e comunitários.

Os resultados encontrados pelo SIPA, PACE e *Guided Care*, sistemas que investem no recrutamento e treinamento dos profissionais envolvidos, ou seja, valorizam o processo de prestação de serviço, reforçam os benefícios do modelo ISD para assistência à saúde dos idosos.

Os sistemas SIPA e PRISMA apresentam importante integração da rede e coordenação do cuidado com o paciente. Desenvolvem benefícios que vão além dos custos ao aumentarem a satisfação dos usuários e seus cuidadores.

Esse resultado é importante, uma vez que a maioria dos programas teve, como população alvo, idosos frágeis com alto nível de dependência funcional e consequente sobrecarga dos cuidadores. Ainda assim, os pacientes apresentaram melhor percepção de saúde e menos declínio funcional e desejo de institucionalização.

O acréscimo com os gastos com serviços comunitários é esperado quando aumenta o investimento na atenção

primária, incluindo assistência domiciliar, para obter redução na utilização hospitalar, emergência e instituições asilares a longo prazo.²⁵ Os desfechos do PRISMA¹⁹ reforçam essa abordagem na atenção primária com investimento no processo de gestão para economizar nas demais instâncias a longo prazo.

A pequena quantidade de estudos de avaliação dos programas de prestação de serviços à saúde dos idosos encontrada ou a baixa qualidade metodológica de alguns trabalhos não incluídos é uma limitação desta pesquisa. Outra limitação foi a restrição a palavras-chaves nos idiomas incluídos, o que pode ter excluído experiências publicadas em outros idiomas.

Os resultados do presente estudo reforçam a necessidade de modificar a abordagem da assistência à saúde. O cuidado do paciente precisa ser gerenciado desde a entrada no sistema até os cuidados ao fim da vida, com a integração dos serviços em todos os níveis. Essa configuração mostrou-se mais vantajosa para os sistemas de saúde, os pacientes e seus familiares.

Este estudo, desenvolvido na linha de pesquisa “desenvolvimento de modelos de atenção a Saúde do Idoso”,^b será desdobrado em outro projeto que aprofundará a discussão quanto à adoção de um dos modelos (ou a conformação de um modelo misto) para a o cenário brasileiro.

O modelo brasileiro precisa ser construído a partir de nossas particularidades quanto às propostas em curso no sistema de saúde, considerando os avanços e limites que possam ser pareados à luz dessas experiências internacionais.

^b Estudo desenvolvido pelo Grupo de Pesquisa sobre Envelhecimento e Saúde, da Universidade Aberta da Terceira Idade da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, de janeiro a dezembro de 2013.

REFERÊNCIAS

1. Béland F, Bergman H, Lebel P, Clarfield AM, Tousignant P, Contandriopoulos AP, et al. A system of integrated care for older persons with disabilities in Canada: results from a randomized controlled trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2006;61(4):367-73.
2. Béland F, Bergman H, Lebel P, Dallaire L, Fletcher J, Contandriopoulos AP, et al. Integrated services for frail elders (SIPA): a trial of a model for Canada. *Can J Aging*. 2006;25(1):5-42.
3. Bernabei R, Landi F, Gambassi G, Sgadari A, Zuccala G, Mor V, et al. Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community. *BMJ*. 1998;316(7141):1348-51. DOI:10.1136/bmj.316.7141.1348
4. Bielaszka-DuVernay C. The "GRACE" model: in-home assessments lead to better care for dual eligibles. *Health Aff (Millwood)*. 2011;30(3):431-4. DOI:10.1377/hlthaff.2011.0043
5. Boulton C, Reider L, Leff B, Frick KD, Boyd CM, Wolff JL, et al. The effect of guided care teams on the use of health services: results from a cluster-randomized controlled trial. *Arch Intern Med*. 2001;171(5):460-6. DOI:10.1001/archinternmed.2010.540
6. Boulton C, Reider L, Frey K, Leff B, Boyd CM, Wolff JL, et al. Early effects of "Guided Care" on the quality of health care for multimorbid older persons: a cluster-randomized controlled trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2008;63(3):321-7.
7. Boyd CM, Reider L, Frey K, Scharfstein D, Leff B, Wolff J, Groves C, et al. The effects of guided care on the perceived quality of health care for multimorbid older persons: 18-month outcomes from a cluster-randomized controlled trial. *J Gen Intern Med*. 2010;25(3):235-42. DOI:10.1007/s11606-009-1192-5
8. Brown L, Tucker C, Domokos T. Evaluating the impact of integrated health and social care teams on older people living in the community. *Health Soc Care Community*. 2003;11(2):85-94. DOI:10.1046/j.1365-2524.2003.00409.x
9. Burton LC, Weiner JP, Stevens GD, Kasper J. Health outcomes and medicaid costs for frail older individuals: a case study of a MCO versus fee-for-service care. *J Am Geriatr Soc*. 2002;50(2):382-8. DOI:10.1046/j.1532-5415.2002.50074.x
10. Chatterji P, Burstein NR, Kidder D, White A. Evaluation of the Program of All- Inclusive Care for the Elderly (PACE) demonstration: the impact of PACE on participant outcomes. Cambridge (MA): Abt Associates; 1998. [citado 2014 fev 26] p.1-60. Disponível em: <http://www.npaonline.org/website/download.asp?id=>
11. Clauser SB, Kidder D, Mauser E. "The PACE Evaluation": two responses. *Gerontologist*. 1996;36(1):7-8. DOI:10.1093/geront/36.1.7
12. Counsell SR, Callahan CM, Clark DO, Tu W, Buttar AB, Stump TE, et al. Geriatric care management for low-income seniors: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2007;298(22):2623-33. DOI:10.1001/jama.298.22.2623
13. Counsell SR, Callahan CM, Tu W, Stump TE, Arling GW. Cost analysis of the Geriatric Resources for Assessment and Care of Elders care management intervention. *J Am Geriatr Soc*. 2009;57(8):1420-6. DOI:10.1111/j.1532-5415.2009.02383.x
14. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care [1966 reprint]. *Milbank Q*. 2005;83(4):691-729. DOI:10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x
15. Eng C, Pedulla J, Eleazer GP, McCann R, Fox N. Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE): an innovative model of integrated geriatric care and financing. *J Am Geriatr Soc*. 1997;45(2):223-32.
16. Fillenbaum GG, Burchett BM, Dan JD, Blazer G. Health service use and outcome: comparison of low charge, integrated, comprehensive services with usual health care. *Aging Ment Health*. 2007;11(2):226-35. DOI:10.1080/13607860600844556
17. Hébert R, Durand PJ, Dubuc N, Tourigny A. Frail elderly patients: new model for integrated service delivery. *Can Fam Physician*. 2003;49(8):992-7.
18. Hébert R. Home care: from adequate funding to integration of services. *Healthc Pap*. 2009;10(1):58-64.
19. Hébert R, Raïche M, Dubois MF, Gueye NR, Dubuc N, Tousignant M. Impact of PRISMA, a coordination-type integrated service delivery system for frail older people in Quebec (Canada): a quasi-experimental study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2010;65B(1):10718. DOI:10.1093/geronb/gbp027
20. Hirth V, Baskins J, Dever-Bumba M. Program of all-inclusive care (PACE): past, present, and future. *J Am Med Dir Assoc*. 2009;10(3):155-60. DOI:10.1016/j.jamda.2008.12.002
21. Ikegami N. Public long-term care insurance in Japan. *JAMA*. 1997;278(16):1310-4. DOI:10.1001/jama.1997.03550160030017
22. Leff B, Reider L, Frick KD, Scharfstein DO, Boyd CM, Frey K, et al. Guided care and the cost of complex healthcare: a preliminary report. *Am J Manag Care*. 2009;15(8):555-9.
23. Leung AC, Liu C, Chow NW, Chi I. Cost-benefit analysis of a case management project for the community-dwelling frail elderly in Hong Kong. *J Appl Gerontol*. 2004;23(1):70-85. DOI:10.1177/0733464804263088
24. Leutz WN. Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. *Milbank Q*. 1999;77(1):77-110, iv-v. DOI:10.1111/1468-0009.00125
25. Lourenço RA, Martins CSF, Sanchez MAS, Veras RP. Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda. *Rev Saude Publica*. 2005;39(2):311-8. DOI:10.1590/S0034-89102005000200025
26. MacNeil Vroomen JL, Boorsma M, Bosmans JE, Frijters DHM, Nijpels G, Hout HPJ. Is it time for a change? A cost-effectiveness analysis comparing a multidisciplinary integrated care model for residential homes to usual care. *PLoS One*. 2012;7(5):e37444. DOI:10.1371/journal.pone.0037444

27. Malta DC, Cecílio LCO, Merhy EE, Franco TB, Jorge AO, Costa MA. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. *Cienc Saude Coletiva*. 2004;9(2):433-44. DOI:10.1590/S1413-81232004000200019
28. Malta DC, Merhy EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface (Botucatu)*. 2010;14(34):593-606. DOI:10.1590/S1414-32832010005000010
29. Manthorpe J, Clough R, Cornes M, Bright L, Moriarty J, Illiffe S. Four years on: the impact of the National Service Framework for Older People on the experiences, expectations and views of older people. *Age Ageing*. 2007;36(5):501-7. DOI:10.1093/ageing/afm078
30. Manton KG, Newcomer R, Lowrimore GR, Vertrees JC, Harrington C. Social/health maintenance organization and fee-for-service health outcomes over time. *Health Care Financ Rev*. 1993;15(2):173-202.
31. Marsteller JA, Hsu YJ, Reider L, Frey K, Wolff J, Boyd C, et al. Physician satisfaction with chronic care processes: a cluster-randomized trial of guided care. *Ann Fam Med*. 2010;8(4):308-15. DOI:10.1370/afm.1134
32. White AJ. Evaluation of the Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE) demonstration: the effect of PACE on costs to medicare: a comparison of medicare capitation rates to projected costs in the absence of PACE: final report. Cambridge (MA): Abt Associates; 1998 [citado 2014 fev 24]. p.1-33. Disponível em: www.abtassociates.com/reports/19986221706191.pdf
33. Ruikes FG, Meys AR, Wetering G, Akkermans RP, Gaal BG, Zuidema SU, et al. The CareWell-primary care program: design of a cluster controlled trial and process evaluation of a complex intervention targeting community-dwelling frail elderly. *BMC Fam Pract*. 2012;13:115. DOI:10.1186/1471-2296-13-115
34. Sawyer M. Measuring the success of the Arkansas Health Care Access Foundation. *J Ark Med Soc*. 1998;95(7):279-81.
35. Tourigny A, Durand PJ, Bonin L, Hébert R, Rochette L. Quasi-experimental study of the effectiveness of an integrated service delivery network for the frail elderly. *Can J Aging*. 2004;23(3):229-43. DOI:10.1353/cja.2004.0038
36. Veras R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. *Cad Saude Publica*. 2003;19(3):705-15. DOI:10.1590/S0102-311X2003000300003
37. Veras RP. Gerenciamento de doença crônica: equívoco para o grupo etário dos idosos. *Rev Saude Publica*. 2012;46(6):929-34. DOI:10.1590/S0034-89102012000600001
38. Wagner JT, Bachmann LM, Boulton C, Harari D, Rentin-Kruse W, Egger M, et al. Predicting the risk of hospital admission in older persons: validation of a brief self-administered questionnaire in three European countries. *J Am Geriatr Soc*. 2006;54(8):1271-6. DOI:10.1111/j.1532-5415.2006.00829.x
39. Wilhelmson K, Duner A, Eklund K, Gosman-Hedström G, Blomberg S, Hasson H, et al. Design of a randomized controlled study of a multi-professional and multidimensional intervention targeting frail elderly people. *BMC Geriatr*. 2011;11:24. DOI:10.1186/1471-2318-11-24

Os autores declaram não haver conflito de interesses.