**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

MARIA DE FÁTIMA FARIA DUAYER

**ANÁLISE DE IMPLANTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE
GESTÃO DE CASOS NO CUIDADO DE IDOSOS FRÁGEIS
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

**SÃO PAULO
2018**

MARIA DE FÁTIMA FARIA DUAYER

**Análise de implantação de um programa de
gestão de casos no cuidado de idosos frágeis
na Atenção Primária à Saúde**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
Interunidades da Escola de Enfermagem da Universidade
de São Paulo e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
da Universidade de São Paulo para obtenção do título de
Doutor em Ciências

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Amélia de Campos Oliveira

**São Paulo
2018**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data: ____ / ____ / _____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Duayer, Maria de Fátima Faria

Análise de implantação de um programa de gestão de casos no cuidado de idosos frágeis na Atenção Primária à Saúde/ Maria de Fátima Faria Duayer. São Paulo, 2018.

119 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Amélia de Campos Oliveira

1. avaliação de programas. 2. administração de caso. 3. idoso fragilizado. 4. atenção primária à saúde. I. Título.

Nome: Maria de Fátima Faria Duayer

Título: Análise de implantação de um programa de gestão de casos no cuidado de idosos frágeis na Atenção Primária à Saúde.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação Interunidades da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Profa. Dra. Maria Amélia de Campos Oliveira

Instituição: EEUSP

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

À Prof.^a Dr.^a Maria Amélia de Campos Oliveira, minha orientadora, querida amiga e parceira, por ter me guiado e acompanhado neste longo caminho;

À Prof.^a Dr.^a Hillegonda Maria Dutilh Novaes, que de maneira tão acolhedora, mostrou os caminhos a seguir;

À Prof.^a Dr.^a Maria do Rosário Dias de Oliveira Latorre, pela prontidão com que me recebeu e orientou;

A todos os professores que me encaminharam no sentido da concretização deste estudo;

À Dr.^a Maria da Glória Zenha Wieliczka, diretora executiva da OS Santa Catarina no período de implantação desta intervenção, que pelo seu compromisso com o fortalecimento da Atenção Primária e com o desenvolvimento da cidadania na Microrregião Cidade Ademar, possibilitou a implantação do Programa Gestão de Casos;

A todos os colegas da OS e dos serviços de saúde, especialmente aqueles que se dedicaram e ainda se empenham no cuidado das pessoas com condições crônicas na Microrregião Cidade Ademar,

Meu muito obrigada!

Duayer MFF. Análise de implantação de um programa de gestão de casos no cuidado de idosos frágeis na Atenção Primária à Saúde [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2018.

RESUMO

Introdução: O Programa Gestão de Casos foi implantado em novembro de 2009 pela Organização Social Santa Catarina em cinco UBS do modelo tradicional na Microrregião Cidade Ademar, zona sul do Município de São Paulo. A finalidade foi estabelecer vínculo longitudinal das pessoas com condições crônicas muito complexas com a equipe da APS e, em longo prazo, promover a qualidade de vida e favorecer o aumento da autonomia e da independência dessas pessoas. Assistentes sociais atuaram como gestores de caso nas UBS onde o Programa foi implantado. **Objetivo:** Avaliar a implantação do Programa, buscando analisar a influência dos fatores contextuais (UBS e grau de funcionalidade do idoso) sobre a implantação, assim como o efeito da implantação nos resultados produzidos. **Método:** Pesquisa avaliativa do tipo estudo de caso, de abordagem quantitativa e qualitativa. A população foi constituída por todos os idosos acompanhados pelo Programa nas cinco UBS, no período de janeiro de 2011 a dezembro 2014, identificados a partir do banco de dados do Programa. A fonte de dados foram os registros administrativos. Os critérios para avaliação do grau de implantação e dos resultados do Programa foram definidos com base na literatura. Foi realizada a classificação clínico-funcional dos idosos acompanhados, descritas as atividades e os produtos do Programa e os desfechos do acompanhamento. Os resultados do Programa foram medidos por: 1) acesso à APS; 2) utilização dos serviços, descritas pelas variáveis consulta médica, consulta especializada, consulta de enfermagem, atendimento por outros profissionais de nível superior e visitas domiciliares; 3) integração dos serviços HGP, AD e UBS e 4) vínculo longitudinal com a equipe da APS. A comparação entre a implantação do Programa e os fatores contextuais, assim como entre o grau de funcionalidade dos idosos e a UBS foi feita utilizando-se o teste de associação pelo Qui-quadrado. O teste de Mann-Whitney foi aplicado para comparar a implantação e as variáveis de utilização dos serviços durante o primeiro ano de acompanhamento no Programa. A comparação entre a implantação do Programa e o vínculo longitudinal com a equipe da APS foi feita por meio do teste de associação pelo Qui-quadrado. **Resultados:** O grau de implantação do Programa foi 39,4%, considerado crítico. Observou-se associação significativa entre os fatores contextuais e a implantação do Programa. A implantação satisfatória do Programa aumentou a utilização dos serviços, descrita pela consulta médica na APS, consulta médica ambulatorial e pela somatória da consulta de enfermagem e do atendimento por outros profissionais de nível superior da UBS. Observou-se associação entre a implantação do Programa e a produção de vínculo longitudinal com a equipe da APS. **Conclusão:** Na atenção aos idosos frágeis no contexto da APS, a implantação do Programa Gestão de Casos evidenciou maior resolutividade da atenção a esse grupo prioritário, ampliou a utilização das consultas médica e de enfermagem e o atendimento por outros profissionais de nível superior da UBS. Além disso, associou-se à produção de vínculo longitudinal com a equipe da APS. Os resultados deste estudo permitem recomendar melhorias na implantação do Programa.

Palavras-chave: avaliação de programas, administração de caso, idoso fragilizado, atenção primária à saúde.

Duayer MFF. Implementation analysis of a case management program in the care of frail elderly in Primary Health Care [thesis]. São Paulo: School of Nursing, University of São Paulo; 2018.

ABSTRACT

Introduction: The Case Management Program was implemented in November 2009 by the Santa Catarina Social Organization in five Health Care Unit (HCU) of the traditional model in the Ademar City Microregion, in the south region of São Paulo city. The purpose was to establish the longitudinal link of people with very complex chronic conditions with the PHC team and, in the long term, to promote the quality of life and to increase the autonomy and independence of these people. Social workers acted as case managers in the HCU where the Program was implemented. **Objective:** To evaluate the implementation of the Program, aiming to analyze the influence of the contextual factors (HCU and degree of functionality of the elderly) on the implantation, as well as the effect of the implantation in the results produced. **Method:** Evaluative research, case study type, with a quantitative and qualitative approach. The population was all the elderly accompanied by the Program in the five UBS, from January 2011 to December 2014, identified from the Program database. The data source was the administrative records. The criteria for evaluating the degree of implementation and the results of the Program were defined based on literature. The clinical-functional classification of the elderly was followed up, the activities and products of the Program and the follow-up outcomes were described. The results of the Program were measured by: 1) access to PHC; 2) use of services, described by the variables medical consultation, specialized consultation, nursing consultation, provision care by other health professionals and home visits; 3) integration of the Hospital, home care services and HCU and 4) longitudinal linkage with the APS team. The comparison between the implementation of the Program and the contextual factors, as well as between the degree of functionality of the elderly and the HCU was made using the Chi-square association test. The Mann-Whitney test was applied to compare the implementation and the variables of service utilization during the first year of the Program follow-up. The comparison between the implementation of the Program and the longitudinal link with the PHC team was made through the Chi-square association test. **Results:** The degree of implementation of the Program was 39.4%, considered critical. A significant association was observed between the contextual factors and the Program implementation. The satisfactory implementation of the Program increased the use of health services, described by the number of medical consultation in the APS, outpatient medical consultation and by the sum of nursing consultation and provision of care by health professionals. An association was observed between the implementation of the Program and the production of longitudinal link with the PHC team. **Conclusion:** In the care of the frail elderly in the context of PHC, the implementation of the Case Management Program evidenced greater resolution of attention to this priority group, expanded the use of medical and nursing consultations and the provision of care by other health professionals. In addition, it was associated with the production of longitudinal link with the PHC team. The results of this study allow us to recommend improvements in the implementation of the Program.

Keywords: program evaluation, case management, frail elderly, primary health care

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

Figura 1	Modelo de Atenção às Condições Crônicas de Mendes	18
Figura 2	Captação da população do estudo. Programa Gestão de Casos. São Paulo, SP. 2018.....	34
Figura 3	Estabelecimentos de saúde da Microrregião Cidade Ademar, 2009	36
Figura 4	Modelo Lógico Operacional do Programa Gestão de Casos	43

QUADROS

Quadro 1	Critérios, indicadores, padrões e fonte de dados utilizados para avaliação do grau de implantação do Programa Gestão de Casos	46
Quadro 2	Detalhamento dos indicadores utilizados para o cálculo do grau de implantação do Programa Gestão de Casos	46
Quadro 3	Resultados, critérios, padrões e fonte de dados utilizados para avaliação dos resultados do Programa Gestão de Casos	49
Quadro 4	Detalhamento dos indicadores utilizados para o cálculo do vínculo longitudinal com a equipe da APS.....	50
Quadro 5	Perfil de idosos em estudos de Programas de Gestão de Casos	88
Quadro 6	Atividades do gestor de caso em estudos de Programas de Gestão de Casos.....	90

GRÁFICO

Gráfico 1	Utilização dos serviços pelos idosos acompanhados pelo Programa. Programa Gestão de Casos. São Paulo, SP, 2018	80
------------------	---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Características sócio-demográficas dos idosos acompanhados pelo Programa. Programa Gestão de Casos. São Paulo, SP, 2018.....	52
Tabela 2	Características epidemiológicas dos idosos acompanhados pelo Programa. Programa Gestão de Casos. São Paulo, SP, 2018.....	53
Tabela 3	Acesso e utilização dos serviços pelos idosos no ano anterior à admissão no Programa. Programa de Gestão de Casos. São Paulo, SP, 2018.....	54
Tabela 4	Observações relativas à funcionalidade dos idosos acompanhados pelo Programa. Programa Gestão de Casos. São Paulo, SP, 2018.....	55
Tabela 5	Classificação clínico-funcional dos idosos acompanhados pelo Programa. Programa Gestão de Casos. São Paulo, SP, 2018.....	57
Tabela 6	Produto das atividades assistenciais do Programa. Programa Gestão de Casos. São Paulo, SP, 2018.....	62
Tabela 7	Motivos de desligamento do Programa segundo classificação clínico-funcional dos idosos. Programa Gestão de Casos. São Paulo, SP, 2018.....	63
Tabela 8	Tempo de permanência no Programa segundo classificação clínico-funcional dos idosos. Programa Gestão de Casos. São Paulo, SP, 2018.....	63
Tabela 9	Critérios, indicadores e grau de implantação do Programa. Programa de Gestão de Casos. São Paulo, SP, 2018.....	75
Tabela 10	Indicadores e Grau de implantação do Programa segundo UBS. Programa de Gestão de Casos. São Paulo, SP, 2018	76
Tabela 11	Indicadores e Grau de implantação do Programa segundo classificação clínico-funcional dos idosos. Programa Gestão de Casos. São Paulo, SP, 2018.....	77
Tabela 12	Utilização dos serviços pelos idosos acompanhados pelo Programa. Programa Gestão de Casos. São Paulo, SP, 2018	79

Tabela 13	Comparação da utilização dos serviços pelos idosos acompanhados pelo Programa entre o ano anterior à admissão no Programa e o primeiro ano de acompanhamento. Programa Gestão de Casos. São Paulo, SP, 2018.....	81
Tabela 14	Utilização dos serviços segundo implantação do Programa. Programa Gestão de Casos. São Paulo, SP, 2018.....	81
Tabela 15	Transições entre pontos de atenção. Programa Gestão de Casos. São Paulo, SP, 2018.....	82
Tabela 16	Vínculo longitudinal. Programa Gestão de Casos. São Paulo, SP, 2018.....	83
Tabela 17	Vínculo longitudinal com a equipe da UBS segundo implantação do Programa. Programa Gestão de casos. São Paulo, SP, 2018	83

LISTA DE SIGLAS

ABVD	Atividades básicas de vida diária
AD	Assistência Domiciliária
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
AMA	Assistência Médica Ambulatorial
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CCM	<i>Chronic Care Model</i>
COE	Clínica Odontológica Especializada
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
EMAD	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipe Multiprofissional de Apoio
ESF	Estratégia Saúde da Família
HGP	Hospital Geral de Pedreira
MACC	Modelo de atenção às Doenças Crônicas
NIHDI	<i>Belgian National Institute of Healthcare and Disability Insurance</i>
OS	Organização Social
PAI	Programa Acompanhante do Idoso
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SIGA	SIGA-SAÚDE – Sistema Integrado de Gestão da Assistência à Saúde
SMS	Secretaria Municipal da Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
URSI	Unidade de Referência em Saúde do Idoso

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REFERENCIAL TEÓRICO SOBRE AVALIAÇÃO EM SAÚDE.....	24
3 OBJETIVOS.....	29
4 MÉTODO	31
4.1 TIPO DE ESTUDO	32
4.2 LOCAL	32
4.3 POPULAÇÃO E FONTE DOS DADOS EMPÍRICOS.....	33
4.4 ETAPAS DO TRABALHO.....	35
4.4.1 Descrição do Programa Gestão de Casos	35
4.4.2 Construção do Modelo Lógico Operacional.....	42
4.4.3 Critérios para avaliação do grau de implantação do Programa Gestão de Casos	44
4.4.4 Critérios para avaliação dos resultados do Programa Gestão de Casos	47
4.4.5 Perfil e classificação clínico-funcional dos idosos acompanhados pelo Programa Gestão de Casos	50
4.4.6 Descrição de atividades, produtos e desfechos do Programa Gestão de Casos	58
4.4.7 Avaliação do grau de implantação do Programa Gestão de Casos	63
4.4.8 Análise da influência dos fatores contextuais na implantação do Programa Gestão de Casos	64
4.4.9 Descrição dos resultados do Programa Gestão de Casos	64
4.4.10 Análise da influência da implantação do Programa nos resultados alcançados	66
4.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO	67
4.5.1 Variáveis utilizadas para descrição do perfil e classificação clínico-funcional dos idosos	67
4.5.2 Variáveis utilizadas para a descrição dos produtos e desfechos do acompanhamento	68
4.5.3 Variáveis utilizadas para avaliação do grau de implantação do Programa Gestão de Casos	70
4.5.4 Variáveis utilizadas para descrição dos resultados do Programa Gestão de Casos	70
4.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA	72
4.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	73
5 RESULTADOS	74
5.1 ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA GESTÃO DE CASOS	75
5.2 EFEITOS DO PROGRAMA GESTÃO DE CASOS	77
5.2.1 Acesso à APS	77
5.2.2 Utilização dos serviços.....	78
5.2.3 Integração dos serviços HGP, AD e UBS.....	82
5.2.4 Vínculo longitudinal com a equipe da APS.....	82

6 DISCUSSÃO.....	84
6.1 PERFIL E CLASSIFICAÇÃO CLÍNICO-FUNCIONAL DOS IDOSOS ACOMPANHADOS PELO PROGRAMA GESTÃO DE CASOS.....	85
6.2 ATIVIDADES, PRODUTOS E DESFECHOS DO ACOMPANHAMENTO	89
6.3 ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA GESTÃO DE CASOS	92
6.4 EFEITOS DO PROGRAMA GESTÃO DE CASOS	98
6.4.1 Acesso e utilização dos serviços	98
6.4.2 Integração entre os serviços HGP, AD e UBS	100
6.4.3 Vínculo longitudinal com a equipe da APS.....	101
7 CONCLUSÃO	105
8 RECOMENDAÇÕES.....	108
REFERÊNCIAS	111

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) estão entre as principais causas de morte no mundo. Em 2012, foram responsáveis por 38 milhões (68%) de óbitos, dos quais 28 milhões aconteceram em países de renda baixa e média; 40% dessas mortes anuais ocorreram prematuramente (em pessoas abaixo de 70 anos) e a maioria das mortes prematuras (82%) teve lugar em países de renda baixa e média. Sua relevância para os sistemas de saúde decorre não apenas de sua magnitude, mas de sua transcendência, haja vista seu grande impacto econômico e social, tanto pelo elevado número de mortes prematuras, como pela perda de qualidade de vida decorrente de incapacidades funcionais e dependência. (WHO, 2014).

No Brasil, as DCNT são o principal problema de saúde e lideram as causas de mortes prematuras. Entre 1990 e 2015, houve aumento da mortalidade proporcional por DCNT e mortes por violência e diminuição da mortalidade por causas transmissíveis, maternas e neonatais na carga global de doenças. Em 2015, a mortalidade proporcional por DCNT correspondeu a 75,8% do total de óbitos, enquanto as causas externas responderam por 12,4% e as doenças transmissíveis, maternas e neonatais, por 11,8%. Dentre as DCNT, as doenças cardiovasculares lideraram as causas de morte, seguidas por neoplasias, doenças respiratórias crônicas e diabetes. (Malta et al., 2017).

A terminologia mais apropriada para as DCNT é *condições*, que podem ser agudas ou crônicas (OMS, 2003; Mendes, 2012; Moraes, 2012), uma vez que o conceito clássico de doenças crônicas não consegue explicar uma série de situações que não são propriamente doenças, mas que demandam atenção e acompanhamento do sistema de saúde, a exemplo das deficiências estruturais permanentes. Além das DCNT, também são consideradas condições crônicas as doenças transmissíveis de evolução prolongada, os distúrbios mentais de longo prazo (esquizofrenia e depressão, dentre outros) e as deficiências estruturais permanentes (amputação de membros e perda de visão, por exemplo) porque todas impactam de forma semelhante os pacientes e seus familiares e, em relação ao sistema de saúde, necessitam de estratégias semelhantes para seu gerenciamento (OMS, 2003).

As condições crônicas demandam dos sistemas de saúde, historicamente organizados em torno da atenção às condições agudas, estratégias de mudança para

o seu controle, prevenção de complicações e incapacidades (Boult et al., 2011; Mendes, 2012). As mudanças neste sentido têm como modelo fundante, o Chronic Care Model (CCM) proposto por Wagner, desenvolvido pela equipe do *MacColl Institute for Healthcare Innovation*, nos Estados Unidos (Mendes, 2012).

Segundo este modelo, inovações devem ser feitas: na organização da atenção à saúde; no desenho do sistema de prestação de serviços para contemplar atendimentos programados por equipe multiprofissional, estruturados segundo diretrizes clínicas baseadas em evidências, e monitoramento ativo; na estruturação de um sistema de informação clínica; no desenvolvimento de intervenções que promovam o empoderamento das pessoas para o autocuidado; na integração dos recursos de saúde com os recursos existentes na comunidade. As inter-relações destes elementos favorecem o desenvolvimento de relações produtivas entre pessoas usuárias, ativas e informadas, e equipe de saúde, preparada e proativa, com produção de melhores resultados sanitários (Mendes, 2012).

Von Korff et al. (1997) apresentam quatro elementos essenciais para a produção de “interações produtivas” entre as pessoas usuárias dos serviços de saúde, seus familiares e os profissionais desses serviços: definição compartilhada dos problemas; definição de uma meta e um plano de ação, que deve priorizar um dos problemas identificados; educação e apoio contínuo do paciente para o autocuidado e monitoramento regular do paciente ao longo do tempo.

Boult e Wieland (2010) identificaram quatro processos que podem promover melhorias no cuidado de pessoas com múltiplas condições crônicas: avaliação abrangente das necessidades da pessoa; implementação de plano individualizado de cuidado, monitoramento ativo do estado de saúde da pessoa e da adesão ao plano ao longo do tempo; coordenação das ações dos vários serviços ambulatoriais, hospitalares e comunitários e promoção do envolvimento ativo da pessoa e seus familiares no cuidado, respeitando as preferências e o contexto de vida da pessoa.

Guias clínicas e os protocolos assistenciais podem ser utilizados eficazmente no manejo das condições crônicas quando a interdependência entre os profissionais não é elevada e a variabilidade da resposta às intervenções médicas entre os pacientes é pequena. Quando as condições crônicas são múltiplas e complexas, há um nível considerável de interdependência entre os profissionais, incertezas em relação às intervenções clínicas e necessidade de utilização dos vários pontos de atenção do

sistema de saúde durante o processo de tratamento e reabilitação. Nesses casos, é necessário viabilizar a comunicação entre os profissionais envolvidos no cuidado e a ferramenta da gestão da clínica mais eficaz para isso é a gestão de caso (OPS, 2008).

A gestão de caso é uma estratégia de cuidado centrada na pessoa e com potencial para superar a fragmentação dos sistemas de saúde, melhorando a coordenação e a efetividade do cuidado e potencializando o autocontrole das pessoas sobre sua condição de saúde. São características da gestão de caso: a presença do gestor de caso, em geral um enfermeiro ou assistente social; a avaliação abrangente das necessidades da pessoa, incluindo aspectos físicos, psicológicos e sociais; a implementação do plano de cuidados; a coordenação pelo gestor das ações relativas ao cuidado e o monitoramento ao longo do tempo da situação de saúde da pessoa e da execução do plano de cuidados; e ser direcionado a pessoas com condições crônicas complexas. Trata-se de uma atividade complementar ao cuidado clínico habitual. Sua principal característica é o papel do gestor de caso, que atua como coordenador do cuidado e ajuda a pessoa a navegar no sistema de saúde, articulando diferentes tipos de serviços e recursos comunitários, apoiando com tarefas administrativas e logísticas (Hickam et al., 2013; Sandberg et al., 2015).

Os primeiros modelos norte-americanos de gestão de caso foram desenvolvidos como parte do movimento de enfermagem em saúde comunitária no século XX. Nesses modelos, o enfermeiro exercia o papel de gestor do caso e também realizava a prestação de cuidados clínicos. Foi utilizado para atender às necessidades de pacientes com problemas psiquiátricos crônicos em 1970, no tratamento de pessoas com AIDS em 1980 e, posteriormente, no cuidado dos idosos frágeis (Hickam et al., 2013).

Os idosos são um grupo com necessidades de saúde complexas, geralmente com múltiplas doenças crônicas, para os quais não são suficientes as intervenções e os programas que focam uma determinada doença ou condição específica. Para eles, os programas devem ter abordagens mais abrangentes e identificar suas necessidades individuais. Como utilizam serviços de diferentes níveis de complexidade dentro do sistema de saúde, têm maior risco de experimentar insegurança, insatisfação e perceber os serviços de saúde como inacessíveis (Sandberg et al., 2015). Para Bernabei et al. (1998), os idosos frágeis podem ser “esquecidos” entre os serviços do nível primário e secundário de saúde. Além de um

cuidado fragmentado, idosos e seus familiares correm o risco de serem desengajados dos seus cuidados (Boult et al., 2011).

A expansão dos modelos de gestão de caso levou o termo a ser aplicado em uma ampla variedade de intervenções. Todavia, a característica central da gestão de caso é o papel do gestor, que coordena o cuidado da pessoa com condição crônica. A função de coordenação é diferente das funções clínicas (tratamento, ajuste de medicação, orientação sobre a doença) embora, em muitos modelos, o gestor de caso também possa atuar como membro da equipe assistencial e responsabilizar-se por intervenções clínicas específicas (Hickam et al., 2013).

Outra característica fundamental da gestão de caso é o contato longitudinal e frequente, o que a distingue de outras modalidades de intervenção de duração limitada, que visam melhorar a coordenação do cuidado durante a transição de um serviço para o outro. Podem ocorrer variações na proximidade do gestor de caso da equipe clínica que assiste a pessoa, bem como na intensidade das ações de monitoramento, que podem variar de contatos telefônicos esporádicos a visitas domiciliárias regulares (Hickam et al., 2013).

No Brasil, a gestão de caso é proposta por Mendes (2009) no Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), no contexto das Redes de Atenção à Saúde (RAS). A estruturação das RAS, tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como ordenadora do cuidado é a estratégia adotada, no âmbito do SUS, para superar a fragmentação das ações e serviços de saúde.

A Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabeleceu as diretrizes para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no SUS.

“A Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, que buscam garantir a integralidade do cuidado[...] Fundamenta-se na compreensão da APS como 1o nível de atenção, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção” (Brasil, 2010, p.89).

As RAS são constituídas por três elementos fundamentais: a população, o modelo de atenção e a estrutura operacional (Brasil, 2010; Mendes, 2009).

“O modelo de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definido em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade” (Brasil, 2010, p.91).

Para a implantação das RAS, “é necessária uma mudança no atual modelo de atenção hegemônico no SUS, ou seja, exige uma intervenção concomitante sobre as condições agudas e crônicas” (Brasil, 2010, p.91).

O Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) proposto por Mendes (2009) tem como base o CCM proposto por Wagner, o Modelo da Pirâmide de Risco e o Modelo da Determinação Social da Saúde de Dahlgreen e Whitehead (Figura 1).

Figura 1 – Modelo de Atenção às Condições Crônicas de Mendes

Fonte: Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na Atenção primária à Saúde: o imperativo da consolidação da estratégia saúde da Família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

No primeiro nível, o foco das intervenções são os determinantes sociais da saúde intermediários, com ações voltadas à promoção da saúde dirigidas à população geral. No segundo, trabalha-se com ações preventivas voltadas a subpopulações com

fatores de risco, com foco nos determinantes proximais de saúde, ligados aos comportamentos e estilos de vida. No terceiro e quarto níveis, as intervenções são voltadas, respectivamente, para as subpopulações que apresentam uma condição crônica de baixo ou médio risco (em geral, 70 a 80% das pessoas com condições crônicas) e aquelas com condição crônica de risco alto ou muito alto, utilizando-se a tecnologia de gestão da condição de saúde.

No nível 5, opera-se com subpopulações que apresentam uma condição crônica muito complexa, por meio de outra tecnologia da gestão da clínica, a gestão de caso. Nesse nível, o gestor de caso, que pode ser um enfermeiro, um assistente social ou uma pequena equipe de saúde, coordena o cuidado recebido pela pessoa em todos os pontos de atenção à saúde e ao longo do tempo.

“A gestão de caso é o processo cooperativo que se desenvolve entre um profissional gestor de caso e uma pessoa portadora de uma condição de saúde muito complexa e sua rede de suporte, para planejar, monitorar e avaliar opções de cuidado e de coordenação da atenção à saúde, de acordo com as necessidades da pessoa e com o objetivo de propiciar uma atenção de qualidade, humanizada e capaz de aumentar a capacidade funcional e de preservar a autonomia individual e familiar” (Mendes, 2012, p.403).

As pessoas elegíveis para a gestão de caso podem variar de 1 a 5% daquelas com condições crônicas (Mendes, 2012). São elegíveis para a gestão de caso pessoas portadoras de múltiplas patologias crônicas, que utilizam polifarmácia, com baixa adesão às intervenções prescritas, com repetidas internações hospitalares, que apresentam evidências de algum tipo de abuso ou condição de pobreza extrema e pessoas idosas com limitações funcionais ou déficit para o autocuidado (Mendes, 2012).

O envelhecimento populacional faz parte da realidade brasileira e estima-se que no Brasil a população idosa irá mais que triplicar nas próximas quatro décadas, passando de menos de 20 milhões em 2010 para aproximadamente 65 milhões em 2050 (Banco Mundial, 2011), quando as crianças de 0 a 14 anos representarão 13,15% da população total e os idosos alcançarão os 22,71% (Moraes, 2012).

No contexto brasileiro de transição epidemiológica, o envelhecimento acontece em meio à alta prevalência de doenças crônicas e nem sempre resulta em uma vida saudável, ou seja, livre de incapacidades. Em 2008, a expectativa de vida total aos 60 anos era de 19,5 anos para os homens e 22,7 anos para as mulheres. Já a expectativa de vida saudável, livre de incapacidade funcional, aos 60 anos, era de 16,5 anos para

os homens (ou seja, 3 anos com incapacidade funcional) e de 18 anos para as mulheres (4,7 anos com incapacidade funcional). Embora as mulheres apresentem maior tempo médio de sobrevida ativa ou com boa saúde, também apresentam maior tempo médio de sobrevida com incapacidade funcional (Camargos, Gonzaga, 2015).

Estudo realizado no município de São Paulo mostrou que a eliminação das DCNT na população idosa poderia levar ao aumento da expectativa de vida livre de incapacidade em homens e mulheres, tanto aos 60, quanto aos 75 anos. A doença cardíaca, se eliminada, seria a que mais promoveria ganhos em porcentagens de anos a serem vividos livres de incapacidade, para ambos os sexos. Entre as mulheres, a hipertensão arterial e o diabetes mellitus apareceram em segundo e terceiro lugares, respectivamente. Já no sexo masculino, a doença cardíaca foi seguida por hipertensão arterial (segundo lugar), quedas (terceiro lugar aos 60anos) e doença pulmonar crônica (terceiro lugar aos 75 anos). Esses resultados ilustram a importância do controle e do manejo adequado das condições crônicas (Campolina et al., 2013).

Os idosos apresentam múltiplas condições crônicas e necessidades complexas de cuidado a depender do grau de funcionalidade e do contexto social e familiar. Programas de gerenciamento de doença crônica, caracterizados pela abordagem focada em doenças específicas, têm se mostrado pouco resolutivos (Veras, 2012). Para ser efetiva, a atenção a esse segmento populacional deve ser centrada na pessoa, as ações devem ser integradas e o cuidado coordenado durante todo o percurso assistencial (Veras et al., 2014).

A atenção à saúde dos idosos mais frágeis, para ter qualidade e ser custo-efetiva, deve superar o simples diagnóstico e o tratamento das doenças individuais e incluir a avaliação multidimensional, a elaboração e o monitoramento de um plano de cuidado, a comunicação e a coordenação dos profissionais e dos serviços envolvidos e a promoção do envolvimento ativo do idoso e seus familiares no cuidado. (Moraes, 2017)

Para pessoas com condições crônicas complexas, a literatura nacional e internacional recomenda o fortalecimento dos cuidados primários, a avaliação abrangente das necessidades de saúde, a implementação e o monitoramento do plano de cuidados, a coordenação de profissionais e serviços e a promoção do engajamento das pessoas e seus familiares no cuidado. A tecnologia de gestão de caso contempla essas recomendações.

No Brasil, a introdução da gestão de caso tem sido feita principalmente por operadoras de planos privados de saúde. Segundo Mendes (2012), apesar de todas as evidências coletadas internacionalmente sobre seus benefícios, essa tecnologia de gestão da clínica ainda não é utilizada significativamente na APS.

Em novembro de 2009, com a finalidade de qualificar o cuidado das pessoas com condições crônicas muito complexas, a Organização Social (OS) Santa Catarina implantou um programa, denominado Programa Gestão de Casos, na Microrregião Cidade Ademar, localizada na zona sul do Município de São Paulo. Essa intervenção consistiu de utilização da tecnologia de gestão de caso pelas equipes das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do modelo tradicional para o cuidado das pessoas com condições crônicas muito complexas.

A OS Santa Catarina está presente na Microrregião Cidade Ademar desde 2002, quando implantou as primeiras Unidades com Estratégia de Saúde da Família (ESF) mediante contrato com a Secretaria de Saúde do Estado. Posteriormente, firmou contrato de parceria com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e ampliou sua atuação, responsabilizando-se por novas unidades ESF. Em 2008, mediante contrato de gestão celebrado com a SMS e respectivos Termos Aditivos, passou a se responsabilizar pelo gerenciamento de todos os serviços de saúde municipais da Microrregião Cidade Ademar.

A implantação do Programa Gestão de Casos envolveu o Hospital Geral de Pedreira (HGP), cinco UBS tradicionais, com uma população de 145.103 pessoas na área de abrangência, calculada com base na estimativa populacional para 2007 da Fundação SEADE, e o serviço de Assistência Domiciliar (AD) da Microrregião. Posteriormente, o Programa expandiu-se para todas as UBS do modelo tradicional da Microrregião, o que correspondia, na época, a uma população de 264.174 pessoas. Decorridos dois anos da implantação do Programa, no final de 2011, a direção e a equipe da Assessoria Técnica da OS Santa Catarina decidiram avaliá-lo, o que motivou a realização deste estudo.

Em um processo de avaliação, algumas questões devem ser respondidas: Por que avaliar? Para que avaliar? O que avaliar? É possível avaliar? Como avaliar? (Nemes, 2001). Estas perguntas orientaram o desenvolvimento deste estudo.

A resposta a algumas questões relativas à implantação do Programa Gestão de Casos é fundamental para a direção e equipe técnica da OS Santa Catarina: as ações

desenvolvidas estão em conformidade com a tecnologia de gestão de caso? Qual o perfil da clientela do Programa e suas necessidades em saúde? Qual o intervalo de tempo entre a pessoa receber alta do hospital e ser admitido no serviço de AD ou na UBS? Quanto tempo a pessoa foi monitorada pelo gestor de caso? A intervenção produz o efeito de ampliar o vínculo das pessoas com condições crônicas muito complexas com as equipes da APS? Em que medida a falta de suporte familiar e as situações de extrema vulnerabilidade influenciam o resultado do trabalho das equipes?

Em intervenções complexas, como a do cuidado de pessoas com condições crônicas muito complexas, fatores ligados à clientela, como o suporte familiar e a rede de apoio, e outros relacionados à equipe, como posicionamentos técnicos pouco dependentes de normas e padrões, fortemente modulados por decisões pessoais, podem determinar variações na implantação que influenciarão positiva ou negativamente os efeitos produzidos. Nesses casos, justifica-se a avaliação de implantação e não só dos efeitos ou impactos da intervenção.

Os principais interessados nesta avaliação são a diretoria e a equipe técnica da OS Santa Catarina, na qual me incluo, como uma das técnicas responsáveis pelo desenho, implantação e acompanhamento da intervenção, e os profissionais diretamente ligados ao Programa. As conclusões desta avaliação são importantes para julgar que em que medida as ações desenvolvidas promoveram as melhorias esperadas e pactuar ações para qualificação do cuidado, incorporando e produzindo boas práticas em saúde.

Apesar da implantação do Programa Gestão de Casos ter sido uma iniciativa da OS Santa Catarina, a Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de São Paulo acompanhou seu desenvolvimento.

A clientela do Programa Gestão de Casos incluiu crianças em condição de extrema vulnerabilidade, pessoas com doença mental grave, pessoas com múltiplas patologias crônicas e baixa adesão ao tratamento ou internações repetidas, idosos frágeis ou em risco de fragilização. Dadas as peculiaridades e as diferentes necessidades em saúde de cada um desses subgrupos populacionais, definiu-se como população alvo deste estudo as pessoas idosas, que foram as maiores usuárias do Programa e as que mais frequentemente apresentam condições crônicas muito complexas.

Assim, este estudo tem como objeto a utilização da tecnologia de gestão de caso no cuidado de idosos com condições crônicas muito complexas na APS, na perspectiva do SUS. Propõe-se realizar uma análise de implantação da intervenção Programa Gestão de Casos, buscando conhecer o grau de implantação e seus determinantes contextuais e o efeito da implantação sobre os resultados da intervenção.

2 REFERENCIAL TEÓRICO SOBRE AVALIAÇÃO EM SAÚDE

2 REFERENCIAL TEÓRICO SOBRE AVALIAÇÃO EM SAÚDE

A avaliação em saúde pertence ao campo de pesquisa em serviços de saúde, que tem como objeto principal os serviços de saúde e visa à utilização do conhecimento produzido na produção de melhorias para os sistemas e os serviços. Pode ser feita de uma perspectiva interna, ou seja, avaliando o efeito dos processos de atenção sobre a saúde das pessoas assistidas, ou de uma perspectiva externa, considerando o impacto das ações sobre o sistema de saúde e o perfil epidemiológico da população (Novaes, 2004)

A avaliação sistemática das intervenções sociais remonta ao início do século XIX, na Europa. Evoluiu a partir da necessidade de conhecer o efeito de políticas públicas de caráter social, educacional e de saúde sobre as condições de vida de indivíduos, grupos sociais e da sociedade em geral. No início as avaliações caracterizavam-se por atividades de medida, coleta sistemática de dados e análises quantitativas (Dubois, Champagne, Bilodeau, 2011).

Após a Segunda Guerra, uma nova abordagem foi incorporada e o avaliador não mais se limitou a colher medidas, passando a descrever, compreender o programa ou a intervenção e fazer observações para sua melhoria. A partir dos anos 70, houve a profissionalização da atividade de avaliação, com grande número de publicações e a criação de várias associações. De 1990 até os dias atuais, a prática avaliativa continua a se transformar e evoluir, ao incorporar metodologias qualitativas e ampliar a participação dos sujeitos envolvidos no processo de avaliação (Dubois, Champagne, Bilodeau, 2011).

Na área de saúde, a avaliação pode ser assim definida:

“Avaliar consiste fundamentalmente em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de proceder de modo a que os diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes diferentes, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações” (Champagne et al., 2011a, p. 44).

Existem vários tipos de intervenção, por exemplo, a introdução de protocolos assistenciais ou medicamentos e outras mais complexas, como a formulação de

políticas de saúde e a proposição de programas de atenção a populações específicas (Champagne et al., 2011a).

Os programas de saúde direcionados a populações específicas podem envolver diferentes instituições, serviços ou profissionais e, segundo Novaes (2000, p.552) são “[...] processos complexos de organização de práticas voltadas para objetivos especificados”. Neste estudo, os termos programa e intervenção serão usados com o mesmo sentido.

“Uma intervenção é constituída pelo conjunto dos meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos) organizados em contexto específico, em um dado momento, para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática. Uma intervenção é caracterizada, portanto, por cinco componentes: objetivos; recursos; serviços, bens ou atividades; efeitos e contexto preciso em um dado momento (Contandriopoulos et al., 1997, p. 31).

Os sujeitos envolvidos em uma intervenção são: a população (ou a situação problema), os usuários (a clientela atingida pelos efeitos), os responsáveis da organização, os profissionais, os agentes financiadores e, finalmente, o poder público (relacionado ao contexto) (Contandriopoulos et al., 1997).

A avaliação de programas de saúde envolve a coleta sistemática de informações sobre suas características, atividades e resultados, o que permite analisar os componentes do programa, orientar ações para seu aprimoramento, justificar os recursos utilizados e analisar sua efetividade, assegurando que os recursos estão sendo utilizados de modo efetivo (CDC, 2011).

Em relação à abordagem, é possível distinguir dois tipos de avaliação: a apreciação normativa e a pesquisa avaliativa (Contandriopoulos et al., 1997; Champagne et al., 2011a). A apreciação normativa consiste na comparação dos componentes da intervenção, ou seja, estrutura, atividades implementadas e resultados alcançados, com normas e critérios. Possibilita fazer um julgamento da intervenção ou programa, bem como de seus componentes, em relação às normas e aos critérios utilizados como referência (Contandriopoulos et al., 1997; Champagne et al., 2011b). “A validade da apreciação normativa baseia-se em dois critérios: a validade dos instrumentos e da estratégia de medida, e a força causal dos vínculos entre a estrutura, os processos e os resultados” (Champagne et al., 2011b, p. 92).

Cinco critérios orientam a apreciação normativa: a fidelidade, a cobertura, a qualidade, os custos e os efeitos. A apreciação da fidelidade tem como objetivo avaliar

se a intervenção foi implantada conforme o previsto. A cobertura avalia a clientela que foi atendida pela intervenção. A apreciação da qualidade tem o objetivo de avaliar os processos de cuidado e serviços e compreende três dimensões: a técnica, a das relações interpessoais e a dimensão organizacional. A dimensão técnica avalia a adequação dos serviços às necessidades dos usuários, inclui a apreciação da qualidade dos serviços, definida a partir de normas e critérios. A dimensão das relações interpessoais é voltada para a interação de usuários e profissionais na produção dos serviços. A dimensão organizacional diz respeito a acesso, extensão da cobertura atingida, integralidade e continuidade do cuidado. A apreciação dos custos avalia os custos da intervenção, enquanto a apreciação dos resultados permite comparar os resultados alcançados com os esperados, ou seja, com os objetivos da intervenção (Champagne et al., 2011b).

A pesquisa avaliativa tem o objetivo de analisar a pertinência, a lógica, a produtividade, os efeitos e a eficiência de uma intervenção, configurando seis tipos de análise: estratégica, lógica, da produtividade, dos efeitos, da eficiência e de implantação (Champagne et al., 2011a).

A análise estratégica avalia a pertinência entre os objetivos da intervenção e o problema que ela busca resolver; a análise lógica apoia-se na teoria da intervenção e pesquisa a relação entre recursos e serviços disponibilizados e os objetivos da intervenção; a da produtividade avalia o modo como os recursos são usados para produzir serviços; a dos efeitos estuda a eficácia dos serviços em modificar o estado de saúde dos usuários beneficiados pela intervenção; a análise da eficiência relaciona o custo dos recursos empregados com os benefícios alcançados e, finalmente, a análise de implantação estuda as relações entre a intervenção e seus componentes, o contexto e os efeitos produzidos (Contandriopoulos et al., 1997; Champagne et al., 2011a).

A análise de implantação tem o objetivo identificar e compreender os fatores relacionados ao contexto que interferem na implantação de uma intervenção, avaliando seu grau de implantação e a relação com os efeitos produzidos. Essa análise aumenta a validade externa das pesquisas avaliativas, evitando que se avaliem os resultados de uma intervenção que não teve um grau de implantação satisfatório (Denis, Champagne, 1997; Champagne et al., 2011c).

Existem três tipologias de análise de implantação: o primeiro tem o objetivo de compreender a influência de fatores ligados ao contexto no grau de implantação da intervenção. Nessa tipologia, os fatores contextuais são as variáveis independentes e o grau de implantação a variável dependente. O segundo analisa a influência de variações na implantação da intervenção nos efeitos produzidos, de modo que a variável independente é o grau de implantação da intervenção, enquanto as variáveis dependentes são os efeitos da intervenção. O terceiro avalia a influência da interação entre o programa e o contexto nos efeitos produzidos (Denis, Champagne, 1997; Champagne et al., 2011c).

Para avaliar um programa é necessário descrevê-lo claramente, evidenciando como as atividades programadas conduzem aos resultados esperados. Essa descrição minuciosa orienta a formulação das questões avaliativas, embora muitas vezes ela seja realizada somente no momento da avaliação (CDC, 2011).

A descrição de um programa inclui os seguintes componentes: o problema de saúde que se pretende atingir, os grupos e as organizações envolvidos, os recursos utilizados, as atividades a serem implementadas e seus produtos, os resultados pretendidos e as relações entre atividades e resultados. Além desses componentes, a descrição deve incluir o estágio do desenvolvimento do programa e seu contexto (CDC, 2011).

O Modelo Lógico é a representação gráfica da relação entre as atividades do programa e os resultados pretendidos (CDC, 2011). Modelizar a intervenção é estabelecer seu modelo lógico, explicitar como os componentes do programa (estrutura, processos e produtos) articulam-se para produzir os efeitos esperados (Champagne et al., 2011d).

A modelização da intervenção consiste na construção de três modelos principais: o modelo causal, o lógico teórico e o lógico operacional. O modelo causal evidencia as causas do problema, objeto da intervenção; o modelo lógico teórico expressa as relações entre as causas imediatas do problema e as mais distantes e o modelo lógico operacional é uma representação da forma como se articulam os recursos, as atividades, os produtos e os efeitos da intervenção (Champagne et al., 2011d).

3 OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

GERAL

- Avaliar a implantação do Programa Gestão de Casos buscando analisar a influência dos fatores contextuais na implantação do Programa, bem como o efeito da implantação nos resultados produzidos.

ESPECÍFICOS

1. Avaliar o grau de implantação do Programa Gestão de Casos;
2. Analisar a influência da UBS na implantação do Programa Gestão de Casos;
3. Analisar a influência do grau de funcionalidade dos idosos na implantação do Programa Gestão de Casos;
4. Descrever os resultados da intervenção;
5. Analisar a influência da implantação do Programa nos resultados produzidos.

4 MÉTODO

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa avaliativa do tipo estudo de caso que utilizou dados de cinco coortes de pacientes idosos acompanhados pelo Programa Gestão de Casos, em cinco UBS, no período de 2011 a 2014. As cinco unidades de análise foram as UBS Jardim Miriam, Vila Joaniza, Vila Império I, Vila Missionária e Parque Dorotéia.

4.2 LOCAL

O estudo foi desenvolvido no município de São Paulo, na Microrregião de Cidade Ademar, localizada na zona sul, e que compreende os distritos administrativos de Campo Grande, Cidade Ademar e Pedreira, cuja população é de 100.713, 266.681 e 144.317 pessoas, respectivamente, totalizando 571.713 habitantes, segundo dados do censo IBGE de 2010 (São Paulo, 2009).

O Distrito de Cidade Ademar é densamente povoado, com uma densidade demográfica de 20.321,8 hab./km², enquanto a densidade do município de São Paulo, de 7.384,15 hab./km² (São Paulo, 2012). A proporção de idosos (60 anos ou mais) na população total do município de São Paulo, segundo censo do IBGE de 2010, é de 11,9%, enquanto na zona sul é de 8,2% (São Paulo, 2013). Entretanto, Cidade Ademar figura entre os distritos com maior número absoluto de idosos, que são Jabaquara, Sapopemba, Sacomã, Vila Mariana e Saúde, estes localizados na região sudeste (São Paulo, 2012).

Em relação aos indicadores de mortalidade, coeficiente de mortalidade infantil por 1.000 nascidos vivos, percentual de mortalidade em menores de 60 anos por AVC e percentual de mortalidade em menores de 60 anos por diabetes mellitus, a zona sul do Município apresenta valores maiores do que os da cidade de São Paulo. O coeficiente de mortalidade infantil é de 11,8 por 1000 nascidos vivos; o percentual de mortalidade em menores de 60 anos por AVC é de 27,8 e o percentual de mortalidade em menores de 60 anos por diabetes é de 23,0, enquanto na cidade de São Paulo esses valores são 11,4; 22,5 e 17,9, respectivamente (São Paulo, 2013).

O Índice das Necessidades de Saúde possibilita a identificação das áreas prioritárias da cidade de São Paulo para a expansão da oferta de serviços de saúde. Classifica os distritos do município em três grupos: alta, média e baixa necessidade. Os Distritos de Cidade Ademar e Pedreira são de alta necessidade, enquanto o de Campo Grande apresenta baixa necessidade de expansão (São Paulo, 2012). Cidade Ademar e Pedreira estão entre os distritos com maiores proporções de população não coberta por planos de saúde privados, entre 67,2 e 78,2% da população (São Paulo, 2012).

O Programa Gestão e Casos foi implantado em cinco UBS, quatro delas localizadas no Distrito Cidade Ademar (UBS Jardim Miriam, UBS Vila Joaniza, UBS Império I, UBS Vila Missionária) e uma no Distrito de Pedreira (UBS Parque Dorotéia).

4.3 POPULAÇÃO E FONTE DOS DADOS EMPÍRICOS

A população do estudo foram todos os idosos acompanhados pelo Programa Gestão de Casos, no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2014, identificados a partir do banco de dados do Programa.

No período de janeiro de 2011 a dezembro de 2014, foram identificados 693 idosos no banco de dados do Programa Gestão de Casos, dos quais 232 foram captados pela equipe central no HGP ou no serviço de AD e 461 identificados e acompanhados pelo Programa nas Unidades do estudo, UBS Jardim Miriam, UBS Parque Dorotéia, UBS Vila Joaniza, UBS Vila Império I e UBS Vila Missionária (Figura 2).

Dentre os 232 idosos captados pela equipe central de gestão, 64 foram referenciados para o serviço de AD, quatro foram inicialmente encaminhados para o serviço de AD e, após alta, referenciados para as UBS incluídas no Programa, 119 foram encaminhados para as UBS do estudo, porém não atendiam os critérios para admissão no Programa e 45 foram referenciados e incluídos no Programa. Somados aos 461 identificados nas UBS, totalizaram 510 idosos acompanhados pelo Programa no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2014.

Dos prontuários desses 510 idosos, 70 não foram localizados. Isso ocorreu porque durante o período de estudo foram inauguradas três novas UBS na área de

abrangência das UBS Vila Missionária, Jardim Miriam e Parque Dorotéia e parte da população foi transferida para as novas UBS.

Portanto, foram analisados neste estudo 440 prontuários, assim distribuídos: 70 na UBS Jardim Miriam, 93 na UBS Parque Dorotéia, 95 na UBS Vila Joaniza, 101 na UBS Vila Império I e 81 na UBS Vila Missionária (Figura 2).

Figura 2 – Captação da população do estudo. Programa Gestão de Casos. São Paulo, SP. 2018

A fonte de dados foram os registros administrativos: os prontuários dos idosos acompanhados, o banco de dados do Programa e o sistema de informação municipal, SIGA-SAÚDE - Sistema Integrado de Gestão da Assistência à Saúde (SIGA).

4.4 ETAPAS DO TRABALHO

Para cumprimento dos objetivos do estudo, foram cumpridas estas etapas:

- Descrição do Programa Gestão de Casos;
- Construção do Modelo Lógico-operacional;
- Definição dos critérios para avaliação do grau de implantação;
- Definição dos critérios para avaliação dos resultados do Programa;
- Descrição do perfil e classificação clínico-funcional dos idosos acompanhados pelo Programa;
- Descrição de atividades desenvolvidas, produtos e desfechos do acompanhamento;
- Avaliação do grau de implantação do Programa;
- Análise da influência dos fatores contextuais na implantação do Programa;
- Descrição dos resultados do Programa;
- Análise da influência da implantação nos resultados do Programa.

4.4.1 Descrição do Programa Gestão de Casos

A descrição Programa Gestão de Casos contemplou o detalhamento dos grupos e organizações envolvidos, do problema de saúde que motivou a implantação, dos recursos utilizados, das atividades propostas e seus produtos e dos resultados esperados.

Grupos e organizações envolvidos

A OS Santa Catarina, mediante contrato de gestão celebrado com a SMS, em 01/02/2008, e respectivos Termos Aditivos é responsável pelo gerenciamento de todos os serviços de saúde municipais da Microrregião Cidade Ademar.

Os serviços prestados pela OS seguem o estabelecido no contrato e na legislação do SUS, com destaque para os princípios de universalidade e integralidade

da assistência, o direito à informação e a preservação da autonomia dos usuários, o incentivo à participação popular e o desenvolvimento de ações de apoio à integração dos equipamentos de saúde da Microrregião, constituindo assim sistemas de atenção funcionais e resolutivos.

Na época da implantação do Programa, a rede de serviços públicos de saúde da Microrregião era composta por 20 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo 11 da ESF e 9 do modelo tradicional, e 6 unidades de Assistência Médica Ambulatorial (AMA) no nível primário. No nível secundário havia um serviço de Assistência Domiciliar (AD), dois Ambulatórios de Especialidades (AME Jardim dos Prados e Ambulatório de Especialidades Dr. César Antunes da Rocha), um AMA Especialidades, uma Unidade de Referência em Saúde do Idoso (URSI), dois Centros de Apoio Psicossocial (CAPS II e CAPS Infanto-juvenil), uma Clínica Odontológica Especializada (COE Humberto Nastari) e o Hospital Geral de Pedreira (HGP) (Figura 3).

Figura 3 – Estabelecimentos de saúde da Microrregião Cidade Ademar, 2009

Em novembro de 2009, todos esses serviços públicos, exceto o HGP e o AME Jardim dos Prados, estavam sob a gestão da OS Santa Catarina, mediante contrato celebrado com a Prefeitura Municipal de São Paulo, por intermédio da SMS. Naquela época, o HGP e o AME Jardim dos Prados, serviços públicos da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, também estavam sob gestão da Associação Congregação Santa Catarina, mediante contrato com a Secretaria de Saúde do Estado.

De novembro de 2009 a dezembro de 2014, houve ampliação dos serviços da APS, tendo sido criadas mais três UBS, sendo duas da ESF e uma UBS Integral. Todos os serviços que compõem o sistema de saúde da microrregião de Cidade Ademar, com exceção do HGP e do AME Jardim dos Prados, permaneceram sob a gestão da OS Santa Catarina, mediante contrato de gestão.

A implantação deste Programa ocorreu em conjunto com o HGP e envolveu, inicialmente, cinco UBS tradicionais: Vila Missionária, Vila Império I, Vila Joaniza, Jardim Miriam e Parque Dorotéia e o serviço de AD. Posteriormente, expandiu-se para todas as UBS do modelo tradicional da Microrregião.

A utilização da tecnologia de gestão de caso para o cuidado das pessoas com condições crônicas muito complexas na Microrregião Cidade Ademar foi pioneira no Município de São Paulo. A inexistência de experiências semelhantes no serviço público municipal dificultou o processo de implantação, assim como a limitação de recursos humanos e materiais. Já a experiência da equipe técnica da OS Santa Catarina, adquirida na implantação e na supervisão técnica do serviço de AD, foi um facilitador para o desenvolvimento e a implantação dessa intervenção. Reuniões clínicas para discussão e elaboração dos planos de cuidado dos pacientes, rotinas para o monitoramento e avaliação das ações e a articulação do serviço de AD com o HGP e as UBS contribuíram para a formulação e a implantação do Programa.

Os principais grupos mobilizados para a implantação e a implementação do Programa foram: pessoas com condições crônicas muito complexas e seus cuidadores, profissionais de saúde das UBS envolvidas e do serviço de AD, membros da diretoria e equipes da clínica médica e pronto-socorro do HGP, além da equipe técnica da OS Santa Catarina.

A clientela do Programa incluiu pessoas com condições crônicas muito complexas, como aquelas com múltiplas doenças crônicas, baixa adesão às intervenções prescritas, repetidas internações hospitalares, idosos frágeis e pessoas

em condição de extrema vulnerabilidade. Mas este estudo restringiu-se aos idosos acompanhados pelo Programa Gestão de Casos.

O problema de saúde

Em 2009, o processo de trabalho das UBS do modelo tradicional na Microrregião Cidade Ademar era fortemente voltado à produção de consultas médicas e oferecia pouco espaço para a prática multidisciplinar. Tampouco contemplava visitas domiciliares, exceto aquelas relacionadas à Vigilância Epidemiológica, o que não favorecia o acesso e o acompanhamento das pessoas com perdas funcionais, mesmo com graus leves de dependência. A impossibilidade desse acompanhamento gerava um número expressivo de solicitações de matrícula para o serviço de AD. Tais demandas não atendiam aos critérios de inclusão e ocasionavam longa fila de espera para admissão.

Além disso, a falta de articulação entre as UBS, o serviço de AD e o HGP produzia descontinuidade da assistência, especialmente para as pessoas restritas ao leito, que após a alta hospitalar precisavam procurar a UBS para avaliação e encaminhamento ao serviço de AD. Ou seja, por falta de acesso a uma assistência adequada na APS, as pessoas com condições crônicas muito complexas, em especial aquelas com perdas funcionais e dependência, estavam expostas a um risco aumentado de internações, piora da capacidade funcional e morte.

Várias condições podem estar relacionadas à falta de acesso aos serviços da APS. Em relação aos usuários, a existência de perdas funcionais requer suporte familiar ou uma rede de apoio para a utilização dos serviços de saúde e para o autocuidado. No âmbito das práticas assistenciais, a oferta de cuidado focado prioritariamente no diagnóstico e no tratamento médicos (modelo biomédico) resulta em atenção inadequada às necessidades de saúde das pessoas com condições crônicas. Em relação ao sistema local de saúde, a falta de articulação entre os serviços e a oferta de um cuidado que não responde satisfatoriamente às necessidades de saúde repercutem negativamente no acesso e no acompanhamento longitudinal das pessoas com condições crônicas muito complexas.

Neste contexto, a OS Santa Catarina decidiu implantar nas UBS do modelo tradicional um conjunto de atividades voltadas ao cuidado de pessoas com condições

crônicas muito complexas, tendo como elemento chave a utilização da tecnologia de gestão de caso.

O problema de saúde que o Programa visou enfrentar foi o risco aumentado para pessoas com condições crônicas muito complexas de internações repetidas e piora da qualidade de vida por falta de acesso ao cuidado longitudinal na APS.

Recursos, atividades e produtos do Programa Gestão de Casos

A proposta de implantação do Programa Gestão de Casos foi elaborada com base em documento da Organização Pan-Americana da Saúde (OPS, 2008) e na publicação de Mendes (Mendes, 2009). Os recursos utilizados, atividades planejadas, produtos e resultados esperados estão representados no Modelo Lógico Operacional, no item 4.4.2 (Figura 4).

Inicialmente, foram realizadas reuniões com a diretoria do HGP para pactuação de visitas regulares às enfermarias de Clínica Médica e do Pronto Socorro do HGP para a identificação dos idosos com condições crônicas complexas, durante a internação. Em seguida, foram selecionados e contratados os profissionais que atuaram na equipe central de gestão e como gestores de caso nas UBS.

Foi constituída uma equipe denominada equipe central de gestão, composta por um assistente social e um enfermeiro, com a finalidade de identificar os idosos com condições crônicas muito complexas no HGP e encaminhar, após alta, para as UBS ou serviço de AD. Optou-se pela contratação de assistentes sociais para atuar como gestores de caso em cada uma das UBS onde o Programa foi implantado.

Em cada uma das UBS foram disponibilizados para os gestores: linha telefônica; computador; impressos padronizados para avaliação do assistente social, consulta de enfermagem e plano de cuidado; viatura com motorista para as visitas domiciliares, com periodicidade de 5 horas semanais.

Um banco de dados foi desenvolvido para o Programa e implantado, em janeiro de 2011, nas UBS envolvidas. Este banco utilizou a ferramenta Access e nele passaram a ser registradas as seguintes informações referentes aos idosos acompanhados: dados de identificação, data de inclusão no Programa, atendimentos planejados e realizados, desfechos do acompanhamento.

Em cada UBS onde o Programa foi implantado, foram definidos um enfermeiro e um médico de referência para o Programa, especialmente para reuniões clínicas e visitas domiciliárias.

Após a constituição das equipes foi realizado treinamento com o objetivo de desenvolver habilidades para o trabalho. Participaram desse treinamento a equipe central, os gestores de caso e um enfermeiro de cada UBS. Nessa capacitação foram abordados os temas: condições crônicas, redes de atenção à saúde, o modelo de atenção às condições crônicas e a gestão de caso.

Durante todo o período do estudo, a equipe da Assessoria Técnica da OS Santa Catarina, responsável pela implantação do Programa, realizou regularmente reuniões com a equipe central e os gestores de caso para apoio técnico e administrativo.

As atividades da equipe central de gestão, dos gestores de caso e dos médicos e enfermeiros de referência nas UBS estão representadas no Modelo Lógico Operacional (Figura 4).

As atividades planejadas para execução pela equipe central de gestão foram: visitas regulares, três vezes por semana, à enfermaria de clínica médica e à observação do Pronto Socorro do HGP para identificação dos idosos com condições crônicas complexas em alta hospitalar; definição do serviço elegível para acompanhamento (UBS ou AD) dessas pessoas após a alta; visitas domiciliárias, imediatamente após a alta hospitalar, aos pacientes com indicação de AD, para avaliação dos critérios de inclusão no serviço; notificação ao serviço definido para acompanhamento do idoso referenciado; reuniões regulares com os gestores de caso das UBS para monitoramento das pessoas encaminhadas; inclusão, no banco de dados da gestão de caso, das informações dos idosos identificados no HGP e encaminhados para as UBS ou AD.

As atividades planejadas para serem executadas pelo gestor de caso foram: identificação e inclusão no Programa dos idosos com condições crônicas muito complexas no território da UBS; avaliação, para inclusão no Programa, dos idosos encaminhados pela equipe central; reuniões clínicas com o médico e o enfermeiro de referência da UBS para leitura das necessidades, elaboração e implementação de plano de cuidado para os idosos assistidos pelo Programa; pactuação desse plano com os idosos acompanhados e seus familiares; atendimentos na UBS ou no domicílio para acompanhamento dos idosos assistidos; articulação de outros serviços de saúde

e recursos comunitários conforme o plano de cuidado; apoio logístico; contatos telefônicos, atendimentos ou visitas domiciliárias para monitoramento da condição de saúde dos idosos assistidos; inclusão no banco de dados de informações referentes aos idosos, às atividades programadas e realizadas.

As atividades dos enfermeiros e médicos de referência do Programa foram: consultas na UBS ou no domicílio para acompanhamento dos idosos; reuniões clínicas para elaboração e implementação de plano de cuidado para os idosos assistidos pelo Programa. Os produtos dessas atividades encontram-se explicitados no Modelo Lógico Operacional (Figura 4).

Como produto das atividades da equipe central de gestão buscou-se: a identificação dos idosos com condições crônicas complexas na alta hospitalar; o encaminhamento para o serviço de referência para acompanhamento, a avaliação para admissão no serviço de AD imediatamente após a alta hospitalar e a notificação dos idosos referenciados aos serviços da APS e ao AD.

Os produtos esperados das atividades do gestor de caso e médicos e enfermeiros de referência foram: a identificação de idosos com condições crônicas complexas e sua inclusão no Programa; a avaliação integral dos idosos nas dimensões biopsicossocial; a elaboração de planos de cuidado; o acompanhamento médico, de enfermagem e social, na UBS ou no domicílio, voltado às necessidades identificadas, e o monitoramento dos idosos acompanhados.

Resultados esperados

O primeiro pressuposto da intervenção foi que a implantação do Programa iria produzir ampliação do acesso e da utilização dos serviços da APS para as pessoas assistidas e, quando referenciadas para acompanhamento em outro serviço, a experiência de continuidade do cuidado. O segundo foi que a implantação satisfatória contribuiria para estabelecer um vínculo longitudinal entre a clientela do Programa e as equipes da APS, o que, em longo prazo, poderia resultar em redução das internações por condições sensíveis à APS e melhoria da qualidade de vida.

Segundo Cunha e Giovanella (2011), o acesso é um pré-requisito para o estabelecimento de um vínculo longitudinal com a equipe da APS. Ao conceituar e avaliar a longitudinalidade no contexto do SUS, tais autoras apresentaram estudos que mostraram associação entre a longitudinalidade e a diminuição da taxa de

internação e dos atendimentos de emergência, assim como a melhor receptividade dos cuidados preventivos e a melhor comunicação. Assim, recomendam que a continuidade do cuidado deve ser assegurada principalmente para a população de baixa renda, idosos e pessoas com condições crônicas complexas.

Desta forma, o Programa Gestão de Casos implantado em Cidade Ademar teve o objetivo de estabelecer um vínculo longitudinal das pessoas com condições crônicas muito complexas com as equipes da APS para, em longo prazo, promover sua qualidade de vida e a maior autonomia e independência possíveis.

4.4.2 Construção do Modelo Lógico Operacional

A partir da descrição dos recursos, atividades planejadas, produtos e resultados esperados foi construído o Modelo Lógico Operacional do Programa Gestão de Casos, que é a representação gráfica da forma como tais componentes se articulam (Figura 4).

Figura 4 – Modelo Lógico Operacional do Programa Gestão de Casos

4.4.3 Critérios para avaliação do grau de implantação do Programa Gestão de Casos

Para definição de critérios para apreciação do grau de implantação do Programa foram tomadas como referência as características da gestão de caso enumeradas por Hickam et al. (2013) em revisão sistemática sobre a efetividade de experiências de gestão de caso: presença de um gestor de caso; avaliação integral das necessidades da pessoa; realização, pelo gestor, das funções de coordenação e monitoramento das ações relativas ao cuidado; acompanhamento longitudinal; ser direcionado a pessoas com condições crônicas complexas.

Para mensurar avaliação integral das necessidades dos idosos construiu-se o indicador “percentual de idosos com avaliação médica, de enfermagem e social”. Segundo Giovanella et al. (2002), em estudo que conceitua integralidade e apresenta critérios para sua avaliação no âmbito da gestão municipal, a abordagem integral da pessoa operacionaliza-se no campo do cuidado individual, com intervenções nas esferas biológica, psicológica e social. Assim, definiu-se a avaliação médica como o registro em prontuário do diagnóstico médico; a avaliação de enfermagem como o registro em prontuário do diagnóstico de enfermagem e a avaliação social como a presença no prontuário de informações relativas à composição familiar do idoso.

A elaboração e a implementação de planos de cuidado implica reuniões da equipe multiprofissional para discussão dos casos clínicos, formulação de propostas de intervenção e definição de prazos. Para a articulação dessas ações é necessário que um profissional assuma a coordenação do processo, como facilitador do trabalho da equipe, e responsabilize-se pelo monitoramento dos efeitos dessas intervenções ao longo do tempo (Oliveira, 2008). No caso deste Programa, o assistente social assumiu essas funções como gestor de caso.

Estabeleceu-se que o desempenho pelo gestor de caso da função de coordenação do cuidado seria mensurado pelo “percentual de idosos que recebeu atendimento médico, de enfermagem e social”. Definiu-se como atendimento médico o registro em prontuário de consulta médica realizada na UBS ou no domicílio; como atendimento de enfermagem o registro em prontuário da consulta do enfermeiro, na UBS ou no domicílio, e como atendimento social o atendimento feito pelo assistente social direcionado ao idoso ou seu familiar, na UBS ou no domicílio. O contato

telefônico com o idoso não foi computado como atendimento social, tendo sido contabilizado apenas como ação de monitoramento.

Foi considerado “monitorado” o idoso que recebeu duas ou mais intervenções do assistente social a cada seis meses. Foram contabilizadas como intervenções do assistente social o atendimento social, a visita domiciliária ou o contato telefônico efetivo, registrados em prontuário ou no banco de dados. Foram computados apenas os contatos telefônicos efetivos, ou seja, aqueles com registro em prontuário, ou a informação no banco de dados de contato telefônico com status “realizado”.

Estipulou-se seis meses como o tempo mínimo que o idoso deveria ser acompanhado pelo Programa para caracterizar acompanhamento longitudinal. Adotou-se esse intervalo de tempo porque as experiências de gestão de caso analisadas na revisão sistemática de Hickam et al. (2013), cuja clientela eram idosos frágeis, tiveram duração de seis a 24 meses.

Em síntese, considerou-se o Programa implantado quando foram atendidos todos os seguintes critérios: avaliação integral, medida pelo percentual de idosos com avaliação médica, de enfermagem e social; função de coordenação do gestor, medida pelo percentual de idosos que receberam atendimento médico, de enfermagem e social; função de monitoramento do gestor, medida pelo percentual de idosos que receberam duas ou mais intervenções do assistente social a cada 6 meses; tempo de permanência no Programa de 6 meses ou mais, medido pelo percentual de idosos com tempo de permanência no Programa $\geq$ a 6 meses; clientela constituída por idosos frágeis, medida pelo percentual de idosos assistidos classificados como frágeis. Estes critérios ou parâmetros foram aqui denominados “componentes” do Programa.

Segundo Champagne et al. (2011b, p. 89): “critérios são indicadores, características mensuráveis [...] e [...] a norma ou padrão é então o valor aceitável do critério, em função do contexto”.

Foram adotados os seguintes padrões para medida dos critérios e do grau de implantação do Programa: $\geq 80\%$ satisfatório, $\geq 40\%$ e $<80\%$ insatisfatório, $<40\%$ crítico.

O Quadro 1 reúne critérios, indicadores, padrões e fonte de dados que foram utilizados para avaliação do grau de implantação do Programa.

Quadro 1 – Critérios, indicadores, padrões e fonte de dados utilizados para avaliação do grau de implantação do Programa Gestão de Casos

CRITÉRIOS	INDICADORES	PADRÃO	FONTE DE DADOS
Avaliação integral	Percentual de idosos com avaliação médica, de enfermagem e social	≥80% satisfatório; ≥40 e<80 insatisfatório; <40% crítico	Prontuários dos idosos acompanhados
Função de coordenação do gestor	Percentual de idosos que recebeu atendimento médico, de enfermagem e social	≥80% satisfatório; ≥40 e<80 insatisfatório; <40% crítico	Prontuários dos idosos acompanhados
Função de monitoramento do gestor	Percentual de idosos que receberam duas ou mais intervenções do assistente social a cada 6 meses	≥80% satisfatório; ≥40 e<80 insatisfatório; <40% crítico	Prontuários dos idosos acompanhados e banco de dados do Programa
Tempo de acompanhamento ≥ 6m	Percentual de idosos com tempo de permanência no Programa ≥ 6 meses	≥80% satisfatório; ≥40 e<80 insatisfatório; <40% crítico	Prontuários dos idosos acompanhados e banco de dados do Programa
Idosos com condições crônicas complexas	Percentual de idosos frágeis	≥80% satisfatório; ≥40 e<80 insatisfatório; <40% crítico	Prontuários dos idosos acompanhados

As fórmulas para cálculo desses indicadores, acima referidos, são apresentadas no Quadro 2.

Quadro 2 – Detalhamento dos indicadores utilizados para o cálculo do grau de implantação do Programa Gestão de Casos

INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO
Percentual de idosos com avaliação médica, de enfermagem e social	Número de idosos com avaliação médica, de enfermagem e social dividido pelo total de idosos admitidos no Programa até 30/06/2014 e cuja classificação clínico-funcional foi realizada X 100
Percentual de idosos que recebeu atendimento médico, de enfermagem e social	Número de idosos que recebeu atendimento médico, de enfermagem e atendimento social dividido pelo total de idosos admitidos no Programa até 30/06/2014 e cuja classificação clínico-funcional foi realizada X 100
Percentual de idosos que recebeu duas ou mais intervenções do assistente social a cada 6 meses	Número de idosos que recebeu duas ou mais intervenções do assistente social a cada 6 meses dividido pelo total de idosos admitidos no Programa até 30/06/2014, que permaneceu no Programa por 6 meses ou mais e cuja classificação clínico-funcional foi realizada X 100
Percentual de idosos com tempo de permanência no Programa ≥ a 6 meses;	Número idosos com tempo de permanência ≥ a 6 meses dividido pelo total de idosos admitidos no Programa até 30/06/2014 e cuja classificação clínico-funcional foi realizada X 100
Percentual de idosos assistidos classificados como frágeis.	Número de idosos classificados como frágeis dividido pelo total de idosos admitidos no Programa até 30/06/2014 e cuja classificação clínico-funcional foi realizada X 100

As variáveis utilizadas para apreciar a implantação do Programa Gestão de Casos estão detalhadas no item 4.5.3.

4.4.4 Critérios para avaliação dos resultados do Programa Gestão de Casos

Para avaliação dos resultados ou efeitos do Programa Gestão de Casos, foram mensurados: o acesso à APS, a utilização dos serviços, a integração dos serviços HGP, AD e UBS e o vínculo longitudinal com a equipe da APS. Os critérios utilizados para avaliação desses resultados foram definidos com base em estudos de autores que são referências nestes temas.

Adotou-se neste estudo o conceito de acesso no âmbito restrito, ou seja, a entrada inicial nos serviços de saúde (Travassos, Martins, 2004). O acesso à APS foi descrito pelo percentual de idosos que realizou pelo menos um atendimento por profissional de nível superior na APS ou no serviço de AD. Foi mensurado em relação aos 12 meses anteriores à admissão no Programa e após a inclusão no Programa. O acesso após a inclusão foi mensurado somente para aqueles que não tiveram acesso à APS nos 12 meses anteriores ao ingresso no Programa.

O conceito de utilização dos serviços de saúde compreende o contato direto com os serviços de saúde, por meio de consultas médicas, internações ou contato com outros profissionais para a realização de procedimentos preventivos, diagnósticos, terapêuticos ou de reabilitação (Travassos, Castro, 2008). Neste estudo, a utilização dos serviços pelos idosos acompanhados no Programa foi descrita pelas variáveis: número de consultas médicas na APS, número de consultas de enfermagem na APS, número de atendimentos por outros profissionais de nível superior na APS, número de visitas domiciliares recebidas da equipe da APS e número de consultas especializadas. Todas essas variáveis foram medidas nos 12 meses anteriores à inclusão no Programa, durante o primeiro, segundo e terceiro anos de acompanhamento.

A coordenação entre os diferentes níveis assistenciais pode ser definida como a articulação entre os diversos serviços e ações relacionados à atenção em saúde de forma que, independentemente do local onde sejam prestados, estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum (Almeida et al., 2010).

“A integração propriamente dita dos cuidados consiste em uma coordenação durável das práticas clínicas destinadas a alguém que sofre com problemas de saúde, para assegurar a continuidade e a globalidade dos serviços requeridos de diferentes profissionais e organizações, articuladas no tempo e no espaço, conforme os conhecimentos disponíveis” (Hartz, Contandriopoulos, 2004, p.332).

A coordenação da assistência reflete-se na existência de uma rede de serviços integrada e, para os usuários dos serviços, é percebida pela continuidade do cuidado (Almeida et al., 2010).

Considerando a posição dos sujeitos envolvidos na implantação do Programa na gestão dos serviços municipais de saúde, restringiu-se a avaliação da coordenação assistencial à integração dos serviços HGP, AD e UBS, no que tange ao atendimento dos idosos com condições crônicas complexas. Adotou-se o seguinte indicador para mensurar a integração entre as UBS envolvidas, HGP e serviço de AD: percentual de idosos referenciados para acompanhamento em outro serviço, em que o intervalo de tempo entre os atendimentos nos serviços em questão foi menor ou igual a 90 dias.

Para mensuração do vínculo longitudinal das pessoas acompanhadas pelo Programa com as equipes da APS foi utilizado como referência o estudo de Cunha e Giovanella (2011), cujo objetivo foi a definição de longitudinalidade, a identificação das dimensões desse atributo e a eleição de variáveis para a sua medição. As autoras definiram vínculo longitudinal como “a relação terapêutica estabelecida entre pacientes e profissionais da equipe de APS, que se traduz no reconhecimento da utilização da unidade básica de saúde como fonte regular de cuidado ao longo do tempo” (Cunha, Giovanella, 2011, p.1038). Apresentam as seguintes dimensões do atributo: a existência e o reconhecimento pelo paciente de uma fonte regular de cuidados de atenção primária, o estabelecimento de vínculo terapêutico duradouro entre os pacientes e os profissionais da equipe local e a continuidade informacional.

Foi considerado a ocorrência de vínculo longitudinal com a equipe da APS quando todos os seguintes critérios foram satisfeitos: regularidade do cuidado, avaliação integral e registro da medicação utilizada. Estes critérios foram mensurados, respectivamente, pelos seguintes indicadores: percentual de idosos que realizou um ou mais consulta médica e um ou mais consulta de enfermagem ou atendimento social a cada seis meses; percentual de idosos com registro em prontuário da avaliação médica, de enfermagem e social; percentual de idosos, com registro em prontuário, dos medicamentos utilizados.

Os indicadores utilizados para mensurar os resultados do Programa, bem como os padrões adotados e a fonte de dados, são apresentados o Quadro 3.

Quadro 3 – Resultados, critérios, padrões e fonte de dados utilizados para avaliação dos resultados do Programa Gestão de Casos

RESULTADOS	CRITÉRIOS/INDICADORES	PADRÃO	FONTE DE DADOS
Acesso à APS	Percentual de idosos que realizou pelo menos um atendimento na APS ou no serviço de AD	≥80% satisfatório; ≥50 e<80 insatisfatório; <50% crítico	Prontuários dos idosos acompanhados; SIGA; banco de dados do AD
Utilização dos serviços	Número de consultas médicas, de enfermagem, de atendimentos por outros profissionais, de visitas domiciliares na APS, de consultas especializadas por ano de acompanhamento	Incremento em relação ao número anterior	Prontuários dos idosos acompanhados; SIGA
Integração dos serviços HGP, UBS, AD	Percentual de idosos referenciados, cujo intervalo de tempo, entre os atendimentos nos serviços em questão, foi menor ou igual a 90 dias	≥80% satisfatório; ≥50 e<80 insatisfatório; <50% crítico	Prontuários dos idosos acompanhados; banco de dados do AD; SIGA
Vínculo longitudinal com equipe da APS	Percentual de idosos com avaliação médica, de enfermagem e social registradas no prontuário	≥80% satisfatório; ≥50 e<80 insatisfatório; <50% crítico	Prontuários dos idosos acompanhados
	Percentual de idosos com informação sobre medicamentos utilizados registrada no prontuário	≥80% satisfatório; ≥50 e<80 insatisfatório; <50% crítico	Prontuários dos idosos acompanhados
	Percentual de idosos que realizaram uma ou mais CM e uma ou mais CE ou atendimento social a cada 6 meses	≥80% satisfatório; ≥50 e<80 insatisfatório; <50% crítico	Prontuários dos idosos acompanhados

As fórmulas para cálculo dos indicadores que compõe o vínculo longitudinal são apresentadas no Quadro 4.

Quadro 4 – Detalhamento dos indicadores utilizados para o cálculo do vínculo longitudinal com a equipe da APS

INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO
Percentual de idosos com avaliação médica, de enfermagem e social registradas no prontuário	Número de idosos com avaliação médica, de enfermagem e social dividido pelo total de idosos admitidos no Programa até 30/06/2014 e cuja classificação clínico-funcional foi realizada X 100
Percentual de idosos com informação sobre medicamentos utilizados registradas no prontuário	Número de idosos com registro em prontuário dos medicamentos utilizados dividido pelo total de idosos admitidos no Programa até 30/06/2014 e cuja classificação clínico-funcional foi realizada X 100
Percentual de idosos que realizou uma ou mais CM e uma ou mais CE ou atendimento social a cada 6 meses	Número de idosos que recebeu uma ou mais consulta médica e uma ou mais consulta de enfermagem ou atendimento do assistente social a cada 6 meses dividido pelo total de idosos admitidos no Programa até 30/06/2014, que permaneceu no Programa por 6 meses ou mais e cuja classificação clínico-funcional foi realizada X 100

As variáveis utilizadas para descrição dos resultados do Programa Gestão de Casos estão detalhadas no item 4.5.4.

4.4.5 Perfil e classificação clínico-funcional dos idosos acompanhados pelo Programa Gestão de Casos

Para a descrição dos idosos acompanhados pelo Programa Gestão de Casos foram realizadas abordagens quantitativa e qualitativa. Na abordagem quantitativa foram utilizadas as seguintes variáveis: sexo, idade, situação conjugal, número de pessoas na residência, casa própria, escolaridade, diagnósticos (transcritos com base na CID 10), número de diagnósticos, número de medicamentos de uso contínuo, número de consultas médicas na APS, número de consultas de enfermagem na APS, número de atendimentos por outros profissionais de nível superior na APS, número de visitas domiciliares realizadas pela equipe da APS e número de consultas especializadas. A fonte de dados de todas essas variáveis, com exceção de idade e consultas médicas especializadas foi o prontuário dos idosos nas respectivas UBS. A variável idade foi coletada do banco de dados do Programa e consultas médicas especializadas, do SIGA.

Para conhecimento da funcionalidade dos idosos assistidos foi realizada abordagem qualitativa dos registros dos enfermeiros e assistentes sociais nos

prontuários dos idosos acompanhados. Os registros relativos à funcionalidade foram transcritos e reunidos em subgrupos por similitude em torno dos conceitos de funcionalidade, atividades de vida diária, rede de apoio, complexidade de cuidados.

Os idosos acompanhados pelo Programa Gestão de Casos foram classificados em subgrupos, segundo o grau de funcionalidade, tendo como referência a Classificação Clínico-Funcional dos Idosos proposta por Moraes (2012), que os agrupa em:

- **idosos robustos-** independentes para todas as atividades de vida diária e portadores de condições crônicas simples;
- **frágeis em declínio funcional iminente-** com idade ≥ 80 anos, polipatologias (≥ 5 diagnósticos), polifarmácia (≥ 5 medicamentos de uso diário), internações recentes, emagrecimento significativo não intencional ($\geq 4,5$ Kg ou $\geq 5\%$ do peso corporal total no último ano) ou risco psicossociofamiliar elevado (insuficiência familiar);
- **frágeis com declínio funcional estabelecido-** idosos que apresentam perdas funcionais e incapacidade já estabelecida (incapacidade cognitiva, instabilidade postural, imobilidade, incontinência esfincteriana e incapacidade comunicativa);
- **frágeis de alta complexidade-** aqueles com alto grau de complexidade clínica, poli-incapacidades, dúvida diagnóstica ou terapêutica e idosos em fase final de vida, com alto grau de dependência física e baixa expectativa de sobrevida.

As variáveis utilizadas para descrição e classificação dos idosos estão detalhadas no item 4.5.1. Todas as informações para construção dessas variáveis foram coletadas na época de admissão no Programa.

Foram analisados neste estudo 440 idosos. Predominaram mulheres (66,6%), com mediana de idade de 76 anos, viúvas (43,5%), analfabetas (50,5%), que residiam em casa própria (78,5%), convivendo, em média, 3,15 pessoas por moradia (Tabela 1).

A distribuição das variáveis sexo, situação conjugal e casa própria foi homogênea entre as UBS. Em relação à variável idade, a diferença estatisticamente

significativa ocorreu entre as UBS Parque Dorotéia e Vila Joaniza ($p= 0,047$), sendo a mediana de idade na UBS Parque Dorotéia menor que na UBS Vila Joaniza. Em relação ao número de pessoas na residência, a diferença ocorreu entre a UBS Parque Dorotéia e Vila Império I ($p= 0,048$), sendo a média de pessoas por residência na UBS Parque Dorotéia maior que a da UBS Vila Império I. As UBS Jardim Miriam e Vila Missionária apresentaram maior proporção de analfabetos do que as demais (Tabela 1).

Tabela 1 – Características sócio-demográficas dos idosos acompanhados pelo Programa. Programa Gestão de Casos. São Paulo, SP, 2018

Características sócio-demográficas	J Miriam n=70	P Doroteia n=93	V Império I n=101	V Joaniza n=95	V Missionaria n=81	Total n=440	Valor p
Idade							
média (dp)	75,77 (8,53)	73,52 (9,20)	77,18 (9,30)	77,35 (9,21)	74,56 (10,69)	75,73 (9,50)	0.012†
mediana (min-max)	77 (60-93)	74 (60-94)	77 (60-100)	78 (60-98)	72 (60-97)	76 (60-100)	
Sexo n (%)							
masculino	21 (30,0)	37 (39,8)	31 (30,7)	29 (30,5)	29 (35,8)	147 (33,4)	0.564£
feminino	49 (70,0)	56 (60,2)	70 (69,3)	66 (69,5)	52 (64,2)	293 (66,6)	
Situação conjugal* n (%)							
casado, união consensual	20 (36,4)	31 (40,3)	34 (41,0)	33 (40,7)	29 (40,3)	147 (39,9)	0.332£
viuvo	28 (50,9)	27 (35,1)	36 (43,4)	40 (49,4)	29 (40,3)	160 (43,5)	
divorciado, separado, solteiro	7 (12,7)	19 (24,7)	13 (15,7)	8 (9,9)	14 (19,4)	61 (16,6)	
Nº de pessoas na residência*							
média (dp)	2,90 (1,46)	3,63 (1,82)	2,94 (1,58)	3,00 (1,63)	3,35 (1,57)	3,15 (1,64)	0.018¥
mediana (min-max)	2 (1-8)	3 (1-10)	3 (1-9)	2 (1-8)	3 (1-9)	3 (1-10)	
Casa própria*** n (%)							
sim	26 (76,5)	32 (69,6)	74 (82,2)	65 (82,3)	55 (76,4)	252 (78,5)	0.426£
Escolaridade**** n (%)							
analfabeto	27 (67,5)	31 (43,1)	30 (42,3)	23 (39,0)	47 (66,2)	158 (50,5)	0.001£‡
alfabetizado	13 (32,5)	41 (56,9)	41 (57,7)	36 (61,0)	24 (33,8)	155 (49,5)	

* sem informação = 72 (16%)

** sem informação = 34 (7%)

*** sem informação = 119 (27%)

**** sem informação = 127 (29%)

† o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis apresentou diferença estatística significativa. Pelo teste post hoc de Dunn, observou-se que a diferença foi entre Dorotéia e Joaniza ($p=0.047$)

¥ o teste paramétrico ANOVA para grupos independentes apresentou diferença estatística significativa. Pelo teste post hoc de Bonferroni, observou-se que a diferença foi entre Dorotéia e V. Império ($p=0.048$)

‡ na comparação de proporção, verifica-se que Dorotéia, Joaniza e Vila Império não diferiram entre si, enquanto que estas foram diferentes das unidades Miriam e Missionária.

£ Qui-quadrado

Em média, os idosos apresentaram 2,84 doenças crônicas e utilizavam 4,40 medicamentos de uso contínuo. Não houve diferença significativa entre as UBS em relação ao número de doenças crônicas ($p= 0,439$) e medicamentos de uso contínuo

($p = 0,197$). As três doenças mais frequentes foram: hipertensão arterial sistêmica (81,6%), diabetes mellitus (40,7%) e sequelas de doenças cerebrovasculares (21,6%) (Tabela 2).

Tabela 2 – Características epidemiológicas dos idosos acompanhados pelo Programa. Programa Gestão de Casos. São Paulo, SP, 2018

Características epidemiológicas	J Miriam n=70	P Doroteia n=93	V Império I n=101	V Joaniza n=95	V Missionária n=81	Total n=440	Valor p
N° de doenças crônicas *							
média (dp)	3,00 (1,19)	2,76 (1,08)	2,75 (1,17)	2,75 (1,21)	2,98 (1,18)	2,84 (1,17)	0.439 [†]
mediana (min-max)	3 (1-5)	3 (1-6)	3 (1-6)	3 (0-6)	3 (1-6)	3 (0-6)	
N° de medicamentos de uso contínuo**							
média (dp)	4,64 (2,64)	3,97 (2,15)	4,31 (2,45)	4,84 (2,51)	4,31 (2,76)	4,40 (2,50)	0.197 [†]
mediana (min-max)	4,5 (0 - 12)	4,0 (0 - 8)	4,0 (0-11)	5,0 (0 - 12)	4,0 (0 - 13)	4,0 (0 - 13)	
Diagnósticos n (%)							
HAS (I10)	57 (81,4)	72 (77,4)	78 (77,2)	82 (86,3)	70 (86,4)	359 (81,6%)	
Diabetes mellitus (E 14)	32 (45,7)	31 (33,3)	42 (41,6)	44 (46,8)	30 (37,0)	179 (40,7%)	
Seqüelas de doenças cerebrovasculares (I69)	20 (28,6)	21 (22,6)	10 (9,9)	22 (23,2)	22 (27,2)	95 (21,6%)	
Dist. metab. de lipoproteínas e lipidemias (E78)	9 (12,9)	14 (15,1)	3 (3,0)	15 (15,8)	3 (3,7)	44 (10,0%)	
Demência não especificada (F03)	5 (7,1)	8 (8,6)	12 (11,9)	8 (8,4)	7 (8,6)	40 (9,1%)	
Insuficiência cardíaca (I50)	8 (11,4)	6 (6,5)	11 (10,9)	1 (1,1)	7 (8,6)	33 7,5%)	
Acidente vascular cerebral não especificado (I64)	4 (5,7)	8 (8,6)	7 (6,9)	2 (2,1)	10 (12,3)	31 (7,0%)	
Insuficiência renal crônica (N18)	6 (8,6)	5 (5,4)	6 (5,9)	4 (4,2)	7 (8,6)	28 (6,4%)	
Outros hipotireoidismos (E03)	5 (7,1)	4 (4,3)	7 (6,9)	5 (5,3)	6 (7,4)	27 (6,1%)	
Doença de Alzheimer (G30)	4 (5,7)	6 (6,5)	3 (3,0)	9 (9,5)	1 (1,2)	23 (5,2%)	
Poliartrose (M15)	4 (5,7)	1 (1,1)	5 (5,0)	8 (8,4)	5 (6,2)	23 (5,2%)	
Doença isquêmica crônica do coração (I25)	4 (5,7)	7 (7,5)	4 (4,0)	2 (2,1)	5 (6,2)	22 (5,0%)	
Úlcera de decúbito (L89)	3 (4,3)	4 (4,3)	5 (5,0)	4 (4,2)	4 (4,9)	20 (4,5%)	
Ausência adquirida de membros (Z89)	3 (4,3)	3 (3,2)	5 (5,0)	1 (1,1)	5 (6,2)	17 (3,9%)	
Cegueira e visão subnormal (H54)	1 (1,4)	2 (2,2)	2 (2,0)	6 (6,3)	6 (7,4)	17 (3,9%)	
Outras d. pulmonares obstrutivas crônicas(J44)	4 (5,7)	4 (4,3)	8 (7,9)	2 (2,1)	1 (1,2)	17 (3,9%)	
Doença de Parkinson (G20)	3 (4,3)	4 (4,3)	1 (1,0)	4 (4,2)	3 (3,7)	15 (3,4%)	
Seqüelas de traumatismo de m. inferior (T93)	1 (1,4)	3 (3,2)	3 (3,0)	4 (4,2)	4 (4,9)	15 (3,4%)	
Fratura do fêmur (S72)	4 (5,7)	0 (0,0)	3 (3,0)	3 (3,2)	2 (2,5)	12 (2,7%)	

* sem informação = 3 (0,7%)

** sem informação = 30 (6,8%)

† Kruskal-Wallis

As variáveis utilizadas para medida do acesso à APS e utilização de serviços são apresentadas na tabela 3. Observou-se que 152 idosos (34,5%) não tiveram acesso a APS ou ao serviço de AD no ano anterior à admissão no Programa. Entre os que tiveram acesso à APS, a média de consultas médicas na UBS no ano anterior à admissão no Programa foi 2,46 consultas. A média de consultas especializadas no ano anterior à admissão no Programa, de consultas de enfermagem, atendimentos por outros profissionais de nível superior e visitas domiciliárias foram inferiores a 1

(um) atendimento/ano. A distribuição das variáveis de acesso e utilização dos serviços foi homogênea entre as UBS.

Tabela 3 – Acesso e utilização dos serviços pelos idosos no ano anterior à admissão no Programa. Programa de Gestão de Casos. São Paulo, SP, 2018

Acesso e utilização dos serviços anterior à admissão	J Miriam (n=70)	P Doroteia (n=93)	V Império I (n=101)	V Joaniza (n=95)	V Missionária (n=81)	Total n= (440)	Valor p
Acesso a APS ou ao serviço de AD n (%)							
sim	43 (61.4)	62 (66.7)	69 (68.3)	64 (67.4)	50 (61.7)	288(65.5)	0.812*
não	27 (38.6)	31 (33.3)	32 (31.7)	31 (32.6)	31 (38.3)	152(34.5)	
Utilização dos serviços (n= 288) média(dp)							
Nº de consultas médicas na APS	2,45 (1,59)	2,3 (1,57)	2,57 (1,76)	2,74 (1,49)	2,09 (1,57)	2.46(1.61)	0.083†
Nº de consultas de enfermagem na APS	0,11 (0,31)	0,05 (0,23)	0,03 (0,17)	0,11 (0,32)	0,07 (0,34)	0.07(0.27)	0.308†
Nº de atendimento por outros profissionais de nível superior na APS	0,11 (0,39)	0,23 (0,57)	0,06 (0,30)	0,10 (0,30)	0,05 (0,21)	0.07(0.30)	0.173†
Nº de visitas domiciliares pela equipe da UBS	0,11 (0,31)	0,09 (0,34)	0,04 (0,21)	0,19 (0,70)	0,21 (0,83)	0.08(0.41)	0.512†
Nº de consultas especializadas	0,63 (1,17)	0,63 (1,39)	0,85 (1,47)	1,25 (2,47)	0,63 (1,00)	0.66(1.55)	0.193†

* Qui-quadrado

† Kruskal-Wallis

A análise qualitativa dos registros de enfermeiros e assistentes sociais relativos à funcionalidade resultou nos seguintes agrupamentos: uso inadequado da medicação, necessidade de ajuda para as atividades instrumentais de vida diária (AIVD), dependência para as atividades básicas de vida diária (ABVD), dificuldade de locomoção, comprometimento funcional da cognição, cegueira e visão subnormal, acamado, incontinência urinária ou fecal, uso de andador ou cadeira de rodas ou muleta, grau de funcionalidade segundo a Escala de Avaliação da Incapacidade Funcional da Cruz Vermelha Espanhola* (Netto, 1999), insuficiência familiar, condições insalubres do domicílio, situação de violência, condições que demandam cuidados específicos de enfermagem, encaminhamento para o Programa

* Escala de Avaliação da Incapacidade Funcional da Cruz Vermelha Espanhola

Grau 0- Vale-se totalmente por si mesmo. Caminha normalmente

Grau 1- realiza suficientemente as Atividades da vida Diária (AVD). Apresenta algumas dificuldades para locomoções complicadas.

Grau 2- Apresenta dificuldades nas AVD, necessitando de apoio ocasional. Caminha com ajuda de bengala ou similar.

Grau 3- Apresenta graves dificuldades nas AVD, necessitando de apoio em quase todas. Caminha com muita dificuldade, ajudado por pelo menos uma pessoa.

Grau 4- impossível realizar, sem ajuda, qualquer das AVD. Capaz de caminhar com extraordinária dificuldade, ajudado por pelo menos 2 pessoas.

Grau 5-0 imobilizado na cama ou sofá, necessitando de cuidados contínuos.

Acompanhante do Idoso (PAI), encaminhamento para o CREAS. Esses agrupamentos foram reunidos por similitude em seis categorias e apresentados na tabela 4.

Tabela 4 – Observações relativas à funcionalidade dos idosos acompanhados pelo Programa. Programa Gestão de Casos. São Paulo, SP, 2018

Observações relativas a funcionalidade	J Miriam n=70	P Doroteia n=93	V Império I n=101	V Joaniza n=95	V Missionaria n=81	Total n=440
Comprometimento das AIVD n (%)						
Uso incorreto da medicação	2 (2,9)	8 (8,6)	12 (11,9)	23 (24,2)	12 (14,8)	57 (13,0)
Necessidade de ajuda para AIVD	8 (11,4)	14 (15,1)	25 (24,8)	16 (16,8)	8 (9,9)	71 (16,1)
Dificuldade de locomoção	21 (30,0)	27 (29,0)	35 (34,7)	24 (25,3)	23 (28,4)	130 (29,5)
Grau 0 da Esc Cruz Verm Espanhola	0 (0,0)	3 (3,2)	3 (3,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (1,4)
Grau 1 da Esc Cruz Verm Espanhola	1 (1,4)	3 (3,2)	2 (2,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (1,4)
Grau 2 da Esc Cruz Verm Espanhola	2 (2,9)	13 (14,0)	4 (4,0)	0 (0,0)	5 (6,2)	24 (5,5)
Declínio da função cognitiva n (%)	6 (8,6)	17 (18,3)	19 (18,8)	16 (16,8)	5 (6,2)	63 (14,3)
Comprometimento da visão n (%)						
cegueira e visão subnormal	3 (4,3)	5 (5,4)	3 (3,0)	8 (8,4)	5 (6,2)	24 (5,5)
Comprometimento das ABVD n (%)						
acamado	18 (25,7)	16 (17,2)	17 (16,8)	16 (16,8)	15 (18,5)	82 (18,6)
grau 3 da Esc Cruz Verm Espanhola	4 (5,7)	9 (9,7)	6 (5,9)	1 (1,1)	3 (3,7)	23 (5,2)
grau 4 da Esc Cruz Verm Espanhola	7 (10,0)	9 (9,7)	2 (2,0)	3 (3,2)	10 (12,3)	31 (7,0)
grau 5 da Esc Cruz Verm Espanhola	6 (8,6)	14 (15,1)	5 (5,0)	6 (6,3)	4 (4,9)	35 (8,0)
dependência para as ABVD	12 (17,1)	22 (23,7)	1 (1,0)	2 (2,1)	12 (14,8)	49 (11,1)
incontinência e/ou uso de fraldas	10 (14,3)	21 (22,6)	22 (21,8)	8 (8,4)	10 (12,3)	71 (16,1)
uso de andador ou cad rodas ou muletas	10 (14,3)	3 (3,2)	6 (5,9)	2 (2,1)	6 (7,4)	27 (6,1)
Vulnerabilidade social n (%)						
condições inalubres do domicílio	8 (11,4)	6 (6,5)	8 (7,9)	5 (5,3)	6 (7,4)	33 (7,5)
insuficiência familiar	11 (15,7)	8 (8,6)	27 (26,7)	15 (15,8)	8 (9,9)	69 (15,7)
situação de violência	2 (2,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (2,1)	0 (0,0)	4 (0,9)
encaminhamento para PAI	1 (1,4)	0 (0,0)	8 (7,9)	33 (34,7)	0 (0,0)	42 (9,5)
encaminhamento para CREAS/Promotoria	7 (10,0)	2 (2,2)	5 (5,0)	10 (10,5)	1 (1,2)	25 (5,7)
Cuidados enfermagem n (%)						
feridas	2 (2,9)	2 (2,2)	10 (9,9)	5 (5,3)	9 (11,1)	28 (6,4)
úlceras de pressão	3 (4,3)	4 (4,3)	5 (5,0)	7 (7,4)	7 (8,6)	26 (5,9)
SVD	2 (2,9)	2 (2,2)	5 (5,0)	1 (1,1)	3 (3,7)	13 (3,0)
disfagia	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,0)	1 (1,1)	0 (0,0)	2 (0,5)
SNE	2 (2,9)	2 (2,2)	2 (2,0)	1 (1,1)	2 (2,5)	9 (2,0)
gastrostomia	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,1)	0 (0,0)	1 (0,2)

Nos prontuários de 18,4% dos idosos acompanhados pelo Programa (81 idosos) havia registros que indicavam vulnerabilidade sócio-familiar, assim descritos: insuficiência familiar, falta de apoio familiar, negligência familiar, cuidados insuficientes, mora só sem contato regular com a família, cuidador(a) com limitação (confuso, usuário de drogas ou alcoolista), abordagem familiar para o cuidado,

encaminhamento para CREAS e/ou Ministério Público, come comida que filhos e vizinhos levam, domicílio em precária condição de higiene, muito lixo e móveis inutilizados, casa sempre suja e desorganizada, violência familiar.

Com base nas variáveis idade, número de medicamentos de uso contínuo, número de diagnósticos, diagnóstico de AVC, diagnóstico de demência, diagnóstico de fratura de fêmur e funcionalidade foram definidos os critérios para classificação clínico-funcional dos idosos acompanhados pelo Programa. Os idosos foram reunidos nos seguintes subgrupos: robustos, frágeis com declínio funcional iminente, frágeis com declínio funcional estabelecido e frágeis de alta complexidade clínica, enunciados a seguir. A presença de um dos critérios classificou o idoso no respectivo subgrupo:

1. Idosos frágeis com alta complexidade clínica: 33 idosos

- Presença de úlceras de pressão
- Utilização de sonda nasointestinal
- Presença de gastrostomia ou
- Disfagia

2. Idosos frágeis com declínio funcional estabelecido: 218 idosos

- Comprometimento das ABVD, deduzido pelas observações: acamados ou classificados nos Graus 3, 4 ou 5 da Escala de Avaliação da Incapacidade Funcional da Cruz Vermelha Espanhola ou uso de andador ou cadeira de rodas ou muletas ou registro no prontuário de dependência para ABVD
- Diagnóstico de AVC ou fratura de fêmur com comprometimento das AIVD ou registro de declínio da função cognitiva. O comprometimento das AIVD foi deduzido pelas observações: necessidade de ajuda para AIVD ou dificuldade de locomoção ou classificado no Grau 2 da Escala de Avaliação da Incapacidade Funcional da Cruz Vermelha Espanhola ou comprometimento da visão
- Diagnóstico de demência ou
- Dois episódios de AVC

3. Idosos frágeis com declínio funcional iminente: 136 idosos

- Idade maior ou igual a 80 anos
- Utilização de 5 ou mais medicamentos de uso contínuo
- Presença de 5 ou mais diagnósticos

- Declínio da função cognitiva ou comprometimento das AIVD (deduzido pelas observações: necessidade de ajuda para as AIVD ou dificuldade de locomoção ou classificação no Grau 2 da Escala de Avaliação da Incapacidade Funcional da Cruz Vermelha Espanhola ou com comprometimento da visão) sem diagnóstico de AVC ou demência ou fratura de fêmur
- Diagnóstico de AVC ou fratura de fêmur sem declínio da função cognitiva ou sem comprometimento das AIVD ou
- Diagnóstico de AVC e uso inadequado da medicação.

4. Idosos robustos: 22 idosos

- Sem nenhuma das condições mencionadas anteriormente;
- Com anotação em prontuário de uso inadequado da medicação;
- Classificado nos Graus 0 ou 1 da Escala de Avaliação da Incapacidade Funcional da Cruz Vermelha Espanhola.

5. Sem condição de análise: 31 idosos

- Ausência de observações relativas à funcionalidade no prontuário.

Do ponto de vista clínico-funcional, a clientela do Programa caracterizou-se predominantemente por idosos frágeis. Dentre os frágeis, 49,5%, foram classificados como frágeis com declínio funcional estabelecido, 30,9%, como frágeis com declínio funcional iminente e, 7,5%, como frágeis de alta complexidade clínica. Apenas 5% dos idosos foram classificados como robustos (Tabela 5).

Tabela 5 – Classificação clínico-funcional dos idosos acompanhados pelo Programa. Programa Gestão de Casos. São Paulo, SP, 2018

Classificação clínico-funcional	J Miriam (n=70)	P Doroteia (n=93)	V Império I (n=101)	V Joaniza (n=95)	V Missionária (n=81)	Total (n=440)
Robustos n (%)	1 (1,4)	5 (5,4)	7 (6,9)	5 (5,3)	4 (4,9)	22 (5,0)
Frágeis n (%)						
com declínio funcional iminente	15 (21,4)	26 (28,0)	45 (44,6)	34 (35,8)	16 (19,8)	136 (30,9)
com declínio funcional estabelecido	48 (68,6)	46 (49,5)	37 (36,6)	41 (43,2)	46 (56,8)	218 (49,5)
Frágeis de alta complexidade clínica n (%)	3 (4,3)	6 (6,5)	7 (6,9)	10 (10,5)	7 (8,6)	33 (7,5)
Sem condições de análise n (%)	3 (4,3)	10 (10,8)	5 (5,0)	5 (5,3)	8 (9,9)	31 (7,0)

4.4.6 Descrição de atividades, produtos e desfechos do Programa Gestão de Casos

A identificação das atividades desenvolvidas pelos gestores de caso, médicos e enfermeiros de referência na UBS e equipe central de gestão foi feita por meio de abordagem qualitativa dos registros dos profissionais nos prontuários e no banco de dados do Programa. Tais registros foram transcritos e agrupados por similitude, o que resultou nos seguintes agrupamentos:

- atividades assistenciais: avaliação do idoso, atendimento médico, atendimento de enfermagem, atendimento do assistente social, orientação e suporte ao autocuidado, orientação e suporte ao cuidador familiar, monitoramento clínico e da adesão ao acompanhamento;
- atividades de apoio logístico: agendamento de transporte, de consultas especializadas;
- atividades de integração e coordenação: reuniões de equipe, contatos e reuniões com profissionais de outros serviços de saúde, de serviços sociais, da promotoria pública e pessoas da comunidade;
- atividades de supervisão técnica: reuniões com a equipe técnica da OS Santa Catarina e treinamentos.

As atividades do médico, do enfermeiro e do assistente social que desempenhou a função de “gestor de caso” são descritas detalhadamente a seguir:

Atividades do médico:

- consultas médicas na UBS ou no domicílio;
- reuniões com o enfermeiro e assistente social para discussão de casos, elaboração ou revisão dos planos de cuidado;
- identificação, na UBS, dos pacientes elegíveis para o Programa e encaminhamento para o assistente social.

Atividades do enfermeiro:

- consultas de enfermagem realizadas na UBS ou no domicílio;
- orientações aos idosos e seus familiares sobre a patologia, o autocuidado, o uso correto da medicação, a prevenção de quedas e a manutenção do ambiente seguro no domicílio;

- avaliação do suporte familiar, das condições de moradia, da acessibilidade da residência, da capacidade de locomoção e deslocamento e da necessidade de suporte para o autocuidado;
- orientações sobre os serviços de saúde e estímulo ao vínculo com a UBS;
- estímulo ao autocuidado, à saída do leito, ao convívio familiar e social;
- sensibilização da família para participar do cuidado do idoso, se necessário;
- contato telefônico com o idoso e seus familiares;
- coleta de exames laboratoriais no domicílio;
- vacinação no domicílio;
- curativos na UBS ou no domicílio;
- avaliação para inclusão no programa de recebimento de fraldas geriátricas;
- reuniões com o médico e o assistente social para discussão de casos, elaboração ou revisão dos planos de cuidado;
- reuniões com a equipe central de gestão;
- reuniões com a equipe técnica da OS Santa Catarina;
- identificação, na UBS, dos pacientes elegíveis para o Programa e encaminhamento para o assistente social.

Atividades do assistente social:

- avaliação social e atendimento dos idosos e seus familiares na UBS ou no domicílio;
- avaliação do suporte familiar, das condições de moradia, da acessibilidade da residência, da capacidade de locomoção e deslocamento e da necessidade de suporte para o autocuidado;
- avaliação e orientação sobre o uso dos serviços de saúde e estímulo ao vínculo com a UBS;
- contato telefônico com o idoso e seus familiares;
- monitoramento da condição de saúde e do comparecimento às consultas;
- localização, contato e sensibilização dos familiares para participação no cuidado do idoso, se pertinente;
- coordenação das reuniões de equipe para discussão dos casos, elaboração ou revisão dos planos de cuidado;
- reuniões com a equipe central de gestão;

- reuniões com a equipe técnica da OS Santa Catarina;
- identificação, na UBS, dos pacientes elegíveis para o Programa;
- agendamento de consultas na Unidade, visitas domiciliares, consultas especializadas, exames e coleta no domicílio;
- agendamento de transporte para consultas, exames e procedimentos;
- registro do plano de cuidado em impresso próprio;
- registro no banco de dados da gestão das informações relativas a clientela, data de cadastro no Programa, data dos atendimentos médicos, de enfermagem e outros profissionais, das próprias atividades, dos contatos telefônicos, reuniões, contatos com outros serviços de saúde ou sociais e dos desfechos do acompanhamento;
- contato com CREAS, delegacia do idoso e ministério público para encaminhamento dos idosos quando necessário;
- contato com recursos comunitários, igreja, vizinhos, para articular rede de apoio ao idoso, quando necessário;
- elaboração de relatórios para CREAS e ministério público.

Atividades da equipe central:

- visitas ao HGP para identificação dos idosos com condições crônicas complexas;
- visita domiciliária aos idosos elegíveis para o serviço de AD; encaminhamento e contato com o serviço de AD;
- encaminhamento via *e-mail* ao gestor de caso da UBS dos idosos com condições crônicas em alta hospitalar, de sua área de abrangência;
- encaminhamento via *e-mail* ao gestor de caso da UBS dos idosos em alta do serviço de AD, de sua área de abrangência;
- reuniões com os gestores das UBS para discussão de casos;
- registro no banco de dados dos idosos captados no HGP e no serviço de AD e respectivos encaminhamentos.

As atividades da equipe central não foram consideradas como “gestão de caso” porque não atendem aos critérios adotados para caracterizar uma intervenção de gestão de caso e, por isso, não foram quantificadas neste estudo. As atividades

implementadas pela equipe central caracterizam um cuidado transicional, ou seja, aquele que acontece na transição entre serviços (Hickam et al., 2013).

As variáveis utilizadas para descrever o produto das atividades assistenciais foram: idoso com avaliação médica, avaliação de enfermagem, avaliação social, que recebeu atendimento médico, que recebeu atendimento de enfermagem, que recebeu atendimento social, que recebeu visita domiciliar do médico, que recebeu visita domiciliar do enfermeiro e que recebeu visita domiciliar do assistente social.

A coleta de exames ou a realização de curativos, na UBS ou no domicílio, não foram contabilizados como atendimento de enfermagem. Os contatos telefônicos para monitoramento clínico, bem como as reuniões de equipe, ou contatos com outros serviços não foram computados como atendimento social, apenas os atendimentos sociais e as visitas domiciliares para os idosos ou seus cuidadores. Não foram consideradas para este estudo as avaliações, atendimentos e visitas domiciliares médicas e de enfermagem realizadas pela equipe das UBS que, embora constassem do banco de dados da gestão, não tinham registro nos prontuários dos idosos.

Ao contrário dos outros profissionais, todos os registros assistenciais do assistente social (atendimento, visita domiciliar e contato telefônico) registrados no banco de dados foram computados, porque o banco era uma ferramenta de trabalho do gestor de caso.

As variáveis utilizadas para descrição dos produtos das atividades assistenciais estão detalhadas no item 4.5.2.

Os produtos das atividades de integração e coordenação, de apoio logístico e de supervisão técnica não foram quantificados, apenas os produtos das atividades assistenciais.

Os produtos das atividades assistenciais são apresentados na tabela 6. Acima de 90% dos idosos foram avaliados pelo assistente social, ou seja, tinham registro de diagnóstico social no prontuário. Em todas as Unidades, 100% dos idosos receberam atendimento do assistente social e acima de 90% recebeu visita domiciliar desse profissional. Quanto ao produto das atividades do médico, 86,8% dos idosos receberam consulta médica, na UBS ou no domicílio, 84,8% receberam avaliação médica e 54,1%, visita domiciliar do médico. Em relação ao produto das atividades assistenciais do enfermeiro, 96,4% dos idosos receberam atendimento de

enfermagem e 94,8% visita domiciliária, mas a avaliação de enfermagem só foi registrada em 83% dos prontuários (Tabela 6).

Tabela 6 – Produto das atividades assistenciais do Programa. Programa Gestão de Casos. São Paulo, SP, 2018

Atividades assistenciais	J Miriam n=70	P Dorotéia n=93	V Império I n=101	V Joaniza n=95	V Missionária n=81	Total n= 440
Avaliação n (%)						
Avaliação do assistente social	63 (90,0)	78 (83,9)	101 (100,0)	93 (97,9)	78 (96,3)	413 (93,9)
Avaliação médica	56 (80,0)	72 (77,4)	87 (86,1)	81 (85,3)	77 (95,1)	373 (84,8)
Avaliação de enfermagem	62 (88,6)	76 (81,7)	89 (88,1)	77 (81,1)	61 (75,3)	365 (83,0)
Atendimento n (%)						
Atendimento do assistente social	70 (100,0)	93 (100,0)	101 (100,0)	95 (100,0)	81 (100,0)	440 (100,0)
Atendimento médico	58 (82,9)	74 (79,6)	91 (90,1)	81 (85,3)	78 (96,3)	382 (86,8)
Atendimento de enfermagem	68 (97,1)	87 (93,5)	98 (97,0)	94 (98,9)	77 (95,1)	424 (96,4)
Visita domiciliária n (%)						
Visita domiciliária do assistente social	63 (90,0)	88 (94,6)	100 (99,0)	93 (97,9)	79 (97,5)	423 (96,1)
Visita domiciliária do médico	37 (52,9)	40 (43,0)	53 (52,5)	39 (41,1)	69 (85,2)	238 (54,1)
Visita domiciliária do enfermeiro	66 (94,3)	86 (92,5)	99 (98,0)	90 (94,7)	76 (93,8)	417 (94,8)

Os desfechos do acompanhamento, ou seja, os motivos de desligamento dos idosos do Programa, foram descritos pelas variáveis: melhora, óbito, encaminhamento para o serviço de AD, mudança de residência, convênio ou transferência de UBS, acompanhamento em serviços especializados, alta administrativa e por motivos não especificados.

As variáveis utilizadas para descrição dos desfechos do acompanhamento estão detalhadas no item 4.5.2.

No período estudado, 342 idosos foram desligados do Programa, sendo que 29,5% foram desligados por melhora e 24,6% por óbito. Melhora e óbito responderam por 54% dos desligamentos (Tabela 7).

Entre os idosos com declínio funcional iminente, 47,9% foram desligados por melhora. Dentre os frágeis com declínio funcional estabelecido, o óbito ocorreu em 30,5% dos casos. Dentre os frágeis de alta complexidade clínica, 68,8% foram referenciados para o AD e 21,9% faleceram. Os desfechos “alta administrativa” e “alta por motivos não especificados” foram reunidos como “outros motivos”, o que correspondeu a 9,3% dos idosos (Tabela 7).

Tabela 7 – Motivos de desligamento do Programa segundo classificação clínico- funcional dos idosos. Programa Gestão de Casos. São Paulo, SP, 2018

Classificação clínico-funcional	Motivos de desligamento n (%)						Total
	AD	Óbito	Melhora	Mudança/convênio	Outros serviços	Outros motivos	
Robustos	1 (5,3)	4 (21,1)	9 (47,4)	1 (5,3)	1 (5,3)	3 (15,8)	19 (100,0)
Frágeis com declínio funcional Iminente	1 (0,9)	20 (17,1)	56 (47,9)	21 (17,9)	7 (6,0)	12 (10,2)	117 (100,0)
Frágeis com declínio funcional estabelecido	28 (18,5)	46 (30,5)	30 (19,9)	31 (20,5)	4 (2,6)	12 (7,9)	151 (100,0)
Frágeis de alta complexidade clínica	22 (68,8)	7 (21,9)	0 (0,0)	2 (6,2)	0 (0,0)	1 (3,1)	32 (100,0)
Sem condições de análise	0 (0)	7 (30,4)	6 (26,1)	4 (17,4)	2 (8,7)	4 (17,4)	23 (100,0)
Total	52 (15,20)	84 (24,6)	101 (29,5)	59 (17,2)	14 (4,1)	32 (9,3)	342 (100,0)

O tempo de permanência dos idosos no Programa foi medido em meses. O tempo médio de permanência no Programa foi 10,8 meses. A média de permanência dos idosos frágeis de alta complexidade clínica foi de 2,09 meses, dos frágeis com declínio funcional estabelecido, 11,36 meses e dos frágeis com declínio funcional iminente, 12,38 meses (Tabela 8).

Tabela 8 – Tempo de permanência no Programa segundo classificação clínico-funcional dos idosos. Programa Gestão de Casos. São Paulo, SP, 2018

Classificação clínico-funcional	Tempo de permanência (meses)	Idosos (n)
	média (dp)	
Robustos	8,68 (5,25)	22
Frágeis com declínio funcional Iminente	12,38 (10,18)	136
Frágeis com declínio funcional estabelecido	11,36 (10,19)	218
Frágeis de alta complexidade clínica	2,09 (4,15)	33
Sem condições de análise	9,84 (10,38)	31
Total	10,80 (9,98)	440

4.4.7 Avaliação do grau de implantação do Programa Gestão de Casos

Após a classificação clínico-funcional dos idosos e o conhecimento das atividades, produtos e tempo de permanência, foi possível construir os indicadores para avaliação do grau de implantação do Programa.

Para as análises da implantação do Programa foram excluídos os idosos admitidos após 30/06/2014 (36 idosos) porque um dos parâmetros para avaliação da implantação foi o tempo de acompanhamento maior ou igual a seis meses. Também foram excluídos aqueles em que não foi possível realizar a classificação clínico-funcional (sem condições de análise, n= 31).

A função de monitoramento do gestor, medida pelo indicador “percentual de idosos que receberam duas ou mais intervenções do assistente social a cada seis meses”, pressupõe um tempo de permanência mínimo no Programa de seis meses, portanto, para cálculo deste indicador foram considerados apenas os idosos que permaneceram no Programa por seis meses ou mais (251 idosos).

4.4.8 Análise da influência dos fatores contextuais na implantação do Programa Gestão de Casos

Para compreender a influência dos fatores contextuais sobre a implantação do Programa foi utilizada a primeira tipologia de análise de implantação (Denis, Champagne, 1997; Champagne et al., 2011c) em que os fatores contextuais são as variáveis independentes e o grau de implantação a variável dependente.

Os fatores contextuais considerados como variáveis independentes para esta análise foram a UBS e o grau de funcionalidade dos idosos expresso pela variável classificação clínico-funcional dos idosos. A variável dependente foi a implantação do Programa Gestão de Casos.

4.4.9 Descrição dos resultados do Programa Gestão de Casos

Os resultados do Programa foram descritos conforme os indicadores apresentados no Quadro 3, no item 4.4.4.

Em relação ao acesso à APS, se no prontuário do idoso não havia registro de atendimento na UBS, buscou-se no banco de dados do serviço de AD e no SIGA o acompanhamento domiciliário ou o atendimento em outra UBS do Município. O idoso foi considerado sem acesso à APS quando nenhum atendimento foi encontrado.

As variáveis utilizadas para a descrição do resultado utilização dos serviços, número de consultas médicas na APS, número de consultas de enfermagem na APS,

número de atendimentos por outros profissionais de nível superior na APS, número de visitas domiciliares recebidas da equipe da APS e número de consultas especializadas foram mensuradas nos 12 meses anteriores à inclusão no Programa, durante o primeiro, segundo e terceiro anos de acompanhamento. Para o cálculo da média de consultas e visitas realizadas no primeiro ano de acompanhamento foram considerados apenas os idosos acompanhados por um período de 12 meses ou mais (145 idosos); para a média de atendimentos no segundo ano, somente os idosos acompanhados por um período de 24 meses ou mais (47 idosos) e para a média de atendimentos no terceiro ano, somente os idosos que permaneceram no Programa por 36 meses ou mais (11 idosos).

A comparação dessas variáveis em relação aos 12 meses anteriores à implantação do Programa foi feita apenas para o primeiro ano de acompanhamento, devido ao número reduzido de idosos que permaneceu no Programa por dois e três anos.

A fonte de informações para os atendimentos realizados na APS foi o prontuário dos idosos. O SIGA foi utilizado para pesquisa das consultas nos ambulatórios de especialidade municipais. O deslocamento da equipe até a residência para atendimento do idoso ou de seu familiar/cuidador foi contabilizado como uma visita domiciliar, independentemente do número de profissionais que realizou o atendimento. Esta atividade não foi considerada quando o idoso ou seu familiar não foram encontrados na residência.

O indicador “percentual de idosos referenciados para acompanhamento em outro serviço”, em que o intervalo de tempo entre os atendimentos nos serviços em questão foi menor ou igual a 90 dias, foi adotado para mensurar o resultado integração entre as UBS envolvidas, o HGP e o serviço de AD. As informações para a construção deste indicador foram buscadas no banco de dados do Programa, no prontuário dos pacientes, no SIGA e no banco de dados do serviço de AD.

Para mensurar o vínculo longitudinal foram excluídos os idosos admitidos após 30/06/2014 (36 idosos), porque o indicador para avaliação da regularidade do cuidado, implica tempo de acompanhamento maior ou igual a seis meses e também aqueles em que não foi possível realizar a classificação clínico-funcional (sem condições de análise, n= 31).

O parâmetro regularidade do cuidado, medido pelo indicador percentual de idosos que recebeu uma ou mais consultas médicas e uma ou mais consultas de enfermagem ou atendimento social a cada seis meses, pressupõe um tempo mínimo de seis meses de permanência no Programa. Portanto, para o cálculo deste indicador foram considerados apenas os 251 idosos que permaneceram no Programa por seis meses ou mais.

4.4.10 Análise da influência da implantação do Programa nos resultados alcançados

Para compreender a influência da implantação do Programa nos efeitos produzidos foi utilizada a segunda tipologia de análise de implantação (Denis, Champagne, 1997; Champagne et al., 2011c) na qual a variável independente é o grau de implantação da intervenção, enquanto as variáveis dependentes são os efeitos da intervenção.

Para a análise realizada neste estudo, foi considerada como variável independente a implantação do Programa Gestão de Casos e como variáveis dependentes, a utilização dos serviços e o vínculo longitudinal com a equipe da APS.

Optou-se analisar a influência da implantação sobre as seguintes variáveis de utilização dos serviços: número de consultas médicas na UBS, somatória do número de consultas médicas na UBS e consultas especializadas, doravante denominadas consultas médicas ambulatoriais; somatória do número de consultas de enfermagem e de atendimentos por outros profissionais de nível superior na UBS. Esta análise foi realizada somente para o primeiro ano de acompanhamento no Programa, devido ao pequeno número de idosos que permaneceu no Programa por dois (47 idosos) ou três anos (11 idosos).

4.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO

4.5.1 Variáveis utilizadas para descrição do perfil e classificação clínico-funcional dos idosos

As variáveis utilizadas para descrição do perfil e classificação clínico-funcional dos idosos foram:

- Idade – variável quantitativa
- sexo – variável qualitativa; categorias da variável: masculino e feminino
- situação conjugal – variável qualitativa; categorias: casado, união consensual; viúvo; divorciado, separado, solteiro
- número de pessoas na residência- variável quantitativa
- se possui casa própria – variável qualitativa; categorias da variável: sim e não
- escolaridade – variável qualitativa; categorias: analfabeto e alfabetizado
- número de doenças crônicas- variável quantitativa
- número de medicamentos de uso contínuo - variável quantitativa
- diagnósticos– variável qualitativa
- acesso à APS– definida pela realização de pelo menos um atendimento por profissional de nível superior na UBS, no domicílio ou no serviço de AD. Variável qualitativa; categorias da variável: sim, não
- número de consultas médicas na APS - definida como o número de consultas médicas realizadas na UBS ou no domicílio e registradas em prontuário. Variável quantitativa.
- número de consultas de enfermagem na APS - definida como o número de consultas de enfermagem realizadas na UBS ou no domicílio e registradas em prontuário. Variável quantitativa
- número de atendimentos por outros profissionais de nível superior na APS – definida como o número de atendimentos do assistente social ou outros profissionais de nível superior realizados na UBS ou no domicílio. Variável quantitativa
- número de visitas domiciliárias recebidas da equipe da APS- definida como o número de visitas domiciliárias recebidas da equipe da APS e registradas em prontuário. Variável quantitativa

- número de consultas especializadas – definida como o número de consultas especializadas registradas no prontuário ou no SIGA. Variável quantitativa
- funcionalidade - para a definição desta variável em seis categorias foi utilizada metodologia qualitativa descrita no item 4.4.5. As seis categorias desta variável são: comprometimento das AIVD, declínio da função cognitiva, comprometimento da visão, comprometimento das ABVD, vulnerabilidade social e cuidados de enfermagem
- classificação clínico-funcional – variável qualitativa; categorias da variável: robustos, frágeis com declínio funcional iminente; frágeis com declínio funcional estabelecido e frágeis de alta complexidade clínica.

4.5.2 Variáveis utilizadas para a descrição dos produtos e desfechos do acompanhamento

As variáveis utilizadas para descrever o produto das atividades assistenciais foram:

- idoso com avaliação médica – definida como o idoso com registro em prontuário do diagnóstico médico. Variável qualitativa; categorias da variável: sim e não;
- idoso com avaliação de enfermagem – definida como o idoso com registro em prontuário do diagnóstico de enfermagem. Variável qualitativa; categorias da variável: sim, não.
- idoso com avaliação social – definida como o idoso com registro em prontuário das informações relativas à composição familiar; variável qualitativa; categorias da variável: sim e não;
- idoso que recebeu atendimento médico – definida como o idoso com registro em prontuário de consulta médica realizada na UBS ou no domicílio. Variável qualitativa; categorias da variável: sim, não.
- idoso que recebeu atendimento de enfermagem – definida como o idoso com registro em prontuário de consulta de enfermagem realizada na UBS ou no domicílio. Variável qualitativa; categorias da variável: sim, não.
- idoso que recebeu atendimento social – definida como o idoso com registro em prontuário ou no banco de dados de atendimento social, dirigido a ele ou

seu familiar e realizado na UBS ou no domicílio. Variável qualitativa; categorias da variável: sim, não.

- idoso que recebeu visita domiciliária do médico: definida como o idoso com registro em prontuário de consulta médica realizada no domicílio. Variável qualitativa; categorias da variável: sim, não.
- idoso que recebeu visita domiciliária do enfermeiro: definida como o idoso com registro em prontuário de consulta de enfermagem realizada no domicílio. Variável qualitativa; categorias da variável: sim, não.
- Idoso que recebeu visita domiciliária do assistente social: definida como o idoso com registro em prontuário ou no banco de dados de atendimento do assistente social, dirigido a ele ou seu familiar e realizado no domicílio. Variável qualitativa; categorias da variável: sim, não.

Para a descrição dos desfechos do acompanhamento foram utilizadas as seguintes variáveis:

- melhora - variável qualitativa; categorias da variável: sim e não;
- óbito - variável qualitativa; categorias da variável: sim e não;
- encaminhamento para o serviço de AD - variável qualitativa; categorias da variável: sim e não;
- mudança de residência, convênio ou transferência de UBS - variável qualitativa; categorias da variável: sim e não;
- acompanhamento em serviços especializados - variável qualitativa; categorias da variável: sim e não;
- alta administrativa - variável qualitativa; categorias da variável: sim e não;
- alta por motivos não especificados – variável qualitativa; categorias da variável: sim e não.

Para descrição do tempo de permanência no Programa foi utilizada a variável tempo de permanência, definida como o tempo que o idoso permaneceu no Programa. Variável quantitativa, medida em meses.

4.5.3 Variáveis utilizadas para avaliação do grau de implantação do Programa Gestão de Casos

As variáveis utilizadas para o cálculo do grau de implantação foram:

- idoso com avaliação médica – já definida no item 4.5.2
- idoso com avaliação de enfermagem – já definida no item 4.5.2
- idoso com avaliação social – já definida no item 4.5.2
- idoso que recebeu atendimento médico – já definida no item 4.5.2
- idoso que recebeu atendimento de enfermagem – já definida no item 4.5.2
- idoso que recebeu atendimento social – já definida no item 4.5.2
- tempo de permanência – já definida no item 4.5.2
- classificação clínico-funcional – já definida no item 4.5.1
- intervenção social – definida como a realização de atendimento social ao idoso ou sua família, na UBS ou no domicílio, ou a realização de contato telefônico efetivo com o idoso ou sua família, registrado em prontuário ou no banco de dados. Variável qualitativa; categorias: sim e não.
- contato telefônico efetivo – definida como o registro em prontuário da conversa ou a existência da informação no banco de dados de contato telefônico com status “realizado”.
- implantação do Programa – definida como a realização de todos os critérios adotados para avaliação da implantação do Programa. Variável qualitativa; categorias: sim e não. Para classificação da implantação do Programa adotou-se um padrão descrito no quadro 1 do item 4.4.3.

4.5.4 Variáveis utilizadas para descrição dos resultados do Programa Gestão de Casos

As variáveis utilizadas para descrição dos resultados do Programa foram:

- acesso à APS – definida pela realização de pelo menos um atendimento por profissional de nível superior na UBS, no domicílio ou no serviço de AD. Variável qualitativa; categorias da variável: sim, não

- número de consultas médicas na APS - definida como o número de consultas médicas realizadas na UBS ou no domicílio e registradas em prontuário. Variável quantitativa;
- número de consultas de enfermagem na APS - definida como o número de consultas de enfermagem realizadas na UBS ou no domicílio e registradas em prontuário. Variável quantitativa;
- número de atendimentos por outros profissionais de nível superior na APS - definida como o número de atendimentos do assistente social ou outros profissionais de nível superior da UBS, realizados na UBS ou no domicílio. Variável quantitativa;
- número de visitas domiciliárias recebidas da equipe da APS - definida como o número de visitas domiciliárias recebidas de profissionais da APS. Variável quantitativa;
- número de consultas especializadas – definida como o número de consultas especializadas registradas no prontuário ou no SIGA. Variável quantitativa.
- idoso em que o intervalo de tempo entre os atendimentos nos serviços referenciados foi menor ou igual a 90 dias. Variável qualitativa; categorias: sim e não.
- idoso com avaliação médica – já definida no item 4.5.2
- idoso com avaliação de enfermagem – já definida no item 4.5.2
- idoso com avaliação social – já definida no item 4.5.2
- idoso com consulta médica na APS - definida como o idoso com registro em prontuário de consulta médica realizada na UBS ou no domicílio. Variável qualitativa; categorias: sim; não
- idoso com consulta de enfermagem na APS - definida como o idoso com registro em prontuário de consulta de enfermagem realizada na UBS ou no domicílio. Variável qualitativa; categorias: sim, não
- idoso com atendimento do assistente social – definida como o idoso com registro em prontuário ou no banco de dados de atendimento do assistente social, dirigido a ele ou ao seu familiar, realizado na UBS ou no domicílio. Variável qualitativa; categorias: sim, não
- registro das medicações utilizadas – variável qualitativa; categorias: sim, não.

- presença de vínculo longitudinal com a equipe da APS – variável qualitativa. Categorias da variável: sim, não. Adotou-se um padrão para classificação do vínculo descrito no quadro 3 do item 4.4.4.

4.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

As variáveis quantitativas foram descritas através de medidas de tendência central (média e mediana) e dispersão (desvio padrão, valor mínimo e valor máximo). Para descrever as variáveis qualitativas foram utilizadas distribuições de frequências absoluta (n) e relativa (%).

Na análise das variáveis quantitativas, primeiramente foi aplicado o teste de Kolmogorov-Smirnov para verificar a aderência a curva normal. Para comparação entre as unidades da variável número de pessoas na residência, que apresentou distribuição normal, aplicou-se o teste ANOVA para medidas independentes. O teste *post hoc* de Bonferroni foi utilizado na presença de significância estatística.

Para a comparação entre as unidades de saúde das variáveis quantitativas que não aderiram à curva normal foi utilizado o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis. Para aquelas que apresentaram significância estatística, aplicou-se o teste *post hoc* de Dunn.

Para a comparação entre as variáveis qualitativas foi utilizado o teste do Qui-quadrado. A comparação de proporções foi aplicada para identificar a diferença entre os grupos.

A comparação entre as variáveis implantação do Programa e a classificação clínico-funcional do idoso e entre a implantação do Programa e a UBS foram feitas através do teste de associação pelo Qui-quadrado.

Para a comparação das variáveis que descrevem a utilização dos serviços entre os momentos antes e após a implantação do Programa foi utilizado o teste não paramétrico de Wilcoxon. O teste não paramétrico de Mann-Whitney foi aplicado para comparação entre a implantação do Programa e as variáveis que descrevem a utilização dos serviços. A comparação entre a implantação do Programa e o vínculo longitudinal com a equipe da APS foi feita através do teste de associação pelo Qui-quadrado.

Assumiu-se um nível descritivo de 5% ($p < 0,05$) para a significância estatística. Os dados foram digitados em Excel e analisados no programa SPSS versão 23.0.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e aprovado em 21/01/2014. Posteriormente, foi submetida uma emenda que foi aprovada em 02/02/2015.

5 RESULTADOS

5 RESULTADOS

5.1 ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA GESTÃO DE CASOS

O grau de implantação do Programa Gestão de Casos foi 39,4%, considerado crítico. Os componentes do Programa com padrões de implantação satisfatórios foram “idosos com condições crônicas complexas” (94,7%) e “função de coordenação do gestor” (86,2%). Os demais apresentaram padrão de implantação insatisfatório (Tabela 9).

Tabela 9 – Critérios, indicadores e grau de implantação do Programa. Programa de Gestão de Casos. São Paulo, SP, 2018

Critérios para avaliação da implantação	Indicadores para avaliação do grau de implantação	Indicadores	Idosos acompanhados (n)		
			Parâmetros		Total
		Valor (%)	Sim	Não	
Avaliação integral	% de idosos com diagnóstico médico, de enfermagem e avaliação social	75,6	286	92	378
Função de coordenação do gestor	% de idosos que receberam intervenção médica, de enfermagem e social	86,2	326	52	378
Tempo de acompanhamento ≥ a 6 meses	% de idosos acompanhados por tempo ≥ 6 meses	66,4	251	127	378
Monitoramento pelo gestor	% de idosos com 2 ou mais intervenções do assistente social a cada 6 meses	74,1	186	65	251
Idosos com condições crônicas complexas	% de idosos frágeis	94,7	358	20	378
Grau de Implantação		39,4	149	229	378

Observou-se associação significativa entre UBS e grau implantação do Programa ($p < 0,001$). O grau de implantação do Programa na UBS Vila Império I, (57,8%) foi maior do que observado nas UBS Parque Dorotéia (24,4%), Vila Joaniza (37,3%) e Jardim Miriam (31,1%). O grau de implantação do Programa na UBS Missionária (42,4%) diferiu apenas do grau de implantação do Programa na UBS Parque Dorotéia (24,4%) (Tabela 10).

Em relação aos componentes do Programa, apenas a função de monitoramento do gestor, medida pelo “percentual de idosos que recebeu duas ou mais intervenções do assistente social a cada 6 meses” apresentou distribuição heterogênea entre as UBS ($p < 0,001$). Ocorreu diferença significativa do padrão de implantação deste

componente entre a UBS Vila Império I e as UBS Parque Dorotéia, Vila Joaniza e Jardim Miriam. Da mesma forma, ocorreu diferença significativa entre a UBS Vila Missionária e as UBS Parque Dorotéia, Vila Joaniza e Jardim Miriam, em relação a este componente. Não ocorreu diferença significativa entre o padrão de implantação do componente “função de monitoramento do gestor” entre as UBS Parque Dorotéia, Vila Joaniza e Jardim Miriam. Os demais componentes do Programa apresentaram distribuição homogênea entre as Unidades. Na UBS Vila Império I, todos os componentes do Programa tiveram padrão de implantação satisfatórios, exceto o componente “tempo de acompanhamento $\geq$ a 6 meses” (Tabela 10).

Tabela 10 – Indicadores e Grau de implantação do Programa segundo UBS. Programa de Gestão de Casos. São Paulo, SP, 2018

Indicadores e Grau de implantação		J Miriam	P Dorotéia	V império I	V Joaniza	V Missionária	Valor p*
Indicadores	% (n)						
% de idosos com diagnóstico médico, de enfermagem e avaliação social		70,5 (43)	70,5 (55)	84,4 (76)	73,5 (61)	77,3 (51)	0,193
% de idosos que receberam intervenção médica, de enfermagem e social		82,0 (50)	78,2 (61)	90,0 (81)	88,0 (73)	92,4 (61)	0,072
% de idosos acompanhados por tempo $\geq$ a 6 meses		70,5 (43)	66,7 (52)	71,1 (64)	65,1 (54)	57,6 (38)	0,444
% de idosos com 2 ou mais intervenções do assistente social a cada 6 meses		58,1 (25)	55,8 (29)	93,8 (60)	70,4 (38)	89,5 (34)	<0,001‡
% de idosos frágeis		100,0 (61)	93,6 (73)	92,2 (83)	94,0 (78)	95,5 (63)	0,300
Grau de implantação		31,1 (19)	24,4 (19)	57,8 (52)	37,3 (31)	42,4 (28)	< 0,001†

* Qui-quadrado

‡ V Império foi diferente das unidades Miriam, Joaniza e Dorotéia. Missionária foi diferente das unidades Miriam, Joaniza e Dorotéia.

† V Império foi diferente de Dorotéia, Joaniza e Miriam. Missionária foi diferente da Dorotéia.

Observou-se associação significativa entre o grau de funcionalidade do idoso, expresso pela classificação clínico-funcional, e o padrão de implantação do Programa ($p < 0,001$). As diferenças no padrão de implantação do Programa entre os idosos frágeis com declínio funcional iminente, os frágeis com declínio funcional estabelecido e os de alta complexidade clínica foram estatisticamente significativas. O grau de implantação do Programa foi maior entre os idosos frágeis com declínio funcional iminente (55,2%). Todos os componentes do Programa apresentaram padrões de implantação mais baixos entre os idosos frágeis de alta complexidade clínica quando comparado aos frágeis com declínio funcional estabelecido e aos frágeis com declínio

funcional iminente. Com exceção do componente “porcentagem de idosos que receberam intervenção médica, de enfermagem e social”, todos os demais componentes do Programa foram mais bem implantados entre os idosos frágeis com declínio funcional iminente que entre os frágeis com declínio funcional estabelecido (Tabela 11).

Tabela 11 – Indicadores e Grau de implantação do Programa segundo classificação clínico-funcional dos idosos. Programa Gestão de Casos. São Paulo, SP, 2018

Indicadores e grau de implantação		Frágeis com declínio funcional iminente	Frágeis com declínio funcional estabelecido	Frágeis de alta complexidade clínica	Valor p*
Indicadores	% (n)				
% de idosos com diagnóstico médico, de enfermagem e avaliação social		84,0 (105)	74,3 (150)	48,4 (15)	< 0,001 β
% de idosos que receberam intervenção médica, de enfermagem e social		91,2 (114)	87,6 (177)	58,1 (18)	< 0,001 ϵ
% de idosos acompanhados por tempo $\geq$ a 6 meses		79,2 (99)	67,3 (136)	3,2 (1)	< 0,001 £
% de idosos com 2 ou mais intervenções do assistente social a cada 6 meses		61,6 (77)	47,0 (95)	3,2 (1)	< 0,001 ¥
Grau de implantação		55,2 (69)	39,1 (79)	3,2 (1)	< 0,001 §

* Qui-quadrado

β observou-se diferença de proporção entre os frágeis com declínio funcional iminente e frágeis com declínio funcional estabelecido
observou-se diferença de proporção entre os frágeis com declínio funcional iminente e os frágeis de alta complexidade clínica
observou-se diferença de proporção entre os frágeis com declínio funcional estabelecido e os frágeis de alta complexidade clínica

ϵ observou-se diferença de proporção entre os frágeis com declínio funcional iminente e os frágeis de alta complexidade clínica
observou-se diferença de proporção entre os frágeis com declínio funcional estabelecido e os frágeis de alta complexidade clínica

£ observou-se diferença de proporção entre os frágeis com declínio funcional iminente e os frágeis com declínio funcional estabelecido
observou-se diferença de proporção entre os frágeis com declínio funcional iminente e os frágeis de alta complexidade clínica
observou-se diferença de proporção entre os frágeis com declínio funcional estabelecido e os frágeis de alta complexidade clínica

¥ observou-se diferença de proporção entre os frágeis com declínio funcional iminente e os frágeis com declínio funcional estabelecido
observou-se diferença de proporção entre os frágeis com declínio funcional estabelecido e os frágeis de alta complexidade clínica
observou-se diferença de proporção entre os frágeis com declínio funcional iminente e os frágeis de alta complexidade clínica

§ observou-se diferença de proporção entre os frágeis com declínio funcional iminente e os frágeis com declínio funcional estabelecido
observou-se diferença de proporção entre os frágeis com declínio funcional iminente e os frágeis de alta complexidade clínica
observou-se diferença de proporção entre os frágeis com declínio funcional estabelecido e os frágeis de alta complexidade clínica

5.2 EFEITOS DO PROGRAMA GESTÃO DE CASOS

5.2.1 Acesso à APS

Dentre os 440 idosos admitidos no Programa, 152 (34,5%) não haviam realizado nenhum atendimento na APS no ano anterior a inclusão no Programa. Após admissão no Programa, todos esses idosos que não tiveram acesso à APS receberam

atendimento por profissional de nível superior da UBS. Portanto, dentre os idosos acompanhados pelo Programa, houve ampliação do acesso à APS em 100% dos casos.

5.2.2 Utilização dos serviços

A Tabela 12 reúne as variáveis empregadas para descrição da utilização dos serviços (número de consultas médicas na APS, número de consultas especializadas, número de consultas de enfermagem na APS, número de atendimentos por outros profissionais de nível superior da APS e número de visitas domiciliares recebidas da equipe da APS) mensuradas no ano anterior à admissão no Programa e durante o primeiro, o segundo e o terceiro anos de acompanhamento.

Tabela 12 – Utilização dos serviços pelos idosos acompanhados pelo Programa. Programa Gestão de Casos. São Paulo, SP, 2018

Variáveis	Ano anterior					1º ano					2º ano					3º ano				
	n	Média (dp)	Mediana	Mínimo-máximo	n	Média (dp)	Mediana	Mínimo-máximo	n	Média (dp)	Mediana	Mínimo-máximo	n	Média (dp)	Mediana	Mínimo-máximo	n	Média (dp)	Mediana	Mínimo-máximo
CM na APS	230	2,48 (1,59)	2	0 - 9	145	3,44 (1,99)	3	0 - 10	47	2,75 (1,55)	2	0 - 7	11	1,91 (1,04)	2	1 - 4				
C especializada	248	0,64 (1,54)	0	0 - 15	145	1,32 (1,87)	1	0 - 12	47	1,21 (1,84)	1	0 - 11	11	1,54 (2,09)	1	0 - 6				
CM amb.	366	2,16 (2,48)	2	0 - 18	145	4,77 (2,97)	4	0 - 19	47	3,96 (2,61)	4	0 - 16	11	3,45 (2,11)	3	1 - 7				
CE	231	0,10 (0,28)	0	0 - 2	145	3,18 (1,96)	3	0 - 14	47	2,11 (1,76)	2	0 - 10	11	1,73 (2,15)	1	0 - 6				
CO	231	0,10 (0,35)	0	0 - 2	145	4,21 (3,05)	4	0 - 26	47	2,55 (2,06)	2	0 - 10	11	1,66 (1,96)	1	0 - 7				
CE + CO	231	0,17 (0,49)	0	0 - 3	145	7,39 (4,54)	7	1 - 40	47	4,66 (3,42)	4	0 - 20	11	3,36 (3,75)	2	0 - 12				
VD	231	0,12 (0,55)	0	0 - 5	145	5,10 (3,20)	5	0 - 22	47	3,72 (2,31)	4	0 - 12	11	3,82 (2,52)	3	0 - 8				

CM na APS - consulta médica na APS

C especializada - consulta especializada

CM amb. - consulta médica ambulatorial (CM na APS+ C especializada)

CE = consulta de enfermagem na APS

CO = atendimento por outros profissionais de nível superior na APS

VD = visita domiciliar recebidas da equipe da APS

Essas variáveis são também apresentadas no Gráfico 1

Gráfico 1 – Utilização dos serviços pelos idosos acompanhados pelo Programa. Programa Gestão de Casos. São Paulo, SP, 2018

A comparação dessas variáveis foi feita apenas entre os 12 meses anteriores à implantação do Programa e o primeiro ano de acompanhamento, devido ao pequeno número de idosos que permaneceu no Programa por dois ou três anos, 47 e 11 idosos, respectivamente. Houve aumento da utilização dos serviços entre o primeiro ano de acompanhamento no Programa e os 12 meses anteriores à admissão, em relação a todas essas variáveis (Tabela 13).

Tabela 13 – Comparação da utilização dos serviços pelos idosos acompanhados pelo Programa entre o ano anterior à admissão no Programa e o primeiro ano de acompanhamento. Programa Gestão de Casos. São Paulo, SP, 2018

Variáveis	ano anterior				1º ano				p*
	n	média (dp)	mediana	mínimo - máximo	n	média (dp)	mediana	mínimo - máximo	
CM na APS	93	2,56 (1,74)	2	0 - 8	93	3,79 (2,15)	3	0 - 10	<0.001
C especializada	137	0,50 (1,21)	0	0 - 7	137	1,36 (1,90)	1	0 - 12	<0.001
CM amb.	87	3,24 (2,29)	3	0 - 11	87	5,21 (3,23)	4	0 - 19	<0.001
CE	94	0,05 (0,23)	0	0 - 1	94	3,94 (2,12)	3	0 - 14	<0.001
CO	94	0,10 (0,36)	0	0 - 2	94	4,54 (3,41)	4	0 - 26	<0.001
CE + CO	94	0,15 (0,41)	0	0 - 2	94	7,93 (5,00)	7	1 - 40	<0.001
VD	94	0,10 (0,25)	0	0 - 1	94	4,80 (3,11)	4	0 - 22	<0.001

* Wilcoxon

CM na APS - consulta médica na APS

C especializada - consulta especializada

CM amb. - consulta médica ambulatorial (CM na APS+ C especializada)

CE - consulta de enfermagem na APS

CO - atendimento por outros profissionais de nível superior na APS

VD - visita domiciliar recebida da equipe da APS

Verificou-se associação entre a implantação do Programa e as variáveis número de consultas médicas na APS ($p = 0,007$), consultas médicas ambulatoriais, ($p = 0,010$) e somatória do número de consultas de enfermagem e de atendimentos por outros profissionais de nível superior na UBS ($p < 0,001$). Os idosos em que ocorreu a implantação do Programa realizaram maior número de consultas médicas na APS, de consultas médicas ambulatoriais (definida como a somatória da consulta médica na APS e da consulta médica especializada) e de consultas de enfermagem e atendimentos por outros profissionais de nível superior da APS que aqueles em que a implantação do Programa não ocorreu (Tabela 14).

Tabela 14 – Utilização dos serviços segundo implantação do Programa. Programa Gestão de Casos. São Paulo, SP, 2018

Variáveis	Implantação do Programa								p*
	não				sim				
	n	média (dp)	mediana	mínimo -máximo	n	média (dp)	mediana	mínimo -máximo	
CM na APS	72	3,03 (1,85)	3	0 - 9	73	3,85 (2,05)	3	0 - 10	0,007
CM ambulatorial	72	4,28 (2,91)	4	0 - 15	73	5,25 (2,97)	5	1 - 19	0,010
CE + CO	72	6,26 (3,77)	6	1 - 24	73	8,51 (4,97)	8	2 - 40	<0.001

* Mann-Whitney

CM na APS - consulta médica na APS

CM ambulatorial - consulta médica ambulatorial (CM na APS+ C especializadas)

CE - consulta de enfermagem na APS

CO - atendimento por outros profissionais de nível superior na APS

5.2.3 Integração dos serviços HGP, AD e UBS

No período do estudo, 128 idosos (29,1%) acompanhados pelo Programa sofreram transferências de seu local de atendimento, gerando 147 transferências entre os serviços, HGP, serviço de AD e UBS. Nove (7%) foram transferidos duas vezes durante o acompanhamento no Programa, três (2,3%), três vezes e um idoso (0,8%), cinco vezes. Entre as mudanças de pontos de atenção, 73 idosos (49,6%) foram encaminhados do HGP para as UBS, 52 (35,4%) foram transferidos das UBS para o serviço de AD e 22(15,0%) receberam alta do serviço de AD e foram referenciados para as UBS. Em todas essas mudanças, o tempo entre os atendimentos nos diferentes pontos de atenção foi inferior a 90 dias, razão pela qual a integração entre os serviços, no que se refere aos idosos frágeis, foi considerada satisfatória (100%). Quando os idosos foram encaminhados das UBS para o serviço de AD, a data de alta do Programa foi posterior à inclusão no serviço de AD, por isso o tempo entre os atendimentos foi considerado zero (Tabela 15).

Tabela 15 – Transições entre pontos de atenção. Programa Gestão de Casos. São Paulo, SP, 2018

Pontos de atenção da rede		Transferências	Tempo entre atendimentos (dias)
De	Para	Nº	média (dp)
HGP	UBS	73	21,53 (22,41)
AD	UBS	22	33,45 (31,21)
UBS*	AD	52	0

* sem informação = 1 (1,92%)

5.2.4 Vínculo longitudinal com a equipe da APS

O padrão do vínculo longitudinal com a equipe da APS foi 39,9%, considerado crítico. Os critérios avaliação integral e regularidade do cuidado apresentaram padrão insatisfatórios (Tabela 16).

Tabela 16 – Vínculo longitudinal. Programa Gestão de Casos. São Paulo, SP, 2018

Critérios para avaliação do vínculo longitudinal	Indicadores para avaliação do vínculo	Indicadores valor %	Idosos acompanhados (n)		
			Vínculo		Total
			Sim	Não	
Avaliação integral	% de idosos com avaliação médica, de enfermagem e avaliação social	75,6	286	92	378
Registro da medicação utilizada	% de idosos com registro da medicação	93,6	354	24	378
Regularidade do cuidado	% de idosos com 1 ou mais CM e 1 ou mais CE ou atendimento social a cada 6 meses	67,3	169	82	251
Vínculo longitudinal		39,9	151	227	378

Analisou-se a influência da implantação do Programa sobre o efeito “vínculo longitudinal com a equipe da APS” (Tabela 17). Observou-se associação significativa entre a implantação e o vínculo ($p < 0,001$). Houve produção de vínculo longitudinal com a equipe da APS em 85,9% dos casos em que todos os componentes do Programa foram implantados, enquanto naqueles em que a implantação não ocorreu, somente 10% dos idosos estabeleceram vínculo (Tabela 17).

Tabela 17 – Vínculo longitudinal com a equipe da UBS segundo implantação do Programa. Programa Gestão de casos. São Paulo, SP, 2018

Implantação	Vínculo longitudinal			p*
	Não n (%)	Sim n (%)	Total n (%)	
não	206 (90.0)	23 (10.0)	229 (100)	<0.001
sim	21 (14.1)	128 (85.9)	149 (100)	

* Qui-quadrado

6 DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

Este estudo realizou análise de implantação do Programa Gestão de Casos em cinco UBS do modelo tradicional localizadas na Microrregião de Cidade Ademar, zona sul do município de São Paulo. No contexto da APS, o Programa ofertou, um serviço adicional, a gestão de caso, no qual um profissional desempenhou a função de gestor.

Gerir o cuidado em saúde equivale a prover ou disponibilizar tecnologias de saúde de acordo com as necessidades de cada pessoa ao longo da vida. A gestão do cuidado realiza-se em seis dimensões: individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária. A dimensão individual é o “cuidar de si”, em que a autonomia e as escolhas individuais estão presentes em graus variados. Na dimensão familiar, a família, os amigos e os vizinhos assumem especial importância, particularmente em algumas fases da vida. A dimensão profissional acontece no encontro profissional-usuário e a dimensão organizacional realiza-se nos serviços de saúde, evidenciando as práticas de saúde, o trabalho em equipe, a coordenação e a organização do processo de trabalho. A dimensão sistêmica é composta pelas redes e linhas de cuidado e tem nos gestores os principais sujeitos, enquanto a dimensão societária é a da produção das políticas sociais, na qual o Estado e a sociedade civil são os principais protagonistas (Cecílio, 2011).

As atividades do Programa Gestão de Casos inserem-se, predominantemente, na dimensão profissional e organizacional da gestão do cuidado porque têm lugar na relação profissional-usuário e nas práticas de saúde. Embora a dimensão profissional seja central na gestão de caso, ela não foi escopo deste estudo. Foi o campo das práticas nos serviços de saúde, do trabalho em equipe multiprofissional que este estudo focalizou.

6.1 PERFIL E CLASSIFICAÇÃO CLÍNICO-FUNCIONAL DOS IDOSOS ACOMPANHADOS PELO PROGRAMA GESTÃO DE CASOS

Para a discussão do perfil da clientela assistida e das atividades desenvolvidas no Programa foi realizada revisão de literatura de estudos de gestão de caso.

Partiu-se da revisão sistemática de Hickam et al. (2013), preparada pela *Agency for Healthcare Research and Quality* sobre a efetividade de intervenções de gestão

de caso. Esta revisão identificou 14 estudos de gestão de caso dirigidos a idosos frágeis residentes na comunidade sendo quatro classificados como bons. Três estavam disponíveis eletronicamente e foram selecionados para comparação: os estudos de Boult et al. (2011), Rubenstein et al. (2007) e Bernabei et al. (1998). Para dar prosseguimento à revisão, foi realizada busca na base de dados PubMed de artigos publicados a partir de 2013 e que aplicaram os mesmos critérios adotados por Hickam et al. (2013) para classificar como gestão de caso as intervenções voltadas a idosos frágeis residentes na comunidade. Desta forma, foi identificado e selecionado o estudo de Sandberg et al. (2015).

Boult et al. (2011) estudaram o impacto sobre a utilização de serviços de saúde de um programa multidisciplinar denominado *Guided Care* que utilizou a tecnologia de gestão de caso. O estudo envolveu 850 idosos (446 acompanhados pelo Programa *Guided Care* 404 pertencentes ao grupo controle, que receberam cuidado usual). Todos os idosos apresentavam múltiplas doenças crônicas e foram selecionados entre aqueles com alto risco de grande utilização dos serviços de saúde em Baltimore, EUA. O acompanhamento durou 20 meses.

Rubenstein et al. (2007) averiguaram se um modelo de avaliação geriátrica que incluía plano de cuidados, encaminhamento para o serviço responsável pelo seguimento e monitoramento telefônico, conduzido por um gestor de caso no nível primário de atenção, melhorava o reconhecimento de condições geriátricas e resultados de saúde medidos pela funcionalidade e pelo número de hospitalizações. O estudo envolveu 792 idosos (380 idosos no grupo intervenção e 412 no grupo controle), classificados como de alto risco em um *screening* para condições geriátricas e acompanhados por três anos no centro de cuidados ambulatoriais do Departamento de *Veterans Affairs* (VA), Los Angeles, EUA.

Bernabei et al. (1998) analisaram o impacto de um programa coordenado por um gestor de caso que ofertou cuidados médicos e sociais integrados para idosos frágeis residentes na comunidade. Foram avaliados: admissão em instituição (hospital e casa de repouso), uso e custos dos serviços de saúde e variação da funcionalidade. Duzentos idosos (99 idosos no grupo intervenção e 101 no grupo controle) que recebiam serviços de saúde no domicílio ou usuários de programas de assistência domiciliária foram acompanhados por um ano em Rovereto, Itália.

Sandberg et al. (2015) avaliaram o impacto de um programa de gestão de caso sobre a utilização de serviços de saúde. Durante 12 meses acompanharam 153 idosos frágeis (80 idosos no grupo intervenção e 73 no grupo controle) residentes em Eslöv Suécia, e que apresentavam dificuldade para duas ou mais AVD e duas internações ou quatro consultas médicas no ano anterior à entrevista.

As características da população desses estudos foram reunidas no quadro 5, a seguir:

Quadro 5 – Perfil de idosos em estudos de Programas de Gestão de Casos

Estudos	Desenho do estudo	Idade	Mulheres	Vivendo sós	Dependência para ABVD	Dependência para AIVD	Utilização da consulta médica (CM) antes da intervenção		Nº de diagnósticos	Nº de medicamentos
							na APS	especializada		
Boult et al., 2011	RCT	77,1 (66-106)	54,30%	32,3%	22,4%	31,6%	9,89 CM/ano	9,09/ano CM ano	4,3 (1-11)	
Rubenstein et al., 2007	RCT	74,6 (5,9)	3,70%		36,8%	39,2%			2,5(1,9)	4,8 (3,0)
Bernabei et al., 1998	RCT	80,7(7,1)	70,71%	50,5%	2,0 (2,1)*	3,8 (2,2)**			4,7 (2,1)	4,5 (2,2)
Sandberg et al., 2015	RCT	81,4 (5,9)	65%		2 (1-3)		5,49 (4,22) CM; 5,30 (3,94) CM‡		3 (2-4)	
Duayer, 2018	estudo de caso	76 (60-100)	66,60%	10,40%	49,5%§	30,9%£	2,46 CM/ano	0,66 CM/ano	2,84 (1,17)	4,40 (2,50)

RCT: estudo randomizado controlado
 * ABVD= score de 0 (independente) a 6 (dependência total)
 ** AIVD= score de 0 (independente) a 7 (dependência total)
 ‡ 6-12m e 0-6m antes da intervenção, respectivamente
 § idosos frágeis com declínio funcional estabelecido
 £ idosos frágeis com declínio funcional iminente

Na presente investigação, a população foi constituída predominantemente por mulheres, tal como nos estudos mencionados, excetuando-se o de Rubenstein et al. A mediana de idade foi 76 anos e média da idade, 75,73 anos, valores próximos aos encontrados nos trabalhos americanos de Boult et al. (mediana de 77,1 anos) e Rubenstein et al. (média de 74,6 anos) e inferiores aos observados nos estudos europeus de Bernabei et al. (média de 80,7 anos) e Sandberg et al. (média de 81,4 anos). O percentual de idosos residindo sós observado no Programa Gestão de Casos (10,4%) foi bastante inferior, principalmente em relação ao estudo de Bernabei et al. (50,5%). Já o número de doenças crônicas (2,84) e de medicamentos de uso contínuo (4,40) aproximou-se do encontrado nos estudos citados. Em todos eles foram acompanhados idosos com dependência para AVD.

6.2 ATIVIDADES, PRODUTOS E DESFECHOS DO ACOMPANHAMENTO

Para a implantação do Programa Gestão de Casos não houve ampliação do número de médicos ou enfermeiros das UBS envolvidas. Houve a contratação do assistente social e intensa reorganização do processo de trabalho, com oferta de cuidados domiciliares, articulação e coordenação da equipe multiprofissional da UBS pelo assistente social, monitoramento ativo da condição clínica do idoso e da adesão ao tratamento, além da criação de banco de dados para registro dos dados de identificação da clientela e das ações programadas e executadas.

Alguns dispositivos ou ferramentas foram fundamentais para viabilizar o trabalho do gestor de caso: as reuniões de equipe, integradas às agendas médicas e de enfermagem, as reuniões regulares com a equipe técnica da OS, o banco de dados e a disponibilidade de linha telefônica, computador e carro para as visitas domiciliares.

Antes da implantação do Programa, os registros nos prontuários eram quase que exclusivamente de consultas médicas. Havia muito poucos registros de consultas de enfermagem, de psicólogos ou outros profissionais de saúde, revelando um processo de trabalho centrado no médico. Este modelo assistencial hegemônico submete a atuação dos demais profissionais de saúde à lógica do trabalho médico, favorecendo a produção de procedimentos e reduzindo o espaço das tecnologias leves na produção do cuidado, tecnologias essas produtoras de acolhimento, responsabilização e vínculo (Merhy, 1998; Merhy, Feuerwerker, 2009).

Atuando como gestores de caso, os assistentes sociais facilitaram e sustentaram o trabalho interdisciplinar e a continuidade do cuidado entre os serviços. As visitas domiciliárias, as reuniões de equipe para elaboração dos planos de cuidados e o monitoramento ativo permitiram ampliar a escuta e a apreensão das condições de vida dos idosos e ofertar um cuidado mais próximo de suas necessidades de saúde. O trabalho interdisciplinar possibilitou o reconhecimento do idoso frágil pela equipe de saúde. O registro em prontuário do trabalho desses profissionais permitiu a classificação clínico-funcional dos idosos acompanhados, ainda que se reconheça a imprecisão dessa classificação, que não se baseou em instrumentos validados de avaliação geriátrica. Na época da implantação deste Programa, a avaliação multidimensional da pessoa idosa não era rotina nas UBS municipais.

As atividades desenvolvidas pelo gestor de caso neste Programa assemelham-se às atividades desenvolvidas pelo gestor de caso nos estudos de Boulton et al. (2011), Rubenstein et al. (2007), Bernabei et al. (1998) e Sandberg et al. (2015) (Quadro 6).

Quadro 6 – Atividades do gestor de caso em estudos de Programas de Gestão de Casos

Estudos	Cenário do cuidado	Profissão do gestor	Atividades do gestor	Monitoramento pelo gestor	Acompanhamento
Boulton et al., 2011	APS	enfermeiro	avaliação geriátrica; plano de cuidado; cuidado transicional; coordenação de todos os provedores de cuidado; educação e suporte para pacientes/famíliares; monitoramento	visita domiciliar mensal	20 meses
Rubenstein et al., 2007	APS	médico	avaliação geriátrica por telefone; referências para serviços; recomendações individualizadas; monitoramento	por telefone a cada 3 meses	3 anos
Bernabei et al., 1998	APS		avaliação geriátrica; coordenação do cuidado; planejamento do cuidado em conjunto com unidade de geriatria; monitoramento	visita domiciliar a cada 2 meses	12 meses
Sandberg et al., 2015	APS	enfermeiro e fisioterapeuta	avaliação geriátrica; plano de cuidado; coordenação do cuidado; orientações e monitoramento	visita domiciliar mensal	12 meses
Duayer, 2018	APS	assistente social	assistenciais, de apoio logístico, de integração e coordenação	atendimento, visita e por telefone*	não foi pré definido

*a periodicidade do monitoramento não foi definida previamente

No presente estudo, além de atuar como gestor de caso, o assistente social também realizou atendimento clínico. Na implantação do Programa não foram definidos, previamente, a periodicidade para o monitoramento do idoso e o tempo de permanência no Programa. Estes deveriam ser decididos pela equipe, de acordo com as necessidades dos idosos assistidos.

As atividades assistenciais, de apoio logístico, de integração e coordenação desenvolvidas pelos gestores de caso neste Programa podem ser discutidas à luz dos resultados do estudo qualitativo de Sandberg et al. (2014). Neste estudo, os gestores disseram atuar como “solucionadores” ou “apoiadores” (*coachingguards*) para a solução de problemas dos idosos relacionados à condição de saúde ou a questões de vida diária, e como “navegadores” quando auxiliavam no contato com outros serviços de saúde, ajudando a transpor barreiras burocráticas. Na função de gestores, experimentaram possibilidades decorrentes do estabelecimento de uma relação de confiança estável, mas também enfrentaram barreiras e insucessos nas iniciativas de ajuda. Para os idosos, a intervenção foi vista como um recurso adicional e a interação com o gestor como uma ajuda. O estudo de Sandberg et al. (2014) concluiu que a confiança e a segurança do idoso, assim como a continuidade do cuidado, são elementos importantes e pré-requisitos para a atuação do gestor que, por sua vez, necessita de apoio profissional contínuo.

A presente investigação não permitiu identificar as vivências dos idosos no decorrer da intervenção. Um estudo qualitativo possivelmente traria informações relevantes neste sentido.

No presente estudo, a quase totalidade dos idosos recebeu atendimento médico (86,8%), de enfermagem (96,4) e social (100%) e a grande maioria avaliação passou por avaliação médica (84,8%), de enfermagem (83%) e social (93,9%). O atendimento multiprofissional e o caráter abrangente das ações registradas em prontuário, que incluíram consultas, orientações, avaliação social, apoio logístico, articulação com serviços de saúde, recursos sociais e suporte para formação de rede de apoio, expressam aumento de resolutividade da APS na atenção a esse grupo prioritário e o fortalecimento do atributo integralidade, no campo do cuidado individual. A consolidação do atributo integralidade indica fortalecimento da APS (Almeida, 2010).

A integralidade é uma diretriz operacional da política de saúde que se expressa nos processos de produção dos serviços de saúde (Conill, 2004). Giovanella et al.

(2002) construiu um conceito de integralidade composto por quatro dimensões: primazia das ações de promoção e prevenção, garantia de atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica, articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação e abordagem integral do indivíduo e famílias. Cada uma dessas dimensões relaciona-se a um campo de intervenção: a primeira ao campo político, a segunda à organização do sistema de atenção, a terceira à gestão do sistema e a quarta, ao cuidado individual

No espaço concreto e singular de cada serviço de saúde, a integralidade da atenção ou “integralidade focalizada” pode ser definida como o esforço da equipe de traduzir e atender as necessidades de saúde dos usuários e é fruto dos vários saberes desta equipe multiprofissional. Já a “integralidade ampliada” resulta da articulação em rede dos vários serviços de saúde e da articulação intersetorial (Cecílio, 2001).

No Programa estudado, os principais desfechos do acompanhamento foram melhora ou óbito, totalizando 54% dos desligamentos. O desfecho óbito é compreensível em se tratando de idosos frágeis, mas cabe discutir o desfecho melhora. Com a vinculação ao Programa, é esperado maior envolvimento da família, desenvolvimento de suas habilidades para o cuidado, bem como a produção de vínculo com a equipe de saúde. No entanto, as doenças crônicas são incuráveis e progressivas e mesmo cuidados coordenados e de qualidade podem não evitar exacerbações agudas. Assim, cabe a questão: idosos frágeis devem receber alta de um programa de gestão de caso no contexto da APS?

Segundo Hickam et al. (2013), ainda não está claro quanto tempo o indivíduo deve permanecer em um programa de gestão de caso. É possível que um estudo com o objetivo de analisar a evolução clínica e a utilização dos serviços pelos idosos desligados do Programa Gestão de Casos por melhora clínica pudesse subsidiar decisões em relação ao tempo de acompanhamento no Programa.

6.3 ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA GESTÃO DE CASOS

O Programa Gestão de Casos foi considerado implantado quando houve a implantação dos cinco componentes: avaliação integral, desempenho do gestor da função de coordenador do cuidado, monitoramento do idoso pelo gestor de caso,

tempo de acompanhamento no Programa de seis meses ou mais e clientela constituída por idosos frágeis.

O grau de implantação do Programa Gestão de Casos foi 39,4%, considerado crítico. Os componentes “clientela constituída por idosos frágeis” e “desempenho do gestor da função de coordenador do cuidado” tiveram padrão de implantação satisfatório, de 94,7% e 86,2%, respectivamente. Por outro lado, os componentes “avaliação integral”, “função de monitoramento do gestor” e “tempo de acompanhamento $\geq$ a seis meses” apresentaram padrões de implantação insatisfatórios (75,6%, 74,1 e 66,4%, respectivamente) e merecem destaque, visando identificar possibilidades de melhoria no Programa.

É possível que o padrão de implantação do componente avaliação integral (75,6%) tenha sido menor que o da função de coordenador do gestor (86,2%) pela falta de registro nos prontuários dos diagnósticos de enfermagem e social, embora tais diagnósticos tenham sido realizados, uma vez que os atendimentos desses profissionais ocorreram e foram registrados.

O padrão de implantação do componente tempo de acompanhamento maior ou igual a seis meses (66,4%) pode ter sido determinado pela gravidade da condição de saúde do idoso. A média de permanência dos idosos frágeis de alta complexidade clínica foi de 2,09 meses e em 90,7% dos casos a alta do Programa ocorreu por óbito ou transferência para o serviço de AD.

Observou-se associação significativa entre UBS e a implantação do Programa e, apenas a função de monitoramento do gestor apresentou variação significativa entre as UBS. Este componente depende de posicionamentos profissionais, é influenciado por habilidades de comunicação, pela experiência dos profissionais e, sobretudo, por sua disponibilidade para o estabelecimento de vínculo, fatores que podem ter contribuído para a variação deste componente entre as UBS. Hickam et al. (2013) observaram que a relação entre gestor e paciente provavelmente é o ingrediente chave para o sucesso da intervenção de gestão de caso.

Também é possível que fatores locais, como o tamanho da área de abrangência da UBS e a pressão da demanda espontânea tenham dificultado o trabalho do gestor. Os padrões de implantação mais baixos foram observados nas UBS Parque Dorotéia e Jardim Miriam, unidades com áreas de abrangência bastante extensas e populosas, tanto é que em outubro de 2013 foi inaugurada a UBS Miriam II, em território que antes

era de responsabilidade da UBS Miriam I, e, em maio de 2014, a UBS Pantanal, na área antes pertencente à UBS Parque Dorotéia.

Boult et al. (2011) também constataram a influência do local de implantação do programa nos resultados produzidos. Apesar de não conseguirem explicar o fato, levantaram a hipótese da influência da cultura e das práticas institucionais.

Nesta investigação, ocorreu associação significativa entre grau de funcionalidade do idoso e a implantação do Programa ($p < 0,001$). Entre os idosos frágeis com declínio funcional iminente o grau de implantação do Programa foi de 55,2%, enquanto entre os idosos frágeis com declínio funcional estabelecido, reduziu-se a 39,1%. Com exceção da função de coordenação do gestor, todos os demais componentes do Programa apresentaram padrão de implantação mais alto entre os idosos frágeis com declínio funcional iminente do que entre os frágeis com declínio funcional estabelecido.

O baixo padrão de implantação do Programa (3,2%) entre os idosos frágeis de alta complexidade clínica é compreensível. Embora sejam identificados e possam receber os primeiros atendimentos na APS, esses idosos devem ser referenciados para os serviços de AD. Conforme Portaria GM/MS N° 963 de 27 de maio de 2013, a responsabilidade pelo cuidado dos idosos com maior complexidade clínica, dificuldade ou impossibilidade de locomoção e que necessitam cuidados de maior frequência deve ser da Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e da Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP), gerenciadas e operacionalizadas por Serviços de Atenção Domiciliar (Brasil, 2013).

O estudo não permitiu identificar os motivos que explicam a menor implantação do Programa entre os idosos frágeis com declínio funcional estabelecido. Pode ter colaborado para esse resultado a maior dependência desses idosos de seus familiares para utilização dos serviços de saúde e a dificuldade enfrentada pela equipe para o acompanhamento, porque dependia da presença dos familiares ou cuidadores desses idosos para a realização do atendimento no domicílio e até para o monitoramento telefônico.

No Brasil, o cuidado dos idosos dependentes ainda é atribuído às famílias. No entanto, mudanças no papel social da mulher, na constituição da família e nos arranjos familiares diminuem as possibilidades de cuidado continuado. Impõe-se assim a necessidade desse cuidado deixar de ser domínio exclusivo da esfera familiar e ser

dividido com o Estado e a sociedade. Cuidados de longa duração devem ser vistos como um novo risco social a ser coberto pelo Estado. Muito se avançou no Brasil no que diz respeito à garantia de renda mínima para a população idosa, “desfamiliarizando” a responsabilidade pelo seu sustento. Entretanto, o cuidado dos idosos frágeis, especialmente os mais vulneráveis, ainda é uma questão não equacionada (Camarano, Mello, 2010).

Nesta investigação, casos de vulnerabilidade sócio-familiar foram registrados em quase 20% dos prontuários, indicando situações-limite que deixam poucas alternativas para a equipe de saúde viabilizar o cuidado.

Lima-Costa et al. (2017) identificaram que 5,7% dos idosos brasileiros que declaravam necessitar de ajuda para realizar AVD não recebiam nenhuma ajuda, tendo recomendado a adoção de políticas para garantir o cuidado domiciliários aos idosos com limitações funcionais.

No município de São Paulo, em 2000, Duarte et al. (2010) verificaram que 19,2% dos idosos apresentava dificuldade no desempenho de uma ou mais ABVD. Desses, 60,6% referiu não ter qualquer ajuda, proporção essa que variava conforme o arranjo no domicílio, sendo que maior parte dos idosos vivia em arranjos familiares pouco continentais (idosos sozinhos, casais formados apenas por idosos e idosos e netos corresidentes).

Segundo a literatura, os idosos frágeis são elegíveis para intervenções de gestão de caso. Porém, no âmbito do SUS, os idosos frágeis de alta complexidade clínica necessitam cuidados de maior complexidade e frequência, devendo ser referenciados para serviços de AD, embora sua identificação no território seja responsabilidade da equipe das UBS (Brasil, 2013). Se, neste estudo, para avaliação da implantação do Programa Gestão de Casos, fossem excluídos os idosos frágeis de alta complexidade clínica e aqueles que evoluíram para óbito em menos de 6 meses, o grau de implantação do Programa seria 50,2%, ao invés de 39,4% e a função de monitoramento do gestor seria o único componente com padrão de implantação insatisfatório. Isto remete à importância de identificar qual o tipo de clientela que mais se beneficiará deste tipo de intervenção. Em conformidade com a literatura e nos achados deste estudo, é possível afirmar que são elegíveis para um programa de gestão de casos na APS os idosos frágeis com declínio funcional iminente e os frágeis com declínio funcional estabelecido.

A implantação do Programa Gestão de Casos mostrou-se associada à UBS e ao grau de fragilidade do idoso. Desse modo, melhorias em sua implantação exigem um olhar voltado para essa complexidade.

Em 2009, o *Belgian National Institute of Healthcare and Disability Insurance (NIHDI)* lançou um chamamento nacional para produção de formas inovadoras de cuidado para idosos frágeis com o objetivo de adiar a institucionalização. Os projetos selecionados, receberam financiamento por quatro anos (2010 a 2014). A efetividade desses programas em adiar a institucionalização, manter ou melhorar o *status* funcional e a qualidade de vida e seu o custo social foram avaliados por um consórcio de universidades. Dentre os 67 projetos aprovados pelo NIHDI, 22 programas eram de gestão de casos. O estudo construiu uma metodologia que permitiu identificar os componentes mais relevantes para explicar o sucesso desses programas e identificar diferentes tipologias de programas de gestão de caso (Van Durme et al., 2015).

Os principais componentes que interagiram na produção dos resultados foram:

- habilidade dos gestores de caso: experiência em cuidados geriátricos e conhecimento dos recursos locais;
- baixo *turnover* dos gestores: o vínculo com os gestores foi fundamental porque atuavam como pessoa de referência para os idosos;
- adequação dos critérios de inclusão;
- acordos formais entre os serviços e os centros de especialidade locais;
- financiamento do programa, inclusive com incentivo financeiro para envolvimento do médico clínico da APS, que acompanha longitudinalmente o idoso;
- *feedbacks* regulares para o clínico que acompanhava os idosos sobre a avaliação global e em relação ao monitoramento de sua condição;
- monitoramento do plano de cuidado;
- uso de protocolos baseados em evidências;
- presença de discussões clínicas entre os pares.
- discussões multiprofissionais e supervisões planejadas, que foram consideradas relevantes para ampliação do conhecimento dos gestores e
- uso de registros informatizados.

Os autores identificaram três tipologias de gestão de caso que variaram entre um tipo mais “socialmente orientado” para um mais “clinicamente orientado”. O primeiro tipo foi caracterizado por não oferecer nenhum *feedback* ao clínico que acompanhava o idoso, além de apresentar rotatividade dos gestores e baixa adequação dos critérios de inclusão. Tais programas utilizavam protocolos multidisciplinares baseado em evidências e, na maioria dos casos, os gestores eram terapeutas ocupacionais ou psicólogos. Essa tipologia de gestão de casos foi considerada uma estratégia social.

No segundo tipo, o *feedback* ao clínico ainda era baixo e o plano de cuidados, pouco monitorado. Em contrapartida, os critérios de inclusão e o treinamento dos gestores eram adequados, as habilidades dos gestores eram sustentadas pela supervisão e discussão entre pares e a provisão do cuidado, facilitada pela utilização de *softwares*. Os gestores de caso foram assistentes sociais, psicólogo ou terapeuta ocupacional. Esse tipo de gestão de caso tem como foco a integração do cuidado no nível social e os recursos humanos altamente qualificados e a supervisão são estratégias adotadas para integração do cuidado.

O terceiro tipo de gestão de casos apresentava foco clínico e o suporte aos gestores foi facilitado por fatores externos, acordos entre agências de cuidado e por fatores internos, discussão entre pares, supervisão e utilização de software. O monitoramento frequente do plano de cuidado e a proximidade com o clínico que acompanhava o idoso foram elementos chave para o sucesso da intervenção porque permitiu ao gestor identificar situações de instabilidade clínica do beneficiário e propor intervenções para prevenir exacerbações agudas ou, pelo menos, diminuir seus efeitos.

O *feedback* fornecido ao clínico e os resultados da intervenção foram os componentes mais discriminantes dessas tipologias. Os resultados, medidos em adiamento da institucionalização, manutenção da funcionalidade e qualidade de vida e custo social foram melhores para a tipologia de gestão de caso “clinicamente orientada”. Tais resultados evidenciam que o sucesso de intervenções complexas como a gestão de caso depende de vários fatores, ligados tanto à organização dos serviços, quanto ao perfil da clientela atendida (Van Durme et al., 2015).

6.4 EFEITOS DO PROGRAMA GESTÃO DE CASOS

6.4.1 Acesso e utilização dos serviços

Observou-se que 34,5% dos idosos não tiveram acesso à APS ou ao serviço de AD no ano anterior à inclusão no Programa. Entre os que tiveram acesso à APS, no ano anterior à admissão no Programa, a média de consultas médicas na UBS foi 2,46; a média de consultas de enfermagem, de atendimentos por outros profissionais de nível superior e de visitas domiciliares foi inferior a 0,1 atendimento ao ano e a média de consultas especializadas, 0,66, também foi inferior a um atendimento anual.

A dificuldade de acesso à APS confirmou o diagnóstico da equipe técnica da OS Santa Catarina, que motivou a implantação deste Programa.

O conceito de acesso é complexo, multidimensional e varia entre os autores. No domínio restrito, é conceituado como a entrada inicial nos serviços de saúde (Travassos, Martins, 2004), ou como o “grau de facilidade ou dificuldade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde” (Travassos, Castro, 2008, p. 228). Já o conceito ampliado incorpora duas dimensões, o “*acesso potencial*” relacionado à presença, nas pessoas e na comunidade, de fatores capacitantes do uso dos serviços, enquanto o “*acesso realizado*” incorpora a utilização do serviço de saúde. O *acesso potencial* é equivalente ao conceito de acesso no âmbito restrito. Outros autores incluem na definição de acesso, o uso do serviço no momento e no local adequados e propõem, como medidas de avaliação, os indicadores de cobertura ou as taxas de utilização de serviços (Travassos, Martins, 2004).

Segundo o modelo comportamental de Andersen e Newman, o uso dos serviços de saúde é influenciado por fatores contextuais externos e características da organização dos serviços, que são intermediados por fatores individuais. Estes se dividem em fatores predisponentes, que existem antes do surgimento do problema de saúde (idade, sexo, fatores culturais que afetam a percepção de procurar o serviço), fatores capacitantes individuais (renda, meio de transporte, informação) e comunitários (equipamentos, profissionais de saúde), além da necessidade de saúde (problema de saúde percebido ou diagnosticado). As desigualdades no acesso são determinadas por características dos sistemas de saúde (Travassos, Castro, 2008).

No Brasil, existem marcadas iniquidades no acesso e utilização dos serviços de saúde e pessoas com maior necessidade, que pertencem aos grupos de menor renda,

têm menor probabilidade de utilizar serviços (Travassos, Castro, 2008; Stopa et al., 2017).

É possível discutir os achados deste estudo à luz de outras pesquisas que analisaram o acesso e a utilização de serviços. Mas, ao fazer comparações, é necessário considerar que tais pesquisas são de base populacional e que a população deste estudo foi constituída predominantemente por idosos longevos, de baixa escolaridade, residentes da periferia de São Paulo, dependentes de serviços próprios do SUS, usuários de UBS do modelo tradicional localizadas na mesma microrregião, enfim, com condições sociais razoavelmente homogêneas. Ademais, 57% desses idosos apresentava dificuldade para ABVD.

Silva et al. (2017) analisaram o uso de serviços de saúde e a qualidade da atenção médica recebida por idosos brasileiros com e sem limitação funcional. Verificaram que os idosos com limitação funcional utilizam mais os serviços de saúde (maior número de consultas médicas e hospitalizações) que aqueles sem prejuízos da funcionalidade. Em seu estudo, entre os idosos com limitação funcional usuários do sistema público, apenas 12,6% não realizou nenhuma consulta nos 12 meses anteriores à entrevista e 63,4%, três ou mais consultas médicas.

Louvison et al. (2008) observaram que 83,3% dos idosos no município de São Paulo teve acesso a consulta médica nos 12 meses anteriores à entrevista e, entre os que utilizaram os serviços de saúde nos quatro meses anteriores à entrevista, a média de utilização foi de 2,5 consultas no período. Nesse estudo, 77,9% dos idosos tinha até 75 anos e 18,6% referiu três ou mais doenças crônicas concomitantes.

Rodrigues et al. (2009) avaliaram a utilização de serviços de saúde entre idosos com idade superior a 65 anos, portadores de doenças crônicas e residentes em áreas de abrangência de UBS em 41 municípios da região Sul e Nordeste. A prevalência de consulta médica nos últimos seis meses foi de 45% e 46%, nas regiões Sul e Nordeste, respectivamente. Em ambas, houve maior uso de serviços por idosos com idade inferior a 80 anos, baixa escolaridade e residentes em áreas de abrangência de UBS com ESF. Apenas na região sul os idosos com incapacidade funcional utilizaram mais a consulta médica. O estudo identificou provável dificuldade de acesso à UBS dos idosos com 80 anos e mais, recomendando a adoção de estratégias para garantir aos portadores de incapacidade funcional o acesso à assistência médica na Atenção Básica.

Fialho et al. (2014), em estudo de base populacional que investigou a associação entre a capacidade funcional e a utilização dos serviços entre idosos residentes em Belo Horizonte, encontrou associação entre a dificuldade para realizar AIVD e número de hospitalizações, assim como entre dificuldade para executar ABVD, hospitalizações e consultas domiciliárias. A incapacidade funcional não se mostrou associada às consultas médicas. Nos 12 meses anteriores à entrevista, 92,4% dos idosos haviam tido pelo menos uma consulta médica, com média de 4,9.

Nesta investigação, após a implantação do Programa Gestão de Casos, observou-se ampliação do acesso à APS, 100% dos idosos assistidos tiveram acesso à APS.

A implantação do Programa também se mostrou associada à utilização de consulta médica na APS, consulta médica ambulatorial, consulta de enfermagem e atendimento por outros profissionais de nível superior na APS. Nos casos em que ocorreu a implantação do Programa, os idosos realizaram, no primeiro ano de acompanhamento, mais consultas médicas na APS (3,85 x 3,03), mais consultas médicas ambulatoriais (5,25 x 4,28) e mais consultas de enfermagem e atendimentos por outros profissionais de nível superior na APS (8,51x 6,26).

6.4.2 Integração entre os serviços HGP, AD e UBS

Apesar das estratégias da SMS para coordenação do cuidado na rede municipal, por ocasião da implantação do Programa na Microrregião Cidade Ademar, o idoso com condições crônicas complexas corria o risco de se perder nas transições de local de atendimento, ou seja, entre a internação hospitalar e o seguimento na UBS ou no serviço de AD. O mesmo problema repetia-se nos encaminhamentos da UBS para o serviço de AD ou na alta deste serviço para a UBS, causando descontinuidade da assistência.

No período estudado, 29,1% dos idosos sofreu transferências do local de atendimento (considerando os serviços HGP, UBS e AD). Ainda assim, independentemente do grau de implantação do Programa, o tempo entre os atendimentos nos serviços foi inferior a 90 dias.

É provável que três dispositivos tenham contribuído para potencializar a integração HGP, UBS, AD, em relação aos idosos acompanhados pelo Programa: a

notificação das altas da enfermaria de Clínica Médica e do Pronto Socorro do HGP para as UBS e para o serviço de AD pela equipe central de gestão; as reuniões regulares entre a equipe central e os gestores das UBS e a atuação do gestor de caso que se responsabilizou pelo percurso terapêutico dos idosos nos episódios de adoecimento, como nas altas do HGP ou do AD ou no encaminhamento para os serviços especializados.

Embora tenha melhorado o acesso às especialidades, a comunicação entre a UBS e ambulatorios de especialidades permaneceu um desafio. Foi raro encontrar registros de contra-referência do médico especialista e foram comuns as anotações do gestor nos prontuários ou no banco de dados de contato feito com os ambulatorios para solicitar informações sobre o atendimento médico realizado. Todavia, a atuação do gestor de caso e da equipe central de gestão favoreceu a integração horizontal dos serviços HGP, AD, UBS e inclusive a articulação com outros setores, como o CREAS ou a promotoria pública.

A produção de cuidados continuados é particularmente importante no caso das pessoas com condições crônicas muito complexas, quando os serviços necessários devem ser ofertados de forma complementar e no tempo oportuno (Almeida et al., 2010).

6.4.3 Vínculo longitudinal com a equipe da APS

O vínculo longitudinal com a equipe da APS, resultado da presença simultânea dos três critérios (avaliação integral, registro em prontuário da medicação utilizada e regularidade do cuidado) foi considerado crítico (39,9 %).

O vínculo longitudinal ou longitudinalidade é um atributo da APS, considerado uma característica central e exclusiva da APS (Cunha, Giovanella, 2011). A falta de uso regular da APS pode indicar oferta insuficiente de serviços ou barreiras de acesso, com consequente utilização dos serviços de emergência como “primeiro contato” ou por causas que não são necessariamente agudizações de condições crônicas.

A longitudinalidade está associada a satisfação do paciente com o cuidado ofertado, redução de hospitalizações e visitas a serviços de emergência, além de maior aceitação de cuidados preventivos. Esta associação é mais consistente para pacientes com condições crônicas (Cabana, Jee, 2004).

Cunha e Giovanella (2011) identificaram três elementos imprescindíveis da longitudinalidade, que consideraram como dimensões deste atributo: a existência e o reconhecimento pelo paciente de uma fonte regular de cuidados de atenção primária, o estabelecimento de vínculo terapêutico duradouro entre os pacientes e os profissionais da equipe local e a continuidade informacional.

Neste estudo, para avaliação da primeira dimensão, a existência e o reconhecimento pelo paciente de uma fonte regular de cuidados de atenção primária, utilizou-se o indicador “percentual de idosos que realizaram uma ou mais consultas médicas e uma ou mais consultas de enfermagem ou atendimento social a cada 6 meses”, que expressa a existência de cuidado regular ofertado pela equipe da UBS. A limitação deste indicador é que não demonstra o reconhecimento pelo paciente da APS como fonte regular de cuidados, ou seja, não considera a percepção do usuário. Segundo Haggerty et al. (2003), a continuidade do cuidado implica a experiência de um cuidado conectado e coerente em que paciente e familiares têm a percepção que os diferentes provedores sabem o que acontece antes e concordam com o plano de cuidados.

A segunda dimensão da longitudinalidade, o estabelecimento de vínculo terapêutico duradouro entre pacientes e profissionais da equipe local, pressupõe o estabelecimento de uma relação interpessoal entre o usuário e os profissionais da equipe de saúde que supera o modelo biomédico, centrado na doença. Para avaliação desta dimensão, optou-se pelo indicador “percentual de idosos com registro em prontuário do diagnóstico médico, de enfermagem e social.

A terceira dimensão, a continuidade informacional, implica o registro em prontuário de diagnósticos e condutas relativos aos vários provedores que acompanham o paciente. Aqui também o indicador adotado, “percentual de idosos com informações sobre os medicamentos utilizados registradas em prontuário” tem a limitação de não incorporar as informações dos serviços especializados, sobre os quais o Programa não tinha governabilidade. Observou-se nos prontuários o registro do encaminhamento para consulta especializada; identificou-se a realização dessas consultas pelo registro no banco de dados da gestão de caso e no SIGA mas, na grande maioria dos casos, não havia a contra-referência do especialista anotada no prontuário.

Houve associação significativa entre a implantação do Programa e o vínculo longitudinal com a equipe da APS. Nos casos em que todos os componentes do Programa foram implantados, houve produção de vínculo longitudinal com a equipe da APS em 85,9%, enquanto naqueles em que a implantação não ocorreu, somente em 10% houve produção desse efeito.

Assim, a tecnologia de gestão de casos revelou-se um dispositivo que favorece a longitudinalidade. Cunha (2009) considera que, independente do modelo assistencial adotado na APS, se ESF ou modelo tradicional, o atendimento ao atributo vínculo longitudinal deve ser almejado e avaliado, tanto no âmbito da gestão, quanto na prática profissional.

No âmbito dos cuidados de saúde, a ESF constitui um importante provedor de atendimento aos idosos em seu domicílio e nos serviços de saúde, mas ainda é um desafio implantar mudanças no modelo tecno-assistencial que favoreçam as relações produtoras de acolhimento e vínculo com os usuários.

Santos, Giacomini e Firmo (2014), em estudo realizado em Bambuí-MG, no contexto da ESF, constataram que, na percepção dos idosos, as unidades de saúde com os quais tiveram contato ainda contam com profissionais cuja intervenção tem como foco a doença e os processos agudos e privilegiam as tecnologias duras e procedimentais, ou seja, cuidam da doença e não do doente.

Em síntese, no contexto dos idosos frágeis na APS, a implantação do Programa Gestão de Casos evidenciou maior resolutividade da atenção a este grupo prioritário, associou-se à maior utilização da consulta médica, da consulta de enfermagem e de outros profissionais de nível superior da UBS e à produção de vínculo longitudinal.

Este estudo permitiu conhecer o grau de implantação do Programa Gestão de Casos e de seus componentes e compreender o papel ativo do contexto, representado pela UBS e pelo grau de funcionalidade do idoso, nesta implantação, bem como a influência da implantação na produção dos resultados da intervenção. Com isto é possível propor a implantação deste Programa em outros cenários, conferindo validade externa à pesquisa.

Uma limitação deste estudo é não possibilitar o conhecimento das experiências vivenciadas pelos gestores de caso e idosos durante a intervenção. Segundo Sandberg (2014), estudos qualitativos são importantes na análise de implantação de intervenções complexas porque permitem uma descrição mais abrangente dos

componentes da intervenção e podem facilitar sua replicação. Também permitem investigar as experiências vivenciadas pelos diferentes sujeitos envolvidos, tanto os que recebem quanto os que realizam a intervenção.

7 CONCLUSÃO

7 CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo levaram às seguintes conclusões:

- O Programa Gestão de Casos pode ser considerado uma intervenção complexa porque envolveu diretamente duas instituições (OS Santa Catarina e HGP) serviços de diferentes complexidades (HGP, UBS, serviço de AD), diferentes profissionais (médicos, enfermeiros e assistentes sociais) e dependeu da implantação conjunta de cinco componentes (avaliação integral, desempenho do gestor da função de coordenador do cuidado, monitoramento clínico pelo gestor de caso, tempo de acompanhamento no Programa de seis meses ou mais e clientela constituída por idosos frágeis), o que justifica a realização da análise de implantação;
- Os idosos assistidos pelo Programa Gestão de Casos foram predominantemente mulheres (66,6%), com mediana de idade de 76 anos, viúvas (43,5%), analfabetas (50,5%), que residiam em casa própria (78,5%), convivendo, em média com 3,15 pessoas por moradia, tendo em média, 2,84 doenças crônicas, utilizando em média 4,40 medicamentos de uso contínuo e classificados do ponto de vista clínico-funcional como idosos frágeis
- Os critérios utilizados para avaliação do grau de implantação do Programa, (avaliação integral, função de coordenação do gestor, função de monitoramento do gestor, tempo de acompanhamento $\geq$ a seis meses e idosos com condições crônicas complexas) estão em conformidade com os estudos sobre o tema e podem orientar a implantação de intervenções de gestão de caso em outros locais, na perspectiva do SUS;
- O grau de implantação do Programa foi de 39,4%, considerado crítico;
- Os componentes do Programa implantados de forma satisfatória foram a clientela constituída por idosos frágeis e o desempenho do gestor da função de coordenador do cuidado. Os componentes cuja implantação foi insatisfatória foram a avaliação integral, a função de monitoramento do gestor e o tempo de acompanhamento $\geq$ a seis meses;

- O local de implantação do Programa e o grau de funcionalidade do idoso influenciaram a implantação do Programa. Não foi possível determinar as características do local de implantação que explicam este achado. O maior comprometimento funcional dos idosos dificultou a implantação do Programa;
- A implantação do Programa Gestão de casos mostrou-se associada à ampliação da utilização dos serviços, descrita pelas variáveis consulta médica na APS, consulta médica ambulatorial e pela consulta de enfermagem e atendimento por outros profissionais de nível superior da UBS.
- A implantação do Programa mostrou-se associada à produção de vínculo longitudinal com a equipe da APS.

8 RECOMENDAÇÕES

8 RECOMENDAÇÕES

A análise da implantação do Programa Gestão de Casos permite fazer recomendações com vistas a seu aprimoramento, sem desconsiderar a complexidade dos fatores que influenciam a implantação.

Um olhar cuidadoso deve ser dirigido ao profissional gestor de caso, buscando refletir e propor estratégias que ampliem o monitoramento dos idosos assistidos. Os espaços de discussão clínica multiprofissional na UBS, as reuniões entre gestores e a equipe técnica da OS, a articulação das equipes de gestão com os profissionais da URSI para apoio técnico contribuem para a sustentação do trabalho dos profissionais gestores de caso.

É recomendável qualificar o processo de identificação do idoso frágil por meio da utilização de instrumentos validados para avaliação multidimensional da pessoa idosa. Também é aconselhável estabelecer critérios precisos de inclusão no Programa que, de maneira geral, não deve incluir idosos robustos ou frágeis de alta complexidade clínica.

Outro aspecto importante para o aperfeiçoamento do Programa é a definição do tempo que o idoso nele deve permanecer. A resposta a esta pergunta permanece em aberto. Uma análise da evolução clínica e da utilização dos serviços pelos idosos desligados do Programa pode orientar a equipe em relação ao tempo para desligamento do Programa.

Embora as atividades da equipe central de gestão não possam ser caracterizadas como gestão de caso, é importante mantê-la para identificação do idoso frágil, que pode não ter tido acesso à APS. Ademais, a equipe central promove a continuidade do cuidado entre hospital, UBS e AD, particularmente no território onde não existe cobertura da ESF.

A divulgação dos resultados desta avaliação para os gestores municipais é recomendável porque poderá subsidiar decisões relativas à implantação e expansão do Programa.

Este estudo revelou que a gestão de casos é um dispositivo que tem potência para ofertar um cuidado mais próximo das necessidades de saúde dos idosos frágeis, ampliar a utilização dos serviços da APS e promover o vínculo longitudinal com a

equipe da APS, o que recomenda sua utilização para o cuidado de idosos frágeis no âmbito da APS.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

Almeida PF. Estratégias de coordenação dos cuidados: fortalecimento da atenção primária à saúde e integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2010.

Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad Saude Publica*. 2010;26(2):286-98.

Banco Mundial. Envelhecendo em um Brasil mais velho (Sumário Executivo). Washington: Banco Mundial; 2011. Disponível em: http://siteresources.worldbank.org/BRAZILIANPOREXTN/Resources/3817166-1302102548192/Envelhecendo_Brasil_Sumario_Executivo.pdf.

Bernabei R, Landi F, Gambassi G, Sgadari A, Zuccala G, Mor V et al. Randomized trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in community. *BMJ*. 1998;316(7144):1348-51.

Boult C, Wieland GD. Comprehensive primary care for older patients with multiple chronic conditions: "nobody rushes you through". *JAMA*. 2010;304(17):1936-43.

Boult 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*. 2011;171(5):460-6.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 4279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). In: *Diário Oficial da União*; Brasília; 2010 dez. 31, Seção 1, p.89.

Brasil. Ministério da Saúde. Atenção Domiciliar. Manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

Cabana MD, Jee SH. Does continuity of care improves patient outcomes? *J Fam Pract*. 2004;53(12):974-80.

Camarano AA, Mello JL. Cuidados de longa duração no Brasil: o arcabouço legal e as ações governamentais. In: Camarano AA, organizadora. Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: Ipea; 2010. p. 67-91.

Camargos MCS, Gonzaga MR. Viver mais e melhor? Estimativas de expectativa de vida saudável para a população brasileira. Cad Saude Publica. 2015;31(7):1460-72.

Campolina AG, Adami F, Santos JLF, Lebrão ML. A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. Cad Saude Publica. 2013;29(6):1217-29.

CDC – Centers for Disease Control and Prevention. Introduction to program evaluation for public health programs: a self-study guide. Atlanta, GA: CDC; 2011.

Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO; 2001. p.113-26.

Cecílio LCO. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. Interface (Botucatu). 2011;15(37):589-99.

Champagne F, Contandriopoulos AP, Brouselle A, Hartz Z, Denis JL. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: Brouselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z, organizadores. Avaliação conceitos e métodos. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2011a. p.41-60.

Champagne F, Hartz Z, Brouselle A, Contandriopoulos AP. A Apreciação Normativa. In: Brouselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z, organizadores. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2011b. p.77-94.

Champagne F, Brouselle A, Hartz Z, Contandriopoulos AP, Denis JL. A Análise da Implantação. In: Brouselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z, organizadores. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2011c. p.217-38.

Champagne F, Brouselle A, Hartz Z, Contandriopoulos AP. Modelizar as Intervenções. In: Brouselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z, organizadores. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2011d. p.61-74.

Conill EM. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. Cad Saude Publica. 2004;20(5):1417-23.

Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. A Avaliação na Área da Saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA, organizadora. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1997. p.29-47. Disponível em: SciELO Books <http://books.scielo.org>.

Cunha EM. Vínculo longitudinal na Atenção Primária: avaliando os modelos assistenciais do SUS [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2009.

Cunha EM, Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da atenção primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. Cien Saude Colet. 2011;16(Supl1):1029-42.

Denis JL; Champagne F. Análise de implantação. In: Hartz ZMA, organizadora. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1997.p.49-88. Disponível em: SciELO Books <http://books.scielo.org>.

Duarte YAO, Nunes DP, Corona LP, Lebrão ML. Como estão sendo cuidados os idosos frágeis de São Paulo? A visão mostrada pelo estudo Sabe (Saúde, Bem –Estar e Envelhecimento). In: Camarano AA, organizadora. Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: Ipea; 2010. p.123-44.

Dubois CA, Champagne F, Bilodeau H. Histórico da Avaliação. In: Brouselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z, organizadores. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2011. p.19-39.

Fialho CB, Lima-Costa MF, Giacomini KC, Loyola Filho AI. Capacidade funcional e uso de serviços de saúde por idosos da região metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: um estudo de base populacional. *Cad Saude Publica*. 2014;30(3):599-10.

Giovanella L, Lobato L, Carvalho AL, Connil EM, Cunha EM. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. *Saude Debate*. 2002;26(60):37-61.

Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*. 2003;327(7425):1219-21.

Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". *Cad Saude Publica*. 2004;20(2):s331-s6.

Hickam DH, Weiss JW, Guise J-M, Buckley D, Motu'apuaka M, Graham E et al. Outpatient case management for adults with medical illness and complex care needs. Comparative effectiveness review n. 99. (AHRQ Publication n.13-EHC031-EF). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2013. Disponível em: http://effectivehealthcare.ahrq.gov/ehc/products/240/733/CER99_OutpatientCasemanagement_Finalreport_20130102.pdf.

Lima-Costa MF, Peixoto SV, Malta DC, Szwarcwald CL, Mambrini JVM. Cuidado informal e remunerado aos idosos no Brasil (Pesquisa Nacional de Saúde 2013). *Rev Saude Publica*. 2017;51(Supl 1):6s.

Louvison MCP, Lebrão ML, Duarte YAO, Santos JLF, Malik AM, Almeida ES. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. *Rev Saude Publica*. 2008;42(4):733-40.

Malta DC, França E, Abreu DMX, Perillo RD, Salmen MC, Teixeira RA et al. Mortality due to noncommunicable diseases in Brazil, 1990 to 2015, according to estimates from the Global Burden of Disease study. *São Paulo Med J*. 2017;135(3):213-21.

Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; 2009.

Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.

Merhy EE. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Reis AT, Santos AF, Campos CR, Malta DC, Merhy EE, organizadores. Sistema único de saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã; 1998. p.103-20.

Merhy EE, Feuerwerker LCM. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: Mandarino ACS, Gomberg E, organizadores. Leituras de novas tecnologias e saúde. São Cristóvão: Editora UFS; 2009. p.29-56.

Moraes EN. Atenção à saúde do Idoso: Aspectos conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2012.

Moraes EN. Idosos frágeis e a gestão integral da saúde centrada no idoso e na família [editorial]. Rev Bras Geriatr Geront. 2017;20(3):307-8.

Nemes MIB. Avaliação em Saúde: Questões para os programas de DST/AIDS no Brasil. ABIA; 2001. (Coleção ABIA Fundamentos de Avaliação, v.1).

Netto MP. Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu; 1999.

Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. Rev Saude Publica. 2000;34(5):547-9.

Novaes HMD. Pesquisa em, sobre e para os serviços de saúde: panorama internacional e questões para a pesquisa em saúde no Brasil. Cad Saude Publica. 2004;20(2):S147-S157.

Oliveira GN. Apoio matricial como tecnologia de gestão e articulação em rede. In: Campos GWS, Guerrero AVP, organizadores. Manual de práticas em Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada. São Paulo: Hucitec; 2008. p.273-82. Disponível em: http://andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/sites/default/files/biblioteca_home/manual_das_praticas_de_atencao_basica%5B1%5D.pdf.

OMS – Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília: Organização Mundial de Saúde; 2003.

OPS – Organización Panamericana de la Salud. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su Implementación en las Américas. Washington: OPS; 2008. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_integradas_servicios_salud.pdf.

Organização Social Santa Catarina. Serviço de assistência domiciliar da microrregião Cidade Ademar. Proposta técnica. São Paulo: OS-Santa Catarina; 2008.

Rodrigues MAP, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS et al. Uso de serviços básicos por idosos portadores de condições crônicas, Brasil. Rev Saude Publica. 2009;43(4):604-12.

Rubenstein LZ, Alessi CA, Josephson KR, Hoyl MT, Harker JO, Pietruszka FM. A Randomized trial of a screening, case finding, and referral system for older veterans in primary care. J Am Geriatr Soc. 2007;55(2):166-74.

Sandberg M, Jakobsson U, Midlöv P, Kristensson J. Case management for frail older people: a qualitative study of receivers' and providers' experiences of a complex intervention. BMC Health Serv Res. 2014;14:14.

Sandberg M, Kristensson J, Midlöv P, Jakobsson U. Effects on healthcare utilization of case management for frail older people: A randomized controlled trial (RCT). Arch Gerontol Geriatr. 2015;60(1):71-81.

Santos WJ, Giacomini KC, Firmo JOA. Avaliação da tecnologia das relações de cuidado nos serviços em saúde: percepção dos idosos inseridos na estratégia saúde da família em Bambuí, Brasil. Cienc Saude Coletiva. 2014;19(8):3441-50.

São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde; Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEInfo). Informações socioambientais e geoprocessamento. São Paulo; 2009. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/epidemiologia_e_informacao/informacoes_socioambientais/index.php?p=8452.

São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde; Instituto Via Pública. Atlas da saúde da cidade de São Paulo. São Paulo; 2012. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/atlas_da_saude_da_cidade-de_sao_paulo_2012.pdf.

São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde; Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEInfo). Indicadores para diagnóstico sintético da saúde da cidade de São Paulo/2004-2011. São Paulo; 2013. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/IndicadoresDS.pdf>.

Silva AMM, Mambrini JVM, Peixoto SV, Malta DC, Lima-Costa MF. Uso de serviços de saúde por idosos brasileiros com e sem limitação funcional. Rev Saude Publica. 2017;51(Supl1):5s.

Stopa SR, Malta DC, Monteiro CN, Szwarcwald CL, Goldbaum M, Cesar CLG. Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, pesquisa Nacional de saúde 2013. Rev Saude Publica. 2017;51(Supl1):3s.

Travassos C, Castro MSM. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2008. p. 215-43.

Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad Saude Publica. 2004;20(Supl 2):S190-8.

Van Durme T, Schmitz O, Cès S, Anthieren S, Maggi P, Delye S et al. A comprehensive grid to evaluate case management's expected effectiveness for community-dwelling frail older people: results from a multiple, embedded case study. BMC Geriatr. 2015;15(67). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4472179>.

Veras PV. Gerenciamento de doença crônica: equívoco para o grupo etário dos idosos. Rev Saude Publica. 2012;46(6):929-34.

Veras PV, Caldas CP, Motta LB, Lima KC, Rodrigues RTSV et al. Integração e continuidade do cuidado em modelos de rede de atenção à saúde para idosos frágeis. Rev Saude Publica. 2014;48(2):357-65.

Von Korff M, Gruman J, Schaefer J, Curry SJ, Wagner EH. Collaborative management of chronic illness. *Ann Intern Med.* 1997;127(12):1097-102.

WHO – World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2014. Geneva: WHO; 2014.