

Gerenciamento de Custos em Planos de Assistência à Saúde

Cláudio da Rocha Miranda

diretoria@crmconsultoria.com.br

Projeto ANS/PNUD

Documentos técnicos de apoio ao fórum de saúde suplementar de novembro
de 2003 /Ministério da Saúde

Organizadores: Januário Montone e Antônio Joaquim Werneck de Castro
Publicado em 2004, v.3, t.1, il. Color, (série B. textos Básicos de Saúde – MS)
– (Regulação e Saúde; v.3 p.425)

Gerenciamento de Custos em Planos de Assistência à Saúde

I - Introdução – Sistemas de Saúde no Brasil – Paradoxos e Paradigmas

II- Estado das Artes

II.1 - A Legislação e os Planos de Saúde

II.2 - A Elevação dos Custos e as Dificuldades de Custeio

II.3 - Os “Atores” do Sistema

II.4 - Planos de Saúde x Planos de Doença : Uma falsa questão

II.5 - O Marketing como estratégia de Prevenção

II.6- A crescente importância da Tecnologia da Informação

III- Planejamento da Assistência à Saúde

III.1- Princípios para o Planejamento da Assistência à Saúde

III.2- Medicina Baseada em Evidências

III.3- Estudos Econômicos

IV - Instrumentos para Gerenciamento da Assistência à Saúde

IV.1 Gerenciamento de Caso e da Doença

IV.2 - A Assistência Domiciliar

IV.3 - Atendimento Pré-Hospitalar

IV.4 - Gerenciamento do Benefício Farmácia

IV.5 - Auto Regulação

IV.6 - Outros Instrumentos

IV.6.1 - Guias de Autorização e Centrais de Regulação

IV.6.2 - “Stop-Loss” e/ou “Excess-Loss”

IV.6.3 - Promoção de Saúde e Prevenção de Agravos

V - Conclusão

Agradecimentos

Este documento é o resultado da experiência obtida pelo autor em inúmeros trabalhos de consultoria para algumas operadoras de saúde, em especial para o sistema UNIMED e, mais recentemente, na diretoria da área de benefício-saúde da Fundação CESP, uma operadora de autogestão multipatrociada pelas empresas elétricas do Estado de São Paulo. Além disso, fruto também da experiência acadêmica desenvolvida no MBA de Gerência de Saúde da FGV-Rio no qual o autor é um de seus colaboradores.

Para sua elaboração o autor contou com a estreita colaboração do Dr. Artur Jacques Goldfeder , médico, chefe da divisão técnica da Fundação CESP e também de membros da empresa NET LIFE –Inteligência em Saúde, particularmente do Dr. José Antônio Serra Carneiro, também médico e coordenador de Pesquisa e Desenvolvimento desta empresa. Pela exigüidade de tempo para sua elaboração seria, praticamente impossível fazê-lo. Especialmente para ambos, meu muito obrigado.

Como de praxe, no entanto, as incorreções e omissões no trabalho cometidas, são da inteira responsabilidade do autor.

Cláudio da Rocha Miranda

I – INTRODUÇÃO

SISTEMAS DE SAÚDE NO BRASIL – PARADOXOS E PARADÍGMAS

O Sistema de Saúde no Brasil vive um estado de crise de grandes proporções. Dentro de uma perspectiva histórica, ele está inserido num contexto maior de todo um sistema social, estruturado para os países europeus envolvidos na segunda grande guerra mundial. Na sua essência este sistema social está alicerçado no regime de capitalização. Nele, o indivíduo, trabalhador, contribui ao longo de sua vida laboral para desfrutar de um fundo que lhe assegure a aposentadoria e a assistência à sua saúde. Ocorre que, com o avanço da participação do Estado tanto nos países “desenvolvidos” como nos países “em desenvolvimento” gerando, em consequência, orçamentos deficitários, este sistema passa a ser desmontado. A praga do “déficit público” se instala e assume contornos de principal problema das nações, já a partir da segunda metade do século XX. Dentre as formas de administração e combate a este déficit, cuja continuidade transformou-se em dívida, uma delas é a necessidade de geração de superávits fiscais. A austeridade dos gastos necessários à geração de tais superávits são, extremamente bem vindos. No entanto, ela afeta não somente os países desenvolvidos como, principalmente, os “em desenvolvimento” com grandes disparidades sociais, como é o caso do Brasil. Por consequência, temos a desestruturação das fontes de financiamento de políticas sociais onde dentro delas destaca-se a saúde. Acrescenta-se a isto, em nosso país, o aceleradíssimo processo de envelhecimento da população. Continuamos a ter, problemas com *doenças da pobreza* (típicas de países do terceiro mundo) e passamos a ter que enfrentar cada vez mais, os altos custos decorrentes das *doenças da riqueza* (próprias das nações desenvolvidas).

Na área privada da saúde passamos por uma situação onde todos os atores do sistema suplementar estão em crise. A rede de atendimento, composta por médicos, hospitais, clínicas e laboratórios, reclamam cada vez mais da baixa remuneração. As Operadoras de Saúde vivem uma situação que, com raras e honrosas exceções, é quase falimentar. Passada a fase onde o ganho financeiro, decorrente da inflação, era mais que suficiente para esconder os crescentes custos da assistência à saúde, elas se vêm as voltas com instrumentos de gerenciamento e controle de custos que, não raramente, têm se mostrado insuficientes para resolver sua problemática. Os usuários, por seu turno, estão cada vez mais esforçando-se para que em seu orçamento caibam as despesas com os planos de saúde e, por conseguinte, estão sempre em busca daqueles que oferecem os menores preços.

Se fizermos um paralelo da crise da saúde suplementar com a área pública, certamente, os contornos são de semelhantes para pior. Enquanto os médicos conveniados se queixam dos cerca de R\$ 25,00 a R\$ 30,00 que são remunerados por suas consultas, na área pública, recebem cerca de 10 a 12 vezes menos pelo mesmo serviço prestado.

Falarmos, portanto, de Gerenciamento da Saúde e, principalmente, de ferramentas voltadas para ele com o “paradigma” vigente é cada vez mais, focar apenas um lado do problema. A

questão parece ser muito menos de técnicas de gerenciamento e muito mais de “paradigma”. Mas o que é, exatamente, um “paradigma” ou um outro “paradigma” ?

Conforme os dicionários, paradigma é um modelo ou um padrão. Nosso modelo de assistência à saúde está equivocado. Ele está focado na doença e não na saúde. Segundo a Organização Mundial da Saúde, dentre os diversos fatores que fazem com que um indivíduo passe dos 65 anos apenas 10% estão ligados à assistência médica. O Estilo de Vida são responsáveis pelos outros 53%, o Meio Ambiente por 20% a Herança Genética pelos demais 17%. Nosso sistema de saúde tem foco apenas nos 10% relativos à assistência médica. Onde fica então a saída ?

A resposta à esta questão parece um “ovo de Colombo”. É a prevenção e não a cura. Acontece que isso, todo mundo sabe. Corrobora esta afirmativa, o velho dito popular: “Prevenir é melhor que remediar”. A verdade é que pouco se pratica de prevenção. De modo geral, para os “planos de saúde”, prevenir é custo. De fato, uma operadora de saúde que venha a investir em demasia em prevenção está arriscada a ver seus recursos se perderem considerando o elevado “turn over” de contratos coletivos e particulares existente neste mercado.

A chave para a mudança de paradigma está no chamado “marketing positivo”. O consumidor de planos de saúde há anos é “bombardeado” com um marketing focado na doença. É a rede abundante de médicos, de clínicas e de hospitais, todos dotados com equipamentos de alta tecnologia . Claro é que ao comprar um plano de saúde ele irá à busca disto porque é, exatamente, isto que ele foi induzido a consumir pela propaganda. Em qualquer segmento econômico sabemos que o consumidor é muito mais dependente da oferta do que indutor desta. São as empresas de modo geral que determinam o que o consumidor deve comprar e não o contrário. Está na hora, portanto, do consumidor passar a ser “induzido” a contratar planos de saúde e não planos de doença, como até agora fazem. É simples, mas com certeza este é o caminho para o verdadeiro gerenciamento da saúde.

Nas próximas páginas ilustraremos, algumas a técnicas de gerenciamento da assistência à saúde, sem perder de vista as três pontas do sistema: a rede de atendimento, as operadoras e os usuários, bem como a atual legislação que traça os contornos das inter-relações entre estes agentes.

II – Estado das Artes

II.1 - A Legislação e os Planos de Saúde

Após cerca de 10 anos da promulgação da Constituição, foi aprovada, em 3 de junho de 1998, a Lei 9.656, estabelecendo os princípios e diretrizes para operação dos planos de saúde no Brasil, que foi alterada por 44 medidas provisórias, sendo a última de número 2.177, datada de 24 de agosto de 2001.

De início, foi atribuída à SUSEP – Superintendência de Seguros Privados e ao CONSU – Conselho Nacional de Saúde Suplementar a responsabilidade de regulamentar a aplicação dos dispositivos aprovados, o que foi efetivado por meio de uma série de resoluções que estabeleceram as primeiras normas e critérios para operação no setor, bem como definiram alguns instrumentos para permitir a aplicabilidade da legislação.

No ano 2000, foi aprovada a Lei 9.961, criando a ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, que passou então a assumir a regulação do setor. A partir de então, por meio de diversas Resoluções da Diretoria Colegiada-“RDCs”, Resoluções Normativas-“RNs”, Resoluções Operacionais-“ROs”, a agência vem normatizando e fiscalizando as operações no setor, tanto no que se refere à constituição das empresas operadoras quanto aos direitos e obrigações dos beneficiários dos planos de saúde e, também, a atuação de empresas empregadoras, quando a operação se dá na modalidade de autogestão.

Ainda que não se observe uma dedicação maior em relação aos prestadores de serviço, vários dos itens legais direcionam o modelo assistencial, tratando da cobertura, de carências e regulação de acesso aos serviços, entre outros.

Os relatórios de gestão da ANS mostram balanços positivos em relação ao impacto da legislação no setor, destacando a evolução de uma atuação livre das operadoras no mercado para uma atuação controlada com obrigatoriedade de obtenção de autorização para funcionamento, concedida após demonstração de sua viabilidade econômico-financeira. Cita-se também como positiva a instituição de regime equivalente ao das instituições financeiras para as operadoras, a possibilidade de intervenções, a liquidação extra-judicial e a determinação de um compromisso bem definido dos elementos da esfera de direção das empresas.

No tocante ao acesso, o relatório mostra que foram introduzidas normas que impedem a seleção de risco e outras que estabelecem as condições para entrada e saída dos beneficiários do plano. Da mesma forma, em relação à assistência, a avaliação é considerada positiva, tendo como principais pontos de avanço a evolução da cobertura sob

a ótica da assistência integral à saúde, a restrição nos limites de número e tipos de procedimentos e a ampliação da abrangência das doenças para todas as que integram a Classificação Internacional das Doenças – da OMS.

De fato, a análise destes tópicos aponta para um importante avanço na organização do setor com maior transparência na relação entre beneficiários, prestadores do serviços e operadoras.

II.2 - A Elevação dos Custos e as Dificuldades de Custeio

O sistema de saúde público brasileiro não é universal, atende pouco mais de 60% dos 170 milhões de brasileiros. Indo além, no final da década de oitenta constatou-se um esgotamento da capacidade do governo em gerir a saúde pública, principalmente no que concerne ao sistema único de saúde (SUS), e a total liberdade dos operadores do sistema de saúde complementar (SSC), resultando em diversos conflitos. Nesse sentido, a década de 1990 testemunhou o desenrolar de uma tentativa para melhorar o desempenho do sistema saúde e regular de maneira adequada às atividades das operadoras que atuavam no sistema de saúde complementar.

Havia uma expectativa de crescimento inicial da população atendida pelo sistema de saúde complementar (SSC), principalmente às custas de uma expectativa de migração de usuários do sistema único de saúde (SUS) para o SSC. Entretanto, dados recentes da ANS revelam que a população assistida pelo SSC encolheu significativamente de 40 milhões de usuários em 1996 para cerca de 33 milhões em 2003. Conseqüentemente, não ocorreu a redução do número de usuários iniciais e a desoneração do SUS para atender “novas populações”, pelo contrário.

O rigor burocrático imposto pela ANS e a retração significativa do mercado resultaram no encerramento das atividades de diversas empresas, nacionais e transnacionais, trazendo a baila a necessidade de um gerenciamento mais austero dos recursos disponíveis. Nesse corolário de dificuldades, a sustentação do sistema passa a ser questionada e a necessidade de ferramentas de gestão mais eficazes torna-se a tônica das demandas da alta gerência. Em verdade, na impossibilidade de crescimento sustentável da população de usuários, as empresas passaram a exercer atitudes compatíveis com canibalismo de mercado, cujas conseqüências desastrosas podem ser discutidas no escopo teórico da gestão estratégica.

A perspectiva de evolução do modelo vigente é preocupante, na medida em que o envelhecimento populacional, a incorporação de novas tecnologias na execução dos procedimentos e a constatação de um aumento na utilização dos serviços determinam um aumento no custo real assistencial dos planos, conhecido como “inflação médica”.

Além disso, outro complicador do gerenciamento de custos, sobretudo num regime onde as receitas são fixas e pré-determinadas, é a “variabilidade” dos gastos com assistência médica. A tendência de elevação dos custos combinada com a sua oscilação em torno de uma média (oscilação do risco) e os chamados “eventos catastróficos” isto é, aqueles que por serem imprevisíveis e por terem custos extremamente elevados distorcem toda e

qualquer previsão atuarial, fazem do Gerenciamento dos Gastos da Assistência à Saúde uma tarefa cada vez mais complexa, porém cada vez mais necessária.

Neste cenário, a implementação de estratégias para adequada gestão dos recursos nos sistemas de saúde tem se constituído em desafio. Vários esforços têm sido realizados na busca da racionalização na utilização dos serviços oferecidos pelos planos de saúde. Existem proposições que sugerem mudança no próprio modelo de gestão do sistema, inspirada na prática americana do atendimento gerenciado (“Managed Care”).

Alguns autores, analisando o aumento de custo com assistência médica nos Estados Unidos da América, apontam para um esgotamento do potencial de redução de custo auferido com as negociações ocorridas com as empresas que atuam no sistema “Managed Care” na década de 90 e, mais ainda, avalia que as ações de restrição administrativa de acesso têm gerado uma indesejável insatisfação dos beneficiários.

Como alternativa, o citado autor analisa vantagens e desvantagens da utilização de estratégias de mercado como as que utilizam incentivos financeiros com o objetivo de influenciar o comportamento do custo. Também sugere a adoção de ações programáticas mudando o enfoque do modelo de prestação dos serviços, como é o caso do gerenciamento da doença e da instrumentalização técnica para melhorar o processo de tomadas de decisão sobre a utilização de procedimentos pelo atores envolvidos no sistema.

Em resumo, o custeio deste sistema, é de complexidade crescente. Nos debates que envolvem este tema, percebe-se a insatisfação de todos os atores, tendo como pano de fundo sempre a multifacetada característica de seus determinantes. Assim sendo, gerenciar custos e manter a competitividade entre os concorrentes de forma a ampliar a atratividade e, por conseguinte, obter mais “clientes” passa a ser o grande diferencial entre as operadoras que atuam neste segmento e o seu foco principal.

II.3 - Os “Atores” do Sistema

O gerenciamento de custos assistência à saúde deve considerar, de forma concomitante, os principais atores que atuam no sistema a partir de suas crenças e interesses: as Operadoras de Saúde, os Contratantes dos Serviços de Saúde (Pessoas Jurídicas), as Pessoas Associadas aos Serviços de Saúde e os Prestadores e Profissionais de Serviços de Saúde

As Operadoras de Saúde:

acreditam que os prestadores de serviços e os profissionais de saúde sobrecarregam de forma desnecessária as despesas do sistema e por isso, criam estratégias para evitar a realização ou o pagamento daquilo que consideram desnecessário;
acreditam que os contratantes dos serviços e as pessoas associadas ao sistema são movidos pela conveniência do uso e por isso, criam formas para evitar a adesão ao sistema apenas em momentos de necessidade;

acreditam participar de um sistema no qual são obrigadas a trabalhar com valores de contribuição cada vez menores e com despesas de serviços cada vez maiores (*inclusive por estarem sujeitos às imposições governamentais*), o que prejudica os seus resultados ao ponto da inviabilidade econômica;

Contratantes dos Serviços de Saúde (Pessoas Jurídicas):

acreditam ser necessário, conforme políticas próprias de benefícios, ou são obrigados, por acordos trabalhistas, a possibilitar o acesso dos seus funcionários (e normalmente dos dependentes diretos desses funcionários) ao sistema de assistência a saúde;
como se trata de um benefício que se converte em despesa para as corporações, os contratantes querem pagar o mínimo possível e, principalmente, não ter nenhum tipo de problema que prejudique a operação do seu próprio negócio;
normalmente os contratantes se importam mais com os custos do que com a qualidade dos serviços, ou fazendo justiça, tentam comprar o máximo de qualidade com os poucos recursos de que dispõem para manter o benefício;

Pessoas Associadas aos Serviços de Saúde:

acreditam que as operadoras de saúde fazem o possível para impedi-las realizar tudo o que precisam e têm direito;
acreditam que os prestadores de serviços e os profissionais de saúde detêm todo o conhecimento necessário para garantir a prevenção, manutenção e recuperação da sua saúde, apesar de desconfiarem da excessiva comercialização do setor;
acreditam estar em um sistema no qual pagam um valor mensal – que quase sempre consideram excessivamente caro e sujeito a reajustes abusivos - para utilizar os serviços de saúde, quando quiserem e bem entenderem, sem consciência do caráter coletivo da sua contribuição (querem “fazer valer” o seu dinheiro);

Prestadores e Profissionais de Serviços de Saúde

acreditam que o valor da remuneração dos seus serviços está muito aquém do que seria justo e que as operadoras de saúde são beneficiadas com essa situação;
acreditam que as operadoras de saúde querem “ganhar sempre” e por isso criam formas de cobrar tudo, “o que podem e o que não podem”, com a “justa” alegação de que precisam “sobreviver”;

Esse quadro contempla as relações conflituosas e/ou distorcidas que permeiam o sistema e demonstra a extensão desse comprometimento, senão vejamos:

1 – No sistema de saúde os prestadores de serviços baseiam sua viabilidade econômica na geração de despesas para o sistema, que resulta em um clima de adversidade entre operadoras e beneficiários.

2 – Existe falta de sensibilidade coletiva dos beneficiários para o uso adequado dos limitados recursos disponíveis, gerando desperdícios, fraudes e elevando os custos do

sistema. Nesse sentido, os beneficiários teriam pouca sensibilidade em relação aos custos dos benefícios disponíveis.

3 – Existe uma inflação tecnológica, fora de controle, para o diagnóstico e tratamento de doenças. Essa inflação tecnológica seria agravada por circunstâncias resultantes do aumento da longevidade, dos riscos legais (aumento do número de processo contra prestadores de serviços), aumentando os custos de maneira desproporcional aos benefícios gerados. Não obstante, a utilização dos sistemas de saúde se acentua na medida que as características da vida moderna (competição, stress, sedentarismo, violência, insegurança, hábitos alimentares nocivos, etc...) funcionam como geradoras de demanda.

4 – Inexistem sistemas de informação e/ou indicadores capazes de gerir os relacionamentos entre operadoras, beneficiários e prestadores de serviços e que permita escolhas adequadas à sustentação e viabilidade do sistema de saúde.

5 – A preocupação central na gestão dos sistemas de saúde está na redução de custos e inexistente incentivo para melhora do desempenho do sistema, harmonizando qualidade e custos justos. Nesse sentido, a “concorrência” seria baseada no “que é observado”: o agradável ambiente físico das instalações, os equipamentos de alta tecnologia, o amplo aparato de serviços e até mesmo nos preços elevados.

A análise macroscópica do cenário sugere que o gerenciamento de sistema de assistência e atenção à doença e à saúde não garante a criação de um sistema de saúde sustentável ou viável ao longo do tempo. Portanto, propostas inovadoras de gestão deverão considerar relevante criar mecanismos de gestão que solucionem ou minorem os dilemas do sistema.

A conclusão é de que os sistemas atuais caminham, inexoravelmente, para a inviabilidade econômica. Para combater essa situação, várias alternativas são propostas, quase todas baseadas na necessidade de **mudar o foco do sistema da doença para a saúde através da adoção de medidas preventivas** ou da modificação das práticas atuais de tratamento (excessivamente intervencionistas e invasivas).

II.4 - Planos de Saúde x Planos de Doença : Uma falsa questão

Saúde e doença são conceitos diferentes que devem ser tratados de forma diferente. O sistema que fornece serviços para o tratamento da doença não é incompatível com um sistema que se preocupe em gerar saúde. Na verdade, eles são complementares. Focar a eliminação da doença como forma de viabilizar a saúde e vice-versa é um grande engano.

Querer adotar um sistema voltado para a promoção de saúde como forma de viabilizar o atual sistema de doença é correr o risco de simplesmente trocar de problema. O que é um sistema de saúde ? Quanto custa gerar saúde efetiva? Quem são os profissionais habilitados para prestar esse tipo de serviço? Quem vai querer explorar esse segmento de mercado e ganhar dinheiro com isso? Como as pessoas vão usar um sistema voltado para a saúde? Persistirão as fraudes e os desperdícios? Que novas necessidades serão estabelecidas? Que novos interesses serão instituídos?

Por outro lado, não há como substituir o atual sistema de doença no seu papel de atender a casos crônicos, urgências e toda e qualquer situação envolvendo risco de vida ou o tratamento de doenças já estabelecidas no organismo. É certo que as técnicas de diagnóstico e tratamento devem ser questionadas, é certo que ações de promoção de saúde podem reduzir o número de doentes, mas também é certo que uma vez caracterizada a necessidade de tratamento de doenças ou traumas reais, o sistema de doença sempre será necessário.

Vamos imaginar, no entanto, que os sistemas de saúde, propriamente ditos, foram implantados. Como já vimos, eles não eliminaram o sistema de doença e agora precisam prestar novos tipos de serviço para gerar saúde efetiva. Será que todos os serviços realizados serão realmente necessários? Os resultados compensarão os custos? Levando ao extremo, como saber se o sistema é capaz de gerar saúde ? Mais ainda, que itens comporiam um verdadeiro e eficiente programa de saúde ? Finalmente, quem os compraria ?

Ausência de doença não é sinônimo de saúde e a presença de saúde não significa a eliminação da doença. Um modelo mais próximo do ideal engloba de forma integrada, mas diversa, a coexistência de dois tipos de sistema: um voltado para a doença e outro voltado para a saúde.

II.5 - O Marketing como estratégia de Prevenção

Muito embora saúde e doença sejam conceitos diferentes, como acabamos de analisar, é inegável que a imensa maioria dos modelos de assistência à saúde têm seu foco, direcionado para a cura e não para prevenção. De muito tempo é conhecido o dito: “prevenir é melhor que remediar”. “Melhor”, dentre outras vantagens, porque é mais barato. Se isto é do domínio público, que dirá dos profissionais da área médica.

A pergunta é: se isto é tão verdadeiro por que, então, os planos de saúde não adotam a prevenção como principal ferramenta para reduzir seus custos ? Mais ainda: por que para a imensa maioria deles, prevenção é sinônimo de custo e não de investimento, capaz de garantir a redução de seus gastos ?

Várias podem ser as considerações a respeito deste tema e portanto, várias podem ser as respostas à esta pergunta. No entanto, um dos enfoques merece consideração neste contexto: Os impactos sobre os custos do atual “Marketing Negativo” comparativamente aos impactos de um “Marketing Positivo”.

Sem nenhum compromisso com os conceitos da ciência do marketing, cabe a elucidação sobre o que aqui é entendido por “Marketing Negativo” e “Marketing Positivo”. A história (aproximadamente, dos anos 70 até os nossos dias) dos planos de saúde é indicativa de que toda a mensagem mercadológica direcionada ao público foi divulgada dentro de uma perspectiva de estímulo à demanda: “Venha para o plano X que ele, **mais e melhor**, disponibiliza o acesso a grande quantidade de médicos, nas suas mais diversas especialidades, recursos de última geração, clínicas, hospitais e laboratórios”. O beneficiário (usuário) sempre foi induzido a contratar um plano que ele mais confiasse

neste contexto. Os profissionais das áreas comerciais das operadoras (corretores, representantes comerciais e etc.) bem sabem que uma das mais eficientes formas de comprovação da qualidade de seu “produto” perante o comprador, é o número de páginas do livro que reúne a respectiva rede credenciada. Quanto maior for este número de páginas, melhor.

Em economia, sabemos que não é a demanda que determina a oferta. Ao contrário, cada vez mais, é a oferta que determina a demanda. Isto se explica, especialmente, pelo papel crescente que o marketing exerce sobre os padrões de consumo.

Ora não é de se esperar que o consumidor (beneficiário/usuário de planos de saúde) tenha um comportamento ou um julgamento diferente daquilo que ele há cerca de 30 (trinta) anos é induzido pela mídia a fazer isto é, a aquilatar a qualidade de seu plano pelo que ele lhe disponibiliza de recursos.

Mais justificável do que explicável é o comportamento das operadoras diante deste fato. No primeiro instante, imediatamente após a assinatura do contrato que ela celebra com o beneficiário (indivíduo, família ou empresa) é iniciado um processo de sinal contrário a tudo aquilo que o aqui chamado “Marketing Negativo” propalou. A operadora faz o possível para que tudo aquilo que foi por ela anunciado, não ocorra. Isto é dá-se início a uma contra-ação no sentido de se evitar ao máximo a utilização dos recursos até então, anunciados como de “fácil e ilimitado acesso”.

É evidente que um sistema que tem toda sua estrutura de marketing com este foco equivocado está dando um “tiro no próprio pé”.

Novamente, isto explica, embora não justifique, o porque para o segmento como um todo, prevenir é custo. De fato, é. Os investimentos em prevenção muitos deles são elevados e, em sua maioria, requerem um certo tempo para apresentar resultados, em termos de economia de gastos. Além disso, há uma muito acirrada concorrência entre operadoras. Compras de carência, indiscriminadas, políticas comerciais de redução de preços e etc., combinados com um cada vez menor nível de renda de indivíduos, famílias e empresas, fazem com seja elevada a rotatividade de contratantes (beneficiários/usuários) entre planos de saúde. Na prática, isto significa que não há nenhuma garantia que a operadora X (que investiu em prevenção) e não a Y (para onde o então beneficiário da operadora X foi) venha a contabilizar o retorno do investimento em prevenção, por ela efetuado.

Certa feita uma famosa professora e economista, por volta dos seus 85 anos de idade, a maior parte deles lecionando economia na London School of Economics, uma das mais conceituadas escolas de economia do mundo, respondeu, ao ser indagada por uma repórter sobre sua vida dedicada ao magistério de economia, que tinha sérias dúvidas se havia ganho sua vida honestamente, ao lecionar economia. Traçando um paralelo entre este peculiar pensamento sobre o “ensinar economia” com o nosso tema: o Gerenciamento de Custos da Assistência à Saúde, cabe a indagação ? Não seria, o Marketing Positivo isto é, o Marketing focado na prevenção, ao contrário do Marketing Negativo, focado na doença, ou melhor na disponibilização de recursos, a melhor ferramenta de gerenciamento de custos ? Ou ao menos ele não deveria anteceder os demais esforços gerenciais, neste sentido? Mais

ainda, não estaríamos nós, pseudos conhecedores de técnicas de gerenciamento de custos, equivocados em mencioná-los como eficazes, sem antes atentar para este paradigma mercadológico?

A fórmula é simples. Se as operadoras passassem a valorizar em suas propagandas a prevenção, elas passariam a, coletivamente, serem obrigadas a investir nestes programas sem medo de não usufruírem o retorno do capital investido. Isto porque mesmo que seu contratante/beneficiário mude de plano de saúde, o seu novo contratante estaria vindo também de uma operadora possuidora de programas equivalentes. Na realidade, este passaria a ser, grosso modo, o diferencial entre as operadoras e conseqüentemente, elas não somente passariam a anunciar seus “produtos” desta forma.

Num exercício de previsão, é razoável supor-se que este tempo não está muito distante de ocorrer. No entanto, cabe a reflexão sobre como a Agência reguladora do sistema, a ANS, poderia acelerar este processo. É certo que ela pode e deve ter papel preponderante como normatizadora deste novo paradigma.

II.6- A crescente importância da Tecnologia da Informação

Os equívocos na concepção dos modelos mais comuns de gestão baseados na redução ostensiva dos custos agravam, cada vez mais, os conflitos entre todos os atores da rede de relacionamentos e dificulta a implantação de medidas gerenciais. Dito de outra forma, as iniciativas para redução de custos são orientadas, em geral de forma simplista, a gerenciar, com maior ênfase, a utilização do sistema. No entanto, a atividade médica está dentre os segmentos econômicos cuja oferta gera demanda ou seja, na medida que se aumenta a oferta na prestação de serviços médicos ocorre um crescimento mais que proporcional da demanda. Assim sendo, a demanda continua crescendo a taxas superiores à capacidade do sistema de compensar ou repassar os custos. Portanto, essas medidas acabam sendo de pouca eficácia e sobretudo, antipáticas.

Na base de toda essa discussão, está a necessidade de contribuir para a geração de conhecimento capaz de propiciar a criação de um sistema de saúde baseado na qualidade e na sua sustentabilidade econômica.

Uma parcela significativa dos modelos de gestão utilizados é reativa isto é, respondem às situações após o fato gerador do custo ter ocorrido e/ou estabelecem barreiras de acesso no momento em que ocorre a demanda por serviços (carências, “médico porteiro”, perícias médicas, auditorias de campo, glosas técnicas, etc...) a fim de impedir que o custo seja gerado. Corroborando isto, o fato da análise das informações quase sempre, ser feita em intervalos de 30 a 60 dias após a ocorrência dos fatos, o que, certamente, reduz a competência administrativa, financeira e operacional das empresas do setor. Essas modalidades criam um clima de desconfiança ou, não raramente, de animosidade e não permitem um planejamento estratégico de médio e longo prazo.

Assim sendo, a otimização dos processos operacionais é um fator crítico para o sucesso das organizações que atuam na área de saúde. Neste sentido, a Tecnologia de Informação ocupa cada vez mais papel de destaque entre as ferramentas de gerenciamento na gestão da saúde. Um “Banco de Dados Inteligente” é primordial para a Gestão de um programa de saúde. Além de servir para monitorar a utilização dos recursos evitando fraudes, desperdícios e glosas posteriores, é através da Tecnologia de Informação que é possível conhecer o perfil epidemiológico da população atendida. Este Banco de Dados tem que ser também, ágil o suficiente para permitir o monitoramento da população atendida pelo plano de saúde. Dito de outra forma, é necessário que ele seja capaz de identificar a partir do nível de recursos requerido pelo usuário, o seu tipo de patologia. Com estas informações em mãos, o gestor tem condições de auxiliar na resolutividade do tratamento acompanhando o usuário e, em consequência, reduzindo os custos da operadora.

III- Planejamento da Assistência à Saúde

III.1- Princípios para o Planejamento da Assistência à Saúde

O planejamento da assistência à saúde deve estar embasado no conhecimento da situação de realidade, a partir do qual são propostas as ações cujo impacto deve ser constantemente avaliado de forma a permitir readequações com vistas à obtenção dos melhores resultados com menor custo.

No sistema de saúde operado na sistemática tradicional, a utilização dos serviços é determinada pela decisão tomada pelo médico e pelo beneficiário. A introdução de sistemáticas para gerenciamento da assistência à saúde tem por finalidade permitir a intervenção nesta situação de realidade em busca de uma relação mais favorável entre o custo e a qualidade deslocando o núcleo do processo da referida decisão.

Além de propostas de reformulação mais globais do modelo de gestão do sistema, por meio da introdução de compartilhamento de risco e mudança nos incentivos financeiros para os prestadores, tem sido sugerida a possibilidade de aplicação de ações para gerenciamento da assistência à saúde. As ações podem estar voltadas, por exemplo, para equacionar o atendimento de casos de alto custo ou os casos crônicos que demandam constantemente serviços de saúde ou para tratar de doenças que ocorrem na população-alvo com significativa magnitude e que sejam passíveis de controle por meio de ações preventivas e gerenciadas.

Dependendo da natureza de cada situação, é necessário dispor de instrumental que permita um adequado diagnóstico de situação para fundamentar a proposição de ações e a avaliação de seu impacto. A abordagem sob enfoque coletivo está ancorada no conhecimento de como determinado agravo à saúde ocorre na população de estudo. A descrição destas situações e os seus determinantes são o objeto de estudo da Epidemiologia, que oferece uma série de métodos que podem ser aplicados nesta atividade de planejamento.

cccc

A decisão de opção por determinada ação ou uso de produto, por sua vez, pode ser subsidiada através da ótica da Medicina Baseada em Evidências e de modelos de estudos econômicos (custo, custo-benefício, custo-efetividade, custo-utilidade).

A visão da saúde como processo resultante da interação do homem com o meio ambiente e das suas relações sociais evidencia a possibilidade do delineamento do curso dos agravos à saúde e da proposição de estratégias de intervenção, de forma a permitir uma racionalização no investimento dos recursos disponíveis.

LEAVEL e CLARK (1976) apresentaram de forma esquemática e didática uma clássica seqüência, representativa da história das doenças, sem intervenção, categorizando as possíveis ações de saúde em três diferentes níveis de prevenção com complexidade crescente. O planejamento das ações deve ter por objetivo promover a atuação no momento mais precoce possível desta cronologia quando as manifestações dos agravos ou suas complicações podem ser evitados.

Entende-se, com base no esquema dos autores acima citados, a necessidade de abordagem dos agravos considerando todas as fases de sua história natural para que se possa decidir com mais clareza o melhor momento e a melhor estratégia de intervenção. Esta visão mais global do processo saúde-doença, atrelado ao estudo das necessidades para assistir a população-alvo, conduz ao entendimento da conveniência de gerenciamento sob a forma de sistemas integrados, como é o caso da proposta de gestão de sistemas de benefício farmácia, no modelo americano.

III.2- Medicina Baseada em Evidências

A Medicina Baseada em Evidências se refere a uma sistemática para obtenção de informações médicas devidamente analisadas e tratadas de maneira a fundamentar decisões sobre as melhores práticas na assistência à saúde.

A metodologia está fundamentada na aplicação do método epidemiológico à pesquisa clínica, objeto da Epidemiologia Clínica, estruturada de forma a permitir uma análise consolidada das publicações científicas existentes sobre determinado assunto, com vistas a apoiar decisões sobre a prática clínica.

O procedimento consiste de uma revisão sistemática de literatura sobre determinado tema que pode ser acompanhado da obtenção de um somatório estatístico dos resultados de cada estudo, método este denominado “meta-análise”.

ATALLAH e CASTRO (1997) elencam uma série de razões para realização da revisão sistemática, entre as quais: aumentar a precisão da estimativa dos dados, explicar as diferenças e contradições encontradas em estudos individuais, permitir a generalização dos achados científicos e, portanto, apoiar a decisão quanto à melhor prática a ser adotada referente aos temas em estudo.

Segundo os mesmos autores, as revisões sistemáticas se aplicam às questões terapêuticas ou de diagnóstico, que podem se tornar disponíveis eletronicamente, de maneira a permitir sua difusão e atualização em nível universal. Existe uma base de dados com centenas de ensaios clínicos disponibilizados na Cochrane Library. O Centro Cochrane do Brasil, ligado à UNIFESP, tem a missão de realizar, auxiliar e divulgar revisões sistemáticas em consultas na área da saúde.

PÓVOA (2002) apresenta uma visão crítica sobre a metodologia. Em termos conceituais, sugere que a mesma se baseia em visão positivista da Medicina, desconsiderando dimensões importantes da prática médica relacionadas ao entendimento da natureza social do processo saúde-doença. Também coloca de forma crítica a possibilidade de que a utilização da metodologia seja aplicada para atender interesses da indústria farmacêutica e a de equipamentos médicos.

Sugere mais algumas dificuldades na aplicação do método como: as evidências muitas vezes são incompletas e contraditórias, há relativo distanciamento das preferências dos pacientes e da ética social, a inconveniência da aplicação de estudos feitos em grupo para casos individuais, a impossibilidade de uso em situações de emergência e o fato da evidência poder não ser encontrada em muitas situações ou pelo menos não ser encontrada no momento necessário. Na prática diária do gerenciamento são inúmeras as situações em que a incorporação de novos procedimentos na prática médica tem de ser decidida antes que haja um fundamento científico devidamente validado.

Em que pese as críticas, a organização das informações abarcando as melhores evidências existentes sobre a frequência, método diagnóstico, tratamento, prognóstico e profilaxia relacionados a determinado agravo, além de subsidiar a tomada de decisão, permite a composição dos guias de conduta médica, expressando, de forma geral, uma opinião consensual de especialistas de determinado assunto. Este tipo de ferramenta tem o potencial de contribuir para uma melhor relação entre os prestadores de serviço e as operadoras na busca do atendimento às reais necessidades dos beneficiários com menor custo.

III.3- Estudos Econômicos

Os estudos econômicos aplicados à saúde têm mostrado um potencial para subsidiar o processo de decisão acerca do desenvolvimento de determinada ação ou da utilização de determinada técnica ou produto na prática médica.

Do ponto de vista metodológico, de forma geral, baseia-se na avaliação do impacto de determinada medida, por meio da relação do custo com os efeitos de natureza econômica ou na saúde da população-alvo.

O estudos de custo, de minimização de custos e o de custo-benefício, buscam apurar os resultados obtidos sob enfoque econômico, enquanto que os de custo-efetividade e custo-utilidade focam a avaliação nos resultados quantitativos e qualitativos em relação à saúde dos beneficiários.

Este tipo de estudo tem sido indicado para avaliações sobre diferentes questões relacionadas à gestão dos sistemas de saúde e, particularmente, em questões mais específicas sobre terapêuticas medicamentosas, constituindo-se, neste caso, objeto de estudo da Farmacoeconomia.

Acredita-se desta forma que o processo de tomada de decisão sobre assuntos relacionados à assistência à saúde pode ser melhor instruído com a utilização destas técnicas, melhorando a capacidade de avaliação sobre a eficácia e a eficiência das medidas propostas nas atividades de gestão da assistência à saúde.

IV - Instrumentos para Gerenciamento da Assistência à Saúde

IV.1 Gerenciamento de Caso e da Doença

A introdução do atendimento gerenciado como modelo alternativo no sistema americano de assistência à saúde teve, entre outros, o fundamento da transferência das operadoras para os prestadores de parte do risco financeiro inerente à prestação da assistência à saúde.

Argumenta-se que, no bojo da mudança na forma de remuneração de “pagamento por procedimento” para “pagamento por capitação”, estar-se-ia alterando o incentivo aos prestadores de maneira a estimular sua preocupação em manter os níveis de saúde da sua população-alvo, reduzindo, assim, a probabilidade de adoecer e, por consequência, demandar mais serviços com impacto negativo em sua remuneração.

Neste sentido, o gerenciamento de caso e o da doença constituem-se em ferramental desenvolvido com a finalidade de organizar formas de intervenção que possam influenciar no risco dos expostos virem a desenvolver doenças ou antecipar as suas complicações.

O gerenciamento de caso pressupõe a identificação de casos, em geral de natureza crônica, com potencial para geração de demanda por serviços e a introdução de atividade gerencial com vistas a adequar a aplicação de recursos para a otimização da assistência no sentido de obter uma relação entre o custo e qualidade mais favorável.

A atividade gerencial aqui especificada deve ter por finalidade diagnosticar as reais necessidades dos pacientes e seus familiares e propor, na medida do possível, as melhores práticas para atendê-las. Nestas circunstâncias, a problemática certamente envolverá também questões de natureza social e ambiental. Ao gerente do caso, cabe também o papel de catalisador da comunicação entre o paciente, seus familiares, os prestadores de serviço e os financiadores da assistência.

Não há ainda uma avaliação de consenso sobre o seu impacto, bem como, nos Estados Unidos da América ainda existem dificuldades em ampliar a abrangência da atividade. Em 2003, a CMSA – Case Management Society of America publicou um consenso sobre a atividade no qual foram elencados diversos fatores que dificultam a ampliação desta prática, elencando, ainda, propostas de medidas de facilitação. Nota-se que a maior parte

dos itens refere-se às dificuldades na relação entre os médicos e os gerentes, à falta de incentivos para todos os envolvidos e à fragmentação dos processos e dos sistemas informatizados de dados.

As considerações contidas no documento certamente também se aplicam ao nosso meio. Além delas, aqui, a distribuição geográfica dos locais de atuação dos médicos evidenciando uma extrema concentração nos grandes centros e os modelos seguidos pelos aparelhos formadores dos profissionais complicam mais ainda a implantação de atividades desta natureza com a abrangência adequada a um custo aceitável.

Ademais, fatores culturais e a postura de “consumidor” de serviços dos beneficiários também dificultam o seu reconhecimento sobre a validade do processo, a menos que haja importante estímulo financeiro ou de diferenciação no atendimento.

Ainda são escassos os estudos em nosso meio acerca dos resultados de programas de gerenciamento de caso realizados com instrumental apropriado de forma a apontar com clareza os seus resultados e a melhor forma de aplicá-los.

O gerenciamento da doença está calcado no entendimento de que é possível atuar na rede causal relacionada com determinadas doenças que ocorrem com significativa magnitude em termos de morbi-mortalidade, propiciando a intervenção num momento mais precoce da sua história natural, de forma a reduzir a ocorrência de suas manifestações e complicações tendo, por consequência, uma melhor qualidade de vida para os beneficiários com menor custo para o sistema.

O fundamento técnico deste tipo de abordagem reside na observação de associações estatísticas entre a ocorrência de determinadas doenças ou agravos e a exposição a determinados fatores, denominados “de risco” para sua ocorrência ou para a frequência de complicações. Em outras palavras, acredita-se e, em diversas situações, comprova-se que a redução na exposição a estes fatores de risco implica em redução na ocorrência destes agravos e suas complicações.

Um exemplo típico refere-se à ocorrência da doença isquêmica do coração. A hipercolesterolemia, a hipertensão arterial, o diabetes mellitus, a obesidade, o tabagismo, o sedentarismo e o estresse são reconhecidos como fatores de risco clássicos para a sua ocorrência. A redução na exposição a este tipo de fatores, por meio de programas de alimentação saudável, de estímulo à atividade física e restrição ao uso do tabaco, pode, de fato, influenciar a frequência com que a doença e suas complicações ocorrem.

À primeira vista, considerando a complexidade da abordagem para o controle da exposição ao risco e aquela que envolve o tratamento da doença já instalada ou, pior, de algumas de suas complicações, fica evidente as vantagens da aplicação de recursos para a prevenção. Ocorre, no entanto, que, dada a altíssima prevalência de alguns fatores de risco, o número de expostos a ser abordado no sentido de evitar os casos da doença acarreta a necessidade de desembolso inicial de significativa magnitude. Isto e mais o fato de que o efeito da referida redução pode não se dar no curto prazo não tem estimulado os provedores da assistência a incorporar as ações de prevenção de forma mais abrangente.

Há, no entanto, os que advogam que um dos poucos caminhos que pode levar a um equacionamento da questão do custo é o investimento na prevenção dos agravos, principalmente numa realidade como a nossa em que a legislação impõe uma cobertura praticamente sem limites, sem que haja um processo adequado de avaliação para incorporação de novas tecnologias.

Estudos de intervenção mostraram que o tempo necessário para que a redução na exposição aos fatores de risco tenha impacto na ocorrência dos agravos não é necessariamente o mesmo relacionado ao efeito causal. Exemplificando, o período de exposição aos fatores de risco para doença isquêmica do coração e a manifestação da doença foi estimado em 10 anos, porém, o efeito do controle da exposição aos fatores de risco pôde ser observada em cerca de 2 anos, ou seja, é possível que se obtenha resultados em períodos mais curtos de tempo. Além disto, determinadas situações de agudização podem ser evitadas, de imediato, com o controle de determinadas doenças crônicas, como é o caso das crises hipertensivas e da cetoacidose diabética, que, por vezes, podem demandar internações em centros de terapia intensiva com consequências indesejáveis em termos de custo e, obviamente, no comprometimento da saúde dos beneficiários.

A seleção das doenças que merecem ser focadas deve estar baseada nos seguintes critérios: magnitude em termos de morbi-mortalidade, gravidade das manifestações e complicações, custo para tratamento e reabilitação, conhecimento de técnicas de intervenção e aplicabilidade com a abrangência necessária.

Os estudos de custo-efetividade relacionados, por exemplo, às ações de prevenção de doenças cardiovasculares envolvendo a prevenção no nível mais primário, ainda não se mostraram conclusivos. O CDC - Centro de Controle de Doenças dos Estados Unidos da América, com base em uma revisão de estudos estimou que um regime de exercícios regulares poderia custar US\$ 3,433 por ano de vida ganho e US\$ 27,851 se também for considerado o custo do tempo gasto. Também estimou que a redução de 1 a 3% da ingestão de gordura reduziria a incidência da doença coronariana de 32.000 a 97.000, eventos, economizando US\$ 4,1 a 12,7 bilhões em custos médicos e perda de produtividade ao longo de 10 anos.

Em publicação de consenso sobre dislipidemias da Sociedade Brasileira de Cardiologia, no que se refere ao uso de vastatinas, avalia-se em relação à prevenção secundária que o custo por ano de vida salvo ajustado para qualidade foi de US\$ 45 mil para todos os grupos de risco e ficou em US\$10 mil para os grupos de maior risco. No tocante ao seu uso na prevenção primária, no entanto, embora esteja documentado o benefício da redução dos níveis de colesterol, a relação custo-efetividade não é favorável, ficando como indicação para este nível o uso de dieta, exercícios físicos e controle do tabagismo.

EBRHAIM e SMITH (1997), publicaram resultados de uma revisão sistemática e meta-análise concluindo que as intervenções implementadas por meio de métodos de educação em saúde padronizados têm indicação limitada de uso na população geral devendo ser direcionadas para a parcela de alto risco, sugerindo que medidas legislativas e fiscais poderiam ser mais efetivas para um nível mais amplo.

LIGHTWOOD e GLANTZ (1997) estudaram o efeito da redução do tabagismo na ocorrência de infarto do miocárdio e doença cerebrovascular e mostraram que a redução de 1% na prevalência do hábito de fumar propiciou uma redução de 924 infartos e 538 eventos cerebrovasculares, com economia de US\$ 44 milhões, no primeiro ano. Projetando a economia possível em 7 anos, concluíram que a redução na mortalidade e nos custos justifica um investimento significativo em programas de controle de tabagismo para adultos.

SALKED e col (1997), estudando intervenções com vistas a mudar o modo de vida na Austrália, com a finalidade de reduzir a ocorrência de doenças crônicas, concluíram que não existe evidência suficiente de que programas desta natureza sejam efetivos, sugerindo o investimento em ações voltadas para a parcela de risco da população.

Assim, de forma geral, observa-se que os estudos são conclusivos acerca das vantagens da abordagem gerenciada da doença nas fases em que as mesmas já se manifestaram em algum grau, ou seja, com foco na parcela de risco da população, visando evitar novas manifestações ou complicações mais graves. Embora não haja dúvida quanto às vantagens em termos de saúde em se concentrar o foco num momento anterior, em que os agravos ainda não se manifestaram, os trabalhos consultados não evidenciaram, de forma conclusiva, um resultado mais favorável em termos de custo-efetividade.

No caso da doença cardiovascular, observa-se a particularidade de algumas doenças com manifestação representarem fator de risco para outras, como é o caso da doença hipertensiva e a doença cerebrovascular, de forma que, abordando o grupo de risco, trata-se a questão tanto com foco no nível primário quanto no secundário de prevenção.

IV.2 - A Assistência Domiciliar

A assistência domiciliar pode ser conceituada de forma mais geral como a prestação de serviços de assistência à saúde no domicílio ou na comunidade para os indivíduos que apresentam incapacidade funcional total ou parcial por determinado período de tempo ou definitivamente.

A assistência domiciliar pode ser utilizada como alternativa à internação hospitalar, em regime de internação domiciliar ou simplesmente como forma de prestação de serviços por profissionais de saúde no domicílio pela impossibilidade de locomoção do paciente. Existe também a situação em que os beneficiários necessitam de cuidados de higiene e apoio para os atos da vida diária, porém, não necessariamente realizados por profissionais de saúde. Daí ficar claro que existe um tênue limite entre as necessidades de saúde e de natureza social neste tipo de situação, exigindo extrema cautela no gerenciamento.

Uma outra forma a ser considerada é a alternativa da assistência domiciliar como ferramenta para a atividade de gerenciamento de casos crônicos ou de doenças. Aqui, o trabalho multiprofissional está calcado numa ação pró-ativa de atendimento de necessidades sentidas ou não pelos pacientes ou familiares, facilitando a sua aderência e o

seguimento do protocolo de tratamento, no sentido de evitar complicações e propiciar uma melhor qualidade de vida. Pelo fato das ações, estrategicamente, serem desenvolvidas no domicílio, o assunto acaba sendo abordado no âmbito da assistência domiciliar.

A internação domiciliar se aplica aos casos em que os beneficiários necessitam da prestação de serviços por profissionais de saúde, de forma contínua, utilizando de estrutura pertinente à assistência à saúde, diferenciada da de um domicílio comum, porém, sem a complexidade do ambiente hospitalar.

Nos casos agudos a alternativa é indicada com a finalidade de dar um apoio no período pós-crítico, quando se vislumbra a possibilidade de recuperação total ou parcial da incapacidade, de forma que o usuário e sua família possam lidar com a situação sem a presença dos profissionais de saúde, após determinado tempo e preparo. Isto tem sido chamado de processo de “desmame” e é reconhecido como uma das dificuldades na prática, visto que, por vezes, ocorre uma resistência por parte dos familiares à cessação dos serviços. Existem também situações em que a incapacidade se dá em definitivo e exige o contínuo cuidado de profissionais de saúde por tempo indeterminado.

Uma questão de relativa dificuldade é a dos pacientes que, por apresentarem dependência para atividades da vida diária, necessitam de cuidados contínuos, porém, não necessariamente executados por profissionais de saúde mas, por outras pessoas aos quais se atribui o nome de “cuidadores”. Trata-se de problema de natureza social, nem sempre entendido desta forma pelos familiares, muitas vezes de difícil solução, na medida em que pode não haver pessoa com disponibilidade de atender à essas necessidades ou, mesmo quando há, sabe-se que esta está sujeita a uma relação complicada com o paciente e a um comprometimento importante da sua própria qualidade de vida. Existem trabalhos que analisam especificamente a situação dos cuidadores sob a ótica psico-social, evidenciando as dificuldades dos que desempenham este papel.

A prestação de serviços domiciliares por profissionais de saúde para os que não podem se locomover ainda não está contemplada de forma ampla pelas operadoras, que restringem a assistência domiciliar somente aos casos de internações. Esta limitação pode ter um efeito indesejável que é o de haver uma indevida caracterização de caso como de internação domiciliar, de abordagem mais complexa, para viabilizar a prestação da assistência ou, pior ainda, uma insistência exagerada para forçar o médico assistente a manter o paciente internado em ambiente hospitalar.

Alguns critérios devem ser adotados para caracterizar os casos elegíveis, entre os quais destacam-se: a necessidade de indicação formal do médico assistente, a concordância da família, a possibilidade de se montar uma estrutura mínima no domicílio e, fundamentalmente, a indicação de um elemento cuidador que atuará na interface do paciente e seus familiares com as operadoras e os prestadores de serviço.

O Conselho Federal de Medicina, por meio da resolução 1.668/2003, regulamentou as condições para os prestadores de assistência domiciliar poderem atuar na atividade, e estabeleceu, também, os procedimentos mínimos a serem executados pela equipe de profissionais envolvidos.

Foi muito difundida a idéia de que a assistência domiciliar seria uma forma de prestação de serviço de menor custo que traria uma melhora na qualidade da assistência que passaria a ser prestada no meio social do paciente, facilitando a sua recuperação ou, em muitos casos, possibilitando um tratamento mais digno. Outra vantagem seria o fato da retirada do paciente do ambiente hospitalar poder reduzir a incidência de complicações, mormente as relacionadas à infecção hospitalar.

Existem publicações que demonstram vantagens em termos de custo quando se compara os gastos de uma internação domiciliar em relação à hospitalar. Em outros estudos, evidencia-se a redução na demanda de internações e serviços de pronto atendimento, todavia, não dá para afirmar que este tipo de avaliação seja consensual, principalmente quando se estuda o impacto no sistema no médio e longo prazo. Alguns estudos americanos de custo efetividade, por exemplo, relacionados a casos de assistência por período prolongado não se mostraram favoráveis.

NAKAGAMA et al (2003) avaliaram a utilização do sistema de saúde por trinta pacientes com doenças crônicas 18 meses antes e 18 meses após a introdução de atendimento domiciliar, obtendo redução de 89% no número de atendimentos ambulatoriais, 46% em exames diagnósticos e 76% no custo do atendimento, concluindo que o atendimento médico domiciliar propicia redução no número de intervenções médicas com redução no custo do tratamento.

Os autores comentam os resultados financeiros comparando com os dados de literatura, relatando, da mesma forma acima mencionada, não haver um consenso sobre os resultados das ações desenvolvidas no nível domiciliar. Entretanto, analisando de forma mais desagregada as informações, segundo tipo de assistência, argumentam que os resultados desfavoráveis se referem a casos menos estáveis ou já em fase terminal, enquanto os resultados de tratamento de casos crônicos nesta modalidade também teriam benefício econômico, considerando o investimento necessário para operacionalizar o programa. Neste caso então, entende-se que a assistência domiciliar estaria sendo utilizada como ferramenta para gerenciamento de caso.

Algumas das dificuldades no gerenciamento da assistência como, por exemplo, a dificuldade no desmame e a impossibilidade de separar completamente as necessidades de natureza médica e social, a dificuldade dos familiares em assumir seu papel podem estar contribuindo para não obtenção de um resultado mais favorável em termos de custo. Não obstante, é incontestável que, atendidas as condições para adequada indicação dos casos, principalmente no que tange à concordância e participação dos familiares, esta modalidade de atendimento propicia uma solução mais humana e digna aos incapacitados ou acometidos por doença terminal e àquelas pessoas que têm uma doença de base que evolui com episódios frequentes de agudização ou complicações.

IV.3 - Atendimento Pré-Hospitalar

O atendimento pré-hospitalar também tem sido apontado como uma ferramenta que pode contribuir para o gerenciamento da assistência médica. Estudos de demanda revelam que a maior parte dos casos que buscam assistência em unidades de urgência/emergência poderiam ter sua situação resolvida no nível primário de atenção à saúde.

Independente do motivo que leva os beneficiários a optarem por esse tipo de recurso em situações agudas, percebe-se que, entre os acometidos por doenças crônicas que evoluem com surtos de agudização, a frequência destas situações é maior e o volume de recursos gasto desnecessariamente também é maior.

Tendo claro que não é obrigação do usuário determinar se sua situação se caracteriza ou não como de urgência ou emergência, percebe-se a dificuldade de se obter sucesso lançando mão somente de campanhas de esclarecimento sobre a melhor utilização dos serviços disponíveis. Visto de outro modo, se ao invés de se contar somente com a conscientização do usuário sobre a busca dos serviços lhe fosse oferecida uma alternativa eficaz de resolução da sua situação fora do ambiente hospitalar ou de pronto-socorro acredita-se ser possível auferir um melhor resultado.

Um exemplo que pode ilustrar este tipo de raciocínio é um caso de doença pulmonar obstrutiva crônica que evolui com surtos de agudização desencadeado por um fator infeccioso. A sintomatologia da agudização do quadro obstrutivo e mais a resultante do processo infeccioso determina ao usuário a busca imediata de assistência. Alguns casos, de fato necessitarão de recursos hospitalares, no entanto, outros menos graves podem, por meio de inalações, aspiração, administração de broncodilatadores e antibióticos no próprio domicílio, ser resolvidos neste nível, sem a necessidade de internação hospitalar ou utilização da estrutura de um pronto-socorro.

A organização do atendimento pré-hospitalar se torna mais fácil de ser executada quando aplicada a casos selecionados que ficam previamente cadastrados em uma central de atendimento, de forma que quando esta é acessada pelo beneficiário a equipe responsável dispõe, de imediato, de uma série de informações que facilitam a decisão sobre a melhor forma de assistência. A aplicação é mais favorável ainda quando contempla casos crônicos já gerenciados nos moldes acima descrito. Existe também o entendimento de alguns que o procedimento deve ser visto como valor a ser agregado para toda a carteira de beneficiários.

Algumas operadoras já estão utilizando desta ferramenta e os prestadores que oferecem o serviço estão divulgando algumas avaliações evidenciando as vantagens, também sob enfoque econômico, possível de serem auferidas, porém, é necessário ainda um número maior de trabalhos de avaliação para se ter uma visão mais conclusiva sobre a melhor forma de aplicação desta prática

IV.4 - Gerenciamento do Benefício Farmácia

No Brasil, os programas de assistência farmacêutica que envolvem os produtos de dispensação ainda não são vistos, na prática, como integrantes das coberturas dos planos de saúde. Assim, nas situações em que as empresas oferecem este tipo de benefício aos seus empregados, por exemplo, nota-se, na maior parte das vezes, que tal concessão é gerenciada separadamente dos programas de assistência médica.

Nos Estados Unidos da América, o gerenciamento do benefício está atrelado a um processo integrado às demais áreas gerenciais da assistência à saúde, o que permite o desenvolvimento de uma série de ações programáticas de interesse, como, por exemplo, gerenciamento da doença e programas de prevenção. Dados da PCMA - Pharmaceutical Care Management Association revelam que naquele país a atividade envolve 190 milhões de beneficiários, com cerca de 2 bilhões de prescrições processadas ao ano, correspondendo à movimentação de US\$ 164 bilhões por 170 empresas gerenciadoras deste tipo de benefício. A imensa maioria das farmácias atendem pelo sistema.

Em nosso meio, existem poucas empresas com propostas de atuação nesta linha, com atividades ainda incipientes em relação ao seu potencial e com modelos diferentes de atuação, priorizando ainda o aperfeiçoamento na operacionalização e o controle dos programas, por meio da integração entre operadoras, indústria, distribuidores e redes de farmácias e beneficiários, bem como propiciando a obtenção de significativos descontos para os que oferecem e usufruem dos benefícios.

Uma parcela dos beneficiários de planos de saúde usufruem de algum tipo de apoio à assistência farmacêutica, por meio de acordo de preços, desconto em folha de pagamento, reembolsos, convênio com rede de farmácias e poucos utilizam de sistema de gerenciamento do benefício farmácia e, ainda assim, quando o fazem é sem aproveitamento de todo seu potencial de integração. Mais de 70% das empresas que operam na modalidade de autogestão, por exemplo, oferecem programas para aquisição de medicamentos com participação dos empregados.

Além de viabilizar a efetivação dos tratamentos de casos agudos, a assistência farmacêutica propicia condições para facilitar a aderência dos beneficiários aos tratamentos contribuindo na prevenção dos episódios de descompensação das doença de base e suas complicações. Desta forma, além de usufruir de uma melhor qualidade de vida, os beneficiários demandam menos serviços de natureza curativa com economia para o sistema.

Se além destas vantagens for agregado um modelo de gerenciamento que também propicie ações de educação aos beneficiários e a produção de informações que possam ser integradas àquelas acima descritas, que são fundamentais ao processo de planejamento da assistência à saúde, como o delineamento do perfil epidemiológico da população e a definição dos grupos de risco, seguramente pode-se considerar uma ferramenta de valor para ser integrada no arsenal disponível para racionalização da aplicação de recursos em momentos mais adequados da história das doenças.

IV.5 - Auto Regulação

A participação dos usuários tem sido bastante valorizada quando se trata da gestão e do gerenciamento dos sistemas de saúde. No setor público, em especial, a participação dos usuários nos processos de tomada de decisão e de acompanhamento das medidas implementadas pelos gestores, se dá por intermédio de instâncias como os Conselhos de Saúde, entidades classistas e, ainda, por meio de outros fóruns de debate.

Nas discussões que envolvem o mercado supletivo de assistência à saúde, tal participação também tem sido tratada, ainda que não se tenha absolutamente clara a forma com que a mesma deva se dar. Mais ainda, percebe-se que tal participação deva ser diferenciada conforme a modalidade de gestão. É evidente, por exemplo, a diferença no caso de plano operado na modalidade de autogestão, em que os próprios usuários assumem o risco, em relação àqueles em que este último é assumido pelas próprias operadoras, na qualidade de representantes da(s) patrocinadora(s). Em termos de atuação objetiva, o que se observa, é que os usuários direcionam as suas ações, principalmente, para a defesa de direitos – de forma individual ou por meio de instâncias que representam o consumidor. Com base na legislação vigente, incluindo aí a regulamentação do código do consumidor.

Entretanto, esta participação, não se estende com a exuberância necessária aos diferentes níveis dos processos de gestão e gerenciamento dos planos, na decisão de políticas de assistência e investimento dos recursos disponíveis, na definição de coberturas e preços, bem como na fiscalização da cobrança realizada pelos prestadores por conta dos serviços prestados.

A incorporação do conceito de que a assistência à saúde envolve atividades de promoção, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação é fundamental para mudança de postura dos usuários e induzir a sua participação no processo de utilização dos recursos disponibilizados pelos Planos de Saúde. Já aí, é possível o entendimento da responsabilidade que cada um tem pelo seu próprio estado saúde e que não somente cabem ações aos planos de saúde e prestadores de serviços a eles vinculados ou ao SUS. A avaliação dos usuários sobre o atendimento de suas necessidades, quantitativa e qualitativamente, também pode ser influenciada pela difusão de informações sobre as evidências científicas das vantagens e a relação entre o custo e a efetividade da utilização de determinados procedimentos, bem como alerta para os perigos de comportamentos indesejáveis como, por exemplo, a auto-medicação ou a realização de procedimentos invasivos desnecessários.

Além disto, a percepção da necessidade de manutenção do equilíbrio econômico financeiro dos planos e de evitar o desperdício de recursos por má utilização também pode contribuir para uma mudança de postura. Neste linha de raciocínio, aponta-se a co-participação financeira dos usuários como ferramenta eficaz para referida mudança de postura, na medida em que tem a capacidade de moderar a utilização e incentivar os usuários a fiscalizar o cumprimento dos dispositivos contratuais das operadoras com os prestadores de serviço.

IV.6 - Outros Instrumentos

IV.6.1 - Guias de Autorização e Centrais de Regulação

Nas avaliações de desempenho dos planos de saúde, um fator tem sido objeto de constante preocupação: o aumento na frequência de utilização dos serviços, independente de sua relação com outras variáveis. Desta forma, deve-se procurar conhecer suas condicionantes de modo a viabilizar a implantação de sistemática de controle que racionalize o uso dos serviços oferecidos.

Um primeiro ponto a ser observado refere-se ao modelo no qual os planos operam, no qual a assistência é propiciada por meio da execução de procedimentos especializados, em geral, com apoio tecnológico preponderante sobre a relação profissional de saúde – usuário. A mídia, por sua vez, tem atuado na mesma direção, na medida em que destaca as novas descobertas no campo das ciências médicas, atribuindo resultados promissores a procedimentos sem que estes tenham sua aplicabilidade na prática médica adequadamente estudada. Saliente-se que alguns destes procedimentos envolvem custos altíssimos, constituindo-se, por si, em evento catastrófico.

As instâncias que atuam na produção do conhecimento e outras que tem função regulatória não têm tido a capacidade de avaliar a tempo as proposições de incorporação de nova tecnologia na prática médica. Assim sendo, cabe ao médico, diante de um caso individual e sem um subsídio técnico adequado, decidir sobre a sua aplicabilidade avaliando as não confirmadas vantagens dos procedimentos/insumos versus o seu custo. Conforme descrito no parágrafo anterior, cabe lembrar que o profissional está lidando com um usuário “já trabalhado pela mídia”, ou seja, convencido de que o recurso diagnóstico ou terapêutico lhe traz vantagens e de que qualquer questionamento dos gerenciadores dos planos decorrem do intuito de auferir mais lucro para as operadoras.

A postura de “consumidor” assumida por uma significativa parcela dos usuários é um outro fator que traz dificuldades na moderação da utilização dos serviços, ainda mais, num mercado em que, diferente do esperado, a oferta é que determina a demanda, e é marcante a diferença entre os atores em relação conhecimento que subsidia a decisão de utilização dos serviços. Isto acaba determinando uma desnecessária utilização de serviços ou de recursos tecnológicos.

Neste sentido, com base em diretrizes gerais emanadas a partir do órgão regulador e observando os preceitos éticos que envolvem a prática da assistência à saúde, parece ser válida a adoção de mecanismos de gerenciamento que contemplem a regulação do acesso aos serviços como forma de racionalizar a aplicação dos recursos disponíveis.

Com esta finalidade várias sistemáticas têm sido adotadas, objetivando sensibilizar os prestadores de serviços e os usuários a moderarem a utilização de procedimentos e ou insumos. A adoção de guias de autorização, contato com centrais de regulação, acesso remoto a autorizadores eletrônicos de validação são exemplos destas sistemáticas. Estas, porém, de forma geral, são vistas com certa antipatia pelos usuários. Ainda que de fato

possam inibir a utilização indevida e coibir alguns tipos de fraudes, não parece ser uma forma suficiente para interferir nas demais determinantes de aumento de custo acima referidas.

IV.6.2 - “Stop-Loss” e/ou “Excess-Loss”

Durante algum tempo, vislumbrou-se a possibilidade de compartilhar este risco com empresas que atuam na área de resseguro e que chegaram a estudar modelos para este tipo de operação conhecidos como “stop-loss” e/ou “excess-loss”, mas logo se concluiu tratar-se mais de um mecanismo de regularização de fluxo de caixa do que propriamente de compartilhamento de risco, trazendo vantagens para empresas com dificuldade de disponibilidade imediata de caixa e como alternativa parcial de solução para aquelas que não conseguiam demonstrar viabilidade econômico-financeira, uma vez que a sua contratação permitia reduzir o volume de reservas a ser demonstrada para garantia de viabilidade dos planos.

IV.6.3 - Promoção de Saúde e Prevenção de Agravos

Outra abordagem que tem sido relacionada ao tema é a possibilidade da promoção da saúde e da prevenção de agravos, nos diversos níveis de atenção, contribuir para uma redução de custos, na medida em que possam evitar ou retardar a ocorrência de eventos cuja assistência envolva procedimentos de alto custo ou em alta frequência.

Trabalhos demonstram a existência de associação estatística da ocorrência de eventos, com a exposição a determinados fatores que são chamados “fatores de risco” para a sua ocorrência. Por exemplo, os indivíduos que apresentam hipertensão arterial apresentam uma frequência de ocorrência de doença cerebrovascular relativamente maior do que o restante da população. Quando, além da associação estatística, existem evidências fisiopatológicas consistentes com a relação, como é o caso da citada associação, aceita-se que a hipertensão arterial se constitui em fator de risco para a ocorrência da doença cerebrovascular e que a redução da exposição dos indivíduos a este fator seja capaz de reduzir ou, pelo menos, retardar a ocorrência desses eventos.

Nesta linha de raciocínio, diversos países ocidentais industrializados, constatando a magnitude com que determinadas doenças se apresentavam nas estatísticas de morbimortalidade, como as cardiovasculares, investiram recursos no desenvolvimento de programas de prevenção por meio de redução na exposição aos fatores de risco conhecidamente associados à sua ocorrência, como a dislipidemia, a obesidade, o diabetes mellitus, o sedentarismo, o tabagismo e o estresse, entre outros.

A estratégia utilizada no desenvolvimento destes programas foi objeto de várias discussões, centradas na avaliação comparativa do enfoque em grupos de risco com a abordagem em nível populacional. Considerando o resultado apontando para as vantagens das estratégias populacionais, países como os Estados Unidos da América e a Finlândia implantaram programas de início regionais e posteriormente no nível nacional, voltados para toda a população, com importante redução na mortalidade por doença cardiovascular. A título de

exemplo, o Projeto “North Karélia” da Finlândia teve como resultado a redução de 73% na mortalidade por doença cardiovascular em 20 anos.

Do ponto de vista econômico, também tem sido realizadas avaliações, por meio de indicadores que relacionam o custo com a efetividade. Restando inequívoca a necessidade de investimento inicial de significativa magnitude para o desenvolvimento dos programas de prevenção uma vez que estes envolvem o objetivo de mudança de comportamento de um grande número de indivíduos para se conseguir um impacto razoável na redução do risco, independente da estratégia utilizada. Ademais, mesmo em países desenvolvidos, apesar dos programas, ainda se observa um elevado número de indivíduos não controlados. Isto, de certa forma não tem, ainda, estimulado a adoção de programas de prevenção com abrangência adequada, como instrumento de redução de custo futuro pelas operadoras, ainda que seja mais coerente evitar a ocorrência dos agravos ao invés de somente assistir os já acometidos.

Do exposto acima, entende-se então que um resultado favorável na redução de custo somente poderá ser obtido com um conjunto de medidas que permitam atuar nos diversos aspectos acima citados, um dos quais, a utilização dos procedimentos será enfocada a seguir.

V - Conclusão

As análises sobre o mercado supletivo de assistência à saúde brasileiro mostram uma evolução favorável após a efetiva aplicação dos dispositivos legais que estabeleceram diretrizes e normas para sua estruturação e funcionamento. A comparação com a situação anterior mostra avanços no tocante a uma maior transparência na relação entre as operadoras, prestadores de serviços e beneficiários dos planos de saúde.

As exigências para constituição de empresas operadoras, as definições relativas às normas para adesão e cancelamento de beneficiários, critérios de reajuste de contraprestação pecuniária, co-participação ou franquias e cobertura têm garantido uma maior segurança aos beneficiários. Por outro lado, a questão do custo tem sido pano de fundo para um cenário em que todos os atores se mostrem insatisfeitos indicando para a necessidade de revisão do modelo de gestão do sistema.

Considerando que entre os determinantes do preocupante aumento do custo se destacam, além do envelhecimento populacional, o nível de utilização dos serviços oferecidos e a incorporação de novas tecnologias no leque de abrangência das coberturas dos planos de saúde, fica evidente que o modelo assistencial prescinde de uma atividade mais gerenciada de oferta de serviços de forma a se obter uma relação mais favorável em termos de custo-benefício e custo-efetividade.

O desenvolvimento deste tipo de atividade deve estar fundamentado num processo competente de planejamento e avaliação de ações de saúde que sejam, de fato, voltadas ao

atendimento das reais necessidades dos beneficiários e executadas por meio de modelos que garantam a resolutividade com menor custo para o sistema.

Nesta ótica, torna-se fundamental a busca nas instâncias produtoras do conhecimento de instrumental que possa ser aplicado ao gerenciamento da assistência à saúde. Um primeiro aspecto fundamental trata da compreensão do processo saúde-doença, principalmente no que tange aos seus fatores de influência nas diversas fases da história das doenças com vistas a permitir intervenções em momentos mais precoces, por meio de procedimentos menos complexos, obtendo-se resultados mais favoráveis em relação ao custo e para os beneficiários, uma vez que a atuação prioriza a prevenção dos agravos ou, pelo menos, de suas manifestações mais graves e complicações.

Visualizado desta forma, a identificação dos principais problemas e a intervenção no processo em cada momento pode estar subsidiada por informações obtidas a partir da aplicação de métodos epidemiológicos observacionais ou dos ensaios da Epidemiologia Clínica, bem como a avaliação de resultados em termos de custo e efeitos nos níveis e nas condições de saúde dos beneficiários pode se fundamentar em modelos de estudos econômicos.

Com base neste subsídio metodológico e de disponibilidade de informações, têm sido sugeridas formas de atuação gerenciada na assistência à saúde que se reproduzem nas propostas de gerenciamento de caso, gerenciamento da doença ou do risco, assistência domiciliar, atendimento pré-hospitalar e gerenciamento de benefício farmácia. A integração dos sistemas deve ser considerada como fundamental facilitadora para o desenvolvimento das ações.

A experiência da atividade gerenciada implementada de forma mais ampla no sistema americano, ainda não tem uma avaliação global de consenso. Observa-se ainda uma certa confusão conceitual nas apresentações dos modelos propostos e os estudos de avaliação divergem quanto aos resultados, principalmente no tocante à relação custo-efetividade. Em relação ao nosso meio, os estudos são muito mais escassos e as atividades não são ainda desenvolvidas com abrangência adequada para permitir a obtenção de informações suficientes para nortear diretrizes condizentes à situação de realidade dos beneficiários dos planos e seguros operados no mercado supletivo de assistência à saúde.

Por outro lado, é inquestionável que a fundamentação metodológica e as ferramentas elencadas neste trabalho têm o potencial de contribuir para uma o desenvolvimento de ações mais planejadas no modelo assistencial de forma a contribuir no processo de racionalização de investimento de recursos para obtenção de resultados mais favoráveis no desempenho dos sistemas de saúde.

Referências Bibliográficas

ATALLAH, A. N.; CASTRO, A. A. Medicina baseada em evidências: o elo entre a boa ciência e a boa prática clínica. Disponível em: <URL:<http://www.unifesp.br>>. Acesso em 22/09/2003.

- BLUMENTHAL, D. Controlling Health Care Expenditures. *N Engl J Med*, v.344, n.10, p.766-9, Mar.2001.
- BROWN, G.D. Managed Care. In: *Merriam-Webster's Medical Office Handbook*. Springfield, Ma: Merriam-Webster, 1996.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. *An ounce of prevention.... What are the returns?*. Atlanta: CDC, 1999.
- CARNEIRO, JOSÉ ANTONIO SERRA. Projeto de Tese Administração, PUC MG, 7p. 2002.
- CASE MANAGEMENT SOCIETY OF AMERICA. *Consensus Paper of the 2003 physician & case management summit: exploring best practices in physician & case management collaboration to improve patient care*. Disponível em: <URL:<http://www.cmsa.org>>. Acesso em 22/09/2003.
- DISEASE MANAGEMENT ASSOCIATION OF AMERICA. *Definition of Disease Management*. Disponível em: <URL:<http://www.dmaa.org>>. Acesso em 22/09/2003.
- EBRAHIM, S.; SMITH, G.D. Systematic review of randomised controlled trials of multiple risk factor interventions for preventing coronary heart disease. *BMJ*, v. 314, p.1666-74, 1997.
- ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA. Medicina Baseada em Evidência – critérios assistenciais. Rio de Janeiro:UERJ. n.214, 2002
- FAIRFIELD, G. et al. Managed care: origins, principles, and evolution. *BMJ*, v.314, p.1823, 1997.
- FOS, P.J., FINE, D.J. *Designing Health Care for Populations: Applied Epidemiology in Health Care Administration*. San Francisco: Jossey-Bass, 2000, 288p.
- GOLDFEDER, ARTUR JAQUES. Instrumentos para Gerenciamento da Assistência Médica. 1º ed. Rio de Janeiro; FGV Management – Cursos de Educação Continuada. 41p. 2003.
- INGLEHART, J.K. Managed care. *N Engl J Med*, v.327,p.742-47,1993.
- JENICEK, M. Epidemiology evidenced-based medicine, and evidenced-based public health. *Journal of Epidemiology*, v.7, n.4,p.187-97,1997.
- LAWRENCE, D. Gatekeeping reconsidered. *N Engl J Med*, v.345,n.18,p.1342-43,2001.
- LEAVEL, H.; CLARK, E.G. *Medicina Preventiva*. São Paulo, Mcgraw-Hill, 1976, 744p.

- LIGHTWOOD, J.M.; GLANTZ, S.A. Short-term economic and health benefits of smoking cessation. *Circulation*, v.96, n.4, p.1089-1096, 1997.
- MINCHILLO, A.L.C.; CRUZ, E.A.; SOUZA, F.R. Programa de gerenciamento de doenças crônicas em ambiente domiciliar: conceito, métodos e critérios. In: SIBRAD – SIMPÓSIO BRASILEIRO DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR 2002. Disponível em <URL:<http://www.sibrad.com.br>> .Acesso em 22/09/2003.
- NAKAGAWA, A. et al Influência do atendimento médico domiciliar no tratamento de doenças crônicas. *Revista de Administração em Saúde*, v.5, n.19,p.26-30, 2003.
- RUNDALL, T.G. et al. As good as it gets? Chronic care management in nine leading US physician organizations. *BMJ*, v.325, p.958-961, 2002.
- SALKELD, G. et al. The cost-effectiveness of a cardiovascular risk reduction program in general practice. *Health Policy*, v.41, p.105-119, 1997.
- SAÚDE & CIDADANIA. Planejamento em saúde.São Paulo:Fundação Peirópolis, v.2, 1998.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. III Diretrizes Brasileiras Sobre Dislipidemias e Diretriz de Prevenção da Aterosclerose do Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v.77, suplemento III, 2001.
- SCHORE, J.L.; BROWN, R.S.; CHEH, V.A. Case management for high-cost medicare beneficiaries. *Health care financing review*, v.20, n.4, p.87-101, 1999.