

**ARTIGO REVISÃO****O cuidado integrado e qualidade de vida dos idosos portadores de doenças crônicas:
revisão sistemática****Integrated care and quality of life of elderly patients with chronic disease: a systematic
review**

Anelise Coelho da Fonseca¹, Maria de Jesus Mendes da Fonseca², Walter Vieira Mendes
Júnior³

RESUMO

O cuidado integrado coordenado pela enfermagem é uma alternativa ao modelo de atenção de saúde, centrado nas doenças agudas e pode contribuir para melhoria da qualidade de vida, principalmente dos idosos. Uma revisão sistemática de literatura apontou que a melhoria da saúde dos idosos nos programas de cuidado integrado tem sido avaliada pela mensuração de qualidade de vida e a utilização dos serviços de saúde. Entretanto há a necessidade de uniformizar os termos utilizados e de reduzir as lacunas metodológicas entre os estudos de avaliação dos programas de cuidado integrado para permitir a comparação entre eles e dirimir controvérsias.

Descritores: Administração de caso. Planejamento em saúde. Programas de assistência gerenciada. Idoso. Qualidade de vida.

ABSTRACT

The Integrated Care is an alternative to the current health care, focusing on acute diseases and can contribute to improving the quality of life for seniors with coordination done by nurses. This study verifies that this care improves the quality of life of elderly assessed by measurement of quality of life and use of health services. The selection shows a trend of improvement in quality of life and reducing the use of health services. There is a need to standardize the terms conceptual, detail the practices and assists to reduce the gaps in the methodology of the studies so there is comparability between programs.

Descriptors: Case management. Health planning. Delivery of health care. Elderly. Quality-of-life.

¹ Mestre e doutoranda em Epidemiologia pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP).

² Doutora em Saúde Coletiva.. Professora do Departamento de Epidemiologia , Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP).

³ Doutor em Saúde Pública. Professor do Departamento de Planejamento, Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP).

INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento com o consequente aumento da prevalência das doenças crônicas é um fenômeno mundial que desafia os sistemas de saúde. Esses sistemas não serão capazes de prestar um serviço de saúde adequado se não estiverem preparados para enfrentar o perfil de doença mais complexo dos idosos, que demanda práticas assistenciais de saúde num modelo de cuidado integrado. A organização deste tipo de modelo de cuidado parte de um conjunto de estratégias de planejamento e políticas de saúde que visam tornar mais efetiva a prestação de serviços para portadores de múltiplas doenças crônicas¹.

O modelo de cuidado integrado para ser efetivo depende da coordenação dos cuidados por um profissional de saúde, geralmente um enfermeiro. Esse coordenador é o elo entre os vários níveis de complexidade da atenção do sistema, entre a os profissionais da equipe de saúde, facilitando a comunicação e com os pacientes e seus familiares. Este modelo necessita de um sistema de informação e comunicação integrados e diretrizes assistenciais para embasar o plano de atenção elaborado de acordo com as necessidades dos pacientes.

Um dos maiores problemas para disseminação do modelo é a carência de

uma uniformidade conceitual. Essa inconformidade dificulta a avaliação dos resultados na saúde do idoso, ao compará-lo com os modelos fragmentados tradicionais^{2,3}.

O modelo de cuidado integrado pode ser considerado como um mix de duas abordagens distintas - o *managed care* e o *integrated care*. Ambos buscam a integração da prestação de serviço de saúde, mas são incomparáveis em função da sua origem, uma vez que o *managed care* foi criado nos Estados Unidos da América (EUA), em um sistema de saúde não-universal, e o *integrated care*, em sistemas de saúde universais, tais como o inglês, o espanhol, o português e o canadense⁴.

O modelo *managed care*, foi concebido pelas empresas de medicina de grupo como uma resposta ao consumo excessivo de recursos. O objetivo foi melhorar a eficiência do sistema de saúde, mas esperava-se também que este modelo pudesse contribuir positivamente para a melhoria de ações preventivas, no aumento da responsabilização clínica dos pacientes e na redução da fragmentação do cuidado.

O modelo *integrated care* foi criado em sistemas de acesso universal para integrar o cuidado com o objetivo melhorar a equidade. O modelo reforçaria a integralidade dos cuidados, em seus diferentes níveis de complexidades de

atenção à saúde, que já está na base da concepção desse sistema e que atua através de mecanismos de referência e contrarreferência desde a promoção de saúde e prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, até a reabilitação^{5,6}. Outras políticas, para além do sistema de saúde têm como o objetivo uma melhor saúde do idoso. Alguns países, como a Holanda, realizam a integração do seu sistema de saúde com o sistema social para produzir impactos positivos na população idosa.

Os resultados dos modelos de cuidado integrado tem sido analisados diretamente, pela percepção do idosos da sua qualidade de vida e pela sua satisfação com o cuidado recebido e, indiretamente, através da utilização dos serviços de saúde. O número de internações hospitalares e de consultas ambulatoriais, o tempo médio de internação e as visitas a emergência têm sido os indicadores mais utilizados para medir a utilização dos serviços de saúde^{7,8}. O impacto do envelhecimento e do aumento da magnitude das doenças crônicas na perspectiva do gestor dos sistemas públicos ou privados é avaliado através dos custos financeiros envolvidos com o cuidado deste segmento da população. A integração do cuidado, pode ser um ponto-chave para garantir não apenas uma oferta equitativa, segura, adequada, efetiva e eficiente, mas que gere satisfação do paciente com o cuidado

recebido e uma percepção da melhoria de seu estado⁹.

São três os elementos-base do cuidado integrado: um sistema de informação, diretrizes clínicas e a coordenação do cuidado. Este último item é essencial para execução e alcance dos objetivos do modelo. O enfermeiro tem sido escolhido para executar esta tarefa, pois se considera que essa competência faz parte de sua formação¹⁰. Este artigo tem como objetivo descrever como os modelos de cuidado integrado vem contribuindo para uma melhor qualidade de vida do idoso portador de doença crônica e contribuir para ampliar a discussão sobre esta proposta de modelo de cuidado.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo de natureza descritiva, utilizando a revisão sistemática da literatura e análise documental cuja revisão documental foi realizada em textos impressos e sites governamentais para identificar políticas de cuidados de saúde integrados em diferentes países. Foram consideradas as publicações dos últimos 10 anos, com data limite de 30 de novembro de 2011 e utilizados sete portais de busca: All Medline/Pubmed databases, EMBASE, LILAC's (base de dados da America Latina), IBEC's (base de dados espanhola), Cochrane library, ISI/WEB OF

SCIENCE, WHOLIS (base de dados da Organização Mundial de Saúde) e CINAHL (base de dados de enfermagem). Foram utilizados como descritores em todos os portais os seguintes termos: *case and disease management, managed care program, age, aging and elderly and quality of life*.

Os artigos identificados pela estratégia de busca inicial foram avaliados independentemente por dois autores com posterior avaliação de títulos e resumos de forma independente e cegada, obedecendo os critérios de inclusão e exclusão definidos no protocolo de pesquisa. Quando o título e o resumo não foram esclarecedores procedeu-se a leitura dos textos na íntegra. As divergências sobre quais os artigos deveriam ter sido selecionados para a leitura foram resolvidas por consenso.

Os critérios de inclusão para a seleção dos estudos foram: a) idioma: publicados nos idiomas inglês, português, espanhol e francês; b) intervenção: modelos de cuidado integrado contribuem para uma melhor qualidade de vida; c) população: idade maior que 65 anos; d) desfecho: qualidade de vida; mortalidade; a satisfação do paciente com o cuidado e a utilização dos serviços de saúde, considerando: o tempo de internação; o comparecimento a um serviço de emergência e a readmissão hospitalar.

Foram excluídos os estudos: a) com animais; b) sobre ensaios com medicações; c) publicados como comentários, editorial, ou cartas; (iv) publicados sem resumo aos quais as revistas não eram de livre acesso; d) sobre gerenciamento de patologias específica.

RESULTADOS

Foram identificados 1005 artigos, sendo 337 no portal Cochrane Library, 268 no EMBASE e 231 no MEDLINE. Nos portais da LILAC's, foram treze, e no IBEC's foram dois artigos identificados respectivamente. Após etapa inicial, permaneceram 108 artigos para a leitura detalhada e no final, selecionados vinte e cinco artigos¹¹⁻³⁵.

Nos estudos selecionados foi encontrada uma significativa heterogeneidade nas metodologias empregadas para avaliar o modelo do cuidado integrado e seus resultados na saúde do idoso. Os métodos encontrados nos estudos levantados foram: a) entrevistas semi-estruturadas com análise de conteúdo²⁶; b) pesquisas na comunidade e em *nursing homes*, sob forma de análise comparativa de desfechos entre os clusters^{17,23}; c) ensaios quasi-experimentais – multicêntrico¹¹, comunitário³⁵ e hospitalar²⁷; d) comparação antes e após a aplicação do modelo^{21,28, 32,33}; e) ensaios

clínicos randomizados^{12-16,18-20,22,24,26,29-32,34}. Nos estudos que apresentaram propostas metodológicas semelhantes foram encontradas disparidades em itens essenciais para uma comparação, dentre eles: o tamanho amostral, as diferentes doenças crônicas eleitas no programa de cuidado integrado, o grau de complexidade clínica do paciente, o percentual de perda amostral ao longo do seguimento e o desfecho escolhido.

Os objetivos dos estudos variaram em função do escopo e do desfecho. Alguns avaliaram o impacto de programas de cuidado integral na saúde do idoso, em uma determinada população de uma região ou instituição, em um mesmo país ou países diferentes^{12,21,23,24,26,32,33,35}; houve estudos que avaliaram o custo financeiro da intervenção do modelo^{15,20,25,28}; outros estudos compararam o desfecho na saúde do idoso obtido com o cuidado integrado e o cuidado tradicional^{11,14,15,16-20,22,24, 27,29-31,34}.

Os desfechos encontrados nos estudos podem ser classificados em cinco grupos: a) avaliação da qualidade de vida do idoso através do uso de ferramentas específicas, tais como o SF 36; b) mortalidade; c) readmissão e tempo de internação; d) comparecimento a um serviço de emergência; e) aferição da satisfação do paciente com o serviço de cuidado integrado oferecido.

Os estudos, cuja metodologia empregada foram ensaio clínicos randomizados, quasi-experimentais ou análise de cluster, não mostraram diferenças significativas dos desfechos quando comparados com o modelo tradicional praticado^{13,15,27,32,33,35}.

Os estudos que utilizaram indicadores de utilização de serviços de saúde - readmissão e tempo de internação, comparecimento a um serviço de emergência - e a taxa de mortalidade, apresentaram a melhora de pelo menos um destes indicadores com a implantação do modelo de cuidado integrado^{11,12,14,15,17,20,21,25,28,29,32,35}.

Contudo nem sempre com significância estatística^{11,14,17,11,12,28}. Alguns estudos apontam limites metodológicos, para explicar os resultados sem significância estatística, como a perda amostral ao longo do seguimento, o tempo de seguimento curto, a análise do programa em um único formato em detrimento da análise estratificada por intervenções e por fim, a heterogeneidade amostral. Entre os estudos cuja análise de desfecho foi o custo financeiro, apenas um mostrou redução do custo¹⁹, enquanto os demais não mostraram evidências quando comparados a análise dos desfechos de cuidado com o modelo tradicional empregado^{18,24,25,29}.

Quanto à avaliação da qualidade de vida dos 25 estudos selecionados, 19

utilizaram este método. Dentre esses, 17 estudos apresentaram algum grau de melhora na percepção da qualidade de vida do idoso submetido ao cuidado integrado, entretanto não houve significância estatística^{11,12,14,16-19,23,24,26,19-31,33}. O Medical Outcomes Study 36 – Item ShortForm Health Survey (SF36) foi o instrumento de coleta da informação mais utilizada em estudos americanos^{16, 24,25,30}, holandeses^{26,27} e no canadense¹⁶ e por isso útil pois permite comparações de resultados de percepção de qualidade de vida de pessoas com diferentes patologias, submetidas a diferentes tratamentos³⁶.

Dentre os estudos, um americano se destaca por ter sido considerado modelo para outros estudos. Scott et al estudaram a efetividade do modelo de rede integrada articulada nos níveis de atenção secundária e terciária de cuidado integrado pertencente ao grupo Kaiser Permanente¹⁸. Tanto o modelo de cuidado integrado da Kaiser Permanente, quanto outro denominado *Evercare*, foram elaborados a partir do Modelo de Atenção Crônica de Wagner que desenvolvem programas de cuidado integrado e servem de modelo para outras iniciativas nos EUA³⁷. O modelo de cuidado integrado estudado foi comparado com o cuidado tradicional e avaliou: a) os níveis de satisfação com o programa; b) a melhoria no autocuidado a partir das orientações recebidas; c) a

melhora da qualidade de vida; d) a redução do declínio da capacidade funcional; e e) a redução da utilização dos serviços de saúde, especialmente a admissão à emergência, número e tempo de internação hospitalar e visitas ao consultório. A intervenção, no grupo que recebeu o cuidado integrado, era realizada mensalmente por um núcleo-base formado por médicos e enfermeiras. Os desfechos desse grupo foram melhores que do grupo controle: a) maior satisfação do cliente com o plano de saúde; b) melhora da capacidade funcional; c) melhora da qualidade de vida; d) redução no número de admissão à emergência, número e tempo de internação hospitalar e as visitas de consultórios; e) nos custos financeiros, com redução de US\$41,80 per capita em relação ao grupo controle¹⁸.

DISCUSSÃO

A importância da inclusão do envelhecimento e do aumento da magnitude das doenças crônicas nas pautas de políticas e da organização dos sistemas de saúde não são mais questionadas. O que se discute são quais os modelos de práticas assistenciais possíveis de serem desenvolvidas para que impactos decorrentes da presença de uma crescente população idosa portadora de doença crônica sejam minimizados e a qualidade

de vida destes idosos maximizada⁹. Importante destacar que estas preocupações não são exclusivas da área de saúde, mas também dos responsáveis pelas políticas sociais, econômicas e de infraestrutura dos países que vivenciam a temática da longevidade. No que se refere à área de saúde, este debate pode ser encontrado, tanto no campo da saúde pública quanto na privada e em sistemas universais e não universais de saúde. O método de intervenção escolhido para melhorar as condições do idoso nos sistemas de saúde tem sido o cuidado integrado^{2,38}.

Os estudos selecionados nesta revisão de literatura mostraram uma tendência a favor do cuidado integrado em relação ao tradicional, em que pese a heterogeneidade de tipos de modelos propostos, objetivos e metodologia utilizados³⁹. O que pode ser afirmado, a partir deste trabalho, é que o benefício foi melhor avaliado quando se utilizaram os indicadores de utilização de serviços, como número e tempo de internação. Dentre as explicações possíveis está o tempo destinado ao estudo e a coleta de informações referentes à qualidade de vida. Diante das respostas individuais, é possível que o seguimento de um ano, utilizado por parte dos estudos seja insuficiente. A melhoria na qualidade de vida envolve diferentes dimensões de vida, que exigem do idoso mudanças de atitudes

e manutenção de rotinas que influenciam no plano de cuidados proposto. O tempo talvez seja uma questão crucial ao escolher medir a qualidade de vida para avaliar a efetividade do modelo de cuidado.

Outro desfecho pouco explorado nos estudos desta revisão foi a mortalidade. Não se pode afirmar a partir da seleção desta revisão se a mortalidade seria um indicador de desfecho adequado para avaliar efetividade do modelo de cuidado.

Os desfechos poderiam ser sido discutidos sob outros prismas: da família, pelo grau de suporte que recebeu diante do seu sofrimento; da sobrevivência, se o tempo de vida dos pacientes, principalmente em fase avançada de doença é maior ou menor; das necessidades de intervenção paliativa e se há diferenças quantitativas e qualitativas no uso destas ações, focando na dignidade da morte e em relação a equipe de profissionais participantes, explorando melhor o papel do enfermeiro como coordenador deste cuidado⁴⁰.

Assim, mesmo com a constatação da ausência de uma robustez estatística comprobatória de que o cuidado integrado seria melhor que o tradicional dentre os estudos selecionados, a tendência ao favorecimento não deve ser omitida. Esta revisão pode contribuir para mostrar que há ainda várias questões abertas a serem respondidas neste campo do saber. É crucial a uniformização conceitual dos

modelos praticados para possíveis comparações e a melhoria das metodologias, apostando na padronização da população estudado, no tempo de seguimento, nas ações do cuidado e nos desfechos⁴¹⁻⁴².

Os estudos constataram dificuldades para implantação do modelo de cuidado integrado como os fatores culturais, os comportamentais dos idosos elegíveis e a deficiência de capacitação técnica dos profissionais assistenciais envolvidos diretamente. O incentivo a cultura de trabalho em equipe, principalmente para os médicos, é essencial, pois há a necessidade do amadurecimento comportamental para a execução deste tipo trabalho. O trabalho em equipe é um ponto modal neste modelo de cuidado, uma vez que, em geral, e confirmado nos estudos, quem exerce o papel de coordenador do cuidado é o enfermeiro e não o médico. O envolvimento necessário de diversas áreas do saber atuando de forma interdisciplinar é um dos pilares do cuidado integrado e o papel exercido pelo enfermeiro é essencial^{2,6}.

Importante destacar pontos chaves para a implantação do deste modelo, mas não abordados em detalhes nos estudos selecionados: a) a participação dos médicos responsáveis pelos pacientes; b) a remuneração dos profissionais envolvidos; c) as estratégias de incentivo a adesão e

permanência dos idosos; d) a discussão entre alternativas de pagamento, considerando as ações como procedimentos ou atrelado ao resultado obtido, defendendo a premissa que o pagamento por procedimento não se ajusta neste modelo; e) o uso de meio alternativos de monitoramento da operacionalidade do modelo, como o uso de mensagens através do correio eletrônico ou de telefones como ações complementares às consultas presenciais; f) os motivos para a não adesão e para a desistência na participação; g) quais são os indicadores de acompanhamento de cada etapa do processo operacional do modelo; h) qual o grau de envolvimento e participação do cuidador formal, remunerado, e do familiar neste cuidado integrado^{37,43}.

Havia uma expectativa nesta revisão de encontrar estudos brasileiros mas somente através de referências documentais foram identificados^{42,44}. É possível que um dos motivos para a ausência de estudos sejam os termos escolhidos para a busca. Ao assumir os termos *case e disease management* excluíram-se outros utilizados no Brasil como “atenção gerenciada”, “gestão do cuidado”, “assistência gerenciada” e “gestão clínica”. Nos estudos encontrados pertencentes a America Latina, os termos-chave não tratavam exatamente do modelo de cuidado integrado e por isso descartados.

Como limitações deste trabalho podemos citar: a) a falta de consenso sobre a definição de cuidado integrado e a denominação do modelo, pois como foi comum o uso de diferentes termos de busca, é possível esta interferência no mecanismo de busca; b) os vieses de idioma, de publicação e de seleção em função da decisão estratégica.

A dificuldade neste trabalho para afirmar através da estatística os benefícios do cuidado integrado já foi discutida, todavia certos aspectos metodológicos cabem ainda discussão: a) a heterogeneidade amostral no que tange critérios de elegibilidade clínica para a participação no programa; b) a fonte de extração dos dados, primária (coleta direta com o paciente) ou secundária (prontuário); c) a variedade de locais do estudo, seja no âmbito hospitalar, domicílio rural ou em uma instituição de longa permanência; d) a perda amostral ao longo do seguimento; e) a influência de diferentes doenças crônicas e a presença de comorbidades nos participantes; f) a escolha e a forma de usar as ferramentas de aferição dos indicadores, nem sempre explicados claramente na metodologia. Por fim, foi considerado limitante a falta de clareza na descrição da forma assistencial e operacional do modelo testado e do cuidado tradicional, pois se o objetivo era comparar modelos, a forma de organização

e a condução dos casos podem contribuir com os resultados⁴³.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ineficiência do cuidado de saúde fragmentado, a necessidade de gerir melhor os gastos com a saúde, o envelhecimento populacional, a ascensão da prevalência das doenças crônicas são alguns dos aspectos que motivam a discussão sobre modelos assistenciais mais efetivos e eficientes para a saúde do idoso portador de doença crônica. A discussão da implantação de um modelo de atenção à saúde, como o cuidado integrado, perpassa não apenas uma infraestrutura operacional. Para o alcance dos indicadores de resultados almejados, como a qualidade de vida, que abarca o nível de satisfação do idoso e o uso da rede de prestadores de serviços de saúde, como a admissão na emergência e a internação hospitalar, é importante agregar: um grupo de profissionais capacitados tecnicamente, uma rede de prestadores de serviço e um sistema de informação que permita o acompanhamento sistematizado do idoso, sob a coordenação de um profissional.

O cuidado integrado pode contribuir tanto para a melhoria na qualidade de vida quanto na redução do uso de rede e estes resultados podem ser evidenciados tanto através de instrumentos específicos de

avaliação como também a partir de indicadores que possam medir a redução do número e do tempo de internação e do número de visitas às emergências. Contudo, para melhor aferição da qualidade de vida é possível que estudos com maior período de tempo de seguimento sejam necessários. Acertos metodológicos são necessários para dirimir as dúvidas persistentes de sua efetividade na saúde dos idosos. O que se tem de certeza hoje é a pertinência do amadurecimento e da continuidade da discussão deste assunto quando se pensa nos desafios gerenciais e assistenciais que os idosos portadores de doenças crônicas possuem.

REFERÊNCIAS

- Johri MF, Bergman H. International experiments in integrated care for the elderly: a synthesis of the evidence. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003; 18(3):222-35.
- Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciêns Saúde Coletiva* 2010; 15(5):2297-305.
- Kodner DL, Spreeuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications: a discussion paper. *Int J Integr Care* 2002; 2:14.
- Fairfield G, Hunter D, Mechanic D, Rosliff FR. Managed care: origins, principles, and evolution. *BMJ* 1997; 314(7097):1823-6.
- Giovanella L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cad. Saúde Pública*. 2006; 22(5):951-63.
- Beland F, Hollander MJ. Integrated models of care delivery for the frail elderly: International perspectives. *Gac Sanit*, 2011; 25 Suppl 2:138-46
- Vliet K, Oudenampsen D. Integrated care in the Netherlands. [texto online] Netherland: Werwey-Jonker Institut; 2004. [Acesso em: 25 jun. 2012]. Disponível em: URL: <http://www.verwey-jonker.nl/doc/participatie/D3551878.pdf>
- Ling T, Brereton L; Conklin A; Newbould J, Roland M. Barriers and facilitators to integrating care: experiences from the english integrated care pilots. *Int J Integr Care* 2012; 12:129.
- Veras R. Prevenção de doenças em idosos: os equívocos dos atuais modelos. *Cad. Saúde Pública* 2012; 28(10):1834-40.
- Frich L. Nursing interventions for patients with chronic conditions. *J Adv Nurs*. 2003; 44(2):137-53.
- Morales-Asencio JM, Gonzalo-Jiménez E, Martin-Santos FJ, Morilla-Herrera JC, Celdraán-Manas M, Carrasco AM et al. Effectiveness of a nurse-led case management home care model in primary health care. a quasi-experimental, controlled, multi-centre study. *BMC Health Serv Res* 2008; 8:193.
- Schein C, Gagnon AJ, Chan L, Morin I, Grondines J. The association between specific nurse case management interventions and elder health. *J Am Geriatr Soc* 2005 Apr; 53(4):597-602.
- Kristensson J, Ekwall AK, Jakobsson U, Midlov P, Hallberg IR. Case managers for frail older people: a randomised controlled pilot study. *Scand J Caring Sci* 2010 Dec; 24(4):755-63.
- Douglas SL, Daly BJ, Kelley CG, O'Toole E, Montenegro H. Chronically critically ill patients: health-related quality of life and resource use after a disease

- management intervention. *Am J Crit Care* 2007 Sep; 16(5):447-57.
15. Latour CHM, De Vos R, Huyse FJ, Jonge P, Gemert LAM, Stalman WAB. Effectiveness of post-discharge case management in general-medical outpatients: a randomized, controlled trial. *Psychosomatics*. 2006 Sep-Oct; 47(5):421-9.
 16. Rubenstein LZ, Alessi CA, Josephson KR, Hoyl MT, Harker JO, Pietriszka 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.
 17. Boorsma M, Frijters DHM, Knol DL, Ribbe ME, Nijpels G, van Hout HPJ. Effects of multidisciplinary integrated care on quality of care in residential care facilities for elderly people: a cluster randomized trial. *CMAJ* 2011; 183(11):E724-E732.
 18. Scott JC, Conner DA, Venohr I, Gade G, McKenzie M, Kramer AM et al. Effectiveness of a group outpatient visit model for chronically ill older health maintenance organization members: a 2 year randomized trial of cooperative health care. *Clinic. J Am Geriatr Soc*. 2004; 52(9):1463-70.
 19. Lim WK, Lambert SF, Gray LC. Effectiveness of case management and post-acute services in older people after hospital discharge. *Med J Aust* 2003; 178(6):262-6.
 20. Huws DW, Cashmore D, Newcombe RG, Roberts C, Vicent J, Elwyn G. Impact of case management by advanced practice nurses in primary care on unplanned hospital admissions: a controlled intervention study. *BMC Health Serv Res* 2008; 8:115.
 21. Gravelle H, Dusheiko M, Sheaff R, Sargent P, Boaden R, Pickard S et al. Impact of case management (Evercare) on frail elderly patients: controlled before and after analysis of quantitative outcome data. *BMJ*. 2007 January 6; 334(7583):31.
 22. Wu MP, Lin PF, Lin KJ, Sun RS, Yu WR, Peng LN et al. Integrated care for severely disabled long-term care facility residents: Is it better? *Arch Gerontol Geriatrics* 2010; 50(3):315-8.
 23. Mitton C, O'Neil D, Simpson L, Hoppins Y, Marcus S. Nurse-physician collaborative partnership: a rural model for the chronically ill. *Can J Rural Med* 2007; 12(4):208-16.
 24. Martin DC, Berger ML, Anstatt DT, Wofford J, Warfel D, Turpin RS et al. A randomized controlled open trial of population-based disease and case management in a medicare plus choice health maintenance organization. *Prev Chronic Dis* 2004 Oct; 1(4):A05.
 25. Sledge WH, Brown KE, Levine JM, Fiellin DA, Chawarski M, White WD et al. A randomized trial of primary intensive care to reduce hospital admissions in patients with high utilization of inpatient services. *Dis Manag* 2006 Dec; 9(6):328-38.
 26. Fu D, Ding Y, McGowan P, Fu H. Qualitative evaluation of chronic disease self management program (CDSMP) in Shanghai. *Patient Educ Couns* 2006 Jun; 61(3):389-96.
 27. Brand CA, Jones CT, Lowe AJ, Nielsen DA, Roberts CA, King BL et al. A transitional care service for elderly chronic disease patients at risk of readmission. *Aust Health Rev* 2004 Dec 13; 28(3):275-84.
 28. Hamar B, Wells A, Gandy W, Bradley C, Coberley C, Pope JE et al. The impact of proactive chronic care management on hospital admissions in a German senior population. *Popul Health Manag* 2011; 14 Suppl 1:S-29-S-33
 29. Beland F, Bergman H, Lebel P, Clarfield AM, Tousignant P, Contandriopoulos AP et al. A system of integrated care for older persons with disabilities in Canada: results from a randomized controlled trial. *J*

- Gerontol A Biol Sci Med Sci 2006 Apr; 61(4):367-73.
30. Aiken LS, Butner J, Lockhart CA, Volk-Craft BE, Hamilton G, Williams FG. Outcome evaluation of a randomized trial of the PhoenixCare intervention: program of case management and coordinated care for the seriously chronically ill. *J Palliat Med* 2006 Feb; 9(1):111-26.
 31. Zhang NJ, Wan TTH, Rossiter LF, Murawski MM, Patel UB. Evaluation of chronic disease management on outcomes and cost of care for medicaid beneficiaries. *Health Policy* 2008 May; 86(2-3): 345-54.
 32. Nadash P. Two models of managed long-term care: comparing pace with a medicaid-only plan. *The Gerontologist* 2004 Oct; 44(5):644-54.
 33. Want J, Kamas G, Nguyen TN. Disease management in the frail and elderly population: integration of physicians in the intervention. *Dis Manag.* 2008 Feb; 11(1):23-8.
 34. Newcomer R, Maravilla V, Faculjak P, Graves MT. Outcomes of preventive case management among high-risk elderly in three medical groups: a randomized clinical trial. *Eval Health Prof.* 2004 Dec; 27(4):323-48.
 35. Patrick H, Roberts N, Hutt R, Hewitt P, Connelly J, Oliver D. Evaluation of innovations in nursing practice: report and discussion. *Br J Nurs.* 2006 May 11-24; 15(9):520-3.
 36. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short form health survey (SF-36) conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992 Jun; 30(6):473-83.
 37. Mendes, EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*, 2010; 15(5):2297-305.
 38. Johril M, Beland F, Bergman H. International experiments in integrated care for the elderly: a synthesis of the evidence. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003 Mar; 18(3): 222–35.
 39. Ouwens M, Wollersheim H, Hermens R, Hulscher M, Grol R. Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews. *Int J Qual Health Care* 2005 May; 17(2):141–6.
 40. Ouwens M, Hulscher M, Hermens R, Faber M, Marres H, Wollersheim H et al. Implementation of integrated care for patients with cancer: a systematic review of interventions and effects. *Int J Qual Health Care* 2009 Apr; 21(2):137-44.
 41. Weingarten SR, Henning JM, Badamgarav E, Knight K, Hasselblad V, Gano A Jr et al. Interventions used in disease management programmes for patients with chronic illness-which ones work? meta-analysis of published reports. *BMJ.* 2002 Oct 26; 325(7370):925.
 42. Gonzales RIC, Casarin SNA, Calin MHL, Sasaki CM, Monroe AA, Villa TCS. Gerenciamento de caso: um novo enfoque no cuidado à saúde. *Rev Latino-Am Enferm* 2003 Mar.-Abr.; 11(2):227-31.
 43. Strandberg-Larsen M. Measuring integrated care: an international comparative study. *Dan Med Bull* 2011; 58(2):B42-45.
 44. CAMPOS, E.F. (Org.). *Desenvolver a saúde: modelo cuidador da Federação das Unimed de Minas Gerais*. Belo Horizonte: Ed. Federação Minas, 2008.

Correspondência:

Anelise Coelho da Fonseca
Rua Conde de Bonfim, 120/809, RJ.
E-mail: anelise1976@gmail.com

Recebido em: 07/09/2013

Aceito em: 17/02/2014