



PERCEPÇÃO DE USUÁRIOS E CUIDADORES SOBRE A GESTÃO DE DOENTES CRÔNICOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR

Patrícia Chatalov Ferreira*

Sonia Silva Marcon**

Vanessa Carla Batista***

Iven Giovanna Trindade Lino****

Rubia Mariana de Souza Santos*****

Ricardo de Souza Campos Seguraço*****

Eleandro do Prado*****

RESUMO

Objetivo: elucidar a percepção dos beneficiários de uma Operadora de Saúde e seus cuidadores a respeito do programa de Gestão de Doentes Crônicos. **Método:** estudo descritivo de abordagem qualitativa. Os dados foram coletados em maio e junho de 2019 por meio de entrevista semiestruturada com nove beneficiários participantes do programa de Gestão de Doentes Crônicos e sete cuidadores. A apreciação dos dados sucedeu por análise de conteúdo modalidade temática. **Resultado:** da análise das entrevistas emergiram duas categorias: Rede de apoio mediante o gerenciamento da condição crônica e Limitações experienciadas. Na primeira categoria, constatou-se que o Gerenciamento da condição crônica por um Gestor de caso é visto pelos participantes e cuidadores como refúgio e amparo durante o adoecimento e, dessa forma, contribui na diminuição dos encargos e sobrecarga para ambos os grupos. Já na segunda categoria, depreende-se que as limitações decorreram por entraves administrativos inerentes dos serviços de saúde e pelo desconhecimento de estarem realizando a Gestão de Caso. **Considerações Finais:** Com essa estratégia houve a diminuição da sobrecarga do paciente e do cuidador, contudo tais resultados poderão ser potencializados com a solidificação e aperfeiçoamento da equipe, realização de discussões de casos, elaboração de planos de cuidados e, principalmente, ao se implantarem visitas domiciliares no programa.

Palavras-chave: Saúde Suplementar. Doença Crônica. Promoção da Saúde. Prevenção de Doenças.

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) configuram-se como a principal causa de morte no mundo, especialmente em países menos desenvolvidos, como é o caso do Brasil, onde as DCNT são responsáveis por 72% da mortalidade, principalmente entre as faixas mais pobres da população devido à vulnerabilidade de maior exposição aos fatores de risco⁽¹⁾.

As DCNT estão entre as principais causas de internações hospitalares, onerando a economia do país, sendo que na maioria dos casos esses agravos estão relacionados com a baixa adesão ou não seguimento correto das terapias medicamentosas e baixo alcance das atividades e ações de promoção da saúde⁽²⁾.

Em virtude de sua significativa prevalência e por suscitarem maior impacto nos países de baixa ou

média renda, a solução mais viável para esses países foi investir na prevenção e no tratamento adequado para essas doenças, de modo a evitar complicações e agravamento dos casos⁽³⁾. Estima-se que essas iniciativas podem salvar aproximadamente oito milhões de vidas até 2030, o que economizaria uma média de US\$ 350 bilhões⁽³⁾.

Nesse sentido, alguns estudos de controle epidemiológico apontaram uma redução de 20% das taxas de mortalidade por DCNT na última década, além da estabilidade na taxa de internação por essas doenças. Acredita-se que tais índices foram alcançados devido, provavelmente, ao controle do tabagismo e acesso mais amplo à atenção primária⁽⁴⁾. Dessa forma, reconhecendo a importância das ações de prevenção e promoção da saúde perante as DCNT, o Ministério da Saúde instituiu diversas estratégias no âmbito da Atenção Primária com o intuito de assegurar uma

*Enfermeira. Mestranda em Enfermagem. Universidade Estadual de Maringá, Paraná, Brasil. E-mail: pattychatalov@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9409-5888>.

**Enfermeira. Doutora. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, Paraná, Brasil. E-mail: soniasilva.marcon@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6607-362X>.

***Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda em Enfermagem na Universidade Estadual de Maringá, Maringá, Paraná, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3267-3969>.

****Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda em Enfermagem na Universidade Estadual de Maringá, Maringá, Paraná, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0631-9971>.

*****Enfermeira. Mestranda em Enfermagem. Universidade Estadual de Maringá, Paraná, Brasil. E-mail: rubia_mariana@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8599-3272>.

*****Enfermeiro. Mestrando em Enfermagem. Universidade Estadual de Maringá, Paraná, Brasil. E-mail: r.mgapr@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1075-1962>.

*****Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Doutorando em Enfermagem na Universidade Estadual de Maringá. Docente do Curso de Enfermagem da Faculdade Guairacá, FAG. Guairacá, Paraná, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2403-5462>.

assistência holística e educação em saúde contínua, além de subsidiar teoricamente os profissionais de saúde para melhoria dos processos voltados a essa conjuntura⁽⁵⁾.

Do mesmo modo, o setor privado, por meio da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), também procurou investir em um novo modelo de atenção à saúde implementando estratégias semelhantes^(6,7) a fim de oferecer assistência integral e educação continuada, além, é claro, da diminuição de custos para esse setor^(7,8).

E para alcançar tais objetivos, a Gestão de Doentes Crônicos (GDC) é uma das estratégias sugeridas pela Agência, deixando a encargo das Operadoras de Saúde a implementação, fiscalização e avaliação dos resultados⁽⁷⁾. Essa gestão deve ser realizada por equipe multidisciplinar e possui o objetivo de amparar os pacientes e seus cuidadores de forma contínua e absoluta^(7,8).

A supervisão e auxílio aos beneficiários são realizados por meio do rastreamento sistemático, com a atualização e acompanhamento do quadro clínico, o que possibilita a identificação de fatores de risco (tabagismo, sedentarismo e hábitos alimentares errôneos) e complicações na terapêutica^(7,8). Também são oferecidas aos doentes e seus cuidadores informações a respeito do diagnóstico, ensinamentos sobre o tratamento da doença instalada e meios para melhor vivenciá-la⁽⁷⁾.

A implicação deste estudo reside no fato de explorar uma esfera pouco estudada na saúde, o setor privado, a despeito de sua importância, já que é responsável pela assistência a uma parcela significativa da população brasileira^(7,9). Nessa perspectiva, este estudo tem por objetivo elucidar a percepção dos usuários e seus cuidadores a respeito do programa de Gestão de Doentes Crônicos em uma Operadora de Saúde.

MÉTODOS

Tratou-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa, realizada em uma Operadora de Saúde localizada no município de Maringá, estado do Paraná, em atuação no mercado há 29 anos e que tem 30 mil beneficiários.

O setor de Medicina Preventiva coordenado por uma Assistente Social é responsável por ações e grupos de promoção e prevenção da saúde. O grupo GDC enquadrado nesse setor é composto por uma equipe multiprofissional (assistente social, enfermeiros,

técnicos de enfermagem, médico clínico geral e cardiologista) que faz o acompanhamento de 450 beneficiários crônicos.

A inclusão no GDC ocorre após a entrevista qualificada realizada pela enfermeira por ocasião da vinculação do beneficiário no plano. A presença de condição crônica é sinalizada para a médica auditora, que faz a estratificação segundo a complexidade do quadro e encaminha para o setor de Medicina Preventiva, que inicia o monitoramento do quadro clínico e articulação de consultas.

Para localização dos participantes, foi disponibilizada pelo setor da Medicina Preventiva uma listagem dos participantes do GDC e, em seguida, cada nome recebeu uma numeração. E por meio de sorteio eletrônico foram determinados os indivíduos a serem entrevistados. Nos casos em que a pessoa sorteada não atendeu aos critérios de elegibilidade ou se negou a participar da pesquisa, automaticamente a próxima da lista foi abordada, repetindo essa operação por até três vezes. Após todos esses preceitos, os encontros foram agendados conforme disponibilidade do depoente, com duração média de 20 a 70 minutos.

Os dados foram coletados nos meses de maio a junho de 2019 mediante entrevista semiestruturada com beneficiários e respectivos cuidadores. As entrevistas foram audiogravadas após autorização e realizadas no domicílio dos participantes. Os critérios de inclusão estabelecidos para os beneficiários foram estar cadastrado no GDC há mais de seis meses; residir em Maringá; estar consciente e orientado. Já para os cuidadores, definiu-se estar cuidando há pelo menos 6 meses e ser o cuidador principal. Incluíram-se novos participantes até que os dados novos deixaram de surgir e os objetivos do estudo foram alcançados.

Durante as entrevistas, utilizou-se um roteiro constituído de duas partes, a primeira contendo questões referentes às características socioeconômicas e ocupacionais, e a segunda parte compreendida pela questão norteadora “O que é o GDC (Gestão de Doentes Crônicos) para você?” e por algumas questões auxiliares, quando necessário, tais como “Qual é o profissional que você tem maior contato?” e “Você tem sugestões para o programa? Quais são?”.

Para análise das entrevistas, estas foram transcritas na íntegra, preferencialmente no mesmo dia de sua realização, e, posteriormente, seguidas as três etapas da análise de conteúdo, modalidade temática: a pré-análise, a descrição analítica e a interpretação inferencial⁽¹⁰⁾.

Na pré-análise, houve a organização do material

coletado e realização da “leitura flutuante”, formulando, assim, os objetivos da pesquisa, as hipóteses amplas e o corpus da investigação. Na descrição analítica, o corpus foi submetido a um estudo aprofundado, executando a codificação, classificação e categorização dos discursos. Após a interpretação inferencial, ocorreu a seleção das categorias significativas juntamente com as inferências e a opinião de outros autores.

O estudo foi desenvolvido em consonância com o preconizado na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e o projeto aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (Parecer de nº 3.268.487). Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e para preservar-lhes o anonimato estão identificados com as letras P e C, respectivamente, para pacientes e cuidadores, seguidas de um número indicativo da ordem de realização da entrevista (P1 ou C1) e o outro indicativo da idade do depoente (P1, 62).

RESULTADOS

Foram entrevistados nove beneficiários, dos quais três não tinham cuidadores, e sete cuidadores. Ressalta-se que, no caso do beneficiário com *deficit* cognitivo e dislalia (por seqüela de Acidente Vascular Cerebral), apenas o seu cuidador foi entrevistado.

Dos nove beneficiários em estudo, todos tinham mais de 60 anos, sendo apenas quatro aposentados, um do sexo masculino e oito possuíam no máximo oito anos de estudo. Seis deles recebem até dois salários mínimos e três entre dois a cinco salários mínimos. O período de acompanhamento pelo setor de Medicina Preventiva variou de oito meses a 18 anos. Referente aos dados sobre a saúde, seis entraram no grupo por diagnóstico de câncer, dois por doenças cardiovasculares e uma por obesidade. Todos possuíam outras comorbidades correlacionadas com a condição principal, tais como hipertensão, diabetes mellitus, obesidade e hipotireoidismo.

Quanto aos sete cuidadores, seis eram do sexo feminino, três tinham menos de 60 anos, dois possuíam Ensino Superior Completo e os demais tinham menos de oito anos de estudo, e três já são aposentados. Referente ao estado civil, cinco eram solteiros e dois casados. Em relação ao vínculo com o paciente, todos possuíam algum vínculo familiar, sendo que dois eram cônjuges, um era irmão e quatro eram filhos.

A exploração e análise das falas dos depoentes entrevistados resultaram em duas categorias: Rede de apoio mediante o gerenciamento da cronicidade e Limitações experienciadas.

REDE DE APOIO MEDIANTE O GERENCIAMENTO DA CRONICIDADE

Os pacientes reconhecem a ajuda que recebem do GDC e ressaltam que o maior benefício decorrente dessa participação é a agilidade no esclarecimento de dúvidas e na resolução das solicitações de agendamento (consultas e exames).

[...] Se eu não tivesse ela {Assistente Social}, eu não estaria viva. (P3, 63)

[...] me ajuda muito, ela {Assistente Social} me ajuda muito. (P5, 65)

[...] Nossa!, eu acho maravilhoso. (P6, 72)

[...] Ah sim... tipo assim... ajudando, agilizando as consultas... antecipando, às vezes, está muito longe marcada... ali as consultas, daí eu peço para antecipar. Ajuda, faz encaixe... sabe?. (P8, 71)

Não obstante, os cuidadores são mais enfáticos e específicos acerca do gerenciamento da cronicidade, além dos benefícios de facilitar e agilizar os agendamentos, ressaltam ainda que, por meio das ações do grupo, tomaram-se empoderados diante do novo encargo.

Me deu mais segurança pra poder cuidar da minha mãe, [...] Então eles foram como se fossem uma luz. Eles foram me dando uma luz em cada passo do tratamento, um direcionamento [...]. (C6, 54)

As meninas ajudam bem, elas facilitam alguns caminhos porque a gente tem um pouco de dificuldade. Agora eu voltei a trabalhar, mas, por exemplo, até esses dias atrás eu estava direto em casa com a mãe. Aí, não tinha a outra menina que ficava com ela, daí eu peguei licença aqui e ficava lá. Aí, sair e deixar ela sozinha para ir atrás de resolver médico, pra procurar para marcar exame. Entendeu? Então é difícil[...]. (C7, 42)

[...] Ai pra mim foi muito bom porque é muito, é..., eles atendem..., assim... muito rápido, muito, muito... não perde a gente de vista, ficam em cima, quando precisam... estão prontos pra atender. É... ajuda bastante, colabora bastante pra gente, no socorro são eles. E a gente nessa fase tem hora que a gente fica perdido, principalmente no começo, então se não fosse a Assistente Social, o programa, a gente... tem que depender de auditoria, tem que esperar. (C1, 62)

Pacientes e cuidadores referiram que o apoio do

GDC ocorre em diversas situações, o que possibilita que eles se sintam seguros, pois sabem que em casos de incidentes, seja durante viagens ou nos tratamentos, a assistência é imediata.

[...] uma vez fui para a praia e deu alergia da água[...] Abriu tudo, bolhas nas minhas pernas, daí eu tirei uma foto e mandei para a Assistente Social. Mas... putiz grilo, levei um ovo, porque daí o Doutor Cardiologista viu, ela mostrou para o Dr.[...] (P3, 63)

[...] E todas as vezes que ela ficava mal, ela estava fazendo a radio né? e ela ficava com aquelas fraquezas[...] Daí era só, não precisava nem ligar. [...] Daí eu mandava um WhatsApp, e pelo WhatsApp mesmo ela já marcava, já agilizava. E sempre perguntando como ela estava.(C6, 54)

[...] Aí, as meninas lá é tranquilo assim: eu mando uma mensagem “olha, ela está reclamando... de dor”, daí elas já providenciam, marcam tudo e falam... vai tal dia ou vem aqui no AMBULATÓRIO. Eu gosto do atendimento delas, é bem tranquilo.(C7, 42)

A monitorização dos pacientes e as orientações são realizadas, na maioria das vezes, via celular, tanto por ligações quanto por mensagens instantâneas. Essa forma de comunicação favorece o vínculo e a agilidade na execução das ações. E essa diligência é percebida pelos depoentes como forma de prevenção.

Isso é preventivo também? Eu acho que é! A agilidade da equipe em relação a gente ... é um trabalho preventivo, é... A doença é muito dinâmica, não dá tempo de você pensar a longo tempo, só no amanhã.[...] Agilidade! Que é muito importante no caso de doença [...]. (P1, 63)

No caso da minha mãe é... ela começou a ir na nutricionista para emagrecer[...]mas, daí... assim que ela começou a fazer o tratamento nós percebemos que a nutricionista não era para ela emagrecer e sim para dar a alimentação correta porque ela estava muito fraquinha.[...] Percebi que toda essa atenção e cuidado, realmente funcionou como uma prevenção mesmo, nesse cuidado da saúde, da cura e da vida da minha mãe. Então, eu acho que... poderia até colocar o nome: vida, nesse grupo, de prevenção. (C6, 54)

O P1 correlaciona o benefício da agilidade como meio de prevenção, já que, ao anteciparem os atendimentos, previnem o agravamento do quadro. Já C7 também identificou as ações preventivas do programa, quando encaminhou a paciente para atendimento da nutricionista assim que iniciou o tratamento quimioterápico. Esse fato amenizou os efeitos colaterais da terapêutica e auxiliou na manutenção do quadro imunológico da paciente. No mesmo relato, também demonstrou gratidão ao GDC,

que por se atentar na prevenção dos agravos prezou pela cura e qualidade de vida do seu ente querido.

No que concerne à continuidade do cuidado, os participantes relataram que o GDC procura agendar os atendimentos com o mesmo profissional médico. Por essa razão, a equipe solicita que pacientes e cuidadores informem quando necessitarem de atendimento.

É que em muitas vezes a mãe passa mal, nós já leva direto lá, mas ela vai saber porque vai para o computador. Daí, ela (Assistente Social) liga perguntando.[...] E ela procura saber direitinho, saber que a mãe foi internada. Ela (Assistente Social) já procura saber né: ‘por que que não comunicamos ela?’(C3, 68)

Se não está legal e você tem que ir a outro hospital. Mas, chega lá... não são as mesmas pessoas sempre, daí você tem que dar toda aquela informação e tal. E ali já facilita por causa disso porque já tem a informação. Então, já sabe do que se trata, como que está, o que está acontecendo. Então, por isso que é bom. (C4, 59)

A monitorização sistemática permite o direcionamento das ações e condutas a serem tomadas e os usuários demonstram confiança em segui-las. Os relatos mostram que a maioria das orientações é realizada pela assistente social e enfermeira. E que os cuidadores, em especial, demonstraram apreço pelas orientações advindas de profissionais da área da saúde, como os da enfermagem.

[...] a Enfermeira me orientava, “olha, o curativo faz assim” na hora de mexer, vira, meche e faz assim. Faz assim que não machuca, então bem legal assim. (C7, 42)

Às vezes quando a mãe não está legal, ligo pra ela, passo a pressão, passo o controle da pressão. Aí se é alguma coisa assim, ela fala pra levar. [...]Eu ligo pra ela (enfermeira), né, eu passo pra ela: ‘ó, a mãe está assim e tal?’, ‘Olha, você faz assim [...]’. (C4, 59)

[...] E às vezes, também, o remédio que não está fazendo bem, então ela orienta. Então, tem sido bom nesse sentido. (C8, 68)

[...]Porque olha eu tenho problemas de pressão alta, mas tem vez que a minha pressão está baixa. Eu passo mal aqui. A Enfermeira ligava e falava: ‘já está chegando a época de você passar no seu cardiologista!’, ‘Estou olhando aqui que...’ Daí ela virava o computador, porque a Assistente Social deixava por conta delas. ‘Não estou vendo a P3 vindo’ ‘Vocês ligaram para a P3, pra lembrar ela?’ porque eu esqueço. Eu vou no médico, perco até os meus encaminhamentos. Eu perco, não tem ninguém que me auxilia, eu acabo perdendo. (P3, 63).

Nos relatos é possível perceber a abrangência das ações realizadas pela enfermagem, que engloba desde orientações referentes à mudança de decúbito, manejo

do curativo e informações medicamentosas até a busca ativa dos faltosos nas consultas. O conhecimento expresso pela profissional da enfermagem impressionou uma depoente:

[...] Ela surpreendia a gente, porque a gente tinha aquela visão que a enfermeira só tinha aqueles tratamentos ali de fazer o curativo, né? Mas que não tinha conhecimento de reações de medicações e ela demonstrou todo esse conhecimento, sabe? [...] Porque era assim, ela ia lá e acompanhava o curativo, ela olhava e daí ela falava como estava, se estava se curando o que era para usar o que não era para usar, sabe? E daí eu até comentava com a minha mãe... nossa como essa menina tem conhecimento, né? Ela está surpreendendo a gente[...] (C6, 54)

O conhecimento demonstrado pela profissional de enfermagem atribui credibilidade aos pacientes e cuidadores, que, por conseguinte, proporciona a segurança necessária e apoio nos momentos de dúvidas e medos acarretados nessa desafiadora função.

LIMITAÇÕES EXPERIENCIADAS

Nesta categoria são descritos os impasses que interferem e limitam a obtenção de resultados mais satisfatórios e sugestões para melhoria do programa.

Um aspecto que chamou atenção foi o desconhecimento por parte dos beneficiários e cuidadores sobre a composição do GDC e suas funções:

Eu não sei, porque... eu nunca participei assim... desse grupo. Como ele é? (P2, 60)

Não é grupo, é só as duas só[...] (P7, 72)

[...] elas deveriam... o programa deveria chamar a gente e falar assim: 'olha é assim, assim, assim e assim. Vocês tem que reportar. Falar com a gente como é que é, entendeu?'. A gente entrou no programa e foi indo, e a gente troca os pés pelas mãos, igual o que (beneficiário) ele falou...que a gente fez uma coisa que não devia ter feito. [...] Deveria esclarecer mais... a função do programa. (C1, 62)

Nos relatos, um dos participantes apontou também a necessidade de serem informados quando são inseridos no GDC e esclarecidos quanto aos objetivos do programa, seus deveres e responsabilidades a fim de evitar equívocos.

Ao almejarem melhorias aos seus entes queridos, os cuidadores manifestaram a ânsia por visitas domiciliares, seja para aperfeiçoamento da assistência realizada ou para o apoio emocional.

Olha, eu acho assim, que... teria que ter assim, um amparo psicológico, um psicólogo, pra conversar com a gente de vez em quando ... pra ajudar, porque é... ser cuidadora e também ser parte do problema, fazer parte... as vezes, a gente fica... meio doido, meio ... haja fluoxetina!. [...]Mas, acho assim, teria que ter uma parte, um psicólogo... para conversar comigo... (pausa) com nos dois [...]''. (C1, 62)

Só se tivesse atendimento domiciliar. [...]Então, o tipo de coisa que melhoraria seria o atendimento domiciliar[...] (C4, 59)

Os relatos mostram a necessidade de apoio emocional para o paciente e para o cuidador. Esse apoio pode advir da escuta terapêutica pela enfermeira ou assistente social, da consulta com psicólogo ou mediante a visita domiciliar realizada por algum profissional.

Não sei, de repente se eles tivessem alguém que fizesse umas visitas mais constantes, né? Uma vez por mês que fosse, porque... não sei, a realidade que estou vivendo lá... é... a reclamação é de ficar sozinha, de não ter visita, de ninguém ir. [...] Para a pessoa que está sendo visitada, no caso a mãe, faz diferença, se sente importante, anima ela. (C7, 42)

Apesar dos esforços da equipe em alinhar os atendimentos com o mesmo profissional, inclusive direcionando o tratamento da paciente para o hospital que o médico trabalha, há situações em que isso não ocorre, desencadeando a insatisfação.

Nos próximos relatos, os participantes reiteram que a continuidade da assistência seja implementada pelos mesmos profissionais, uma vez que de acordo com eles essa continuidade favorece o vínculo, aumenta a resolutividade e qualidade do serviço ofertado.

[...] Eu acho assim, igual no cardiologista... tem dois, hoje em dia a P8 vai em um, né? Daí, não está dando certo o medicamento, ou alguma coisa... e ela precisa voltar lá, daí já não é mais aquele, é outro. Aí tem que chegar lá... tudo de novo. [...] Ah, se for o mesmo médico acho que cria mais assim... uma confiança, né? [...]. (C8, 68)

[...] Ah... eu acho assim... que eu gosto de participar com eles ali. Só que eles trocam muito, as pessoas. Você se apega com uma menina lá, que trabalha com ela. De repente não dá certo, as enfermeiras... sai fora... [...]. (P3, 63)

Ah... se eu faço o tratamento com um médico no Hospital. Acho que teria que fazer o tratamento se ali tem (mesmo local que o médico trabalha). (P2, 60)

Os relatos desta categoria mostram que embora a continuidade da assistência por um mesmo profissional constitua um dos benefícios de participar do GDC

existem falhas nesse processo. Isso acarreta o desgaste devido à necessidade de repetir as informações acerca do diagnóstico, além de gastos com exames e consultas desnecessárias para elucidação de uma condição já diagnosticada e, até mesmo, em tratamento.

DISCUSSÃO

Uma das estratégias para enfrentar a alta demanda de intervenções, como hospitalizações, atendimentos recidivos e consultas de urgência e emergência por beneficiários em condições crônicas, tem sido a implantação de setores que promovam ações de prevenção e promoção à saúde^(7,11,12), como no caso de Medicina Preventiva. Sendo assim, englobado nesse setor, o GDC assume como propósito monitorar de forma metódica e articulada todos os cuidados que seus beneficiários com uma condição crônica demandam para a Operadora a fim de evitar complicações e custos desnecessários com exames e diversas consultas^(7,8,11).

No entanto, nos depoimentos, é possível desvelar que os profissionais do GDC estão realizando, de forma não intencional, o Gerenciamento de Casos (GC), o que justifica o fato de alguns participantes desconhecerem tal programa como grupo. Internacionalmente já foi apontado que o GC constitui estratégia eficaz para a coordenação de cuidados nas condições crônicas e na mitigação de hospitalizações por pacientes com alguma cronicidade⁽¹³⁻¹⁵⁾.

Apesar de o GC ser uma estratégia utilizada internacionalmente e já sugerida para implementação no Brasil^(5,16), continua sendo pouco explorada pelos serviços de saúde brasileiros. O GC consiste no fato de um indivíduo assumir a gestão de cuidados do paciente, articulando toda a assistência e serviços de saúde pelos quais o usuário transita, promovendo, assim, a segurança tanto do beneficiário quanto da família, ofertando atendimento resolutivo e de qualidade, além de otimizar os gastos acarretados pela cronicidade⁽¹⁷⁾.

De acordo com os participantes deste estudo, percebe-se que os profissionais que assumiram o GC foram a assistente social e a enfermeira. Elas foram identificadas como facilitadoras e coordenadoras dos cuidados na fase de adoecimento. A liderança assumida por esses profissionais no GC é uma característica comumente encontrada em outros países^(14,15,17). Isso provavelmente ocorre porque esses profissionais em sua prática priorizam a visão

biopsicossocial, o que por sua vez facilita a criação de vínculo, a identificação e resolutividade de todas as vicissitudes apresentadas nesse período.

Constatou-se também que os cuidadores possuem maior vínculo com a enfermeira e que os pacientes fazem mais referência à assistente social. Essa diferenciação ocorre porque os cuidadores precisam ancorar o seu agir cotidiano em conhecimento e prática de cuidados, e para isso precisam ser instrumentalizados. Já os pacientes necessitam do apoio da assistente social para a resolução de vicissitudes psicossociais. Logo, as ações dessas profissionais são interdependentes e quando necessário fazem o redirecionamento entre si e para outros profissionais⁽¹⁷⁾.

Destarte, os depoimentos de alguns cuidadores revelaram a renúncia, representada, por exemplo, ao referir o abandono do trabalho e as dificuldades na administração das novas responsabilidades, além de surgimento de alguns impasses ao assumir essa nova função^(18,19), a de cuidador. Dessa forma, o GDC ou a GC é reconhecida pelos participantes, usuários e cuidadores como facilitadora na resolução de problemas que surgem na fase de mudanças, auxiliando na diminuição da sobrecarga mediante a realização de orientações acerca dos cuidados⁽¹⁹⁾ (banho no leito, curativos, administração de dietas e medicamentos), no agendamento e articulação de consultas e exames, no direcionamento sobre o melhor caminho a seguir ou, simplesmente, servir de refúgio na hora da insegurança.

Vale salientar que os Gestores de Casos, nessa operadora, por meio do monitoramento e contato constante com os participantes, mantêm-se atualizados acerca do quadro clínico e com uma visão holística e preventiva perante a possibilidade de complicações⁽¹⁷⁾. Os beneficiários e cuidadores informais não possuem essa visão, logo o papel do gestor de caso torna-se fundamental para manter a condição crônica sob controle e conseqüentemente promoverá qualidade de vida para os acometidos e seus cuidadores^(17,19).

Outras particularidades do GC como a realização do aconselhamento, direcionamento e monitoramento por meio de telefonemas e mensagens instantâneas^(14,17) também foram referidas. Destarte, os avanços tecnológicos e o uso de aplicativos de mensagens instantâneas aumentaram a acessibilidade e o vínculo dos usuários dos cuidadores com os Gestores de casos⁽¹⁴⁾. Possibilitam, apesar da distância, uma assistência imediata capaz de atenuar a aflição até que

a dificuldade surgida seja totalmente resolvida. Contudo, vale destacar que as mensagens de texto não visam substituir as interações cara a cara, fornecendo aos gerentes de casos uma modalidade adicional de comunicação com os pacientes, favorecendo no apoio e em apontamentos importantes acerca dos cuidados, além de que estimula o autocuidado⁽²⁰⁾.

Seguindo esse pensar, alguns cuidadores referiram que as orientações realizadas durante as visitas domiciliares são mais enriquecedoras e proveitosas, contribuindo, conseqüentemente, para a diminuição da sobrecarga. Ressalta-se que na visita domiciliar é possível conhecer o contexto da família e a partir disso propor cuidados e orientações mais efetivas^(6,21). Além de que, ao adentrar na realidade vivenciada, é oportunizado o contato olho a olho e, inclusive, identificar outras vicissitudes ocultadas no atendimento a distância. Sabe-se que algumas operadoras de saúde brasileiras estão adotando a Medicina de Família e Comunidade⁽²²⁾, é possível considerar que esse tipo de modelo possa auxiliar nesse *déficit* de visita domiciliar no setor privado.

Constatou-se também nos depoimentos que, ao se depararem com a finitude, a mudança repentina de prioridades e a sobrecarga de tarefas, as pessoas com condição crônica⁽¹⁸⁾ e, principalmente, o ente querido que assume os cuidados se desestabilizam emocionalmente. E para continuarem a percorrer esses percalços requerem suporte e amparo⁽¹⁹⁾. Desse modo, apesar dos sujeitos do estudo reconhecerem como amparo as orientações realizadas pelos gerentes de casos, demonstram a necessidade de acompanhamento psicológico.

Não obstante, a assistência desses gerentes deve transcender o óbvio, cabendo identificar a sobrecarga dos sujeitos, expondo e esclarecendo os benefícios dos porquês da imposição do acompanhamento de outro profissional, por exemplo, o do psicólogo. Reputa-se que a sobrecarga dos clientes e cuidadores será diminuída com magnitude se o gestor do caso intensificar e articular com maior precisão a assistência multidisciplinar⁽¹⁵⁾.

Destaca-se, ainda, que a discussão dos casos por uma equipe multiprofissional e a elaboração de um plano de cuidado sistemático para cada beneficiário poderão ampliar os benefícios do GDC⁽¹³⁻¹⁵⁾. Outrossim, fomentam as ações de promoção e prevenção acatando os objetivos elementares do programa, aliás, estimulam o autocuidado apoiado perante a condição de saúde, ponto relevante para o gerenciamento da cronicidade^(16,17).

Também se verificou que, em virtude do monitoramento e atenção constante, mais a sensação de agilidade e prioridade demonstradas nos agendamentos das consultas, os sujeitos gozam de unicidade e se sentem importantes e privilegiados por participarem do GDC. Dessa forma, a gestão de doentes crônicos ou o gerenciamento de casos acarreta satisfação dos sujeitos, tal como já identificado em outro estudo⁽¹⁵⁾.

Apesar da satisfação, dentre os *déficit* e sugestões relatadas, está o desconhecimento dos entrevistados a respeito do objetivo, normas e funções do programa. Nesse sentido, apontaram ser imprescindível que sejam informados logo que inseridos no GDC sobre os critérios utilizados para serem incluídos no GDC, seu propósito e como será o monitoramento, os deveres e as responsabilidades dos participantes e outras informações pertinentes. A disponibilização dessas informações desde o início evitará desacertos e, conseqüentemente, a insatisfação do usuário.

Outra limitação evidenciada nas entrevistas foi a descontinuidade do cuidado. Estudo que analisou 1.013 *e-mails* enviados para a Central de Relacionamento da ANS de beneficiários da região Sudeste do Brasil constatou que as estratégias de redução de custos têm impactado a qualidade, integralidade e continuidade do cuidado⁽²³⁾. A limitação da continuidade do cuidado pode se apresentar de distintas formas, como a não liberação de uma solicitação/guia, na precariedade da rede de prestadores, ou ainda quando se deparam com a imposição de laudos, documentos comprobatórios, informações inconsistentes ou equivocadas, exíguos canais de comunicação e com a restrição do acesso às informações⁽²³⁾.

Todavia, as falhas no processo de articulação da assistência, relatada pelos depoentes, são tangíveis quando se consideramos entraves administrativos que regem os serviços de saúde e que dificultam essa articulação, sobretudo no caso de operadoras de saúde que possuem delimitada rede de serviços.

Outro aspecto a ser impelido é que os profissionais não foram capacitados para se tornarem gerentes de casos e, sendo assim, realizam determinadas ações instintivamente. Nos Estados Unidos, diferente do Brasil que ainda não existe a padronização de práticas para o GC, mediante uma organização sem fins lucrativos, desenvolveu-se um padrão de práticas para o GC⁽¹⁷⁾, dando suporte e desenvolvimento da profissão naquele país. Sem a padronização das atividades desses profissionais a efetividade do

gerenciamento acaba sendo afetada e questionada, levando em conta que o GC irá depender primordialmente das experiências pessoais e profissionais dos sujeitos que assumem esse encargo, obtendo, assim, resultados distintos.

A limitação desta pesquisa reside no fato de ter sido realizada no âmbito de apenas uma operadora de saúde, a qual pode ter assumido características singulares perante o gerenciamento da cronicidade.

CONCLUSÃO

Este estudo constatou que a Gestão dos Doentes Crônicos ou Gerenciamento de Casos constitui uma importante rede de apoio para o beneficiário com condição crônica, bem como para os cuidadores. Contudo, tais benefícios podem ser potencializados mediante melhorias nos processos, solidificação e aperfeiçoamento da equipe de saúde e a realização de

visitas domiciliares.

É preocupante o fato de que, caso aconteça desses indivíduos não participarem mais dos planos de saúde e, conseqüentemente, não terem mais o gerenciamento, fiquem desamparados e perdidos. Dessa maneira, é preciso que a equipe trabalhe mais a autonomia desses pacientes para que eles adquiram a ciência da sua situação de saúde e aprendam a importância de aderirem ao tratamento e de realizarem o autocuidado de forma contínua, ou seja, empoderando-os perante a sua condição crônica.

Anseia-se que este trabalho subsidie na reformulação de alguns programas de gerenciamento, além de expor os benefícios ocasionados pelo GC que por ser uma estratégia recente no Brasil já alcançou vastos resultados internacionalmente. Por fim, ressalta-se a necessidade de mais estudos que elucidem estratégias de promoção e prevenção na saúde suplementar e, principalmente, acerca do GC no Brasil.

PERCEPTION OF USERS AND CAREGIVERS ABOUT MANAGEMENT OF CHRONIC PATIENTS IN SUPPLEMENTARY HEALTH INSURANCE

ABSTRACT

Objective: to clarify the perception of beneficiaries of a health insurance company and their caregivers regarding the Chronic Patients Management program. **Methods:** descriptive study with a qualitative approach. Data were collected in May and June 2019 through semi-structured interviews with nine beneficiaries participating in the Chronic Patient Management program and seven caregivers. The data assessment was realized through a thematic content analysis. **Results:** from the interviews analysis, two categories emerged: Support network through the management of the chronic condition and Limitations experienced. In the first category, it was found that the management of the chronic condition by a case manager is seen by the participants and caregivers, as a refuge and support during the illness, contributing to the reduction of costs and burdens for both groups. The second category showed that the limitations were due to administrative barriers inherent to health services and the lack of knowledge when performing case management. **Final considerations:** with this strategy, there was a burden reduction both on patients and caregivers. However, such results could be enhanced with the consolidation and improvement of the healthcare team, carrying out case discussions and elaborating care plans, mainly by implementing home visits in the program.

Keywords: Supplementary health. Chronic disease. Health promotion. Disease prevention.

PERCEPCIÓN DE USUARIOS Y CUIDADORES SOBRE LA GESTIÓN DE ENFERMOS CRÓNICOS EN LA SALUD SUPLEMENTARIA

RESUMEN

Objetivo: dilucidar la percepción de los beneficiarios de una Operadora de Salud y sus cuidadores a respecto del programa de Gestión de Enfermos Crónicos. **Método:** estudio descriptivo de abordaje cualitativo. Los datos fueron recolectados en mayo y junio de 2019 por medio de entrevista semiestructurada con nueve beneficiarios participantes del programa de Gestión de Enfermos Crónicos y siete cuidadores. Los datos fueron evaluados por medio del análisis de contenido modalidad temática. **Resultado:** del análisis de las entrevistas surgieron dos categorías: Red de apoyo mediante la gestión de la condición crónica y Limitaciones experienciales. En la primera categoría, se constató que la Gestión de la condición crónica por un Gestor de caso es percibido por los participantes y cuidadores como refugio y amparo durante el enfermarse y, así, contribuye en la disminución de los encargos y de la sobrecarga para ambos los grupos. Ya en la segunda categoría, se verificó que las limitaciones provienen de impedimentos administrativos inherentes de los servicios de salud por el desconocimiento de estar siendo realizada la Gestión de Caso. **Consideraciones Finales:** con esta estrategia hubo la disminución de la sobrecarga del paciente y del cuidador, pero tales resultados podrán ser potenciados con la solidificación y el perfeccionamiento del equipo, realización de discusiones de casos, elaboración de planificaciones de cuidados y, principalmente, al implantar visitas domiciliarias en el programa.

Palabras clave: Salud suplementaria. Enfermedad crónica. Promoción de la salud. Prevención de enfermedades.

REFERÊNCIAS

1. Medeiros CRG, Koetz LCE, Grave MTQ, Raupp LM, Salvadori M, Freitag AL. Estrategia Saúde da família e morbimortalidade por doenças crônicas evitáveis em pequenos municípios. Rev. Baiana de Saúde

Pública. 2018; 42(1):59-75. doi: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2018.v42.n1.a2589>

2. Rodrigues MM, Martins L, Silva DMGV, Meirelles BHS, Arruda C, Reckziegel JCL. Percepção de pessoas com doença crônica acerca da internação hospitalar. *J Nurs UFPE online* 2017;11(6):2368-74. doi: 10.5205/reuol.10827-96111-1-ED.1106201715

3. World Health Organization. Saving lives, spending less: A strategic response to non communicable diseases. [Internet]. 2018. [cited 2019 Jun 25]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272534/WHO-NMH-NVI-18.8-eng.pdf?ua=1>

4. Pereira SEA, Costa D, Penido R, Batista ANS, Calheiros A, Ferreira GV, et al. Fatores de risco e complicações de doenças crônicas não transmissíveis. *Rev. cienc. Saúde* 2017;10(4):213-219. doi: <http://dx.doi.org/10.15448/1983-652X.2017.4.26446>

5. Brasil. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília:Ministério da Saúde. [Internet]. 2014. [citado em 25 Jun 2019]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf

6. Brasil. Manual de certificação de boas práticas em atenção Primária à Saúde de operadoras de planos privados de Assistência à saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Anexo IV. [Internet]. 2018.[citado em 24 Jun 2019]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/ANEXO/RN/RN_440/Anexo_IV_APS_13_12_2018_sem_marca%C3%A7%C3%B5es.pdf

7. Organização Pan-Americana da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar brasileira: resultados do laboratório de inovação. [Internet]. 2014.[citado em 25 Jun 2019]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/laboratorio_inovacao_2013.pdf

8. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar. [Internet]. 2011.[citado em 25 Jun 2019]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/manual_promoprev_web.pdf

9. Malta DC, Stopa SR, Pereira CA, Szwarcwald CL, Oliveira M, Reis AC. Cobertura de Planos de Saúde na população brasileira, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciênc. Saúde Colet*. 2017; 22(1): 179-90. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017221.16782015>

10. Bardin L. Lisboa: Análise de conteúdo. São Paulo: Ed. Revista Ampliada; 2016.

11. Brasil. Cartilha para a Modelagem de Programas para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças. Agência Nacional de Saúde Suplementar. 2011. p.80.

12. Alves DC, Ugá MAD, Portela MC. Promoção da saúde, prevenção de doenças e utilização de serviços: avaliação das ações de uma operadora

de plano de saúde brasileira. *Cad. Saúde Colet*. 2016; 24 (2): 153-161. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201600020199>

13. Hudon C, Chouinard MC, Pluye P, El Sherif R, Bush PL, Rihoux B, et al. Characteristics of case management in Primary Care associated with positive outcomes for frequent users of Health Care: A Systematic Review. *Annals of family medicine*. 2019; 17 (5): 448-458. doi: 10.1370/afm.2419

14. Joo JY, Liu MF. Case management effectiveness for managing chronic illnesses in Korea: a systematic review. [Internet] *Int. nurs. rev.* 2019 [cited in 26 Jun 2019];66 (1): 30-42]. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/inr.12472>

15. Stokes J, Panagioti M, Alam R, Checkland K, Cheraghi-Sohi S, Bower P. Effectiveness of Case Management for 'At Risk' Patients in Primary Care: a Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoSOne*. 2015; 10(7): e0132340. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0132340>

16. Organização Pan-Americana da Saúde [homepage on the Internet]. Mendes EV. Brasília: O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia Saúde da Família; 2012.

17. Case Management Society of America. Standards of Practice for Case Management. [Internet]. 2016 [cited in 26 Jun 2019]; 1-40. Available from: <https://www.miccsi.org/wp-content/uploads/2017/03/CMSA-Standards-2016.pdf>

18. Silva AE, Braga PP, Sena RR, Duarte ED, Sena LR. Cuidados paliativos domiciliares: revisão integrativa. *Ciênc., Cuid. Saúde*. 2019; 18(3): e41994. doi: 10.4025/cienccuidsaude.v18i3.41994

19. Morales-Asencio JM, Martin-Santos FJ, Kaknani S, Morilla-Herrera JC, Cuevas Fernández-Gallego M, García-Mayor S, et al. Living with chronicity and complexity: Lessons for redesigning case management from patients' life stories - A qualitative study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2016; 22(1):122-132. doi: <https://doi.org/10.1111/jep.12300>

20. Stagg SJ, Speroni KG, Daniel MG, Eigenbrode H, Geisler L. Evaluation of text messaging effects on health goal adherence in the management of participants with chronic diseases. *Prof Case Manag*. 2017; 22(3):126-135. doi: 10.1097/NCM.0000000000000190

21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012 [citado em 26 Jun 2019]; (2).

22. Machado HSV, Melo EA, Paula LGN. Medicina de Família e Comunidade na saúde suplementar do Brasil: implicações para o Sistema Único de Saúde e para os médicos. *Cad. Saúde Pública*. 2019; 35(11): e00068419. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00068419>

23. Daros RF, Gomes RS, Silva FH, Lopes TC. A satisfação do beneficiário da saúde suplementar sob a perspectiva da qualidade e integralidade. *Physis* 2016;26(2):525-547. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312016000200010>

Endereço para correspondência: Patrícia Chatalov Ferreira. Rua Osvaldo Cruz, 324, apto 05. Maringá, Paraná, Brasil. (44) 99717-6616 / pattychatalovf@gmail.com.

Data de recebimento: 26/07/2019

Data de aprovação: 28/02/2020

Apoio Financeiro:

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) - Código de Financiamento 001
