

O CUIDADO INTEGRADO NA SAÚDE SUPLEMENTAR DO BRASIL: UMA DISCUSSÃO ATRAVÉS DA METODOLOGIA DELPHI

*THE INTEGRATED CARE IN PRIVATE HEALTH IN BRAZIL:
A DISCUSSION BY DELPHI METHODOLOGY*

RESUMO

Introdução: O cuidado integrado é um modelo de atenção presente em vários sistemas de saúde. No Brasil, especificamente no setor privado, não está consolidado por vários motivos, como: incompreensão conceitual do modelo, a falta de identificação do papel do coordenador da atenção e ausência de indução da Agência Nacional de Saúde. **Objetivo:** discutir o cuidado integrado para o cuidado do idoso portador de doença crônica no sistema de saúde privado. **Método:** estudo descritivo, exploratório, qualitativo, através de uma entrevista semiestruturada com 9 (nove) especialistas. **Resultados:** todos entrevistados responderam aos questionários com respostas atreladas a distintas categorias, como conceito, elementos do modelo, a relação com operadoras e as barreiras ao desenvolvimento do modelo. **Discussão:** não houve consenso entre os entrevistados em relação ao conceito e elementos que o compõe, mas sim que a falta de pactos sociais/cultura da sociedade/família na responsabilidade compartilhada de cuidar dos idosos e a *judicialização* da assistência foram sugestões comuns de aspectos que impedem o desenvolvimento do modelo. **Conclusão:** há barreiras a serem transpostas para a consolidação do modelo e para isso seria necessário: (i) elaborar diretrizes para implantar uma coordenação

PALAVRAS-CHAVE:

Idoso. Doenças crônicas. Saúde suplementar. Modelos assistenciais de saúde.

de atenção à saúde nos moldes das ações da atenção primária em saúde; e (ii) reconhecer a importância de análises epidemiológicas.

ABSTRACT

Introduction: Integrated care is a model of attention present in several health systems. In Brazil, specifically in the private sector, it is not consolidated for several reasons, such as conceptual misunderstanding of the model, lack of identification about the role of the coordinator of care and absence of induction of the National Health Agency. **Aims:** to discuss the care of the elderly with chronic illness in the private health system. **Method:** descriptive, exploratory, qualitative study, through a semi structured interview with 9 specialists. **Results:** all respondents answered the questionnaires with answers linked to different categories, such as concept, elements of the model, the relationship with operators and barriers to the development of the model. **Discussion:** there was no consensus among the interviewees regarding the concept and elements that compose it, but rather that the lack of social/cultural and pacts of society/family in the shared responsibility of caring for the elderly and the judicialisation of care were common suggestions of aspects that prevent the development of the model. **Conclusion:** there are barriers to be transposed to consolidate the model and for this it would be necessary to: (i) elaborate guidelines to implement a coordination of health care in the framework of actions to primary health care and (ii) recognize the importance of epidemiological analysis.

Keywords: Elderly. Chronic diseases. Supplemental Health. Health. Healthcare Models.

INTRODUÇÃO

O Cuidado Integrado (CI) é um modelo de atenção à saúde com diversas interpretações e significados. A Organização Mundial de Saúde (OMS) o considera como um processo contínuo de cuidados em que a prestação de serviços de saúde é organizada de forma a integrar diferentes processos e profissionais de saúde, facilitando os cuidados preventivos e curativos, de acordo com as necessidades e nos diferentes níveis do sistema de saúde^[1]. O CI é um modelo que agrega qualidade à atenção à saúde quando valoriza a efetividade e a eficiência do sistema de saúde. Seu objetivo é intervir na fragmentação do cuidado e oferecer uma atenção coordenada^[2].

O modelo pode ser caracterizado pelos tipos de ações da equipe de profissionais que organiza o cuidado de forma integrada ou a partir de uma sistematização do trabalho, dentro dos diferentes níveis de um sistema de saúde^[2-3]. Além disso, em função dos níveis de integração: (i) nível sistêmico, em que integrar significa uma melhor coordenação do alinhamento das políticas, regras e regulação nos sistemas de saúde; (ii) nível normativo, em que há o desenvolvimento de valores compartilhados, de cultura e da visão entre as organizações, os grupos e os profissionais; (iii) nível organizacional, em que o cuidado é coordenado nos serviços de diferentes organizações de saúde e ou de diferentes serviços numa mesma organização de saúde; (iv) nível administrativo, em função do alinhamento de processos, funções, gestão e finanças dos serviços de saúde; (v) nível clínico, em que a forma de coordenação do cuidado permite um cuidado contínuo, como uma

linha de cuidado na rede de serviços^[3].

No Brasil, características do modelo podem ser encontradas na política de redes de atenção no Sistema Único de Saúde (SUS) e nos programas de promoção e prevenção de doenças, no sistema de saúde suplementar, privado. As políticas de redes de atenção orientam que os serviços que as compõe ofereçam cuidados de forma contínua, coordenados pela estratégia da saúde da família e em conformidade com diretrizes da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS)^[4]. A implantação das redes de atenção oferece uma mudança paradigmática no modelo de saúde pública, pois direciona as estratégias para as doenças crônicas e cita dois elementos comuns ao cuidado integrado: a tecnologia de informação e a cooperação entre as unidades dotadas de autonomia.

Na saúde suplementar no Brasil, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), uma autarquia federal, regula esse sistema e, dentre as suas finalidades: a promoção da defesa do interesse da população que possui seguro de saúde, a regulação das empresas que oferecem seguros e a contribuição para o desenvolvimento da saúde no Brasil^[5]. A ANS lançou, em 2011, um programa denominado Promoção de Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde (PROMOPREV), que orienta e incentiva as Operadoras de Saúde (OPS) a desenvolverem programas de cuidado integrado.

O modelo de Cuidado Integrado (CI) do sistema de saúde suplementar do Brasil ainda não tem uma padronização. A ANS incentiva a organização e a prática desse modelo pelas OPS e uma das formas encontradas, entre os anos de 2009 e 2013, foi incentivar a adoção do modelo através dos incentivos fiscais. Em 2011, a ANS permitiu que as operadoras realocassem os investimentos em programas nos moldes do PROMOPREV em seus ativos contábeis^[5]. A ANS estimula, mas não direciona modelos, considerando que cada OPS assista seus pacientes, com diferentes características e perfis de doenças, de acordo com os seus propósitos específicos^[5-7].

O objetivo do artigo foi discutir como é realizado o cuidado integrado para o idoso portador de doença crônica, no sistema de saúde privado, através da ótica de especialistas no tema, através da técnica Delphi.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, qualitativo, através de uma entrevista semiestruturada com 9 (nove) especialistas, realizada em 2014. Os entrevistados foram selecionados a partir dos seguintes critérios de inclusão: (i) especialistas com experiência teórico-prática nessa temática; (ii) inseridos em ambos sistemas de saúde, público e privado; (iii) consultores e ou atuantes em pesquisas acadêmicas. Seus nomes foram mantidos em sigilo, tais quais suas respostas, conforme o protocolo de pesquisa acordado previamente. O método deste trabalho foi nomeado de ausculta inspirado no modelo Delphi, cujo objetivo é a formação de conceitos ou julgamentos, detectando apreciações e opiniões de especialistas e ou de informantes privilegiados^[8].

A pesquisa foi iniciada a partir do envio do convite formal representado por uma carta de apresentação do trabalho. Nesta carta constava a descrição do trabalho, objetivos e formato de realização; por seu teor, foi também considerada como termo de consentimento e garantia do

sigilo dos entrevistados. As entrevistas foram realizadas através do correio eletrônico individual e a questão norteadora foi compreender os motivos relacionados ao retraído desenvolvimento do cuidado integrado no sistema de saúde suplementar, do Brasil.

Para este estudo, 9 (nove) perguntas relacionadas ao cuidado integrado foram elaboradas com base nos conhecimentos existentes na literatura científica e no resultado de uma pesquisa realizada com os pacientes de um programa de cuidados integrados de uma operadora de saúde. Essa pesquisa concluiu que os pacientes que aderiram ao programa de cuidado integrado foram menos internados^[9].

As respostas foram organizadas em nove categorias: (i) a heterogeneidade conceitual como explicação da não expansão do modelo de cuidado integrado; (ii) os elementos constituintes do modelo de cuidado integrado; (iii) os indicadores de desempenho do modelo; (iv) o papel da ANS na regulação e fiscalização; (v) os fatores contribuintes para a difusão do cuidado integrado no Brasil; (vi) a heterogeneidade das metodologias de avaliação dos resultados dos modelos de cuidado integrado como barreiras para expansão; (vii) o crescimento do cuidado integrado no sistema de saúde privado brasileiro, (viii) o idoso como foco estratégico do cuidado integrado no Brasil; (ix) o fator financeiro como um empecilho para o desenvolvimento e aprimoramento do cuidado integrado.

Esta pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública com o número 10333512.2.0000.5240 em janeiro de 2013.

RESULTADOS

Os resultados foram apresentados de acordo com as categorias criadas.

1 - Heterogeneidade conceitual como explicação da não expansão do modelo de cuidado integrado

Divisão equilibrada nas respostas dos especialistas, com cinco respondendo que sim e quatro afirmando que não existe essa relação entre heterogeneidade conceitual e retraimento do modelo.

2 - Elementos constituintes do modelo de cuidado integrado

Houve consenso de que o papel do coordenador da atenção é fundamental e independe de sua categoria profissional. Outros elementos do modelo apontados por todos: (i) a presença de diretrizes assistenciais norteadoras das tomadas de decisão na prática clínica; (ii) a clara definição dos indicadores de inclusão de inserção dos participantes no modelo; (iii) a definição de um método de análise dos resultados. Outros dois adicionados por um entrevistado: (iv) a *judicialização* da assistência; (v) a falta de pactos/cultura da sociedade/família na responsabilidade compartilhada de cuidar dos idosos.

3 - Indicadores de desempenho

Consenso de que todos os indicadores apresentados faziam parte do modelo e novos foram sugeridos. Dentre eles, destacaram-se: (i) engajamento dos pacientes na mudança de hábitos, como fim do tabagismo e do sedentarismo; (ii) avaliação da capacidade funcional como indicador de independência; (iii) quantidade de consultas ao médico assistente, procedimentos e exames solicitados por este profissional e/ou por outros; (iv) número de participantes novos e o número

de evasões no programa.

4 - Papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar

Consenso de que a ANS tem um papel indutor, regulador e fiscalizador dos programas, contudo, foram feitas críticas em relação à sua atuação.

5 - Fatores contribuintes para a difusão do modelo de cuidado integrado

Nesta categoria, a premissa foi que a população idosa e a conseqüente ascensão das doenças crônicas são as principais forças-motriz do modelo. A premissa foi aceita pelos entrevistados com unanimidade. Outros fatores foram acrescentados, com destaque: a inovação e os incentivos diretos pelas OPS e pela ANS. Outra informação extraída foi de que o modelo de atenção hoje praticado deve ser mudado.

6 - A heterogeneidade das metodologias de avaliação dos resultados dos modelos de cuidado integrado como barreira a expansão

Consenso entre os entrevistados que a heterogeneidade metodológica é um empecilho à difusão, pois dificulta a formalização de um padrão de resultados para o modelo.

7 - Crescimento do modelo no sistema de saúde suplementar

Nesta categoria houve uma divisão no grupo em que cinco entrevistados afirmaram que sim, há um crescimento sem, no entanto, ponderar com fatos; os outros, no entanto, não concordaram, com diferentes argumentações, em afirmar que há crescimento do modelo no sistema de saúde suplementar privado do Brasil. Para esses quatro, não há crescimento e sim retração, como o fim de programas existentes.

8 - O idoso como foco estratégico do cuidado integrado

Consenso de que os idosos deveriam ser o foco, mas as características do sistema privado, como a fragmentação da linha de cuidado e o direcionamento ao lucro imediato, impedem um avanço do modelo voltado ao envelhecimento. Este grupo etário, independente do quantitativo de comorbidades e doenças crônicas que apresentam, forma um conjunto populacional que mais utiliza o sistema de saúde em busca de respostas para suas queixas e descompensações clínicas, seja ao nível ambulatorial ou hospitalar.

9 - O fator financeiro como um empecilho para o desenvolvimento e aprimoramento do cuidado integrado

Consenso que sim, é um empecilho. Entretanto afirmaram que, principalmente no momento atual de recessão que o país enfrenta, o fator financeiro deveria ser um dos critérios para se investir em um modelo cujos resultados podem ser alcançados mesmo a longo prazo, dependendo da escolha do indicador.

DISCUSSÃO

As perguntas abarcaram fatores que foram considerados, em sua maioria, barreiras para o desenvolvimento do cuidado integrado do Brasil. As entrevistas apontaram que o modelo, em seu conceito, sugere mudanças paradigmáticas do vigente, incluindo a educação dos profissionais de saúde e dos pacientes e o investimento em promoção de saúde e prevenção de agravos, o que exige mais tempo para a verificação dos resultados.

A falta de consenso no próprio nome do modelo foi registrada como barreira e se confirma

na literatura^[10-11]. Contudo a falta de consenso não se restringe ao termo cuidado integrado, pois esta expressão “significa diferentes coisas para diferentes pessoas”.

Dentre os elementos que caracterizam, o destaque dado foi ao papel do coordenador que deve estar presente em qualquer nível de integração, pois é o elemento-chave do modelo e responsável pelo processo, apontado na literatura como o elemento mais relevante para garantia da continuidade das ações, uma das características do modelo^[12]. Contudo, sua presença é melhor compreendida quando se destaca o nível da gestão e assistência clínica. É através do coordenador assistencial que haverá o alinhamento entre o plano terapêutico e os diferentes profissionais, a interseção das informações e a otimização dos recursos para o alcance dos objetivos traçados. Para isso, destacam-se também a importância de um sistema de comunicação e informação, a sistematização do registro das informações e o uso de *devices* tecnológicos. O processo de integração do trabalho assistencial inclui o sistema de informação unificado e a disponibilização das informações em uma plataforma única eletrônica, por exemplo, otimiza a rotina de trabalho e evita solicitações de exames complementares desnecessários^[13-14]

A falta de pactos sociais/cultura da sociedade/família na responsabilidade compartilhada de cuidar dos idosos e a *judicialização* da assistência foram sugestões de aspectos que impedem o desenvolvimento do modelo. Atualmente, podem ser considerados como pontos complexos do sistema. No que tange à falta de pactos social e a cultura da sociedade, por vezes, as famílias imputam no sistema a responsabilidade social, ou seja, a obrigação do seu cuidado a partir do momento que custeiam uma prestação de serviços, seja através dos impostos pagos ao governo, seja através do pagamento mensal a uma empresa privada. Neste item, pôde ser verificado que a busca pela integração dos sistemas de saúde e social é uma decisão inclusive política, sendo um dos países de destaque a Holanda, onde o cuidado integrado é mais conhecido como *seamlesscare ou transmuralcare*. Desde a década de 90, o governo holandês tem elaborado o cuidado integrado com a busca pela interseção entre os prestadores de atendimento em saúde, como os hospitais, o atendimento domiciliar, a atenção primária e os recursos sociais que podem ser disponibilizados^[15].

No Brasil, a aproximação entre os dois sistemas, de saúde e social, é mais reconhecida no sistema público, quando se destacam os direitos sociais dos pacientes portadores de doenças como o câncer e a distribuição de medicamentos gratuitos^[16-17]. Há um documento, de 2013, do Ministério da Saúde que descreve caminhos a serem instituídos para o cuidado das doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde, nome concebido no país para o modelo de cuidado integrado na saúde pública^[17]. Já no sistema suplementar, a dificuldade advinda da falta de alinhamento entre os sistemas de saúde e social neste contexto é mais bem representada pelo quantitativo de ações judiciais. A ANS monitora a satisfação do cliente em relação aos atendimentos das operadoras de saúde (OPS) e este nível é bastante heterogêneo na medida em que há várias empresas atuando no Brasil, apesar desse índice medido em 2013 ter sido considerado elevado. Deve-se ressaltar que em alguns países as operadoras de saúde já perceberam que a integração do cuidado ao nível do sistema de saúde e do sistema social promove vantagens e passaram a desenvolver ações para este fim^[5,6,18].

Ao se discutirem os indicadores de desempenho, alguns são passíveis de simples aferição. São importantes na medida em que são utilizados para readequar o plano terapêutico proposto. Como consequência, o plano de cuidado adapta-se de acordo com as novas necessidades do paciente. Importante registrar que esta readequação poderá ocorrer em qualquer indicador,

assistencial ou gerencial e cabe, ainda, enfatizar que diante das premissas do modelo de cuidado integrado, as mudanças que podem acontecer nos indicadores devem ser analisadas com critério. A discussão sobre quais indicadores utilizar está relacionada ao contexto em que o modelo será desenvolvido e por isso carece de uma padronização. Uma diretriz básica é conhecer o perfil epidemiológico da população e este deve ser o caminho inicial possível, estimulando o serviço a desenvolver seus próprios indicadores posteriormente.

Em relação à ANS, os especialistas formularam críticas à atuação desta autarquia. A primeira delas é que o sistema suplementar não investe na atenção primária, ou seja, nas ações de promoção de saúde e prevenção de doenças. Destaca-se que no documento “laboratório de inovação na Saúde Suplementar”, a ANS discorre sobre a importância de inovar no sistema de saúde, discute o paradigma do modelo assistencial vigente com as críticas relacionadas ao sistema de saúde fragmentado e propõe o Programa de Prevenção de doenças e Promoção de saúde^[5,6,18].

Entre as respostas sobre os fatores contribuintes para a difusão do modelo, destaca-se aquela que aponta a necessidade de reflexão sobre o modelo hoje praticado, diante da postura dos profissionais da área. A formação médica foi um item apontado para que haja mudança do sistema ou mesmo para que o modelo seja implantado. Para tais ações, talvez tenham que ocorrer mudanças nas escolas médicas e, mais ainda, nas sociedades médicas^[19].

Outro ponto de destaque foi a ausência da atenção primária no sistema suplementar, focada na prevenção de doenças e promoção de saúde^[20-21]. O cuidado integrado coordenado pela atenção primária existe implantado em diferentes cidades na América Latina, dentre elas em São Paulo, no Brasil, na província de Neuquén, na Argentina; na Europa, em Barcelona, com as Organizações sanitárias Integradas, na Espanha e em algumas cidades da Alemanha^[22-24].

Como barreira à expansão do modelo foi consenso também a escassez de uma uniformidade metodológica nos trabalhos científicos. Há uma abundância de literatura na língua inglesa e uma escassez na portuguesa. Em um levantamento bibliométrico na literatura a respeito do tema foi verificado que há um grande número de publicações sobre cuidado integrado, inclusive com a definição de seis dos principais domínios envolvidos com o tema: definição conceitual, profissionais envolvidos em equipe, doenças crônicas, tipo de sistemas de saúde, sistema de informação e legislação. Entretanto, as diferentes carências que ainda existem no entendimento do modelo como os mecanismos e as estratégias de aplicação corroboram com as dificuldades na sua expansão^[25-26].

Em relação ao crescimento do modelo no Brasil, quase a metade dos entrevistados afirmou que não houve crescimento, com explicações diversas. Dentre elas, que não há interesse na implantação do modelo de atenção primária e o que rege é a fragmentação do cuidado. Um dos motivos é a livre escolha do paciente em escolher seus profissionais, que em sua maioria, são credenciados às OPS. A partir desta última afirmação, surge outra questão não abordada no trabalho, que é o uso abusivo pelos recursos da saúde. Por este ponto de vista, do excesso da utilização, o cuidado integrado poderia ser uma resposta eficiente ao modelo vigente^[27].

Entretanto, do subgrupo que concordou com a afirmação que há uma expansão do modelo, foram identificadas ressalvas no crescimento, como uma velocidade menor atualmente e dentre os motivos citados: o tipo de financiamento do sistema, a definição dos papéis exercidos pelos profissionais, a compreensão do modelo pelo paciente e a literatura científica aplicada.

Quando os entrevistados discutiram o foco nos idosos como prioridade do modelo, apesar

do consenso entre os participantes de que este grupo deveria ser privilegiado, houve uma ressalva reflexiva de um entrevistado. Este contrapôs a questão demográfica como justificativa e que o cuidado integrado deveria ser consolidado para combater a fragmentação do sistema.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pretendeu-se discutir sob a ótica dos gestores e pesquisadores o modelo de cuidado integrado no Brasil. Foram registrados diversos elementos acrescentados pelos entrevistados nas diferentes categorias pré-elaboradas, o que corrobora a complexidade da sua consolidação cuja normatização e regulação está sob responsabilidade da ANS. Pode-se observar que áreas sem consenso na literatura também foram apontadas pelos entrevistados como importantes, como a heterogeneidade conceitual, heterogeneidade dos artigos científicos e, como uma característica do Brasil, o amadurecimento do papel da ANS neste campo.

Cabe destacar que na estratégia política em relação ao modelo de cuidado adotado, pode-se optar no direcionamento do modelo de cuidado integrado para os idosos e para os portadores de doenças crônicas em seus diferentes arranjos, dentre eles: (i) os hospitais de reabilitação para facilitar a desospitalização e a transição para o cuidado domiciliar; (ii) as hospedarias para os pacientes em fase avançada de doença cujas famílias preferem que a morte não ocorra em casa; (iii) o cuidado domiciliar, outra opção de cuidado fora do hospital; (iv) o cuidado ambulatorial com uma equipe de gerenciadores de saúde para que os paciente possam ter sua saúde e os agravos advindos das doenças acompanhados por uma equipe de especialistas em gerontologia, normalmente capacitados em cuidar do paciente de forma holística.

A conclusão que se chega é que, para a consolidação do modelo de cuidado integrado no sistema de saúde suplementar, privado, no Brasil, é necessário reordenar o formato atual, com a elaboração de uma proposta de cuidado mais adequada para realidade do local, realinhar as ações do cuidado assistencial de acordo com as prioridades que são eleitas pelas características demográficas e epidemiológicas da população. Remodelar os critérios de acompanhamento e, por conseguinte, dos indicadores de resultado, incluindo uma revisão do tempo para análise dos mesmos, aprimorar tecnicamente os profissionais de saúde para exercer suas funções nesta proposta de cuidado, avançar nas metodologias de análise dos resultados, assim como avançar nas discussões do papel da ANS, para que possa amadurecer e capitanear o modelo no sistema de saúde suplementar privado do Brasil são algumas das sugestões.

Caso haja interesse nos questionários, escrever para o autor principal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organização Mundial da Saúde. Integrated health services – What and Why? Technical Brief No.1, [Internet] 2008. [citado em 2015, 10 janeiro]. Disponível em: http://www.who.int/healthsystems/technical_brief_final.pdf.
2. Kodner DL; Spreenwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. *Int J Integr Care*. 2002 Oct-Dec; 2: e12.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Ministério da Saúde. [Internet] 2013. [citado em 2014, 31 dez.]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20_cuidado_pessoas%20_doencas_cronicas.pdf.
4. Organização Pan Americana de Saúde. http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=343&Itemid=0. Acesso em 11 de janeiro de 2015.
5. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Por que estimular as inovações assistenciais em promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar? In: Laboratório de inovação na Saúde Suplementar. 2012.
6. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução normativa 264. http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=1795. Acesso em 28 de março de 2015.
7. Veras RP. Gerenciamento de doença crônica: equívoco para o grupo etário dos idosos. *Rev Saúde Pública*, 2012;46(6): 929-34.
8. Munaretto LF; Correa HL; Cunha JAC. Um estudo sobre as características do método Delphi e de grupo focal, como técnicas na obtenção de dados em pesquisas exploratórias. *Rev. Adm. UFSM, Santa Maria*, 2013 jan/mar; 6(1): 09-24.
9. Fonseca AC; Fonseca MJM; Mendes Júnior WV. O cuidado integrado e a qualidade de vida dos idosos portadores de doenças crônicas: revisão sistemática. *Enferm. Rev.* 2014 jan/abr; 17(01).
10. Minkman M; Ahaus K; Fabbriotti I; Nabitiz U; Huijsman R. A quality management model for integrated care: results of a Delphi and Concept Mapping study. *Int J Qual Health Care*. 2009 fev; 21(1):66-75.
11. Coleman K; Austin BT; Brach C; Wagner EH. Evidence On The Chronic Care Model In The New Millennium. *Health affairs*. Vol 28, Number 1.
12. Goodwin N; Dixon A; Anderson G; Wodchis W. Providing integrated care for older people with complex needs. Lessons from seven international case studies. The Kings Fund. [Internet] 2014 jan; [citado em 2014, 17 jan.] Disponível em: <http://www.kingsfund.org.uk/publications/providing-integrated-care-older-people-complex-needs>.
13. Agência Americana de Qualidade e Pesquisa na Saúde. Agency for healthcare research and quality. Health Information Technology Integration. In <http://www.ahrq.gov/professionals/prevention-chronic-care/improve/health-it/>. Acesso em 24 de janeiro de 2015.
14. NHS Technology Funds: Strategic Investment to support Integrated Care. <http://healthinsights.co.uk/static/presentations/pdf/Health%20Insights%20-%20Tech%20Fund%20%20Strategic%20Investment%20to%20support%20integrated%20care%2029042014%20>

FINAL.pdf. Acesso em 24 de janeiro de 2015.

15. Vliet K, Oudenampsen D. Integrated care in the Netherlands. Verwey-Jonker Instituut. 2004. <http://www.verwey-jonker.nl/doc/participatie/D3551878.pdf>. Acesso em 24 de janeiro de 2015
16. Instituto Nacional do Câncer. Direito dos pacientes portadores de câncer. http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/orientacoes/site/home/direitos_sociais_cancer. Acesso em 24 de janeiro de 2015.
17. Ministério da saúde. <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/legislacao/dst.php>. Acesso em 24 de janeiro de 2015.
18. Agência Nacional de Saúde Suplementar. ANS avalia pela 1ª vez a satisfação do consumidor com sua operadora. [Internet]. 2013, 02 out; [citado em: 2015, 24 jan.]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/sobre-a-ans/2250-ans-avalia-pela-primeira-vez-a-satisfacao-do-consumidor-com-sua-operadora-de-planos-de-saude?highlight=WyJzYXRpc2ZhXHUwMGU3XHUwMGUzbyJd>.
19. Oliveira JED; Carrilo SV; Almeida CAN. O papel de novas escolas de medicina no ensino médico do Brasil. *Pediatria Moderna*, 2003 mai.; XXXIX(5).
20. Organização Pan Americana de Saúde. Relatório mundial. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília, 2003.
21. Santos AS; Karsch UM; Montanés CM. A rede de serviços de atenção à saúde do idoso na cidade de Barcelona e na Cidade de São Paulo. *Serv. Soc. São Paulo*, 2010 abr/jun; 102: 365-386.
22. Navarrete MLV; Lorenzo IV. Organizaciones Sanitarias Integradas. Un estudio de casos. www.consorcio.org/.../organizaciones-sanitarias-integradas...estudio-de-ca. Acesso em 15 de janeiro de 2015.
23. Giovanella L. Redes integradas, programas de gestão clínica e generalista coordenador: análise das reformas recentes do setor ambulatorial na Alemanha. *Ciê Saúde Colet*, 2011; 16(Supl.1):1081-1096.
24. Rosen R, Mountford J, Lewis G, Lewis R, Shand J, Shaw S. Integration in action: four international case studies. Research report. [Internet]. July 2011. [citado em: 2014, 31 dez]. Disponível em: <http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/integration-in-action-research-report-jul11.pdf>.
25. Sun X, Tang W, Ye T, Zhang Y, Wen B, Zhang L. Integrated care: a comprehensive bibliometric analysis and literature review. *Int J Integr Care*. 2014 Jun 12; 14:e017. E Collection 2014.
26. Curry N; Ham C. Clinical and service integration. The route to improved outcomes. The king's fund 2010. Acesso em 10 de janeiro de 2015.
27. Entrevista com Edward Wagner. <http://www.kingsfund.org.uk/audio-video/edward-wagner-chronic-care-model-and-integrated-care>. Acesso em 25 de janeiro de 2015.