

Conectados e coordenados

Serviços customizados
para os idosos

Outubro de 2015



Apresentação

O aumento da expectativa de vida e o declínio da taxa de fertilidade são realidades do século 21. O crescimento do número de idosos, a diminuição da população ativa e as mudanças no estilo de vida nos levam a buscar saídas para uma questão crucial: como tornar eficiente e sustentável a oferta de cuidados de saúde numa sociedade em franco processo de envelhecimento.

As respostas para esse desafio exigem uma análise ampla, que vá muito além da esfera de organizações e profissionais do setor de saúde. Produção e consumo de alimentos saudáveis, soluções de transporte e moradia inteligentes, uso da tecnologia para assistência remota e inclusão social são alguns fatores que também contam para manter a saúde dos idosos.

Todas essas iniciativas fazem parte de um modelo de prestação de serviços capaz de oferecer melhor qualidade de vida e bem-estar para essa população. Elas exigem, porém, uma mudança de mentalidade, soluções inovadoras e precisam ser tratadas de forma coordenada para se tornarem efetivas.

Neste documento, apresentamos alguns casos de sucesso que registramos nessa área e descrevemos oito fatores-chave para criar um sistema de saúde que melhore a qualidade de vida dos idosos.



Fernando Alves
Sócio-presidente
PwC Brasil



Eliane Kihara
Sócia e líder do setor de Saúde
PwC Brasil

Estamos entrando em uma nova era da saúde

A saúde é importante para cada um de nós como indivíduos e para a sociedade – ela nos conecta como nenhum outro tema. Além de constituir a base da nossa prosperidade econômica, política, social e ambiental, é uma das maiores indústrias do planeta.

Duas premissas estão por trás da abordagem tradicional de assistência à saúde: que ela serve para tratar doenças e que é dominada por um grupo específico de profissionais. Precisamos de uma forma diferente de lidar com a curva de envelhecimento e com a incidência crescente de enfermidades crônicas – uma abordagem que redirecione o foco do cuidado e da cura para a vitalidade e o bem-estar, e que passe de intervenções episódicas para serviços integrados personalizados. Também precisamos levar o atendimento para mais perto do cidadão e gerenciar a saúde de maneira coletiva.

Novos entrantes de outros setores estão abrindo caminho no segmento, mas preservar a saúde da população se tornará, em última instância, um esforço compartilhado.

Este relatório destaca a necessidade de mudar a nossa mentalidade para reformular o ambiente atual e criar meios mais eficazes e inovadores de fornecer serviços para sociedades que estão envelhecendo. Quem conseguir entender e responder rapidamente a mudança será vencedor no novo paradigma.

A transformação é iminente. Uma nova era de assistência à saúde está surgindo. Você está pronto?



Conteúdo

O preço do progresso

04

Porque o modelo de assistência aos idosos não é sustentável nem eficiente em termos de custos

05

Novo modelo de prestação de serviços para os idosos

07

Como satisfazer às necessidades de forma personalizada

08

Integração total

15

O rumo para um novo modelo de assistência

16

Esforço compartilhado

24

O preço do progresso

Duas mudanças relacionadas – e notáveis – aconteceram no último século. Graças à expansão do saneamento e da água potável, os avanços na nutrição, à medicina moderna e a melhores condições de moradia, vencemos muitos dos males dos quais nossos antepassados morriam. E a vida média dos seres humanos mais do que dobrou. Em 1900, as doenças infecciosas eram a principal causa de morte no mundo, mesmo em países desenvolvidos, como os Estados Unidos. Hoje, o câncer e problemas cardíacos.¹ A expectativa de vida global ao nascer aumentou de 30 para 70 anos no mesmo período.²

Esse enorme avanço na longevidade humana tem um preço. Enquanto as doenças infecciosas fazem vítimas entre jovens e idosos da mesma forma, as doenças crônicas se tornam mais prevalentes com a idade. Sendo assim, no âmbito dos sistemas de saúde atuais, os idosos consomem mais assistência à saúde. Nos Estados Unidos, por exemplo, os cidadãos mais idosos representam 14,7% da população, mas consomem 33,9% do orçamento de assistência à saúde.³ Um padrão semelhante prevalece nos 15 países da União Europeia, com uma despesa *per capita* com saúde que praticamente dobra entre 66 e 86 anos.⁴ No Brasil, em 2015, 7,9% da população tinha mais de 65 anos, porém suas internações representaram 19,2% do total e 25,5% do valor.⁵

Além disso, índices de fertilidade declinantes representaram um duplo golpe demográfico: enquanto o número de pessoas idosas aumenta, o de trabalhadores disponíveis para fornecer, e custear, seu atendimento está caindo (ver Figura 1). Mudanças de estilos de vida também significam que menos idosos poderão contar com a ajuda dos seus familiares. Praticamente um quarto de todos os norte-americanos e europeus ocidentais vivem sozinho.

Na Austrália, mantidas as tendências atuais, haverá um aumento de 90% no total de lares habitados por pessoas sozinhas com mais de 65 anos entre 1996 e 2021.⁶ Viver sozinho também é um hábito em ascensão em muitos países emergentes. Um estudo do IBGE mostra que, entre 1992 e 2012, aumentou 215% a quantidade de idosos morando sozinhos no Brasil, enquanto a população aumentou 117%.⁷ Desses idosos, 65% são mulheres. A empresa de pesquisas Euromonitor International prevê que haverá 288 milhões de lares unipessoais até 2020 – em comparação com 240 milhões em 2010.⁸

A qualidade da assistência que os indivíduos demandam aumenta a cada geração. O amplo acesso a informações viabilizado pelas novas tecnologias e o aumento dos gastos pessoais com assistência à saúde (na forma de altos prêmios de seguros e franquias) elevaram o nível de exigências das pessoas. Soma-se a essa mudança na postura das pessoas como consumidoras: a norma é

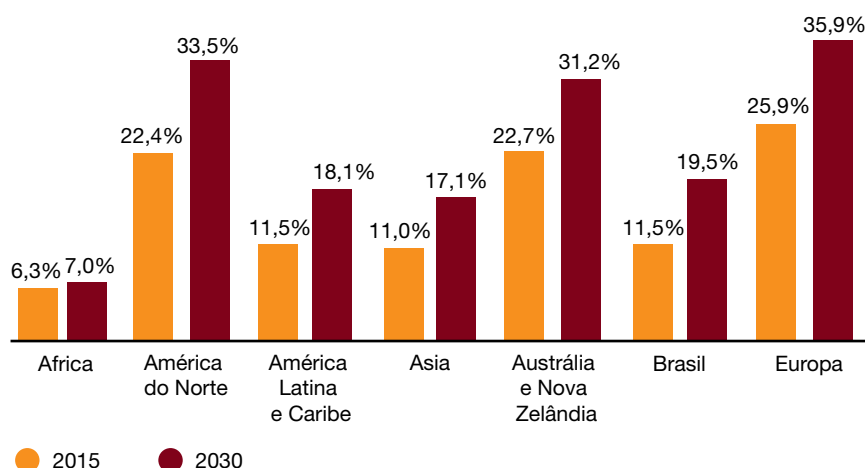
ter a possibilidade de dar opinião, ter alternativas e conveniência. Consequentemente, elas querem mais opções e informações sobre os serviços que recebem, sobre as decisões relacionadas ao seu atendimento e padrões mais elevados de tratamento.

Cada vez mais as pessoas querem ter a opção de serviços em suas próprias casas. Um estudo australiano concluiu que mais de 60% dos idosos acima de 70 anos preferem receber atendimento em casa caso não possam cuidar de si mesmos, em comparação com 28% que preferem receber atendimento em lares para idosos. O restante prefere receber apoio da família.⁹

A questão é: como podemos fornecer esse atendimento? Se o número de pessoas acima de 65 anos crescer cerca de 60% nos próximos 15 anos – e levando em conta que elas exigem mais cuidados com a idade e que teremos menos profissionais para fazer esse trabalho – como poderemos cuidar de todas elas?

Figura 1: A relação entre aposentados e trabalhadores está crescendo

População com 65 anos ou mais por grupo de 100 pessoas em idade de trabalho (15–64 anos)



Fonte: Nações Unidas, *Perspectivas da População Mundial: Revisão de 2012* (2012) e IBGE (2015).

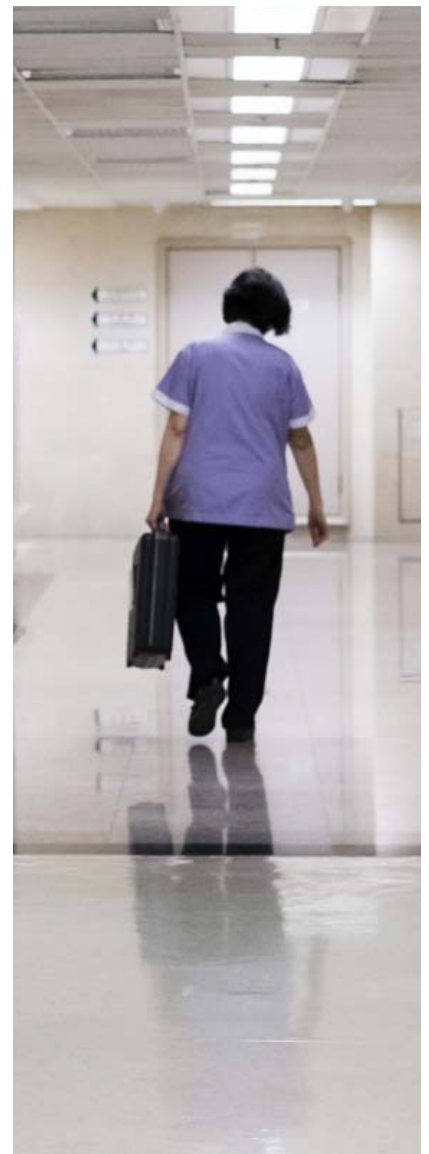
Porque o modelo de assistência aos idosos não é sustentável nem eficiente em termos de custos

O modelo atual de assistência aos idosos é economicamente insustentável porque se baseia em um sistema de saúde caro e concentrado em hospitais. Para conceber uma alternativa melhor, precisamos começar entendendo as reais necessidades dos idosos e por que atualmente gastamos tanto para atendê-los.

A cultura é um fator importante. A saúde geralmente é definida com base na “doença”, e as pessoas mais velhas têm mais doenças do que as mais novas. Portanto, de um ponto de vista clínico, os idosos sofrem mais enfermidades – e a solução para isso é mais assistência à saúde. Mas os próprios idosos costumam ter uma visão diferente da sua situação. Em uma pesquisa com 650 idosos realizada na Holanda, por exemplo, dois terços dos respondentes – independentemente da idade – disseram que o seu estado geral de saúde era bom ou muito bom.¹⁰ Em outras palavras, eles desfrutavam da vida, não se viam como doentes e não queriam ser medicados.

Uma pesquisa do geriatra britânico Ian Philp reforça essas conclusões. Quando perguntadas sobre as suas necessidades, observa Philp, as pessoas idosas citam três prioridades máximas: manejo da dor, companhia e ajuda financeira – nessa ordem.¹¹ Isso mostra que os prestadores de serviços de assistência à saúde estão focando a questão errada: eles querem saber o que está errado com o paciente e não o que importa para o paciente.

Mas as premissas clínicas enraizadas são apenas um motivo para a assistência aos idosos ser tão cara. Os outros fatores são estruturais. Na maioria dos países, a assistência primária, secundária, comunitária e social é organizada de maneira separada, com profissionais atuando em um ambiente que incentiva a especialização e a segregação. No melhor dos casos, quem precisa de assistência é obrigado a percorrer um caminho tortuoso pelo sistema. Na pior hipótese, isso causa conflitos entre diferentes prestadores de assistência médica e gastos desnecessários com exames e serviços duplicados. Além disso, os idosos acabam sendo enviados de uma organização ou departamento para outro. Confrontados com a dificuldade de se movimentar em um sistema fragmentado, muitos optam pela alternativa mais simples de procurar o serviço de emergência.



Da mesma forma, na maioria dos países, os recursos financeiros são alocados para instituições individuais, e não para redes de organizações com objetivos compartilhados. Cada instituição está isolada financeiramente, com sua própria receita vinda dos governos federal ou local, de seguros-saúde e de pacientes, ou uma mistura das quatro. Muitos dos mecanismos de reembolso que são usados também fornecem incentivos perversos (ver quadro “**Volume versus valor**”). E não há uma única agência responsável por coordenar os cuidados que as pessoas recebem ou pelos resultados e custos totais.

O efeito prático é o direcionamento dos recursos para a parte mais cara do sistema de saúde: o hospital. Muitos idosos que poderiam ser tratados na própria comunidade e apoiados para viver de modo independente acabam no hospital, algumas vezes por períodos muito longos. O problema é que os hospitais foram originalmente projetados para isolar pessoas com doenças infecciosas, não para tratar as que têm enfermidades prolongadas não transmissíveis.

Em resumo, inclinações culturais, falhas sistêmicas e precedentes históricos conduziram a um aumento nos gastos com assistência médica aos idosos, criando um modelo que não é adequado nem sustentável.

Se vamos ter de lidar com a curva de envelhecimento, precisaremos adotar uma nova abordagem, na qual os serviços de saúde e bem-estar sejam coordenados de forma integrada para atender com eficácia e eficiência às necessidades dos idosos, muitos dos quais talvez tenham complexas comorbidades.

Volume versus valor

Todos os modelos de reembolso mais comuns têm inconvenientes. A abordagem de *fee for service* premia a produtividade, mas desestimula a eficiência, enquanto a diária (pela qual os hospitais e lares de idosos recebem uma taxa acordada por dia de leito) fornece um incentivo para tratar os pacientes por mais tempo do que o necessário.

O pagamento por caso (*payment per case*), pelo qual os hospitais recebem um pagamento único e padrão por todos os casos, independentemente do custo real dos cuidados, incentiva o problema oposto: a alta precoce e a readmissão frequente. E o agrupamento com base no diagnóstico (pelo qual os hospitais recebem um pagamento combinado, que cobre uma série de tratamentos e serviços para uma condição específica) é muito difícil de administrar.

A capitação (*capitation*), segundo a qual os profissionais de saúde recebem uma quantia fixa de recursos per capita para cobrir as necessidades médicas de uma população específica por um período determinado, talvez seja o melhor modelo. Mas ele também deve ser gerenciado com muito cuidado para evitar a restrição de assistência em detrimento dos resultados.

Novo modelo de prestação de serviços para os idosos

Um novo modelo de prestação de serviços para os idosos deve apresentar várias características fundamentais, conforme ilustrado na Figura 2. Ele deve ser muito mais holístico, com ênfase em vitalidade e inclusão, tanto quanto em cuidados, e focado na autoavaliação da qualidade de vida e do bem-estar, e não em doenças. Também deve ser organizado em torno de comunidades, não instituições, com grupos de prestadores de serviços que compartilhem a responsabilidade pelos orçamentos que gerenciam e pela qualidade dos serviços personalizados que fornecem.

Além disso, esse modelo deve levar os serviços de apoio para mais perto possível do cidadão. Empresas como Apple, Google e Amazon transformaram o varejo levando a loja até o cliente – e as experiências on-line que elas oferecem estão moldando as expectativas dos consumidores em relação a outros setores, como reconhecem muitas das empresas que agora invadem o ramo da saúde. Esses novos e revolucionários atores estão aproveitando a conectividade sem fio e os dispositivos móveis avançados para eliminar fronteiras tradicionais de assistência médica e oferecer serviços de saúde e bem-estar em qualquer lugar.¹²

O novo modelo também deve premiar resultados – conforme definido pelos próprios idosos – e não atividades, já que não é o número de intervenções, mas a sua eficácia, que conta. No caso de muitos sistemas, isso exigirá uma mudança na medição de resultados. Se o objetivo é ter qualidade de vida, as pesquisas sobre a experiência do cliente podem gerar *insights* valiosos sobre como avaliamos resultados, por exemplo.

Por último, o modelo deve ser colaborativo. Oferecer assistência individualizada e integrada implica a dissolução da “divisão clássica entre médicos de família e hospitais, entre a saúde física e mental, entre assistência médica e social, entre prevenção e tratamento”¹³ e entre público e privado. De fato, muitos dos fatores que influenciam o bem-estar e a qualidade de vida – alimentação nutritiva, oferta habitacional adequada, uma infraestrutura de comunicações confiável, entre outras questões – estão fora do controle de prestadores de assistência médica e social. Manter a saúde da população, portanto, não é apenas um trabalho para o médico, enfermeiro ou assistente social; é um desafio e uma oportunidade coletiva para muitas organizações de vários setores. Com a poderosa revolução causada por novas tecnologias e novos entrantes de outros setores no segmento de assistência à saúde, essa abordagem coletiva dá aos idosos poderes para cocriar o sistema de assistência à saúde de que todos precisamos, e de uma forma barata.

Figura 2: Precisamos adotar uma abordagem mais personalizada e integrada de prestação de serviços de saúde para os idosos



Como satisfazer às necessidades de forma personalizada

Atender às diversas necessidades de uma sociedade que envelhece é um desafio importante. Um modelo mais personalizado daria flexibilidade aos prestadores de serviços para lidar com a heterogeneidade da população – a fim de tratar as diferenças entre sexos, classes socioeconômicas, arranjos sociais, cognição, humor, solidão e fragilidade.

Como funciona na prática um novo modelo de prestação de serviços personalizados? Vamos abordar brevemente as suas características fundamentais.

#1. Ajudar os idosos a se manter independentes e saudáveis pelo maior tempo possível

“Melhor prevenir do que remediar”, já diz o ditado, e vale lembrar que algumas das principais causas de doenças são evitáveis. O primeiro passo, portanto, é educar os idosos a assumir a responsabilidade por seu próprio bem-estar e dar a eles o apoio de que precisam. Algumas medidas – como orientação nutricional e ajuda para parar de fumar – se enquadram perfeitamente no âmbito dos cuidados de saúde. Outras – como proibir fumar, imposto sobre o cigarro e facilidade de acesso barato a academias – dependem de intervenções políticas.

O próximo passo é reduzir os riscos a que os idosos estão mais vulneráveis. As pessoas mais velhas são, por exemplo, mais suscetíveis a infecções, são mais instáveis em pé e estão mais propensas a viverem sozinhas. Vários estudos mostram que a imunização contra gripe, a pneumonia e o herpes zoster reduz o número de internações hospitalares e a mortalidade associada a elas.¹⁴

Programas de prevenção à queda têm benefícios similares, enquanto serviços (digitais) de amizade e atividades em grupo podem aliviar o isolamento social – que dobra o risco de morte prematura.¹⁵

Habitações adequadas (em termos de tamanho, localização, layout e equipamentos internos e externos) são igualmente importantes para ajudar as pessoas a permanecerem em casa quando envelhecem. Por isso, a oferta de imóveis deve refletir as necessidades das populações mais maduras. Os imóveis antigos também podem ser adaptados com recursos para facilitar a vida, como interfones na porta de entrada, corrimãos, automação completa e tecnologia móvel. De fato, a tecnologia pode dar uma contribuição importante para ajudar os idosos a manter a saúde e a independência, seja por meio de recursos para facilitar a vida, aplicativos de dieta e exercício, jogos e *e-books* para estimular a mente ou redes sociais que proporcionem companhia. Os idosos também precisam de acesso ao transporte para ficar conectados com suas comunidades, seus amigos e parentes. Os carros sem motorista podem ser uma solução no futuro, mas, por enquanto, o benefício dos serviços de transporte para idosos não deve ser menosprezado.

#2. Ajudar os idosos a lidar com doenças crônicas de baixa complexidade

Muito pode ser feito para ajudar os idosos a lidar com doenças crônicas de baixa complexidade também. A detecção precoce, usando análise de *big data*, que fornece *insights* e previsões, é essencial, mas ainda há dúvida sobre a importância dos check-ups anuais.¹⁶ Por outro lado, programas nacionais de rastreamento têm se revelado muito eficazes.¹⁷ A estratificação de riscos também permite que o médico identifique pacientes com alto risco e, conseqüentemente, custos elevados, e seja mais proativo no tratamento.

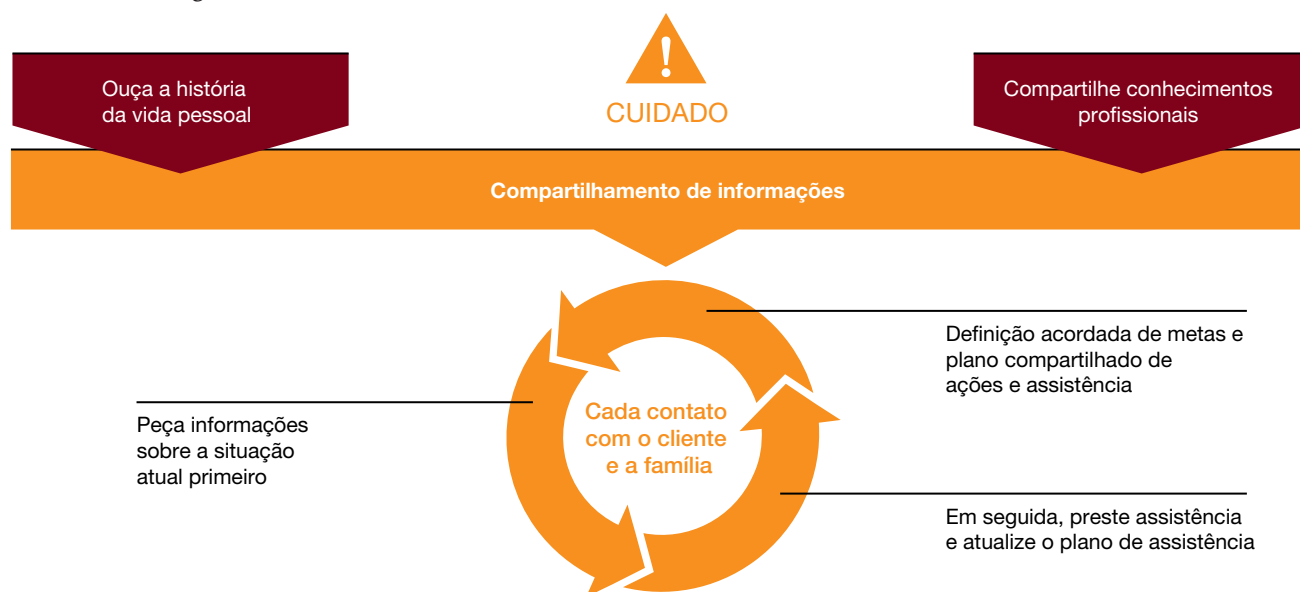
A intervenção eficaz também é essencial. O segredo nesse caso é o planejamento colaborativo personalizado (ver Figura 3). As pessoas com doenças crônicas ficam relativamente pouco tempo em contato com os profissionais responsáveis pelo seu tratamento do que com seus próprios cuidadores, ou, no caso dos Estados Unidos, com comunidades de saúde como C3N, *Connected Living* e *PatientsLikeMe*. Combinar a experiência e a perspectiva dos idosos e dos responsáveis por seu tratamento médico permite que as pessoas com doenças crônicas expressem as suas necessidades e preferências de tratamento. Isso também as incentiva a cuidar melhor da sua saúde e do seu bem-estar.

A tecnologia, como *telessaúde*, *wearables* e softwares de detecção baseados em sensores nas casas, está ajudando cada vez mais os idosos e seus familiares a se relacionar e se comunicar com os prestadores de serviços do seu próprio jeito.

Médicos, enfermeiros e assistentes sociais mais progressistas já reconhecem isso. Eles sabem que o melhor tratamento é o compartilhado, pois permite que as pessoas tomem decisões por si próprias, fundamentadas nos conhecimentos dos profissionais consultados. A Alloheim é uma empresa alemã de assistência à saúde em rápido crescimento e com um intenso foco no cliente.

Figura 3: Planejamento personalizado colaborativo permite que os indivíduos participem do processo de tratamento

Uma nova abordagem de consulta



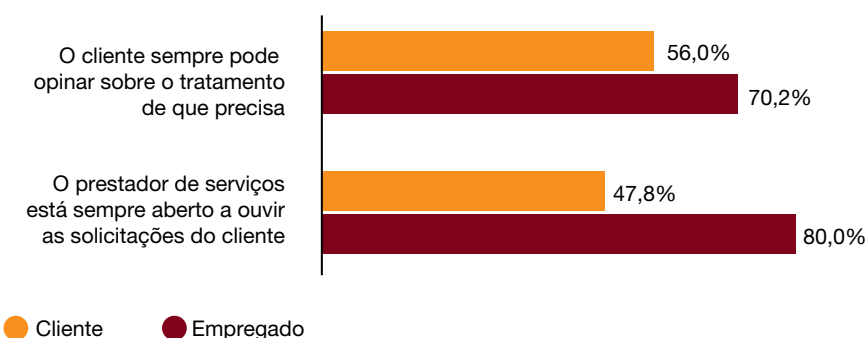
Fonte: Adaptação de Angela Coulter et al., “Delivering better services for people with long-term conditions: Building the house of care”, The King’s Fund, outubro/2013.



Com sua missão – “Wir dienen ihrer Lebensqualität” (Fornecemos qualidade de vida) –, a Alloheim é um exemplo de uma empresa de sucesso que treina seus funcionários de forma proativa para que se concentrem nas necessidades e nos desejos dos clientes idosos e prestem um serviço personalizado. Nem todos os agentes de saúde, no entanto, têm essa percepção. Segundo pesquisas de *benchmarking* multidimensional realizadas entre 2010 e 2015 pela ActiZ, associação holandesa de empreendedores de saúde, os pacientes são menos propensos a concordar que têm influência em seu tratamento do que os profissionais que os atendem. (ver Figura 4).

Figura 4: Alguns agentes de saúde não ouvem seus clientes tanto quanto dizem ouvir

Respostas fornecidas por funcionários e moradores de lares para idosos mostram os percentuais dos que concordam com cada afirmação



Fonte: Aad Koster (CEO, ActiZ) e Robbert-Jan Poerstamper (Sócio, PwC Holanda) “Benchmarking multidimensional na assistência a idosos”, apresentação na 10ª Conferência Internacional de Lares e Serviços para Idosos – IAHS (Xangai, 18 de novembro de 2013).

#3. Ajudar os idosos que têm comorbidades complexas a se manterem independentes

Em algum momento de suas vidas, muitos idosos desenvolverão comorbidades causadas pelo envelhecimento – não importa o quanto se cuidem ou os cuidados que receberem.¹⁸ Nesses casos, é crucial realizar uma avaliação multidimensional de fragilidades relacionadas à saúde física e mental, à capacidade funcional, às circunstâncias sociais e ao ambiente familiar do idoso. Isso deve constituir a base de um plano de tratamento, apoio e acompanhamento holístico.

Considerando que os idosos com comorbidades geralmente precisam tomar vários medicamentos, também é importante rever suas prescrições regularmente para reduzir a polimedicação inadequada. Um estudo com pessoas acima de 80 anos de um hospital geriátrico canadense revelou que, em média, cada paciente tomava 15 medicamentos e apresentava índice de 8,9 efeitos colaterais.¹⁹

O elemento final para ajudar a manter idosos que têm comorbidades complexas fora do hospital é o acesso 24 horas por dia a serviços de suporte na comunidade. Três componentes são essenciais: equipes comunitárias multidisciplinares para atender às necessidades sociais e de saúde cotidianas das pessoas; ambulatorios para fornecer ajuda de especialistas; e serviços em horários não comerciais em casos de urgência. Os atuais sistemas de saúde centrados em hospitais não possuem um modelo econômico eficiente para atender idosos com várias comorbidades.

#4. Ajudar os idosos a reduzir o período de internação hospitalar

Obviamente, os cuidados proativos não excluem a necessidade de tratamento específico no caso de acidente ou emergência. Mas muitos idosos não precisam ser internados – e a melhor maneira de ajudar aqueles que precisam é liberá-los assim que estejam suficientemente bem para terminar a recuperação em casa. Isso não só é mais econômico como produz resultados melhores. Os idosos são mais vulneráveis a infecções adquiridas no hospital, por exemplo.²⁰ E pesquisas recentes mostram que a maioria dos pacientes fica menos ansiosa em casa.²¹ Existem várias técnicas comprovadas para minimizar o tempo que os idosos precisam permanecer no hospital. Muitos são internados com problemas não diagnosticados e justificados como questões de caráter social ou relacionadas a estresse. Avaliações geriátricas abrangentes, que incluam o rastreamento de casos de desnutrição e desidratação, ajudam a identificar problemas médicos reversíveis e a planejar todos os elementos necessários para liberar esses pacientes de forma segura. Alas e unidades especializadas no tratamento de idosos também podem melhorar a qualidade da assistência que essas pessoas recebem e reduzir o tempo de permanência hospitalar.²²

Outras técnicas incluem a alta para avaliação e o planejamento contínuo da alta. A primeira envolve estabilizar os pacientes e encaminhá-los para uma equipe de Assistência Comunitária, que concluirá a avaliação e organizará um suporte em condições domiciliar (ver Figura 5). A segunda inclui revisões de alta todos os dias. Muitos hospitais não dão alta a pacientes no sábado ou no domingo, em parte porque não têm uma equipe sênior qualificada todos os fins de semana para liberar os pacientes. Mas é muito melhor realizar revisões diárias, incluir os pacientes e seus parentes no processo de planejamento e dar alta logo que os pacientes estejam prontos.²³

Acesso rápido gera resultados

Em junho de 2010, o Hospital Poole, em Dorset, na Inglaterra, criou uma ala geriátrica especializada em atendimento intensivo, com um sistema próprio de internação, uma clínica de avaliação de acesso rápido e “triagens” todas as manhãs para pacientes considerados em bom estado para ter alta em 48 horas. Há reuniões multidisciplinares diárias com a equipe médica e representantes da assistência social, além de fortes vínculos com provedores de cuidados intermediários e de Assistência Comunitária. Como resultado, a proporção de pacientes com alta dentro de 48 horas cresceu de 20,8% para 36,5%; o tempo médio de permanência caiu 14%; e ao número médio de dias em que os leitos estão ocupados mensalmente recuou 22%.

Figura 5: Modelos de avaliação de alta direcionam os pacientes para as fontes mais adequadas de assistência adicional



Para que essas estratégias funcionem, porém, é preciso haver instalações comunitárias adequadas de assistência em todos os momentos - e essa é uma das várias áreas nas quais muitos países enfrentam enormes carências atualmente. A agência americana responsável por estatísticas de trabalho estima, por exemplo, que, se o sistema de saúde atual não for mudado, os Estados Unidos precisarão de mais 580.800 auxiliares de cuidados pessoais, 526.800 enfermeiros registrados, 424.200 auxiliares de saúde domiciliar e 312.200 assistentes de enfermaria até 2022.²⁴

A fim de se preparar para essa escassez, os governos municipais podem investir em cuidados de reabilitação domiciliar (inclusive fisioterapia e terapia fonoaudiológica) e outras políticas e programas que estimulem a recuperação em casa, o que pode representar economia financeira e melhoria de qualidade do tratamento.

#5. Ajudar os idosos a encontrar casas de repouso adequadas quando precisam delas

É inevitável que alguns idosos cheguem à situação de não poder mais cuidar de si mesmos. A assistência em uma casa de repouso é mais cara do que a oferecida na residência do paciente. Mesmo assim, é muito mais barata do que a assistência hospitalar. Nos Estados Unidos, por exemplo, o custo médio de um quarto semiprivativo em uma casa de repouso era de US\$ 222 por dia em 2012²⁵ – quase um décimo da tarifa média diária de internação, de US\$ 2.090.²⁶

A qualidade da assistência oferecida em alguns lares para idosos precisa melhorar. Uma inspeção recente em cerca de mil lares na Inglaterra encontrou falhas graves. Quase uma em cada dez casas de repouso não oferece cuidados adequados e bem-estar. A situação era ainda pior em lares para idosos com problemas médicos.²⁷

Planos detalhados de assistência individual e registros precisos – com informações atualizadas sobre o histórico médico de todos os residentes, perfil psicológico e emocional, medicamentos administrados, necessidades e preferências de comunicação – resolveriam alguns desses problemas. Outros problemas poderiam ser resolvidos com um treinamento abrangente para os profissionais envolvidos, a fim de assegurar o entendimento de todos sobre instruções clínicas e melhores práticas, inclusive sobre a importância de tratar os idosos com respeito.

O compartilhamento sistemático de informações com outros provedores de assistência também é vital. Os melhores lares de repouso mantêm contato regular com médicos de família locais, equipes de saúde comunitária, podólogos, geriatras e outros profissionais.

Eles monitoram sistematicamente os residentes para identificar condições evitáveis e organizar atividades que proporcionem estímulo mental e físico. Quando possível, envolvem os residentes nos seus próprios cuidados.²⁸

A Austrália implantou o Aged Care Gateway para ajudar os consumidores a ter acesso formal a assistência e encontrar o prestador de serviços mais adequado. Com o tempo, o sistema também incluirá informações de desempenho e qualidade dos provedores.²⁹



#6. Ajudar os idosos a falecer da melhor maneira possível com cuidados paliativos

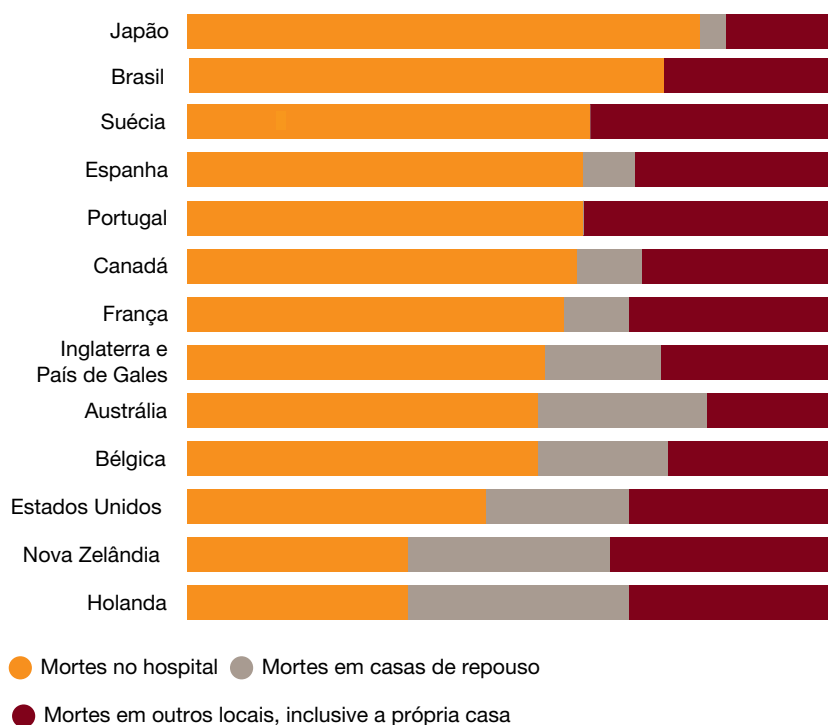
De longe, a maior parcela de despesas *per capita* com assistência médica ocorre na fase final da vida. Vários estudos mostram que a maioria das pessoas prefere morrer em casa, embora a maior parte das mortes ainda ocorra no hospital (ver Figura 6). E o hospital não é apenas o lugar onde as pessoas menos desejam morrer; é também o mais caro.

Alguns países têm adotado a Assistência Comunitária, um conjunto de programas que foram desenvolvidos para apoiar os idosos a viver em suas casas de modo independente, como uma alternativa aos cuidados institucionais. Além de respeitar a vontade dos idosos de permanecer em casa, a Assistência Comunitária custa menos do que manter os idosos em instituições especializadas.

No Reino Unido, por exemplo, o custo de um leito por dia de cuidados paliativos com o paciente hospitalizado é de 425 libras, em comparação com apenas 145 libras por dia de Assistência Comunitária no fim da vida.³⁰ Da mesma forma, na Austrália, o custo médio de morrer no hospital (considerando a internação final) é de 19 mil dólares australianos, muito acima do valor de 6 mil dólares australianos da Assistência Comunitária nos últimos três meses de vida.³¹

A morte é um negócio ainda mais caro nos Estados Unidos. Oitenta por cento dos 2,5 milhões de norte-americanos que morreram em 2011 eram beneficiários do Medicare.³² O atendimento que eles receberam nos últimos seis meses de vida custou cerca de US\$ 170 bilhões – ou US\$ 85 mil por paciente.³³ No entanto, grande parte do dinheiro gasto em cuidados no fim da vida piora, ao invés de melhorar, a experiência da morte. Muitas pessoas são submetidas a tratamentos agressivos e indesejados, em vez de receber cuidados paliativos.

Figura 6: Em muitos países, a maioria das pessoas morre no hospital



Fontes: “Where do people die? An international comparison”, *International Journal of Public Health*, Vol. 58 (2013), pp. 257-267; Centers for Disease Control and Prevention, *Saúde, Estados Unidos, 2010: With Special Feature on Death and Dying* (2011) e IBGE (2014).

O argumento humanitário de ajudar as pessoas a terminar bem a vida é tão relevante e poderoso quanto o econômico. Como podemos eticamente equilibrar as necessidades do indivíduo com as da sociedade? Deveríamos focar na preservação da vida a todo custo? Podemos – como pede o filósofo político Michael Sandel – atribuir um preço à vida?³⁴

Novamente, várias mudanças podem fazer uma grande diferença. Uma delas é a identificação precoce de pessoas em estágio final de vida para facilitar o planejamento de cuidados. Ao contrário das pessoas que são diagnosticadas com uma doença terminal, muitos idosos não experimentam um evento único que anuncie a sua morte. Assim, o Royal College of General Practitioners do Reino Unido emitiu orientações para ajudar os médicos de família a identificar em seus registros o número estimado de 1% das pessoas que morrerão dentro de 12 meses.³⁵

Isso torna mais fácil verificar as preferências das pessoas em relação ao fim da vida e coordenar os cuidados fornecidos. Permite também que o médico inicie uma conversa com essas pessoas para avaliar suas necessidades físicas, emocionais e espirituais e para que elaborem testamentos em vida que especifiquem os seus desejos, reduzindo assim a incidência de “cuidados fúteis”.

Mais investimento em equipes de cuidados paliativos para fornecer apoio emocional e ajudar a gerenciar a dor na própria casa do paciente, como também programas de empréstimos para equipamentos hospitalares especializados, permitiria que muito mais pessoas morressem em suas próprias camas. E todos os governos fariam bem se aumentassem o apoio financeiro a asilos, que são financiados principalmente por meio de doações de caridade e trabalho voluntário.

Integração total

O novo modelo de assistência não é um “bicho de sete cabeças”. Ao contrário, muitas das mudanças que ele requer não fogem do senso comum. Mas isso não significa que tais mudanças sejam fáceis de implantar. A reforma sistêmica invariavelmente é mais complexa do que a modificação pontual, e fazer a transição exigirá que dois sistemas diferentes sejam administrados de forma paralela durante alguns anos.

A experiência mostra, no entanto, que é possível fornecer assistência mais rápida e melhor, e de maneira mais econômica, com a integração de cuidados primários, secundários, comunitários e sociais (ver quadro “**A história de Canterbury**”).³⁶ Políticos, contribuintes e prestadores de serviços podem aprender muito com o caminho trilhado pelos pioneiros.

A história de Canterbury

Em 2007, o sistema de saúde de Canterbury, na Nova Zelândia, estava em crise. A população envelhecia rapidamente e as internações cresciam, e o principal hospital da cidade de Christchurch já estava constantemente “congestionado”. O conselho distrital de saúde estimou que Canterbury precisaria de outro hospital até 2020. Também seriam necessários muito mais clínicos gerais e enfermeiros, bem como 2 mil leitos adicionais em casas de repouso. Isso não era viável, pois a região já tinha um déficit de quase 17 milhões de dólares neozelandeses em um volume total de negócios pouco menor que 1,2 bilhão de dólares.

Assim, o conselho distrital de saúde iniciou um grande programa de cuidados integrados. Desde então, a taxa de internações por problemas agudos caiu. A cidade também tem o terceiro menor tempo de estada e a terceira menor taxa de novas internações por problemas agudos do país. O número de procedimentos eletivos realizados aumentou substancialmente. Vários problemas, antes tratados principalmente no hospital, agora são analisados por clínicos gerais, e a demanda por cuidados em casas de repouso se estabilizou graças à melhor assistência na comunidade.

As finanças do conselho de saúde também melhoraram drasticamente, embora um grande terremoto, em setembro de 2010, tenha eliminado um *superávit* projetado de 8 milhões de dólares para este ano. Mesmo assim, o sistema de assistência social e de saúde de Canterbury continua melhorando, e o conselho projeta um *break even* antes mesmo de 2014/15, apesar das despesas de 25 milhões de dólares geradas pelo terremoto.

O rumo para um novo modelo de assistência

O que é preciso, portanto, para criar um novo sistema de saúde que promova a qualidade de vida dos idosos? Identificamos oito fatores-chave.

#1. Visão política e coragem

Ter visão política – e a coragem para promover mudanças – é crucial. Os governos são responsáveis por formular uma estratégia nacional de assistência. E a transição para a assistência personalizada aos idosos talvez exija a intervenção governamental, especialmente nos países com sistemas de saúde orientados ao mercado ou híbridos.

Os governos são também as únicas entidades com poder para envolver *stakeholders* de outros setores. Prova disso é a imposição de requisitos legais na embalagem de cigarros, apesar da oposição feroz dos grandes fabricantes de fumo.

Muitos países talvez precisem também de novas leis que crie um órgão de coordenação abrangente ou harmonize regimes incompatíveis. O governo finlandês já abordou o primeiro desses desafios. Em março de 2014, aprovou planos para unificar a prestação de todos os serviços de assistência à saúde e bem-estar social. De acordo com o novo modelo, haverá cinco autoridades regionais, cada uma constituindo uma administração única para prover cuidados na sua área de cobertura.³⁷

Em 2011, o governo de Cingapura respondeu às necessidades de seus idosos e pôs em vigor a primeira política abrangente para assistência a esse grupo. O programa SPICE foi desenvolvido pela Agência de Assistência Integrada e atuará em parceria e colaboração com vários grupos para criar centros de cuidados para idosos durante o dia em várias regiões do país (ver quadro “**SPICE, de Cingapura**”).³⁸

SPICE, de Cingapura

O Singapore Programme for Integrated Care for the Elderly (SPICE) é um modelo desenvolvido pela Agência de Assistência Integrada (AIC, na sigla em inglês) para fornecer serviços abrangentes e integrados em domicílio e em um centro de assistência que apoia o tratamento de idosos em situação de vulnerabilidade.

O SPICE permite que idosos com necessidades de cuidados e que sejam elegíveis a internação em casas de repouso envelheçam e se recuperem de enfermidades na sua própria comunidade. Nos centros SPICE, uma equipe multidisciplinar, formada por médicos, enfermeiros, paramédicos e auxiliares, fornece serviços, como cuidados primários e preventivos, enfermagem, reabilitação, cuidados pessoais e atividades sociais e de lazer. Esses serviços são oferecidos também nas casas dos pacientes, de acordo com as necessidades individuais.

A AIC fará parceria com as Volunteer Welfare Organisations (VWOs) para operar centros SPICE em várias regiões da ilha. Esses centros vão cooperar com hospitais reestruturados e clínicos gerais na vizinhança em um modelo integrado de assistência que ajudará a reduzir internações em casas de repouso, internações hospitalares e visitas a unidades de emergência, além de diminuir o estresse do cuidador e aumentar a satisfação de pacientes e cuidadores com a assistência integrada.

#2. Aceitar a mudança e cooperar com os novos operadores

Impulsionados por megatendências como mudanças demográficas e avanços tecnológicos, os prestadores de serviços de assistência de todos os lugares precisam mudar a maneira como interagem com empresas de outros setores e com os idosos. Os novos entrantes do setor de varejo, produtos de consumo, serviços públicos, telecomunicações e tecnologia estão se expandindo e remodelando o setor da saúde.

Algumas dessas empresas exploram o crescente mercado de produtos e serviços de bem-estar e fitness. A cadeia de farmácias americana Walgreens é um desses casos. Ela adquiriu recentemente a Alliance Boots para se tornar a primeira “empresa global de saúde e bem-estar”, com presença nos principais mercados.³⁹

Outras empresas buscam ajudar os idosos a viver com mais conforto e segurança em suas próprias casas. Por exemplo, a empresa norueguesa de energia e telecomunicações Lyse lançou o piloto de um serviço de alarme contra incêndio que aciona diretamente o Corpo de Bombeiros. Ele é integrado a diferentes sistemas de automação residencial, que incluem fechaduras, iluminação, ventilação, fornos ou máquinas de café, o que torna o serviço mais seguro e preventivo.⁴⁰ Da mesma forma, o *Deutsche Post* lançou um novo serviço chamado “Personal Post” para idosos que vivem sozinhos. Os assinantes pagam uma pequena taxa mensal para que um carteiro toque a campainha e fale com eles de terça-feira a sábado. Se algo estiver errado, o carteiro notifica o serviço de assistência local, que imediatamente contata um parente.⁴¹

Outros grupos estão aproveitando as inovações tecnológicas para “virtualizar” a assistência. Em 2012, por exemplo, a Telus Health, uma divisão da operadora de telecomunicações canadense Telus, uniu-se à filial canadense da empresa farmacêutica Sanofi para lançar uma plataforma web que oferece ferramentas de monitoramento e autogestão para pacientes com diabetes.⁴² Várias empresas também desenvolveram kits de diagnóstico domiciliares de alta tecnologia – e o concurso da Fundação X Prize para criar um “tricorder” no estilo Star Trek deve levar a equipamentos ainda mais sofisticados.⁴³ Além disso, dispositivos domésticos e para vestir estão cada vez mais digitais e conectados à internet. A Internet das Coisas vai ajudar os idosos e suas famílias a gerenciar sua medicação, monitorar a dieta e a nutrição ou estimular a atividade física.

Coletivamente, esses novos grupos estão revolucionando os serviços de assistência e criando uma nova experiência para os usuários. Eles importam a disciplina econômica de outros setores, cuja característica é o foco no cliente e a receita baseada em resultados. Também fornecem aos idosos muitas das ferramentas de que essas pessoas precisam para “coproduzir” sua assistência.⁴⁴

Esse fenômeno tem duas consequências para os beneficiários e provedores de cuidados tradicionais. Primeiro, leva a algumas decisões críticas sobre se é melhor competir ou colaborar com os seus novos rivais. Segundo, altera a dinâmica do relacionamento com os idosos que precisam de serviços de apoio. Com a descentralização e a democratização da assistência à saúde, os idosos esperam ter mais influência sobre os cuidados que recebem. Eles não aceitarão mais ser identificados com base na doença e ser simplesmente informados das suas necessidades; insistirão que as suas opiniões e preferências sejam levadas em conta.



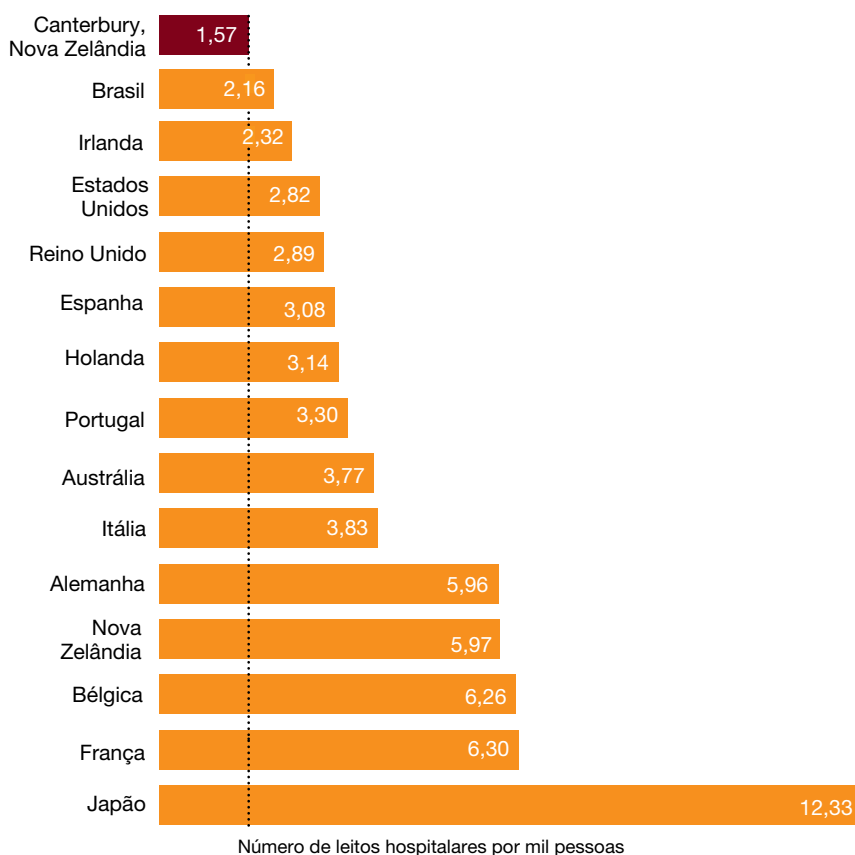
#3. Remanejamento de recursos do setor secundário

Também será preciso remanejar recursos do setor secundário para os setores de assistência social, comunitário e primário. As redes de assistência mais integradas operam com cerca de 1,57 leito hospitalar por mil pessoas, sem comprometer a qualidade do serviço que fornecem.⁴⁵ No entanto, como mostra a Figura 7, a maioria dos países está longe desse ideal.

Concentrar atendimentos médicos intensivos em menos unidades, maiores e mais centralizadas, reduz o desperdício com a duplicação de serviços e permite que as equipes melhorem suas competências tratando mais pessoas. Mas sabemos que transformar ou fechar hospitais é difícil, porque gera, com frequência, oposição do público local. Para obter a confiança da sociedade, os governos nessa situação precisam oferecer acesso a um suprimento alternativo de serviços de assistência a idosos enquanto racionalizam a infraestrutura. Já os países emergentes devem migrar diretamente para novos sistemas de prestação de atendimento para idosos, evitando copiar a infraestrutura centralizada do século 20.

O redirecionamento de recursos para outras áreas é indispensável para fechar a “lacuna de assistência” criada ao longo das últimas décadas. O atendimento secundário tornou-se cada vez mais especializado em consequência dos avanços científicos e tecnológicos. Mas, embora a especialização funcione bem com doenças isoladas, ela é muito menos eficaz para tratar problemas médicos que incluem várias doenças, como as comorbidades próprias da idade avançada.

Figura 7: Muitos países têm leitos hospitalares demais



Fonte: Business Monitor International e caso de Canterbury, Nova Zelândia e Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) Dezembro/2015.

Coube ao setor de assistência primária fazer o trabalho dos outros. Os médicos de família precisam hoje fornecer os cuidados generalistas que sempre foram sua responsabilidade, e também os tratamentos mais complexos próprios de um especialista. Esse fenômeno está impulsionando a demanda por generalistas e geriatras. A American Geriatrics Society, por exemplo, prevê que os Estados Unidos precisarão de mais de 30 mil geriatras em 2030 – em comparação com cerca de 7,5 mil atualmente.⁴⁶

No entanto, o número de especialistas está crescendo muito mais rapidamente que o de generalistas. Um grande número de países terá, portanto, de melhorar drasticamente a sua capacidade de atrair clínicos gerais, alterar seus sistemas educacionais e explorar novos papéis para outros profissionais de saúde. Fornecer incentivos e redirecionar recursos do setor de atendimento secundário ajudará a financiar essas mudanças.

Os setores de cuidados paliativos, serviços sociais, bem-estar, cuidados domiciliares e casas de repouso também precisarão de recursos financeiros adicionais para prestar serviços integrados personalizados para os diferentes tipos de idosos que identificamos no início deste relatório e, assim, gerenciar o impacto da curva demográfica. Para apoiar essa tendência, muitos profissionais que fornecem assistência domiciliar precisarão de treinamento focado nas reais capacidades e necessidades dos idosos. Como exemplo, a cidade de Copenhague decidiu, em 2010, ampliar a assistência domiciliar para os cidadãos idosos, antes focada no fornecimento de uma ajuda passiva (um auxiliar doméstico executa tarefas diárias para o cliente), e oferecer também a reabilitação. O objetivo dessa abordagem é ajudar adultos mais velhos a recuperar aptidões e preservar sua independência funcional, o que permite mantê-los por mais tempo nas suas próprias residências.⁴⁷

#4. Novos modelos de pagamento

Remanejar dinheiro de uma parte do sistema de assistência para as demais não resolverá um problema: as formas de financiamento que remuneram atividades e não resultados. Novos mecanismos e incentivos de financiamento serão necessários para corrigir essa questão. Vários modelos de pagamento inovadores surgiram nos países que estão na vanguarda da assistência integrada.

Alguns desses novos modelos empregam incentivos de pagamento baseados em resultados. Criado em abril de 2004, o modelo inglês Quality and Outcomes Framework (QOF), para clínicos gerais, é um exemplo. O QOF paga os médicos de família pelo cumprimento de determinadas metas de qualidade, mais de metade das quais está relacionada com a gestão de doenças crônicas comuns.⁴⁸

Incentivos baseados no desempenho também são usados no programa de assistência integrada *Gesundes Kinzigtal*, que atende os 31 mil

membros de dois fundos de previdência em *Kinzigtal*, no sul da Alemanha.⁴⁹ O México também está trabalhando em sistemas de incentivo baseados em desempenho e prevenção para as doenças mais prevalentes e caras: diabetes, cardiopatias, câncer e distúrbios neurológicos.

Outros países testam abordagens alternativas. O Ministério da Saúde holandês, por exemplo, lançou um regime de pagamento por pacote para tratar pessoas com diabetes, doença pulmonar obstrutiva crônica e doença vascular.⁵⁰ Da mesma forma, a Dinamarca está testando um sistema de incentivos segundo o qual os médicos de família recebem um pagamento anual antecipado para cada paciente diabético em seus registros.⁵¹

Enquanto isso, os Estados Unidos experimentam as organizações responsáveis por cuidados (ACOs, na sigla em inglês), nas quais grupos de médicos, hospitais e outros prestadores de serviços de saúde se reúnem voluntariamente para fornecer assistência coordenada. Quando uma ACO oferece serviços de assistência de alta qualidade e reduz custos, ela recebe uma parte do que foi economizado sob a forma de um pagamento antecipado e de parcelas mensais baseadas no número previsto de beneficiários cobertos.⁵²

O Serviço Nacional de Saúde (NHS) inglês está lançando o piloto de um sistema ainda mais ousado de assistência à população, que devolve à Grande Manchester o controle sobre toda a assistência social e de saúde da região. Os 10 conselhos e 15 grupos clínicos de comissionamento regionais controlarão um orçamento de 6 bilhões de libras. O objetivo é fornecer “assistência melhor e mais coordenada”.⁵³ Mas pagamentos *per capita* para redes institucionais em vez de médicos de família ainda são raros, apesar das vantagens que oferecem (ver quadro “O modelo de Manises”).⁵⁴

O modelo de Manises

Em 2009, a Bupa-Sanitas firmou um contrato com o governo de Valência para prestar assistência de saúde primária, especializada e de longo prazo para os 200 mil residentes de Manises, nos arredores de Valência, leste da Espanha. O acordo – válido por 15 anos, com opção de prorrogação por outros cinco – tem várias características peculiares. Ele usa um modelo de pagamento *per capita*, com uma taxa fixa por pessoa, independentemente do número de tratamentos prestados, o que incentiva a Bupa-Sanitas a maximizar sua eficiência e investir na prevenção de doenças, já que uma população mais saudável precisa de menos tratamentos.

O acordo também permite que os residentes de Manises, se desejarem, frequentem um hospital em uma área diferente da sua. Quando um residente vai a outro local, a Bupa-Sanitas paga ao hospital que o atendeu uma taxa padrão definida pelo governo. E quando trata alguém de um lugar fora da sua área, a Bupa-Sanitas recebe 85% da taxa. Isso cria uma competição saudável entre hospitais e impulsiona o padrão de atendimento.

Os resultados falam por si. Em 2013, mais de 90% dos pacientes foram atendidos em uma consulta de assistência primária até 48 horas depois do agendamento, em comparação com 76% em 2009. Os tempos de espera para consultas com especialistas também caíram para cerca de 16 dias, menos de um terço da média espanhola de 53 dias.

Manises também tem uma classificação alta em métricas de qualidade clínica e satisfação do paciente. Em 2012, ficou em primeiro lugar entre todos os 24 distritos de saúde de Valência no quesito de melhoria na assistência materna e paliativa, e em segundo lugar em melhorias nos resultados de saúde. Em 2013, a pontuação média de satisfação do paciente ficou em 8,17, de um total possível de 10. Os contribuintes também se beneficiaram: as parcerias público-privadas geraram uma economia entre 30-37% *per capita* em comparação com as alternativas do setor público.

#5. Novas estruturas contratuais

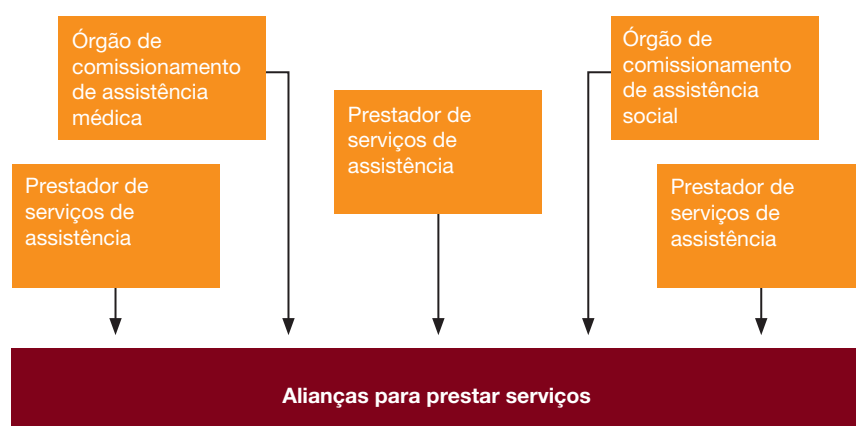
Novas estruturas contratuais também serão necessárias para alinhar de forma mais eficaz o interesse de contribuintes, fornecedores, novos entrantes de outros setores e cidadãos. A solução mais simples é reunir todos os provedores em uma única organização integrada, mas isso nem sempre é possível ou provável. Outra opção é empregar os vários tipos de contratos utilizados no setor privado, entre eles o modelo de executante principal, a joint venture e a aliança. Cada uma delas tem suas próprias vantagens e desvantagens.

- No **modelo de executante principal**, um órgão de comissionamento tem um contrato com um executante principal para realizar uma gama acordada de serviços. Esse executante, por sua vez, subcontrata terceiros para realizar alguns desses serviços
- Em uma **joint venture**, o órgão de comissionamento entra como agente contratual com vários prestadores de serviços terceirizados. Joint ventures são uma maneira eficaz de congregar especialidades e aumentar a eficiência da operação. Mas elas exigem um braço forte para superar questões culturais e estilos de gestão diferentes e, como tudo é acordado no início, talvez sejam inadequadas para gerenciar projetos que evoluem.
- Em uma **aliança**, vários órgãos de comissionamento unem forças com vários prestadores de assistência para o fornecimento dos serviços (ver Figura 8). As partes entram em acordo para

e gerenciar a integração. A vantagem desse modelo é que o órgão de comissionamento tem um único ponto de contato. A desvantagem é que ele restringe a capacidade do órgão de influenciar o comportamento dos subcontratados individuais.

especificar os princípios a serem usados para alocar tarefas, custos e as economias obtidas. Cada provedor de assistência mantém seus próprios controles internos, mas é avaliado com base no desempenho de toda a aliança. E, como cada parceiro compartilha seus lucros, todos sofrem quando um dos parceiros deixa de cumprir as suas obrigações. Alianças são especialmente adequadas para projetos complexos, nos quais os orçamentos e prazos podem sair do controle. Mas elas só funcionam quando existe uma boa relação prévia e quando os interesses de cada parceiro estão alinhados com os objetivos da aliança. Além disso, o modelo ainda não foi completamente testado no ramo da saúde, embora a experiência no mundo comercial mostre que, quando a contratação da aliança funciona bem, ela promove um espírito mais colaborativo.

Figura 8: Alianças são ideais para lidar com projetos complexos, mas em grande parte são desconhecidas no segmento de assistência



O tipo de contrato específico escolhido por um órgão de comissionamento dependerá, obviamente, dos serviços e resultados desejados e do mercado em que ele opera. Mas, independentemente da estrutura selecionada, ele deve estar preparado para entrar em um acordo de longo prazo. Atualmente, a maioria dos contratos dura apenas de um a três anos, o que representa um obstáculo para o investimento sério. Em um setor que enfrenta mudanças e perturbações, as redes de saúde precisarão ser ágeis e adaptáveis, apoiando os prestadores de serviços de assistência na criação de parcerias com empresas como Apple, Google, Amazon, Facebook, operadoras de energia e de telecomunicações e muitas outras organizações de grande porte ou *start-ups* de diferentes setores.

#6. Sistemas de informação integrada e digitização

A capacidade de fornecer serviços integrados e personalizados depende de sistemas de informação integrada, mas também de modelos contratuais e de financiamento adequados. Os serviços de assistência melhoram quando médicos, assistentes sociais e a família têm acesso imediato à informação. Mas a informação integrada não é um desafio apenas para os prestadores de serviços. Cada vez mais, os idosos e seus cuidadores terão de ser responsáveis por seus próprios dados de saúde. Novas tecnologias, inclusive dispositivos e *wearables* conectados à internet, coletam mais e mais dados (*big data*) fora das redes dos prestadores de assistência existentes. Sendo assim, o cidadão se torna o ponto central do uso de suas próprias informações, e, portanto, se envolve na prestação contínua dos serviços personalizados de que precisa.

A onda de digitização que transformou setores como os de bancos, turismo e entretenimento está revolucionando agora a assistência à saúde. Essa onda fundirá a tecnologia médica e a de consumo, levando os serviços para mais perto do consumidor.

Infelizmente, os sistemas de TI e os softwares usados pelos prestadores de assistência variam muito. Isso cria diversos problemas, inclusive erros gerados pela entrada duplicada de dados e por dificuldades para comparar informações de fontes diferentes. Além disso, a maior parte dos softwares disponíveis no mercado não pode ser facilmente adaptada aos requisitos de cada organização.

Quatro diretrizes gerais se aplicam à criação de um sistema de TI que apoie a prestação de um serviço personalizado:

- As necessidades de cada um dos *stakeholders* devem ser identificadas. A segurança clínica, obviamente, deve ser uma prioridade, assim como a segurança do próprio sistema. As informações armazenadas em registros eletrônicos de assistência são altamente confidenciais, por isso a privacidade deve ser um aspecto-chave por razões éticas e regulatórias.
- O sistema deve funcionar tanto de forma horizontal quanto vertical. A maioria dos sistemas de TI para o setor de saúde é projetada para realizar um conjunto específico de funções em um departamento ou uma organização específica. Mas os pacientes mudam de um departamento para outro e de uma organização para outra. Por isso, é vital criar um sistema que dê conta de todo o percurso do paciente.
- As informações contidas no sistema também devem ser exatas e prontamente disponíveis. Os usuários precisam, portanto, conseguir atualizá-las onde quer que estejam. Por isso, o acesso móvel é essencial.
- Por último, a terminologia e os formatos que diferentes administradores e provedores de assistência usam devem ser padronizados para incentivar o emprego mais eficaz dos ativos de TI existentes e minimizar o volume de investimento adicional necessário.

Essas diretrizes facilitarão a construção de uma rede de TI centrada no cliente realmente interoperável. Isso, por sua vez, permitirá que equipes multidisciplinares de prestação de serviços gerenciem a jornada dos idosos de modo mais eficaz, que as pessoas detenham e compartilhem seus registros pessoais e abrirá caminho para outros avanços com base nos *insights* e nas previsões geradas pelo *Big Data*.

#7. Gestão eficaz de governança e desempenho

As informações compartilhadas também são, naturalmente, um pré-requisito do gerenciamento efetivo de qualquer rede – e essa é uma tarefa muito mais difícil do que gerenciar uma única organização. A ausência de uma cadeia de comando unificada é uma diferença óbvia. Mas o que está sendo gerenciado também é diferente: orquestrar uma rede envolve administrar interações, não pessoas.

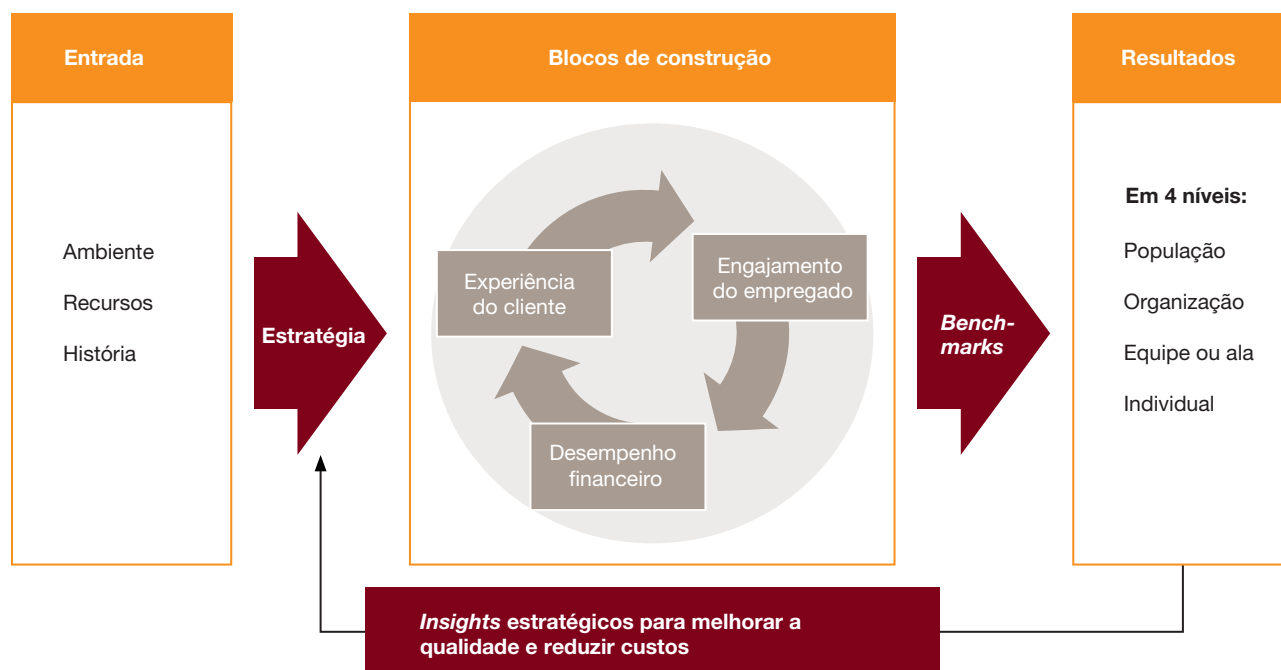
Além disso, embora a diversidade dos participantes de uma rede seja uma das suas principais forças, ela representa igualmente grandes desafios. Cada parceiro tem especialização em uma forma particular de assistência. Deve, portanto, ter liberdade suficiente para executar seu trabalho adequadamente sem comprometer o desempenho da rede como um todo. E, como os outros parceiros carecem de conhecimentos específicos, talvez seja difícil estabelecer exatamente qual é esse limite.

Processos avançados de medição e gestão de desempenho multidimensionais são essenciais nessas circunstâncias – várias métricas de desempenho clínico já foram desenvolvidas. Mas há muitas outras áreas que ainda carecem dos indicadores necessários para avaliar a assistência integrada personalizada, como as competências e o envolvimento profissional para atuar como um *coach* dos idosos.

Esses indicadores podem ser divididos livremente em duas categorias. A primeira é organizacional – o nível de integração dos processos e a facilidade com que as pessoas são transferidas de uma forma de assistência para outra. A segunda é o impacto da prestação de serviços e assistência de forma integrada personalizada – em que grau se produz uma experiência melhor para o cliente, o uso mais eficiente de recursos, economias de custo e resultados melhores tanto no nível pessoal quanto populacional.

A Figura 9 mostra a base conceitual e os elementos estruturais de um sistema de medição de desempenho multidimensional eficaz.

Figura 9: Avaliar a prestação de serviços personalizados envolve medir três elementos estruturais



Fonte: Análise da equipe da PwC e da ActiZ.

Os indicadores usados para avaliar essas dimensões podem variar de um sistema de assistência para outro, mas todos devem ser adequados, confiáveis e viáveis. Eles também devem ser passíveis de mudanças no curto ou no médio prazo, pois nenhum país pode se dar ao luxo de esperar décadas para descobrir se está avançando no rumo certo. E eles precisam fornecer informações para os stakeholders fundamentarem suas decisões. Indicadores como o Net Promoter Score (NPS) ou o Customer Effort Score (que mede o esforço necessário para um cliente realizar o que pretende) dão uma visão adicional sobre quanto as pessoas estão satisfeitas com o serviço que recebem. Na Holanda, uma pesquisa nacional de benchmarking mostra que as organizações de referência têm um desempenho equilibrado nas três dimensões estruturais: boas experiências para o cliente, impulsionadas por profissionais altamente engajados, como base para a sustentabilidade financeira.

#8. Liderança forte e transformação cultural: profissionais como coaches de idosos

A transição para um novo modelo de assistência também provoca uma grande mudança cultural – e as habilidades sociais são a parte mais difícil desse processo. Quando duas ou mais organizações se unem, as pessoas que trabalham nelas precisam adotar novas formas de pensar e de se comportar. Se as organizações para as quais elas trabalham vêm de setores diferentes, a adaptação é ainda mais difícil.

Essa nova visão da assistência envolve derrubar barreiras entre diferentes provedores, aumentando a colaboração e compartilhando responsabilidades. Isso significa pôr de lado velhos hábitos e interesses velados, superar “tribos” profissionais e construir uma cultura de confiança. A liderança inclusiva, forte e inspiradora será essencial para realizar essa mudança e estabelecer a confiança entre todos os *stakeholders*.

Muitos líderes se saem bem na criação da argumentação lógica para a mudança, mas são menos hábeis em apelar para as emoções das pessoas, e é isso que impulsiona a transformação organizacional verdadeira e sustentada.⁵⁵ Uma visão clara e uma boa comunicação são essenciais para conquistar corações e mentes. Os líderes precisarão antecipar os pensamentos e sentimentos de funcionários específicos, comunicar-se com eles de forma lúcida, consistente e convincente, convidá-los a fornecer feedback e ouvir o que eles têm a dizer.⁵⁶

Além disso, fazer as pessoas compreenderem e aceitarem a necessidade de mudança é apenas metade do desafio. Adotar um modelo integrado e mais personalizado de prestação de serviços para os idosos exige novos

conhecimentos, competências e habilidades. Por isso, é indispensável proporcionar formação adequada para os profissionais envolvidos. Módulos de e-learning e exercícios práticos on-line podem ser úteis para ajudá-los a identificar o que precisam saber e aprender no seu próprio ritmo. Em uma pesquisa realizada com profissionais holandeses que trabalham com assistência a idosos, 56% manifestaram vontade de adquirir novas competências.⁵⁷

A transição de cuidados hospitalares para serviços ambulatoriais também tem implicações importantes para a distribuição da força de trabalho. Entre 2002 e 2012, por exemplo, o número total de enfermeiros qualificados trabalhando para o NHS inglês aumentou 10%. No entanto, o número de chefes de enfermarias comunitárias, enfermeiros domiciliares e assistentes de saúde caiu 24%.⁵⁸ Essa tendência precisará ser revertida, à medida que a assistência for sendo levada de volta do hospital para a casa.

O papel que funcionários menos qualificados desempenham provavelmente se tornará mais importante, com o aumento das pressões relacionadas a pessoal e a redução que a tecnologia provoca no nível de habilidade necessário para executar certas tarefas. Mais uma vez, essas pessoas terão de ser bem treinadas. E se a expectativa é que trabalhadores com baixos salários assumam mais responsabilidades, eles terão de ser adequadamente remunerados.

Por último, é preciso eliminar a esclerose provocada pela sobreposição de camadas de gerências intermediárias. A burocracia excessiva não só aumenta os custos, também compromete a qualidade da assistência oferecida (ver quadro “De volta ao essencial”).⁵⁹

De volta ao essencial

Em 2006, a Assistência Comunitária na Holanda foi fragmentada e passou a ser oferecida, em grande parte, por profissionais mal treinados e mal remunerados. Jos de Blok, um experiente enfermeiro domiciliar, estava entre os que se sentiam frustrados com a crescente ênfase no protocolo em detrimento da assistência. Ele decidiu, então, fundar uma organização que retomou os princípios tradicionais de cuidados de saúde primários: enfermeiros qualificados que trabalhavam juntos, em pequenas equipes, para atender todos os tipos de pessoas que necessitavam de assistência e apoio.

De Blok atribuiu a cada equipe a responsabilidade por cerca de 10 pessoas e autonomia para decidir a melhor forma de cuidar delas. Isso eliminou níveis de gestão intermediária e manteve os custos baixos. Em 2014, a Buurtzorg Nederland tinha 800 equipes de 9 mil enfermeiros atendendo 70 mil pessoas, com um quadro de apoio de apenas 45 pessoas e 15 *coaches* para as equipes. A Buurtzorg foi eleita a empregadora do ano na Holanda de 2012 a 2015. Em 2014, Jos de Blok foi premiado no Reino Unido com a medalha Albert por enfatizar a humanidade em detrimento da burocracia. A Buurtzorg se expandiu para fora da Holanda e abriu filiais no Japão, na Suécia e nos Estados Unidos.

Esforço compartilhado

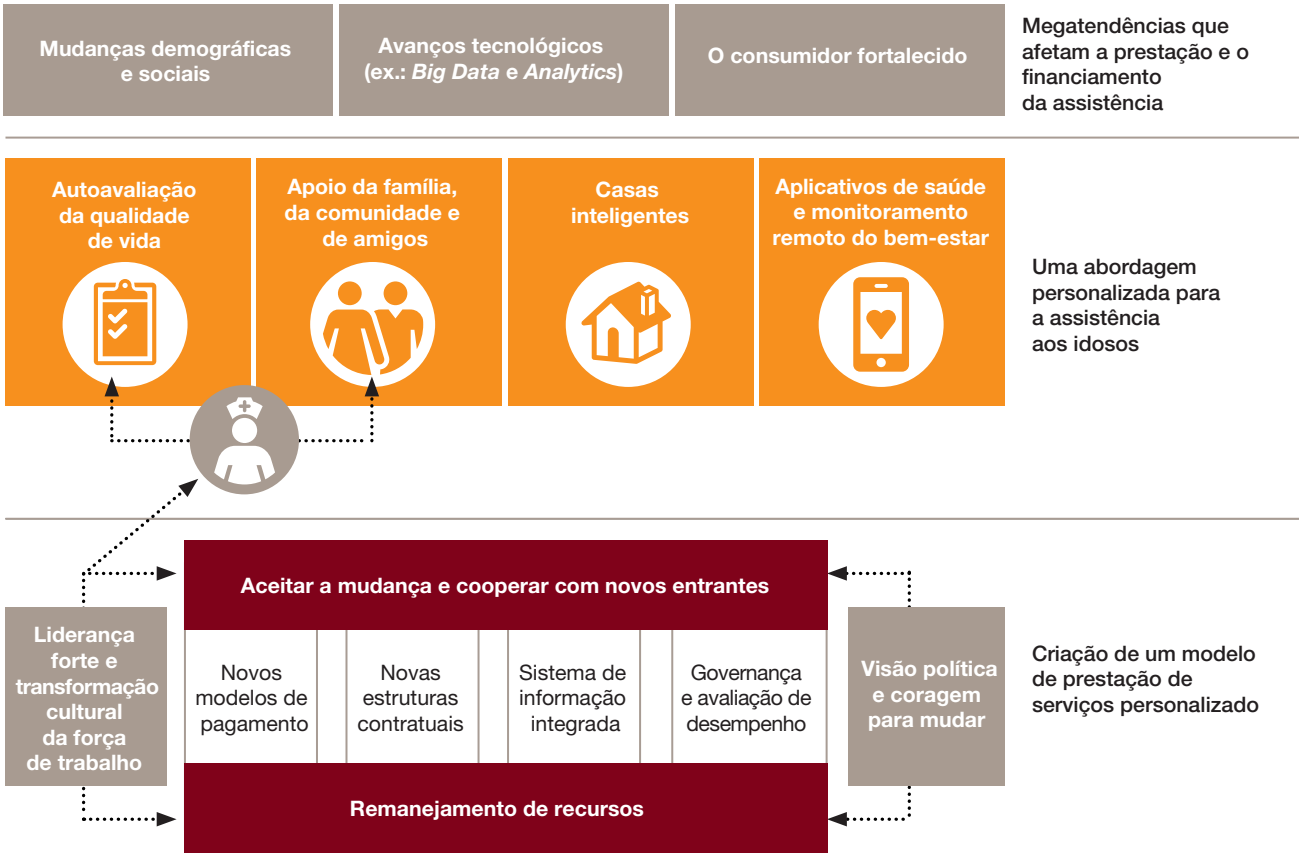


Como dissemos antes, manter a saúde de uma população cuja idade média vem aumentando não é só um trabalho e uma missão para organizações formalmente vinculadas ao setor de saúde. Lidar com o impacto da curva demográfica representa um desafio e uma oportunidade que envolvem diferentes atores de uma gama muito maior de áreas. Em última análise, é um esforço colaborativo.

Alimentação saudável, casas inteligentes, bem projetadas e eficientes do ponto de vista térmico, transporte e combustível a preços acessíveis, uma renda digna na aposentadoria e acesso a contatos sociais são questões igualmente importantes para o bem-estar dos idosos. Esses aspectos estão presentes também nos setores de construção, energia, serviços financeiros e telecomunicações, respectivamente, mas impactam a vida dos idosos e a quantidade de serviços de assistência de que eles precisam.

O roteiro de adoção de um novo modelo de prestação de serviços para os idosos varia de um país para outro, com base na maturidade e na história dos diferentes sistemas de saúde. Mas ninguém pode negar que as megatendências – desde as mudanças demográficas até os avanços tecnológicos – terão impacto sobre todas as sociedades modernas, com repercussões sobre a prestação e o financiamento da assistência. A Figura 10 ilustra uma abordagem personalizada que está surgindo em meio a essa revolução e os elementos estruturais de um novo modelo de prestação de serviços para idosos.

Figura 10: Como a dinâmica do século 21 reformula a assistência aos idosos



Fonte: Análise da PwC

O desenvolvimento de um novo modelo de prestação de serviços para idosos é um processo difícil que requer o alinhamento de incentivos e objetivos de mudança, inclusive pagamentos e estruturas contratuais, avaliação de desempenho e modelos de governança. Uma estratégia de transformação bem-sucedida orienta todos os elementos estruturais do modelo.

A história mostra que envelhecer deve ser visto como um privilégio, não um problema – e esse privilégio foi amplamente negado aos nossos antepassados. Não importa os desafios que as mudanças demográficas das próximas décadas trarão, nunca devemos esquecer o quanto somos afortunados por podermos envelhecer - desde, claro, que possamos envelhecer bem.

Referências bibliográficas

1. David S. Jones et al., "The Burden of Disease and the Changing Task of Medicine", *New England Journal of Medicine* (21 de junho de 2012). <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1113569>
2. William W. Fisher III & Talha Syed, "Infection: The Health Crisis in the Developing World and What We Should Do About It", (10 de janeiro de 2014). http://cyber.law.harvard.edu/people/tfisher/Infection_Introduction_3.0.pdf
3. Centers for Medicare and Medicaid Services, "Total Personal Health Care Spending by Gender and Age Group, Calendar Years 2002, 2004, 2006, 2008, 2010".
4. Bartosz Przywara, "Projecting future health care expenditures at European level: drivers, methodology and main results" (Comissão Europeia, 2010).
5. DATASUS, "No Brasil, em 2015, 7,9% da população tinha mais de 65 anos, porém suas internações representaram 19,2% da quantidade total e 25,5% do valor.", <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>.
6. Australian Bureau of Statistics, 2006.
7. Número de idosos que moram sozinhos triplica em 20 anos, (25 de dezembro de 2013), <http://www1.folha.uol.com.br/equilibriosaude/2013/12/1389765-numero-de-idosos-que-moram-sozinhos-triplica-em-20-anos.shtml>
8. "Singletons: The attraction of solitude", *The Economist* (25 de agosto de 2012) <http://www.economist.com/node/21560844>
9. National Seniors Australia, "The Future of Aged Care in Australia" (setembro/2010) http://nationalseniors.com.au/sites/default/files/Future_of_Aged_Care.pdf
10. Medical Delta, "Shades of Grey: Ambitions of 55+" (maio/2013).
11. Conversa com o professor Ian Philp, diretor-médico do Hull and East Yorkshire Hospitals e membro-fundador do EASYCare Project (28 de janeiro de 2015).
12. PwC, "Global health's new entrants: Meeting the world's consumer" (março/2015).
13. Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido, "Five Year Forward View" (outubro/2014) <http://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/10/5yfv-web.pdf>
14. Australian and New Zealand Society for Geriatric Medicine, "Position Statement No. 7: Immunisation of Older People – Revision Number 2" (2011) http://www.anzsgm.org/documents/PS7Immunisation300811_000.pdf
15. Carla M. Perissinotto et al., "Loneliness in Older Persons: A Predictor of Functional Decline and Death", *Archives of Internal Medicine*, Vol. 172, No. 14 (23 de julho de 2012), <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1188033&resultClick=3>
16. Ian Donald, "Health Checks and Case Finding – British Geriatrics Society Best Practice Guide" (25 de maio de 2010) http://www.bgs.org.uk/index.php?option=com_content&view=article&id=681:healthcheckscasefinding&catid=12:goodpractice&Itemid=106
17. A comprovação da eficácia do rastreamento está associada ao fato de que o rastreamento da mama reduz a probabilidade de morrer de câncer de mama em cerca de 30% para pessoas com idade entre 50 e 65 anos, e em cerca de 45% para pessoas entre 65 e 69 anos. Do mesmo modo, o rastreamento do colo do útero reduz a probabilidade de desenvolver câncer de colo do útero em cerca de 90%. Para saber mais detalhes, consulte Kerry Allen and Jon Glasby, "The billion dollar question: embedding prevention in older people's services – 10 'high impact' changes", Health Services Management Centre, Universidade de Birmingham, HSMC Policy Paper 8 (agosto/2010). <http://www.birmingham.ac.uk/Documents/college-socialsciences/social-policy/HSMC/publications/PolicyPapers/Polycypaper-8.pdf>
18. Em um estudo recente com 1,7 milhão de habitantes da Escócia, por exemplo, os pesquisadores descobriram que 23% tinham comorbidades e que essa porcentagem aumenta muito com a idade. Uma pessoa comum de 65 anos tinha duas ou mais doenças crônicas. E as pessoas que viviam na pobreza alcançavam essa situação 10 a 15 anos antes. Para obter detalhes, consulte: Karen Barnett et al., "Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study", *The Lancet*, Vol. 380, No. 9836 (7 de julho de 2012), pp. 37-43.
19. Barbara Farrell et al., "Drug-related problems in the frail elderly", *Journal of Canadian Family Physician*, Vol. 57, No. 2 (fevereiro/2011), pp. 168-169.
20. Em 2013/14, as pessoas com mais de 65 foram vítimas de 76,6% de todas as infecções por *C. difficile*, 70,8% de todas as infecções por *E. coli*, 64,4% de todas as infecções causadas por MRSA e de 49,4% de todas as infecções causadas por MSSA adquiridas nos hospitais do Sistema Nacional de Saúde inglês. Para obter detalhes, consulte: Public Health England, "Annual Epidemiological Commentary: Mandatory MRSA, MSSA and *E. coli* bacteraemia and *C. difficile* infection data, 2013/14" (10 de julho de 2014).
21. Healthcare at Home, "Addressing the hospital capacity problem: The Recovery at Home solution" (maio/2013) <http://www.hah.co.uk/sites/default/files/upload/files/Recovery%20at%20Home%20Report%20-%20202905.pdf>.
22. J. A. Richards et al. 'The Race Unit: Rapid Access and Consultant Evaluation', resumos de trabalhos apresentados na Reunião Científica da Sociedade de Geriatria Britânica no outono de 2013 (Harrogate: 20-22 de novembro de 2013).
23. David Oliver et al., "Making our health and care systems fit for an ageing population", The King's Fund (2014).
24. Bureau of Labor Statistics, US Department of Labor, "Occupations with the most job growth, 2012 and projected 2022" (19 de dezembro de 2013), <http://www.bls.gov/news.release/ecopro.t05.htm>
25. MetLife, 'The 2012 Market Survey of Nursing Home, Assisted Living, Adult Day Services and Home Care Costs (novembro/2012)', <https://www.metlife.com/assets/cao/mmi/publications/studies/2012/studies/mmi-2012-market-survey-long-term-carecosts.pdf>

26. Henry J. Kaiser Family Foundation, "Hospital-Adjusted Expenses per Inpatient Day (2012)", <http://kff.org/other/state-indicator/expenses-per-inpatient-day/>
27. Care Quality Commission, "The state of health care and adult social care in England, 2013/14" (outubro/2014).
28. Care Quality Commission, "Cracks in the Pathway: People's experiences of dementia care as they move between care homes and hospitals" (outubro/2014).
29. <http://www.myagedcare.gov.au>
30. Marie Curie Cancer Care, "Understanding the cost of end of life care in different settings" (fevereiro/2012), <http://www.mariecurie.org.uk/Documents/HEALTHCARE-PROFESSIONALS/commissioning-services/understanding-cost-end-life-care-different-settings.pdf>
31. Grattan Institute, "Dying well" (setembro/2014), <http://grattan.edu.au/wp-content/uploads/2014/09/815-dying-well.pdf>
32. "Hospice and End-of-Life Options and Costs", Debt.org, <http://www.debt.org/medical/hospice-costs/>
33. Susan Pasternak, "End-of-Life Care Constitutes Third Rail of U.S. Health Care Policy Debate", The Medicare Newsgroup (3 de junho de 2013), <http://www.medicarenewsgroup.com/context/understanding-medicare-blog/understanding-medicareblog/2013/06/03/end-of-life-care-constitutes-third-rail-of-u.s.-health-care-policy-debate>
34. "Justice with Michael Sandel: Putting a price tag on Life" (8 de setembro de 2009) <http://www.youtube.com/watch?v=0O2Rq4HJBxw>
35. Royal College of General Practitioners, "The GSF Prognostic Indicator Guidance", 4ª edição (outubro/2011), <http://www.goldstandardsframework.org.uk/cd-content/uploads/files/General%20Files/Prognostic%20Indicator%20Guidance%20October%202011.pdf>
36. Nicholas Timmins e Chris Ham, "The quest for integrated health and social care: A case study in Canterbury, New Zealand", The King's Fund (2013).
37. AVANCE, "Finland approves welcome changes to its health care system" (26 de março de 2014) <http://www.avanceattorneys.com/billboard/finland-approves-welcome-changes-to-its-health-care>
38. Singapore Agency for Integrated Care. <http://aic.sg/page.aspx?id=782>
39. Jim Algar, "Walgreens Buys Alliance Boots, Becomes Global Pharmacy", Tech Times (2 de janeiro de 2015) <http://www.techtimes.com/articles/24060/20150102/walgreens-buys-alliance-boots-becomes-global-pharmacy.htm>
40. O serviço foi lançado no terceiro trimestre de 2015. "Demo: Lyse, Safer@Home", <http://demolyse.no/en/projects/saferhome/>; e "Smartgrids the energy system of the future", SINTEF (23 de julho de 2014), <http://www.sintef.no/home/SINTEFEnergy/About-SINTEF-Energy-Research/Publications/Xergi/Xergi-2012/Artikkel11/>
41. Helmut Bänder, "Dein Briefträger, Freund und Altenpfleger", Frankfurter Allgemeine Wirtschaft (23 de junho de 2014) <http://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/unternehmen/neuer-serviceder-post-im-test-postpersoenlich-13003899.html>; e Daniel Bakir, "Der Briefträger soll sich um die Oma kümmern", stern (26 de junho de 2014) <http://www.stern.de/wirtschaft/news/neuerservice-post-persoenlich-der-brieftraeger-soll-sich-um-die-omakuemmern-2119695.html>
42. Release da Telus Health, "Telus Health partners with Sanofi Canada to launch STARsystem platform" https://about.telus.com/community/english/news_centre/news_releases/blog/2012/05/29/telus-health-partners-with-sanofi-canada-to-launch-starsystem-platform
43. Douglas Heaven, "\$10 million tricorder XPrize unveils 10 finalists", *New Scientist* (3 de setembro de 2014) http://www.newscientist.com/article/mg22329854.200-10-million-tricorderx-prize-unveils-10-finalists.html#_VP9GoUbIzu4
44. PwC Health Research Institute, "Healthcare's new entrants: Who will be the industry's Amazon.com?" (abril/2014) <http://www.pwc.com/us/en/health-industries/health-care-new-entrants/assets/pwc-hri-new-entrants.pdf>
45. Esses números se baseiam em melhores práticas adotadas em Canterbury, Nova Zelândia, que está na vanguarda da transição para a assistência integrada. O District Health Board for Canterbury atende uma população de 510 mil pessoas com 800 leitos para atendimento intensivo (ou seja, 1,57 leitos por 1.000 pessoas). Para obter detalhes, consulte: Timmins and Ham, op. cit.
46. American Geriatrics Society, "The Demand for Geriatric Care and the Evident Shortage of Geriatrics Healthcare" (março/2013).
47. Annet Winkel, Henning Langberg e Eva Ejlersen Waehrens, "Reablement in a community setting", *Disability and Rehabilitation* (2014)
48. NHS Employers, "Quality and outcomes framework", <http://www.nhsemployers.org/your-workforce/primary-care-contacts/general-medical-services/quality-and-outcomes-framework>
49. Rayden Llano, "The 'Gesundes Kinzigtal' Integrated Care Initiative in Germany", *Eurohealth*, Vol. 19, No. 2 (2013), pp. 7-8.
50. Rayden Llano, "Bundled Payments for Integrated Care in the Netherlands", *Eurohealth*, Vol. 19, No. 2 (2013), pp. 15-16.
51. Cristina Hernández-Quevedo, "Enhancing Chronic Care Management in Denmark", *Eurohealth*, Vol. 19, No. 2 (2013), pp. 17-18.
52. Centers for Medicare and Medicaid Services, "ACO Investment Model", <http://innovation.cms.gov/initiatives/ACO-Investment-Model/>
53. "Greater Manchester £6bn NHS budget devolution begins in April", BBC News (27 de fevereiro de 2015) <http://www.bbc.com/news/uk-england-manchester-31656313>
54. Bupa, "The Manises Integrated Healthcare Model" (2013)
55. strategy&, "Making change happen, and making it stick" (2010) http://www.strategyand.pwc.com/media/file/Strategyand_Making-change-happen-and-making-it-stick.pdf
56. PwC, "Communicating change: People-focused communication drives M&A integration success" (abril/2012) <http://www.pwc.com/us/en/people-management/assets/communicating-change.pdf>
57. ActiZ, Benchmark in elderly care Employee Monitor Survey (2012)
58. NHS Information Centre, "Non-medical bulletin tables 2002-2012"
59. Jos de Blok and Michele Kimball, "Buurtzorg Nederland: Nurses Leading the Way!" *The AARP International Journal* (2013) <http://journal.aarpinternational.org/a/b/2013/06/Buurtzorg-Nederland-Nurses-Leading-the-Way>

Agradecimentos

A PwC gostaria de agradecer aos seguintes colaboradores desta publicação:

Bettina S. Husebø, PhD

Professora adjunta

Universidade de Bergen, Departamento de Saúde Pública Global e Cuidados Primários

Centro de Medicina Domiciliar e para Idosos

Dr. Jonathan Steel MBChB MRCP FRCP

Assistente Clínico Sênior, PwC Reino Unido

Prof. Rudi GJ Westendorp

Professor de Medicina na Terceira Idade

Departamento de Saúde Pública e Centro de Envelhecimento Saudável

Faculdade de Ciências Médicas e Saúde, Universidade de Copenhague

Contato

Eliane Kihara

Líder do setor de saúde, Brasil

+55 11 3674 3941

eliane.kihara@br.pwc.com

