

CUIDADO INTEGRADO PARA PACIENTES COMPLEXOS: A EXPERIÊNCIA DE UM PROGRAMA DE GESTÃO DE CASOS E SEU IMPACTO FINANCEIRO

Rildo Pinto da Silva, Ramos J.; Miyake, E.;

Metrus Instituto de Seguridade Social

São Paulo - SP

1 - INTRODUÇÃO

Pacientes considerados complexos são comumente caracterizados pela idade avançada, poli medicação e alto risco de deterioração funcional e cognitiva. A complexidade clínica, entretanto, não se restringe apenas a aspectos biomédicos, envolvendo também fatores sociais, psicológicos e ambientais¹. Essa população geralmente idosa, caracteriza-se pela frequente presença de múltiplas comorbidades², impõe desafios específicos à atenção à saúde³. O cuidado a esse grupo é comumente fragmentado devido ao envolvimento de diversas especialidades, somado à complexidade inerente de cada caso⁴. Essa fragmentação é marcada pela falta de comunicação e coordenação entre diferentes níveis e provedores de serviços, comprometendo a continuidade e a qualidade da assistência resultando em desfechos clínicos subótimos, duplicação de esforços e custos elevados⁵.

A abordagem ao paciente complexo requer o reconhecimento de sua condição como uma realidade singular, demandando intervenções individualizadas que considerem suas necessidades específicas de saúde. Entre os desafios associados, destacam-se questões relacionadas à adesão ao tratamento e à capacidade de manejo do regime terapêutico, os quais exigem estratégias personalizadas e centradas no paciente⁶.

A gestão integrada do cuidado emergiu como paradigma preferencial, propondo um modelo de atenção à saúde coordenado, contínuo e centrado na pessoa⁷. Estratégias como a gestão de casos (*case management*) e a navegação do cuidado (*care navigation*) são fundamentais neste modelo, pois visam facilitar o acesso do paciente a serviços de saúde, apoiar o autogerenciamento e garantir que o plano terapêutico esteja alinhado com os objetivos e valores do indivíduo. Esta conexão é essencial para otimizar a continuidade gerencial⁴. A eficácia dessas estratégias depende da colaboração interprofissional, que, segundo O'Donnell et al⁸, requer reuniões regulares, troca de informações, coordenação de cuidados que transcenda as fronteiras organizacionais e a inclusão dos próprios pacientes no processo.

Contudo, a aplicação prática desses modelos é complexa. A implementação bem-sucedida da gestão de casos depende de fatores organizacionais críticos, como governança clara, liderança engajada, comunicação efetiva, recursos adequados, tecnologia da informação e o uso de dados para a identificação e o monitoramento contínuo dos pacientes⁹.

2-OBJETIVO

Apresentar a implantação e os resultados de uma iniciativa de gestão de casos focada em pacientes com condições crônicas complexas (Coordenação de casos complexos).

3-MÉTODO

O presente estudo configura-se como um relato de experiência referente à implementação de um programa de gestão de casos complexos no contexto de uma operadora de planos de saúde de autogestão. A iniciativa de gestão de casos complexos seguiu cinco fases, detalhadas seguir:

1.1 – Fase de Diagnóstico

A análise dos dados de utilização da operadora de saúde evidenciou que 0,53% dos beneficiários foram responsáveis por 20% do gasto total da operadora em um período de um ano.

1.2 – Fase de Preparo

Nesta fase, foi desenvolvido um fluxograma de atenção aos pacientes que abrangeu o diagnóstico holístico do paciente, os critérios de elegibilidade para o programa, os meios de contado, o processo de acompanhamento e as opções para os pacientes não elegíveis.

Foram considerados elegíveis os beneficiários ativos no plano de saúde, cujos casos, após análise da equipe multidisciplinar, foram classificados como complexos, com presença de condições clínicas graves e com oportunidade para otimização dos recursos financeiros.

Definiu-se também uma equipe de acompanhamento multidisciplinar, composta por 1 médico generalista, 1 médico gestor, 2 enfermeiras assistenciais e 1 enfermeira auditora. Ficou estabelecido que esta equipe faria reuniões semanais para discussão de casos. Adicionalmente, estabeleceu-se o ambulatório próprio da operadora como um ponto de apoio estratégico para o projeto.

1.3 – Fase Piloto

A fase piloto foi dividida em duas etapas. Na primeira, denominada prova de conceito, uma médica com experiência em atenção integral à saúde avaliou em consulta um paciente com doença autoimune recém egressa alta de uma hospitalização de longa permanência (29 dias, dos quais 5 em unidade de terapia intensiva), que envolveu uso intensivo de medicamentos e custo substancial. O objetivo foi obter informações sobre as necessidades de cuidado apresentadas pela paciente e seu familiar.

Na segunda etapa, foram selecionados seis pacientes adultos com doenças não oncológicas a partir da análise dos cem maiores gastos no período de 12 meses. A equipe de enfermagem contactou seis pacientes selecionados para o projeto piloto, para realizar o diagnóstico situacional e o levantamento de suas necessidades. As informações foram discutidas no grupo multidisciplinar e definidas estratégias de atendimento específicas para cada paciente.

1.4 – Fase de Expansão

Nesta fase, outros 40 pacientes foram selecionados para avaliação de elegibilidade e acompanhamento. Foi neste momento que se iniciou a inclusão de pacientes oncológicos no programa.

1.5 – Avaliação de Resultados

A primeira avaliação dos resultados financeiros e da qualidade assistencial foi realizada seis meses após a implantação do projeto piloto. As revisões são semestrais e comparam o custo de cada paciente antes e após a inclusão no programa, considerando um período de acompanhamento de até doze meses para a análise.

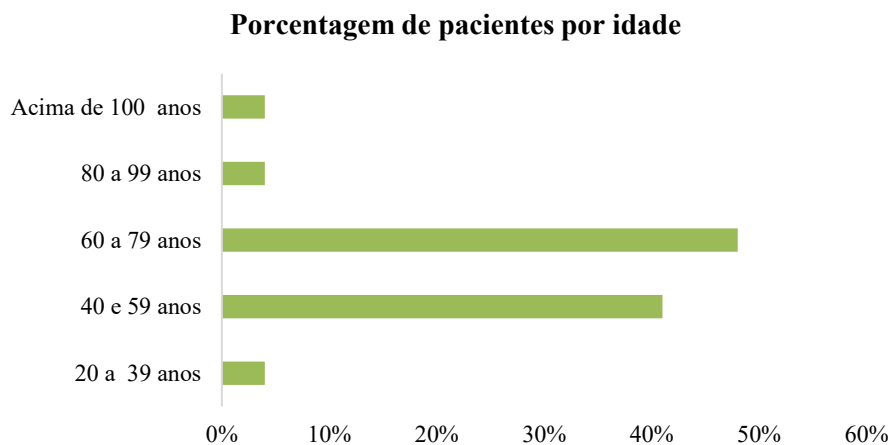
4- RESULTADOS

O estudo da fase de diagnóstico demonstrou a necessidade de se definir um ponto de custo ótimo para a seleção de pacientes. Observou-se que os gastos médios anuais variavam de R\$ 1,5 milhão a R\$ 234 mil por paciente.

Na fase piloto, a prova de conceito identificou que o diagnóstico da paciente remontava a 2010, com histórico de internações frequentes. A principal queixa do familiar referia-se ao longo período de internação para a administração de um medicamento, o custo desta paciente foi de R\$ 1,5 milhão em um ano. Ainda na fase piloto, dos seis participantes selecionados na segunda etapa, dois faleceram nos meses subsequentes e os quatro restantes foram inscritos no programa.

A primeira avaliação de resultados, após a fase de expansão, apontou desafios a serem solucionados: o aprimoramento do processo de contato com pacientes (melhoria de cadastro e comunicação), o refinamento dos critérios de elegibilidade (gravidade compatível com o programa) e a redefinição da abordagem para os casos oncológicos.

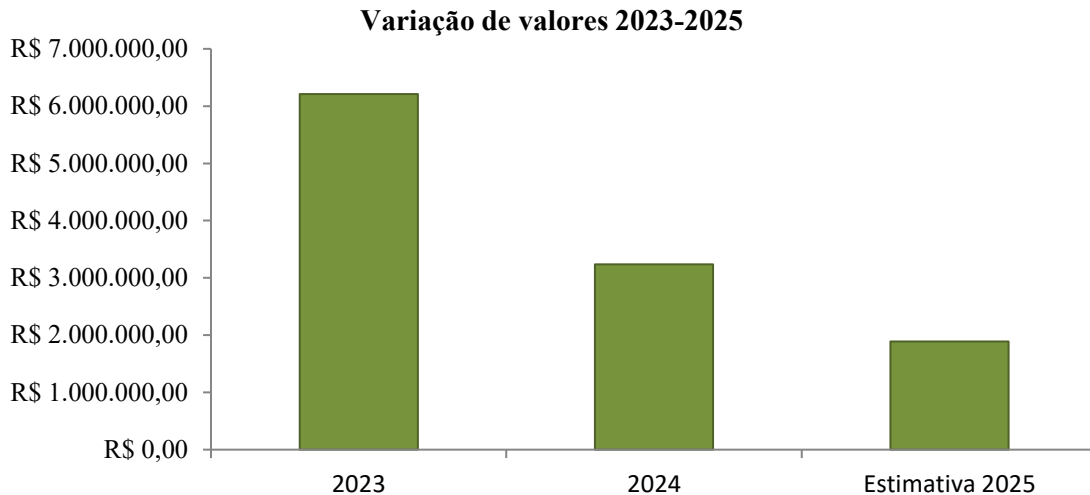
Até junho de 2025, o programa acompanhou ativamente 27 pacientes, 13 homens e 14 mulheres entre 20 à 101 anos, dos quais 15 (56%) tinham mais de 59 anos, conforme evidenciado no gráfico abaixo:



Entre os 27 pacientes avaliados, foram identificados os seguintes diagnósticos principais: sete apresentavam neoplasias malignas, seis doenças do sistema musculoesquelético, quatro doenças autoimunes, três doenças neurológicas, dois doenças do sistema respiratório e um paciente apresentava doença hepática. Os demais quatro pacientes apresentavam sequelas decorrentes de acidentes ou de enfermidades prévias.

Outros 25 pacientes foram admitidos no programa, porém posteriormente desligados por diferentes motivos: em 11 casos observou-se falta de adesão ou desinteresse em participar, 4 pacientes evoluíram a óbito, 2 apresentaram impedimentos relacionados ao plano de saúde, 2 obtiveram desfecho clínico favorável, tornando-se dispensáveis de acompanhamento e os 6 restantes foram desligados por outros motivos diversos.

A variação de valor gasto garantindo uma assistência ainda melhor foi o ponto forte do programa. No gráfico abaixo é possível evidenciar a variação de valores entre os anos de 2023, 2024 e a estimativa de valor a ser gasto em 2025:



A análise dos 19 casos acompanhados demonstrou uma redução de 52% nos custos assistenciais entre os anos de 2023 e 2024. Projetando-se os dados até o final de 2025, estima-se que essa redução alcance 70%, correspondendo a um montante de R\$ 4,3 milhões, com média de R\$ 227.598 por paciente. Ressalta-se, entretanto, a existência de significativa variabilidade nos resultados individuais.

A melhoria da qualidade da assistência prestada foi evidenciada, sobretudo, pela diminuição nas taxas de reinternação dos pacientes acompanhados. Adicionalmente, observou-se o fortalecimento do vínculo entre a equipe multiprofissional e os beneficiários do programa, favorecendo a construção de uma relação humanizada, pautada na confiança e na continuidade do cuidado.

5- CONCLUSÃO

O programa mostrou-se promissor na redução de custos para esse grupo de pacientes, especialmente os associados a internações prolongadas. Os ganhos foram obtidos ao se evitar reinternações por meio do atendimento intensivo em domicílio (home care) ou da transição para hospitais de apoio. Observamos que o fornecimento de materiais e medicamentos necessários, ainda que sem cobertura contratual, auxilia tanto no engajamento do paciente quanto na redução de custos, além de promover melhores desfechos clínicos.

Outro ponto positivo é a atuação da equipe multidisciplinar, que envolve profissionais do ambulatório próprio e de áreas administrativas, resultando em respostas ágeis às necessidades dos pacientes e na otimização do resultado assistencial.

A humanização é tratada como princípio fundamental da abordagem adotada, manifestando-se por meio de uma escuta ativa e empática. Cada beneficiário é considerado em sua integralidade, o que permite reconhecer as particularidades de cada caso, assegurando o respeito às necessidades individuais e favorecendo uma assistência mais acolhedora e resolutiva. Esse modelo de cuidado contribuiu para um acompanhamento próximo, suporte integral e tomada de decisões compartilhadas, resultando em uma melhor experiência para o paciente.

Entre os principais desafios identificados no programa, destacam-se a ampliação de sua escalabilidade e a otimização dos processos. Esses desafios envolvem, por um lado, a necessidade de estabelecer critérios mais acurados para a identificação de pacientes com perfil de risco compatível e, por outro, o aprimoramento do fluxo de acompanhamento

pela equipe, cujas discussões de caso são extensas e demandam tempo para a obtenção de consenso. Por fim, persiste o desafio de definir e implementar uma ferramenta tecnológica que facilite o acompanhamento específico desses pacientes.

Está previsto para o próximo período o aumento do número de casos no programa. Nesta nova fase espera-se aprimorar o método de seleção de pacientes com novas ferramentas e a criação de um grupo de controle pareado por escore de propensão para a avaliação dos resultados financeiros.

REFERENCIAS

1. Manning E and Gagnon M. The complex patient: A concept clarification. *Nurs Health Sci* 2017; 19: 13–21.
2. Quan S, Monchka BA, St John PD, et al. Network Analyses to Explore Comorbidities Among Older Adults Living With Dementia. *J Am Geriatr Soc* 2025; 73: 1168–1178.
3. Boehmer KR, Álvarez-Villalobos NA, Barakat S, et al. The impact of health and wellness coaching on patient-important outcomes in chronic illness care: A systematic review and meta-analysis. *Patient Educ Couns* 2023; 117: 107975.
4. Aarønes TR, Taraldsen K and Kvæl LAH. Assessment of older persons with multimorbidity in Norwegian primary care: a qualitative study of healthcare professionals' experiences and preferences in fostering continuity of care. *BMC Health Serv Res* 2025; 25: 6.
5. Metzger DA, Harris H, Tan I, et al. Impact of care fragmentation on survival in locally advanced rectal cancer: Identifying vulnerable populations. *Surgery* 2025; 184: 109471.
6. Hajat C and Stein E. The global burden of multiple chronic conditions: A narrative review. *Prev Med Rep* 2018; 12: 284–293.
7. Fullaondo A, Hamu Y, Txarramendieta J, et al. Scaling-Out Digitally Enabled Integrated Care in Europe Through Good Practices Transfer: The JADECARE Study. *Int J Integr Care* 2024; 24: 15.
8. O'Donnell D, Davies C, Devaney C, et al. How can interprofessional collaboration be fostered and sustained in team-based care integration for older people in community settings? A realist evidence synthesis. *Syst Rev* 2025; 14: 117.
9. Hudon C, Lemay-Compagnat A, Bisson M, et al. Planning the scale-up of integrated care programs: A qualitative multiple-case study of case management for adults with complex needs in Quebec, Canada. *Health Policy* 2025: 105321.

DocuSigned by:
Rildo Pinto da Silva
2B0F5FECF2E4464...

DocuSigned by:
Erika Miyake
79CE10FD18354D4...

DocuSigned by:
Jamilly Ramos Silva
4297F2D1D607462...