

# Programa de Atenção Integral à Saúde Viver Bem

## PROJETO IDOSO BEM CUIDADO

**Diretor Executivo Presidente:** Dr. Wilson Y. Niwa

**Coordenador Médico:** Dr. Yuji M. Ikuta

**Líder Administrativo:** Thais A. de A. Salim

**Enfs. Navegadores:** Antônio B. D. Uchôa e Jessica S. Martinho



**Unimed**   
Belém

# Mudança do atual Modelo de Atenção à Saúde



## MODELO ATUAL PREDOMINANTE

- Reativo e hospitalocêntrico, de caráter curativo;
- Cuidado centrado na doença;
- Peregrinação de uma especialidade médica à outra, sem que a Medicina, em geral, perceba e compreenda a integralidade do “ser”.

**Aumento da sinistralidade** ➡ aumento dos gastos para custeio da saúde como reflexo da falta de cuidado nas etapas anteriores da vida.

## CUIDADO COMO EIXO DE REORIENTAÇÃO DO NOVO MODELO

- Cuidado centrado na pessoa;
- Resolução, organização e responsabilização;
- Atenção Integral, com base nos princípios da APS.

# Princípios da Atenção Primária à Saúde (APS)



## Acesso

- Facilidade com que se consegue o cuidado;
- Ultrapassa barreiras econômicas, sociais, geográficas.



## Integralidade

“Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”

(Constituição da República Federativa do Brasil, 1988)



## Coordenação do cuidado

- Organização;
- Priorização;
- Racionalização.

“Capacidade de proporcionar o seguimento do usuário no sistema, quer dizer, além de fazer a referência, quando necessário, acompanhar o uso de outros pontos do sistema e manter a vinculação e a responsabilização pelo cuidado, integrando os recursos que precisarem ser utilizados”.

(SMSA-BH, 2006)



## Longitudinalidade

- Atendimento ao longo do tempo, entre intercorrências;
- Criação de vínculo;
- Atitude informacional.

# Atenção Primária à Saúde (APS)



## NO MUNDO

- Dawson, ministro de saúde da Inglaterra, foi o que mais se aproximou dos conceitos atuais de APS, quando definiu o centro de saúde como instituição encarregada de oferecer atenção médica no nível primário, de acordo com as necessidades locais;
- O *National Health Service*, Sistema de Saúde da Inglaterra, foi originado em 1948, centrado na figura do *General Practitioner* (GP): médicos de atenção primária que recebiam por captação, ou seja, conforme o número de pacientes que compunham sua lista de espera;
- Em 1966, a APS foi definida como uma oferta de primeiro contato, com a adoção da responsabilidade longitudinal pelo paciente, independentemente da presença ou ausência de doença;
- Segundo a Conferência de Alma-ata, em 1978, a APS é fundamentalmente assistência sanitária posta ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, com sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar, sendo igualmente válida em todos os países, mas com a possibilidade de adotar diversos formatos segundo as diferenças políticas, econômicas, sociais e culturais.

# Atenção Primária à Saúde (APS)

---



- Uma comparação entre 12 nações industrializadas ocidentais diferentes (entre eles, o Reino Unido, Finlândia, Dinamarca, Espanha, Alemanha, Canadá e Estados Unidos da América) indica que os países com uma orientação mais forte para atenção primária, na verdade, possuem maior probabilidade de ter melhores níveis de saúde e custos mais baixos (STARFIELD; 2002, p. 32).
- As avaliações produzidas pelos numerosos estudos, realizados em grande número de países e regiões, permitem concluir que há evidências robustas, na literatura internacional, sobre os resultados positivos da APS nos sistemas de atenção à saúde.

# Atenção Primária à Saúde (APS)



## NO BRASIL

- Atenção Básica à Saúde (ABS): com o movimento sanitário, as concepções da APS foram incorporadas ao ideário reformista, compreendendo a necessidade de reorientação do modelo assistencial, rompendo com o modelo médico-privatista vigente até o início dos anos 80;
- Principal estratégia de configuração da ABS é a Saúde da Família (ESF), que traz em seu escopo um conjunto de diretrizes, como o trabalho em equipe de base territorial, a promoção e a prevenção à saúde, o perfil do profissional generalista, a incorporação do agente comunitário de saúde, a normatização do processo de trabalho, dentre outros;
- A ESF, ainda que se tenha inspirado em modelos de países como Cuba, diferencia-se de outras experiências internacionais em função de incorporar o trabalho em equipe multidisciplinar .

# Programa de Atenção Integral à Saúde Viver Bem



Contempla um novo modelo de assistência à saúde, devendo ser a porta de entrada do Sistema Unimed, oferecendo o cuidado multiprofissional centrado na pessoa, promovendo a saúde, prevenindo doenças e agravos, e monitorando/gerenciando, da melhor maneira possível, o que não há cura, reabilitando e garantindo melhor qualidade de vida.

## OBJETIVOS

- Coordenar o cuidado do cliente para promover uma melhor qualidade de vida;
- Acompanhamento integral e longitudinal;
- Garantir o acesso e ser a porta de entrada do Sistema Unimed;
- Promover o vínculo com a equipe de saúde;
- Resolver os principais problemas de saúde dos clientes;
- Desenvolver o comprometimento do cliente na gestão de sua própria saúde;
- Aumentar a adesão ao tratamento prescrito pelo médico assistente;
- Incentivar a adoção de hábitos saudáveis de forma permanente;
- Apontar situações e ações que minimizem as complicações e/ou limitações causadas por determinadas condições de saúde;
- Trabalhar na promoção e prevenção primária, secundária, terciária e quaternária.



# Programa de Atenção Integral à Saúde Viver Bem



## CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Beneficiário Unimed Belém (titular ou dependente) ativo e elegível;
- Residir na área de abrangência (Belém, exceto RM e distritos);
- Possuir capacidade de autocuidado e/ou apoio social/familiar;
- Ter vaga disponível (conforme a capacidade da equipe);
- Concordar e assinar o Termo de Adesão ao Programa Viver Bem.

## PERFIL DE CLIENTES

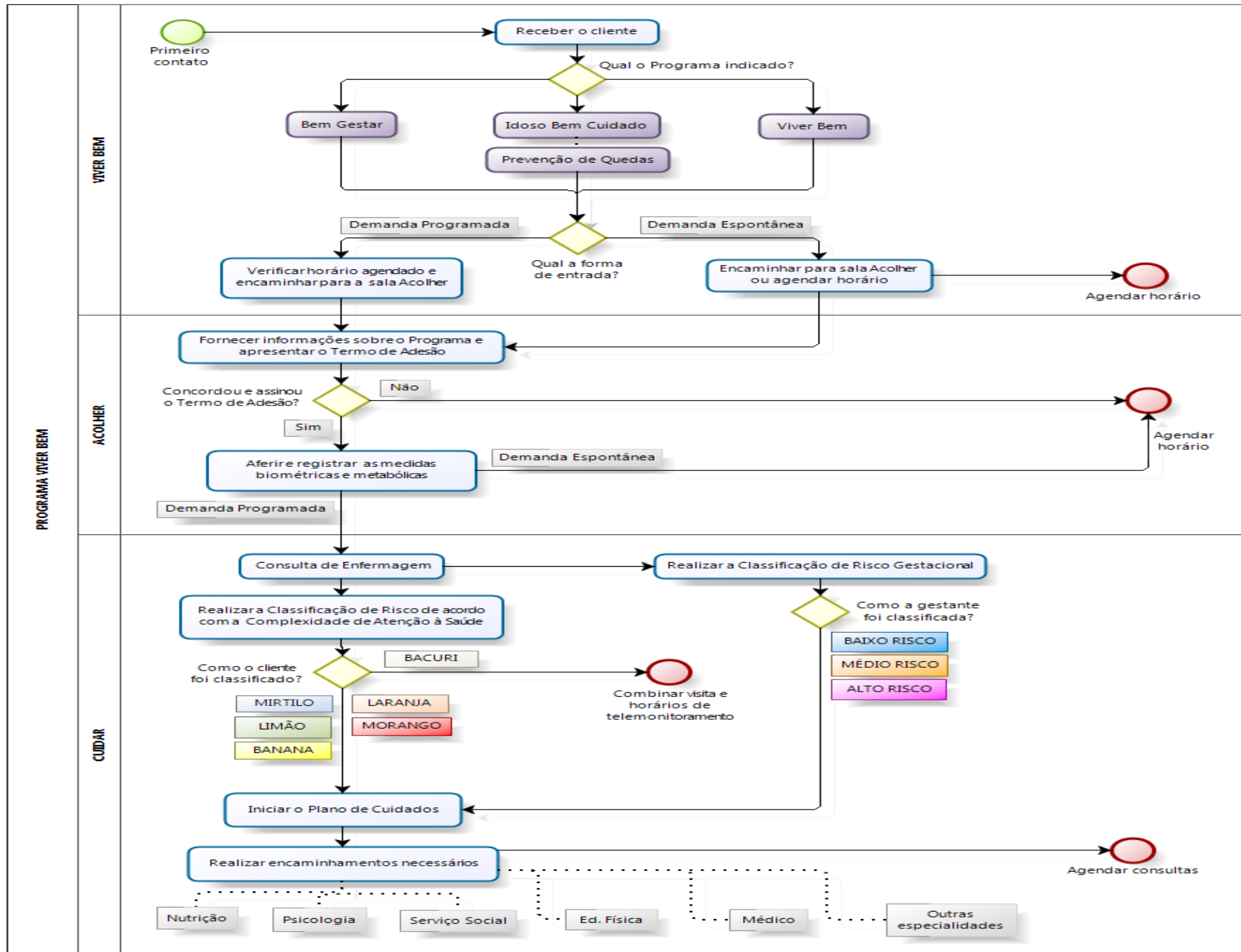
- Desde fatores de risco a condições crônicas de saúde e/ou multimorbidades;
- Gestantes e puérperas;
- Idosos (>60 anos).

## CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Óbito;
- Plano inativo;
- Transtornos psiquiátricos/neurológicos graves;
- Recusa do paciente/família (falta de apoio familiar).

# Programa de Atenção Integral à Saúde Viver Bem





# PROJETO IDOSO BEM CUIDADO



- **CADASTRO NA ANS**
  - Julho/2016 (cadastro)
  - Setembro/2016 (AZUL - atuação em todos os níveis de atenção)
  - Outubro/2016 (início do atendimento)
- **COORDENAÇÃO DO CUIDADO / MÉDICO DE REFERÊNCIA**
  - Médico Generalista (1:1000 clientes idosos)
- **NAVEGADORES DO CUIDADO**
  - Enfermeiros
- **PRONTUÁRIO ELETRÔNICO** (portabilidade de dados essenciais)
  - Tasy
- **UNIDADE PRÓPRIA**
  - Inauguração prevista para Setembro/2017
- **PROPOSTA DE MODELO DE REMUNERAÇÃO DIFERENCIADO**
  - Em andamento

# EQUIPE IDOSO BEM CUIDADO



1 Médico

2 Enfermeiros

1 Educador Físico

1 Nutricionista

1 Assistente Social

# PROJETO IDOSO BEM CUIDADO



- **ATIVIDADE FÍSICA FUNCIONAL**



# PROJETO IDOSO BEM CUIDADO



- **GRUPO TERAPÊUTICO**



# PROJETO IDOSO BEM CUIDADO



- **ABRANGÊNCIA E PÚBLICO-ALVO**

- Clientes idosos (acima dos 60 anos de idade);
- Aproximadamente, **37.870** clientes;
- Para o Projeto-Piloto foi apresentado à ANS como público-alvo a amostragem (aleatória simples) de **381** clientes nessa faixa etária.

- **PERÍODO**

- Set/2016 a Maio/2017

- **Nº de clientes inscritos: 130**

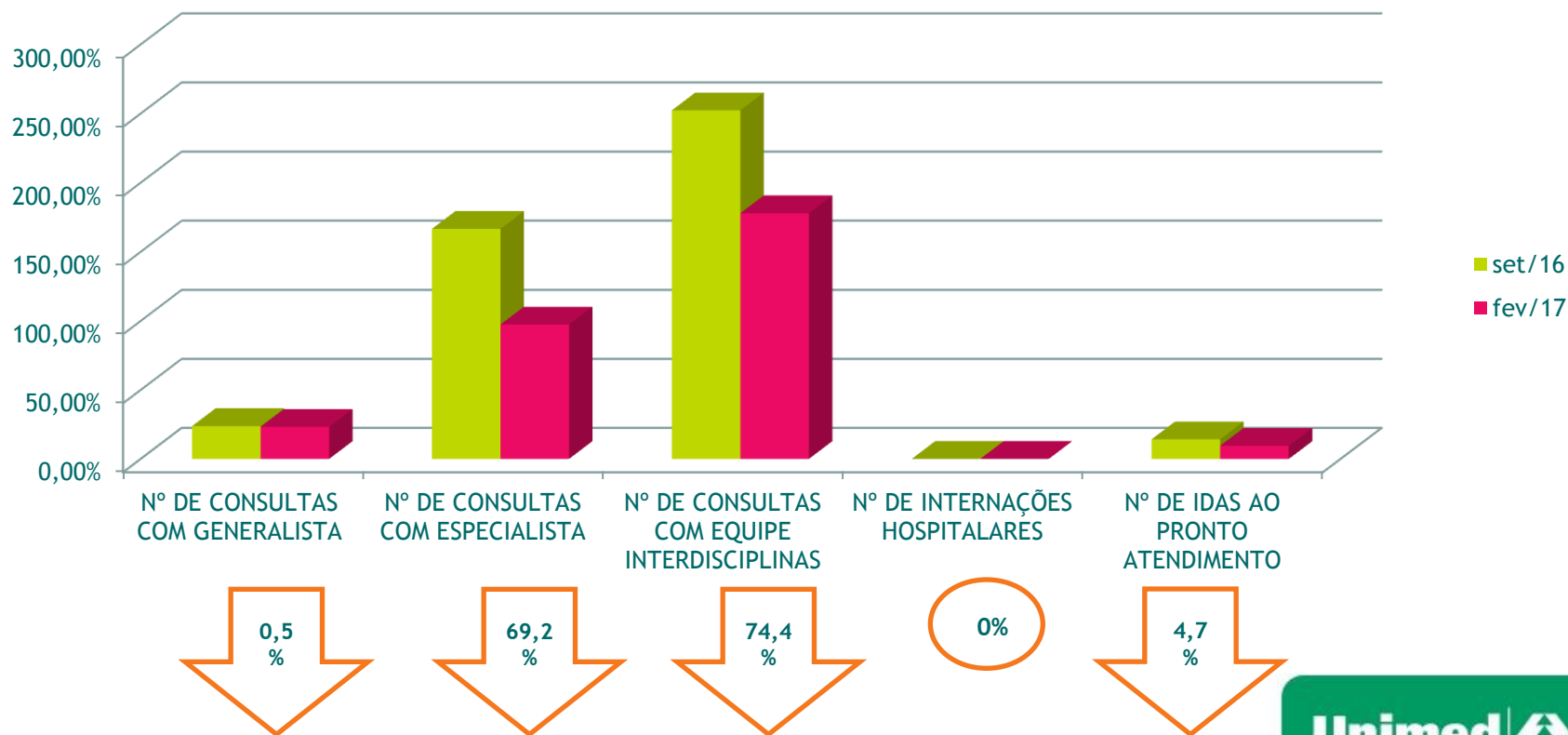
- Acolhimento ativo: 36
- Demanda espontânea: 48
- Encaminhamento médico: 22
- Ações em saúde: 11
- Admissão no Plano: 13

# RESULTADOS DO PROJETO IDOSO BEM CUIDADO



**Gráfico 1** - Mudança no perfil de utilização do plano por idosos acompanhados no Programa Viver Bem, no período de setembro de 2016 a fevereiro de 2017.

## INDICADORES (FormSUS)

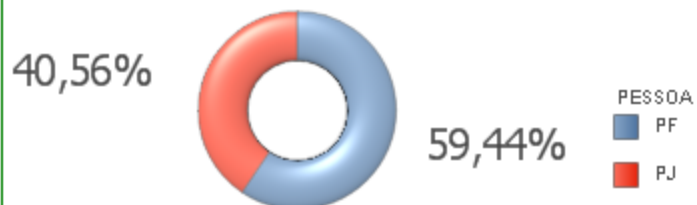


Fonte: Elaborado pelo próprio autor com base nos indicadores monitorados eletronicamente via FormSUS.

# Perfil da Carteira de Clientes



Distribuição Por Tipo Pessoa (%)



Distribuição Por Sexo (%)

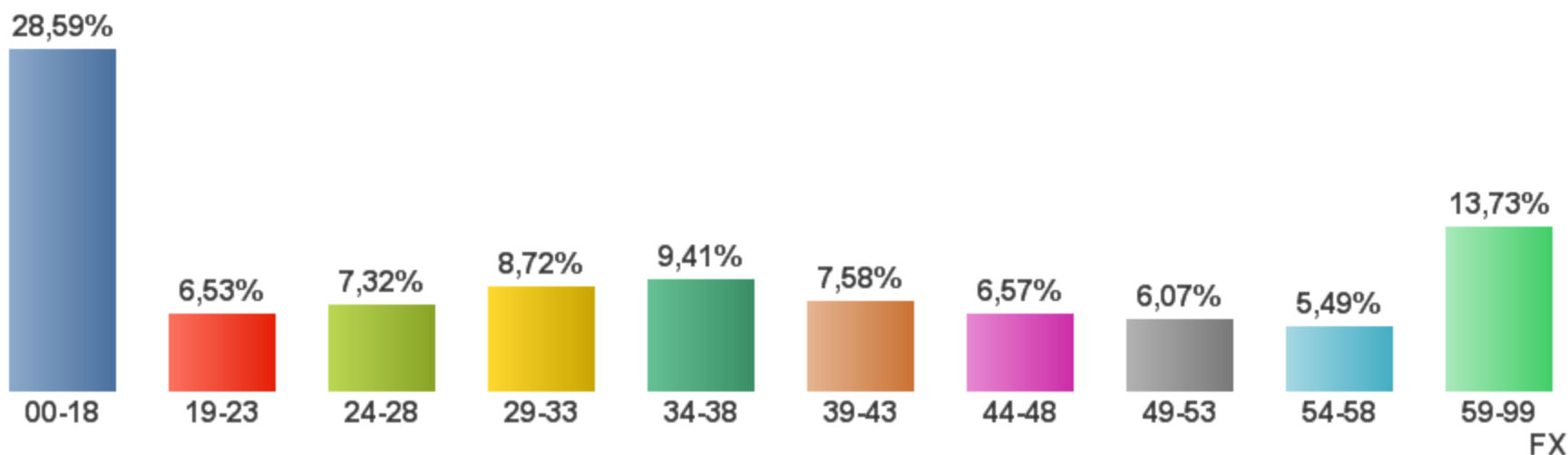


Total de Clientes

283.544



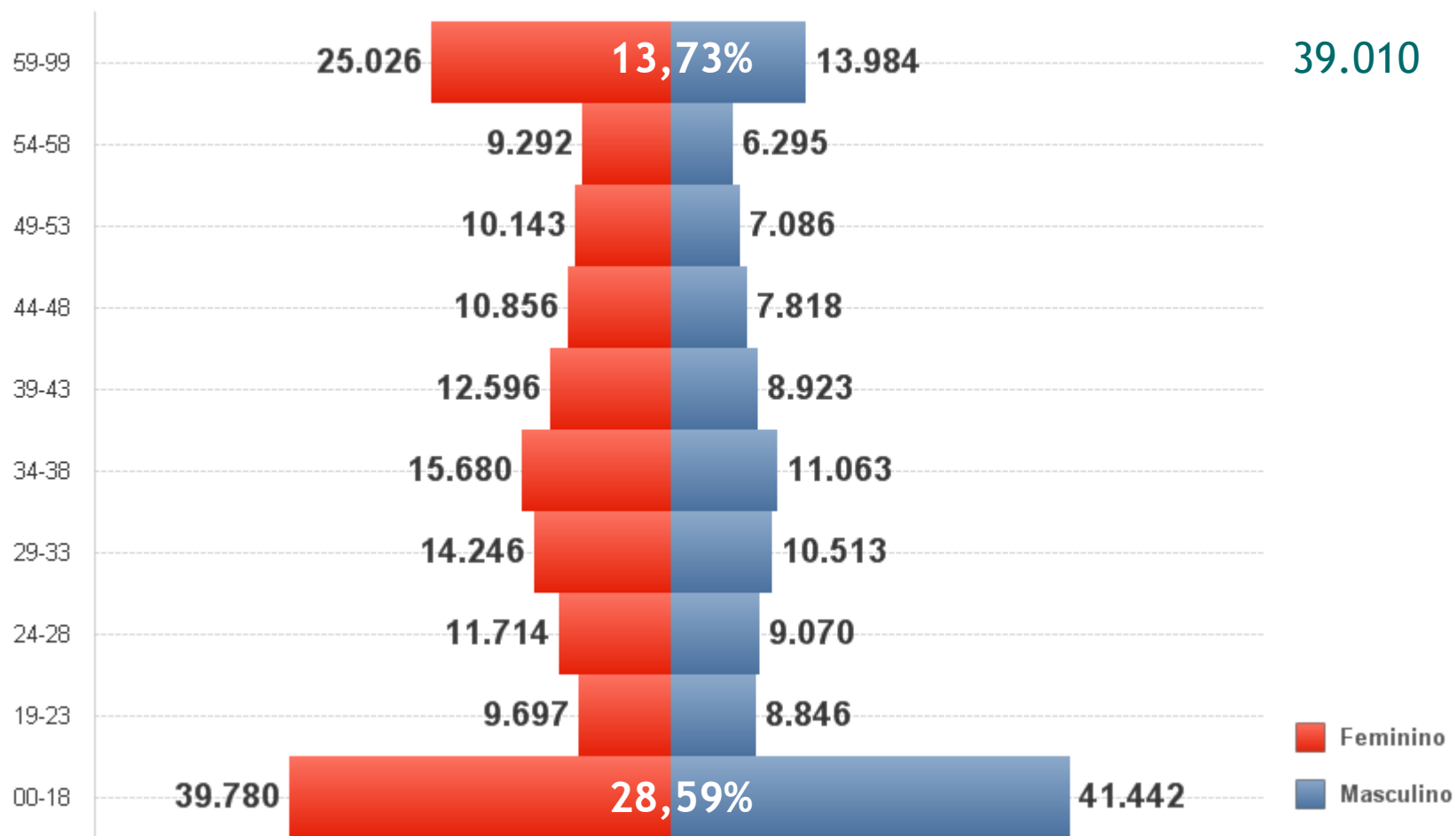
Distribuição dos Clientes Por Faixa Etária (%)



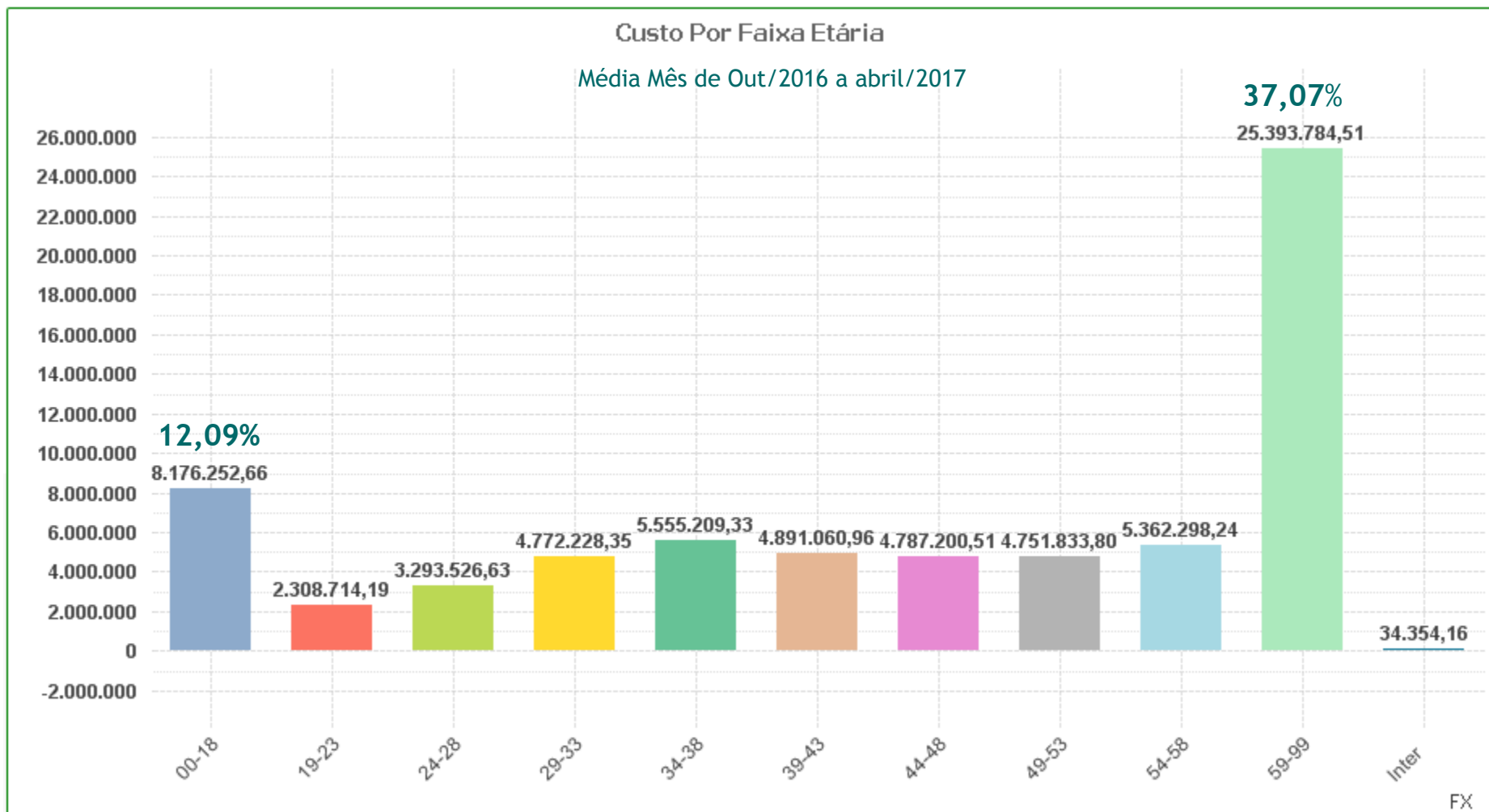
# Perfil da Carteira de Clientes



**Piramide Etária dos Clientes Unimed Belém**



# Custo Assistencial Total - Faixa Etária

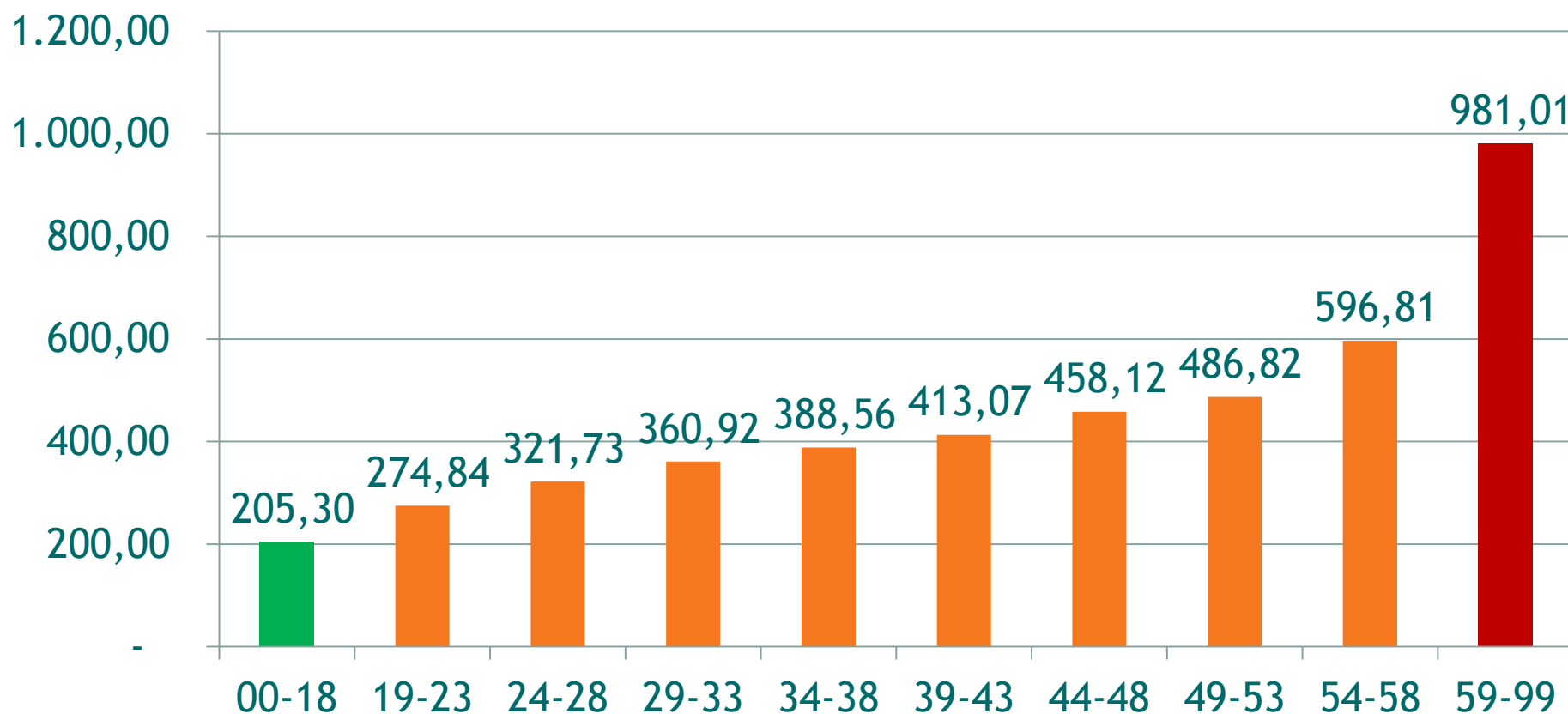


Obs: Custo Total - Prestadores, Cooperados, Intercambio, OPME, Rec. Próprios

# Ticket Médio Por faixa Etária



Média - Outubro/2016 a Abril/2017

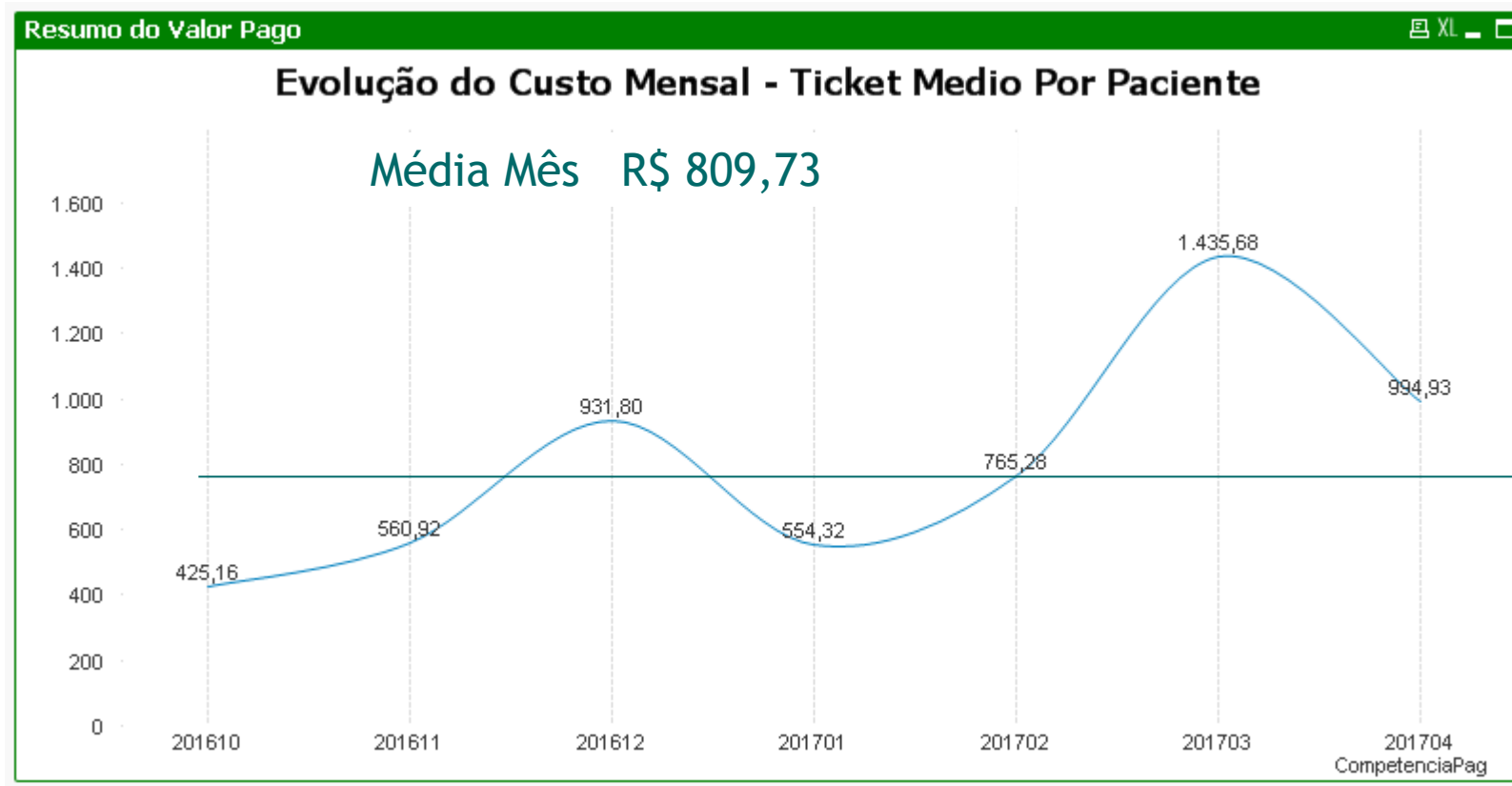


Considerado apenas clientes que utilizou

# Ticket Médio dos 130 Clientes Inscritos



Análise do Custo Assistencial no período de produção 10/2016 a 04/2017



**Média Geral 59-99: R\$981,01**

Considerado apenas clientes que utilizou



# Cenário de Aplicação do Projeto Idoso Bem Cuidado

17,46%

| Faixa 59-99   |              | Grupo 130    | Perc%  | Cenário projetado |              |
|---------------|--------------|--------------|--------|-------------------|--------------|
| Custo Total   | Ticket Medio | Ticket Medio |        | Custo Total       | Redução      |
| 25.393.744,51 | 981,01       | 809,73       | 17,46% | 20.959.996,72     | 4.433.747,79 |

Considerado apenas clientes que utilizou

# Ticket Médio - Carteira Geral



| FX    | Custo Geral   | Custo Cliente Belém | Qtde Clientes | Tick Médio |
|-------|---------------|---------------------|---------------|------------|
| 00-18 | 8.176.252,66  | 7.112.277,18        | 81.222        | 87,57      |
| 19-23 | 2.308.714,19  | 2.004.763,34        | 18.543        | 108,11     |
| 24-28 | 3.293.526,63  | 2.770.490,23        | 20.784        | 133,30     |
| 29-33 | 4.772.228,35  | 3.890.338,99        | 24.759        | 157,13     |
| 34-38 | 5.555.209,33  | 4.575.295,60        | 26.743        | 171,08     |
| 39-43 | 4.891.060,96  | 4.005.451,79        | 21.519        | 186,14     |
| 44-48 | 4.787.200,51  | 4.130.681,19        | 18.674        | 221,20     |
| 49-53 | 4.751.833,80  | 4.108.147,41        | 17.229        | 238,44     |
| 54-58 | 5.362.298,24  | 4.682.738,81        | 15.587        | 300,43     |
| 59-99 | 25.393.784,51 | 22.805.429,89       | 39.010        | 584,60     |



| Grupo Selecionado | Custo Total | Ticket Médio |
|-------------------|-------------|--------------|
| 130               | 41.227,94   | 317,14       |

Considerado todos os clientes



# Referências



- ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. V. H. C; BEZERRA, R. C. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 783-836.
- ANS. **Idoso na saúde suplementar: uma urgência para a saúde da sociedade e para a sustentabilidade do setor**. Rio de Janeiro: ANS, 2016.
- DUARTE, E. B. **O sistema de saúde inglês e o SUS Brasileiro: o que nos diferencia é recursos, gestão ou cultura**. 2013.
- GUSSO, Gustavo D. F.; LOPES, Jose M. C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade - Princípios, Formação e Prática**. Porto Alegre: ARTMED, 2012, 2222p.
- McWHINNEY, Ian R. **Manual de Medicina de Família e Comunidade**. Porto Alegre: ARTMED, 2010, 471p.
- OLIVEIRA, V. et al. **Considerações sobre o sistema de saúde britânico**. Mimeo, 2004.
- ROSE, Geoffrey. **Estratégias da Medicina Preventiva**. Porto Alegre: ARTMED, 2010, 192p.
- STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. 1.ed. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

# Obrigado(a)!



**Telefone: (91) 4009-5947**  
**[viverbem@unimedbelem.com.br](mailto:viverbem@unimedbelem.com.br)**

**Unimed**   
Belém