

PROJETO IDOSO BEM CUIDADO

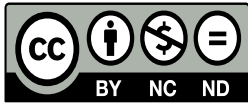
**Análise dos Dados informados pelos
participantes do Projeto Piloto:**
outubro 2016 a outubro 2017



PROJETO IDOSO BEM CUIDADO

**ANÁLISE DOS DADOS INFORMADOS PELOS
PARTICIPANTES DO PROJETO PILOTO:
*OUTUBRO 2016 A OUTUBRO 2017***





2019. Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Sem Derivações. Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

O conteúdo desta, e de outras obras da Agência Nacional de Saúde Suplementar, pode ser acessado na página <http://www.ans.gov.br/biblioteca/index.html>

Versão Digital

ELABORAÇÃO, DISTRIBUIÇÃO E INFORMAÇÕES

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

Diretoria de Gestão

Gerência de Qualificação Institucional

Av. Augusto Severo, 84 – Glória

CEP 20.021-040

Rio de Janeiro, RJ – Brasil

Tel.: +55(21) 2105-0000

Disque ANS 0800 701 9656

www.ans.gov.br

ouvidoria@ans.gov.br

Diretoria Colegiada da ANS

Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO

Diretoria de Desenvolvimento Setorial – DIDES

Diretoria de Fiscalização – DIFIS

Diretoria de Gestão – DIGES

Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras – DIOPE

Coordenação Técnica

Ana Paula Silva Cavalcante- GEEIQ/DIDES

Daniel Pereira- DIRAD/DIDES

Rodrigo Aguiar- DIDES

Equipe técnica

Daniele Silveira - GEEIQ/DIDES

Eduardo Vieira Neto - GEEIQ/DIDES

Felipe Riani - GEEIQ/DIDES

Renata Nacif - GEEIQ/DIDES

Sonia Marinho - GEEIQ/DIDES

Tatiana Gamarra - GEEIQ/DIDES

Projeto Gráfico

Gerência de Comunicação Social – GCOMS/SEGER/DICOL

SUMÁRIO

I - Introdução	5
II - Prestadores Participantes do Projeto	14
2.1- Hospital do Coração (HCOR - Sírio)	14
2.2- Hospital e Maternidade SacreCoeur	16
2.3- Clínica Mais 60 Saúde	17
2.4- Hospital Personal	18
2.5- São Francisco Saúde	20
2.6. SAMEDIL (MedSênior)	20
III - Operadoras Participantes do Projeto	22
3.1- ASFEB SAÚDE	23
3.2- BIOVIDA Saúde	24
3.3- CABERJ	26
3.4- CAFAZ Saúde	28
3.5. CAMED Saúde	30
3.6- Central Nacional Unimed	32
3.7- CLINIPAM	34
3.8- ECONOMUS	35
3.9- FUNDAFFEMG	36
3.10- GEAP	38
3.11- Notre Dame – Intermédica	40
3.12- PASA	41
3.13- Plano Amazônia Saúde	43
3.14- Santa Helena Saúde	45
3.15- São Cristóvão Saúde	47
3.16- SOBAM	48
3.17- SUL AMÉRICA	50
3.18- UNIMED Belém	52
3.19- UNIMED Belo Horizonte	54
3.20. UNIMED Campinas	56
3.21- UNIMED Ceará	57
3.22- UNIMED Erechim	59

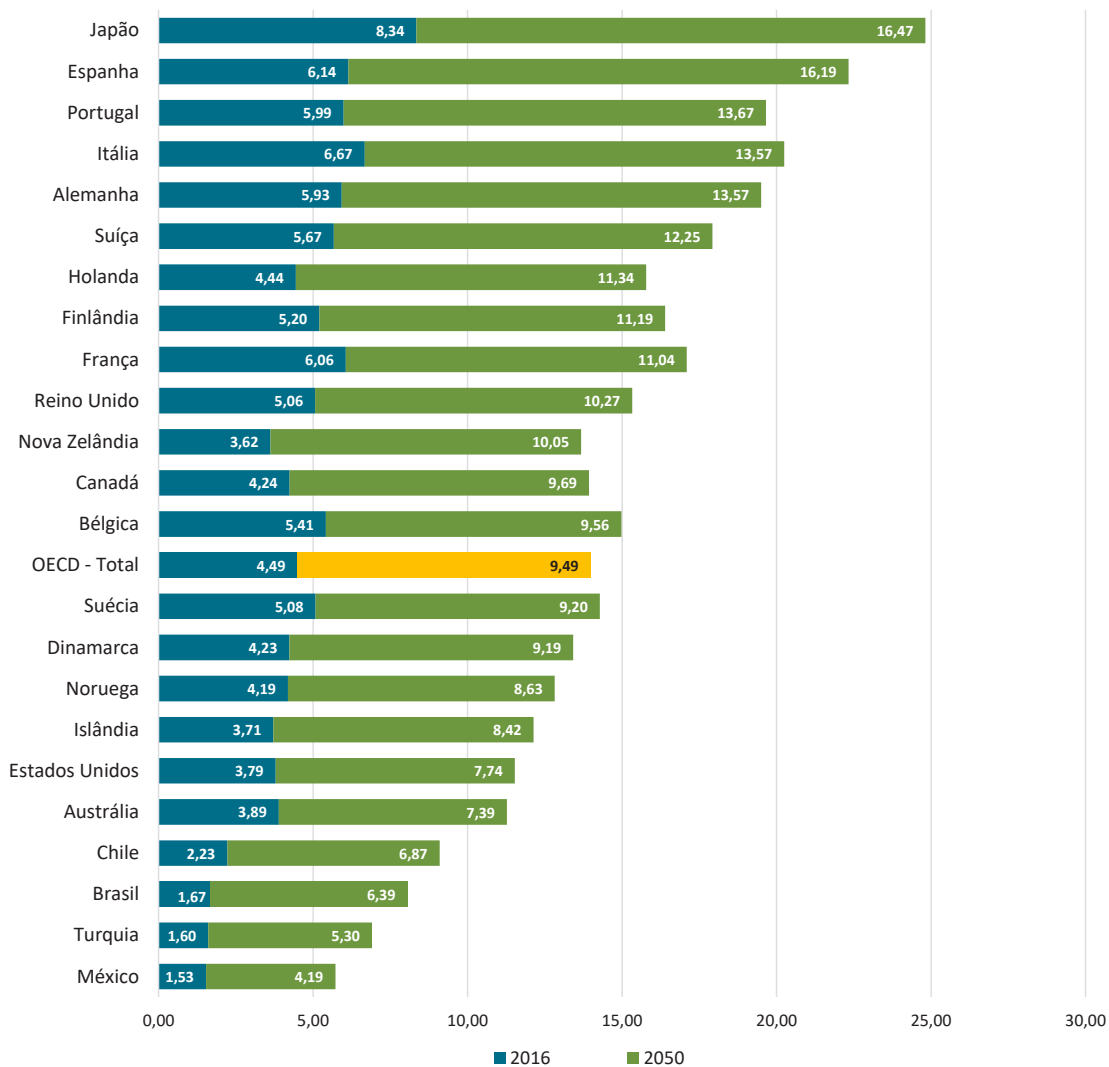
3.23- UNIMED Fortaleza	60
3.24- UNIMED Franca	62
3.25- UNIMED Goiânia	64
3.26. UNIMED de Juiz de Fora	65
3.27- UNIMED Litoral	68
3.28- UNIMED Noroeste RS	69
3.29- UNIMED Norte de Minas	71
3.30- UNIMED Paraná	72
3.31- UNIMED Pelotas	73
3.32- UNIMED Poços de Caldas	75
3.33- UNIMED São Carlos	77
3.34- UNIMED Sete Lagoas	79
3.35- USISAUDE	82
IV - Principais resultados, limites observados e questões a investigar	64
4.1 - Análise Quantitativa	85
4.2 - Análise Qualitativa	90
V - Considerações finais e possibilidades futuras	97
VI - Anexo	99
6.1 - Formulário do Projeto Idoso Bem Cuidado – Monitoramento Mensal (Instrumento de Coleta para Análise Quantitativa)	99
6.2 - Modelo de Relatório Final do Projeto Idoso Bem Cuidado – Monitoramento ao final do Período (Instrumento de Coleta para Análise Qualitativa)	101

I - INTRODUÇÃO

O perfil demográfico da população mundial tem se transformado rapidamente. O Gráfico 1, elaborado a partir de projeções da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), permite visualizar o crescimento exponencial previsto na população de idosos com 80 anos e mais de países membros e não-membros da OCDE, comparando os anos de 2016 e 2050.

A população brasileira, cuja previsão é destacada em amarelo no Gráfico 1, não foge à essa mudança de perfil, com aumento crescente do número total e da participação de idosos com 80 anos e mais na população, o que significa dizer que o chamado bônus geracional não é mais uma realidade que se possa contar, principalmente na elaboração de políticas públicas. Esse envelhecimento populacional representa uma mudança significativa no perfil da demanda por serviços de saúde e na estrutura de instâncias de cuidado, que devem ser coordenadas e realizadas de forma contínua, para que sejam apropriadas à nova realidade demográfica brasileira.

GRÁFICO 1: PROJEÇÕES DA PARTICIPAÇÃO DE IDOSOS COM 80 ANOS E MAIS NA POPULAÇÃO, POR PAÍSES DA OCDE E ALGUNS PAÍSES-NÃO MEMBROS SELECIONADOS – 2016 E 2050

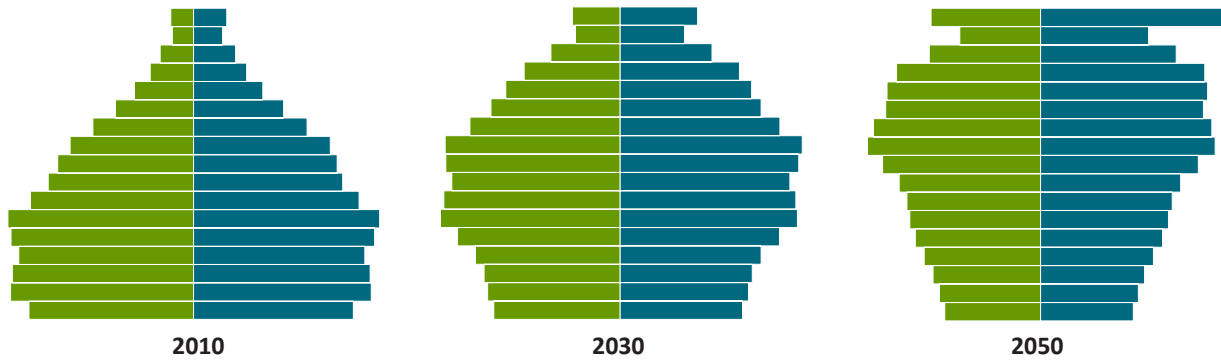


Fonte: elaboração própria a partir de dados da OCDE. Disponível em: <http://stats.oecd.org/>

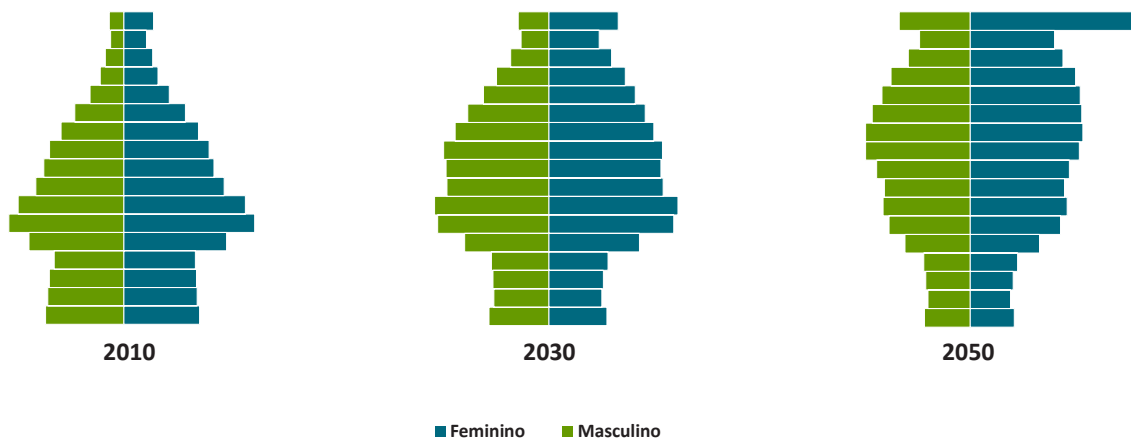
A projeção dessa evolução da demografia brasileira, tanto para homens quanto para mulheres ao longo do século XXI, seja no total da população brasileira, seja na população de beneficiários de planos de saúde no país pode ser vista no Gráfico 2. Nas próximas décadas, a estimativa é que a população idosa do Brasil mais do que triplique, passando de 20 milhões em 2010 para cerca de 65 milhões em 2050. Assim, o contingente de idosos, que em 2000 representava 10% da população, deverá chegar a 29% em 2050.

GRÁFICO 2: PROJEÇÃO DA EVOLUÇÃO DO PERFIL DEMOGRÁFICO DA POPULAÇÃO BRASILEIRA

A – População brasileira



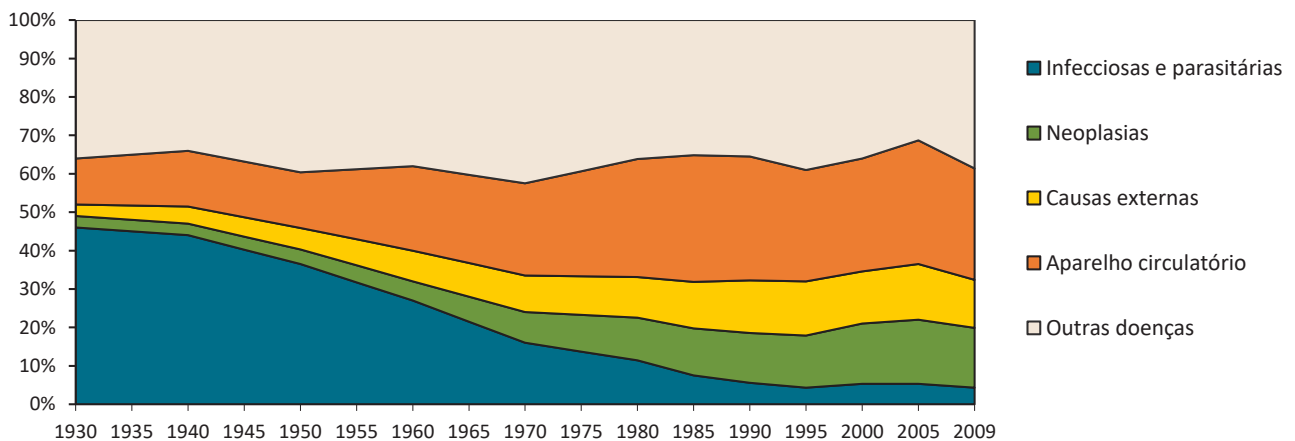
B – Beneficiário de planos privados de assistência médica



■ Feminino ■ Masculino

Ao mesmo tempo, ao longo de todo o século XX houve uma queda acentuada na mortalidade proporcional por doenças infecciosas e parasitárias, que passou de 43,5%, em 1940, nas capitais brasileiras, para valores em torno de 5% na primeira década do século XXI (Gráfico 3). Observou-se também um expressivo aumento relativo de mortes por doenças cardiovasculares, neoplasias e causas externas, que caracteriza a transição epidemiológica.

GRÁFICO 3: TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA NO BRASIL: MORTALIDADE PROPORCIONAL, 1930 – 2009*



*Até 1970, os dados referem-se apenas às capitais.

Fonte: Barbosa da Silva e cols. In: Rouquairol & Almeida Filho: Epidemiologia & Saúde, 2003 pp. 293. Atualizado por CGIAE/DASIS/SVS

Nos arranjos assistenciais atuais, praticados pelo sistema de saúde, ainda predomina a lógica do cuidado episódico e pontual, mais adequado ao enfrentamento de doenças agudas, o que termina por instaurar um ciclo de ineficiência, sobreutilização de determinados serviços e dificuldades de acesso a outros. A conformação atual da prestação de serviços de saúde fragmenta a atenção ao idoso e nem sempre contribui para desfechos clínicos positivos.

Assim, combinando-se a transição demográfica à conseqüente transição epidemiológica e à indiscutível transição tecnológica no mesmo período, resta como conseqüência evidente a necessidade premente de estimular uma transformação equivalente na organização dos serviços de saúde.

No Brasil, algumas iniciativas nos sistemas público e privado de saúde com vistas a alcançar a transformação necessária têm sido observadas, mas ainda de forma localizada e pontual. De modo a incentivar essa mudança, a ANS tem se ocupado continuamente do envelhecimento populacional e do aprimoramento da atenção à saúde do idoso.^{1,2}

Partindo das necessidades identificadas para melhorar o cuidado aos idosos que possuem planos privados de saúde no país e reconhecendo a necessidade de debate e reorientação dos modelos de prestação e remuneração de serviços na saúde suplementar, visando à melhoria da qualidade da atenção e a implementação de estratégias de sustentabilidade do setor, o Projeto Idoso Bem Cuidado foi proposto pela Diretoria de Desenvolvimento Setorial da Agência Nacional de Saúde Suplementar (DIDES/ANS) em maio de 2016. O Projeto foi concebido como um conjunto de iniciativas indutoras de mudança dos modelos de cuidado à saúde, que contemplassem as necessidades em saúde específicas dos idosos beneficiários de planos de saúde, bem como de indução de modelos de remuneração de prestadores de serviços de saúde com base em valor.

A ANS convocou, então, instituições parceiras, comprometidas com a investigação e a implementação de medidas na área do envelhecimento ativo, da qualidade da atenção à saúde, dos custos e gastos em saúde e da remuneração de prestadores (associações, instituições de ensino e pesquisa, entidades de representação do setor, entre outras), para compor o Grupo Técnico – GT do Idoso Bem Cuidado³, ao qual mais tarde puderam ser integrados hospitais, clínicas e operadoras de planos de saúde selecionados para o Projeto. O grupo trabalhou em quatro reuniões presenciais e 22 reuniões à distância realizadas no período de 24/05/2016 a 23/03/2018.

Desde o início do desenvolvimento do Projeto Idoso Bem Cuidado, duas premissas essenciais estiveram presentes: (1) a mudança do modelo de cuidado para a população idosa e (2) a implementação de modelos de remuneração alternativos ou complementares ao pagamento por procedimento, ou por unidade de serviço (*fee-for-service*, no termo em inglês).

Os prestadores de serviços de saúde e as operadoras, que inscreveram seus pilotos no Projeto, foram orientados a ter em vista que o cerne do modelo proposto seria composto por cinco níveis hierarquizados de cuidado: (1) acolhimento, (2) núcleo integrado de cuidado, (3) ambulatório geriátrico, (4) cuidados complexos de curta duração e (5) cuidados de longa duração. Os níveis de cuidado são ilustrados no Infográfico 1.

1 Para mais informações sobre o histórico de ações da ANS relacionadas à Saúde do Idoso, sugere-se consultar documentos de reuniões de Grupos Técnicos da ANS sobre o tema, a saber: Grupo Técnico de Envelhecimento Ativo, em <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/camaras-e-grupos-tecnicos/camaras-e-grupos-tecnicos-antteriores/grupo-tecnico-envelhecimento-ativo> e Grupo Técnico do Projeto Idoso Bem Cuidado, em <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/camaras-e-grupos-tecnicos/grupo-tecnico-do-idoso-bem-cuidado>.

2 Recomenda-se consultar também as publicações da ANS sobre o tema da saúde do idoso, disponíveis na Biblioteca da ANS, em <http://www.ans.gov.br/biblioteca/index.html>.

3 Vide Grupo Técnico do Idoso Bem Cuidado, nota anterior.

INFOGRÁFICO 1: CUIDADO INTEGRAL À PESSOA IDOSA



O modelo proposto é estruturado em cinco níveis, sendo que os níveis 1 a 3, em laranja, são as instâncias leves, ou seja, de custos menores e compostas basicamente pelo cuidado dos profissionais de saúde, pela utilização de instrumentos epidemiológicos de rastreamento e pelo uso de tecnologias de monitoramento de saúde. As instâncias em marrom, as pesadas, são de alto custo e nelas se situam o hospital e as unidades de longa permanência. Todo o esforço do cuidado integral tem como objetivo manter as pessoas idosas nos níveis leves ou tentar reabilitá-las, quando houver necessidade do uso das instâncias mais pesadas, trazendo-as de volta às instâncias leves, preservando sua qualidade de vida e sua participação social.

Fonte: OLIVEIRA, MARTHA REGINA DE; VERAS, RENATO PEIXOTO; CORDEIRO, HÉLIO DE ALBUQUERQUE. A importância da porta de entrada no sistema: o modelo integral de cuidado para o idoso. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, e280411, 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312018000400608&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 15 mar. 2019.

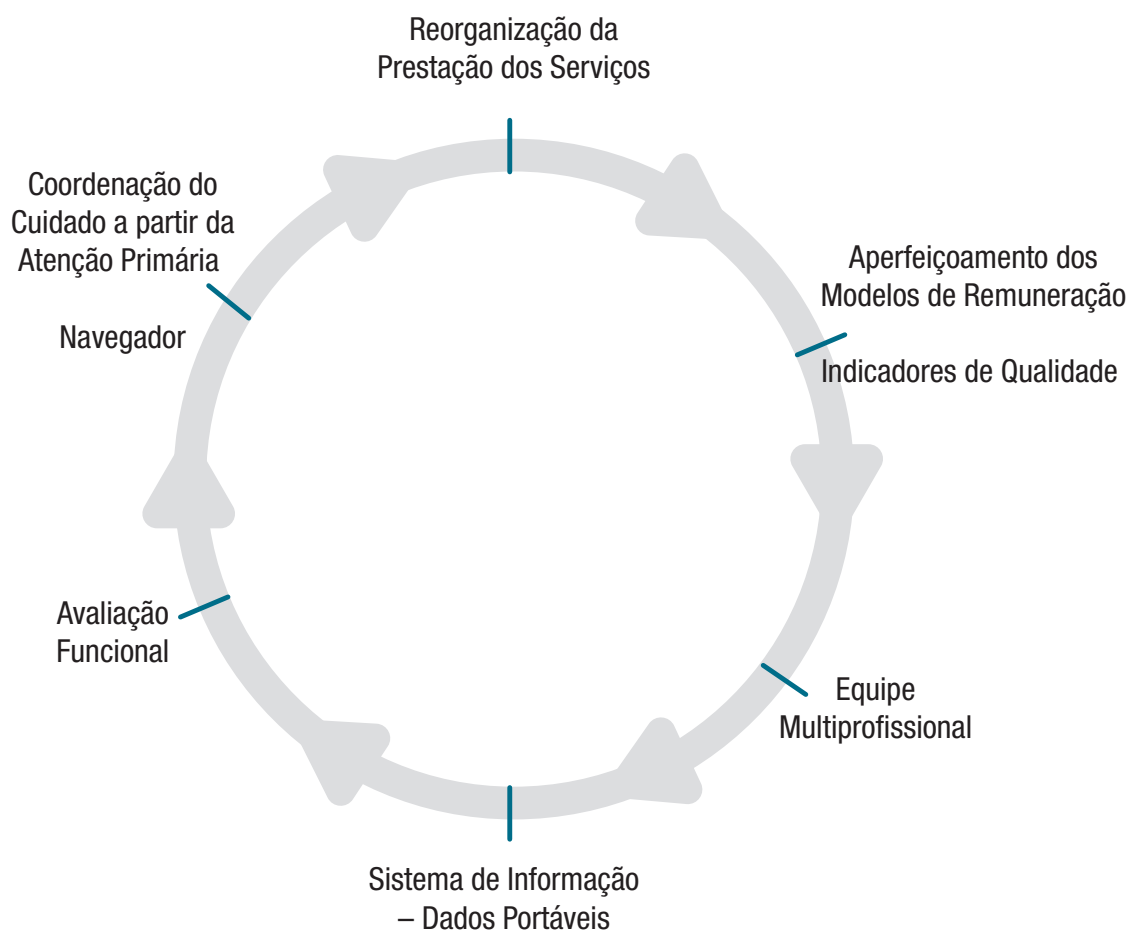
Nessa estrutura, foi enfatizado que os projetos-piloto deveriam dar destaque aos três primeiros níveis, ou seja, às instâncias leves de cuidado (em laranja no Infográfico 1). Em suma, a identificação do risco e a integralidade da atenção, nos diferentes pontos da rede, é o núcleo central do modelo proposto no Projeto.

De acordo com o cronograma organizado pela ANS, em outubro de 2016 foram iniciados os projetos-piloto, tendo sido determinado que os indicadores da qualidade fossem acompanhados por 12 meses, até outubro de 2017. A bibliografia de base sugerida pela ANS foi o livro *“Idosos na Saúde Suplementar: Uma Urgência para a Saúde da Sociedade e Sustentabilidade do Setor”*, produzido pela equipe técnica da GEEIQ/DIDES/ANS como base para a elaboração dos projetos-piloto⁴.

Foi sugerido às entidades participantes estruturar ações em torno dos eixos ilustrados no Infográfico 2.

⁴ Livro *Idosos na Saúde Suplementar: Uma Urgência para a Saúde da Sociedade e Sustentabilidade do Setor* da ANS disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/web_final_livro_idosos.pdf acessado em 03/01/2018, às 15h50m.

INFOGRÁFICO 2: EIXOS ESTRUTURANTES



Fonte: ANS, Elaboração Própria.

Logo após o lançamento do Projeto e do livro editado pela ANS, foi aberto prazo para inscrição de projetos-piloto no programa Idoso Bem Cuidado, tanto para operadoras de planos, quanto para prestadores de serviços de saúde. As inscrições foram gratuitas e voluntárias. Num primeiro momento, os interessados manifestaram sua intenção de adesão preenchendo um formulário de cadastro⁵ e encaminharam à ANS os documentos solicitados.

Posteriormente, prestadores e operadoras que manifestaram interesse apresentaram projetos-piloto para implementação do modelo Idoso Bem Cuidado seguindo as orientações descritas no Termo de Intenção de Adesão. Foram selecionadas 68 participantes.

As propostas foram selecionadas pela ANS com base em critérios gerais e específicos.

Os critérios gerais estabelecidos para seleção dos projetos foram:

- Preencher o Formulário de Inscrição de Pilotos para o Projeto Idoso Bem Cuidado⁶ e identificar-se como: a) operadora de plano privado de saúde, com registro ativo na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) ou; b) prestador de serviço que atenda a beneficiários de planos privados de saúde de qualquer operadora;
- Estar com a licença sanitária e o alvará de funcionamento do estabelecimento de acordo com o previsto na legislação vigente e possuir cadastro do estabelecimento no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES);
- Concordar em participar do acompanhamento e de estudos conduzidos ao longo do projeto pela ANS, se comprometendo a informar os resultados obtidos para o monitoramento dos pilotos pelo órgão regulador.

5 http://www.ans.gov.br/images/stories/gestao_em_saude/idoso_bem_cuidado/termo_adesao_projeto_idoso_bem_cuidado.pdf, acessado em 16/01/2019.
6 Este formulário foi divulgado à época em endereço na Internet. Hoje, não se encontra disponível.

Os critérios específicos estabelecidos para seleção foram:

- a. Utilizar os eixos estruturantes do modelo em um ou mais níveis hierarquizados de cuidado listados a seguir:
 - Atenção Primária;
 - Atenção Hospitalar;
 - Reabilitação, Atenção Domiciliar e Cuidados Paliativos;
 - Navegador do Cuidado.
- b. Monitorar o desenvolvimento do piloto por meio de indicadores de qualidade relacionados aos níveis de cuidado implementados pelo proposto no desenho do projeto;
- c. Atrair aos indicadores de qualidade, à implementação de modelos inovadores de remuneração a prestadores de serviço;
- d. Estabelecer uma equipe gestora do projeto na organização e monitorar os resultados;
- e. Demonstrar os recursos necessários para a implantação do projeto;
- f. Adotar, como uma das ferramentas de gestão do cuidado aos idosos, os Dados Mínimos Portáteis do Idoso - propostos no Anexo II do livro *Idosos na Saúde Suplementar: uma Urgência para a Saúde da Sociedade e Sustentabilidade do Setor*.⁷

Os 18 prestadores e 50 operadoras selecionados são listados nas tabelas 1 e 2⁸, respectivamente.

TABELA 1: PRESTADORES PARTICIPANTES DO PROJETO IDOSO BEM CUIDADO

N	Nome Fantasia do Prestador	CNES	UF	Município
1	Centro Hospitalar Unimed (CHU)*	2521431	SC	Joinville
2	Hospital do Coração (HCOR - Sírio)	2081288	SP	São Paulo
3	Hospital Dr Osvaldo Teixeira*	5050170	RS	Tucunduva
4	Hospital e Maternidade SacreCoeur	6859852	SP	São Paulo
5	Hospital Israelita Albert Einstein*	2058391	SP	São Paulo
6	Hospital Márcio Cunha*	2205440	MG	Ipatinga
7	Hospital Mater Dei*	7684878	MG	Belo Horizonte
8	Hospital Metropolitan*	2547058	ES	Serra
9	Hospital Personal Cuidados Especiais	5607442	SP	São Paulo
10	Premier Residence Hospital*	3477355	SP	São Paulo
11	Hospital Sírio-Libanês*	6866913	SP	São Paulo
12	Hospital Unimed – Capivari*	3334678	SP	Capivari
13	Hospitalar Gestão e Saúde Ltda (ATS)*	6480551	RS	Porto Alegre
14	Informar Saúde (PROcare)*	9223231	SP	São Paulo
15	Clínica Mais 60 Saúde	7637853	MG	Belo Horizonte
16	MedSênior (SAMEDIL)	7960220	ES	Vitoria
17	Grupo Santa Celina/ Beneficência Portuguesa*	7186649	SP	São Paulo
18	São Francisco Saúde	3446808	SP	Ribeirão Preto

Fonte: ANS, elaboração própria.

⁷ A obrigatoriedade do uso desta ferramenta foi revista ao longo do Projeto.

⁸ A lista dos participantes foi publicada no site da ANS em: http://www.ans.gov.br/images/stories/gestao_em_saude/idoso_bem_cuidado/projeto_idoso_bem_cuidado_instituicoes_selecionadas.pdf, acessado em 03/01/20108.

Dos 18 prestadores que se inscreveram com um piloto no Projeto, 10 estão localizados no Estado de São Paulo, sendo que 9 com sede na Capital e 1 (um) na cidade de Ribeirão Preto. Os outros são distribuídos pelos seguintes Estados: Minas Gerais (3), Espírito Santo (2), Santa Catarina (1) e Rio Grande do Sul (2).

TABELA 2: OPERADORAS PARTICIPANTES DO PROJETO IDOSO BEM CUIDADO

N	Nome Fantasia da Operadora	Reg. ANS	N	Nome Fantasia da Operadora	Reg. ANS
1	Amil	326305	26	Unimed - Belém	303976
2	ASFEB	335754	27	Unimed – Belo Horizonte	343889
3	BioVida Saúde	415111	28	Unimed - Campinas	335690
4	Caberj	324361	29	Unimed - Ceará	321958
5	Cafaz	359122	30	Unimed - Erechim	357022
6	Camed Saúde	385697	31	Unimed - Fortaleza	317144
7	Cemig Saúde	417505	32	Unimed - Goiânia	382876
8	Central Nacional Unimed	339679	33	Unimed - Juiz de Fora	306886
9	Clinipam	340782	34	Unimed - Litoral	303356
10	Economus	342611	35	Unimed - Noroeste RS	357260
11	FUNDAFFEMG	315567	36	Unimed - Petrópolis	323993
12	Geap Saúde	323080	37	Unimed – São Carlos	354031
13	Golden Cross (Vision Med)	403911	38	Unimed Anápolis	312347
14	Metrus Saúde	380661	39	Unimed Caruaru	340952
15	Nossa Saúde	372609	40	Unimed do Estado do Paraná	312720
16	Notre Dame Intermédica	359017	41	Unimed Franca	354783
17	Pasa Saúde (Vale)	331988	42	Unimed Joinville	321273
18	Plano Amazônia Saúde	419052	43	Unimed Norte de Minas	315494
19	Samp – Espírito Santo	342033	44	Unimed Pelotas	311375
20	Santa Helena Saúde	355097	45	Unimed Poços de Caldas	316148
21	São Cristóvão Saúde	314218	46	Unimed Santa Bárbara D'Oeste	369292
22	Sepaco Autogestão	407224	47	Unimed Sete Lagoas	349534
23	Sobam	326500	48	Unimed Vitória	357391
24	SPA Saúde	324493	49	UsiSaúde	339954
25	Sul América Saúde	416428	50	Vitallis Saúde	348520

Fonte: ANS, elaboração própria.

Por sua vez, no início do projeto-piloto, 50 operadoras se inscreveram.

Os projetos foram monitorados por 12 meses, entre outubro de 2016, linha de base para o início dos pilotos, e outubro de 2017. Todas as variáveis, coletadas dos participantes do Piloto podem ser consultadas no Anexo 1, ao final deste relatório.

Ao longo do trabalho do Grupo Técnico do Idoso Bem Cuidado, foram estudados e acordados indicadores de qualidade da assistência à saúde do idoso, listados na Tabela 3 a seguir.

TABELA 3: INDICADORES DE QUALIDADE DO PROJETO IDOSO BEM CUIDADO

Indicador	
1	Proporção de Consultas com Médico Generalista em Idosos
2	Proporção de Consultas com Médico Especialista em Idosos
3	Proporção de Consultas com Equipe Interdisciplinar em Idosos
4	Proporção de Readmissão Hospitalar em 30 Dias em Idosos
5	Razão de Internação em 30 Dias em Idosos
6	Razão de Idas a Emergência em Idosos em 30 Dias
7	Utilização de Instrumentos de Avaliação Funcional do Idoso ⁹
8	Tempo Médio de Internação em Idosos
9	Índice de Retorno ao Médico de Referência
10	Adoção de Modelo de Remuneração Integrado com o Modelo Assistencial
11	Percentual de Idosos com Coordenador de Cuidados (Idosos Navegados)

Fonte: ANS, elaboração própria.

Para o acompanhamento desses indicadores de qualidade¹⁰ e monitoramento do Projeto, foi elaborado um formulário com a finalidade de coletar os dados que deveriam ser informados mensalmente pelos prestadores e operadoras participantes de modo a permitir análise quantitativa de resultados. Esse formulário foi disponibilizado no portal da ANS, por intermédio da ferramenta *FormSus*, cedida pelo Datasus/MS. Cópia do formulário de coleta de dados está disponível no Anexo 1 deste relatório. Um folheto de orientação na forma de perguntas e respostas foi disponibilizado para os participantes e divulgado no site da ANS¹¹.

Os parâmetros assistenciais adotados são internacionalmente reconhecidos, preconizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), para cobertura e produtividade assistencial nos países de renda média. O número de internações hospitalares, de consultas médicas, de enfermagem e outras, de serviços complementares, inclusive de diagnose e terapia, foram selecionados como indicadores com base em estudos e pareceres de especialistas, parâmetros assistenciais desenvolvidos e praticados em vários Estados da Federação e estudos do Ministério da Saúde (MS) e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Como se tratou de um projeto-piloto, em lugar de estabelecer metas para os indicadores, o intuito do acompanhamento foi adotar uma avaliação que permitisse constituir uma série histórica de modo a fundamentar experiências futuras. Assim, a proposta foi considerar que os parâmetros seriam construídos a partir da própria série histórica de cada instituição e da comparação dos valores médios e medianos dentro do grupo de instituições participantes do Projeto Idoso Bem Cuidado.

Ao final do projeto-piloto, foi solicitado que todos os participantes enviassem um relatório final com as atividades desenvolvidas, de modo a viabilizar uma análise qualitativa. Nesse relatório deveriam ser descritos os resultados obtidos, as dificuldades enfrentadas e os desafios identificados. Cópia do modelo de relatório final está disponível no Anexo 2 deste relatório.

Ao analisar os resultados ao final do período, a equipe técnica da ANS constatou que dos 18 prestadores e 50 operadoras inscritas, nem todos haviam informado seus indicadores durante todo o tempo de duração do piloto (outubro de 2016 – outubro de 2017). As operadoras e prestadores que inscreveram seus pilotos, mas informaram seus indicadores para menos de 6 meses não foram consideradas válidas na seleção da amostra para a análise dos resultados. Ao final, 6 prestadores e 35 operadoras informaram ao menos 6 meses de resultados à ANS durante o tempo determinado de acompanhamento do projeto-piloto. Para restringir os resultados à análise dos dados mais consistentes, o presente relatório se concentra apenas nesses dois últimos grupos, desconsiderando resultados parciais informados pelos demais participantes inicialmente previstos.

9 Para conhecimento inicial de instrumentos de avaliação funcional, baixe http://www.ans.gov.br/images/stories/gestao_em_saude/idoso_bem_cuidado/instrumento_de_avaliacao_idosos.zip, acessado em 16/01/2019, às 14h54m.

10 A ficha técnica dos indicadores pode ser consultada em http://www.ans.gov.br/images/stories/gestao_em_saude/idoso_bem_cuidado/FichasTecnicasDosIndicadoresDoProjetoIdosoBemCuidado-ANS-versao5.pdf, acessado em 09/01/2016.

11 http://www.ans.gov.br/images/stories/gestao_em_saude/idoso_bem_cuidado/perguntas_e_respostas_projeto_idoso_bem_cuidado_e_indicadores_de_monitoramento.pdf, acessado em 11/01/2018.

II - PRESTADORES PARTICIPANTES DO PROJETO

Na Tabela 4, são indicados os 6 prestadores de serviços participantes do projeto que preencheram o formulário de monitoramento em pelo menos 6 meses: Hospital do Coração (HCOR-Sírio); Hospital e Maternidade Sacré Coeur; Hospital Personal Cuidados Especiais; Clínica Mais 60 Saúde; Medsênior (SAMÉDIL) e São Francisco Saúde.

TABELA 4: PRESTADORES COM PARTICIPAÇÃO CONTABILIZADA NO PROJETO PILOTO IDOSO BEM CUIDADO*

N	Nome Fantasia do Prestador	CNES	UF	Município
1	Hospital do Coração (HCOR - Sírio)	2081288	SP	São Paulo
2	Hospital e Maternidade SacreCoeur	6859852	SP	São Paulo
3	Hospital Personal Cuidados Especiais	5607442	SP	São Paulo
4	Clínica Mais 60 Saúde	7637853	MG	Belo Horizonte
5	MedSênior (SAMÉDIL)	7960220	ES	Vitória
6	São Francisco Saúde	3446808	SP	Ribeirão Preto

*Prestadores que informaram os indicadores do piloto por pelo menos 6 meses.
Fonte: ANS, elaboração própria.

Por outro lado, 12 prestadores informaram os dados dos indicadores por no máximo dois meses:

- Prestadores que enviaram dados por apenas 1 ou 2 meses: Hospital Dr. Oswaldo Teixeira e Hospital Unimed Capivari; Hospital Mater Dei.
- Prestadores inscritos no piloto e que nunca enviaram dados pelo *FormSus*: Hospital Márcio Cunha, que pertence à Fundação São Francisco Xavier (USISAUDE) e participou como operadora; Centro Hospitalar Unimed (CHU); Hospital Israelita Albert Einstein; Hospital Metropolitano; Premier Residence Hospital; Hospital Sírio-Libanês; Hospitalar Gestão e Saúde Ltda (ATS); Informar Saúde (PROcare); e Grupo Santa Celina/Beneficência Portuguesa.
- A seguir, é apresentada uma síntese das experiências e dos dados fornecidos pelos 6 prestadores que informaram de maneira mais consistente os resultados de sua participação no piloto, por intermédio da plataforma *FormSus*.

2.1- HOSPITAL DO CORAÇÃO (HCOR - SÍRIO)

O Hospital do Coração (HCOR – Sírio), é classificado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Datasus/MS como um hospital geral (CNES nº 2081288). O hospital funciona no Município de São Paulo, Estado de São Paulo. O prestador iniciou o piloto em fevereiro de 2017, tendo enviado os dados do projeto entre abril e agosto de 2017.

O Projeto foi assim denominado:

Idoso Bem Cuidado HCor: Atenção Multidisciplinar para o Idoso Frágil Hospitalizado.

De acordo com o projeto, apresentado à ANS, o HCor visava implantar o Piloto, de modo a identificar as ações prioritárias, com relação aos aspectos de segurança e conforto, necessários ao bom atendimento da população idosa, além de incorporar maior resolutividade ao atendimento.

Assim, o projeto piloto contemplou:

- Elaboração de um Inventário de Acessibilidade e de Cuidado ao Paciente Idoso
- Criação de um guia de Orientação ao Idoso, com aspectos de cuidado a saúde, nutrição, uso de medicamentos, entre outros;

- Criação de um sistema de monitoramento (indicadores) com foco na saúde e cuidado do idoso;
- Formação de um Time/Comitê que trate assuntos de cuidado ao idoso (hospitalar);
- Criação de uma equipe multidisciplinar de referência em geriatria e gerontologia;
- Criação de um fluxo de atendimento ao idoso;
- Adequação do ambiente físico para o cuidado ao idoso, por meio da avaliação entre os diferentes níveis de cuidado e
- Integrar as Políticas do Idoso em todos os Níveis de Cuidado

Segundo o relatório final do piloto, enviado pelo HCor, foram incluídos no programa os **idosos frágeis** admitidos nas Unidades de Internação (UI) do Hospital, o que correspondeu a 35% do total de idosos hospitalizados e 19% do total de pacientes. A escala FRAIL foi utilizada para detectar fragilidade e serviu como critério de inclusão.

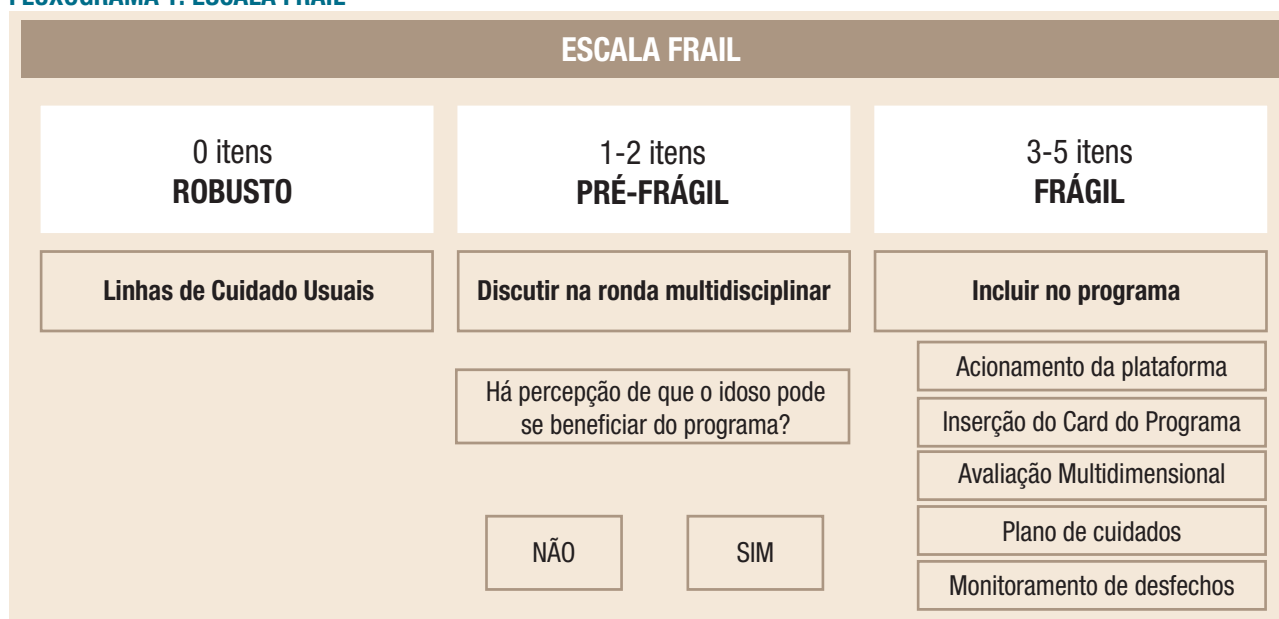
Todos os idosos (≥ 60 anos) foram submetidos à escala FRAIL, aplicada pelo enfermeiro da UI no momento da admissão. Essa ferramenta de rastreio avalia 5 condições de forma dicotômica (sim/não):

- **Distúrbio de Marcha:** dificuldade de andar um quarteirão;
- **Redução de Força:** dificuldade de subir um lance de escada;
- **Fadiga:** sentir-se cansado a maior parte do tempo;
- **Perda Ponderal:** perda involuntária de 3kg ou mais no último ano;
- **Multimorbidade:** presença de 3 ou mais diagnósticos médicos entre 11 considerados.

A fragilidade é definida pela presença de 3 ou mais alterações na escala FRAIL, sendo que os idosos classificados como frágeis foram incluídos no programa. A prevalência de fragilidade encontrada nos levantamentos foi de 7% entre 60-69 anos, 33% entre 70-79 anos e 77% nos idosos com 80 anos ou mais.

Além dos idosos com pontuação ≥ 3 na escala FRAIL, foram incluídos no programa ainda aqueles que pontuaram 1-2 e possuíam outras vulnerabilidades, que justificassem sua inclusão, conforme o fluxograma 1, apresentado abaixo.

FLUXOGRAMA 1: ESCALA FRAIL



Fonte: ANS, elaboração própria

Analisando as medidas acima listadas, é possível considerar que, dentre os cinco níveis hierarquizados de cuidado, o projeto contemplou os cinco níveis hierarquizados de cuidado: (1) acolhimento, (2) núcleo integrado de cuidado, (4) cuidados complexos de curta duração e (5) cuidados de longa duração.

A seguir, um pequeno resumo dos dados informados:

- **População Alvo:** A população alvo foi definida dentro dos beneficiários ativos com idade igual ou acima de 60 anos, compreendendo cerca de 339 - 400 beneficiários.
- **Instrumentos de Avaliação do Idoso utilizados no projeto:** AVD/AIVD - Percentual de Autonomia / Dependência Parcial / Dependência Severa - Mini Avaliação Nutricional.
- **Se você utiliza Outros Instrumentos de Avaliação, que não os citados, descreva-os aqui:** 10-CS, PHQ-4, Short CAM, IPAQ, SF-36 (alguns itens), Escala de Braden, Johns Hopkins Fall Risk Assessment Tool, FAST.
- **Para Atividades de Vida Diária (AVDs), quais instrumentos utiliza:** Barthel
- **Adota Modelo de Remuneração Integrado com o Modelo Assistencial:** não se aplica
- **Proporção de Consultas com Generalistas e Especialistas e Idas às emergências em 30 dias:** a proporção de consultas com especialistas é superior à proporção de consultas com generalistas, devido às características do piloto, que trabalhava com idosos internados. A proporção de consultas com especialistas permanece quase constante ao longo do tempo, enquanto a proporção de consultas com generalistas varia entre 30 – 40%. A proporção de consultas com equipe multidisciplinar não foi informada. A razão de idas às emergências varia de 25 - 50%, ao longo de 2017.

2.2- HOSPITAL E MATERNIDADE SACRECOEUR

O Hospital e Maternidade SacreCoeur, é classificado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Datasus/MS como um hospital geral (CNES nº 6859852). O hospital funciona no Município de São Paulo, Estado de São Paulo e pertence à rede própria da operadora Notre Dame - Intermédica. O prestador iniciou o piloto em outubro de 2016, tendo enviado os dados do projeto entre fevereiro e outubro de 2017.

De acordo com o projeto, apresentado à ANS, o Hospital e Maternidade SacreCoeur segue as diretrizes do Programa Idoso Bem Cuidado. Este prestador pertence à rede própria da operadora Notre Dame – Intermédica, que também participou do piloto com outro projeto, como será descrito mais adiante, no item de análise das operadoras (pág. 42).

Um pequeno resumo dos dados informados:

- **População Alvo:** A população alvo foi definida dentro dos beneficiários ativos com idade igual ou acima de 60 anos, compreendendo cerca de 25 – 30 pacientes.
- **Instrumentos de Avaliação do Idoso utilizados no projeto:** Avaliação da Marcha - TUG (Timed Get Up and Go)
- **Se você utiliza Outros Instrumentos de Avaliação, que não os citados, descreva-os aqui:** não utiliza.
- **Para Atividades de Vida Diária (AVDs), quais instrumentos utiliza:** não utiliza.
- **Adota Modelo de Remuneração Integrado com o Modelo Assistencial:** não se aplica
- **Proporção de Consultas com Generalistas e Especialistas e Idas às emergências em 30 dias:** o prestador informa que o projeto foi expandido, mas que, no momento de recolher e informar os dados à ANS, ainda não dispunham de muitos inscritos no programa (25 – 30 pacientes).

O Prestador não enviou o relatório de avaliação final do piloto. Algumas observações sobre esse projeto específico foram registradas no relatório da operadora Notre Dame–Intermédica.

2.3- CLÍNICA MAIS 60 SAÚDE

A Clínica mais 60 Saúde é classificada, no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Datasus/MS, como uma Clínica/Centro de Especialidade (CNES nº 7637853). A Clínica funciona no Município de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais. O prestador iniciou o piloto em julho de 2015, tendo enviado os dados do projeto entre março e outubro de 2017.

De acordo com o projeto, apresentado à ANS, o prestador procurou desenhar um modelo de atendimento otimizado, com participação multidisciplinar, que pudesse contemplar as principais necessidades de saúde da pessoa idosa de maneira custo-efetiva.

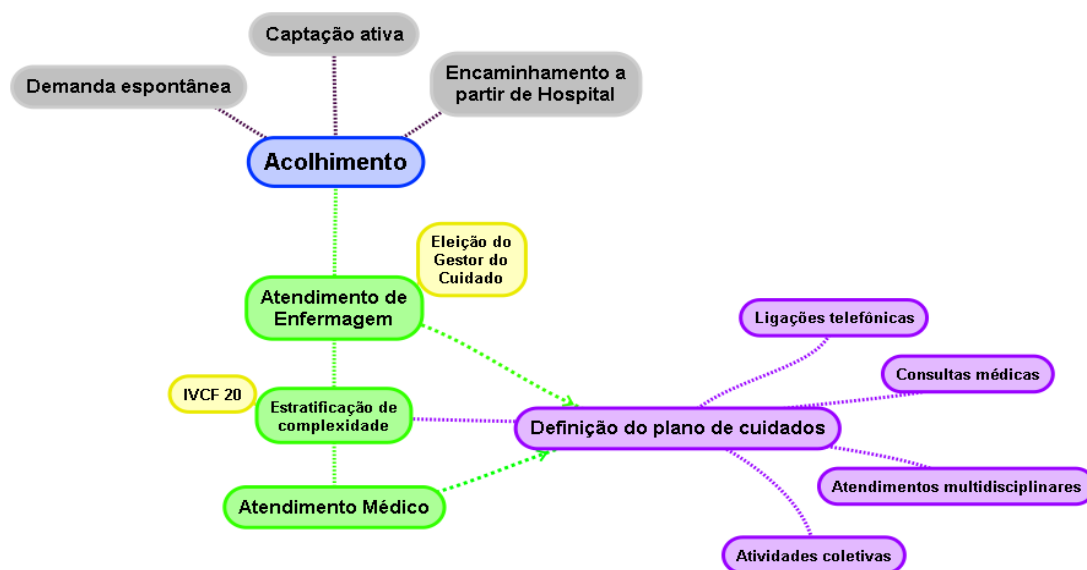
Os principais objetivos do Programa “Idoso Bem Cuidado na MAIS 60 SAÚDE” são:

- Ser referência de atenção primária, com organização do percurso assistencial, para o cliente com 60 anos ou mais de idade;
- Identificar e atuar precocemente nas condições de saúde mais prevalentes e em grandes síndromes da população geriátrica;
- Aumentar a independência funcional da pessoa idosa;
- Reduzir o uso de serviços hospitalares desnecessários;
- Prover acesso facilitado para atendimento ambulatorial médico e multiprofissional a intercorrências dos clientes idosos.

Com base nessa proposta, a clínica buscou o credenciamento junto à Unimed-BH (desde julho de 2015) e com a Desban (desde março de 2016). Os princípios de implementação do projeto estão esquematizados no Infográfico 3.

De acordo com o projeto, o cliente é avaliado por profissional Enfermeiro, após o acolhimento, sendo submetido à aplicação de uma escala de complexidade clínico-funcional (IVCF 20). Ao cliente e seus familiares, é proposto um plano de cuidados que envolve consultas médicas programadas, ligações telefônicas por Enfermeiro, ações educativas, atividades multiprofissionais e convite para participação de atividades coletivas. Semanalmente, os casos são discutidos pela equipe, de forma a priorizar ações e promover a adesão aos planos propostos (Infográfico 3).

INFOGRÁFICO 3 - FLUXO DE ENTRADA NO PROGRAMA “IDOSO BEM CUIDADO NA MAIS 60 SAÚDE”



Fonte: Clínica Mais 60 Saúde.

O papel do Gestor do Cuidado é desempenhado pelo Enfermeiro. O papel do gestor de cuidados é central, este deve atuar de maneira proativa, auxiliando no cumprimento do Plano de Cuidados, na avaliação de situações de risco e no levantamento de desfechos clínicos. Assim, dentre os cinco níveis hierarquizados de cuidado, a Clínica Mais 60 Saúde contemplou: (1) acolhimento, (2) núcleo integrado de cuidado, (3) ambulatório geriátrico e (4) cuidados complexos de curta duração.

Um pequeno resumo dos dados informados:

- **População Alvo:** A população alvo foi definida dentro dos beneficiários ativos com idade igual ou acima de 60 anos, compreendendo cerca de 1.000 – 1.200 pacientes.
- **Instrumentos de Avaliação do Idoso utilizados no projeto:** Para Avaliação Cognitiva - MEEM (Mini Exame do Estado Mental) - Para Depressão - EDG (Escala de Depressão Geriátrica) - Avaliação da Marcha - TUG (Timed Get Up and Go) - AVD/AIVD - Percentual de Autonomia / Dependência Parcial / Dependência Severa – Mini.
- **Se você utiliza Outros Instrumentos de Avaliação, que não os citados, descreva-os aqui:** IVCF.
- **Adota Modelo de Remuneração Integrado com o Modelo Assistencial:** Capitação (Prepaid/Capitation) - Outras modalidades de P4P.
- **Proporção de Consultas com Generalistas e Especialistas e Idas às emergências em 30 dias:** de acordo com os dados informados, cerca de 90-95% dos pacientes são atendidos por médicos generalistas, e 100% destes são atendidos por equipe multidisciplinar. O atendimento com especialistas é bastante baixo, cerca de 4-7%. Não foi informada a razão de idas às emergências em 30 dias.

De acordo com o relatório final enviado pelo prestador, foram várias as medidas de melhoria, implementadas durante o piloto, destacando-se estas:

- Desenvolvimento de sistema informatizado de navegação;
- Desenvolvimento do modelo de gestão de saúde em equipes, com avaliação de desempenho entre elas e disseminação de boas práticas;
- Criação de um time de gestão da informação e apuração de indicadores, para acompanhamento dos resultados.
- As melhorias implementadas levaram a estes resultados:
- Redução em 24% dos custos totais projetados para a população sob cuidados (carteira Desban);
- Redução de 15% em encaminhamentos para especialistas fora da Clínica (carteira de alta fragilidade Unimed-BH);
- 68% de pacientes diabéticos idosos com hemoglobina glicada dentro dos valores ideais;
- 87% dos pacientes hipertensos idosos com valores de pressão arterial dentro dos valores ideais.

2.4- HOSPITAL PERSONAL

A Associação Hospital Personal e Cuidados Especiais é classificada, no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Datasus/MS, como um hospital geral (CNES nº 5607442). O hospital funciona no Município de São Paulo, Estado de São Paulo. O prestador iniciou o piloto em janeiro de 2017, tendo enviado os dados do projeto entre fevereiro e agosto de 2017.

De acordo com o projeto, apresentado à ANS, o prestador instituiu um modelo de Transição de Cuidados, constituindo um elo importante na assistência ao idoso. O prestador informa que dispõe de uma equipe técnica e de suporte em período integral, tanto para a operadora, bem como para pacientes e familiares.

As seguintes informações e histórico clínico são disponibilizadas e podem ser acessadas via Web;

- Operadora de Saúde, e seus serviços de Home Care;
- APH e Monitoramento de casos crônicos;
- Contato APH direto das operadoras;
- Paciente e/ou familiar vindo de sua residência;
- Paciente assistido por ambulatório de geriatria e com necessidade de internação percebida na consulta ou através de monitoramento;
- Rede credenciada/Operadora - o contato com as operadoras permite a elaboração completa do modelo de tratamento (período de internação, desfecho dos casos com maior segurança, possibilidade da criação de algoritmos por patologia), antecipação de informações e acesso ao histórico clínico de cada paciente pela equipe médica.

O atendimento ao idoso compreende múltiplas esferas: tratamento clínico específico para sua categoria; parceria com a família; treinamento e capacitação de cuidadores (familiares/ contratados); engajamento na promoção de grupos e oficinas propiciando interação social e estimulação mediante calendário eminente/ datas comemorativas; utilização de visita de animais/ co-terapeutas; e visitas planejadas de grupo de palhaços hospitalares.

Um pequeno resumo dos dados informados:

- **População Alvo:** A população alvo foi definida dentro dos beneficiários ativos com idade igual ou acima de 60 anos, compreendendo cerca de 80 – 98 pacientes.

Instrumentos de Avaliação do Idoso utilizados no projeto: Para Avaliação Cognitiva - MEEM (Mini Exame do Estado Mental) - Para Depressão - EDG (Escala de Depressão Geriátrica) - Avaliação da Marcha - TUG (Timed Get Up and Go) - AVD/AIVD - Percentual de Autonomia / Dependência Parcial / Dependência Severa – Mini.

- **Se você utiliza Outros Instrumentos de Avaliação, que não os citados, descreva-os aqui:** Escala de queda o paciente, escala de dor, escala de avaliação da pele branden, escala Mews, escala de avaliação nutricional MAAN, Palliative performance Scale PPS.
- **Para Atividades de Vida Diária (AVDs), quais instrumentos utiliza:** Escala de avaliação diária, percentual de autonomia, dependência parcial e dependência severa Índice Katz.
- **Para Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), quais instrumentos utiliza:** Índice Lawton.
- **Adota Modelo de Remuneração Integrado com o Modelo Assistencial:** Orçamento Global.
- **Proporção de Consultas com Generalistas e Especialistas e Idas às emergências em 30 dias:** De acordo com os dados informados à ANS, cerca de 20-25% dos pacientes são atendidos por médicos generalistas, e boa parte destes são atendidos por equipe multidisciplinar. O atendimento com especialistas é de cerca 20%. A razão de idas às emergências em 30 dias está por volta de 20%.

O Hospital Personal não enviou o relatório final, com sua avaliação dos resultados do piloto Idoso Bem Cuidado.

2.5- SÃO FRANCISCO SAÚDE

São Francisco Saúde Ocupacional é um prestador da rede própria da operadora de mesmo nome, do ramo de medicina de grupo (Registro ANS nº 419052). O prestador é classificado, no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Datasus/MS, como uma Policlínica (CNES nº 3446808). O prestador funciona no Município de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, tendo iniciado o piloto em setembro de 2016. Os dados do projeto foram enviados entre maio e outubro de 2017.

De acordo com o projeto, apresentado à ANS, o piloto visava organizar o fluxo de atenção à saúde da população inscrita no programa, com abrangência de todos os níveis hierárquicos de cuidado. O piloto englobou ações de educação, promoção da saúde, prevenção de doenças evitáveis, cuidado precoce e reabilitação de agravos, garantindo uma linha de cuidado com uma rede articulada, referenciada e com um sistema de informação desenhado em sintonia com as necessidades de atenção.

A inclusão do idoso no programa é vinculada a um Tutor de Enfermagem, que tem o papel de “navegador”, que gerencia os cuidados e guia os passos do paciente e sua família dentro do modelo proposto. O navegador é responsável por orientar, aconselhar, e dar suporte técnico, guiando o beneficiário na utilização dos serviços de saúde, de acordo com a sua necessidade.

O prestador possui uma Central de Monitoramento, com funcionamento de 24 horas por dia, 7 dias na semana. Oferece também os seguintes serviços: unidade de saúde específica para os atendimentos e grupo educativos (Unidade Saúde Plena); ambulatório geriátrico e com médicos de família e comunidade; atendimento com profissionais multidisciplinares (nutricionistas, psicólogos, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, assistente social e educador físico); rede de especialistas; atenção domiciliar; hospital dia; pronto socorro; e hospital geral. O paciente utiliza os serviços de forma linear, sendo que todo o andamento do cuidado e os caminhos a serem seguidos por ele no serviço de saúde, são monitorados e direcionados pelo Tutor de Enfermagem.

Segundo o Grupo São Francisco, este modelo de atenção é utilizado em todas as regiões em que atua, incluindo os estados de São Paulo, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso e Goiás. A população idosa do grupo (maior ou igual a 60 anos) é de 59.678 pessoas, sendo que 7.590 (12,71%) já fazem parte desse programa.

Um pequeno resumo dos dados informados:

- População Alvo: A população alvo foi definida dentro dos beneficiários ativos com idade igual ou acima de 60 anos, compreendendo cerca de 1.000 – 1.400 pacientes.
- Instrumentos de Avaliação do Idoso utilizados no projeto: Para Avaliação Cognitiva - MEEM (Mini Exame do Estado Mental) - Para Depressão - EDG (Escala de Depressão Geriátrica) - AVD/AIVD - Percentual de Autonomia / Dependência Parcial / Dependência Severa - Mini Avaliação Nutricional.
- Se você utiliza Outros Instrumentos de Avaliação, que não os citados, descreva-os aqui: Prisma 7
- Adota Modelo de Remuneração Integrado com o Modelo Assistencial: Orçamento Global - Hora Trabalhada.
- Proporção de Consultas com Generalistas e Especialistas e Idas às emergências em 30 dias: de acordo com os dados informados à ANS, cerca de 7-10% dos pacientes são atendidos por médicos generalistas, e cerca de 40-50% são atendidos por equipe multidisciplinar. O atendimento com especialistas é de cerca 40%. A razão de idas às emergências em 30 dias está por volta de 15%.

O prestador não enviou o relatório final, com sua avaliação dos resultados do piloto Idoso Bem Cuidado.

2.6. SAMEDIL (MEDSÊNIOR)

Samedil Serviços de Atendimento Médico S.A. é um prestador da rede própria da operadora de mesmo nome (nome fantasia MedSênior), do ramo de medicina de grupo (Registro ANS nº 335614). O prestador é classificado, no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Datasus/MS, como uma Policlínica (CNES nº 7960220). O prestador funciona no Município de Vitória, Estado do Espírito Santo, tendo iniciado o piloto em novembro de 2016. Os dados do projeto foram enviados entre fevereiro e setembro de 2017.

De acordo com o projeto, apresentado à ANS, o prestador oferece um Programa de Medicina Preventiva, que visa acolher o cliente, oferecendo um plano individualizado de cuidado, dentro do conceito da prevenção primária, secundária, terciária e quaternária, direcionando-o conforme sua necessidade. O cliente é acompanhado num modelo interdisciplinar, sendo que seu médico-cuidador tem formação generalista. O paciente também tem o direito de ser atendido por especialistas, nas áreas de clínica médica, medicina de família e comunidade, geriatria e cuidados paliativos. Também é oferecido o atendimento em algumas áreas com programas específicos como cardiologia e nefrologia, para os pacientes que necessitam este tipo de tratamento.

Assim, a experiência do SAMEDIL contempla os seguintes níveis hierarquizados de cuidado: (1) acolhimento, (2) núcleo integrado de cuidado, (3) ambulatório geriátrico, (4) cuidados complexos de curta duração e (5) cuidados de longa duração.

Inicialmente, é aplicado um protocolo, conhecido como PEC (protocolo de estratificação do Cuidado), que visa conhecer o perfil clínico e geriátrico do paciente. O PEC tem por objetivo avaliar o perfil de saúde, envelhecimento, fragilidade e em que medida riscos e enfermidades presentes comprometem o nível de capacidade funcional, ou predizem desfechos desfavoráveis do beneficiário. O cliente pode ser acompanhado em nível ambulatorial ou domiciliar, além de serem monitorados quando vão ao pronto socorro, ou quando são hospitalizados.

O Programa de Medicina Preventiva também conta com oficinas destinadas à prevenção e ao manejo de problemas usuais de saúde relacionados ao envelhecimento.

Um pequeno resumo dos dados enviados, via resumo do projeto e *FormSus*:

- **População Alvo:** A população alvo foi definida dentro dos beneficiários ativos com idade igual ou acima de 60 anos, compreendendo 400 a 1.000 pacientes.
- **Instrumentos de Avaliação do Idoso utilizados no projeto:** AVD/AIVD - Percentual de Autonomia / Dependência Parcial / Dependência Severa.
- **Se você utiliza Outros Instrumentos de Avaliação, que não os citados, descreva-os aqui:** VES 13 e dimensão geriátrica.
- **Para Atividades de Vida Diária (AVDs), quais instrumentos utiliza:** Escala de Katz
- **Para Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), quais instrumentos utiliza:** Lawton
- **Adota Modelo de Remuneração Integrado com o Modelo Assistencial:** Hora Trabalhada
- **Proporção de Consultas com Generalistas e Especialistas e Idas às emergências em 30 dias:** de acordo com os dados informados à ANS, cerca de 20-50% dos pacientes são atendidos seja por médicos generalistas ou por especialistas, e cerca de 40-50% são atendidos por equipe multidisciplinar. A razão de idas às emergências em 30 dias está por volta de 0,1%.

De acordo com o relatório final apresentado, os resultados obtidos com os participantes do piloto, em termos dos indicadores monitorados, foram bastante significativos, ao comparar com os outros idosos que não foram incluídos no projeto.

Assim, os idosos inscritos no piloto apresentaram resultados melhores nos seguintes indicadores monitorados:

- Relação especialista x generalista;
- Frequência de idas a emergência;
- Tempo Médio de Internação;
- Razão de Internação.

De acordo com o prestador, um dos principais desafios encontrados, na implementação e do piloto, diz respeito à adesão do beneficiário ao programa. Foi observado que parte dos pacientes acompanhados não possuem a cultura de centralização do cuidado. Através dos relatórios institucionais, a prática de recorrer ao especialista ocorre com frequência, apesar dos índices da carteira monitorada ser inferiores ao demais beneficiários não acompanhados na relação especialista x generalista, por exemplo.

III - OPERADORAS PARTICIPANTES DO PROJETO

No início do projeto piloto, 50 operadoras se inscreveram. Contudo, seis operadoras não preencheram o formulário de monitoramento do Projeto para nenhum dos meses durante o piloto (outubro de 2016 a outubro de 2017): Amil; Golden Cross; Samp; SPA Saúde; Unimed Caruaru e Vitallis Saúde. Ainda, nove outras operadoras informaram os dados por menos de 6 meses:

- SEPACO e Unimed Anápolis responderam 5 meses;
- CEMIG, Metrus, Unimed Joinville e Unimed Vitória responderam 4 meses;
- Nossa Saúde respondeu a apenas 2 meses;
- Unimed de Santa Bárbara, Unimed Petrópolis responderam a apenas 1 mês.
- A Tabela 5 mostra as operadoras que informaram dados por um período de pelo menos 6 meses.

TABELA 5: OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE COM PARTICIPAÇÃO CONTABILIZADA NO PROJETO IDOSO BEM CUIDADO

N	Nome Fantasia da Operadora	Reg.ANS	N	Nome Fantasia da Operadora	Reg.ANS
1	ASFEB	335754	19	Unimed – Belo Horizonte	343889
2	BioVida Saúde	415111	20	Unimed - Campinas	335690
3	Caberj	324361	21	Unimed - Ceará	321958
4	Cafaz	359122	22	Unimed - Erechim	357022
5	Camed Saúde	385697	23	Unimed - Fortaleza	317144
6	Central Nacional Unimed	339679	24	Unimed - Goiânia	382876
7	Clinipam	340782	25	Unimed - Juiz de Fora	306886
8	Economus	342611	26	Unimed - Litoral	303356
9	FUNDAFFEMG	315567	27	Unimed - Noroeste RS	357260
10	Geap Saúde	323080	28	Unimed – São Carlos	354031
11	Notre Dame Intermédica	359017	29	Unimed do Estado do Paraná	312720
12	Pasa Saúde (Vale)	331988	30	Unimed Franca	354783
13	Plano Amazônia Saúde	419052	31	Unimed Norte de Minas	315494
14	Santa Helena Saúde	355097	32	Unimed Pelotas	311375
15	São Cristóvão Saúde	314218	33	Unimed Poços de Caldas	316148
16	Sobam	326500	34	Unimed Sete Lagoas	349534
17	Sul América Saúde	416428	35	UsiSaúde	339954
18	Unimed - Belém	303976			

*Operadoras marcadas em amarelo informaram pelo menos 6 meses os indicadores do piloto

Fonte: ANS, elaboração própria.

A seguir, serão apresentados uma síntese dos dados das operadoras que informaram dados por um período de pelo menos 6 meses e que são mostradas na Tabela 5.

3.1 - ASFEB SAÚDE

A operadora ASFEB Saúde (Registro ANS 335754) é uma empresa de autogestão. A operadora iniciou o piloto em janeiro de 2016, tendo enviado os dados do projeto todos os meses, desde o início do projeto, em outubro de 2016, até outubro de 2017. De acordo com o projeto apresentado pela operadora à ANS, seu objetivo geral é o de garantir aos Beneficiários idosos uma melhor qualidade de vida e efetividade nas ações de prevenção e promoção de saúde.

Objetivos Específicos do Projeto:

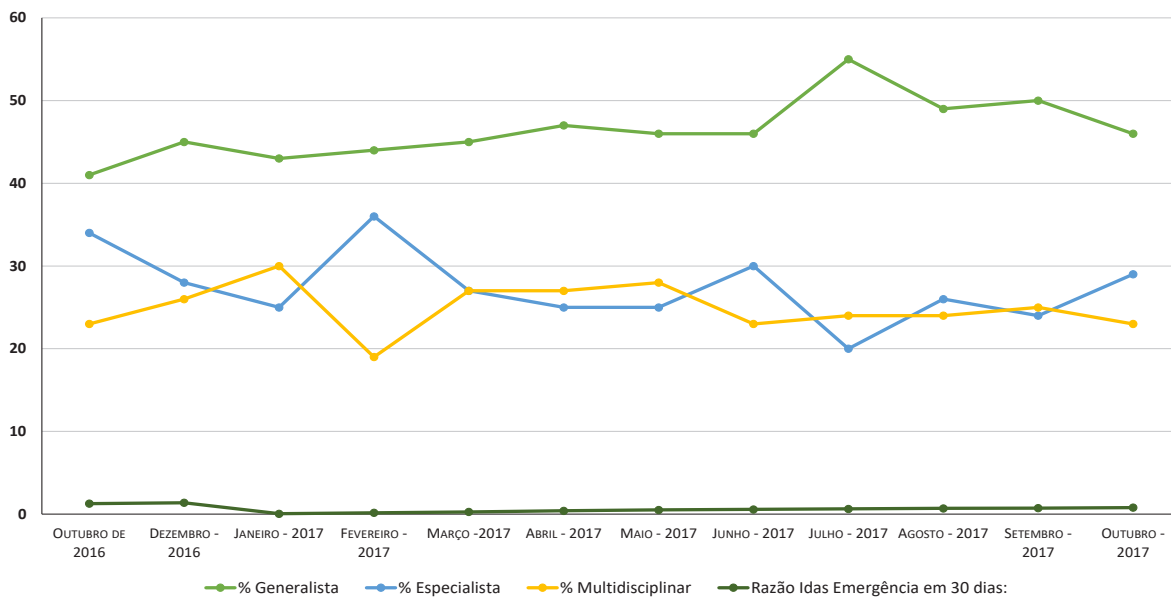
- Promoção à saúde da pessoa idosa – aumentando o envolvimento do paciente idoso no autocuidado e proporcionando um envelhecimento saudável;
- Manutenção e/ou Recuperação da autonomia e independência da pessoa idosa – capacidade funcional;
- Diagnóstico precoce das doenças crônicas, instituindo medidas adequadas para manutenção da qualidade de vida;
- Gerenciamento do perfil de saúde do doente idoso através de ações que previnam a piora das condições clínicas – integralidade do cuidado;
- Construção de uma base de dados sobre os beneficiários com doenças crônicas;
- Redução de custos na prevalência de equilíbrio econômico financeiro;
- Identificar indivíduos fragilizados, com maior risco de desenvolver incapacidade funcional, melhorando sua capacidade funcional diminuindo assim hospitalização e mortalidade;

Um pequeno resumo dos dados observados:

- **População Alvo:** a população alvo do projeto variou entre 1.145, em outubro de 2016, até 1.165 de pessoas com 60+ anos, em outubro de 2017.
- **Instrumentos de Avaliação do Idoso utilizados no projeto:**
 - a. Para Avaliação Cognitiva - MEEM (Mini Exame do Estado Mental)
 - b. Para Depressão - EDG (Escala de Depressão Geriátrica)
 - c. Para Avaliação da Marcha - TUG (Timed Get Up and Go)
 - d. AVD/AIVD - Percentual de Autonomia / Dependência Parcial / Dependência Severa – Mini
 - e. Para Atividades de Vida Diária (AVDs), utiliza os instrumentos BARTHLE E KARTZ
 - f. Para Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), utiliza o instrumento LAWTON
- **Não adota Modelo de Remuneração Integrado com o Modelo Assistencial**

No Gráfico 4, encontra-se a evolução da proporção de consultas dos beneficiários do projeto com médicos generalista ou especialista, ou consulta com equipe multidisciplinar. Além das proporções de consultas médicas, é mostrada a evolução da Razão das idas à emergência, no período de 30 dias. A evolução dos dados é mostrada ao longo de um ano, entre outubro de 2016 e outubro de 2017.

GRÁFICO 4: ASFEB - PROPORÇÃO DE CONSULTAS E RAZÃO DE IDAS À EMERGÊNCIAS EM 30 DIAS



Fonte: FormSus Idoso Bem Cuidado

Como pode ser constatado, a proporção de consultas com médicos generalistas (41%) era apenas um pouco mais elevada que a proporção de consultas com médico especialista (33%), no início do piloto, em outubro de 2016. No decorrer do período de um ano de duração do projeto, o número de consultas com médicos generalistas foi gradativamente aumentando, chegando a alcançar 53% das consultas em agosto de 2017, enquanto o número de consultas com médicos especialistas tendeu a diminuir, chegando a alcançar a menor proporção em julho de 2017 (20%). A proporção de consultas com equipe multidisciplinar, ao longo do ano, permaneceu estável, variando entre 24-28% do número de consultas (ver gráfico 1).

Quanto à Razão de idas à emergência em 30 dias, ao longo do ano de funcionamento do projeto, é bastante baixa, ao longo do ano, variando entre 0,4 a 1,38%. Isto é um bom indicador de que o programa de prevenção de problemas de saúde vem funcionando a contento.

A operadora não enviou o relatório final do piloto, com os resultados e sua própria avaliação dos indicadores.

3.2- BIOVIDA SAÚDE

Biovida Saúde (Registro ANS nº 415111) é uma operadora do ramo da medicina de grupo. A operadora iniciou o piloto em outubro de 2016, tendo enviado os dados do projeto todos os meses, desde o início do projeto, em outubro de 2016, até outubro de 2017. De acordo com o projeto apresentado à ANS, a operadora foca no gerenciamento e apoio à saúde do idoso, com o objetivo de promover e coordenar o cuidado integrado com eficiência e eficácia dos serviços prestados através do *continuum of care*, com foco na promoção da saúde. Com esta finalidade, a operadora adotou alguns princípios basilares na sua proposta:

- **Navegador do Cuidado:** Personificado na figura do gerontólogo, que é o responsável pelo gerenciamento do cuidado do beneficiário, através da integração das diferentes estruturas e níveis de complexidade.
- **Equipe Multidisciplinar:** Composta por profissionais das áreas de Gerontologia, Nutrição, Psicologia, Fisioterapia, Educação Física e Medicina (geriatra), que são os responsáveis pela articulação dos diferentes saberes em pró de um cuidado embasado nas especificidades do idoso e centrado no mesmo.
- **Protocolos:** utilização de protocolos validados.
- **Monitoramento através de Indicadores de Qualidade:** Com o foco na qualidade total, pretende-se usar para monitoramento os seguintes indicadores de qualidade

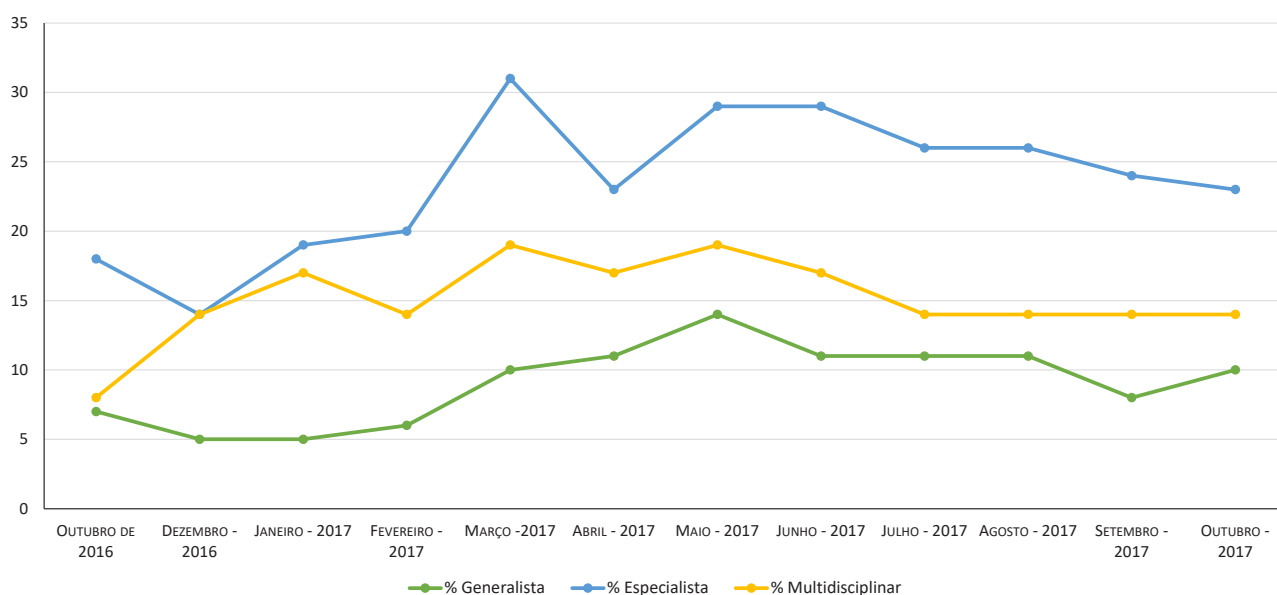
- Um pequeno resumo dos dados verificados:
- **População Alvo:** a população alvo do projeto são os beneficiários entre 60 e 65 anos de idade de ambos os sexos, que totalizam **300 idosos** nessa faixa etária.
- Instrumentos de Avaliação do Idoso utilizados no projeto:
- Para Avaliação Cognitiva - MEEM (Mini Exame do Estado Mental)
- AVD/AIVD - Percentual de Autonomia / Dependência Parcial / Dependência Severa – Mini avaliação Nutricional
- **Adota Modelo de Remuneração Integrado com o Modelo Assistencial:** Hora trabalhada.

No Gráfico 5, encontra-se a evolução da proporção de consultas dos idosos com médico generalista, com médico especialista e consulta com equipe multidisciplinar. Como pode ser constatado, a proporção de consultas com médicos generalistas era a metade da proporção de consultas com médico especialista no início do piloto, em outubro de 2016. As consultas com equipe multidisciplinar também equivaliam à metade da consulta com especialistas.

No decorrer do período de um ano de duração do projeto, a proporção de consultas com médicos generalistas e com equipe multidisciplinar foram gradativamente aumentando. Entretanto, a proporção de consultas com médicos especialistas tendeu também a aumentar, ao longo do ano, permanecendo em um patamar elevado, em comparação com os outros tipos de consultas (ver gráfico 2).

Cabe assinalar, que os dados sobre a razão de idas à emergência nos últimos 30 dias, ao longo do ano de funcionamento do projeto, não foram informados pela operadora, não permitindo tirar nenhuma conclusão sobre o impacto do programa sobre a população alvo, neste aspecto.

GRÁFICO 5: BIOVIDA - PROPORÇÃO DE CONSULTAS DOS BENEFICIÁRIOS



Fonte: FormSus – Idoso Bem Cuidado

No relatório enviado ao final do projeto piloto, apresentado pela operadora, consta que foram implementadas as seguintes melhorias:

- Treinamento dos profissionais envolvidos;

- Aperfeiçoamento do sistema QualiSênior - criado para controle da população;
- Ampliação do escopo de atividades de promoção à saúde oferecida à população assistida;
- Lançamento de campanhas voltadas para o incentivo à atividade física e controle de peso.
- Segundo o relatório final da operadora, com a implantação do projeto foi reduzido, proporcionalmente, de 3 encaminhamentos de especialidades por beneficiário em consulta, para 0,8 ao decorrer do piloto.
- Foram implementadas ações voltadas à promoção e prevenção em saúde, bem como a criação de programas, tais como: Programa Viva Mais Leve para o controle e perda de peso; Programa PreveQuedas para prevenção de quedas e suas complicações; Programa Bem Cuidar para atenção ao paciente com HAS e DM; Ginástica Multifuncional e Técnicas de Relaxamento.
- A operadora destaca os seguintes desafios: Piloto preliminar para a implantação de um programa voltado para a desospitalização segura, cujos resultados são esperados para o primeiro semestre de 2019. A operadora também pretende implantar a figura de navegador do cuidado do idoso e para os casos oncológicos.
- De modo geral, a operadora avalia que foi uma experiência exitosa o piloto do Idoso Bem Cuidado, tendo servido como força motriz para a consolidação de uma cultura de indicadores e de qualidade.

3.3- CABERJ

CABERJ (Registro ANS nº 324361) é uma operadora do ramo da medicina de grupo. A operadora iniciou o piloto em junho de 2016, tendo enviado os dados do projeto entre fevereiro e outubro de 2017, com exceção do mês de abril de 2017.

De acordo com o projeto apresentado à ANS, a operadora foca em um modelo de atendimento amplo e hierarquizado, desenvolvido em unidades ambulatoriais próprias. O atendimento é integrado e abrangente, desde o acolhimento do paciente, por equipe multiprofissional qualificada, ambulatório de especialidades (atenção primária), ambulatório geriátrico/gerontológico para os pacientes idosos e/ou com déficit funcional estabelecido. Além disto, oferece um regime de atendimento eletivo domiciliar para pacientes com perda da autonomia, cuidados de maior complexidade substituindo e/ou abreviando a necessidade de internação hospitalar. Dentro de sua vertente ambulatorial, o projeto conta ainda com iniciativas de atividades lúdicas, sócio-culturais e de estímulo à cognição.

Portanto, de acordo com a descrição apresentada pela CABERJ, o modelo implementado abrange os cinco níveis hierarquizados de cuidado ((1) acolhimento, (2) núcleo integrado de cuidado, (3) ambulatório geriátrico, (4) cuidados complexos de curta duração e (5) cuidados de longa duração).

Cada etapa do projeto é acompanhada por sistema de monitoramento, que pode se dar pela própria equipe de atendimento do programa, que conta com gerontólogo, exercendo a função de “gerente de acompanhamento” ou de estrutura central da Gerência de Prevenção da Caberj que conta também com equipe multiprofissional (enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais) para esta finalidade.

Um pequeno resumo dos dados informados à ANS:

- **População Alvo:** o projeto possui ações de prevenção e promoção à saúde, para pacientes a partir dos 40 anos; ações do ambulatório gerenciado e núcleo integrado de cuidado geriátrico para pacientes a partir de 60 anos e com déficit funcional estabelecido. Pacientes com perda da autonomia são alvo da vertente domiciliar do projeto. A população alvo do projeto compreende 3.500 beneficiários.

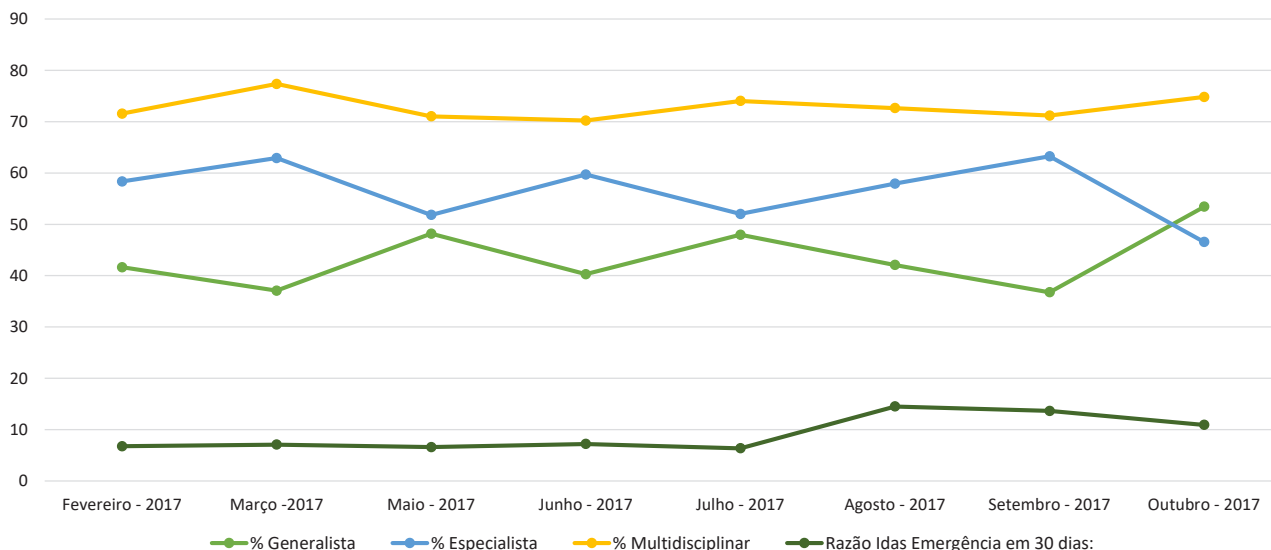
Instrumentos de Avaliação do Idoso utilizados no projeto: Introduzido o registro de escala de avaliação clínica/funcional (Katz; Lawton).

- **Adota Modelo de Remuneração Integrado com o Modelo Assistencial:** sim – Pay for Performance (P4P)

No Gráfico 6, encontra-se a evolução dos indicadores de Consultas e Razão de idas à emergência em 30 dias, entre fevereiro e outubro de 2017. A operadora não informou os dados dos outros meses.

Como pode ser constatado, a proporção de consultas dos beneficiários do projeto, com equipe multidisciplinar, é bastante elevada, por volta de 70%. Entretanto, a proporção de consultas com especialistas é ainda elevada, em comparação com médicos generalistas. Mas é certo que, ao longo dos nove meses em que foram acompanhados os indicadores, a proporção de consultas com médicos generalistas, especialistas, equipe multidisciplinar variou pouco, permanecendo no mesmo patamar. Talvez seja necessário um período mais longo de acompanhamento para serem constatados melhores resultados nesses indicadores.

GRÁFICO 6: CABERJ - PROPORÇÃO DE CONSULTAS E RAZÃO DE IDAS À EMERGÊNCIAS EM 30 DIAS



Fonte: FormSus – Idoso Bem Cuidado.

Quanto à razão de idas à emergência em 30 dias, na média, está acima de 10%, variando entre 6% (maio 2017) e 14% (agosto de 2017).

No relatório final apresentado pela operadora sobre o piloto, consta que foram implementadas as seguintes melhorias:

- Designação de gerência própria para programa ambulatorial (Programa Maturidade), aumentando o foco e controle dos fluxos e processos próprios, incluindo gestão administrativa de infraestrutura.
- Estabelecimento de fluxo de controle de internações, coordenado pelo gestor do Programa, determinando o acompanhamento diário do evento, facilitando o fluxo de informações entre a equipe assistente, a família e o paciente.
- Desenvolvimento de modelo de atenção baseado na avaliação funcional e atenção primária ao idoso com aperfeiçoamento do processo de acolhimento e monitoramento.

- Garantia do processo de transição equilibrado entre as instâncias de transição de cuidado ao idoso: hospitalização assistida e referenciada; internação com assistência clínica e institucional com apoio à família; alta com garantia de continuidade e atualização de plano terapêutico.
- Fortalecimento e ampliação da atuação da equipe multiprofissional, desfazendo a percepção comum dos pacientes de que o cuidado é exclusivamente médico. Destaque para intensificação do monitoramento ativo dos pacientes envolvidos em cada etapa do projeto (Navegação).
- Caracterização das unidades como local de integração de várias ações de educação, promoção e prevenção de saúde, através do centro de convivência, do serviço de reabilitação, serviço de apoio ao cuidado e ao autocuidado, apoio à família.

3.4- CAFAZ SAÚDE

CAFAZ Saúde (Registro ANS nº 359122) é uma operadora de autogestão em saúde. A operadora iniciou o piloto em agosto de 2016, tendo enviado os dados do projeto entre março e outubro de 2017.

De acordo com o projeto apresentado à ANS, a operadora foca nos seus beneficiários, com 70 anos ou mais, residentes em Fortaleza. Os participantes do projeto foram escolhidos após aplicação de um questionário de avaliação funcional, durante visita domiciliar feita por membro da equipe.

Os participantes foram escolhidos com base no seu perfil de atividades de vida diária. Os pacientes identificados com dependência severa, foram encaminhados para o Programa de Atendimento Domiciliar (PAD), enquanto os que apresentavam independência ou dependência parcial foram encaminhados ao monitoramento telefônico (*Alô Cuidador - Gerontoline*). No contato telefônico, estava previsto, no mínimo, três ligações ativas efetivas a cada mês, sendo que eram permitidas ligações dos participantes (ligações passivas), solicitando informações sobre condições de saúde e cuidados. O Serviço do alô cuidador funciona em tempo integral, 24h diárias, 7 dias por semana. O encaminhamento dos casos identificados que necessitam de maior cuidado, foi feita de acordo com a classificação em um dos três níveis de cuidado: Ambulatorial, Atendimento Domiciliar ou Hospitalar.

Os pacientes em cuidados paliativos foram inclusos no programa de atendimento domiciliar (PAD), ou atendimento em hospital de retaguarda, e ainda foram acompanhados com a equipe **“Seguindo em frente com o PAD”**, formada por profissionais que possuem capacitação frente aos cuidados paliativos.

De acordo com o relatório de avaliação final do projeto, enviado pela operadora, foram incluídos 330 idosos acima de 70 anos, com: 73,94% de hipertensos, 33,64% de diabéticos, 30,30% com doenças ósteo-musculares, 21,21% com depressão, 10,0% com Câncer e 7,58% com Alzheimer. Com relação ao gênero, a maioria é do sexo feminino, representando 67,88% da população, os homens compõem 32,12%.

Com relação ao nível de dependência, 72,12% dos participantes do projeto são independentes e não possuem cuidador formal. Dos outros 27% dos participantes, cerca de 15,15% possuem cuidadores formais e apresentam dependência moderada e cerca de 10,30% relatam que possuem cuidadores informais, que, na sua maioria, são familiares.

Um pequeno resumo dos dados enviados, via resumo do projeto e plataforma *FormSus*:

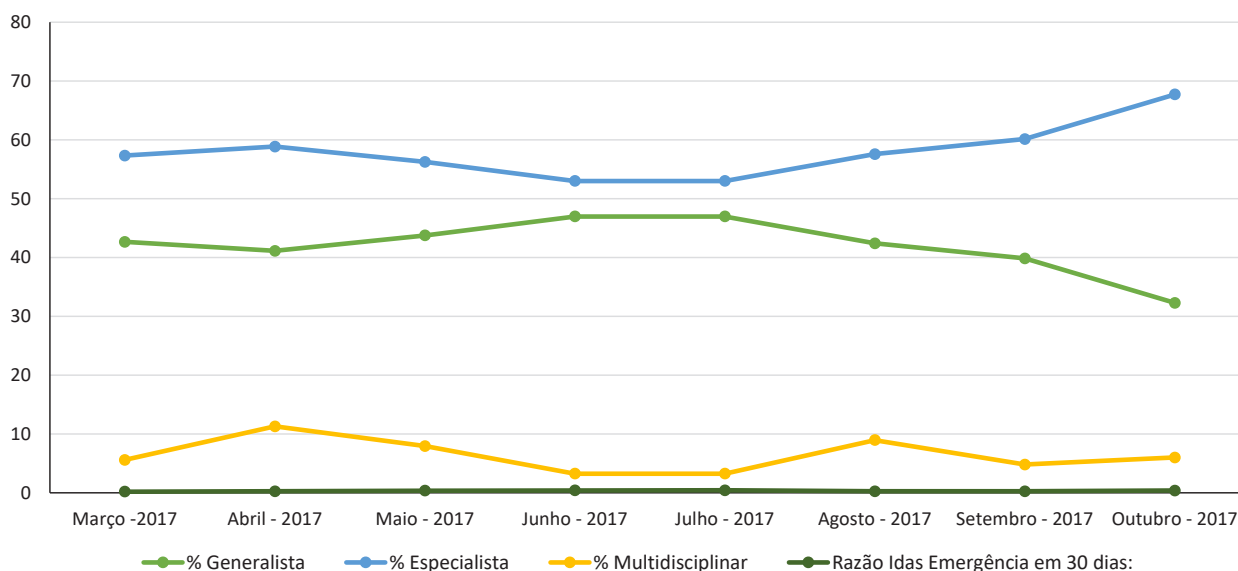
- **População Alvo:** A população alvo foi definida dentro dos beneficiários ativos com idade igual ou acima de 70 anos, no sistema da operadora, residentes em fortaleza numa população hoje estimada de 890 beneficiários, grupo inicial de 200 beneficiários foi captada através do Programa de Gerenciamento em Saúde da operadora, por meio da realização de visita domiciliar da equipe de enfermagem e psicologia com a aplicação de questionários de saúde para avaliação funcional, aferição de sinais vitais e que apresentam independência ou dependência parcial para AVD'S. De acordo com os dados informados, a população alvo do projeto compreende 500 beneficiários.
- **Instrumentos de Avaliação do Idoso utilizados no projeto:**
 - a. Para Avaliação Cognitiva - MEEM (Mini Exame do Estado Mental). Para Depressão - EDG (Escala de Depressão Geriátrica) - AVD/AIVD - Percentual de Autonomia / Dependência Parcial / Dependência Severa - Mini Avaliação Nutricional;

- b. Para Atividades de Vida Diária (AVDs) utiliza: índice de Katz e escala de Barthell simplificada.
- c. Para Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), quais instrumentos utiliza: Barthell Simplificada
- d. Adota Modelo de Remuneração Integrado com o Modelo Assistencial: não

No Gráfico 7, encontra-se a evolução dos indicadores de Consultas e internações, ao longo do ano, entre e março e outubro de 2017. A operadora não informou os dados dos outros meses.

Como pode ser constatado, a proporção de consultas com especialistas é maior que a proporção de consultas com médicos generalistas, ao longo dos seis meses de acompanhamento do projeto. A proporção de consultas com equipe multidisciplinar é bastante baixa, entre 4% (set 2017) e 11% (abril 2017). A Razão de idas à emergência é bastante baixa, oscilando entre 0,2% (março 2017) e 0,42 (julho de 2017), ao longo dos seis meses de acompanhamento do projeto, muito provavelmente porque a operadora oferece Programa de Atendimento Domiciliar (PAD).

GRÁFICO 7: CAFAZ - PROPORÇÃO DE CONSULTAS E RAZÃO DE IDAS À EMERGÊNCIAS EM 30 DIAS



Fonte: FormSus – Idoso Bem Cuidado

Segundo informou a operadora em seu relatório final, a principal dificuldade encontrada foi garantir a adesão dos familiares para a nova proposta de atenção ao idoso, com foco em promoção de saúde, estímulo ao autocuidado e socialização. Os modelos atuais de cuidado, com a oferta de serviços de home care, pode levar à institucionalização da internação do idoso no domicílio, o que pode levar o mesmo para a redução de sua autonomia, aumentando o risco à melancolia e depressão.

No piloto, a operadora relata que estimula atividades para o envelhecimento ativo e autocuidado, tendo percebido que os participantes se tornam mais ativos e dispostos a enfrentar o envelhecimento, como uma fase alegre de novas descobertas, comum ao ciclo da vida.

3.5. CAMED SAÚDE

CAMED Saúde (Registro ANS nº 385697) é uma operadora de autogestão em saúde. A operadora iniciou o piloto em setembro de 2016, tendo enviado os dados do projeto entre fevereiro e outubro de 2017.

De acordo com o projeto apresentado à ANS, a operadora implantou o “Programa Amigo da Família” (PAF), que consiste em um gerenciamento de pacientes crônicos, criado em janeiro de 2007, que monitora beneficiários portadores de patologias crônicas ou degenerativas, doenças incapacitantes em estágio avançado e com dificuldades de deambulação. O PAF tem como objetivo prevenir os problemas de saúde, nos níveis secundário e terciário, realizando um diagnóstico e tratamento precoces e introduzindo a reabilitação, em ambiente domiciliar, de modo a atingir maior eficiência na atenção à saúde, levando à satisfação dos usuários e de seus familiares, além de otimizar o custeio assistencial.

O programa visa gerenciar beneficiários portadores de patologias crônico-degenerativas de maior complexidade, com dificuldade de locomoção, além de prevenir complicações no estado de saúde, proporcionando as condições necessárias para uma vida mais saudável com maior qualidade, por meio da capacitação do beneficiário e sua família e da utilização, de forma eficaz, de todos os recursos disponíveis e fidelizar os serviços domiciliares. O atendimento proposto pela operadora é o de oferecer consultas em domicílio aos beneficiários, com dificuldade de locomoção, agendada previamente, sem caráter de urgência ou emergência. Em suma, o programa é operacionalizado por meio de visitas domiciliares eletivas e demandadas, previamente agendadas e realizadas em horário comercial. Após a primeira visita do médico, é definido um plano de cuidado contendo inicialmente visitas periódicas médicas intercaladas com as visitas de um enfermeiro, de acordo com a complexidade definida: baixa – 01 visita de rotina a cada 45 dias; média– 01 visita de rotina a cada 30 dias; alta – 01 visita de rotina a cada 15 dias.

A partir do modelo descrito, considera-se que a CAMED contemplou os seguintes níveis hierarquizados de cuidado: (4) cuidados complexos de curta duração e (5) cuidados de longa duração.

Segundo o informado no projeto, para ser elegível e ingressar no PAF, o beneficiário deve preencher os seguintes requisitos:

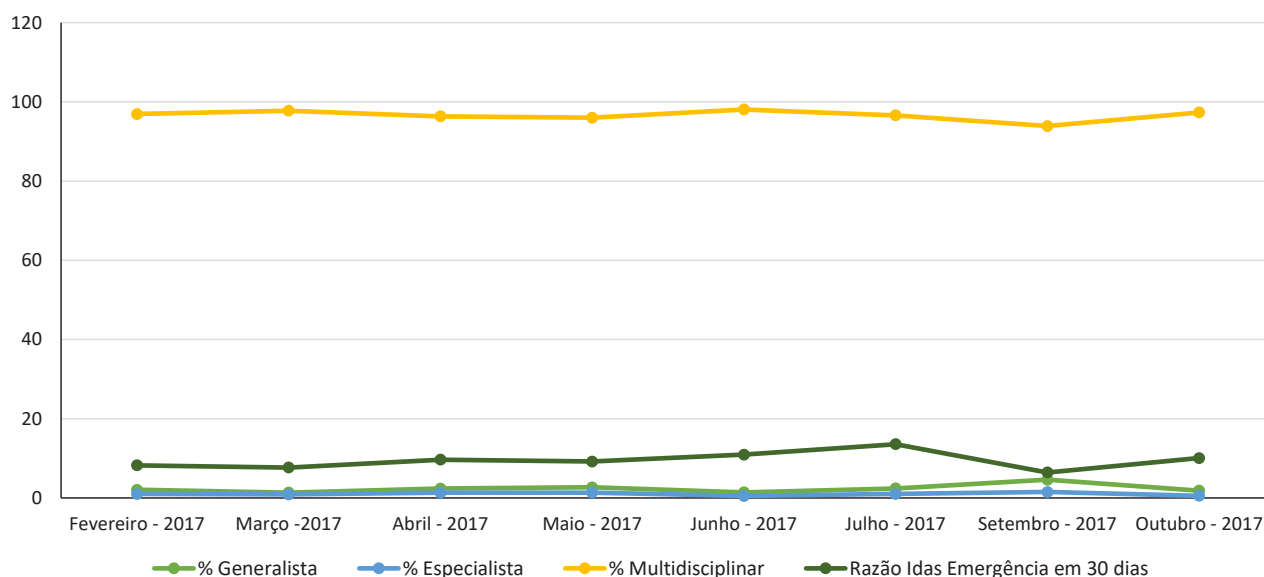
- **Condições Gerais:** ser portador de doença crônica-degenerativa; residir na área de abrangência do contrato; ter pelo menos um critério clínico, definidos como prioritários no projeto.
- **Crítérios Clínicos:** apresentar dependência total ou parcial para as atividades da vida diária (AVD); e ter pelo menos um dos seguintes diagnósticos: Demência; Diabetes Mellitus; DPOC; Parkinsonismo; Neoplasia Maligna; e Insuficiências (cardíaca ou respiratória ou hepática ou renal crônica).

Um pequeno sumário dos dados enviados, via resumo do projeto e plataforma de coleta:

- **População Alvo:** A população alvo foi definida, no resumo do projeto, como: Ceará – 200 vidas; Bahia – 50 vidas; e Pernambuco – 35 vidas, compreendendo u 250 beneficiários, maiores de 59 anos.
- **Instrumentos de Avaliação do Idoso utilizados no projeto:**
 - a. Utiliza Instrumentos de Avaliação Funcional do Idoso: AVD/AIVD - Percentual de Autonomia / Dependência Parcial / Dependência Severa
 - b. Para Atividades de Vida Diária (AVDs), quais instrumentos utiliza: Escala de Katz
- **Adota Modelo de Remuneração Integrado com o Modelo Assistencial: não**

No Gráfico 8, encontra-se a evolução dos indicadores de Consultas e Razão de idas às emergências em 30 dias, ao longo do ano, entre fevereiro e outubro de 2017. A operadora não informou os dados dos outros meses.

GRÁFICO 8: CAMED - PROPORÇÃO DE CONSULTAS E RAZÃO DE IDAS À EMERGÊNCIAS EM 30 DIAS



Fonte: FormSus – Idoso Bem Cuidado

Como pode ser constatado no gráfico, a proporção de consultas com médicos generalistas é praticamente igual à proporção de consultas com médicos especialistas. O Programa da operadora foca sobretudo na oferta de consulta com equipe multidisciplinar, que varia entre 93 a 98% das consultas oferecidas mensalmente aos beneficiários do programa.

Quanto às idas a emergências, no período de 30 dias, varia entre 6% (setembro de 2017) e 13% (julho de 2017).

De acordo com o relatório de avaliação final do projeto, enviado pela operadora, o PAF existe desde 2007, mas com a participação no projeto piloto foi uma ótima oportunidade para melhorá-lo, sobretudo com a inclusão de novos indicadores, como sugerido pelo Projeto Idoso Bem Cuidado: proporção de consultas com médicos generalistas, razão de idas à emergência, e todos os outros indicadores do piloto.

Na avaliação da operadora, os principais resultados obtidos foram:

- Fortalecimento do serviço domiciliar na autogestão;
- Estreitamento de vínculos com os familiares e beneficiários assistidos no programa;
- Oportunidade de melhoria dos indicadores de utilização em Pronto Socorro e internação;
- Maior envolvimento da equipe de saúde preventiva da Instituição junto à ANS;
- Implementação de melhorias no segmento de serviço próprio ao seguir modelo preconizado pelo Projeto Idoso Bem Cuidado.

A operadora destaca que a maior dificuldade encontrada foi organizar a coordenação, ou navegação, do cuidado do idosos, para garantir a implantação de intervenções efetivas e tempestivas. Assim, a operadora sugere que a ANS deveria oferecer um curso de formação nessa área de navegação de cuidados, uma vez que é uma área muito nova e com poucas experiências no país.

A operadora também destaca a necessidade de ferramentas para os dados mínimos de saúde portáteis do paciente e, por isso, lamenta que a ANS não tenha implantado a Caderneta do Idoso, seja física ou digital, onde constariam todos esses dados. De fato, implantar os dados mínimos em saúde e a caderneta do idoso era uma ideia inicial do projeto, mas que, infelizmente, não foi implantada, devido à descontinuidade do projeto e sua absorção pelo Projeto Atenção Básica. Espera-se que, ao migrar para o modelo de Atenção Primária em Saúde, o registro eletrônico em saúde (RES), seja implantado afim de monitorar a saúde dos beneficiários de planos de saúde, sejam idosos ou de outras faixas etárias.

3.6- CENTRAL NACIONAL UNIMED

Central Nacional Unimed (Registro ANS nº 339679) é uma cooperativa em saúde. A operadora iniciou o piloto em julho de 2015, tendo enviado os dados do projeto entre fevereiro e outubro de 2017.

De acordo com o projeto apresentado à ANS, o Programa Especialista em Você (PEV) é oferecido em parceria com um prestador que possui *expertise* em gestão de saúde, que realiza a operação, a gestão, a análise de indicadores e a entrega de resultados. A metodologia de trabalho compreende identificar os diferentes grupos de risco na população de idosos. Para tanto, estabelece avaliações com diferentes complexidades, de maneira a obter uma estratificação da população assistida. Os resultados obtidos com os participantes do PEV são comparados com os usuários habituais – Grupo de Cuidado Usual.

O modelo de atenção está constituído nas seguintes etapas estruturadas:

- 1. Porta de entrada:** Para indivíduos de 60 a 64 anos aplica-se um questionário de perfil de saúde. Para estratificação de indivíduos acima de 65 anos é utilizado o questionário de probabilidade de internação hospitalar (Pra), aplicado por meio telefônico (BOULT, 1994), e é calculado um coeficiente de probabilidade de internação hospitalar.
- 2. Avaliação multidimensional do idoso:** A avaliação multidimensional do indivíduo idoso é realizada in loco por um enfermeiro treinado e habilitado e engloba uma avaliação de seu estado físico e mental, as consequências deste no desempenho de atividades da vida diária, assim como também leva em consideração as condições econômicas e sociais e a situação ambiental como um todo.
- 3. Grupos de atenção:** Após a realização das avaliações, os indivíduos são alocados em grupos de atenção de acordo com seu grau de autonomia e independência. De acordo com a classificação, é feita uma programação assistencial.

Depreende-se que o modelo operado pela Central Nacional Unimed contempla: (1) acolhimento, (4) cuidados complexos de curta duração e (5) cuidados de longa duração.

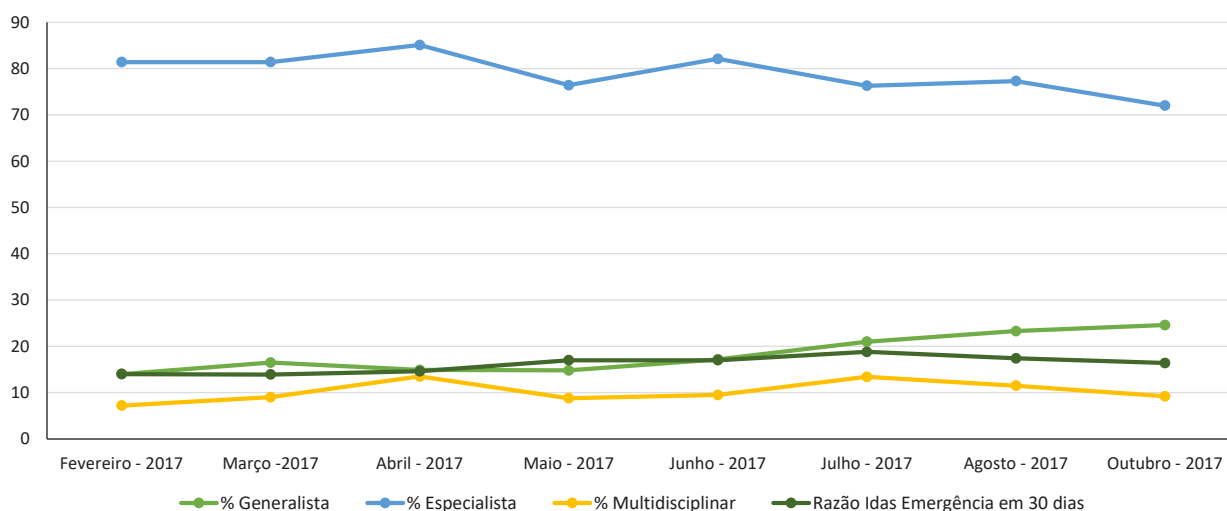
Um pequeno resumo dos dados enviados, via relatório do projeto e formulário de coleta de dados:

- **População Alvo:** A população alvo do projeto é constituída de 3500 beneficiários igual ou acima de 60 anos, residentes no município de São Paulo, escolhidos aleatoriamente, que aceitaram participar do programa. Os convites foram realizados por envio de correspondência, seguidos de uma ligação telefônica, com teor explicativo. Todos os beneficiários que consentiram em participar, foram incluídos no programa. De acordo com os dados informados, a população alvo do projeto variou de 3.661 (março 2017) a 4.495 (outubro 2017).
- **Instrumentos de Avaliação do Idoso utilizados no projeto:**
 - a. Para Avaliação Cognitiva** - MEEM (Mini Exame do Estado Mental);
 - b. Para Depressão** - EDG (Escala de Depressão Geriátrica);
 - c. Avaliação da Marcha** - TUG (Timed Get Up and Go) - AVD/AIVD - Percentual de Autonomia / Dependência Parcial / Dependência Severa; INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO RISCO DE INTERNAÇÃO (PRA), TESTE DO SUSSURRO - AUDIT – FAGERSTRÖN.
 - d. Para Atividades de Vida Diária (AVDs):** ESCALA DE KATZ
 - e. Para Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD):** ESCALA DE LAWTON
- **Adota Modelo de Remuneração Integrado com o Modelo Assistencial: não**

No Gráfico 9, encontra-se a evolução dos indicadores de Consultas e internações, ao longo do ano, entre fevereiro e outubro de 2017. A operadora não informou os dados dos outros meses.

Como pode ser constatado no gráfico 6, a proporção de consultas com especialistas é muito maior que a proporção de consultas com médicos generalistas e com equipe multidisciplinar, ao longo dos seis meses de acompanhamento do projeto. Quanto às idas a emergências, no período de 30 dias, varia entre 14% (fevereiro de 2017) e 18,8% (julho de 2017).

GRÁFICO 9: CENTRAL NACIONAL UNIMED - PROPORÇÃO DE CONSULTAS E RAZÃO DE IDAS À EMERGÊNCIAS EM 30 DIAS



Fonte: FormSus – Idoso Bem Cuidado

Pelos dados do Gráfico 9, o Programa Especialista em Você (PEV), aparentemente, estaria incentivando a utilização de consultas com especialistas. Entretanto, em seu relatório de avaliação final do projeto, a operadora informa que houve um incremento da proporção de beneficiários fidelizados ao médico generalista – na linha basal eram 15,7%, tendo atingido 24,6% no final do piloto. Além disso, 18,5% dos usuários do PEV, em média, usavam de preferência seu médico generalista contra 14% do grupo usual.

Quanto ao atendimento com médico especialista, na linha basal, 83,8% do grupo PEV preferia ser atendido por especialista, tendo diminuído para 65,9% ao final do piloto. Em média, 78,2% do grupo PEV procura o atendimento com especialistas, contra 85% do grupo usual.

Houve também incremento das consultas com equipe multiprofissional: na linha de base era de 5%, tendo atingido 13,7% ao final do piloto. Em média, 9% do grupo PEV procurava atendimento multiprofissional, contra 2,2%; do Grupo usual.

A operadora relaciona os resultados alcançados com a construção de uma Rede de Referência médica e equipe multiprofissional, através da qual o beneficiário é navegado de acordo com suas necessidades.

A operadora, por outro lado, relaciona as seguintes dificuldades para a implementação integral do PEV:

- Dificuldades na sensibilização dos beneficiários, quanto à importância de possuir uma equipe de cuidado;
- Dificuldades na fidelização do usuário ao médico de referência, que pode ser um generalista, um médico de família ou geriatra;
- Dificuldade de relacionar o usuário ao seu gestor de saúde, que é, geralmente, um enfermeiro, incluindo acesso à Central de Atendimento 24 horas que possa auxiliá-lo nos eventos sentinelas.

Na opinião da operadora, estas ações poderiam contribuir sobremaneira para melhoria dos indicadores de resultados monitorados no piloto: frequências de consultas em Pronto Socorro, Internações hospitalares, Reinternação em 30 dias e Média de permanências. Estes são pontos de melhorias a serem implementados na continuidade do PEV por parte da operadora.

3.7- CLINIPAM

CLINIPAM (Registro ANS nº 340782) é uma operadora de medicina de grupo. A operadora iniciou o piloto em agosto de 2016, tendo enviado os dados do projeto entre fevereiro e agosto de 2017.

De acordo com o projeto apresentado à ANS, a operadora oferece a seus beneficiários o Produto Sênior, que foi criado para atender a população da faixa etária acima de 59 anos. O produto oferece o modelo assistencial, cujas características são: serviço integrado, cuidado primário efetivo, médico gestor como porta de entrada, avaliação funcional, unidade sênior referenciada (unidade de atendimento), equipe multidisciplinar, acompanhamento do usuário em suas necessidades, sistema de informação partilhada por toda rede assistencial e navegador do cuidado.

Segundo a operadora, o modelo de atenção proposto para este projeto é um modelo inovador, criado com base na atenção primária à saúde. No primeiro passo, o projeto é apresentado aos clientes, caso o beneficiário aceite participar do projeto passa por uma avaliação funcional, com o médico a fim de identificar o risco destes beneficiários e realizar seu plano de cuidados. O médico que realizar esta avaliação será o responsável pelo acompanhamento do beneficiário por todo o processo de cuidado, sendo nomeado como médico gestor. Este médico Gestor fica alocado na Unidade Referenciada - nomeada Unidade Sênior, que é a porta de entrada da atenção à saúde. A partir desta avaliação este beneficiário é inserido no Projeto Sênior, cadastrado no sistema segundo seu risco. Para consultas eletivas e acompanhamento clínico será sempre com este médico gestor, caso haja necessidade do médico gestor encaminhar para uma avaliação com especialidade este solicitará através de uma referência, que poderá ser por e-mail, sistema, por telefone ou pessoal, o beneficiário sai da Unidade Sênior com a consulta com o especialista agendado. Após consulta com especialista, este responde a contra-referência, o beneficiário retorna ao médico gestor.

Além disso, a unidade conta com uma equipe de enfermagem que tem acesso a e-mail, celular atendimento pessoal para esclarecer dúvidas. Também tem uma central de atendimento exclusiva para estes beneficiários, para agendamento de consultas e para apoiar o idoso e seus familiares a tirar suas dúvidas e ter suas necessidades atendidas.

Na Unidade Referencial fica alocado também o enfermeiro gestor de caso - que tem como função acompanhar o plano de cuidados do idoso, cuidar da transição do cuidado entre os serviços, organizar o caminho do paciente dentro da rede assistencial e reavaliar semestralmente, ou quando necessário, a capacidade funcional da pessoa.

A CLINIPAM abrange, portanto, em sua experiência: (1) acolhimento, (2) núcleo integrado de cuidado, (4) cuidados complexos de curta duração e (5) cuidados de longa duração.

Um pequeno resumo dos dados enviados, via resumo do projeto e formulário:

População Alvo: Todos os idosos que queiram adquirir o produto Senior são elegíveis para os serviços do projeto, o critério de admissão principal é ter idade maior de 59 anos. O número de beneficiário acima de 59 anos é de 17.748 beneficiários. Esta população foi contatada para averiguar seu interesse em migrar para o modelo do plano Senior. O beneficiário que adquiriu o produto Senior passou por uma avaliação funcional inicial com o médico gestor. De acordo com os dados informados no *FormSus*, a população alvo do projeto variou de 1426 (fev 2017) a 2045 beneficiários (agosto 2017).

Instrumentos de Avaliação do Idoso utilizados no projeto:

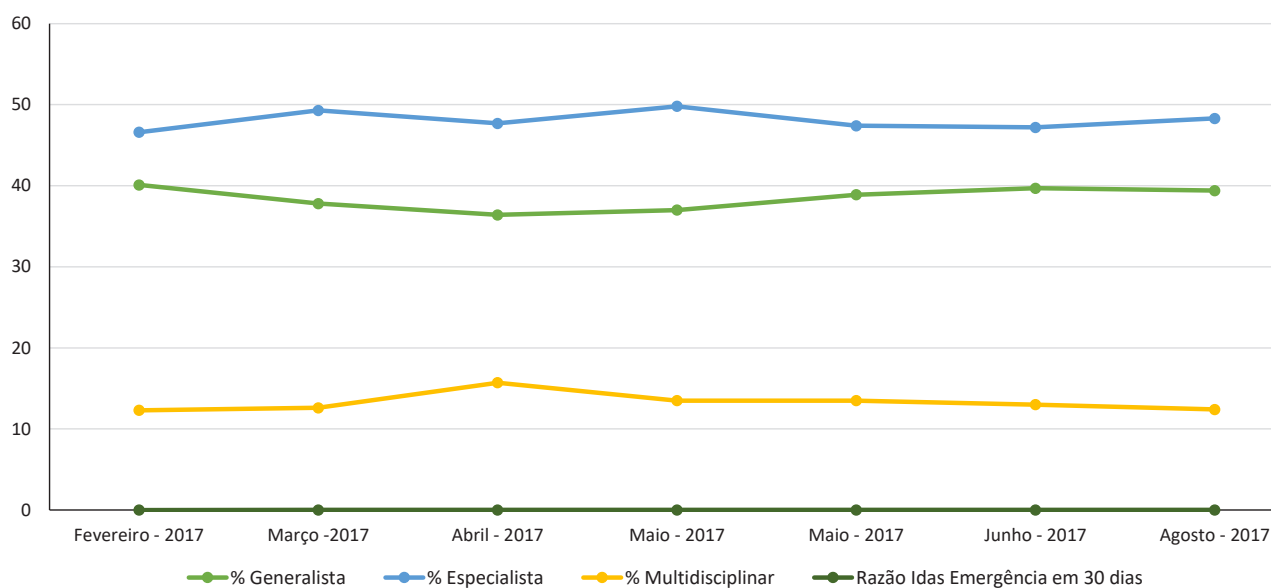
- a. **Para Avaliação Cognitiva** - MEEM (Mini Exame do Estado Mental);
- b. **Para Depressão** - EDG (Escala de Depressão Geriátrica);
- c. **AVD/AIVD** - Percentual de Autonomia / Dependência Parcial / Dependência Severa
- d. **Para Atividades de Vida Diária (AVDs), quais instrumentos utiliza:** Escala de Katz
- e. **Para Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), quais instrumentos utiliza:** Escala de Lawton

- **Adota Modelo de Remuneração Integrado com o Modelo Assistencial: não**

No Gráfico 10, encontra-se a evolução dos indicadores de Consultas e internações e razão das idas à emergência, ao longo do ano, entre fevereiro e agosto de 2017. A operadora não informou os dados dos demais meses.

Como pode ser constatado no gráfico, a proporção de consultas com especialistas é maior que a proporção de consultas com médicos generalistas, ao longo dos seis meses de acompanhamento do projeto. A proporção de consultas com equipe multidisciplinar é baixa, variando entre 12% (Fev 2017) e 15% (abril 2017). A Razão de Idas à emergência em 30 dias é inferior a 0,1%, ao longo dos seis meses considerados na análise de indicadores do Projeto.

GRÁFICO 10: CLINIPAM - PROPORÇÃO DE CONSULTAS E RAZÃO DE IDAS À EMERGÊNCIAS EM 30 DIAS



Fonte: FormSus – Projeto Idoso Bem Cuidado

A CLINIPAM não enviou relatório final com a avaliação das atividades do Projeto Idoso Bem Cuidado.

3.8- ECONOMUS

ECONOMUS (Registro ANS nº 342611) é uma operadora de autogestão em saúde. A operadora iniciou o piloto em janeiro de 2017, tendo enviado os dados do projeto entre janeiro e setembro de 2017.

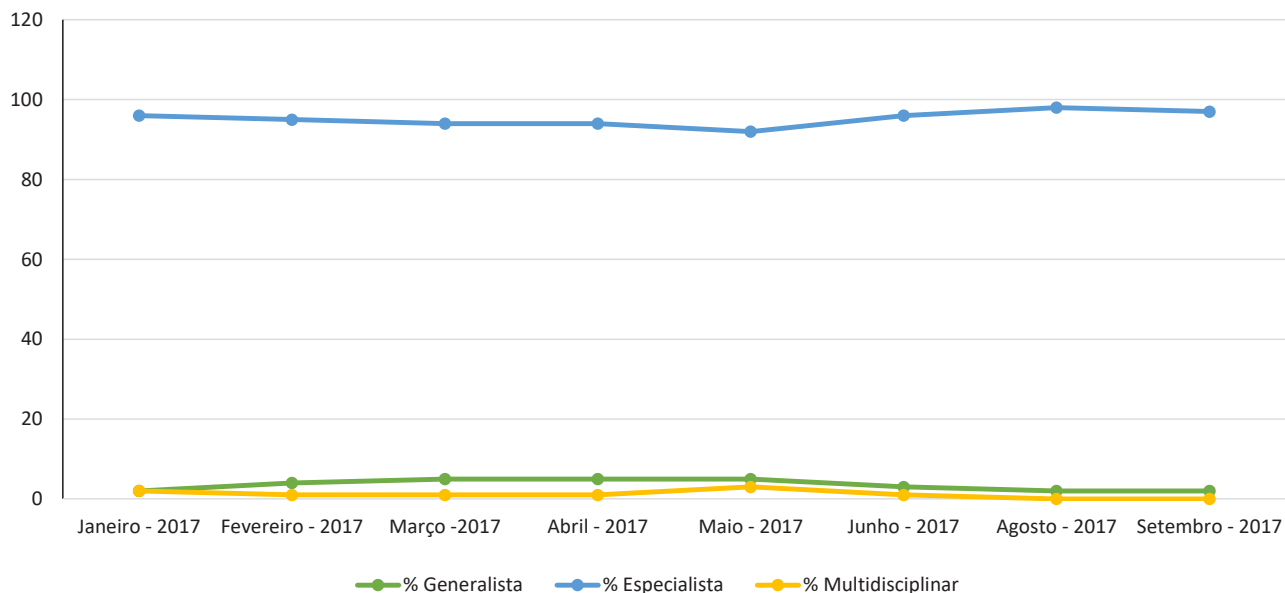
De acordo com o projeto apresentado à ANS, a operadora possui um Programa de cuidado integral à saúde do idoso, baseado em protocolos da geriatria e gerontologia, fundamentados em estudos científicos internacionalmente validados. O objetivo do programa é promover a autonomia do idoso e a sua capacidade de realizar, da forma mais independente possível, suas atividades diárias, possibilitando condições para reintegração do paciente em seu núcleo familiar ou de apoio.

A partir das informações apresentadas ECONOMUS, não é possível classificar com clareza a iniciativa segundo os níveis hierarquizados de cuidado abrangidos.

Ainda, segundo a operadora, o foco do programa é a redução dos índices de internação, a redução de idas ao pronto-socorro e do tempo de permanência em hospitalizações, proporcionando assistência humanizada e integral, aumentando a qualidade de vida do idoso. O escopo do programa abrange avaliações dos riscos de internação (definindo ações nos grupos de maior e menor risco) e avaliação multidimensional do idoso de maior risco, o que inclui ações diferenciadas, de acordo com o perfil do beneficiário. Um pequeno resumo dos dados enviados, via resumo do projeto e formulário de coleta de dados:

- **População Alvo:** A população alvo são os Beneficiários, a partir dos 65 anos, com histórico de internação prolongada ou reinternações durante o ano, que necessitem de cuidados contínuos e com dificuldades clínicas de frequentar a rede credenciada. De acordo com os dados informados, a população alvo do projeto compreende 430 beneficiários.
- **Instrumentos de Avaliação do Idoso utilizados no projeto:** Não informado
- **Adota Modelo de Remuneração Integrado com o Modelo Assistencial:** Não informado

GRÁFICO 11: ECONOMUS - PROPORÇÃO DE CONSULTAS COM MÉDICOS ESPECIALISTAS, GENERALISTAS E EQUIPE MULTIDISCIPLINAR



Fonte: FormSus – Projeto Idoso Bem Cuidado

No Gráfico 11, encontra-se a evolução dos indicadores de Consultas e internações, ao longo do ano, entre março e outubro de 2017. A operadora não informou os dados dos outros meses.

Como pode ser constatado no gráfico, a proporção de consultas com especialistas é maior que a proporção de consultas com médicos generalistas, ao longo dos seis meses de acompanhamento do projeto. A proporção de consultas com equipe multidisciplinar é bastante baixa. Não há dados sobre a razão de idas a emergência em 30 dias:

A Economus não enviou relatório final com a avaliação das atividades do Projeto Idoso Bem Cuidado.

3.9- FUNDAFFEMG

FUNDAFFEMG (Registro ANS nº 315567) é uma operadora de autogestão em saúde. A operadora iniciou o piloto em março de 2017, tendo enviado os dados do projeto entre março e outubro de 2017. De acordo com o projeto apresentado à ANS, a operadora foca nos beneficiários com 60 anos ou mais, atendidos no seu Centro de Promoção da Saúde (CPS).

O protocolo de atendimento, adotado no CPS, prevê que seja realizada, primeiramente, uma avaliação funcional para estratificação do beneficiário na linha de cuidado mais adequada ao seu estado de saúde. A consulta é realizada por médico geriatra do CPS. Após a classificação do beneficiário, é feita uma indicação para o programa de apoio adequado às suas necessidades identificadas. Os programas de apoio compreendem: Programa de Assistência Domiciliar (PAD), com 407 usuários acompanhados; Condicionamento Físico (15 usuários acompanhados); Oficina da Memória (19 usuários); Diabéticos e Hipertensos; Grupo de Convivência de Idosos; Grupo de Refraturas; Rememorar (59 usuários).

Além da consulta com médico geriatra no CPS, são realizadas as seguintes atividades:

- Acompanhamento mensal por meio de técnica de enfermagem, para controle da pressão e da glicose;
- Controle dos atendimentos realizados em Pronto Atendimento pelo beneficiário;

- Controle de consultas em especialistas, além indicação do geriatra;
- Acompanhamento hospitalar quando internado e pós alta hospitalar;
- Pasta de acompanhamento dos atendimentos, exames e receitas médicas.

Conclui-se que a iniciativa da FUNDAFFEMG contempla os seguintes níveis hierarquizados de cuidado: (1) acolhimento, (2) núcleo integrado de cuidado, (3) ambulatório geriátrico e (5) cuidados de longa duração.

Um pequeno resumo dos dados enviados, via resumo do projeto e formulário:

- **População Alvo:** De acordo com os dados informados, a população alvo do projeto compreende 387 beneficiários.
- **Instrumentos de Avaliação do Idoso utilizados no projeto: sim. Instrumentos utilizados:** Para Depressão - EDG (Escala de Depressão Geriátrica) - Avaliação da Marcha - TUG (Timed Get Up and Go) - AVD/AIVD - Percentual de Autonomia / Dependência Parcial / Dependência Severa
- **Adota Modelo de Remuneração Integrado com o Modelo Assistencial: não adota**

A operadora não informou o número e a proporção de consultas com médicos generalistas, com médicos especialistas e com equipe multidisciplinar, realizados pelos beneficiários do projeto. Também não foi informado o número de idas à emergência, nem tampouco os dados dos outros indicadores, em nenhum dos meses em que o formulário foi preenchido.

De acordo com o relatório final do Projeto Idoso Bem Cuidado, enviado pela operadora, foram obtidos bons resultados no piloto, sendo que diversas melhorias ainda estão sendo implementadas. Foi informado que, em 2017, foi aplicado questionário para a identificação dos instrumentos de avaliação funcional dos idosos, utilizados pelo programa:

- IVCF – 20 (Índice de vulnerabilidade clínico-funcional) aplicados nos atendimentos do CPS, nas visitas de acompanhamento do PAD e no grupo Rememorar;
- Escala de Depressão Geriátrica – GDS (Condicionamento Físico);
- Escala Visual Analógica (DOR) – EVA (Condicionamento Físico);
- Escalas de Avaliação Funcional: Atividades Básicas de Vida Diária e Funcionalidade (Condicionamento Físico);
- Criação de relatório de visitas e acompanhamento no PAD trimestral.
- PEP – Prontuário Eletrônico para registo no CPS e das visitas do PAD.

3.10- GEAP

GEAP (Registro ANS nº 323080) é uma operadora de autogestão em saúde. A operadora iniciou o piloto em outubro de 2016, tendo enviado os dados do projeto entre fevereiro e outubro de 2017.

A operadora inscreveu seu “Programa Maturidade Saudável”, que foi iniciado em 2009, no Projeto Idoso Bem Cuidado da ANS. Com isto, a operadora visava implantar um Modelo para Atenção à Saúde do Idoso, com o objetivo de aprimorar os níveis iniciais de atendimento em saúde: acolhimento, núcleo integrado de cuidado e ambulatório geriátrico.

Segundo a operadora, o seu programa de saúde é destinado aos beneficiários com idade igual ou maior que 60 anos, hígidos ou portadores de qualquer morbidade. O programa estabelece, como linha de cuidado, a promoção da saúde, a prevenção de riscos e doenças, o monitoramento de agravos, a educação em saúde (com incentivo de hábitos saudáveis), lazer e a qualidade de vida. Apresenta como uma de suas estratégias a execução de atividades coletivas em caráter educativo, visando o fortalecimento do vínculo entre beneficiário e a Geap, a interação sócio-cultural, o incentivo de prática de atividade física e a adoção de hábitos saudáveis, bem como o bem-estar físico e mental. Este Modelo de Atenção privilegia, portanto, a identificação do risco, a promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, o monitoramento de agravos, a coordenação do cuidado na perspectiva longitudinal, reabilitação e a atuação da equipe multidisciplinar.

O desenvolvimento dessas atividades está atrelado ao acompanhamento pelo Gerenciador do Cuidado, configurado pelo Médico Vinculador Assistencial, pertencente à rede referenciada específica de prestadores, no qual é responsável pela avaliação funcional do beneficiário idoso, pela elaboração do plano de cuidado, realização do registro de informação em saúde no sistema integrado e a rede de referência e contra-referência.

Quanto aos níveis hierarquizados de cuidado abrangidos, é possível inferir que o modelo da GEAP envolve (1) acolhimento, (2) núcleo integrado de cuidado, (3) ambulatório geriátrico, (4) cuidados complexos de curta duração e (5) cuidados de longa duração.

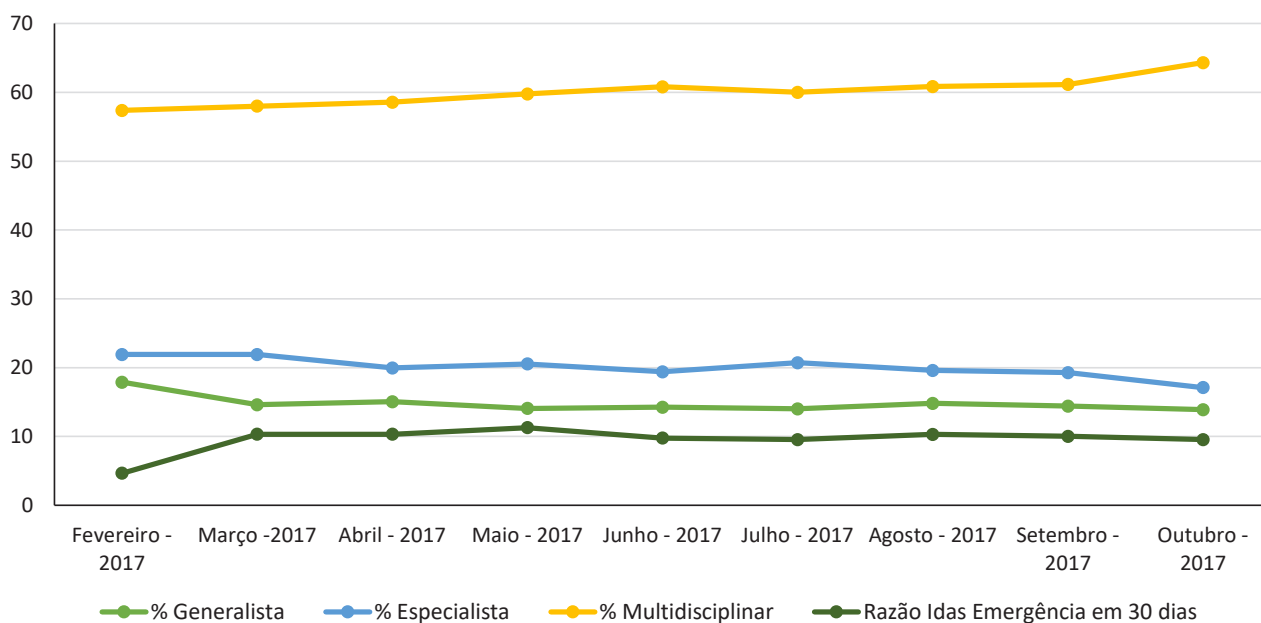
Um pequeno resumo dos dados enviados, via resumo do projeto e formulário:

- **População Alvo:** De acordo com o projeto apresentado à ANS, a população-alvo é composta por beneficiários da carteira da operadora, especificamente do Estado de Sergipe (SE), com idade igual ou maior do que 59 anos, hígidos ou portadores de qualquer morbidade. A captação foi realizada pela Gerência Regional – GERES, de Sergipe, no âmbito da Atenção Primária à Saúde, mediante busca ativa para inscrição no Programa e participação em ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, além da vinculação com equipe multidisciplinar. De acordo com o relatório final do piloto apresentado, foram selecionados 102 beneficiários, ativos, com idade igual ou superior a 59 anos, com frequência regular nas atividades coletivas desenvolvidas pela seção estadual da operadora. Entretanto, de acordo com os dados informados, o projeto atendeu cerca de 4.000 beneficiários nos meses em que o piloto foi implementado. No relatório final, a operadora informou que, atualmente, a GERES/SE conta com 285 beneficiários, inscritos nas atividades coletivas, o que representa um acréscimo de 179% nas adesões ao programa em apenas 1 ano e 7 meses.
- **Instrumentos de Avaliação do Idoso utilizados no projeto:** Para Avaliação Cognitiva - MEEM (Mini Exame do Estado Mental) - Para Depressão - EDG (Escala de Depressão Geriátrica) - Avaliação da Marcha - TUG (Timed Get Up and Go) - AVD/AIVD - Percentual de Autonomia / Dependência Parcial / Dependência Severa.
- **Adota Modelo de Remuneração Integrado com o Modelo Assistencial:** Sim. Pagamento por procedimento (“fee for service”) e também pagamento por performance (P4P).

No Gráfico 12, encontra-se a evolução dos indicadores de Consultas e internações, ao longo do ano, entre fevereiro e outubro de 2017. A operadora não informou os dados dos outros meses.

Como pode ser constatado, a proporção de consultas com especialistas é um pouco maior que a proporção de consultas com médicos generalistas, ao longo dos sete meses de acompanhamento do projeto. A proporção de consultas com equipe multidisciplinar é bastante alta, entre 57% (fevereiro 2017) e 64% (outubro 2017). A proporção de idas à emergência é inferior a 10%, ao longo dos seis meses de acompanhamento, muito provavelmente porque a operadora oferece Programa de Atenção Primária à Saúde.

GRÁFICO 12: GEAP - PROPORÇÃO DE CONSULTAS E RAZÃO DE IDAS À EMERGÊNCIAS EM 30 DIAS



Fonte: FormSus – Projeto Idoso Bem Cuidado

Segundo a operadora, estes foram os resultados obtidos:

- Melhoria significativa quanto à adoção de hábitos saudáveis;
- Estímulo da capacidade funcional, da autonomia, da autoestima e do bem-estar físico e mental do idoso;
- Diminuição de internações e reinternações hospitalares, por causas sensíveis à atenção básica;
- Diminuição dos casos de depressão em idosos;
- Aumento da capacidade cognitiva em idosos.

Principais dificuldades encontradas na implementação do piloto:

- Pouca adesão dos beneficiários com idade igual ou maior que 59 anos a atividades coletivas, principalmente os do sexo masculino;
- Ausência do engajamento da família no auxílio ao cuidado com o idoso;
- Dificuldade no monitoramento dos indicadores.

3.11- NOTRE DAME – INTERMÉDICA

Notre Dame - Intermédica (registro ANS nº 359017) é uma operadora de medicina de grupo. A operadora iniciou o piloto em outubro de 2016, tendo enviado os dados do projeto entre março e outubro de 2017.

De acordo com o projeto apresentado à ANS, a operadora implantaria o projeto piloto em 3 (três) Centros Clínicos e acompanharia 1.500 pacientes. O projeto teve como finalidade atender ao idoso de baixo risco, isto é, que não sofresse de grandes perdas funcionais. O projeto forneceu atendimento com serviços de saúde prestados por equipe multidisciplinar e monitoramento por central telefônica específica. A gestão do projeto utilizou indicadores específicos e pagamento dos prestadores, parcialmente, por performance. Este projeto piloto deu continuidade aos outros programas da operadora que atendem o idoso: PAP II, PAI e CASE.

Quanto aos níveis hierarquizados de cuidado abrangidos, conclui-se que o modelo da Notre Dame – Intermédica envolve (1) acolhimento, (2) núcleo integrado de cuidado, (3) ambulatório geriátrico e (5) cuidados de longa duração.

Segundo a operadora, o foco da atenção do piloto foi a abordagem dos fatores de risco das doenças cardiovasculares – dislipidemia; hipertensão arterial e outros. Além disso teve como objetivo a promoção da saúde, incentivando hábitos de vida saudáveis, tais como uma atividade física diária, desincentivo ao tabagismo, alimentação adequada, e evitar o alcoolismo.

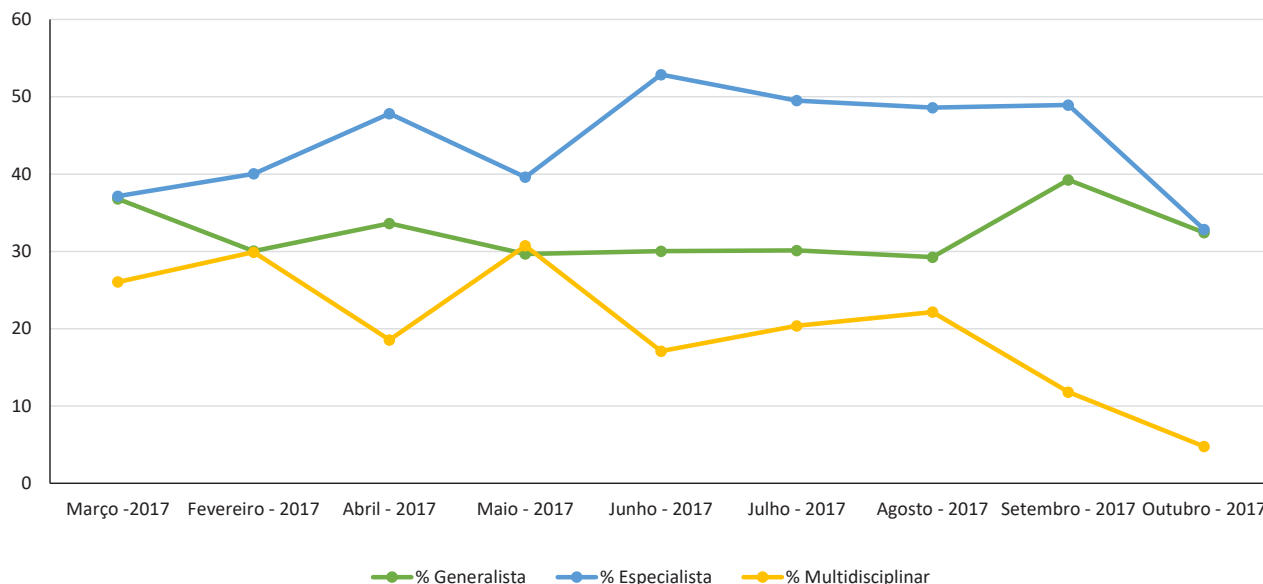
Um pequeno resumo dos dados enviados, via resumo do projeto e formulário:

- **População Alvo:** A população alvo foi escolhida dentre os beneficiários de 3 (três) Centros Clínicos na cidade de São Paulo, com 60 anos ou mais, escolhidos com base em determinados critérios. O objetivo foi incluir 1.500 pacientes no projeto piloto. Entretanto, a população incluída no projeto variou ao longo dos meses de acompanhamento, que ocorreu entre fevereiro e outubro de 2017: de 1789, em março de 2017, a 5.733, em outubro de 2017.
- **Instrumentos de Avaliação do Idoso utilizados no projeto:** de acordo com o projeto apresentado, O programa PAI da operadora, que é voltado para o idoso com perdas funcionais, monitora periodicamente as funcionalidades de seus pacientes, mas não foi especificado quais funcionalidades. No formulário de monitoramento de resultados, foram informados os seguintes instrumentos: Para Avaliação Cognitiva - MEEM (Mini Exame do Estado Mental) - Para Depressão - EDG (Escala de Depressão Geriátrica) - Avaliação da Marcha - TUG (Timed Get Up and Go) - AVD/AIVD - Percentual de Autonomia / Dependência Parcial / Dependência Severa – Mini.
- **Adota Modelo de Remuneração Integrado com o Modelo Assistencial: não adota**

No Gráfico 13, encontra-se a evolução dos indicadores de Consultas com especialistas e generalistas, ao longo do ano, entre fevereiro e outubro de 2017. A operadora não informou os dados das idas à emergência.

Como pode ser constatado, a proporção de consultas com especialistas e com generalistas varia ao longo dos meses. A proporção de consultas com médicos generalistas e especialistas é igual no início, em fevereiro, e ao final, em outubro de 2017. Mas na maior parte do tempo, a proporção de consultas com especialistas é bastante superior ao de consultas com generalistas. Por outro lado, a proporção de consultas com equipe multidisciplinar é alta no começo, em fevereiro de 2017, mas vai caindo ao longo do tempo, chegando a atingir a marca de 4,76% em outubro de 2017.

GRÁFICO 13: NOTRE DAME- INTERMÉDICA - PROPORÇÃO DE CONSULTAS COM GENERALISTAS, ESPECIALISTAS E EQUIPE MULTIDISCIPLINAR



Fonte: FormSus – Projeto Idoso Bem Cuidado

No relatório final de atividades, a operadora informou que, para garantir o atendimento do idoso de baixo risco no projeto, foi necessário ampliar o quadro de médicos Geriatras contratados. Informam também que houve ampliação do número de centros clínicos de atenção primária em saúde de 4 para 12, onde, além do atendimento médico, é realizado atendimento nutricional e ministradas palestras por equipe interdisciplinar de psicologia e enfermagem.

Segundo a operadora, todas as dificuldades encontradas na implantação do piloto foram tratadas como oportunidades. A operadora relata que o público alvo do piloto – idosos de menor risco, aderiu ao projeto em menor número do que os associados com maior comprometimento da sua saúde. Nesse sentido, a operadora reflete que é necessário ter uma abordagem de captação da clientela de forma mais explicativa, a fim de quebrar a cultura de polifarmácia e descentralização de atendimento. Para melhorar sua adesão, além da captação explicativa, constataram que deve ser estimulada a ampliação do atendimento geriátrico e multidisciplinar em mais de uma região metropolitana, através da captação passiva.

3.12- PASA

PASA (Registro ANS nº 381988) é uma operadora de autogestão em saúde. A operadora iniciou o piloto em setembro de 2016, tendo enviado os dados do projeto entre fevereiro e outubro de 2017.

De acordo com o projeto apresentado à ANS, a operadora, a partir do recorte populacional proposto – idosos elegíveis a cuidados paliativos, pretendia atuar em diferentes instâncias, visando um ato contínuo do cuidado.

Assim, em seu relatório final de atividades, a operadora relata que, para a obtenção de melhores resultados em saúde, estabeleceu como seus públicos-alvo prioritários os beneficiários com 60 anos ou mais, e portadores de doenças crônicas degenerativas, nos diferentes graus de fragilidade, além de idosos acima de 85 anos, independentemente de seu estado clínico e funcional. O objetivo principal do projeto piloto foi promover a qualidade de vida dos beneficiários, através da atenção integral em saúde, com ênfase em ações de promoção de saúde, prevenção terciária e quaternária. Em relação à abrangência geográfica, o projeto priorizou municípios cobertos que apresentam expressiva concentração desta população, regiões metropolitanas das cidades de Itabira (MG), Rio de Janeiro (RJ), São Luís (MA) e Vitória (ES).

O fluxo de atendimento foi gerenciado pelo Navegador do Cuidado, que acompanha o beneficiário em todas as fases de seu tratamento, através do Plano de Cuidado individualizado: atenção domiciliar, ambulatorial e em eventuais internações hospitalares, garantindo a documentação deste processo através do prontuário eletrônico e da efetividade dos cuidados de transição das condições crônicas.

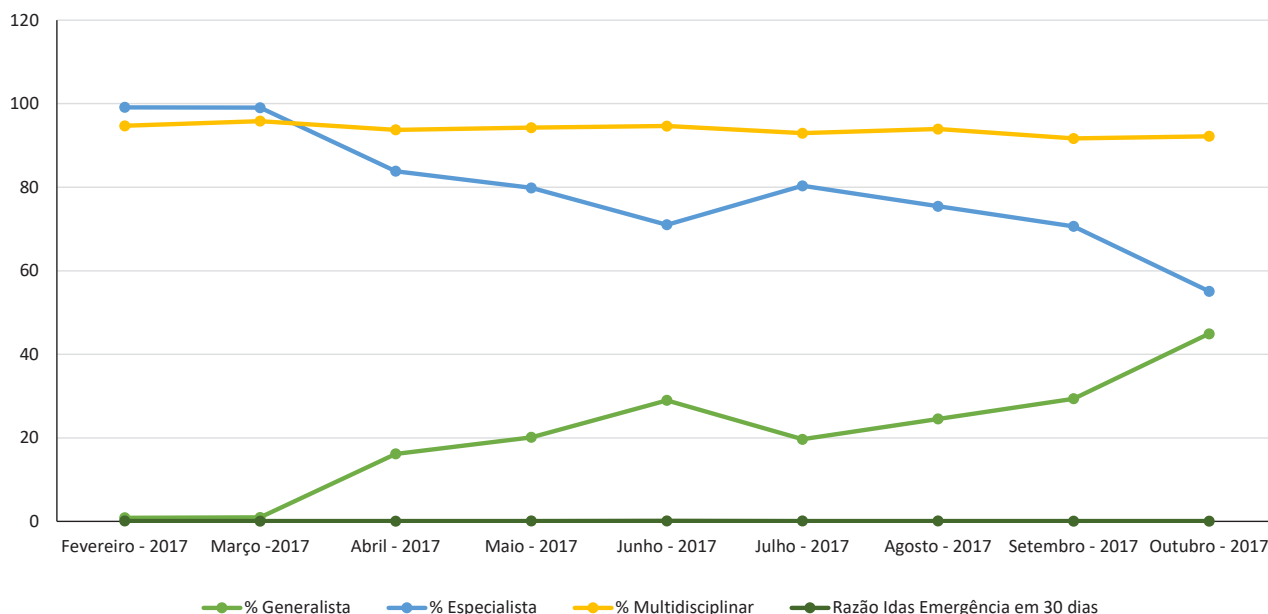
A partir do que foi relatado pela PASA, entende-se que o modelo abrange os níveis hierarquizados (1) acolhimento, (4) cuidados complexos de curta duração e (5) cuidados de longa duração.

Um pequeno resumo dos dados enviados, via resumo do projeto e formulário de monitoramento:

- **População Alvo:** A população alvo primária do projeto são os beneficiários com 60 anos ou mais e demandantes de cuidados paliativos, por quadro de Alzheimer e outras demências, Câncer, Doenças Cardiovasculares, Cirrose do fígado, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, Diabetes, HIV/AIDS, Insuficiência Renal Crônica, Esclerose Múltipla, Doenças de Parkinson, Artrite Reumatoide e Tuberculose Multirresistente. Segundo os dados informados, a população alvo variou de 305 (fevereiro de 2017) a 626 (outubro de 2017).
- **Instrumentos de Avaliação do Idoso utilizados no projeto:** Para Avaliação Cognitiva - MEEM (Mini Exame do Estado Mental) - Para Depressão - EDG (Escala de Depressão Geriátrica) - Avaliação da Marcha - TUG (Timed Get Up and Go) - AVD/AIVD - Percentual de Autonomia / Dependência Parcial / Dependência Severa – Cartão.
- **Se você utiliza Outros Instrumentos de Avaliação, que não os citados, descreva-os aqui:** VES 13 Palliative Performance Scale (PPS) - Avaliação de Sintomas de Edmonton (Esas)
- **Para Atividades de Vida Diária (AVDs), quais instrumentos utiliza:** ÍNDICE DE BARTHEL
- **Para Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), quais instrumentos utiliza:** ESCALA DE LAWTON E BRODY.
- **Adota Modelo de Remuneração Integrado com o Modelo Assistencial:** sim. Hora Trabalhada (“fee for service”).

No Gráfico 14, encontra-se a evolução dos indicadores de Consultas e idas à emergência, ao longo do ano, entre fevereiro e outubro de 2017. A operadora não informou os dados dos outros meses.

GRÁFICO 14: PASA - PROPORÇÃO DE CONSULTAS E RAZÃO DE IDAS À EMERGÊNCIAS EM 30 DIAS



Fonte: FormSus – Projeto Idoso Bem Cuidado

Como pode ser constatado no gráfico, a proporção de consultas com especialistas era maior do que a consulta com generalistas, no início do projeto, que ao final, em outubro de 2017. A proporção de consultas com médicos especialistas caiu de 99% (fevereiro 2017) para 55% (outubro de 2017), enquanto a proporção de consultas com generalistas aumentou de 0,89% (fev 2017) para 44,91% (out 2017). A proporção de consultas com equipe multidisciplinar e bastante levada, cerca de 90% ao longo dos 7 meses de acompanhamento do projeto. A razão de idas à emergência é bastante baixa, cerca de 0,1%.

No seu relatório final de atividades, a operadora lista algumas características epidemiológicas e assistenciais da população incluída no piloto:

- Alta proporção de indivíduos em polifarmácia – cerca de 75,2% dos idosos apresentavam prescrição de 5 ou mais medicamentos de uso contínuo, o que se configura como um fator de risco para iatrogenia.
- Muitos apresentavam histórico de internação hospitalar e 2 ou mais comorbidades.
- Fatores de risco de agravamento selecionados como sentinelas: úlceras de decúbito, pneumonia e histórico de quedas, atingiam 17,6% da população.
- As disfunções cardiovasculares eram o quadro mais prevalente entre os idosos.

Segundo a operadora, o desafio mais importante para o desenvolvimento do projeto foi a identificação e articulação sistemática com os médicos de referência dos beneficiários incluídos. A principal dificuldade é a baixa cultura de coordenação do cuidado, onde valoriza-se o tratamento por médicos especialistas ainda é uma realidade na Saúde Suplementar. Assim, a equipe de navegação do cuidado teve que ter muita sensibilidade e tempo para analisar como se dava a assistência médica dos beneficiários, caso a caso, buscando perceber se havia um médico, mesmo que especialista, que representasse um ponto de apoio para as decisões terapêuticas de forma geral. Nos casos em que não se identificou a figura de um profissional “coordenador do cuidado”, foi realizado o trabalho de referenciamento dos beneficiários à médicos parceiros integrantes da rede assistencial indicada, formada para o projeto, composta de serviços próprios e credenciados da operadora.

Outro investimento, em curso na operadora, é a adaptação dos seus sistemas de informação. Em relação ao Projeto Idoso Bem Cuidado, estão em curso projetos visando o aprimoramento da acurácia, no levantamento do perfil epidemiológico de sua carteira e na identificação das especialidades médicas utilizadas na rede credenciada, no registro integrado de informações assistenciais e no monitoramento da prestação do serviço de saúde no timing de sua execução.

3.13- PLANO AMAZÔNIA SAÚDE

Amazônia Saúde (Registro ANS nº 419052) é uma operadora de medicina de grupo. A operadora iniciou o piloto em setembro de 2016, tendo enviado os dados do projeto entre fevereiro e outubro de 2017.

O projeto piloto da operadora, apresentado à ANS, tem como cerne a atenção primária em saúde. O projeto está focado na organização e qualificação da assistência, através de um atendimento individualizado e humanizado, tendo como prioridade a diferenciação e personalização da atenção proposta. Pela necessidade de uma organização e qualificação assistencial mais eficiente, o idoso beneficiário tem atendimento primário realizado por Médico da Família em APS, cuja atenção é direcionada ao entendimento da causa queixa do paciente.

A operadora tem como proposta a criação de um Núcleo de Geriatria, voltado ao acolhimento, focado no diagnóstico da pessoa idosa e no atendimento das suas necessidades em saúde, em sua integralidade. As atividades com os idosos são centradas na atenção primária, incluindo ações que envolvem a captação em APS, emergência, consultórios especializados, internação, com isto a operadora pretende alcançar uma melhor aproximação e monitoramento/rastreamento controlado da população alvo, respeitando as características construtivas deste público, enquanto grupo e indivíduo.

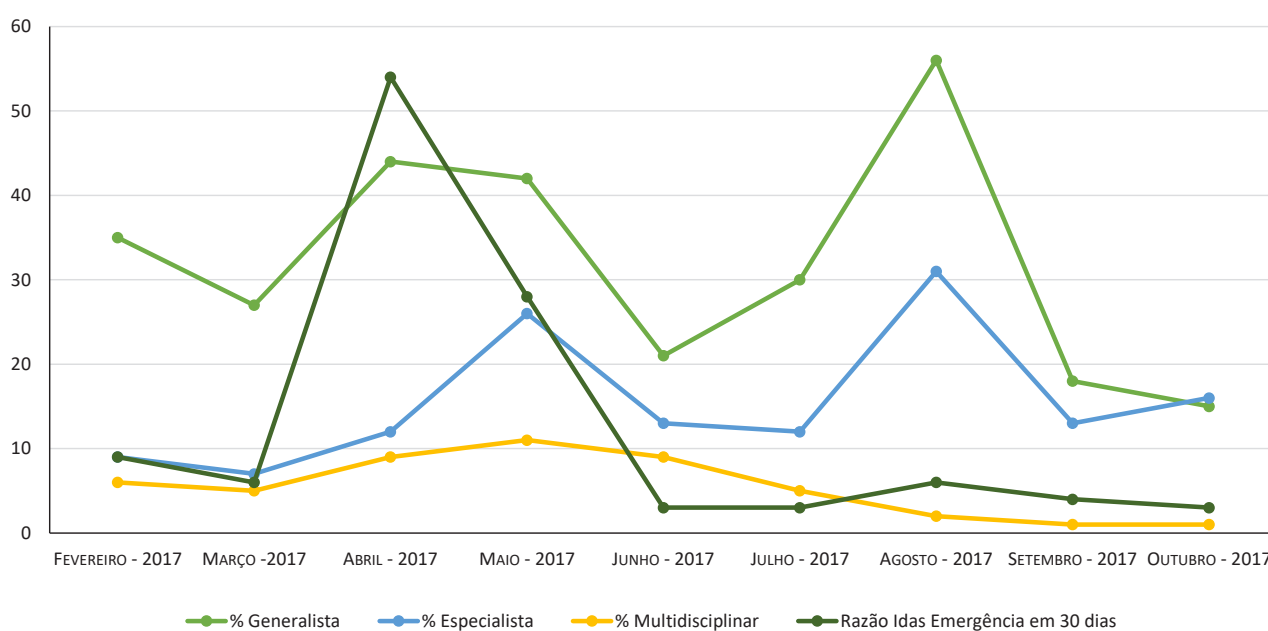
Quanto aos níveis hierarquizados de cuidado abrangidos, o modelo da Plano Amazônia Saúde contempla (1) acolhimento e (2) núcleo integrado de cuidado.

Um pequeno resumo dos dados enviados, via relatório do projeto e formulário de coleta de dados:

- **População Alvo:** A população alvo são os beneficiários ativos, com idade igual ou acima de 60 anos. O nº de beneficiários idosos (> 60 anos de idade) somam 1.584 indivíduos (16% do total de vidas da carteira), compreendendo cerca de 190 beneficiários.
- **Instrumentos de Avaliação do Idoso utilizados no projeto:** Para Avaliação Cognitiva - MEEM (Mini Exame do Estado Mental) - Para Depressão - EDG (Escala de Depressão Geriátrica) - Avaliação da Marcha - TUG (Timed Get Up and Go) – Outros.
- **Se você utiliza Outros Instrumentos de Avaliação, que não os citados, descreva-os aqui:** Escala de Atividades Básicas (escala de Katz)
- **Adota Modelo de Remuneração Integrado com o Modelo Assistencial: não**

No Gráfico 15, encontra-se a evolução dos indicadores de Consultas e razão de idas à emergência em 30 dias, ao longo do ano, entre fevereiro e outubro de 2017. A operadora não informou os dados dos outros meses.

GRÁFICO 15: P. AMAZÔNIA - PROPORÇÃO DE CONSULTAS E RAZÃO DE IDAS À EMERGÊNCIAS EM 30 DIAS



Fonte: FormSus – Projeto Idoso Bem Cuidado

Como pode ser constatado, a proporção de consultas com generalistas é maior que a proporção de consultas com médicos especialistas, ao longo dos sete meses de acompanhamento do projeto. A proporção de consultas com equipe multidisciplinar varia ao longo dos meses, entre 1% (set 2017) e 11% (maio 2017). A razão de idas à emergência nos 30 dias é inferior a 10%, na maioria dos meses, com exceção dos meses de abril (54%) e maio (28%), mas não foi informado o motivo.

De acordo com o relatório final de atividades, enviado pela operadora, os resultados obtidos com o piloto foram bastante satisfatórios, podendo ser destacados:

- Gerenciamento responsável no controle alimentar, medicamentoso;
- Redução da busca indiscriminada por especialistas;
- Redução de situações de riscos;

- Ampliação em abrangência do projeto em sua faixa etária, devido à grande procura de Beneficiários.
- O grande desafio, segundo a operadora, é a fidelização dos pacientes com o Médico de Família, a fim de que os mesmos optem em não consultar especialidades diversas para a obtenção de diagnósticos, controle de patologias e exames periódicos.

3.14- SANTA HELENA SAÚDE

Santa Helena Saúde (Registro ANS nº 355097) é uma operadora de medicina de grupo. A operadora iniciou o piloto em setembro de 2016, tendo enviado os dados do projeto entre fevereiro e outubro de 2017.

De acordo com o projeto piloto, apresentado à ANS, a operadora foca no atendimento integrado e multidisciplinar contínuo, desde a entrada do idoso no programa de atenção à saúde prestado No núcleo Geriátrico, que conta com 38 geriatras e 14 clínicos. Já o Programa de Atendimento Interdisciplinar (PAI) é um serviço de assistência, com equipe interdisciplinar, de pacientes de alto risco, que necessitam de um acompanhamento global: social, emocional e físico. O objetivo é proporcionar qualidade de vida e bem-estar social, respeitando os valores individuais, compartilhando e planejando com pacientes, familiares e equipe.

Pelo exposto, quanto aos níveis hierarquizados de cuidado abrangidos, o modelo da Santa Helena Saúde contempla (1) acolhimento, (2) núcleo integrado de cuidado3) ambulatório geriátrico, (4) cuidados complexos de curta duração e (5) cuidados de longa duração.

Programa - Geriatria Baixo Risco:

- atendimentos por médicos clínicos, conforme protocolos geriátricos, de prevenção com apoio da Equipe Multidisciplinar de Nutrição, Fisioterapia, Serviço Social e Educador Físico.
- Total de Pacientes Cadastrados: 12076
- Educador Físico: Atividade ao ar livre em parques municipais.

Programa - Geriatria Médio Risco:

- atendimentos por médicos geriatras e gerontólogos.
- Atuação interdisciplinar (fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo) através de grupos são oferecidas ações educativas, promoção da saúde, prevenção de doenças evitáveis, postergação de doenças e cuidados precoces. Temos Grupos de: Memória, Depressão, Medicina Integrativa, Prevenção de Quedas.
- Ambulatório de Cognição: Para pacientes em investigação de síndromes demenciais. Aplicam no paciente: Índice de Katz, questionário que verifica a situação funcional através das atividades básicas de vida diária; Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) e avaliação composta por três testes de desempenho funcional (equilíbrio, marcha e força) de membros inferiores. O cuidado desse ambulatório é agir no paciente que está em fase inicial da demência, período no qual se deve abordar a família e inserir o paciente em nossa linha de assistência no momento em que tiver uma progressão dessa doença.
- Grupo de Cuidadores: grupo realizado por equipe multidisciplinar que apoia e oferece palestras aos cuidadores e familiares do idoso fragilizado.

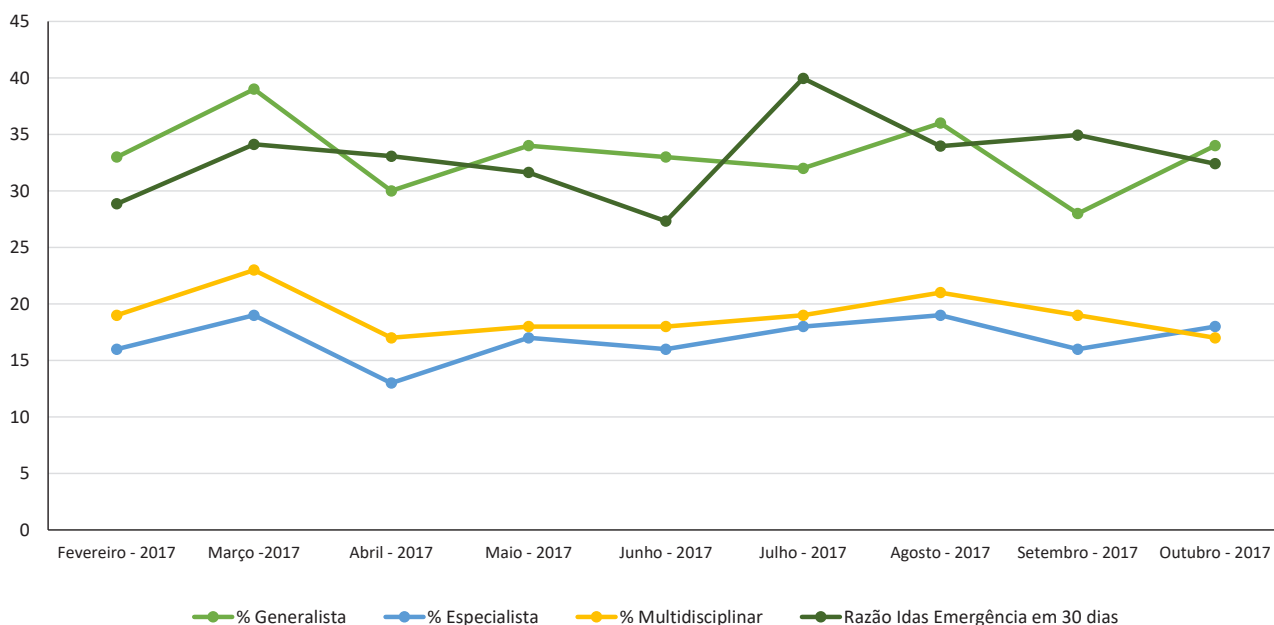
Um pequeno resumo dos dados informados:

- **População Alvo:** A população alvo foi definida dentro dos beneficiários ativos com idade igual ou acima de 60 anos. De acordo com os dados coletados, a população alvo do projeto compreende cerca de 3.700 – 3.900 beneficiários.
- **Instrumentos de Avaliação do Idoso utilizados no projeto:** Para Avaliação Cognitiva - MEEM (Mini Exame do Estado Mental) - Para Depressão - EDG (Escala de Depressão Geriátrica) - Avaliação da Marcha - TUG (Timed Get Up and Go) - AVD/AIVD - Percentual de Autonomia / Dependência Parcial / Dependência Severa – Mini.
- **Se você utiliza Outros Instrumentos de Avaliação, que não os citados, descreva-os aqui:** Hand Grip
- **Para Atividades de Vida Diária (AVDs), quais instrumentos utiliza:** Escala Katz
- **Para Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), quais instrumentos utiliza:** Escala Lawton
- **Adota Modelo de Remuneração Integrado com o Modelo Assistencial:** não

No Gráfico 16, encontra-se a evolução dos indicadores de Consultas e razão de idas à emergência em 30 dias, ao longo do ano, entre fevereiro e outubro de 2017. A operadora não informou os dados dos outros meses.

Como pode ser constatado, a proporção de consultas com generalistas é superior à proporção de consultas com especialistas. A proporção de consultas com equipe multidisciplinar equivale à proporção de consultas com especialistas, que compreende cerca de 20%. A Razão de idas à emergência está por volta de 20%, provavelmente devido à idade avançada dos beneficiários participantes do programa.

GRÁFICO 16: SANTA HELENA - PROPORÇÃO DE CONSULTAS E RAZÃO DE IDAS À EMERGÊNCIAS EM 30 DIAS



Fonte: FormSus – Projeto Idoso Bem Cuidado

3.15- SÃO CRISTÓVÃO SAÚDE

São Cristóvão Saúde (Registro ANS nº 314218) é uma operadora do segmento filantrópico. A operadora iniciou o piloto em janeiro de 2017, tendo enviado os dados do projeto entre fevereiro e outubro de 2017.

De acordo com o projeto piloto, apresentado à ANS, a operadora possui vários projetos para a população idosa:

Sistema de Medicina Integral (SMI) – Seu objetivo é a assistência centrada na pessoa; onde o médico cuida e ajuda a superar os seus problemas e dúvidas em saúde. Médico de referência, gerenciando os pacientes crônicos e acompanhamento por este médico quando internado; telefone e administrativo dedicado para atendimento e agendamento das consultas.

Monitoramento de Pacientes Especiais (MOPE) – Atua na educação do beneficiário, familiares e “cuidadores” em relação aos cuidados necessários com a patologia, a fim de minimizar uma eventual descompensação clínica e agravamento do quadro, evitando utilizações desnecessárias dos recursos. O trabalho é realizado através de Campanhas de Saúde, Monitoramento Telefônico e Visitas Domiciliares.

Cuidados Paliativos (CP) – Programa que atua em pacientes com doença onde não há tratamento curativo conhecido, sendo clinicamente considerada como uma doença crônica com evolução progressiva e de mau prognóstico.

Programa de Atendimento Domiciliar (PAD) – Atendimento domiciliar com o objetivo de desospitalizar pacientes com alto grau de dependência a fim de evitar quadros de agudização e internações desnecessárias.

Programa de Reabilitação e Orientação Ativa (PRO Ativa) – O PRO Ativa é destinado ao desenvolvimento de atividades físicas orientadas, palestras educativas, práticas conjuntas de reabilitação, assistência psicológica, fisioterapêutica, nutricional, fonoaudiológica e terapia ocupacional a grupos com doenças em comum, por meio de grupos educativos e de convívio. Os grupos estão divididos na perspectiva da prevenção, promoção à saúde, reabilitação e programas educativos para pacientes portadores de doenças crônicas.

Grupo de Prevenção de Quedas – As orientações são passadas aos participantes em formato de aulas e vivências, objetivando a manutenção da saúde e prevenção de quedas.

Grupo de Educação em Diabetes – Aulas educacionais sobre a importância do controle da saúde, objetivando educar para o maior controle dos níveis glicêmicos;

Grupo Atividade da Vida Diária (AVDs), Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs) – Objetivo de treinar e vivenciar as atividades de vida diária, resgatando a independência dos indivíduos, bem como oferecer orientação postural e controle da dor na realização das AVDs.

GAPI (Grupo de apoio ao paciente internado) – Assegura o adequado direcionamento dos pacientes internados na alta hospitalar, para a continuidade dos cuidados: home care, consultas, exames, tratamentos.

Um pequeno resumo dos dados informados:

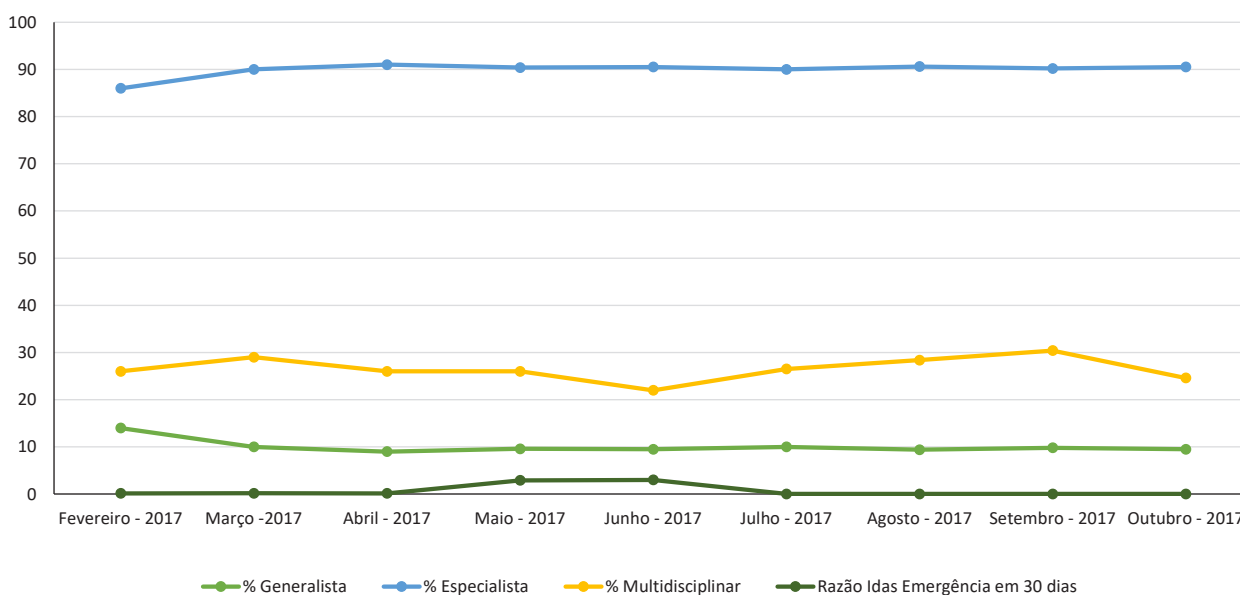
- **População Alvo:** A população alvo foi definida dentro dos beneficiários ativos com idade igual ou acima de 60 anos, compreendendo cerca de 1.200 beneficiários.
- **Instrumentos de Avaliação do Idoso utilizados no projeto:** Para Avaliação Cognitiva - MEEM (Mini Exame do Estado Mental) - Para Depressão - EDG (Escala de Depressão Geriátrica) - Avaliação da Marcha - TUG (Timed Get Up and Go) - AVD/AIVD - Percentual de Autonomia / Dependência Parcial / Dependência Severa - Cartão
- **Se você utiliza Outros Instrumentos de Avaliação, que não os citados, descreva-os aqui:** Prisma 7; Avaliação Funcional Breve (AFB)
- **Para Atividades de Vida Diária (AVDs), quais instrumentos utiliza:** Escala de Atividades Básicas de Vida Diária (KATZ)

- **Para Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), quais instrumentos utiliza:** Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária (Escala de LAWTON)
- **Adota Modelo de Remuneração Integrado com o Modelo Assistencial:** não

No Gráfico 17, encontra-se a evolução dos indicadores de Consultas e razão de idas à emergência em 30 dias, ao longo do ano, entre fevereiro e outubro de 2017. A operadora não informou os dados dos outros meses.

Como pode ser constatado, a proporção de consultas com especialistas é bastante superior à proporção de consultas com generalistas. A proporção de consultas com equipe multidisciplinar também é ligeiramente superior à proporção de consultas com generalistas, compreendendo cerca de 20%. A Razão de idas à emergência é menor do que 0,2%, provavelmente graças à prevenção oferecida nos programas da operadora.

GRÁFICO 17: SÃO CRISTÓVÃO SAÚDE - PROPORÇÃO DE CONSULTAS E RAZÃO DE IDAS À EMERGÊNCIAS EM 30 DIAS



Fonte: FormSus – Projeto Idoso Bem Cuidado

No relatório final de atividades, a operadora relata que o maior desafio do projeto foi ampliar a Coordenação do Cuidado (Navegar) para a Geriatria de Alta complexidade. Uma outra dificuldade apontada, de ordem administrativa, foram as mudanças ocorridas nos processos da Instituição, devido à aquisição por uma nova operadora.

3.16- SOBAM

SOBAM (Registro ANS nº 326500) é uma operadora de medicina de grupo. A operadora iniciou o piloto em outubro de 2016, tendo enviado os dados do projeto entre março e outubro de 2017.

De acordo com o projeto piloto apresentado à ANS, a operadora implementou o programa Geriarte, que é acreditado no Nível II da ONA, tendo sido aprovado e monitorado no PROMOPREV – Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças da ANS. Com o acréscimo dos novos conhecimentos do Projeto Idoso Bem Cuidado, foi criada a figura do Gerenciador do Cuidado (Navigator) dentro do programa, além da inclusão de novos profissionais na equipe. O Programa foi classificado em: Programa de promoção de saúde em pacientes saudáveis e com fatores de risco, conforme manual de acreditação de medicina preventiva da ONA. Alguns dados do programa Geriarte:

Cobertura do Programa: Objetivo de atingir 20% da população alvo. Hoje, conforme registrado no Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças da ANS, a população alvo é de 2500 participantes.

Critérios de elegibilidade: Ter idade acima de 60 anos e ser conveniado do Grupo SOBAM.

Marcadores do Programa: Satisfação do cliente (hands up), taxa de internação e procura ao pronto atendimento, gastos por atendimento, Mini-mental, Timed up and Go, escala de depressão geriátrica (GDS).

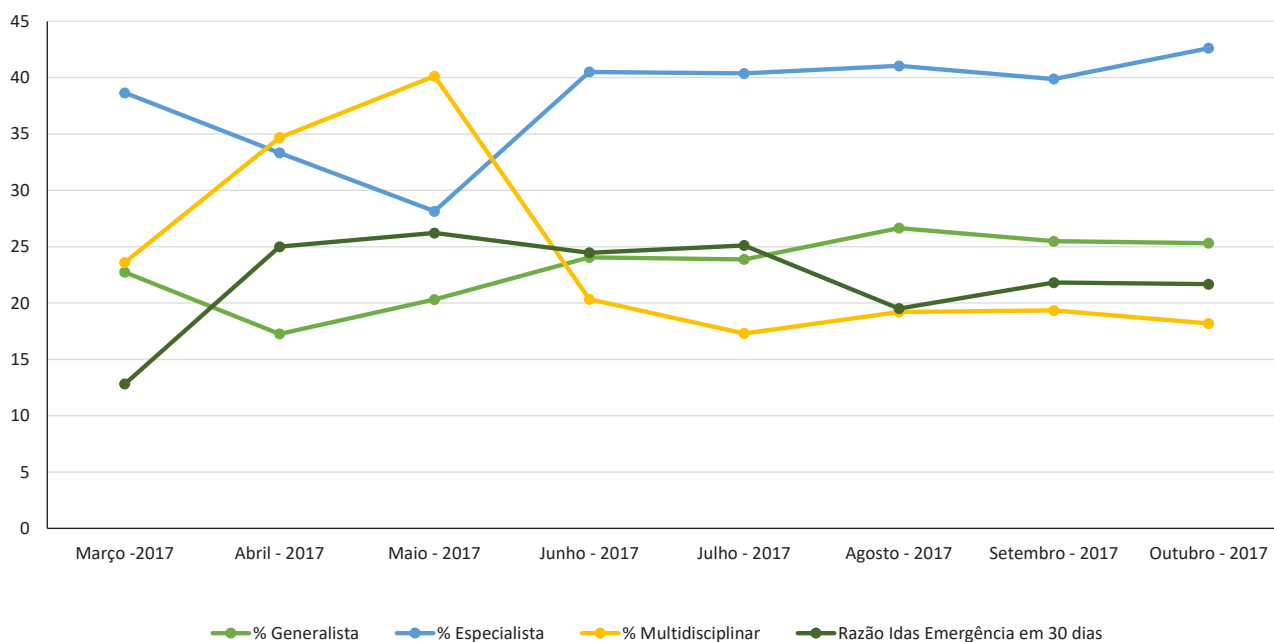
Canais de Captação: procura espontânea estimulada por ações de marketing (facebook, site, e imprensa local); encaminhamento via ambulatório credenciado, com treinamento da equipe e busca ativa na sala de espera; na Internação hospitalar; em outros programas da Medicina Preventiva, com encaminhamento conforme critérios de elegibilidade; captação pelo sistema informatizado; e captações em empresas através de palestras educativas ou acordos com diretoria.

Um pequeno resumo dos dados enviados à ANS:

- **População Alvo:** A população alvo foi definida dentro dos beneficiários ativos com idade igual ou acima de 60 anos, compreendendo cerca de 600 - 700 beneficiários.
- **Instrumentos de Avaliação do Idoso utilizados no projeto:** Para Avaliação Cognitiva - MEEM (Mini Exame do Estado Mental) - Para Depressão - EDG (Escala de Depressão Geriátrica) - Avaliação da Marcha - TUG (Timed Get Up and Go) - AVD/AIVD - Percentual de Autonomia / Dependência Parcial / Dependência Severa – Mini.
- **Se você utiliza Outros Instrumentos de Avaliação, que não os citados, descreva-os aqui:** FES 1 escala para risco de queda.
- **Para Atividades de Vida Diária (AVDs), quais instrumentos utiliza:** Escala de Katz.
- **Para Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), quais instrumentos utiliza:** Lawton e Brody.
- **Adota Modelo de Remuneração Integrado com o Modelo Assistencial:** não

No Gráfico 18, encontra-se a evolução dos indicadores de Consultas e razão de idas à emergência em 30 dias, ao longo do ano, entre março e outubro de 2017. A operadora não informou os dados dos outros meses.

GRÁFICO 18: SOBAM - PROPORÇÃO DE CONSULTAS E RAZÃO DE IDAS ÀS EMERGÊNCIAS EM 30 DIAS



Fonte: FormSus – Projeto Idoso Bem Cuidado

Como pode ser constatado, a proporção de consultas com especialistas é superior à proporção de consultas com generalistas. A proporção de consultas com equipe multidisciplinar também é ligeiramente superior à proporção de consultas com generalistas, no início do ano (entre março e maio de 2017), e inferior a partir de junho de 2017. A Razão de idas à emergência varia entre 12% (março 2017) e 26% (maio 2017).

No relatório final de atividades, a operadora informa que, inicialmente, a grande maioria dos inscritos no projeto foi de trabalhadores de uma empresa específica, cujas características principais eram: 90% da população acima dos 60 anos (com critério de elegibilidade para o programa), alta sinistralidade, alta procura à emergência, internação e reinternação. A proposta da operadora era também a melhora da saúde global dos beneficiários dessa carteira.

Os principais indicadores basais coletados (outubro de 2016) foram: Razão de idas à emergência (operadora 16,19 e piloto 22,92); Razão de internação (operadora 1,67 e piloto 2,69) e Tempo médio de internação (5,04 contra 5,77 dias). A expectativa inicial foi de redução desses três indicadores. Nas análises iniciais desses indicadores, foi observado um aumento do número de consultas proporcionais aos médicos generalistas e equipe multiprofissional, com redução da procura aos especialistas. Esse movimento é devido à maior disponibilidade de equipe multiprofissional em saúde e de médicos generalistas.

Quanto aos indicadores de qualidade do atendimento prestado, houve uma diminuição da procura a serviços de emergência e, apesar da internação hospitalar não ter sido reduzida, o tempo médio de internação hospitalar apresentou substancial redução. Segundo a operadora, o grande desafio, nesse momento, é a ampliação do público atendido pelo projeto, com a perspectiva de atingir até 20% dos idosos.

3.17- SUL AMÉRICA

Sul América Saúde (Registro ANS nº 006246) é uma operadora do ramo de seguros de saúde. A operadora iniciou o piloto em janeiro de 2017, tendo enviado os dados do projeto entre janeiro e outubro de 2017.

De acordo com o projeto piloto, apresentado à ANS, a operadora pretende desenvolver projeto com idosos no atendimento primário, secundário e terciário. Para o atendimento primário, a operadora implementou a iniciativa “Envelhecimento Saudável”, do Programa SulAmérica Saúde Ativa, em parceria com a empresa americana *Healthways*¹². No atendimento secundário, foi selecionada uma equipe de geriatras, que cobrem diversas regiões da cidade de São Paulo. Esta equipe utiliza o modelo de atenção básica, onde os médicos geriatras são responsáveis por uma carteira pré-definida de segurados, atuando em todas as esferas, incluindo o acompanhamento hospitalar. Para o atendimento terciário, foram feitas parcerias com hospitais, que servem de referência para a população do projeto. Estes mesmos hospitais são referenciados para o atendimento de pronto-socorro, internação e cuidados paliativos.

Um pequeno resumo dos dados enviados à ANS:

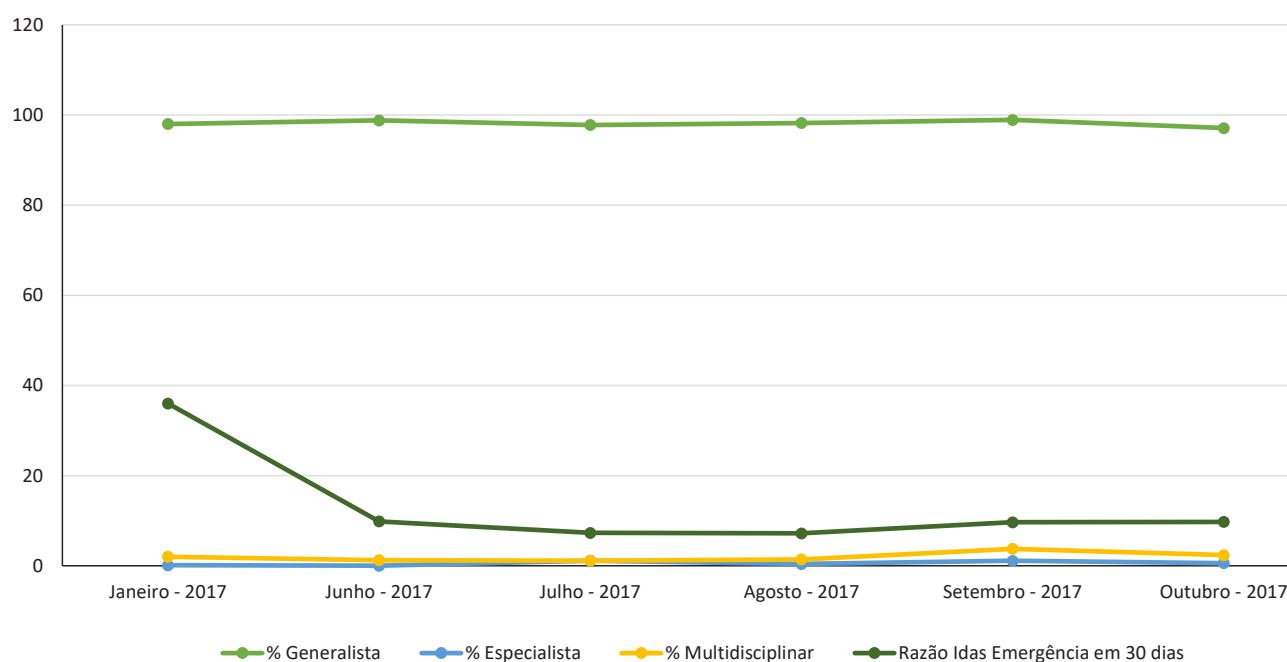
- **População Alvo:** A população alvo foi definida dentro dos beneficiários ativos com idade igual ou acima de 65 anos. Para definir a população alvo do piloto, foram mapeadas as regiões, com maior concentração de segurados com 65 anos ou mais, da carteira individual, na cidade de São Paulo. Foi verificado que cerca de 20% da população da carteira do individual, que representa aproximadamente 14.453 segurados, está distribuída nos seguintes bairros de São Paulo: Jardim Paulista, Cerqueira César, Vila Mariana, Indianópolis, Paraíso, Perdizes, Pinheiros e Alto da Lapa. Estas são as regiões que foram selecionadas para o piloto do Projeto Idoso Bem Cuidado. De acordo com os dados informados, a população alvo do projeto iniciou com 2.500, em janeiro 2017, tendo aumentado para 7.966, a partir de junho de 2017, tendo terminado com 12.200 beneficiários inscritos no programa, em outubro de 2017.
- **Instrumentos de Avaliação do Idoso utilizados no projeto:** Para Avaliação Cognitiva - MEEM (Mini Exame do Estado Mental) - AVD/AIVD - Percentual de Autonomia / Dependência Parcial / Dependência Severa - Cartão de Jaeger (escala visual) - Mini Avaliação Nutricional
- **Se você utiliza Outros Instrumentos de Avaliação, que não os citados, descreva-os aqui:** Escala de Atividades Básicas (escala de Katz).

¹² Essa Associação entre a Sul América e Healthways foi anunciada em 2015, ver: <http://www.valor.com.br/financas/3949868/sulamerica-anuncia-associacao-com-empresa-de-saude-americana-healthway>

- **Adota Modelo de Remuneração Integrado com o Modelo Assistencial:** O modelo de remuneração será através do pagamento por desempenho (P4P), com bonificação diferenciada conforme a performance, ou seja, os referidos prestadores deverão atingir as metas estabelecidas pelos indicadores clínicos e de qualidade para se tornarem elegíveis às bonificações do modelo.

No Gráfico 19, encontra-se a evolução dos indicadores de Consultas e razão de idas à emergência em 30 dias, ao longo do ano, entre janeiro e outubro de 2017. A operadora não informou os dados dos outros meses.

GRÁFICO 19: SUL AMÉRICA - PROPORÇÃO DE CONSULTAS E RAZÃO DE IDAS ÀS EMERGÊNCIAS EM 30 DIAS



Fonte: FormSus – Projeto Idoso Bem Cuidado

Como pode ser constatado, a proporção de consultas com generalistas é superior à proporção de consultas com especialistas, desde o início do projeto em janeiro de 2017. A proporção de consultas com equipe multidisciplinar é praticamente igual à proporção de consultas com especialistas, desde o início do projeto (entre janeiro e outubro de 2017). A razão de idas às emergências era bastante alta, cerca de 40% no início do projeto em janeiro de 2017, tendo terminado com números bem inferiores, com cerca de 9%, em outubro de 2017.

A operadora destaca, em seu relatório final de atividades, que os principais desafios e mudanças é a integração dos dois sistemas de informação existentes no âmbito do projeto. Explicando melhor, atualmente os médicos generalistas da rede do projeto utilizam o sistema de informações do prestador e os médicos especialistas da rede utilizam o sistema de informações da própria SulAmérica, o que causa a desinformação e, ao mesmo tempo, não ajudando a promover o cuidado coordenado, a integralidade e a longitudinalidade. Assim, na visão da operadora, o grande desafio é incorporar serviços ao projeto, a fim de completar a linha de cuidado do paciente como participante ativo.

Dentre as principais dificuldades identificadas, na realização do Projeto, a operadora destaca a insuficiência de geriatras disponíveis na rede referenciada. Segundo a operadora, esta é uma especialidade com poucos profissionais disponíveis no mercado e muitos deles já têm uma clientela definida, sem espaço para absorver a demanda gerada pelo projeto.

3.18- UNIMED BELÉM

UNIMED Belém (Registro ANS nº 303976) é uma operadora do segmento das cooperativas. A operadora iniciou o piloto em setembro de 2016, tendo enviado os dados do projeto entre janeiro e outubro de 2017.

De acordo com o projeto piloto, apresentado à ANS, o objetivo principal é a implementação de um modelo de atenção integral à saúde do idoso, centrado na pessoa e de maneira humanizada, visando à melhoria na qualidade de vida dos beneficiários. Nesse sentido, a operadora implantou o programa de Atenção Integral à Saúde “Viver Bem”, que conta com uma equipe multidisciplinar, que desenvolve ações baseadas nos princípios da Atenção Primária à Saúde (APS) – acesso, integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado. A APS é a porta de entrada ideal para o modelo proposto de atenção integral à saúde do idoso, onde são desenvolvidos os níveis leves de cuidado – acolhimento, núcleo integrado do cuidado e ambulatório geriátrico.

O projeto tem os seguintes objetivos específicos:

- Estimular a utilização do dispositivo de matriciamento para a efetivação da rede de atenção integrada;
- Adotar medidas de prevenção em todos os níveis, sobretudo quaternária; e
- Aperfeiçoar a utilização dos recursos com o compartilhamento de riscos e formas de remuneração diferenciadas.

Para tanto, são utilizados os eixos estruturantes do modelo em todos os 5 níveis hierarquizados de cuidado, compreendendo, primeiramente, a organização da porta de entrada no sistema de saúde, a partir da formulação de estratégias para captação de clientes e estratificação de risco.

Considerando o acesso como princípio da APS, será realizado o “Acolhimento à Demanda Espontânea” no Programa Viver Bem, para os clientes que comparecerem espontaneamente ou que forem encaminhados pelo seu médico assistente em qualquer nível de atenção. Dentre as estratégias para captação de clientes, será utilizado o “Acolhimento Ativo”. Nesse método, considera-se que o acolhimento não é um local ou determinada pessoa, mas uma maneira de expressar as relações que se estabelecem entre os clientes e os profissionais, além de estabelecer um compromisso em responder às necessidades de quem busca os serviços de saúde.

Os beneficiários, que aceitaram participar do modelo de atenção proposto, responderam a um questionário aplicado pelo profissional responsável pelo Acolhimento. Trata-se do questionário de “Probability of Repeated Admission” (probabilidade de internação repetida), abreviado para PRA, uma ferramenta de identificação de risco desenvolvida e utilizada por Boulton et al., contendo 8 questões baseadas em variáveis preditivas de hospitalização. A sua aplicação resultará em um coeficiente que varia de 0,07 a 0,78, sendo validado pelos autores que valores superiores a 0,5 indicam alto risco de internação hospitalar.

Ao avaliar a probabilidade de internação hospitalar, também foi realizado o reconhecimento de um perfil de possível fragilização. Este método, por fim, visa à definição de estratos de riscos, possibilitando o planejamento assistencial para diferentes grupos, assim como a organização de uma fila para prioridade de atendimento aos idosos com maior risco de fragilidade e de perda da funcionalidade, constituindo o Plano de Cuidados a ser elaborado para cada cliente.

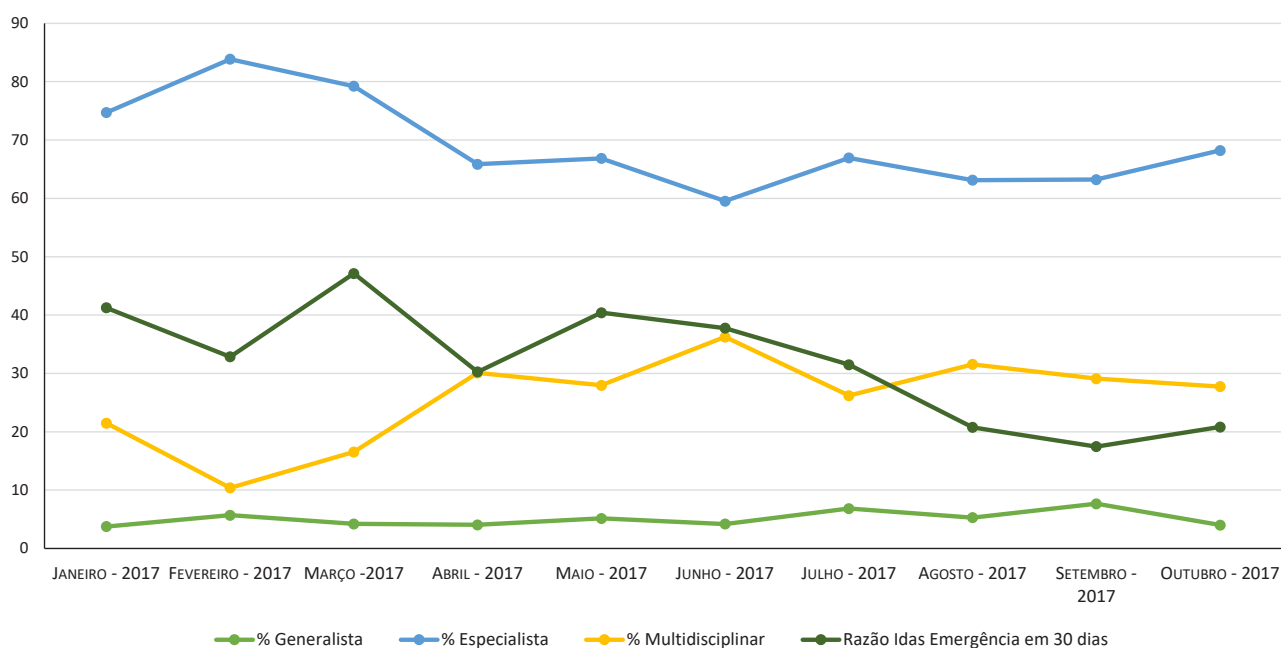
Quanto aos serviços correspondentes aos demais níveis hierarquizados do cuidado – cuidados complexos de curta e longa duração – a cooperativa, por meio do Programa Viver Bem, conta com o apoio das unidades dos recursos próprios, como um ambulatório com diversas especialidades médicas (Policlínica), três unidades de urgência e emergência, um hospital geral de médio porte (Hospital Geral da Unimed) e um programa de atenção domiciliar e cuidados paliativos (Home Care); e outros prestadores de serviços, como uma clínica de reabilitação e um hospital geral de médio porte credenciados, que disponibilizarão vagas e leitos para o atendimento da população idosa encaminhada, firmado em parceria oficializada.

Um pequeno resumo dos dados informados:

- **População Alvo:** A população alvo foi definida dentro dos beneficiários ativos com idade igual ou acima de 60 anos; a população alvo do projeto compreende cerca de 381 beneficiários.
- **Instrumentos de Avaliação do Idoso utilizados no projeto:** Para Avaliação Cognitiva - MEEM (Mini Exame do Estado Mental) - Para Depressão - EDG (Escala de Depressão Geriátrica) - Avaliação da Marcha - TUG (Timed Get Up and Go) - AVD/AIVD - Percentual de Autonomia / Dependência Parcial / Dependência Severa - Mini.

- Para Atividades de Vida Diária (AVDs), quais instrumentos utiliza: BOMFAQ
- Para Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), quais instrumentos utiliza: BOMFAQ
- Adota Modelo de Remuneração Integrado com o Modelo Assistencial: não
- No Gráfico 20, encontra-se a evolução dos indicadores de Consultas e razão de idas à emergência em 30 dias, ao longo do ano, entre janeiro e outubro de 2017. A operadora não informou os dados dos outros meses.

GRÁFICO 20: UNIMED BELÉM - PROPORÇÃO DE CONSULTAS E RAZÃO DE IDAS ÀS EMERGÊNCIAS EM 30 DIAS



Fonte: FormSus – Projeto Idoso Bem Cuidado

Como pode ser constatado, a proporção de consultas com especialistas é superior à proporção de consultas com generalistas, desde o início do projeto em janeiro de 2017. A proporção de consultas com equipe multidisciplinar é superior à proporção de consultas com generalistas e inferior à de especialistas, desde o início do projeto (entre janeiro e outubro de 2017). A razão de idas às emergências era de cerca de 20% no início do projeto em janeiro de 2017, tendo terminado com números um pouco superiores, em outubro de 2017.

No relatório final de atividades, a operadora informa que a estratégia de Acolhimento Ativo para captação de clientes foi eficaz para a divulgação do projeto e, ao mesmo tempo, facilitou a criação de vínculo com a equipe. A presença do Médico de Referência e do Navegador do Cuidado garantiram a coordenação do cuidado, gestão e monitoramento dos idosos em acompanhamento.

A operadora relata que foram adotadas medidas para a redução do número de quedas dos idosos, bem como suas complicações. Assim, foi desenvolvido um subprojeto de prevenção de quedas em idosos, no qual os idosos receberam orientações preventivas, tendo sido convidados a participar de atividades físicas funcionais orientadas por um profissional qualificado.

Além disto, foi desenvolvido um subprojeto que visa à saúde mental dos participantes do – projeto Refletir. Trata-se de um grupo terapêutico e operativo coordenado por psicóloga, com foco nos idosos que, apresentaram durante as consultas, queixas relacionadas a problemas na subjetividade, sintomas ansiosos, depressivos, de estresse e/ou lapsos de memória.

Os instrumentos de avaliação funcional, cognitiva e emocional utilizados também foram medidas de melhoria implementadas, facilitando a observação e mensuração dos resultados.

A operadora relata que a captação de beneficiários, para acompanhamento, foi a principal dificuldade encontrada na realização do projeto. Apesar de serem desenvolvidas estratégias para captação e priorização, o desafio maior foi conseguir a disponibilidade dos beneficiários idosos, em participar presencialmente, em se deslocar para comparecer às atividades, visto que a maioria é parcialmente dependente de terceiros. Há de se considerar também como agravante dessa situação, o clima da cidade de Belém, com as chuvas diárias no período da tarde, leva a afastar ainda mais o público-alvo nesse período do dia.

Também se destaca como dificuldade a adesão de outros setores da cooperativa, principalmente no que se refere ao encaminhamento médico dos consultórios de especialistas, para que se iniciasse o processo de mudança no modelo de atenção. É possível que essa dificuldade seja vencida após finalização da implantação do DRG Brasil e quando o projeto para remuneração com base em capitação e desempenho forem efetivamente colocados em prática na Unidade de Atenção Primária à Saúde, que será inaugurada no segundo semestre de 2018.

Nesse sentido, ainda há dificuldades relacionadas à rede de atendimento do idoso em todos os níveis de atenção da cooperativa, assim como em acompanhar todos os recursos utilizados e percurso realizado pelos mesmos, necessitando de melhor estrutura de tecnologia da informação.

3.19- UNIMED BELO HORIZONTE

UNIMED Belo Horizonte (Registro ANS nº 343889) é uma operadora do segmento cooperativo. A operadora iniciou o piloto em fevereiro de 2016, tendo enviado os dados do projeto entre fevereiro e setembro de 2017.

De acordo com o projeto piloto, apresentado à ANS, o programa visa a reorganização da prestação de assistência à Saúde do Idoso, cujos pilares são:

- a. Informação em saúde compartilhada com o usuário e com os sistemas de saúde (Caderneta de Saúde do Idoso);
- b. Gestão e centralização da organização do cuidado;
- c. Uso de medidas e critérios de avaliação da funcionalidade;
- d. Mecanismos de referência e contra referência (transição de cuidados ambulatoriais, hospitalares e Atenção Domiciliar);
- e. Fidelização do usuário (adesão à proposta de cuidado); e
- f. Cuidado multiprofissional capacitado.

A população alvo é a população idosa (com 60 anos ou mais), classificados através do instrumento qualificador de vulnerabilidade (Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional - IVCF-20).

Durante o ano de 2015, a operadora classificou 33.683 idosos no IVCF-20, destes 51% foram identificados como baixo risco de vulnerabilidade, 23% como médio risco de vulnerabilidade e 26% como alto risco de vulnerabilidade. Os beneficiários foram captados para a realização da classificação, nas diversas portas de entrada da rede de serviços de saúde, como ambulatórios (Centros de Promoção da Saúde e Programa Cuidado por Inteiro), consultórios médicos de especialidades distintas, através do Programa de Atenção ao Idoso, unidades de internação, serviço de atenção domiciliar.

A integração entre a Atenção Primária (Programa Cuidado por Inteiro e Programa de Atenção ao Idoso), com a Atenção Hospitalar (Unidade de Pronto-Atendimento e Unidade de Cuidado do Idoso) e com a Atenção Domiciliar (Gerenciamento de Casos, Reabilitação e Cuidados Paliativos) foi realizada através da construção de um modelo de gerenciamento de cuidado do idoso, que tem as seguintes premissas:

- Informação de qualidade e indicadores de saúde;
- Dados portáteis pelo idoso;

- Identificação de profissionais no cuidado primário, com foco na prevenção e melhoria das condições sensíveis ao cuidado ambulatorial, funcionando de forma coordenada e integrada com os demais níveis de cuidado.
- Importância da identificação do gerenciador do cuidado (enfermeiro);
- Garantia da transição de cuidados entre os diversos níveis hierárquicos.

A proposta, para integrar a rede de atenção, foi utilizar um caminho assistencial do paciente, onde através da classificação de vulnerabilidade, os idosos de baixo risco seriam gerenciados pela Atenção primária. Quando fosse necessária a utilização dos serviços de urgência /emergência e hospitalar, essa equipe deve sinalizar através do plano terapêutico de alta o percurso que o idoso deverá seguir para a continuidade do tratamento, a partir da capacidade funcional, podendo ser admitido na Atenção Domiciliar, se necessário ou continuar seu cuidado com o médico gerenciador que possui vínculo.

Para idosos, classificados como médio e alto risco de vulnerabilidade, que não possuem restrição de acesso à rede, a proposta é que sejam assistidos pelo Programa Cuidado por inteiro, onde há um plano de cuidados direcionado as incapacidades funcionais. Quando houver necessidade de utilização dos serviços de urgência /emergência e hospitalar, esse idoso e sua família possuirão um canal de comunicação com a equipe que o assiste e, posteriormente, tendo a necessidade será removido para serviços de atenção hospitalar e será priorizado no acolhimento e direcionamento de suas demandas.

A integração com a urgência /emergência e a Unidade do Cuidado do Idoso (Internação) é realizada através de visitas a unidade de Pronto Atendimento (Unidade de Decisão clínica) para busca ativa, e direcionamento dos idosos, a fim de estabelecer melhor conduta.

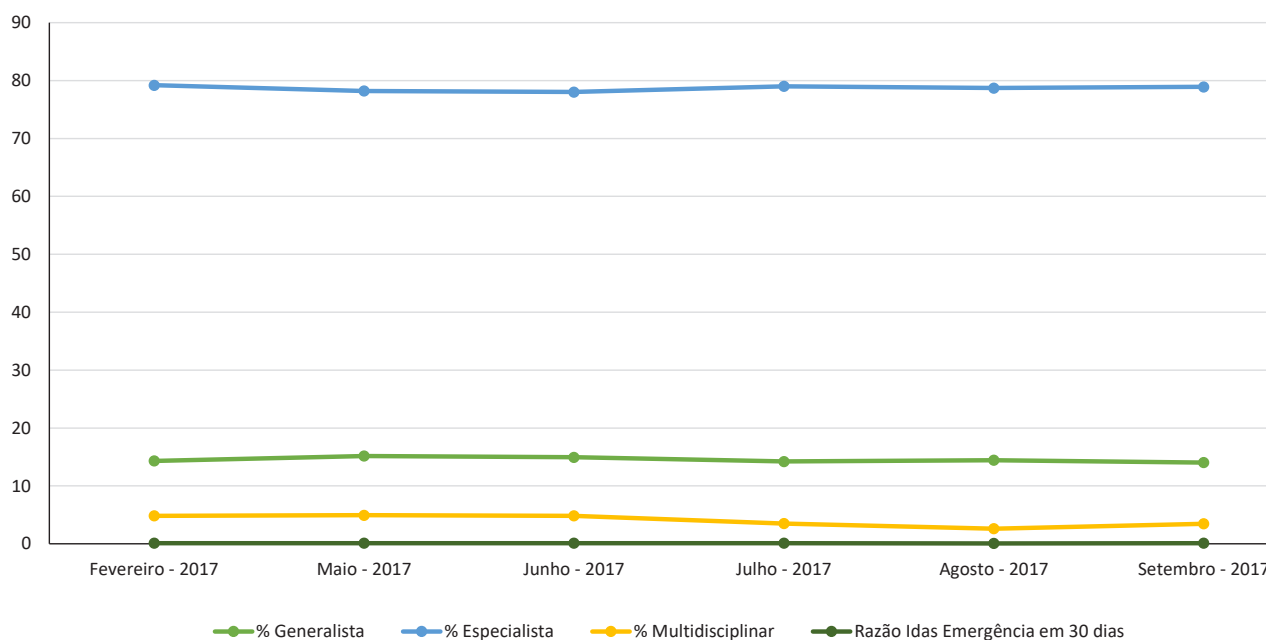
Para garantir a continuidade do cuidado dos idosos hospitalizados, a equipe da Unidade de Cuidado do Idoso promove a transição de cuidados com a Atenção Domiciliar ou ambulatorial, garantindo agendamento com esses serviços no momento da alta hospitalar.

Um pequeno resumo dos dados informados:

- **População Alvo:** A população alvo foi definida dentro dos beneficiários ativos com idade igual ou acima de 60 anos, um total de 34.663 beneficiários em janeiro de 2017, e de 23.726 em setembro de 2017. A população idosa foi classificada através do instrumento qualificador de vulnerabilidade (Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional - IVCF-20).
- **Instrumentos de Avaliação do Idoso utilizados no projeto:** outros (não especificou).
- **Se você utiliza Outros Instrumentos de Avaliação, que não os citados, descreva-os aqui:** Índice de Vulnerabilidade Clínico - Funcional (IVCF20)
- **Adota Modelo de Remuneração Integrado com o Modelo Assistencial:** Outras modalidades de Pay For Performance (P4P).

No Gráfico 21, encontra-se a evolução dos indicadores de Consultas e razão de idas à emergência em 30 dias, ao longo do ano, entre fevereiro e setembro de 2017. A operadora não informou os dados dos outros meses.

GRÁFICO 21: UNIMED BELO HORIZONTE - PROPORÇÃO DE CONSULTAS E RAZÃO DE IDAS ÀS EMERGÊNCIAS EM 30 DIAS



Fonte: FormSus – Projeto Idoso Bem Cuidado

Como pode ser constatado, a proporção de consultas com especialistas é superior à proporção de consultas com generalistas, desde o início do projeto em fevereiro de 2017. A proporção de consultas com equipe multidisciplinar é inferior à proporção de consultas com generalistas e inferior à de especialistas, desde o início do projeto (entre fevereiro e outubro de 2017). A razão de idas às emergências era de cerca de 0,1% no início do projeto em janeiro de 2017, tendo variado pouco até outubro de 2017.

No seu relatório final de atividades, a operadora relata que o principal resultado do projeto foi a reestruturação do modelo de atenção à saúde do idoso. A principal dificuldade encontrada foi conseguir monitorar toda a população de idosos com idade ≥ 60 anos. Em razão disso, a operadora optou por definir uma população específica de idosos para monitoramento, que é composta pelos idosos ≥ 80 anos ou ≥ 60 anos com eventos clínicos inseridos do Programa Cuidado por Inteiro. A carteira dessa população representa cerca de 38.637 clientes, 20,5% da população de idosos do projeto.

3.20. UNIMED CAMPINAS

UNIMED Campinas (Registro ANS nº 335690) é uma operadora do segmento cooperativo. A operadora iniciou o piloto em janeiro de 2017, tendo enviado os dados do projeto entre fevereiro e outubro de 2017.

De acordo com o projeto piloto, apresentado à ANS, dos 5 níveis de cuidados proposto no modelo da ANS, o projeto contemplará os 3 primeiros níveis. O acolhimento (nível 1), além da orientação sobre a proposta do projeto, foi realizado um modelo de avaliação global do idoso contemplando a avaliação funcional e a estratificação de risco. Após a definição do risco, os idosos são monitorados de acordo com o protocolo da linha de cuidado, através do profissional de enfermagem - gerente do caso “Navegador”, sendo direcionados para os programas de medicina preventiva e centro de convivência.

Durante o acompanhamento clínico, realizado por especialistas (nível 2 e 3), é estimulada a referência e contra-referência. A operadora disponibiliza um centro multidisciplinar integrado, no qual os idosos podem ser encaminhados para a reabilitação (nível 3), ou para o programa de atenção domiciliar (níveis 3 e 4).

O projeto é realizado em nível ambulatorial nas instâncias de atenção primária, secundária e terciária. E no cuidado de transição dos idosos participantes do programa, por meio do navegador que faz a conexão com a equipe de atendimento domiciliar, adequando desta forma a assistência ao idoso quando necessário.

Um pequeno resumo dos dados informados:

- **População Alvo:** A população alvo foi definida dentro dos beneficiários ativos com idade igual ou acima de 60 anos, compreendendo cerca de 190 beneficiários.
- **Instrumentos de Avaliação do Idoso utilizados no projeto:** Para Avaliação Cognitiva - MEEM (Mini Exame do Estado Mental) - Para Depressão - EDG (Escala de Depressão Geriátrica) - Avaliação da Marcha - TUG (Timed Get Up and Go) - AVD/AIVD - Percentual de Autonomia / Dependência Parcial / Dependência Severa – Mini.
- **Se você utiliza Outros Instrumentos de Avaliação, que não os citados, descreva-os aqui:** Teste do Desenho do Relógio, Apgar Social, IVCF-20.
- **Para Atividades de Vida Diária (AVDs), quais instrumentos utiliza:** Escala de Katz
- **Para Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), quais instrumentos utiliza:** Escala de Lawton.
- **Adota Modelo de Remuneração Integrado com o Modelo Assistencial: não**

Não foi elaborado gráfico com os dados da operadora, pois os números de consultas com generalistas, com especialistas e com equipe multidisciplinar não foram informados ao longo de todos os meses. Assim, não é possível traçar a evolução dos indicadores de Consultas e razão de idas à emergência em 30 dias, ao longo do ano, entre fevereiro e outubro de 2017. A operadora tampouco enviou o relatório final de atividades, após o término do projeto piloto.

3.21- UNIMED CEARÁ

UNIMED Ceará (Registro ANS nº 321958) é uma operadora do segmento cooperativo. A operadora iniciou o piloto em maio de 2016, tendo enviado os dados do projeto entre fevereiro e outubro de 2017.

De acordo com o projeto piloto, apresentado à ANS, a operadora adota um programa de Atenção Primária à Saúde, caracterizada por seus princípios de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado, o que possibilita uma resolutividade de até 90 % dos problemas de saúde da população em geral.

O Primeiro contato caracteriza a Atenção Primária à Saúde como primeira interação da pessoa com o sistema de saúde, portanto o acesso é condição “*sine qua non*” para a efetividade das ações. A longitudinalidade é uma das principais ferramentas, pois com o acesso ao serviço, permite uma relação pessoal de longa duração entre profissionais de saúde e pessoas, evitando a descontinuação do cuidado. A integralidade exige o reconhecimento das necessidades de saúde da população e os recursos para abordá-las. A Atenção Primária à Saúde deve prestar, diretamente, todos os serviços para as necessidades comuns das pessoas. A coordenação do cuidado tem, como essência, a disponibilidade de informações a respeito dos problemas de saúde e dos serviços prestados, além do acesso aos profissionais que compõem a equipe da Atenção Primária à Saúde, no sentido de serem orientadores do percurso terapêutico, segundo a necessidade de cada pessoa, respeitando a evolução natural da doença, o momento de vida e a necessidade exigida pela condição apresentada.

Além dos quatro pilares da Atenção Primária à Saúde, também é importante a visão do idoso em sua inserção cultural, para que o indivíduo seja visto como um subsistema pertencente a vários sistemas, cujas interações influenciam no binômio saúde doença, possibilitando a flexibilidade de se adequar a realidade ao contexto específico de cada paciente. A atenção à saúde do idoso é multidimensional e vai ao encontro de princípios descritos acima, acrescidos da forte vocação para o uso da prevenção quaternária (“*primum non nocere*”), evitando ações de saúde redundantes e desnecessárias. A partir do descrito anteriormente, segundo o informado, a operadora desenvolveu um projeto piloto, com parceria do Escritório de Projetos da Unimed Ceará, utilizando a metodologia e boas práticas, embasadas no *Project Management Body of Knowledge* (PMBOK) para instalação da Atenção Personalizada à Saúde (APS), com foco na ideia do Idoso Bem Cuidado, no qual, o Médico de Família e Comunidade é o responsável por coordenar o cuidado desta população.

Segundo a operadora, o objetivo do projeto é a mudança do modelo hospitalocêntrico, reativo e curativo, para um modelo de coordenação do autocuidado, do empoderamento da saúde pelos indivíduos, com grande possibilidade de aumentar a qualidade dos cuidados, reduzir custos, sem diminuir acesso e efetivar a visão holística e integral da assistência à saúde individual e da coletividade.

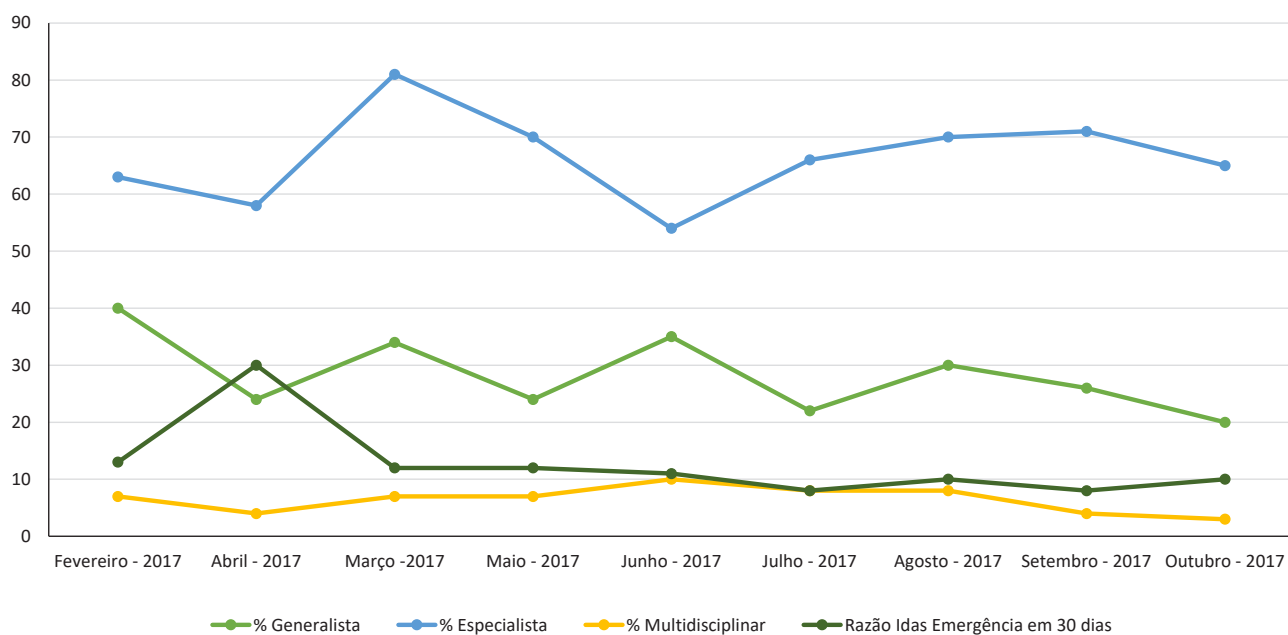
O plano de cuidado do idoso é iniciado com a classificação real de sua vulnerabilidade, através do uso da ferramenta Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional (IVCF-20). A partir da classificação da vulnerabilidade e das consultas médicas e de enfermagem, o cuidado ao idoso é estendido para hidroginástica, grupo terapêutico com psicóloga e oficinas de terapia ocupacional, o que pode possibilitar a melhoria do grau de vulnerabilidade desses.

Um pequeno resumo dos dados informados:

- **População Alvo:** A população alvo foi definida dentro dos beneficiários ativos com idade igual ou acima de 55 anos, residentes em Fortaleza, compreendendo cerca de 2.000 beneficiários.
- **Instrumentos de Avaliação do Idoso utilizados no projeto:** sim - outros
- **Se você utiliza Outros Instrumentos de Avaliação, que não os citados, descreva-os aqui:** IVCF 20
- **Adota Modelo de Remuneração Integrado com o Modelo Assistencial:** sim - Capitação (Prepaid/Capitation) - Outras modalidades de P4P.

No Gráfico 22, encontra-se a evolução dos indicadores de Consultas e razão de idas à emergência em 30 dias, ao longo do ano, entre fevereiro e outubro de 2017. A operadora não informou os dados dos demais meses.

GRÁFICO 22: UNIMED CEARÁ - PROPORÇÃO DE CONSULTAS E RAZÃO DE IDAS ÀS EMERGÊNCIAS EM 30 DIAS



Fonte: FormSus – Projeto Idoso Bem Cuidado

Como pode ser constatado, a proporção de consultas com especialistas é superior à proporção de consultas com generalistas, desde o início do projeto em fevereiro de 2017. A proporção de consultas com equipe multidisciplinar é inferior à proporção de consultas com generalistas e inferior à de especialistas, desde o início do projeto (entre fevereiro e outubro de 2017). A razão de idas às emergências era de cerca de 7% no início do projeto em fevereiro de 2017, tendo variado pouco até outubro de 2017.

A operadora, em seu relatório final de atividades, informa que monitorou todos os indicadores do Projeto Idoso Bem Cuidado e encontrou os seguintes resultados:

- Aumento dos Idosos com a Coordenação do Cuidado;
- Manutenção da procura por emergência dos clientes com coordenação do cuidado;
- Aumento da procura por emergência dos clientes sem coordenação do cuidado;

- Manutenção do percentual de Internação dos clientes com coordenação do Cuidado;
- Manutenção do percentual de Internação dos clientes sem coordenação do Cuidado;
- Redução do tempo de internação dos pacientes com coordenação do Cuidado; e
- Manutenção do tempo de internação dos pacientes com coordenação do Cuidado.

Os principais desafios relatados pela operadora:

- A fidelização integral do idoso ao médico coordenador do cuidado;
- Acompanhamento dos especialistas apenas a partir do encaminhamento do médico de referência;
- Diminuir busca espontânea por pronto-atendimento por causas sensíveis a atenção primária;
- Reabilitação de idosos classificados com vulnerabilidade média.

3.22- UNIMED ERECHIM

UNIMED Erechim (Registro ANS nº 357022) é uma operadora do segmento cooperativo. A operadora iniciou o piloto em setembro de 2016, tendo enviado os dados do projeto entre fevereiro e outubro de 2017.

De acordo com o projeto piloto, apresentado à ANS, a operadora se propõe a atuar nas diversas instâncias de cuidado ao idoso, após a identificação de beneficiários acima de 65 anos de idade. Os incluídos neste grupo respondem a uma avaliação inicial, que objetiva a identificação do perfil epidemiológico. Posteriormente é realizada a avaliação funcional do participante. Desta forma, este é classificado de acordo com a sua elegibilidade, de modo que conte com um plano de cuidado, com critérios estabelecidos para o atendimento, determinando o grau de envolvimento nas ações desenvolvidas. Mediante as informações coletadas, a equipe do projeto direciona os beneficiários para os grupos de atenção.

Em seus respectivos grupos, os idosos passam por nova avaliação com equipe multiprofissional, composta por médico, enfermeiro, nutricionista, educador físico e fisioterapeuta. De acordo com suas necessidades, os participantes são conduzidos e orientados para o uso correto de medicação, reeducação alimentar e prevenção e tratamento de patologias identificadas. Além disso, a equipe avalia o ambiente domiciliar e propõe as adaptações necessárias para melhor condução do trabalho e sensibilização para prevenção de quedas. O projeto também estimula a integração social do participante, por meio de grupos de leitura, jogos cognitivos e esportivos, exercício físico orientado e cozinha experimental.

O desenvolvimento do projeto se dá no âmbito da operadora (Serviço de Medicina Preventiva, Clínica de Fisioterapia, Farmácia, Laboratório e Hospital Dia) e domiciliar. Neste contexto, a equipe atua desde a desospitalização até pequenos procedimentos em domicílio para evitar a reinternação do beneficiário. Para tanto, além de oferecer suporte ao próprio idoso, estimulando o autocuidado, a equipe também capacita os cuidadores, por meio de temáticas bimensais variadas, estimulando a melhora no cuidado com o idoso e decisões assertivas em caso de emergência e urgência. Caso esteja internado, o beneficiário participante do projeto recebe a visita de um integrante da equipe multiprofissional para avaliação do quadro clínico e orientações. Como a operadora não possui hospital próprio, para atendimento de urgência e emergência, este trabalho é oferecido pela Rede Prestadora de Serviços Assistenciais.

Um pequeno resumo dos dados informados à ANS:

- **População Alvo:** A população alvo foi definida dentro dos beneficiários ativos com idade igual ou acima de 65 anos. A captação deste grupo se dá por meio da identificação do perfil no software de gestão da operadora. Posteriormente é realizado o convite para a participação no programa. O idoso pode ainda ser inserido no programa mediante encaminhamento do médico assistente, através de autoindicação no site, auditoria de enfermagem, auditoria médica, internação hospitalar ou encaminhamento pelos serviços próprios (Laboratório, Farmácias, Clínica de Fisioterapia, Saúde Ocupacional, Setor Comercial e Setor de Autorizações). De acordo com os dados enviados, a população alvo do projeto compreende cerca de 2.600 beneficiários.

- Instrumentos de Avaliação do Idoso utilizados no projeto:
Para Avaliação Cognitiva - MEEM (Mini Exame do Estado Mental) - Para Depressão - EDG (Escala de Depressão Geriátrica) - Avaliação da Marcha - TUG (Timed Get Up and Go) - AVD/AIVD - Percentual de Autonomia / Dependência Parcial / Dependência Severa.
- **Para Atividades de Vida Diária (AVDs), quais instrumentos utiliza:** Índice de Katz
- **Para Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), quais instrumentos utiliza:** Lawton & Body
- **Se você utiliza Outros Instrumentos de Avaliação, que não os citados, descreva-os aqui:** Escala de Atividades Básicas (escala de Katz)
- **Adota Modelo de Remuneração Integrado com o Modelo Assistencial: não**

Não foi elaborado gráfico a partir dos dados enviados pela operadora pois os números de consultas com médicos generalistas, com especialistas e com equipe multidisciplinar não foram informados ao longo de todos os meses. Assim, não é possível traçar a evolução dos indicadores de Consultas e razão de idas à emergência em 30 dias, ao longo do ano, entre fevereiro e outubro de 2017.

Em seu relatório final de atividades, a operadora informa que os resultados obtidos com o monitoramento dos indicadores do piloto, demonstram uma maior autonomia e independência no desenvolvimento das atividades da vida diária, destacando-se a visão de uma vida positiva e com maior qualidade de vida. Além disso, os pacientes monitorados no Idoso Bem Cuidado demonstraram uma redução de internações gerando redução dos custos assistenciais bem como menor sinistralidade e maior adesão no acompanhamento com seu médico de referência.

Os principais desafios no Projeto Idoso Bem Cuidado, segundo a operadora, estão relacionados à adesão dos beneficiários durante as atividades presenciais: participação das aulas de exercício físico presenciais; a resistência de alguns beneficiários com relação a educação em saúde; adesão dos cuidadores as palestras e ao curso de formação EAD fornecido gratuitamente pela Unimed. Entretanto, a efetividade do projeto foi tão relevante, que os resultados obtidos permitiram a manutenção do mesmo e sua continuidade.

3.23- UNIMED FORTALEZA

UNIMED Fortaleza (Registro ANS nº 317144) é uma operadora do segmento cooperativo. A operadora iniciou o piloto em junho de 2016, tendo enviado os dados do projeto entre fevereiro e outubro de 2017.

De acordo com o projeto piloto, apresentado à ANS, a operadora selecionou os participantes do programa nos seus serviços próprios. O Hospital Regional da Unimed de Fortaleza é o hospital de rede própria da operadora, de nível terciário, sendo a referência para o atendimento a esta população, quando necessita de tratamento hospitalar. O Hospital é acreditado, nacionalmente, até nível 3. O hospital conta com diversos processos ajustados para aumentar a segurança do paciente, com especial atenção à população idosa, atendendo mensalmente cerca 2.500 pacientes com idade superior a 65 anos. Mais de 80% da população idosa é internada por condições clínicas, como a pneumonia.

O eixo ambulatorial é realizado nos Centros Integrados de Atendimento - Unimed Fortaleza. Contando atualmente com 6 unidades, sendo 5 na capital e uma na região metropolitana, estas unidades contam com equipe multiprofissional de médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas e terapeutas ocupacionais. Baseado no sistema informatizado de avaliação de utilização assistencial, os pacientes considerados de maior risco serão convidados a participar de avaliações preventivas com estes profissionais em regime multiprofissional com decisão compartilhada e construção de plano terapêutico, registro no caderno do idoso, sistema de dados portáteis, e caso indicado serão encaminhados para atendimento continuado. Inclusive na complementação da assistência aos idosos, os mesmos se portadores de doenças crônicas não degenerativas serão direcionados para a Unidade de Medicina Preventiva. Estima-se que 3% dos idosos sejam classificados como de alto risco, ou seja, cerca de 1600 idosos, com realização de 120 avaliações multiprofissionais por mês. Além disso, o Hospital Regional da Unimed sinalizará casos críticos para avaliação ambulatorial desta equipe.

No hospital, cerca de 34 a 50% dos idosos hospitalizados sofrem perdas funcionais e que a taxa de complicações iatrogênicas é 3 a 5 vezes maior para o idoso, quando comparado a uma população adulta jovem (ANS, 2016). O hospital já realiza o cadastro e triagem de seus pacientes idosos no internamento utilizando uma avaliação geriátrica ampla, realizada pelo serviço social e enfermagem, utilizando as escalas validadas de Gijon (MOURÃO, 2008) e de Pfeffer (HOFFMAN, 2010), que identificam os idosos

de maior risco, em um aplicativo móvel desenvolvido especificamente para este fim. Estas escalas foram inicialmente aplicadas como uma atividade de aumento da qualidade do processo de gerenciamento de leitos, mas logo percebeu-se que poderia auxiliar a assistência.

Cerca de 40% dos idosos são internados em unidade específica para este público, que já conta com profissional da geriatria. O projeto montou, para pacientes identificados como de moderado ou alto risco pelos questionários supramencionados, uma equipe de atenção especial, com geriatra, enfermeira e assistente social. Foram contratados, especificamente para este fim, uma assistente social e uma enfermeira, dado que o volume estimado pela série histórica do Hospital Regional da Unimed de Fortaleza é de 250 pacientes com risco moderado ou alto, ou cerca de 70%. Esta equipe forma a Unidade de Avaliação e Acompanhamento Geriátrico. Estima-se que a equipe de serviço social e enfermagem possa acompanhar longitudinalmente 100% dos pacientes no perfil moderado e alto, e a médica geriatra acompanhará longitudinalmente 100% dos pacientes de risco alto, estimados em cerca de 30% dos idosos, ou 100 por mês, e prestará a Consulta Geriátrica Hospitalar aos restantes de risco moderado.

Esta equipe assegura os elementos essenciais para o Cuidado do Idoso no Hospital, em especial o cuidado centrado no paciente, com avaliações diárias, auditoria dos protocolos institucionais já existentes, como prevenção de quedas, prevenção de úlcera por pressão, prevenção de broncoaspiração, participação nas discussões multidisciplinares, em especial nas discussões e execuções do plano terapêutico de pneumonia, uma ação desenvolvida pela instituição especialmente pensando na população idosa que garante que toda a equipe multidisciplinar siga uma mesma linha de cuidado e proporciona a alta adequada, além de estimular exercícios e mobilização precoce. A médica geriatra revisa todos os medicamentos visando a racionalização de utilização dos mesmos, diariamente nos de alto risco e intervaladamente nos de risco moderado.

Um pequeno resumo dos dados informados à ANS:

- **População Alvo:** A população alvo foi definida dentro dos beneficiários ativos com idade igual ou acima de 60 anos. Foi prevista a participação de cerca de 1500 pacientes idosos no eixo ambulatorial, que serão captados através de indicadores de utilização e convidados para comparecimento em unidades ambulatoriais. No eixo hospitalar, cerca de 350 pacientes por mês, que serão captados na emergência e nas unidades de internação do Hospital Regional da Unimed de Fortaleza. No total, a população alvo do projeto compreende cerca de 3.700 beneficiários.
- **Instrumentos de Avaliação do Idoso utilizados no projeto:** Para Avaliação Cognitiva - MEEM (Mini Exame do Estado Mental) - Avaliação da Marcha - TUG (Timed Get Up and Go) - AVD/AIVD - Percentual de Autonomia / Dependência Parcial / Dependência Severa.
- **Se você utiliza Outros Instrumentos de Avaliação, que não os citados, descreva-os aqui:** não utiliza
- **Adota Modelo de Remuneração Integrado com o Modelo Assistencial:** não

Não foi elaborado gráfico com os dados informados pela operadora pois os números de consultas com generalistas, com especialistas e com equipe multidisciplinar não foram informados ao longo de todos os meses, já que o piloto se iniciou apenas em junho de 2017. Assim, não é possível traçar a evolução dos indicadores de Consultas e razão de idas à emergência em 30 dias, ao longo do ano de 2017.

No relatório final de atividades, a operadora relata que os principais resultados obtidos são subjetivos e por isso são difíceis de ser mensurados quantitativamente, apenas qualitativamente. A operadora fornece este exemplo: “o beneficiário é encaminhado para um grupo de educação em saúde (Exemplo: Oficina de Estresse/Ansiedade) e este possibilita a melhoria da condição psicológica, socialização do beneficiário e bem-estar geral. Ressalta-se que esses fatores já foram relatados por beneficiários participantes do Programa Idade Ativa da Medicina Preventiva - Unimed Fortaleza”.

Por outro lado, houve uma avaliação positiva com a melhoria dos resultados em cada instrumento aplicado ao beneficiário no Pré-Atendimento. Assim, por exemplo, o beneficiário retorna com 06 meses, 01ano ou 02 anos (a depender da avaliação clínica), e nesse retorno os testes do Pré-Atendimento (MEEM, QV, TUG e IVCF 20) são reaplicados e comparados com os testes da avaliação anterior dele, a fim de avaliar a evolução desse beneficiário. Esse comparativo necessita de maior tempo para ser realizado, pois poucos beneficiários já tiveram o retorno com Equipe Multidisciplinar.

Segundo a operadora, a principal dificuldade encontrada foi a captação dos beneficiários. No início do projeto, os beneficiários eram captados por localização/territorialização e por custos (ter custo médio/alto). Entretanto, muitos deles não conheciam o Programa. Logo, quando o setor responsável pela captação realizava o convite para participar, muitos recusavam, e dentre aqueles que aceitavam participar, o número de faltosos na consulta era alto. Contudo, foi buscada uma nova estratégia de

captação como citado anteriormente no tópico de número cinco.

Por outro lado, a adesão do beneficiário ao Plano Individual de Cuidados, exige uma mudança de atitude e de estilo de vida. Assim, foi percebida a dificuldade de adesão de alguns beneficiários. Isso impactou no atraso do cumprimento dos Itens de Cuidado e no adiamento do retorno presencial desses beneficiários, tanto retorno individual, bem como retorno para atendimento com Equipe Multidisciplinar.

3.24- UNIMED FRANCA

UNIMED Franca (Registro ANS nº 354783) é uma operadora do segmento cooperativo. A operadora iniciou o piloto em setembro de 2016, tendo enviado os dados do projeto entre fevereiro e outubro de 2017.

De acordo com o projeto piloto, apresentado à ANS, a operadora selecionou os participantes seguindo as seguintes etapas:

Passo 1: Identificação de idosos de alto risco baseado em número de passagens em Pronto Socorro e em número de internações. (A Unimed Franca tem hospital e serviço de Pronto Socorro próprio Hospital São Joaquim, o que facilita a triagem pela operadora).

Passo 2: Implantação do Projeto Idoso Bem Cuidado em cinco níveis de cuidado, descritos a seguir:

Nível 1: Núcleo Integrado de Cuidado no Centro Multidisciplinar da Unimed Franca – eixo de atenção primária. Realizada a incorporação dos idosos selecionados ao Programa, com acolhimento por Assistente Social e Enfermeira (Equipe Gerontológica), além da monitorização pelo NAVEGADOR dos passos dos pacientes no sistema de saúde. Enfim, gerenciamento de fluxo pelo sistema Unimed do usuário idoso, visando redução de custos, melhora da qualidade de serviço ofertado, melhoria de qualidade de saúde do idoso, redução de internações e procedimentos cirúrgicos não compatíveis com o status funcional.

Nível 2: Centro de Medicina Preventiva Clube Castelinho – eixo de atenção primária. Realizada a inserção em grupo de hidroginástica, academia, caminhadas, alongamento, etc.; realização de palestras para portadores de doenças crônicas (Diabetes, Hipertensão, Fibromialgia) e de Grupo de Apoio a Cuidadores de paciente com Demência.

Nível 3: CENTRO MULTIDISCIPLINAR UNIMED FRANCA / AMBULATÓRIO DE GERIATRIA (EIXO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA) ACOMPANHAMENTO PELO NAVEGADOR: Avaliação por Médico Geriatra no Ambulatório de Geriatria da Unimed Franca com realização da AGA (Avaliação Geriátrica Ampla padronizada pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia), que identifica idosos frágeis, com risco de quedas, com déficit cognitivo, com risco nutricional e avalia suporte social. Planejamento do cuidado a partir da AGA, juntamente com enfermeira especialista em Gerontologia.

Nível 4: CUIDADOS COMPLEXOS DE CURTA DURAÇÃO EIXO DE ATENÇÃO HOSPITALAR (ACOMPANHAMENTO DO NAVEGADOR DE INTERNAÇÕES DE CLIENTES > 60 ANOS): seguimento linear através de médico hospitalista; Otimização de protocolos de cuidados aos idosos internados (prevenção de quedas, úlceras de pressão, infecção nosocomial, delirium).

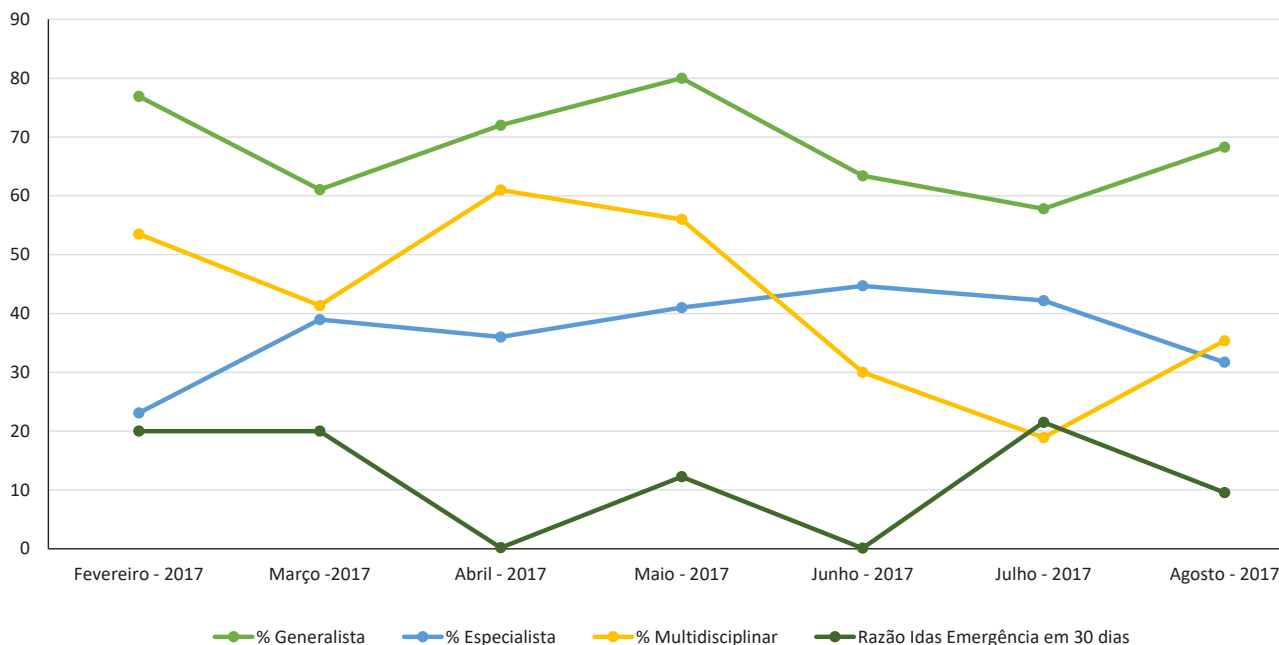
Nível 5: CUIDADOS DE LONGA DURAÇÃO – EIXO DE REABILITAÇÃO, ATENÇÃO DOMICILIAR E CUIDADOS PALIATIVOS: Já está implantado na Unimed Franca o serviço de atendimento domiciliar (UNILAR).

Um pequeno resumo dos dados deste Piloto:

- **População Alvo:** A população alvo foi definida dentro dos beneficiários ativos com idade igual ou acima de 60 anos. No Projeto Piloto, foi planejada a inclusão de 506 pacientes, selecionados através dos critérios estabelecidos no programa. A depender da velocidade de inclusão conseguida, a operadora pretende ampliar o número de participantes, através dos encaminhamentos de idosos frágeis realizados pelos médicos cooperados, seja via Unidade de Emergência, consultórios ou após alta hospitalar. De acordo com os dados informados, a população alvo do projeto compreende cerca de 550 beneficiários.
- **Instrumentos de Avaliação do Idoso utilizados no projeto:** Para Avaliação Cognitiva - MEEM (Mini Exame do Estado Mental) - Para Depressão - EDG (Escala de Depressão Geriátrica) - Avaliação da Marcha - TUG (Timed Get Up and Go) - AVD/AIVD - Percentual de Autonomia / Dependência Parcial / Dependência Severa – Mini.
- **Se você utiliza Outros Instrumentos de Avaliação, que não os citados, descreva-os aqui:** Teste do Relógio, IVCF-20, Rockwood Clinical Frailty Scale.
- **Para Atividades de Vida Diária (AVDs), quais instrumentos utiliza:** Katz Barthel
- **Para Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), quais instrumentos utiliza:** Lawton Pfeffer
- **Adota Modelo de Remuneração Integrado com o Modelo Assistencial:** Capitação (*Prepaid/Capitation*)

No Gráfico 23, encontra-se a evolução dos indicadores de Consultas e razão de idas à emergência em 30 dias, ao longo do ano, entre fevereiro e outubro de 2017. A operadora não informou os dados dos outros meses.

GRÁFICO 23: UNIMED FRANCA - PROPORÇÃO DE CONSULTAS E RAZÃO DE IDAS ÀS EMERGÊNCIAS EM 30 DIAS



Fonte: FormSus – Projeto Idoso Bem Cuidado

Como pode ser constatado, a proporção de consultas com generalistas é superior à proporção de consultas com especialistas, desde o início do projeto em fevereiro de 2017. A proporção de consultas com equipe multidisciplinar é inferior à proporção de consultas com generalistas e superior à de especialistas, no início do projeto (entre fevereiro e maio de 2017), caindo nos últimos meses. A razão de idas às emergências era de cerca de 20% no início do projeto em fevereiro de 2017, tendo variado para baixo, com leve inflexão para cima em outubro de 2017.

A operadora não enviou relatório final de atividades, após a finalização do projeto piloto.

3.25- UNIMED GOIÂNIA

UNIMED Goiânia (Registro ANS nº 382876) é uma operadora do segmento cooperativo. A operadora iniciou o piloto em novembro de 2016, tendo enviado os dados do projeto entre fevereiro e outubro de 2017.

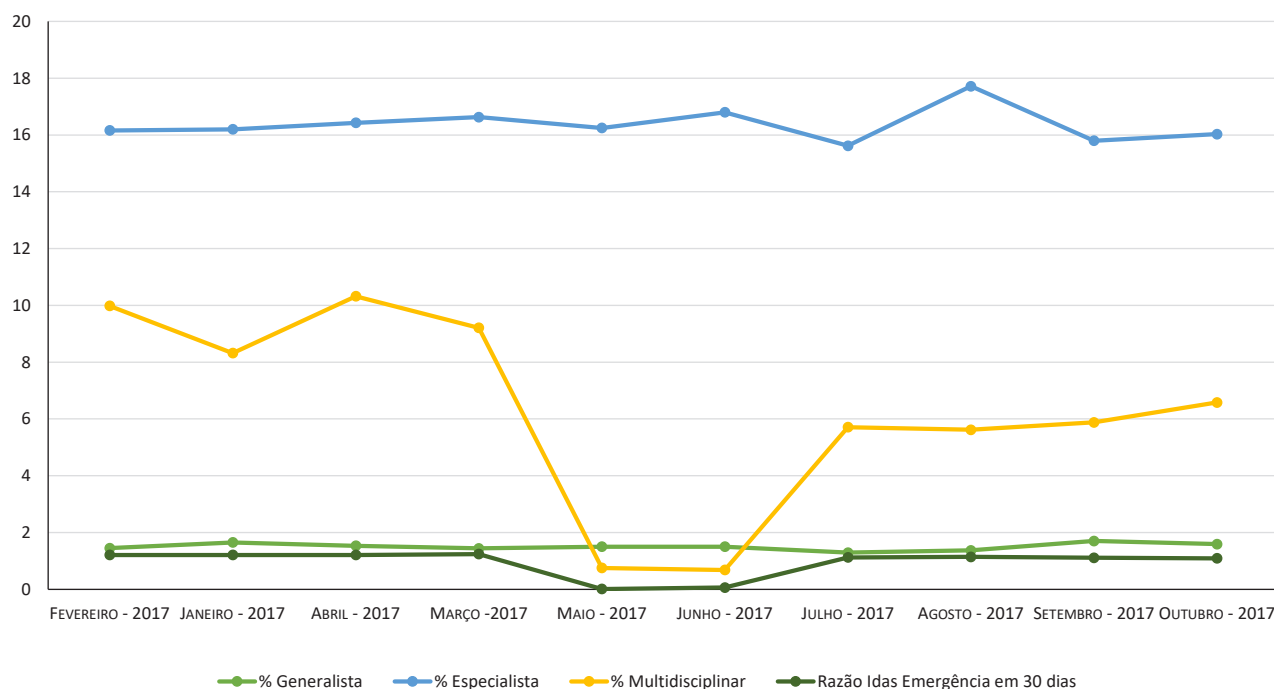
De acordo com o projeto piloto, apresentado à ANS, a operadora realiza monitoramento domiciliar de cerca de 2.000 idosos, além de telemonitoramento de cerca de 4.000 idosos. O objetivo é implementar as bases de uma ACO no projeto, com um ambulatório integrado multidisciplinar, que sirva como atenção primária para a população inscrita, além da promoção do telemonitoramento para o modelo de NAVEGADOR também proposto pela ACO, articulado com hospitais selecionados, pré-hospitalar, rede de especialistas selecionados e a atenção Domiciliar.

O escopo do projeto se dá com ênfase no cuidado ambulatorial e domiciliar do idoso, não deixando de abranger a articulação do cuidado com a rede hospitalar e de emergência, através do desenvolvimento do trabalho do navegador. A ideia é criar um atendimento populacional, baseado num sistema de dados unificado e tendo como ponte o navegador. Para isso, foi inaugurando um Núcleo de atendimento e sistema de dados de saúde integrado (com o uso do software de gestão Platis), que serve de base para estas ações e medição de indicadores, que servem de apoio ao pagamento diferenciado da equipe. A integração da rede se realiza pela articulação da equipe de atenção primária do núcleo e o navegador com os demais pontos de cuidado: atenção domiciliar, pronto atendimento, hospitais (selecionados), SADT (selecionados) e especialistas (selecionados).

Um pequeno resumo dos dados enviados à ANS:

- **População Alvo:** A população alvo foi definida dentro dos beneficiários ativos com idade igual ou acima de 60 anos. A meta é inscrever pelo menos 20% dos idosos monitorados desta forma integrada. A captação se deu por: (a) análise do banco de utilização e posterior contato telefônico de idosos sem vínculo com médico da rede e/ou com múltiplos vínculos, sem equipe cuidadora de suporte; (b) por encaminhamento da rede e/ou auditoria; (c) por convite de idosos telemonitorados hoje; (d) transferência de cadastros de idosos já monitorados frágeis já monitorados em domicílio hoje. De acordo com os dados informados, a população alvo do projeto compreende cerca de 3.700 – 3.900 beneficiários.
- **Instrumentos de Avaliação do Idoso utilizados no projeto:** AVD/AIVD - Percentual de Autonomia / Dependência Parcial / Dependência Severa - Outros
- **Se você utiliza Outros Instrumentos de Avaliação, que não os citados, descreva-os aqui:** IVCF-20
- **Adota Modelo de Remuneração Integrado com o Modelo Assistencial:** Grupos de Diagnósticos Homogêneos - DRG - Capitação (Prepaid/Capitation) - Outras modalidades de P4P.
- No Gráfico 24, encontra-se a evolução dos indicadores de Consultas e razão de idas à emergência em 30 dias, ao longo do ano, entre fevereiro e outubro de 2017. A operadora não informou os dados dos outros meses.

GRÁFICO 24: UNIMED GOIÂNIA - PROPORÇÃO DE CONSULTAS E RAZÃO DE IDAS ÀS EMERGÊNCIAS EM 30 DIAS



Fonte: FormSus – Projeto Idoso Bem Cuidado

Como pode ser constatado, a proporção de consultas com especialistas é superior à proporção de consultas com generalistas, desde o início do projeto em fevereiro de 2017. A proporção de consultas com equipe multidisciplinar é superior à proporção de consultas com generalistas e inferior à de especialistas, no início e no final do projeto, caindo entre maio e junho. A razão de idas às emergências era de cerca de 0,1% ao longo de 2017.

No relatório final de atividades, a operadora afirma que o maior desafio é realmente conseguir mudar o modelo de atenção, tendo o paciente na centralidade do cuidado, fazendo realmente gestão de processos, de dados, gestão populacional e epidemiológica, com os recursos necessários para a execução. É necessário o desenvolvimento de um sistema de informação/gestão/gerenciador que consiga atender as necessidades de uma gestão de Atenção Primária em saúde à altura das suas necessidades e complexidades. Atuar preventivamente requer processos e sistema de informação de alto nível, com integralidade de todas as informações, em torno da assistência prestada ao paciente.

Segundo a operadora, é importante a mudança de cultura do cuidado com a saúde coletiva – visando qualidade e sustentabilidade – para se transformar um modelo de cuidado. Ainda, a operadora afirma que, para essa mudança tão importante, há um longo caminho a percorrer, o que exigirá mais tempo aos gestores de saúde, para chegar ao menos próximo do modelo de cuidado coordenado e integralizado.

3.26. UNIMED DE JUIZ DE FORA

UNIMED Juiz de Fora (Registro ANS nº 306886) é uma operadora do segmento cooperativo. A operadora iniciou o piloto em julho de 2016, tendo enviado os dados do projeto entre fevereiro e outubro de 2017.

De acordo com o projeto piloto, apresentado à ANS, a operadora pretende desenvolver mais o Projeto do Espaço Viver Bem, que é gerido pelo setor responsável por todos os programas e projetos de prevenção primária, secundária e terciária da cooperativa. O projeto tem como objetivo inverter uma lógica ineficiente, retirando o foco sobre a doença para privilegiar o cuidado integral à saúde do idoso. O fluxo do projeto bem viver está descrito no Infográfico 4.

Assim, segundo a operadora, o mapeamento do risco dos idosos é realizado pela equipe de telessaúde (técnicos de enfermagem), que faz parte da equipe multidisciplinar do Espaço Viver Bem – Estratificação e acolhimento inicial. Essa equipe trabalha conjuntamente com a equipe ambulatorial (enfermeiros, educadores físicos, psicólogo, nutricionista, médicos) do mesmo setor, que faz o atendimento presencial para os idosos que tiverem perfil pré-frágil e frágil - Núcleo integrado de cuidado / Ambulatório geriátrico. Os idosos frágeis, que não possuem mais acesso aos serviços de saúde padrão, são encaminhados ao Programa de Atenção Domiciliar da mesma instituição. Em caso de descompensação do quadro clínico, os idosos em Atenção Domiciliar são encaminhados para a Unidade de Cuidados Continuados para o cuidado hospitalar - Cuidados complexos de longa duração.

INFOGRÁFICO 4: UNIMED JUIZ DE FORA- PROGRAMA SAÚDE DO IDOSO

PROGRAMA SAÚDE DO IDOSO: MODELO CUIDADOR DA UNIMED JUIZ DE FORA TELESSAÚDE

1

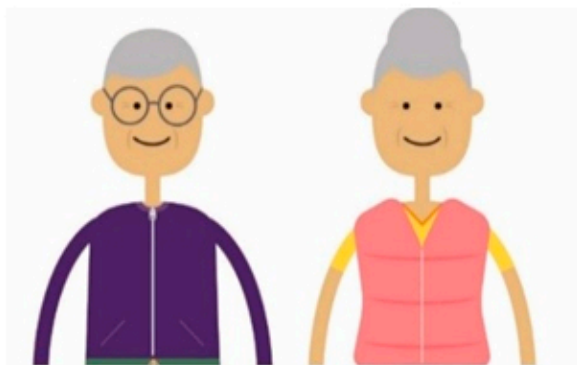
Mapeamento do risco

Equipe do Telessaúde Unimed Juiz de Fora faz o mapeamento do risco dos idosos por meio de ligações telefônicas. Esses clientes são divididos em três grupos de risco de vulnerabilidade: robusto, pré-frágil e frágil.

2

Idosos pré-frágeis e frágeis

Avaliação presencial com enfermeiro, médico de família e geriatra, para implementação do plano de cuidados com foco na funcionalidade.



3

Plano de cuidados

Para cada idoso, um plano de cuidados personalizado, conforme indicação do risco de vulnerabilidade. A implementação fica a cargo da equipe multidisciplinar do Espaço Viver Bem - médico de família, geriatra, cardiologistas, enfermeiros, educadores físicos, psicólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos e fisioterapeutas.

4

Atenção Domiciliar

Os idosos acamados ou com dificuldade de acesso à rede de saúde são monitorados pela equipe multidisciplinar da Atenção Domiciliar.

5

Unimed Cuidados Continuados

Em ambiente hospitalar, para continuidade do cuidado domiciliar em caso de descompensação do quadro clínico ou cuidados de final de vida.

Gestor do cuidado

Um profissional de saúde referência acompanha cada idoso. É ele quem esclarece todas as dúvidas, sugere o melhor percurso assistencial e monitora o cumprimento do plano de cuidados.

Plataforma eletrônica (sistema de informação)

O plano de cuidados, bem como as avaliações de toda a equipe multidisciplinar, é lançado em sistema único, chamado *Healthmap*, ao qual o próprio paciente pode ter acesso e registrar o cumprimento das ações.

Fonte: Unimed Juiz de Fora.

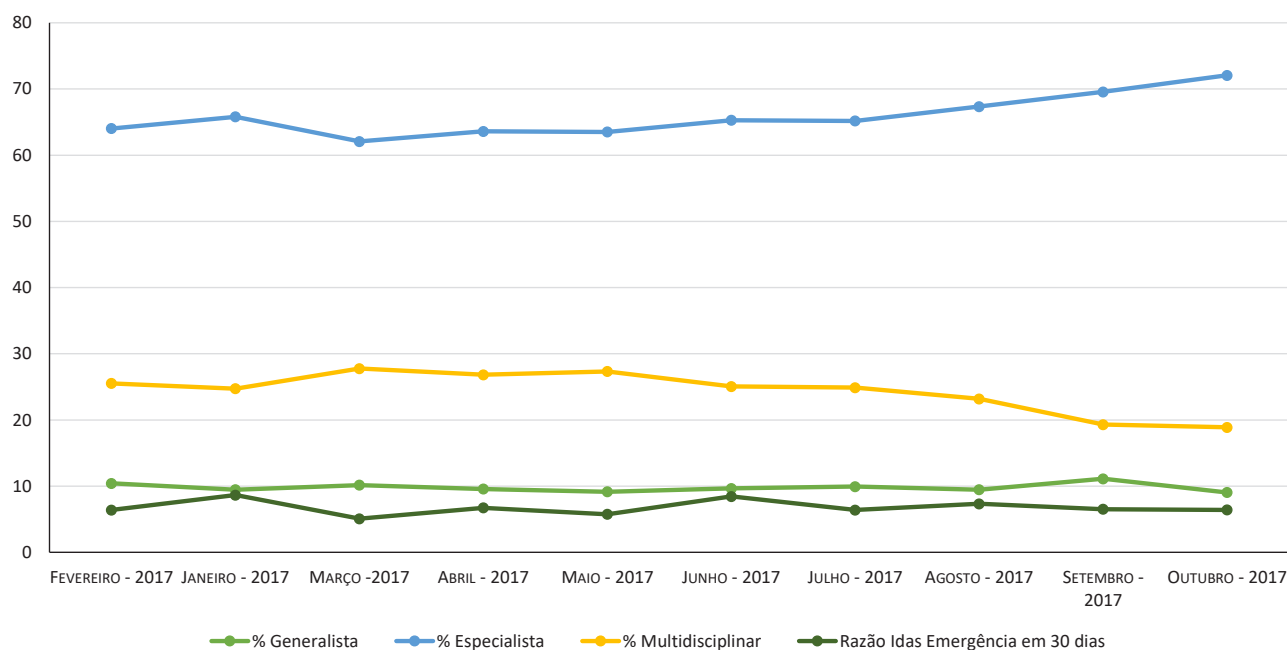
A qualquer momento, no plano de cuidado, o gestor responsável pelo idoso pode fazer interlocuções com os demais atores da rede de cuidado da operadora: médico especialistas cooperados, exames complementares, tratamentos de alta complexidade ambulatoriais ou hospitalares.

Um pequeno resumo dos dados informados à ANS:

- **População Alvo:** A população alvo foi definida dentro dos beneficiários ativos com idade igual ou acima de 60 anos, que residem em Juiz de Fora, compreendendo cerca de 6.000 beneficiários.
- **Instrumentos de Avaliação do Idoso utilizados no projeto:** IVCF 20
- **Adota Modelo de Remuneração Integrado com o Modelo Assistencial:** Capitação (Prepaid/Capitation)

No Gráfico 25, encontra-se a evolução dos indicadores de Consultas e razão de idas à emergência em 30 dias, ao longo do ano, entre fevereiro e outubro de 2017. A operadora não informou os dados dos demais meses.

GRÁFICO 25: UNIMED JUIZ DE FORA - PROPORÇÃO DE CONSULTAS E RAZÃO DE IDAS ÀS EMERGÊNCIAS EM 30 DIAS



Fonte: FormSus – Projeto Idoso Bem Cuidado

Como pode ser constatado, a proporção de consultas com especialistas é superior à proporção de consultas com generalistas, desde o início do projeto em fevereiro de 2017. A proporção de consultas com equipe multidisciplinar é superior à proporção de consultas com generalistas e inferior à de especialistas, no início e no final do projeto, caindo entre agosto e setembro. A razão de idas às emergências era de cerca de 6 a 7 % ao longo de 2017.

- No relatório final de atividades, a operadora informa que foram estes os principais resultados obtidos:
- Captação de novos idosos para os Programas do Espaço Viver Bem;
- Coordenação do cuidado monitorado;
- Ações multiprofissionais focadas em educação em saúde, mudança de hábitos, promoção de saúde e prevenção de doenças/complicações;

- Trabalho em equipe.
- O Projeto proporcionou melhora em vários indicadores de resultado, monitorados.

Segundo a operadora, com a implementação do Projeto piloto, foi possível ampliar os ganhos no acompanhamento integral da saúde dos idosos. O público-alvo sempre foi acompanhado pelos antigos Programas, contudo, o novo formato trouxe uma definição focal das ações e monitoramentos voltados para as especificidades do idoso. Neste contexto, fica clara a necessidade de priorização e estruturação dos programas de promoção e prevenção, já que é uma das poucas alternativas que efetivamente contribuem para a sustentabilidade de saúde suplementar.

3.27- UNIMED LITORAL

UNIMED Litoral (Registro ANS nº 303356) é uma operadora do segmento cooperativo. A operadora iniciou o piloto em outubro de 2016, tendo enviado os dados do projeto entre fevereiro e outubro de 2017.

De acordo com o projeto piloto, apresentado à ANS, a operadora disponibiliza um espaço denominado **Espaço Viver Bem**, seguindo o modelo descrito pela Unimed Juiz de Fora. O programa é destinado à execução das ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, propostas no plano terapêutico elaborado pela equipe da Atenção Personalizada à Saúde (APS). Este núcleo conta com 15 programas aprovados pela DIPRO/ANS, destes, oito buscam atender as necessidades da população idosa, como: programa para prevenção de quedas, estímulo ao autocuidado para patologias como Hipertensão Arterial e Diabetes, combate a comorbidades através de programas de reeducação alimentar e atividade física, grupos de psicoterapia, oficina da memória, reabilitação cardiorespiratória e telemonitoramento para portadores de doenças crônicas. Todas as ações são elaboradas e executadas por equipe multiprofissional, possuem indicadores de processo, resultado e metas bem definidas, assim como, são analisados periodicamente buscando uma melhoria contínua.

O modelo adotado é baseado na identificação precoce dos riscos e manutenção da autonomia dos usuários idosos, baseando-se na metodologia apresentada no documento Idosos na Saúde Suplementar. Assim, de acordo com o projeto proposto, a operadora contempla os níveis mais leves e mais complexos de atendimento ao idoso: nível leve – Acolhimento, Núcleo Integrado de cuidado, Ambulatório Geriátrico; e nível mais complexo – Cuidados complexos (curta duração e longa duração).

Com a estratégia de redirecionar a porta de entrada, foi adotada uma metodologia de captação pró-ativa. Num primeiro momento a equipe do acolhimento (célula de captação) realiza um levantamento dos dados demográficos e epidemiológicos, devido à grande relevância de compreender os problemas mais prevalentes no cuidado do idoso em atenção primária à saúde, considerando as principais causas da não adesão ao serviço de saúde com o objetivo de saber lidar com esses obstáculos e atuar junto a eles promovendo a saúde, prevenindo doenças e orientando ao autocuidado. Como estratégias utilizamos duas metodologias para interação com este público: Captação Ativa e Captação Receptiva.

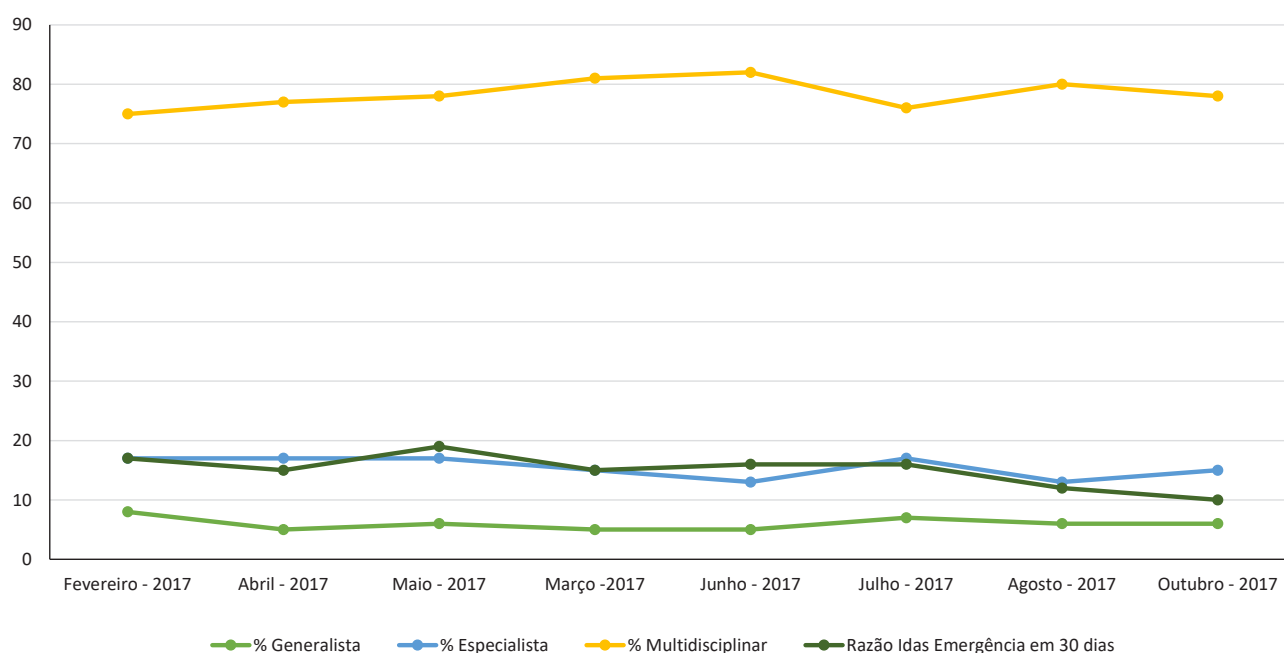
Na captação receptiva através de canais on line, telefônico e presencial o cliente pode ter acesso ao serviço e informações sobre o mesmo sempre que houver necessidade. Na Captação Ativa a equipe de acolhimento através de relatórios demográficos, de utilização e internação hospitalar identifica a população-alvo e toma uma postura pró-ativa ao entrar em contato com estes beneficiários.

Um pequeno resumo dos dados informados:

- **População Alvo:** A população alvo foi definida dentro dos beneficiários ativos com idade igual ou acima de 65 anos, residentes em Camboriú, Itajaí, Balneário Camboriú, e Navegantes, compreendendo cerca de 600-700 beneficiários.
- **Instrumentos de Avaliação do Idoso utilizados no projeto:** outros
- **Se você utiliza Outros Instrumentos de Avaliação, que não os citados, descreva-os aqui:** ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL 20 (IVCF 20)
- **Adota Modelo de Remuneração Integrado com o Modelo Assistencial:** não utiliza.

No Gráfico 26, encontra-se a evolução dos indicadores de Consultas e razão de idas à emergência em 30 dias, ao longo do ano, entre fevereiro e outubro de 2017. A operadora não informou os dados dos demais meses.

GRÁFICO 26: UNIMED LITORAL - PROPORÇÃO DE CONSULTAS E RAZÃO DE IDAS ÀS EMERGÊNCIAS EM 30 DIAS



Fonte: FormSus – Projeto Idoso Bem Cuidado

Como pode ser constatado, a proporção de consultas com equipe multidisciplinar é superior à proporção de consultas com generalistas e com especialistas, desde o início do projeto em fevereiro de 2017. A proporção de consultas com especialistas é superior à proporção de consultas com generalistas, no início e no final do projeto. A razão de idas às emergências era de cerca de 10 a 17 % ao longo de 2017.

A operadora não enviou o relatório final de atividades, como solicitado.

3.28- UNIMED NOROESTE RS

UNIMED Noroeste RS (Registro ANS nº 357260) é uma operadora do segmento cooperativo. A operadora iniciou o piloto em outubro de 2016, tendo enviado os dados do projeto entre fevereiro e outubro de 2017.

De acordo com o projeto piloto, apresentado à ANS, a operadora desenvolve, desde 2010, projetos voltados à Saúde do Idoso, sempre com o objetivo de melhorar a qualidade de vida, através da promoção à saúde e manutenção da capacidade funcional dos pacientes acompanhados. O trabalho é desenvolvido, atualmente, por equipe multidisciplinar de Medicina Preventiva, com apoio dos profissionais do Hospital próprio. As ações existentes compõem o Programa de Atenção Integral à Saúde, que conta com duas linhas de cuidado: Gerenciamento de Doenças Crônicas e Gerenciamento de casos complexos e paliativos.

Segundo a operadora, seu projeto inclui algumas ações e agrega serviços para possibilitar o cuidado integrado e coordenado ao idoso dentro da hierarquia proposta, aprimorando, especialmente o acolhimento através da Atenção Primária e o cuidado durante a internação hospitalar. Em seu projeto, estão elencadas algumas atividades já desenvolvidas e às quais se pretende a operadora pretende agregar ou refinar: acolhimento; Núcleo Integrado de Cuidado; Ambulatório Geriátrico; e Cuidados Complexos de curta e longa duração.

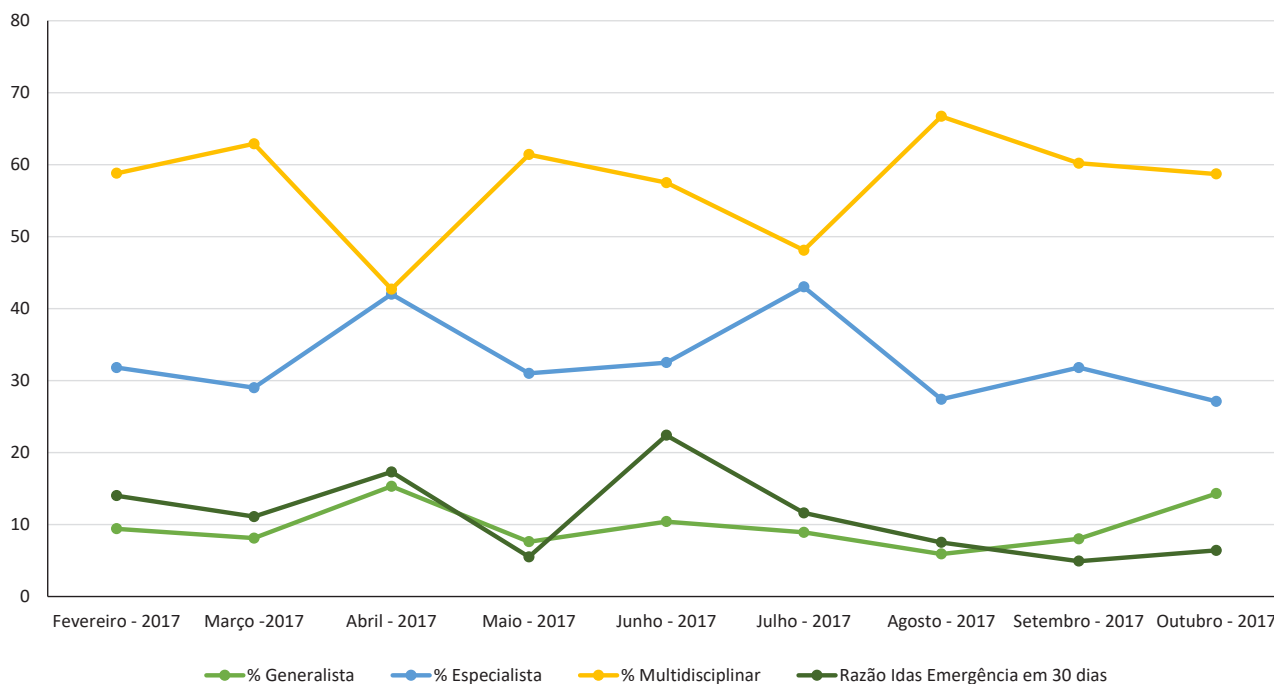
O programa desenvolvido contempla idosos com mais de 60 anos, de ambos os sexos, com condição de saúde crônicas ou complexas, múltiplas patologias, síndromes geriátricas, incapacidade cognitiva, neoplasias, ou que necessitem de intervenções complexas específicas. O total de beneficiários da operadora com 60 anos ou mais é de 15.678 pessoas. Considerando que de 10% a 25% são portadores de condições clínicas que os identificam como frágeis, necessitando de cuidados intensivos... (manual técnico ANS, p.115), 25% desses idosos somam 3.920 pessoas. A meta do projeto é atingir pelo menos 20% deste público-alvo, ou seja, 784 idosos. O total de pacientes já acompanhados é de 379.

A captação de pacientes é realizada através das seguintes maneiras: indicação (do próprio paciente ou familiar), indicação do médico assistente ou outro prestador da rede, análise de utilização, análise das interações com permanência superior a 10 dias, análise anual de utilização de medicamentos, indicação da equipe pré-alta. Pretende-se incluir também captação de pacientes através do Pronto Atendimento do Hospital próprio.

Um pequeno resumo dos dados informados:

- **População Alvo:** A população alvo foi definida dentro dos beneficiários ativos com idade igual ou acima de 60 anos, compreendendo cerca de 200 a 300 beneficiários.
- **Instrumentos de Avaliação do Idoso utilizados no projeto:** Para Avaliação Cognitiva - MEEM (Mini Exame do Estado Mental) - Mini Avaliação Nutricional – Outros.
- **Se você utiliza Outros Instrumentos de Avaliação, que não os citados, descreva-os aqui:** IVCF-20, Mini Avaliação Nutricional, Escala de Morisky e avaliação do cuidador para todos os pacientes idosos. Conforme necessidade apontada pela equipe, são realizados adicionalmente as seguintes avaliações: MEEM (mini exame do estado mental) e/ou Avalia
- **Adota Modelo de Remuneração Integrado com o Modelo Assistencial:** Hora trabalhada (fee for servisse) e Capitação (*Prepaid/Capitation*) - Outras modalidades de P4P.

GRÁFICO 27: UNIMED NOROESTE – RS - PROPORÇÃO DE CONSULTAS E RAZÃO DE IDAS ÀS EMERGÊNCIAS EM 30 DIAS.



Fonte: FormSus – Projeto Idoso Bem Cuidado

No Gráfico 27, encontra-se a evolução dos indicadores de Consultas e razão de idas à emergência em 30 dias, ao longo do ano, entre fevereiro e outubro de 2017. A operadora não informou os dados dos demais meses.

Como pode ser constatado, a proporção de consultas com equipe multidisciplinar é superior à proporção de consultas com generalistas e com especialistas, desde o início do projeto em fevereiro de 2017. A proporção de consultas com especialistas é superior à proporção de consultas com generalistas, no início e no final do projeto. A razão de idas às emergências era de cerca de 6 a 20 % ao longo de 2017.

A operadora não enviou o relatório final de atividades, como solicitado.

3.29- UNIMED NORTE DE MINAS

UNIMED Norte de Minas (Registro ANS nº 304051) é uma operadora do segmento cooperativo. A operadora iniciou o piloto em dezembro de 2016, tendo enviado os dados do projeto entre fevereiro e agosto de 2017.

De acordo com o projeto piloto, apresentado à ANS, a operadora implementou o Programa de Atenção à Saúde do Idoso, com a finalidade de desenvolver ações voltadas às necessidades dos beneficiários idosos, no que diz respeito à promoção da saúde, prevenção e gerenciamento de fatores de risco e doenças crônicas, além da manutenção da capacidade funcional e da autonomia. O enfermeiro é o navegador dos programas do Idoso e realiza o gerenciamento de casos especiais. O público-alvo para o Programa de Atenção à Saúde do Idoso constitui-se em beneficiários com 60 anos ou mais e que residam em Montes Claros.

As formas de captação dos beneficiários para inscrição no Programa de Atenção à Saúde do Idoso são: indicação médica; indicação da equipe multidisciplinar; demanda espontânea; equipe de auditoria; e busca ativa. O objetivo é que toda a população de idosos da operadora, residentes na cidade de Montes Claros estejam inscritas no Programa, com o objetivo inicial de fazer uma classificação de risco do idoso e direcioná-lo ao plano de cuidados correspondente a esta classificação.

A classificação dos beneficiários inscritos é realizada durante a avaliação inicial do idoso pela equipe de enfermagem, no momento da sua inscrição no Programa, através do preenchimento do questionário do Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional – IVCF. De acordo com as respostas fornecidas, e o escore calculado do idoso, este será classificado como:

- **Idoso robusto / Idoso com baixo risco de vulnerabilidade clínico funcional:** É o idoso capaz de gerenciar sua vida de forma independente e autônoma e não apresenta nenhuma condição crônica de saúde associada a maior vulnerabilidade. O IVCF entre 0 e 6 pontos.
- **Idoso em risco de fragilização / Idoso com moderado risco de vulnerabilidade clínico funcional:** É o idoso portador de uma ou mais condições crônicas de saúde preditoras de desfechos como incapacidades, institucionalização, hospitalização e morte, polipatologia (5 ou mais diagnósticos de condições crônicas de saúde), polifarmácia (uso regular de 5 ou mais medicamentos por dia para condições crônicas diferentes), sarcopenia e/ou emagrecimento significativo, história de internações recentes e risco psicossociofamiliar elevado (insuficiência familiar) – condições caracterizadas no IVCF entre 7 e 14.
- **Idoso frágil / Idoso com alto risco de vulnerabilidade clínico funcional:** É o idoso portador de declínio funcional estabelecido e incapaz de gerenciar sua vida, em virtude da presença de incapacidades, únicas ou múltiplas, como: incapacidade cognitiva (demência, depressão e “doença mental”), instabilidade postural (história de duas ou mais quedas nos últimos seis meses e/ou dificuldades na marcha caracterizadas por desequilíbrio e alterações no padrão da marcha, capaz de restringir a participação social do indivíduo), imobilidade parcial ou completa, incontinência esfincteriana capaz de restringir a participação social do indivíduo, incapacidade comunicativa (distúrbio de fala, visão ou audição que causa perda ou restrição da participação social) – condições caracterizadas no IVCF > 15.

A classificação de risco é repetida anualmente para os idosos mais saudáveis, e semestralmente para os idosos frágeis ou potencialmente em risco de fragilidade. Em caso de piora clínica do beneficiário a reclassificação do risco deverá ser realizada prontamente.

Um pequeno resumo dos dados informados:

- **População Alvo:** A população alvo foi definida dentro dos beneficiários ativos com idade igual ou acima de 60 anos, compreendendo cerca de 40-70 beneficiários.
- **Instrumentos de Avaliação do Idoso utilizados no projeto:** Para Avaliação Cognitiva - MEEM (Mini Exame do Estado Mental) - Para Depressão - EDG (Escala de Depressão Geriátrica) - AVD/AIVD - Percentual de Autonomia / Dependência Parcial / Dependência Severa - Mini Avaliação Nutricional.
- **Se você utiliza Outros Instrumentos de Avaliação, que não os citados, descreva-os aqui:** IVCF20 E Escala de Atividades Básicas (escala de Katz).
- **Adota Modelo de Remuneração Integrado com o Modelo Assistencial: não**

Não foi elaborado gráfico com os dados da operadora, pois o número de consultas com médicos generalistas, com médicos especialistas e com equipe multidisciplinar foram informados apenas para um pequeno número de participantes do projeto, ao longo de todos os meses. Assim, não é possível traçar a evolução dos indicadores de Consultas e razão de idas à emergência em 30 dias, ao longo do ano de 2017.

A operadora não enviou o relatório final de atividades, como solicitado.

3.30- UNIMED PARANÁ

UNIMED Paraná (Registro ANS nº 312720) é uma operadora do segmento cooperativo. A operadora iniciou o piloto em novembro de 2016, tendo enviado os dados do projeto entre janeiro e outubro de 2017.

De acordo com o projeto piloto, apresentado à ANS, a operadora organizou seu programa de forma escalonada, tendo, como linha de corte, os idosos com condição crônica, que são gerenciados pelo serviço do PGDC (Programa de Gerenciamento de Doenças Crônicas), PGC (Programa de Gerenciamento de Casos), PGSAD (Programa de Gerenciamento Atenção Domiciliar) Federação do Paraná, moradores de Curitiba e região metropolitana, que estiveram em atendimento em Pronto socorro e internamentos eletivos.

Composição da rede de atendimento escolhida:

- **Equipe de Promoção à Saúde – Equipe multidisciplinar e Navegador** – profissional capacitado, responsável em gerenciar a saúde do usuário, monitorando as ações que garantam a transição do idoso em diferentes estruturas e níveis de complexidade do sistema de saúde.
- **Rede ambulatorial – atendimento APS (Centro de Atenção Personalizada de Saúde)** – atendimento em centro de referência com equipe de saúde da família, com o objetivo de manter o acesso a rede para coordenação do cuidado de forma personalizada e integral. Formação de rede de referência e contra referência.
- **Rede de serviços para realização de exames complementares** – com garantia de acesso aos serviços laboratoriais e de imagens.
- **Rede hospitalar** – alinhamento de um ou mais hospitais de referência em Curitiba e região metropolitana, capacitados e aderentes ao projeto, que garanta o atendimento diferenciado do idoso em suas necessidade e níveis de complexidade:
 1. Proposta de organização de redes que sejam fundamentadas no modelo de intervenção e protocolos à saúde do idoso desde sua entrada, no trans e saída, baseada na classificação de risco por complexidade.
 2. Propostas de planos terapêuticos personalizados com foco na redução da iatrogenia.
 3. Planos terapêuticos voltados ao restabelecimento mais precoce da saúde e capacidade funcional do idoso.

- **Rede de atendimento domiciliar** – manter equipes especializadas para a desospitalização precoce, manutenção do idoso em seu ambiente domiciliar com a garantia da eficácia do plano terapêutico que assegurem:
 1. A manutenção da capacidade funcional
 2. O bem-estar do idoso
 3. A integração familiar / responsável no cuidado
- Capacitação/ sensibilização da equipe multidisciplinar
 1. Capacitação da equipe de promoção a saúde da Unimed Paraná para formação e manutenção do navegador.
 2. Capacitação da equipe multidisciplinar com atuação na Atenção Geriátrica voltado ao público idoso, em todos os níveis da saúde: promoção, ambulatorial, hospitalar e domiciliar.
- Estabelecimento de protocolos para o atendimento de atenção geriátrica, visando a integração e organização nos vários níveis de cuidados.

Um pequeno resumo dos dados informados:

- **População Alvo:** A população alvo foi definida dentro dos beneficiários ativos com idade igual ou acima de 60 anos, compreendendo cerca de 400 - 500 beneficiários.
- **Instrumentos de Avaliação do Idoso utilizados no projeto:** não utiliza.
- **Se você utiliza Outros Instrumentos de Avaliação, que não os citados, descreva-os aqui:** não utiliza.
- **Adota Modelo de Remuneração Integrado com o Modelo Assistencial:** não

Não foi elaborado gráfico com os dados da operadora, pois o número de consultas com médicos generalistas, com médicos especialistas e com equipe multidisciplinar foram informados apenas para um pequeno número de participantes do projeto, ao longo de todos os meses. Assim, não é possível traçar a evolução dos indicadores de Consultas e nem tampouco da razão de idas à emergência em 30 dias, ao longo do ano de 2017.

A operadora não enviou o relatório final de atividades, como solicitado.

3.31- UNIMED PELOTAS

UNIMED Pelotas (Registro ANS nº 311375) é uma operadora do segmento cooperativo. A operadora iniciou o piloto em março de 2017, tendo enviado os dados do projeto entre março e outubro de 2017.

De acordo com o projeto piloto, apresentado à ANS, a operadora desenvolve atividades pontuais para a melhoria da qualidade de vida de seus clientes, por intermédio de seu Núcleo de Desenvolvimento Humano (NDH). Com a proposta de uma intervenção mais abrangente, a operadora ampliou o escopo dos programas de atenção aos idosos, e iniciou o Programa Idoso Bem Cuidado – **Proldoso**, com o objetivo de promoção da saúde, de prevenção dos riscos e agravos, de estabilização clínica das doenças crônicas não transmissíveis, de minimização da possibilidade de intercorrências e de agilização da assistência quando necessária.

Para tanto, a operadora se propõe a realizar as seguintes ações:

- Atender no mínimo vinte por cento da população-alvo (beneficiários com sessenta anos ou mais);
- Criar o “Disk Idoso”, para agilização da assistência;
- Realizar a avaliação clínica e a estratificação de risco dos beneficiários que aderirem ao programa; promover o acolhimento e a gestão do cuidado a partir da agilização do acesso à consulta médica e a todos os serviços necessários, tais como: laboratório de análises clínicas, de imagem e de exames endoscópicos, fisioterapia, psicologia, nutrição, pronto-atendimento, medicina preventiva e ocupacional;

- Implementar o telemonitoramento próprio e ampliar as visitas domiciliares, conforme a estratificação de risco; incluir todos nos programas já existentes de atividade física, orientação nutricional, acompanhamento psicológico e educação para a saúde.

Segundo a operadora, a captação do Público Alvo é realizada a partir dos seguintes processos:

1. Análise da carteira de beneficiários da Unimed Pelotas/RS para pesquisa e identificação daqueles com sessenta anos ou mais; envio de correspondência em meio físico para a residência dos beneficiários-alvo, informando sobre o Proldoso e convidando-os a aderirem e participarem; contato telefônico dos beneficiários-alvo para uma primeira interlocução, reforçar o convite de participação e fornecer mais esclarecimentos sobre os serviços próprios e os Programas assistenciais da Singular.
2. Encaminhamento direto dos beneficiários-alvo por seus médicos assistentes.
3. Adesão voluntária dos beneficiários-alvo, a partir da divulgação do Proldoso nos serviços próprios, nos serviços credenciados e por intermédio da mídia.
4. Identificação dos beneficiários-alvo quando de sua hospitalização ou do seu atendimento no Pronto-Atendimento, no SOS e na Atenção Domiciliar.

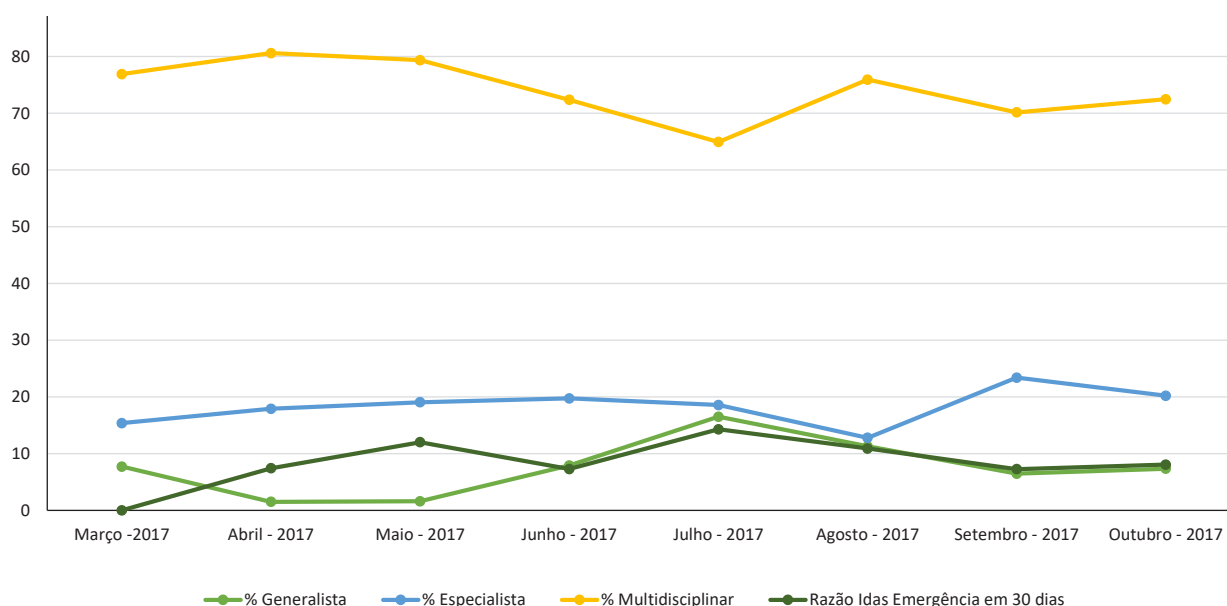
O NDH da Unimed Pelotas/RS é o setor responsável pela elaboração, e o será, pelo desenvolvimento e gerenciamento do Proldoso, envolvendo os demais setores da Operadora na atenção aos beneficiários-alvo. Atualmente já dispõe de uma Equipe Multidisciplinar própria, composta por profissionais das áreas: Educação Física, Enfermagem, Medicina, Nutrição, Psicologia e Técnica de Enfermagem. Conforme as demandas emergentes na aplicação do Programa serão acionados os profissionais das áreas necessárias, tais como Fisioterapia, Assistência social e outras.

Um pequeno resumo dos dados informados:

- **População Alvo:** A população alvo foi definida dentro dos beneficiários ativos com idade igual ou acima de 60 anos, compreendendo cerca de 558 beneficiários.
- **Instrumentos de Avaliação do Idoso utilizados no projeto:** Para Avaliação Cognitiva - MEEM (Mini Exame do Estado Mental) - Para Depressão - EDG (Escala de Depressão Geriátrica) - Avaliação da Marcha - TUG (Timed Get Up and Go) - Cartão de Jaeger (escala visual) - Mini Avaliação Nutricional - Rastreamento funcional.
- **Para Atividades de Vida Diária (AVDs), quais instrumentos utiliza:** Escala de Atividades Básicas (escala de Katz) e Escala de Lawton.
- **Adota Modelo de Remuneração Integrado com o Modelo Assistencial: não**

No Gráfico 28, encontra-se a evolução dos indicadores de Consultas e razão de idas à emergência em 30 dias, ao longo do ano, entre março e outubro de 2017. A operadora não informou os dados dos demais meses.

GRÁFICO 28: UNIMED PELOTAS - PROPORÇÃO DE CONSULTAS E RAZÃO DE IDAS ÀS EMERGÊNCIAS EM 30 DIAS.



Fonte: FormSus – Projeto Idoso Bem Cuidado

Como pode ser constatado, a proporção de consultas com equipe multidisciplinar é superior à proporção de consultas com generalistas e com especialistas, desde o início do projeto em março de 2017. A proporção de consultas com especialistas é superior à proporção de consultas com generalistas, no início e no final do projeto. A razão de idas às emergências era de cerca de 7 a 14% ao longo de 2017.

No relatório final de atividades, a operadora afirma que, o novo modelo de cuidados do idoso, está contribuindo para a coordenação do cuidado e no controle dos recursos utilizados (consultas e exames complementares), evitando a polifarmácia e os exames desnecessários, e, conseqüentemente, contribuindo na redução de reações adversas no idoso. O reconhecimento precoce do risco, a fim de reduzir o impacto das condições crônicas na funcionalidade, torna possível monitorar a saúde e não a doença, com possibilidade de postergá-la, para que o idoso possa usufruir com qualidade sua maior expectativa de vida. A proposta também contemplou as estruturas de apoio ao cuidado integral, que são os cuidados de fim de vida, os cuidados paliativos e a atenção domiciliar.

A fim de enfrentar os desafios e alcançar os resultados do piloto, a operadora ressalta que há uma preocupação grande quanto ao aumento dos beneficiários elegíveis para participar do programa, o que resultaria na necessidade do aumento da quantidade de profissionais para atender toda a demanda.

3.32- UNIMED POÇOS DE CALDAS

UNIMED Poços de Caldas (Registro ANS nº 316148) é uma operadora do segmento cooperativo. A operadora iniciou o piloto em outubro de 2016, tendo enviado os dados do projeto entre março e outubro de 2017.

De acordo com o projeto piloto, apresentado à ANS, a operadora implementou o Projeto com três primeiros níveis de atenção, disponibilizando espaço físico e equipe para implementação do ambulatório e núcleo integrado de atenção.

A atenção domiciliar foi estruturada e atende 220 pacientes. Estes são os níveis do projeto:

- Nível 1 - Acolhimento
- Nível 2 - Centro Sócio Sanitário, Ambulatório Clínico e Centro Dia.
- Nível 3 - Ambulatório Geriátrico e Atenção Domiciliar e Reabilitação.

A população com idade superior ou igual a 60 anos da operadora é de 6.420 beneficiários, assim planejaram iniciar o projeto com 10% desta população. Uma das formas de captação usadas foi a incorporação dos participantes, que frequentam o espaço

Viver Bem. Outra forma foi a incorporação de novos clientes por meios de divulgação (boleto, Tv Unimed, rádio, jornal, consultórios médicos, consultas de pronto atendimento, internação), além da busca ativa por relatórios de utilização na rede.

Para a integração entre o acolhimento, núcleo integrado do cuidado e ambulatório geriátrico foi utilizado o sistema Tasy, que é um sistema eletrônico de gestão da informação em saúde. Quando necessário, para o encaminhamento a especialistas, foi utilizado o formulário de referência e contra referência.

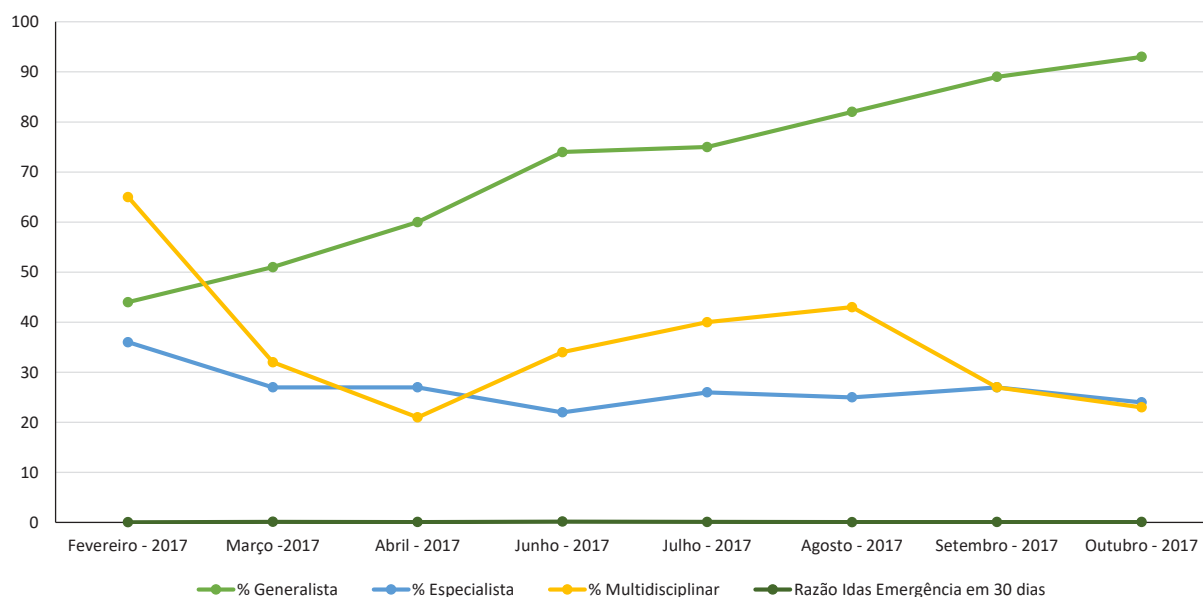
No espaço Viver Bem, o trabalho é realizado com a atenção focada no indivíduo, estabelecendo um plano de cuidados através da classificação de risco e uma rede de atendimento com uma equipe multidisciplinar, composta por médico, fisioterapeuta, assistente social, enfermeira, técnica de enfermagem, nutricionista, psicóloga, educador físico, terapeuta ocupacional, fonoaudióloga e assistente administrativo.

Um pequeno resumo dos dados informados:

- **População Alvo:** A população alvo foi definida dentro dos beneficiários ativos com idade igual ou acima de 60 anos, compreendendo cerca de 620 beneficiários.
- **Instrumentos de Avaliação do Idoso utilizados no projeto:** Para Avaliação Cognitiva - MEEM (Mini Exame do Estado Mental) - Para Depressão - EDG (Escala de Depressão Geriátrica) - Avaliação da Marcha - TUG (Timed Get Up and Go) - AVD/AIVD - Percentual de Autonomia / Dependência Parcial / Dependência Severa – Mini.
- **Se você utiliza Outros Instrumentos de Avaliação, que não os citados, descreva-os aqui:** Escala de Atividades Básicas (escala de Katz) e IVCF20.
- **Adota Modelo de Remuneração Integrado com o Modelo Assistencial:** não

No Gráfico 29, encontra-se a evolução dos indicadores de Consultas e razão de idas à emergência em 30 dias, ao longo do ano, entre fevereiro e outubro de 2017. A operadora não informou os dados dos demais meses.

GRÁFICO 29: UNIMED POÇOS DE CALDAS PROPORÇÃO DE CONSULTAS E RAZÃO DE IDAS ÀS EMERGÊNCIAS EM 30 DIAS



Fonte: FormSus – Projeto Idoso Bem Cuidado

Como pode ser constatado, a proporção de consultas com generalistas é superior à proporção de consultas com especialistas. A proporção de consultas com generalistas vai aumentando ao longo do tempo, tendo começado, em fevereiro de 2017, em nível inferior à proporção de consultas com a equipe multidisciplinar, mas depois a ultrapassa. A razão de idas às emergências era de cerca de 0,1% ao longo de 2017.

No relatório de atividades, a operadora afirma que a adesão dos participantes e os retornos nas reclassificações, a redução de idas a emergência e do tempo médio de internação, foram os principais resultados obtidos no piloto. Relatam também que a estruturação das oficinas de memória e atividade física foi avaliada positivamente, observando as melhorias nas condições físicas, psicológicas e intelectuais. Por outro lado, as reuniões semanais da equipe para discussão de caso, avaliação dos indicadores e estudos, possibilitaram a maior integração da equipe resultando em melhor atendimento ao paciente.

A operadora esperava uma redução maior nas consultas com médicos especialistas, mas acredita que a incorporação de cultura de um médico coordenador do cuidado precisa ser melhor assimilada pelo paciente e família. Isto é um desafio a ser enfrentado pela equipe do Projeto e que necessita de maior tempo para observar os resultados.

A operadora informa que já iniciou um projeto piloto de Atenção Integral a Saúde do paciente e acredita que a mudança do modelo do Projeto Idoso Bem Cuidado será viável com a experiência adquirida nestes 19 meses, além da reestruturação física do espaço de atendimento, que resultou em melhora dos indicadores e na qualidade assistencial.

3.33- UNIMED SÃO CARLOS

UNIMED São Carlos (Registro ANS nº 354031) é uma operadora do segmento cooperativo. A operadora iniciou o piloto em janeiro de 2017, tendo enviado os dados do projeto entre fevereiro e outubro de 2017.

De acordo com o projeto piloto, apresentado à ANS, o conceito de cuidado integrado à pessoa idosa foi reforçado no programa, através de estratégias que visam a abordagem dos pacientes na atenção primária, bem como nas entradas em serviço de emergência e internação hospitalar.

A Hierarquização do atendimento é a base do modelo, e o acolhimento é o ponto de partida, através da avaliação gerontológica dos beneficiários. Atualmente, a operadora dispõe de gerontólogo, que coordena as atividades de atenção primária e vincula os usuários do serviço em programas de prevenção de quedas, memória, dança sênior, atividade física, entre outros. Suas intervenções e resultados são avaliados através de instrumentos validados, contando com a parceria da UATI (Universidade da Terceira Idade) e Centro Professorado Paulista (CPP). Além disso, alguns programas são abertos à comunidade, visto pela operadora como uma questão de responsabilidade social.

O acolhimento é realizado pelos gerontólogos, que fazem a avaliação global e de fragilidade do idoso, além do gerenciamento de cuidados dos beneficiários, atuando nos serviços de emergência, enfermarias, atendimento domiciliar e ambulatório geral e geriátrico, dando suporte e direcionamento ao atendimento destes pacientes dentro do sistema. O benchmark utilizado pela operadora é o modelo assistencial da Prevent Sênior, considerando a diferença do modelo cooperativista de assistência médica.

Nas enfermarias, é realizado o treinamento das equipes, uma vez que a operadora dispõe de hospitalistas (24 horas), para acompanhar os idosos internados, com orientações específicas, como medidas de prevenção de quedas, disfagia e aspiração, iatrogenias, cuidados de prevenção e tratamento do estado confusional agudo e atuação integrada da equipe multiprofissional. A partir da identificação do risco de idosos frágeis, pré-frágeis e robustos, como no modelo de risco de fragilidade definidos por autores como Linda Fried & Ferrucci, os idosos frágeis e pré-frágeis são direcionados aos geriatras do serviço, que tem remuneração diferenciada (Bundled Payments for Care Improvement). O programa usa o procedimento padrão do idoso frágil, que utiliza como instrumento de screening o VES-13/Vulnerable Elders Survey, validado para o português.

Baseado em estudos epidemiológicos, estima-se que a prevalência de fragilidade na população esteja em torno de 7%, e de idosos pré-frágeis cerca de 33 a 45% da população idosa americana. A fragilidade apresenta elevada variabilidade na prevalência e é pouco investigada em países em desenvolvimento, pois condições socioculturais e econômicas interagem com os processos biológicos ao longo da vida, determinando vulnerabilidade ou resiliência na velhice.

Neste contexto, o objetivo do estudo FIBRA (Fragilidade do Idoso Brasileiro) realizado no Brasil, foi investigar as relações entre vulnerabilidade social (gênero, idade e renda); individual (comorbidades, sinais e sintomas, incapacidade funcional, suporte social percebido e saúde percebida) e programática (índices de SUS-dependência e de vulnerabilidade social e acesso aos serviços de saúde) em amostra de indivíduos com 65 anos e mais, sendo que foi esta a referência epidemiológica de análise, utilizada pela operadora.

A prevalência de pré-fragilidade neste estudo foi de 46,3% e fragilidade de 8,7%. Os idosos pré-frágeis e frágeis apresentaram, respectivamente, maiores e crescentes razão de chances para dependência em atividades instrumentais de vida diária; restrição em atividades avançadas de vida diária; utilização de dispositivos auxiliares da marcha; comorbidades; quedas; sintomas depressivos;

menor auto-eficácia para prevenir quedas; hospitalização e idade avançada. Foi identificado um elevado percentual de estados de fragilidade associados a maiores chances para condições adversas de saúde, especialmente as relacionadas à incapacidade.

Assim, estima-se que a população de idoso frágil da operadora gire em torno de 1.276 idosos frágeis e 6.795 idosos pré-frágeis (risco de fragilização) e os demais robustos, dados estes a serem confirmados após estudos do banco de dados.

A operadora relata que encaminhou os idosos frágeis e pré-frágeis aos geriatras do serviço, e treinou os clínicos para acompanhar os demais idosos.

Sobre o sistema de informação, a operadora integra os dados de saúde ao TASy, o módulo de gestão, para acompanhar estes pacientes dentro do Projeto de Atenção Integral a Saúde, já estruturado na cooperativa.

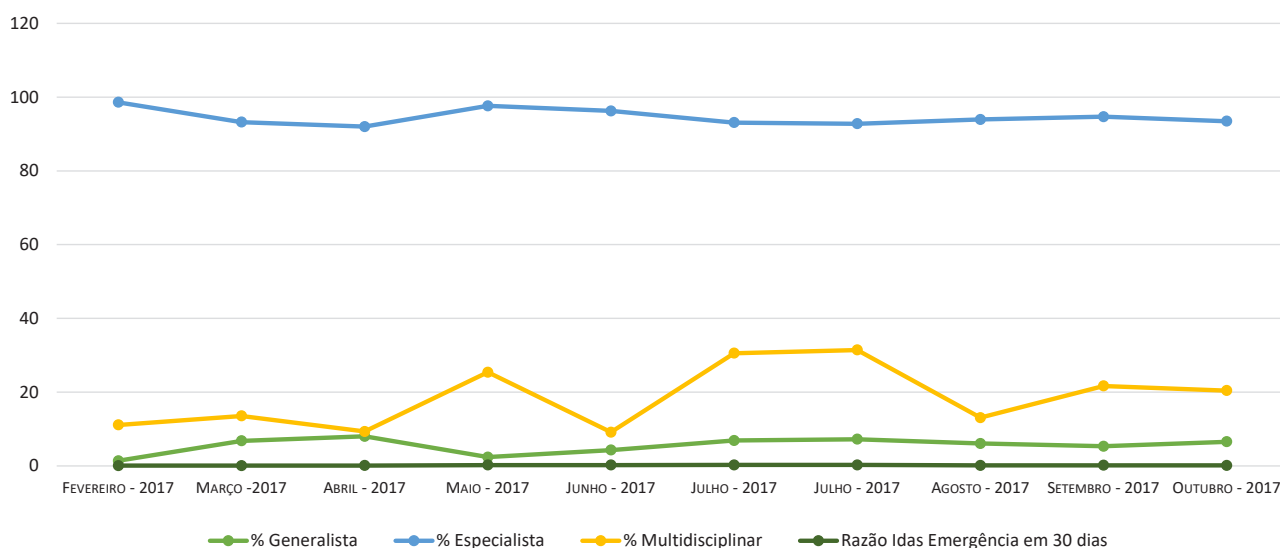
Um pequeno resumo dos dados informados:

- **População Alvo:** A população alvo foi definida dentro dos beneficiários ativos com idade igual ou acima de 60 anos, compreendendo cerca de 120 a 200 beneficiários.
- **Instrumentos de Avaliação do Idoso utilizados no projeto:** Para Avaliação Cognitiva - MEEM (Mini Exame do Estado Mental) - Para Depressão - EDG (Escala de Depressão Geriátrica) - Avaliação da Marcha - TUG (Timed Get Up and Go) - AVD/AIVD - Percentual de Autonomia / Dependência Parcial / Dependência Severa – Cartã.
- **Se você utiliza Outros Instrumentos de Avaliação, que não os citados, descreva-os aqui:** não utiliza
- **Adota Modelo de Remuneração Integrado com o Modelo Assistencial:** Bundled Payments for Care Improvement para condições clínicas específicas.

No Gráfico 30, encontra-se a evolução dos indicadores de Consultas e razão de idas à emergência em 30 dias, ao longo do ano, entre fevereiro e outubro de 2017. A operadora não informou os dados dos demais meses.

Como pode ser constatado, a proporção de consultas com especialistas é superior à proporção de consultas com generalistas e superior à proporção de consultas com equipe multidisciplinar. A proporção de consultas com generalistas vai aumentando ao longo do tempo, tendo começado, em fevereiro de 2017, em nível inferior à proporção de consultas com a equipe multidisciplinar. A razão de idas às emergências era de cerca de 0,1% ao longo de 2017.

GRÁFICO 30: UNIMED SÃO CARLOS - PROPORÇÃO DE CONSULTAS E RAZÃO DE IDAS ÀS EMERGÊNCIAS EM 30 DIAS



Fonte: FormSus – Projeto Idoso Bem Cuidado

No relatório final de atividades, a operadora informa que os melhores resultados obtidos foram:

- Visível centralização das demandas de idosos/familiares no Gerontólogo;
- Alta aderência em grupos oferecidos no projeto;
- Assertividade nos atendimentos do geriatra;
- Alta participação em palestras sobre diversas temáticas relacionadas à saúde;
- Discussão de caso em equipe para a resolutividade das necessidades dos idosos.

Para a operadora, os principais desafios são:

- Aumentar o número de médicos geriatras na cooperativa de saúde;
- Desenvolver grupos com enfoques ainda não abordados;
- Analisar o impacto do telemonitoramento realizado no acompanhamento do plano;
- Aumentar a divulgação do projeto;
- Ampliar a equipe multidisciplinar para atingir um público maior

3.34- UNIMED SETE LAGOAS

UNIMED Sete Lagoas (Registro ANS nº 349534) é uma operadora do segmento cooperativo. A operadora iniciou o piloto em fevereiro de 2016, tendo enviado os dados do projeto entre fevereiro e outubro de 2017.

De acordo com o projeto piloto, apresentado à ANS, os programas desenvolvidos pela operadora se dividem em duas vertentes: o Programa de Atenção à Saúde do Idoso e o Gerenciamento de Casos Especiais.

O programa de Gerenciamento de Casos especiais se concentra em um ramo de atenção à saúde que envolve ações de promoção à saúde, a prevenção e o tratamento de doenças em âmbito domiciliar, viabilizando o suporte técnico, a capacitação e o treinamento do cuidador. Oferece atendimento e assistência de qualidade aos pacientes portadores de doenças crônicas e/ou degenerativas com incapacidade/ou dificuldade de frequentar a rede.

O acompanhamento acontece a nível domiciliar por uma equipe multiprofissional qualificada, atendimento pautado na integralidade do indivíduo com foco na saúde, bem-estar e na qualidade de vida, elaboração de um plano de cuidados baseado nas condições encontradas fundamentadas em scores da somatória de pontos de aspectos considerados impactantes na saúde do idoso, juntamente com a aplicação do instrumento IVCF 20 que mensura o índice de vulnerabilidade clínico funcional deste idoso.

O objetivo do programa de Gerenciamento de Casos especiais é o de estimular a busca do auto-cuidado, autonomia e independência, permitindo soluções para uma melhor prática da saúde física e mental.

O programa de atenção ao idoso implantado pela operadora acontece a nível ambulatorial, em um espaço destinado para este fim denominado **Viver bem**, onde são desenvolvidas ações de promoção e educação em saúde, prevenção e gerenciamento de fatores de risco de doenças crônicas além da manutenção da capacidade funcional e da autonomia.

A estruturação das ações e planos de cuidado individualizado do paciente é realizado a partir da avaliação ampla do idoso e classificação de risco através de um questionário padronizado e aplicação da ferramenta IVCF 20, que mensura o índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional do idoso.

Os idosos são encaminhados para atividades do programa mais adequadas às suas condições de saúde, definidas através da estratificação de risco:

- Saúde Pulmonar (Fisioterapeuta/Educador Físico)
- Saúde Psicológica (Psicóloga)
- Saúde do Assolho Pélvico (Fisioterapeuta Educador Físico)
- Saúde Óssea (Educador Físico/Fisioterapeuta)
- Saúde Cognitiva (Fonoaudióloga/ Educador Físico)
- Diabetes e Pé Diabético (Enfermeiro/Educador Físico/Fisioterapeuta) Prevenir as complicações associadas ao Diabetes, reduzindo o número de lesões em membros e possíveis amputações, visando a melhoria da qualidade de vida desses pacientes, através da avaliação
- Saúde Psicológica ((Psicóloga Educadora Físico)
- Polipatologia, Polifarmácia, Doenças Crônicas não Transmissíveis, Insuficiência Familiar (Enfermeiro/Assistente Social Educador Físico).
- Orientações nutricionais direcionadas para as mudanças fisiológicas dos idosos (Nutricionista)
- Musicoterapia, relaxamento

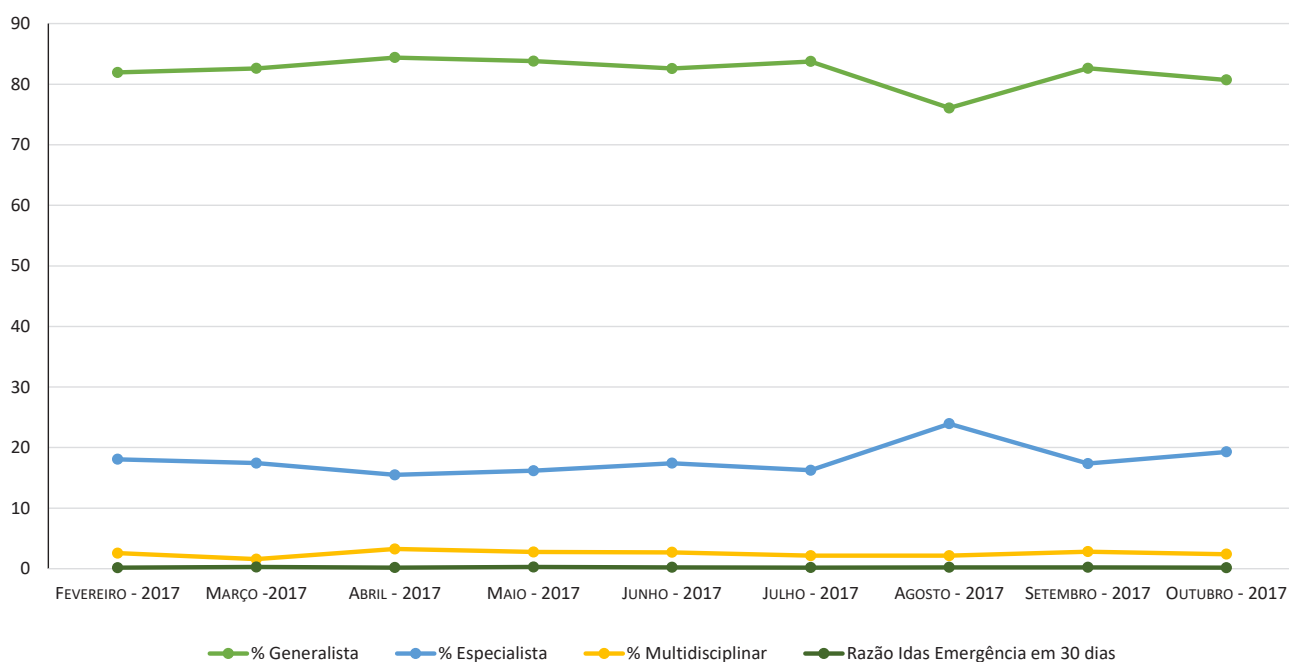
Um pequeno resumo dos dados informados:

- **População Alvo:** A população alvo foi definida dentro dos beneficiários ativos com idade igual ou acima de 60 anos, compreendendo cerca de 128 - 138 beneficiários.
- **Instrumentos de Avaliação do Idoso utilizados no projeto:** Para Avaliação Cognitiva - MEEM (Mini Exame do Estado Mental) - Para Depressão - EDG (Escala de Depressão Geriátrica) - Avaliação da Marcha - TUG (Timed Get Up and Go) - AVD/AIVD - Percentual de Autonomia / Dependência Parcial / Dependência Severa – Mini.
- **Se você utiliza Outros Instrumentos de Avaliação, que não os citados, descreva-os aqui:**
- IVCF 20, BRADEN, PPS E KPS
- **Para Atividades de Vida Diária (AVDs), quais instrumentos utiliza:** Escala de Atividades Básicas (escala de Katz).
- **Para Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), quais instrumentos utiliza:** LAWTON.
- **Adota Modelo de Remuneração Integrado com o Modelo Assistencial: não**

No Gráfico 31, encontra-se a evolução dos indicadores de Consultas e razão de idas à emergência em 30 dias, ao longo do ano, entre fevereiro e outubro de 2017. A operadora não informou os dados dos demais meses.

Como pode ser constatado, a proporção de consultas com generalistas é superior à proporção de consultas com especialistas e bastante superior à proporção de consultas com equipe multidisciplinar. A proporção de consultas com generalistas permanece quase constante ao longo do tempo, assim como a proporção de consultas com especialistas. A razão de idas às emergências era de cerca de 0,1% ao longo de 2017.

GRÁFICO 31: UNIMED SETE LAGOAS - PROPORÇÃO DE CONSULTAS E RAZÃO DE IDAS ÀS EMERGÊNCIAS EM 30 DIAS



Fonte: FormSus – Projeto Idoso Bem Cuidado

- No relatório final de atividades a operadora informa sobre os resultados obtidos com o projeto:
- Realizada a coordenação da educação continuada;
- Promoção da abordagem familiar, considerando o contexto socioeconômico e cultural em que a família se insere;
- Avaliação da condição e infraestrutura física do domicílio;
- Fornecimento de esclarecimentos e orientações à família;
- Monitoramento do estado de saúde do beneficiário, facilitando a comunicação entre família e equipe;
- Realização de reuniões com a família do beneficiário para o planejamento da linha de cuidado e discussão da condição de saúde;
- Otimização do cumprimento do plano de cuidados;
- Registro no prontuário domiciliar e no do Serviço de Saúde Integral da Unimed;
- Orientação da família sobre sinais de gravidade e condutas a serem adotadas;
- Assistência à família no pós-óbito com o encontro de perdas;
- Avaliação do usuário por outras categorias profissionais, após discussão de caso;
- Identificação das fragilidades da intervenção da equipe “linhas de cuidado”;
- Realização de melhorias no gerenciamento relacionados à assistência dos pacientes;
- Análise do fluxo de utilização de beneficiários fora da área de abrangência (intercâmbio);

- Realização da contrarreferência aos médicos, que encaminham o beneficiário para atendimento domiciliar;
- Compreensão das necessidades biopsicossociais dos pacientes e proposição de soluções em saúde.

O grande desafio, apontado pela operadora, é o de dispor de uma Tecnologia de Informação e Comunicação (TIC's) que permita a informação em tempo real, de forma clara e concisa, sobre a utilização do beneficiário na rede. Importante também é levantar outros indicadores relacionados à população alvo do Projeto Piloto, no qual pode ser citado o Índice de retorno ao médico de referência.

3.35- USISAUDE

USISAÚDE (Registro ANS nº 339954) é uma operadora do segmento filantrópico. A operadora iniciou o piloto em dezembro de 2014, tendo enviado os dados do projeto entre março e setembro de 2017.

De acordo com o projeto piloto, apresentado à ANS, a operadora utiliza a gestão da saúde como uma tecnologia leve, que tem como finalidade a promoção, a manutenção ou a recuperação da saúde, através de intervenções interdisciplinares capazes de prevenir, curar, controlar, reabilitar ou confortar, dependendo da condição clínica e funcional do paciente. Desta forma, a resposta do sistema de saúde às novas demandas associadas ao envelhecimento populacional torna indispensável a utilização de um “conjunto de tecnologias de gestão capazes de assegurar padrões ótimos de assistência à saúde, de forma resolutiva, eficiente, estruturada com base em evidências científicas, segura para o paciente e para os profissionais da saúde, oportuna, equitativa e ofertada de forma humanizada”. Segundo a operadora, esta tecnologia vem se mostrando um dos maiores desafios das sociedades contemporâneas.

Assim, a Fundação São Francisco Xavier, que é composta pela operadora de planos de saúde Usisaúde (150.000 vidas), pelo Hospital Marcio Cunha (530 leitos), e por uma Unidade de Oncologia e vários outros serviços, lançou-se ao desafio de promover profunda revisão e transformação no seu modelo de gestão em saúde. Foi buscado um referencial que assegurasse a centralidade no paciente e suas necessidades, estabelecendo uma nova relação desse cliente com os serviços, garantindo uma linha de cuidado coordenada e integrada, contrapondo-se à excessiva fragmentação, permitindo melhores resultados no controle de saúde da população e, por fim, fosse sustentável do ponto de vista econômico, eliminando os desperdícios.

Em março de 2014, a operadora relata que enviou um grupo para conhecer a CHA – Cambridge Healthcare Alliance, organização de saúde em Boston que guarda similaridade com a Fundação. Após a visita à CHA, foi adotado um modelo de gestão apoiado nos princípios da Atenção Primária a Saúde (APS) que, com muita técnica e ao mesmo tempo simplicidade, promove mudanças consistentes na gestão em saúde.

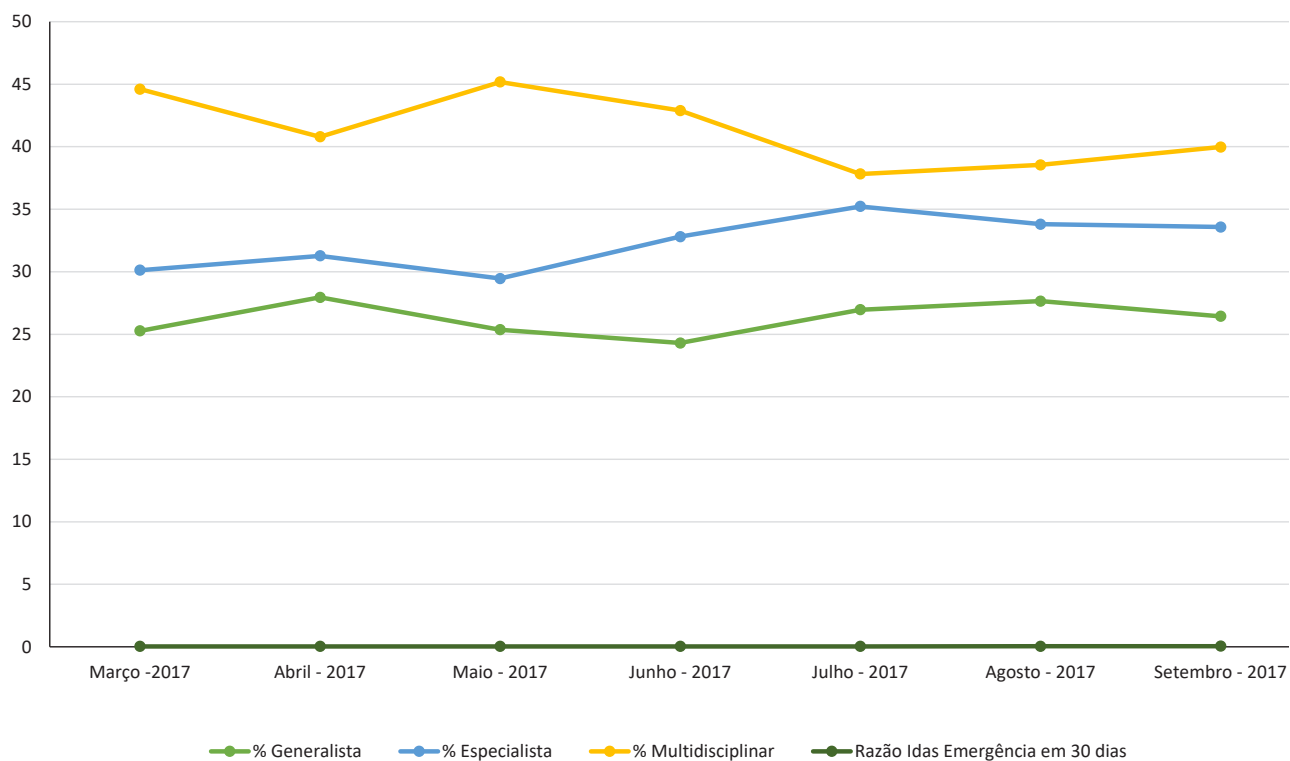
Assim, com o apoio da CHA, foi estruturada a primeira Unidade de Atenção Primária a Saúde Dr. Rob Janet da operadora. Neste remodelamento da atenção à saúde foi priorizado o atendimento à população idosa e seus familiares, na medida em que representam os principais utilizadores e, conseqüentemente, os maiores custos assistenciais. Assim, a FSFX desenvolveu um modelo misto de atenção à saúde, alicerçada nas premissas da atenção primária e no paradigma da saúde do idoso, denominado como **Gestão Integral da Saúde Centrada no Idoso (GISCI)**.

Um pequeno resumo dos dados informados:

- **População Alvo:** A população alvo foi definida dentro dos beneficiários ativos com idade igual ou acima de 60 anos, compreendendo cerca de 190 beneficiários.
- **Instrumentos de Avaliação do Idoso utilizados no projeto:** Outros.
- **Se você utiliza Outros Instrumentos de Avaliação, que não os citados, descreva-os aqui:** Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional (IVCF-20) - www.ivcf-20.com.br
- **Adota Modelo de Remuneração Integrado com o Modelo Assistencial:** Orçamento Global

No Gráfico 32, encontra-se a evolução dos indicadores de Consultas e razão de idas à emergência em 30 dias, ao longo do ano, entre fevereiro e outubro de 2017. A operadora não informou os dados dos demais meses.

GRÁFICO 32: USISAUDE - PROPORÇÃO DE CONSULTAS E RAZÃO DE IDAS ÀS EMERGÊNCIAS EM 30 DIAS



Fonte: FormSus – Projeto Idoso Bem Cuidado

Como pode ser constatado, a proporção de consultas com equipe multidisciplinar é superior à proporção de consultas com especialistas e bastante superior à proporção de consultas com generalistas. A proporção de consultas com generalistas permanece quase constante ao longo do tempo, assim como a proporção de consultas com especialistas. A razão de idas às emergências era de cerca de 0,1% ao longo de 2017.

A operadora não enviou o relatório final de atividades, como solicitado.

IV - PRINCIPAIS RESULTADOS, LIMITES OBSERVADOS E QUESTÕES A INVESTIGAR

Em primeiro lugar, deve ser destacado que os resultados do Projeto Idoso Bem Cuidado devem ser compreendidos levando-se em conta suas limitações, sejam aquelas associadas ao número de instituições participantes, bem como à regularidade, quantidade e qualidade dos dados informados pelos participantes do Projeto.

O limite relacionado a dados captados é frequente em projetos onde a participação é voluntária. Para gerir esse risco inerente, a equipe técnica da ANS instituiu uma série de controles, de modo a reduzi-lo a um nível tolerável. Desta forma, a rotina do Projeto incluiu a realização de 4 reuniões presenciais e 22 reuniões à distância, com temáticas que exploravam a troca de conhecimentos e experiências entre os participantes visando identificar boas práticas, dificuldades maiores e possíveis soluções. Esses diálogos abrangiam inclusive problemas do dia-a-dia dos serviços, em abordagem prática. Além disso, a equipe técnica da Agência mantinha-se o mais disponível possível durante o período para prestar orientações e esclarecimentos individualizados, sob demanda, tanto por telefone quanto por e-mail. Paralelamente, foi realizada uma série de visitas técnicas¹³ para conhecer *in loco* experiências de destaque, cuja observação permitiu enfatizar a relevância do Coordenador do Cuidado ou Navegador do Paciente para obter resultados mais expressivos em termos de incremento de qualidade. Talvez a dificuldade observada na consistência dos dados para verificação dos resultados pudesse ter sido atenuada com um monitoramento ainda mais próximo por parte da ANS, fosse por reuniões remotas de acompanhamento, fosse por intermédio de auditorias ou de um número maior de visitas técnicas. Entretanto, à época, não foi possível dispor de recursos humanos ou tecnológicos para incrementar esse acompanhamento.

Ainda no que se refere a dados, foi observado na prática que parte das operadoras de planos e prestadores de serviços participantes ainda carece de profissionais preparados para trabalhar com dados e com avaliação da qualidade, sobretudo em sistemas de informação. Tratam-se de habilidades e práticas indispensáveis à adequada gestão da saúde hoje, a qual a ANS espera que as empresas do setor possam aderir de forma crescente, comprometida e continuada.

Um limite técnico relevante foi a falta de parametrização inicial dos projetos-piloto especificados por cada participante. Por exemplo, o tamanho da população-alvo de idosos variou muito entre os participantes. Se por um lado essa liberdade permitiu registrar diversos tipos de projetos-piloto, por outro dificultou a comparabilidade entre os resultados ao final, sobretudo em relação a variáveis como o já citado tamanho da população-alvo. Ademais, essa diversidade tornou difícil adotar uma mesma metodologia de análise das variáveis, sem desprezar especificidades de cada piloto.

Adicionalmente, é importante ressaltar que os projetos-piloto foram observados por apenas doze meses, e que mesmo nesse período foram considerados dados de 6 a 12 meses, o que pode ser considerado pouco tempo de monitoramento para avaliar a sustentabilidade dos modelos e seus resultados.

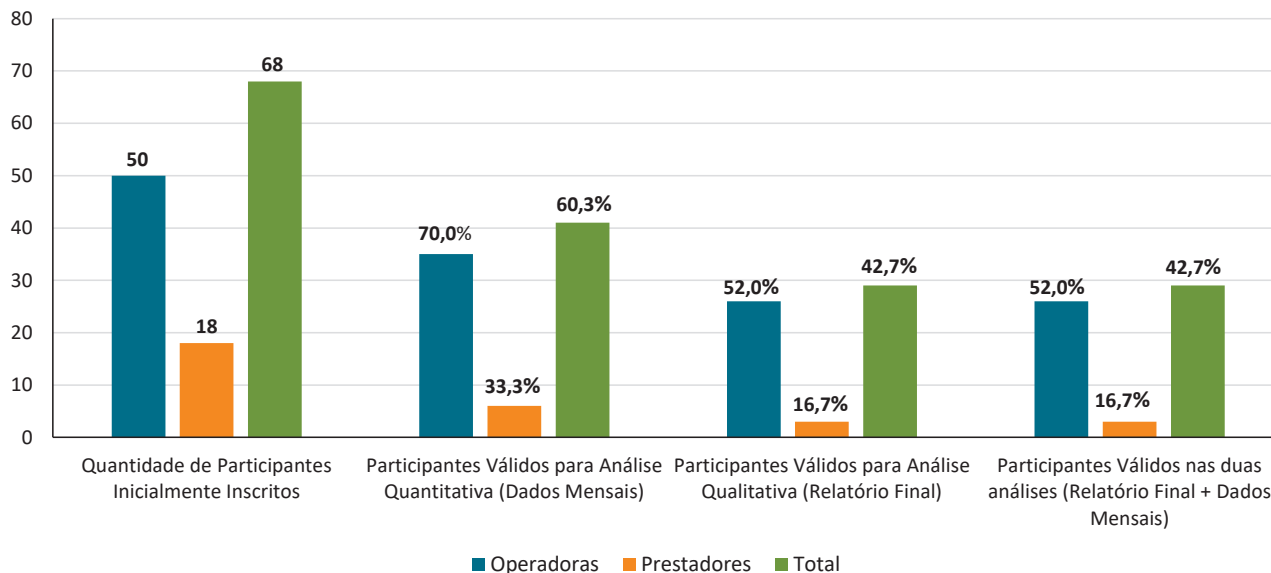
De acordo com o cronograma organizado pela ANS, em outubro de 2016 deveriam ser iniciados os projetos pilotos, tendo sido determinado que os indicadores da qualidade do projeto fossem acompanhados por 12 meses, até outubro de 2017

Inicialmente, inscreveram-se 18 prestadores e 50 operadoras, entretanto, nem todos os inscritos informaram seus indicadores durante todo o tempo de duração do piloto (outubro de 2016 a outubro de 2017). Portanto, ao final do Projeto, constatou-se que uma parcela considerável dos indicadores havia sido informada de modo muito irregular. Para restringir os resultados à análise quantitativa dos dados mais consistentes, o presente relatório concentrou-se apenas nos participantes que informaram os indicadores via plataforma *FormSus* para pelo menos 6 meses, desconsiderando os resultados parciais informados pelos demais participantes inicialmente previstos – Gráfico 30.

Já a análise qualitativa foi realizada a partir de relatório solicitado pela Agência ao final do Projeto, que também registrou adesão limitada por parte dos participantes – Gráfico 33.

13 Unimed Norte de Minas, Unimed Manaus.

GRÁFICO 33: ADEÇÃO DOS PARTICIPANTES INSCRITOS E AMOSTRA VÁLIDA PARA AS ANÁLISES QUANTITATIVA E QUALITATIVA



Fonte: ANS, Elaboração própria.

4.1 – ANÁLISE QUANTITATIVA

Considerando os limites expostos, passemos aos destaques da análise quantitativa, com uma síntese dos projetos dos prestadores de serviços de saúde. A amostra válida está enumerada na Tabela 6, que sintetiza o escopo dos projetos-piloto e a adesão à prestação de informações.

TABELA 6: PROJETO IDOSO BEM CUIDADO: ESCOPO DOS PROJETOS E INFORMAÇÕES ENVIADAS PELOS PRESTADORES PARTICIPANTES

Nº	Prestador	CNES	Início Piloto	Pop. Alvo (anos)	Nº Benef. Participantes	Meses informados	Relatório?
1	HCOR – Sírio	2081288	fev. 2017	> 59	339 – 400	6	Sim
2	Hospital SacreCoeur	6859852	out. 2016	> 59	25 – 30	9	Não
3	Hospital Personal	5607442	jan. 2017	> 59	80 – 90	7	Não
4	Clínica Mais 60 Saúde	7637853	julho 2015	> 59	1.000 - 1.200	8	Sim
5	MedSênior (SAMEDIL)	7960220	nov. 2016	> 59	400 - 1.000	8	Sim
6	São Francisco Saúde	3446808	set. 2016	> 59	1.000 - 1.400	6	Não

Fonte: FormSus – Idoso Bem Cuidado

Como pode ser observado na Tabela 6, todos os prestadores trabalharam com uma população com mais de 59 anos, por cerca de 6 a 9 meses, nos seus pilotos. A população abrangida pelo projeto-piloto não foi homogênea, variando de 30 (Hospital SacreCoeur) a 1.400 (São Francisco Saúde). Dos 6 prestadores participantes que enviaram dados por pelo menos seis meses, apenas 3 enviaram o relatório final de atividades.

Dados os limites já expostos da amostra válida e considerando-se a realidade do cenário brasileiro, intentou-se priorizar na análise quantitativa aspectos relacionados a quatro dos indicadores, a saber:

- Proporção de consultas com especialistas;
- Proporção de consultas com generalistas;
- Proporção de consultas com equipe multiprofissional;
- Idas à emergência.

O intuito de destacar entre os indicadores as proporções de consultas com médicos especialistas, consultas com médicos generalistas e/ou com equipe multiprofissional e idas à emergência por parte dos idosos se justificaria porque, ainda que não tenham sido pré-determinados no início do projeto como variáveis ou indicadores-chave, verificar possíveis correlações entre esses indicadores seria pertinente devido à configuração da assistência na saúde suplementar hoje e de como se comporta e é assistido o idoso nesse contexto – baixa oferta ou baixa adesão/frequência a serviços continuados ou preventivos, com conseqüente recurso aos serviços de emergência em situações imprevistas. Assim, a intenção seria verificar se, ao longo do ano do Projeto, teria havido diminuição da proporção de consultas com médicos especialistas, acompanhada de aumento da proporção de consultas com médicos generalistas e/ou com equipe multiprofissional, além de redução de idas à emergência por parte dos idosos. A hipótese seria de que uma assistência mais continuada e preventiva à saúde dos idosos contribuiria para a redução das idas à emergência.

Desta forma, na Tabela 7, selecionamos dois desses indicadores-chave: proporção de consultas com especialistas e proporção de consultas com generalistas. Pretendia-se avaliar se um incremento no percentual de consultas com generalistas seria acompanhada de um decréscimo no percentual de consultas com especialistas, porém a variabilidade observada foi grande, não permitindo correlacionar as variáveis.

TABELA 7: PROPORÇÃO DE CONSULTAS COM MÉDICOS GENERALISTAS E MÉDICOS ESPECIALISTAS NOS PROJETOS DOS PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE.

Prestador	Consultas Generalistas (%)		Consultas Especialistas (%)	
	Início	Final	Início	Final
HCOR – Sírio	7,0	9,3	53,0	41,8
Hospital SacreCoeur	10,0	23,1	80,0	80,8
Hospital Personal	25,0	20,0	25,0	20,0
Clínica + 60 Saúde	7,0	10,0	14,0	10,0
MedSênior (SAMEDIL)	92,9	95,4	7,1	4,6
São Francisco Saúde	29,1	44,7	22,3	38,8

Fonte: FormSus – Idoso Bem Cuidado

Ainda dentro dos limites expostos (amostra válida), analisaremos agora a síntese dos projetos das operadoras de planos de saúde. A amostra válida está enumerada na Tabela 8, que sintetiza o escopo dos projetos-piloto e a regularidade do envio de informações.

TABELA 8: PROJETO IDOSO BEM CUIDADO: ESCOPO DOS PROJETOS E INFORMAÇÕES ENVIADAS PELAS OPERADORAS PARTICIPANTES

N	Operadora	Reg.ANS	Início Piloto	População Alvo (anos)	Nº Benef. Participantes	Meses Informados	Relatório?
1	ASFEB	335754	Jan 2016	> 59	1.100	12	Não
2	BioVida Saúde	415111	Out 2016	60 – 65	300	12	Sim
3	Caberj	324361	junho 2016	> 59	3.500	9	Sim
4	Cafaz	359122	agosto 2016	> 59	500	8	Sim
5	Camed Saúde	385697	set 2016	> 59	250	9	Sim
6	Central Nacional Unimed	339679	julho 2015	> 59	3.600 - 4.500	9	Sim
7	Clinipam	340782	agosto 2016	> 59	1.500 - 2.000	7	Não
8	Economus	342611	jan 2017	> 64	430	10	Não
9	FUNDAFFEMG	315567	março 2017	> 59	387	8	Sim
10	Geap Saúde	323080	fev 2017	> 59	4.000	9	Sim
11	Notre Dame Intermédica	359017	out 2016	> 59	1.700 - 5.700	8	Sim
12	Pasa Saúde (Vale)	331988	set 2016	> 59	300 - 600	9	Sim
13	Plano Amazônia Saúde	419052	set 2016	> 59	190	9	Sim
14	Santa Helena Saúde	355097	set 2016	> 59	3.700 - 3.900	9	Sim
15	São Cristóvão Saúde	314218	jan 2017	> 59	1.200	9	Sim
16	Sobam	326500	out 2016	> 59	600 - 700	8	Sim
17	Sul América Saúde	416428	jan 2017	> 64	7.200 - 12.200	10	Sim
18	Unimed Belém	303976	set 2016	> 59	381	10	Sim
19	Unimed Belo Horizonte	343889	fev 2016	> 59	23.700	8	Sim
20	Unimed Campinas	335690	jan 2017	> 59	190	9	Não
21	Unimed Ceará	321958	maio 2016	> 54	2.000	9	Sim
22	Unimed Erechim	357022	set 2016	> 64	2.600	9	Sim
23	Unimed Fortaleza	317144	junho 2016	> 59	3.700	9	Sim
24	Unimed Franca	354783	set 2016	> 59	550	9	Não
25	Unimed Goiânia	382876	nov 2016	> 59	3.700 - 3.900	9	Sim
26	Unimed Juiz de Fora	306886	julho 2016	> 59	6.000	9	Sim
27	Unimed Litoral	303356	out 2016	> 64	600 - 700	9	Não
28	Unimed Noroeste RS	357260	out 2016	> 59	200 - 300	9	Não
29	Unimed Norte de Minas	315494	dez 2016	> 59	40 - 70	7	Não
30	Unimed Paraná	312720	nov 2016	> 59	400 - 500	10	Não
31	Unimed Pelotas	311375	março 2017	> 59	558	8	Sim
32	Unimed Poços de Caldas	316148	out 2016	> 59	620	8	Sim
33	Unimed São Carlos	354031	jan 2017	> 59	120 - 200	10	Sim
34	Unimed Sete Lagoas	349534	fev 2017	> 59	138	10	Sim
35	UsiSaúde	339954	dez 2014	> 59	190	7	Não

Fonte: FormSus – Idoso Bem Cuidado

Como pode ser observado na Tabela 8, a maioria dos projetos das operadoras abrangeu a população com mais de 59 anos (60 anos ou mais, definição de idoso pela Lei nº 10.741, de outubro de 2003 - Estatuto do Idoso) com algumas exceções, a saber: BioVida Saúde – 60 a 65 anos; Unimed Ceará – > 54 anos; Economus, Sul América Saúde, Unimed Erechim e Unimed Litoral – > 64 anos. O tamanho da população abrangida pelo projeto-piloto não foi homogênea, variando de 70 (Unimed Norte de Minas) a 23.700 (Unimed Belo Horizonte). Dentre as 35 operadoras de planos de saúde válidas para a análise de dados, 21 empresas (60%) enviaram o relatório final.

Na Tabela 9, de maneira análoga ao que foi apresentado a respeito dos projetos de prestadores de serviços na Tabela 7, foram selecionados dois dos indicadores-chave do Projeto: proporção de consultas com especialistas e proporção de consultas com generalistas, considerando agora somente os projetos das operadoras. Ressalta-se que o que se pretendia avaliar era a ocorrência de um incremento no percentual de consultas com generalistas, acompanhado de um decréscimo no percentual nas consultas com especialistas, porém uma vez mais a variabilidade observada foi grande, não permitindo observar um comportamento constante.

TABELA 9: PROPORÇÃO DE CONSULTAS COM MÉDICOS GENERALISTAS E MÉDICOS ESPECIALISTAS NOS PROJETOS DAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE.

Operadora	Consultas Generalistas (%)		Consultas Especialistas (%)	
	Início	Final	Início	Final
ASFEB	41,0	50,0	34,0	24,0
BioVida Saúde	7,0	10,0	18,0	23,0
Caberj	41,6	36,8	58,4	63,2
Cafaz	42,7	32,3	57,3	67,7
Camed Saúde	2,1	2,6	12,9	16,6
C. Nacional Unimed	14,0	23,3	81,4	77,3
Clinipam	40,1	39,4	46,6	48,3
Economus	4,0	2,0	95,0	98,0
FUNDAFFEMG	Não informou	Não informou	Não informou	Não informou
Geap Saúde	17,9	14,4	21,9	19,3
Notre Dame Intermédica	30,0	39,3	40,0	48,9
Pasa Saúde (Vale)	0,9	29,4	99,1	70,6
Plano Amaz. Saúde	35,0	18,0	9,0	13,0
Santa Helena Saúde	33,0	34,0	16,0	18,0
São Cristóvão Saúde	35,0	39,8	65,0	60,2
Sobam	22,7	25,3	38,7	42,6
Sul América Saúde	98,8	97,1	0,0	0,6
Unimed Belém	5,7	4,0	83,9	68,2
Unimed Belo Horizonte	14,3	14,0	79,2	78,9
Unimed Campinas	Não informou	Não informou	Não informou	Não informou
Unimed Ceará	40,0	20,0	63,0	65,0
Unimed Erechim	0,7	0,9	5,5	6,0
Unimed Fortaleza	Não informou	Não informou	Não informou	Não informou
Unimed Franca	76,9	68,3	23,1	31,7
Unimed Goiânia	1,5	1,6	16,2	16,0

Operadora	Consultas Generalistas (%)		Consultas Especialistas (%)	
	Início	Final	Início	Final
Unimed Litoral	8,0	6,0	17,0	15,0
Unimed Noroeste RS	9,4	14,3	31,8	27,1
Unimed Norte de Minas	65,0	77,0	35,0	22,0
Unimed Paraná	9,8	8,4	90,2	91,6
Unimed Pelotas	7,7	7,9	15,4	21,7
Unimed Poços de Caldas	51,0	93,0	27,0	24,0
Unimed São Carlos	6,8	6,5	93,2	93,5
Unimed Sete Lagoas	81,9	80,7	18,1	19,3
UsiSaúde	28,0	26,4	31,3	33,6

Fonte: FormSus – Idoso Bem Cuidado

Portanto, infelizmente, a irregularidade dos dados e o curto período do Projeto impediram a verificação da hipótese inicial de que a diminuição da proporção de consultas com médicos especialistas, acompanhada de aumento da proporção de consultas com médicos generalistas e/ou com equipe multiprofissional, seria acompanhada de redução de idas à emergência por parte dos idosos. Essa hipótese resta como sugestão de verificação para estudos futuros.

Apesar da dificuldade enfrentada nessa verificação, a importância técnica da razão entre consultas com especialistas e consultas com generalistas foi reconhecida junto às clínicas e hospitais dedicados à atenção à saúde do idoso no momento em que este indicador foi incorporado ao Programa QUALISS - Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde¹⁴.

Cabe enfatizar que, partindo da realidade da atenção à saúde do idoso no Brasil, a principal meta do Projeto Idoso Bem Cuidado foi a melhoria da qualidade e da coordenação do atendimento prestado, desde a porta de entrada do sistema e ao longo do cuidado. Nesse sentido, cabe recordar que o modelo proposto é composto por cinco níveis hierarquizados de cuidado: (1) acolhimento, (2) núcleo integrado de cuidado, (3) ambulatório geriátrico, (4) cuidados complexos de curta duração e (5) cuidados de longa duração. E que, nessa estrutura, há um destaque fundamental para os três primeiros níveis, as instâncias leves de cuidado. Por isso, sugeriu-se aos participantes que se concentrassem nesses três níveis de cuidado.

Quanto a inovações no modelo de remuneração, preliminarmente, vale destacar que, buscando nortear o debate, a ANS montou um Grupo de Trabalho (GT) sobre Modelos de Remuneração¹⁵, composto por representantes de entidades médicas, de prestadores de serviços, de operadoras e de universidades, além de outros agentes interessados na questão. O intuito é discutir modelos inovadores e alternativos ao *fee for service*, dominante no Brasil. A premissa norteadora do GT de Modelos de Remuneração é que as formas de pagamento são indutoras de mudança do modelo de prestação de serviços, impactando toda a cadeia de produção em saúde, inclusive nas relações entre os diversos atores envolvidos (ANS, 2016).

No âmbito do Idoso Bem Cuidado, a respeito da adoção de Modelo de Remuneração integrado com o Modelo Assistencial¹⁶ ¹⁷, observou-se que, na amostra válida, a minoria dos participantes se dispôs a incluir esse componente em sua experiência. Apenas 17 operadoras relataram usar algum modelo inovador. Dentre os prestadores, apenas 4 testaram modelos inovadores. Os participantes que aplicaram modelos de remuneração associados a resultados utilizaram distintos modelos, destacando-se: hora trabalhada, modalidades de pagamento por performance (sigla inglesa, P4P) e orçamento global. Apenas uma das operadoras relatou adotar os Grupos de Diagnósticos Homogêneos – sigla inglesa, DRG. Algumas hipóteses poderiam ajudar a compreender

14 O Programa QUALISS foi estabelecido pela RN 405, de maio de 2016 e consiste no estabelecimento de atributos de qualificação relevantes para o aprimoramento da qualidade assistencial oferecida pelos prestadores de serviços, bem como na avaliação da qualificação desses prestadores de serviços de saúde e na divulgação dos atributos de qualificação, tais como: acreditação, segurança do paciente, qualificação profissional, monitoramento da qualidade por meio de indicadores etc.

15 Para saber mais sobre Modelos de Remuneração, conheça o registro de apresentações e discussões ocorridas ao longo do Grupo Técnico de Modelos de Remuneração em: <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/camaras-e-grupos-tecnicos/grupo-tecnico-de-remuneracao>, acessado em 09/01/2018.

16 Para saber mais sobre Modelos de Remuneração e saúde dos idosos, consulte "Experiências de financiamento da saúde dos idosos em países selecionados: relatório executivo", ANS, 2011, disponível na Biblioteca da ANS, em <http://www.ans.gov.br/biblioteca/index.html>, acessado em 09/01/2018.

17 Recomenda-se também a leitura do Capítulo 9 – Modelos de Remuneração de Prestadores de Serviços Oncológicos, da publicação Projeto Oncorede: a (re)organização da rede de atenção oncológica na saúde suplementar, ANS, 2016, RJ, acessado em http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/FINAL_publicacao_oncorede3.pdf, em 16/01/2019.

o comportamento de baixa adesão a modelos inovadores: falta de segurança quanto ao conhecimento técnico de modelos de remuneração, falta de diálogo, indisponibilidade ou incapacidade de negociação com as equipes, receio de identificar um modelo que se torne viável e favorável na prática da(o) operadora/prestador e que contribua para fomentar uma inovação para a qual parece haver resistência, entre outras. O piloto não investigou, mas permite questionar essas causas, que permanecem como possibilidade de aprofundamento em experiências futuras. A Tabela 10 sintetiza as respostas recebidas sobre o tema.

TABELA 10: MODELOS DE REMUNERAÇÃO INOVADORES ADOTADOS NOS PROJETOS DAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE E PRESTADORES DE SERVIÇOS

Modelo de Remuneração	N	%
Capitação (Prepaid/Capitation)	1	2,44%
Capitação (Prepaid/Capitation) + Outras modalidades (P4P)	1	2,44%
DRG + Capitação + Outras modalidades (P4P)	1	2,44%
Capitation + Outras modalidades (P4P)	1	2,44%
Hora Trabalhada	5	12,20%
Orçamento Global	2	4,88%
Orçamento Global + Hora Trabalhada	1	2,44%
Outras modalidades (P4P)	3	7,32%
Orçamento Global + Capitation + Outras modalidades P4P	1	2,44%
Hora Trabalhada + Outras modalidades (P4P)	1	2,44%
Não usa	24	58,54%

Fonte: FormSUS, ANS, Elaboração própria.

A adoção de novos modelos de remuneração no Brasil, em particular na saúde suplementar, ainda é notadamente um grande desafio a ser enfrentado, o que justifica o papel da ANS de facilitar o diálogo entre todos os atores e induzir a adoção de modelos inovadores com vistas a melhorar a efetividade do sistema de saúde sem perda da qualidade. Nesse sentido, como resultado do trabalho do GT de Modelos de Remuneração, a ANS editou um documento que objetiva instrumentalizar operadoras e prestadores interessados em estabelecer experiências concretas de adoção de modelos de remuneração inovadores baseados em valor. O documento contém consistente descrição teórica dos modelos de remuneração, e, a partir dele, a Agência pretende acompanhar algumas experiências voluntárias de livre negociação entre operadora e conjunto de prestadores.

4.2 – ANÁLISE QUALITATIVA

Passa-se agora aos resultados colhidos a partir da análise qualitativa dos relatórios finais informados pelos participantes. Cabe ressaltar que essas análises carregam certa subjetividade (o olhar de quem as produziu), o que é inerente à metodologia adotada. Em outras palavras, os resultados das análises temáticas não se esgotam em si e outros agrupamentos seriam possíveis. Vale observar também que a seleção de trechos dos textos não foi exaustiva.

Os textos dos relatórios finais das operadoras de planos e dos prestadores de serviços de saúde enviados à ANS foram o objeto da análise temática, em 4 diferentes versões.

Quanto ao método, inicialmente, buscou-se dividir o conteúdo em dois grupos de acordo com as ideias expressas: resultados e desafios. Em seguida, em cada um desses grupos, as sentenças foram destacadas a partir dos verbos de ação. Essas sentenças foram então reunidas em agrupamentos. Cada um dos agrupamentos deu origem à organização de um diagrama. Os diagramas resultantes serão descritos e apresentados a seguir.

Na primeira análise temática, os resultados e desafios apontados nos textos dos relatórios finais foram identificados a partir das sentenças selecionadas como centrais nas ideias dos textos dos relatórios e agrupados a partir de temas ou palavras que emergiram dos próprios textos, como mais evidentes. As sentenças desses agrupamentos foram sintetizadas e organizadas nos diagramas subsequentes (Infográficos 5 e 6). Considerando-se especificamente os conjuntos de sentenças resultantes dessa Análise Temática por Temas Centrais, foi elaborado um diagrama de resultados, com os principais resultados identificados. Esse conteúdo foi desenvolvido de forma não exaustiva, tendo sido priorizadas as sentenças semanticamente mais relacionadas a resultados concretos, específicos (ex.: “Estratégia de Acolhimento Ativo para captação de clientes eficaz para a divulgação do projeto e, ao mesmo tempo, facilitou a criação de vínculo com a equipe”) e evitadas formulações mais genéricas (ex.: “Reestruturação do modelo de atenção à saúde do idoso”, “Realização de melhorias no gerenciamento relacionados à assistência dos pacientes”).

Os desafios foram redigidos em forma de direcionadores para a ação.

INFOGRÁFICO 5: ANÁLISE TEMÁTICA 1 - RESULTADOS POR TEMAS CENTRAIS

O quê? - RESULTADOS por TEMAS CENTRAIS	Como? - RESULTADOS
1. GESTÃO	Internações, custos assistenciais e sinistralidade reduzidos e acompanhamento com médico de referência incrementado
	Fluxo de controle de internações estabelecido, coordenado pelo gestor do Programa, determinando o acompanhamento diário do evento e facilitando o fluxo de informações entre a equipe assistente, a família e o paciente
	Foco no controle dos fluxos e processos próprios incrementado, incluindo gestão administrativa de infraestrutura
	Acolhimento Ativo para captação de clientes implementado, para divulgação do projeto e vínculo com equipe
	Coordenação do cuidado e controle dos recursos utilizados, evitando polifarmácia e exames desnecessários, e contribuindo na redução de reações adversas no idoso
2. NÍVEIS DE CUIDADO INTEGRADOS PROFISSIONAIS, E EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS	Médico de Referência e Navegador do Cuidado implementados, garantindo coordenação do cuidado, gestão e monitoramento ativo e contínuo dos idosos
	Fragilidades da intervenção da equipe “linhas de cuidado” identificadas
	Maior integração e melhor atendimento ao paciente alcançados por meio de reuniões semanais da equipe para discussão de caso, avaliação dos indicadores e estudos,
	Demandas de idosos/familiares centralizadas no Gerontólogo
	Coordenação do Cuidado: frequência da procura por emergência mantido e tempo de internação reduzido
	Atuação da equipe multiprofissional fortalecida e ampliada, desfazendo a percepção comum dos pacientes de que o cuidado é exclusivamente médico
Processo de transição equilibrado entre as instâncias de transição de cuidado ao idoso assegurado: hospitalização assistida e referenciada; internação com assistência clínica e institucional com apoio à família; alta com garantia de continuidade e atualização de plano terapêutico	
3. AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE RISCOS E DOENÇAS E DE PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO	Desenvolvidas Atividades e palestras para o envelhecimento ativo e autocuidado
	Criados subprojetos de prevenção de quedas, saúde mental, controle de peso, memória, ginástica multifuncional, relaxamento etc.
	Elaboradas soluções de saúde com base nas necessidades biopsicossociais dos pacientes compreendidas
4. MELHORIA DA QUALIDADE AFERIDA POR INDICADORES	Implementados indicadores: Relação especialista x generalista; Frequência de idas a emergência; Tempo Médio de Internação; Razão de Internação
	Aumento do número de consultas proporcionais aos médicos generalistas e equipe multiprofissional, com redução da procura aos especialistas, redução de idas à emergência, manutenção da taxa e redução do tempo de internação
	Melhoria dos indicadores de utilização em Pronto Socorro e internação

O quê? - RESULTADOS por TEMAS CENTRAIS	Como? - RESULTADOS
5. PROCESSOS, SISTEMAS, SERVIÇOS, FERRAMENTAS E TECNOLOGIAS	Serviço domiciliar fortalecido
	Desenvolvido Sistema informatizado de Navegação
	Implementados instrumentos de avaliação funcional dos idosos
	Otimizado o cumprimento do plano de cuidados
	Implementado Prontuário Eletrônico para registro no Centro de Saúde e na Atenção Domiciliar
6. CAPACITAÇÃO TÉCNICA	Implementada avaliação de desempenho entre equipes e disseminadas boas práticas
	Coordenada a educação continuada
	Assertividade nos atendimentos do geriatra percebida
7. PACIENTES E FAMILIARES	Estreitados os vínculos com os familiares e beneficiários assistidos no programa
	Promovida a abordagem familiar considerando o contexto socioeconômico e cultural
	Fornecidos esclarecimentos e orientações à família, incluindo sinais de gravidade e condutas a serem adotadas
	Realizadas reuniões com as famílias para planejamento da linha de cuidado e discussão da condição de saúde
	Assistidas as famílias no pós-óbito (encontro de perdas)
	Monitorado o estado de saúde do idoso
	Avaliadas o estado e a infraestrutura física do domicílio
8. MELHORIAS NA SAÚDE DOS IDOSOS	Adotados hábitos mais saudáveis
	Estimuladas a capacidade funcional, a autonomia, a autoestima e o bem-estar físico e mental do idoso
	Aumentada a capacidade cognitiva em idosos
	Diminuídos casos de depressão em idosos
	Gerenciados o controle alimentar e medicamentoso

INFOGRÁFICO 6: ANÁLISE TEMÁTICA 2 - DESAFIOS POR TEMAS CENTRAIS

O quê? - RESULTADOS por TEMAS CENTRAIS	Como? - RESULTADOS
1. PROCESSOS E SISTEMAS	Aprimorar infraestrutura de Tecnologia da Informação
	Incorporar serviços ao Projeto para promover cuidado coordenado, integral e contínuo
	Integrar sistemas de informação dos hospitais e clínicas com os da operadora
	Aprimorar levantamento do perfil epidemiológico da carteira e cruzamento com especialidades médicas utilizadas na rede credenciada
	Elaborar, testar e selecionar estratégias de captação de idosos
	Segmentar grupos por perfis
	Aprimorar monitoramento por indicadores
2. PROFISSIONAIS	Aumentar o número de médicos geriatras na cooperativa de saúde
	Ampliar a equipe multidisciplinar
	Estudar e implementar soluções alternativas para a insuficiência de geriatras na rede referenciada
	Testar novos modelos de remuneração (DRG, Capitação etc.) para estimular encaminhamento do idosos para o Programa por especialistas

O quê? - RESULTADOS por TEMAS CENTRAIS	Como? - RESULTADOS
3. PACIENTES E FAMILIARES	Desenvolver abordagem de captação da clientela de forma didática para contornar polifarmácia e descentralização de atendimento
	Fidelizar pacientes ao Médico de Referência (Médica de Família, Clínico Geral ou Geriatra) a fim de evitar consultas a especialidades diversas para diagnósticos, controle de patologias e exames
	Relacionar o usuário ao Gestor de Saúde (enfermeiro), incluindo acesso à Central de Atendimento 24h
	Sensibilizar idosos e familiares quanto aos benefícios da equipe de cuidado
	Garantir adesão dos familiares na nova atenção ao idoso, com foco em promoção de saúde, estímulo ao autocuidado e socialização
	Estimular engajamento da família no auxílio ao cuidado com o idoso
	Educar/informar sobre Coordenação/Navegação do Cuidado
	Dirimir risco de institucionalização da internação do idoso no domicílio (evitar redução da autonomia, melancolia e depressão)
	Reabilitar idosos com vulnerabilidade média
	Implementar estratégias específicas para homens (observada resistência a atividades coletivas)
4. COORDENAÇÃO/ NAVEGAÇÃO DO CUIDADO	Ampliar a Coordenação/Navegação do Cuidado para a Geriatria de alta complexidade
	Implantar a figura de navegador do cuidado do idoso para casos oncológicos
	Assegurar efetividade e tempestividade na coordenação/navegação do cuidado dos idosos
	Identificar e articular Coordenação/Navegação com os médicos de referência identificados

Em abordagem diferente das empreendidas nas análises temáticas 1 e 2, nos exercícios subsequentes partiu-se de ideias pré-estabelecidas nas orientações fornecidas para apoiar a proposição dos pilotos e buscou-se nos textos dos relatórios as sentenças que pudessem ser agrupadas segundo essas ideias iniciais. O conjunto de sentenças foi, portanto, mais restrito que o conjunto resultante das análises 1 e 2, pois foram incluídas somente as sentenças que tinham relação direta com essas ideias e excluídas aquelas que não apresentavam tal relação.

Na análise 3, tanto para Resultados quanto para Desafios, as sentenças foram agrupadas segundo os Níveis Hierarquizados de Cuidado, a saber: Nível 1 – Acolhimento; Nível 2: Centro Social Sanitário, Ambulatório Clínico e Centro Dia; Nível 3: Ambulatório Geriátrico, Atenção Domiciliar e Reabilitação; Nível 4: Curta duração – Atenção Domiciliar 3, Emergências e Internação de Casos Agudos, Hospital Dia e Hospice; Nível 5: Longa duração – Unidade de Reabilitação, Residência Assistida e Instituição de Longa Permanência de Idosos (ILPI).

Nos casos em que semanticamente não foi possível identificar com segurança se a atenção domiciliar citada nas sentenças se referia ao nível 3 ou 4, optou-se por alocar a sentença no nível 3, em função da prioridade orientada para o Projeto (níveis 1, 2 e 3).

Nesse sentido, a análise 2 permitiu evidenciar, pela semântica da descrição dos resultados, que a maior parte das experiências se concentrou nos três primeiros níveis hierarquizados do cuidado, como havia recomendado a ANS.

INFOGRÁFICO 7: MUDANÇAS POR NÍVEIS HIERARQUIZADOS DO CUIDADO

O quê? - RESULTADOS por TEMAS CENTRAIS	Como? - RESULTADOS
1. NÍVEL 1: ACOLHIMENTO	Aprimoramento da avaliação funcional e da atenção primária
	Avaliação da condição e infraestrutura física do domicílio
	Promoção da abordagem familiar e em grupos, com foco em promoção de saúde biopsicosocial, estímulo ao autocuidado e socialização, considerando o contexto socioeconômico e cultural
	Estratégia de Acolhimento Ativo para educação, divulgação do projeto e captação de idosos
	Implantar Navegador/Coordenador do Cuidado/Médico de Referência
2. NÍVEL 2: CENTRO SOCIAL SANITÁRIO, AMBULATÓRIO CLÍNICO E CENTRO DIA	Avaliar, selecionar e implementar instrumentos de avaliação funcional dos idosos nos atendimentos do CPS, nas visitas de acompanhamento e em grupos
	Navegador/Coordenador do Cuidado/Médico de Referência para coordenar, gerir e monitorar
	Fortalecimento da atuação e avaliação multiprofissional
3. NÍVEL 3: AMBULATÓRIO GERIÁTRICO, ATENÇÃO DOMICILIAR E REABILITAÇÃO	Registro no prontuário domiciliar e no Serviço de Saúde
	Estruturas de apoio ao cuidado integral e contínuo (cuidados de fim de vida, cuidados paliativos e atenção domiciliar)
	Ampliar clínicos gerais, geriatras e outros profissionais de saúde além do médico
	Desenvolver atividades para estimular mudança de estilo de vida
	Desenvolver abordagens de captação passiva e ativa
	Identificar problemas mais frequentes e desenvolver abordagens educativas específicas e preventivas (ex.: risco de queda)
	Caracterizar unidades como locais de integração de várias ações de educação, promoção e prevenção de saúde, através do centro de convivência, do serviço de reabilitação, serviço de apoio ao cuidado e ao autocuidado, apoio à família
	Instituir avaliação de desempenho entre equipes e disseminação de boas práticas
	Fortalecer serviço domiciliar

Na análise temática 3, as sentenças foram agrupadas segundo os eixos delineados para o Idoso Bem Cuidado, a saber: Reorganização da Prestação dos Serviços, Aperfeiçoamento dos Modelos de Remuneração e Indicadores de Qualidade, Equipe Multiprofissional, Sistema de Informação – Dados Portáteis, Avaliação Funcional, Coordenação do Cuidado a partir da Atenção Primária e Navegador do Cuidado

Como na análise 2 e de forma diversa da 1, partiu-se de ideias pré-estabelecidas nas orientações fornecidas para apoiar a proposição dos pilotos e buscou-se nos textos dos relatórios sentenças que pudessem ser agrupadas segundo essas ideias iniciais. O conjunto de sentenças foi, portanto, mais restrito que o conjunto resultante da análise 1, pois foram incluídas somente as sentenças que tinham relação direta com essas ideias e excluídas aquelas que não apresentavam tal relação.

INFOGRÁFICO 8: MUDANÇAS POR EIXOS DO PROJETO

O quê? - RESULTADOS por TEMAS CENTRAIS	Como? - RESULTADOS
1. REORGANIZAÇÃO DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS	Oferecer grupos educativos para pacientes e familiares sobre promoção e prevenção, envelhecimento ativo e autocuidado, favorecendo mudança, socialização e visão do envelhecimento como fase do ciclo da vida alegre e de novas descobertas
	Caracterizar unidades como local de integração de ações de educação, promoção e prevenção de saúde, através de centro de convivência, serviço de reabilitação, serviço de apoio ao cuidado e ao autocuidado, apoio à família
	Coordenar educação continuada dos profissionais
	Fortalecer serviço domiciliar
	Fazer reuniões com famílias para planejar linha de cuidado, monitorar riscos e compreender condições biopsicossociais de saúde
	Estratégia de Acolhimento Ativo para educação, divulgação do projeto e captação de idosos
	Estabelecer Navegador/Coordenador do Cuidado e seus controles e fluxos de informações
	Desenvolvimento da gestão de saúde em equipes multidisciplinares
	Criação de time de gestão da informação e apuração de indicadores
	Articular referência/contra-referência
Instituir Central de Atendimento 24h	
2. EQUIPE MULTIPROFISSIONAL	Instituir Coordenador do Cuidado/Navegador para gestão e monitoramento dos idosos
	Favorecer médico de família/geriatra/gerontólogo/clínico geral de referência
	Compor equipes multiprofissionais
	Instituir de desempenho entre equipes e disseminação de boas práticas
	Fortalecer e ampliar a atuação da equipe multiprofissional, transformando a percepção do cuidado
	Instituir Coordenador do Cuidado/Navegador para gestão e monitoramento dos idosos
3. SISTEMA DE INFORMAÇÃO – DADOS PORTÁVEIS	Reunir equipe semanalmente para discussão de casos e avaliação por outras categorias profissionais
	Aprimorar prontuário eletrônico
	Criar e compartilhar relatórios
	Instituir/aprimorar telemonitoramento
4. AVALIAÇÃO FUNCIONAL	Integração de sistemas de informação do prestador e da operadora para viabilizar cuidado coordenado, integral e longitudinal, que contribua para a Navegação do Cuidado
	Avaliar e selecionar instrumentos de avaliação funcional, cognitiva e emocional
	Aplicar instrumentos no Pré-Atendimento
5. COORDENAÇÃO DO CUIDADO A PARTIR DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E NAVEGADOR DO CUIDADO	Reaplicar ao longo do percurso para acompanhar evolução
	Implantar Navegador do Cuidado do Idoso
	Treinar equipe para cooperar na Navegação do Cuidado
	Desenvolver mecanismos de apoio à fidelização do idoso ao Coordenador do Cuidado
	Informar e educar idoso e família sobre Coordenador do Cuidado
Intensificar monitoramento ativo dos idosos	

Na análise 4, as sentenças foram agrupadas em uma síntese das mudanças, em uma disposição de ideias mais concisa e direcional.

INFOGRÁFICO 9: MUDANÇAS SINTETIZADAS

O quê? - RESULTADOS por TEMAS CENTRAIS	Como? - RESULTADOS
1. INTEGRAR EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS	Estabelecer rotinas de compartilhamento de conhecimentos e informações
	Coordenar educação continuada
	Avaliar e ajustar profissionais disponíveis (gerontólogos, geriatras, clínicos gerais, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, enfermeiros etc.)
2. EMPODERAR IDOSOS E FAMÍLIAS COMO CORESPONSÁVEIS PELO CUIDADO	Fazer reuniões com a família para planejar linha de cuidado e discutir condições biopsicosociais de saúde
	Promover oficinas com pacientes/famíliares em promoção de saúde, autocuidado e socialização
	Favorecer relação com Navegador do Cuidado e generalista ou geriatra (médico de referência)
	Estimular envelhecimento ativo e autocuidado, favorecendo visão do envelhecimento como fase do ciclo da vida alegre e de novas descobertas
3. REORGANIZAR O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO E A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS	Reorganizar equipes
	Instituir gestão do Projeto
	Implementar estratégias de acolhimento e acompanhamento ativo dos idosos
	Instituir Navegador do Cuidado
	Implementar ambulatório geriátrico
	Articular sistemática com médicos de referência
	Fortalecer serviço domiciliar
	Adaptar ambiente físico das unidades como local de integração de várias ações de educação, promoção e prevenção de saúde, e assistência
	Testar modelos de remuneração combinados com resultados em saúde
Instituir ou aprimorar Avaliação Funcional	
4. ESTRUTURAR SISTEMAS DE INFORMAÇÃO QUE PERMITAM O CUIDADO CONTÍNUO	Monitorar Indicadores de Qualidade baseados em evidências científicas e divulgar para equipes e sociedade
	Rotina de feedback aos prestadores do cuidado
	Telemonitorar idosos ao longo da rede e do cuidado

Finalmente, com os dados coletados e os relatórios resultantes do Projeto-Piloto, não é possível concluir se houve ou não melhoria da qualidade de forma sustentável, uma vez que o acompanhamento foi por um período médio de 8 meses, restrito para avaliar o aspecto da sustentabilidade.

De qualquer modo, destaca-se a natureza primordial do Projeto: trata-se aqui de educação, formação e fortalecimento de uma nova cultura assistencial, esforços cuja natureza se percebe de forma contínua e a longo prazo. Ainda que seja fundamental estabelecer parâmetros com bases científicas e mensurar resultados, indicadores constituem um meio e não um fim em si. Nesse sentido, o Projeto teve êxito ao treinar os participantes a respeito de ideias e práticas de monitoramento da qualidade. Em síntese, pode-se afirmar que seguramente houve indução de mudança do modelo de atenção à saúde da população de beneficiários idosos na saúde suplementar entre as instituições efetivamente participantes, e que bases importantes foram constituídas para encaminhamentos futuros na regulação exercida pela ANS.

V - CONSIDERAÇÕES FINAIS E POSSIBILIDADES FUTURAS

Como destacado no trecho inicial desta publicação, o Projeto Idoso Bem Cuidado constituiu-se por uma iniciativa da ANS em parceria com diversas instituições comprometidas com a investigação e a implementação de medidas na área do envelhecimento ativo, da qualidade da atenção à saúde, dos custos e gastos em saúde e da remuneração de prestadores. O objetivo do Projeto foi fomentar e estudar a experimentação de modelos inovadores de atenção à saúde que contemplassem as necessidades em saúde específicas dos beneficiários de planos de saúde da terceira idade.

Deve-se ressaltar que os resultados do Projeto indicaram importantes melhorias no sentido da reorganização do modelo de atenção à saúde do idoso e da prestação de serviços e do fortalecimento da participação de idosos e familiares no cuidado à saúde, o que está de acordo com o escopo inicial do Projeto de incentivar modelos inovadores de atenção à saúde, que contemplassem as necessidades em saúde específicas dos idosos beneficiários de planos de saúde.

Nessa perspectiva, pode-se afirmar que o Projeto Idoso Bem Cuidado foi efetivo, pois, atingiu seus objetivos iniciais. Além disso, considerando-se que a regulação é uma maneira contemporânea do Estado de atuar com vistas a promover o bem-estar da população¹⁸, o Projeto também esteve alinhado à missão institucional da ANS¹⁹, isto é, promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais - inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores - e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país.

O projeto surgiu da necessidade de melhorar o cuidado aos idosos que possuem planos privados de saúde no Brasil, bem como da importância de se debater e reorientar os modelos de prestação e remuneração de serviços na saúde suplementar, visando à melhoria da qualidade da atenção e à implementação de estratégias de sustentabilidade do setor. Ao final, chegou-se a uma série de experiências com diferentes modelos possíveis. Esses conhecimentos certamente contribuirão para subsidiar a regulação do setor pela ANS. Fundamentalmente, pode-se afirmar que a ANS adquiriu insumos primordiais para medidas indutoras e regulatórias.

Entre as sugestões apresentadas pelos participantes, figuram a oferta ou a indução pela ANS de cursos de formação em navegação de cuidados, uma vez que é uma área nova e com poucas experiências no país.

Outra possibilidade futura é desenvolver ferramentas para portar dados mínimos de saúde do paciente, como a Caderneta do Idoso, física ou digital, na qual constariam todos esses dados. De fato, implantar os dados mínimos em saúde e a Caderneta do Idoso eram ideias iniciais do Projeto, que, infelizmente, não chegaram a ser implantadas. O Registro Eletrônico em Saúde (RES) permanece como uma possibilidade em desenvolvimento junto com o Ministério da Saúde no sentido de monitorar a saúde dos beneficiários de planos de saúde, sejam idosos ou de outras faixas etárias.

Os resultados do Projeto Idoso Bem Cuidado apresentaram contribuições à Agência que editou uma norma criando uma Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde, que abrangerá os módulos de Atenção Primária à Saúde, que inclui obrigatoriamente a atenção centrada na saúde do adulto e do idoso, já publicado e, futuramente, o módulo de Atenção Oncológica. Trata-se da Resolução Normativa RN nº 440, de 13 de dezembro de 2018²⁴, que instituiu o Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde. O normativo é acompanhado de Manuais (atualmente somente disponível o de Atenção Primária à Saúde), de modo a orientar as operadoras de planos de saúde nas ações a serem tomadas e nas mudanças recomendadas.

Essa nova norma visa incentivar as operadoras de planos de saúde a desenvolverem um cuidado cada vez mais qualificado aos seus beneficiários, através da implantação de redes de atenção ou linhas de cuidado em atenção primária certificadas por entidades acreditadoras reconhecidas pela ANS.

18 Brasil. Diretrizes gerais e guia orientativo para elaboração de Análise de Impacto Regulatório- AIR/Subchefia de Análise e Acompanhamento de Políticas Governamentais (et al). Brasília: presidência da República, 2018, acessado em: http://www.casacivil.gov.br/governanca/regulacao/apresentacao-regulacao-pasta/acesse-aqui/comite-interministerial-de-governanca-aprova-as-diretrizes-gerais-e-roteiro-analitico-sugerido-para-analise-de-impacto-regulatorio-diretrizes-air-e-o-guia-orientativo-para-elaboracao-de-analise-de-impacto-regulatorio-guia-air/diretrizes_guia_air_cig_11junho2018.pdf/view, em 12/03/2019.

19 Missão da ANS, acessado em: <http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos>, em 12/03/2019.

A atenção primária à saúde quando implementada de forma integral está associada à melhoria da qualidade do cuidado à saúde de modo amplo, incluindo a maior satisfação do beneficiário usuário do sistema, a menor utilização de cuidados complexos em saúde e menores custos para o sistema de saúde²⁰. Além disso, especificamente em relação aos idosos, a atenção primária assume grande relevância considerando-se a alta prevalência de comorbidades e de doenças associadas ao envelhecimento que precisam ser tratadas de modo coordenado em uma abordagem integral do paciente com foco em ampliar níveis e trajetórias de funcionalidade nessa faixa etária²¹

Portanto, o Projeto Idoso Bem Cuidado proporcionou à Agência subsídios para a definição de parâmetros mais claros baseados em experiências reais na saúde suplementar brasileira para fomentar a qualificação do cuidado ao idoso, induzida, entre outras iniciativas, pela Certificação.

20 Reiss-Brennan B et al. Association of integrated team-based care with health care quality, utilization, and cost. *Jama* 2016; 316 (8): 826-34, acessado em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2545685>, em 12/03/2019, às 11h55m.

21 Beard JR, Bloom DE. Towards a comprehensive public health response to population ageing. *Lancet* 2015; 385(9968): 658-61, acessado em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4663973/pdf/nihms-666557.pdf>, em 12/03/2019, às 13h20m

VI - ANEXO

6.1 - FORMULÁRIO DO PROJETO IDOSO BEM CUIDADO – MONITORAMENTO MENSAL (INSTRUMENTO DE COLETA PARA ANÁLISE QUANTITATIVA)

- 1 Data Atualização
- 2 Você é uma Operadora ou um Prestador de Serviço?
- 3 Mês de Envio dos Dados:
- 4 Amplitude do Projeto:
- 5 População Total de Pacientes assistidos pela instituição no mês de referência:
- 6 População-alvo do Projeto Piloto:
- 7 Data de Início do Piloto:
- 8 Número do CNES:
- 9 CNPJ:
- 10 Nome Fantasia do Prestador:
- 11 Razão Social do Prestador:
- 12 Representante do Prestador no Projeto:
- 13 E-mail de Contato do Representante do Prestador no Projeto:
- 14 Telefone de Contato do Representante do Prestador no Projeto:
- 15 Tipo de Prestador de Serviço:
- 16 Número do Registro ANS:
- 17 Nome Fantasia da Operadora:
- 18 Razão Social da Operadora:
- 19 Modalidade da Operadora:
- 20 Representante da Operadora no Projeto:
- 21 E-mail de Contato do Representante da Operadora no Projeto:
- 22 Telefone de Contato do Representante da Operadora no Projeto:
- 23 NÚMERO DE CONSULTAS COM MÉDICO GENERALISTA EM IDOSOS:
- 24 NÚMERO DE CONSULTAS COM MÉDICO ESPECIALISTA EM IDOSOS:
- 25 NÚMERO DE CONSULTAS COM EQUIPE MULTIDISCIPLINAR EM IDOSOS:
- 26 PROPORÇÃO DE CONSULTAS COM MÉDICO GENERALISTA EM IDOSOS:
- 27 PROPORÇÃO DE CONSULTAS COM MÉDICO ESPECIALISTA EM IDOSOS:
- 28 PROPORÇÃO DE CONSULTAS COM EQUIPE MULTIDISCIPLINAR EM IDOSOS:
- 29 Proporção de Readmissão Hospitalar em 30 dias:

- 30 Razão de Internação em Idosos em 30 dias:
- 31 Razão de Idas a Emergência em 30 dias:
- 32 Utiliza Instrumentos de Avaliação Funcional do Idoso:
- 33 Se Sim, quais:
- 34 Se você utiliza Outros Instrumentos de Avaliação, que não os citados, descreva-os aqui:
- 35 Para Atividades de Vida Diária (AVDs), quais instrumentos utiliza:
- 36 Para Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), quais instrumentos utiliza:
- 37 Tempo Médio de Internação:
- 38 Índice de Retorno ao Médico de Referência no mês:
- 39 Adota Modelo de Remuneração Integrado com o Modelo Assistencial?
- 40 Se Sim, informe quais modelos atrelados a qualidade ou performance utiliza:
- 41 Percentual de Idosos com Coordenador de Cuidados (Navegador) nos últimos 30 dias:
- 42 Percentual de Idosos participantes do Projeto cadastrados no Sistema de Informação da APM, nos últimos 30 dias:
- 43 Número de Consultas em Idosos com Médico Generalista em 30 dias:
- 44 Número de Consultas em Idosos com Médico Especialista em 30 dias:
- 45 Número de Consultas em Idosos com Equipe Multidisciplinar em 30 dias:
- 46 PROPORÇÃO DE CONSULTAS COM MÉDICO GENERALISTA EM IDOSOS:
- 47 PROPORÇÃO DE CONSULTAS COM MÉDICO ESPECIALISTA EM IDOSOS:
- 48 PROPORÇÃO DE CONSULTAS COM EQUIPE MULTIDISCIPLINAR EM IDOSOS:
- 49 Proporção de Readmissão Hospitalar em 30 dias:
- 50 Razão de Internação em Idosos em 30 dias:
- 51 Razão de Idas a Emergência em 30 dias:
- 52 Utiliza Instrumentos de Avaliação Funcional do Idoso:
- 53 Se Sim, quais:
- 54 Se você utiliza Outros Instrumentos de Avaliação, que não os citados, descreva-os aqui:
- 55 Para Atividades de Vida Diária (AVDs), quais instrumentos utiliza:
- 56 Para Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), quais instrumentos utiliza:
- 57 Tempo Médio de Internação:
- 58 Índice de Retorno ao Médico de Referência em 30 dias:
- 59 Adota Modelo de Remuneração Integrado com o Modelo Assistencial?
- 60 Se Sim, informe quais modelos atrelados a qualidade ou performance utiliza:
- 61 Percentual de Idosos com Coordenador de Cuidados (Navegador), nos últimos 30 dias:
- 62 Percentual de Idosos participantes do Projeto cadastrados no Sistema de Informação da APM, nos últimos 30 dias:

6.2 - MODELO DE RELATÓRIO FINAL DO PROJETO IDOSO BEM CUIDADO – MONITORAMENTO AO FINAL DO PERÍODO (INSTRUMENTO DE COLETA PARA ANÁLISE QUALITATIVA)



Relatório Final a ser enviado pelas Instituições participantes do Piloto

1. Nome do Projeto e Responsável atual (inserir os contatos do responsável-telefone e e-mail)
2. População Abrangida – em relação ao total da população
3. Abrangência do Projeto (A - Todos os níveis do modelo; B - Atenção Primária + outro Nível; C - Um único Nível do Modelo; E - Autogestão – UNIDAS)
4. Duração efetiva do Projeto (destacar a data inicial e a data final)
5. Medidas de melhoria implementadas durante o Piloto
6. Indicadores monitorados efetivamente durante o Piloto
7. Principais Resultados Esperados e Principais Resultados Obtidos
8. Desafios / Mudanças em curso que necessitam de maior tempo de acompanhamento para observar resultados
9. Principais dificuldades identificadas na realização do Projeto

Orientações para o envio do Relatório:

1. Solicitamos que o Relatório seja conciso, contendo de 7 a 10 páginas.
2. O texto deve ser escrito em fonte Times New Roman, 12, com espaço 1,5 linhas.
3. O documento poderá compor, em parte ou na íntegra, o Relatório Final de Avaliação da Implementação do Projeto Idoso Bem Cuidado a ser divulgado pela ANS.

PARA MAIS INFORMAÇÕES E OUTROS ESCLARECIMENTOS, ENTRE EM CONTATO COM A ANS.
VEJA ABAIXO NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO:



Disque ANS
0800 701 9656



Central de
Atendimento
www.ans.gov.br



Atendimento pessoal
12 Núcleos da ANS.
Acesse o portal e
confira os endereços.



Atendimento
exclusivo para
deficientes auditivos
0800 021 2105



Use a opção do código
para ir ao portal da ANS



Av. Augusto Severo, 84 - Glória , 20021-040 - Rio de Janeiro/RJ



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

