



LONGEVIDADE

**CUIDADO
INTEGRADO**

**PROGRAMA LONGEVIDADE –
CUIDADO INTEGRADO**

Livia Coelho

2021

Versão 7



CAMPERJ

CAIXA DE ASSISTÊNCIA DO MINISTÉRIO PÚBLICO
DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Diretoria Médica	Tipo PROTOCOLO	Especialidade Promo Prev	Nº de páginas 41
Código do documento PROT-LCI-01	Versão 7	Data de elaboração 29/11/2019	Data de revisão 25/01/2022
Elaboração Livia Coelho	Revisão Livia Coelho	Aprovação Mário Kandelman Gustavo Ramos	Data de aprovação
PROGRAMA LONGEVIDADE - CUIDADO INTEGRADO			

Versão 3: Acrescentados os formulários de reembolso e regulamento do programa de benefícios do Programa Longevidade – Cuidado Integrado.

Versão 4: Substituídos os termos “geriatra” por “médico” ou “médico generalista”; Incluída a prevalência de fragilidade da CAMPERJ; incluída a área de abrangência dos municípios da baixada fluminense; Incluído o indicador Percentual de participantes com ganho funcional pela escala de Katz.

Versão 5: Atualizado o cálculo de indicadores da visita médica domiciliar e visitas de gerentes de caso.

Versão 6: Retirado o critério de PRISMA7>3 para entrada no programa.

Versão 7: Revisados os macroprocessos de entrada e saída.

1. INTRODUÇÃO

Em um cenário de aumento da longevidade no Brasil, pode-se esperar que um número crescente de pessoas em idades avançadas progrida com incapacidades e que necessite de cuidados prolongados e por mais tempo (VERAS, 2014). Envelhecer é parte do ciclo de vida de cada indivíduo, cabendo aos serviços de saúde a promoção de um envelhecimento saudável, buscando a manutenção da independência e autonomia (OMS, 2005). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a *capacidade funcional* é definida como a capacidade do idoso para executar atividades que lhe permitem cuidar de si próprio e viver independentemente em seu meio, isto é, a ausência de dificuldades no desempenho das atividades da vida cotidiana. A *incapacidade* é referida como a restrição ou falta de habilidade ou limitação no desempenho de atividades cotidianas e a *autonomia* tem como conceito a habilidade de controlar, lidar e tomar decisões pessoais sobre como se deve viver o cotidiano, de acordo com suas próprias



regras e preferências (WHO, 2005). Neste contexto, considera-se o *idoso robusto* aquele que possui plena capacidade de gerir sobre a sua própria vida e cuidar de si mesmo e o *idoso frágil*, o portador de declínio funcional estabelecido (MORAES, 2012). Estima-se que a prevalência de fragilidade na população de idosos na comunidade seja entre 11,6% a 36,4% (média 24%) (HOOGENDIJK ET AL, 2013).

As operadoras de saúde vivenciam um envelhecimento da população de beneficiários mais rápido do que ocorre na população geral. Dessas, as autogestões foram as que mais sofreram repercussões com a transição demográfica, por estarem vinculadas a uma população fechada, normalmente formada por funcionários ativos e inativos de uma mesma empresa (UNIDAS, 2018; ANS, 2016b). Em novembro de 2019, a CAMPERJ apresentava um percentual de 28% (1104) de beneficiários com idade maior ou igual a 60 anos, sendo que destes, 28% (280) tem idade maior ou igual a 80 anos. Em uma pesquisa realizada pela CAMPERJ em novembro de 2019, com a aplicação do questionário PRISMA-17, dos 540 respondentes, 165 (30,5%) apresentaram PRISMA-7, indicando a presença de fragilidade.

A proporção de idosos na operadora CAMPERJ se encontra bem acima da estimativa do IBGE de 2019 do percentual de idosos no Brasil, de 13,7% (IBGE, 2019) e ainda acima quando comparada ao percentual de 22% de idosos nas autogestões (ANS, 2016b). Cerca de 83% (921) dos beneficiários idosos da CAMPERJ residem nos municípios do Rio de Janeiro e Niterói, justificando a área de abrangência do programa. Os idosos da CAMPERJ possuem uma taxa média de internação hospitalar 2,3 vezes maior que a população geral de beneficiários. Entre os gastos totais da CAMPERJ em 2019 com consultas, exames, terapias e internações, cerca de 72% foram realizados com beneficiários desse grupo etário. As internações correspondem a 75% dos custos em saúde na população idosa.

O modelo atual de atenção a doenças crônicas das operadoras tem em comum a fragmentação do cuidado, o excesso de consultas de médicos especialistas, uso de múltiplos medicamentos, altas taxas de internação e utilização de equipamentos de alta tecnologia. Diversos estudos comprovam que estes modelos fragmentados de saúde levam ao aumento da perda funcional em idosos e, conseqüentemente, maiores custos em saúde voltados à internação hospitalar e reabilitação (VERAS, 2016). Em 2016, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicou o documento *Idosos na Saúde Suplementar: uma urgência para*

a saúde da sociedade e sustentabilidade do setor. Nesta publicação, a instituição apresenta uma proposta para estruturação dos serviços de saúde na saúde suplementar voltados para a integralidade, sustentabilidade e qualidade no cuidado ao idoso nas operadoras de saúde (ANS, 2016). Neste projeto, a ANS sugere a implantação do gerenciador do cuidado, ou *navegador*, um profissional de saúde responsável pelo gerenciamento pessoal do cuidado do usuário à medida que ele se move pelas diferentes estruturas e níveis de complexidade do sistema de saúde.

O Programa Longevidade - Cuidado Integrado da CAMPERJ é um programa população alvo-específica voltada à Saúde do Idoso com objetivo de identificar precocemente o risco de perda funcional e implementar ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, reabilitação e tratamento de condições que podem afetar a capacidade funcional do beneficiário com idade igual ou maior a 60 anos. Promove o direcionamento adequado do paciente em todos os níveis de atenção a fim de promover a integralidade do cuidado à pessoa idosa, reduzindo assim os custos com internações, idas à emergência e uso inadequado de recursos de saúde. O programa visa atingir seus objetivos por meio acompanhamento do beneficiário nos diversos níveis de atenção pelos gerentes de caso (*navegadores*), consultas ambulatoriais e visitas domiciliares por médicos generalistas (geriatras e clínicos gerais), e acompanhamento médico hospitalar pela integração com a equipe do programa Longevidade Cuidados na Internação.

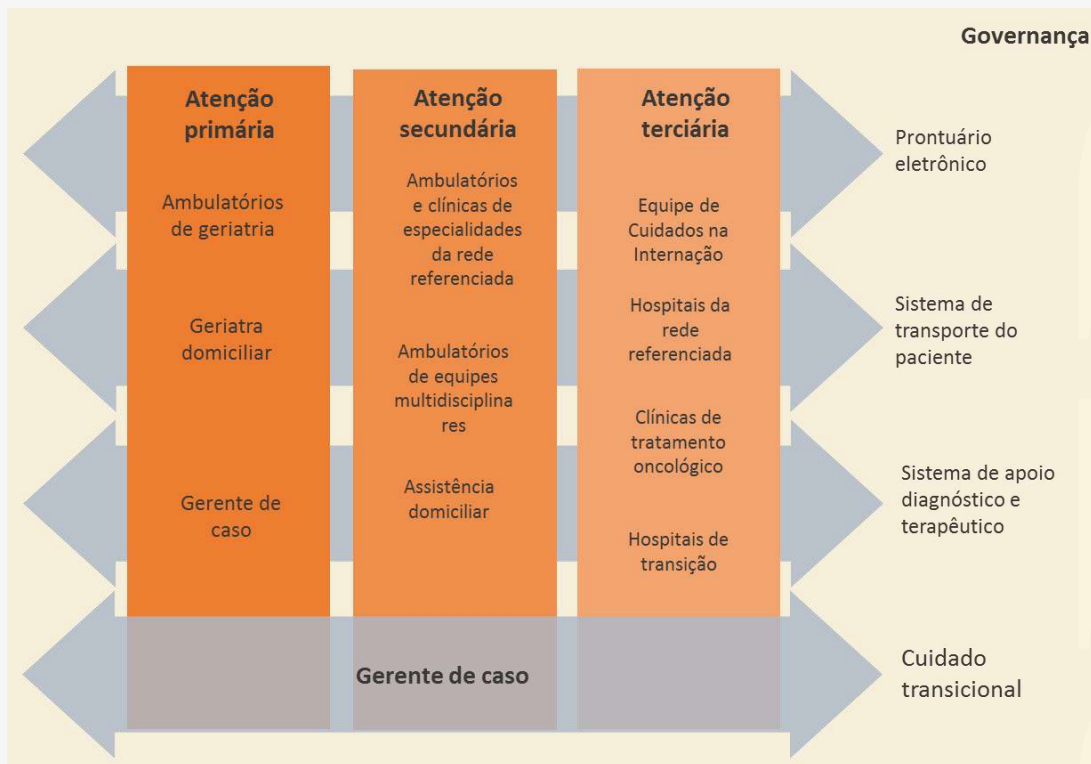
2. DESCRIÇÃO DO PROGRAMA

O **Programa Longevidade - Cuidado Integrado** da CAMPERJ é programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças (PromoPrev), de população alvo-específica voltada à Saúde do Idoso, que segue as orientações do Projeto Idoso Bem Cuidado da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS, 2012; 2016). Tem como objetivo manter a independência e autonomia do idoso, por meio da identificação precoce e controle dos riscos que contribuem para a perda funcional e pela implementação ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, reabilitação e tratamento de condições que podem afetar a saúde e qualidade de vida do idoso. Promove o direcionamento adequado do paciente em todos os

níveis de atenção a fim de promover a integralidade do cuidado à pessoa idosa, reduzindo assim os custos com internações, idas à emergência e uso inadequado de recursos de saúde. O programa visa atingir seus objetivos por meio acompanhamento do beneficiário nos diversos níveis de atenção pelos gerentes de caso (navegadores), consultas ambulatoriais e visitas domiciliares por médicos, acompanhamento médico hospitalar pela integração com a equipe do programa Longevidade Cuidados na Internação.

O Programa Longevidade - Cuidado Integrado é fundamentado na estruturação das **Redes de Atenção ao Idoso** sugeridas por Moraes (2012). É formado por três componentes: 1) **População** – são os beneficiários idosos da CAMPERJ, elegíveis para o programa; 2) **Estrutura Operacional** – definida como todos os recursos de saúde oferecidos pela rede referenciada da CAMPERJ direcionados ao programa, como consultórios médicos e de equipe multidisciplinar, rede hospitalar, assistência domiciliar, assim como as estruturas que perpassam os três níveis de atenção, como o prontuário eletrônico único, os sistemas de transporte do paciente e sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico da rede credenciada (Figura 1); 3) **Modelo de Atenção ao Idoso** – é a lógica que rege a rede de atenção ao idoso da CAMPERJ, delineada na descrição do modelo do Programa Longevidade – Cuidado Integrado.

Figura 1. Esquematização da estrutura operacional da CAMPERJ.



Fonte: Elaboração própria. Baseada na estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde (MENDES, 2011, p.86).

O beneficiário pode entrar no programa pelas três portas de entrada – a busca ativa realizada pela operadora, por encaminhamento pela rede credenciada e pela solicitação do beneficiário (livre demanda). Todos os idosos deverão passar pelo rastreamento de risco com a aplicação do instrumento PRISMA 7 (ANEXO 1). O PRISMA 7 foi escolhido por se tratar de um instrumento de fácil aplicação, traduzido e validado no Brasil, possível de ser aplicado por telefone, e por apresentar alta sensibilidade e especificidade para identificação de risco de perda funcional, 74 e 78%, respectivamente (SAENGER, 2016). O PRISMA 7 identificará a linha de cuidado a ser seguida pelo idoso. Os resultados do PRISMA-7 com valores iguais ou maiores que 3 indicam risco de perda funcional (SAENGER, 2016). Após a avaliação pelo PRISMA-7, os beneficiários são então direcionados à etapa do processo da aplicação da Avaliação Multidimensional Inicial (AMI – ANEXO 2), realizada na primeira visita domiciliar pelo gerente de caso. Considera-se que uma internação hospitalar no último ano já é risco para perda funcional para o idoso (CALDAS, 2013), diante disso, idosos que apresentaram uma internação hospitalar no último mês ou foram identificados pela equipe de saúde como risco iminente de

perda funcional poderão ser indicados para avaliação multidimensional para definição da linha de cuidado. Os associados que apresentam PRISMA 0 a 2 e ou identificados como idosos de baixo risco pela AMI, serão encaminhados a linha de cuidado de idosos robustos. Os valores do PRISMA serão utilizados para fins de comparação entre os beneficiários que aceitaram participar do programa e os que não aceitaram.

Após classificação de risco pelo PRISMA-7, o associado é convidado a participar do programa e receberá o contato de um gerente de caso para ser submetido à AMI. A AMI é realizada pela aplicação do instrumento Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional -20 (IVCF-20). O IVCF-20 é um questionário que contempla aspectos multidimensionais da condição de saúde do idoso, sendo constituído por 20 questões distribuídas em oito seções: idade (1 questão), auto-percepção da saúde (1 questão), incapacidades funcionais (4 questões), cognição (3 questões), humor (2 questões), mobilidade (6 questões), comunicação (2 questões) e comorbidades múltiplas (1 questão). Cada seção tem pontuação específica que perfazem um valor máximo de 40 pontos. Quanto mais alto o valor obtido, maior é o risco de vulnerabilidade clínico-funcional do idoso (MORAES, 2016).

Após a AMI, o idoso é estratificado em três grupos de cuidado – baixo risco de vulnerabilidade clínico funcional (idoso robusto); médio risco de vulnerabilidade clínico funcional (idoso em risco de fragilização); e alto risco de vulnerabilidade clínico funcional (idoso frágil). O resultado da AMI permite identificar os principais problemas encontrados na saúde do idoso e irá direcionar a avaliação mais detalhada da saúde do idoso pela Avaliação Multidimensional Ampla (AMA – ANEXO 3), com a aplicação de instrumentos de avaliação em geriatria e gerontologia. Foram escolhidos os seguintes instrumentos para avaliação do idoso nessa segunda etapa: a) instrumentos de avaliação cognitiva e do humor - Mini Exame do Estado Mental (MEEM), Teste do Desenho do Relógio (TDR), Teste de Fluência Verbal (TFV) e Escala de Depressão Geriátrica (EDG); b) Instrumentos de avaliação funcional – Escala de Barthel, Escala de Katz e Escala de Lawton; c) Instrumentos de avaliação de equilíbrio e marcha – Escala de equilíbrio e marcha de Tinetti e Teste *Timed Get Up and Go* (TUG); d) Escala de avaliação nutricional – Mini Avaliação Nutricional (MAN). Outras escalas também poderão ser aplicadas, como as de avaliação prognóstica em Cuidados Paliativos – *Palliative Performance Status* (PPS), *Karnofsky Performance Status* (KPS) e *ECOG Performance Status* (ECOG).



A AMA e aplicação de instrumentos geriátricos específicos permite a identificação de necessidade de acompanhamento por equipe multidisciplinar, como fisioterapia, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista, fonoaudiólogo, enfermeiro, etc. Auxilia a avaliação de piora ou melhora funcional e necessidade de outras intervenções. A solicitação de equipe multidisciplinar no programa é realizada com base em metas e tem periodicidade definida, de acordo com a indicação, podendo ser revista e prorrogada, se a justificativa for pertinente.

Da mesma forma, o encaminhamento a médicos especialistas deve envolver primeiro a avaliação do médico do programa. O médico terá a possibilidade de indicar os médicos da rede referenciada de especialistas da CAMPERJ, com o benefício de que esses poderão acessar o histórico de saúde do paciente pelo prontuário eletrônico único do programa – o ProntLife.

No caso de uma internação hospitalar, a família do beneficiário e/ou os profissionais de saúde que acompanham o paciente, gerente de caso e médico, devem acionar a equipe de Cuidados na Internação para o acompanhamento intrahospitalar. O gerente de caso tem o objetivo de garantir a qualidade da assistência no cuidado transicional do beneficiário, quando ele muda de níveis de atenção no sistema de saúde suplementar.

O acompanhamento pela equipe do Programa Cuidados na Internação permite a continuidade do cuidado, além de garantir uma assistência mais humanizada e eficiente durante a internação hospitalar. Da mesma forma que os médicos especialistas, a equipe de Cuidados na Internação também tem acesso ao prontuário eletrônico único do paciente, o que facilita a coleta de informações pertinentes e o compartilhamento das metas após a alta hospitalar.

A alta do Programa Cuidado Integrado pode se dar de duas formas: por óbito do beneficiário ou por alta administrativa. No caso de óbito, será oferecida à família uma visita de apoio ao luto pelo gerente de caso e/ou profissional de maior vínculo. As altas administrativas podem ocorrer pela não adesão às regras de permanência no programa, pela mudança de domicílio para área fora de abrangência do programa ou a pedido do beneficiário ou responsável.

2.1 Missão

A missão do Programa Longevidade - Cuidado Integrado é promover a saúde do idoso, mantendo ao máximo a sua autonomia e independência, a partir da integração dos processos de cuidado e gestão sustentável dos recursos de saúde da operadora.

2.2 Visão

Ser reconhecido como programa de excelência na promoção da saúde e assistência à saúde a idosos na Saúde Suplementar.

2.3 Valores

Integração do Cuidado; Humanização; Ética; Autocuidado; Aplicação de Medicina Baseada em Evidências; Sustentabilidade.

2.4 Data de início

O programa foi oficialmente iniciado em 01 de janeiro de 2020.

2.5 Coordenação do programa

Lívia Pereira Coelho, CRM 5282433-0, médica geriatra, mestre em ciências médicas pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro, especialização em Cuidados Paliativos pelo Instituto de Ensino e Pesquisa Albert Einstein.

2.6 E-mail do coordenador do programa

livia@camperj.com.br

2.7 Local de desenvolvimento do Programa

Municípios do Rio de Janeiro, Niterói e municípios da Baixada Fluminense (Belford Roxo, Duque de Caxias, Guapimirim, Japeri, Queimados, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu e São João de Meriti)

2.8 Área de atenção à Saúde

Saúde do Adulto e do Idoso

2.9 Temas do programa

Terceira Idade; Prevenção de perda funcional.

3. OBJETIVOS

O objetivo principal do programa é manter a autonomia e independência dos beneficiários com idade igual ou maior a 60 anos da CAMPERJ. Tem como objetivos específicos:

- Identificar e tratar precocemente as condições que podem acarretar em perda funcional ao idoso;
- Promover ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças voltados à população idosa;
- Promover a integração do cuidado ao idoso, nos diferentes níveis de atenção (primário, secundário e terciário);
- Reduzir os custos da operadora provocados pela gestão ineficiente do cuidado ao idoso.

4. PORTA DE ENTRADA

O Programa Longevidade - Cuidado Integrado possui três de portas de entrada de beneficiários:

- a) **Busca ativa** – realizada pela pesquisa de rastreamento de risco anual e pela análise de participantes idosos que sofreram internação recente;
- b) **Encaminhamento** – pelo encaminhamento realizado por médicos da rede credenciada;
- c) **Livre demanda** – pela solicitação do próprio beneficiário ou familiar responsável.

5. CRITÉRIOS DE ENTRADA

São **critérios clínicos** para admissão no programa:

- a) Possuir idade igual ou maior a 60 anos;

São **critérios administrativos** para entrada e permanência no programa (todos devem estar presentes):

- a) Ser beneficiário ativo na CAMPERJ ;
- b) Residir nos municípios do Rio de Janeiro, Niterói ou Baixada Fluminense (Duque de Caxias, Nova Iguaçu, São João de Meriti, Nilópolis, Belford Roxo, Queimados, Japeri, Magé, Guapimirim e Mesquita);
- c) Aceitar o Termo de Adesão do Programa Longevidade - Cuidado Integrado.

6. CRITÉRIOS DE SAÍDA

É **critério clínico** para saída do programa:

- a) Óbito domiciliar ou na internação.

São **critérios administrativos** para saída no programa (qualquer um dos abaixo):

- b) Não estar mais como beneficiário ativo da CAMPERJ;
- c) Mudança para local fora da área de abrangência do programa;
- d) Descumprir os critérios de permanência no programa incluídos no Termo de Adesão do Programa Longevidade - Cuidado Integrado;
- e) Solicitar o desligamento do programa.

7. EQUIPE ENVOLVIDA NO PROGRAMA

7.1 Equipe gestora

A equipe gestora do programa é formada pelo coordenador do programa, o assistente de programas de promoção e prevenção e pelo profissional de captação (Quadro 1).

Quadro 1. Descrição de atividades da equipe gestora do Programa Longevidade – Cuidado Integrado.

Responsável	Descrição	Atividades
Coordenador de PromoPrev	Médico, com experiência e/ou formação	- Elabora e realiza ajustes no desenho do modelo do programa;

	em gestão de saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Realiza o apoio técnico na elaboração e definição de termos, instrumentos e documentos de orientação do programa; - Analisa indicadores de estrutura, processos e resultados do programa; - Organiza e realiza a discussão de casos a equipe gestora; - Organiza reuniões de capacitação com a equipe assistencial e gestora; - Realiza apoio técnico na elaboração e ajustes do Prontuário eletrônico único do programa; - Auxilia a elaboração de um programa de educação permanente da equipe gestora e assistencial.
Assistente de PromoPrev	Profissional de nível médio ou superior, com experiência em processos administrativos	<ul style="list-style-type: none"> - Realiza coleta, organização e alimentação do banco de dados de participantes do programa; - Realiza coleta, organização e alimentação do banco de dados de indicadores de processo e resultados do programa; - Realiza os processos para o reembolso do benefício do programa, incluindo o contato com o beneficiário, colocação dos documentos no sistema e encaminhamento ao setor pertinente; - Realiza a guarda dos termos de adesão do programa; - Apoia na realização das pesquisas de saúde realizadas pelo programa.
Analista de PromoPrev	Profissional de nível superior da área da saúde, com experiência na atuação de programas de PromoPrev	<ul style="list-style-type: none"> - Auxilia na identificação de beneficiários com perfil para o programa; - Realiza os processos de captação de beneficiários ou responsáveis para o programa; - Recolhe a assinatura do termo de adesão ao programa com o beneficiário e responsável; - Encaminha o termo assinado para a guarda pelo assistente PromoPrev; - Auxilia os processos de desospitalização de beneficiários para o programa; - Realiza mediação entre a CAMPERJ e profissionais das prestadoras do programa no apoio técnico e alinhamento de plano terapêutico; - Organiza e realiza reuniões de alinhamento com prestadores do programa.
Auditora de serviço social	Assistente social, com formação ou	<ul style="list-style-type: none"> - Realiza a gerência de caso de participantes selecionados com questões sociais;



	experiência em auditoria	<ul style="list-style-type: none"> - Realiza auditoria do faturamento enviado pelas prestadoras; - Realiza mediação entre a CAMPERJ e profissionais das prestadoras do programa no alinhamento de plano terapêutico; - Realiza a interface com o setor de auditoria em processos para liberação de recursos de saúde aos beneficiários.
--	--------------------------	--

5.2 Equipe assistencial

A equipe assistencial do programa é formada por todos os profissionais de saúde envolvidos no cuidado ao paciente. É formada pela equipe assistencial nuclear e pela equipe assistencial de apoio (Quadros 2 e 3). Na CAMPERJ, os prestadores referenciados para a implementação da equipe assistencial foram selecionados por meio de concorrência de valores e avaliação de resultados prévios.

Quadro 2. Equipe assistencial nuclear do Programa Longevidade - Cuidado Integrado.

Responsável	Descrição	Atividades
Gerentes de caso	Enfermeiro ou assistente social Prestadores: Amare e Quality Life	<ul style="list-style-type: none"> - Realiza contato com os familiares para o acolhimento e apresentação do programa; - Realiza a estratificação do beneficiário, pela aplicação da Avaliação Multidimensional Inicial (AMI); - Realiza a identificação de demandas específicas de saúde do beneficiário pela Avaliação Multidimensional Ampla (AMA); - Aplica os instrumentos de avaliação geriátrica selecionados: IVCF-20, Mini Exame do Estado Mental (MEEM), Teste do Desenho do Relógio (TDR), Teste de Fluência Verba (TFV), Teste Get Up and Go, escalas de avaliação funcional de Katz e Lawton, Escala de depressão geriátrica, entre outras; - Realiza a orientação de autocuidado a partir das condições identificadas na AMI e AMA; - Orienta o direcionamento na rede apoiando o cuidado transicional. - Realiza as visitas domiciliares conforme grupo de cuidado do beneficiário;

		<ul style="list-style-type: none"> - Realiza a discussão de caso com o médico de referência; - Realiza a discussão de caso com médicos assistentes, se necessário; - Solicita ou encaminha a outros recursos de saúde, como equipe multidisciplinar e especialistas; - Realiza orientações de cuidado a participantes, familiares e cuidadores formais; - Participa de treinamentos do programa de educação permanente; - Participa de reuniões de alinhamento com a equipe gestora; - Orienta participantes e familiares a como adquirir os benefícios do programa; - Solicita assinatura do termo de adesão do programa; - Informa equipe de acompanhamento hospitalar (Programa Cuidados na Internação) sobre a internação de um paciente do programa; - Realiza evolução no prontuário eletrônico único da CAMPERJ; - Apoia a desospitalização de participantes do programa, por meio de contato médico e alinhamento de plano terapêutico.
Médico generalista	Médico geriatra ou clínico geral Prestador: CIGGA	<ul style="list-style-type: none"> - Realiza visitas domiciliares a participantes com restrição ao leito ou ao domicílio, conforme frequência estabelecida na grupo de cuidado; - Realiza consulta ambulatorial a participantes sem restrição ao leito ou ao domicílio, conforme frequência estabelecida na grupo de cuidado; - Realiza avaliação geriátrica ampla; - Realiza a discussão de caso com o gerente de caso de referência; - Realiza a discussão de caso com médicos assistentes, se necessário; - Solicita ou encaminha a outros recursos de saúde, como equipe multidisciplinar e especialistas; - Realiza orientações de cuidado a participantes, familiares e cuidadores formais; - Participa de treinamentos do programa de educação permanente; - Participa de reuniões de alinhamento com a equipe gestora;



		<ul style="list-style-type: none"> - Orienta participantes e familiares a como adquirir os benefícios do programa; - Realiza evolução no prontuário eletrônico único da CAMPERJ; - Informa equipe de acompanhamento hospitalar (Programa Cuidados na Internação) sobre a internação de um paciente do programa; - Apoia a desospitalização de participantes do programa, por meio de contato médico e alinhamento de plano terapêutico;
Equipe de acompanhamento hospitalar (Programa Cuidados na Internação)	Médico Prestador: Longevidade	<ul style="list-style-type: none"> - Realiza o acompanhamento médico hospitalar diário aos participantes do programa; - Realiza contato com os familiares para atualização das informações sobre o quadro clínico do paciente;

Quadro 3. Equipe assistencial de apoio do Programa Longevidade - Cuidado Integrado.

Responsável	Descrição	Atividades
Fisioterapia	Fisioterapeutas da rede referenciada e assistências domiciliares	<ul style="list-style-type: none"> - Realiza a avaliação do beneficiário e planejamento terapêutico; - Realiza acompanhamento de participantes com perda funcional, para reabilitação ou manutenção da capacidade funcional; - Informa o planejamento terapêutico ao gerente de caso; - Aplica os instrumentos de avaliação selecionados, como Teste Get Up and Go, Teste de Equilíbrio e Marcha (Tinneti), outros; - Realiza a orientação de autocuidado; - Realiza visitas domiciliares conforme planejamento terapêutico; - Realiza a discussão do planejamento terapêutico caso com o médico e gerente de caso, no caso de necessidade de mudança.
Fonoaudiologia	Fonoaudiólogos da rede referenciada e assistências domiciliares	<ul style="list-style-type: none"> - Realiza a avaliação do beneficiário e planejamento terapêutico; - Informa o planejamento terapêutico ao gerente de caso; - Realiza acompanhamento de participantes com disfagia e/ou distúrbios da comunicação, para reabilitação ou manutenção da capacidade funcional;



		<ul style="list-style-type: none"> - Aplica os instrumentos de avaliação selecionados, como Escala FOIS, avaliação cognitivas (MEEM, TDR, TFV, MoCA) e outros; - Realiza a orientação de autocuidado; - Realiza visitas domiciliares conforme planejamento terapêutico; - Realiza a discussão do planejamento terapêutico caso com o médico e gerente de caso, no caso de necessidade de mudança.
Nutrição	Nutricionista da rede referenciada e assistências domiciliares	<ul style="list-style-type: none"> - Realiza a avaliação do beneficiário e planejamento terapêutico; - Realiza o acompanhamento de participantes com risco nutricional, síndrome metabólica e/ou comorbidades específicas, como diabetes, doença renal crônica, insuficiência cardíaca e outras; - Informa o planejamento terapêutico ao gerente de caso; - Aplica os instrumentos de avaliação selecionados, como avaliação de risco nutricional (MAN) e outros; - Realiza a orientação de autocuidado; - Realiza visitas domiciliares conforme planejamento terapêutico; - Realiza a discussão do planejamento terapêutico caso com o médico e gerente de caso, no caso de necessidade de mudança.
Psicologia	Psicólogo da rede referenciada e assistências domiciliares	<ul style="list-style-type: none"> - Realiza a avaliação do beneficiário e planejamento terapêutico; - Realiza o acompanhamento de participantes portadores de transtorno do humor e/ou transtornos neurocognitivos; - Realiza apoio ao familiar com síndrome da sobrecarga do cuidador; - Realiza apoio ao luto; - Informa o planejamento terapêutico ao gerente de caso; - Aplica os instrumentos de avaliação selecionados, como escala de depressão geriátrica (EDG) e outros; - Realiza a orientação de autocuidado; - Realiza visitas domiciliares conforme planejamento terapêutico; - Realiza a discussão do planejamento terapêutico caso com o médico e gerente de caso, no caso de necessidade de mudança.



Terapeuta Ocupacional	Terapeutas ocupacionais da rede referenciada e assistências domiciliares	<ul style="list-style-type: none"> - Realiza a avaliação do beneficiário e planejamento terapêutico; - Realiza acompanhamento de participantes com sequelas neurológicas de eventos agudos (cerebrovasculares, traumas, etc), participantes recém desospitalizados com perda funcional ou outros, na reabilitação ou manutenção da capacidade funcional; - Realiza acompanhamento de participantes com doenças neurodegenerativas para ganho ou manutenção da capacidade funcional; - Realiza acompanhamento de participantes - Informa o planejamento terapêutico ao gerente de caso; - Aplica os instrumentos de avaliação selecionados cognitivas e funcionais (Escala visual – cartão de Jaeger, MEEM, TDR, TFV, MoCA, Katz, Lawton, entre outros); - Realiza a orientação de autocuidado; - Realiza visitas domiciliares conforme planejamento terapêutico; - Realiza a discussão do planejamento terapêutico caso com o médico e gerente de caso, no caso de necessidade de mudança.
Enfermagem	Enfermeiros da rede referenciada e assistências domiciliares	<ul style="list-style-type: none"> - Realiza a avaliação do beneficiário e planejamento terapêutico; - Realiza acompanhamento de participantes com perda funcional, feridas, estomas, dispositivos, entre outros; - Informa o planejamento terapêutico ao gerente de caso; - Aplica os instrumentos de avaliação selecionados, como escala de Braden, escalas de funcionalidade, outras; - Realiza a orientação de autocuidado; - Realiza visitas domiciliares conforme planejamento terapêutico; - Realiza a discussão do planejamento terapêutico caso com o médico e gerente de caso, no caso de necessidade de mudança.
Serviço social	Assistente social da rede referenciada e assistências domiciliares	<ul style="list-style-type: none"> - Realiza a avaliação do beneficiário e planejamento terapêutico; - Avalia situação de risco e vulnerabilidade social do idoso; - Avalia e notifica suspeita de maus tratos a idosos;



		<ul style="list-style-type: none"> - Orienta sobre benefícios do programa, acesso a direitos sociais, necessidade de curatela, procuração, etc.; - Aplica os instrumentos de avaliação selecionados, como escala de sobrecarga do cuidador, entre outros; - Realiza a orientação de autocuidado apoiado; - Realiza visitas domiciliares conforme planejamento terapêutico; - Realiza a discussão do planejamento terapêutico caso com o médico e gerente de caso, no caso de necessidade de mudança.
Especialistas	Médicos especialistas da rede referenciada da CAMPERJ	<ul style="list-style-type: none"> - Realiza acompanhamento de participantes encaminhados pelo médico do programa; - Contrarreferenciam o paciente ao médico, após definição do plano de cuidados; - Discutem o caso com médicos e/ou gerentes de caso; - Realizam evolução no prontuário eletrônico único do programa.

8. ATIVIDADES DO PROGRAMA

O Quadro 4 mostra as principais atividades e frequências do programa.

Quadro 4. Principais atividades do Programa Longevidade – Cuidado Integrado.

Atividade	Frequência	Descrição
Rastreio de risco	Anual	Realização de pesquisa por meio telefônico ou eletrônico para aplicação do questionário de rastreio de risco (PRISMA-7) no beneficiários que não fazem parte do programa. Os beneficiários que apresentarem PRISMA igual ou maior que 3 serão convidados a participarem do programa.
Avaliação Multidimensional Inicial (AMI)	Na admissão e sempre que houver mudança da capacidade funcional	Realizada pelos gerentes de caso com a aplicação do instrumento Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional - IVCF-20 (MORAES, 2016). A aplicação do instrumento gera scores de risco, com classificação em baixo, médio e alto risco.
Avaliação Multidimensional Ampla (AMA)	Na admissão e sempre que houver mudança da capacidade funcional	Guiada pela AMI, é realizada pelos gerentes de caso e médicos com a aplicação de instrumentos geriátricos e anamnese direcionada aos problemas identificados no IVCF-20.
Visitas de gerentes de caso	Conforme grupo de cuidado	São realizadas visitas domiciliares pelo gerente de caso, conforme grupo de cuidado definida após a AMI: a) Baixo risco: visita trimestral; b) Médio risco: visita bimestral; c) Alto risco: mensal a quinzenal. Os gerentes de caso também poderão realizar visitas extras se identificarem a necessidade durante o monitoramento telefônico.
Monitoramento telefônico	Mensal	São realizados contatos telefônicos mensais pelo gerente de caso a fim de identificar precocemente sinais de alerta que necessitem de abordagem médica, orientações para acompanhamento de metas estabelecidas previamente, reforço nas orientações de autocuidado. Os contatos poderão ser mais frequentes, se identificada a necessidade pelo gerente de caso.
Visitas de médicos generalistas	Conforme grupo de cuidado	São realizadas visitas domiciliares pelos médicos do programa para participantes com dificuldade



		<p>ou impossibilidade de se deslocarem ao ambulatório de geriatria, conforme grupo de cuidado definida após a AMI:</p> <p>d) Alto risco: mensal a quinzenal.</p> <p>Os médicos também poderão realizar visitas domiciliares extras se identificarem a necessidade. Também poderão realizar visitas domiciliares a determinados participantes classificados inicialmente como baixo ou médio risco, se for identificada situação de restrição ao lar temporária e que a visita significaria prevenção de agravamento de uma condição ou evitaria a ida à unidade hospitalar. Neste caso, deverá ter aprovação pela coordenação do programa.</p>
Acompanhamento hospitalar	Diário	Os participantes acompanhados pelo programa têm direito ao acompanhamento médico hospitalar por equipe assistente da CAMPERJ. Caso o beneficiário aceite a equipe, os médicos realizarão acompanhamento médico hospitalar diário, da internação à alta hospitalar, com alinhamento com o gerente de caso e médico do programa para a alta hospitalar.
Acompanhamento por equipe multidisciplinar	Conforme plano terapêutico	Acompanhamento domiciliar por equipe multidisciplinar (fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, terapeuta ocupacional, psicologia, enfermagem,
Autocuidado apoiado por ferramentas de saúde	Sem frequência definida	Utilização do aplicativo da CAMPERJ. O Aplicativo possui interface com o prontuário único da operadora, permitindo que o beneficiário acompanhe seus dados computados pelos profissionais de saúde e alimente o sistema com informações pertinentes.
Acompanhamento por médicos especialistas	Sem frequência definida	O paciente poderá ser referenciado a um médico especialista, como cardiologista, endocrinologista, neurologista, entre outros, quando o médico achar necessário, para acompanhamento de condições específicas.

9. BENEFÍCIOS DO PROGRAMA

O beneficiário que assinar o **TERMO E CONDIÇÕES DE ADESÃO AO PROGRAMA LONGEVIDADE CUIDADO INTEGRADO** e cumprir os requisitos descritos no termo de aceite



das visitas de médicos e de gerentes de caso, conforme as metas estabelecidas pelo seu grupo de cuidado, terão o benefício de reembolso de até R\$500,00 (quinhentos reais) nas medicações de uso contínuo, prescritos pelos médicos do programa. Para conseguir o benefício o beneficiário precisa:

- a) Aceitar as visitas dos gerentes de caso e dos médicos, conforme meta estabelecida por estes profissionais;
- b) Apresentar receita médica feita pelo médico do Programa Longevidade - Cuidado Integrado, nota fiscal contendo as medicações de uso contínuo compradas e formulário de reembolso preenchido;
- c) As receitas médicas dos médicos do Programa terão validade de, no máximo, três meses. Os beneficiários da linha de cuidado de baixo risco poderão ter suas receitas válidas por até por seis meses.

10. RESULTADOS ESPERADOS

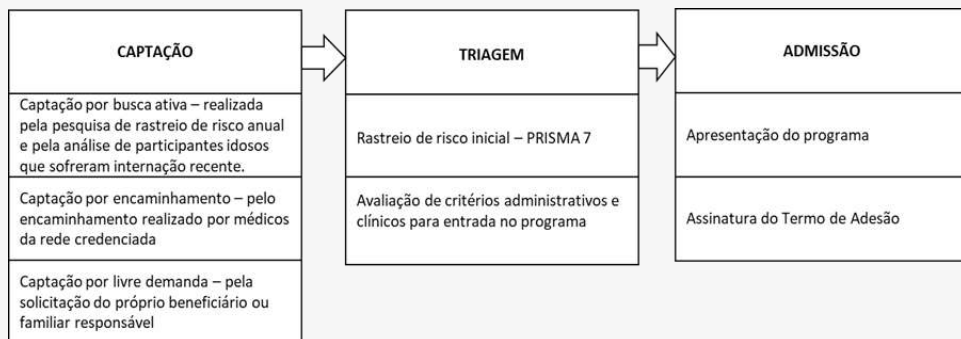
Espera-se com a implantação do Programa Longevidade – Cuidado Integrado:

- a) Percentual de beneficiários com ganho funcional pela escala de Katz em 20%;
- b) Redução das internações hospitalares em 20%;
- c) Adesão ao plano terapêutico em 60%;
- d) Redução da taxa de internação em 20%;
- e) Redução do custo médio das internações pelo programa em 20%;
- f) Satisfação do beneficiário > 80%.

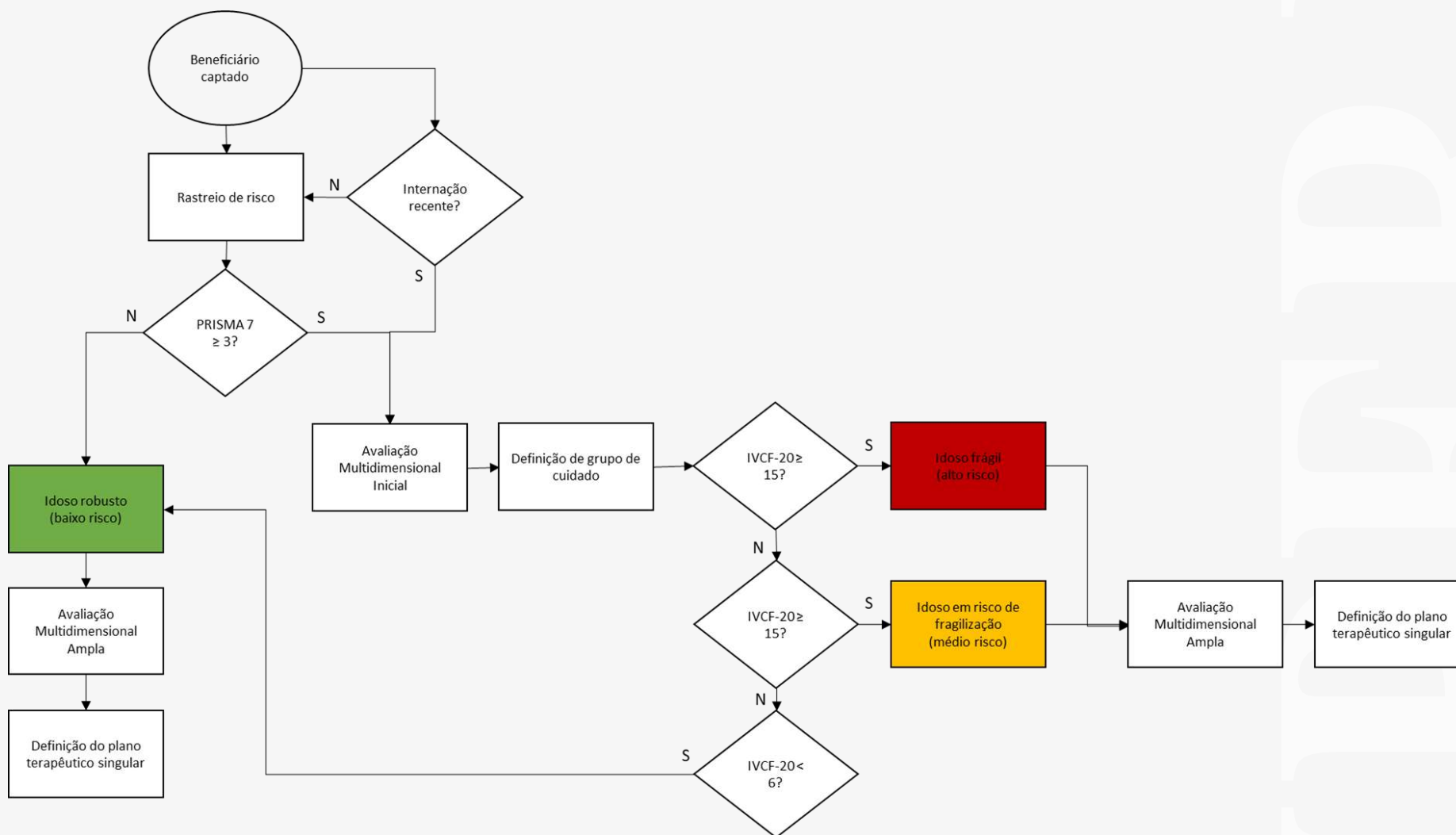
11. FLUXOGRAMAS

Abaixo são apresentados os macroprocessos do Programa Longevidade Cuidado Integrado: a) Fluxo de entrada; b) Modelo de Atenção ao Idoso; c) Fluxo de saída. O fluxo de entrada envolve os processos de captação e admissão. O modelo de atenção ao idoso é o fluxograma principal que orienta a rede de atenção disposta para o beneficiário, indicando os recursos necessários para a prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. O fluxo de saída mostra as formas que o beneficiário pode receber alta do programa.

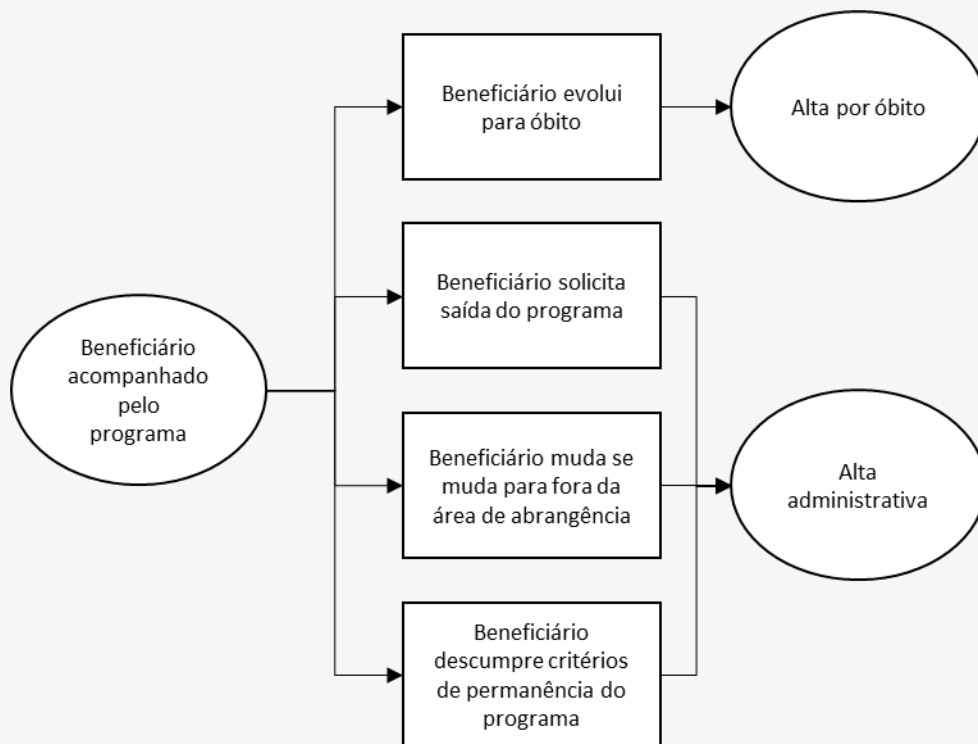
11.1 Fluxo de entrada



11.2 Modelo de Atenção ao Idoso



11.3 Fluxo de saída



12. INDICADORES ASSOCIADOS

12.1 INDICADORES DE ESTRUTURA

A. Nº de beneficiários com idade igual ou maior a 60 anos

Cálculo	Nº total de beneficiários ativos ≥ 60 anos
Descrição	Nº total de beneficiários ativos, com idade igual ou maior a 60 anos, cadastrados no sistema TopSaúde, ao fim do mês
Meta	Sem meta definida
Frequência	Mensal
Análise	Permite analisar o envelhecimento da carteira da CAMPERJ e calcular a população-alvo.

B. Percentual de beneficiários com idade igual ou maior a 60 anos

Cálculo	$\frac{\text{Nº beneficiários ativos} \geq 60 \text{ anos, no período}}{\text{Nº total beneficiários ativos}} \times 100$
Descrição	Percentual de beneficiários ativos, com idade igual ou maior a 60 anos, cadastrados no sistema TopSaúde, ao fim do mês
Meta	Sem meta definida
Frequência	Mensal
Análise	Permite analisar o envelhecimento da carteira da CAMPERJ.

C. Nº de consultórios de Atenção Primária à Saúde

Cálculo	Nº absoluto de consultórios de clínico geral e geriatria
Descrição	Nº absoluto de consultórios de médicos clínicos gerais e médicos da rede credenciada, na área de abrangência do programa. Para o Projeto Idoso bem Cuidado, a ANS considera o médico como pertencente à APS.
Meta	Sem meta definida
Frequência	Anual
Análise	Permite analisar o acesso à atenção primária.

D. Nº de consultórios de especialistas da rede credenciada

Cálculo	Nº absoluto de consultórios de especialistas
Descrição	Nº absoluto de consultórios de médicos especialistas da rede credenciada, na área de abrangência do programa
Meta	Sem meta definida
Frequência	Anual
Análise	Permite analisar o acesso à atenção secundária.

E. Nº de hospitais e pronto socorros

Cálculo	Nº absoluto de hospitais e pronto socorros
Descrição	Nº absoluto de consultórios de hospitais e pronto socorros da rede credenciada, na área de abrangência do programa
Meta	Sem meta definida
Frequência	Anual
Análise	Permite analisar o acesso à atenção terciária.

12.2 INDICADORES DE PROCESSOS

A. Número de captações

Cálculo	Nº absoluto de beneficiários captados
Descrição	Considera-se captação o beneficiário identificado como tendo indicação para o programa, a partir das três portas de entrada
Meta	Sem meta definida
Frequência	Mensal
Análise	Permite avaliar os processos de captação e acesso ao programa.

B. Número de participantes

Cálculo	Nº absoluto de beneficiários participantes do programa, ao fim do mês
Descrição	Considera-se beneficiário participante aquele que assinou o termo de adesão do programa, sendo a data de assinatura considerada a data de entrada no programa
Meta	200 participantes
Frequência	Mensal
Análise	Permite avaliar o acesso ao programa.

C. Proporção de idosos com gerentes de caso (navegadores)

Cálculo	$\frac{N^{\circ} \text{ participantes acompanhados por gerentes de caso}}{N^{\circ} \text{ total de participantes, no período}} \times 100$
Descrição	Indicador da ANS para o Projeto Idoso Bem Cuidado. Descreve o percentual de participantes do projeto que estão acompanhados por um gerente de caso ao fim do mês, descritos na ANS como navegadores. Uma vez que para a entrada do paciente no programa, é necessário o acompanhamento de um gerente de caso, a meta estabelecida é de 100%.
Meta	100%
Frequência	Mensal
Análise	Permite inferir o acesso dos idosos à serviços de cuidados primários em saúde. O não atingimento da meta indica reavaliação dos processos de admissão por um prestador.



D. Proporção de idosos participantes do projeto

Cálculo	$\frac{N^{\circ} \text{ de participantes, ao fim do mês}}{N^{\circ} \text{ de beneficiários idosos da CAMPERJ, ao fim do mês}} \times 100$
Descrição	Indicador da ANS para o Projeto Idoso Bem Cuidado. Descreve o percentual de participantes do projeto em comparação com o número total de beneficiários idosos da CAMPERJ.
Meta	≥20%
Frequência	Mensal
Análise	A meta foi baseada nos estudos em geriatria que mostram que o percentual de idosos na comunidade com risco ou portadores de perda funcional é em torno de 20 a 25%. Permite avaliar a eficiência dos processos de captação ativa, encaminhamento pela rede credenciada e divulgação do programa. Quanto maior a proporção de idosos acompanhados, maior a eficiência desses processos.

E. Número de participantes por classificação de risco

Cálculo	Nº absoluto de participantes por classificação de risco, no período
Descrição	Valor absoluto de beneficiários participantes do programa com classificação de baixo, médio e alto risco pelo IVCF-20, ao fim do mês
Meta	Sem meta definida
Frequência	Mensal
Análise	Permite inferir os recursos de saúde necessários; analisar a complexidade assistencial do programa e da carteira da CAMPERJ; calcular as metas de visitas de médico, gerente de caso e monitoramento telefônico.

F. Número de visitas de gerentes de caso

Cálculo	Nº de visitas realizadas pelos gerentes de caso, no período
Descrição	Valor absoluto de visitas domiciliares realizadas pelos gerentes de caso, ao fim do mês. Só serão consideradas as vistas evoluídas no sistema da ProntLife.
Meta	80% do número de participantes. Baseada no percentual de pacientes pelo grupo de cuidado.
Frequência	Mensal
Análise	Permite avaliar o cumprimento das metas por grupo de cuidado pelos gerentes de caso.

G. Número de visitas domiciliares de médicos generalistas

Cálculo	Nº de visitas realizadas pelos médicos, no período
Descrição	Valor absoluto de visitas domiciliares realizadas pelos médicos, ao fim do mês. Só serão consideradas as vistas evoluídas no sistema da ProntLife.
Meta	75% do número de pacientes com indicação de visita domiciliar. Baseada no percentual de pacientes pelo grupo de cuidado.
Frequência	Mensal
Análise	Permite avaliar o cumprimento das metas por grupo de cuidado pelos médicos.

H. Número de consultas ambulatoriais por médicos generalistas do programa

Cálculo	Nº de consultas ambulatoriais realizadas pelos médicos do programa, no período
Descrição	Valor absoluto de consultas ambulatoriais realizadas pelos médicos do programa, ao fim do mês. Só serão consideradas as vistas evoluídas no sistema da ProntLife.
Meta	A meta deverá ser calculada mensalmente, de acordo com o número de participantes por grupo de cuidado.
Frequência	Mensal
Análise	Permite avaliar o cumprimento das metas por grupo de cuidado pelos médicos.

I. Número de monitoramentos telefônicos por gerentes de caso

Cálculo	Nº de monitoramentos telefônicos realizados pelos gerentes de caso, no período
Descrição	Valor absoluto de monitoramentos telefônicos realizados pelos gerentes de caso, ao fim do mês. Só serão consideradas as vistas evoluídas no sistema da ProntLife.
Meta	A meta deverá ser calculada mensalmente, de acordo com o número de participantes por grupo de cuidado.
Frequência	Mensal
Análise	Permite avaliar o cumprimento das metas por grupo de cuidado pelos gerentes de caso.

J. Número de participantes com acompanhamento de equipe multidisciplinar

Cálculo	Nº de participantes com acompanhamento de equipe multidisciplinar ao fim do mês
Descrição	Valor absoluto de participantes com acompanhamento de equipe multidisciplinar ao fim do mês. Considera-se AD (atenção domiciliar) os participantes do programa em atendimento pontual de equipe multidisciplinar.
Meta	Sem meta estabelecida
Frequência	Mensal
Análise	Permite avaliar a quantidade de encaminhamentos à equipe multidisciplinar.

K. Número de participantes com internação domiciliar

Cálculo	Nº de participantes com internação domiciliar
Descrição	Valor absoluto de participantes com internação domiciliar 12 ou 24h, com as empresas credenciadas da CAMPERJ.
Meta	Sem meta estabelecida
Frequência	Mensal
Análise	Espera-se não haja participantes em ID, desde que esse recurso seja apresentado de forma temporária a fim de evitar internação em condições de tratamento de doenças ou no processo de fim de vida.

L. Percentual de participantes que aceitaram a equipe de Cuidados na Internação

Cálculo	$\frac{N^{\circ} \text{ participantes internados que aceitaram a equipe}}{N^{\circ} \text{ de participantes internados, no período}} \times 100$
Descrição	Nº de beneficiários internados que aceitaram a equipe de Cuidados na Internação
Meta	Sem meta estabelecida
Frequência	Anual
Análise	Permite avaliar a divulgação do programa Cuidados na Internação pelos gerentes de caso.

M. Consultas de médico por participante

Cálculo	$\frac{N^{\circ} \text{ de consultas e visitas de geriatras}}{N^{\circ} \text{ de participantes, no período}} \times 100$
Descrição	Razão entre o nº total de visitas de médicos e nº de participantes no programa, ao fim do mês
Meta	A meta deverá ser calculada mensalmente, de acordo com o número de participantes por grupo de cuidado.
Frequência	Mensal
Análise	Permite avaliar se os pacientes estão aderindo às consultas geriátricas.

N. Visitas de gerentes de caso por beneficiário

Cálculo	$\frac{N^{\circ} \text{ de visitas de gerentes de caso}}{N^{\circ} \text{ de participantes, no período}} \times 100$
Descrição	Razão entre o nº total de visitas de gerentes de caso e nº de participantes no programa, ao fim do mês
Meta	A meta deverá ser calculada mensalmente, de acordo com o número de participantes por grupo de cuidado.
Frequência	Mensal
Análise	Permite avaliar se os pacientes estão aderindo às visitas de gerentes de caso.

12.3 INDICADORES DE RESULTADOS

A. Percentual de participantes que cumpriram as metas

Cálculo	$\frac{N^{\circ} \text{ participantes cumpriram as metas}}{N^{\circ} \text{ de participantes, no período}} \times 100$
Descrição	Valor absoluto de participantes que cumpriram as metas de visitas ou consultas por médico e gerente de caso, no período
Meta	60%
Frequência	Mensal
Análise	Permite avaliar a qualidade da assistência prestada pela equipe do programa e pelas prestadoras do programa.



B. Percentual de participantes com ganho funcional pela escala de Katz

Cálculo	$\frac{N^{\circ} \text{ participantes com ganho funcional}}{N^{\circ} \text{ de participantes, no período}} \times 100$
Descrição	Valor absoluto de participantes que apresentaram ganho funcional pela escala de Katz, no período, dividido pelo número de participantes ao final do período.
Meta	20%
Frequência	Mensal
Análise	Permite avaliar a qualidade da assistência prestada pela equipe do programa e pelas prestadoras do programa.

C. Taxa de mortalidade do programa

Cálculo	$\frac{N^{\circ} \text{ de óbitos de participantes}}{N^{\circ} \text{ de participantes, no período}} \times 100$
Descrição	Razão entre o número de óbitos (domiciliares e internados) sobre o número de participantes do programa (atendidos no período), ao fim do mês.
Meta	<3,8% (taxa de mortalidade em idosos da CAMPERJ, 2018)
Frequência	Mensal
Análise	Permite avaliar a qualidade da assistência prestada pela equipe do programa e pelas prestadoras do programa. O número mais elevado de óbitos domiciliares pode ocorrer pela melhor qualidade da assistência em Cuidados de Fim de Vida.

D. Taxa de internação do programa

Cálculo	$\frac{N^{\circ} \text{ de internação de participantes}}{N^{\circ} \text{ de participantes, no período}} \times 100$
Descrição	Razão entre o número de internações sobre o número de participantes (atendidos no período) do programa.
Meta anual	<18,7% (taxa de mortalidade em idosos da CAMPERJ, 2018)
Frequência	Mensal e Anual
Análise	Permite avaliar a qualidade da assistência prestada pela equipe do programa e pelas prestadoras do programa. Avalia eficiência das ações precoces para evitar hospitalização.

E. Custo médio da internação de pacientes do programa

Cálculo	$\frac{\text{Custo total das internações do programa}}{N^{\circ} \text{ de internações do programa, no período}} \times 100$
Descrição	Razão entre o custo total de internação de pacientes do programa sobre o número de internações de pacientes do programa, no período
Meta anual	Sem meta definida
Frequência	Anual
Análise	Permite avaliar o impacto do programa no custo médio das internações

F. Taxa de satisfação do beneficiário (Net Promoter Score – NPS)

Cálculo	Aplicação da escala NPS
Descrição	Percentual de beneficiários que se sentem satisfeitos com o programa e recomendariam a outro beneficiário.
Meta anual	>80%
Frequência	Anual
Análise	Permite avaliar a qualidade da assistência prestada e percebida pelos beneficiários e familiares.

G. Custo Per Capta

Cálculo	$\frac{\text{Custo total com participantes do programa}}{\text{N}^\circ \text{de participantes, no período}} \times 100$
Descrição	Custo com os participantes do programa
Meta anual	Sem meta definida.
Frequência	Mensal
Análise	Permite avaliar os custos e impacto financeiro do programa para a CAMPERJ.

H. Custo evitado

Cálculo	Valor total evitado por ações do programa
Descrição	Custo total com participantes evitado após medidas preventivas do programa
Meta anual	Sem meta definida.
Frequência	Anual
Análise	Permite avaliar o impacto financeiro do programa.

I. ROI

Cálculo	Retorno financeiro sobre o investimento
Descrição	Diferença entre os valores com os beneficiários antes do programa e após o programa, considerando as projeções de custos para essa população
Meta anual	Sem meta definida.
Frequência	Anual
Análise	Permite avaliar o impacto financeiro do programa.

13. LOCAL DE GUARDA DO DOCUMENTO

Documento	Local de guarda
DESCRIÇÃO DO PROGRAMA	Sede CAMPERJ, Arquivo

Sede CAMPERJ – Rua do Ouvidor, 60, 6º andar – Centro, Rio de Janeiro.

14. FREQUENCIA DE ATUALIZAÇÃO

Anual

15. REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Idoso na saúde suplementar**: uma urgência para a saúde da sociedade e para a sustentabilidade do setor. Projeto Idoso bem cuidado / Martha Oliveira ... [et al.] . – Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2016b. 132 p
- CALDAS, C.P. et al . Rastreamento do risco de perda funcional: uma estratégia fundamental para a organização da Rede de Atenção ao Idoso. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 12, p. 3495-3506, Dec. 2013 .
- HOOGENDIJK EO, et al. The identification of frail older adults in primary care: comparing the accuracy of five simple instruments. **Age and Ageing**. V. 42, n.2, p. 262–265, 2013.
- MORAES, E.N. **Atenção à saúde do Idoso**: Aspectos Conceituais. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saude, 2012. 98 p.
- MORAES, E.N. et al. Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil. **Rev Saúde Pública**, n.50, n.81, p.1-10, 2016.
- MENDES, EV. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.60 p.
- SAENGER, Ana Luiza Flores; CALDAS, Celia Pereira; MOTTA, Luciana Branco. Adaptação transcultural para o Brasil do instrumento PRISMA-7: avaliação das equivalências conceitual, de item e semântica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 32, n. 9, e00072015, 2016 .
- UNIÃO NACIONAL DAS INSTITUIÇÕES DE AUTOGESTÃO EM SAÚDE (UNIDAS). **Pesquisa 2017-2018** [Documento eletrônico]. São Paulo: UNIDAS, 2018. Disponível em: <https://unidas.org.br/pesquisa-unidas/>. Acesso em novembro 2019.
- VERAS, R P. Grupo de cuidado para o idoso: detalhando o modelo. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, 2016; 19(6): 887-905
- VERAS, R.P. et al. Integração e continuidade do cuidado em modelos de rede de atenção à saúde para idosos frágeis. **Rev. Saúde Pública**, v.48, n.2, p. 357-365, 2014.

ANEXO 1 – PRISMA 7

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
NOME: _____		DATA DE NASCIMENTO: _____
ESCALA PRISMA 7:		
<p>Descrição: A escala a seguir tem o objetivo de identificar risco de perda funcional, ou seja, risco de o indivíduo perder a sua capacidade de realizar as atividades para sua vida diária. O reconhecimento de risco do paciente auxilia a identificação dos recursos necessários para compensar esse risco. Caso já tenha respondido online, não precisa fazê-lo novamente.</p>		
<p>Orientações: O questionário deve ser respondido pelo próprio indivíduo, mas quando isso não for possível, pode ser feito por alguém próximo, como um cuidador ou familiar. Não influencie o respondente. Não indique qual resposta significa risco. Marque a questão da forma que o paciente responder e não o que você acha.</p>		
1. O Sr(a). tem mais de 85 anos?	() Sim – 1 ponto	() Não
2. Sexo masculino?	() Sim – 1 ponto	() Não
3. Em geral, os problemas de saúde obrigam o Sr(a). a limitar suas atividades?	() Sim – 1 ponto	() Não
4. O Sr(a). precisa de alguém para ajudá-lo regularmente?	() Sim – 1 ponto	() Não
5. Em geral, o Sr(a). tem algum problema de saúde que o obrigue a ficar em casa?	() Sim – 1 ponto	() Não
6. Em caso de necessidade, o Sr(a). pode contar com alguém próximo?	() Sim – 1 ponto	() Não
7. O Sr(a). usa, regularmente, muleta, andador ou cadeira de rodas?	() Sim – 1 ponto	() Não
<p>Interpretação: a pontuação igual ou maior que 3 indica risco de perda funcional.</p>		

ANEXO 2 – AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL INICIAL (AMI)

ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL-20			
www.ivcf-20.com.br			
Responda às perguntas abaixo com a ajuda de familiares ou acompanhantes. Marque a opção mais apropriada para a sua condição de saúde atual. Todas as respostas devem ser confirmadas por alguém que conviva com você. <i>Nos idosos incapazes de responder, utilizar as respostas do cuidador.</i>			Pontuação
IDADE		1. Qual é a sua idade?	<input type="checkbox"/> 60 a 74 anos ⁰ <input type="checkbox"/> 75 a 84 anos ¹ <input type="checkbox"/> ≥ 85 anos ²
AUTO-PERCEPÇÃO DA SAÚDE		2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:	<input type="checkbox"/> Excelente, muito boa ou boa ⁰ <input type="checkbox"/> Regular ou ruim ¹
ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA	AVD Instrumental <i>Respostas positiva valem 4 pontos cada. Todavia, a pontuação máxima do item é de 4 pontos, mesmo que o idoso tenha respondido sim para todas as questões 3, 4 e 5.</i>	3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras?	<input type="checkbox"/> Sim ⁴ <input type="checkbox"/> Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde
		4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou pagar as contas de sua casa?	<input type="checkbox"/> Sim ⁴ <input type="checkbox"/> Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde
		5. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de realizar pequenos trabalhos domésticos, como lavar louça, arrumar a casa ou fazer limpeza leve?	<input type="checkbox"/> Sim ⁴ <input type="checkbox"/> Não ou não faz mais pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não a saúde
	AVD Básica	6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho?	<input type="checkbox"/> Sim ⁴ <input type="checkbox"/> Não
COGNIÇÃO		7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido?	<input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não
		8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses?	<input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não
		9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano?	<input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não
HUMOR		10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança?	<input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não
		11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas?	<input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não
IMOBILIDADE	Alcance, preensão e pinça	12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro?	<input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não
		13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos?	<input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não
	Capacidade aeróbica e/ou muscular	14. Você tem alguma das quatro condições abaixo relacionadas?	1. Perda de peso não intencional de 4,5 kg ou 5% do peso corporal no último ano ou 6 kg nos últimos 6 meses ou 3 kg no último mês (); 2. Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 kg/m ² (); 3. Circunferência da panturrilha a < 31 cm (); 4. Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) > 5 segundos (). <input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não
	Marcha	15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano?	<input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não
		16. Você teve duas ou mais quedas no último ano?	<input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não
	Continência esfincteriana	17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento?	<input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não
COMUNICAÇÃO	Visão	18. Você tem problemas de visão capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de óculos ou lentes de contato.	<input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não
	Audição	19. Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de aparelhos de audição.	<input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não
COMORBIDADES MÚLTIPLAS	Polipatologia	20. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas?	1. Cinco ou mais doenças crônicas (); 2. Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia (); 3. Interação recente, nos últimos 6 meses (). <input type="checkbox"/> Sim ⁴ <input type="checkbox"/> Não
	Polifarmácia		
	Interação recente (<6 meses)		
PONTUAÇÃO FINAL (40 pontos)			Máximo 40 pts



IDENTIFICAÇÃO

NOME: _____ DATA DE NASCIMENTO: _____

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E IDENTIFICAÇÃO DE LINHA DE CUIDADO

PONTUAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO	RECOMENDAÇÃO
<input type="checkbox"/> 0 a 6 pontos	<input type="checkbox"/> idoso com baixo risco de vulnerabilidade clínico funcional	<input type="checkbox"/> Visita de gerente de caso trimestral e ligações mensais; <input type="checkbox"/> Indicar acompanhamento médico pelo ambulatório de geriatria CIGGA – indicada a consulta semestral; <input type="checkbox"/> Indicar programa de qualidade de vida e promoção da saúde; <input type="checkbox"/> Apresentar o programa de cuidados na internação do Programa Longevidade.
<input type="checkbox"/> 7 a 14 pontos	<input type="checkbox"/> idoso com moderado risco de vulnerabilidade clínico funcional	<input type="checkbox"/> Acompanhamento por gerente de caso bimestral e contato mensal; <input type="checkbox"/> Agendar avaliação multidimensional avançada – cognitiva e funcional; <input type="checkbox"/> Mesmo acompanhado por médico generalista, indicar o agendamento de consulta no ambulatório de geriatria CIGGA ou indicar visita medica domiciliar, se dificuldade de sair de casa - acompanhamento médico trimestral. <input type="checkbox"/> Apresentar o programa de cuidados na internação do Programa Longevidade.
<input type="checkbox"/> ≥15 pontos	<input type="checkbox"/> idoso com alto risco de vulnerabilidade clínico funcional	<input type="checkbox"/> Acompanhamento por gerente de caso – visita domiciliar mensal ou quinzenal e acompanhamento telefônico quinzenal; <input type="checkbox"/> Agendar avaliação multidimensional avançada – cognitiva e funcional; <input type="checkbox"/> Se dificuldade de sair do seu domicílio, mesmo acompanhado por médico generalista ou home care, indicar o acompanhamento domiciliar pela equipe de geriatria do programa – acompanhamento mensal ou quinzenal; <input type="checkbox"/> Se preferir acompanhamento ambulatorial, mesmo acompanhado por médico generalista, indicar o agendamento de consulta no ambulatório de geriatria CIGGA; <input type="checkbox"/> Apresentar o programa de cuidados na internação do Programa Longevidade

PLANO DE CUIDADOS E METAS

Assinatura e carimbo do gerente de caso:



ANEXO 3 – AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL AMPLA (AMA)

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
NOME: _____		DATA DE NASCIMENTO: _____	
SEXO: _____	IDADE: _____	ESTADO CIVIL: _____	
PROFISSÃO: _____		ESCOLARIDADE: _____ anos RELIGIÃO: _____	
ENDEREÇO: _____		BAIRRO: _____	
CIDADE: _____		TELEFONE: _____	CELULAR: _____
CUIDADOR: _____		PARENTESCO: _____	TELEFONE: _____
MÉDICO DE REFERÊNCIA _____		CONTATO: _____	
ESCORES DE RISCO			
PRISMA 7: <input type="checkbox"/> < 3 (baixo risco) <input type="checkbox"/> ≥ 3 (risco de perda funcional)		WHOQOL Bref: <input type="checkbox"/> 5 a 6 <input type="checkbox"/> 4 a 4,9 <input type="checkbox"/> 3 a 3,9 (indica ações de promoção da saúde e prevenção em saúde mental) <input type="checkbox"/> 1 até 2,9 (indica acompanhamento psicológico)	
IVCF-20:	<input type="checkbox"/> baixo risco de vulnerabilidade clínico funcional	<input type="checkbox"/> moderado risco de vulnerabilidade clínico funcional	<input type="checkbox"/> alto risco de vulnerabilidade clínico funcional
HISTÓRICO DE SAÚDE			
Doenças crônicas _____			

Alergias e intolerâncias: _____			

Hábitos (atividade física, lazer, reuniões familiares, ect.): _____			

Histórico Familiar (mãe, pai, irmãos, avós, filhos): () Infarto ou angina () AVC ou outras causas cardiovasculares () Câncer () Demência – Alzheimer ou outras () depressão () Doenças psiquiátricas () outras: _____			
Diagnósticos agudos (último mês): _____			

Internações e procedimentos no último ano: Causa: _____ Hospital: _____ Período (data de internação e alta): _____			
Informações diagnósticas ou problemas encontrados (privadas do profissional): _____			



EVOLUÇÃO (Anamnese)

Queixa principal _____

História da doença atual

HISTÓRIA PESSOAL

Nº quedas nos últimos 6 meses: _____

() queda sem fratura ou outras traumas

() Queda com trauma mas sem fratura

() queda com fratura

Tabagismo: Nº cigarros/dia: _____

Nº anos: _____

Etilismo: () não bebe () 1 a 2 x ao mês () toda semana () quase todo dia () todo dia

Perdeu peso nos últimos 6 m? () sim () não

Religiosidade:

Possui um crença ou religião? _____ Se considera uma pessoa religiosa? () sim () não

Suporte social

Moradia: () só () cônjuge () filho(s) () pais () acompanhante () outros: _____

Dependentes: () só () cônjuge () filho(s) () pais () avós () outros: _____

Com quem o(a) sr. (a) pode contar quando precisa de ajuda (pessoas ou instituições)?

() Família () Amigos () Ninguém () Outros () Instituições religiosas () não tenho com quem contar

Com que frequência você pode ou poderia contar com esse auxílio?

() diariamente () toda semana () uma vez por mês () raramente () não tenho com quem contar

Situação econômica

A sua renda atual é suficiente para suprir suas necessidades básicas? () sim () não

Se não, o(a) sr.(a) recebe algum auxílio financeiro para suprir essas necessidades? () sim () não

Suporte assistencial

O (A) sr. (a) possui um **médico de referência**, que o atende periodicamente e em quem confia? () sim () não

Médico: _____ Especialidade: _____ Tel: _____

Quantas consultas o(a) sr. (a) teve com esse médico no último ano? _____

Além do seu médico de referência, o(a) sr. (a) é acompanhado por algum **médico especialista**? () sim () não

() cardiologista () endocrinologista () pneumologista () neurologista () psiquiatra () geriatra

() ortopedista () ginecologista () urologista () oncologista () hematologista () outro: _____

O (A) sr. (a) está sendo atendido por algum **serviço de assistência domiciliar**? () não

() sim Empresa: _____ Programa: () SID 24h () SID 12h () SID 6h () AD

() Físio – freq. ____ x sem () Fono – freq. ____ x sem () Med Freq. _____ () nutri Freq. _____

() outros: _____ Freq. _____



Observações: _____

EXAME FÍSICO

PA (sentado): _____ x _____ mmHg PA (deitado): _____ x _____ mmHg
PA (em pé): _____ x _____ mmHg FC: _____ bpm Temp. axilar _____ ° C
Glicemia: _____ mg/dl Peso: _____ Kg Alt: _____ m IMC: _____ kg/m²
FR: _____ irpm SatO2: _____ % Dor (EVA): _____
Circ. Abdominal: _____ cm Circ. Panturrilha: _____ cm

Revisão de sistemas

Alterações de pele? _____

Constipação intestinal? _____

Perda de urina de urina ou fezes? _____

Dor? _____

Cansaço ou falta de ar? _____

Perda ou aumento de apetite? _____

Insônia ou aumento do sono? _____

Tristeza ou ansiedade? _____

EXAMES RECENTES

VACINAS (Data)

_____	Influenza (Gripe): _____
_____	Hepatite B: _____
_____	Hepatite A: _____
_____	Anti-Pneumocócica: _____
_____	Febre Amarela: _____
_____	Dt (Dupla): _____
_____	Outras: _____

MEDICAMENTOS

POSOLOGIA

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	



Aprovação:

**Elaborado por
Livia Pereira Coelho**

A cópia desse documento não é permitida sem prévia autorização da CAMPERJ