

Por Fabiana Cambricoli

***Um número cada vez maior de empresas está investindo em análise de informações dos beneficiários para prever risco de doenças graves***

Dar atenção ao usuário somente quando ele fica doente é uma prática que tem ficado no passado de boa parte das operadoras de saúde brasileiras. Um número cada vez maior de empresas do ramo está investindo na gestão e análise dos dados de seus beneficiários para conseguir prever aqueles que têm maior risco de desenvolver algum problema grave de saúde e oferecer a ele serviços e orientações que reduzam o risco de isso acontecer. Para o paciente, uma vida mais saudável. Para a operadora, custos menores no futuro.

Medir peso e altura, acompanhar o número de consultas, exames e entradas no pronto-socorro de cada cliente, verificar gastos do paciente na farmácia. Essas são algumas das estratégias usadas pelos planos para saber como anda a saúde de seus beneficiários e, assim, tentar separar os grupos de maior risco para elaborar uma proposta de intervenção.

A Amil, por exemplo, iniciou no fim de 2015 um programa de mapeamento dos clientes chamados high users, ou seja, aqueles que utilizam com maior frequência os serviços do convênio médico. Na avaliação da operadora, o número de consultas, exames e outros procedimentos realizados por essas pessoas é, muitas vezes, exagerado, resultado da falta de orientação e organização do sistema.

O cliente, na visão da operadora, fica perdido, consultando diversos especialistas e passando por vários exames, sem que o problema de saúde seja efetivamente resolvido.

Como parte do programa, a operadora mapeou os dados de todos seus beneficiários e chegou a um grupo de 40 mil pacientes em São Paulo e no Rio considerados high users – o equivalente a 1% de toda a carteira de clientes da Amil. O próximo passo foi entrar em contato com todos eles para oferecer um programa de cuidados coordenados, com orientação individualizada e atendimento presencial em unidades espalhadas em 13 endereços das duas capitais. Os centros foram batizados de Clubes Vida de Saúde.

De novembro de 2015, quando o programa foi lançado, até setembro deste ano, 11,5 mil clientes aceitaram participar da iniciativa. O objetivo é que, com o acompanhamento individualizado de um único médico, o paciente possa receber orientações sobre os procedimentos e tratamentos mais eficazes para cada doença e, assim, melhorar seu estado de saúde, evitando complicações futuras que representem mais custos para a empresa.

“Um dos principais desafios é conectar os pacientes certos aos profissionais corretos e no momento oportuno. Para tornar essa estratégia um processo contínuo, foi necessário criar um fluxo de trabalho com entradas, saídas e resultados claros de cada etapa. Nosso objetivo é prever episódios graves ou agir imediatamente quando um evento agudo acontece. Desse modo, conseguiremos contribuir efetivamente com a gestão da saúde das pessoas, algo muito mais importante que a simples gestão de custos”, diz Hans Dohmann, diretor de Gestão de Saúde da Amil.

Corporativos. Gigante do segmento de planos corporativos, a Bradesco Saúde criou um programa, o Juntos Pela Saúde, para identificar, em cada empresa para a qual fornece o convênio médico, os funcionários com condições de saúde mais vulneráveis e, em seguida, propor intervenções específicas para cada grupo. São vários tipos de ações que a Bradesco oferece e que podem ser contratadas pelas empresas que desejarem oferecê-las a seus funcionários.

No programa de acompanhamento de doentes crônicos, por exemplo, a operadora primeiramente

levanta os dados de consultas, exames e internações de cada beneficiário daquela empresa, recupera as informações dos gastos dele em farmácia e monta um algoritmo para prever quais funcionários têm mais chances de apresentar uma doença crônica ou, no caso dos que já possuem alguma patologia do tipo, quais têm maior risco de complicações. Identificado esse grupo, a operadora oferece acompanhamento profissional, além de monitoramento que inclui palestras e materiais informativos sobre hábitos de vida saudáveis.

Outro programa oferecido às empresas pela operadora é o de abandono do tabagismo. Pela ação, o funcionário fumante tem acesso a consultas individuais com pneumologistas e psiquiatra por seis meses, exames, além de acompanhamento semanal por telefone sobre a evolução do tratamento. De acordo com a operadora, 42% dos participantes deixaram de fumar e outros 57% diminuíram o número de cigarros consumidos.

Na Hapvida, a gestão da informação e as inovações tecnológicas são usadas não só para definir o público-alvo de programas de promoção e prevenção da saúde, mas também para otimizar o atendimento nas unidades de atendimento próprias da operadora.

A empresa criou um núcleo de controle e qualidade que acompanha o trajeto dos beneficiários nos centros médicos, emitindo alertas em situações como de espera excessiva no atendimento de urgência ou demora na marcação de consultas com especialistas. Sempre que há uma situação atípica, o núcleo – que funciona 24 horas – entra em contato com o coordenador da unidade para cobrar explicações sobre a demora.

Para evitar desperdício de recursos com exames repetidos, por exemplo, a operadora também implementou o prontuário eletrônico para que todas as unidades tenham acesso ao histórico do paciente. Como forma de cortar gastos também com a impressão de laudos médicos, os resultados dos exames feitos nas unidades da Hapvida passaram a ser entregues aos pacientes em mini DVDs.

**Fonte:** [O Estado de S. Paulo](#), em 04.11.2016.