



ruep

Revista UNILUS Ensino e Pesquisa
v. 16, n. 43, abr./jun. 2019
ISSN 2318-2083 (eletrônico)

DONIZETTI DA SILVA LOPES

*Universidade Nove de Julho, UNINOVE, São
Paulo, SP, Brasil.*

*Recebido em junho de 2019.
Aprovado em agosto de 2019.*

MODELO DE GESTÃO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA POR QUEDAS AOS PACIENTES IDOSOS: PROPOSTA PARA OPERADORA DE SAÚDE SUPLEMENTAR

RESUMO

Objetivou-se no presente Artigo obter o custo da assistência aos idosos, vítimas de quedas, atendidos nas unidades de emergências da rede credenciada, de uma operadora de saúde. A princípio constatou-se que a porcentagem de atendimentos realizados nos serviços de emergência aos idosos vítimas de quedas foi de 70%. A partir deste achado conduziu-se a auditoria in loco em atendimentos de pronto-socorro na rede credenciada, na qual constatou-se um valor médio mensal dos custos de cada atendimento, o correspondente a R\$ 144,00. Com este achado optou-se pela implantação do Grupo de Ação Educativa para Idosos (GAEI) que consiste em um serviço de atenção domiciliar, com a proposta de oferecer na residência do idoso um treinamento aos beneficiários e familiares, objetivando, assim, educá-los para a prevenção de quedas.

Palavras-Chave: auditoria de enfermagem; custo da assistência; risco de queda; saúde do idoso.

MANAGEMENT MODEL MEDICAL CARE FOR FALLS FOR ELDERLY PATIENTS: PROPOSAL FOR SUPPLEMENTARY HEALTH CARE OPERATOR

ABSTRACT

The objective of this Article was to obtain the cost of assistance to the elderly, victims of falls, treated at the emergency units of the accredited network, from a health care provider. At first, it was found that the percentage of emergency services provided to the elderly victims of falls was 70%. Based on this finding, an on-site audit was carried out in emergency room services in the accredited network, in which an average monthly cost of each service was verified, corresponding to R \$ 144.00. With this finding, the Group of Action for the Elderly Education (GAEI) was set up, consisting of a home care service, with the proposal of providing the elderly with training for beneficiaries and their families, with the aim of educating them for the prevention of falls.

Keywords: nursing audit; cost of assistance; risk of fall; health of the elderly.

Revista UNILUS Ensino e Pesquisa
Rua Dr. Armando de Salles Oliveira, 150
Boqueirão - Santos - São Paulo
11050-071
<http://revista.lusiada.br/index.php/ruep>
revista.unilus@lusiada.br
Fone: +55 (13) 3202-4100

INTRODUÇÃO

Os estudos que abordam temas relacionados à terceira idade revelam um fenômeno mundial que vem alterando, de modo significativo, o perfil da sociedade em relação ao envelhecimento progressivo, denominado transição demográfica, que não deixou o Brasil isento de seus efeitos, uma vez que os idosos somam 23,5 milhões (LEVRINI; MACIEL, 2016), com projeções que indicam que, em 2060, o país terá 58,4 milhões de pessoas com idade superior a 60 anos, o que representará 26,7% da população (SALES et al., 2014).

Este novo perfil populacional sinaliza um problema que tende a piorar o aumento pela demanda por serviços de saúde, sobretudo os de pronto atendimento, já que os idosos encontram-se suscetíveis a eventos adversos como, por exemplo, as quedas da própria altura, devido as alterações morfológicas que se refletem na redução da massa muscular, assim como na densidade óssea, na diminuição da acuidade visual e auditiva, tonturas, entre outros fatores que influenciam o equilíbrio (CAMBOIM et al., 2017).

Embora as quedas representem um problema de saúde pública, tendo em vista que 28 a 50% dos idosos são vítimas anualmente (CAMBOIM et al., 2017), ainda não se tem clareza do impacto econômico e financeiro desses eventos, particularmente no que concernem aos custos gerados aos sistemas de saúde, em específico o setor suplementar. Á vista disso justifica-se a relevância do presente estudo a imprescindibilidade de realizar uma pesquisa-ação com o intuito de implantar um modelo de gestão sobre os gastos decorrentes da assistência prestada aos idosos vítimas de quedas em serviços de emergência. A operadora de saúde, na qual realizou-se o Artigo, fundada em 1997, direciona o seu atendimento às pessoas com idade a partir 49 anos. Para tanto, conta com uma infraestrutura composta por nove hospitais próprios, quinze centros de diagnósticos com laboratórios de patologia clínica e serviços de imagem, treze núcleos de prevenção e promoção à saúde, além de centros contemplando diversas especialidades como oftalmologia, oncologia, ortopedia, cardiologia e dermatologia.

Este Artigo, a princípio, realizou-se uma auditoria a fim a evidenciar a porcentagem de atendimentos realizados nos serviços de emergência, da operadora de saúde, destinados à assistência aos idosos vítimas de quedas, sendo ao final constatada a taxa de 70%. A partir deste achado propôs-se a implementação de um modelo de gestão que gerasse informações aos gestores sobre o efetivo custo gerado por estes atendimentos. Com o intuito de corrigir o problema, e em parceria com o setor de contas médicas, elaborou-se um modelo de análise em planilha que apurasse os custos decorrentes dos atendimentos de idosos que sofreram quedas. Para tanto, conduziu-se a auditoria in loco em atendimentos de pronto-socorro na rede credenciada. A partir do levantamento dos custos totais no período de um semestre e, com base nos valores obtidos, foi possível definir, com o apoio do setor de contratos, um valor médio mensal dos custos de cada atendimento, o corresponde a R\$ 144,00. Com este achado optou-se pela implantação do Grupo de Ação Educativa para Idosos (GAEI) que consiste em um serviço de atenção domiciliar, com a proposta de oferecer na residência do idoso um treinamento aos beneficiários e familiares, objetivando, assim, educá-los para a prevenção de quedas e, por conseguinte, reduzir os gastos com a assistência prestada no pronto atendimento.

Nesse sentido, objetiva-se descrever a implementação do processo de gestão de quedas, composto por um sistema de informação desenvolvido pela auditoria de contas, no qual foram identificados os custos da assistência aos idosos vítimas de quedas, atendidos especificamente nas unidades de pronto-socorro da operadora de saúde; e o Grupo de Ação Educativa para Idosos (GAEI) que corresponde a um serviço de atenção domiciliar, de caráter preventivo para quedas.

Tendo como ponto de partida o que foi anteriormente referido, o presente relatório encontra-se estruturado em quatro seções, além desta breve introdução. A primeira seção apresenta a o referencial teórico do estudo. Na seção seguinte,

descreve-se o percurso metodológico empírico trilhado para a obtenção dos resultados e na sequência estes contextualizados. Finalmente, na quarta seção, são realizadas as considerações finais.

REFERENCIAL TEÓRICO

O setor de pesquisa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) revela que vivem no território brasileiro 207 milhões de habitantes, sendo que 25 milhões de idosos são beneficiários de planos de saúde no segmento suplementar. Deste total existem 47,6 milhões de vínculos de beneficiários a planos de assistência médica. Todavia, considerando-se a evolução do número de vínculos na saúde suplementar no decorrer da primeira década do século XXI, observa-se que, enquanto a participação dos idosos no total da população brasileira aumentou 12% entre 2010 e 2017, o aumento no número de vínculos de indivíduos de 60 anos ou mais com planos de saúde aumentou somente 3,4% no mesmo período.

A Portaria Nº 2 528, de 19 de outubro de 2006, que regulamenta a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, expõe que “quando o processo de envelhecer é aceito como um êxito, o aproveitamento da competência, da experiência e dos recursos humanos dos grupos mais velhos é assumido com naturalidade, como uma vantagem para o crescimento de sociedades humanas maduras e plenamente integradas” (BRASIL, 2006).

Entretanto, os gastos com saúde, tanto no setor público quanto privado, estão no topo das agendas de todos os países do mundo. A princípio, em qualquer cenário econômico projetado, o crescimento do gasto com saúde per capita acompanha o próprio crescimento do PIB per capita, mantendo constante a participação do gasto com saúde em relação ao produto. No Brasil, em decorrência do envelhecimento da população, o gasto com saúde deverá crescer de acordo com a proporção do PIB e deverá acarretar, em 2050, num gasto total em saúde de 10,3% do PIB. Dentre os agravos que acometem os idosos e elevam os gastos com serviços de saúde se destaca a queda, definida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) como o deslocamento não-intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em dano. Considera-se queda quando o paciente é encontrado no chão ou quando, durante o deslocamento, necessita de amparo, ainda que não chegue ao chão. A queda pode ocorrer da própria altura da maca/cama ou dos assentos (cadeira de rodas, poltronas, cadeiras, cadeira higiênica, banheira, trocador de fraldas, bebê conforto, berço entre outros), incluindo vaso sanitário (SBGG, 2008).

De acordo com pesquisa divulgada pelo hospital Albert Einstein, no Brasil, cerca de 30% dos idosos caem pelo menos uma vez ao ano. O risco deste tipo de acidente pode ultrapassar 50% entre as pessoas acima de 85 anos e, destas, cerca de 70% dos casos ocorrem em ambientes domiciliares (ALBERT EINSTEIN, 2012).

Conforme dados publicados pelo Sistema de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) no período de 2010 a 2015, houve um aumento de 291% de internação hospitalar decorrente a queda - Tabela 1.

Tabela 1 - Número de pacientes idosos internados no SUS por queda no período de 2010 - 2015. Lista Morbidade CID-10: W189 Outras quedas no mesmo nível - local não especificado.

2010	2011	2012	2013	2014	2015
549	508	195	393	266	1597

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS).

A origem da queda pode ser associada a fatores intrínsecos, que são decorrentes de alterações fisiológicas do envelhecimento, doenças e efeitos de medicamentos; e de fatores extrínsecos que são circunstâncias sociais e ambientais que

oferecem desafios ao idoso (RIBEIRO et al., 2008). Como fatores intrínsecos, destacam-se as alterações fisiológicas próprias do processo de envelhecimento, bem como afecções comuns na etapa da velhice - diminuição da acuidade visual com o embaralhamento da visão periférica; a diminuição do tempo de resposta visual e da adaptação às alterações de luminosidade; diminuição da acuidade auditiva com a consequente diminuição de pistas (sinais audíveis) sobre o meio ambiente, distúrbios vestibulares que levam a diminuição da estabilidade postural; distúrbios proprioceptivos com alteração da percepção da posição do corpo estática e dinâmica; aumento do tempo de reação a situações de perigo; diminuição da sensibilidade de barorreceptores a estímulos, tais hipotensão e hipertensivos, que acarretam a diminuição do reflexo do aumento da frequência cardíaca, da regulação da pressão arterial e do fluxo arterial; diminuição da força muscular, das fibras de contração rápida, atuantes no controle postural; e degenerações articulares que limitam a amplitude de movimentos (JAHANA; DIOGO, 2007).

Os fatores extrínsecos incluem as características do ambiente referentes à iluminação inadequada, superfície escorregadia, tapetes soltos ou com dobras, degraus altos ou estreitos, objetos no caminho, ausência de corrimãos em corredores e banheiro, prateleiras excessivamente baixas ou elevadas, roupas ou calçados inadequados e a via pública malconservada (JAHANA; DIOGO, 2007).

É importante notar que em estudo direcionado a investigar as causas e consequências de quedas entre os idosos atendidos em um hospital público, verificou-se que 66% das quedas ocorreram no próprio lar do idoso e 22%, na rua, e o restante ocorreu na casa de parentes e amigos (FABRÍCIO et al., 2004).

Arndt, Telles e Kowalski (2011) concluíram, em seu estudo, que o custo direto da hospitalização desembolsado pelo convênio à rede hospitalar privada é, em média, de R\$ 39.160,74 para todas as fraturas por quedas em idosos. Os recursos médico-hospitalares mais dispendiosos identificados foram: diárias (6,5%), próteses e materiais de alto custo (49,6%), materiais descartáveis e medicamentos (14,4%), honorários (12,0%), taxas hospitalares (9,5%) e outros (8,0%).

Devido ao custo elevado decorrente da assistência prestada aos idosos que sofreram queda, as operadoras de saúde suplementar optam pela desospitalização pós-cirúrgica sem intercorrência com o mesmo, assim contratam uma equipe multidisciplinar de Home Care para atendimento e acompanhamento domiciliar. Trata-se de uma estratégia que propõe que as atividades e os procedimentos sejam executados para outro ambiente, comumente denominado extra hospitalização. Nesta proposta constam os cuidados paliativos definidos como um conjunto de cuidados destinados aos pacientes que já não respondem mais aos tratamentos curativos. Esta programação frequentemente inclui cuidados domiciliares, e o trabalho é desenvolvido tendo como foco o próprio paciente e sua estrutura familiar. No Brasil, este tipo de assistência vem sendo oferecida principalmente em hospitais ou nos lares dos pacientes (CRUZ, 1999).

Por sua vez, a Reabilitação Gerontológica visa a preservação da função, adiamento da instalação de incapacidades, por meio de medidas preventivas. Assim, objetiva-se diminuir o comprometimento imposto por doenças incapacitantes, promovendo um modo de vida mais saudável e adaptando o indivíduo de forma a propiciar uma melhor qualidade de vida (GUIMARÃES, 2004).

Reconhecendo a residência do idoso como ambiente ideal para Reabilitação Gerontológica, devem ser considerados arranjos físicos e ergonômicos, limitações pessoais e culturais, aspectos cognitivos do indivíduo, instrumentação nos ambientes, equipamentos, entre outros aspectos para um resultado bem-sucedido. Abaixo encontram-se listados os fatores extrínsecos que promovem o aumento do risco de queda entre os idosos em ambiente domiciliar. Tais itens apresentam como base pesquisas anteriores que se utilizaram de amostragem para identificação dos fatores. Destaca-se, então, segundo Bezerra e Barros, (2014), que o piso, muitas vezes escorregadio e/ou desnivelado; soleiras em relevo; presença de tapetes, principalmente soltos;

iluminação inadequada, ausente ou precária; ausência de corrimão, tanto nas escadas como nos corredores; mobiliário inadequado, com quinas pontiagudas e/ou instalados com altura que exige o uso de escadas ou bancos; layout em desconformidade com o espaço, dificultando a mobilidade ou obstruindo a passagem; ausência de barras de apoio nos banheiros e tapetes antiderrapantes para box; maçanetas de difícil manuseio, em sua maioria arredondadas; interruptores mal posicionados, muitas vezes excessivamente baixos ou distantes do ponto de acesso ao ambiente; degraus sem faixa antiderrapante ou sinalização e que, muitas vezes, se apresentam altos e estreitos.

Para Lima e Cesário, (2014), os obstáculos a serem observados crescem ainda mais. Para os autores, devem ainda ser avaliados os assentos sanitários; camas e cadeiras com alturas inadequadas e sem apoiadores laterais. Já Araújo et al. (2008) destacam que tais riscos podem ser causados ainda por equipamentos, utensílios domésticos, além da própria condição física do indivíduo e acrescentam que os tapetes menores promovem um risco ainda maior que os demais; na disposição do layout o mobiliário não deve ser disposto nos locais de passagem, principalmente no caminho entre o quarto, o banheiro ou a cozinha, que podem ser utilizado à noite; daí ser necessário haver maior cuidado na disposição de objetos, seguindo uma lógica de maior uso, mais pesados e com acesso mais facilitado.

Segundo Filho (2006) programas de exercício físico, com vista ao aumento de força e flexibilidade, e programas de treinamento de equilíbrio, tal como o Tai Chi, diminuem a ocorrência de quedas. É preciso tratar a osteoporose; minimizar número de medicações. Além disso, é necessário também indicar a utilização correta de aparelhos: bengala - 70% usam incorretamente -; andador com rodas dianteiras para os pacientes portadores de Mal de Parkinson. O acolchoamento trocateriano diminui a ocorrência de fratura de fêmur. São necessários sapatos adequados e evitar salto alto; cadeiras e assentos de privada devem ser da altura correta e ter apoio para os braços. Os cuidados com a casa implicam em iluminação adequada e evitar objetos no chão.

As equipes multiprofissionais devem estar capacitadas para ofertar cuidados de acordo com a demanda dos idosos e com o tipo de cuidados necessários para a população longeva e frágil. Dessa forma, a identificação dos fatores de risco de quedas em idosos em ambientes domiciliares representa uma importante estratégia na elaboração de programas de prevenção e na realização de projetos adequados destinados à população idosa (LIMA; CESÁRIO, 2014).

Neste contexto, a auditoria em saúde desempenha um papel fundamental em se tratando da avaliação sistemática da qualidade da assistência de enfermagem prestada ao cliente pela análise dos prontuários, acompanhamento do cliente "in loco" e verificação da compatibilidade entre o procedimento realizado e os itens que compõem a conta hospitalar cobrada, garantindo um pagamento justo mediante a cobrança adequada (MOTTA, 2003).

Dessa forma, a Resolução Nº 266/2001 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que aprova as atividades do Enfermeiro Auditor, estabelece tão-somente uma orientação, já que somente a lei poderia estabelecer distinções, e onde a lei não distinguiu não pode o poder regulamentar da entidade diferenciar. Nas atividades onde a lei não veda atuação do Enfermeiro, pode a Resolução do COFEN ampliar desde que não contrarie qualquer disposição legal contrária, ou seja, vedar onde a lei não ousou fazê-lo não pode se admitir.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva, retrospectiva e de caráter documental, realizada por meio de um modelo de análise, aplicado pela auditoria de enfermagem, no período de maio de 2016 a maio de 2017, em uma organização atuante no segmento de saúde suplementar e situada na Zona Oeste da Cidade de São

Paulo/SP, Brasil, com o nome oficial omitido no presente estudo e designada pelo nome fictício “Operadora de Plano de Saúde especializada em Idosos”, que conta atualmente com 335 mil beneficiários.

A amostra foi composta somente por beneficiários com idade igual ou superior a 50 anos, atendidos nas unidades de pronto-socorro de cinco hospitais localizados na cidade de São Paulo, Santos e Praia Grande e credenciados junto à Operadora de Plano de Saúde especializada em Idosos. Esta seleção se deu por conta de um aumento identificado de atendimentos de idosos com agravos decorrentes de quedas, que passaram a ser monitorados e gerenciados, contando com o auxílio da auditoria em Enfermagem.

Considera-se o mapeamento de riscos e problemas relevante para as organizações da área de saúde, dada a complexidade de seus processos e a necessidade de se ter uma visão sistêmica da realidade, empregando para tanto metodologias capazes de identificarem as soluções que permitam aos gestores o planejamento de processos que incluam ações preventivas e corretivas (GALLOTTI; ASSIS, 2013; ROSA; MENEZES, 2015).

O uso da tecnologia de informação fornece as informações para que os gestores das operadoras determinem as melhores estratégias de negócio e não somente melhorem a rentabilidade, mas aumentem a qualidade dos padrões de saúde dos seus beneficiários, por meio da modelagem dos programas de promoção e prevenção de saúde para grupos de maior risco (MONKEN, 2013).

RESULTADOSE DISCUSSÃO

Os dados foram coletados na auditoria in loco no período de maio de 2016 a maio de 2017 nos prontos-socorros de hospitais da cidade de São Paulo localizados em três bairros: Mooca, Santo Amaro e Vila Jaraguá, e também da cidade de Santos e Praia Grande, abrangendo em torno de 53 mil beneficiários, utilizando um modelo de análise computadorizado elaborado pela auditoria de enfermagem do setor de contas médicas. As auditorias eram realizadas uma vez por mês, sempre na primeira semana, quando eram analisadas as informações contidas naqueles prontuários do mês anterior, e na sequência verifica-se o período de competência do atendimento, a queixa principal, idade, conduta e prescrição médica do especialista, solicitação de exames complementares (radiografia simples de extremidades), matérias e medicamentos de consumo hospitalar. Uma vez confirmadas todas as informações, identificou-se o valor a ser remunerado pelo atendimento deste pacote acordado em contrato de R\$ 144,00, caracterizando uma ocorrência de queda. Tabelas (2, 3, 4, 5 e 6).

Tabela 2 - Relatório de Auditoria - Pronto-Socorro - Bairro Mooca.

Nº	Serviço Prestado	Período	Atendimento (Queda)	Retorno (Queda)	Total de atendimento	Custo dos atendimento	Custo por queda
1	Pronto Socorro	mai/16	377	15%	539	R\$ 77.616,00	R\$ 54.288,00
2	Pronto Socorro	jun/16	385	22%	550	R\$ 79.200,00	R\$ 55.440,00
3	Pronto Socorro	jul/16	419	16%	598	R\$ 86.112,00	R\$ 60.336,00
4	Pronto Socorro	ago/16	286	28%	408	R\$ 58.752,00	R\$ 41.184,00
5	Pronto Socorro	set/16	294	16%	420	R\$ 60.480,00	R\$ 42.336,00
6	Pronto Socorro	out/16	388	9%	554	R\$ 79.776,00	R\$ 55.872,00
7	Pronto Socorro	nov/16	353	11%	504	R\$ 72.576,00	R\$ 50.832,00
8	Pronto Socorro	dez/16	376	12%	537	R\$ 77.328,00	R\$ 54.144,00
9	Pronto Socorro	jan/17	313	18%	447	R\$ 64.368,00	R\$ 45.072,00
10	Pronto Socorro	fev/17	286	25%	409	R\$ 58.896,00	R\$ 41.184,00
11	Pronto Socorro	mar/17	266	28%	380	R\$ 54.720,00	R\$ 38.304,00
12	Pronto Socorro	abr/17	362	7%	517	R\$ 74.448,00	R\$ 52.128,00
13	Pronto Socorro	mai/17	343	16%	490	R\$ 70.560,00	R\$ 49.392,00
			4448		6353	R\$ 914.832,00	R\$ 640.512,00

Fonte: Dados extraídos durante a auditoria in loco.

No Pronto-Socorro do Hospital localizado no Bairro Mooca, constatou-se que no período analisado foram realizados 6.353 atendimentos, sendo que 4.448 tiveram como causa de procura por serviços médicos a queda, com um custo total de R\$ 640.512,00.

Tabela 3 - Relatório de Auditoria - Pronto-Socorro - Bairro Santo Amaro.

Nº	Serviço Prestado	Período	Atendimento (Queda)	Retorno (Queda)	Total de atendimento	Custo dos atendimento	Custo por queda
1	Pronto Socorro	mai/16	655	18%	936	R\$ 134.784,00	R\$ 94.320,00
2	Pronto Socorro	jun/16	687	16%	982	R\$ 141.408,00	R\$ 98.928,00
3	Pronto Socorro	jul/16	750	12%	1072	R\$ 154.368,00	R\$ 108.000,00
4	Pronto Socorro	ago/16	634	19%	906	R\$ 130.464,00	R\$ 91.296,00
5	Pronto Socorro	set/16	680	22%	972	R\$ 139.968,00	R\$ 97.920,00
6	Pronto Socorro	out/16	735	23%	1050	R\$ 151.200,00	R\$ 105.840,00
7	Pronto Socorro	nov/16	707	18%	1010	R\$ 145.440,00	R\$ 101.808,00
8	Pronto Socorro	dez/16	563	13%	804	R\$ 115.776,00	R\$ 81.072,00
9	Pronto Socorro	jan/17	640	19%	914	R\$ 131.616,00	R\$ 92.160,00
10	Pronto Socorro	fev/17	494	19%	705	R\$ 101.520,00	R\$ 71.136,00
11	Pronto Socorro	mar/17	749	15%	1070	R\$ 154.080,00	R\$ 107.856,00
12	Pronto Socorro	abr/17	633	11%	904	R\$ 130.176,00	R\$ 91.152,00
13	Pronto Socorro	mai/17	756	12%	1080	R\$ 155.520,00	R\$ 108.864,00
			8683		12405	R\$ 1.786.320,00	R\$ 1.250.352,00

Fonte: Dados extraídos durante a auditoria in loco.

No Pronto-Socorro do Hospital localizado no Bairro de Santo Amaro, constatou-se que no período analisado foram realizados 12.405 atendimentos, sendo que 8.683 tiveram como causa de procura por serviços médicos a queda, com um custo total de R\$ 1.250.352,00.

Tabela 4 - Relatório de Auditoria - Pronto-Socorro - Bairro Vila Jaraguá.

Serviço Prestado	Período	Atendimento (Queda)	Retorno (Queda)	Total de atendimento	Custo dos atendimento	Custo por queda
Pronto Socorro	mai/16	363	22%	519	R\$ 74.736,00	R\$ 52.272,00
Pronto Socorro	jun/16	362	18%	517	R\$ 74.448,00	R\$ 52.128,00
Pronto Socorro	jul/16	406	17%	580	R\$ 83.520,00	R\$ 58.464,00
Pronto Socorro	ago/16	439	20%	627	R\$ 90.288,00	R\$ 63.216,00
Pronto Socorro	set/16	414	11%	592	R\$ 85.248,00	R\$ 59.616,00
Pronto Socorro	out/16	390	15%	557	R\$ 80.208,00	R\$ 56.160,00
Pronto Socorro	nov/16	400	18%	572	R\$ 82.368,00	R\$ 57.600,00
Pronto Socorro	dez/16	380	11%	543	R\$ 78.192,00	R\$ 54.720,00
Pronto Socorro	jan/17	445	17%	635	R\$ 91.440,00	R\$ 64.080,00
Pronto Socorro	fev/17	426	18%	609	R\$ 87.696,00	R\$ 61.344,00
Pronto Socorro	mar/17	450	12%	643	R\$ 92.592,00	R\$ 64.800,00
Pronto Socorro	abr/17	470	13%	672	R\$ 96.768,00	R\$ 67.680,00
Pronto Socorro	mai/17	485	9%	693	R\$ 99.792,00	R\$ 69.840,00
		5430		7759	R\$ 1.117.296,00	R\$ 781.920,00

Fonte: Dados extraídos durante a auditoria in loco.

No Pronto-Socorro do Hospital localizado no Bairro da Vila Jaraguá, constatou-se que no período analisado foram realizados 7.759 atendimentos, sendo que 5.430 tiveram como causa de procura por serviços médicos a queda, com um custo total de R\$ 781.920,00

Tabela 5 - Relatório de Auditoria - Pronto-Socorro - Cidade Santos.

Nº	Serviço Prestado	Período	Atendimento (Queda)	Retorno (Queda)	Total de atendimento	Custo dos atendimento	Custo por queda
1	Pronto Socorro	mai/16	761	11%	1087	R\$ 156.528,00	R\$ 109.584,00
2	Pronto Socorro	jun/16	714	19%	1020	R\$ 146.880,00	R\$ 102.816,00
3	Pronto Socorro	jul/16	858	15%	1225	R\$ 176.400,00	R\$ 123.552,00
4	Pronto Socorro	ago/16	914	14%	1305	R\$ 187.920,00	R\$ 131.616,00
5	Pronto Socorro	set/16	896	12%	1280	R\$ 184.320,00	R\$ 129.024,00
6	Pronto Socorro	out/16	880	19%	1257	R\$ 181.008,00	R\$ 126.720,00
7	Pronto Socorro	nov/16	776	20%	1108	R\$ 159.552,00	R\$ 111.744,00
8	Pronto Socorro	dez/16	763	22%	1090	R\$ 156.960,00	R\$ 109.872,00
9	Pronto Socorro	jan/17	940	17%	1343	R\$ 193.392,00	R\$ 135.360,00
10	Pronto Socorro	fev/17	982	15%	1403	R\$ 202.032,00	R\$ 141.408,00
11	Pronto Socorro	mar/17	1055	12%	1507	R\$ 217.008,00	R\$ 151.920,00
12	Pronto Socorro	abr/17	1126	16%	1609	R\$ 231.696,00	R\$ 162.144,00
13	Pronto Socorro	mai/17	1281	7%	1830	R\$ 263.520,00	R\$ 184.464,00
			11946		17064	R\$ 2.457.216,00	R\$ 1.720.224,00

Fonte: Dados extraídos durante a auditoria in loco.

No Pronto-Socorro do Hospital localizado na Cidade de Santos, constatou-se que no período analisado foram realizados 17.064 atendimentos, sendo que 11.946 tiveram como causa de procura por serviços médicos a queda, com um custo total de R\$ 1.720.224,00.

Tabela 6 - Relatório de Auditoria - Pronto-Socorro - Cidade Praia Grande.

Nº	Serviço Prestado	Período	Atendimento (Queda)	Retorno (Queda)	Total de atendimento	Custo dos atendimento	Custo por queda
1	Pronto Socorro	mai/16	520	18%	743	R\$ 106.992,00	R\$ 74.880,00
2	Pronto Socorro	jun/16	533	16%	762	R\$ 109.728,00	R\$ 76.752,00
3	Pronto Socorro	jul/16	542	15%	774	R\$ 111.456,00	R\$ 78.048,00
4	Pronto Socorro	ago/16	554	12%	792	R\$ 114.048,00	R\$ 79.776,00
5	Pronto Socorro	set/16	496	17%	709	R\$ 102.096,00	R\$ 71.424,00
6	Pronto Socorro	out/16	482	22%	688	R\$ 99.072,00	R\$ 69.408,00
7	Pronto Socorro	nov/16	434	18%	620	R\$ 89.280,00	R\$ 62.496,00
8	Pronto Socorro	dez/16	426	11%	608	R\$ 87.552,00	R\$ 61.344,00
9	Pronto Socorro	jan/17	578	18%	826	R\$ 118.944,00	R\$ 83.232,00
10	Pronto Socorro	fev/17	549	12%	784	R\$ 112.896,00	R\$ 79.056,00
11	Pronto Socorro	mar/17	531	11%	758	R\$ 109.152,00	R\$ 76.464,00
12	Pronto Socorro	abr/17	536	16%	765	R\$ 110.160,00	R\$ 77.184,00
13	Pronto Socorro	mai/17	566	9%	808	R\$ 116.352,00	R\$ 81.504,00
			6747		9637	R\$ 1.387.728,00	R\$ 971.568,00

Fonte: Dados extraídos durante a auditoria in loco.

No Pronto-Socorro do Hospital localizado na Cidade Praia Grande, constatou-se que no período analisado foram realizados 9.637 atendimentos, sendo que 6.747 tiveram como causa de procura por serviços médicos a queda, com um custo total de R\$ 971.568,00.

Os resultados obtidos através do modelo de análise por cada região evidenciaram que o índice de atendimentos de idosos vítimas de queda é de 70%, com uma média de retorno de 15% naquele mês de atendimento, denotando, assim, um alto índice de custo decorrente das quedas de idosos.

A implementação do modelo de gestão em acompanhamento de despesas assistenciais dos idosos atendidos que sofreram quedas, possibilitaram o desenvolvimento do Grupo de Ação Educativa para Idosos (GAEI), que se traduz em um serviço de atenção domiciliar, com a proposta de oferecer treinamentos para os beneficiários e familiares em sua residência a fim de conscientizá-los sobre os fatores de risco para as quedas, objetivando, assim, reduzir os gastos com a assistência de agravos decorrentes das quedas.

Os treinamentos foram administrados pelos próprios profissionais da Operadora, que encontram-se familiarizados com a Política Nacional da Pessoa Idosa e comprometidos a alcançarem índices de melhoria contínua da qualidade na atenção domiciliar. Os encontros semanais foram realizados em horários estipulados pelos familiares dos idosos.

Verificou-se, a princípio, a necessidade de fomentar a humanização em tais encontros a fim de torná-los mais acolhedores e pessoais, o que permitiu aos idosos e seus familiares apreenderem na residência os objetos responsáveis pela obstrução de espaços de circulação, que aumentam o risco de queda. Sabe-se que, por mais difícil que pareça ser o processo de educação em saúde, o primeiro passo é propor ao idoso e ao seu cuidador a interatividade nesse processo; o segundo, é começar a colocá-lo em prática; e o terceiro, fazê-lo se tornar um novo hábito de vida e saúde para essa população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Objetivou-se no presente Artigo obter o custo da assistência aos idosos, vítimas de quedas, atendidos nas unidades de emergências da rede credenciada, de uma operadora de saúde, que viabilizou posteriormente a implantação do GAEI, estratégia preventiva domiciliar que não demandou gastos adicionais, já que o envolvimento das equipes multiprofissionais, já atuantes na assistência com a equipe educativa recém-formada, dispensou a contratação de mais profissionais. Organizou-se um programa de treinamentos com os familiares em dias estratégicos ensinando como prever um acidente por queda na residência e as medidas de prevenção necessárias.

O que se esboçou evidencia que o presente Artigo pode contribuir para a prática gerencial da assistência domiciliar, haja vista propor um modelo de gestão, baseado em ação educativa dos usuários, que demonstrou aos gestores que 70% dos gastos

são decorrentes dos atendimentos prestados aos idosos que sofreram quedas, e, em especial, a viabilidade de desenvolver ações educativas com as famílias e cuidadores na residência para promover local tranquilo e seguro para o idoso. Cada profissional envolvido neste processo desempenhou um papel essencial no sucesso do Grupo. Destarte que o objetivo de sua implementação, com foco nos resultados para melhoria dos indicadores, se refere à diminuição dos riscos de quedas nas residências.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Plano de cuidado para idosos na saúde suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2012.
- ALBERT EINSTEIN. Sociedade Beneficente Israelita brasileira. Como prevenir a queda de idosos? 2012. Disponível em: <<http://www.einstein.br>>. Acesso em: jul. 2018.
- ARNDT, A. B. M.; TELLES, J. L.; KOWALSKI, S.C. O Custo Direto da fratura de fêmur por quedas em pessoas idosas: análise no Setor Privado de Saúde na cidade de Brasília, 2009. Rev. Bras. Geriatria Gerontologia, v. 14, n. 2, p. 221-231, 2011.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. Serviços de saúde, gastos e envelhecimento da população brasileira. 2000. Disponível em: <http://abep.org.br>. Acesso em: jul. 2018.
- BEZERRA, M.; BARROS, B. Idosos versus ambientes reduzidos: discussão e projeto para uma cozinha de dimensões mínimas. In: MONT'ALVÃO, C.; VILLAROUÇO, V. Um novo olhar para o projeto: a ergonomia no ambiente construído. Recife: UFPE, 2014.
- BRASIL. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Portaria nº 2.528, de 19 outubro de 2006. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs. Acesso em: mai. 2018.
- CAMBOIM, F. E. F. et al. Perfil de idosos e o grau de confiança em relação a episódio de quedas. Arquivos Ciências Saúde, v. 24, n. 2, p. 48-54, 2017.
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM (COREN). Resolução 266/2001. Disponível em: <http://www.portalcofen.com.br>. Acesso em: mai. 2018.
- CRUZ, L P. Assistência Domiciliar: estudo sobre a formação de profissionais e a prestação de serviços no estado de São Paulo. 1999. 152f. Dissertação (Mestrado) - Fundação Getúlio Vargas, Escola de Administração de Empresas de São Paulo, São Paulo, 1999.
- FABRÍCIO, S. C. C. et al. Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. Rev. Saúde Pública, v. 38, n. 1, p. 93-99, 2004.
- FERNANDES, I. A. Análise comparativo da auditoria aplicada pela enfermagem. Rev. Gestão Saúde, v. 8, n. 1, p. 13-24, 2013.
- FILHO, T. R. S. Quedas e distúrbios da marcha -284. Módulo, 2006.
- GALLOTTI, R. M. D.; ASSIS, S. F. M. Os eventos adversos em unidade de terapia intensiva e o gerenciamento dos riscos das operações de serviços. A intersectorialidade na gestão da assistência à saúde. 2013. Disponível em: <http://www.simpoi.fgvsp.br>. Acesso em: mai. 2018.
- GUIMARÃES, L. H. C. Avaliação da capacidade funcional de idosos em tratamento fisioterapêutico. Rev. Neurociências, v. 12, n. 3, p. 1-9, 2004.
- IBGE, INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo 2010 a 2017. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acesso em: mai. 2018.

JAHANA, K. O.; DIOGO M. J. D. E. Quedas em idosos: principais causas e consequências. *Saúde Coletiva*, v. 4, n. 17, p. 148-153, 2007.

LEVRINI, G. R. D.; MACIEL, G. Fatores de influência no Processo de Compra de Serviço de Turismo. *Marketing Tourism Review*, v. 1, n. 1, p. 1-12, 2016.

LIMA, D. A.; CESÁRIO, V. O. B. Quedas em idosos e comorbidades clínicas. *Rev. Hospital Universitário Pedro Ernesto*, v. 13, n. 2, p. 30-37, 2014.

MONKEN, S. A importância da gestão da tecnologia na modelagem de programas para promoção da saúde, prevenção de riscos e doenças em saúde suplementar. *Rev. Gestão Projetos*, v. 4, n. 2, p. 50-72, 2013.

MOTTA, A. L. C. Auditoria de Enfermagem nos hospitais e operadoras de planos de saúde. São Paulo: Iatria, 2003.

ROSA, C. D. P.; MENEZES, M. A. J. Avaliação da influência da estrutura física das unidades de internação de clínica médica e cirúrgica de um hospital público do município de São Paulo: Proposta para o gerenciamento de risco de queda. *Rev. Gestão Sistemas Saúde*, v. 4, n. 1, p. 55, 2015.

SALES, M. B. et al. Tecnologias de Informação e Comunicação via Web: Preferências de uso de um grupo de usuários idosos. *Rev. Kairós Gerontologia*, v. 17, n. 3, p. 59-77, 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. Queda em Idosos: prevenção. 2008. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/082.pdf>. Acesso em: mai. 2018.