

**Um modelo de gestão da assistência médica por quedas de pacientes idosos:
Uma proposta para operadora de saúde suplementar**

DONIZETTI DA SILVA LOPES

UNINOVE – Universidade Nove de Julho
donisenf@yahoo.com.br

SONIA FRANCISCA MONKEN DE ASSIS

Universidade Nove de Julho
sfmonken@hotmail.com



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

Resumo

Este Relato Técnico [RT] tem o propósito de apresentar um estudo desenvolvido com abordagem de pesquisa-ação em atendimentos no pronto-socorro da rede referenciada de uma operadora de saúde suplementar. Afim de identificar gastos financeiros decorrentes das quedas em idosos. Foi realizado um levantamento por meio da auditoria de enfermagem nas contas hospitalares após o atendimento em Pronto-socorro, o modelo de gestão proposto possibilitou a aplicação dos resultados obtidos pela auditoria a implantação do Grupo de Ação Educativa para Idosos – GAEI serviço de atenção domiciliar, oferecendo treinamentos na prevenção aos beneficiários e familiares em sua residência, com o objetivo de reduzir os gastos na assistência nas quedas dos idosos.

Palavras-chave: Saúde do idoso, Risco de queda, Auditoria de enfermagem, Custo da assistência.

Abstract

This Technical Report [RT] has the purpose of presenting a study developed with an action-research approach in the emergency room of the referred network of a supplementary health care provider. In order to identify financial expenses due to falls in the elderly. A survey was performed through the nursing audit in the hospital accounts after the emergency room care, The proposed management model allowed the application of the results obtained by the audit to the implementation of the Group of Educational Action for the Elderly - GAEI home care service, offering training in prevention to beneficiaries and family members in their home, with the objective of reducing expenses in the care of the elderly.

Key words: Health of the elderly, Risk of fall, Nursing Audit, Cost of care.



1 - Introdução

O processo mundial de envelhecimento da população não deixou o Brasil isento de seus efeitos. São mais de 20 milhões de idosos, que representam aproximadamente 11% do total da população. Estima-se que esse contingente triplique até 2050. Este panorama leva aos Prontos-socorros um fenômeno já tido como significativo fator de risco do idoso, a queda da própria altura, sem que, no entanto, se tenha claro o impacto econômico e financeiro desse evento, principalmente no que tange aos custos da saúde, principalmente do setor suplementar. Em função dos custos envolvidos nos atendimentos em Prontos-socorros, foi realizada uma pesquisa-ação com intuito de implantar um modelo de gestão sobre os gastos com assistência a queda. A Operadora de saúde, objeto deste Relato Técnico, foi fundada em 1997 com atendimento dedicado às pessoas com idade a partir de 49 anos. A estrutura assistencial da operadora tem 9 hospitais próprios, 15 centros de diagnósticos com laboratórios de patologia clínica e serviços de imagem, 3 centros de oftalmologia, 1 centro de oncologia, 2 centros de ortopedia, 1 centro de cardiologia, 1 centro de dermatologia, 13 núcleos de prevenção e promoção à saúde.

O serviço de auditoria na saúde é obrigado a ampliar sua área de atuação, como por exemplo, há alguns anos a auditoria iniciou analisando a qualidade, e hoje umas das funções do enfermeiro auditor além de verificar a qualidade da assistência prestada ao paciente, passa a ter um maior controle de custos desta conta, além de também medir a produtividade e consistência das informações. (MOTTA et al, 2005).

Durante as análises apontaram que 70% dos atendimentos em Pronto-socorro foram decorrentes da assistência de idosos vítimas de quedas, no entanto, não havia um modelo de gestão que informasse aos gestores o efetivo custo destes atendimentos. Com o intuito de corrigir o problema, através do setor de contas médicas foi criado um modelo de análise em planilha que apura os custos decorrente a queda do idoso, sendo aplicada na auditoria in loco em atendimentos de pronto-socorro na rede credenciada. Foi realizado o levantamento dos custos totais no período de um semestre e, com base nestes valores, foi definido o valor médio mensal dos custos de cada atendimento, que possibilitou através do setor de contratos definir um valor de R\$ 144,00 neste atendimento. Com os dados obtidos possibilitou a implantação do Grupo de Ação Educativa para Idosos – GAEI serviço de atenção domiciliar, oferecendo na residência do idoso um treinamento na prevenção aos beneficiários e familiares, com o objetivo de educar, prevenir e reduzir os gastos na assistência nas quedas dos idosos.

Assim, este relato tem como objetivo principal apresentar como foi realizada a implantação do modelo de gestão de quedas em idosos por meio do sistema de informação aplicado pela auditoria de contas, identificando os custos do atendimento em Pronto-socorro decorrente a queda do idoso, possibilitando a implantação do Grupo de Ação Educativa para Idosos – GAEI serviço de atenção domiciliar.

O relato técnico está estruturado em quatro seções, além desta breve introdução. A primeira seção apresenta a revisão teórica-empírica do estudo. Na seção seguinte, é apresentado o método empírico e na próxima são apresentados e analisados os resultados do levantamento conduzido. Finalmente, na quarta seção, são realizadas as considerações finais dos autores.

2 - Referencial Teórico

O setor de pesquisa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) calcula 207 milhões de pessoas vivendo no território brasileiro, sendo que 25 milhões de idosos, na saúde



suplementar, especificamente, contabiliza atualmente 47,6 milhões de vínculos de beneficiários a planos de assistência médica. No entanto, considerando-se a evolução do número de vínculos na saúde suplementar ao longo da primeira década do século XXI, pode-se observar 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 com 60 anos ou mais aumentou apenas 3,4% no mesmo período.

Assim, a portaria 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).

Os gastos com saúde (público e 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 como proporção do PIB e deverá acarretar em 2050, um gasto total em saúde de 10,3% do PIB.

O termo queda compreendido segundo definição da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). O órgão se baseia no Projeto Diretrizes de Prevenção de Queda em Idosos da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) e conclui como queda 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 de assentos (cadeira de rodas, poltronas, cadeiras, cadeira higiênica, banheira, trocador de fraldas, bebê conforto, berço etc.), 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 fornecidos pelo 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 SUS

A origem da queda pode ser associada a fatores intrínsecos – decorrentes de alterações fisiológicas do envelhecimento, doenças e efeitos de medicamentos, e a fatores extrínsecos – 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 *em baralhamento* da visão periférica; 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 leva



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 hipotensão e hipertensivos, 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, K.O; Diogo M.J.D.E. 2007).

Os fatores extrínsecos incluem as características do ambiente: 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, K.O; Diogo M.J.D.E. 2007).

Em estudo sobre causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público, foi verificado 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, B.M.Â 2009) conclui em seu estudo, O custo direto da hospitalização desembolsado pelo convênio à rede hospitalar privada em média o valor de R\$ 39.160,74 para todas as fraturas. Os recursos médico-hospitalares mais dispendiosos 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).

Com um custo elevado decorrente a queda, as operadoras de saúde suplementar optam para desospitalização pós-cirúrgico sem intercorrência com o mesmo, assim contratam uma equipe multidisciplinar de *Home Care* para atendimento e acompanhamento domiciliar. O termo desospitalização tem sido utilizado para fazer menção a atividade e procedimentos cuja execução pode ser transferida do espaço intra-hospitalar para outro ambiente, comumente denominados extra-hospitalização. Os cuidados paliativos definidos como um conjunto de cuidados destinados a 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 é oferecido principalmente em hospitais ou nos lares dos pacientes. (CRUZ 1999).

A Reabilitação Gerontologia visa a preservação da função, adiamento da instalação de incapacidades, através de medidas preventivas. Para tanto objetiva diminuir o comprometimento imposto por incapacidades, promovendo um modo de vida mais saudável e adaptando o indivíduo de forma a propiciar uma melhor qualidade de vida (GUIMARÃES, 2004).

Pensando no ambiente do idoso, tal efeito pode ser proporcionado por arranjos físicos e ergonômicos, limitações pessoais e culturais, aspectos cognitivos do indivíduo, instrumentação nos ambientes, equipamentos, etc. Abaixo foram listados os fatores extrínsecos que promovem o aumento do risco de queda de idosos em ambiente domiciliar. Tais itens apresentam como base pesquisas anteriores que se utilizaram de amostragem para identificação dos fatores. Destaca-se, então, segundo (BIZERRA et al. 2014), 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; CESÁRIO, (2014) os obstáculos a serem observados crescem ainda mais. Para as autoras, ainda devemos avaliar 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 acrescenta 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 ao banheiro ou cozinha, que podem ser utilizados à noite; maior cuidado na disposição de objetos seguindo uma lógica de maior uso e mais pesados com acesso mais facilitado.

Segundo FILHO, T.R.S (2006) Programas de exercício físico, com vista a aumento de força e flexibilidade, e programas de treinamento de equilíbrio como o Tai Chi diminuem a ocorrência de quedas. É preciso tratar a osteoporose; minimizar número de medicações. E também indicar a utilização correta de aparelhos: bengala – 70% usam incorretamente –; andador com rodas dianteiras para os pacientes com Mal de Parkinson. O acolchoamento trocanteriano 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, para a população longa e frágil.

Dessa forma, a identificação dos fatores de risco de quedas em idosos em ambientes domiciliares é uma importante estratégia na elaboração de programas de prevenção e na realização de projetos adequados destinados à população idosa (LIMA; CESÁRIO, 2014).

Auditoria em Saúde tem um papel fundamental se tratando na 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 cobrados, garantindo um pagamento justo mediante a cobrança adequada (MOTTA, 2003).

Dessa forma a Resolução 266/2001 do 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, o contrário, ou seja, vedar onde a lei não ousou fazê-lo não pode se admitir.

3 - Metodologia

O estudo foi realizado no contexto de uma operadora de saúde suplementar localizado na Zona Oeste da cidade de São Paulo/SP, no Brasil, denominada aqui Operadora de Plano de Saúde especializada em Idosos (nome fictício), fundada em 1997, atualmente conta com 335 mil beneficiários, composta por 12 hospitais e Prontos-Atendimentos, Núcleos de Medicina Avançada e Diagnósticos e Núcleos especializados em Cardiologia, Dermatologia, Oftalmologia, Oncologia, Ortopedia / Traumatologia e Reabilitação, médicos de diversas especialidades e outros profissionais da saúde, e no âmbito da setor de Contas Médicas e Auditoria em Saúde, um setor que funciona de segunda à sexta das 8:00h às 18:00h, com uma



equipe de médicos, enfermeiros, biomédico e assistente administrativos, o presente RT consiste em uma pesquisa quantitativa, descritiva e retrospectiva de caráter documental através de um modelo de análise aplicado pela auditoria de enfermagem compreendido no período de maio de 2016 a maio de 2017, de beneficiários com 50 anos ou mais de idade, em cinco hospitais credenciados ao convênio na cidade de São Paulo, Santos e Praia Grande com atendimento em Pronto-socorro.

Com o aumento de casos decorrente a queda na cidade de São Paulo, Santos e Praia Grande, nos atendimentos em Pronto Socorro, foi monitorado e gerenciado pela equipe desta operadora de saúde suplementar com o auxílio da equipe de enfermagem em auditoria através de um modelo de análise num período um ano. Pensando na população idosa no Brasil, e particularmente na cidade de São Paulo sendo de 6 milhões, vem gerando desafios aos gestores da saúde para alocarem seus recursos de maneira eficiente e eficaz a este público específico.

Mapear os riscos e problemas é relevante para as organizações de saúde, dada a complexidade de seus processos, tornando-se necessário ter uma visão sistêmica do problema, empregando metodologias capazes de identificação das soluções que permitam aos gestores o planejamento de processos que incluam ações preventivas e corretivas (Gallotti & De Assis, 2013; da Rosa & Menezes, 2015).

Com 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, através da modelagem dos programas de promoção e prevenção de saúde para grupos de maior risco (Monken et al., 2013).

4 - Resultados Obtidos e Análise:

Os dados foram coletados na auditoria *in loco* no período de maio de 2016 a maio de 2017, nos Prontos-socorros na cidade de São Paulo em três bairros: Mooca, Santo Amaro e Vila Jaraguá, também na cidade de Santos e Praia Grande em torno de 53 mil beneficiários, por meio de 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, analisado as informações contidas naquele prontuários do mês anterior, verificando 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, na confirmação de todas as informações o valor a ser remunerado pelo atendimento deste pacote acordado em contrato de R\$ 144,00, caracterizando uma ocorrência de queda. Tabelas (1, 2, 3, 4 e 5).

Tabela 1 – 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 própria: dados extraídos durante a auditoria *in loco*.



No Pronto Socorro deste Hospital, observa-se que no período de maio 2016 a maio de 2017, teve 6.353 atendimentos sendo 4.448 por queda com um custo de R\$ 640.512,00.

Tabela 2 – 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 própria: dados extraídos durante a auditoria *in loco*.

No Pronto Socorro deste Hospital, observa-se que no período de maio 2016 a maio de 2017, teve 12.405 atendimentos sendo 8.683 por queda com um custo de R\$ 1.250.352,00.

Tabela 3 – 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 própria: dados extraídos durante a auditoria *in loco*.

No Pronto Socorro deste Hospital, observa-se que no período de maio 2016 a maio de 2017, teve 7.759 atendimentos sendo 5.430 por queda com um custo de R\$ 781.920,00.

Tabela 4 – 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 própria: dados extraídos durante a auditoria *in loco*.

No Pronto Socorro deste Hospital, observa-se que no período de maio 2016 a maio de 2017, teve 17.064 atendimentos sendo 11.946 por queda com um custo de R\$ 1.720.224,00.



Tabela 5 – 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 própria: dados extraídos durante a auditoria *in loco*.

No Pronto Socorro deste Hospital, observa-se que no período de maio 2016 a maio de 2017, teve 9.637 atendimentos sendo 6.747 por queda com um custo de R\$ 971.568,00.

Conforme modelo de análise apresentado por cada região, pode observar o índice de queda de 70%, com a média de retorno de 15% dentro daquele mês de atendimento, com isto um auto índice de custo decorrente a queda.

Os dados apresentados e a consolidação do modelo de gestão em acompanhamento de despesas assistenciais de idosos, possibilitou a implantação do Grupo de Ação Educativa para Idosos – GAEI serviço de atenção domiciliar, oferecendo treinamentos na prevenção aos beneficiários e familiares em sua residência, com o objetivo de reduzir os gastos na assistência nas quedas dos idosos.

5 - Considerações finais

O objetivo deste RT foi obter o custo dos atendimentos decorrente a queda em Pronto-socorro que possibilitou a implantação do GAEI, não demandou custos adicionais à Operadora. Não houve a necessidade da contratação de novos profissionais, pode-se envolver equipes multiprofissionais que já atuam na assistência, com esta equipe educativa foi organizado vários treinamentos com os familiares em dias estratégicos ensinando como prever um acidente por queda na residência e medidas de prevenção. O treinamento foi administrado por profissionais da equipe habitual de treinamentos que a Operadora possui e que já são engajados com a Política Nacional da Pessoa Idosa e com os índices de melhoria de qualidade na atenção domiciliar. Os encontros são feitos dentro dos horários estipulados pelos familiares uma vez por semana.

A necessidade de maior cuidado na humanização de tais espaços, uma vez que, no intuito de torná-lo mais acolhedor e pessoal, o idoso poderá inserir objetos causadores de obstrução de espaços de circulação, aumentando 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 a 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.

O fato é que os idosos precisam lançar mão de algumas estratégias que possibilitem ter uma velhice satisfatória. Isto, implica em estarem atentos a cultivar novos hábitos, engajar-se em atividades produtivas, realizar seus projetos de vida, ingressar em universidade de terceira idade, desenvolver serviços voluntários, dentre tantas outras iniciativas possíveis. Um envelhecimento bem-sucedido depende de como o idoso vai enfrentar os desafios da vida, lutar pelos seus direitos de cidadão e colocar em prática projetos viáveis dentro das condições pessoais e do meio ambiente em que vivem.



Este RT pode contribuir para a prática gerencial da assistência domiciliar na medida em que implementou um modelo de gestão baseado na ação educativa dos usuários, evidenciando aos gestores os gastos de 70% decorrente aos atendimentos de queda, e em especial desenvolvendo ações educativas com as famílias e cuidadores na residência para promover local tranquilo e seguro para o idoso. Cada profissional envolvido neste processo teve um papel essencial no sucesso do Grupo. É importante compreender o objetivo de sua implementação, com foco nos resultados para melhoria dos indicadores referentes a diminuição dos riscos de queda provocado nas residências.

Referências Bibliográficas

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010 a 2017. Disponível em: www.ibge.gov.br

Agência Nacional de Saúde Suplementar. Plano de cuidado para idosos na saúde suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2012.

Portaria Nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Brasil, Ministério da Saúde.

Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Queda em Idosos: prevenção. 2008. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/082.pdf>.

Albert Einstein. Sociedade Beneficente Israelita brasileira. Como prevenir a queda de idosos? 2012. Disponível em: <<http://www.einstein.br/einstein-saude/bem-estar-e-qualidade-de-vida/Paginas/como-prevenir-a-queda-de-idosos.aspx>>.

Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Serviços de saúde, gastos e envelhecimento da população brasileira. 2000. Disponível em: URL:http://abep.org.br/usuario/GerenciaNavegacao.php?busca=Pesquisar&caderno_id=305&listaCadernos=&palavraChave=kilsztajn.

Jahana, K.O; Diogo M.J.D.E. (2007). Quedas em Idosos: Principais causas e consequências. Saúde Coletiva; 04(17): 148-153.

Cruz, LP. (1999). *Assistência Domiciliar: estudo sobre a formação de profissionais e a prestação de serviços no estado de São Paulo*. São Paulo: EAESP/FGV, 128 p (Dissertação de Mestrado).

Arndt, Barbosa Montenegro e Ângela. (2009). O Custo Direto da fratura de fêmur por quedas em pessoas idosas: análise no Setor Privado de Saúde na cidade de Brasília, 226 p.

Fabício, S.C.C. et al. (2004). Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. Rev Saúde Pública; 38(1):93-9.

Guimarães, L.H.C. (2004). Avaliação da capacidade funcional de idosos em tratamento fisioterapêutico. Revista neurociências v12 n3.



Bezerra, Mariana; Barros, Bruno. (2014). Idosos versus ambientes reduzidos: discussão e projeto para uma cozinha de dimensões mínimas. In: Mont'Alvão, Claudia; Villarouco, Vilma (Orgs.). Um novo olhar para o projeto: a ergonomia no ambiente construído. Recife: UFPE, 2014.

Lima, Daniele A.; Cesário, Vânia O.B. (2014). Quedas em idosos e comorbidades clínicas. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto; 13(2):30-37. Disponível em: <http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=469>.

Motta, Ana Leticia Carnevalli, (2003). *Auditoria de Enfermagem nos hospitais e operadoras de planos de saúde*. Sao Paulo: Iatria.

Conselho Regional de Enfermagem – COREN – *Resolução 266/2001*. Disponível em: <http://www.portalcofen.com.br>.

Fernandes, I.A; et al. (2013). Análise comparativo da auditoria aplicada pela enfermagem. Revista Gestão & Saúde, Curitiba, v.8, n.1, p.13-24.

Gallotti, R. M. D., & De Assis, S. F. M. (2013). 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. XVI *Simpósio de Administração da Produção, Logística e Operações internacionais, Tema: Operações em organização de saúde, SIMPOI*. Recuperado de http://www.simpoi.fgvsp.br/arquivo/2013/artigos/E2013_T00229_PCN56419.pdf

Rosa, C. D. P., & Menezes, M. A. J. (2015). 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 / Evaluation about influence of physical structure of inpatient units of a large public hospital size of the municipality of São Paulo: Proposal for fall risk management. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, 4(1), 55.

Monken, S. (2013). Revista de Gestão e Projetos - GeP, São Paulo, v. 4, n. 2, p 50-72.

Filho, T.R.S (2006). Quedas e distúrbios da marcha - 284 MÓDULO 12p.