

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA**

**ANÁLISE DO CUSTO EFETIVIDADE DE UM SERVIÇO DE
ATENÇÃO DOMICILIAR**

LAERTE HONORATO BORGES JÚNIOR

**DOUTORADO
2018**

LAERTE HONORATO BORGES JÚNIOR

**ANÁLISE DO CUSTO EFETIVIDADE DE UM SERVIÇO DE
ATENÇÃO DOMICILIAR**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Elmiro Santos Resende

**Co-orientador: Profa. Dra. Vivian Mara
Gonçalves Oliveira Azevedo**

**UBERLÂNDIA MG
2018**

FOLHA DE APROVAÇÃO

Laerte Honorato Borges Júnior.

ANÁLISE DO CUSTO EFETIVIDADE DE UM SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR

Presidente da banca (orientador): Prof. Dr. Elmiro Santos Resende

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Ciências da Saúde.

Banca Examinadora

Titular: Profa. Dra. Rosuíta Fratari Bonito

Instituição: Universidade Federal de Uberlândia

Titular: Prof. Dra. Leila Bittar Moukachar Ramos

Instituição: Universidade Federal de Uberlândia

Titular: Prof. Dr. Leonardo Cançado Monteiro Savassi

Instituição: Universidade Federal de Ouro Preto

Titular: Profa. Dra. Poliana Rodrigues Alves Duarte

Instituição: Universidade Federal do Triângulo Mineiro



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE



Ata da defesa de TESE DE DOUTORADO junto ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia.

Defesa de Tese de Doutorado Nº 011/PPCSA

Área de concentração: Ciências da Saúde

Linha de Pesquisa 3: Fisiopatologia das doenças e dos agravos à saúde.

Projeto de Pesquisa de vinculação: Remodelação cardiovascular. Discente: **Laerte Honorato**

Borges Júnior – Matrícula nº **11413CSD009**. Título do Trabalho: "**Análise de custo efetividade**

de um serviço de atenção domiciliar." Às 08:30 horas do dia 24 de agosto do ano de 2018, no

anfiteatro do bloco 8B – Campus Umuarama da Universidade Federal de Uberlândia reuniu-se a

Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da

Saúde, assim composta: Professores Doutores: Leonardo Cançado Monteiro Savassi (UFOP), Poliana

Rodrigues Alves Duarte (UFG), Rosuíta Fratari Bonito (UFU), Leila Bittar Moukachar Ramos e

Elmiro Santos Resende (UFU) – orientador do discente. Iniciando os trabalhos, o presidente da

mesa Prof. Dr. Elmiro Santos Resende apresentou a Comissão Examinadora e o discente, agradeceu

a presença do público e concedeu ao discente a palavra para a exposição do seu trabalho. A seguir o

senhor presidente concedeu a palavra aos examinadores que passaram a arguir o candidato.

Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, em sessão secreta, em face

do resultado obtido, a Banca Examinadora considerou o candidato ☒ Aprovado () reprovado.

Esta defesa de Tese de Doutorado é parte dos requisitos necessários à obtenção do título de

Doutor(a). O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos,

conforme as normas do Programa, legislação e regulamentação internas da UFU, em especial do

artigo 55 da resolução 12/2008 do Conselho de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal

de Uberlândia. Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos às 13:30 horas. Foi

lavrada a presente ata que após lida e achada conforme foi assinada pela Banca Examinadora.

Prof. Dr. Elmiro Santos Resende _____

Prof. Dr. Leonardo Cançado Monteiro Savassi _____

Profa. Dra. Poliana Rodrigues Alves Duarte _____

Profa. Dra. Rosuíta Fratari Bonito _____

Profa. Dra. Leila Bittar Moukachar Ramos _____

Ficha Catalográfica Online do Sistema de Bibliotecas da UFU
com dados informados pelo(a) próprio(a) autor(a).

J98 2018	<p>Júnior, Laerte Honorato Borges, 1977- Análise do custo efetividade de um Serviço de Atenção Domiciliar [recurso eletrônico] / Laerte Honorato Borges Júnior. - 2018.</p> <p>Orientador: Elmiro Santos Resende. Coorientadora: Vivian Mara Gonçalves de Oliveira Azevedo. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Uberlândia, Pós-graduação em Ciências da Saúde. Modo de acesso: Internet. Disponível em: http://dx.doi.org/10.14393/ufu.te. 2019.2172 Inclui bibliografia.</p> <p>1. Ciências médicas. I. Santos Resende, Elmiro , 1953-, (Orient.). II. Gonçalves de Oliveira Azevedo, Vivian Mara, 1981-, (Coorient.). III. Universidade Federal de Uberlândia. Pós-graduação em Ciências da Saúde. IV. Título. CDU: 61</p>
-------------	--

Bibliotecários responsáveis pela estrutura de acordo com o AACR2:

Gizele Cristine Nunes do Couto - CRB6/2091

Nelson Marcos Ferreira - CRB6/3074

DEDICATÓRIA

Aos meus familiares e amigos por me apoiarem ao longo do trajeto dessa conquista.

AGRADECIMENTOS

Primeiro agradecer a Deus por permitir que esse desafio tenha acontecido na minha vida.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Elmiro Santos Resende, pela oportunidade, sabedoria, paciência e pelo aprendizado adquirido.

Aos meus co-orientadores Vivian Mara Gonçalves de Oliveira Azevedo e Wallisen Tadashi Hattori, pela parceria e ensinamentos.

A minha família que sempre me ofereceu apoio incondicional e torceu pelas minhas conquistas.

À Universidade Federal de Uberlândia, que mais uma vez me ofereceu formação e qualificação de qualidade.

A Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia por abrir o campo de trabalho, para o desenvolvimento da pesquisa.

A Diretoria do Hospital e Maternidade Municipal Dr. Odelmo Leão Carneiro, por contribuir e oferecer de dados para o desenvolvimento do trabalho.

Toda a equipe de profissionais do Serviço de Atenção Domiciliar da Secretaria Municipal de Saúde e do Hospital de Clínicas de Uberlândia que desenvolve esse trabalho e sempre me ajudaram e apoiaram na elaboração do estudo.

Aos grandes parceiros de trabalho e amigos, Érica Carneiro de Lima e Silva, Marcelo de Freitas Mendonça e Vinícius Pafume de Oliveira, que caminham ao meu lado apoiando em todas situações.

Aos usuários e familiares do SAD, atores desse processo que permitem o desenvolvimento da atenção domiciliar.

À Professor Wallisen Tadaschi Hattori, pelo trabalho estatístico realizado com tanto conhecimento e dedicação.

Aos professores, pelas aulas e pelo ensino que contribuíram na minha formação.

Ao Ministério da Saúde em especial a Coordenação Geral da Atenção Domiciliar que lutam diariamente para legitimar a Política de Atenção

Domiciliar no Sistema Único de Saúde e me ajudaram com informações do estudo.

A todos aqueles que de alguma forma contribuíram direta ou indiretamente para a realização deste estudo.

RESUMO

Introdução: A Atenção Domiciliar (AD) é definida por ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento, reabilitação e palição, que são realizadas em casa, com segurança e garantia de continuidade de cuidados e articulada com outros pontos da rede de atenção à saúde. O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) é um serviço complementar ou substituto ao atendimento ambulatorial ou à internação hospitalar. Devido a vários fatores, a AD vem se desenvolvendo como um novo modelo tecnoassistencial à saúde, entre eles as mudanças demográficas ocorridas, o novo perfil de morbimortalidade com o aumento das condições crônicas, o aumento da prevalência de doenças crônico-degenerativas, o incremento da tecnologia, a necessidade de promover acesso aos serviços de saúde e aumentar a rotatividade e da otimização dos leitos hospitalares, além da preocupação com a qualidade de vida dos usuários e familiares. Frente a isso, para que a AD se legitime como estratégia de tratamento, ela ainda precisa ser qualificada, fortalecida e legitimada como modalidade de atenção à saúde que ajude a produzir outras formas de cuidar, mais humanizadas, resolutivas, focadas na integralidade e necessidades dos usuários, produtoras de autonomia e determinando melhor custo-efetividade. **Objetivo:** Analisar o custo efetividade de um SAD e caracterizar o público usuário do serviço. **Material e métodos:** Estudo retrospectivo observacional analítico dos prontuários de usuários atendidos entre agosto/2014 a setembro/2016. Foram coletados dados para analisar perfil epidemiológico, a efetividade, através da origem da solicitação, complexidade, desfecho, internações hospitalares e internações prolongadas e os custos fixos e variáveis do SAD e da internação hospitalar em leitos de clínica médica e comparar com o custo da atenção domiciliar com a hospitalar. **Resultados:** analisados 2.008 prontuários, 46,8% masculino e 53,2% feminino; 69,2% acima de 60 anos. A média mensal de admissão pré-hospitalar $78,4 \pm 7,3\%$ e pós-hospitalar $21,6 \pm 7,3\%$, a da complexidade foi de, AD1 $46,2 \pm$

14,2%, AD2 $51,7 \pm 13,7\%$ e AD3 $2,1 \pm 1,6\%$. Quanto ao desfecho, a taxa de alta $15,8 \pm 0,03\%$, taxa de mortalidade $5,0 \pm 0,01\%$, taxa de alta em relação ao número total de atendidos de 62,2% e de óbito 18,5%, o total de óbito no domicílio 53,2%. As internações hospitalares aumentaram 38% em 2014 e 17% em 2015. Em relação ao custos, os números indicaram que o custo do cuidado domiciliar é 21,5 vezes menor do que o cuidado hospitalar. **Conclusão:** O SAD foi efetivo considerando-se uma maior admissão pré-hospitalar e por ter contribuído para aumentar a internação hospitalar na rede, também, apresentou boa rotatividade, mesmo com prevalência maior de idosos dependentes e alta taxa de óbito domiciliar. Além de ter um custo inferior quando comparado ao cuidado hospitalar.

Palavras-chave: Custo efetividade, Atenção Domiciliar, Serviço de Atenção Domiciliar.

ABSTRACT

Introducion: Home Care (HC) is defined by actions of health promotion, prevention, treatment, rehabilitation and palliation, which are carried out at home, with security and guarantee of continuity of care and articulated with other points of the health care network. The Home Care Service (HCS) is a supplementary or substitute service for outpatient care or hospitalization. Due to several factors, HC has been developing as a new tecnoassistential model for health, among them the demographic changes occurred, the new morbidity and mortality profile with the increase of the chronic conditions, the increase in the prevalence of chronic-degenerative diseases, technology, the need to promote access to health services and increase the rotation and optimization of hospital beds, as well as concern for the quality of life of users and their families. Given that, in order for HC to legitimize itself as a treatment strategy, it still needs to be qualified, strengthened and legitimized as a health care modality that helps produce other forms of care, more humanized, resolute, focused on the integrality and needs of users, producing autonomy and determining better cost-effectiveness. **Objective:** To analyze the cost effectiveness of an HCS and to characterize the public user of the service. **Methods:** Retrospective observational and analytical study of the medical records of users served between August 2014 and September 2016. Data were collected to analyze the epidemiological profile, the effectiveness, through the origin of the request, complexity, outcome, hospital admissions and prolonged hospitalizations and the fixed and variable costs of HCS and hospital admission in medical clinic beds and compare with the cost of care with the hospital. **Results:** analyzed 2,008 medical records, 46.8% male and 53.2% female; 69.2% above 60 years. The monthly mean of prehospital admission was $78.4 \pm 7.3\%$ and post-hospital admission $21.6 \pm 7.3\%$, the complexity was HC1 $46.2 \pm 14.2\%$, HC2 $51.7 \pm 13.7\%$ and HC3 $2.1 \pm 1.6\%$. Regarding the outcome, the rate of high $15.8 \pm$

0.03%, mortality rate $5.0 \pm 0.01\%$, rate of increase in relation to the total number of attended 62.2% and death 18.5 %, the total death in the household 53.2%. Hospital admissions increased by 38% in 2014 and 17% in 2015. In terms of costs, the figures indicated that the cost of home care is 21.5 times lower than hospital care. **Conclusion:** HCS was effective considering a higher prehospital admission and because it contributed to increase hospitalization in the network, also, showed good turnover, even with a higher prevalence of elderly dependent and high death rate. In addition to having a lower cost when compared to hospital care.

Key words: Cost effectiveness, Home Care, Home Care Service.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Distribuição dos municípios habilitados com equipes de Melhor em Casa no território brasileiro	18
A Figura 2 – Representação gráfica da integração dos pontos da rede de saúde e da articulação do intersetor com o SAD	20
Gráfico 1 – Índice de qualidade de morte no ano de 2010	25
Gráfico 2 - Índice de qualidade de morte no ano de 2015	26
Gráfico 3 - Índice de qualidade de morte no ano de 2015 nas Américas	27

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

AD	Atenção Domiciliar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CEP/UFU	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia
HCU/UFU	Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
RAS	Rede de Atenção a Saúde
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SAMDU	Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UAI	Unidade de Atendimento Integrado
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	16
1.1 A Atenção Domiciliar	16
1.2 O SAD de Uberlândia Objetivos da Atenção Domiciliar	18
1.3 Objetivos da Atenção Domiciliar.....	19
1.4 Efetividade, eficácia e eficiência.....	21
1.5 Justificativa	21
1.6 Fundamentação teórica.....	23
2. OBJETIVO	31
2.1 Objetivo Geral.....	31
2.2 Objetivo Específico	31
3. ARTIGO 1	32
4. ARTIGO 2	55
5. REFERÊNCIAS.....	76
6. ANEXOS	82
6.1 Anexo A – Parecer do comitê de ética em pesquisa da UFU	82
6.2 Anexo B – Certificado do Prêmio de 1º lugar na 1ª mostra de Práticas e Pesquisa no SUS	83
6.3 Anexo C – Certificado do Prêmio de 4º lugar na edital sobre experiências inovadoras	84
6.4 Anexo D – Certificado do Prêmio de 7º lugar na edital sobre experiências inovadoras.....	86
6.5 Anexo E – Resumo do anais do Congresso Brasileiro de Assistência Domiciliar 2017.....	88
6.6 Anexo F – Artigo publicado na Revista Brasileira de Atenção Domiciliar	89
6.7 Anexo G – Nota Técnica da Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais	93

1. Introdução

1.1. A Atenção Domiciliar

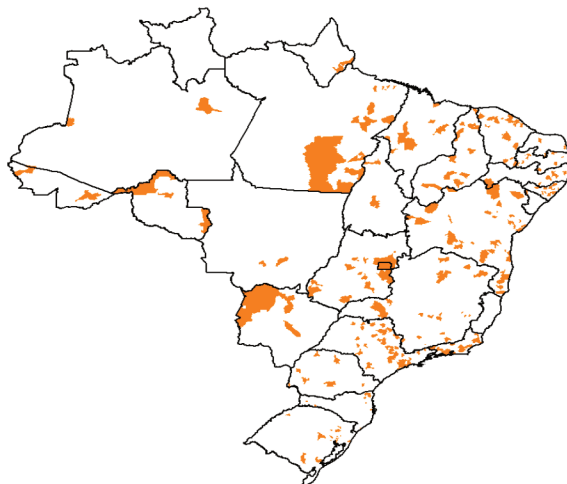
A Atenção Domiciliar (AD) é definida por ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento, reabilitação e palição, que são realizadas em casa, com segurança e garantia de continuidade de cuidados e articuladas com outros pontos da rede de atenção à saúde (RAS) (BRASIL, 2016). O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) é um serviço complementar ou substitutivo ao atendimento ambulatorial ou à internação hospitalar (BRASIL, 2006). A AD vem se desenvolvendo como um novo modelo tecnoassistencial à saúde (SILVA et al., 2010), devido a vários fatores, entre eles as mudanças demográficas ocorridas, o novo perfil de morbimortalidade com o aumento das condições crônicas, o aumento da prevalência de doenças crônico-degenerativas, o incremento da tecnologia, a necessidade de promover acesso aos serviços de saúde, o aumento da rotatividade e da otimização dos leitos hospitalares, além da preocupação com a qualidade de vida dos usuários e familiares (MENDES, 2012) (DUARTE; DIOGO, 2000).

A AD teve seu início no Brasil por ação do Ministério do Trabalho, em 1949, com a criação do Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU) (FRANCO; MERHY, 2008). Somente a partir do ano de 1990 foi que esta modalidade ganhou maior expansão ((SILVA et al., 2010). Em 1998, o Ministério da Saúde (MS) publicou a portaria 2.416, que estabeleceu requisitos para o credenciamento de hospitais e critérios para a realização de internação domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1998). Em 2002 foi promulgada a lei que acrescentou capítulo e artigo na lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, regulamentando a assistência domiciliar no SUS (BRASIL, 2002). Em 2006 a ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) publicou a RDC (Resolução da Diretoria Colegiada) que dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento dos serviços que prestam AD (BRASIL,

2006). Também, em 2006, o MS publicou a Portaria nº 2529 que instituiu, no âmbito do SUS, a internação domiciliar (BRASIL, 2006). Em 2011 o governo federal publicou a Portaria 2.029 que instituiu a AD no SUS, ação nomeada como Programa Melhor em Casa, estabelecendo normas, diretrizes de funcionamento e incentivo financeiro de custeio para as equipes habilitadas (BRASIL, 2011). A Portaria nº 2527 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011) substituiu a 2.029, mas foi revogada pela Portaria 963, em maio de 2013 (BRASIL, 2013), sendo esta substituída pela Portaria 825, de abril de 2016, que redefiniu a AD no âmbito no SUS e atualizou as equipes habilitadas. Este cenário perdura até os dias atuais (BRASIL, 2016).

Esta política pública no SUS concretizada pelo Programa Melhor em Casa ainda é nova, possui pouco mais de seis anos de existência e, desde o seu lançamento até o presente momento, segundo dados da Coordenação Geral de AD do MS de junho de 2017, foram implantadas 980 EMAD, em 376 municípios de 25 estados (BRASIL, 2016). Isso significou uma importante expansão e implantação dos SAD pelo Brasil, gerando novas oportunidades de contratação de trabalho para diferentes profissionais da área da saúde e cobertura assistencial para mais de 54152440 de habitantes em todo o país. Mesmo assim, ainda existem grandes áreas de vazio assistencial. A figura 1 mostra a distribuição dos municípios habilitados com equipes de Melhor em Casa no território brasileiro.

Figura 1 - Distribuição dos municípios habilitados com equipes de Melhor em Casa no território brasileiro



Fonte: Ministério da Saúde

1.2. O SAD de Uberlândia

O Hospital de Clínicas de Uberlândia, da Universidade Federal de Uberlândia (HCU-UFU), preocupado com a visão hospitalocêntrica e com a crise no setor de urgências e emergências, em março de 1996, implantou o Programa de Assistência Domiciliar (PAD) e o Programa de Internação Domiciliar (PID), com a proposta de criar alternativas e reorientações para o tratamento de usuários crônicos e ou esquemas de tratamento de doenças mais complexas fora do âmbito hospitalar. Desde essa época, em Uberlândia, já se admitia a possibilidade dos usuários serem mantidos em casa, utilizando-se uma equipe multiprofissional e alguns recursos hospitalares que asseguraria a assistência à saúde, dividindo com a família, os cuidados com o usuário.

Somente em abril de 2013, essas equipes formaram um SAD e foi habilitados pelo MS, permitindo ao município a ampliação das equipes e a garantia de incentivo financeiro para custeio das equipes. A cidade foi contemplada com 07 EMAD – (Equipes Multiprofissionais de Atenção

Domiciliar), compostas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e fisioterapeutas, e 03 EMAP - (Equipes Multiprofissionais de Apoio), com assistente social, psicólogo, nutricionista, terapeuta ocupacional, dentista e fonoaudiólogo. Do total das equipes, 05 EMAP e 2 EMAP estão sediadas na Unidade de Atendimento Integrado (UAI) Tibery, sob gestão da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), e 02 EMAD e 1 EMAP que estão sediadas e geridas pelo HCU-UFU, gerando uma capacidade instalada de atendimento a 420 usuários, que podem ser cuidados em seu domicílio.

Cada equipe da SMS é responsável por 01 distrito sanitário (norte, sul, leste, oeste ou central), atendendo toda a demanda com elegibilidade, oriunda da rede de atenção a saúde. As equipes do HC-UFU são equipes de especialidade que atendem o público pediátricos e aqueles que dependem de tecnologia especial, como oxigenoterapia domiciliar prolongada e ventilação mecânica invasiva e não invasiva.

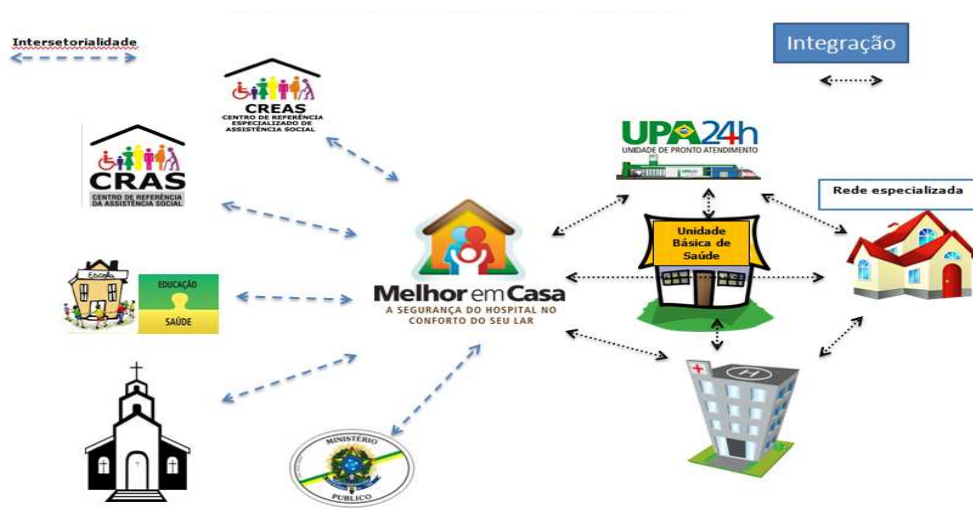
1.3. Objetivos da Atenção Domiciliar

A AD tem por objetivo a redução da necessidade por atendimento hospitalar e/ou do tempo de permanência de usuários internados, a humanização do cuidado, a desinstitucionalização, o aumento da autonomia, da funcionalidade e da qualidade de vida dos usuários, além de reabilitar, educar e dar apoio social e espiritual ao usuário e sua família, na lógica da integralidade do cuidado e da equidade (BRASIL, 2016; MENDES 2001). O serviço é indicado a usuários que precisam de cuidados multiprofissionais e recursos de saúde com maior frequência e apresentam impossibilidade ou mobilidade reduzida de se deslocar até uma unidade de saúde, podendo eles ser egressos da atenção básica, ambulatorial especializada, dos serviços de urgência e emergência e do hospital (BRASIL, 2016).

A AD tem se mostrado uma versátil e importante ferramenta para qualificação intersetorial da assistência, além de otimizar leitos hospitalares de

baixa, média e até mesmo de alta complexidade, como os de Unidades de Terapia Intensiva (UTI); tem ampliado o acesso hospitalar e aos outros pontos da RAS e a participação do usuário no processo de tomada de decisão (SILVA et al., 2017). A figura 2 representa, de forma gráfica, a integração dos pontos da rede de saúde e a articulação intersetorial com o SAD.

Figura 2 – Representação gráfica da integração dos pontos da rede de saúde e da articulação intersetorial com o SAD.



Com estas características acima descritas, torna-se importante, portanto, mensurar o custo efetividade da AD, realizando avaliações quanto à sua capacidade de promover e atingir os resultados pretendidos (MARINHO; FAÇANHA, 2001) (CHIAVENATO, 2005), e, se possível, garantir sua sustentabilidade econômica, política e assistencial. Estas avaliações podem ser um importante instrumento nos processos de tomada decisão sobre a incorporação de tecnologias e a alocação de recursos em saúde, promovendo uma distribuição mais eficiente do gasto público para enfrentar a alta demanda por acesso aos serviços de saúde e atingir maiores níveis de cobertura (BRASIL, 2006).

1.4. Efetividade, eficácia e eficiência

No que diz respeito aos conceitos, é comum encontrar-se, na literatura especializada em avaliação, referências quanto às dimensões desejáveis de desempenho de organizações e de programas. Diferentes formas de entendimento quanto ao que se entende por efetividade, eficiência e eficácia são colocados, pois elas têm conotações parecidas, e, às vezes, funcionam com agentes de confusão na interpretação dos resultados. Com o intuito de se evitar estes problemas, as seguintes definições são entendidas neste estudo: a efetividade diz respeito à capacidade de promover resultados pretendidos; a eficiência denota competência para se produzir resultados com dispêndio mínimo de recursos e esforços; a eficácia, por sua vez, remete a condições controladas e a resultados desejados de experimentos (CHIAVENATO, 2005). No entanto, apenas o princípio da efetividade e sua relação com os custos das ações será empregado neste estudo.

1.5. Justificativa

Usuários do sistema de saúde com patologias crônicas, durante a evolução da doença apresentam um aumento progressivo das complicações que os limitam em toda esfera biopsicossocial. Neste estágio eles reduzem sua capacidade funcional, o que restringe sua socialização e seu contato com o meio externo, permitindo pouca mobilidade. Apresentam também exacerbações frequentes da doença, restrições para locomoção e, na maioria das vezes, procuram o atendimento médico somente em momentos de urgência, gerando muitas vezes internações em leitos de UTI que se tornam cada vez mais prolongadas, de alto custo e pouco resolutivas (MACHADO, 2016). A falta de atendimento personalizado para este grupo promove um tratamento domiciliar inadequado com maior chance de apresentar falta de adesão aos medicamentos, instalando-se, assim, um ciclo vicioso de piora progressiva (BRASIL, 2006). Nosso município não foge a essa regra, como, de resto, todo o nosso país e

grandes regiões do mundo.

Na saúde, novos procedimentos e técnicas de tratamento, são incorporados pelos diversos profissionais de forma muitas vezes acelerada e mesmo antes da descoberta de evidências científicas robustas o suficiente que comprovem a segurança e custo-efetividade dos mesmos. Além disso, com muita frequência, as tecnologias na área da saúde não são substituíveis, pelo contrário, tendem a ser cumulativas, gerando sobrecarga financeira para o sistema de saúde (BRASIL, 2006). O SAD surge, neste cenário, como uma alternativa para otimizar os recursos destinados à saúde, garantir uma assistência segura, de qualidade e no conforto do lar (BRASIL, 2012), podendo dar respostas a múltiplas demandas do SUS.

Contudo, coloca-se um desafio para este estudo que é o de comparar espaços de cuidados diferentes pois o hospital e o domicílio, constituem dois ambientes contrapostos por aspectos históricos e culturais. De um lado o hospital: um ambiente público que representa o modelo centrado em tecnologias duras e nas condições biológicas diversas, e, do outro, o domicílio: um ambiente privado, com baixa densidade tecnológica, que representa a vida como ela é, onde a questão central é a biografia individual das pessoas. Neste sentido, cuidar em casa envolve maior compreensão, respeito aos determinantes sociais e valores pessoais dos usuários de forma mais intensa do que em geral ocorre no ambiente hospitalar.

Frente a isso, para que a AD, como novo modelo tecnoassistencial (SILVA et al., 2010), se legitime como estratégia de tratamento, ela ainda precisa ser qualificada, fortalecida e legitimada como modalidade de atenção à saúde que ajude a produzir outras formas de cuidar, mais humanizadas, resolutivas, focadas na integralidade e necessidades dos usuários, produtoras de autonomia e determinando melhor custo-efetividade (NETO; DIAS, 2014) (GRANT; GREENE, 2012).

Portanto, para se avaliar um SAD, devem ser considerados as atividades desenvolvidas, número de pessoas atendidas, complexidade da assistência utilizada, consumo de recursos, custo-efetividade, resultados, satisfação do usuário e das famílias, o impacto direto na liberação de leitos hospitalares e nos leitos de serviços de pronto-atendimento e redução de reingresso por emergências e internações. Se um SAD conseguir uma atenção integral aos usuários, com menores custos quando comparado com a internação hospitalar, com igual ou melhores resultados obtidos, ele poderá ser considerado exitoso (BRASIL, 2017).

Se o acompanhamento no domicílio, feito por uma equipe de saúde e com um adequado fornecimento de insumos, permitir o manejo da condição clínica, prevenir reinternações, melhorar a qualidade de vida, auxiliar na estabilização clínica da doença, apresentar viabilidade financeira e, portanto, mostrar-se efetivo, fortalecerá as políticas estratégicas que estimulam o crescimento da AD pelo Brasil, promovendo significativas transformações na sociedade e quebra de paradigma do modelo hospitalocêntrico (BRASIL, 2012). Todas estas ações podem melhorar o acesso ao sistema de saúde reservando os cuidados hospitalares para os casos mais complexos e oferecendo um cuidado mais humanizado, medida que interessa diretamente aos pacientes, familiares e órgãos públicos responsáveis.

1.6. Fundamentação teórica

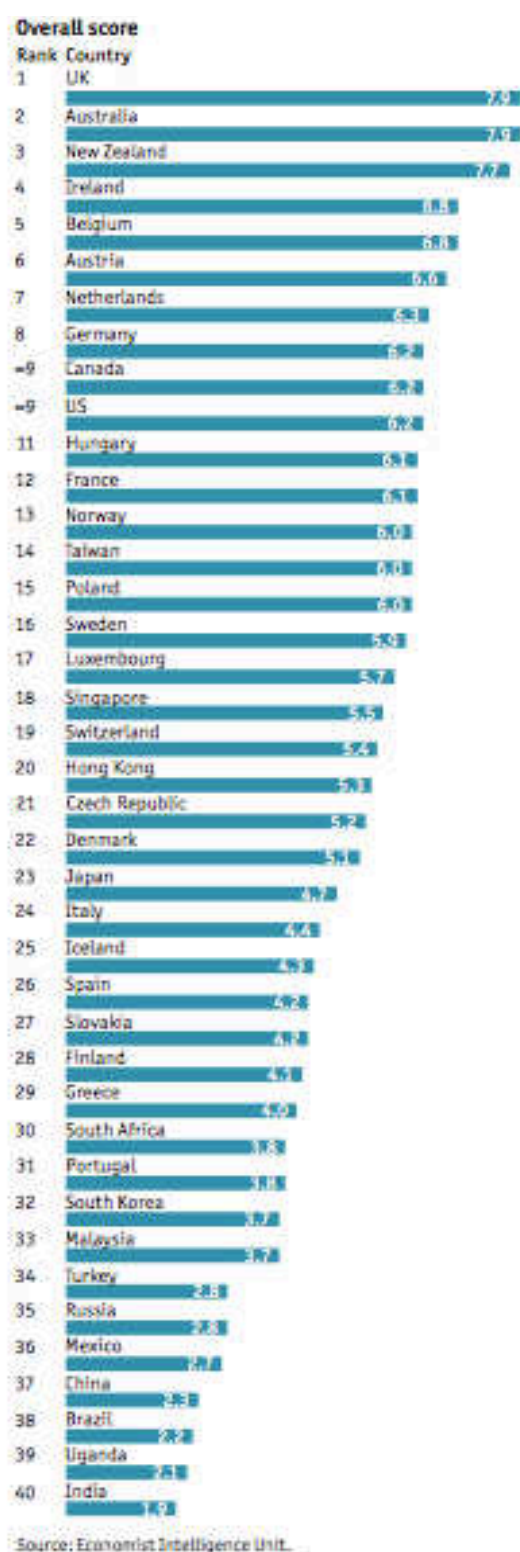
A transição epidemiológica e demográfica, a crescente demanda da urgência e emergência, a baixa valorização da atenção básica e os problemas sociais que atingiram o Brasil nos últimos anos, associados com os avanços na ciência e na tecnologia ao longo do tempo, tem qualificado o cuidado mas também mudado a rotina dos hospitais públicos e dos serviços de urgência e emergência. Neste contexto tem-se observado uma redução importante nas internações por doenças infecciosas e, ao mesmo tempo, tem ocorrido um

aumento do número de internações por doenças crônicas, por causas externas, malformações e doenças raras, muitas delas demandando unidades de terapia intensiva, com alta taxa de permanência, custo elevado e, às vezes, pouco resolutivas (MENDES, 2012).

Muitas dessas internações hospitalares longas, principalmente as que ocorrem em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), são decorrentes de necessidades de tecnologias de alta complexidade, falta de cuidadores habilitados para garantir o cuidado após a alta hospitalar e vulnerabilidade e risco social aumentados, fazendo com que o usuário permaneça internado, mesmo após a estabilização clínica, aumentando, assim, o tempo de permanência no hospital e reduzindo a disponibilidade de leitos (REVISTA PANORAMA, 2015). Para muitos desses usuários, o hospital passa a ser o local de moradia, servindo como garantia de suporte ao cuidado, pois muitos serviços médicos não têm sequer conhecimento da existência do SAD nem de como podem oferecer esse tratamento em casa, com o suporte da RAS, gerando mais um importante problema no sistema público de saúde brasileiro (NETO; DIAS, 2014). Estas hospitalizações prolongadas e as visitas frequentes aos serviços de pronto-atendimento apresentam um alto custo para o sistema de saúde que pode ser evitado se fossem substituídas por internações domiciliares, através dos SAD (BRASIL, 2016).

Talvez o panorama acima justifica a posição do Brasil no ranking dos últimos estudos sobre qualidade de morte. Uma equipe de pesquisa avaliou, em 2010, o índice de qualidade de morte, em 40 países, a partir da análise de 24 indicadores baseados em dados quantitativos e qualitativos obtidos a partir de especialistas entrevistados (LIEN FOUNDATION, 2010). O Brasil aparece em 38ª colocação, estando a frente apenas de Uganda e da Índia, conforme demonstrado no gráfico a seguir.

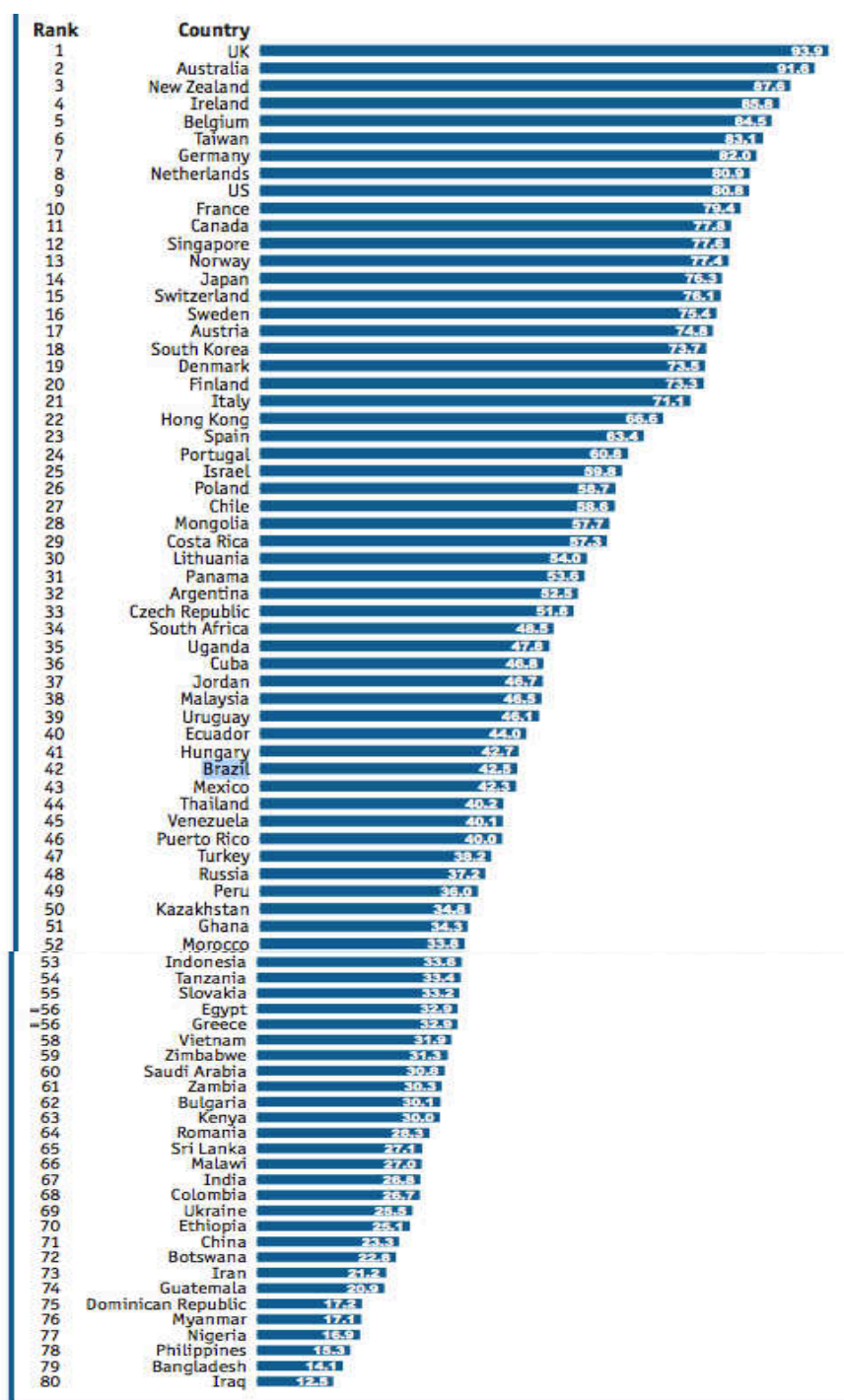
Gráfico 1 – Classificação dos países de acordo com o índice de qualidade de morte em 2010.



Fonte: Economist Intelligence Unit 2010.

Este mesmo estudo foi realizado, novamente, em 2015 incluindo mais 40 países e o Brasil conseguiu a 42ª colocação no item qualidade de morte, conforme ilustração gráfica abaixo (LIEN FOUNDATION, 2015).

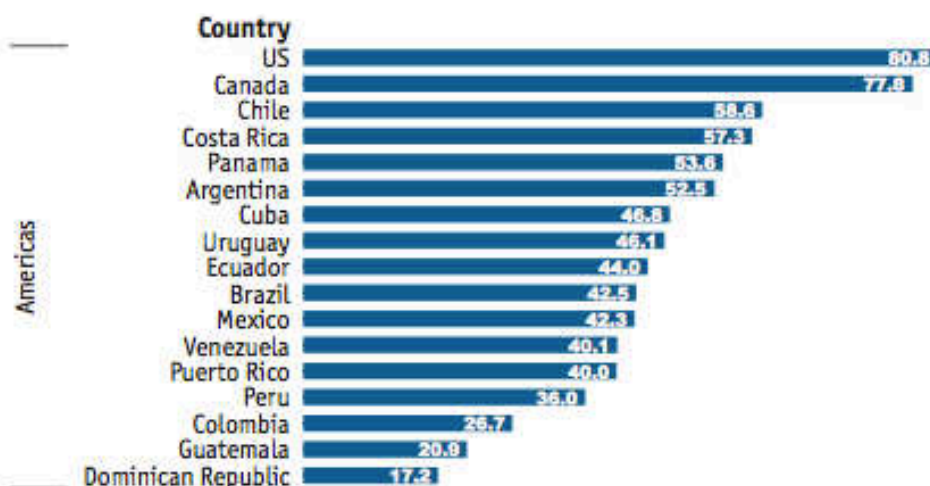
Gráfico 2 – Classificação dos países de acordo com o índice de qualidade de morte em 2015.



Fonte: The Economist Intelligence Unit Limited 2015

O gráfico abaixo ilustra o ranking de países quanto ao índice de qualidade de morte, considerando apenas as Américas. Novamente, o Brasil aparece em uma posição ruim neste ranking.

Gráfico 3 – Classificação dos países americanos em 2015, de acordo com o índice de qualidade de morte.



Fonte: The Economist Intelligence Unit Limited 2015

Entendendo que os problemas que os países enfrentam para oferecer à população boas práticas de cuidados paliativos são diferentes, uma série de ações foram colocadas em cena nesse estudo. A adoção delas poderia ajudar a melhorar a qualidade da assistência e torná-la disponível para um maior número de pessoas. Entre elas estão: aumentar o acesso aos cuidados paliativos domiciliares e comunitários, fornecer maior apoio para as famílias e trabalhadores, treinamento em cuidados paliativos na educação de todos os profissionais de saúde e aumentar a conscientização pública sobre o que são, realmente, os cuidados paliativos (LIEN FOUNDATION, 2015). O SAD, como estratégia, demonstra ser uma boa ferramenta para se atingir esses objetivos (GOMES et al., 2013) (MARCUCCI; CABRERA, 2015).

Um estudo de revisão analisando programas de cuidados no fim de vida em casa, aprovou o uso dessa modalidade de cuidados e todos os ensaios incluídos nesta revisão destacaram a necessidade de acesso ao atendimento

durante as 24 horas do dia. Os autores também observaram que o envolvimento de profissionais da atenção primária foi essencial para o sucesso de programa (SHEPPERD; GONÇALVES-BRADLEY; STRAUS, 2016). Esse modelo poderia ser explorado também no cenário da atenção primária no Brasil, especialmente no modelo da estratégia saúde da família, pois existem muitas possibilidades de atuação destas equipes na visita domiciliar, potencializando, complementando e garantindo a continuidade do cuidados entre as equipes do SAD e da atenção primária, porém essa comunicação ainda é pouco explorada na assistência e no ensino, pesquisa e extensão (SAVASSI, 2016).

A Atenção primária na Itália, um programa de cuidados paliativos domiciliares, implementado entre 2009 e 2011, cuidou de mais de 11.000 usuários e, no último ano, 75% das mortes ocorreram em casa (MASELLA et al., 2015).

Trata-se, sem dúvida, de um desafio para os gestores, resolver essa divergência entre a escassa oferta dos serviços de saúde e a alta demanda da população, melhorando, assim, os indicadores de saúde pública, uma vez que o Brasil é o único país com mais de 200 milhões de habitantes que assumiu o desafio de oferecer um sistema de saúde universal, público e gratuito (CONSENSUS, 2015). Para isso, os gestores precisam melhorar a qualidade do gasto público aplicando adequadamente os limitados recursos disponíveis para a saúde a fim de garantir a boa oferta de serviços (CONASS, 2006).

Frente a tudo isso, verifica-se a importância para os gestores trabalharem com informações e dados obtidos a partir da produção de conhecimentos sólidos e requeridos para um planejamento consistente, capaz de orientar a melhor aplicação possível em saúde. Fornecendo uma visão mais adequada e abrangente para sustentar tomadas de decisão, torna-se possível alcançar melhores resultados, de acordo com os recursos disponíveis e existentes. A partir deste conhecimento, há, ainda, a maneira de construir e legitimar a decisão, evitando, com isso, retrocessos e resistências. Em muitos locais não se considera que o

planejamento, construído de forma democrática e pactuada entre os atores (gestores, coordenadores, equipes, profissionais e usuários), é mais custo-efetivo, esquecendo-se que todos são corresponsáveis pela qualificação do SUS. Esta atuação provoca, na AD, uma invisibilidade, primeiro, negando-lhe a evidência como modelo de atenção a saúde e, segundo, ofuscando a sua produção de conhecimentos essenciais para subsidiar a tomada de decisão e proporcionar o reordenamento ou manutenção das ações. Portanto faz-se necessário avançar na formação acadêmica e universitária sobre a AD, tanto na formação e qualificação voltada para o âmbito profissional, quanto na produção de pesquisas (DIAS et al., 2015).

Como se percebe, muitas dificuldades estão colocadas e não foram encontrados dados publicados na literatura sobre os resultados produzidos pelos serviços públicos após a implantação e o impacto assistencial na RAS nos municípios habilitados. Apenas alguns estudos foram desenvolvidos na área da iniciativa privada (BISCIONE et al., 2013) (SILVA et al., 2013). A experiência brasileira e as publicações sobre o serviço de atenção domiciliar ainda estão em seus estágios iniciais, enquanto que na literatura internacional este tipo de atuação já é realizado há décadas e desde então os estudos demonstram melhor custo-efetividade da atenção domiciliar comparada com a hospitalar (CUMMINGS; HUGHES; WEAVER, 1990) (JEREMY et al., 1999). Desta forma, conhecer estas experiências e os estudos desenvolvidos ao longo de algumas décadas pode inspirar a construção de um modelo brasileiro de gestão dos serviços de atenção domiciliar.

Em geral, os serviços públicos de saúde brasileiros têm dificuldades em levantar, produzir e publicar dados de custo-efetividade, investimento e contrapartida local, por esses dados estarem centralizados em outras áreas da gestão pública, sem envolvimento das equipes e da coordenação dos serviços.

Ações de análise de dados e de resultados dos serviços em saúde prestados à população com planejamento adequado dos investimentos

financeiros, auxiliam-nos a conhecer os diversos universos dos usuários e seus determinantes sociais sobre o processo saúde-adoecimento-cuidado, ajuda a entender as diferentes necessidades da população e contribui para a superação dos desafios existentes no ato de bem cuidar das pessoas.

2. Objetivos

2.1. Objetivo Geral

Analisar o custo-efetividade de um Serviço de Atenção Domiciliar.

2.2 Objetivo específico

Caracterizar o público usuário do Serviço de Atenção Domiciliar.

3. Artigo 1

International Journal of Public Health Effectiveness of a Home Care Service --Manuscript Draft--

Manuscript Number:	IJPH-D-18-00668
Full Title:	Effectiveness of a Home Care Service
Article Type:	Original article
Keywords:	Effectiveness; Home Care; Home Care Service
Corresponding Author:	Laerte Borges Júnior Universidade Federal de Uberlândia Uberlândia, BRAZIL
Corresponding Author Secondary Information:	
Corresponding Author's Institution:	Universidade Federal de Uberlândia
Corresponding Author's Secondary Institution:	
First Author:	Laerte Borges Júnior
First Author Secondary Information:	
Order of Authors:	Laerte Borges Júnior
	Vinicius Oliveira
	Marcelo Mendonça
	Vivian Azevedo
	Wallisen Hattori
	Elmiro Resende
Order of Authors Secondary Information:	
Funding Information:	

Efetividade de um Serviço de Atenção Domiciliar

Autores:

Laerte Honorato Borges Junior ¹, Vinícius Pafume de Oliveira ², Marcelo de Freitas Mendonça³, Vivian Mara Gonçalves de Oliveira Azevedo ⁴, Wallisen Tadashi Hattori ⁵ e Elmiro Santos Resende ⁶

Filiação:

¹Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Brasil; laerteh@yahoo.com.br

² Serviço de Atenção Domiciliar, Hospital de Clínicas de Uberlândia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Brasil; vipafume@hotmail.com

³ Serviço de Atenção Domiciliar, Secretaria Municipal de Saúde, Uberlândia, Brasil; marcelofmxy@yahoo.com.br

⁴ Faculdade de Educação Física e Fisioterapia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Brasil; viviangazevedo1@gmail.com

⁵ Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Uberlândia, Faculdade de Medicina, Uberlândia, Brasil; wallhattori@gmail.com

⁶Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Brasil; esr_udi@hotmail.com

Autor Correspondente:

⁶ Elmiro Santos Resende - Universidade Federal de Uberlândia, Faculdade de Medicina, Departamento de Saúde Clínica Médica, Avenida Pará, 1720, Campus Umuarama, Bloco 2H, Umuarama, 38405-320, Uberlândia, MG; esr_udi@hotmail.com

Resumo

Objetivo: Analisar a efetividade de um Serviço de Atenção Domiciliar (SAD).

Métodos: Estudo retrospectivo observacional analítico dos prontuários de usuários atendidos entre agosto/2014 a setembro/2016. Coletado dados para analisar perfil epidemiológico, origem da solicitação, complexidade, desfecho, internações hospitalares e internações prolongadas. **Resultados:** analisados 2.008 prontuários, 46,8% masculino e 53,2% feminino; 69,2% acima de 60 anos. A média mensal de admissão pré-hospitalar $78,4 \pm 7,3\%$ e pós-hospitalar $21,6 \pm 7,3\%$, a da complexidade foi de, AD1 $46,2 \pm 14,2\%$, AD2 $51,7 \pm 13,7\%$ e AD3 $2,1 \pm 1,6\%$. Quanto ao desfecho, a taxa de alta $15,8 \pm 0,03\%$, taxa de mortalidade $5,0 \pm 0,01\%$, taxa de alta em relação ao número total de atendidos de 62,2% e de óbito 18,5%, o total de óbito no domicílio 53,2%. As internações hospitalares aumentaram 38% em 2014 e 17% em 2015. **Conclusão:** O SAD, foi efetivo, devido uma maior admissão pré hospitalar, contribuiu para aumentar a internação hospitalar, apresentou boa rotatividade mesmo com prevalência maior de idosos dependentes e alta taxa de óbito domiciliar.

Palavra chave: Efetividade, Atenção Domiciliar, Serviço de Atenção Domiciliar

Introdução

A Atenção Domiciliar (AD) é definida por ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento, reabilitação e palição, realizadas em casa, com segurança de continuidade de cuidados e articulada com outros pontos da rede de atenção à saúde¹. O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) é um serviço complementar ou substituto ao atendimento ambulatorial ou à internação hospitalar². A AD vem se desenvolvendo como um novo modelo tecnoassistencial à saúde³, devido a vários fatores, entre eles as mudanças demográficas ocorridas, o novo perfil de morbimortalidade com o aumento das condições crônicas, o aumento da prevalência de doenças crônico degenerativas, o incremento da tecnologia, a necessidade de promover acesso aos serviços de saúde, o aumento da rotatividade e da otimização dos leitos hospitalares, além da preocupação com a qualidade de vida dos usuários e familiares^{4,5}.

A AD objetiva a redução da necessidade por atendimento hospitalar e/ou o tempo de permanência de usuários internados, a humanização do cuidado, a desinstitucionalização, o aumento da autonomia, da funcionalidade e da qualidade de vida dos usuários, além de reabilitar, educar e dar apoio social e espiritual ao usuário e família, na lógica da integralidade do cuidado e da equidade^{1,6}. O serviço é indicado a usuários que precisam de cuidados multiprofissionais e recursos de saúde com maior frequência e apresentam impossibilidade ou mobilidade reduzida de se deslocar até uma unidade de saúde, podendo ser egresso da atenção básica, ambulatorial especializada, dos serviços de urgência e emergência e do hospital¹.

A AD tem se mostrado uma versátil e importante ferramenta para qualificação da assistência, além de otimizar leitos hospitalares de baixa, média e até mesmo de alta complexidade, como os de terapia intensiva, oferecendo os serviços com custo inferior; tem ampliado o acesso hospitalar e permitido a participação do usuário no processo de tomada de decisão⁷. Portanto, é importante mensurar a efetividade da AD realizando avaliações quanto à sua

capacidade de promover resultados pretendidos^{8,9} para garantir sua sustentabilidade econômica, política e assistencial. Estas avaliações podem ser um importante instrumento nos processos de tomada decisão sobre a incorporação de tecnologias e a alocação de recursos em saúde, promovendo uma distribuição mais eficiente do gasto público para enfrentar a alta demanda por acesso aos serviços de saúde e atingir maiores níveis de cobertura¹⁰.

Sendo assim esse estudo teve como objetivo, analisar a efetividade de um Serviço de Atenção Domiciliar pela origem da solicitação, complexidade do cuidado, desfecho de casos, número de internações hospitalares e evolução dos números de internações prolongadas, além da identificação do perfil epidemiológico dos usuários.

Métodos

Este estudo é do tipo retrospectivo, observacional e analítico, utilizando-se de prontuários dos usuários assistidos pelo SAD da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), no período entre 01 de agosto de 2014 até 31 de setembro de 2016. Foram incluídos todos os usuários atendidos pelas 05 equipes do SAD e excluídos os prontuários não encontrados ou com dados incompletos ou insuficientes para análise. O estudo teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

O SAD analisado tinha 05 EMAD – (Equipes Multiprofissional de Atenção Domiciliar), compostas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e fisioterapeutas, com capacidade instalada para acompanhar 300 usuários, e 02 EMAP - (Equipe Multiprofissional de Apoio), com assistente social, psicólogo, nutricionista, terapeuta ocupacional, dentista e fonoaudiólogo, todos sob a gestão da SMS. A sede é em uma Unidade de Pronto Atendimento. Como a cidade é dividida em cinco setores: Norte, Sul, Leste, Oeste e Central, cada EMAD era responsável pela cobertura de 01 distrito sanitário, com referência média de 130 mil habitantes/cada. Juntas faziam cobertura de 100%

do município e atendiam toda a demanda com elegibilidade para AD oriunda da rede de atenção a saúde, exceto o público pediátrico, os dependentes de oxigenoterapia domiciliar prolongada, ventilação mecânica invasiva e não invasiva. Estes grupos eram assistido por outras 02 EMAD vinculadas ao hospital de alta complexidade.

No período avaliado o serviço funciona todos os dias da semana, das 07:00h as 22:00h. A partir das admissões, as equipes elaboravam o PTS (Projeto Terapêutico Singular) que estabelecia as metas biopsicosociais a curto, médio e longo prazos a serem atingidas e a frequência de visitas dos profissionais que variou de acordo com a necessidade e complexidade de cada caso. As visitas domiciliares ocorreram, no mínimo, uma vez por semana, podendo ser até mais de uma vez ao dia. Os materiais hospitalares necessários para prestar os cuidados e as medicações endovenosas, quando necessárias, eram disponibilizadas pelo SAD; as de uso contínuo, por via oral, eram dispensadas pela farmácia do município, quando padronizadas; ou adquiridas pela família, quando não padronizadas.

Os dados foram coletados pelos pesquisadores por meio dos registros de informações das equipes multiprofissionais nos prontuários, onde constavam informações sobre o itinerário terapêutico, a fim de avaliar, monitorar e planejar o cuidado multidisciplinar, além dos insumos necessários para garantir o cuidado integral e a segurança do usuário.

Para identificar e caracterizar o perfil epidemiológico dos usuários do serviço foram registrados a idade, sexo, grau de dependência funcional, o qual era dividido em independente, semi-independente e dependente total, e se o cuidado era classificado como paliativo (objetivo do tratamento não é a cura e sim o cuidado) ou não.

Para mensurar os indicadores de efetividade foi considerada a origem dos usuários abrangendo duas categorias, a pré e a pós-hospitalar. A origem pré-hospitalar foi definida a partir de encaminhamentos para o SAD efetuados pelos

87 equipamentos de saúde do município de Uberlândia compreendidos como Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centros de Tratamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis e das 08 unidades de pronto atendimento de urgência e emergência. A origem pós-hospitalar eram encaminhamentos provenientes dos dois hospitais públicos existentes no município, sendo um de alta complexidade com 525 leitos e outro de média complexidade com 238 leitos, e de hospitais privados que realizam internações pelo SUS em atendimento a ações judiciais.

Quanto à complexidade do cuidado no SAD, foram avaliadas três categorias: atenção domiciliar 1 (AD1), atenção domiciliar 2 (AD2) e atenção domiciliar 3 (AD3). Estas modalidades foram definidas pela portaria 825, na ordem crescente de complexidade com base na necessidade, densidade tecnológica e nas características do quadro do usuário, bem como quanto a frequência de atendimento necessário.

Quanto ao desfecho do caso, foi considerada a alta clínica, onde o usuário é encaminhado para a unidade básica de saúde, ou o óbito, que era dividido quanto ao local da ocorrência, em domiciliar ou hospitalar.

Por fim, a evolução dos números de usuários internados acima de 30 dias, considerados de longa permanência, o número de leitos/dia que é a soma dos dias de todos usuários internados acima de 30 dias e o impacto no número de internações no hospital (AIH) de média complexidade foi aferida através de números absolutos disponibilizados nos sistemas de informação hospitalar do Ministério da Saúde, e identificadas a partir do início da busca ativa por desospitalização feita pelo SAD no hospital de média complexidade do município que iniciou estas ações no final do segundo semestre de 2013.

Análise estatística

Para todas as variáveis métricas, utilizou-se o teste de normalidade de Shapiro-Wilk. Para caracterizar o perfil epidemiológico dos usuários, utilizou-se análise descritiva e o Modelo Linear Geral para comparar o percentual mensal de usuários entre as categorias dependência (dependente total, semi-dependente e independentes). Para avaliar os indicadores de efetividade, utilizou-se análise descritiva, Análise de Regressão Linear, tendo o tempo como previsor e as variáveis percentual médio de usuários para cada origem do usuários (pré-hospitalar ou pós-hospitalar), para cada grau de complexidade (AD1, AD2 ou AD3), para número de usuários de longa permanência, número de leitos dia e tempo médio de permanência. Análise de Variância para comparar o percentual mensal de usuários entre os desfechos (alta ou óbito). Para todos os testes, foi adotado o nível de significância de 5%.

Resultados

Foram avaliados 2.008 prontuários de usuários do SAD não tendo sido excluído nenhum durante o período do estudo. Quanto ao perfil epidemiológico dos usuários atendidos pelo serviço, 53,2% eram do sexo feminino e 46,8% foram do sexo masculino. A faixa etária dessa população variou entre os percentuais de 1,4% (0 a 17 anos), 8,6% (18 a 35 anos), 20,8% (36 a 59 anos), 40,2% (60 a 80 anos) e 29% (81 a 100 anos).

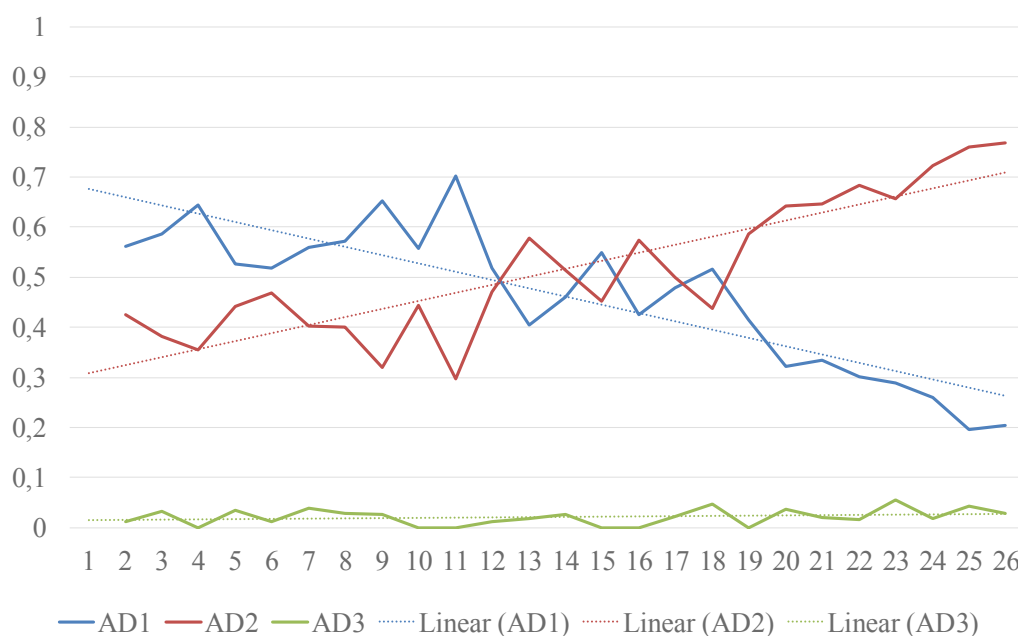
O percentual mensal de dependentes totais ($55,5 \pm 0,03\%/mês$) foi significativamente maior do que os dos demais e o dos semi-independentes foi significativamente maior do que o dos independentes ($28,5 \pm 0,03\%/mês$ X $16,0 \pm 0,02\%/mês$; $F = 983,79$; $gl = 2, 46$; $p < 0,001$; $np2 = 0,98$). Quanto aos cuidados 35,5% deles foram considerados paliativos exclusivos.

Indicadores de efetividade

Quanto à origem dos usuários, o estudo mostrou que a demanda da admissão pré-hospitalar foi bem maior que a pós-hospitalar ($78,4 \pm 7,3\%$ x $21,6 \pm 7,3\%$). Utilizando o tempo de atendimento como indicador, foi observado que o percentual mensal do pós-hospitalar diminuiu ao longo do tempo ($R^2 = 0,19$; $b = -0,004$; $F = 5,78$; $gl = 1, 24$; $p = 0,024$). Consequentemente o pré-hospitalar aumentou por serem dados complementares.

Em relação ao grau de complexidade, a média mensal de AD1 foi $46,2 \pm 14,2\%$, AD2 $51,7 \pm 13,7\%$ e AD3 $2,1 \pm 1,6\%$. Utilizando-se o tempo como previsor, foi observado que o percentual mensal do AD1 diminuiu ao longo do tempo ($R^2 = 0,74$; $b = -0,017$; $F = 63,91$; $gl = 1, 23$; $p < 0,001$), o AD2 aumentou, ($R^2 = 0,74$; $b = 0,016$; $F = 64,95$; $gl = 1, 23$; $p < 0,001$) e no AD3 não houve mudança ($R^2 = 0,06$; $b = 0,001$; $F = 1,58$; $gl = 1, 23$; $p = 0,222$) (Figura 1).

Figura 1 – Representa a relação do grau de complexidade ao longo do tempo.



Quanto ao desfecho, o estudo identificou um percentual de alta de $15,8 \pm 0,03\%$ e o percentual de mortalidade foi de $5,0 \pm 0,01\%$. Foi observado que o percentual mensal de alta é significativamente maior do que o percentual mensal de óbito ($F = 340,76$; $gl = 1, 23$; $p < 0,001$; $np2 = 0,94$). O percentual de alta em

relação ao número total de atendidos foi de 62,2%. Em relação ao número total de usuários atendidos no período do estudo, o percentual de óbito foi de 18,5%. Em relação aos óbitos, a porcentagem total de óbito no domicílio foi de 53,2%.

Em relação à produção de internação no hospital municipal, considerado de média complexidade, foi observado que houve um aumento significativo (38% das AIHs em 2014 e 17% em 2015), nas quatro especialidades: cirúrgica, obstétrica, clínica e pediátrica (tabela 1), considerando, como referência, a série histórica de internações do hospital antes da implantação da captação ativa de desospitalização pelo SAD. (tabela 1)

Tabela 1 – Movimento de AIH no Hospital e Maternidade Municipal

Movimento de AIH							
Hospital e Maternidade Municipal							
Anos: 2011 a 2016							
Leito\Especialidade	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
01-Cirúrgico	1.445	4.886	5.001	6.892	5.770	4.716	28.710
02-Obstétricos	1.241	2.673	2.743	3.444	3.383	2.973	16.457
03-Clínico	2.434	2.534	2.536	3.614	2.705	2.304	16.127
07-Pediátricos	33	307	259	614	486	510	2.209
Total	5.153	10.400	10.539	14.564	12.344	10.503	63.503

Fonte: MS/DATASUS/TABWIN/SIHSUS.

Nota: o ano de 2011 a produção foi menor por ser o ano de inauguração do hospital.

O ano de 2016 a produção reduziu por ser um ano de final de gestão.

Esse aumento da produção no número de internações tem relação com a redução do número de usuários internados de longa permanência ($R^2 = 0,60$; $b = -0,529$; $F = 62,47$; $gl = 1, 42$; $p < 0,001$), do número de leitos/dia ($R^2 = 0,67$; $b = -50,79$; $F = 86,59$; $gl = 1, 42$; $p < 0,001$), redução no tempo médio de permanência ($R^2 = 0,36$; $b = -0,540$; $F = 23,37$; $gl = 1, 42$; $p < 0,001$). Isso fez aumentar a rotatividade do leito conforme apresentado nas Figura 2 (a, b e c).

Figuras 2 a, b e c – Representa os diagramas de dispersão da relação entre o tempo e número de usuários de longa permanência, leitos/dia e tempo médio de permanência das internações no hospital municipal

O valor 0 meses foi o mês de janeiro de 2013 e o 45 setembro de 2016.

Figura 2 a Diagramas de dispersão da relação entre o tempo e número de usuários de longa permanência

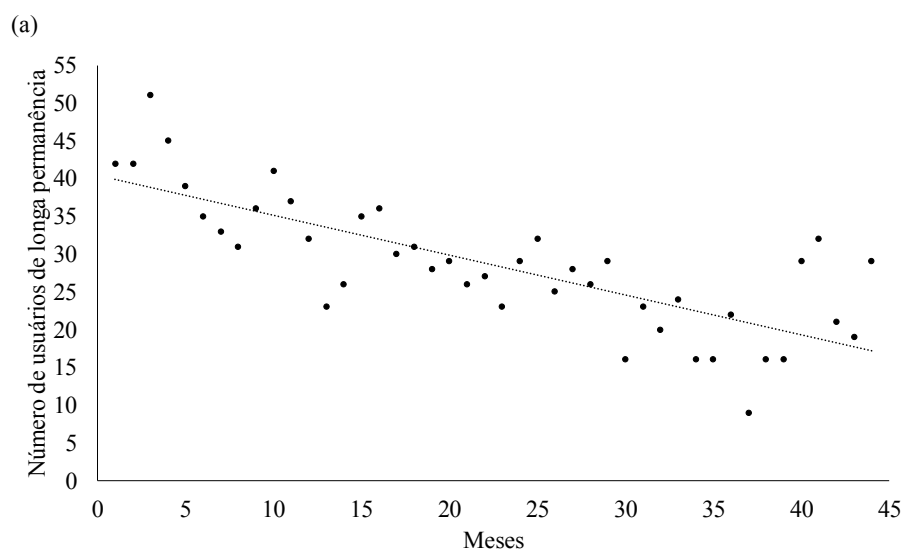


Figura 2b Diagramas de dispersão em relação ao números de leitos/dia

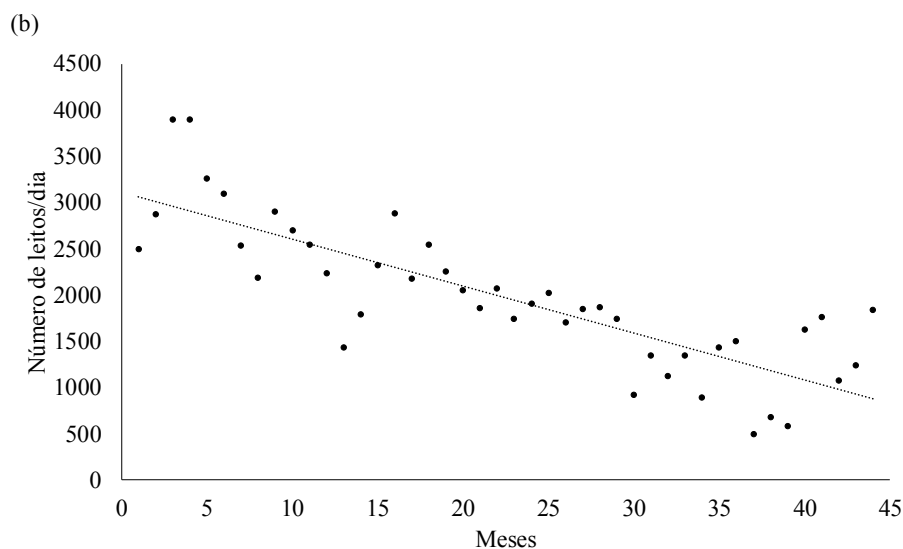
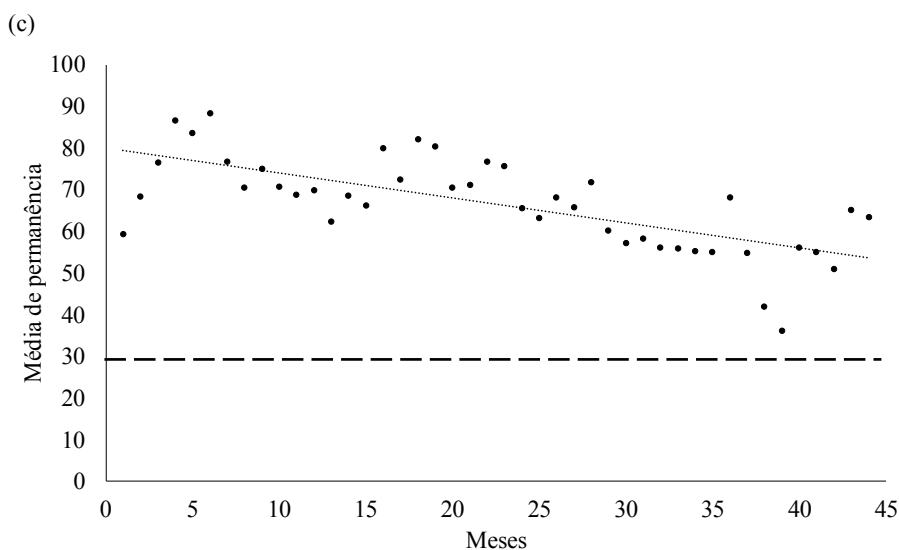


Figura 2c Diagramas de dispersão em relação ao tempo médio de permanência.



Na figura 2C a linha tracejada no número 30, indica o valor considerado internação de longa permanência

Discussão

No perfil epidemiológico, os dados mostraram um número maior, embora não significativo, de mulheres em relação aos homens e uma prevalência maior de idosos com um maior nível de dependência de cuidados. Usuários com esse perfil, durante a evolução da doença, apresentam um aumento progressivo das complicações que os limitam em toda esfera biopsicossocial. Neste estágio, eles reduzem sua capacidade funcional, o que restringe sua socialização e seu contato com o meio externo, permitindo pouca mobilidade. Apresentam também exacerbações frequentes das doenças de base, restrições para locomoção e, na maioria das vezes, procuram o atendimento médico somente em caráter de urgência, gerando internações muitas vezes em leitos de UTI cada vez mais prolongadas, caras e pouco resolutivas. A falta de atendimento personalizado para este grupo proporciona um tratamento inadequado com maior chance de apresentar falta de adesão, instalando-se um círculo vicioso com resultados negativos para o sistema de saúde. Os recursos sociais e econômicos existentes nem sempre são suficientes para suprir essa demanda, que se torna crescente dia após dia¹¹.

O acompanhamento domiciliar feito por uma equipe de saúde com fornecimento adequado de insumos, permite melhor manejo dos usuários auxiliando na estabilização clínica da doença e prevenindo reinternações e melhora da qualidade de vida. Estas são medidas efetivas que fortalecem a formulação e a aplicação de políticas estratégicas, estimulam o crescimento da AD no país e promove significativas transformações na sociedade¹². Todas estas ações promovem a redução dos gastos públicos, maior acesso aos serviços de saúde e um cuidado humanizado.

Indicadores de efetividade

Para cálculo dos indicadores de efetividade foi considerada a origem dos usuários abrangendo duas categorias, a pré e a pós-hospitalar. Quanto a origem dos usuários na AD, os mesmos podem ser encaminhados da atenção pré-hospitalar, quando a internação domiciliar é indicada como alternativa à internação hospitalar, e da atenção pós-hospitalar, quando a internação domiciliar é indicada como alternativa segura e preferível para dar continuidade aos cuidados iniciados no hospital durante uma internação hospitalar¹². No estudo, foi identificado uma taxa maior da admissão de usuários oriundos da atenção pré-hospitalar. Na literatura pesquisada não foram identificados estudos que tenham quantificado, qualificado ou comparado a origem dos usuários como medida para análise e para mensurar a efetividade. Foram identificados apenas dados apresentados pelo Ministério da Saúde extraídos do e-SUS que é o sistema de informação de produção dos SADs¹³, nos quais se demonstra que a origem dos usuários é de 67% da atenção pré-hospitalar e 33% pós-hospitalar (colocar o endereço eletrônico onde está disponível a informação).

Admitir usuários de ambas as origens é importante, pois desospitalizar (admissão pós-hospitalar) é uma ação que reduz o tempo de permanência no hospital¹⁴ e “desupalizar” (admissão pré-hospitalar), um termo popular que significa retirar os usuários das UPAs (Unidades de Pronto Atendimento) é

cuidar deles em casa evitando internações desnecessárias.

O que é mais efetivo? Desospitalizar ou “*desupalizar*”? Para responder esta questão é preciso verificar os dados existentes no sistema de saúde. Não está definido na literatura valores de referência com números considerados ideais para se adotar como indicadores de efetividade para um SAD, um serviço que tem o objetivo de reduzir a demanda por atendimento hospitalar e/ou reduzir o período de permanência de usuários internados. Nestas circunstâncias, qual seria a taxa de relação entre ambos os indicadores que podemos considerar para classificar um SAD como um serviço efetivo e que gere impacto assistencial na rede de saúde? Pensando na lógica de otimização dos leitos hospitalares pela desospitalização, é uma medida efetiva promover a rotatividade dos leitos e aumentar o acesso aos demais usuários, uma vez que toda a cadeia produtiva dos hospitais gira em torno da disponibilidade e da ocupação do leito hospitalar, além de ser o ponto assistencial da rede de maior custo para o SUS^{10,12}. Porém, captar usuários na atenção pré-hospitalar é uma medida mais efetiva, por considerar que os mesmos nem chegam a utilizar a infraestrutura hospitalar e nem ficam nas dependências pré-hospitalares, liberando o acesso para aqueles que necessitam da intervenção hospitalar, ou seja, pacientes com quadros agudos e cirúrgicos.

Grau de complexidade

Segundo a política assistencial da AD, existem três classificações de complexidade: AD1, AD2 e AD3. Os conceitos estão descritos nos artigos da Portaria 825¹. O cuidado na modalidade AD1 é de responsabilidade das equipes de atenção básica, por meio de visita domiciliar, de acordo com as especificidades de cada caso, enquanto o AD 2 e AD 3 são de responsabilidade do SAD.

Os dados obtidos no estudo demonstram que o número de pacientes nas modalidades AD2 e AD3 foi maior do que o AD1, apesar do número de admissões em AD1 ainda ser alto. No entanto, foi identificado também que usuários AD1 podem ser admitidos no SAD devido ao fato do município em questão não ter cobertura de 100% de atenção básica pela Estratégia Saúde da Família (ESF) ou pela Unidade Básica de Saúde (UBS) tradicional, e ser de apenas 50%. Nos outros 50% do território, a atenção básica é referenciada para unidades mistas (pronto atendimento e ambulatorios) que não realizam visita domiciliar. Sendo assim, os casos de usuários com indicação de AD, modalidade AD1, que residem em território descoberto pela atenção básica no modelo da ESF e UBS, são admitidos para planejamento do cuidado de cada caso, na lógica de se promover o autocuidado apoiado⁴.

Outro fator que pode ter influenciado os resultados, é o desconhecimento de muitos trabalhadores da saúde e usuários da rede levando ao entendimento de que todo acamado/domiciliado AD1 seja de responsabilidade do SAD. Este entendimento pode gerar encaminhamentos equivocados para os SADs e expectativas falsas na população. É importante, portanto, para aumentar a efetividade do serviço, realizar a contra referência afim de garantir a continuidade do cuidado dos usuários e promover a educação do trabalho em rede entre os trabalhadores e comunidade.

O SAD analisado no presente estudo foi implantado na rede no segundo semestre de 2013 e, como essa modalidade assistencial é considerada nova, foi necessário um tempo para que os trabalhadores e comunidade conhecessem a sua finalidade e os fluxos do serviço. Isso talvez justifique o número elevado de AD1 no início da análise e que, a partir da evolução da curva de aprendizado, observou-se, de forma significativa, uma redução mensal, ao longo do tempo, de admissões em AD1 e um aumento de AD2. Esse resultado pode ser considerado como medida de efetividade do SAD.

O maior número de admissões em AD3 registradas atualmente se deve a pacientes que dependem de ventilação mecânica invasiva e não invasiva. Esses grupo de usuários são acompanhados em outros serviços que não foram avaliados nesse estudo e, por esse motivo, o número de AD3 encontrado neste estudo foi baixo.

Desfecho

Em relação à saída da AD, foi identificado que a alta foi significativamente superior a saída por óbito, isso demonstra que o serviço conseguiu ter uma boa rotatividade dos usuários, demonstrando ser efetivo na admissão, na condução do PTS e no encaminhamento para contra referência, mesmo constituindo os usuários um grupo maior de idosos, com dependência total de cuidados e em cuidados paliativos. Isso vem desconstruir o que muitos pensam de que o usuário, uma vez acompanhado na AD, não receberá mais alta.

Em relação a taxa de 18,5% de óbito, isso é esperado uma vez que a maioria dos usuários são idosos, 29% maiores de 80 anos, e ainda possuem doenças crônicas terminais. Pensando na filosofia de cuidados paliativos, uma alta taxa de óbito no domicílio é considerado um indicador de qualidade do serviço. Neste estudo, mais da metade do total de óbitos ocorreu no domicílio e isso pode ser considerado efetivo pois estudos que avaliam a preferência quanto ao local da morte indicam que a maioria dos entrevistados gostaria de morrer em casa¹⁵. Uma revisão sistemática¹⁶ que envolveu 34 países e 210 estudos que analisaram a preferência pelo local de morte de 100307 usuários, encontraram uma preferência por morrer no domicílio. Em 75% dos trabalhos avaliados nesta revisão, mais de 50% dos usuários relataram preferir morrer em casa e em 34% destes estudos, essa mesma preferência foi relatada por mais de 70% dos entrevistados. Um outro estudo brasileiro que avaliou a questão do local da morte¹⁷, observou uma taxa do óbito hospitalar em torno de 70 %, a de óbito em outros locais de 12% e o óbito no domicílio de 18%. Verificou também que o

predomínio de óbitos hospitalares é semelhante ao encontrado em várias outras cidades brasileiras, embora seja maior do que em outros países. Esses achados indicam que as políticas públicas brasileiras precisam avançar no sentido de oferecer melhores recursos e tecnologias para proporcionar um cuidado adequado e ao mesmo tempo proporcionar o amparo necessário por ocasião do óbito no domicílio. A experiência tem mostrado que a política de AD pode ser uma delas.

Internações

As AIHs (autorização de internação hospitalar) no hospital analisado aumentaram significativamente nos anos de 2014 e 2015, com o mesmo número de leitos disponíveis e com o mesmo valor de custeio destinado à manutenção das atividades, sendo este apenas corrigido pelos índices tradicionais.

Esse aumento pode ser justificado pela implantação da rotina de captação ativa de usuários pela equipe do SAD atuando em conjunto com a equipe do hospital durante a corrida de leito multiprofissional, introduzindo medidas capazes de estimular a desospitalização, de forma responsável e oportuna, para dar continuidade ao tratamento no domicílio, promovendo uma maior rotatividade dos leitos e melhorando o acesso hospitalar. Um estudo realizado pela ANAHP – Associação Nacional dos Hospitais Privados em 2016¹⁸ – mostrou que os SADs vêm se transformando em uma eficiente ferramenta de gerenciamento do cuidado integral e uma solução para o acompanhamento de pacientes que podem ser desospitalizados. Além disso, uma das principais contribuições da AD tem sido o favorecimento da liberação dos leitos hospitalares para os casos que dependam exclusivamente de procedimentos e terapêuticas que só podem ser realizados em ambiente hospitalar.

Outro indicador que pôde contribuir com o aumento do número de internações hospitalares, foi a gestão do leito com a redução do número de usuários internados superior a 30 dias, da redução dos leitos/dia e da média de

permanência de internação . Mostrando que um SAD em parceria com um hospital pode ser um facilitador da alta hospitalar oportuna com garantia da continuidade do cuidado compartilhado entre equipes e família, evitando que usuários fiquem internados por períodos onde não mais precisam dos serviços hospitalares.

Os leitos hospitalares são limitados diante do aumento de pacientes com problemas agudos e crônicos, que estão sobrevivendo cada vez mais por conta do avanço tecnológico da medicina, isso para alguns casos é uma grande conquista, mas um tempo de internação longo, no entanto, tem impacto alto para o sistema de saúde, impede a ocupação de leitos por novos pacientes e congestionam o pronto atendimento, reduzindo acesso¹⁹. Portanto implementar o processo de desospitalização sistematizada nas equipes que assistem o paciente durante a internação e com a equipe que irá receber em casa pode ser um bom processo de gestão do leito hospitalar.

Implicações para saúde pública

Essa política pública no SUS pelo Programa Melhor em Casa ainda é nova, possui pouco mais de seis anos de existência e desde o seu lançamento até o presente momento, segundo dados da Coordenação Geral de AD do MS de junho de 2017, foram implantadas 980 EMADs em 376 municípios de 25 estados¹⁹. Isso significou uma importante expansão e implantação dos SADs pelo Brasil, novas oportunidades de contratação de trabalho para diferentes profissionais da área da saúde e cobertura assistencial para mais de 54.152.440 de habitantes em todo o país. Mesmo assim, ainda existem grandes áreas de vazio assistencial. Para que esse novo modelo tecnoassistencial se legitime como uma potente estratégia, a AD ainda precisa ser qualificada e fortalecida como modalidade de atenção a saúde que ajuda a produzir outras formas de cuidar, mais humanizadas, resolutivas, focadas na integralidade e necessidades dos usuários, produtoras de autonomia e determinando melhor custo-

efetividade^{7, 20, 21}.

No entanto, não foi encontrado dados publicados na literatura sobre os resultados produzidos pelos serviços após a implantação e o impacto assistencial na RAS nos municípios habilitados e apenas alguns estudos foram desenvolvidos na área da iniciativa privada^{22,23}. Em geral, os serviços públicos de saúde têm dificuldades em levantar, produzir e publicar dados sobre efetividade, investimento, custeio e contrapartida local, por esses dados serem centralizados em outras áreas da gestão pública, sem envolvimento das equipes e da coordenação dos serviços^{24,25}.

Em muitos locais não se considera que o planejamento construído de forma democrática e pactuado entre os atores (gestores, coordenadores, equipes, profissionais e usuários) é mais efetivo, esquecendo-se que todos são corresponsáveis pela qualificação do SUS. Esta atuação provoca na AD uma invisibilidade, primeiro negando-lhe a evidência como modelo de atenção a saúde e, segundo, ofuscando a sua produção de conhecimentos essenciais para subsidiar a tomada de decisão e proporcionar o reordenamento ou manutenção das ações.

Na área da saúde, novos procedimentos e técnicas de tratamento são muitas vezes incorporados pelos diferentes profissionais de forma acelerada, mesmo antes que evidências científicas comprovem sua segurança e efetividade tenham sido acumuladas. Além disso, com frequência, as tecnologias leve, leve-dura e duras na área da saúde, não são substituíveis, pelo contrário, tendem a ser cumulativas, gerando sobrecarga financeira para o sistema de saúde¹⁰. A AD, neste cenário, aponta como uma alternativa para otimizar os recursos e garantir uma assistência segura, de qualidade e no conforto do lar^{12,20}.

Os dados levantados por este estudo indicaram efetividade das ações da AD na RAS. Sendo assim, o fortalecimento da política de AD e o aumento do conhecimento na área podem servir de estímulo para que o serviço possa garantir novos recursos, ampliando e melhorando a qualificação da assistência e

incentiva a pesquisa. Estas ações auxiliam conhecer os diversos universos dos usuários e seus determinantes sociais sobre o processo saúde – adoecimento - cuidado, visa entender as diferentes necessidades da população e contribui para os desafios do sistema de cuidar das pessoas.

O fortalecimento desta modalidade de atenção à saúde, juntamente com o apoio dos familiares no processo de cuidado, principalmente no trabalho preventivo, promove significativas transformações na sociedade. Todas estas ações reduzem os gastos, promovem o acesso ao sistema de saúde e oferecem um cuidado mais humanizado, medida que interessa diretamente aos pacientes, familiares e órgãos públicos responsáveis.

Conclusão

O Serviço de Atenção Domiciliar, inserido no sistema público apresentou efetividade assistencial na rede de atenção à saúde, considerando-se uma maior admissão de usuários oriundos da demanda pré-hospitalar. Também contribuiu para um maior acesso à internação hospitalar, garantiu uma boa rotatividade dos usuários, mesmo considerando a prevalência maior de idosos com dependência total de cuidados. Houve elevada taxa de óbito no domicílio.

Referências

1. Ministério da Saúde. Portaria nº 825 de 25 de abril de 2016: Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Brasília, Brazil: Ministério da Saúde; 2016.
2. Ministério da Saúde. RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. Brazil: Ministério da Saúde; 2006.
3. Silva KL, Sena RR, Seixas CT, Feuerwerker LCM, Merhy EE.. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. R. Saúde Pública, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 166-176, 2010.
4. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512p.
5. Duarte YAO, Diogo MJD. Atendimento domiciliário: um enfoque gerontológico. São Paulo. Ed. Atheneu, 2000.
6. Mendes H. Home care: uma modalidade de assistência à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, UnATI, 2001.
7. Silva KL, Silva YC, Lage EG, Paiva PA, Dias OV. Por que é melhor em casa? A percepção de usuários e cuidadores da atenção domiciliar. Cogitare Enferm. (22)4: e49660, 2017.
8. Marinho A, Façanha LO. Programas Sociais: Efetividade, Eficiência, e Eficácia como dimensões operacionais da avaliação. Rio de Janeiro 2001.
9. Chiavenato I. Administração nos novos tempos. Segunda Edição. Capítulo 1. Elsevier editora. Brasil, 2005.
10. Ministério da Saúde. Glossário Temático: Economia da Saúde: Ministério da Saúde. Brasília, Brazil: Ministério da Saúde; 2006.
11. Machado MCLO. Comissão de doença pulmonar avançada. Disponível em: <www.sbpt.org.br>. Acesso em 10/04/2016.

12. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar v. 1. Brasília, Brazil: Ministério da Saúde; 2012.
13. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. Nota Técnica N. 175/2015. Transição de sistema de Informação dos Serviços de Atenção Domiciliar. Brasília, Brazil: Ministério da Saúde; 2015.
14. Silva KL, Sena RR, Castro WS. A desospitalização em um hospital público geral de Minas Gerais: desafios e possibilidades. *Rev Gaúcha Enferm.* 2017;38(4):e67762.
15. Gomes B, Calanzani N, Gysels M, Hall S, Higginson IJ. Heterogeneity and changes in preferences for dying at home: a systematic review. *BMC palliative care* 2013; 12(1):7.
16. Gomes B, Calanzani N, Gysels M, Hall, S, Higginson IJ. Heterogeneity and changes in preferences for dying at home: a systematic review. *BMC Palliative Care* 2013, 12:7.
17. Marcucci FCI, Cabrera MAS. Death in hospital and at home: population and health policy influences in londrina, State of Paraná, Brazil (1996-2010). *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(3):833-840, 2015.
18. Panorama. Publicação da Anahp – Associação Nacional de Hospitais Privados – maio | junho 2015.
19. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. Proposta da Coordenação Geral de Atenção Domiciliar para atuação das Secretarias Estaduais de Saúde em relação aos Serviços de Atenção Domiciliar. Brasília, Brazil: Ministério da Saúde; 2016.
20. Oliveira Neto AV. Dias MB. Atenção Domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS): o que representou o Programa Melhor em Casa?. *Divulgação em saúde para debate.* Rio de Janeiro, n. 51, p. 58-71, OUT 2014

21. Grant RMA, Greene D. The Health Care Home Model: Primary Health Care Meeting Public Health Goals. *American Journal of Public Health* | June 2012, Vol 102, N. 6.
22. Biscione FM, Szuster DAC, Drumond EF, Ferreira GUA; Turci MA; Lima Júnior JF; Bersan SAL. Avaliação de efetividade da atenção domiciliar de uma cooperativa médica de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública* vol.29 supl.1 Rio de Janeiro 2013.
23. Silva KL, SENA RR, Seixas CT, Feuewerker LCM, Souza CG, Silva PM, Rodrigues AT. O direito à saúde: desafios revelados na atenção domiciliar na saúde suplementar. *Saúde soc.* vol.22 n.3 São Paulo July/Sept. 2013.
24. Thumé E, Facchini LA, Wyshak G, Campbell P. The Utilization of Home Care by the Elderly in Brazil's Primary Health Care System. *American Journal of Public Health* | May 2011, Vol 101, N. 5.
25. Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais. Ofício SRAS/Urgência e Emergência N. 0022/2018. Levantamento do custo efetivo de Atenção Domiciliar (SAD) em Minas Gerais. Belo Horizonte, abril 2018.

4. Artigo 2

American Journal of Public Health Cost Analysis of a Home Care Service --Manuscript Draft--

Manuscript Number:	AJPH-201824201
Article Type:	Research Article
Keywords:	Cost
Corresponding Author:	Laerte Honorato Borges Junior, MSc Universidade Federal de Uberlândia UBERLÂNDIA, MINAS GERAIS BRAZIL
First Author:	Laerte Honorato Borges Junior, MSc
Order of Authors:	Laerte Honorato Borges Junior, MSc Laerte H. Borges Junior Vinicius P. Oliveira Marcelo F. Mendonça Vivian Mara G. O. Azevedo Wallisen Tadashi Hattori Elmiro S. Resende
Abstract:	<p>Objective</p> <p>To analyze the cost of a Home Care Service (SAD). Methods: Retrospective observational study of SAD worksheets. To analyze the household cost, we added fixed expenses with human resources, transportation and variable expenses of materials and medicines. In order to analyze the hospital cost, the expenses related to human resources, material and medicines, hospital hotels, complementary examinations and maintenance of the infirmary of the medical clinic were raised. Results: A total of 2,008 users were followed, with 53.2% female, 69.2% elderly; the monthly percentage of total dependents was 55.5%; 35.5% were considered exclusive palliative care. As to the origin of admission, 78.4% were prehospital. Regarding the degree of complexity of care, 53.8% were classified as AD2 and AD3; the monthly high rate was 15.8% and mortality was 5.0%. The daily cost of a user in AD was R \$ 35.27 and in hospital care R \$ 822.92. Conclusion: The care developed by SAD, structured and inserted in the public system, assists users with complex care needs and presents a lower cost when compared to hospital care.</p>

Análise de custo de um Serviço de Atenção Domiciliar

Autores:

Laerte Honorato Borges Junior ¹, Vinícius Pafume de Oliveira ², Marcelo de Freitas Mendonça³, Vivian Mara Gonçalves de Oliveira Azevedo ⁴, Wallisen Tadashi Hattori ⁵ e Elmiro Santos Resende ⁶

Filiação:

¹Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Brasil; laerteh@yahoo.com.br

² Serviço de Atenção Domiciliar, Hospital de Clínicas de Uberlândia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Brasil; vipafume@hotmail.com

³ Serviço de Atenção Domiciliar, Secretaria Municipal de Saúde, Uberlândia, Brasil; marcelofmxy@yahoo.com.br

⁴ Faculdade de Educação Física e Fisioterapia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Brasil; viviangazevedo1@gmail.com

⁵ Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Uberlândia, Faculdade de Medicina, Uberlândia, Brasil; wallhattori@gmail.com

⁶Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Brasil; esr_udi@hotmail.com

Autor Correspondente:

⁶ Elmiro Santos Resende - Universidade Federal de Uberlândia, Faculdade de Medicina, Departamento de Saúde Clínica Médica, Avenida Pará, 1720, Campus Umuarama, Bloco 2H, Umuarama, 38405-320, Uberlândia, MG; esr_udi@hotmail.com

Resumo

Objetivo: Analisar o custo de um Serviço de Atenção Domiciliar (SAD). **Métodos:** Estudo retrospectivo observacional analítico das planilhas do SAD. Para análise do custo domiciliar, foram somados os gastos fixos com recursos humanos, transporte e os gastos variáveis de materiais e medicamentos. Para análise do custo hospitalar, foram levantadas as despesas referente aos recursos humanos, material e medicamentos, hotelaria hospitalar, exames complementares e manutenção da infraestrutura da enfermaria de clínica médica. **Resultados:** Foram acompanhados 2.008 usuários, quanto ao perfil epidemiológico sendo 53,2% do sexo feminino, 69,2 % idosos; o percentual mensal de dependentes totais foi de 55,5%; 35,5% foram considerados cuidados paliativos exclusivos. Quanto à origem da admissão, 78,4% foi pré-hospitalar. Em relação ao grau de complexidade da atenção, 53,8 % foram classificados em AD2 e AD3; o percentual mensal de alta foi de 15,8% e a mortalidade foi de 5,0%. O custo diário de um usuário em AD foi de R\$35,27 e em cuidado hospitalar R\$822,92. **Conclusão:** O cuidado desenvolvido pelo SAD, estruturado e inserido no sistema público, assiste usuários com necessidade de cuidados complexos e apresenta um custo inferior quando comparado ao cuidado hospitalar.

Palavra chave: Custo, Atenção Domiciliar, Serviço de Atenção Domiciliar

Introdução

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) é um serviço complementar ou substituto ao atendimento ambulatorial ou à internação hospitalar^{1,2}. A Atenção Domiciliar (AD) vem se caracterizando como um novo modelo tecnoassistencial à saúde³ num ambiente de mudanças do perfil demográfico e epidemiológico da população, de avanço da tecnologia, de necessidade de se garantir acesso aos serviços de saúde e de otimização de uso de leitos hospitalares com redução do custo, com a preocupação necessária de se garantir a qualidade de vida dos usuários⁴.

Um dos objetivos da AD é a redução da necessidade de atendimento hospitalar e/ou do tempo de permanência de usuários internados¹. Esse modelo substitutivo tem-se mostrado uma importante ferramenta, ampliando o acesso hospitalar e permitindo a participação do usuário no processo de tomada de decisão⁵ quanto à forma e utilização de aplicativos voltados ao tratamento.

Para avaliação de um SAD devem ser considerados as atividades desenvolvidas, o número de pessoas atendidas, a complexidade da assistência prestada, o consumo de recursos, custos, resultados, satisfação do usuário, o impacto direto na liberação de leitos hospitalares e nos leitos de serviços de pronto- atendimento, efeitos quanto a taxa de reingresso dos usuários em atendimentos de emergências e reinternações. Se um SAD proporcionar uma atenção integral aos usuários com menores custos e apresentar resultados iguais ou melhores do que os da internação hospitalar convencional, ele poderá ser considerado como exitoso.

Portanto, é importante mensurar e comparar os custos referentes ao cuidado hospitalar versus o domiciliar para garantir que a AD seja sedimentada com base em evidência científica, apresentando viabilidade e sustentabilidade econômica, política e assistencial. Estas avaliações são importantes para sustentar os processos de tomada decisão dos gestores na implantação e na continuidade das ações da AD, na incorporação de tecnologias adequadas, na

alocação de recursos em saúde, distribuindo o gasto público de forma eficiente e conseguindo resolver a grande demanda por acesso aos serviços de saúde, buscando maiores níveis de cobertura assistencial⁶.

Sendo assim, esse estudo teve como objetivo, analisar o custo de um Serviço de Atenção Domiciliar e compará-lo com o da atenção hospitalar convencional, além de procurar conhecer o perfil epidemiológico dos usuários atendidos pelo serviço.

Métodos

Para a análise do custo do SAD foi feito um estudo retrospectivo, observacional e analítico, das planilhas de custeio referentes a 26 meses de atuação, no período compreendido entre 01 de agosto de 2014 e 31 de setembro de 2016. Para cálculo dos custos hospitalares referentes à diária hospitalar dos leitos de enfermagem utilizou-se o mesmo período, com exceção de 05 meses de 2014, uma vez que nesse intervalo o sistema de rateio entre os setores do hospital ainda não estava implantado. Esse período, portanto, não foi considerado no cálculo do custeio. O protocolo da pesquisa foi aprovado pelo Comitê Institucional de Ética em Pesquisa.

Para análise do custo domiciliar, foram somados todos os gastos fixos com recursos humanos, tendo como referência o salário base dos 51 profissionais da equipe de nível superior e técnico, incluindo também os encargos trabalhistas de insalubridade, Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), pagamento de férias, décimo terceiro salário e o Programa de Integração Social (PIS). O custo de transporte das equipes foi calculado com base no valor referente aos contratos de locação de 13 carros de passeio feitos através de cooperativa. Para os gastos variáveis foram considerados os materiais e medicamentos disponibilizados através da central de abastecimento farmacêutico do município para atender os usuários das 05 equipes do SAD. Não foi possível levantar dados de despesas com a infraestrutura física (energia,

água, internet, limpeza), uma vez que o serviço compartilha uma sala de 38 metros quadrados com o pronto atendimento e ambulatório, todos sediados dentro de uma mesma unidade mista de saúde e as despesas não são divididas entre os setores compartilhados. Também não foram levantados os gastos referentes a exames complementares quando solicitados pelas equipes pelo fato dessas informações não estarem disponíveis no prontuário e nem no sistema de informação.

Para análise do custo hospitalar, foram levantadas todas as despesas referentes ao custeio com recursos humanos, material e medicamentos, hotelaria hospitalar, exames complementares e na manutenção da infraestrutura da enfermaria de clínica médica do hospital, conforme planilha abaixo:

Custos com Pessoal	Salários de Funcionários
	Benefícios de Funcionários
	Encargos de Funcionários
Materiais e Medicamentos de Uso no Paciente	Medicamentos – Farmácia
	Medicamentos - Almocharifado
	Medicamentos Agregados e Alto Custo
	Materiais de Enfermagem (Hospitalar) - Almocharifado
	Materiais de Enfermagem (Hospitalar) - Farmácia
	Materiais de Enfermagem (Hospitalar) - UAN
	Materiais Agregados
	Órteses, Próteses e Materiais Especiais - Almocharifado
	Órteses, Próteses e Materiais Especiais - Farmácia
	Gases Medicinais
	Materiais de Laboratório e Reagentes - Almocharifado
	Materiais de Laboratório e Reagentes - Farmácia
	Materiais Radiológicos
	Dietas Enterais
	Fórmula Infantil
	Serviços de Terceiros Médico/Assist. - Materiais

Materiais de Consumo Geral	Serviços de Terceiros Não Médico/Assist. - Materiais
	Gêneros Alimentícios
	Materiais Descartáveis – Almoxarifado
	Materiais Descartáveis – Farmácia
	Utensílios UAN
	Materiais de Escritório / Impressos / Informática – Almoxarifado
	Materiais de Escritório / Impressos / Informática - Farmácia
	Materiais de Higiene e Limpeza - Almoxarifado
	Materiais de Higiene e Limpeza – Farmácia
	Instrumentais
	Materiais de Manutenção de Equipamentos
	Materiais de Manutenção de Móveis e Imóveis
	Gases Industriais - GLP / Natural
	Gases Industriais - Chiller
	Combustíveis / Lubrificantes
	Enxoval
	Uniformes / Vestuário (Rec. Humanos)
	EPI – Equipamentos de Proteção Individual
	Materiais Diversos - Almoxarifado
	Fundo Fixo
Prestação de Serviço	Serviços Prestados Não Médico (PF)
	Serviços de Terceiros Não Médico/Assist. - Pessoal
	Serviços Prestados Médicos (PF)
	Serviços de Terceiros Médico/Assist. - Pessoal
Gerais	Serviços de Terceiros - Gerais
	Serviços de Terceiros - Remoção
	Serviços de Transportes - Fretes e Encomendas
	Serviços de Telefonia Móvel/Modem
	Serviços de Assessoria Jurídica
	Serviços de Arquivo Externo
	Serviços de Informática - Internet e Data Center
	Serviços de Informática - Sistemas
	Serviços de Informática - Outsourcing de Impressão
	Serviços de Informática - Locação de Computadores

	Serviços de Manutenção - Ar Condicionado
	Serviços de Manutenção de Móveis e Imóveis
	Serviços de Manutenção de Equipamentos
	Aluguéis / Locações Gerais
	Aluguéis / Locações - Gases Medicinais
	Despesas com Passagens, Hospedagens e Deslocamentos
	Cursos, Congressos e Treinamentos
	Correios e Telégrafos
	Anúncios / Assinaturas / Anuidades
	Água e Esgoto (Direto)
	Energia Elétrica (Direto)
	Seguros - veículos e outros (Direto)
	Despesa Legal e Cartório
	Telefone - PABX (Direto)
	Impostos e Taxas (Direto)
Custos Indiretos	Energia Elétrica (Indireto)
	Água e Esgoto (Indireto)
	Telefone - PABX (Indireto)
	Seguro Predial (Indireto)
	Despesas Financeiras (Indireto)
	Impostos e Taxas (Indireto)
	Resíduos (Indireto)

Caracterização dos Serviços

O SAD analisado tem 05 EMAD – (Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar), compostas por 12 médicos cada uma, contratados com carga horária (CH) de 20 horas semanais (h/s), 07 enfermeiros com CH de 40 h/s, 15 técnicos de enfermagem com CH de 40 h/s e 06 fisioterapeutas com CH de 30 h/s tendo, cada uma, a capacidade instalada para acompanhar 300 usuários; existem ainda duas EMAP - (Equipe Multiprofissional de Apoio), que tem a finalidade de apoiar as EMAD no Projeto Terapêutico Singular (PTS) dos usuários assistidos pelo SAD. As EMAP são compostas por 02 assistentes

sociais com CH de 30 h/s, 02 psicólogos com CH de 30 h/s, 01 nutricionista com CH de 40 h/s, 01 terapeuta ocupacional com CH de 30 h/s, 01 dentista com CH de 20 h/s, 01 fonoaudiólogo com CH de 40 h/s e 03 funcionários administrativos com CH de 30 h/s, todos sob a gestão da SMS.

A assistência é prestada nos 05 setores em que a cidade é dividida: norte, sul, leste, oeste e central. Cada EMAD é responsável pela cobertura de 01 distrito sanitário, com referência média de 130 mil habitantes/cada. Juntas, as EMAD fazem cobertura de 100% do município de Uberlândia e atendem a toda a demanda, pré e pós- hospitalar, com elegibilidade para AD, oriunda da rede de atenção à saúde. O público pediátrico, os dependentes de oxigenoterapia domiciliar prolongada, de ventilação mecânica invasiva e não, invasiva não são atendidos por estas EMAD e são encaminhados para outras 02 EMAD vinculadas ao hospital de alta complexidade do município.

O SAD funciona todos os dias da semana, das 07:00 h às 22:00 h. A partir das admissões, as equipes elaboram o PTS que estabelece as metas biopsicossociais a serem atingidas no curto, médio e longo prazos e a frequência de visitas dos profissionais que varia de acordo com a necessidade e complexidade de cada caso. As visitas domiciliares ocorrem, no mínimo, uma vez por semana, podendo ser ampliadas em frequência ocorrendo até mais de uma vez ao dia em casos de usuários em uso de medicações parenterais, em casos de cuidados paliativos em fase terminal e nos casos mais complexos recém-admitidos no programa. Os materiais hospitalares necessários para prestar os cuidados e as medicações endovenosas, quando utilizadas, são disponibilizadas pelo SAD; os medicamentos de uso contínuo, por via oral, são dispensados pela farmácia do município, quando padronizadas, ou adquiridas pela família, quando não padronizadas.

O hospital analisado é um hospital geral e de média complexidade, inaugurado em novembro de 2010. Possui certificado em nível 2 pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), com 40 leitos de UTI adulto, 10

leitos de UTI neonatal, 15 leitos para cuidado intermediário neonatal, 31 leitos de maternidade, 52 leitos de clínica cirúrgica, 70 leitos de clínica médica e 18 leitos de cuidados semi-intensivos, totalizando 236 leitos. Todos os leitos são disponibilizados via regulação municipal e o hospital não funciona de portas abertas à demanda. O hospital é administrado por uma Organização Social denominada Sociedade Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM).

Perfil epidemiológico

Para identificar e caracterizar o perfil epidemiológico dos usuários atendidos pelo serviço foram registrados a idade, sexo, grau de dependência funcional, o qual foi categorizado em independente, semi-independente e dependente total, de acordo com a funcionalidade para o cumprimento das atividades de vida diária. O cuidado foi também classificado como paliativo (quando o objetivo do tratamento não é a cura e sim o cuidado) ou não, através de avaliação clínica e prognóstica feita em cada caso. Para a atribuição do grau de complexidade do cuidado no SAD, foram definidas três categorias: atenção domiciliar 1 (AD1), atenção domiciliar 2 (AD2) e atenção domiciliar 3 (AD3). Estas modalidades são previstas pela Portaria 825¹, conforme a ordem crescente de complexidade com base na necessidade, densidade tecnológica, características clínicas do quadro do usuário e quanto à frequência de atendimento necessária. Quanto à origem dos usuários na sua admissão, foram identificadas duas categorias: pré e pós-hospitalar. A admissão pré-hospitalar foi definida a partir de encaminhamentos para o SAD efetuados a partir dos 87 equipamentos de saúde do município de Uberlândia e compreendidos como Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), Centros de Atenção Especializada e unidades de pronto atendimento de urgência e emergência. Como admissão pós-hospitalar, foram considerados encaminhamentos provenientes dos dois hospitais públicos existentes no município, sendo um de alta complexidade, com 525 leitos, e outro de média

complexidade, com 236 leitos. A admissão pós-hospitalar também foi considerada quando proveniente de hospitais privados que realizaram internações pelo SUS, em geral em cumprimento de ações judiciais.

Análise estatística

Para caracterizar o custo e o perfil epidemiológico dos usuários, utilizou-se análise descritiva. Para análise inicial de todas as variáveis métricas, utilizou-se o teste de normalidade de Shapiro-Wilk. Posteriormente, empregou-se o Modelo Linear Geral para comparar o percentual mensal de usuários entre as categorias de dependência (dependente total, semi-dependente e independente). Utilizou-se também a análise de Regressão Linear para comparar a origem dos usuários (pré-hospitalar ou pós-hospitalar) e os graus de complexidade (AD1, AD2 ou AD3). A Análise de Variância foi empregada para comparar o percentual mensal de desfechos (alta ou óbito). Para todos os testes, foi adotado o nível de significância de 5%.

Resultados

Foram acompanhados no estudo 2.008 usuários diferentes, com uma média mensal de 300 usuários/mês. Quanto ao perfil epidemiológico dos usuários atendidos pelo serviço, 53,2% eram do sexo feminino. A faixa etária da população estudada apresentou a seguinte distribuição: 1,4% (0 a 17 anos), 8,6% (18 a 35 anos), 20,8% (36 a 59 anos), 40,2% (60 a 80 anos) e 29% (81 a 100 anos). O percentual mensal de dependentes totais (55,5%/mês) foi significativamente maior do que as demais modalidades de dependência; o contingente dos semi-independentes foi significativamente maior do que o dos independentes (28,5%/mês X 16,0%/mês; $F = 983,79$; $gl = 2, 46$; $p < 0,001$; $np^2 = 0,98$). Quanto aos cuidados, 35,5% deles foram considerados paliativos exclusivos. Quanto à origem dos usuários, a demanda por admissão oriunda da atenção pré-hospitalar foi maior que a pós-hospitalar (78,4% x 21,6%). Em

relação ao grau de complexidade, a média mensal de AD1 foi 46,2%, AD2 51,7% e AD3 2,1%. Os percentuais mensais de alta e de mortalidade do serviço foram de 15,8% e 5,0%, respectivamente, sendo o percentual de alta significativamente maior do que o de óbito ($F = 340,76$; $gl = 1, 23$; $p < 0,001$; $np2 = 0,94$).

Análise de Custo do SAD

Na tabela 1 estão descritos os valores totais e a média mensal de custeio do serviço para atender os 300 usuários/mês e o custo médio e diário por usuário acompanhado pelo SAD.

Tabela 1 – Custo mensal do SAD referente a recursos humanos, transporte, material e medicamentos e o custo médio e diário por usuário.

Despesas	Custo Total	Média Mensal
Recursos Humanos	R\$5.359.974,15	R\$206.152,85
Transporte	R\$1.222.000,00	R\$47.000,00
Material Medicamento	R\$1.673.202,64	R\$64.353,94
Total	R\$8.255.176,79	R\$317.506,80
Custo médio por usuário/mês		R\$1.058,36
Custo médio diário por usuário		R\$35,27

Fonte: Centro de custo do SAD

Análise do custo Hospitalar

Na tabela 2 estão descritos os valores médios do custo de uma diária hospitalar do leito de clínica médica do Hospital Municipal de Uberlândia. Os valores estão discriminados em três categorias: sem material e medicamentos, com material e medicamentos e com material, medicamentos e exames, nos anos de 2015 e 2016.

Tabela 2- Custo diário do leito de clínica médica com e sem material e medicamento e com material e medicamento e exames, nos anos de 2015 e 2016.

Leito de	2015	2016	Média
Clinica Médica			
Sem material e medicamento	R\$704,45	R\$700,86	R\$702,66
Com material e medicamento	R\$763,87	R\$757,77	R\$760,82
Com material e medicamentos e exames	R\$808,66	R\$837,18	R\$822,92

Fonte: SPDM – Sociedade Paulista do Desenvolvimento da Medicina.

Discussão

Situando melhor os aspectos a serem discutidos, identificou-se que o perfil epidemiológico dos usuários admitidos no SAD apresentou a seguinte configuração: a origem principal dos encaminhamentos foi a pré-hospitalar; a maioria deles é de idosos que apresentavam maior nível de dependência de cuidados, sendo as modalidades AD2 e AD3 maiores do que AD1. Em relação ao encerramento dos cuidados do SAD, a alta clínica foi significativamente superior à ocorrência de óbitos, demonstrando que o serviço conseguiu ter uma boa rotatividade.

A partir desta caracterização dos usuários assistidos pelo SAD, foi possível identificar que o serviço apresenta características semelhantes à de uma enfermaria de clínica médica de um hospital convencional com fluxo contínuo de usuários, gerando admissões, altas e óbitos. Estes usuários apresentam alta vulnerabilidade e risco maior de complicações, necessitando, portanto, de cuidado especializado, quadro este similar ao de pacientes que demandam cuidados hospitalares. Caso o município não tivesse o acompanhamento domiciliar feito pela equipe do SAD, muitos deles seriam internados em hospitais, em unidades de pronto-atendimento, ou estariam frequentando, de modo recorrente, os serviços de urgência e emergência, instalando-se um ciclo vicioso, com resultados negativos para o sistema de saúde e para os próprios usuários.

Esses usuários com doenças crônicas agudizadas que estão nas urgências e emergências aguardando vagas em hospitais, são transferidos, através da regulação, e muitos acabam gerando internações de longa permanência, caras, e que, às vezes, terminam em óbito^{7,8}. Um SAD estruturado pode oferecer essa mesma modalidade de cuidado, liberando o acesso hospitalar para aqueles que realmente necessitam de internação, ou seja, pacientes com quadros agudos e/ou cirúrgicos.

Apesar destas constatações, coloca-se um desafio para este estudo que é o de comparar espaços de cuidados diferentes, uma vez que o hospital e o domicílio se caracterizam como dois ambientes contrapostos por aspectos históricos e culturais. De um lado o hospital: um ambiente público que representa o modelo centrado em tecnologias duras e nas condições biológicas diversas e, do outro, o domicílio: um ambiente privado, com baixa densidade tecnológica, que representa a vida como ela é, onde a questão central é a biografia individual das pessoas. Neste sentido, cuidar em casa envolve maior compreensão e maior respeito aos determinantes sociais e valores pessoais dos usuários, de forma mais intensa do que, em geral, ocorre no ambiente hospitalar.

Mesmo com essa diferença, é importante para os gestores terem acesso à informação quanto aos custos em saúde, obtendo conhecimentos capazes de lhes propiciar uma visão mais adequada e abrangente para sustentar as tomadas de decisão a fim de alcançar melhores resultados possíveis, de acordo com os recursos disponíveis. Este cenário é essencial para um bom planejamento em saúde sendo esta preocupação ampliada devido a situações próprias que envolvem nosso país, entendendo que temos uma população de mais de 200 milhões de habitantes e grandes diferenças regionais e socioeconômicas, que se constituem em desafios para o oferecimento de uma saúde pública de qualidade. Para isso os gestores precisam enfrentar o obstáculo de melhorar a qualidade do gasto público de acordo com os recursos disponíveis a fim de financiar a saúde e garantir a oferta de serviços definida constitucionalmente e organizada em um sistema universal, público e gratuito^{9,10}.

Os dados levantados pelo presente estudo indicaram que o custo do cuidado domiciliar é 21,5 vezes menor do que o cuidado hospitalar, legitimando um dos objetivos da AD que é a redução dos custos hospitalares devido a desospitalização¹. No entanto, é importante lembrar que na lógica dos leitos hospitalares do SUS, após a alta de um usuário, geralmente logo após, o mesmo é ocupado por outro usuário que necessita de cuidados hospitalares. Então o processo não se torna mais barato para o hospital uma vez que os gastos para se manter o leito ocupado continuam ativos. É correto dizer que se gasta menos para cuidar de pessoas com as mesmas características no domicílio, quando comparado aos cuidados hospitalares.

Esses dados podem servir para implementar e estimular o processo de desospitalização sistematizada entre as equipes que assistem na internação e com a equipe que recebe em casa. Essa transição de cuidados, realizada de forma mais responsável, pode se tornar um bom processo de gestão de leitos hospitalares voltada à minimização do impacto da limitação de vagas nos hospitais. Vale a pena lembrar que, no município de Uberlândia, com base nos

parâmetros existentes para leitos gerais e leitos complementares constantes da Portaria n. 1631/2015¹¹, observa-se um déficit de 609 leitos pediátricos, clínicos e cirúrgicos destinados à internação geral e de UTI pediátrica, de cuidado intermediário neonatal canguru (UCINCa) e leitos complementares.

Adicionando-se a esse cenário o aumento do número de usuários com problemas agudos e crônicos, com maior sobrevida por conta dos avanços terapêuticos da medicina, o impacto é amplificado ao impedir a ocupação de leitos por novos usuários e congestionar o pronto-atendimento, reduzindo ainda mais o acesso ao sistema de saúde¹². Portanto, a ampliação de Serviços de Atenção Domiciliar pode ser uma boa alternativa para a reversão desse quadro, com menor investimento.

Como o atual estudo, uma avaliação realizado em 1999¹³, também teve o objetivo de levantar os resultados de um Programa de Internação Domiciliar para casos agudos, abrangendo um mesmo período de 26 meses de atividade (janeiro de 1996 a Fevereiro de 1998). Este serviço tinha duas equipes com um médico e uma enfermeira em cada e capacidade de assistir vinte casos e a proposta é que funcionasse de forma semelhante à uma enfermaria do hospital. Um total de 1789 usuários tiveram internação domiciliar no período do estudo. Do total 76,5% foram egressos da internação hospitalar (desospitalizados) e o custo na internação domiciliar foi reduzido para 70%¹³.

Um outro estudo¹⁴ realizado em 1997, envolveu três serviços de cuidados paliativos domiciliares na província de Florença, Itália, com o objetivo de se estimar a redução do tempo de internação gasto em um hospital obtido por meio do cuidado domiciliar paliativo. A conclusão do estudo foi que o cuidado domiciliar paliativo mostrou-se eficaz na redução do tempo gasto no hospital nos últimos 3 meses de vida e que isso impactava diretamente nos custos.

Em geral, os serviços públicos de saúde têm dificuldades em levantar, produzir e publicar dados sobre custos e contrapartida municipal, em parte porque esses dados são centralizados em outras áreas da gestão pública, sem

envolvimento das equipes e da coordenação dos serviços¹⁸. Talvez, por isso, não foram encontrados dados brasileiros publicados quanto aos custos referentes ao cuidado domiciliar e a comparação com a assistência hospitalar nos municípios habilitados para o SAD. A experiência brasileira e as publicações referentes à estratégia de serviços de atenção domiciliar ainda estão em seus estágios iniciais enquanto a literatura internacional evidencia que esse tipo de atuação já é realizado há décadas¹⁵ e que os estudos demonstraram melhor custo-efetividade da atenção domiciliar quando comparada com a hospitalar^{16,17}. Desta forma, conhecer estas experiências e estudos desenvolvidos ao longo de algumas décadas, pode inspirar a construção de um modelo brasileiro de gestão dos serviços de atenção domiciliar.

Na área da saúde, novos procedimentos e técnicas de tratamento são incorporados pelos diversos profissionais de forma muitas vezes acelerada e mesmo antes da demonstração de evidências científicas robustas o suficiente e que comprovem sua segurança e custo. Além disso, com muita frequência, as tecnologias na área da saúde não são substituíveis, pelo contrário, tendem a ser cumulativas, gerando sobrecarga financeira para o sistema de saúde⁶. A AD, neste cenário, aponta para uma alternativa de otimizar os recursos e garantir uma assistência segura, de qualidade e no conforto do lar^{12,19, 20}.

Essa política pública implantada no SUS pelo Programa Melhor em Casa ainda é nova, possui pouco mais de seis anos de existência desde o seu lançamento até o presente momento, e apresenta um alto índice de satisfação dos usuários²¹. Para que esse novo modelo tecnoassistencial se legitime como uma potente estratégia, a AD ainda precisa ser qualificada, fortalecida com evidências científicas e legitimada como modalidade de atenção a saúde, que ajude a produzir outras formas de cuidar, mais humanizadas, resolutivas, focadas na integralidade e nas necessidades dos usuários, produtoras de autonomia e melhor custo-efetividade.

Limitações do estudo

A primeira questão é o fato de ser um estudo retrospectivo com algumas dificuldades para a obtenção de dados.

Na avaliação de custos não houve separação por doenças, principalmente entre as agudas e as crônicas.

Na avaliação dos custos do SAD não foi possível levantar os custos de instalação e manutenção da infraestrutura física da sede das equipes, uma vez que o serviço não tem sede própria, compartilha uma sala dentro de uma unidade mista (pronto-atendimento e ambulatório). Também não foi possível analisar os custos com exames e procedimentos por não ter o registro dos mesmos nos prontuários.

Não foi levantado o impacto sobre os custos sociais e econômicos para os usuários e famílias que tiveram em atenção domiciliar.

Conclusão

O Serviço de Atenção Domiciliar, inserido no sistema público, assiste usuários com necessidade de cuidados complexos e apresentou um custo inferior quando comparado ao cuidado hospitalar.

Referências

1. Ministério da Saúde. Portaria nº 825 de 25 de abril de 2016: Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Brasília, Brazil: Ministério da Saúde; 2016.
2. Ministério da Saúde. RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. Brazil: Ministério da Saúde; 2006.
3. Silva KL, Sena RR, Seixas CT, Feuerwerker LCM, Merhy EE.. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. R. Saúde Pública, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 166-176, 2010.
4. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512p.
5. Silva KL, Silva YC, Lage EG, Paiva PA, Dias OV. Por que é melhor em casa? A percepção de usuários e cuidadores da atenção domiciliar. Cogitare Enferm. (22)4: e49660, 2017.
6. Ministério da Saúde. Glossário Temático: Economia da Saúde: Ministério da Saúde. Brasília, Brazil: Ministério da Saúde; 2006.
7. Panorama. Publicação da Anahp – Associação Nacional de Hospitais Privados – maio | junho 2015.
8. Silva KL, Sena RR, Castro WS. A desospitalização em um hospital público geral de Minas Gerais: desafios e possibilidades. Rev Gaúcha Enferm. 2017;38(4):e67762.
9. Desafios do SUS. Consensus. Revista do Conselho nacional de Secretários de Saúde; Ano V, número 14. Janeiro, fevereiro e março de 2015. Conass.
10. SUS: avanços e desafios. Conass. 1a Edição. Brasil. 2006.

11. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.631, de 1º outubro de 2015. Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. Brasília, Brazil: Ministério da Saúde 2015.
12. Oliveira Neto AV, Dias MB. Atenção Domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS): o que representou o Programa Melhor em Casa?. Divulgação em saúde para debate. Rio de Janeiro, n. 51, p. 58-71, OUT 2014.
13. Roubicek,J, Salvatore,A, Kavka,G, Wiersba, C. Servicio de internacion domiciliaria para pacientes com enfermedades agudas. Rev. panam. salud pública;6(3):172-167,1999.
14. Miccinesi, G, Crocetti, E, Morino,P, Fallai,M, Piazza,M, Cavallini,V & Paci,E Palliative home care reduces time spent in hospital wards: a population-based study in the Tuscany Region, Italy. Cancer Causes and Control 14: 971–977, 2003.
15. Cotta, RMM, Suarez-Varela MM, Llopis Gonzalez A, Cotta Filho JS, Real ER, Ricós JAD. La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectives. Rev. panam. salud pública;10(1):45-55, jul. 2001.
16. Cummings JE, Hughes SL, Weaver FM, et al. Cost-effectiveness of Veterans Administration Hospital-Based Home CareA Randomized Clinical Trial. Arch Intern Med. 1990.
17. Jeremy Jones, Andrew Wilson,Hilda Parker, Alison Wynn, Carol Jagger, Nicky Spiers, Gillian Parker. Economic evaluation of hospital at home versus hospital care: cost minimisation analysis of data from randomised controlled trial. BMJ Volume 319 11 December 1999.
18. Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais. Ofício SRAS/Urgência e Emergência N. 0022/2018. Levantamento do custo efetivo de Atenção Domiciliar (SAD) em Minas Gerais. Belo Horizonte, abril 2018.
19. Franco TB, Merhy EE. Atenção domiciliar na saúde suplementar: dispositivo da reestruturação produtiva. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1511-1520, 2008.

20. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar v. 1. Brasília, Brazil: Ministério da Saúde; 2012.
21. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria Geral do SUS. Núcleo de Pesquisa. Relatório de Pesquisa do Melhor em Casa. Etapa III. Dezembro de 2017.

5. Referências

BISCIONE, F. M.; SZUSTER, D. A. C.; DRUMOND, E. F.; FERREIRA, G. U. A.; TURCI, M. A.; JÚNIOR J. F. L.; BERSAN, S. A. L. **Avaliação de efetividade da atenção domiciliar de uma cooperativa médica de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.** Cad. Saúde Pública vol.29, supl.1, Rio de Janeiro, 2013.

BRASIL. Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002. Acrescenta capítulo e artigo à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 15 abr. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Glossário Temático: Economia da Saúde: Ministério da Saúde.** Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.416, de 23 de março de 1998. Estabelece requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no SUS. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 23 mar. 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 27 mai. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011. Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 24 ago. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 27 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.529, de 19 de outubro de 2006. Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 19 out. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 01 jun. 2016. Seção 1, p. 33.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (RDC/ANVISA) nº 11, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 2006. Diário Oficial da União Suplemento ao n.º 21, p.1-2.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. Coordenação Geral de Atenção Domiciliar. **Nota Técnica: Atenção Domiciliar Neonatal e Pediátrica no Brasil**. Brasília, DF, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. **Proposta da Coordenação Geral de Atenção Domiciliar para atuação das Secretarias Estaduais de Saúde em relação aos Serviços de Atenção Domiciliar**. Brasília, DF, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar v. 1**. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Modelo de custos para os Serviços de Atenção Domiciliar**. Brasília, DF, 2017.

CHIAVENATO I. **Administração nos novos tempos**. Segunda Edição. Capítulo 1. Elsevier editora. Brasil, 2005.

CONASS. **SUS: avanços e desafios**. 1a Edição, 2006.

CONSENSUS. Revista do Conselho nacional de Secretários de Saúde. **Desafios do SUS**. Ano V, n. 14, 2015.

CUMMINGS, J. E.; HUGHES, S. L.; WEAVER, F. M.; et al. **Cost-effectiveness of Veterans Administration Hospital-Based Home Care**. A Randomized Clinical Trial. Arch Intern Med. 1990.

DIAS, M.B.; SAVASSI, L.C.M.; NUNES, M.R.M.T.P.; ZACHI, M.L.R. **A Política Nacional de Atenção Domiciliar no Brasil: potencialidades, desafios e a valorização necessária da atenção primária à saúde**. J Manag Prim Heal Care. 2015; 6(1):1-7.

DUARTE Y. A. O.; DIOGO M. J. D. **Atendimento domiciliário: um enfoque gerontológico**. São Paulo. Ed. Atheneu, 2000.

FRANCO T. B.; MERHY E. E. **Atenção domiciliar na saúde suplementar: dispositivo da reestruturação produtiva**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1511-1520, 2008.

GOMES, B.; CALANZANI, N.; GYSELS, M.; HALL, S.; HIGGINSON, I. J. **Heterogeneity and changes in preferences for dying at home: a systematic review**. BMC palliative care, 2013, 12(1):7.

GRANT, R. M. A.; GREENE D. The Health Care Home Model: Primary Health Care Meeting Public Health Goals. **American Journal of Public Health**, v. 102, n. 6, 2012.

JEREMY, J.; ANDREW, W.; HILDA, P.; ALISON, W.; CAROL, J.; NICKY, S.; GILLIAN, P. **Economic evaluation of hospital at home versus hospital care: cost minimisation analysis of data from randomised controlled trial.** BMJ v. 319, 1999.

LIEN FOUNDATION. **The 2015 Quality of Death Index.** Ranking palliative care across the world. The Economist Intelligence Unit Limited 2015.

LIEN FOUNDATION. **The quality of death.** Ranking end-of-life care across the world. Economist Intelligence Unit 2010.

MACHADO M. C. L. O. **Comissão de doença pulmonar avançada.** Disponível em: <www.sbpt.org.br>. Acesso em 10/04/2016.

MARCUCCI, F. C. I.; CABRERA, M. A. S. **Death in hospital and at home: population and health policy influences in londrina, State of Paraná, Brazil (1996-2010).** Ciência & Saúde Coletiva, 20(3):833-840, 2015.

MARINHO A.; FAÇANHA L. O. **Programas Sociais: Efetividade, Eficiência, e Eficácia como dimensões operacionais da avaliação.** Rio de Janeiro, 2001.

MASELLA, C.; GARAVAGLIA, G.; BORGHI, G.; CASTELLI, A.; RADAELLI, G.; PERUSELLI, C. **Implementation of a Hospital-Based Home Palliative Care at regional level: A quantitative study of the Ospedalizzazione Domiciliare Cure Palliative Oncologiche program in Lombardy.** Palliative Medicine 2015;29(3): 241–8.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512p.

MENDES, H. **Home care: uma modalidade de assistência à saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, UnATI, 2001.

NETO, A. V. O.; DIAS, M. B. **Atenção Domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS): o que representou o Programa Melhor em Casa?**. Divulgação em saúde para debate. Rio de Janeiro, n. 51, p. 58-71, 2014.

REVISTA PANORAMA. Anahp: Associação Nacional de Hospitais Privados, 2015.

SAVASSI, L.C.M. **Os atuais desafios da Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde: uma análise na perspectiva do Sistema Único de Saúde.** Rev Bras Med Fam Comunidade. Rio de Janeiro, 2016 Jan-Dez; 11(38):1-12.

SHEPPERD, S.; GONÇALVES-BRADLEY, D. C.; STRAUS, S. E.; **Wee B. Hospital at home: home-based end-of-life care.** Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 2. Art. No.: CD009231. DOI: 10.1002/14651858.CD009231.pub2.

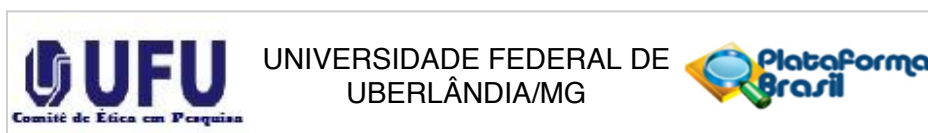
SILVA K. L.; SILVA Y. C.; LAGE E. G.; PAIVA P. A.; DIAS O. V. Por que é melhor em casa? A percepção de usuários e cuidadores da atenção domiciliar. **Revista Cogitare Enfermagem.** (22)4: e49660, 2017.

SILVA, K. L.; SENA R. R.; SEIXAS C. T.; FEUERWERKER L. C. M.; MERHY E. E. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. **Revista Saúde Pública,** São Paulo, v. 44, n. 1, p. 166-176, 2010.

SILVA, K. L.; SENA, R. R.; SEIXAS, C. T.; FEUEWERKER, L. C. M.; SOUZA, C. G.; SILVA, P. M.; RODRIGUES, A. T. **O direito à saúde: desafios revelados na atenção domiciliar na saúde suplementar**. Saúde soc. vol.22, n. 3, São Paulo, 2013.

ANEXOS

ANEXO A



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise do custo-efetividade do Serviço de Atenção Domiciliar

Pesquisador: VIVIAN MARA GONÇALVES DE OLIVEIRA AZEVEDO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 57439816.0.0000.5152

Instituição Proponente: Faculdade de Educação Física e Fisioterapia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.688.241

Apresentação do Projeto:

Conforme apresenta o protocolo: Espera-se do presente projeto demonstrar a viabilidade financeira do SAD e sua aplicabilidade no âmbito do SUS, associado a qualidade assistencial igual ou até mesmo superior a oferecida pelos hospitais. Desta forma será possível concluir que a AD é uma versátil e poderosa ferramenta para otimizar leitos hospitalares de baixa, media e alta complexidade com custo inferior e com o aumento da participação do usuário no processo de tomada de decisão, ampliando a lógica do auto cuidado apoiado. Estas avaliações podem ser um importante instrumento nos processos de decisão sobre a incorporação de tecnologias e a alocação de recursos em saúde pelos gestores públicos.

Resumo: "O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) é um serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das equipes multiprofissionais de saúde. A Atenção Domiciliar (AD) tem como objetivo a reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial, nos serviços de urgência e emergência e hospitalar, e visa à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de usuários internados, a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia e da qualidade de vida dos usuários. O objetivo deste estudo é avaliar o custo-efetividade do SAD de

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica

Bairro: Santa Mônica

CEP: 38.408-144

UF: MG

Município: UBERLÂNDIA

Telefone: (34)3239-4131

Fax: (34)3239-4335

E-mail: cep@propp.ufu.br

ANEXO B



ANEXO C



Hospital do Idoso Zilda Arns

Rua Lothário Boutin, 90
Pinheirinho – Curitiba/PR
81.110-522
41 3316-5906
www.feaes.curitiba.pr.gov.br

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que Laerte Honorato Borges Júnior, Eliza Fernandes Borges, Hyster Martins Ferreira, Vinícius Pafume de Oliveira, Wallisen Tadashi Hattori, Aglai Arantes e Elmiro Resende dos Santos, autores da experiência intitulada: “Atenção Domiciliar: integração ensino-serviço como estratégia para qualificar a formação em saúde”, foram premiados em 4º lugar no Mapeamento de Experiências Inovadoras em Gestão do Trabalho e da Educação em Atenção Domiciliar.

A experiência foi apresentada no “III Congresso Sulbrasileiro de Atenção Domiciliar e I Mostra de Experiências Inovadoras em Gestão do Trabalho e da Educação em Atenção Domiciliar”, realizado na cidade de Curitiba nos dias 06 e 07 de abril de 2018, pelo autor Laerte Honorato Borges Júnior.

Talita Ferreira Turatti do Carvalho
Presidente da Comissão Organizadora

Curitiba – PR

18 de junho de 2018



III Congresso Sul Brasileiro de Atenção Domiciliar

I Mostra Nacional de Experiências Inovadoras em Gestão do Trabalho e Gestão da Educação em Atenção Domiciliar
Inovações e Desafios na Atenção Domiciliar

CERTIFICADO

Certificamos que

LAERTE HONORATO BORGES JÚNIOR

apresentou a experiência intitulada: 'Atenção Domiciliar: integração ensino-serviço como estratégia para qualificar a formação em saúde' que foi certificada em 4º lugar no Mapeamento de Experiências Inovadoras em Gestão do Trabalho e Educação em Atenção Domiciliar - 1ª Edição durante o III Congresso Sul Brasileiro de Atenção Domiciliar e I Mostra de Experiências Inovadoras em Gestão do Trabalho e da Educação em Atenção Domiciliar.

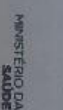
Curitiba, 07 de abril de 2018.

Joaquina Artigas de Lara
Gerente do Programa Melhor em Casa Curitiba

Talita Turatti do Carmo
Presidente da Comissão Organizadora

Isabel Zanata
Coordenadora de Ensino e Pesquisa da FLEAS

WWW.CONsulBRAD.COM.BR



ANEXO D



Hospital do Idoso Zilda Arns

Rua Lothário Boutin, 90
Pinheirinho – Curitiba/PR
81.110-522
41 3316-5906
www.feaes.curitiba.pr.gov.br

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que Laerte Honorato Borges Júnior, Eliza Fernandes Borges, Hyster Martins Ferreira, Vinícius Pafume de Oliveira, Wallisen Tadashi Hattori, Aglai Arantes e Elmiro Resende dos Santos, autores da experiência intitulada: “Experiência do SAD – Uberlândia – MG na desospitalização de usuários em ventilação mecânica invasiva domiciliar”, foram premiados em 7º no Mapeamento de Experiências Inovadoras em Gestão do Trabalho e da Educação em Atenção Domiciliar.

A experiência foi apresentada no “III Congresso Sulbrasileiro de Atenção Domiciliar e I Mostra de Experiências Inovadoras em Gestão do Trabalho e da Educação em Atenção Domiciliar”, realizado na cidade de Curitiba nos dias 06 e 07 de abril de 2018, pelo autor Laerte Honorato Borges Júnior.

Talita Ferreira Turatti do Carvalhal
Presidente da Comissão Organizadora

Curitiba – PR
18 de junho de 2018



III Congresso Sul Brasileiro de Atenção Domiciliar

I Mostra Nacional de Experiências Inovadoras em Gestão do Trabalho e Gestão da Educação em Atenção Domiciliar
Inovações e Desafios na Atenção Domiciliar

CERTIFICADO

Certificamos que


LAERTE HONORATO BORGES JUNIOR

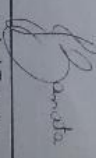
foi certificado em 7º lugar durante o III Congresso Sul brasileiro de Atenção Domiciliar e I Mostra de Experiências Inovadoras e Gestão do Trabalho e da Educação em Atenção Domiciliar com a experiência intitulada: "Experiência do SAD de Ubertândia MG na desospitalização de usuários em ventilação mecânica invasiva domiciliar".

Curitiba, 07 de abril de 2018.

WWW.CONsulBRAD.COM.BR


Joaquina Artigas de Lara
Gerente do Programa Melhor em Casa Curitiba


Talita Turatti do Carmo
Presidente da Comissão Organizadora


Isabel Zanata
Coordenadora de Ensino e Pesquisa da FEAES



ANEXO E

Análise da efetividade de um serviço de atenção domiciliar

Autores: Borges Júnior LH, Mendonça MF, Hattori WT, Azevedo VMG, Resende ES.
Instituição: Serviço de Atenção Domiciliar Uberlândia/MG.

A atenção domiciliar tem se mostrado uma importante ferramenta para qualificação da assistência, portanto é importante mensurar sua efetividade para garantir sustentabilidade política e assistencial. Essas avaliações são importantes instrumentos nos processos de decisão para incorporação de novas tecnologias e alocação de recursos em saúde pelos gestores públicos responsáveis. Objetivo: Avaliar a efetividade do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD/SMS) de Uberlândia/MG. Métodos: Estudo retrospectivo observacional analítico aprovado pelo CEP/UFU, Parecer nº 1.688.241/2016. Foram avaliados prontuários de usuários, entre agosto de 2014 a setembro de 2016, para coleta de dados do perfil epidemiológico, origem da solicitação, complexidade, desfecho (alta e óbito) e número de AIH (internações hospitalares) realizadas pelo hospital de referência. Resultados: Foram avaliados 2.008 prontuários; 46,8% eram do sexo masculino, e 53,2%, feminino; 69,2% tinham idade maior que 60 anos; 55,5% eram dependentes totais de cuidados. A média mensal da atenção pré-hospitalar foi de $78,4 \pm 7,3\%$, e pós hospitalar, de $21,6 \pm 7,3\%$. A média mensal de AD1 foi de $46,2 \pm 14,2\%$, AD2, de $51,7 \pm 13,7\%$, e AD3, de $2,1 \pm 1,6\%$. Quanto ao desfecho, a taxa de alta foi de $15,8 \pm 0,03\%$; a taxa de mortalidade, de $5,0 \pm 0,01\%$; a taxa de alta em relação ao número total de atendidos, de 62,2%; de óbito, de 18,5%; e o total de óbito no domicílio, de 53,2%. A AIH aumentou 38% em 2014 e 17% em 2015. Conclusão: O SAD foi efetivo por ter uma maior admissão na atenção pré-hospitalar, contribuiu para aumentar o acesso à internação hospitalar, teve boa rotatividade de usuários, mesmo com uma prevalência maior de idosos dependentes, e obteve alta taxa de óbito no domicílio.

Palavras-chave: Efetividade; atenção domiciliar; Serviço de Atenção Domiciliar.
E-mail: laerteh@yahoo.com.br

Gestão de intercorrências para segurança do paciente e institucional

Autores: Ribeiro RCM, Arakaki NA, Martins PA, Tamazato EY.
Instituição: KZT Serviços Médicos de Atenção Domiciliar Ltda.

A KZT, criada em 2007, tem por finalidade, por meio de uma equipe interdisciplinar, prestar assistência aos pacientes de alta complexidade no âmbito domiciliar. Atendendo a todas as faixas etárias, possuem critério de elegibilidade aqueles pacientes que pontuam nas avaliações NEAD/ABEMID e/ou mediante análise caso a caso. Objetivo: Destacar a importância do gerenciamento de intercorrências, tendo como principal finalidade a identificação precoce do risco de deterioração aguda do paciente. Metodologia: O presente relato baseou-se em levantamento de dados, de janeiro de 2015 a setembro de 2017, dos registros de intercorrências e da análise crítica dos indicadores correspondentes. Com o processo de Certificação ONA, a Comissão de Segurança e Qualidade (1) reformulou o protocolo de atendimento de agravos, implementando a escala de MEWS IQG, (2) capacitou e paramentou a equipe de resposta rápida, (3) instituiu os indicadores de monitorização e (4) analisou os casos de não conformidades, bem como realizou revisões de prontuários e óbitos para detecção das ações de melhoria contínua. Com isso, mesmo com o crescimento do número de atendimentos (55,1%) e a mudança do perfil institucional (elevação dos casos paliativos), o aumento das intercorrências (28%), comparado à taxa de óbito, teve um declínio de 1,8% para 0,4%; o tempo de resposta teve uma diminuição de 34 para 23 minutos; a taxa de reinternação hospitalar teve uma redução em 27%; houve uma atenuação de 49,4% dos custos; e a satisfação do cliente teve uma melhora de 4,2 para 9,9 pontos. Conclusão: Os resultados apresentados sugerem inúmeros benefícios com a gestão de intercorrência, principalmente para a segurança do paciente e para a sustentabilidade da instituição.

Palavras-chave: Intercorrência; gestão; segurança do paciente; indicadores.
E-mail: rebecca@kzt.com.br

ANEXO F

Relação do Serviço de Atenção Domiciliar com a oferta de leitos de terapia intensiva

Autores: Borges Júnior LH, Borges EL, Ferreira HM, Oliveira VP, Moreira GF, Hattori WT, Azevedo VMGO, Santos ER.

Instituição: Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia.

Resumo: Introdução: Os avanços na ciência e na tecnologia têm qualificado o cuidado, mas mudado a rotina dos hospitais públicos. Observa-se um aumento de internações por doenças crônicas, por vezes pela dependência da ventilação mecânica invasiva (VMI). Essas hospitalizações possuem um alto e evitável custo para o sistema de saúde e podem ser substituídas por internações domiciliares. Objetivo: Correlacionar a desospitalização do SAD em casos de VMI na oferta de leitos de terapia intensiva. Metodologia: estudo observacional analítico, retrospectivo, dos usuários em VMI admitidos no SAD de Uberlândia, de julho de 2007 a dezembro de 2017. Os dados foram coletados pelos pesquisadores a fim de levantar o perfil epidemiológico, o tempo de internação domiciliar e o desfecho (alta ou óbito). Para análise estatística, foi utilizada a estatística descritiva. Resultados: Foram assistidos 95 usuários, dos quais 29 (30,5%) permaneceram ativos, 55 (58%) foram a óbito e 11 (11,5%) receberam alta. Somando o número de dias que permaneceram em casa, totalizaram 49.896 dias, dividindo por 10 dias, que é um período médio de uma internação em UTI, seriam possíveis 4.989 novas internações, pois, se eles fossem mantidos internados pelo mesmo período, o leito estaria ocupado e impossibilitaria novas internações naquele leito. Dessa forma, uma UTI precisaria funcionar 13,8 anos para gerar esse número de internações. Portanto, para cada leito liberado em VMI pelo SAD, são liberadas 52 novas internações, ou seja, a relação é 1:52. Conclusão: A desospitalização de usuários dependentes de VMI pelo SAD contribui para promover novos acessos de usuários em leitos de UTI devido à rotatividade.

Palavras-chave: Atenção domiciliar; desospitalização; ventilação mecânica domiciliar.

Introdução

A transição epidemiológica e demográfica, a crescente demanda da urgência e da emergência e os problemas sociais que o Brasil tem passando nos últimos anos, associados aos avanços na ciência e na tecnologia ao longo do tempo, têm qualificado o cuidado, mas mudado a rotina dos hospitais públicos¹. Observa-se uma redução importante nas internações por doenças infecciosas e, ao mesmo tempo, um aumento do número de internações por doenças crônicas, más-formações e doenças raras, gerando internações em unidades de terapia intensiva, com alta taxa de permanência, com custo elevado e, às vezes, pouco resolutivas².

Muitas dessas internações hospitalares longas, principalmente as de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), são decorrentes da dependência da ventilação mecânica invasiva (VMI) por tempo prolongado, mesmo após a estabilidade clínica, fazendo com que o usuário permaneça em internação hospitalar, reduzindo a disponibilidade de leito³. A VMI é realizada por meio do ventilador mecânico, um equipamento que realiza a respiração artificial, indicada para pessoas com insuficiência respiratória crônica⁴. Como alguns usuários passam a depender de forma contínua por não conseguir respirar espontaneamente, para muitos deles o hospital passa a ser o local de moradia,

devido à dependência dessa tecnologia como suporte à vida, pois muitos serviços desconhecem como oferecer esse tratamento em casa. Quando isso acontece, o leito fica ocupado, impedindo a sua rotatividade e reduzindo o acesso a outros usuários que podem depender dele para salvar a vida. Esse fato contribui para reduzir a disponibilidade de leitos de UTI, gerando um importante problema no sistema público de saúde brasileiro⁵.

Essas hospitalizações prolongadas possuem um alto e evitável custo para o sistema de saúde⁵ e podem ser substituídas por internações domiciliares, por meio dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), que têm como um dos objetivos a otimização de leitos hospitalares; dessa forma, colabora para uma distribuição mais eficiente do recurso público para enfrentar a alta demanda por acesso aos serviços de saúde, atingindo maiores níveis de cobertura e evitando sofrimento para as famílias^{6,7}.

Para minimizar os impactos negativos da longa permanência, é preciso implementar o processo de desospitalização sistematizada nas equipes que assistem o usuário durante a internação e que irão recebê-lo em casa para dar continuidade ao tratamento. Essa transição do cuidado é indispensável para o sucesso do tratamento a domicílio⁵. A desospitalização de usuários em VMI tem como objetivo fornecer todo o apoio de materiais, medicamentos e equipamentos, para que o tratamento tenha continuidade em casa, sob supervisão das equipes multiprofissionais de atenção domiciliar e de apoio, com suporte da atenção básica, especializada e hospitalar⁶. A intensidade de suporte deve ser de acordo com o quadro clínico e social, e também conforme o curso da doença no domicílio. Dessa forma, o período de atendimento fora do ambiente hospitalar deve respeitar uma avaliação individualizada e baseada nas condições gerais. Em casa, reduz-se o risco de infecção hospitalar, o usuário fica mais próximo de sua família e de seus vínculos, além de contribuir para melhorar a disponibilidade de leitos de UTI, além de ser uma das formas de humanizar a recuperação e o cuidado dos usuários e familiares⁸.

Objetivo

Correlacionar a desospitalização do SAD em casos de ventilação mecânica invasiva na oferta de leitos de terapia intensiva.

Metodologia

Trata-se um estudo observacional analítico, retrospectivo, com coleta de dados em prontuário, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia. Foram incluídos todos os usuários em ventilação mecânica invasiva domiciliar (VMID) admitidos no SAD do Hospital de Clínicas de Uberlândia (HCU), no período de julho de 2007 a dezembro de 2017, e excluídos prontuários de usuários não encontrados, com dados incompletos ou insuficientes para análise.

O SAD analisado era vinculado ao HCU, cujo total de leitos era de 520, dos quais 30 de UTI adulta, 8 de UTI pediátrica e 15 de UTI neonatal, além de possuir mais de 50 mil m² de área construída. Era o maior prestador de serviços pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em Minas Gerais e o terceiro no ranking dos maiores hospitais universitários da rede de ensino do Ministério da Educação (MEC); ainda, era referência em média e alta complexidade para 86 municípios da macro e das microrregiões do Triângulo Norte⁹.

Esse mesmo SAD possuía duas Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD), composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e fisioterapeutas, com capacidade instalada para acompanhar 120 usuários, e uma Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP), com assistente social, psicólogo e nutricionista. Tinha como área de abrangência para atendimento toda a área urbana do município.

O serviço funcionava todos os dias da semana, das 7h às 22h; a partir das admissões, as equipes elaboravam o Projeto Terapêutico Singular (PTS), que estabelecia as metas biopsicossociais a curto, médio e longo prazo a se-

rem atingidas e a frequência de visitas dos profissionais que variava de acordo com a necessidade e a complexidade de cada caso. As visitas domiciliares ocorriam, no mínimo, uma vez por semana, podendo ser até mais de uma vez ao dia. O ventilador e os materiais hospitalares para prestar os cuidados e as medicações endovenosas, quando necessários, eram disponibilizados pelo SAD; as medicações de uso contínuo, por via oral, eram dispensadas pela farmácia do município, quando padronizadas, ou adquiridas pela família, quando não padronizadas.

Os dados foram coletados pelos pesquisadores por meio dos registros de informações das equipes multiprofissionais nos prontuários, a fim de levantar o perfil epidemiológico, o tempo de internação domiciliar e o desfecho (alta ou óbito). Para análise estatística, foi utilizada a estatística descritiva.

Resultados

Desde o ano de 2007, quando o serviço desospitalizou o primeiro caso de VMI, foram assistidos 95 usuários (não foi excluído nenhum prontuário na análise). Do total de avaliados, 37 eram pediátricos e 58 eram adultos em VMI. No final do levantamento dos dados, 29 (30,5%) permaneceram ativos, 55 (58%) foram a óbito e 11 (11,5%) receberam alta, ou seja, saíram da VMI e foram para a VMNI (ventilação mecânica não invasiva) ou não necessitaram mais de suporte ventilatório. Somando o número de dias que permaneceram em casa, acompanhados pelo SAD, desde o momento da alta hospitalar até o desfecho de cada caso (alta, óbito ou permanência no serviço), totalizaram 49.896 dias. A desospitalização desses usuários permitiu a liberação dos leitos para novas internações. Se utilizar o período total que os usuários permaneceram em casa e dividir por 10 dias, que é um período médio de uma internação em UTI, seriam possíveis 4.989 novas internações, pois, se eles fossem mantidos internados pelo mesmo período, o leito estaria ocupado e impossibilitaria novas internações naquele leito. Para mensurar esse impacto, uma UTI com 10 leitos possui capacidade instalada de 30 internações/mês, pois, se cada usuário permanece em média por 10 dias, 10 leitos, em um mês, internaria 30 usuários em média. Dessa forma, uma UTI precisaria funcionar 13,8 anos, 24 horas por dia e 7 dias por semana para gerar esse número de internações.

Portanto, a desospitalização de 95 usuários em VMI permitiria 4.989 novas internações; fazendo essa correlação, para cada leito liberado em VMI pelo SAD, são liberadas 52 novas internações, ou seja, a relação é 1:52.

Discussão

A desospitalização de usuários em VMI é uma opção que tem se mostrado extremamente vantajosa no universo da saúde. No Brasil, esse conceito está se disseminando nos serviços. Sua principal vantagem é oferecer cuidado em um ambiente mais adequado à sua condição clínica, e mais cômodo, evitando complicações e infecções hospitalares⁵. Essa ação viabiliza aos hospitais foco no atendimento dos casos agudos, cirúrgicos e de alta complexidade. Com isso, os usuários dependentes de VMI permanecem internados no período em que necessitam de cuidado profissional e da tecnologia que o hospital oferece, assim como as facilidades e os recursos oferecidos por suas estruturas. A partir do momento em que os usuários estabilizam sua condição clínica, a continuidade do cuidado é garantida e transferida para sua residência, com um monitoramento de uma rede de apoio mais preparada e adequada, o que garante o complemento do tratamento de usuários nesse perfil, legitimando a atenção domiciliar como um novo modelo tecnoassistencial de cuidado¹⁰.

À medida que esses resultados identificarem a ineficiência da gestão de leitos no sistema de saúde, resultando nos problemas vivenciados no atual cenário da saúde nacional, essas análises poderão auxiliar na seleção das intervenções mais efetivas por menor custo e agregar elementos para alterações e aprimoramento das políticas de saúde, aumentando a eficiência e a efetividade da atenção domiciliar e a qualidade do cuidado em saúde prestado¹¹.

Somando todos os aspectos que já foram descritos até aqui, existe a necessidade do desenvolvimento de ações que permitam com que as desospitalizações em VMI continuem acontecendo de forma cada vez mais segura e concreta para o hospital desenvolver o seu papel dentro da rede de atenção à saúde de forma eficiente. Esses resultados também foram semelhantes a outro estudo realizado no Brasil¹². Essa maior disponibilidade de leitos possibilita que o hospital garanta um melhor acesso à comunidade, que é um dos princípios do SUS.

Conclusão

A desospitalização de usuários dependentes de VMID pelo SAD contribui para promover novos acessos de usuários a leitos de UTI devido à rotatividade.

Referências

1. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. Coordenação Geral de Atenção Domiciliar. Nota Técnica: Atenção Domiciliar Neonatal e Pediátrica no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. 2 v.
4. Troster EJ. Assistência ventilatória domiciliar em crianças. *Jornal de Pediatria* 2001;77(2):64-5. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v77n2/v77n2a02.pdf>
5. Panorama. Publicação da Anahp – Associação Nacional de Hospitais Privados. 2015 maio/jun.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 825 de 25 de abril de 2016: Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
7. Brasil. Ministério da Saúde. RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. Brasil: Ministério da Saúde; 2006.
8. Oliveira Neto AV, Dias MB. Atenção Domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS): o que representou o Programa Melhor em Casa?. *Divulg. Saúde Debate* 2014 out(51):58-71. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/cvsp/resource/pt/lil-771499?lang=pt>
9. Hospital de Clínicas de Uberlândia da Universidade Federal de Uberlândia. Disponível em: <http://www.hc.ufu.br/pagina/institucional>.
10. Silva KL, Sena RR, Seixas CT, Feuerwerker LCM, Merhy EE. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. *R. Saúde Pública, Rev Saúde Pública* 2010;44(1):166-76. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n1/18.pdf>
11. Brasil. Ministério da Saúde. Glossário Temático: Economia da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
12. Hanashiro M, Franco AOC, Ferraro AA, Troster EJ. Alternativas de tratamento para pacientes pediátricos em ventilação mecânica crônica. *Jornal de Pediatria* 2011; 87(2):145-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v87n2/v87n2a10.pdf>

ANEXO G



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
SUBSECRETARIA DE POLÍTICAS E AÇÕES DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE
COORDENAÇÃO ESTADUAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Ofício SRAS/Urgência e Emergência Nº 0022/2018

Belo Horizonte, 16 de abril de 2018.

Exmos(as). Srs(as).

Coordenadores dos Núcleos de Rede das Unidades Regionais de Saúde de Minas Gerais

Assunto: Levantamento do custo efetivo do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) em Minas Gerais.

Prezados Coordenadores,

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) é um serviço complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência que visa a redução do período de permanência de usuários internados; humanização da atenção à saúde e a desinstitucionalização, com consequente otimização dos recursos financeiros e estruturais da Rede de Urgência e Emergência (RUE).

Atualmente há 29 municípios em MG contemplados pelo SAD, o que corresponde a apenas 3,4 % do total. Esse cenário, associado a superlotação das portas de entrada e à demanda crescente de internações desproporcional ao número de leitos oferecidos, mostra a importância do Serviço de Atenção Domiciliar como uma alternativa para a “desupalização” e “desospitalização” em casos de baixa e média complexidade passíveis de tratamento no domicílio. No entanto, muitos municípios não demonstram interesse na habilitação deste serviço com receio da contrapartida financeira municipal para sua manutenção.

Diante disso, a Coordenação Estadual de Urgência e Emergência solicita que a Unidade Regional de Saúde verifique no território de sua competência o custo efetivo mensal de cada equipe de SAD, seguindo o seguinte roteiro:

- 1- Despesas com pessoal:
 - ✓ Equipe de gestão do SAD
 - ✓ EMAD
 - ✓ EMAP
 - ✓ Equipe de apoio (motorista, recepção, etc)
- 2- Despesas com insumos e equipamentos
- 3- Despesas com serviço de diagnóstico
- 4- Despesas com transporte



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
SUBSECRETARIA DE POLÍTICAS E AÇÕES DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE
COORDENAÇÃO ESTADUAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

5- Outras despesas correntes (gráfica, material de escritório, material de limpeza, etc)

Este levantamento será útil para sensibilização dos municípios com relação as vantagens de implantação deste serviço considerando o seu custo/benefício.

A Coordenação Estadual de Urgência e Emergência agradece desde já a atenção ao pleito e solicita o **retorno da demanda até o dia 27 de abril**.

Sem mais para o momento, nos colocamos à disposição para demais esclarecimentos que se fizerem necessários, aguardando breve retorno.

Atenciosamente,


Erika de Oliveira Santos
Coordenadora de Urgência e Emergência
SES-MG / SRAS / DPGH
MASP: 1436817-9
Coordenadora Estadual de Urgência e Emergência


Kelly Barros da Silva Fortini
Diretora de Políticas e Gestão Hospitalar
SES-MG / SRAS / DPGH
MASP: 1436817-9
Diretora de Gestão e Política Hospitalar

Exmos(as). Srs(as).

Coordenadores dos Núcleos de Rede

Unidades Regionais de Saúde de Minas Gerais