



ANÁLISE DE CUSTOS DE UM SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR PÚBLICO E O PERFIL DOS PACIENTES ASSISTIDOS¹

Giliane Fabíola Martins dos Reis*
Zaida Aurora Sperli Geraldes Soler**
Marli de Carvalho Jerico***
Andréia Aparecida Silveira Maloni****
Patrícia de Carvalho Jericó*****
Pedro Paulo de Carvalho Jericó*****

RESUMO

Introdução: A Atenção Domiciliar Pública no Brasil, integrada à Rede de Atenção à Saúde, abrange ações prestadas em domicílio, tais como, a prevenção de agravos e a promoção à saúde. Visa principalmente a desospitalização, resultando em humanização da assistência ao usuário e a redução dos custos. **Objetivos:** Investigar junto a um Serviço de Atenção Domiciliar, o perfil de pacientes assistidos e os custos relacionados à assistência domiciliar e na ocorrência de internações hospitalares. **Material e Método:** Pesquisa quantitativa, descritiva e de corte transversal, conduzida em um Serviço de Atenção Domiciliar público, em um município paulista. Para coleta de dados utilizou-se de três fontes de informações: prontuário do paciente, base de dados eletrônicos do centro de custose do departamento de regulação e controle da secretaria municipal de saúde, dos pacientes atendidos no Serviço de Atenção Domiciliar, no ano de 2014. O tratamento estatístico descritivo foi utilizado para a análise dos dados. **Resultados:** Um total de 856 pacientes constituíram a amostra; 791 apenas com Atenção Domiciliar e 95 (12,4%) foram hospitalizados. Houve predomínio de homens; usuários idosos; casados ou viúvos; analfabetos e com origem do setor primário de saúde. O custo médio paciente/dia do atendimento domiciliar foi de R\$ 28,26 - dp4,10 (US\$ 12,03 - dp1,74), enquanto o custo médio paciente/dia de internação hospitalar foi de R\$ 294,46 - dp308,69 (US\$ 125,30 - dp131,36). **Conclusões:** Os idosos foram os maiores usuários do serviço; o componente que mais impactou o custo total foram as despesas com pessoal. O total dos custos muito menores do sistema domiciliar em relação ao hospitalar reitera a viabilidade e a importância do Serviço de Atenção Domiciliar vinculado ao Sistema Único de Saúde, sob a perspectiva para um melhor uso dos recursos públicos.

Palavras-chave: Assistência Domiciliar. Custos e Análise de Custos. Gestão em Saúde. Avaliação de Programas e Projetos de Saúde. Sistema Único de Saúde.

INTRODUÇÃO

A Atenção Domiciliar (AD) em saúde é definida como uma modalidade de atendimento no domicílio do paciente/cliente com condições de continuidade de tratamento fora da logística de funcionamento existente em uma unidade hospitalar. Visa prevenir, controlar e tratar agravos, além de promover medidas paliativas e reabilitadoras no processo de saúde e doença⁽¹⁻³⁾.

O Brasil tem duas formas de assistência domiciliar instituídas: a privada, suplementar;

desenvolvida pelos planos de saúde e a pública; organizada em três níveis, segundo a forma de atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). O Serviço de Assistência Domiciliar (SAD) foi implantado no país, em 2011, por meio do Programa Melhor em Casa. Criado com o propósito de atender às pessoas com dificuldades de locomoção para o serviço de saúde, elencando três modalidades de AD: a AD1, para realizar ações de promoção à saúde e prevenção de agravos, a ser executada por equipe da Rede de Atenção Básica (RAB); a

¹Manuscrito é parte da dissertação de mestrado intitulada "Atenção Domiciliar: análise do perfil dos pacientes na utilização de recursos e custos em uma cidade do sudeste do Brasil", ano 2018, apresentada junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Acadêmico – da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP.

*Enfermeira, mestre, ex-bolsista CAPES, Brasil, E-mail: giliane_reis@yahoo.com.br, ORCID ID: 0000-0002-5535-0273.

**Obstetriz, Enfermeira, Livre-Docente, docente e orientadora da graduação e pós-graduação lato sensu e stricto sensu da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP)/SP, Brasil, E-mail: zaidaurora@gmail.com, ORCID ID: http://orcid.org/0000-0001-8978-4400

***Enfermeira, Doutora, Professor, Departamento de Enfermagem Especializada, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), SP, Brasil, E-mail: marli@famerp.br, ORCID ID: 0000-0003-1550-6744

****Enfermeira, Prefeitura Municipal de São José do Rio Preto, Secretaria de Saúde de São José do Rio Preto, Serviço de Atenção Domiciliar Especializada (SADE), São José do Rio Preto, São José do Rio Preto – SP, Brasil, E-mail: deiamaloni@yahoo.com.br, ORCID ID: 0000-0002-1938-5348

*****Médica, formação pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná-PUC-PR, residente no Programa de Medicina do Hospital São Lucas vinculado a PUC-PR, Curitiba-PR, Brasil, e-mail: carvalho.patricia@gmail.com ORCID ID: 0000-0002-2681-7022

*****Acadêmico de medicina pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná-PUC-PR, Curitiba-PR, Brasil, e-mail: pedro_pp_50@hotmail.com ORCID ID: 0000-0001-7519-328x.

AD2, oferece procedimentos ambulatoriais a AD3, menos comum, oferece suporte avançado de saúde^(2,3).

O Programa Melhor em Casa tem como diretriz a articulação com as demais partes da Rede de Atenção à Saúde, sendo a Estratégia da Saúde da Família (ESF) ordenadora dos cuidados, fazendo a interface entre as partes⁽⁴⁾. Sua implantação depende de alguns requisitos como o mínimo de 20 mil habitantes por município; ter um hospital de referência e cobertura de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)⁽²⁾. Até o primeiro trimestre de 2020, o Programa Melhor em Casa estava implantado em 26 estados, 577 municípios, com cobertura de 34% da população brasileira⁽⁵⁾.

O modelo de atenção domiciliar que vem sendo implantado no Brasil. Tem por base uma melhor gestão da assistência à saúde, atendimento de qualidade e humanizado, menores custos e gastos; alcançáveis pela efetivação de novas formas de produção do cuidado qualificado, por meio da atuação de uma equipe interdisciplinar e multiprofissional⁽⁶⁾.

Desde o final dos anos 90, em diferentes cenários de prestação de cuidados à saúde no Brasil, tanto o enfoque de humanização da assistência ou as questões econômico-financeiras, vêm sendo questionados quanto ao modelo biomédico, hospitalocêntrico, tecnocrático e desigual que está vigente.

Entre os pontos debatidos estão os malefícios e limitações do hospital para pacientes crônicos ou em reabilitação de longo prazo; a possibilidade de tecnologias substitutivas àquelas exclusivas de unidades hospitalares e, o mais importante, os altos custos associados à internação hospitalar⁽⁷⁾.

A gestão de custos é fundamental para o controle dos recursos, permitindo aos gestores analisarem não só as atividades mais lucrativas como também controlar as menos viáveis economicamente, servindo como estratégia para otimizar os gastos dos insumos e serviços utilizados na produção de tais atividades⁽⁸⁾. Neste estudo, entende-se como custo o dispêndio financeiro gasto para a produção de um bem ou de um serviço⁽⁹⁾. O setor hospitalar é dispendioso, fato demonstrado nas elevadas taxas de internação e reinternação, no uso de tecnologias caras, assim como, consultas, exames e internações desnecessárias⁽⁹⁻¹¹⁾.

Apesar de certos avanços da AD no Brasil, esta modalidade de assistência à saúde ainda é pouco estruturada e estudada, particularmente, quanto aos custos; um fator que justifica ou revela a necessidade de mais pesquisas sobre o tema, neste contexto. Há que se ter em vista o potencial das ADs na reorganização da atenção à saúde, principalmente, entre pacientes que demandam mais custos hospitalares, como aqueles com condições crônicas ou em situação de terminalidade de vida.

Diante dos fatores e aspectos expostos, este estudo tem como objetivo investigar junto a um Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), o perfil de pacientes assistidos e os custos envolvidos na assistência domiciliar e na ocorrência de internações hospitalares.

MÉTODO

Trata-se de pesquisa quantitativa, descritiva e de corte transversal, junto a um SAD Público do tipo 2, em um município de médio porte (438.354 habitantes) do sudeste brasileiro⁽¹³⁾.

O SAD investigado era composto por cinco Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) formadas por: médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem, tendo uma Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP) composta por: assistente social, fisioterapeuta; fonoaudiólogo; psicólogo; odontólogo e terapeuta ocupacional. Em 2014, o Serviço estudado realizou uma média de 2505,58 visitas domiciliares e uma média de 3510,75 procedimentos de nível ambulatorial.

A amostra foi composta por 856 pacientes atendidos no SAD durante o ano de 2014; destes, 761 exclusivamente com assistência domiciliar e 95 apresentaram intercorrências, as quais os levaram à internação hospitalar.

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora principal, em julho de 2015, utilizando para registro um formulário elaborado composto por variáveis relacionadas à caracterização dos pacientes, custo da AD e custo da Internação hospitalar. Para tanto a coleta de dados aconteceu por meio de três etapas:

A primeira aconteceu na sede do serviço por meio de consulta a prontuários e registros eletrônicos próprios. Para descrever o perfil

sociodemográfico foram consideradas as seguintes variáveis: sexo, faixa etária, escolaridade, estado civil, renda, origem, tempo de permanência e desfecho.

A segunda etapa aconteceu no centro de custos da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Para compor o demonstrativo dos custos do SAD, foram levantadas as despesas sobre o custo mensal relacionadas aos recursos humanos, despesas permanentes, insumos e outros. O custo do SAD está estruturado no método de custeio por absorção, que considera todos os custos envolvidos de todos os centros de custos do serviço de saúde para compor o custo total da produção⁽⁹⁾. O tempo de permanência em AD foi calculado a partir da data de admissão até o desfecho do atendimento ou até o último dia do ano de 2014.

A terceira etapa no Departamento de Regulação e Controle (DERAC) pertencente à mesma SMS, para compor os custos das internações dos pacientes atendidos pelo SAD, foram consultados nas bases de dados eletrônicas, as seguintes variáveis: materiais, medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME), Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT), diárias, honorários e o custo total.

Inicialmente os dados foram colocados em planilha no Programa Excel versão 2007, com checagem de digitação. Também, organizados em arquivo do software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 2.13.0. Ainda, para as variáveis quantitativas utilizaram-se medidas resumos a média e desvio-padrão,

mediana e mínima e máxima para apontar a variabilidade.

Para facilitar a compreensão dos custos de AD e internação hospitalar, optou-se em apresentar, na Tabela 4, os valores na moeda brasileira, o Real e o Dólar Americano, em função de sua alta utilização. O Banco Central brasileiro utiliza-se da taxa de câmbio dólar Ptax para oficializar conversões da moeda local em dólar. Assim, para a conversão utilizou-se US\$1= R\$ 2,35 que foi a média da taxa de câmbio do ano de 2014.

Este estudo faz parte da dissertação de mestrado da primeira autora. Inicialmente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) (parecer nº 1.268.061) da instituição acadêmica Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), atendendo a resolução 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

RESULTADOS

Na Tabela 1 estão demonstrados os dados de caracterização dos pacientes atendidos, em 2014, pelo SAD estudado:

- foram atendidos 856 pacientes, sendo 761 (88,90%) apenas com assistência domiciliar e 95 (11,1%) com episódios de internação;
- mais da metade era do sexo masculino, correspondendo a 54,8% entre aqueles com atenção domiciliar e 51,6% dos internados;
- a maioria na faixa etária de 60 ou mais anos, correspondendo a 75,43% com atenção domiciliar e 87,37% dos internados;

Tabela 1. Distribuição do perfil dos pacientes atendidos, em 2014, por meio da Atenção Domiciliar (n= 761) e hospitalar (n= 95). São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2014

Variáveis	Categorias	AD n(%)	Hospitalar n(%)
Sexo	Masculino	417(54,80)	49(51,58)
	Feminino	344(45,20)	46(48,42)
Faixa etária(anos)*	≤18	17(2,30)	-
	19-59	168(22,10)	12(12,60)
	≥ 60	574(75,50)	83(87,40)
Escolaridade**	Analfabeto	357(46,91)	69(72,63)
	Ensino Fundamental	81(10,64)	10(10,52)
	Ensino Médio	45(5,91)	4(4,21)
	Não se aplica	3(0,39)	-
Estado Civil***	Solteiro (a)	81(10,64)	7(7,36)
	Casado (a)	226(29,70)	40(42,10)
	Viúvo (a)	186(24,45)	39(41,05)
Origem****	Primário	478(62,81)	74(77,89)
	Secundário	30(3,94)	2(2,10)
	Terciário	117(15,37)	19(20)
TP(dias)	Média	209,55	5,65

Fonte: SAD – Serviço de Atenção Domiciliar.

Legenda: AD – Atenção Domiciliar; TP – Tempo de Permanência; *SI – Sem informação. *SI-2(0,26%, n: 761); **SI-275(36,13%, n: 761); SI-12(12,63%, n: 95)***SI-268(35,21%, n: 761); SI-9(9,47%, n:95); ****SI-34(4,46%, n:761)

- sobre a escolaridade, entre os pacientes atendidos em domicílio; 46,1% eram analfabetos, enquanto que para 36,53% não havia tal informação. Entre os internados 72,63% eram analfabetos e 12,63% não havia registro de escolaridade;

- entre os pacientes com AD, não havia informação sobre estado civil de 268(35,22), enquanto 29,7% eram casados. Também entre os internados, a maior parte era casada 40(42,1) ou viúva 39(41,05);

- a maioria dos pacientes do estudo eram advindos do setor primário de saúde, correspondendo a 62,81% daqueles em atenção domiciliar e 77,9% dos internados;

- o tempo de permanência dos pacientes em AD, uma média de 209,55 dias e entre os internados de 5,65 dias.

Na Tabela 2, encontra-se a composição dos custos relativos aos atendimentos do SAD estudado, quanto aos atendimentos domiciliares:

- o custo mensal variou de R\$ 154.385,66 a R\$ 288.383,43, totalizando R\$ 2.587.134,34 durante

o ano de 2014;

- entre as despesas com recursos humanos, o custo total foi de R\$ 1.777.220,64, com média de R\$148.102,00(DP: 42.314);

- Os gastos permanentes (água, esgoto, energia elétrica, telefonia, locação de imóvel, segurança) teve custo R\$ 100.88,92, com média R\$ 8.357,40 (DP: 2.273);

- os gastos com insumos (materiais escritório, médico-hospitalares e medicamentos, oxigênio, lavanderia e esterilização, combustível e manutenção das viaturas), teve custo total R\$ 401.665,85, média R\$ 33.357,40 (DP: 14.708);

- as despesas com terceiros - prestadores de serviço (contratos com motoristas e serviços de limpeza, informática, manutenção de equipamentos e serviços gráficos) foi de R\$ 336.829,49, com média foi de R\$ 28.069,00, (DP: 7.263,30);

- os custos corresponderam a 67,65% de despesas com pessoal, 15,5% de despesas permanentes, 13% de gastos com terceiros e 3,85% de despesas permanentes.

Tabela 2. Demonstrativo da composição dos custos (R\$) dos pacientes atendidos, em 2014, por meio da AD (n= 761). São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2014

Variáveis	%	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo
Mensal	100	215.595,00	44.133	215.030,00	154.385,66	288.383,43
RH	68,69	148.102,00	42.314	149.367,00	222.736,39	183.975,53
DP	3,87	8.357,40	2.273,1	6.920,60	6.721,17	12.098,75
Insumos	15,52	33.472,00	14.708	33.222,00	15.439,00	53.991,30
Terceiros	13,01	28.069,00	7.263,30	28.977,00	21.044,80	46.843,20

Fonte: Centro de custos da Secretaria Municipal de Saúde.

Legenda: RH – Recursos Humanos; DP – Despesas Permanentes; DP – Desvio padrão; % - porcentagem.

Na Tabela 3 são apresentados os custos dos 95 pacientes internados. Nota-se que o custo médio hospitalar foi R\$ 1.648,00,

principalmente, no que diz respeito ao consumo de materiais/medicamentos (79% - R\$ 2.018,57) e diárias (11,28% -R\$ 532,30).

Tabela 3. Demonstrativo da composição dos custos (R\$) e do tempo de permanência(em dias) dos pacientes na internação hospitalar em 2014(N= 95). São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2014.

Variáveis	%	Média	DP	Mediana	Min	Máx
Materiais/medicamentos	76,56	1.261,80	4.034,30	561,22	33,34	3.8491,00
OPME	2,44	756,77	727,61	525,02	118,80	1.989,50
SADT	2,77	102,24	118,97	80,99	8,39	610,42
Diárias	9,13	361,48	2.077,90	24,00	8,00	19.821,00
Outros	2,15	170,82	126,57	154,03	16	574,40
Honorários	6,94	114,47	164,37	75,36	10,88	881,40
Custo total	100	1.648,00	4.332,00	710,11	52,22	40.180,00
Tempo Permanência(dias)		5,65	6,98	3	1	46

Fonte: DERAC - Departamento de regulação, avaliação e controle.

Legenda: OPME-Órteses e próteses e materiais especiais; SADT-Serviço de apoio diagnóstico terapêutico; Outros (gases medicinais, taxas e aluguéis).

Como está evidenciado na Tabela 4, o custo médio paciente/dia do atendimento domiciliar foi de R\$ 28,26(US\$ 12.03), enquanto o custo médio

paciente/dia de internação hospitalar foi de R\$294,46(US\$ 125.30). A diferença entre os custos da AD e de internação hospitalar foi de -1.041%.

Tabela 4. Distribuição do custo médio (R\$) e (US\$) dos pacientes em AD e da internação hospitalar, no ano de 2014. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2014.

Variáveis	Média	DP	Mediana	Min	Máx
SAD					
Custo total/mês	215.595,00	44.133	215.030,00	154.386,66	288.383,43
US\$	91,742.55	18.780	91,502.12	65,696.45	13,732.54
Pac/mês	375,25	46,98	383	276	442
Custo Pac/mês	573,42	80,14	591,27	384,04	675,33
US\$	244,01	34,10	251,60	163,42	287,37
Dias úteis/mês	20,41	2,06	21	12	23
Custo Pac/dia	28,26	4,10	29,07	17,45	32,25
US\$	12,03	1,74	12,37	7,43	13,72
IH					
Custo total	1.648,00	4.332,00	710,11	52,22	40.180,00
US\$	701,28	1.843,40	302,17	22,22	17,097,87
T P (dia)	5,65	6,98	3	1	46
Custo Pac/dia	294,46	308,69	208,27	45,08	2.392,70
US\$	125,30	131,36	88,63	19,18	1,018,17
SAD/ IH	10,41(1.041)	75,29(7.529)	7,16(716)	2,58(258)	74,19(7.419)

Legenda: SAD – Serviço de Atenção Domiciliar; Pac – Paciente; IH – Internação Hospitalar.

DISCUSSÃO

A Atenção Domiciliar Pública em Saúde no Brasil abrange ações de prevenção de agravos, promoção da saúde, tratamento, controle e reabilitação, prestados em domicílio, de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde. Está organizada a partir da rede de atenção primária à saúde, tendo como principal programa estruturante o Melhor em Casa, criado, em 2011. É configurada como estratégia complementar de cuidados, motivada por diversas preocupações, entre outras: desospitalização, racionalização do uso de leitos hospitalares, humanização da assistência pela organização do cuidado centrado no paciente e redução de custos. De modo geral, a atenção domiciliar tem por foco de gestão ser uma estratégia minimizadora de custos e de complicações decorrentes da hospitalização. No âmbito do paciente, a melhora de seu estado emocional, propiciando benefícios como a diminuição da ansiedade, levando-o a uma recuperação mais rápida ou menor estresse em situações de doenças crônicas^(12,13).

Pelas características do sistema de saúde brasileiro, público e privado, existem variações de conceitos quanto ao contexto domiciliar, tais como: *assistência domiciliar*, termo usado para qualquer ação em saúde considerada adequada em domicílio, seja da mais simples à mais complexa; *internação domiciliar*, relacionada a cuidado multiprofissional de média

ou alta complexidade no domicílio, deslocando parte da estrutura hospitalar e *atendimento domiciliar*, abrangendo cuidados de saúde, multiprofissionais ou não, semelhante a um consultório em casa⁽¹³⁾.

No caso brasileiro, há evidências na literatura científica, que a transferência do paciente para ser tratado no seu domicílio traz vários benefícios, tanto para os pacientes que necessitam de assistência, como para o SUS. Entre tais benefícios são citados: liberação de leitos hospitalares pela abertura de vagas para novas admissões; redução dos riscos de iatrogenia, de intercorrências e infecções; melhor qualidade de vida para os pacientes, pela possibilidade do convívio com a família, tudo isso repercutindo em menor custo de tratamento e também de tempo de recuperação^(14,15).

É certo que como política pública de saúde no Brasil, a AD configura-se como uma estratégia governamental ainda em fase de implantação, mas relevante na efetivação dos princípios do SUS de integralidade, equidade, isonomia, autonomia; enfim, justiça, humanização, racionalidade econômico - financeira e maior resolutividade na assistência à saúde. Já no âmbito privado, a AD não é regulamentada pela Agência Nacional de Saúde (ANS), apenas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), sendo comum tensões e judicialização, já que a modelagem de funcionamento fica a cargo de cada Operadora

de Plano de Saúde (OPS) com seus clientes/beneficiários⁽¹⁶⁾.

É importantemencionar que a falta de regulamentação na atenção domiciliar privada brasileira tem resultado em conflitos e complexas discussões no universo jurídico das OPS, que acabam por adentrar no SUS, quanto às solicitações de cobertura para *home care*, particularmente, em situações de doença de maior custo⁽¹⁷⁻¹⁹⁾.

Quanto ao perfil de pacientes atendidos em SAD, observou-se nestapesquisa, a maioria de homens; idosos (no Brasil é considerado idoso pessoas com 60 ou mais anos de idade); analfabetos; casados ou viúvos, vinham do setor primário de saúde, com média de 209,55 dias de uso do SAD e tempo de internação hospitalar médio de 5,65 dias. Estudo em um SAD em Curitiba, em 2017, o perfil apontou a maioriade mulheres; média de idade acima de 71 anos; com média de oito anos de estudo. A procedência predominante dos assistidos foram as Unidades Básicas de Saúde ou Estratégia de Saúde da Família com tempo médio de atendimento superior a 38 dias⁽²⁰⁾.

A pessoa idosa representa o principal grupo de pacientes atendidos pelo SAD, principalmente, as mulheres, com agravos à saúde relacionados à hipertensão arterial, acidente vascular cerebral e demência⁽²¹⁾. Vale comparar esta pesquisa com estudos nacionais sobre perfil de pacientes em AD, tais como: estudo no nordeste do Brasil, entre 445 usuários de SAD, houve prevalência de mulheres; idosos; com 45% de óbitos⁽¹⁰⁾.

Em outro estudo sobre a mesma temática, porém no sudeste do país(n:46)⁽²³⁾,apontou o predomínio de mulheres-71,46%, idade média de 82,76 anos, de viúvos-43,78%, ensino fundamental incompleto 60,88% e cuja renda estava vinculada ao recebimento de benefício assistencial - 91,3%⁽¹¹⁾. Além destas análises, vale destacar o último censo 2019/2020 (n:16.739) do Núcleo Nacional das Empresas de Serviços de Atenção Domiciliar (NEAD)⁽⁵⁾ que encontrou como perfil a prevalência de idosos(n:7099) e mulheres (n:9730).

Quanto à análise dos custos deste estudo, foram constatadasvariações das despesas com pessoal; justificadas pela ampliação das equipes EMAP e EMAD no ano de 2014 e das despesas permanentes (água & esgoto, energia elétrica,

telefonia, locação de imóvel, segurança); justificadas pelo consumo maior de energia nos dias quentes, vazamentos de água, reajuste do aluguel, além dos gastos com insumos (materiais de escritório, médico-hospitalares e medicamentos, oxigênio, lavanderia e esterilização, combustível e manutenção das viaturas) e serviços terceirizados, podem ter reajustes.

Em pesquisa sobre a evolução dos gastos com internações hospitalares financiadas pelo SUS, nos anos de 2000, 2005, 2010 e 2013, foram analisados os gastos com internações por condições sensíveis à atenção primária. Verificou-se redução de gastos entre crianças, idosos e mulheres, mas persistiram gastos elevados entre pacientes com doenças cardiovasculares, com aumento de internações por angina⁽²²⁾.

Quanto à origem dos encaminhamentos para a atenção domiciliar nesta pesquisa, a atenção primária foi a principal responsável com 62,81% (n:761). Sabe-se que a atenção primária à saúde (APS) é o primeiro nível de cuidado domiciliar e que por meio das visitas domiciliares consegue-se avaliar as necessidades de cuidados dos pacientes e incluí-los em uma das modalidades de cuidados domiciliares oferecidas pelo SUS⁽²³⁾.

Outro desafio para o gerenciamento do cuidado está relacionado ao tempo de permanência em AD, verificando-se neste estudo a médiade 209,55 dias, abaixo da média encontrada em outro estudo brasileiro, cujo tempo foi de 614,13 dias.O tempo de permanência pode influenciar no gerenciamento dos serviços em AD, já que sugere presença de lacunas como a estagnação da rede, a baixa rotatividade, filas de espera por vagas, a baixa desospitalização, entre outros aspectos^(2,3,14).

Conhecer o tempo de permanência em AD contribui com o gerenciamento do sistema de saúde para o qual os cuidados domiciliares representam um enorme suporte^(2,3,10,11,23).

Aprofundando a relação entre cuidados domiciliares e hospitalizações não planejadas; uma investigação na Austrália identificou haver o predomínio das mulheres, idade média de 77,6 anos e tempo médio de permanência no hospital decinco dias⁽²⁴⁾. O mesmo estudo relata haver também diminuição em 3,6 vezes e 2,6 vezes menos chance de ter uma readmissão hospitalar caso recebessem um telefonema ou visita de

Enfermagem em casa, respectivamente⁽²⁴⁾.

O NEAD identificou no último censo que das 31 empresas participantes; 5% em média apresentaram índices de internação entre seus pacientes⁽⁵⁾. Sobre esta temática, outro estudo concluiu que pacientes residentes em áreas com maior cobertura da AD tinham o tempo médio das hospitalizações reduzido. O mesmo estudo também indicou que um aumento em 10% da cobertura da AD reduziria em 1,2% a 2,1% no tempo de permanência na internação para os pacientes que estavam sob os cuidados em casa⁽²⁵⁾.

Compreender o perfil dos pacientes em AD que internam, contribui para identificar quais são os fatores de riscos associados a este perfil, em que a AD possa gerenciar em casa, evitando uma internação desnecessária, que eleva não só os custos para o sistema de saúde, mas também traz sérios prejuízos para o paciente⁽²⁶⁾. Existe uma logística no mercado dentre a qual, a economia nos custos da atenção domiciliar dever ser entre 30-60% a menos quando comparada à assistência hospitalar⁽²⁷⁾.

Ainda sobre a gestão de custos em AD e gestão hospitalar, a União das Instituições de Autogestão em Saúde (UNIDAS) descreveu que, em 2016, as despesas com diárias da internação domiciliar foram maiores do que as despesas com as diárias na internação hospitalar. Porém, no mesmo ano, as despesas com materiais e medicamentos da internação domiciliar foram inferiores às mesmas despesas da internação hospitalar. Um dos problemas relacionados com o setor envolve a questão das negociações a serem realizadas por meio de pacotes, além da dificuldade na linguagem específica para atender as exigências da ANS quanto ao preenchimento dos procedimentos nas guias de pagamentos dos convênios com as OPS⁽²⁸⁾.

Cabe ressaltar que a modalidade de AD aqui mencionada relaciona-se à Atenção Domiciliar e não à Internação Domiciliar; fato que a diferencia em relação às despesas com diárias, taxas e aluguéis, entre outras; bem como, relaciona-se à execução de procedimentos de caráter ambulatorial, visitas médicas e de Enfermagem, além das terapias seriadas da equipe multidisciplinar de apoio^(2,5,14).

Considerando-se tais variáveis presentes na composição da conta da internação hospitalar, os valores apontados neste estudo foram: custo

médio internação hospitalar de R\$1.648,00 com tempo médio de permanência de 5,65 dias. No mesmo ano, no sistema privado no segmento de autogestão em saúde, o custo médio da internação hospitalar foi de R\$12.167,33 e o tempo médio de permanência de 4,9 dias, sendo o valor 738,31% acima e o tempo de internação 13,28% abaixo dos nossos achados⁽²⁸⁾.

Ainda, na composição da conta hospitalar dos pacientes desta pesquisa, que estavam em AD e que internaram, os gastos com materiais e medicamentos ficaram acima dos gastos com materiais e medicamentos de internações na saúde suplementar no mesmo período; os gastos com OMPE -2,44% abaixo e as despesas com diárias- 9,13%, acima. Além das diferenças percentuais, faz-se necessário identificar outras variáveis que influenciam na variação dos custos como a complexidade assistencial, modalidade de tratamento (clínico ou cirúrgico) para fins de comparação⁽²⁷⁾. Posto isso, ao comparar os custos da AD com o custo da internação hospitalar dos pacientes que estavam em AD, nota-se relevante diferença; uma vez que o custo médio paciente/dia SAD foi de R\$28,26 enquanto que o custo médio paciente/dia de internação hospitalar, de R\$294,46.

Nessa pesquisa, houve uma diferença de 1.041% entre o custo/paciente/dia em AD em relação à internação hospitalar, muito acima do que o encontrado pelo mercado privado do segmento. É possível que estas internações pudessem ser interceptadas pelo sistema de regulação e serem encaminhadas para um hospital de retaguarda/transição de forma a amenizar o impacto financeiro para o SUS. Um estudo na Inglaterra, em 2019, estimou que a AD gera uma economia de cerca de 1000 libras esterlinas por pessoa para o seu sistema de saúde, quando se trata de serviços de reabilitação domiciliar. Ainda, relacionou-se esta economia ao fato do plano de cuidados domiciliares serem personalizados com as características do tipo de cuidado ofertado (serviço de atenção domiciliar e não internação domiciliar) e capazes de reabilitar o paciente⁽²⁸⁾.

No Brasil, a avaliação da associação do SAD do SUS em relação aos gastos hospitalares, foi identificada uma diminuição nas despesas das internações hospitalares em hospitais públicos nos municípios, nos quais o SAD foi implantado. Também revelou a efetividade do serviço para

grupo de riscos (gestante de riscos e idosos) como nos gastos relacionados às internações hospitalares sejam estas eletivas ou não, demonstrando ser uma política eficiente o que ressalta a justificativa e os achados dessa pesquisa⁽²³⁾

Parece-nos oportuno discutir que a pandemia da COVID-19 trouxe como uma de suas consequências a necessidade de reorganização dos sistemas de saúde. No Brasil, as equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) e de AD são relevantes para manter pessoas seguras em casa, evitar a sua exposição ao risco, manter o papel de vigilância e cuidado das que dependem da AD. Podem organizar a continuidade do cuidado que as pessoas com doenças crônicas durante a pandemia necessitam, sendo possível equacionar ferramentas de tele saúde e cuidado presencial, individualizado. Ainda, para os pacientes que foram hospitalizados e evoluíram satisfatoriamente é possível avaliar a continuidade do cuidado no domicílio sob acompanhamento da APS e AD⁽²⁹⁾.

Não encontramos relatos na literatura científica que propiciasse maior abrangência para

análise e discussão, o que se constituiu como uma limitação do estudo, pois restringe a análise dos resultados. Por outro lado, se as pesquisas com tal enfoque ainda são escassas, de alguma forma pudemos contribuir para desvelar uma certa abrangência da temática em nosso meio.

CONCLUSÃO

Segundo o objetivo definido nesta pesquisa e os resultados obtidos, é possível concluir que os idosos foram os maiores usuários do SAD. Sob o ponto de vista dos custos da AD, a despesa com pessoal foi o componente que mais impactou o custo total. Também, os custos muito menores do sistema domiciliar em relação ao hospitalar reiteram a viabilidade e a importância do SAD vinculado ao SUS, sob a perspectiva do melhor uso dos recursos no sistema público de saúde. Sugere-se a realização de mais investigações acerca dos custos envolvidos em AD que permitam maior abrangência sobre a temática abordada.

PATIENT PROFILE AND COST ANALYSIS OF A PUBLIC HOME CARE SERVICE

ABSTRACT

Introduction: Public Home Health Care in Brazil covers actions taken at home, for disease prevention and health promotion, in integration with the primary health care network. It mainly aims at de-hospitalization, resulting in the humanization of assistance to users, and cost reduction. **Objective:** To investigate, by means of a Home Care Service, the profile of assisted patients and the costs involved in home care and in the occurrence of hospital admissions. **Method:** Quantitative, descriptive and cross-sectional research conducted at a public Home Care Service, in a city in São Paulo. For data collection, three sources of information were used: patient records, electronic database belonging to the cost center and to the regulation and control body of the municipal health department referring to patients cared for by the Home Care Service in 2014. Descriptive statistical treatment was used for data analysis. **Results:** A total of 856 patients composed the sample, 791 of which were provided with Home Care only, while 95 (12.4%) were hospitalized; there was a predominance of men, elderly, married or widowed individuals and illiterate users coming from the primary health sector; the average patient/day cost of the home care was R\$ 28,26 – SD 4,10 (US\$ 12.03 – SD 1.74), while the average patient/day cost of hospitalization was R\$ 294,46 – SD 308,69 (US\$ 125.30 – SD 131.36). **Conclusion:** The elderly were the main users of the service; the component that most impacted the total cost was personnel expenses, and the much lower costs of the home care system compared to hospital care reiterates the feasibility and importance of the Home Care Service linked to the Brazilian Unified Health System, with a view to better using public resources.

Keywords: Home care. Costs and cost analysis. Health management. Evaluation of health programs and projects. Brazilian Unified Health System.

ANÁLISIS DE COSTES DE UN SERVICIO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA PÚBLICA Y EL PERFIL DE LOS PACIENTES ASISTIDOS

RESUMEN

Introducción: la Atención Domiciliaria Pública en Brasil, integrada a la Red de Atención a la Salud, abarca acciones prestadas a domicilio, tales como, la prevención de agravios y la promoción a la salud. Pretende principalmente la “desospitalización”, resultando una humanización de la asistencia al usuario y la reducción de los costes. **Objetivos:** investigar juntamente a un Servicio de Atención Domiciliaria, el perfil de pacientes asistidos y los costes relacionados a la asistencia domiciliar y en la ocurrencia de internaciones hospitalarias. **Material y Método:** investigación cuantitativa, descriptiva y de corte transversal, conducida en un Servicio público de Atención Domiciliaria, en un municipio de São

Paulo-Brasil. Para la recolección de los datos se utilizaron tres fuentes de informaciones: registros médicos del paciente, base de datos electrónicos del centro de costes y el departamento de regulación y control de la secretaría municipal de salud, de los pacientes atendidos en el Servicio de Atención Domiciliar, en el año de 2014. El tratamiento estadístico descriptivo fue utilizado para el análisis de los datos. **Resultados:** un total de 856 pacientes constituyeron la muestra; 791 solo con Atención Domiciliar y 95 (12,4%) fueron hospitalizados. Hubo el predominio de hombres; usuarios ancianos; casados o viudos; analfabetos y con origen del sector primario de salud. El coste medio paciente/día de atención domiciliar fue de R\$ 28,26 - dp 4,10 (US\$ 12.03 – dp 1.74), mientras que el coste medio paciente/día de internación hospitalaria fue de R\$294,46 -dp 308,69 (US\$ 125.30 – dp 131.36). **Conclusiones:** los ancianos fueron los mayores usuarios del servicio; el componente que más impactó en el coste total fueron los costes del personal. El total de los costes mucho menores del sistema domiciliar en relación con el hospitalario reitera la viabilidad y la importancia del Servicio de Atención Domiciliar vinculado al Sistema Único de Salud, bajo la perspectiva para un mejor uso de los recursos públicos.

Palabras clave: Atención domiciliar de Salud. Costes y análisis de coste. Gestión en salud. Evaluación de programas y proyectos de salud. Sistema Único de Salud.

REFERÊNCIAS

1. Bertoldo C da S, Neves ET, Ribeiro AC, Schimith MD, Oliveira DC de, Toso BRG de O. Integrative review about home care for children and adolescents. RSD [Internet]. 2020; 9(11):e65891110285. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i11.10285>.
2. 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] República Federativa do Brasil. Diário Oficial [da] União. Brasília, DF 2016. [acesso em 06 de novembro de 2020]. https://www.in.gov.br/materia/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/22685962/do1-2016-04-26-portaria-n-825-de-25-de-abril-de-2016-22685827.
3. Braga PP, Sena RR, Seixas CT, Castro EAB, Andrade AM, Silva YC. Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2016; 21(3):903-912. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015213.11382015>
4. Castro EAB, Leone DRR, Santos CM, Neta FCCG, Gonçalves JRL, Contim D, et al. Organização da atenção domiciliar com o Programa Melhor em Casa. Rev Gaúcha Enferm. 2018;39:e2016-0002. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2016-0002>
5. Censo NEAD-Fipe. Elaboração do Censo e Análise do Setor de Serviços de Atenção Domiciliar. São Paulo; NEAD, 2020. Disponível em: <https://www.neadsaude.org.br/outros/>
6. Bianconi ALM, Sanchis DZ, Aroni P, Barreto MFC, Rossaneis M Ângela, Haddad M do CFL. Relações interpessoais de equipes multiprofissionais na atenção domiciliar: revisão integrativa. Rev. Eletr. Enferm. [Internet]. 1º de dezembro de 2020 [citado 8º de dezembro de 2020];22. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/59594>.
7. Silva RSM, Fortes RC. Assistência Domiciliar e sua relação com as Políticas Públicas. Anais do Congresso de Políticas Públicas e Desenvolvimento Social da Faculdade Processus, 2020; 2 (4): 73-79. ISSN 2674-9912. Disponível em: <http://periodicos.processus.com.br/index.php/acppds/article/view/249>.
8. Alfredo Pontes Filho A, Guerra LD da S. Atenção domiciliar à saúde: revisão dos custos associados no Brasil e nos Estados Unidos. J ManagPrim Health Care [Internet]. 12º de dezembro de 2019 [citado 11º de dezembro de 2020];110. Disponível em: <https://jmphc.com.br/jmphc/article/view/799>.
9. Castilho V, Mendes KGL, Jericó MC, Lima AFC. Gestão de custos em serviços de enfermagem. PROENF GESTÃO. 2012, 2(1): 51-73.
10. Camaúba CMD, Silva TDA, Viana JF, Alves JBN, Andrade NL, Filho EMT. Caracterização clínica e epidemiológica dos pacientes em atendimento Atenção domiciliar: perfil assistencial de serviço de atenção domiciliar vinculado a um hospital de ensino na cidade de Maceió, AL, Brasil. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2017; 20(3): 353-363. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.160163>
11. Oliveira AC, Neves J, Seixas CT, Andrade AM, Castro EAB. Atenção domiciliar: perfil assistencial de serviço vinculado a um hospital de ensino. Physis: Revista de Saúde Coletiva Rio de Janeiro 2019; 29(2): e290214. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312019290214>
12. Rajão FL, Martin M. Atenção Domiciliar no Brasil: estudo exploratório sobre a consolidação e uso de serviços no Sistema Único de Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 25(5):1863-1876, 202. DOI: [10.1590/1413-81232020255.34692019](https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34692019).
13. Amaral NN do, Cunha MCB, Labronici RHDD, Oliveira ASB, Gabbaí AA. Assistência Domiciliar à Saúde (Home Health Care). Rev Neurocienc [Internet]. 30º de setembro de 2001 [citado 8º de dezembro de 2020];9(3):111-7. Disponível em: <https://periodicos.unifesp.br/index.php/neurociencias/article/view/8914>.
14. Silva AE, Sena RR, Braga PP, Paiva PA, Dias OV. Desafios nos modos de pensar e fazer gestão na atenção domiciliar em Minas Gerais. Cienc Cuid Saude 2017; 16(1): 1-7. DOI: <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v16i1.33190>
15. Pontes Filho A, Guerra LD da S. Atenção domiciliar à saúde: revisão dos custos associados no Brasil e nos Estados Unidos. J ManagPrim Health Care [Internet]. 12º de dezembro de 2019 [citado 8º de dezembro de 2020];110. Disponível em: <https://jmphc.com.br/jmphc/article/view/799>.
16. Sousa CRS, Sousa MS. Atenção domiciliar em saúde no Brasil: visão dessa política por uma revisão integrativa. Rev Bras Promoç Saúde. 2019;32:9250. DOI: [10.5020/18061230.2019.9250](https://doi.org/10.5020/18061230.2019.9250). DOI: [10.5020/18061230.2019.9250](https://doi.org/10.5020/18061230.2019.9250)
17. Dahinten AF, Dahinten BF. Os planos de saúde e a cobertura de home care. R. Dir. sanit. [Internet]. 12 de maio de 2020 [citado 8 de dezembro de 2020];20(2):177-95. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/169664>.
18. Lamarão Neto H. A judicialização do serviço de atenção domiciliar por meio de demandas coletivas. CIADS [Internet]. 30º de junho de 2020 [citado 8º de dezembro de 2020];9(2):164-81. Disponível em: <https://www.cademos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cademos/article/view/638>.
19. Johann DA, Cechinel C, Carvalho TFT do, Benatto MC, Silva GP da, Lara Jade. Atenção domiciliar no Sistema Único de Saúde: perfil de pacientes assistidos. Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina 2020; 41(1): 83-94. DOI: [10.5433/1679-0367.2020v41n1p83](https://doi.org/10.5433/1679-0367.2020v41n1p83). DOI: [http://dx.doi.org/10.5433/1679-0367.2020v41n1p83](https://doi.org/10.5433/1679-0367.2020v41n1p83)
20. Define APF, Francisco CM, Kpoghomo MB. Atendimento Domiciliar da População Idosa: Potencialidades e Desafios Desta Modalidade. Revista Científica de Enfermagem - RECIEN. 2019;9(28):113-122. Accessed December 8, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562019290214>

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=141074250&lang=pt-br&site=ehost-live>.

21. Souza DKde, Peixoto SV. Estudo descritivo da evolução dos gastos com internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária no Brasil, 2000-2013. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2017; 26 (2) • <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000200006>.
22. Castro EAB, Leone DRR, Santos CM, Neta FCCG, Gonçalves JRL, Contim D, et al. Organização da atenção domiciliar com o Programa Melhor em Casa. *Rev Gaúcha Enferm.* 2018;39:e2016-0002. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2016-0002>
23. Nishimura F, Carrara AF, de Freitas CE. Efeito do programa Melhor em Casa sobre os gastos hospitalares. *Rev Saúde Publica.* 2019; 53:53-104. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053000859>
24. Finlayson K, Chang AM, Courtney MD, Edwards HE, Parker AW, Hamilton K, Pham TDX, O'Brien J. Transitional care interventions reduce unplanned hospital readmissions in highrisk older adults. *BMC Health Services Research.* 2018. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3771-9>
25. Walsh B, Lyons S, Smith S, Wren MA, Eighan J, Morgenroth E. Does formal home care reduce inpatient length of stay? *Health Economics.* 2020;1-17. DOI: <https://doi.org/10.1002/hec.4158>
26. Muench U, Simon M, Guerbaai RIA, De Pietro C, Zeller A, Kressig RW, Zúñiga F. Preventable hospitalizations from ambulatory care sensitive conditions in nursing homes: evidence from Switzerland. *International Journal of Public Health.* 2019; 64:1273-1281. DOI: [https://doi.org/10.1007/s00038-019-01294-1\(0123456789\),-volV\(0123456789\)](https://doi.org/10.1007/s00038-019-01294-1(0123456789),-volV(0123456789)).
27. Portal homecare (Brasil). [Internet]. Brasil, 2018 [cited 2018 fev 27]. Disponível em <http://portalhomecare.com.br/vantagens-e-desvantagens-para-o-plano-de-saude/>
28. União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (UNIDAS). Pesquisa Unidas 2016; : 1-92. Disponível em: <https://unidas.org.br/pesquisa-unidas/>
29. Savassi LCM, Reis GVL, Dias MB, Vilela L de O, Ribeiro MTAM, Zachi MLR, Nunes MRP de TM. Recomendações para a Atenção Domiciliar em período de pandemia por COVID-19: Recomendações conjuntas do GT Atenção Domiciliar SBMFC e da ABRASAD. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 21º de agosto de 2020 [citado 12º de dezembro de 2020];15(42):2611. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2611>.

Endereço para correspondência: Giliane Fabíola Martins dos Reis, Endereço: Passeio Rochedos, 106. Bairro centro. Fone: 18 37425008/ 18997453157. E-mail: giliane_reis@yahoo.com

Data de recebimento: 15/09/2020

Data de aprovação: 26/02/2021

APOIO FINANCEIRO

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior Brasil (CAPES).