

**PROGRAMA DE SIAD/HOME CARE DE UM HOSPITAL NAVAL DISTRITAL:
UMA FERRAMENTA PARA A REDUÇÃO DE CUSTOS**

Rúbia Rochele Soares Bezerra¹

Karine Symonir de Brito Pessoa²

RESUMO

O Serviço Integrado de Atendimento Domiciliar (SIAD), do Sistema de Saúde da Marinha (SSM) é um serviço composto por uma equipe de saúde multidisciplinar, responsável pela prestação da assistência domiciliar, ofertado pelos Hospitais Navais, aos pacientes que, por limitação funcional ou problema de saúde, não podem manter acompanhamento nos ambulatórios da Marinha do Brasil (BRASIL, 2012). No Hospital Naval estudado, o custo estimado da atenção domiciliar corresponde atualmente a 11,46% do limite orçamentário mensal com gastos em Organizações de Saúde Extra Marinha (OSE), no entanto os gastos com os encaminhamentos para OSE superam o previsto no teto de provisionamento mensal para essa Organização Militar, considerando esse montante de custos o gasto mensal com a atenção domiciliar gira em torno de 3% do total com essa natureza de despesa. De acordo com esses dados, no presente estudo foi realizada a caracterização do perfil dos usuários que utilizam o SIAD buscando a compreensão das demandas por eles apresentadas no tocante a oferta de serviços, além do levantamento das internações em OSE após a adesão no Programa SIAD/HOME CARE e análise de custos na prestação da assistência com ênfase nas patologias de maior prevalência, objetivando por fim aferir a contribuição do programa na redução dos custos em saúde. No tocante ao meio metodológico deste trabalho, optou-se pelo uso da pesquisa quantitativa, com abordagem descritiva-explicativa, utilizando meios retrospectos por arquivos médicos do programa de SIAD/HOME CARE e Sistema de Regulação. Sobre a coleta de dados, essa ocorreu no período de janeiro a maio de 2017 no setor administrativo do Programa de SIAD/Home Care, em busca da listagem de atuais usuários, contabilizados em 38 (36 em SIAD e dois

¹ Acadêmica do Curso de Especialização em Gestão Hospitalar e de Saúde do Centro Universitário do Rio Grande do Norte (UNI-RN). E-mail: rubiarochele@gmail.com

² Professora Orientadora do Curso de Especialização em Gestão Hospitalar e de Saúde do Centro Universitário do Rio Grande do Norte (UNI-RN). E-mail: karine.symonir.edu@gmail.com

em Home Care), como também a data de inserção desses no programa e ocorrências patológicas individuais que motivaram a inclusão no período de janeiro de 2016 a abril de 2017. Acerca das internações em ambiente interno, ou seja, no próprio hospital, buscou-se disponibilização de histórico das hospitalizações pela Divisão de Enfermagem do Hospital Naval; no entanto os dados foram desconsiderados pois não havia o custo preciso das referidas internações. No tocante as internações relacionadas ao ambiente externo, caracterizadas pelo credenciamento com instituições para a realização de serviços de média e alta complexidade, fez-se busca de histórico no Sistema de Regulação próprio do SSM, por meio Número de Identificação Pessoal (NIP) e arquivos do Serviço de Auditoria de Contas Médicas do Hospital pesquisado. O estudo aponta que o atendimento domiciliar através do Programa SIAD/HOME CARE comprovam a eficácia da atenção domiciliar, servindo de auxílio para a redução de custos da instituição e, consequentemente, a qualidade de vida e demandas diárias de saúde dos usuários.

Palavras-chave: Atendimento domiciliar. SIAD. Redução de custos.

SIAD / HOME CARE PROGRAM OF A DISTRICT NAVAL HOSPITAL: A TOOL FOR COST REDUCTION

ABSTRACT

The Integrated Service of Home Care (SIAD) of the Marine Health System (SSM) is a service composed of a multidisciplinary health team, responsible for the provision of home care, offered by Naval Hospitals, to patients who, due to functional limitations or Health problem, can not maintain follow-up in the Brazilian Navy outpatient clinics (BRASIL, 2012). In the Naval Hospital studied, the estimated cost of home care currently corresponds to 11.46% of the monthly budget limit with expenditures on Extra-Marine Health Organizations (OSE), however, expenses for referrals to SBI exceed those foreseen in the provisioning ceiling Monthly for this Military Organization, considering this amount of costs, the monthly expenditure on home care revolves around 3% of the total with this type of expense. According to these data, the present study was carried out to characterize the profile of the users that use SIAD seeking the understanding of the demands they present in relation to

the offer of services, besides the survey of hospitalizations in OSE after joining the SIAD / HOME CARE and cost analysis in the provision of assistance with emphasis on the most prevalent pathologies, aiming finally to assess the contribution of the program in reducing health costs. According to these data, the present study was carried out to characterize the profile of the users that use SIAD seeking the understanding of the demands they present in relation to the offer of services, besides the survey of hospitalizations in OSE after joining the SIAD / HOME CARE and cost analysis in the provision of care with emphasis on the most prevalent pathologies, aiming finally to assess the contribution of the program in reducing health costs. Regarding the methodological method of this study, we chose to use the quantitative research, with a descriptive-explanatory approach, using retrospective means by medical files of the SIAD / HOME CARE program and the Regulation System. Regarding the data collection, this occurred in the period from January to May 2017 in the administrative sector of the SIAD / Home Care Program, in search of the list of current users, counted in 38 (36 in SIAD and two in Home Care), as Also the date of insertion of these in the program and individual pathological events that motivated the inclusion in the period from January 2016 to April 2017. Regarding hospitalizations in the internal environment, that is, in the hospital itself, a search was made for the availability of a history of hospitalizations by the Hospital Naval Division of Nursing; However the data were disregarded because there was no precise cost of the referred hospitalizations.Regarding the hospitalizations related to the external environment, characterized by the accreditation of institutions for the performance of medium and high complexity services, a history search was made in the SSM's own Regulation System, through Personal Identification Number (PIN) and files Of the Audit Service of Medical Accounts of the Hospital surveyed. The study shows that home care through the SIAD / HOME CARE Program proves the effectiveness of home care, helping to reduce the cost of the institution and, consequently, the quality of life and daily health demands of the users.

Keywords: Home Care. SIAD. Cost reduction.

1 INTRODUÇÃO

O Sistema de Saúde da Marinha (SSM) é um conjunto organizado de recursos humanos, materiais, financeiros, tecnológicos e de informações, destinado a prover as atividades de Saúde na Marinha do Brasil (MB). Para atender suas atividades o SSM é composto de três subsistemas: o subsistema assistencial, o médico-pericial e de medicina operativa (BRASIL, 2012).

O subsistema assistencial é responsável pela prestação da Assistência-Médica-Hospitalar aos usuários do SSM de forma regional, hierarquizada, integrada, com ações objetivas para a prevenção de doenças, recuperação e manutenção da saúde e em consonância com estas normas. No tocante a prevenção e promoção da saúde, a assistência é prestada através dos programas de saúde e campanhas assistenciais. É de baixo custo para a instituição e sem emprego de tecnologias na maioria das vezes.

Os programas de saúde são desenvolvidos a partir de linhas de cuidado constituídas de modelos matriciais de organização da atenção à saúde, que visam integrar ações de promoção vigilância, prevenção e assistência, voltadas para as especificidades de grupos ou necessidades individuais, permitindo a condução oportuna e responsável dos pacientes pelas diversas possibilidades de diagnóstico e terapêutico, em todos os níveis de atenção.

Na atenção básica são oferecidos serviços essencialmente ambulatoriais, com o objetivo de reduzir o aporte de pacientes aos hospitais. A atenção especializada é subdividida em média e alta complexidade. A assistência de média complexidade exige profissionais especializados e utiliza recursos tecnológicos para o apoio diagnóstico e tratamento. A assistência de alta complexidade compreende o atendimento em hospitais considerados de referência, com a utilização de alta tecnologia, alto custo e recursos humanos qualificados e permanentemente atualizados.

Diante do exposto, releva citar que por ofertar serviços de baixa a alta complexidade o SSM, tem gerenciado despesas crescentes e nesse escopo a atenção domiciliar tem surgido como uma estratégia na redução de custos com usuários crônicos além de propor uma assistência à saúde individualizada, minimizando o tempo das internações hospitalares, otimizando a oferta de leitos e reintegrando o usuário ao seu meio familiar e social.

O Serviço Integrado de Atendimento Domiciliar (SIAD), do SSM é um serviço composto por uma equipe de saúde multidisciplinar, responsável pela prestação da assistência domiciliar nos Hospitais Navais, destinada aos pacientes que, por limitação funcional ou problema de saúde, não podem manter acompanhamento nos ambulatórios da Marinha do Brasil (BRASIL, 2012).

A Assistência Domiciliar prestada é definida como o acompanhamento, por meio de visitas eletivas periódicas e, em caráter extraordinário, atendimento emergencial ou pronto atendimento por um ou mais integrantes da equipe de saúde multiprofissional do SIAD ou de uma das Empresas credenciadas que prestam atendimento domiciliar, visando à manutenção da estabilidade do quadro clínico dos pacientes. São usuários do SIAD os idosos a partir de 60 anos e demais pacientes possuidores de algum tipo de limitação funcional ou problema de saúde, que necessitem de assistência domiciliar por impossibilidade de locomoção e outros critérios avaliados pelo Serviço.

Conforme Galvão et al. (2011), a assistência domiciliar vem demonstrando ser o novo horizonte dos serviços de saúde. Embora exista há algum tempo, esse tipo de atenção à saúde vem sendo enfatizada, em especial na última década.

No Hospital Naval estudado, o custo da atenção domiciliar corresponde atualmente a 11,46% do limite orçamentário mensal com gastos em Organizações de Saúde Extra Marinha (OSE) previstos para essa Organização Militar e a 3% do total com essa natureza de despesa, embora não sejam valores expressivos encontram-se em franca ascensão, sendo importante aferirmos se a despeito dos valores observados o programa tem contribuído para redução de custos na prestação da assistência aos usuários do SSM por ele assistidos.

Diante do exposto, o objetivo geral do estudo foi verificar a contribuição do programa de atenção domiciliar SIAD/Home Care na redução de custos em saúde em um Hospital Naval Distrital. Como objetivos específicos foram: caracterizar o perfil dos usuários inscritos no programa de SIAD/HOME CARE; efetuar o levantamento das internações em OSE pelos usuários após a sua adesão ao programa; Discorrer acerca dos custos mensais envolvidos na prestação de assistência no programa de SIAD/Home Care, no período de janeiro 2016 a abril de 2017, com ênfase nas patologias de maior custo e incidência.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Fabrício et al apud Galvão et al. (2011), define Home Care como um conjunto de procedimentos hospitalares possíveis de serem realizados na casa do paciente, abrangendo ações de saúde desenvolvidas por uma equipe interprofissional, baseadas no diagnóstico da realidade em que o paciente está inserido.

Mendes apud Galvão et al. (2011) cita a definição de Home Care pela *The Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organization*, segundo a qual serviços de Home Care são aqueles providos por profissionais de saúde, por visita ou por hora-base, aos pacientes que têm ou estão com risco de uma injúria, uma doença ou uma condição de fragilidade ou que são doentes terminais e requerem intervenções curtas ou longas por profissionais de saúde.

Governos, gestores do sistema de saúde e capital financeiro (com inserção na saúde por meio da securitização) dirigem-se ao controle de gastos e riscos em iniciativas racionalizadoras na organização do trabalho e políticas de focalização. Contudo, novas necessidades decorrentes do envelhecimento populacional, demandas por melhor qualidade da atenção, por cuidados integrais e contínuos têm fortalecido práticas anti-hegemônicas e na formulação de novas estratégias e mecanismos para o cuidado em saúde (MEHY, 2002; CUNHA, 2007 apud SILVA, 2010).

Assim, observam-se a emergência e ampliação de espaços de atenção não tradicionais como a Estratégia Saúde da Família, serviços de atendimento domiciliar terapêutico destinados a pacientes com HIV/AIDS, propostas de cuidados paliativos domiciliares, entre outros (SILVA, 2010).

Os serviços de atenção domiciliar surgiram na década de 1960 e têm se expandido no País com maior força a partir da década de 1990, fazendo com que haja necessidade de regulamentação de seu funcionamento e de políticas públicas de modo a incorporar sua oferta às práticas institucionalizadas no Sistema Único de Saúde (SUS).

De acordo com Silva (2010), as iniciativas de atenção domiciliar vinculadas a hospitais quase sempre se orientam para a desospitalização, diminuição de custo,

prevenção de riscos e humanização da assistência, e são direcionadas a grupos de usuários por patologias (tratamento domiciliar de feridas, portadores de distrofia muscular, paciente portadores de HIV/AIDS). Na rede pública, as propostas de atenção domiciliar têm sido construídas como experiências orientadas pela extensão de cobertura ou pela desospitalização precoce. Ainda é limitado o debate e o investimento político na atenção domiciliar como alternativa para os processos de trabalho e no modo de produzir o cuidado, caracterizando o caráter substitutivo das práticas em saúde.

Nos últimos anos, a atenção domiciliar está presente na formulação das políticas públicas de saúde e de assistência social, na gestão e nas demais práticas em serviços de saúde. Mecanismos legais tais como a Portaria 2.416, a Lei 10.424 e a RDC 11 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária representam marcos nas discussões de políticas públicas que focalizam a atenção domiciliar como modalidade de oferta na organização da assistência à saúde (SILVA, 2010).

No Brasil, a primeira forma organizada de assistência domiciliar foi o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), criado em 1949. No inicio da década de 1990, seguindo uma tendência mundial, surgiu o serviço organizado na forma de cuidado domiciliar (Home Care), concentrado em empresas privadas e nos grandes centros.

Para Feuerwerker e Merhy (2006), a história recente da crise do modelo de atenção hospitalar brasileiro tem estimulado o desenvolvimento de alternativas que contribuem para a produção da integralidade na rede de serviços de saúde. Assim, mesmo sem haver uma política formal ampla de financiamento de práticas assistenciais voltadas à desospitalização, inúmeras organizações de saúde vêm instituindo práticas baseadas na oferta de intervenções terapêuticas no interior do domicílio do usuário. O tema vem sendo estudado tanto no Brasil como internacionalmente, sendo reconhecidos ao menos quatro campos de motivação para o desenvolvimento da atenção domiciliar:

- desospitalização de internações desnecessárias antes geradas pela fragilidade das redes de apoio em situações de vulnerabilidade social;
- processos de “alta precoce” para ampliar a rotatividade dos leitos hospitalares e evitar complicações advindas de internações prolongadas;
- busca de períodos maiores livres de intercorrências hospitalares em

- pacientes crônicos, com histórico de reinternações recorrentes; e
- cuidados paliativos em que o alívio da dor e uma boa morte são o objeto do trabalho das equipes.

2.1.1 Fatores que contribuem para a atenção domiciliar

Duarte (2002 apud GALVÃO, 2011), afirma que as projeções demográficas vêm demonstrando que o século XXI se caracterizará pelo crescimento significativo do número de idosos na população, fenômeno já vivenciado em muitos países, inclusive no Brasil. A população idosa entre 60 e 85 anos tende a duplicar, e a acima de 85, triplicar. Estima-se que, em 2025, teremos aproximadamente 32-33 milhões de pessoas com mais de 60 anos em nosso meio.

Outro fator a ser citado é o aumento da necessidade de cuidados médicos em doenças crônicas que podem causar incapacidade funcional.

O fato de o Home Care oferecer e promover aumento na qualidade de vida dos usuários, além da decorrente redução de seus custos com hospitalização, garantindo maior controle na utilização de recursos médicos, terapêuticas diagnósticos. Os custos relacionados ao sistema de saúde são sempre questões preocupantes para os envolvidos com a área de saúde. Estudos internacionais demonstram que as intervenções no atendimento domiciliar equivalem a um terço do custo das intervenções realizadas em ambiente hospitalar. Isso se contrapõe o aumento do custo de tecnologia diagnóstica e tratamento para as operadoras de plano de saúde.

O interesse do cidadão pelo gerenciamento de sua própria saúde e de seus familiares oferece uma oportunidade de transferência programada e responsável de certas tarefas, antes tradicionalmente realizadas pela equipe assistencial, e passa a ser utilizada a chamada função de cuidador informal.

Recursos financeiros insuficientes destinados à saúde pelo Governo, levando-se em consideração o aumento do custo vinculado à prestação de serviços de saúde para pessoas que são ou não asseguradas.

Dificuldades das instituições hospitalares e das operadoras de plano de saúde. Para hospitais e operadoras que enfrentam dificuldades em relação aos pacientes de permanência prolongadas e de alto custo nas instituições hospitalares, a modalidade pode ser uma alternativa de tratamento que mantém ou até mesmo

melhora os padrões de atendimento, reduzindo significativamente o seu custo com internações.

Necessidade de gerenciamento de custos e riscos pelas operadoras de saúde. O gerenciamento de custos tem incentivado as fontes pagadoras a monitorarem todos os parâmetros e meios empregados no fornecimento de serviços aos seus usuários.

A potencialidade inovadora da atenção domiciliar se dá pela maior permeabilidade das equipes aos diferentes aspectos vivenciados pelos usuários e suas famílias e pela produção de um cuidado ampliado que não se restringe aos aspectos biológicos da doença. Assim, são desenvolvidas inovações tecnológicas de cuidado e maiores possibilidades de efetivação do trabalho em equipe, que articula e compartilha diferentes saberes e práticas profissionais nos projetos terapêuticos, com ampliação da autonomia (dos usuários ou dos cuidadores) (SILVA, 2010).

2.1.2 O monitoramento e o controle de custos

De acordo com Galvão et al. (2011), essa modalidade, em geral, consiste em acompanhamento telefônico (direto ao paciente ou cuidador), priorizando o controle de uso de medicamentos controlados e informações sobre a situação do estado geral do paciente; e em visitas médicas e de equipes de enfermagem diretamente em domicílio, realizando consultas e os atendimentos básicos necessários.

Geralmente, as equipes de monitoramento são multidisciplinares, formadas principalmente por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas e psicólogos, que realizam visitas alternadas diretamente na residência do paciente, com o principal objetivo de prestar atendimento, verificando suas reais necessidades, indicando a melhor forma de tratamento e evitando a sua hospitalização.

A redução dos custos observada por meio da assistência domiciliar justifica-se pela diminuição do tempo médio de permanência nas instituições de internação, redução do número de reinternações, aumento da adesão ao tratamento do paciente sob assistência domiciliar, em consequência de haver maior apropriação e singularização por parte da família e da equipe em relação às situações vividas e aos modos de enfrenta-las (SILVA, 2010).

Para Mendes apud Galvão et al. (2011), as grandes seguradoras de serviços

privados de saúde que têm oferecido a assistência domiciliar como alternativa a seus segurados demonstram, por meio de estudos, que o custo da assistência domiciliar é, na grande maioria dos casos, mais vantajoso do que a assistência em ambiente hospitalar.

Lacerda apud Galvão et al. (2011) enfatiza ainda que além da estratégia de otimização dos leitos hospitalares, o sistema de Home Care pode prevenir infecções hospitalares por longas internações e proporcionar um atendimento mais humanizado aos pacientes e aos familiares, oferecendo uma melhora significativa.

A implementação da atenção domiciliar como estratégia inovadora requer reflexão sobre concepções de saúde e de vida que sustentam a organização das práticas no domicílio. É preciso que se considerem elementos como a integralidade do cuidado, a racionalidade econômico-financeira, os sujeitos do cuidado e a articulação com os demais serviços de saúde (SILVA, 2010).

2.2 METODOLOGIA

No tocante ao meio metodológico deste trabalho, optou-se pelo uso da pesquisa quantitativa, com abordagem descritiva-explicativa, utilizando meios retrospectos por arquivos médicos do programa de SIAD/HOME CARE e Sistema de Regulação.

De acordo com Richardson (1999), a pesquisa quantitativa é caracterizada pelo emprego da quantificação, tanto nas modalidades de coleta de informações quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas.

Segundo Gil (1999), as pesquisas descritivas têm como finalidade principal a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre variáveis. São inúmeros os estudos que podem ser classificados sob este título e uma de suas características mais significativas aparece na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados.

Vergara (2000, p. 47) argumenta que a pesquisa descritiva expõe as características de determinada população ou fenômeno, estabelece correlações entre variáveis e define sua natureza. "Não têm o compromisso de explicar os fenômenos que descreve, embora sirva de base para tal explicação".

De acordo com Aaker, Kumar e Day (2004), a pesquisa descritiva, normalmente, usa dados dos levantamentos e caracteriza-se por hipóteses

especulativas que não especificam relações de causalidade.

Já a pesquisa explicativa tem como objetivo básico a identificação dos fatores que determinam ou que contribuem para a ocorrência de um fenômeno. É o tipo de pesquisa que mais aprofunda o conhecimento da realidade, pois tenta explicar a razão e as relações de causa e efeito dos fenômenos (GIL,1999).

Tendo em vista o propósito geral do tipo de pesquisa, a qual possibilita a transformação de dado em informação útil, o método garante o propósito de monitoramento para a redução de custos hospitalares do Hospital Naval.

Sobre a coleta de dados, essa ocorreu no período de janeiro a maio de 2017 no setor administrativo do Programa de SIAD/Home Care, em busca da listagem de atuais usuários, contabilizados em 38 (36 em SIAD e dois em Home Care), como também a data de inserção desses no programa e ocorrências patológicas individuais que motivaram a inclusão no período de janeiro de 2016 a abril de 2017.

Acerca das internações em ambiente interno, ou seja, no próprio hospital, buscou-se disponibilização de histórico das hospitalizações pela Divisão de Enfermagem do Hospital Naval; no entanto os dados foram desconsiderados, pois não havia o custo preciso das referidas internações. No tocante, as internações relacionadas ao ambiente externo, caracterizadas pelo credenciamento com instituições para realização de serviços de média e alta complexidade, fez-se busca de histórico no Sistema de Regulação próprio do SSM, por meio Número de Identificação Pessoal (NIP) e arquivos do Serviço de Auditoria de Contas Médicas do Hospital pesquisado.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Para análise e discussão desta pesquisa, foram coletados dados de 38 beneficiários inscritos no programa de SIAD/Home Care de um Hospital Naval Distrital, no município de Natal/RN. Foi realizado estudo sobre o perfil dos usuários, patologias mais prevalentes, e custo médio mensal de cada beneficiário assistido pelo programa, bem como as aferições das internações apresentadas pelos referidos usuários a partir de sua inserção no programa até abril do ano corrente.

A Assistência Domiciliar é definida como o acompanhamento por meio de visitas eletivas periódicas e, em caráter extraordinário, atendimento emergencial ou pronto atendimento por um ou mais integrantes da equipe de saúde multiprofissional

do SIAD ou de uma organização de saúde credenciada, que prestam atendimento domiciliar, visando a manutenção de estabilidade do quadro clínico dos pacientes.

Atualmente, no Hospital, o programa contempla 38 usuários assistidos, com planos assistenciais compatíveis com suas patologias, variando desde atendimento médico, atendimento de enfermagem, fisioterapia, nutrição, psicologia e fonoaudiologia.

A assistência domiciliar prestada pelo SIAD é definida como o acompanhamento por meio de visitas eletivas periódicas e em caráter extraordinário, atendimento emergencial ou pronto atendimento por um ou mais integrantes da equipe de saúde multiprofissional do SIAD, ou de uma organização de saúde credenciada, que prestam atendimento domiciliar, visando a manutenção de estabilidade do quadro clínico dos pacientes. Atualmente, no Hospital, o programa de SIAD (monitoramento domiciliar) contempla 36 usuários assistidos, com planos assistenciais elaborados de acordo com suas necessidades mais essenciais, compatíveis com suas patologias, variando desde atendimento médico, de enfermagem, fisioterapia, nutrição, psicologia e fonoaudiologia.

A modalidade Home Care conta, hoje, com dois usuários em internação domiciliar, por mandado judicial, com dependência total para Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD). Esses usuários tratam-se de uma criança e uma idosa, e são totalmente dependentes para realização de atividades básicas do cotidiano.

Segundo Sales e Santos (2007) apud Lucchesi e Ferreti-Rebustini (2015, p. 201), “identificar o grau de dependência do idoso permite traçar um plano de cuidados individualizado e especializado, objetivando minimizar os efeitos da hospitalização e auxiliar na reabilitação para as atividades da vida diária”.

A capacidade funcional é a capacidade de um indivíduo de realizar de maneira independente as atividades de vida diária, sejam elas básicas ou instrumentais. A perda funcional pode, muitas vezes, desencadear os estados de maior morbidade e desenvolvimento de complicações (ELLIS; LANGHORNE, 2015 apud LUCCHESI; FERRETI-REBUSTINI, 2015, p. 200).

Os dados coletados no estudo sobre o grau de dependência dos usuários de SIAD/Home Care foram sistematizados no Gráfico 1.

Tabela 1 – Índice de dependência dos usuários de SIAD/Home Care

CLASSIFICAÇÃO	MULHER		HOMEM		TOTAL DE CASOS	
	Qnd	(%)	Qnd	(%)	Qnd	(%)
INDEPENDENTE	4	10,5%	8	21,1%	12	31,6%
PARCIALMENTE DEPENDENTE	1	2,6%	0	0%	1	2,6%
TOTALMENTE DEPENDENTE	15	39,5%	10	26,3%	25	65,8%
TOTAL	20	52,6%	18	47,4%	38	100%

Fonte: Programa de SIAD/Home Care do Hospital Naval (2017).

Conforme pode-se observar na tabela 1 a maioria dos pacientes analisados apresentou dependência total para as ABVD, correspondendo a um percentual de 65,8% do total de usuários inscritos no programa, desses, 39,5% do sexo feminino.

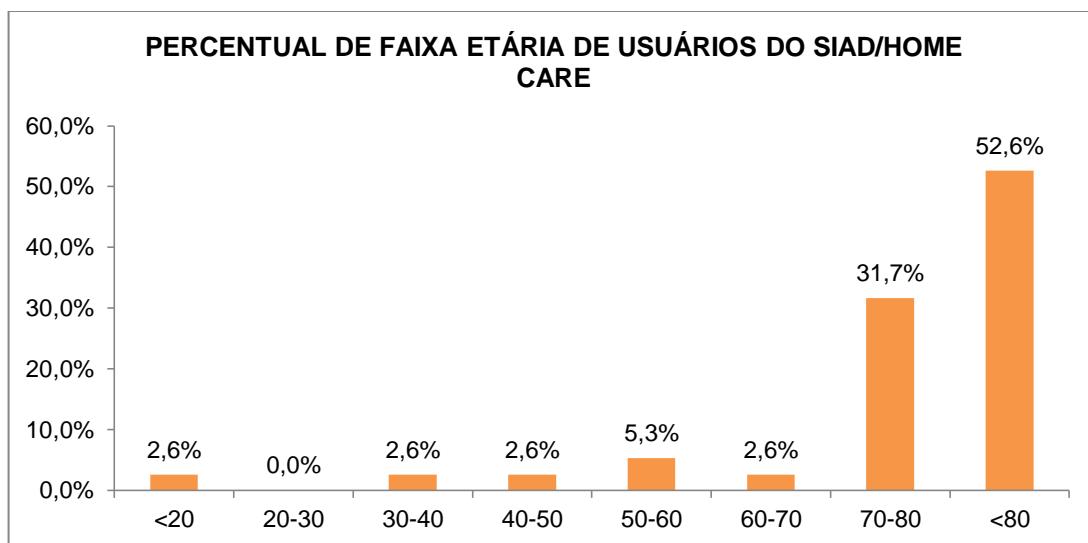
Sales e Santos (2007) apud Lucchesi e Ferreti-Rebustini (2015) dizem que:

Quanto maior a dependência, maior será a requisição de cuidados. O grau de dependência do paciente, portanto, determinará os tipos de cuidados que serão necessários para atender suas demandas, ou pelo menos o modo como serão prestados.

Os planos assistências implementados para os usuários inseridos na modalidade de monitoramento domiciliar em lide, foram elaborados com vistas a minimizar agravos à saúde, considerando-se os indicadores de custos com especialidades e o grau de dependência da maioria dos usuários inseridos no programa, havendo, portanto a contribuição do cuidador familiar na prestação da assistência.

Em relação a faixa etária de usuários do SIAD/Home Care, o gráfico 2 apresenta que dos 38 pacientes estudados 52,6% equivalem a faixa etária acima de 80 anos; entre 70-80 anos, compõem 34,2%. De 50-60 anos 5,3%, até 20 anos 2,6%, entre 30-40 2,6%, 40-50 2,6% e 60-70 2,6%.

Gráfico 1 – Percentual de Faixa Etária de Usuários do SIAD/Home Care



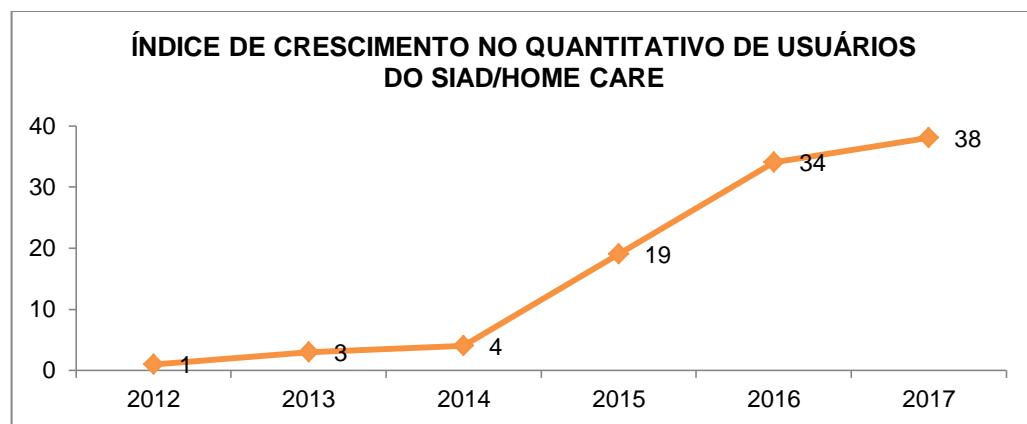
Fonte: Programa de SIAD/Home Care do Hospital Naval (2017).

Segundo o IBGE, em 2015, o Rio Grande do Norte atingiu uma população de 3.455.989 habitantes, dos quais, 371.865 (10,8%) são idosos. Seguindo esta proporção, para a população estimada de 869.954 habitantes, a cidade de Natal possui, atualmente, 93.955 pessoas acima de 60 anos de idade (COSTA, 2016).

No período de 2015 a 2016, observou-se que, o número de usuários do sistema de saúde da Marinha, entre as faixas etárias de 60 anos ou mais, na área do Rio Grande do Norte, correspondeu a, aproximadamente, 31% do total da população assistida. Por conseguinte, o envelhecimento da população tem exigido cuidados mais complexos com custos cada vez mais elevados, ocorrência observada no estudo.

No Gráfico 2 que trata do quantitativo de usuários em atendimento domiciliar entre 2012 a 2017, pode-se observar uma elevação significativa no número de inclusões de pacientes na modalidade de atenção domiciliar. O conhecimento dos usuários acerca dos seus direitos, a necessidade de uma atenção à saúde mais humanizada, com vistas a melhoria da qualidade de vida e a redução de custos e desospitalização, tem contribuído para uma maior procura e incentivo por parte dos gestores pela assistência em domicílio. O SSM tem contribuído para a implementação da atenção domiciliar o que se reflete na elevação de autorizações de novas inclusões ano após ano, em conformidade com a demanda e critérios previamente estabelecidos.

Gráfico 2 – Quantitativo de usuários em atendimento domiciliar entre 2012-2017

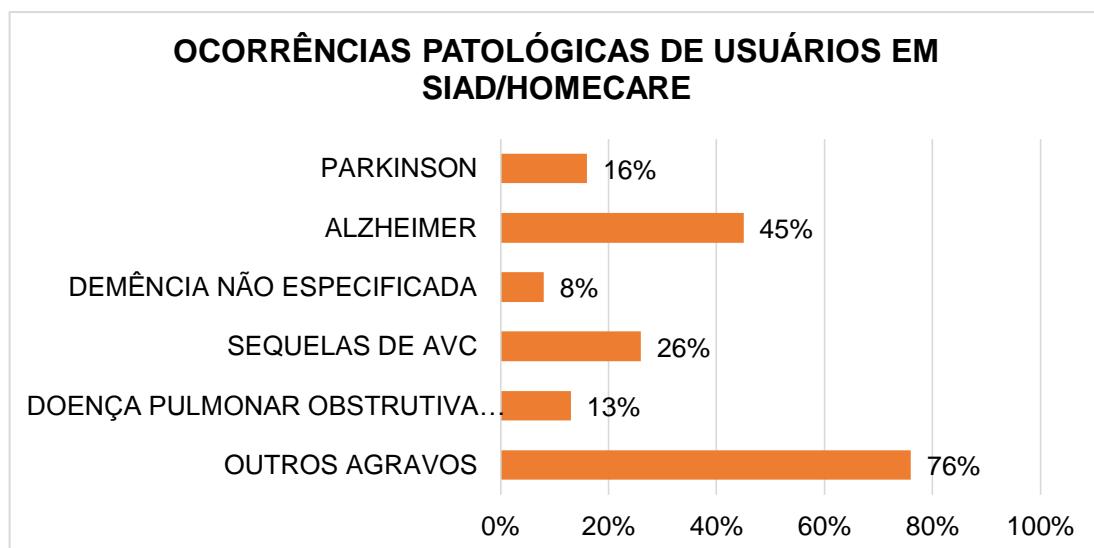


Fonte: Programa de SIAD/Home Care do Hospital Naval (2017).

O Gráfico 3 contém informações a respeito dos diagnósticos clínicos, dos quais o mal de Alzheimer é a mais frequente, com 45%, seguida de Sequelas de AVC, com 26%, Doença de Parkinson com 16%, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), com 13% e Demência não especificada com 8%.

Os agravos não especificados referem-se as patologias: Esclerose Lateral Amiotrófica, Encefalopatia Anóxica e Crônica, Meningite Neonatal, Hipertensão Arterial Sistêmica, Tetraplegia Espástica, Discopatia, Fratura de Fêmur Esquerdo, Fibrilação Atrial Crônica, Síndrome Disfágica, Retardo Mental por Hipóxia Neonatal, Atrofia Espinal Progressiva, Sequela de Hemorragia Intracerebral, Demência Vascular e Neoplasia Benigna da Coluna Vertebral.

Gráfico 3 – Ocorrências de Patologias dos Usuários de SIAD

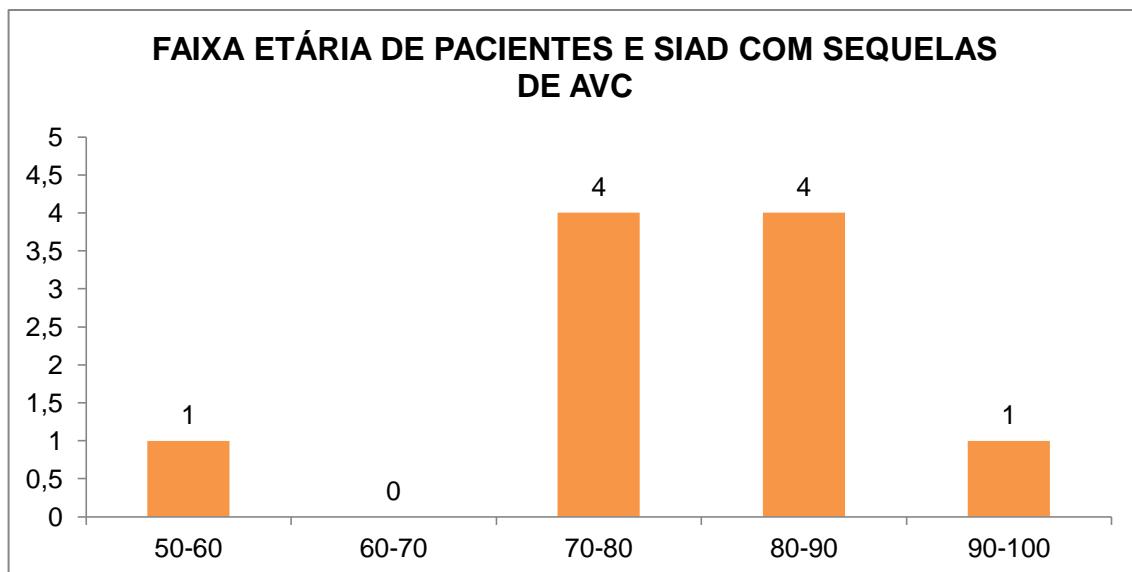


Fonte: Programa de SIAD/Home Care do Hospital Naval (2017).

No programa de Home Care, não citado no gráfico, há dois casos de internação domiciliar, sendo uma por esclerose lateral amiotrófica e outra por paralisia cerebral, ambas com dependência total para atividades básicas da vida diária.

Na análise do gráfico, infere-se que, em virtude da inclusão de novos pacientes no programa de SIAD, com diferentes modalidades de planos assistenciais, houve um incremento no custo da assistência domiciliar pelo Hospital Naval, nos anos avaliados. Por oportuno, cabe salientar que, o ano de 2017 foi atribuído apenas os meses de janeiro a abril, devendo alcançar valores ainda mais elevados que nos anos anteriores, em virtude das tecnologias adotadas na prestação de assistência aos usuários inseridos na atenção Home Care. Outro fator a ser considerado na elevação de custos a cada ano é a mudança nas tabelas dos editais praticados, a incorporação de novas tecnologias em saúde, e a Variação de Custo Médico Hospitalar (VCMH).

Gráfico 4 – Faixa etária de pacientes no SIAD portadores de sequelas de AVC



Fonte: Programa de SIAD/Home Care do Hospital Naval (2016).

Rangel, Belasco e Diccini (2013) apontam que, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), 15 milhões de pessoas apresentam AVC, ao ano. Dessas, 5 milhões morrem em decorrência do evento e grande parte dos sobreviventes apresentam sequelas físicas e/ou cognitivas. Foi observado neste estudo que, os pacientes diagnosticados com AVC, inseridos no programa,

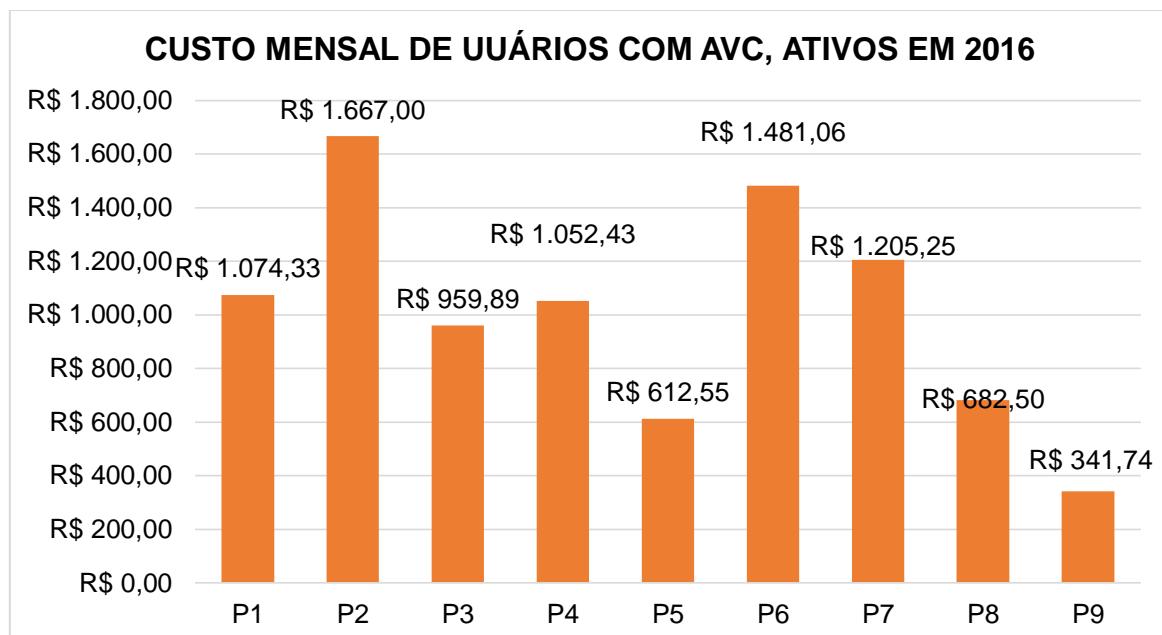
correspondiam a 26% do total dos pacientes, segunda maior prevalência dos índices. Dessa população, 55% apresentam dependência total de ABVD, necessitando de atendimento multiprofissional para mitigação de agravos à saúde e melhoria da qualidade de vida.

Scalzo et al. (2010) apontam que:

A prevalência de AVC é alta e, atualmente 90% dos sobreviventes desenvolvem algum tipo de deficiência, com predomínio dos prejuízos das funções sensitivas, motoras, como as funções de equilíbrio e de marcha, além do déficit cognitivo e de linguagem. Dentre as alterações sensitivas e motoras, destaca-se a hemiplegia, caracterizada pela perda de controle motor, acompanhada ou não de déficits sensoriais.

Os custos com os pacientes com sequela de AVC variam de R\$ 341,74 a R\$1.667,00, conforme se observa no Gráfico 5.

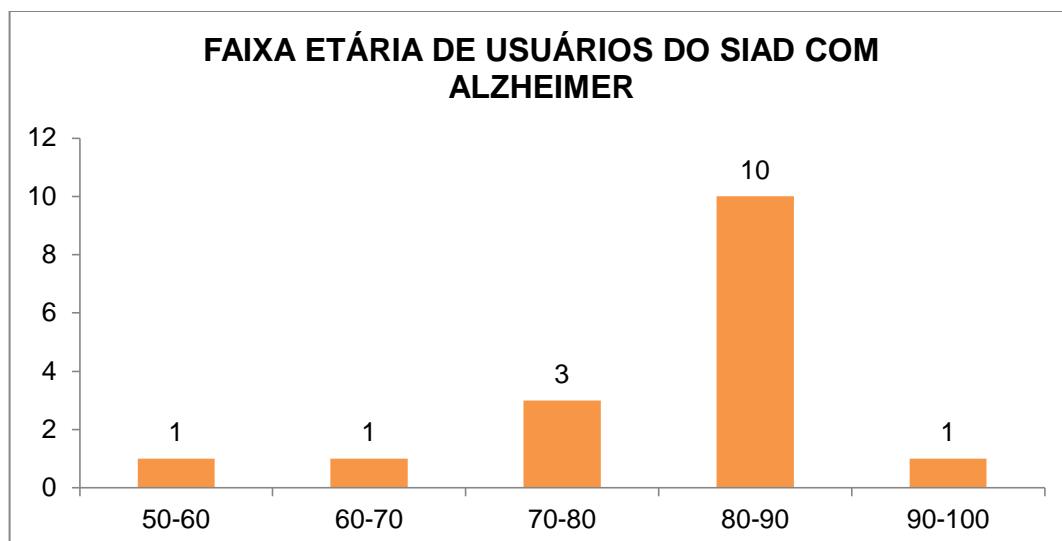
Gráfico 5 – Custos mensais de pacientes com sequelas de AVC no SIAD, 2016



Fonte: Programa de SIAD/Home Care do Hospital Naval (2016).

No tocante a patologia AVC, 82% dos pacientes avaliados apresentam déficit motor, necessitando de acompanhamento fisioterapêutico, dos quais 36% necessitam de fisioterapia motora e os outros 45% de fisioterapia motora e respiratória, em conformidade com o observado na literatura; esse é o principal gasto na prestação de assistência aos pacientes com tal agravo.

Gráfico 6 – Faixa etária de pacientes no SIAD portadores de mal de Alzheimer

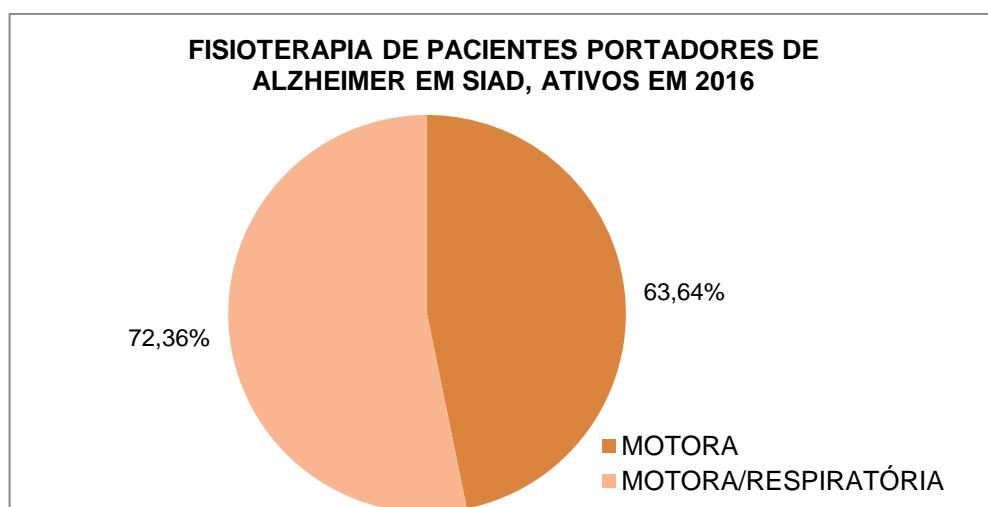


Fonte: Serviço de Auditoria de Contas Médicas (2016).

Dentre os usuários inscritos no programa, como podemos observar no Gráfico 7,29% apresenta a patologia demencial, onde desses, 85% possuem Doença de Alzheimer. Costa (2016) retrata que:

Entre as pessoas idosas, a demência faz parte do grupo das mais importantes doenças que acarretam declínio funcional progressivo e perda gradual da autonomia e da independência. A incidência e a prevalência das demências aumentam exponencialmente com a idade. [...] Dentre os tipos de demência, a Doença de Alzheimer configura-se, hoje, como a mais prevalente.

Gráfico 7 – Tipos de fisioterapia por pacientes portadores de Alzheimer

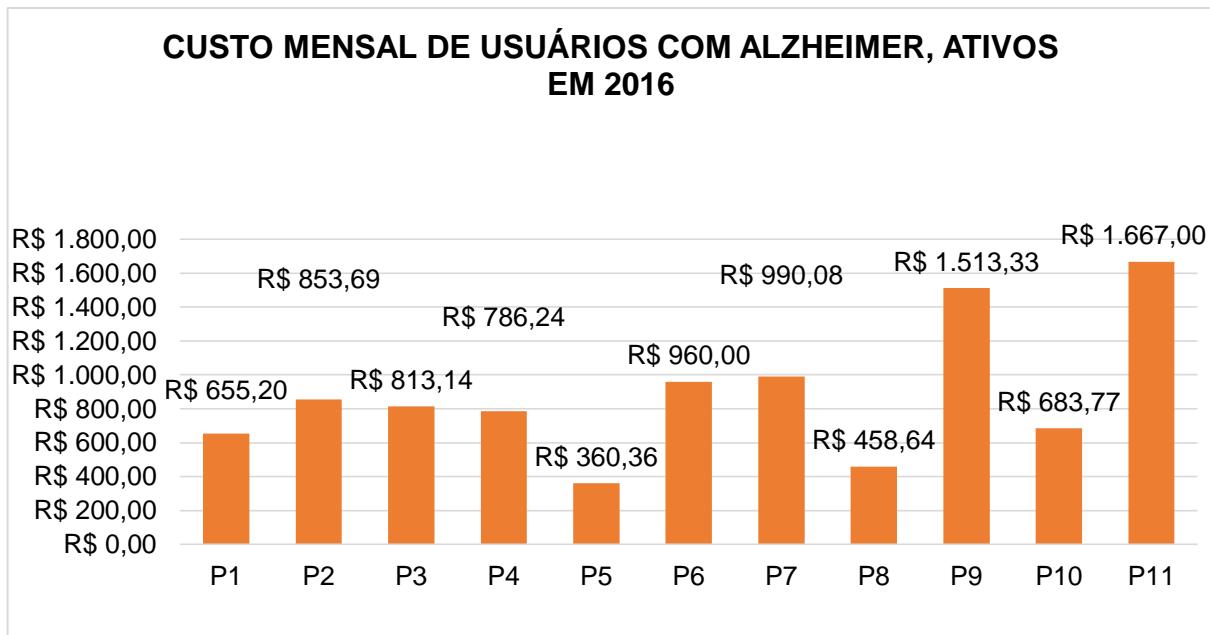


Fonte: Serviço de Auditoria de Conta Médicas (2017).

O tratamento da doença de Alzheimer é feito por diferentes profissionais da área da saúde e acompanhado com medicamentos com indicação médica. Não existe tratamento preventivo, nem paliativo ou curativo da doença, mas muito se pode fazer por esses pacientes para que possam usufruir de uma melhor qualidade de vida. A doença de Alzheimer necessita de uma reabilitação global, o que exige uma equipe multidisciplinar em seu tratamento, e nessa equipe o fisioterapeuta tem um papel importantíssimo já que o mesmo tenta proporcionar ao paciente tanto uma reabilitação motora quanto o retorno às relações pessoais e interpessoais, e tentando tornar possível a independência do paciente nas realizações de suas tarefas diárias (CARVALHO et al., 2008).

Na análise dos planos assistenciais ofertados aos pacientes portadores de demência por mal de Alzheimer na amostra analisada, a fisioterapia foi a modalidade assistencial mais requerida pelos usuários, onde 63,64% necessitam de fisioterapia motora e 72,36% de fisioterapia motora e respiratória.

Gráfico 8 – Custos mensais de pacientes com Alzheimer no SIAD, 2016.



Fonte: Programa de SIAD/Home Care do Hospital Naval (2016).

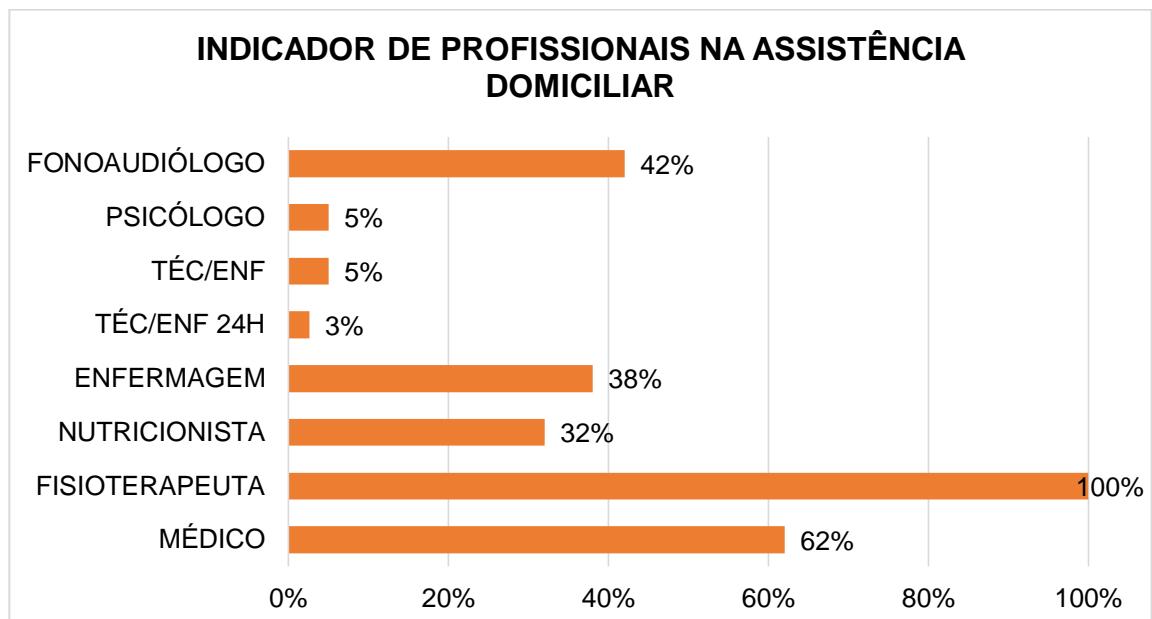
Na análise dos custos, com a referida patologia, observa-se no Gráfico 8 que esses variam entre R\$ 360,00 a R\$ 1.667,00. A fisioterapia ainda configura-se como a assistência mais prevalente no plano assistencial oferecido aos usuários, sendo 63,64% para prestação de assistência em fisioterapia motora/respiratória e 72,36% para fisioterapia motora, configurando-se o maior custo na modalidade de

monitoramento do programa SIAD para esses usuários.

Entre os profissionais listados na área da Assistência Domiciliar, encontram-se Enfermeiros, Fisioterapeutas, Médicos, Técnicos de Enfermagem, Auxiliares de Enfermagem, Fonoaudiólogos, Nutricionistas, Psicólogos e Terapeutas Ocupacionais (FLORIANI; SCHRAMM, 2004). Desse modo, a AD é o ato de assistência ao paciente em que o profissional provê os cuidados, tratamentos ou serviços, segundo um plano de tratamento estruturado, que requeira o retorno programado do profissional, para cumprir metas terapêuticas, curativas, reabilitárias ou paliativas, cujas tarefas necessárias não precisem de internamento hospitalar para ser desenvolvidas (HIRSCHFELD; OGUISSO, 2002).

Diante dessa premissa a análise dos indicadores de profissionais na assistência domiciliar prestada pelo programa de SIAD/Home Care estudado demonstra que a despeito da necessidade de acompanhamento multiprofissional, atualmente em virtude das demandas apresentadas pelos usuários, os profissionais mais requeridos na atenção domiciliar são os fisioterapeutas e médicos, configurando-se, portanto o maior gasto no planejamento assistencial, conforme Gráfico 9.

Gráfico 9 – Relação de profissionais na assistência domiciliar

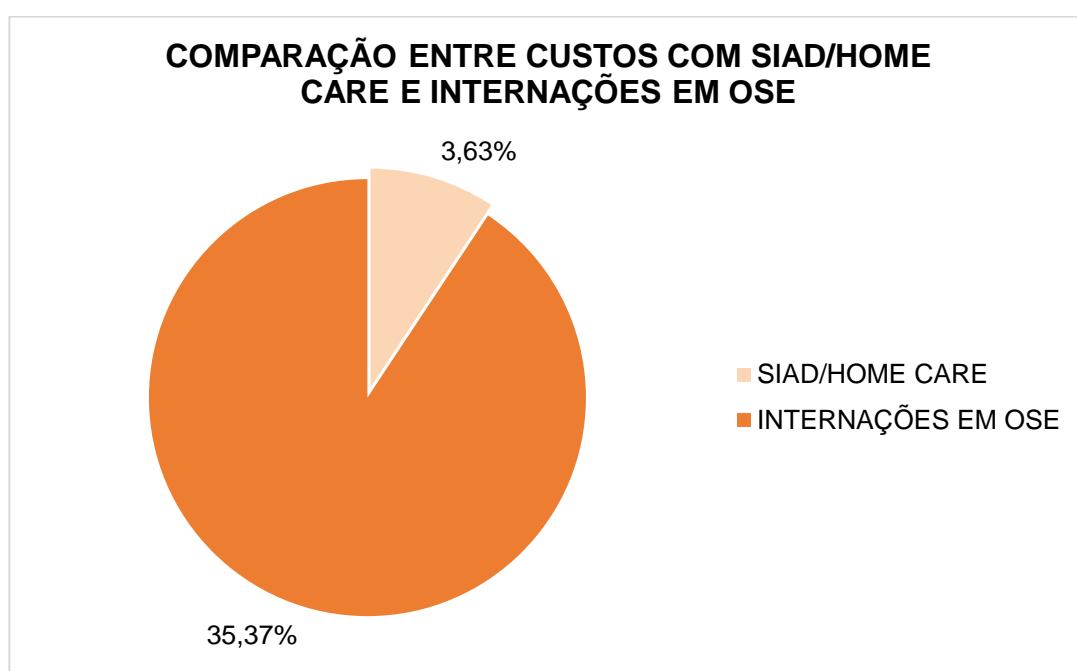


Fonte: Programa de SIAD/Home Care do Hospital Naval (2017).

O Plano Assistencial Individualizado consiste na demanda profissional que o

beneficiário necessita pela patologia que possui, sendo definida em avaliação inicial, na inserção do serviço, onde pode ser acrescido ou diminuído, a depender da evolução do quadro do paciente. Pode-se observar que todos os usuários do serviço possuem auxílio fisioterapêutico, seguido em 62% deles por consultas médicas periódicas, 32% com Nutricionista, 42% com Fonoaudiólogo, 38% com Enfermeiro, 5% com Técnico de Enfermagem, 3% com Técnico de Enfermagem 24h e 5% com Psicólogo.

Gráfico 10 – Comparativo de custos com SIAD/Home Care e internações em OSE.

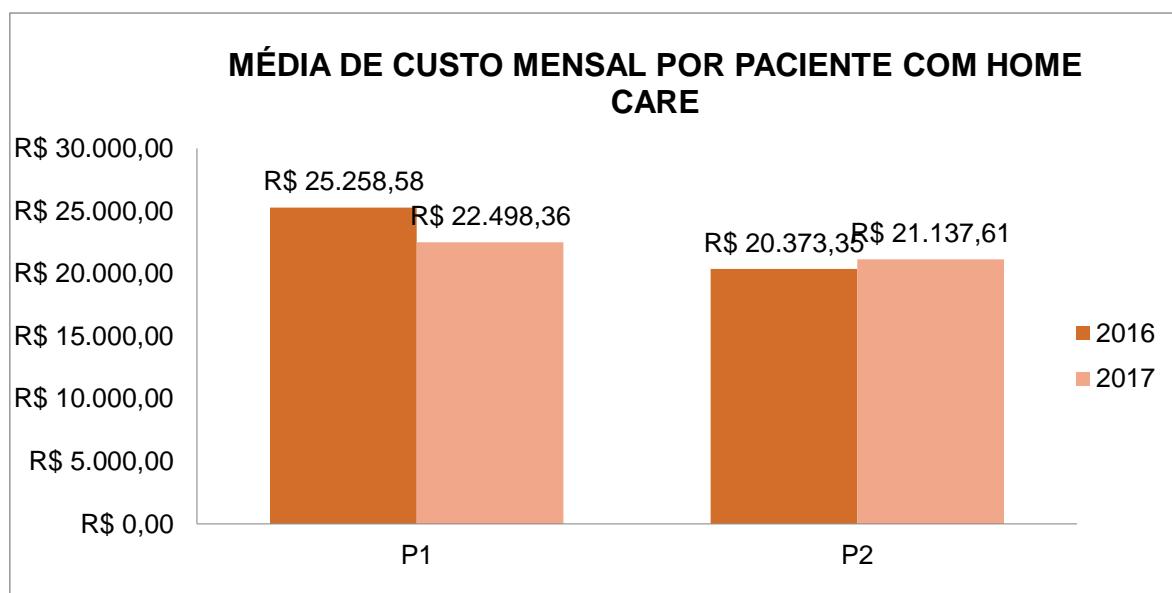


Fonte: Programa de SIAD/Home Care do Hospital Naval (2017).

As vantagens de escolha de tratamento em atenção domiciliar refletem tanto no usuário, pela comodidade de seu lar e atendimento diferenciado pelos profissionais, como para a instituição, que possibilita a redução de custos com internações hospitalares. No Gráfico 10 que apresenta um comparativo de custos com SIAD/Home Care e Internações em OSE, pode se observar que, no ano de 2016, apesar do aumento de inclusões do serviço de atenção domiciliar, os gastos com assistência em saúde com atenção suplementar equivaleram a R\$ 21.378.729,13, sendo desses R\$ 776.811,78 em SIAD/Home Care, e R\$ 7.561.966,87 para internações de média a alta complexidade em unidades hospitalares credenciadas, considerando-se a incapacidade do Hospital Naval de absorver toda a sua demanda. No tocante, ao percentual de custos com essas

internações e a modalidade em pesquisa equivaleram respectivamente, a 35,37% e 3,63% do total, onde conclui-se que é um maior investimento na atenção domiciliar poderá contribuir na redução dos gastos em saúde, bem como na possibilidade de uma melhor qualidade de vida do usuário.

Gráfico 11 – Média mensal de custo com internação domiciliar 2016 até ABR 2017.



Fonte: Programa de SIAD/Home Care do Hospital Naval (2017).

A modalidade de internação domiciliar (Home Care), atualmente com dois pacientes inseridos por demanda judicial, apresentou custo médio mensal, o Gráfico 12 revelar que no ano de 2016 (de janeiro a dezembro) equivalente a 72,2% do total gasto em atenção domiciliar pelo programa de SIAD/Home Care ofertado pelo Hospital Naval. No ano de 2017 (dados computados até abril), com acréscimo de usuários no programa de monitoramento SIAD, o gasto com a internação domiciliar, até o mês de abril, girou em torno de 55% do total de despesas para essa modalidade de atendimento. Infere-se que a perspectiva para o ano de 2017 é a admissão de mais 25 novos usuários no programa no monitoramento domiciliar, com essa previsão é possível alcançar, ao final do corrente ano, um montante de 60 pacientes.

Tabela 2 – Índice de reinternações em hospitais credenciados

PACIENTES	2016	2017
P1	0	1
P2	1	0
P3	1	0
P4	0	1

Fonte: Serviço de Auditoria de Conta Médicas (2017).

Na modalidade de SIAD/Home Care, no que diz respeito ao numerário de internações de beneficiários do SIAD/Home Care após a sua adesão no benefício, pode-se observar, através da Tabela 2, que dos 38 usuários, 4 internaram em hospitais credenciados entre 2016 e 2017; este valor equivale a, aproximadamente, 10,5% de taxa de reinternação dentre os beneficiários. Para efeitos de custo, só foram computadas as internações efetuadas em OSE. As reinternações realizadas em estabelecimento próprio não foram inseridas nesta pesquisa

Tabela 3 – Comparativo de custos diárias com internações em OSE e SIAD/Home Care.

PACIENTES	CUSTO MENSAL EM SIAD/HOME CARE	CUSTO DE INTERNAÇÃO EM OSE
P1	R\$ 841,95	R\$ 1.908,00
P2	R\$ 40,00	R\$ 318,00
P3	R\$ 29,93	R\$ 15.105,00
P4	R\$ 50,44	R\$ 136,61

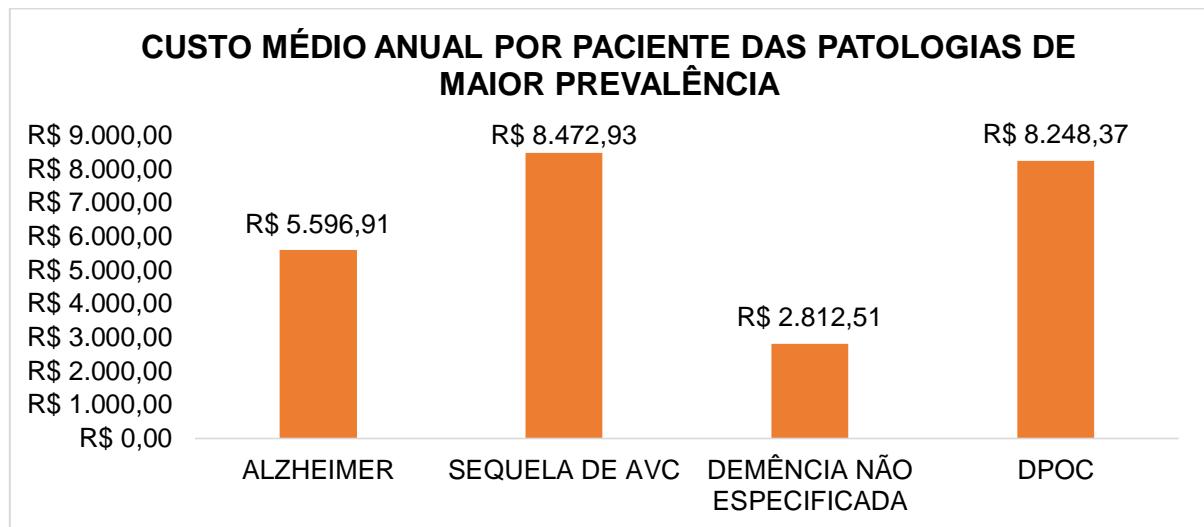
Fonte: Serviço de auditoria de contas Médicas (2017).

A Tabela 3 acima foi elaborada, tomando-se por base o plano assistencial adotado para cada paciente individualmente, considerando-se suas necessidades e patologias. Para efeito de custos, o valor da assistência com equipe multiprofissional prestada no monitoramento domiciliar e no atendimento de internação domiciliar (Home Care), foi calculado com base na diária, dividindo-se o custo total do plano assistencial por um mês de prestação de assistência.

Os usuários listados na referida tabela apresentaram internações de média e alta complexidade, no período em referência, sendo os custos apresentados acima referentes ao valor total da internação, divididos por trinta dias de prestação de

assistência, não podendo ser considerado como valor de diária. Da análise dessa tabela, infere-se que a atenção domiciliar configura-se em uma modalidade de prestação de assistência viável, considerando-se não apenas o custo, como também a qualidade de vida aos usuários com patologias crônicas, dependentes de cuidados permanentes de saúde.

Gráfico 12 – Custo médio/paciente das patologias mais prevalentes no SIAD em 2016.



Fonte: Serviço de Auditoria de Contas Médicas (2016).

No Gráfico 12, observa-se dentre as patologias mais prevalentes, a sequela de AVC e a DPOC são as que envolvem o maior custo anual, tendo em vista que na análise dos planos assistenciais o gasto com fisioterapia e visitas médicas aos pacientes com essas patologias foram mais frequentes, elevando, portanto, o custo com essa oferta de serviço no monitoramento domiciliar.

Tendo em vista o crescimento gradual de beneficiários em programa de Atenção Domiciliar do Hospital Naval pesquisado, o desempenho de suas atividades na atenção à saúde desses usuários do SSM ocorre de forma positiva, o qual oferta atendimento individualizado, tomando como base a demanda que possui e quadro de evolução patológica particular.

4 CONCLUSÕES

As patologias de maior prevalência dentre os usuários do programa,

Alzheimer e Sequelas de AVC, possuem maior custo dentre as demais, pela evolução agressiva da doença e, consequentemente, maior demanda de profissionais de saúde para tratamento.

Sobre o montante de despesas em saúde do Hospital, nota-se que, em 2016, os custos com SIAD/Home Care foram de baixo grau, em torno de 3%, diferentemente dos custos com internações em OSE, o qual correspondeu a cerca de 35% do total.

O monitoramento do programa infere que, no ano de 2016, o serviço demonstrou ser fator relevante para a redução de custos à instituição, tendo em vista o baixo quantitativo de reinternações dos beneficiários, em torno de 7%, desde sua inserção individual.

Em comparativo aos custos mensais de cada usuário que sofreram tais internações, pode-se notar a diferença do relacionado com diárias hospitalares, em 30 dias corridos.

Portanto, a atenção domiciliar contribui positivamente, tanto para o usuário, pela atenção individualizada, melhoria na qualidade de vida com suas patologias crônicas e dependências diárias de cuidados permanentes em saúde, como para a instituição estudada, que obteve índices financeiros efetivos para a estratégia de redução de custos.

Acredita-se que, no ano de 2017 ocorra admissão de mais 25 novos usuários no programa no monitoramento domiciliar (tendo em vista os usuários que solicitaram inclusão e aguardam a autorização da Diretoria de Saúde da Marinha) com essa previsão é possível alcançar, ao final do corrente ano, um montante de 60 pacientes.

REFERÊNCIAS

AAKER, D. A.; KUMAR, V.; DAY, G. S. **Pesquisa de marketing**. São Paulo: Atlas, 2004.

BRASIL. Ministério da Defesa. Marinha do Brasil. **Diretoria Geral do Pessoal. Normas para assistência médica hospitalar**. Rio de Janeiro, 2012. (DGPM-401).

CARVALHO, Kallynne Rodrigues de. O método Kabat no tratamento fisioterapêutico da doença de Alzheimer. **Revista Kairós**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 181-195, 2008.

COSTA, R. M. **Guia Básico de Atenção à Saúde do Idoso**. Prefeitura Municipal de Natal. Departamento de Atenção Básica. Natal, 2016.

FABRÍCIO, S.C.C.; WEHBE, G. NASSUR, F.B; DE ANDRADE, J.I. **Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior paulista**. Rev. Latino-Americana de Enfermagem, v.12, n.5, p.271-6, 2004.

FEUERWERKER, L. M.; MERHY, E. E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Rev Panam Salud Publica**, v. 24, n. 3, p. 180-189, 2006.

FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução?. **Caderno de Saúde Pública**, v. 20, n. 4, p. 986-994, jul./ago. 2004.

GALVÃO, R. C. et al. Análise de indicadores de monitoramento de pacientes portadores de doenças crônicas: estratégias de redução de custos. **Rev. O mundo da saúde**, v. 35, n. 4, p. 427-437, 2011.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

HIRSCHFELD, M. J.; OGUISSO, T. Visão panorâmica da saúde no mundo e a inserção do home care. **Revista Brasileira**, n. 4, p. 452-459, jul./ago. 2002.

LUCCHESI, P. A. de O; FERRETI-REBUSTINI, R. E. de L. Intervenções de enfermagem descritas para idosos hospitalizados segundo grau de dependência para as Atividade Básicas e Vida Diárias. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 199-215, jan./mar. 2015.

RANGEL, E. S. S.; BELASCO, A. G. S.; DICCINI, S. Qualidade de vida de pacientes com acidente vascular cerebral em reabilitação. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 26, n. 2, p. 205-212, 2013.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

SCALZO, P. L. et al. Qualidade de vida em pacientes com Acidente Vascular Cerebral: clínica de fisioterapia. **Revista de Neurociências**, Puc Minas Betim, v. 18, n. 2, p. 139-144, 2010.

SILVA, K. L. et al. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. **Rev. Saúde Pública**, v. 44, n. 1, p. 166-176, 2010.

VERGARA, Sylvia C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 3. ed. Rio de Janeiro: Atlas, 2000.