



**Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto –
FAMERP**

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado

Giliane Fabíola Martins dos Reis

**Atenção Domiciliar: análise do perfil dos
pacientes na utilização de recursos e custos
em uma cidade do sudeste do Brasil**

São José do Rio Preto

2018

Atenção Domiciliar: análise do perfil dos pacientes na utilização de recursos e custos em uma cidade do sudeste do Brasil

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) para obtenção do título de mestre.

Linha de Pesquisa: Gestão e Educação em Saúde

Orientadora: Profa. Dr^a Marli de Carvalho Jericó

São José do Rio Preto

2018

Ficha Catalográfica

Reis, Giliane Fabíola Martins dos

Atenção Domiciliar: análise do perfil dos pacientes na utilização de recursos e custos em uma cidade do sudeste do Brasil./Giliane Fabíola M. dos Reis.
São José do Rio Preto, 2018. 89 p.

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto-FAMERP
Linha de Pesquisa: Gestão e Educação em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Marli de Carvalho Jericó

1. Atenção domiciliar; 2. Custos e análise de custos; 3. Economia da enfermagem; 4. Gestão em Saúde.

**Atenção Domiciliar: análise do perfil dos
pacientes na utilização de recursos e custos
em uma cidade do sudeste do Brasil**

BANCA EXAMINADORA

DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE

Presidente: Prof^ª Dr^ª Marli de Carvalho Jericó

1º Examinador:.....

2º Examinador:.....

1º Suplente:.....

2º Suplente:.....

São José do Rio Preto, /

SUMÁRIO

Dedicatória	i
Agradecimentos	ii
Epígrafe	iii
Lista de Tabelas e Quadros	iv
Lista de Abreviaturas e Símbolos	v
Resumo	vi
Abstract	vii
Resumen	viii
1- INTRODUÇÃO	1
1.1-Origens da Atenção Domiciliar	1
1.2-Panorama nacional sobre a Atenção Domiciliar	3
1.3-Objetivo Geral	7
1.3.1-Objetivos Específicos	7
2-ARTIGOS CIENTÍFICOS	8
2.1-Manuscrito 1	9
2.2-Manuscrito 2	25
3-CONCLUSÃO	43
REFERÊNCIAS	44
APÊNDICES	84
ANEXOS	89
DIVULGAÇÃO	91

DEDICATÓRIA

*Agradeço á Deus, pela saúde, paz e proteção para a
concretização
de mais uma conquista na minha vida;*

*À minha família, pai e irmã, por todo apoio e motivação. Vocês
são o alicerce da minha vida;*

*À minha amada filha, Heloisa, que é a minha fonte de força e
inspiração. Te amo, filha;*

*Em especial, a minha querida mãe (in memorian), que foi a
minha primeira mestra nessa vida cuja doçura, sabedoria,
resignação, paciência, conduziram meus passos até esse
momento especial da minha vida.*

À senhora todas as honrarias dessa conquista.

*Aos meus amigos, com quem sempre pude compartilhar todos os
momentos, esse em especial.*

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, agradeço por toda a paciência e carinho a mim dispensados nessa jornada. Obrigada pelos conhecimentos repassados, sobretudo na fase de lapidação e construção do conhecimento sem os quais seria impossível de polir o meu saber. Exemplo de humanidade, ética, conhecimento e amizade. Deus a abençoe imensamente.

Aos meus colegas de turma do mestrado da FAMERP, ano de 2015, pelos momentos que compartilhamos juntos na construção do nosso saber.

À Prof^a Adília Maria Pires Sciarra pela disponibilidade para tradução do resumo deste estudo para o inglês. À Prof^a Daniela Mota Segantini, pelo resumo em espanhol.

Aos colaboradores da Pós Graduação em Enfermagem Juliana e Sonia pelo suporte oferecido sempre com muita dedicação.

Agradeço a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de São José do Rio Preto, pela oportunidade para a realização dessa pesquisa. Ao Serviço de Atenção Especializada (SADE), em especial à Enfermeira Andréia Aparecida Silveira Maloni, por nos ceder o campo de estudo. Agradeço aos demais departamentos envolvidos, para a obtenção dos dados.

À FAMERP, por favorecer a minha qualificação profissional e desenvolvimento de ciência em saúde.

À CAPES, pelo financiamento desta pesquisa.

“...onde estiver o vosso tesouro, aí estará também o vosso coração”

Lucas 12,34

MANUSCRITO 01

Quadro 01	Demonstrativo dos indicadores, tipo e fórmula padrão para o monitoramento do SAD	12
Tabela 1-	Caracterização dos pacientes em AD (N= 621). São José do Rio Preto-2017.	13
Tabela 2-	Caracterização dos principais motivos da admissão na AD e correlação do tempo de permanência, segundo faixa etária (N= 621). São José do Rio Preto-2017.	15
Tabela 3-	Correlação entre os principais motivos da admissão na AD e o tempo de permanência (N=621). São José do Rio Preto-2017.	16
Tabela 4-	Distribuição dos indicadores de desempenho do SAD em 2014. São José do Rio Preto-2017.	17

MANUSCRITO 02

Tabela 1 -	Comparação do perfil dos pacientes em AD (n= 761) e dos em AD internados (n= 95) durante o ano de 2014. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2018.	29
Tabela 2 -	Demonstrativo da composição dos custos (R\$) do SAD em 2014 (N= 761). São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2018.	31
Tabela 3 -	Demonstrativo da composição dos custos (R\$) e do tempo de permanência(dias) da internação hospitalar dos pacientes do SAD durante o ano de 2014(N= 95). São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2018.	32
Tabela 4 -	Distribuição do custo médio total dia dos pacientes em AD e da internação hospitalar, durante o período de 2014(R\$). São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2018.	32

AD	Atenção Domiciliar
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AD1	Atenção Domiciliar tipo 1
AD2	Atenção Domiciliar tipo 2
AD3	Atenção Domiciliar tipo 3
ANOVA	Análise de Variância
AVC	Acidente Vascular Cerebral
APS	Atenção Primária em Saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CID-10	Classificação Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde versão 10
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DERAC	Departamento de Regulação e Controle
EUA	Estados Unidos da América
EMAD	Equipe Multidisciplinar em Atenção Domiciliar
EMAP	Equipe Multidisciplinar de Apoio
EV	Endovenoso
G	Grande
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
ID	Internação Domiciliar
ICN	<i>Internacional Council of Nurses</i>
IPSGO	Instituto Assistencial dos Servidores Públicos do Estado de Goiás
IM	Intramuscular
MS	Ministério da Saúde
OPME	Órteses Próteses e Materiais Especiais
R\$	Moeda Real

RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RAB	Rede de Atenção Básica
RUE	Rede de Urgência e Emergência
RAS	Rede de Atenção em Saúde
REBEN	Revista Brasileira de Enfermagem
REEUSP	Revista da Escola de Enfermagem da USP
M	Médio
SUS	Sistema Único de Saúde
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SADT	Serviço de Apoio à Diagnose e Terapia
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SINDHRIO	Sindicato dos Estabelecimentos de Saúde do Município do Rio de Janeiro
SC	Subcutâneo
SNE	Sondagem nasoenteral
SNG	Sondagem nasogástrica
TCE	Trauma Crâneo Encefálico
TP	Tempo de Permanência
UNIDAS	União das Instituições de Autogestão em Saúde
VD	Visita Domiciliar

RESUMO

Introdução: A Atenção Domiciliar (AD) é uma modalidade de cuidado que retorna ao cenário mundial com a premissa de otimizar os gastos do sistema de saúde e ao mesmo tempo, oferecer suporte seguro e eficaz para os pacientes. **Objetivo:** Analisar a Atenção Domiciliar em relação ao perfil dos pacientes na utilização de recursos e custos relacionados ao serviço público de saúde, em uma cidade do sudeste do Brasil. **Método:** Trata-se de um estudo transversal, exploratório, descritivo-analítico, retrospectivo (2014) e de natureza quantitativa de um Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) público. A coleta de dados ocorreu por meio de análise dos prontuários dos pacientes, dados do almoxarifado e do sistema de informação do SAD e do Sistema Único de Saúde (SUS). O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética (parecer nº 1.268.061). **Resultados:** Dos 621 pacientes em AD investigados, houve predomínio de mulheres 55,1%, de idosos 74,9%, com ensino fundamental 63%. O principal motivo da admissão do idoso foi Acidente Vascular Cerebral-29,5%. Os indicadores anuais apontaram média de 230,42(DP:74,52) pacientes, média de tempo de permanência 145,80(DP:23,66) dias, média de atendimentos 2.969,04 (DP:960,69) e taxa de procedimentos realizada pelo SAD foi em média 840,7 (2014), taxa de alta média-6,31%(DP: 5,99), taxa de óbito média-4,87%(DP:4,74) e de desospitalização-2,50%(2,40). O custo/médio/mensal do SAD foi de R\$ 215.595,00 e o custo/médio das internações do pacientes em AD R\$ 1.648,00. A diferença entre o custo médio paciente/dia do SAD e custo médio paciente/dia da internação de seus pacientes variou de R\$ 28,26 a R\$294,46, sendo o custo médio paciente/dia do SAD 1.041% menor que o da internação hospitalar. **Conclusão:** Os achados permitem alinhar as atividades cuidativas ao perfil de seus pacientes e os indicadores direcionam a tomada de decisão do enfermeiro gestor favorecendo melhorias no gerenciamento do serviço. A diferença encontrada nesse estudo favorece o gerenciamento de caso de cada paciente atendendo às suas necessidades em domicílio e reitera a garantir a viabilidade econômica e assistencial da AD, bem como o uso efetivo dos recursos no sistema de saúde público.

Palavras-chave: Atenção Domiciliar; Custos e Análise de Custos; Economia da Enfermagem; Gestão em Saúde; Avaliação de Programas e Projetos de Saúde; Indicadores.

ABSTRACT

Introduction: Home Care (HC) is a care modality that returns to the world environment aiming to optimize health care burden as well as to provide safety and effective supporting to the patients. **Objective:** To analyze Home Care Service in relation to the patients' profile on the use of resources and costs from the public health care in a city in southeastern Brazil. **Method:** This is a cross-sectional, exploratory, descriptive – analytic, retrospective (2014) study with a quantitative approach of a Home Care Service (HCS). Data collection was performed through the analysis of patients' records, data from the warehouse and the information system of the HCS and the Unified Health System (SUS). The research project was approved by the Ethics Committee (n . 1,268,061). **Results:** Out of the 621 patients undergoing the HC service; women were predominant 55.1% ; elderlies 74.9%; with elementary education, 63%. Cerebral Vascular Accident-29.5% was the main reason for these elderlies' admission. Yearly indicators showed a mean of 230.42 (SD: 74.52) patients, mean length of staying 145.80 (SD: 23.66) days, mean number of medical care 2,969.04 (SD: 960.69) and mean rate of SAD procedure was 840.7 (SD: 5.99), mean of hospital discharge 6.31% (SD 5.999) , mean of death rate-4.87% (SD: 4.74) and de-hospitalization 2.50% (2.40). Total cost amount of HCS was a mean of R\$ 215,595.00, and the total cost of the patients' hospitalization at HC R\$ 1, 648.00. The difference between the average patient cost / day of HCS and the average patient / day cost of the hospitalization of these patients ranged from R \$ 28.26 to R \$ 294.46, with the average patient / day cost of HCS 1.041% lower than the cost of hospital admission. **Conclusion:** These findings allowed to outline the care activities according to the patients' profile, and the indicators have guided the decision-making of the nurse manager to improve the management of the service. The difference found in this study has provided subsidies for the case

management of each patient according to their needs at home and strengthens the economic viability and assistance at HC, as well as the effective use of the resources in the public health system.

Keywords: Home Care; Cost and Cost analysis; Nursing Economics; Health Management; Evaluation Programs and Health Projects; Indicators.

RESUMEN

Introducción: La Atención Domiciliaria (AD) es una modalidad de cuidado que regresa al escenario mundial con la premisa de optimizar los costes del sistema de sanidad y al mismo tiempo, ofrecer soporte seguro y eficiente a los pacientes. **Objetivo:** Evaluar la Atención Domiciliaria de acuerdo con el perfil de los pacientes y el uso de recursos y costes relacionados al servicio público de sanidad, en una ciudad del sudeste de Brasil. **Metodología:** Este es un estudio transversal, exploratorio, descriptivo-analítico, retrospectivo (2014) y de naturaleza cuantitativa de un Servicio de Atención Domiciliaria (SAD) público. La recolección de datos ocurrió a través del análisis de los archivos de los pacientes, datos del almacén hospitalar, datos del sistema de información del SAD y del Sistema Único de Sanidad (SUS). El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética (parecer nº 1.268.061). **Resultados:** De los 621 pacientes en AD investigados, hubo predominio de mujeres 55,1%, de ancianos 74,9%, con educación primaria 63%. El principal motivo de admisión de ancianos fue por Accidente Cerebrovascular-29,5%. Los indicadores anuales apuntaron un promedio de 230,42 (DP:74,52) pacientes, un promedio de tiempo de permanencia de 145,80 (DP:23,66) días, un promedio de atendimientos de 2.969,04 (DP:960,69). La tasa de procedimientos realizada por el SAD obtuvo un promedio de 840,7 (2014), tasa de alta médica-6,31% (DP: 5,99), tasa media de fallecimiento-4,87% (DP:4,74) y de deshospitalización-2,50% (2,40). El costo total del SAD obtuvo un promedio de R\$ 215.595,00 y el costo total de los ingresos de pacientes en AD R\$ 1.648,00. La diferencia entre el costo promedio del paciente del SAD/día y del costo promedio del paciente ingresado/día varió de R\$ 28,26 a R\$294,46, siendo el costo promedio del paciente del SAD/día un 1.041% más bajo que el promedio obtenido con el ingreso hospitalario. **Conclusión:** Los hallados de este estudio permiten alinear las actividades cuidadoras al perfil de sus pacientes y los indicadores direccionan a la toma de decisión del enfermero gestor favoreciendo mejoras en el gerenciamiento del servicio. La diferencia encontrada en este estudio beneficia al gerenciamiento del caso de cada paciente atendiendo a sus necesidades en el hogar y garantiza la viabilidad económica y

asistencial de la AD, así como el uso efectivo de los recursos del sistema sanidad pública.

Palabras clave: Atención Domiciliaria; Costes y Análisis de Costes; Economía de Enfermería; Gestión en Sanidad; Evaluación de Programas y Proyectos de Sanidad; Indicadores.

1 INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

1.1 Origens da Atenção Domiciliar

No sentido de aprofundar a compreensão sobre o significado da Atenção Domiciliar (AD) foram pesquisadas as principais palavras relacionadas com o tema, por exemplo: “*Home Care*” expressando “serviços prestados no domicílio do paciente por uma equipe multidisciplinar inclusive oferecendo os serviços dos profissionais de enfermagem”; “*Home Care Services*” onde engloba “a prestação dos serviços de enfermagem por meio da visita da domiciliar executados por profissionais vinculados a um grupo ou hospital” e “*Home Nursing*” descrito como “serviços realizados na casa do paciente por pessoas não profissionais como familiares ou cuidadores.”⁽¹⁾.

No vocabulário estruturado como nos Descritores em Ciências da Saúde foi encontrado o Descritor “*Home Health Nursing*” cujo significado está definido como uma “especialidade da enfermagem que oferece cuidados em domicílio executados por enfermeiros licenciados ou por cuidadores não profissionais”⁽²⁾.

Apesar da diversidade dos significados, o termo AD é mais abrangente por contemplar todos os tipos de cuidados propostos por essa modalidade de assistência em saúde⁽³⁾.

Porém, esse estudo compreende por AD um conjunto de atividades programadas de caráter ambulatorial executadas em domicílio diferente da Internação Domiciliar (ID) onde as atividades ocorrem em tempo integral e são destinadas para pacientes mais complexos semelhantes aos cuidados propostos para uma internação hospitalar⁽³⁻⁴⁾.

Os primeiros registros sobre AD foram baseados nos relatos das atividades de senhoras caridosas realizadas para os desamparados na sociedade nos Estados Unidos da América (EUA) no século XIX⁽⁵⁾.

Sob a influência da enfermeira inglesa Florence Nightingale essa modalidade de cuidado norte americana perde o caráter benevolente para obter traços de profissionalismo por meio da fundação da Associação das Enfermeiras visitadoras a partir da virada do século XIX⁽⁶⁾. Marco importante, pois a partir desta influência, o cuidado em domicílio expandiu-se para França, a partir de um programa não governamental desenvolvido pelo Hospital “*Santè Service*” e quase uma década depois para os demais países da Europa como Reino Unido, Alemanha, Suécia, Espanha e Itália⁽⁷⁾. Embora houvesse relatos da atenção em saúde no domicílio na Europa no final do século XVIII⁽⁸⁾.

No Canadá, os primeiros relatos referem-se às ações de freiras francesas que iniciaram as atividades de enfermagem na colônia, porém somente após os anos 60 aliando motivações racionalizadoras e humanitárias emergiu como um serviço domiciliar executado para pacientes cirúrgicos, o qual favoreceu a consolidação do cuidado domiciliar no país⁽⁷⁾.

1.2 Panorama nacional sobre a Atenção Domiciliar:

No Brasil, os primeiros relatos referem-se às atividades das enfermeiras visitadoras atuando com a educação, assistência e gerenciamento dos cuidados em domicílio influenciado pelos trabalhos das enfermeiras visitadoras norte-americanas ⁽⁹⁾.

A partir da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) - Lei nº 8.080/1990, o cuidado domiciliar aos poucos foi sendo estruturado dentro do sistema público e ao mesmo tempo foi aliando-se as políticas públicas de saúde até chegar a atual definição⁽¹⁰⁾.

Inicialmente foi praticado em forma de Visita Domiciliar (VD) para grupos específicos como os pacientes psiquiátricos, portadores de deficiência física e pacientes portadores da Síndrome da Imunodeficiência adquirida pelo HIV (AIDS) vinculados ao SUS ⁽¹¹⁻¹³⁾. Anos mais tarde, em 1997, o SUS insere a Internação Domiciliar (ID) como uma modalidade da AD no sentido de favorecer a desospitalização e assim diminuir a sobrecarga do sistema hospitalar ⁽¹⁴⁾.

Seguindo essa organização no sentido de consolidar a AD na rede pública de saúde, em 2002 o Ministério da Saúde (MS) edita a Lei Nº 10.424/2002 a qual estrutura e articula as atividades domiciliares com as ações de prevenção, tratamento e reabilitação enfatizadas pelo SUS ⁽¹⁵⁾.

Além disso, outros órgãos também se posicionaram no sentido regulamentar o funcionamento de todos os serviços prestadores de cuidados em domicílio no Brasil, como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) a qual emitiu um parecer técnico por meio da Resolução RDC Nº11/2006 ⁽⁴⁾ contribuindo com o avanço da legislação da AD no Brasil.

Assim, sendo, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) posicionou-se através da Resolução nº 0464/2014 a qual esclarece os tipos de modalidades compreendidas dentro do contexto da AD, bem como as limitações técnicas da equipe da enfermagem em seu ambiente ⁽¹⁶⁾.

Nesse contexto o Ministério da Saúde (MS) sancionou diversas portarias entre os anos de 2011 a 2013 no sentido de fortalecer as bases legais para a AD no SUS.

Em 2011, o MS publicou a Portaria MS nº 2.527/2011 a qual redefiniu a AD e seus objetivos bem como sua articulação com as demais Redes de Atenção em Saúde (RAS) tendo na Atenção Básica (AB) como ordenadora do cuidado⁽¹⁷⁾. Posteriormente, insere também a AD como um dos componentes da Rede de Urgência e Emergência (RUE) com a qual faz interface por meio do sistema de regulação das emergências da Portaria MS nº 1.600/2011⁽¹⁸⁾.

No sentido de consolidar a AD no SUS, em 2012, o MS instituiu o Programa Melhor em Casa tendo como base o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)⁽¹⁹⁻²⁰⁾. Este serviço atua com uma equipe multidisciplinar que oferta cuidados ambulatoriais semanais passíveis de serem realizados na casa de pacientes com limitações físicas ^(19,21). Além disso, justifica-se seu papel por contemplar uma nova perspectiva para o setor saúde diante dos gastos exorbitantes e recursos finitos do setor saúde, diminuir a longa estadia dos pacientes no ambiente hospitalar, contribuir para o auto-cuidado, ofertar um ambiente mais seguro para o paciente, favorecer a continuidade nos cuidados para os pacientes acamados, diminuir as reinternações dos pacientes crônicos e promover a humanização do cuidado ^(19, 22-33).

Sabe-se que o Programa Melhor em Casa elenca três modalidades de AD. A primeira, Atenção Domiciliar tipo 1 (AD1), destina-se para pacientes com agravos à

saúde compensados, necessitando de cuidados menos complexos e mais espaçados, sendo passível de ser executada pela Rede de Atenção Básica (RAB). A segunda, Atenção Domiciliar tipo 2 (AD2), oferece cuidados pacientes que demandam maior frequência para execução de procedimentos ambulatoriais como curativos, medicações, adaptações às sondas e ostomias, etc. Enquanto que a terceira, Atenção Domiciliar tipo 3(AD3), oferece suporte ventilatório não invasivo, diálise peritoneal, paracentese, entre outros ^(19,21). Nessa pesquisa, a modalidade estudada foi AD2.

Destaca-se que uma das premissas para o paciente ser inserido em uma dessas modalidades do Programa Melhor em Casa, a família precisa elencar um cuidador que será responsável não só pelos cuidados como também pela articulação com a Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar (EMAD) e com a Equipe Multidisciplinar de Apoio (EMAP) ^(19,21).

A partir dessa estruturação, percebe-se uma evolução no setor onde houve um crescimento numérico na AD pública de 184 equipes cadastradas em 2012 para 784 equipes no ano de 2014, perfazendo um aumento de 431,52% no setor ⁽³³⁾.

Assim sendo, apesar de todo o empenho para a consolidação da AD como uma alternativa viável faz-se necessário demonstrar não só sua habilidade para gerenciar os custos envolvidos como também assegurar a qualidade da assistência prestada em domicílio ^(8,29-33). Contudo, a relação administrativa entre a qualidade dos cuidados em AD e os custos envolvidos ainda é pouco explorada na literatura ⁽³⁴⁻³⁷⁾.

Destaca-se que o gerenciamento de custos é um instrumento fundamental para o controle dos recursos permitindo aos administradores analisar não só as atividades mais lucrativas como também controlar as menos viáveis economicamente servindo então

como estratégia para otimização dos gastos relativos com os materiais e com a utilização dos serviços de saúde⁽³⁸⁻³⁹⁾.

Pesquisas envolvendo os recursos e custos dos materiais de consumo para os cuidados de enfermagem em AD merecem destaque devido à escassez de registros e de sistematização dos serviços públicos desse modelo de reorientação tecno-assistencial^(19,40-41).

Destaca-se a participação do enfermeiro no papel gerencial uma vez que este pode garantir assistência com maior eficácia, papel este mencionado pelo “*Internacional Council of Nurses*” (ICN) desde 1993⁽⁴²⁻⁴³⁾.

Justifica-se também esse estudo, por haver muitas lacunas a serem elucidadas devido as variáveis metas para as diferentes atividades executadas em domicílio, somada a escassez de publicações no setor que limitam as comparações com outros serviços e países⁽⁴⁴⁻⁴⁶⁾.

Diante do exposto este estudo foi conduzido a partir das seguintes questões de pesquisa: Qual o perfil sociodemográfico dos pacientes de um Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)? Há correlação entre os motivos de admissão, idade e o tempo de permanência? Quais são os indicadores de desempenho de um SAD? Qual a diferença percentual dos custos do paciente em AD e quando hospitalizado? Quais são os recursos materiais utilizados nos procedimentos de enfermagem? Qual é a produção, o consumo e os custos envolvidos nestes procedimentos?

1.3-Objetivos:

1.3 Objetivo Geral

Analisar a Atenção Domiciliar quanto ao perfil dos pacientes na utilização de recursos e custos em uma cidade do sudeste do Brasil.

1.3.1 Objetivos Específicos

- Identificar o perfil sociodemográfico dos pacientes;
- Calcular o tempo de permanência desses pacientes;
- Correlacionar os motivos do atendimento com a média de tempo de permanência dos pacientes;
- Investigar o custo da internação hospitalar dos pacientes e comparar aos da AD.
- Identificar os tipos, a quantidade e custos dos materiais utilizados por procedimentos de enfermagem realizados;

2 ARTIGOS CIENTÍFICOS

2. MANUSCRITOS

Os achados do presente estudo deram origem a três manuscritos relacionados com seus objetivos.

Em relação à identificação do perfil dos pacientes, correlação entre os motivos de admissão e o tempo de permanência, bem como indicadores de desempenho da AD, os mesmos encontram-se apresentados nos manuscrito intitulado de: **“Perfil de pacientes e indicadores de um serviço de atenção domiciliar”** submetido à apreciação da Revista Brasileira de Enfermagem (REBEN) em outubro de 2017.

Sobre a investigação do custo da internação hospitalar dos pacientes e comparação aos custos da assistência domiciliar, este objetivo está apresentado no manuscrito nomeado como: **“Gerenciamento de custos: diferenças entre a assistência domiciliar e a hospitalar”** a ser submetido para a apreciação da Revista da Escola de Enfermagem da USP(REEUSP).

E também, em apêndice encontram-se um manuscrito relacionado à investigação dos tipos, quantidade e custos dos materiais utilizados nos procedimentos de enfermagem realizados, intitulado de: **“Classificação XYZ dos materiais usados nos procedimentos de enfermagem em um serviço de atenção domiciliar”**. E por fim, em forma de resumo, outro manuscrito derivado da inspiração da pesquisa - foi esboçado, intitulado de **“Absentéismo das visitas domiciliares programadas em Atenção Domiciliar”**. XIV CAIC – Congresso Anual de Iniciação Científica, XVI ECIF – Encontro Científico da FAMERP, II Congresso Científico FAMERP / FUNFARME.

2.1 MANUSCRITO 1

Perfil de pacientes e indicadores de um serviço de atenção domiciliar

Giliane Fabíola Martins dos Reis¹
Marli de Carvalho Jericó²
Andréia Aparecida Silveira Maloni³

¹ Enfermeira, mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem – Mestrado Acadêmico da FAMERP, bolsista CAPES. ² Enfermeira, Doutor em Enfermagem, Professor, Departamento de Enfermagem Especializada, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, SP, Brasil. E-mail: marli@famerp.br. ³ Prefeitura Municipal de São José do Rio Preto, Secretaria de Saúde de São José do Rio Preto, Departamento de Atenção Especializada, São José do Rio Preto. São José do Rio Preto – SP, Brasil, E-mail: giliane_reis@yahoo.com.br

Autor responsável pela troca de correspondência

Giliane Fabíola Martins dos Reis, Endereço Residencial: Passeio Rochedos, 106.
Bairro centro. CEP 15-385000. Ilha Solteira - SP
Fone: 18 37425008/ 18997453157
E-mail: giliane_reis@yahoo.com.br

RESUMO

Objetivo: investigar o perfil e a relação entre os motivos admissionais, idade e o tempo de permanência e mensurar alguns indicadores de um Serviço de Atenção Domiciliar. **Método:** trata-se de um estudo de caso em um serviço público no sudeste brasileiro. A coleta de dados ocorreu por meio de análise dos prontuários e arquivos eletrônicos. Calcularam-se os indicadores em equações propostas pelo Ministério da Saúde. **Resultados:** dos 621 pacientes investigados, houve predomínio de mulheres 55,1%, de idosos 74,9%, com ensino fundamental 63%. O principal motivo da admissão do idoso foi Acidente Vascular Cerebral-29,5%. Os indicadores apontaram média de 230,42(DP:74,52) pacientes, média de tempo de permanência 145,80(DP:23,66) dias, média de atendimentos 2.969,04 (DP:960,69), taxa de alta média-6,31%(DP: 5,99), taxa de óbito média-4,87%(DP:4,74) e de desospitalização-2,50%(2,40). **Conclusão:** Os achados permitem alinhar as atividades cuidativas ao perfil de pacientes e os indicadores direcionam a tomada de decisão do enfermeiro gestor favorecendo melhorias no gerenciamento do serviço.

Descritores: Assistência domiciliar; indicadores de qualidade em assistência à saúde; dados demográficos; tempo de permanência; serviços de saúde.

Introdução:

A Atenção Domiciliar (AD) é definida como uma modalidade de cuidados ambulatoriais executados em casa⁽¹⁾. Os primeiros relatos datam meados do século XIX, mas expandiu-se pelo mundo somente após a influência da enfermeira inglesa Florence Nightingale⁽²⁾.

No Brasil, o modelo inicia-se no setor público na década de 1.920, no entanto, somente a partir do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1.988, houve um amadurecimento conceitual e legislativo, levando à sua configuração atual^(3,4). Nos dias atuais está delineada sob o “Programa Melhor em Casa”, com o entendimento de ser uma assistência complementar e interligada às demais redes de saúde, tendo como diferencial a continuidade dos cuidados no domicílio do paciente⁽⁵⁾.

Através deste programa o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) que conta com Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar (EMAD) formada pelos profissionais: auxiliar/técnico de enfermagem, enfermeiro, fisioterapeuta ou assistente social, médico e Equipe Multidisciplinar de Apoio (EMAP) composta por no mínimo três categorias profissionais de nível superior como o assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, farmacêutico e terapeuta ocupacional⁽⁵⁾.

Justificada pela incapacidade do sistema hospitalar atender por si só as demandas relacionadas ao envelhecimento populacional, ao aumento na incidência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e das internações por causas externas^(6,7), o SUS tomou uma série de medidas estratégicas revendo suas políticas de saúde específicas principalmente para a população idosa, visto as progressivas incapacidades crônicas a que são mais suscetíveis⁽⁷⁾.

A AD nesse contexto atua como uma medida complementar às demais políticas de saúde do SUS, adquirindo um papel inovador não só pela racionalização dos leitos hospitalares e redução dos custos quando comparada a assistência hospitalar⁽⁸⁾, mas também porque redesenha o modelo assistencial das redes de saúde⁽⁹⁾. Os desafios da AD aumentam na medida em que a complexidade envolvida na reorganização do processo de trabalho precisa demonstrar qualidade e resolutividade assistencial⁽¹⁰⁾.

Nesse aspecto, o uso de indicadores tem sido uma ferramenta de avaliação muito utilizada no gerenciamento pelo enfermeiro, pois eles mensuram as atividades de um

serviço possibilitando identificar lacunas que mereçam ser investigadas e corrigidas⁽¹¹⁾. Permitem também fazer comparações com outros serviços de saúde contribuindo para a melhoria da assistência ofertada, uma vez que estudos apontam confiabilidade em suas evidências⁽¹¹⁻¹⁴⁾.

Para tal recomenda-se o uso de um grupo de indicadores e não apenas um, para que se tenha uma representatividade mais adequada da realidade do serviço avaliado⁽¹⁴⁾. O Ministério da Saúde (MS) propõe realizar o monitoramento da AD por meio dos indicadores de processo (média de pacientes, de tempo de permanência, de atendimento por equipe e proporção de paciente por agravo) e de resultado (taxa de óbito domiciliar e declarado no domicílio, de internação nas primeiras 48h em AD, de desospitalização, de agudização e de alta)⁽¹⁵⁾.

Assim, é relevante que as instituições avaliem a AD por meio do uso de indicadores para que possam conhecer os resultados de sua prática assistencial, compará-los a outros serviços semelhantes, identificar oportunidades e direcionar intervenções para melhoria, traçar metas e, se necessário, redesenhar o processo de trabalho. Ao mesmo tempo identificar o perfil dos seus pacientes propicia ações de melhorias assistenciais e administrativas do ponto de vista individual e coletivo.

Diante do exposto, esse estudo visa responder as seguintes questões de pesquisa: Qual o perfil sociodemográfico dos pacientes de um Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)? Há correlação entre os motivos de admissão, idade e o tempo de permanência? Quais são os indicadores de desempenho de um SAD?

A presente pesquisa tem como objetivos: investigar o perfil e a relação entre os motivos admissionais, idade e o tempo de permanência de pacientes em Atenção Domiciliar e mensurar alguns indicadores propostos para um SAD.

Método

Aspectos éticos:

Este estudo faz parte de um projeto maior intitulado “Atenção Domiciliar: análise do perfil dos pacientes na utilização de recursos e custos de materiais em uma cidade do sudeste do Brasil” aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Desenho, local e período do estudo:

Estudo de caso, quantitativo, descritivo-analítico, transversal realizado em um SAD público, localizado em um município do sudeste brasileiro com população de 438.354 habitantes⁽¹⁶⁾.

População-critérios de inclusão e exclusão:

Os dados foram coletados no mês de julho de 2015 por meio de análise de prontuário físico e acesso aos arquivos eletrônicos gerenciais relativos à da produção das atividades dos profissionais do SAD durante o ano de 2014. No período do estudo, 761 pacientes foram atendidos pelo SAD, dos quais 140 foram excluídos por indisponibilidade de seus prontuários. A amostra final, por conveniência, foi de 621 pacientes.

Protocolo do estudo:

O perfil sociodemográfico foi composto das variáveis: idade, gênero, escolaridade, estado civil e renda. Os motivos da admissão foram baseados nos diagnósticos médicos registrados nos prontuários segundo a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde versão 10 (CID-10). Considerou-se a renda com base na moeda brasileira Real (R\$) e o valor do salário mínimo R\$ 724,00 em 2014⁽¹⁷⁾. Para mensurar os atendimentos foram considerados os procedimentos e as visitas realizadas em domicílio pela EMAD. O tempo de permanência foi considerado a partir da data de admissão até a data do desfecho do atendimento de - alta, óbito ou tempo de permanência até o último dia do ano de 2014. Quanto ao cálculo dos indicadores para acompanhamento e avaliação do SAD mensuraram-se aqueles cujos dados estivessem completos em relação ao ano de 2014 (Quadro 1).

Quadro1. Demonstrativo dos indicadores, tipo e fórmula padrão para o monitoramento do SAD⁽¹⁵⁾:

Indicador	Tipo	Fórmula para o cálculo
Taxa de alta em AD*	Resultado	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes em AD que tiveram alta}}{\text{total de pacientes em AD}} \times 100$

Taxa de óbito domiciliar em AD	Resultado	Nº de óbitos de pacientes em AD/Nº total de pacientes em AD x100
Taxa de Desospitalização	Resultado	Nº de pacientes em AD egressos de hospital/Nº total de pacientes em AD x 100
Média de pacientes em AD	Processo	Nº de pacientes em AD/Nº total de EMAD**
Média de tempo de permanência dos pacientes em AD	Processo	Somatório do tempo de permanência de todos os pacientes em AD na competência/Nº de pacientes em AD na mesma competência
Média de atendimentos em AD por equipe	Processo	Nº total de atendimentos em AD realizados/Nº total de EMAD**

Notas: * AD-Atenção Domiciliar, EMAD-Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar

Análise estatística:

Os dados foram tratados utilizando o pacote estatístico “*Statistical Package for the Social Sciences*” (SPSS) versão 2011. As variáveis qualitativas foram apresentadas em frequência absoluta e relativa e as quantitativas, medidas resumos (média e desvio-padrão, mediana e mínimo e máximo). Para investigar a associação entre o tempo médio de permanência e os motivos de admissão na AD, utilizou-se a Análise de Variância (ANOVA), com $p < 0,05$. E para verificar a correlação entre a idade dos pacientes e o tempo de permanência em AD foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson.

Resultados

O perfil sociodemográfico dos pacientes em AD é composto por mulheres - 55,1%, com idade de 60 anos ou mais -74,9% média $69,4 \pm 19,7$ anos, variação de 0,1 a 104 anos, nível de instrução no ensino fundamental – 63% e renda variando de R\$724,00 a R\$ 1.448,00 para 60,5% dos pacientes (tabela 1).

Tabela 1. Caracterização dos pacientes em AD (N= 621). São José do Rio Preto-2017

Variáveis	Categorias	N	%
-----------	------------	---	---

Gênero	Masculino	279	44,9
	Feminino	342	55,1
Faixa etária(anos)	≤ 11	12	1,9
	12-18	4	0,6
	19-59	140	22,5
	≥ 60	465	74,9
Escolaridade*	Analfabeto	131	27,0
	Ensino Fundamental	306	63
	Ensino Médio	46	9,5
	Não se aplica	3	0,6
Estado Civil**	Solteiro (a)	102	18,9
	Casado (a)	249	46,3
	Viúvo (a)	187	34,8
Renda(SM)***	< Salário Mínimo	11	2,4
	1 a 2 Salários Mínimos	282	60,5
	> 2 Salários Mínimos	170	36,5
	Não se Aplica	3	0,6

Notas: * SI-Sem Informação= 135(21,7%); **SI= 83(13,4%); *** SI = 155 (25%), SM (2014)- R\$ 724,00

Observa-se na Tabela 2 congruência entre os motivos de admissão e a evolução da faixa etária, de 12 a 18 anos (50%) fratura e traumatismo cranioencefálico e em idoso (29,5%) prevalência Acidente Vascular Cerebral (AVC).

No agrupamento “outros” sobre os motivos de admissão no SAD segundo a faixa etária de 0-11 anos (100%) estão relacionados às más formações e síndromes genéticas; de 12-18 anos (25%) a Síndrome de Duchene; de 19-59 anos(44,6%) e de 60 anos ou mais (17,2%) agruparam-se as doenças dos demais sistemas.

No geral à correlação do tempo de permanência em AD segundo a faixa etária, pode-se observar que não houve correlação entre idade e tempo de permanência (coeficiente de Pearson = 0,011). Porém ao verificar a correlação pela estratificação da faixa etária notou-se alguma correlação de acordo com o valor do coeficiente de Pearson entre os pacientes com até 18 anos (correlação moderada). Na faixa etária até 11, indica que quanto maior a idade, maior o

tempo de permanência e na faixa de 12 a 18 anos a correlação foi inversa (-0,606), indicando quanto maior a idade, menor o tempo de permanência. No entanto, vale destacar que a quantidade de pacientes nestes dois grupos é baixa (tabela 2).

Tabela 2. Caracterização dos principais motivos da admissão na AD e correlação do tempo de permanência, segundo faixa etária (N= 621). São José do Rio Preto-2017.

Motivos	Faixa Etária(anos)							
	≤ 11		12-18		19-59		≥ 60 ou mais	
	n	%	n	%	n	%	n	%
AVC	-	-	-	-	22	15,8	137	29,5
Fratura	-	-	01	25,0	14	10,1	82	17,6
Alzheimer	-	-	-	-	03	02,2	53	11,4
Neoplasia	-	-	01	25,0	21	15,1	41	08,8
Imobilismo	-	-	-	-	01	00,7	20	04,3
Doença de Parkinson	-	-	-	-	01	00,7	15	03,2
TCE	-	-	01	25,0	08	05,8	02	00,4
Pneumonia	-	-	-	-	-	-	11	02,4
Amputação	-	-	-	-	02	01,4	09	01,9
DPOC	-	-	-	-	03	02,2	07	01,5
Úlcera por pressão	-	-	-	-	02	01,4	08	01,7
Outras	12	100,0	01	25,0	62	44,6	80	17,2
Total	12	100	04	100	139	100	465	100
TP(coeficiente de Pearson)	0,640		-0,606		-0,072		-0,040	

Notas: AVC-Acidente Vascular Cerebral, TCE –Traumatismo cranioencefálico , DPOC-Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, TP-Tempo de Permanência. * Sem Informação = 1 (0,2%).

A média do tempo de permanência entre os principais motivos de admissão em AD variou de 82,5 dias (amputação) a 346,3 dias (doença de Parkinson). Não houve associação estatística entre os principais motivos de admissão e o tempo de permanência em AD (ANOVA, $p > 0,05$) (Tabela 3).

Tabela 3. Correlação entre os principais motivos da admissão na AD e o tempo de permanência (N=621). São José do Rio Preto-2017

Motivos de admissão	n	Media (dias)	DP	Mediana (dias)	Minimo (dias)	Maximo (dias)	Valor de P
AVC	159	186,3	244,4	113,0	1	1365	0,090
Fratura	97	173,6	201,4	124,0	1	1323	
Neoplasia	63	115,5	235,3	47,0	0	1721	
Alzheimer	55	212,5	245,3	99,0	0	967	
Imobilismo	21	167,2	148,2	137,0	18	591	
Doença de Parkinson	16	346,3	457,7	115,0	0	1302	
TCE	11	198,6	263,1	151,0	20	946	
Pneumonia	11	109,1	132,3	40,0	0	388	
Amputação	11	82,5	62,1	75,0	12	189	
DPOC	10	205,1	133,2	221,5	3	414	
Lesão por pressão	10	142,3	119,4	149,0	6	367	
Outras	155	186,9	254,3	100,0	0	1460	

Notas: AVC-Acidente Vascular Cerebral. * Sem Informação = 2 (0,3%)

O SAD, em 2014, apresentou os seguintes indicadores de processo: média de pacientes/ano-230,42(DP:74,52) com mínimo de 160 (abril) e máximo de 349 (março); média de tempo de permanência/ano -148,20(DP:23,66) dias mínimo de 107,96 (dezembro) e máximo de 202,09 (fevereiro) e média de atendimentos/equipe-2.969,04(DP:960,69) mínimo de 957 (dezembro) e máximo de 4.196,50 (outubro).

Em relação aos indicadores de resultado: taxa de alta de 6,31% (DP:5,99) mínimo de 3,28% (junho) e máximo de 12,32% (fevereiro); taxa de óbito de 4,87%(DP:4,74) mínimo de 3,43% (maio) e máximo de 7,03% (dezembro) e taxa de desospitalização 2,49% mínimo de 1,08% (agosto) e máximo de 3,51% (dezembro) (Tabela 4).

Tabela 4. Distribuição dos indicadores de desempenho do SAD em 2014. São José do Rio Preto-2017

Mês	Pac AD n(%)	Altas n(%)	Tx Alta	Óbito n(%)	Tx Óbito	Desosp n(%)	Tx Desosp	AT n(%)	Média AT	EMAD n	Média Pac AD	Média Tempo em AD
Jan	402(8,93)	40(14,39)	9,95	15(6,76)	3,73	09(7,96)	2,24	3213(5,14)	3.213	1	402	154,35
Fev	276(6,13)	34(12,23)	12,32	10(4,50)	3,62	07(6,19)	2,54	3191(5,10)	3.191	1	276	202,09
Mar	349(7,75)	14(5,04)	4,01	18(8,11)	5,16	10(8,84)	2,87	2313(3,70)	2.313	1	349	144,42
Abr	320(7,11)	22(7,91)	6,88	15(6,76)	4,69	06(5,30)	1,88	3907(6,25)	1.953,5	2	160	156,18
Mai	350(7,77)	13(4,68)	3,71	12(5,41)	3,43	12(10,61)	3,43	4640(7,42)	2.320	2	175	153,11
Jun	396(8,79)	13(4,68)	3,28	23(10,23)	5,81	07(6,19)	1,77	5144(8,23)	2.572	2	198	141,14
Jul	365(8,11)	22(7,91)	6,03	17(7,66)	4,66	07(6,19)	1,92	7291(11,66)	3.645,5	2	182,5	161,92
Ago	370(8,22)	22(7,91)	5,95	20(9,01)	5,41	04(3,53)	1,08	7182(11,48)	3.591	2	185	157,67
Set	396(8,79)	27(9,71)	6,82	19(8,56)	4,80	09(7,96)	2,27	8108(12,96)	4.054	2	198	146,63
Out	410(9,11)	31(11,15)	7,56	23(10,23)	5,61	14(12,38)	3,41	8393(13,42)	4.196,5	2	205	136,95
Nov	442(9,82)	19(6,83)	4,30	20(9,01)	4,52	13(11,50)	2,94	7244(11,58)	3.622	2	221	115,99
Dez	427(9,48)	21(7,55)	4,92	30(13,51)	7,03	15(13,27)	3,51	1914(3,06)	957	2	213,5	107,96
Total	4503(100)	278(100)	6,31	222(100)	4,87	113(100)	2,49	62.540(100)	2.969,04	2	230,42	148,20

Notas: Pac-paciente, AD-atenção domiciliar, TX-taxa, Hosp-hospital, Desosp-desospitalização, AT-atendimentos, EMAD-Equipe multidisciplinar de apoio

Discussão

Dados recentes sobre cuidados domiciliares no Brasil apontam que de 2012 para 2014 houve um crescimento de 306,41% subindo de 78 para 240 estabelecimentos de saúde que prestam o serviço no setor privado ⁽¹⁸⁾. No mesmo período, houve também crescimento do programa de AD público, que evoluiu de 184 equipes cadastradas em 2012 para 784 equipes cadastradas no ano de 2014 perfazendo um aumento de 431,52% no setor ⁽¹⁸⁾.

Diante desse panorama, o perfil desses pacientes nesse estudo tem predomínio de mulheres (55,1%), de idosos (74,9%) e com ensino fundamental (63%). Resultados semelhantes com maioria de mulheres também foram identificados: 62,8% (n=1593)⁽¹⁹⁾ em São Paulo-SP, 54,7% (n=137)⁽²⁰⁾ Porto Alegre-RS e 59,7% (n=638)⁽²¹⁾ Ribeirão Preto - SP sendo todos idosos. Contudo, em 2014 em uma investigação no “Programa Melhor em casa”, em Ribeirão Preto-SP apontou discreta maioria de homens 51% (n=58)⁽²²⁾. Em relação à escolaridade, estudo em 2012 em Porto Alegre-RS encontrou nível inferior aos nossos achados, sendo entre zero a quatro anos de estudo para 48,9% (n=638) dos pacientes em AD⁽²¹⁾.

Outros países também estão investigando o perfil de seus pacientes em AD como Suíça⁽²³⁾, Canadá⁽²⁴⁾ e Alemanha⁽²⁴⁾. Na Suíça⁽²³⁾ para a população acima de 65 anos(n=32.130) com multimorbidades, 50% utilizaram os serviços de AD (2011) sendo que os homens (26%) necessitaram de menos cuidados quando comparados com as mulheres. Enquanto que no Canadá⁽²⁴⁾, um estudo retrospectivo com pacientes acima de 75 anos com multimorbidades(n=71.303), os homens(29,7%) necessitaram mais do que as mulheres(26,5%) dos cuidados em casa. No entanto um estudo na Alemanha apontou que as mulheres(80,8%) usaram mais os serviços em AD em comparação aos homens(79%) (n=1.152)⁽²⁵⁾. No entanto não encontrou diferença estatística significativa entre eles (chi-quadrado, p=0,48), apesar de os idosos(83,6%) utilizarem mais os serviço de AD em relação aos mais jovens(76,9%) havendo diferença estatística entre eles (chi-quadrado, p=0,03)⁽²⁵⁾. Assim a relação ao perfil dos pacientes em AD parece estar relacionada às fragilidades decorrentes das multimorbidades associadas com o avanço da idade do que somente limitadas pela questão do gênero⁽²³⁻²⁵⁾.

Em relação aos motivos da admissão em AD, nota-se que para a faixa etária predominante (60 anos ou mais) foram: AVC(29%), Fratura(17,6%) e Alzheimer(11,4%). Existem evidências de que a admissão em AD possa estar associada ao histórico de AVC⁽²²⁾, sinais de demência⁽¹⁹⁾, Hipertensão Arterial Sistêmica(HAS)⁽¹⁹⁾, pneumonia⁽²¹⁾ e infecção respiratória⁽²⁶⁾ principalmente entre idosos. Adicionalmente, sabe-se que a fratura é a lesão mais incidente entre idosos vítimas de queda⁽²⁷⁾ fator relevante porque existe evidência da associação da limitação para as atividades diárias após a queda seguida de fratura e necessidade de suporte para realizá-las⁽²⁸⁾. Até mesmo porque entre os estudos sobre AD os idosos destacam-se na maioria deles ⁽¹⁹⁻²⁶⁾.

O tempo médio de permanência/ano foi de 148,20(DP: 23,66) dias, abaixo do tempo encontrado em uma investigação norte-americana (2012) que apontou 544,5dias⁽²⁹⁾ e, também, em outro estudo inglês (2011) que relatou 801 dias⁽³⁰⁾. Conhecer o tempo em que os pacientes permanecem em AD favorece no gerenciamento da demanda para o serviço⁽³¹⁾ enfatizado pelo fato que há déficit desse serviço tanto no contexto nacional como no internacional⁽³²⁾.

Nesse estudo (transversal, n: 621) não houve associação entre do tempo de permanência e os principais motivos de admissão (ANOVA, $p > 0,05$). No entanto, em outro estudo (retrospectivo de coorte, n:1.817) encontrou associação entre o tempo de permanência e as doenças crônicas em pacientes em AD (Wilcoxon-Mann Whitney, Kruskal-Wallis, $p < 0,05$)⁽³³⁾. Sendo relevante considerar o tamanho das amostras⁽⁴⁰⁾ em relação aos resultados obtidos.

Também que não houve correlação entre idade por faixa etária e o tempo de permanência (n: 621,coeficiente de Pearson = 0,011). Vale ressaltar que para a faixa etária até 18 anos onde encontrou-se correlação moderada, porém, as amostras foram pequenas sendo necessário cautela para estimativas, haja vista a influência do tamanho da amostra na confiabilidade dos resultados pelo coeficiente de Pearson⁽³³⁾.

Quanto aos indicadores em AD, sabe-se que o Programa Farol, fundado em 2009 pelo sindicato dos estabelecimentos de saúde do município do Rio de Janeiro (SINDHRIO), tem como missão melhoria e atualização no gerenciamento através da divulgação de 12 indicadores em AD desde 2011⁽³⁴⁾. Em 2014, registraram seus indicadores no Programa Farol quatro instituições de AD privadas nos estados do Rio de Janeiro (RJ) e São Paulo (SP) ⁽³⁴⁾. Em comparação a esses indicadores, a taxa de alta

(6,31%) encontrada no presente estudo foi superior a média de alta/ano 6,02% divulgada no Programa Farol⁽³⁴⁾. No contexto, no presente estudo, destaca-se que para receber alta/desligamento do SAD é preciso cumprir alguns critérios como: mudança na área de abrangência, ausência de um cuidador, não aceitar mais o acompanhamento, recuperação da limitação física de locomoção, piora da condição de saúde e/ou hospitalização e cura⁽⁵⁾. Os motivos da alta não foram aqui apontados, porém estudo a respeito da AD em Minas Gerais recomenda considerar as fragilidades da rede de atenção primária para absorver a demanda da AD, bem como realizar encaminhamento através do sistema de referência e contra referência para dar continuidade ao acompanhamento do paciente⁽³⁵⁾.

Quanto à taxa de óbito (4,87%) aqui mensurada, foi superior a taxa global de mortalidade/ano 1,2% do Programa Farol⁽³⁴⁾. Contudo, o fato de haver mais óbitos entre os pacientes da AD pública em relação aos de empresas privadas, pode ser multifatorial, mas certamente o perfil deve ser um dos fatores que contribui para esse resultado. Quanto aos demais indicadores mensurados nesse estudo, não foram encontrados na literatura nacional pesquisada, para comparação entre os achados.

Limitações do estudo:

Trata-se de uma avaliação retrospectiva (2014) baseada em dados secundários cuja qualidade do registro manual em prontuário físico, ficou aquém do esperado restringindo a mensuração de outros indicadores propostos pelo Ministério da Saúde (MS), bem como a escassez de literatura nacional para aprofundamento e comparação dos achados.

Contribuições para a área da enfermagem:

Os resultados desta pesquisa poderão contribuir para o enfermeiro ampliar o conhecimento do perfil de para a AD, de forma que em conjunto com a equipe multidisciplinar possa adotar ações com vistas à melhoria da qualidade e segurança cuidativa do paciente. Assim como os indicadores aqui apontados oferecem parâmetros para o enfermeiro gestor na tomada de decisão e para futuros estudos no segmento.

Conclusão:

Os achados desse estudo permitiram conhecer o perfil sociodemográfico dos pacientes em AD do SUS, oferecendo subsídios para alinhar estratégias assistenciais

com as particularidades desse perfil. Constatou-se que não há associação estatisticamente significativa entre tempo de permanência com os motivos de admissão e idade. Os indicadores mensurados podem apoiar a tomada de decisão assistencial e administrativa, contudo são insuficientes para avaliar o desempenho do SAD público. Há necessidade de ampliar a mensuração de outros indicadores que em conjunto possam dar visibilidade ao desempenho do SAD.

Recomenda-se às instituições de AD, que construa um painel de monitoramento de indicadores de forma a contribuir com o fortalecimento dos parâmetros de avaliação nessa modalidade de cuidado em saúde, quem vem expandindo consideravelmente os no Brasil.

Referências:

1. Gallassi CV, Ramos DFH, Kinjo JY, Souto BGA. Atenção domiciliar na atenção primária à saúde: uma síntese operacional. *ABCS Health Sci.* 2014;39(3):177-85.
2. Buhler-Wilherson K. No place like home: A history of Nursing and Home Care in the U.S. *Home Healthc Nurse.* 2012;30(8):446-52.
3. Oliveira SG, Kruse MHL. Genesis of home care in Brazil at the start of the twentieth century. *Rev Gaúcha Enferm.* 2016;37(2):e58553.
4. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 20 set 1990. Seção 1:18055.
5. Ministério da Saúde . Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Caderno de atenção domiciliar.* Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
6. Ministério da Saúde . Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. *Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS).* Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
7. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.* Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

8. Silva KL, Sena RR, Seixas CT, Feuerweker LCM, Merhy EE. Home care as change of the technical-assistance model. *Rev Saude Publica*. 2010;44(1):166-76.
9. Silva KL, Sena RR, Feuerweker LCM, Silva PM, Martins ACS. Challenges of homecare from the perspective of cost Reduction/expenditure optimization. *J Nurs UFPE on line*. 2014; 8(6):1561-7.
10. Andrade AM, Brito MJM, Silva KLS, Randow RMV, Montenegro LC. Singularidade do trabalho na atenção domiciliar: imprimindo uma nova lógica em saúde. *Rev Pesqui Cuid Fundam*. 2013;5(1):3383-93.
11. Dulal R. Cost efficiency of nursing homes: do five-star quality ratings matter? *Health Care Manag Sci*. 2017;20(3):316-25.
12. Ibrahim JE, Chad W, MacPhail A, McAuliffe L, Koch S, Wells Y. Use of Quality Indicators in Nursing Homes in Victoria, Australia: A Cross-Sectional Descriptive. *J Aging Health*. 2014;26(5):824-40.
13. Vituri DW, Évora YDM. Fidedignidade de indicadores de qualidade do cuidado de enfermagem: testando a concordância e confiabilidade interavaliadores. *Rev Latinoam Enferm*. 2014;22(2):234-40.
14. Jericó MC, Perroca MC, Penha VC. Mensuração de indicadores de qualidade em centro cirúrgico: tempo de limpeza e intervalo entre cirurgias. *Rev Latinoam Enferm [periódico na Internet]*. 2011 Set-Out [acesso em 2018 Jun 29];19(5):[aproximadamente 8 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt_23.pdf
15. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar. Manual de Monitoramento e Avaliação da Atenção Domiciliar/Melhor em Casa. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na Internet]. 2017 [acesso em 2018 Jun 29]. Panorama São José do Rio Preto; [aproximadamente 10 telas]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/sao-jose-do-rio-preto/panorama>

17. Brasil. Decreto nº 8.166, de 23 de dezembro de 2013. Regulamenta a Lei nº 12.382, de 25 de fevereiro de 2011, que dispõe sobre o valor do salário mínimo e a sua política de valorização de longo prazo. Diário Oficial da União 24 dez 2013. Seção 1:1.
18. Ministério da Saúde/ DATASUS [homepage na Internet]. 2015 [acesso em 2018 Jun 29]. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde; [aproximadamente 2 telas]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabbr.def>
19. Thumé E, Fachini LA, Tomasi E, Vieira LAS. Home health care for the elderly: associated factors and characteristics of access and health care. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(6):1102-11.
20. Martelli DRB, Silva MS, Bonan PRT, Rodrigues LHC, Martelli-Junior H. Internação domiciliar: o perfil dos pacientes assistidos pelo Programa HU em Casa. *Physis (Rio J.)*. 2011;21(1):147-57.
21. Duca GF, Martinez AD, Bastos GAN. Perfil do idoso no cuidado domiciliar em comunidades de baixo nível socioeconômico de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(5):1159-65.
22. Shimocomaqui GB. Caracterização dos indivíduos assistidos pela equipe multiprofissional de atenção domiciliar (EMAD) do município de Ribeirão Preto, SP [dissertação]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão, Universidade de São Paulo; 2014.
23. Zielinski A, Halling A. Association between age, gender and multimorbidity level and receiving home health care: a population-based Swedish study. *BMC Res Notes*. 2015; 8:714.
24. Gruneir A, Forrester J, Camacho X, Gill SS, Bronskill SE. Gender differences in home care clients and admission to long-term care in Ontario, Canada: a population-based retrospective cohort study. *BMC Geriatr*. 2013;13:48.
25. Dorin L, Turner SC, Beckmann L, Schlarmann J, Faatz A, Metzging S, et al. Which need characteristics influence healthcare service utilization in home care arrangements in Germany? *BMC Health Serv Res*. 2014;14:233.

26. Gargana F, Silveiro AES, Bülow AR, Rocha DS, Olveira DM, Ribeiro LVM. Internação domiciliária: uma experiência no sul do Brasil. *Rev AMRIGS*. 2004;48(2):90-4.
27. Monteiro CR, Mancussi, Faro AC. Avaliação funcional de idoso vítima de fraturas na hospitalização e no domicílio. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(3):719-24.
28. Antes DL, d'Orsi E, Benedetti TRB. Circunstâncias e consequências das quedas em idosos de Florianópolis. *EpiFloripa Idoso 2009**. *Rev Bras Epidemiol*. 2013;16(2):469-81.
29. Steventon A, Roberts A. Estimating length of stay in publicly-funded residential and nursing care homes: a retrospective analysis using linked administrative data sets. *BMC Health Serv Res*. 2012;12:377.
30. Forder J, Fernandez JL. Length of stay in care homes, Report commissioned by BupaCare Services, PSSRU Discussion Paper 2769. Canterbury: PSSRU; 2011.
31. Braga PP, Sena RR, Seixas CT, Castro EAB, Andrade AM, Silva YC. Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. *Ciêns Saúde Coletiva*. 2016 21(3):903-12.
32. Kelly A, Conell-Price J, Convisky K, Cenzer IS, Chang A, Boscardin WJ, et al. Length of stay for Older Adults Residing in Nursing Homes at the End of Life. *J Am Geriatr Soc*. 2010;58(9):1701-6.
33. Figueiredo Filho DB, Silva Júnior JA. Desvendando os Mistérios do Coeficiente de Correlação de Pearson (r). *Rev Polít Hoje*. 2008;18(1):115-46.
34. Programa Farol [homepage na Internet]. Rio de Janeiro; 2009 [acesso em 2017 Fev 02]. Taxa global de mortalidade durante AD; [aproximadamente 1 tela]. Disponível em: <http://www.programafarol.com.br/index.php/ficha-tecnica-dos-indicadores/indicadores-de-assistencia-domiciliar/9-uncategorised/103-taxa-global-de-mortalidade-durante-aderências>
35. Paiva PA, Silva YC, Franco NFS, Costa MFRL, Dias OV, Silva KL. Serviços de atenção domiciliar: critérios de elegibilidade, inclusão, exclusão e alta. *Bras Promoç Saúde*. 2016;29(2): 244-52.

2.2 MANUSCRITO 2

GERENCIAMENTO DE CUSTOS: DIFERENÇAS ENTRE A ASSISTÊNCIA DOMICILIAR E A HOSPITALAR

Giliane Fabíola Martins dos Reis

Marli de Carvalho Jericó²

Andréia Aparecida Silveira Maloni³

1 Enfermeira, mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem – Mestrado Acadêmico da FAMERP, bolsista CAPES; 2 Enfermeira, Doutor em Enfermagem, Professor, Departamento de Enfermagem Especializada, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, SP, Brasil; 3 Prefeitura Municipal de São José do Rio Preto, Secretaria de Saúde de São José do Rio Preto, Departamento de Atenção Especializada, São José do Rio Preto. São José do Rio Preto – SP, Brasil.

Autor responsável pela troca de correspondência

Giliane Fabíola Martins dos Reis, Endereço: Avenida Brigadeiro Faria Lima, nº 5416.

Bairro Vila São Pedro. CEP 15-090000. São José do Rio Preto - SP

Fone: (17) 3201-5700 ramal 5706

E-mail: giliane_reis@yahoo.com.br

RESUMO

Introdução: Gerenciar custos é um instrumento fundamental para o controle dos recursos permitindo analisar todas as atividades envolvidas no processo produtivo servindo como estratégia para otimizar os gastos de uma organização. **Objetivo:** Conhecer a diferença percentual do custo do paciente em Atenção Domiciliar (AD) e hospitalizado em um município do sudeste brasileiro. **Método:** Estudo exploratório, descritivo, retrospectivo (2014) e de natureza quantitativa em um Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) público. **Resultados:** A diferença entre o custo médio paciente/dia do SAD e custo médio paciente/dia da internação de seus pacientes variou de R\$ 28,26 e R\$294,46, sendo o custo médio paciente/dia do SAD 1.041% menor que o da internação hospitalar. **Conclusão:** a diferença da AD/dia 1.041% menor que o da internação hospitalar, favorece o gerenciamento de caso de cada paciente atendendo às suas necessidades em domicílio, reitera a importância do modelo assistencial e a viabilidade econômica da AD, bem como o uso efetivo dos recursos no sistema de saúde público.

Descritores em português: Assistência Domiciliar; Custos e análise de custos; Economia da enfermagem; Gestão em Saúde; Avaliação de Programas e Projetos de Saúde; Indicadores.

*-este manuscrito é parte da dissertação de mestrado junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Acadêmico – da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP.

INTRODUÇÃO

Compreende-se por gerenciamento de custos como um instrumento fundamental para o controle dos recursos permitindo aos gestores analisarem não só as atividades mais lucrativas como também controlar as menos viáveis economicamente servindo então como estratégia para otimizar os gastos dos insumos e serviços utilizados na produção⁽¹⁻²⁾.

Custo refere-se a todos os gastos envolvidos durante o processo de produção tanto de um bem como de um serviço, ao qual uma a empresa se destina. E para mensurá-lo existem diferentes métodos de custeio, entre eles, o por absorção que identifica todos os custos incorridos no processo de produção (custos diretos, indiretos, fixos e variáveis) para compor o custo total⁽³⁾.

Assim ao analisar as questões relacionadas com os custos envolvidos durante a prestação de serviço permite ao gestor, encontrar saídas para superar os gastos exorbitantes que acometem o setor hospitalar nos últimos anos⁽⁴⁾.

Fatores relacionados com o crescente gastos em saúde associam-se ao aumento das doenças crônicas ⁽⁵⁾ e das causas externas⁽⁶⁾, nortearam a busca por outras modalidades de cuidados que pudessem prover uma cobertura mais apropriada para este cenário⁽⁷⁾ e ao mesmo tempo, conter os altos custos associados com o setor hospitalar e a insatisfatória resposta deste em relação aos indicadores de qualidade de saúde das populações em todo o mundo⁽⁸⁾. Portanto, diante da ineficiência e incapacidade do modelo médico hegemônico para enfrentar a esses agravos o Sistema Único de Saúde (SUS) buscou-se na Atenção Domiciliar (AD) uma alternativa viável ⁽⁹⁻¹¹⁾.

Assim nos dias atuais a AD consiste em modalidade de atenção à saúde de suporte às demais já existentes no SUS, caracterizada por um conjunto de ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação praticadas em domicílio e de caráter ambulatorial⁽¹²⁾.

Segundo a Portaria MS nº 825/2016 um Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) conta com uma equipe multidisciplinar cujos papéis fundamentais são: reduzir as demandas para os hospitais, diminuir o tempo de internação hospitalar, humanizar os

cuidados, desinstitucionalizar e otimizar o consumo dos recursos financeiros⁽¹²⁾. Reforçada pela análise entre os gastos hospitalares, a AD pode ser uma alternativa viável desde que haja não só habilidade para controlar os custos como também a garantia na qualidade da assistência^(8,13). Contudo, questões administrativas relacionadas com os custos envolvido na AD ainda é um tema pouco explorado na literatura⁽¹⁻¹³⁾.

Consequentemente o presente estudo apresenta como questão de pesquisa: Qual a diferença percentual dos custos do paciente em AD e quando hospitalizado?

Assim o estudo apresenta como objetivos: 1- comparar os perfis dos pacientes em AD e os que internaram no período do estudo; 2 - calcular o custo do paciente em AD; 3 - levantar o custo das internações hospitalares dos pacientes do SAD; comparar o custo/paciente em AD e em internação hospitalar;

MÉTODOS

Estudo exploratório, descritivo, retrospectivo (2014) e de natureza quantitativa em um SAD público localizado em um município do sudeste do Brasil com população estimada de 438.354 habitantes (2014)⁽¹⁴⁾.

O cenário dessa pesquisa é um serviço de AD que segue as diretrizes do SUS segundo o “Programa Melhor em Casa” do Ministério da Saúde (MS) em 2011⁽¹²⁾. Este serviço oferece a segunda modalidade - AD tipo 2 (AD2) destinando cuidados aos pacientes que demandam maior frequência para execução de procedimentos ambulatoriais como curativos, medicações, adaptações às sondas e ostomias, etc. O mesmo conta com equipes multiprofissionais, sendo formada por enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem, médico, fisioterapeuta, nutricionista, assistente social, psicólogo, dentista, terapeuta ocupacional atendendo a Portaria MS nº 825/2016⁽¹²⁾. O programa apresenta como critérios de elegibilidade atender a pacientes com limitações físicas de locomoção, presença de um cuidador, necessidade de cuidados de saúde até a estabilização do quadro e visitas semanais da equipe multidisciplinar.

A coleta de dados aconteceu no período de julho (2015) no SAD, por meio de análise de prontuários dos pacientes e registros eletrônicos. Os custos do SAD foram levantados junto ao centro de custos da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município ao qual o serviço pertence. Os custos das internações dos pacientes atendidos

pelo SAD foram consultados nas bases de dados eletrônicos no Departamento de Regulação e Controle (DERAC) pertencente à mesma SMS.

Para identificar a origem dos encaminhamentos dos pacientes para a AD, foi realizada a classificação dos níveis de atenção à saúde: primário, secundário e terciário⁽¹⁵⁾.

Em relação ao tempo de permanência (dias) em AD o mesmo foi calculado a partir da data de admissão até a data do desfecho do atendimento de - alta, óbito ou até o último dia do ano de 2014. E o da internação hospitalar - da admissão à alta.

Entende-se neste estudo como custo o dispêndio financeiro gasto para a produção de um bem ou de um serviço⁽³⁾. 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⁽³⁾. No presente estudo os custos do SAD envolveram custos com recursos humanos, despesas permanentes, insumos e terceiros. Em relação à internação hospitalar, os custos apontados referem-se às variáveis da conta hospitalar condensadas. Os valores foram expressos na moeda brasileira Real (R\$).

O custo paciente/dia do SAD foi calculado dividindo o custo médio total pela média paciente/mês para calcular o custo/paciente/mês. E a média do custo paciente/mês foi dividida pela média dias/ano para calcular o custo paciente/dia do SAD em 2014. E o custo paciente/dia da internação hospitalar foi obtido dividindo o custo total de cada conta hospitalar pelo número de dias do período da internação.

Inicialmente os dados foram colocados em planilha no Programa Excel versão 2007, com checagem de erros das digitações. Posteriormente, organizados em arquivo do software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 2.13.0. Posteriormente para as variáveis quantitativas utilizaram-se medidas resumos a média e desvio-padrão, mediana e mínimo e máxima para apontar a variabilidade.

Este estudo faz parte de um projeto maior intitulado “Atenção Domiciliar: análise do perfil dos pacientes na utilização de recursos e custos em uma cidade do sudeste do Brasil” aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (parecer nº 1.268.061).

RESULTADOS

Houve 761 pacientes em AD, composto por homens - 54,79%, idosos - 75,42%, renda de 1 a 2 salários mínimos - 37,18%, provenientes do nível de atenção primário (62,81%), com média de tempo de permanência de 209,55 dias e tiveram alta - 43,10% deles. Desses, tiveram internação hospitalar 12,48%(n:95), sendo homens - 51,57%, idosos 87,36%, provenientes da atenção primária para a AD (77,89%), com média de permanência de 5,65 dias e alta como desfecho -77,89% (tabela 1).

Tabela 1 – Comparação do perfil dos pacientes em AD (n= 761) e dos em AD internados (n= 95) durante o ano de 2014. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2018.

Variáveis	Categorias	AD N(%)	AD Internados N(%)
Gênero	Masculino	417(54,79)	49(51,57)
	Feminino	344(45,20)	46(48,42)
Faixa etária(anos)*	≤18	17(2,22)	-
	19-59	168(22,07)	12(12,63)
	≥ 60	574(75,42)	83(87,36)
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(29,69)	40(42,10)
	Viúvo (a)	186(24,44)	39(41,05)
Renda(SM)****	< 1SM	11(1,44)	2(2,10)
	1 a 2 SM	283(37,18)	62(65,26)
	> 2 SM	170(22,33)	19(20)
	Não se Aplica	2(0,26)	-
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
Desfecho*****	Alta	328(43,10)	70(73,68)

Óbito	241(31,66)	25(26,31)
Permanência	150(19,71)	-

Legenda: *SI – Sem informação. SM – Salário Mínimo (2014)- R\$ 724,00. *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-295(38,76%, n: 761); SI-12(12,63%, n: 95); ***** SI-34(4,46%, n: 761)

O custo total/mês variou de R\$154.385,66(janeiro) a R\$288.383,43(dezembro), distribuídos com pessoal que variou de R\$105.050,91 (fevereiro) a R\$222.736,39(dezembro), devido à ampliação da EMAD e despesas com férias e 13º salário; ao passo que com as despesas permanentes (água & esgoto, energia elétrica, telefonia, locação de imóvel, segurança) variaram de R\$6.721,20(julho) e R\$12.098,75(fevereiro), justificados pelo consumo maior de energia nos dias quentes, vazamentos de água, reajuste do aluguel; já os gastos com insumos (materiais de escritório, médico-hospitalares e medicamentos, oxigênio, lavanderia e esterilização, combustível e manutenção das viaturas), variou de R\$15.439(junho) e R\$53.991,30(agosto) e; os terceiros - prestadores de serviço (contratos com motoristas e serviços de limpeza, informática, manutenção de equipamentos e serviços gráficos) oscilou de R\$21.044,80(janeiro) e R\$46.843,00(junho) que sofrem reajustes anuais (tabela 2).

Tabela 2 – Demonstrativo da composição dos custos (R\$) do SAD em 2014 (N= 761).
São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2018.

<i>Mês</i>	<i>Mensal</i>	<i>RH</i>	<i>DPermanentes</i>	<i>Insumos</i>	<i>Terceiros</i>
Janeiro	154.385,66	109.082,74	7.056,73	20.416,61	21.044,80
Fevereiro	156.877,27	105.050,91	12.098,75	18.954,97	21.765,70
Março	162.323,91	110.945,74	11.550,32	19.282,74	21.765,70
Abril	187.328,17	123.050,08	11.024,34	33.194,94	21.765,70
Maiο	213.708,69	140.024,39	10.963,68	37.087,81	28.001,50
Junho	216.351,82	149.239,43	6.729,98	15.439,00	46.843,20
Julho	209.387,57	161.168,15	6.721,17	20.616,19	22.811,70
Agosto	244.005,87	155.848,79	6.726,19	53.991,30	29.951,52
Setembro	238.639,91	149.493,79	6.890,77	53.813,40	30.637,13
Outubro	244.828,20	166.604,69	6.745,33	42.942,01	30.814,29
Novembro	270.913,84	183.975,53	6.950,47	52.677,67	30.695,52
Dezembro	288.383,43	222.736,39	6.831,17	33.249,20	30.732,73
Total	2.587.134,34	1.777.220,64	100.288,92	401.665,85	336.829,49
Média	215.595,00	148.102,00	8.357,40	33.472,00	28.069,00
DP	44.133	42.314	2.273,1	14.708	7.263,30
Mediana	215.030,00	149.367,00	6.920,60	33.222,00	28.977,00
Mínimo	154.385,66	222.736,39	6.721,17	15.439,00	21.044,80
Máximo	288.383,43	183.975,53	12.098,75	53.991,30	46.843,20
%	100	68,69	3,87	15,52	13,01

Legenda: SAD – Serviço de atenção domiciliar; EMAD – Equipe multidisciplinar em atenção domiciliar; AD – Atenção domiciliar

O custo médio das internações hospitalares dos pacientes em AD foi R\$ 1.648,00, distribuídos principalmente para consumo de materiais/medicamentos – 79,00% (R\$ 2.018,57) e diárias – 11,28% com média de R\$ 532,30, influenciado pelo tempo de permanência hospitalar de cerca de 5,65 dias (tabela3).

Tabela 3 – Demonstrativo da composição dos custos (R\$) e do tempo de permanência(dias) da internação hospitalar dos pacientes do SAD durante o ano de 2014(N= 95). São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2018.

<i>Variáveis</i>	<i>%</i>	<i>Média</i>	<i>DP</i>	<i>Mediana</i>	<i>Min</i>	<i>Máx</i>
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

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

Em relação à diferença entre o custo médio paciente/dia do SAD e custo médio paciente/dia de internação hospitalar de seus pacientes a variação foi de R\$ 2,58 a R\$74,19, onde o custo médio paciente/dia do SAD foi R\$ 28,26, sendo 1.041% menor que o custo médio paciente/dia da internação hospitalar (R\$294,46) (tabela 4).

Tabela 4- Distribuição do custo médio total dia dos pacientes em AD e da internação hospitalar, durante o período de 2014(R\$). São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2018.

<i>Variáveis</i>	<i>Média</i>	<i>DP</i>	<i>Mediana</i>	<i>Min</i>	<i>Máx</i>
SAD					
Custo total/mês	215.595,00	44.133	215.030,00	154.386,66	288.383,43
Pac/mês	375,25	46,98	383	276	442
Custo Pac/mês	573,42	80,14	591,27	384,04	675,33
Dias úteis/mês	20,41	2,06	21	12	23

Custo Pac/dia	28,26	4,10	29,07	17,45	32,25
IH					
Custo total	1.648,00	4.332,00	710,11	52,22	40.180,00
T P (dia)	5,65	6,98	3	1	46
Custo Pac/dia	294,46	308,69	208,27	45,08	2.392,70
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

Os resultados desse estudo ampliam o conhecimento sobre AD por aprofundar a visão a cerca do perfil de seus pacientes e do custo operacional, bem como ao comparar os custos desta em relação à internação hospitalar, fornece subsídios que permitem adotar estratégias de gestão de modo a interceptar internações e consequentemente custos evitáveis.

Assim sendo, em relação ao perfil dos pacientes em AD encontrado nesse estudo, observa-se o predomínio de homens - 54,79%, idosos - 75,42%, analfabetos - 46,91% e casados -29,69%, existem semelhanças em relação a outros estudos nacionais quanto à idade: um estudo perfil de pacientes em AD a média de idade foi 77,6 anos (n: 367)⁽¹⁶⁾; em outro, a respeito de cuidado domiciliar em comunidade de baixo nível socioeconômico a média de idade foi 68,6 anos (n: 638)⁽¹⁷⁾ e em um estudo sobre o uso da AD na atenção primária, identificou que dos 1.563 participantes todos tinham idade acima de 60 anos⁽¹⁸⁾ e em relação à escolaridade entre o primeiro e segundo estudo, identificou-se que 43,7% eram não letrados (n:367) em 2011⁽¹⁶⁾ e 48,9% eram analfabetos(n:638) em 2012⁽¹⁷⁾. Houve semelhanças também entre os estudos nacionais citados acima a cerca do estado civil: 46,8% (n:376) eram casados no primeiro estudo⁽¹⁶⁾; houve predomínio dos casados 52,3%(n:638) no segundo estudo⁽¹⁷⁾ assim como no terceiro estudo (51,3%, n: 1.593)⁽¹⁸⁾. O mesmo ocorreu em relação ao predomínio do gênero feminino nos dois últimos estudos com 59,7%(n:638) e 62,8%(n:1.593) respectivamente⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

Estudo da Alemanha sobre a utilização dos serviços domiciliares analisou que não houve associação significativa entre as características sócio demográficas, o gênero e demais características (n: 1.152, teste chi-quadrado, p: 0,48) quanto à utilização dos

serviços e sim associação entre a idade avançada em relação à utilização dos serviços de cuidados domiciliares (n: teste chi-quadrado, p: 0.003)⁽²⁰⁾.

Ponto em comum entre nossos achados e demais estudos sobre cuidados domiciliares, é o fato dos idosos estarem presentes na maioria destes estudos⁽¹⁷⁻²⁰⁾ por apresentarem um prejuízo em sua capacidade funcional ao longo dos anos consequência dos motivos crônicos de saúde⁽²¹⁾ levando-os a serem os maiores usuários dos serviços domiciliares⁽²²⁾.

Quanto à origem dos encaminhamentos para a atenção domiciliar, a atenção primária foi o principal responsável com 62,81%(n: 761). Sabe-se que a atenção primária em saúde (APS) é o primeiro nível de cuidado domiciliar e que por meio das visitas domiciliares consegue avaliar as necessidades de cuidados dos pacientes e incluí-los em uma das modalidades de cuidados domiciliares oferecidas pelo SUS⁽²³⁾. Ressaltado pelo fato que no município o qual o SAD desse estudo pertence, existe a articulação entre a APS com a rede hospitalar através da alta qualificada o que favorece a inserção na AD por meio do encaminhamento da atenção primária⁽²⁴⁾. Porém, outro estudo no sul do país apontou que 75% (n:1.593) dos pedidos em 2010 para a inclusão em cuidados domiciliares vieram diretamente dos familiares dos pacientes e não da APS⁽²²⁾, sendo, portanto diferente dos encaminhamentos apontados neste estudo. Investigação sobre os desafios da AD apontou como uma das dificuldades a integração da rede de saúde no que se refere ao sistema de referência e contra referência entre as equipes, prejudicando o gerenciamento da AD quanto à oferta e a demanda para seus serviços já tão deficitários em 2016⁽²⁵⁾.

Outro desafio para o gerenciamento do cuidado está relacionado ao tempo de permanência em AD que neste estudo a média foi de 209,55 dias, abaixo da média encontrada na Inglaterra - 544,5 dias (2012)⁽²⁶⁾ e 881 dias (2011)⁽²⁷⁾. O tempo de permanência pode ser combinado com outras de informações como custos/semana, custo/dia, idade, gênero, número de visitas domiciliares⁽²⁷⁻²⁸⁾ entre outras características do atendimento em AD a fim de fornecer informações que possam auxiliar a preencher as lacunas existentes no setor como: o custo e o consumo de materiais envolvidos, a regulação da oferta x demanda, resultados dos cuidados aplicados, experiência dos trabalhadores e a interface com as demais redes de saúde tanto pública como privada⁽²⁹⁾.

Dentro do grupo dos pacientes em AD (n: 761), desses 95 pacientes (12,48%) apresentaram intercorrências as quais os levaram a uma internação hospitalar. Desses internados, houve predomínio de homens - 51,57%, idosos - 87,36%, analfabetos - 72,63%, provenientes da atenção primária para a AD - 77,89%, com média de tempo de permanência na internação de 5,65 dias e alta (73,68%) como desfecho da internação.

Em um estudo nacional a cerca dessa temática em 2011, entre os idosos inseridos nos cuidados domiciliar da APS, 17,7% (n: 1593) internaram no ano anterior a pesquisa⁽²²⁾. E entre dos idosos dependentes de cuidados domiciliares, 16,1% (n: 638) hospitalizaram no último ano⁽¹⁷⁾. Nesse estudo, a porcentagem foi inferior a dos estudos descritos, podendo inferir na efetividade do SAD.

Em relação ao perfil dos pacientes em AD internados nesse estudo quando comparados a outros estudos nacionais percebe-se divergências quanto ao gênero, porém semelhanças quanto à idade e ao nível de escolaridade, uma vez que nos três estudos descritos, todos eram idosos (≥ 60 anos)⁽³⁰⁻³²⁾.

Quanto ao tempo de internação hospitalar, nesse estudo foi encontrado média de 5,65 dias (2014), diferente de investigação em 2017 que apontou 5,9 dias⁽³⁰⁾ e em 2013 - 6,2 dias⁽³²⁾. E em relação ao desfecho, a alta (73,68%), foi o mesmo desfecho mais representativo em todos os estudos sobre pacientes idosos internados acima descritos⁽³⁰⁻³²⁾, sendo os motivos relacionados, principalmente, por condições crônicas de saúde, vindo de encontro também aos motivos da internações dos achados desse estudo.

Assim compreender o perfil dos pacientes em AD que internam para identificar os prováveis fatores de riscos associados⁽³³⁻³⁵⁾ principalmente porque há evidência na literatura que os cuidados de saúde primários (ações de prevenção e promoção da saúde) diminuem as internações não planejadas⁽³⁶⁾ como também a manutenção em cuidados domiciliares a longo prazo atua com fator de prevenção para as reinternações hospitalares⁽³⁷⁾. Principalmente porque as internações hospitalares não planejadas atuam como uma medida de qualidade para mensurar o desempenho dos cuidados domiciliários, haja vista não os custos hospitalares envolvidos⁽³⁸⁾, como também os custos com a AD, tema pouco explorado na literatura⁽¹⁻¹³⁾.

Por isso a importância em demonstrar os custos do SAD que em 2014 totalizou R\$ 2.587.134,34 para 761 pacientes, onde os gastos com pessoal representou 68,69%, insumos - 15,52% e prestadores de serviço- 13,01%.

Portanto, evidencia-se coerência na distribuição dos recursos públicos na AD, bem como a variação dos custos influenciados, principalmente, por fatores como ampliação no número de equipes de AD para se adequar a proporção com o número de habitantes do município, despesas trabalhistas com férias e 13^o salários debitados nos últimos meses do ano. Em relação aos insumos, a variação sofre influência do número de pacientes e atendimentos realizados em domicílio totalizando 2.969,04 atendimentos.

Sabe-se que a redução dos custos na AD decorre principalmente devido ao repasse de grande parte dos custos envolvidos do hospital e/ou operadora de saúde para a família⁽⁸⁾. Além disso, existe uma logística no mercado que essa economia deve ser entre 30-60% a menos quando comparada a assistência hospitalar⁽³⁹⁾.

Assim, ao conhecer a composição das despesas do SAD, gera informações relevantes para o gerenciamento dos custos em relação à economia envolvida não só com a desospitalização, mas também outras questões como a adoção de estratégias para a diminuição do período da internação hospitalar, redução de reinternações, adesão ao tratamento e humanização no cuidado⁽⁹⁾.

Nesse ponto de vista, investir em recursos humanos onde-se disponibiliza uma equipe multidisciplinar também pode ser um diferencial em relação aos resultados obtidos em AD. Estudo sobre AD no segmento privado apontou os gastos relacionados a treinamentos, cerca de R\$ 499,92 por treinamento em 2007, considerado como investimento para retorno futuro sob diferentes aspectos na AD⁽⁴⁰⁾.

Somado a isso, a União das Instituições de Autogestão em Saúde (UNIDAS), descreveu que em 2016, as despesas com diárias (40,4%) da internação domiciliar foram maiores do que as despesas com as diárias na internação hospitalar (14,7%)⁽⁴¹⁾. Porém, no mesmo ano, as despesas com materiais e medicamentos (27%) da internação domiciliar foram inferiores as mesmas despesas da internação hospitalar (50%)⁽⁴¹⁾.

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 Agência Nacional de Saúde (ANS) quanto ao preenchimento dos procedimentos nas guias de pagamentos dos convênios⁽³⁹⁾.

Cabe ressaltar que nesse estudo, a modalidade de AD relaciona-se a Atenção Domiciliar e não a Internação Domiciliar, fato que o diferencia em relação às despesas com diárias, taxas e aluguéis, OPME, etc; bem como se relaciona a execução de

procedimentos de caráter ambulatorial, visitas médicas e de enfermagem, além das terapias seriadas da equipe multidisciplinar de apoio ⁽¹²⁾.

Ao passo que estando essas variáveis presentes na composição da conta da internação hospitalar, os valores apontados nesse 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⁽⁴¹⁾. Sendo que o valor foi 13,54% acima e o tempo de internação 0,75 abaixo dos nossos achados.

Além disso, na composição da conta hospitalar dos pacientes em AD que internaram em 2014, os gastos com materiais e medicamentos (76,56%) ficaram acima dos gastos com materiais e medicamentos das internações na saúde suplementar no mesmo período (58,00%)⁽⁴²⁾; os gastos com OMPE -2,44% abaixo (8,20%) e as despesas com diárias- 9,13%, acima(8,9%)⁽⁴²⁾. Apesar 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.

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 Internação hospitalar foi de R\$294,46. Perfazendo uma diferença percentual de 1.041%, muito acima do que o encontrado pelo mercado privado do segmento⁽³⁹⁾.

É importante salientar que nesse estudo a modalidade da AD realizada pelo SAD é Atenção Domiciliar tipo 2 (AD2) que oferece cuidados para pacientes que demandam maior frequência para execução de procedimentos ambulatoriais sendo estes executados pela enfermagem 1x/semana⁽¹²⁾. Diferente da internação domiciliar onde todos os recursos tecnológicos e humanos são levados à residência do paciente e para essa modalidade existe a premissa da economia de 30% em relação à internação domiciliar, justificando a limitação e a diferença percentual encontrada nesse estudo^(40,41).

Dessa forma a maior parte dos cuidados e os custos dos materiais é transferida para os familiares que acabam retirando materiais/insumos na rede de atenção básica.

Ficando somente alguns procedimentos específicos sob responsabilidade e execução da enfermagem do SAD cujos materiais e custos estão embutidos no próprio SAD.

Sabe-se que o custeio do SAD ocorre por meio de um repasse mensal do Fundo Nacional de Saúde para que cada município habilitado para que este receba de acordo com cada equipe habilitada Equipe Multidisciplinar de Apoio (EMAD tipo I e II) e Equipe Multidisciplinar de Apoio (EMAP), a saber: R\$ 50.000/EMAD tipo I, R\$ 34.000/EMAD tipo II e R\$ 6.000/EMAP(12). No ano de 2014, o SAD finalizou o ano com duas EMAD tipo II e uma EMAP⁽¹²⁾.

É possível que essas internações pudessem ser interceptadas pelo sistema de regulação e ser encaminhadas para um hospital de retaguarda de forma a amenizar o impacto financeiro para o sistema público de saúde.

A relação manteve-se nos últimos anos no segmento privado, onde o custo da internação domiciliar foi de R\$ 777,94(2009), R\$761,63(2010), R\$ 908,81(2011), R\$ 1.351,52(2014)⁽⁴¹⁾.

Além disso, em um estudo norte-americano em 2014, um plano de gerenciamento de cuidados em casa gerou uma economia de \$447 dólares/mês, ou seja, R\$ 1.439,34 reais/mês para o plano de saúde privado justificando seu investimento⁽⁴²⁾. O que ressalta a justificativa e os achados desse estudo.

Contribuições do estudo para a prática de Enfermagem

Os resultados gerados por esse estudo permitiu evidenciar alguns pontos positivos do desempenho da gestão do SAD como a baixa taxa de internação hospitalar - 12,48%, decorrente de cuidados domiciliares capazes de atender as necessidades dessa população prevenindo possíveis agravamentos que culminem em custos evitáveis com internações hospitalares. A eficiência é evidenciada pela taxa de alta de 43,10%, tempo de permanência inferior a de estudos internacionais, maior parte dos encaminhamentos vindos da APS denotando a articulação da rede pública. Recomenda-se a gestão ações direcionadas a fim de manter tal eficiência para com as necessidades da população.

Limitações do estudo

A falta de literatura para comparar os achados desse estudo limita a abrangência de análise. Apesar de grande expansão desse segmento nos últimos anos as pesquisas são escassas. Dessa forma, sugere-se a realização de mais investigações a cerca dos custos envolvidos em AD com metodologias reaplicáveis.

CONCLUSÃO

Nota-se que em relação ao perfil dos pacientes em AD, o ponto em comum é a forte presença de idosos no AD, consequências do prejuízo na capacidade funcional que ocorre durante o processo de envelhecimento.

Sob o ponto de vista dos custos da AD, percebe-se que as despesas com pessoal foi o componente que mais impactou com o custo total, coerente e já esperado para esse modelo assistencial extra-hospitalar e nesse caso mostrou-se efetivo diante dos resultados gerados para o serviço e, a favorecer o gerenciamento de caso de cada paciente em domicílio.

A diferença de 1.041% dos custos entre custo/paciente dia em AD com o custo/paciente dia em internação hospitalar reitera a viabilidade e a importância do SAD na perspectiva do melhor uso do recurso público no sistema de saúde público.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira WT, Rodrigues AVD, Haddad MCL, Vannuch MTO, Taldivo MA. Concepções de enfermeiros de um hospital universitário público sobre o relatório gerencial de custos. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(5):1184-91.
2. Dallora MELV, Forster AC. Gerenciamento de custos de material de consumo em um hospital de ensino. *RAS*. 2013;15(59):46-52.
3. Castilho V, Mendes KGL, Jericó MC, Lima AFC. Gestão de custos em serviços de enfermagem. *PROENF Gestão Enfer*. 2012;2(1):51-73.
4. Regonha E, Baungartner RR, Scarpi MJ. Análise de custos para clínicas oftalmológicas. *Rev Bras Oftalmol*. 2016;75(6): 461-9
5. Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current

- challenges. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *Lancet*. 2011;377(9781):1949-61.
6. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2013
 7. Machado DO, Silva FM, Mahmud SJ, Fengler FL, Paskulin LMG. Care Demands Regarding Home-care Service: A Descriptive Study. *Online Braz J Nurs*. (Online). 13(3):353-61.
 8. Silva KL, Sena R, Leite JCA, Seixas CT, Gonçalves AM. Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(3):391-7.
 9. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. v. 2.
 10. Andrade AM, Brito MJM, Silva KLS, Randow RMV, Montenegro LC. Singularidade do trabalho na atenção domiciliar: imprimindo uma nova lógica em saúde. *Rev Pesqui Cuid Fundam*. 2013;5(1):3383-93.
 11. Hall CJ, Peel NM, Comans TA, Gray LC, Schufflam PA. Can post-acute care programs for older people reduce overall costs in the health system? A case study using Australian Transition care program. *Health Soc Care Community*. 2012;20(1):97-102.
 12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. *Diário Oficial da União* 26 abr 2016. Seção 1: p.33-38.
 13. Mesquita SRAM, Anselmi ML, Santos CB, Hayashi M. Programa interdisciplinar de internação domiciliar de Marília-SP: custos de recursos materiais consumidos. *Rev Latinoam Enferma*. 2005;13(4):555-61.
 14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na Internet]. 2017 [acesso em 2018 Jun 29]. Panorama São José do Rio Preto; [aproximadamente 10 telas]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/sao-jose-do-rio-preto/panorama>

15. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
16. Uesugui HM, Fagundes DS, Pinho DLM. Perfil e grau de dependência de idosos e sobrecarga de seus cuidadores. *Acta Paul Enferm.* 2011;24(5):689-94.
17. Del Duca GF, Martinez AD, Bastos GAN. Perfil do idoso dependente de cuidado domiciliar em comunidades de baixo nível socioeconômico de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. *Ciênc Saúde Colet.* 2012;17(5):1159-65.
18. Thumé E, Facchini LA, Wyshak G, Campbell P.. The Utilization of Home Care by the Elderly in Brazil's Primary Health Care System. *Am J Public Health.* 2011;101(5):868-74.
19. Sørbye LW, Hamran T, Henriksen N, Norberg A. Home care patients in four Nordic capitals – predictors of nursing home admission during one-year follow up. *J Multidiscip Healthc.* 2010;3:11-8.
20. Dorin L, Turner SC, Beckmann L, Schlarmann JG, Faatz A, Metzling S, et al. Which need characteristics influence healthcare service utilization in home care arrangements in Germany? *BMC Health Serv Res.* 2014;14:233.
21. Campolina AG, Dini PS Ciconelli RM. Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade em São Paulo (SP, Brasil). *Ciênc Saúde Colet.* 2011;16(6):2919-25.
22. Thumé E, Fachini LA, Tomasi E, Vieira LAS. Home health care for the elderly: associated factors and characteristics of access and health care. *Rev Saúde Pública.* 2010;44(6):1102-11.
23. Savassi LCM. Os atuais desafios da Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde: Uma análise na perspectiva do Sistema Único de Saúde. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2016;11(38):1-12.
24. Reis JFD. A implantação de alta qualificada em um hospital universitário como processo da integralidade no cuidado. (AU) [trabalho de conclusão de curso]. São José do Rio Preto: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; 2015.

25. Braga P, Seixas CT, Castro EAB, Andrade AM, Silva YC. Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 2013;21(3):903-12.
26. Steventon A, Roberts A. Estimating length of stay in publicly-funded residential and nursing care homes: a retrospective analysis using linked administrative data sets. *BMC Health Serv Res*. 2012; 12: 377.
27. Forder J, Fernandez JL . Length of stay in care homes, Report commissioned by Bupa Care Services, PSSRU Discussion Paper 2769. Canterbury: PSSRU; 2011.
28. O'Connor M, Hanlon A, Naylor MD, Bowles KH. The Impact of Home Health Length of Stay and Number of Skilled Nursing Visits on Hospitalization among Medicare-Reimbursed Skilled Home Health Beneficiaries. *Res Nurs Health*. 2015;38(4):257-67.
29. Newquist DD, DeLiema M, Wilber KH. Beware of Data Gaps in Home Care Research: The Streetlight Effect and Its Implications for Policy Making on Long-Term Services and Supports. *Med Care Res Rev*. 2015;72(5):622-40.
30. Rodrigues CC, Ribeiro RCHM, Cesarino CB, Bertolin DC, Ribeiro, Oliveira MP, et al. Idosos internados em um hospital escola: características clínicas e desfechos. *Rev Enferm UFPE on line*. 2017;11(12):4938-45.
31. Coutinho MLN, Samúdio MA, Andrade LM, Coutinho RN, Silva DMA. Perfil sociodemográfico e processo de hospitalização de idosos atendidos em um hospital de emergências. *Rev Rene*. 2015;16(6):908-1005.
32. Valéria Pagotto V, Silveira EA, Velasco WD. Perfil das hospitalizações e fatores associados em idosos usuários do SUS. *Ciênc Saúde Colet*. 2013;18(10):3061-70.
33. Mallitt KA, Kelly P, Plant N, Usherwood T, Gillespie J, Boyages S, et al. Demographic and clinical predictors of unplanned hospital utilisation chronically ill patients: a prospective cohort study. *BMC Health Serv Res*. 2015;15:136.
34. Braet A, Weltens C, Sermeus W, Vleugels A. Risk factors for unplanned hospital re-admissions: a secondary data analysis of hospital discharge summaries. *J Eval Clin Pract*. 2015;21(4):560-6.

35. Morris JN, Howard EP, Steel K, Schreiber R, Fries BE, Lipsitz LA, et al. Predicting risk of hospital and emergency department use for home care elderly persons through a secondary analysis of cross-national data. *BMC Health Serv Res.* 2014;14:519.
36. Deraas TS, Berntsen GR, Jones AP, Førde OH, Sund ER. Associations between primary healthcare and unplanned medical admissions in Norway: a multilevel analysis of the entire elderly population. *BMJ Open.* 2014;4(4):e004293.
37. Sousa-Pinto B, Gomes AR, Oliveira A, Ivo C, Costa G, Ramos J, et al. Reinternamentos hospitalares em Portugal na última década. *Acta Med Port.* 2013;26(6):711-20.
38. Silver MP, Edmonds C. Causes of unplanned hospital admissions implications for practice and policy. *Home Healthc Nurse.* 2010;28(2):71-81.
39. Portal homecare [homepage na Internet]. 2015[acesso em 2018 Jun 27]. Vantagens e desvantagens para o plano de saúde; [aproximadamente 5 telas]. Disponível em: <http://portalthomecare.com.br/vantagens-e-desvantagens-para-o-plano-de-saude/>
40. Schutz V, Leite JL, Figueiredo NMA. Como administrar cuidados domiciliares: o custo e o preço do preparo e do trabalho da enfermagem – uma experiência. *Esc Anna Nery.* 2007;11(2):358 - 64.
41. UNIDAS Autogestão em Saúde. Pesquisa Unidas 2016. São Paulo: UNIDAS; 2016. p. 1-92..
42. UNIDAS Autogestão em Saúde. Pesquisa Unidas 2015. São Paulo: UNIDAS; 2015. p. 1-60.

CONCLUSÃO

3 CONCLUSÃO

Este estudo permitiu concluir que conhecer a AD sob os aspectos dos perfis de seus pacientes, tempo de permanência, motivos de admissão permite alinhar os cuidados domiciliares favorecendo assim seu gerenciamento da AD a fim de garantir um melhor desempenho de suas atividades. Assim como avaliá-la do ponto de vista econômico tanto dos recursos envolvidos como os custos relacionados com a manutenção dos cuidados em casa fornece subsídios para a sustentação de sua viabilidade econômica dentro do cenário público do sistema de saúde.

REFERENCIAS

4 REFERENCIAS

1. PubMed [Internet]. Bethesda: US National Library of Medicine [acesso em 2017 fev 21]. Disponível em: <http://www.pubmed.gov>
2. DECS – Descritores em Ciências da Saúde [Internet]. São Paulo; Bireme [acesso em 2017 fev 19]. Disponível em: <http://decs.bvs.br/P/decsweb2016.htm>
3. Lacerda, MR; Giacomozzi, CM; Olinski, SR; Truppel, TC. Atenção à saúde em domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. *Saúde Soc.* 2006;15(2):88-95.
4. Brasil. Agencia de Vigilância Sanitária. RDC nº11, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam atenção domiciliar. *Diário Oficial da União* 30 jan 2006. Seção 1, p. 1-2 (Suplemento)
5. Buhler-Wilherson K. No place like home: A history of Nursing and Home Care in the U.S. *Home Healthc Nurse.* 2012;30(8):446-52.
6. Mendes W. Home care: uma modalidade de assistência em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, UnATI; 2001.
7. Rehen TCMSB, Trad LAB. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. *Ciênc Saúde Col.* 2005;10 Supl:231-42.
8. Silva KL, Sena R, Leite JCA, Seixas CT, Gonçalves AM. Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Pública.* 2005;39(3):391-7.
9. Ribeiro NRR. As visitadoras Sanitárias do Rio Grande do Sul. *Rev Gaúch Enferm.* 1988;9(1):7-11.
10. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 20 set 1990. Seção 1:18055.

11. Brasil. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Portaria nº 189, de 19 de novembro de 1991. Aprova a inclusão de Grupos e Procedimentos da Tabela do SIH-SUS, na área de Saúde Mental (Hospitais Psiquiátricos). Diário Oficial da União 20 nov 1991. Seção 1:177.
12. Brasil. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Portaria nº 303, de 2 de julho de 1992. Modifica a Portaria nº 225, de 29 de janeiro de 1992, que dispõe sobre normas de funcionamento dos serviços de saúde para pessoas portadoras de deficiência (PPD), no Sistema Único de Saúde [Internet]. Diário Oficial da União 3 jul. 1992. jul 03 [acesso em 2015 set 9]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/snas/1992/prt0303_02_07_1992.html
13. Brasil. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria nº130, de 3 de agosto de 1994. O Secretário de Assistência à Saúde, no uso de suas atribuições e acatando o Programa Nacional DST/AIDS da Secretária de Assistência à Saúde, estabelece as seguintes diretrizes e normas para implantação de tratamento em hospital-dia ao paciente com doença/AIDS conforme Portaria nº 93 de maio de 1994. Diário Oficial da União. 5 ago 1994 ago [acesso em 2015 set 9]. Disponível em: sna.saude.gov.br/legisla/legisla/aids/SAS_P130_94aids.doc
- 14 Martelli DRB, Silva MS, Bonan PRT, Rodrigues LHC, Martelli-Junior H. Internação domiciliar: o perfil dos pacientes assistidos pelo Programa HU em Casa. Physis (Rio J.). 2011;21(1):147-57.
15. Brasil. Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 10.424 de 15 de abril 2002. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União 16 abr. 2001. Seção 1:1.
16. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 0464, de 20 de outubro de 2014. Normatiza a atuação da equipe de enfermagem na atenção domiciliar [Internet]. Brasília, DF; 2014. [acesso em 2014 set 9]. Disponível em: www.cofen.gov.br/resolucaocofenno04642014_27457.html

17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.527, de 27 de outubro de 2011. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS. Diário Oficial da União 28 out 2011. Seção 1:44.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1600, de 07 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 8 jul 2011. Seção 1:70.
19. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. v. 2.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS. Diário Oficial da União. 27 maio 2013. Seção 1:30.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Diário Oficial da União 26 abr 2016. Seção 1: p.33-38.
22. Machado DO, Silva FM, Mahmud SJ, Fengler FL, Paskulin LMG. Care Demands Regarding Home-care Service: A Descriptive Study. Online Braz J Nurs. (Online). 13(3):353-61.
23. Rodrigues RD, Anderson MIP. Saúde da Família: uma estratégia necessária. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2011;6(18):21-4.
24. Rehen TCMSB, Trad LAB. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. Ciênc Saúde Col. 2005;10 Supl:231-42.
25. Galvão CR, Pinochet LHC, Vieira MA, Miquelão R. Análise de indicadores de monitoramento de pacientes portadores de doenças crônicas: estratégia de redução de custos. Mundo Saúde. 2011;35(4):427-37.
26. Andrade AM, Brito MJM, Silva KLS, Randow RMV, Montenegro LC. Singularidade do trabalho na atenção domiciliar: imprimindo uma nova lógica em saúde. Rev Pesqui Cuid Fundam. 2013;5(1):3383-93.

27. Hall CJ, Peel NM, Comans TA, Gray LC, Schufflam PA. Can post-acute care programs for older people reduce overall costs in the health system? A case study using Australian Transition care program. *Health Soc Care Community*. 2012;20(1):97-102.
28. Oliveira SG, Kruse MHL, Sartor SF, Echevarría-Guanilo ME. Enunciados sobre a atenção domiciliar no cenário mundial: revisão narrativa. *Enferm Glob*. 2015;(39):379-85.
29. Kerber NPC, Kirchhof ALC, Cezar-Vaz MR. Atenção domiciliária e direito à saúde: uma experiência na rede pública brasileira. *Acta Paul Enferm*. 2010;23(2):244-50.
30. Feuerwerker LCM, Merhy EE. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. *Rev Panam Salud Publica*. 2008 24(3):180-9.
31. Martins AA, Franco TB, Merhy EE, Feuerwerker LCM. A produção do cuidado no Programa de Atenção Domiciliar de uma Cooperativa Médica. *Physis*. 2009;19(2):457-74.
32. Franco TB, Merhy EE. Atenção domiciliar na saúde suplementar: dispositivo da reestruturação produtiva. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13(5):1511-20.
33. Ministério da Saúde. Serviço de Atenção Social [homepage na Internet]. Brasília; 2015. [acesso em 2018 jul 3]. Melhor em casa; [aproximadamente 1 tela]. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/melhor-em-casa-servico-de-atencao-domiciliar/melhor-em-casa>
34. Pires MRGM, Duarte EC, Göttems LBD, Figueiredo NVF, Spagnol CA. Fatores associados à atenção domiciliária: subsídios à gestão do cuidado no âmbito do SUS. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(3):648-56.
35. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(3):548-54.
36. Reis CS, Noronha K, Wajnman S. Envelhecimento populacional e gastos com internação do SUS: uma análise realizada para o Brasil entre 2000 e 2010. *Rev Bras Estud Popul*. 2016;33(3):591-612.

37. Schramm JMA, Oliveira AF, Leite IC, Valente JG, Gadelha AMJ, Portela MC et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004;9(4):897-908.
38. Mesquita SRAM, Anselmi ML, Santos CB, Hayashi M. Programa interdisciplinar de internação domiciliar de Marília-SP: custos de recursos materiais consumidos. *Rev Latinoam Enferma*. 2005;13(4):555-61.
39. Schutz V, Leite JL, Figueiredo NMA. Como administrar cuidados domiciliares: o custo e o preço do preparo e do trabalho da enfermagem – uma experiência. *Esc Anna Nery*. 2007;11(2):358 - 64.
40. Harrington C. Quality of care in Nursing Homes Organizations: Establishing a Health services research agenda. *Nurs Outlook*. 2005;53(6):300-4.
41. Alders P, Costa-Font J, Klerl M, Frank R. What is the impact of policy differences on nursing home utilization? The cases of Germany and the Netherlands. *Health Policy*. 2015;119(6):814-20.
42. Mukamel DB, Weimer DL, Harrington C, Spector WD, Ladd H, Li Y. The Effect of State Regulatory Stringency on Nursing homes Quality. *Health Serv Res*. 2012;47(5):1791-813.
43. Oliveira WT, Rodrigues AVD, Haddad MCL, Vannuch MTO, Taldivo MA. Concepções de enfermeiros de um hospital universitário público sobre o relatório gerencial de custos. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(5):1184-91.
44. Dallora MELV, Forster AC. Gerenciamento de custos de material de consumo em um hospital de ensino. *RAS*. 2013;15(59):46-52.
45. Schutz V, Siqueira BT. A enfermagem e o custo com os materiais hospitalares: uma revisão bibliográfica. *Cogitare Enferm*. 2011;16(1):148-53.
46. Silva KL, Sena RR, Seixas CT, Feuerweker LCM, Merhy EE. Home care as change of the technical-assistance model. *Rev Saude Publica*. 2010;44(1):166-76.
47. Albano TC, Freitas JB. Participação efetiva do enfermeiro no planejamento: foco nos custos. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(3):372-7.

48. Francisco IMF, Castilho V. A enfermagem e o gerenciamento de custos. *Rev Esc Enferm USP*. 2002;36(3):240-4.
49. Newquist DD, DeLiema M, Wilber KH. Beware of Data Gaps in Home Care Research: The Streetlight Effect and Its Implications for Policy Making on Long-Term Services and Supports. *Med Care Res Rev*. 2015;72(5):622-40.
50. Genet N, Boerma WG, Kringos DS, Bouman A, Francke AL, Fagerström C, et al. Home care in Europe: a systematic literature review. *BMC Health Serv Res*. 2011;11:207.
51. Lourenço KG, Castilho V. Nível de atendimento dos materiais classificados como críticos no Hospital Universitário da USP. *Rev Bras Enferm*. 2007; 60(1):15-20.

APENDICES

APENDICES

Apêndice 1-Manuscrito 3: “Classificação XYZ dos materiais usados nos procedimentos de enfermagem em um serviço de atenção domiciliar”

Classificação XYZ dos materiais usados nos procedimentos de enfermagem em um serviço de atenção domiciliar

Giliane Fabíola Martins dos Reis¹

Marli de Carvalho Jericó²

Ângela Silveira Gagliardo Calil³

Andréia Aparecida Silveira Maloni⁴

1Enfermeira, mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem – Mestrado Acadêmico da FAMERP, Departamento de Pós-graduação em Enfermagem, FAMERP-Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto - SP, bolsista CAPES.

2Enfermeira, Doutor em Enfermagem, Professor, Departamento de Enfermagem Especializada, FAMERP-Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - SP, Brasil. E-mail: marli@famerp.br.

3Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Professor, Departamento de Enfermagem Especializada, FAMERP-Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - SP, Brasil. E-mail: angela@famerp.br

4Enfermeira, gerente do Serviço de Atenção Domiciliar Especializado, Departamento de Atenção Especializada, Secretaria de Saúde de São José do Rio Preto, Prefeitura Municipal de São José de Rio Preto, São José do Rio Preto - SP, Brasil. E-mail: deiamaloni@yahoo.com.br

Autor responsável pela troca de correspondência

Giliane Fabíola Martins dos Reis, Endereço Residencial: Passeio Rochedos, 106.

Bairro centro. CEP 15-385000. Ilha Solteira - SP

Fone:(18) 99745-3157

E-mail: giliane_reis@yahoo.com.br

RESUMO

Introdução: A administração dos recursos materiais é um dos papéis do enfermeiro no gerenciamento. Compreender quais são os recursos consumidos e estabelecer uma classificação segundo o grau de importância, permite coordenar o estoque de modo a não interromper as atividades de enfermagem. Nesse aspecto a classificação segundo o grau de criticalidade (Classificação XYZ) pode ser uma ferramenta útil para um Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) público, setor o qual há escassa literatura a respeito.

Objetivo(s): identificar a produção e os custos dos procedimentos de enfermagem em AD; Classificar os materiais relacionados segundo o grau de criticalidade (classificação XYZ) e seus custos unitários. **Casuística/Material e Métodos:** trata-se de um estudo exploratório-descritivo, retrospectivo (2014) e de natureza quantitativa. A coleta de dados ocorreu por meio dos registros eletrônicos e manuais da enfermagem próprios do serviço. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de ética (parecer nº 1.268.061).

Resultados: Foram identificados doze procedimentos de enfermagem passíveis de serem executados em domicílio. Destes, a maior produção foi para sinais vitais (9.637), curativos (6.645) e glicemia capilar (1.307). Cateterismo Vesical de Alívio (CVA) obteve o maior valor R\$31,58 e Sinais Vitais, o menor R\$0,03. Dos 41 materiais envolvidos, 12,19% são em baixa criticalidade (X), 73,17%-média criticalidade(Y) e 14,63%-máxima criticalidade(Z). A soma dos custos unitários foi de R\$1,09 (Classe X), R\$45,87 (Classe Y) e R\$ 3,69 (Classe Z). **Conclusão:** Nota-se que segundo a Classificação XYZ permite conhecer a criticalidade dos materiais envolvidos favorecendo na tomada de decisão para o gerenciamento adequado do estoque de modo que não prejudique as atividades de enfermagem em AD.

Descritores português: Recursos materiais em saúde; Organização e Administração; Cuidados de Enfermagem; Serviços de Assistência Domiciliar; Serviços de Saúde.

Descritores em inglês: Material Resources; Organization and Administration; Nursing care; Home Care Services; Health Services.

Descritores em espanhol: Recursos materiales em Salud; Organización y Administración; Atención de Enfermería; Servicios de Atención de Salud a Domicílio; Servicios de Salud.

***-este manuscrito é parte da dissertação de mestrado junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Acadêmico – da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP.**

INTRODUÇÃO

Entende-se por gerenciamento como um conjunto de ações e medidas que visem às atividades de uma empresa para que essa atinja a finalidade a que se preze⁽¹⁾. O gerente é o responsável em realizar a interface entre o papel da organização e seus os clientes garantindo a efetividade do sistema⁽²⁾.

No caso dos serviços de saúde, cabe ao enfermeiro a função da gerência⁽³⁾ a qual assume o papel de supervisionar mais de uma unidade, bem como os demais membros da equipe da enfermagem⁽⁴⁾. Para tanto, sabe-se que são competências do enfermeiro gerente: a tomada de decisão, liderança, administração e gerenciamento, comunicação e educação permanente⁽⁵⁾.

No campo da administração, o gerenciamento dos recursos de materiais merece destaque uma vez que estes elevam os gastos dos serviços de saúde justificando a adoção de estratégias que visem à viabilidade econômica, bem como os resultados associados ao seu consumo e custos⁽⁶⁾. Por isso a importância da gestão de custos como forma de refinar os processo de trabalho a fim de promover uma adequação mais apropriada do consumo favorecendo a gestão dos serviços de saúde⁽⁷⁾.

O sistema de classificação dos materiais segundo o grau de criticalidade conhecido como Classificação XYZ permite ao gerente estabelecer um planejamento e controle do estoque de modo a evitar a interrupção de suas atividades^(8,9). Nesse aspecto a classificação XYZ pode ser uma ferramenta útil, também, para a Atenção Domiciliar (AD), setor o qual há escassa literatura a respeito.

Desde 2012 o Programa Melhor em Casa do Ministério da Saúde (MS) instruiu no Sistema Único de Saúde (SUS) a Atenção Domiciliar (AD) em sua rede de atenção primária através do Serviço de Atenção Domiciliar, o SAD⁽¹⁰⁾. Este serviço oferta cuidados ambulatoriais semanais passíveis de serem realizados na casa de pacientes com limitações físicas com o objetivo de favorecer a desospitalização, promover maior

segurança para os pacientes, cuidados humanizados, integralidade, promoção e educação em saúde e reabilitação^(10,11).

Assim conhecer os tipos, a quantidade e os custos dos materiais envolvidos nos cuidados de enfermagem favorece o gerenciamento da AD quando relacionados ao consumo dos recursos materiais segundo o critério de criticalidade garantindo a continuidade dos cuidados de enfermagem.

Partindo dessas justificativas, esse estudo visa responder a seguinte questão de pesquisa: Quais são os recursos e custos dos materiais consumidos nos procedimentos de enfermagem? Quais materiais pertencem às categorias X, Y e Z?

Assim o presente estudo tem como objetivo apontar a produção dos procedimentos de enfermagem; identificar os tipos dos materiais usados nos procedimentos de enfermagem em AD segundo a classificação XYZ e seus custos unitários.

MÉTODO

Estudo exploratório-descritivo, retrospectivo (2014) e de natureza quantitativa em um SAD público localizado em um município do sudeste do Brasil com população estimada de 438.354 habitantes (2014)⁽¹²⁾.

O SAD, cenário dessa pesquisa, segue as diretrizes do SUS segundo o “Programa Melhor em Casa” do Ministério da Saúde (MS) em 2011⁽¹¹⁾. O mesmo conta com equipes multiprofissionais, sendo formada por enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem, médico, fisioterapeuta, nutricionista, assistente social, psicólogo, dentista, terapeuta ocupacional atendendo a Portaria MS nº 825/2016⁽¹¹⁾. Para a inclusão no programa os pacientes devem apresentar limitações físicas de locomoção, presença de um cuidador, necessidade de cuidados de saúde frequentes até a estabilização do quadro e visitas semanais uma vez que a modalidade de assistência domiciliar oferecida pelo SAD é de caráter ambulatorial.

A coleta de dados aconteceu no período de julho (2015) no SAD, por meio de análise de prontuários dos pacientes, registros eletrônicos próprios e notas de transferências entre almoxarifados (farmácia central e almoxarifado central da saúde). Foi considerada toda produção dos procedimentos de enfermagem realizados no ano de

2014. Desses procedimentos, para contagem dos materiais foram excluídas as drogas terapêuticas, os equipamentos consignados e materiais de uso permanente.

Para o cálculo do custo médio de cada material, foram levantados três valores provenientes das notas do almoxarifado e calculado a média entre os valores.

Consideraram-se como materiais da Classe X aqueles cuja falta não acarreta em paralisação do serviço de saúde, por possuir baixa criticalidade. Para os da Classe Y, elencaram aqueles que apresentam grau médio de criticalidade, são vitais, mas podem ser substituído por outro equivalente. Quanto aos da Classe Z, como sendo aqueles com máxima criticalidade e que não podem ser substituídos por outros.

Inicialmente os dados foram colocados em planilha no Programa Excel versão 2007, com checagem de erros das digitações. Posteriormente, organizados em arquivo do software SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 2.13.0. Posteriormente para as variáveis quantitativas utilizaram-se medidas resumos a média e desvio-padrão, mediana e mínimo e máxima para apontar a variabilidade.

Este estudo faz parte de um projeto maior intitulado “Assistência Domiciliar: análise do perfil dos pacientes na utilização de recursos e custos em uma cidade do sudeste do Brasil” aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (parecer nº 1.268.061).

RESULTADOS

Foram identificados doze procedimentos de enfermagem realizados em domicílio. Destes, a maior produção foi para sinais vitais (9.637), curativos (6.645) e glicemia capilar (1.307). Quanto aos custos médios de cada procedimento, Cateterismo Vesical de Alívio (CVA) obteve o maior valor R\$31,58 e Sinais vitais o menor R\$0,03 (tabela 1).

Tabela 1- Distribuição da produção e custos médios (R\$) dos procedimentos de enfermagem realizados pelo SAD em 2014. São José do Rio Preto-2018.

<i>Procedimentos</i>	<i>n</i>	<i>Média</i>	<i>DP</i>	<i>Mediana</i>	<i>Min</i>	<i>Máx</i>	<i>CM</i>
Medicação EV*	563	546,91	60,39	17,5	0	176	0,90
Venóclise	02	0,16	0,57	0	0	2	3,88

Medicação IM**	21	1,75	2,56	1	0	9	0,54
Medicação SC***	20	1,66	2,93	0,5	0	10	0,75
Coleta de sangue	446	36,6	17,4	43,5	7	56	2,15
Curativo tipo I	4593	382,7	139,1	345,5	107	609	2,67
Curativo tipo II	2052	171,0	80,3	166,5	50	317	5,07
Retirada de pontos	31	2,5	2,1	2,0	0	6	2,96
Aferição SSVV****	9637	803,0	524,1	661,0	190	1556	0,03
Glicemia capilar	1307	108,9	72,8	75,0	27	244	0,47
CVA*****	96	8,0	4,5	6,5	2	18	31,58
Sondagem nasoenteral	232	19,3	10,2	18	2	38	10,70

CM – Custo médio; *EV – Endovenosa; **IM – Intramuscular; ***SC – Subcutânea; ****SSVV – Sinais Vitais; *****CVA – Cateterismo Vesical de Alívio.

Entre os materiais da Classe X(baixa criticalidade), a fita crepe (10cm) obteve o menor custo médio unitário R\$0,01 e o copo descartável-50ml o maior custo médio unitário R\$0,80(tabela 2).

Tabela 2- Descrição dos materiais classificados como X(baixa criticalidade) quanto ao tipo, quantidade e custo médio unitário (R\$) dos materiais usados nos procedimentos de enfermagem realizados pelo SAD em 2014. São José do Rio Preto-2018.

<i>Materiais classe X</i>	<i>Quantidade</i>	<i>Custo Unitário(R\$)</i>
Garrote de látex	20cm	0,06
Fita crepe	10cm	0,01
Saco de lixo branco 50L	1u	0,19
Copo descartável 50ml	1u	0,80
Cadarço de algodão	10cm	0,03

Legenda: L-litro; ml-militro; cm-centímetros.

Entre os materiais da Classe Y(média criticalidade), algodão (bola) e álcool etílico a 70%(4ml) obtiveram o menor valor de custo médio unitário R\$0,01 ao passo

que o Kit Sonda Vesical de Demora –SVD descartável, o maior valor de custo médio unitário R\$27,57(tabela 3).

Tabela 3- Descrição dos materiais classificados como Y(média criticalidade) quanto ao tipo, quantidade e custo médio unitário(R\$) dos materiais usados nos procedimentos de enfermagem realizados pelo SAD em 2014. São José do Rio Preto-2018.

<i>Materiais classe Y</i>	<i>Quantidade</i>	<i>Custo Unitário(R\$)</i>	<i>Materiais classe Y</i>	<i>Quantidade</i>	<i>Custo Unitário(R\$)</i>
Agulhas	1u	0,04	Fita	5cm	0,013
Luva de látex	par	0,20	Micropore		
Algodão	1 bola	0,01	Lanceta de glicemia	1u	0,035
Álcool etílico	4ml	0,01	Gaze estéril	pct	0,30
Kit SVD descartável	1u	27,57	Tubo de vidro estéril	1u	0,25
Sonda enteral adulto	1u	8,66	Lâmina de bisturi	1u	0,28
			Cateter uretral nº12	1u	0,31

Legenda: M-médio; %-porcentagem; SF-soro fisiológico; ml-militro; SVD-sondagem vesical de demora; nº-número; cm-centrímetros; c/-com.

Quanto aos materiais da Classe Z(máxima criticalidade), a ampola de água destilada (10ml) obteve o menor valor custo médio unitário R\$0,12 e o coletor de urina sistema fechado, o maior valor custo médio unitário R\$2,12(tabela 4).

Tabela 4- Descrição dos materiais classificados como Z(máxima criticalidade) quanto ao tipo, quantidade e custo médio unitário(R\$) dos materiais usados nos procedimentos de enfermagem realizados pelo SAD em 2014. São José do Rio Preto-2018.

<i>Materiais classe Z</i>	<i>Quantidade</i>	<i>Custo Unitário(R\$)</i>
Água destilada amp/10ml	1u	0,12
Torneirinha 3 vias	1u	0,38

Equipo de macrogotas	1u	0,65
Tira teste de glicemia	1u	0,20
Xilocaína gel	10gr	0,23
Coletor de urina sistema fechado	1u	21,20

Legenda: amp-ampola; ev-endovenoso; gr-gramas.

Dos 41 materiais envolvidos - 12,19% são em baixa criticalidade (X), 73,17%-média criticalidade(Y) e 14,63%-máxima criticalidade(Z).

DISCUSSÃO

A respeito da produção dos procedimentos de enfermagem em AD, os cuidados domiciliários executados pelo SAD pesquisado são todos de caráter ambulatorial passíveis de serem realizados nos domicílios. Assim, a maior produção foi para sinais vitais (n: 9.637), curativos (n:6.645) e glicemia capilar (n:1.307) cuja variabilidade está diretamente relacionado as necessidades dos cuidados e a quantidade de pacientes em domicílio atendidos no período do estudo.

Sabe-se que a maior demanda para os cuidados domiciliários são de pacientes idosos, tanto na Europa⁽¹³⁻¹⁶⁾; na Ásia^(17,18); no Oriente⁽¹⁹⁾; no continente Americano^(20,21) o mesmo acontece no Brasil⁽²²⁻²⁵⁾. Sendo que os motivos para admissão em AD geralmente estão associados a complicações decorrentes das de Doenças Crônicas não transmissíveis⁽¹⁴⁻²⁵⁾.

Assim sendo, as necessidades de cuidados domiciliários relacionam-se com esse perfil dos pacientes a ela encaminhados tendo como fatores predisponentes auxílio para aplicações medicamentos injetáveis, suporte com oxigênio terapêutico, cuidados com estomas, realização de curativos especiais para lesões de pele, o que requer suporte de enfermagem específico⁽²⁵⁾ cujo olhar precisa contemplar o cuidador familiar, boa comunicação equipe-família, considerar as relações interpessoais entre profissionais-cuidadores e pacientes⁽²⁶⁾ a fim de atender com qualidade em domicílio⁽²⁷⁾.

Somado a isso, conhecer os custos dos procedimentos de enfermagem em AD permite ao enfermeiro gestor um melhor planejamento, controle e avaliação dos

recursos materiais utilizados^(28,29) devido a escassez da literatura relacionada com custos de procedimentos em AD para comparação^(30,31).

Ainda no segmento de gerenciamento dos recursos materiais em AD, onde dos 41 materiais envolvidos, 12,19% são em baixa criticalidade (X), 73,17%-média criticalidade(Y) e 14,63%-máxima criticalidade(Z). Essa classificação de acordo com a criticalidade (Classificação XYZ) permite um melhor gerenciamento do estoque, do consumo, dos desperdícios e dos custos; a fim de garantir a qualidade e a segurança dos cuidados prestados⁽³²⁾.

Em 2009, um estudo sobre o consumo de materiais pela enfermagem em hospital, apontou que 59,2% eram da Classe X, 13,3% da Classe Y e 27,5% da Classe Z⁽⁹⁾.

Em relação às diferenças entre a criticalidade dos materiais usados, sendo que no hospitalar⁽⁹⁾ predominou da Classe X-baixa criticalidade (59,2%) e no setor domiciliar os da Classe Y(73,17%) aqui apontado, sugere que no segmento hospitalar exista uma maior diversidade de matérias (n: 966) diferente do que ocorre no segmento domiciliar (n: 41), influenciando na classificação quanto à criticalidade e/ou substituição.

Sobre a precificação dos recursos materiais usados nos procedimentos de enfermagem, a soma de todos os custo unitários foi de R\$50,65(n:41,100%) sendo que os da Classe X somaram R\$1,09 (n:5, 2,15%), da Classe Y somaram R\$45,87(n: 30,90,56%) e da Classe R\$ 3,69(n:6, 7,2%).

Entre os materiais, os da Classe X(baixa criticalidade), a fita crepe (10cm) obteve o menor custo unitário R\$0,01 e o copo descartável-50ml o maior custo unitário R\$0,80; ao passo que entre os materiais da Classe Y(média criticalidade), algodão (bola) e álcool etílico a 70%(4ml) obtiveram o menor valor de custo unitário R\$0,01 e o Kit Sonda Vesical de Demora –SVD descartável, o maior valor de custo unitário R\$27,57 e por fim entre os materiais da Classe Z(máxima criticalidade), a ampola de água destilada (10ml) obteve o menor valor custo unitário R\$0,12 e o coletor de urina sistema fechado, o maior valor custo unitário R\$2,12.

Em 2005⁽³²⁾, foi realizado um estudo sobre precificação de recursos materiais consumidos em internação domiciliar, em comparação a este estudo, agulha 25x7/25x8 o custo médio variou entre R\$ 0,01-0,02, copo descartável R\$0,01-0,22, algodão hidrófilo R\$ 0,03, dispositivo para infusão intravenosa com agulha aço inoxidável nº 2

R\$0,19-0,30, lâmina de bisturi R\$ 0,47, fita micropore- rolo R\$ 6,68, Seringa 10ml R\$0,05-0,09 e seringa 20ml R\$0,98-1,83-0,98. É preciso considerar que a diferença entre os valores dá-se principalmente devido aos reajustes dos produtos e também as correções monetárias da moeda real (R\$) dos últimos anos (inflação).

CONCLUSÃO

Os achados deste estudo permitiu identificar a produção e os tipos de procedimentos de enfermagem realizados em domicílio em um serviço público de atenção domiciliar. Ao mesmo tempo apontou os custos dos materiais consumidos nos procedimentos de enfermagem distribuídos no período do estudo. Foi possível também elencar quais são os materiais usados em cada procedimento, valorar seus custos unitários bem como classificá-los segundo o grau de criticalidade para os cuidados em casa.

Nota-se que a Classificação XYZ permite conhecer a criticalidade dos materiais envolvidos favorecendo na tomada de decisão para o gerenciamento adequado do estoque de modo que não prejudique as atividades de enfermagem em AD.

REFERÊNCIAS

1. Dallora MELV, Forster AC. Gerenciamento de custos de material de consumo em um hospital de ensino. RAS. 2013;15(59):46-52.
2. Hihnala S, Kettunen L, Suhonen M, Tiirinki H. The Finnish healthcare services lean management: Health services managers' experiences in a special health care unit. Leadersh Health Serv. 2018;31(1):17-32.
3. Gunawan J, Aunguroch Y, Fisher ML. Factors contributing to managerial competence of first-line nurse managers: A systematic review. Int J Nurs Pract. 2018;24:e12611.
4. Phillips T, Evans JL, Tooley S, Shirey MR. Nurse manager succession planning: A cost-benefit analysis . J Nurs Manag. 2018;26(2):238-43.

5. Luz MAP, Oliveira JLC, Tonini NS, Maraschin MS. Competências gerenciais entre enfermeiros coordenadores: estudo em hospital universitário público. *Rev. Gestão & Saúde*. 2017;8(3):521-38.
6. Gil RB, Chaves LDP, Laus AM. Gerenciamento de recursos materiais com enfoque na queixa técnica. *Rev Eletr Enf*. 2015;17(1):100-7.
7. Oliveira FEG, Santos AS, Roquete FF. O Uso das Informações de Custo em Serviços Públicos de Urgência e Emergência. *Rev Gestão & Saúde*. 2017;8(2):230-53.
8. Lourenço KG, Castilho V. Nível de atendimento dos materiais classificados como críticos no Hospital Universitário da USP. *Rev Bras Enferm*. 2007; 60(1):15-20.
9. Mendes KGL, Castilho V. Determinação da importância operacional dos materiais de enfermagem segundo a Classificação XYZ. *Rev Inst Ciênc Saúde*. 2009;27(4):324-9.
10. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. v. 2.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. *Diário Oficial da União* 26 abr 2016. Seção 1: p.33-38.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na Internet]. 2017 [acesso em 2018 Jun 29]. Panorama São José do Rio Preto; [aproximadamente 10 telas]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/sao-jose-do-rio-preto/panorama>
13. Zielinski A, Halling A. Association between age, gender and multimorbidity level and receiving home health care: a population-based Swedish study. *BMC Res Notes*. 2015; 8:714.
14. Moore KL, Boscardin WJ, Steinman MA, Schwartz JB. Age and Sex Variation In Prevalence Of Chronic Medical Conditions In Older Residents of U.S. nursing Homes. *Am Geriatr Soc*. 2012;60(4):756-64.

15. Sørbye LW, Hamran T, Henriksen N, Norberg A. Home care patients in four Nordic capitals – predictors of nursing home admission during one-year follow up. *J Multidiscip Healthc.* 2010;3:11-8.
16. Dorin L, Turner SC, Beckmann L, Schlarmann JG, Faatz A, Metzging S, et al. Which need characteristics influence healthcare service utilization in home care arrangements in Germany? *BMC Health Serv Res.* 2014;14:233.
17. Chang HT, Lai HY, Hwang IH, Ho MM, Hwang SJ. Home healthcare services in Taiwan: a nationwide study among the older population. *BMC Health Serv Res.* 2010;10:274.
18. Miura H. Historical Changes in Home Care Service and Its Future Challenges. *Japan Med Assoc J.* 2015;58(1-2):1-5.
19. Heydari H, Shahsavari H, Hazini A, Nasrabadi AN. Exploring the Barriers of Home Care Services in Iran: A Qualitative Study. *Scientifica.* [periódico na Internet]. 2016 March [acesso em 2018 jul 3];2016:2056470 [aproximadamente 6 p.]. Disponível em: <https://www.hindawi.com/journals/scientifica/2016/2056470/>
20. Crist JD, Kim SS, Pasvogel A, Velazquez H. Mexican American Elders' Use of Home Care Services. *Appl Nurs Res.* 2009;22(1):26-34.
21. Pavlovic A, Cálderón O, Muñoz E, Cárcamo M, Triana J, Morales K. Descripción de los pacientes mayores de 60 años ingresados al programa de hospitalización domiciliar del complejo asistencial Dr Sótero del Río, Santiago de Chile. *Acta Méd Colomb.* 2016;41(3):187-90.
22. Andrade MA, Silva KL, Seixas CT, Braga PP. Atuação do enfermeiro na atenção domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. *Rev Bras Enferm.* 2017;70(1):210-9.
23. Uesugui HM, Fagundes DS, Pinho DLM. Perfil e grau de dependência de idosos e sobrecarga de seus cuidadores. *Acta Paul Enferm.* 2011;24(5):689-94.
24. Oliveira MP, Novaes MRC. Perfil socioeconômico, epidemiológico e farmacoterapêutico de idosos institucionalizados de Brasília, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2013;18(4):1069-78.

25. Del Duca GF, Martinez AD, Bastos GAN. Perfil do idoso dependente de cuidado domiciliar em comunidades de baixo nível socioeconômico de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. *Ciênc Saúde Colet*. 2012;17(5):1159-65.
26. Garcia RP, Budó MLD, Oliveira SG, Beuter M, Girardon-Perlini NMO. Setores de cuidado à saúde e sua inter-relação na assistência domiciliar ao doente crônico. *Esc Anna Nery*. 2012;16(2):270-6.
27. Winblad U, Blomqvist P, Karlsson A. Do public nursing home care providers deliver higher quality than private providers? Evidence from Sweden. *BMC Health Serv Res*. 2017;17(1):487.
28. Zuliani LL, Jericó MC, Castro LC, Soler ZASG. Consumo e custo de recursos materiais em unidades pediátricas de terapia intensiva e semi-intensiva. *Rev Bras Enferm*. 2012;65(6):969-76.
29. Lima AFC, Castilho V, Baptista CMC, Rogensk NMB, Rogenski KE. Custo direto dos curativos de úlceras por pressão em pacientes hospitalizados. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(2):290-7.
30. Gouvêa AL, Lima AFC. Custo direto da instalação, manutenção e desligamento da bomba de analgesia controlada pelo paciente. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(1):106-11.
31. Silva LAP, Schutz V, Machado DA. Análise parcial dos custo dos curativos realizados na Unidade de Terapia Intensiva. *Rev enferm UFPE on line*. 2015;9(3):7031-8.
32. Mesquita SRAM, Anselmi ML, Santos CB, Hayashi M. Programa interdisciplinar de internação domiciliar de Marília-SP: custos de recursos materiais consumidos. *Rev Latinoam Enferma*. 2005;13(4):555-61.

ANEXOS

ANEXOS

Anexo1-Parecer do Comitê de ética em Pesquisa



Parecer n.º 1.268,061

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

O projeto de pesquisa CAAE 49717915.8.0000.5415 sob a responsabilidade de **Giliane Fabiola Martins dos Reis** com o título "Assistência Domiciliar: Análise do Perfil dos Pacientes na Utilização de Recursos e Custos de Materiais em uma Cidade do Sudeste do Brasil" está de acordo com a resolução do CNS 466/12 e foi **aprovado por esse CEP.**

Lembramos ao senhor(a) pesquisador(a) que, no cumprimento da Resolução 251/97, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) **deverá receber relatórios semestrais sobre o andamento do Estudo**, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos e também da notificação da data de inclusão do primeiro participante de pesquisa, para conhecimento deste Comitê. **Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do Estudo.**

São José do Rio Preto, 09 de Outubro de 2015.

Luciano Garcia Lourenção
Prof. Dr. Luciano Garcia Lourenção
Coordenador do CEP/FAMERP

DIVULGAÇÃO

DIVULGAÇÃO

COMPROVANTE DE SUBMISSÃO PARA A REVISTA

PDF SUBMISSAO.pdf - Adobe Acrobat Reader DC

Arquivo Editar Visualizar Janela Ajuda

Início Ferramentas Manual - Normas ... MODELO DE DISSE... COMPROVANTE D... PDF SUBMISSAO.pdf x Fazer logon

1 / 18 106%



Perfil de pacientes e indicadores de um serviço de atenção domiciliar.

Journal:	Revista Brasileira de Enfermagem
Manuscript ID:	Draft
Manuscript Type:	Research
Key Keywords In English (5 words from DECS <u>AND</u> 5 from 	Home nursing, Quality indicators, Demographic data, Residence time health, Services, Home care services, Nursing, Organization and administration, Nursing home, Stays length

Exportar PDF

Adobe Export PDF

Converte online arquivos PDF em Word ou Excel

Selecionar arquivo PDF

PDF SUBMISSAO.pdf

Converter em

Microsoft Word (*.docx)

Idioma do documento:

Português Alterar

Converter

Criar PDF

Armazene e compartilhe arquivos na Document Cloud

Saiba mais

Digite aqui para pesquisar

00:52 28/02/2018

DIVULGAÇÃO

XIV CAIC - Congresso Anual de Iniciação Científica XVI ECIF - Encontro Científico da FAMERP II Congresso Científico FAMERP/FUNFARME

Publicação em resumo na revista - Arquivos de Ciências da Saúde, Supl.24, n.1 (2017) ISSN 1807-1325/ e-ISSN 2318-3691

Classificação XYZ dos materiais de enfermagem em um serviço de atenção domiciliar

Giliane Fabíola Martins dos Reis¹
 Marli de Carvalho Jericó²
 Andréia Aparecida Silveira Maloni³
 Enos de Cristo Alves Brito⁴

1Enfermeira, mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem – Mestrado Acadêmico da FAMERP, Departamento de Pós-graduação em Enfermagem, FAMERP-Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto - SP, bolsista CAPES.

2Enfermeira, Doutor em Enfermagem, Professor, Departamento de Enfermagem Especializada, FAMERP-Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - SP, Brasil. E-mail: marli@famerp.br.

3Enfermeira, gerente do Serviço de Atenção Domiciliar Especializado, Departamento de Atenção Especializada, Secretaria de Saúde de São José do Rio Preto, Prefeitura Municipal de São José de Rio Preto, São José do Rio Preto - SP, Brasil. E-mail: deiamaloni@yahoo.com.br

4Enfermeiro, mestrando do Programa de Pós-graduação em Enfermagem – Mestrado Acadêmico da FAMERP, Departamento de Pós-graduação em Enfermagem, FAMERP-Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto - SP, Brasil. E-mail: ennosbrito@gmail.com

Autor responsável pela troca de correspondência
 Giliane Fabíola Martins dos Reis, Endereço Residencial: Passeio Rochedos, 106.
 Bairro centro. CEP 15-385000. Ilha Solteira - SP
 Fone:(18) 99745-3157
 E-mail: giliane_reis@yahoo.com.br

RESUMO

Introdução: A administração dos recursos materiais é um dos papéis do enfermeiro no gerenciamento. Compreender quais são os recursos consumidos e estabelecer uma classificação segundo o grau de importância, permite coordenar o estoque de modo a não interromper as atividades de enfermagem. Nesse aspecto a classificação segundo o grau de criticalidade (Classificação XYZ) pode ser uma ferramenta útil para um Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) público, setor o qual há escassa literatura a respeito. **Objetivo(s):** identificar a produção dos procedimentos de enfermagem do SAD; Classificar os materiais relacionados segundo o grau de criticalidade (classificação XYZ). **Casística/Material e Métodos:** trata-se de um estudo exploratório-descritivo, retrospectivo (2014) e de natureza quantitativa. A coleta de dados ocorreu por meio dos registros eletrônicos e manuais da enfermagem próprios do serviço O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de ética (parecer nº 1.268.061). **Resultados:** Foram identificados nove procedimentos de enfermagem passíveis de serem executados em domicílio. Destes, a maior produção foi para sinais vitais (9.637), curativos (6.645) e glicemia capilar (1.307). Dos 41 materiais envolvidos, 12,19% são em baixa criticalidade (X), 73,17%-média criticalidade(Y) e 14,63%-

máxima criticalidade(Z). **Conclusão:** Nota-se que segundo a Classificação XYZ permite conhecer a criticalidade dos materiais envolvidos favorecendo na tomada de decisão para o gerenciamento adequado do estoque de modo que não prejudique as atividades de enfermagem do SAD.

Descritores português: Recursos materiais em saúde; Organização e Administração; Cuidados de Enfermagem; Atenção domiciliar; Serviços de Saúde.

***-este manuscrito é parte da dissertação de mestrado junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Acadêmico – da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP.**

DIVULGAÇÃO

XIV CAIC - Congresso Anual de Iniciação Científica XVI ECIF - Encontro Científico da FAMERP II Congresso Científico FAMERP/FUNFARME

Publicação em resumo na revista - Arquivos de Ciências da Saúde, Supl.24, n.1 (2017) ISSN 1807-1325/ e-ISSN 2318-3691

ABSENTEÍSMO DAS VISITAS DOMICILIARES PROGRAMADAS EM ATENÇÃO DOMICILIAR

Giliane Fabíola Martins dos Reis¹
 Marli de Carvalho Jericó²
 Andréia Aparecida Silveira Maloni³
 Enos de Cristo Alves Brito⁴

¹Enfermeira, mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem – Mestrado Acadêmico da FAMERP, Departamento de Pós-graduação em Enfermagem, FAMERP-Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto - SP, bolsista CAPES.

²Enfermeira, Doutor em Enfermagem, Professor, Departamento de Enfermagem Especializada, FAMERP-Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - SP, Brasil. E-mail: marli@famerp.br.

³Enfermeira, gerente do Serviço de Atenção Domiciliar Especializado, Departamento de Atenção Especializada, Secretaria de Saúde de São José do Rio Preto, Prefeitura Municipal de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto - SP, Brasil. E-mail: deiamaloni@yahoo.com.br

⁴Enfermeiro, mestrando do Programa de Pós-graduação em Enfermagem – Mestrado Acadêmico da FAMERP, Departamento de Pós-graduação em Enfermagem, FAMERP-Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto - SP, Brasil. E-mail: ennosbrito@gmail.com

Autor responsável pela troca de correspondência
 Giliane Fabíola Martins dos Reis, Endereço Residencial: Passeio Rochedos, 106.
 Bairro centro. CEP 15-385000. Ilha Solteira - SP
 Fone:(18) 99745-3157
 E-mail: giliane_reis@yahoo.com.br

RESUMO

Introdução: Absenteísmo usualmente é compreendido como o ato de não comparecer a um dever, local ou compromisso. No entanto, também pode estar relacionado às ausências dos pacientes aos compromissos agendados nos serviços de saúde. Para a Atenção Domiciliária (AD) o absenteísmo a Visita Domiciliar (VD) programada trata-se de um problema, sobretudo relacionado aos prejuízos econômicos envolvidos para o sistema de saúde pública tema pouco explorado na literatura. **Objetivo(s):** calcular a taxa de absenteísmo em relação às visitas domiciliares programadas para os profissionais de saúde em AD. **Casuística/Material e Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, retrospectivo (2014) e de natureza quantitativa em um Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) público. A taxa de absenteísmo foi calculada mensalmente para cada profissional envolvido segundo equação adaptada. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de ética (parecer nº 1.268.061). **Resultados:** A equipe de AD está composta por profissional médico, equipe de enfermagem (enfermeiro e auxiliar/técnico de enfermagem), fisioterapeuta, assistente social, fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, farmacêutico e terapeuta ocupacional atendendo a Portaria MS nº 963/2013. No geral a taxa de absenteísmo para as VD apresentou média 5,87(DP=1,67) variando de 4,45(dezembro) a 10,35(março). Entre os profissionais a maior taxa de absenteísmo para as VD foi para fonoaudióloga (13,60) e menor foi para médico (0,96). **Conclusão:** Conhecer o absenteísmo das VD programadas permite adotar estratégias para minimizar sua ocorrência bem como gerenciar a oferta e a demanda dos serviços em AD.

Descritores português: Absenteísmo; Visita domiciliar; Assistência domiciliar;

***-este manuscrito é parte da dissertação de mestrado junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Acadêmico – da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP.**