

Sumário

Introdução	2
AP 4.0 - Um pequeno recorte da análise situacional	3
Situação Problema	7
Justificativa da Escolha do Projeto	7
Objetivos	7
Método	7
Resultados	9
Discussão	13
Conclusão	16

Introdução

Na década de 90, com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), o Estado resolveu formalizar uma mudança do modelo médico assistencial. O modelo anterior era baseado em uma medicina hospitalar, focado na cura de doenças, porém no modelo atual ocorre a priorização da medicina preventiva. Contudo, o Estado já possuía um legado de usuários portadores de doenças crônicas, que necessitariam de terapêutica e não apenas de medidas preventivas.

No SUS, a integralidade é um conceito chave, traduzida pelo compromisso de garantir a atenção a todas as necessidades de saúde de cada brasileiro. No Brasil, ao menos dois tipos de estratégias vêm sendo implementados para construir a integralidade. O primeiro tipo propõe a transformação do modelo tecnoassistencial por meio da implementação da saúde da família com ampliação da ênfase sobre a promoção à saúde. O segundo tipo propõe a transformação da atenção tomando como centro as necessidades de saúde para a construção de linhas de cuidado que atravessem todos os níveis de atenção (básica, especializada, hospitalar e de urgência) e assegurem acesso e continuidade do cuidado, o que traduz a necessidade de uma rede de saúde articulada e atuante nas necessidades de cada território.

A estratégia do Ministério da Saúde utilizada para mudança do modelo médico assistencial, o Programa de Saúde da Família, já era recomendado pela OMS, antes mesmo da implantação do SUS. Cabe refletir que a estratégia Saúde da Família interligada ao princípio da integralidade do SUS geram um campo de motivação para o desenvolvimento de uma atenção domiciliar.

A maior expectativa de vida gerou conseqüentemente o envelhecimento populacional o que acarretou em um aumento do número de pessoas idosas, impactando em um número maior de usuários do sistema de saúde com doenças próprias do envelhecimento, as quais, em sua maioria doenças crônico-degenerativas. A desospitalização do doente crônico, com o retorno do mesmo ao convívio familiar, através do suporte necessário para o cuidado domiciliar passam a ser ações importantes para a mudança do cenário da assistência à saúde no século XXI. O cuidado domiciliar continuado destina-se aos pacientes que ultrapassaram a fase clínica aguda e o risco de morte. É uma convalescença monitorada, que implica em um cuidado multiprofissional, pois vai lidar com um foco de saúde ampliada, que envolve qualidade de vida e capacidade de se cuidar e de ser cuidado no ambiente domiciliar.

Contudo, além do envelhecimento da população e da mudança do modelo de atenção à saúde no Brasil, outro motivo que impulsionou a implantação da atenção domiciliar foi a elevação de custos, focada principalmente na atenção hospitalar. Além disso, a atenção hospitalar deve ter como prioridade a assistência de doenças agudas. A ocupação de leitos hospitalares devido a doença crônica por um longo período ocasiona um gargalo no sistema de internação, o que gera taxas de ocupação elevadas, muitas vezes superiores a 100%, o que

diminui a qualidade da assistência prestada. Logo, conclui-se que há necessidade de se otimizar recursos ao contrário de se ter uma menor utilização dos mesmos.

A assistência à saúde do usuário portador de doença crônica é dependente de uma rede articulada e atuante em busca de eficiência no cuidar, visto que a agudização de doenças crônicas leva o usuário de volta a atenção hospitalar, aumentando a morbimortalidade deste perfil de paciente.

As vantagens com relação a atenção domiciliar de assistência são inúmeras, uma vez que esta não é direcionada apenas para o atendimento ao idoso, mas também para o atendimento a qualquer usuário que não tenha como se locomover aos serviços de saúde, como por exemplo: os portadores de doenças crônicas degenerativas, os pacientes que foram vítimas de acidentes automobilísticos e de violências (causas externas).

A maior humanização no tratamento, diminuição de internações e tempo de permanência em hospitais são elementos primordiais da atenção domiciliar que tem como um dos eixos centrais a desospitalização. Outro benefício muito importante, porém de difícil mensuração, que seria a satisfação do paciente e de seus familiares ao ter seu tratamento realizado em seu lar. Cabe refletirmos agora, o que podemos fazer, para que tenhamos, no futuro, uma assistência à saúde de maior qualidade e o que fazer para melhorar o desempenho dos hospitais.

AP 4.0 - Um pequeno recorte da análise situacional

O recorte territorial deste projeto envolve a Área Programática 4.0 (AP 4.0) da cidade do Rio de Janeiro, que possui 29.378 Km² de área territorial. Engloba os seguintes bairros: Anil, Curicica, Freguesia, Gardênia Azul, Jacarepaguá, Pechincha, Praça seca, Tanque, Taquara, Vila Valqueire, Barra da Tijuca, Camorim, Grumari, Itanhangá, Joá, Recreio dos Bandeirantes, Vargem Grande, Vargem Pequena e Cidade de Deus (IPP/IBGE – 2010).

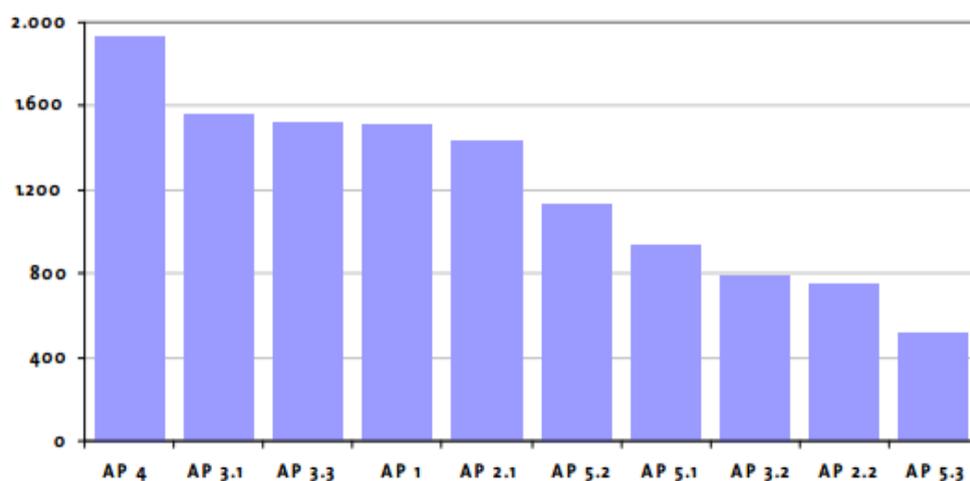
Esta AP tem uma população residente de 909.368 habitantes (IBGE -2010), apresentando um crescimento populacional de 72,8% nos últimos 19 anos (1991 a 2010 - IBGE) e com uma projeção estimada de crescimento populacional de 18,4% até 2020 (IBGE/IPP). Entretanto, a estimativa de crescimento populacional da cidade do RJ até 2020 é de 5,4% (IBGE/IPP).

A AP 4.0 não é a região da cidade do Rio de Janeiro com o maior número absoluto de idosos (maiores de 59 anos), porém é a AP que na última década apresentou o maior crescimento percentual de idosos, 66,9% (115.828).

Além do crescimento populacional da AP 4.0, do aumento percentual de idosos, soma-se a esta AP o fato de ser a região com maior número de acidentes automobilísticos na

cidade do RJ, visto que é a região com maior índice de motorização, chegando a 1,4 moradores para cada automóvel particular em 2007, uma relação alta até em países ricos.

ACIDENTES COM VÍTIMAS POR ÁREA PROGRAMÁTICA DE SAÚDE · MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO – 2007

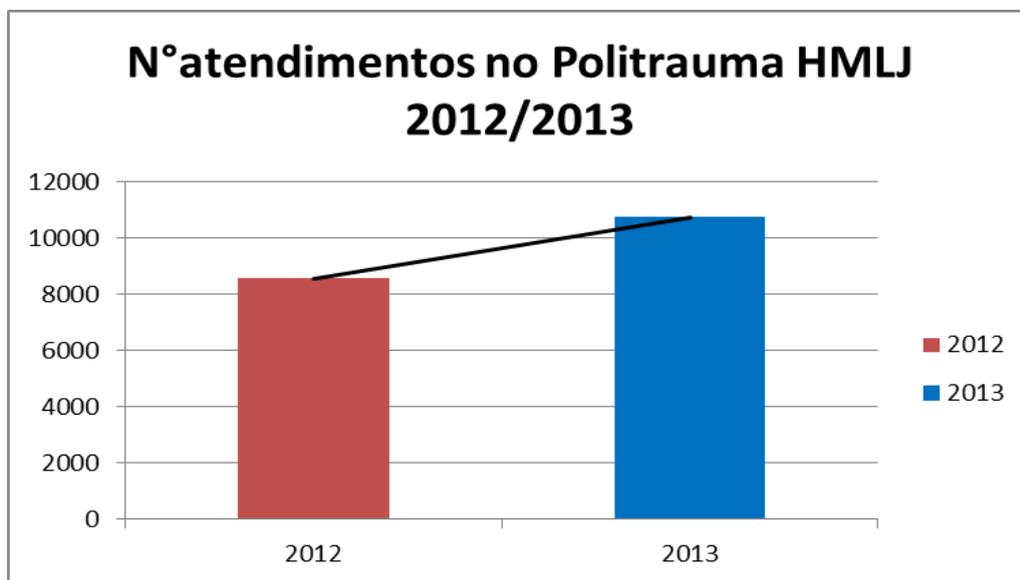


Fonte: Análise da morbimortalidade pré-hospitalar por acidentes de transporte terrestre no município do Rio de Janeiro – 2007

A ampliação da rede de transporte urbano na cidade do Rio de Janeiro a partir de 2013, através da implantação do BRT (Transporte Rápido por Ônibus), Transcarioca e Transoeste são marcantes na AP 4.0. Tal ação teve como objetivo além da ampliação de serviços de transporte público para a população, a redução de eliminação de CO², redução de carros particulares nas ruas (Um ônibus substitui 260 carros) e o ganho em redução do tempo de deslocamento da população.

Todavia, este incremento de recurso no transporte urbano acrescentou ao serviço público de saúde um aumento de atendimentos por acidentes em via pública, como colisões e atropelamentos, sobrecarregando o hospital de emergência/urgência em mais uma modalidade de atendimento ao trauma. Ressalta-se que os acidentes decorrentes de colisão e atropelamentos na via BRT estão associados a maior gravidade

No gráfico abaixo se observa um incremento no atendimento aos usuários vítimas de trauma entre os anos de 2012 e 2013 no HMLJ. Contudo, cabe ressaltar, que no ano de 2014 até o mês de junho já ocorreram 6.059 atendimentos, o que demonstra um aumento em torno de 20% em relação ao mesmo período do ano de 2013.



Fonte: Indicadores/HOSPUB/HMLJ- 2012 a 2013

Referente às unidades de prestação de serviços em saúde pelo Sistema Único de Saúde que não apenas o Hospital Municipal Lourenço Jorge, temos:

1. Atenção Primária à Saúde: Cobertura populacional com Estratégia Saúde da Família é de 15%.

- Clínica da Família Otto Alves de Carvalho - 9 equipes de saúde da família,
- Clínica da Família Padre José de Azevedo Tijuba - 5 equipes de saúde da família,
- Clínica da Família Maury Alves de Pinho - 3 equipes de saúde da família,
- Centro Municipal de Saúde Novo Palmares - 2 equipes de saúde da família,
- Centro Municipal de Saúde Canal do Anil - 3 equipes de saúde da família,
- Centro Municipal de Saúde Itanhangá - 1 equipe de saúde da família,
- Centro Municipal de Saúde Santa Maria - 2 equipes de saúde da família,
- Centro Municipal de Saúde Curicica - 4 equipes de saúde da família,

- Centro Municipal de Saúde Harvey Ribeiro de Souza Filho - 1 equipe de saúde da família,
- Centro Municipal de Saúde Hamilton Land -1 equipe de saúde da família,
- Centro Municipal de Saúde Jorge Saldanha Bandeira de Melo -3 equipes de saúde a família,
- Centro Municipal de Saúde Cecília Donnangelo - 2 equipes de saúde da família,
- Centro Municipal de Saúde Newton Bethlem - 4 equipes de saúde família, Policlínica Newton Bethlem.

2. Atenção Hospitalar: Unidades das três esferas de governo (municipal estadual e federal).

- Hospital Federal Cardoso Fontes,
- Hospital Estadual de Santa Maria,
- Instituto Estadual de Dermatologia Sanitária,
- UPA Estadual Taquara,
- UPA Municipal Cidade de Deus,
- Coordenação Emergência Regional – BARRA,
- Hospital Municipal Álvaro Ramos,
- Hospital Municipal Raphael de Paula e Souza,
- Hospital Municipal Jurandyr Manfredini,
- Centro de Atenção Psicossocial Infantil Elisa Santa Rosa,
- Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas Antônio Carlos Mussum,
- Centro de Atenção Psicossocial Arthur Bispo do Rosário.

3. Atenção Domiciliar:

- Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso (PADI) - Base Hospital Municipal Lourenço Jorge.

As unidades de saúde redigidas acima são responsáveis pelo atendimento à saúde da AP 4.0, porém se observa especificações próprias em algumas unidades hospitalares como,

por exemplo, o Hospital Municipal Jurandyr Manfredini específico para o atendimento psiquiátrico/saúde mental.

A área programática 4.0 possui uma rede hierarquizada própria da rede de atenção à saúde, todavia a cobertura da atenção primária é aquém do necessário para cobertura populacional.

Situação Problema

O número de idosos na sociedade está aumentando, como consequência temos maior incidência de internações por doenças crônicas, entre elas as doenças cardiovasculares. Entretanto o maior cuidado que este usuário necessita nem sempre significa a ocupação de um leito hospitalar. Soma-se a isso o crescimento das internações oriundas do trauma nas mais variadas situações que dão entrada nos hospitais de urgência e emergência do município do Rio de Janeiro.

Diante destas situações apresentadas, fica clara a necessidade de tornar mais eficiente o uso do leito hospitalar.

Justificativa da escolha do projeto

Este projeto justifica-se pela necessidade de verificar o custo do paciente internado, comparado ao paciente assistido pelo PADI, visando a otimização dos recursos oriundos do Município do Rio de Janeiro, pois, a partir dos dados fornecidos pelo projeto será possível constatar o modelo mais adequado, tanto no que se concerne a questão econômica, quanto a questão sócio-afetiva, a qual, pode ser caracterizada como um ativo intangível, mas que certamente tem um papel fundamental na Qualidade de Vida do paciente.

Objetivos

Analisar o custo do modelo de assistência hospitalar do paciente clínico e compará-lo com o modelo de desospitalização/PADI.

Permitir uma visão da necessidade de ampliação de um dos modelos.

Sugerir um modelo de desospitalização para a Atenção hospitalar.

Método

Foi realizada uma avaliação de custo total do paciente acompanhado pelo PADI e comparado com um paciente internado no HMLJ na enfermaria de clínica médica. Optou-se por escolher a clínica do HMLJ que apresentasse o perfil de paciente mais próximo do paciente assistido pelo PADI.

Utilizou-se o método ABC (Activity Based Costing), que se trata de um conjunto de conceitos e técnicas para custeio de produtos, serviços, clientes ou outros objetos que se

deseje determinar. Esta metodologia tem por objetivos principais o custeio mais apurado e o suporte mais adequado para programas de controle e redução de custos.

Foram mapeadas as atividades da internação hospitalar clínica (HMLJ) e do atendimento domiciliar (PADI), sendo em seguida atribuídos os seus diversos custos e por fim, uma análise comparativa entre os dois serviços prestados.

Para o PADI tal atividade obteve-se informações relativas ao contrato de Gestão da SMS/Rio com o Instituto UNIR Saúde (Organização Social responsável pela prestação de serviço no âmbito do Programa de atenção domiciliar ao Idoso no HMLJ), resultados das metas pactuadas no contrato apresentados pela UNIR Saúde no ano de 2013.

Quanto ao HMLJ, as informações foram relativas aos 39 contratos de prestação de serviços e o custo dos almoxarifados da unidade (farmácia e almoxarifado central). Foram excluídos:

1. Os custos relativos a dispensação de insumos e materiais, visto que no contrato de Gestão do PADI, o HMLJ é responsável pela dispensa de insumos e materiais para os pacientes acompanhados em regime domiciliar.
2. Contratos de manutenção de equipamentos do centro cirúrgico e centro de tratamento intensivo, também foram excluídos, pois este perfil de paciente não é passível de desospitalização.
3. Contratos de manutenção de equipamentos da Maternidade Leila Diniz.
4. Custeio do laboratório e imagem, pois o HMLJ fornece suporte técnico para este paciente no PADI.
5. Profissionais de saúde lotados em outros setores que não na clínica médica.

Utilizou-se, para cálculo de custeio, as concessionárias de serviço público, lavanderia, limpeza, alimentação e salário relativos aos profissionais que atuam no serviço de clínica médica. Profissionais atuantes em mais de uma clínica, tiveram o cálculo de custo baseado na hora de trabalho dispensada na clínica médica.

Os indicadores de produção hospitalar do ano de 2013 forneceram dados de capacidade instalada, número de internações na enfermaria de clínica médica, tempo médio de permanência e taxa de ocupação em 2013.

Após a análise de custeio, foi realizada uma análise de viabilidade técnica e por fim sugerido um Projeto para Desospitalização.

Resultados

1. Análise dos dados do Contrato de Gestão PCRJ/UNIR Saúde

Para o cálculo de um paciente no programa PADI, foi utilizado o custo máximo, ou seja, o valor do contrato dividido pelo número mínimo de pacientes a serem atendidos conforme contrato.

Dessa forma, de acordo com o levantamento realizado, o PADI/UNIR está em seu 3º termo aditivo para o período de 01/03/2014 a 30/04/2015 onde o valor contratado pelos 14 meses é de 8.894.499,60, para os três hospitais. Conforme o contrato original o número de pacientes em atendimento no último dia do mês em cada equipe (EMAD) tem que ser no mínimo 90 pacientes.

O contrato envolve três hospitais com duas EMADs cada. Então, dariam um total de 3 hospitais x 2 equipes x 90 = 540 pacientes no mínimo.

Logo, $8.894.499,60 \text{ reais} / 14 \text{ meses} / 540 \text{ pacientes} = 1.176,52$, ou seja, o custo mês do paciente com limitação mínima pelo contrato seria de 1.176,52.

INFORMAÇÕES PADI	
Empresa – Organização Social	Instituto UNIR Saúde - IUS
Processo	09/001.045/2012
Contrato	11/2012
Termo	3º Aditivo
Valor	8.894.499,60
Período	01/03/2014 a 30/04/2015
Prazo (meses)	14
Unidades de Saúde (hospitais)	3
Nº Equipes por Unidade Saúde	2
Nº Atendimentos por Equipe (mínimo)	90

Nº Atendimentos Total (mínimo)	540
Custo Unitário Máximo por Internação	1.176,52

2. Análise dos dados de custeio dos pacientes internados na Clínica Médica no HMLJ/MLD

Para o cálculo da internação de um paciente no HMLJ, foi utilizada a metodologia de custos ABC. Dessa forma foram efetuados, através dos drivers correspondentes, o rateio mensal dos diversos custos referentes ao exercício de 2013:

Recursos Humanos

Driver utilizado => Folha pagamento mensal considerando o 13º salário
2.321.712,48

Alimentação

Driver utilizado => nº alimentações servidas
1.015.773,10

Lavanderia

Driver utilizado => quilo de roupa utilizada
53.606,37

Luz

Driver utilizado => área
42.358,52

Gás

Driver utilizado => área
6.558,63

Limpeza

Driver utilizado => área
123.418,12

Total = 3.563.527,20

No exercício de 2013 ocorreram 1.212 internações no setor de clinica médica

Para se obter o custo unitário da internação do paciente na Clínica Médica foi dividido o valor de 3.563.527,20 pelas 1.212 internações, chegando-se ao resultado de 2.940,20 por internação.

Cabe destacar que o tempo médio de permanência do paciente no PADI é de 1 mês, já o do serviço na Clínica Médica no HMLJ é de 13,1 dias.

Dessa forma, chegamos a uma diferença entre os modelos de:

$$2.940,20 - 1.176,52 = 1.763,68$$

INFORMAÇÕES EXERCÍCIO 2013 HOSP. MUN. LOURENÇO JORGE						
Custos	Valor dos Contratos do Hospital	Driver utilizado	Observações	HMLJ e Maternidade de Leila Diniz	Clínica Médica	
					Métrica	Valor
Recursos Humanos		Folha pagamento mensal considerando o 13º salário (Hora Trabalhada)				2.321.712,48
Alimentação	7.641.741,33	Nº alimentações servidas	17,81 para 83 funcionários 44,99 para 29 leitos		1.478,23 2.782,94	1.015.773,10
Lavanderia	1.237.070,08	Quilo de roupa		30.000 kg	1300 kg	53.606,37
Luz	2.117.926,20	Metro quadrado		18.000 m ²	360 m ²	42.358,52
Gás	327.931,44	Metro quadrado		18.000 m ²	360 m ²	6.558,63

Limpeza e Conservação	3.779.680,20	Metro quadrado	NF exclusivas HMLJ	11.025 m ²	360 m ²	123.418,12
Custo Total Clinica Médica						3.563.427,22
Internações (2013)						1.212
Custo Unitário por Internação Clinica Médica						2.940,12

Total dos contratos do HMLJ/MLD em 2013: 36.583.985,24

Total dos contratos considerados: 15.104.349,25

Contratos

PT	Objeto do Contrato	Empresa Contratada	Ano / Nº contrat.	Prazo	Data Início	Data
1878/2410	Fornecimento de energia elétrica	LIGHT SERVICOS DE ELETRICIDADE				
1878/2410	Serviços de telefonia	TELEMAR LESTE NORTE				
1878/2410	Fornecimento de gás	CEG COMPANHIA ESTADUAL DE				
1878/2858	Materiais e utensílios em geral p/ copa, cozinha, mesa, materiais de limpeza e higiene (papel higiênico) materiais para escritório e expediente materiais de vestuário, uniformes, fardamentos, tecidos e materiais p/ uso medicinal cirurg. e odont. materiais para conservação e manutenção de bens e produtos derivados do petróleo					
	Materiais e produtos químicos	AIR LIQUIDE BRASIL LTDA		12 meses	24/8/2012	2
	Materiais e produtos biológicos e laboratoriais					
	Gêneros alimentícios, inclusive bebidas (água mineral)					
	Materiais de proteção e segurança (recarga de extintores)					
	Cartuchos, tonners e insumos para impressoras					
1878/2858	Locação de mão de obra - Maquero	MASAN	2012/012- 2012/014	12 meses	27/5/2012	2
1878/2858	Locação de mão de obra - Maquero	MASAN	2013/020	12 meses	27/5/2013	2
1878/2858	Locação de mão de obra - Maquero	MASAN	04/12/2013	12 meses	1/10/2013	3
1878/2858	Prestação serviço qualidade de labor.	CONTROL LAB	2012/033	12 meses	29/10/2012	2
1878/2858	Prestação serviço qualidade de labor.			12 meses	29/10/2013	2
1878/2858	Locação de mão de obra - Vigilância	HOPEVIG VIGILANCIA E SEGURANCA	2012/006	12 meses	28/2/2012	2
1878/2858	Locação de mão de obra - Vigilância	FACILITY SEGURANCA LTDA	2013/008	180 dias	28/2/2013	2
1878/2858	Locação de mão de obra - Vigilância	FACILITY SEGURANCA LTDA		180 dias	27/8/2013	2
1878/2858	Locação de mão de obra - Recepção	CNS - NACIONAL DE SERV LTDA	2013/014 - 2013/017	180 dias	1/1/2013	1
1878/2858	Locação de mão de obra - Recepção				18/6/2013	
1878/2858	Locação de mão de obra - Recepção	ATRIO	2011/013	24 meses	15/5/2011	1
1878/2858	Locação de mão de obra - Recepção	ATRIO	2013/016	24 meses	15/5/2013	1
1878/2858	Manutenção Equipamentos de Laboratório	MEDSYSTEM COM, MANUT E SERV	2012/022	12 meses	1/8/2012	3
1878/2858	Manutenção Equipamentos de Laboratório	MEDSYSTEM COM, MANUT E SERV	2013/031	06 meses	1/8/2013	3
1878/2858	Manutenção Equipamentos de Hemoterapia	MEDSYSTEM COM, MANUT E SERV		24 meses	15/12/2013	1
1878/2858	Manutenção Grupos de Geradores de Luz e Força	MULTIDIESEL COMERCIO	TE 2010/20033	12 meses	19/3/2012	2
1878/2858	Manutenção Grupos de Geradores de Luz e Força	LS ENGENHARIA	EMERG	180 dias		
1878/2858	Manutenção Predial Preventiva e corretiva	TEKNO	TE 2010/20180	12 meses	29/12/2012	2
1878/2858	Prestação de Serviço de Engenharia e Arquitetura	GRUÇAI		90 dias	24/12/2013	2
1878/2858	Manutenção Ap. de RX, marca Siemens	SIEMENS	2011/022	24 meses	1/8/2011	3
1878/2858	Manutenção Ap. de RX, marca Siemens	SIEMENS	2013/030	12 meses	1/8/2013	3
1878/2858	Prestação de Serviço de Engenharia Clínica	INFRAPEC EQUIPAMENTOS		24 meses	1/9/2013	3
1878/2858	Fornecimento de Refeições	SANOLI	2012/016	12 meses	1/7/2012	3
1878/2858	Fornecimento de Refeições	SANOLI	2013/025	12 meses	1/7/2013	3
1878/2858	Locação de Equipamentos	MULTIDIESEL COMERCIO REPR E				
1878/2858	Serviços de Informática					
1878/2858	Despesas miúdas de pronto pagamento (SDP)	SDP				
1878/2858	Manutenção Refrigeração	LHM REFRIGERACAO LTDA	TE 2010/20097	12 meses	23/12/2012	1
1878/2858	Serviço de Transferência de Resíduos Sólidos	RIO SERVICE AMBIENTAL LTDA				
1878/2858	Serviço de Manutenção de ETE	ESAGUA	EMERG	150 dias		
1878/2858	Exames Clínicos	DASA - DIAGNOSTICO DA AMERICA	2012/028	06 meses	15/8/2012	1
1878/2858	Exames Clínicos	DASA - DIAGNOSTICO DA AMERICA	2013/002		1/12/2012	
1878/2858	Exames Clínicos	DASA - DIAGNOSTICO DA AMERICA			10/8/2013	
1878/2858	Lavagem de Roupas	ATMOSFERA	2012/037	12 meses	10/12/2012	3
1878/2858	Lavagem de Roupas	ATMOSFERA		06 meses	10/12/2013	3
1878/2858	Locação de equipamentos reprográficos	ZIOLEO COPY COMERCIO E	2011/048	24 meses	1/10/2011	3
1878/2858	Locação de equipamentos reprográficos			24 meses	1/10/2013	3
1878/2858	Publicações	IMPRESA DA CIDADE				
1878/2858	Limpeza e Conservação	COMLURB	2011/058	48 meses	1/1/2012	3

Discussão

Com o aumento na expectativa de vida e da incidência de doenças crônicas, a desospitalização se constitui num premente desafio. Além da insuficiência de recursos públicos e a falta de credibilidade no sistema público de saúde, a família, em geral, tem dificuldades de assumir o cuidado do paciente na residência, criando nessas condições uma zona de impasses a ser enfrentada pela equipe multiprofissional no tocante a educação em saúde no momento da alta hospitalar.

Grande parte da população acredita que, se vier a adoecer, num hospital receberá um atendimento melhor do que em qualquer outro lugar. Isso acontece porque, na maioria das situações, as pessoas esperam que, com cuidados mais intensivos e com a internação num local com maiores recursos técnicos e tecnológicos, suas chances de recuperação serão maiores e mais rápidas. Entretanto, a maioria das pessoas também desconhece que os hospitais também são locais que oferecem riscos à saúde de qualquer paciente.

Embora em muitos casos o hospital seja o lugar mais adequado para o atendimento, atualmente, com o desenvolvimento da medicina, várias doenças podem ser tratadas em casa. Essa é uma tendência mundial e conhecida como desospitalização, que definimos como a saída de um paciente do hospital de forma segura, promovendo a continuidade de cuidados que ele possa necessitar em outro ambiente que não o hospitalar. Este processo se inicia com o foco de redução dos dias de internação, com a garantia de resultados imediatos de seus exames e com um tratamento com maior rapidez.

O ponto chave para desospitalização é a organização de linhas de cuidado, que enquadra a transição dos níveis de cuidado. Isso implica em ações gerenciais resolutivas da equipe de saúde centradas no acolher, informar, encaminhar por dentro de uma rede, na qual o usuário saiba sobre a estrutura do serviço e da rede assistencial. Os modelos de cuidado alternativos àqueles prestados em ambiente hospitalar e de outros que complementam a assistência hospitalar, ajudam a dar a desejada integralidade à atenção. O Ministério da Saúde (MS) através da Portaria 2.527 de 2011 apresenta elementos importantes na conceituação da Atenção Domiciliar (AD). O tópico relativo as modalidades de atenção “substitutivas ou complementar”, baseadas ou não em hospitais: a assistência domiciliar e o hospital dia, bem como a transversalidade da atenção com a continuidade da linha de cuidado sem rupturas são vertentes importantes na produção de cuidar.

Atualmente, apesar das melhorias desenvolvidas no campo da medicina, observa-se que profissionais de saúde possuem um reduzido conhecimento efetivo sobre Atenção Domiciliar, suas características e peculiaridades. Um grupo significativo de profissionais que prestam serviços à paciente em regime de internação hospitalar prefere dar conclusão a terapêutica com o paciente internado, a disponibilizarem alta com recomendação de continuidade do tratamento em regime ambulatorial ou em atenção domiciliar.

Verifica-se a necessidade de expansão do conhecimento dos profissionais de saúde da dinâmica da rede de atenção à saúde, assim como uma maior credibilidade da eficiência da continuidade da assistência ao usuário.

Promover uma mudança na cultura hospitalar focada nas ações médicas de atendimento às situações agudas, impulsionando os profissionais a desenvolverem uma visão da internação pelo período estritamente necessário para resolutividade do processo agudo que demandou a internação, evitando-se dias de internações desnecessárias geradas pela fragilidade das redes de apoio são ações fundamentais para o desenvolvimento de uma cultura institucional de desospitalização. Porém, é necessário um planejamento estratégico para suporte a desospitalização com segurança.

Consolidar a rede de assistência à saúde (RAS) e ampliar o acesso aos serviços de saúde é o ponto nevrálgico para uma desospitalização substitutiva para hospital dia/ambulatórios especializados com responsabilidade e resolutividade. Dentro das unidades hospitalares de emergência/urgência deve ser realizado um planejamento de alta precoce com envolvimento dos atores do processo (pacientes, profissionais de saúde e familiares). O gerenciamento dos leitos hospitalares com a identificação dos diagnósticos e planejamento terapêutico com a proposta da alta corrobora com uma gestão hospitalar focada na racionalização e não no racionamento de prestação de serviços em saúde.

Entretanto, o acesso aos serviços que englobam a RAS deve estar consolidado, pois a alta sem a disponibilização de consultas de continuidade poderá ocasionar um dano maior que a internação prolongada, pois configurará a ausência do cuidado médico assistido. Neste caso a central de regulação opera como instrumento fundamental para a organização do fluxo dos pacientes na rede. A regulação com agendamento de consulta de acompanhamento (*follow up* ou ambulatório especializado) no momento da alta hospitalar e a dispensação dos insumos/medicamentos necessários a continuidade do cuidado conferem um padrão desejável de qualidade de atendimento hospitalar com integralidade do cuidado.

Quanto a desospitalização através da Atenção Domiciliar, se faz necessária a descrição dos critérios e condições de elegibilidade para aceitação do paciente nesta modalidade de atendimento de acordo com o estabelecido na Portaria 2.527/2011 e pela ANVISA.

Os critérios clínicos dizem respeito à situação do paciente, aos procedimentos necessários ao cuidado e à frequência de visitas de que necessita. Os critérios administrativos se referem aos quesitos administrativos/ operacionais/legais necessários para que o cuidado em AD seja realizado. Destacam-se os seguintes:

- Residência no território de cobertura;
- Consentimento formal do paciente ou de familiar/cuidador por meio da assinatura do termo de consentimento informado;

- Responsável que exerça a função de cuidador, quando o usuário encontra-se com dependência funcional;

Outros não descritos na Portaria nº 2.527:

- Concordância e encaminhamento do médico assistente, contendo dados relevantes para avaliação do quadro clínico do usuário;

- Realização de visita pré-admissional deverá ocorrer sempre que possível, com as adequações necessárias em curso do atendimento e dentro da agilidade que o caso exige;

- Ambiência domiciliar minimamente adequada aos cuidados domiciliares, incluindo necessidade de rede elétrica e espaço físico adequados ao uso seguro dos equipamentos, quando necessários;

A ANVISA (2006) estabelece como critérios de inclusão para a atenção domiciliar, e que se enquadram na categoria de critérios administrativos, os seguintes quesitos:

- Suprimento de água potável;
- Fornecimento de energia elétrica;
- Meio de comunicação de fácil acesso;
- Facilidade de acesso para veículos e ambiente com janela, específico para o paciente, com dimensões mínimas para um leito e equipamentos.

Todas as possibilidades são consideradas em relação às necessidades da população atendida, cada caso é contemplado de forma individualizada e inclusiva.

Verifica-se que há vários elementos que podem dificultar a desospitalização para AD que não envolve apenas ações de cunho institucional/gerencial e profissional, pois as condições de habitação e a presença de um cuidador podem ser fatores limitantes. Desta forma se requer um suporte da central de regulação para transferência deste perfil de paciente para os hospitais de “retaguarda”, instituição que dará continuidade ao tratamento assim como a reabilitação que se faça demandado para estes pacientes sem recursos familiares.

Apesar disso, os pacientes/famílias elegíveis para a assistência domiciliar necessitam de uma vaga disponível pelo PADI, pois este tem uma capacidade de demanda pré-determinada através do contrato de Gestão da SMS/Rio com o Instituto UNIR Saúde. Cabe ressaltar que em 2013, o número de pacientes que requereram AD oriundos do HMLJ e que foram desospitalizados pelo PADI foi de 6%.

Destaca-se também que a dinâmica das internações em regime domiciliar, acompanhadas pelo PADI, necessitará da disponibilização do atendimento na atenção primária. O matriciamento destes pacientes pelo NASF da AP 4.0, para o devido

acompanhamento pelas equipes de saúde da família, é fator importante e necessário para o retorno do usuário as atividades diárias familiares e laborativas, de acordo com a sua capacidade funcional. Soma-se a isto a demanda por reabilitação, prevenção de outros agravos e qualidade de vida que deverão ser agregados a este perfil de paciente.

Conclusão

A análise da fase inicial deste projeto confirma a necessidade de estruturarmos o conceito e a aplicação da desospitalização na sociedade. Embora o desafio seja imenso fica claro que possuímos modelos de atenção para melhorar o cuidado.

Percebe-se que mudanças tanto sociais como assistenciais são essenciais e devem ser ancoradas em três pilares que servirão de elementos norteadores para a construção de um plano de ação em busca da eficiência e da efetividade da desospitalização racional e segura.

1. Conhecimento:

- Divulgação dos benefícios da desospitalização para a sociedade carioca, reforçando a credibilidade do usuário em sistema de saúde que informa e orienta.
- Treinamento dos profissionais de saúde que atuam em setores de internação hospitalar, através do conhecimento da desospitalização baseada na melhor evidência científica.

2. Suporte especializado:

- Otimização dos ambulatórios especializados, principalmente os ambulatório de *“follow up”* inseridos nos hospitais.
- Aprimoramento dos leitos de retaguarda que apoiam as unidades de emergência/urgência.
- Ampliação da cobertura assistencial do PADI.

3. Atenção Primária a Saúde:

- Continuidade da política de ampliação da rede básica de saúde com foco na Estratégia Saúde da Família.
- Matriciamento da população oriunda do PADI, com eixo na construção do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, tendo em vista que o usuário de alta do PADI terá a continuidade do cuidado na Atenção Primária.