

# Análise de indicadores de monitoramento de pacientes portadores de doenças crônicas: estratégia de redução de custos

## Analysis of indicators for monitoring patients having chronic diseases: a cost reduction strategy

### Análisis de los indicadores para los pacientes en supervisión afectados por enfermedades crónicas: una estrategia de reducción de costes

*Claudia Raffa Galvão\**

*Luis Hernan Contreras Pinochet\*\**

*Mariza Alves Vieira\*\*\**

*Ronaldo Miquelão\*\*\*\**

**RESUMO:** A presente pesquisa teve como objetivo verificar se o Programa de Monitoramento de Pacientes Portadores de Doenças Crônicas é uma forma eficaz para redução dos custos de tratamento dos pacientes e, simultaneamente, verificar a capacidade para diminuir os índices de reinternação, ampliando, assim, os níveis de conhecimento dos gestores da área sobre medidas de promoção e prevenção à saúde como formas de redução de custos. A metodologia adotada foi a pesquisa de campo com natureza exploratória e descritiva, analisando os dados de 30 pacientes inscritos no programa de monitoramento, divididos em três grupos: pacientes portadores de doenças cardiovasculares, pacientes com doenças pulmonares e pacientes com *Diabetes mellitus*. Após a análise dos dados, foi possível verificar que ocorreu uma redução significativa dos custos nos primeiros dois anos após a implantação do programa, principalmente no grupo de pacientes com doenças pulmonares, assim como uma queda nos índices de reinternação desses pacientes. Os outros grupos analisados também demonstraram redução nos custos com seus tratamentos e queda nos índices de reinternação, porém em menor proporção. Concluiu-se que o programa de Monitoramento de Pacientes Portadores de Doenças Crônicas é uma forma eficaz para redução de custos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Monitorização Fisiológica. Controle de Custos. Administração de Serviços de Saúde.

**ABSTRACT:** The present research aimed at verifying whether the Monitoring Program for Chronic Diseases Patients is an efficient way for reducing the costs of treatment of patients and, simultaneously, verifying the capacity to reduce re-internment rates, extending, thus, the levels of knowledge of managers of the area as regards measures for health promotion and prevention as ways for reducing costs. The methodology adopted was field research of an exploratory and descriptive nature, analyzing data of 30 patients enrolled in the monitoring program, divided in three groups: patients having cardiovascular diseases, patients having lung diseases and patients having *Diabetes mellitus*. After the analysis of gathered data, it was possible to verify that the implantation of the program produced a significant reduction of costs in the first two years, mainly in the group of patients with lung diseases, as well as a reduction in re-internment rates of these patients. The other groups also analyzed had demonstrated a reduction in the costs with their treatment and a reduction in rates of re-internment, but in a lesser degree. One concluded that the Monitoring Program for Chronic Diseases Patients is an efficient way for reducing costs.

**KEYWORDS:** Monitoring, Physiologic. Cost Control. Health Services Administration.

**RESUMEN:** Esta investigación está dirigida a verificar si el programa de supervisión para pacientes afectados por enfermedades crónicas es un modo eficaz para reducir los costes del tratamiento de pacientes y, simultáneamente, verificar la capacidad de reducir las tasas de re-internación, prolongando, así, los niveles de conocimiento de los encargados del área en cuanto a medidas para la promoción y la prevención de la salud como maneras para reducir costes. La metodología adoptada fue una investigación de campo de naturaleza exploratoria y descriptiva, analizando datos de 30 pacientes alistados en el programa de supervisión, dividido en tres grupos: pacientes que tienen enfermedades cardiovasculares, pacientes que tienen enfermedades pulmonares y pacientes que tienen *Diabetes mellitus*. Después del análisis de datos recopilados, se verificó que la implantación del programa produjo una reducción significativa de costes en los primeros dos años, principalmente en el grupo de pacientes con enfermedades pulmonares, así como una reducción en tasas de re-internación de estos pacientes. Los otros grupos también analizados han mostrado una reducción en los costes con su tratamiento y una reducción en tasas de re-internación, pero en menor grado. Uno concluyó que el programa de supervisión para los pacientes con enfermedades crónicas es un modo eficaz de reducir costes.

**PALABRAS-LLAVE:** Monitoreo Fisiológico. Control de Costos. Administración de los Servicios de Salud.

\* Graduada em Administração Hospitalar pelo Centro Universitário São Camilo. Mestre em Administração pela Universidade Metodista de São Paulo. Docente do Centro Universitário São Camilo. E-mail: clau197018@gmail.com

\*\* Bacharel em Informática pela Universidade Positivo (Paraná). Mestre em Administração pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR). Especialista em Tecnologia da Informação e Comunicação pela FAE Centro Universitário (Paraná). Professor e Coordenador do Curso de Graduação em Administração do Centro Universitário São Camilo, São Paulo.

\*\*\* Graduada em Administração. Especialista em Administração Hospitalar pelo Centro Universitário São Camilo. Analista Administrativa na área de auditoria na Caixa Beneficente dos Funcionários do Banco do Estado de São Paulo (CABESP).

\*\*\*\* Graduado em Administração. Especialista em Administração Hospitalar pelo Centro Universitário São Camilo. Supervisor Administrativo/financeiro do GRAAC (Grupo de Apoio ao Adolescente e a Criança com Câncer).

## Introdução

A assistência domiciliar vem demonstrando ser o novo horizonte dos serviços de saúde. Embora exista há muito tempo, esse tipo de atenção à saúde vem sendo enfatizada, em especial nas últimas décadas.

A expressão *Home Care* tem origem inglesa: *Home* corresponde a “lar”, e *Care*, a “cuidados”. Ela designa atendimento ou assistência domiciliar.

Muitos fatores têm contribuído para o crescimento dessa modalidade de atendimento, no qual a ênfase do tratamento tem como prioridade as doenças crônicas, como sendo a base do sistema de saúde, e não mais apenas o tratamento com os cuidados agudos. Podemos relacionar o fato com a mudança da mentalidade dos servidores de assistência à saúde, os quais atualmente têm como base e objetivo a prevenção e a promoção à saúde, não apenas o tratamento de doenças já estabelecidas.

A questão da diminuição de custos no sistema de saúde, principalmente em relação às operadoras de planos de saúde, com a hospitalização de seus pacientes, também é um forte fator que ajuda na implantação do atendimento em ambiente domiciliar, que também oferece a privacidade e o conforto do atendimento ao paciente.

Por mais de um século, o *Home Care* tem sido considerado uma prática natural nos Estados Unidos. Grande número de famílias tem aceitado a responsabilidade de cuidar dos entes queridos que se encontram enfermos nos ambientes de suas próprias residências.

No Brasil, por mais de uma década, os serviços de *Home Care* têm tentado estabelecer-se, mesmo enfrentando barreiras colocadas, na maioria das vezes, pelos próprios profissionais da área de saúde.

O desenvolvimento na área privada do atendimento domiciliar no Brasil ocorreu, no início, sem suporte de um padrão de licenciamento que orientasse a modalidade de *Home Care*.

Em 15 de abril 2002, a Secretaria de Assistência do Ministério da Saúde aprovou a Lei No. 10.424, acrescentando capítulo e artigo à Lei No. 8.080, de 1990, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar<sup>1</sup>.

Somente em 30 de janeiro de 2006, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA lançou a RDC 11, que forneceu as primeiras diretrizes para prática dessa modalidade no Brasil<sup>2</sup>.

## Fatores que justificam a adoção do Sistema de Atendimento Domiciliar

Abaixo serão apresentados os principais fatores que contribuem para o crescimento do atendimento domiciliar.

1. Envelhecimento da população – o aumento da população idosa, com conseqüente aumento no número de doenças relacionadas à senilidade. As projeções demográficas vêm demonstrando que o século XXI se caracterizará pelo crescimento significativo do número de idosos na população, fenômeno já vivenciado em muitos países, inclusive no Brasil. A população idosa entre 60 e 85 anos tende a duplicar, e a acima de 85, triplicar. Estima-se que, em 2025, teremos aproximadamente 32-33 milhões de pessoas com mais de 60 anos em nosso meio<sup>3</sup>.

2. Aumento da necessidade de cuidados médicos em doenças crô-

nicas que podem causar incapacidade funcional.

3. O fato de o *Home Care* oferecer e promover aumento na qualidade de vida dos usuários, além da decorrente redução de seus custos com hospitalização, garantindo maior controle na utilização de recursos médicos, terapêuticos e diagnósticos. Os custos relacionados ao sistema de saúde são sempre questões preocupantes para os envolvidos com a área de saúde. Estudos internacionais demonstram que as intervenções no atendimento domiciliar equivalem a um terço do custo das intervenções realizadas em ambiente hospitalar<sup>4</sup>. Isso se contrapõe o aumento do custo de tecnologia diagnóstica e tratamento para as operadoras de plano de saúde.

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

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

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

ficativamente o seu custo com internações.

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

A não consideração do *Home Care* como ferramenta no gerenciamento de custos, para o aumento da qualidade e da fidelidade dos usuários, mostrará em um futuro próximo ser um erro de planejamento. Entre os anos de 1970-1979, o *Home Care*, nos Estados Unidos, começou a ser visto pelos planejadores e gestores de operadoras de plano de saúde como uma ferramenta para redução de custos e uma alternativa ao internamento hospitalar.

## Vantagens do Atendimento Domiciliar

Para Tavorali, as vantagens para os pacientes e familiares do *Home Health Care* são as que mais se destacam. Enquanto internados no hospital, os doentes vivenciam a doença e também o afastamento de seu lar, do círculo social e do trabalho, experimentando sentimentos de medo, insegurança e receio pelo futuro e pela doença. Já em ambiente domiciliar, esses sintomas são raramente relatados<sup>5</sup>.

Leme cita os benefícios e vantagens do *Home Care*, exemplificando não só as vantagens para o paciente e sua família, como para todas as áreas envolvidas na questão da saúde. Entre as diversas vantagens apresentadas por essa modalidade de atendimento, podem ser citadas<sup>6</sup>: tratamento nas acomodações e no conforto do lar, tendo maior privacidade, com maior controle e segurança física, contando com

o apoio e atenção da família, evitando riscos de infecções cruzadas, podendo ser feito com qualidade superior à do Hospital; o médico participa de uma equipe multidisciplinar, com trabalho organizado e bem planejado, mantendo-se atualizado em relação a seu paciente, e continua a receber seus honorários de acordo com a tabela da operadora do plano de saúde; em relação à família, a vantagem consiste em poder acompanhar a evolução do paciente sem precisar deslocar-se para o hospital ou outros, tendo maior controle sobre decisões a serem tomadas; quanto à operadora de plano de saúde, ocorre redução das despesas e maior grau de satisfação para seus usuários, valorizando e prestigiando a operadora; em relação ao hospital, haverá aumento da quantidade de leitos disponíveis, além de uma maior rotatividade.

## Monitoramento

O monitoramento de paciente, uma modalidade dentro do atendimento de *Home Care*, vem sendo utilizado por grandes operadoras de plano de saúde, por ser uma prática de baixo custo, fácil implantação, acesso e aceitabilidade por parte de seus usuários.

Em geral, esse monitoramento é realizado com pacientes portadores de doenças crônicas, sendo que nem sempre a relação médico-paciente é suficiente para garantir que o tratamento seja seguido de forma correta.

O monitoramento faz com que o paciente sinta-se valorizado, o que é ótimo para a autoestima. Quando a pessoa tem contato com uma equipe interessada no seu caso, acabam mudando a postura que geralmente adotam em relação às suas patologias.

A modalidade, em geral, consiste em acompanhamento telefônico

(direto ao paciente ou cuidador), priorizando o controle de uso de medicamentos controlados e informações sobre a situação do estado geral do paciente; e em visitas médicas e de equipes de enfermagem diretamente em domicílio, realizando consultas e os atendimentos básicos necessários.

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

Considerando o acima exposto, a presente pesquisa teve por objetivos: verificar se o programa de monitoramento domiciliar permite a redução dos custos dos pacientes envolvidos no programa de monitoramento; verificar se ocorre a diminuição dos níveis de reinternação hospitalar dos pacientes envolvidos no programa.

## Metodologia

Ao realizar uma pesquisa, podemos atacar diretamente o problema que enfrentamos. Pode-se penetrar, de imediato, no centro da questão, contando sempre com a existência de uma estrutura de doutrinas científicas já existentes e com uma situação ou problema. Essa é a razão por que se pode entregar a outros a tarefa de adequar sua contribuição ao quadro geral do conhecimento científico.

A metodologia adotada na formulação do trabalho foi baseada em pesquisas bibliográficas em livros, revistas e artigos publicados na internet.

A pesquisa é de natureza exploratória e descritiva por não haver bibliografia suficiente para o desenvolvimento completo do trabalho disposto, além de apurar melhor o conhecimento sobre a área e garantir uma visão mais ampla da eficácia de um programa novo na área da saúde, demonstrando toda a coleta de dados realizada na operadora de saúde adotada para essa pesquisa.

Para o presente estudo, as questões utilizadas tiveram uma abordagem quantitativa, pois foram utilizados dados estatísticos comparando os fatos apresentados dentro de determinado período de tempo.

A pesquisa quantitativa traduz em números as opiniões e informações para serem classificadas e analisadas: "(...) utilizam-se técnicas estatísticas"<sup>7</sup>.

O método de pesquisa utilizado é o de estudo de caso, por se tratar de um tema novo e pouco explorado pelo segmento de saúde, facilitando, assim, a coleta de dados e o acesso às informações disponíveis no local do estudo.

Gil define "estudo de caso" como sendo uma pesquisa sobre um determinado indivíduo, família, grupo ou comunidade que seja representativo do seu universo<sup>7</sup>.

Este trabalho é um estudo de um programa de *Home Care* e monitoramento de pacientes com doenças crônicas de uma operadora de saúde do tipo autogestão localizada na cidade de São Paulo, Brasil.

Serão analisados os dados de 30 pacientes envolvidos no programa, cujos dados iniciais foram coletados no período de 01/01/2005 a 31/12/2005 por meio da análise dos prontuários e de dados do sistema de informação da empresa para identificação dos pacientes a partir de suas patologias, custos com o tratamento e quantidades de internações hospitalares.

Foram escolhidos pacientes com mais de 50 anos de idade, de ambos os sexos, com quadro de doenças crônicas, sendo essas: doenças cardiovasculares em geral, *Diabetes mellitus* e pacientes com doenças pulmonares (doença pulmonar obstrutiva crônica e oncológica).

Para pacientes com doenças cardiovasculares, foram selecionados aqueles com duas ou mais internações no período de coleta dos dados, e, para as demais patologias, pacientes com duas internações.

Após a identificação dos possíveis pacientes para a inclusão no programa, foi realizado contato telefônico direto com os pacientes e seus responsáveis, informando-os sobre a implantação e funcionamento do programa de *Home Care* e monitoramento, que contaria com visitas periódicas de profissionais da área da saúde (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e nutricionistas) para avaliação e acompanhamento geral das condições de saúde dos futuros pacientes.

O programa de *Home Care* e monitoramento foi implantado em 01/01/2006 de forma voluntária a todos os pacientes.

A coleta dos dados foi realizada no sistema de informação utilizado na instituição analisada, a partir da qual foram analisados os dados sobre o número de internações ocorridas e o custo com o tratamento no período anterior e posterior à implantação do programa.

A análise dos dados foi realizada com base nas estatísticas pré-programa (01/01/2005 a 31/12/2005) e nas estatísticas pós-programa (01/01/2006 a 31/12/2008).

Ao longo do período analisado, ocorreram algumas intercorrências: três pacientes vieram a óbito (1 do grupo de pacientes com doenças cardiovasculares, em

02/03/2006, e dois do grupo de pacientes com doenças pulmonares, em 07/09/2006 e 01/12/2007) e um paciente desistiu (do grupo de doenças cardiovasculares) do programa de monitoramento da instituição analisada. Por esse motivo, para uma análise estatística mais fidedigna, foram levados em consideração os dados dos 26 pacientes que permaneceram no programa durante todo o período analisado.

## Revisão teórica

De acordo com Mendes, no Brasil, a palavra "cuidado" é utilizada para descrever a atenção de pessoas para com outras, sejam de familiares, vizinhos, amigos ou profissionais de saúde, mas raramente é utilizada para descrever uma intervenção médica<sup>8</sup>.

Fabrício, et al definem *Home Care* como um conjunto de procedimentos hospitalares possíveis de serem realizados na casa do paciente, abrangendo ações de saúde desenvolvidas por uma equipe interprofissional, baseadas no diagnóstico da realidade em que o paciente está inserido<sup>4</sup>.

Mendes cita a definição de *Home Care* pela *The Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organization*, segundo a qual serviços de *Home Care* são aqueles providos por profissionais de saúde, por visita ou por hora-base, aos pacientes que têm ou estão com risco de uma injúria, uma doença ou uma condição de fragilidade ou que são doentes terminais e requerem intervenções curtas ou longas por profissionais de saúde<sup>8</sup>.

Conforme Marrelli citado por Duarte e Diogo, nos Estados Unidos, o *Public Health Service* define o atendimento domiciliar como um componente do contínuo cuidado à saúde, por meio do qual os serviços de saúde são oferecidos ao indivíduo e família em seus locais

de residência com os objetivos de promover, manter ou restaurar a saúde, para minimizar o nível de dependência, e reduzir os efeitos da incapacidade ou doenças<sup>3</sup>.

Gonçalves afirma que o gerenciamento do cuidado hospitalar é um importante objeto de pesquisa em serviços de saúde, devido ao seu papel singular na assistência e ao seu alto custo. Na atual assistência hospitalar do Brasil e do mundo, não há como saber se os leitos disponíveis são suficientes e de boa qualidade; apesar de ser excessivamente caro, estima-se que 70% dos gastos do Sistema Único de Saúde (SUS) são destinados aos hospitais<sup>9</sup>.

No início dos anos 80, nos Estados Unidos, o *Home Care* começou a ser visto pelos planejadores e gestores de Planos de Saúde como uma opção para a redução de custos e uma alternativa ao internamento hospitalar. No Brasil, demorou-se um pouco mais para entrar na pauta dos principais gestores de benefícios e saúde, mas hoje é visto como uma alavanca de melhoria fundamental, junto com os programas preventivos e investimentos tecnológicos.

O cenário de gerenciamento de pacientes crônicos vem sendo alardeado como uma das medidas para a queda dos valores exorbitantes do custo da assistência médica. Em outras palavras, diagnosticou-se que o custo assistencial era demais elevado em duas vertentes: em relação a eventos de alto risco (internações e atos cirúrgicos complicados) e aos indivíduos com alta frequência de visitação à rede médica e baixo custo individual de atendimento (o paciente chamado "crônico"). Esse grupo abrange os portadores de patologias como hipertensão, diabetes, cardiopatias, doenças respiratórias, como asma e bronquite.

Gonçalves informa que a literatura sobre o futuro da gestão

hospitalar fala em redução da necessidade de leitos hospitalares e coloca em foco um fenômeno conhecido como "desospitalização", que consiste em retirar o paciente do hospital e realizar os cuidados no domicílio, quando já não são de alta complexidade e sim de alta dependência<sup>9</sup>.

Para Mendes, as grandes seguradoras de serviços privados de saúde que têm oferecido a assistência domiciliar como alternativa a seus segurados demonstram, por meio de estudos, que o custo da assistência domiciliar é, na grande maioria dos casos, mais vantajoso do que a assistência em ambiente hospitalar<sup>8</sup>.

Conforme Lacerda, a redução de custos da atenção domiciliar é uma realidade; afinal, não há exigência das complexas instalações dos hospitais. As diárias de *Home Care* variam de acordo com a complexidade. Os atendimentos de baixa complexidade têm um custo aproximado de R\$ 270,00, e os de alta, de R\$ 730,00; nos hospitais, os custos médios de internação podem variar de R\$ 900,00, em enfermaria, R\$ 1.500,00 em apartamentos, a R\$ 5.000, em Unidades de Terapia Intensiva. Além da estratégia de otimização dos leitos hospitalares, o sistema de *Home Care* pode prevenir infecções hospitalares por longas internações e proporcionar um atendimento mais humanizado aos pacientes e aos familiares, oferecendo uma melhora significativa<sup>10</sup>.

A instituição utilizada como base dessa pesquisa localiza-se na cidade de São Paulo e foi criada em 27 de junho de 1968. Atualmente, com 42 anos no mercado, é uma das empresas mais conceituadas no ramo das autogestões no sistema de saúde.

Atualmente, possui cerca de 98.000 beneficiários próprios em seus diversos planos, além de cerca

de 13.000 usuários dos 15 Convênios de Reciprocidade.

Por se tratar da autogestão de uma instituição já extinta, seus beneficiários apresentam uma idade média elevada, cerca de 48 anos, sendo a grande maioria desses beneficiários aposentada, o que define uma realidade diferente do mercado atual das operadoras de saúde.

A assistência domiciliar na empresa foi adotada no ano de 1988, em virtude da necessidade de atendimento intensivo aos pacientes portadores do vírus HIV. Na época, teve como principal objetivo o atendimento dos pacientes que sofriam com as implicações da patologia e, por intermédio da equipe de assistentes sociais da empresa, tentar a aproximação desses pacientes com suas famílias e da equipe de enfermagem, a fim de esclarecer sobre a necessidade de certos cuidados com o uso de medicamentos, tratamento de feridas, noções de higiene e limpeza e utilização de materiais descartáveis.

Preocupada em proporcionar melhores condições de vida a seus usuários, em sua maioria com idade avançada, a empresa criou, no início dos anos 90, um programa de promoção à saúde, com o foco principal na prevenção, visando conhecer os principais fatores de risco das patologias em geral para tentar combatê-las com medidas de educação continuada, palestras e serviços de orientação aos seus usuários. Para completar o objetivo do programa, a empresa realizou uma parceria com o Programa Agita São Paulo, mediante a qual pôde atuar junto com a população realizando diversas pesquisas.

A empresa implantou, também, o chamado Programa Preventivo e de Acompanhamento, a partir do qual foram criados grupos específicos de acompanhamento nos ambulatoriais, com o objetivo de

orientar a acompanhar os associados para os chamados fatores de risco à saúde, como fumo, estresse, obesidade e sedentarismo, e de algumas doenças crônicas, como *Diabetes mellitus* e doenças cardiovasculares.

A partir de 2005, o sistema de assistência domiciliar da empresa sofreu uma grande reestruturação, com uma nova organização para o atendimento domiciliar e a criação de um programa de monitoramento de pacientes com patologias crônicas.

Atualmente, o programa de assistência domiciliar atende cerca de 456 beneficiários por meio de empresas terceirizadas, que realizam visitas periódicas para acompanhamento do tratamento prestado, com a supervisão de uma equipe técnica multidisciplinar (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e psicólogos).

Dentro do sistema de assistência domiciliar da empresa, ainda fazem parte a liberação de suportes complementares, como a oxigênoterapia e a utilização de outros equipamentos, como camas hospitalares, cadeiras de rodas, cadeiras higiênicas e suporte de soro, com o objetivo de que seus beneficiários tenham um atendimento completo, com toda a estrutura necessária, para que os tratamentos sejam eficazes e, como consequência, haja mais conforto.

O programa de monitoramento de pacientes com patologias crônicas conta, atualmente, com 897 beneficiários, que são acompanhados por equipes multidisciplinares de empresas terceirizadas, responsáveis pela avaliação e acompanhamentos dos beneficiários atendidos pelo programa.

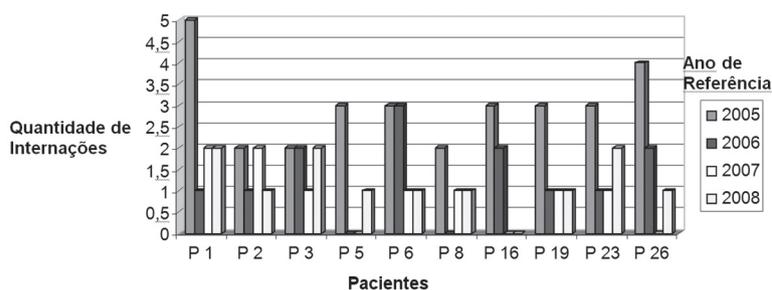
De acordo com essa avaliação, o beneficiário é encaminhado para um dos dois tipos de sistema de monitoramento que a empresa proporciona:

**Quadro 1.** Pacientes portadores de Doenças Cardiovasculares – Quanto ao Número de Internações

Paciente	Quantidade de Internações			
	2005	2006	2007	2008
P 1	5	1	2	2
P 2	2	1	2	1
P 3	2	2	1	2
P 5	3	0	0	1
P 6	3	3	1	1
P 8	2	0	1	1
P 16	3	2	0	0
P 19	3	1	1	1
P 23	3	1	1	2
P 26	4	2	0	1

Fonte: Sistema Integrado da instituição pesquisada.

**Gráfico 1.** Média de internação por paciente portador de Doenças Cardiovasculares



Fonte: Sistema Integrado da instituição pesquisada.

**Quadro 2.** Pacientes portadores de Doenças Cardiovasculares – Quanto ao Custo

Paciente	Custos			
	2005	2006	2007	2008
P 1	54.465,23	3.594,84	4.242,06	8.398,96
P 2	10.641,70	1.266,90	14.453,61	7.487,93
P 3	9.406,84	12.623,04	10.415,58	27.998,18
P 5	53.666,36	892,05	678,35	4.188,40
P 6	52.594,79	59.168,85	1.007,56	1.044,70
P 8	6.847,30	317,85	426,59	1.726,59
P 16	7.712,89	5.292,81	647,78	760,20
P 19	14.664,20	1.311,52	2.329,41	1.340,35
P 23	18.915,31	3.480,85	2.184,15	21.350,04
P 26	26.057,67	18.359,25	893,70	1.257,61

Fonte: Sistema Integrado da instituição pesquisada.

1. O monitoramento simples, que consiste no atendimento telefônico periódico e de visita médica e de enfermagem uma vez por mês na residência dos pacientes com patologias menos complexas para orientações e para acompanhar a evolução clínica;

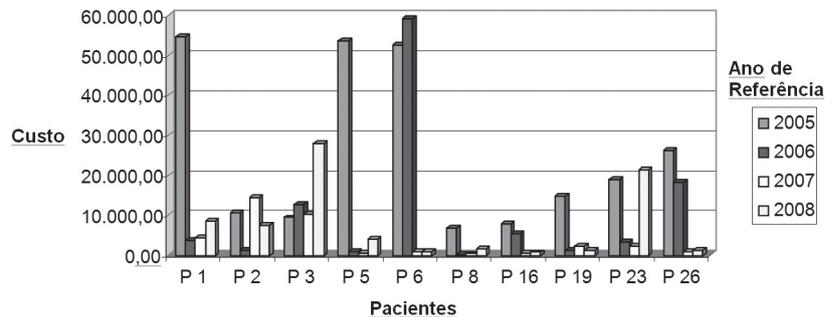
2. O monitoramento avançado, que é indicado para pacientes com patologias mais graves e complexas, mas que não possuem indicação para assistência domiciliar padrão. Consiste em atendimentos telefônicos periódicos, visitas médicas e de enfermagem de duas a três vezes na semana (de acordo com cada beneficiário) para acompanhar a evolução clínica, dar orientação e realizar pequenos procedimentos.

Existe, ainda, um terceiro tipo de monitoramento, o chamado atendimento telefônico, que serve para todos os beneficiários, pelo qual são realizadas orientações sobre qualidade de vida, orientação sobre algumas patologias e seus cuidados, orientação sobre medicações e medidas de promoção e prevenção à saúde. As ligações são realizadas por uma equipe multidisciplinar, com o intuito de atender todas as necessidades e esclarecer todas as dúvidas dos beneficiários.

## Apresentação dos dados coletados

Para análise e discussão desta pesquisa, foram coletados dados de 26 beneficiários inscritos no programa de monitoramento domiciliar de uma instituição de saúde, sendo realizado estudo sobre a quantidade de internações e custos de cada beneficiário no período de um ano antes da implantação do programa e durante três anos após sua implantação, verificando,

**Gráfico 2.** Média de custo por paciente com Doenças Cardiovasculares



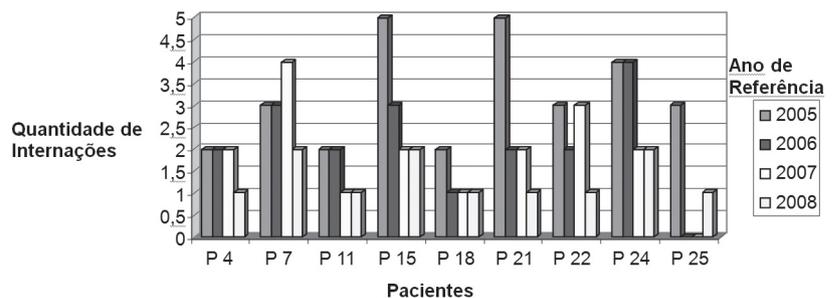
Fonte: Sistema Integrado da instituição pesquisada.

**Quadro 3.** Pacientes portadores de Doenças Pulmonares – Quanto ao Número de Internações

Paciente	Quantidade de Internações			
	2005	2006	2007	2008
P 4	2	2	2	1
P 7	3	3	4	2
P 11	2	2	1	1
P 15	5	3	2	2
P 18	2	1	1	1
P 21	5	2	2	1
P 22	3	2	3	1
P 24	4	4	2	2
P 25	3	0	0	1

Fonte: Sistema Integrado da instituição pesquisada.

**Gráfico 3.** Média de internação por paciente com Doenças Pulmonares



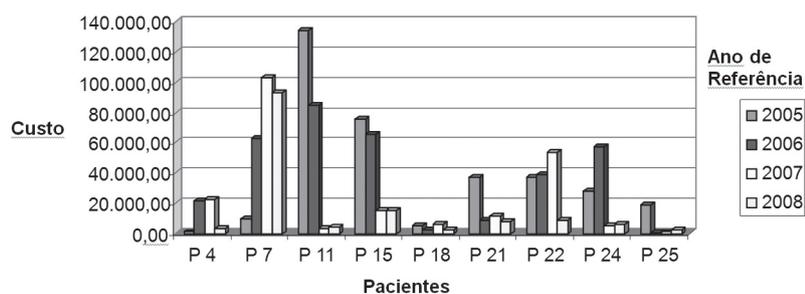
Fonte: Sistema Integrado da instituição pesquisada.

**Quadro 4.** Pacientes portadores de Doenças Pulmonares – Quanto ao Custo

Paciente	Quantidade de Internações			
	2005	2006	2007	2008
P 4	958,55	21.372,44	22.408,42	3.197,35
P 7	9.430,80	62.658,33	102.943,91	93.004,98
P 11	133.916,07	84.584,92	3.425,40	4.511,31
P 15	75.837,32	65.751,97	15.434,36	15.123,15
P 18	4.881,15	2.346,07	5.631,90	1.917,91
P 21	37.198,41	8.619,25	11.868,42	7.889,22
P 22	37.453,17	39.187,68	53.295,18	8.601,60
P 24	28.291,68	56.998,89	5.308,63	5.986,97
P 25	18.399,35	627,80	954,11	2.007,31

Fonte: Sistema Integrado da instituição pesquisada.

**Gráfico 4.** Média de custo por paciente com Doenças Pulmonares



Fonte: Sistema Integrado da instituição pesquisada.

**Quadro 5.** Pacientes portadores de Diabetes mellitus – Quanto ao Número de Internações

Paciente	Quantidade de Internações			
	2005	2006	2007	2008
P 9	2	0	2	0
P 10	3	1	2	1
P 12	6	1	2	4
P 13	3	2	1	2
P 14	3	2	3	2
P 17	2	2	1	3
P 20	5	2	1	1

Fonte: Sistema Integrado da instituição pesquisada.

assim, o comportamento dos dois indicadores escolhidos.

A Tabela 1 e o Gráfico 1 representam pacientes portadores de doenças cardiovasculares, em que se percebe uma grande variação, uma vez que alguns pacientes tiveram queda significativa quanto à quantidade de internações no decorrer de um ano, enquanto que outros mantiveram uma média ao longo dos anos analisados.

A Tabela 2 e o Gráfico 2 referem-se ao custo com tratamentos de pacientes portadores de doenças cardiovasculares. Podemos notar que alguns pacientes tiveram queda considerável nos custos com seus tratamentos.

A Tabela 3 e o Gráfico 3 demonstram pacientes portadores de doenças pulmonares. Podemos perceber uma redução significativa quanto ao número de internações, basicamente em todos os participantes do programa.

A Tabela 4 e o Gráfico 4 demonstram os pacientes portadores de doenças pulmonares em relação aos custos com tratamento. Pode-se perceber que, no ano imediatamente posterior à implantação do programa de monitoramento, não houve queda significativa dos custos quando comparados aos anos seguintes.

A Tabela 5 e o Gráfico 5 demonstram os beneficiários portadores de *Diabetes mellitus*. Podemos notar que, na maioria dos casos, houve pouca variação da quantidade de internações nos anos analisados.

A Tabela 6 e o Gráfico 6 demonstram a relação de pacientes portadores de *Diabetes mellitus* considerando seus custos com os tratamentos. Pode-se verificar que, apesar de haver uma relação direta com a quantidade de internações, em certos casos houve a diminuição dos custos.

A Tabela 7 e o Gráfico 7 demonstram os custos anuais por patologias. Pode-se observar que, no caso dos pacientes portadores de *Diabetes mellitus* e de doenças cardiovasculares, houve diminuição significativa dos custos no ano seguinte à implantação do programa, para logo em seguida ocorrer a tendência de novo aumento, porém ainda abaixo dos custos apresentados no início do programa. Somente nos casos de pacientes com doenças pulmonares houve redução gradual dos custos ao longo dos anos analisados.

A Tabela 8 e o Gráfico 8 demonstram a média geral dos custos ao longo dos anos analisados. Pode-se perceber que houve redução gradativa logo após a implantação do programa, seguida de estabilização dos custos.

## Discussão dos resultados

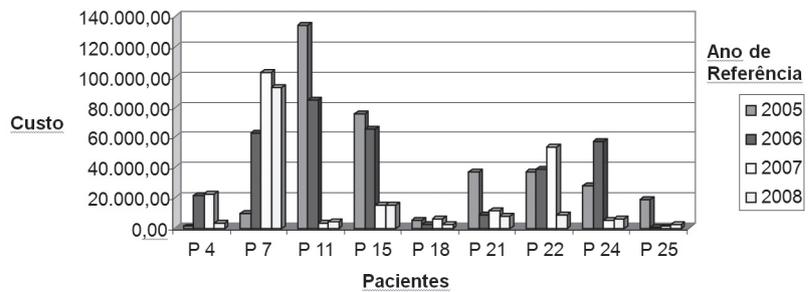
Ao analisar os dados da instituição adotada para essa pesquisa, percebe-se que, apesar de alguns casos não apresentarem alteração de seus índices de quantidades de internação ou redução nos custos,

(...) o gerenciamento do cuidado hospitalar é um importante objeto de pesquisa em serviços de saúde, devido ao seu papel singular na assistência e ao seu alto custo. Na assistência hospitalar atual do Brasil e do mundo não há como saber se os leitos disponíveis são suficientes e de boa qualidade; apesar de ser excessivamente caro (...)<sup>9</sup>.

Ainda assim, nota-se uma eficiência ampla do programa de monitoramento domiciliar, pois, de modo geral, verifica-se uma redução nos índices dos custos.

As variações observadas nos resultados podem ser decorrentes de: permanência em ambiente hospitalar, procedimentos realizados e

**Gráfico 5.** Média de internação por paciente com Diabetes mellitus



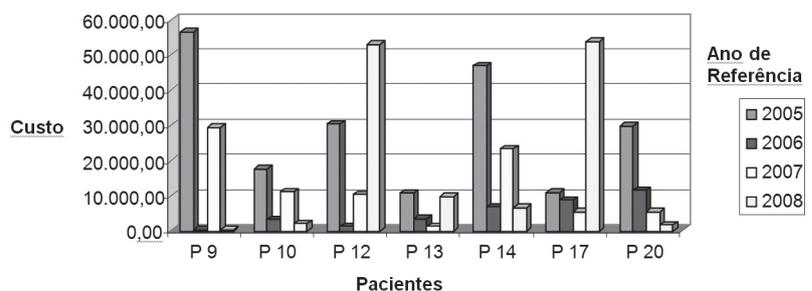
Fonte: Sistema Integrado da instituição pesquisada.

**Quadro 6.** Pacientes portadores de Diabetes mellitus – Quanto ao Custo

Paciente	Custos			
	2005	2006	2007	2008
P 9	56.477,93	318,38	29.504,16	313,00
P 10	17.718,16	3.352,60	11.058,36	2.058,56
P 12	30.339,72	1.248,47	10.413,30	52.929,76
P 13	10.723,55	3.515,59	1.387,53	9.697,22
P 14	46.976,46	6.832,62	23.412,69	6.541,13
P 17	11.025,28	8.775,52	5.541,68	53.779,30
P 20	29.794,74	11.527,58	5.353,98	1.657,72

Fonte: Sistema Integrado da instituição pesquisada.

**Gráfico 6.** Média de custo por paciente com Diabetes mellitus



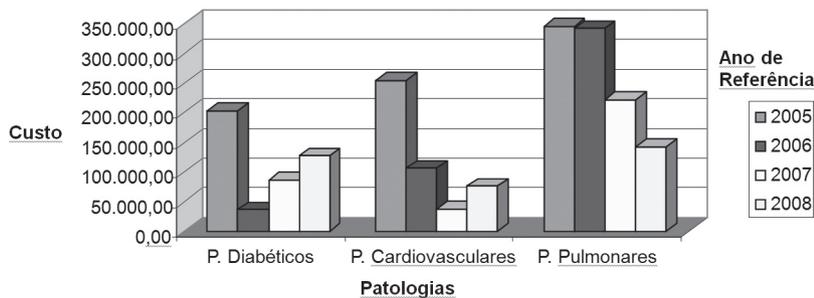
Fonte: Sistema Integrado da instituição pesquisada.

**Quadro 7.** Custo total por ano – por patologia

Patologias	Custos Total			
	2005	2006	2007	2008
P. Diabéticos	203.055,84	35.570,76	86.671,70	126.976,69
P. Cardiovasculares	254.972,29	106.311,96	37.278,79	75.552,96
P. Pulmonares	346.366,50	342.147,35	221.270,33	142.239,80

Fonte: Sistema Integrado da instituição pesquisada.

**Gráfico 7.** Média Anual de Custo – gastos por patologia



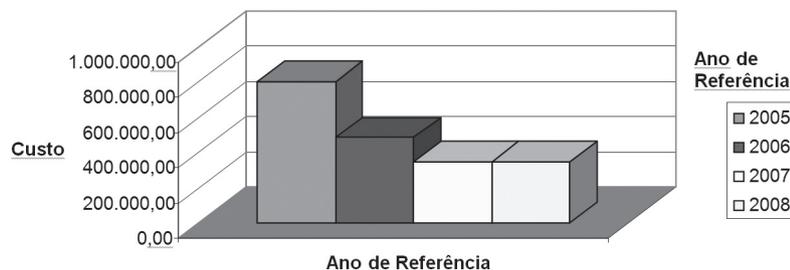
Fonte: Sistema Integrado da instituição pesquisada.

**Quadro 8.** Custo geral por ano

2005	2006	2007	2008
804.394,63	484.030,07	345.220,82	344.769,45

Fonte: Sistema Integrado da instituição pesquisada.

**Gráfico 8.** Média de custo geral por ano



Fonte: Sistema Integrado da instituição pesquisada.

locais de atendimento dos pacientes, já que existem hospitais na rede credenciada com custos mais elevados do que outros.

Programas de assistência domiciliar como o monitoramento de pacientes devem ser encarados como programas de promoção e prevenção à saúde, em que a base do atendimento deve ser a prevenção e não apenas o tratamento das doenças já instaladas, sendo muito mais vantajoso e de baixo custo investir na

promoção à saúde com programas educativos, de melhoria na qualidade de vida e de conscientização da utilização dos serviços médicos, do que se preocupar apenas com os tratamentos hospitalares. “(...) programa de monitoramento de pacientes crônicos tem como objetivo auxiliar o cliente em seu tratamento médico, bem como promover a mudança de estilo de vida e estimular

o autocuidado, para uma melhor qualidade de vida (...)”<sup>11</sup>.

Os pacientes que são atendidos na comodidade de seus lares por equipes multidisciplinares competentes têm atendimentos e orientações específicas, de acordo com suas necessidades, o que evita a locomoção desnecessária a uma unidade hospitalar.

(...) As vantagens para os pacientes e familiares do *Home Heath Care* são as que mais se destacam. Internados no hospital, os doentes vivenciam a doença e também o afastamento de seu lar, do círculo social e do trabalho, experimentando sentimentos de medo, insegurança. Já em ambiente domiciliar, esses sintomas não são relatados (...)”<sup>5</sup>.

Isso demonstra que as operadoras de saúde podem e devem adotar programas e medidas de assistência domiciliar, para que, ao mesmo tempo, possam apresentar redução significativa em seus custos gerais e, ainda, consigam fidelização de seus beneficiários.

## Conclusão

Após a análise dos resultados obtidos na pesquisa, pôde-se concluir que o programa de monitoramento de pacientes portadores de doenças crônicas em ambiente domiciliar é vantajoso tanto para as operadoras de assistência à saúde e hospitais como para os pacientes e familiares envolvidos nos programas.

Com a análise dos dados, verificou-se que o programa de monitoramento domiciliar permitiu a redução dos custos nos tratamentos dos pacientes para a instituição de saúde analisada, tornando-se uma medida muito eficiente, já que a maioria dos beneficiários dessa instituição possui idade avançada e, como consequência, maior pro-

babilidade de desenvolver doenças crônicas.

O programa também permitiu redução nos índices de reinternação dos pacientes, proporcionando melhor qualidade de vida por meio de atendimentos eficazes facilitados pelo ambiente domiciliar e

maior esclarecimento sobre meios de prevenção e promoção à saúde.

Com a pesquisa aqui apresentada, foi possível informar um pouco sobre a história e evolução do *Home Care*, com sua atual importância para o cenário de assistência à saúde, já que é vista nos

dias atuais como uma grande medida de “desospitalização” ou alta antecipada, prevenindo maiores complicações aos pacientes, além de ser um excelente recurso para redução de custos para os hospitais, que apresentam maior rotatividade dos leitos.

---

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Lei 10.424. Regulamenta o Serviço de *Home Care* no Sistema Único de Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.
  2. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução de Diretoria Colegiada de número 11. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. São Paulo: Anvisa; 2006.
  3. Duarte YAO, Diogo MJD. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2002.
  4. Fabrício SC, et al. Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior paulista. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2004;12(5):721-6.
  5. Tavorali CEL, Fernandes F, Medina F. O desenvolvimento do Home Health Care no Brasil. *Rev Adm Saúde*. 2000 Dez;3(9):15-8.
  6. Leme EO. Portal do Home Care [acessado 12 Ago 2010]. Disponível em: [www.portalhomecare.com.br](http://www.portalhomecare.com.br)
  7. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4a edição. São Paulo: Atlas; 2002.
  8. Mendes W. Home Care: uma modalidade de assistência à saúde. Rio de Janeiro: UNATI; 2001.
  9. Gonçalves AF. Desospitalização: apenas redução de custos ou reflexo da qualidade da assistência? [acessado 14 Out 2010]. Disponível em: <http://www.webartigos.com/articles/43029/1/Desospitalizacao- apenas-reducao-de-custos-ou-reflexo-da-qualidade-dassistencia/pagina1.html#ixzz12MAEt4ML>
  10. Lacerda MR, et al. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. *São Paulo, Saúde Soc*. 2006;15(2):88-95.
  11. Martins JJ, et al. Idosos com necessidades de cuidado domiciliar. *Rev Enfermagem UERJ*. 2008 Set;16(3):319-25.
- 

*Recebido em 26 de abril de 2011*  
*Versão atualizada 24 de maio de 2011*  
*Aprovado em 28 de junho de 2011*