



LOGÍSTICA DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR A SAÚDE COM BASE NA EXPERIÊNCIA DO CRER- CENTRO DE REABILITAÇÃO E READAPTAÇÃO DR. HENRIQUE SANTILLO

*Caroline Alves Resende
carolinear77@gmail.com

**Luiz Carlos Junio Sampaio Teles
luizjsate@gmail.com

***Alex Heriberto Rojas Alvarado
alessi1985@hotmail.com

Para citar este artículo puede utilizar el siguiente formato:

Caroline Alves Resende, Luiz Carlos Junio Sampaio Teles y Alex Heriberto Rojas Alvarado (2018): "Logística de assistência domiciliar a Saúde com base na experiência do crer- centro de reabilitação e readaptação Dr. Henrique Santillo.", Revista Caribeña de Ciencias Sociales (agosto 2018). En línea:

[//www.eumed.net/rev/caribe/2018/08/asistencia-domiciliar-saude.html](http://www.eumed.net/rev/caribe/2018/08/asistencia-domiciliar-saude.html)

Resumo

Este trabalho aborda o estudo do mais recente serviço de cuidados em saúde, o atendimento multiprofissional para assistência domiciliar conhecido como logística Home Care. Este serviço é capaz de romper a estrutura convencional, transferindo o atendimento para um ambiente no qual o cliente provavelmente se sinta melhor, que é em sua própria casa. O referente artigo fundamenta-se em referenciais bibliográficos, formando uma pesquisa exploratória, de costume qualitativo. O estudo é relevante pelo fato de que cuidar a domicílio é uma realidade atual no mundo todo e por se apresentar como alternativa para redução de custos hospitalares. Para tanto se investigou a qualidade deste serviço, as considerações de gestão hospitalar, o que os profissionais precisam saber pra entrar neste ramo de atuação, quais as despesas deste serviço, e sua possibilidade socioeconômica e finalidade. Com o Home Care, esses profissionais solicitam a adaptação para conviverem com aquele indivíduo e sua família, com crenças, costumes e valores muitas vezes diferenciados.

Palavras-chaves: logística home care; gestão e custos hospitalares.

Abstract

This research study addresses the latest service health care, Home Care. This service is able to break the conventional structure, shifting care to an environment in which the client will probably feel better, that is in your own home. The related article is based on bibliographic references, forming an exploratory, qualitative usual. The study reveals the fact that care at home is a current reality in the world, for both investigated the quality of the service, hospital management considerations, what

professionals need to know to enter this line of business, which expenses this service, and their socioeconomic possibility and purpose. With Home Care, ask these professionals to adapt to living with that individual and their family, beliefs, customs and values are often different. In focusing all our creativity, we open has not been permitted access to disabled people than we have in physical, social and cultural environments, transportation, information technology, media, education, justice, public service, employment, sport and recreation, voting and even prayer. The barriers are still present in our country, but still remains the main barrier attitudes, public policies for prevention, recovery, treatment and inclusion of disabled people.

Keywords: home care logistics; hospital management.

*Graduada em administração de agronegócios pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC), pós-graduada em formação de consultores de Negócios (PUC) e mestre em Aquicultura Continental (PUC), com ênfase em gestão.

**Profissional ligado ao campo da saúde, desenvolveu suas pesquisas iniciais nas áreas de cuidados e atendimento em saúde.

***Mestre em Engenharia. Desenvolveu sua carreira em vários órgãos públicos do governo do Equador: Empresa Pública de Transporte- Santo Domingo, Municipio de Guamote . Foi professor convidado do Instituto Superior Tecnológico Aeronáutico, Escuela Superior Politécnica de Chimborazo. Na atualidade é consultor privado e presidente de ITSE S.A.

1. INTRODUÇÃO

O Home Care ou serviço de atendimento domiciliar é indicado para qualquer pessoa que necessite de cuidados domiciliares de saúde, inclusive aqueles que dependam de estrutura hospitalar, desde que estejam em estabilidade clínica que permita que fiquem em segurança no domicílio.

Este serviço é capaz de romper a estrutura convencional, transferindo o atendimento para um ambiente no qual o cliente provavelmente se sinta melhor, que é em sua própria casa, desenvolvendo também um importante papel social.

Esta modalidade de assistência domiciliar no Brasil vem despontando como nova possibilidade de trabalho para os profissionais de saúde tanto no setor público como no privado e por ser uma área pouco explorada, sua prática ainda é deficiente com profissionais não qualificados e as empresas pouco estruturadas para exercer essa nova forma de internação. (RIBEIRO, 2004).

A assistência domiciliar brasileira tem dois grupos distintos de empresas de home care. O primeiro grupo reúne empresas que prestam serviços segmentares, por exemplo, só atendimento de enfermagem ou fisioterapia. O segundo engloba as empresas onde o atendimento é multiprofissional, onde a visão do tratamento do cliente é de forma integral e holística. (FERNANDES et al., 2000).

A tendência é de que o serviço cresça cada vez mais em todo o mundo, já que os custos do atendimento médico hospitalar estão crescendo para patamares difíceis de administrar. Assim, o Home Care também se apresenta como uma ferramenta de gestão para a otimização de uso dos equipamentos hospitalares e de redução de custos.

Além disso, também se justifica a realização deste artigo a escassez de literatura divulgada acerca deste novo e autônomo mercado de trabalho para empreendedores, profissionais e gestores da saúde. Os raros trabalhos existentes e encontrados tratam do tema delimitando-o a patologias ou tipos específicos de pacientes, como idosos, gestantes e pacientes terminais.

2. O ATENDIMENTO DOMICILIAR- LOGISTICA HOME CARE

Em geral a logística Home Care significa atenção à saúde no domicílio. Há vários termos utilizados como sinônimos, como *home health care*, *domiciliary care*, atendimento domiciliar, *nursing care*, cuidados médicos domiciliares, entre outros. No entanto, no Brasil a oferta desses serviços, bem como as atividades realizadas tem significados diferentes.

É uma modalidade que tem se revelado uma opção segura e eficaz, direcionada a pacientes portadores de doenças crônicas ou agudas. Esta adquirindo cada vez mais importância nas distintas organizações, acompanhada por estudos que preveem um aumento de serviços de atendimento domiciliar, assinalando que diferentes setores colocam a internação domiciliar como alternativa promissora. (AMARAL et al., 2001).

A Resolução RDC n. 1, de 26 de janeiro de 2006 da ANVISA. Traz a seguinte definição: Serviços de Atenção Domiciliar nas modalidades de Assistência e Internação Domiciliar, sendo que atenção domiciliar: termo genérico que envolve ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação desenvolvidas em domicílio e assistência domiciliar: conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas desenvolvidas em domicílio.

A Internação domiciliar é relacionada com o cuidado intensivo e multiprofissional no domicílio, caracterizado por deslocamento de uma parte da estrutura hospitalizada para a casa do paciente. (SCHUTZ et al., 2007).

O Home Care é indicado para qualquer pessoa que necessite de cuidados domiciliares de saúde, inclusive aqueles que dependam de estrutura hospitalar, desde que estejam em estabilidade clínica que permita que fiquem em segurança no domicílio. Exemplos: Pacientes acamados, pós-operatório, seções de recuperação pós AVC, trombose necessidade de dieta específicas e integral, encefalopatia demência, transtorno psiquiátrico estável, AIDS, apneia do Sono, CPAP, Suporte ventilatório.

Kerber et al. (2008) explora um pouco mais o conceito de home care, definindo-o como um serviço em que são desenvolvidas ações de saúde no domicílio do cliente por uma equipe Inter profissional, a partir da realidade em que o mesmo esta inserido, visando à promoção, manutenção e/ou restauração da saúde, e desenvolvimento e adaptação de suas funções de maneira a favorecer o restabelecimento de sua autonomia.

De acordo com Falcão (2004), dados não oficiais de 1998 revelaram existir no país cerca de 80 empresas de Home Care. Atualmente, este número já é obsoleto. Mas não é só no setor privado que existe a atenção domiciliar à saúde, no âmbito público existe há muito tempo um movimento significativo para cuidar das famílias através das políticas de saúde, como Estratégia de Saúde da Família do Governo Federal.

Consoante Freita et al. (2007), o movimento do Home Care surgiu nos Estados Unidos e Europa, em torno da Segunda Guerra Mundial. Nos Estados Unidos, enfermeiras se reuniam e passavam a atender e cuidar dos pacientes em casa. Na Europa após vários hospitais terem sido bombardeados, houve a necessidade dos médicos irem até os pacientes. Essa iniciativa foi o primeiro passo no desenvolvimento do serviço da medicina domiciliar.

Amaral et al. (2004) vai além, descrevendo o contexto histórico de atendimento domiciliar desde o século XII a.C., comum médico chamado Imhotep, que terceira dinastia do Egito Antigo atendia o doente tanto no domicílio como em um hospital, sendo responsável pelo atendimento do Faraó nas dependências do palácio.

Na Grécia Antiga, o médico Asclepius, atendia na residência do paciente e seus seguidores atendiam em templos, onde dispunham de medicamentos e materiais especiais para a cura. No século V a.C., Hipócrates descreve em Tratado sobre os ares, as águas e os lugares a eficiência de atende-se no domicílio, pois tal cuidado propiciava um bom êxito, segundo suas observações. (AMARAL, et al., 2004).

No Brasil o primeiro sistema de atendimento domiciliar foi criado no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, em 1967, tendo como objetivo principal reduzir o número de leitos ocupados, englobando nestes atendimentos cuidados de baixa complexidade clínica. (FREITA et al., 1991).

Ressalte-se que não existem dados concretos sobre a data exata do surgimento de empresas de Home Care no país, mas existe uma concordância por parte dos autores sobre o aumento deste serviço nos dias de hoje. As necessidades de medidas alternativas como os programas de internação domiciliar, de visita domiciliar ou de médico de família, reforçam o movimento de desconcentração do atendimento hospitalar. (FREITA et al., 1991).

Cecílio (apud KERBER et al., 2008) defende que somente sair do hospital para o domicílio, sem mudar o processo de trabalho não resolverá a situação, apenas mudará o local de atendimento. O autor leciona, ainda, que o domicílio proporciona potência para os trabalhadores fazerem uma reflexão sobre a concepção saúde-doença, possibilitando reconhecer o paciente em suas múltiplas relações.

Lacerda et al. (2010) aborda a importância da formação e/ou capacitação desses profissionais envolvidos nesta modalidade de trabalho, que tem como pontos fundamentais o cliente, a família, o contexto familiar, o cuidador e a equipe multiprofissional.

Freita et al. (1991) adverte que os profissionais devem ter um perfil especial, no qual amadurecimento, segurança e compromisso contam muito e são qualidades essenciais. Esta equipe multiprofissional é formada por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, além do pessoal de apoio, como motoristas, técnicos administrativos, entre outros.

2.1. CONCEITO DE ATENDIMENTO DOMICILIAR – LOGISTICA HOME CARE

O Home Care é indicado para qualquer pessoa que necessite de cuidados domiciliares de saúde, inclusive aqueles que dependam de estrutura hospitalar, desde que estejam em estabilidade clínica que permita que fiquem em segurança no domicílio. Exemplos: Pacientes acamados, pós-operatório, seções de recuperação pós AVC, trombose necessidade de dieta específicas e integral, encefalopatia demência, transtorno psiquiátrico estável, AIDS, apneia do Sono, CPAP, Suporte ventilatório.

2.2. REGULAMENTAÇÃO DO ATENDIMENTO DOMICILIAR

As constantes mudanças e permanentes movimentações dos planos de saúde, provocadas pela instabilidade econômica de alguns anos, além de gerar muitas dificuldades para os dirigentes e profissionais do setor, também levaram muita insegurança aos titulares do benefício, quanto ao conjunto de direitos (tratamentos, serviços, procedimentos médicos, hospitalares e/ou odontológicos) a que, assim como seus dependentes, fazem jus com a contratação de seguro de saúde, enfim preocupando a todos os que vivem nesse e desse mercado.

Diante dessa situação, o governo criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades das operadoras dos planos de saúde, para que assim se garantisse uma assistente médica digna aos beneficiários. Independente da forma de contratação - individual ou coletiva.

Com a entrada em vigor da Lei nº 9.656/98, o consumidor pode evitar futuras negativas de assistência domiciliar, desde que conste no contrato, obrigatoriamente, de forma clara que este serviço está coberto pelo plano de saúde, assim como acontece com outros benefícios.

Conforme resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, de 26 de janeiro de 2006, foi aprovado o Regulamento Técnico para o funcionamento dos Serviços de Atenção Domiciliar. O objetivo desta resolução é na verdade promover e assegurar o bem estar do paciente, usuário dos serviços de saúde e assistência domiciliar, que são oferecidos pelas operadoras de planos de saúde.

Segundo a Associação Brasileira de Atendimento Domiciliar, oito milhões de brasileiros usam esse tipo de serviço, de consultas a internações em casa. Para a presidente da associação, o atendimento deve melhorar, mas pode ficar mais caro. “No Brasil, tudo o que é regulamentado fica mais caro. No meu ponto de vista não tem que subir preço”, disse a especialista Poliana Pescaroli em entrevista a emissora Rede Globo em no dia 7 de fevereiro de 2006.

2.3. ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO HOSPITALAR

O prosseguimento da humanidade, em especial no que se trata de atualidades na tecnologias, e a apresentação da medicina científica nos finais do século XIX e início do século XX, provocou uma revolução nas organizações hospitalar. O hospital deixa de ser um local frio e desolado onde pobres e doentes eram levados para morrer, e se torna na mais respeitável instituição para o tratamento de doenças, proporcionando qualidades e condições de infra-estrutura e recursos ao profissionais, e nptadamente aos responsáveis profissionais.

Desde então, o hospital começa a aumentar suas circunferências, servindo a toda população, conforme discorre Teixeira (1989, p. 28):

O hospital, o como mecanismo institucional através do qual alcança este objetivo de natureza social, passa a se constituir, na atualidade, no principal estabelecimento de prestação de atenção médica a sociedade moderna, enfocando não apenas na atenção a pacientes de forma individual, mas

também através da abordagem de uma medicina integral, soluções para os problemas de saúde da comunidade.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define o hospital como:

Uma parte integrante da organização médica, cuja a função é proporcionar a população atenção médica completa tanto preventiva como curativa, e cujo o serviço de consultas externas (extra hospitalares) alcance a família em seu lar.

Para Londoño (2003, p. 2):

O hospital poder ser traduzido como: fonte de geração de iniciativas; centro de investigação; oficina expressional para aplicação racional de conhecimentos; Intuição ideal para a formação de recursos humanos para a saúde; protótipo de organização hoteleira; centro industrial para seus fins próprios; Maximo agrupamento científico; empresa gigante de serviços; organização com a máxima responsabilidade moral, social, legal, científica e administrativa.

O hospital atualizado é uma organização aperfeiçoada e complexa. O hospital aciona o avanço constante das informações, de capacidades, da metodologia médica e dos aspectos finais deste procedimento importados pelas acomodações e aparelhamentos. Assim, devido à sua complexidade, em um hospital exige-se a presença de diferentes profissionais que oferecem serviços com alto grau de especialidade que, conseqüentemente, gera grandes divisões de trabalho com habilidades técnicas diversificadas.

Torna-se imperiosa, portanto, a necessidade de coordenação racional de suas atividades e os sistemas administrativos devem estar em continua evolução. O hospital moderno exhibe um conjunto de finalidades: a assistência ao doente, o ensino, a pesquisa. Desempenha, ao mesmo tempo, o papel de hotel, centro de tratamento, laboratório e universidade, onde, além de se aplicar os conhecimentos existentes para a cura dos enfermos, se transmite a experiência passada a novos elementos e se olha o futuro através da experimentação ativa ou da observação passiva, contribuindo para o progresso da ciência.

O hospital é uma composição viva, de alta atividade funcional, com atividades tipicamente de varias formas, que submerge uma gama muito diversificada de exterioridades. Além da atividade de assistência médica/paramédica que se desdobra no hospital, funcionam ali setores que poderiam desenvolver-se solitariamente fora dele, como a hotelaria, farmácia, lavanderia e restaurante, sendo que cada um individualmente já tem a necessidade de uma gestão eficiente. Logo, a gestão de um hospital é um desafio à medida que deve colocar todos estes segmentos em funcionamento simultâneo, harmonioso, eficiente e de maneira econômica viável.

2.4. MARKETING DE SAÚDE

Leiderman et al. (2007) afirma que a aplicação do marketing na área da saúde chegou tardiamente, apenas no final dos anos 70. Segundo o autor, o *marketing* de serviço de saúde foi reconhecido em 1977, ano em que a Associação Americana de Hospitais promoveu sua primeira convocação sobre *marketing*.

O uso do instrumento de *marketing*, na área médico-hospitalar, enfrenta uma grande resistência, principalmente no Brasil, devido a uma concepção reducionista que a confunde com a administração de vendas, divulgação, promoção e publicidade ostensiva e não adequada para relações de assistência e saúde. (BORBA et al., 1989).

Os pontos éticos e a sensibilidade do público, somada com o trabalho da medicina, que envolve questões de enfermidades, torna o tema, *marketing* de saúde, sempre delicado.

No entanto, face às mudanças sociais mais amplas e particularmente ligadas ao setor de saúde, o que antes era considerado antiético, hoje é visto de outra forma e o *marketing* de saúde, sem desrespeitar as regras estabelecidas nos códigos de ética e legislações voltadas para esse setor, passa a ser visto como algo necessário. (BRITO, 2012).

Devido a esses aspectos específicos da saúde é que a utilização dos conceitos de marketing de serviços nesse mercado recobre-se de características próprias, cujas especificidades justificam as tipologias de “marketing da saúde” e “marketing hospitalar”, dentro do conceito mais amplo de *marketing* de serviços. Como consequência, nos últimos anos as organizações de saúde, incluindo as sem fins lucrativos, passaram a acolher de forma mais generalizada os conceitos de *marketing* de serviços, se estruturando e investindo em planejamento e nas ações de *marketing*. (LEIDERMAN et al., 2007).

Conforme Brito (2012), as empresas da área de saúde já entendem que a gestão da marca é tão importante quanto a gestão administrativa, financeira e de pessoas.

2.5. GESTÃO DE CUSTOS

A nova ordem econômica mundial, proporcionando a competição globalizada, o avanço tecnológico, tem provocado mudanças na sociedade moderna.

Os sistemas produtivos (produtos ou serviços), buscam a cada dia melhorar seu desempenho, não só econômico-financeiro, como também de produtividade e de satisfação ao cliente. Um dos meios de se atingir tais objetivos é a utilização das informações de um eficiente sistema de custos, que possa proporcionar aos gestores informações úteis para tomarem decisões. Estas decisões estão geralmente envolvidas com qual tipo de produto ou serviço a entidade colocará à disposição do cliente e o quanto exigirá de sacrifício financeiro.

Os hospitais se enquadram neste contexto, uma vez que são prestadores de serviços que atuam dentro de ambientes competitivos. Requer pessoal qualificado, insumos de qualidade, instalações adequadas e equipamentos com um alto grau de sofisticação tecnológica, para poder prestar serviços adequados relacionados com a saúde. Para tratar do exposto é necessário apresentar referencial teórico que servirá de base para a pesquisa.

Nas palavras de Horngren (1985, p. 47):

Um custo pode ser definido como um sacrifício ou a desistência do uso de recursos para usá-los em determinado fim. Os custos são, em geral, medidos pelas unidades monetárias que têm que ser pagas pelos bens e serviços. Os custos são registrados inicialmente numa forma elementar e depois agrupados de várias maneiras para facilitar diversos tipos de decisão, como, por exemplo, a avaliação de administradores e de subunidades da organização, a expansão ou eliminação de linhas de produtos, a expansão ou eliminação de territórios e a substituição de equipamentos.

No processo de tomada de decisões, os administradores precisam saber o custo dos bens e ou serviços com os quais estão lidando, necessitam identificar os objetivos dos custos, que podem ser definidos como qualquer atividade para a qual se queira ter uma medida separada de custos.

Alguns exemplos de objetivos de custo seriam os departamentos, os produtos, os territórios, quilômetros rodados, tijolos colocados, pacientes visitados, guias de impostos remetidos, cheques processados, horas de ensino e livros disponíveis em bibliotecas.

As organizações hospitalares estão inseridas neste contexto de sacrificar recursos para atingir o seu fim específico, que é tratar da saúde de seus clientes. Quando se coloca à disposição dos pacientes instalações físicas, equipamentos, pessoal, medicamentos, exames laboratoriais, exames para complementação de diagnóstico, alimentos, está se incorrendo em sacrifício de recursos, isto é, consumindo custos.

2.6 VANTAGENS DOS SERVIÇOS HOME CARE PARA O PACIENTE

Abaixo, algumas das vantagens proporcionadas pelos serviços Home Care para o paciente:

- a) recuperar a saúde no menor prazo possível (já foi comprovado que a recuperação, com tratamento na própria casa, é mais eficiente e mais rápida);

- b) receber tratamentos e cuidados com qualidade superior à do hospital;
- c) ser tratado nas acomodações e no conforto do seu lar;
- d) ter maior privacidade poder usar a sua própria roupa, ter maior controle e segurança física;
- e) ter maior dignidade em um ambiente que não alimenta a idéia de enfermidade.
- f) estar em um ambiente de maior socialização;
- g) poder contar com o apoio, atenção e carinho da família;
- h) alimentar-se adequadamente com alimentos preparados em sua casa, sob orientação profissional;
- i) evitar riscos de infecções hospitalares;
- j) o paciente é tratado fora do hospital e em contato com a família. Isso é bom, uma vez que o ambiente hospitalar, para muitos, não é confortável e causa estresse;
- k) o paciente fica menos exposto aos riscos infectológicos existentes no âmbito hospitalar;
- l) melhora a autonomia do paciente;
- m) melhora a "privacidade" do paciente;
- n) diminui o custo do tratamento para o sistema de saúde.

2.8. O PAPEL DA FAMÍLIA

No programa de atendimento domiciliar a família exerce um papel de suma importância. Após receber todas as orientações do grupo de atendimento domiciliar, a família tende a estar ciente de todas as suas funções. (GIACOMIN et al, 2005).

Vejam-se algumas das funções da família no processo de atendimento domiciliar:

- a) a existência de um responsável pelo paciente, inclusive mediante a termo de compromisso, reuniões com equipe multidisciplinar e principalmente como porta voz do bem estar do paciente;
- b) manter o paciente em condições adequadas de higiene;
- c) no caso de não ter enfermagem 24 horas, fica a critério da família a alimentação correta do admitido, sendo essa de acordo com prescrições, obedecendo a quantidade, variedade e os horários, servindo esta também para os líquidos.
- d) as adaptações de ambiente também são de responsabilidade da família, por exemplo, disposição de móveis no ambiente, vestuário, ar condicionado, exposição ao sol.
- e) a marcação de consultas com o médico particular ou exames de especialidades médicas assim como o transporte para as mesmas. Discutível através da assistência social.
- f) o zelo da família pelos materiais deixados pela equipe de Home Care, assim como dos possíveis danos aos equipamentos deixados na casa.
- g) em caso de internação hospitalar ou interrupção da internação domiciliar a família tem até vinte e quatro horas para relatar informação ao corpo do Home Care.

2.9. O PAPEL DO CUIDADOR

O cuidador é a chave de todo o programa de Home Care, é através dele que as dúvidas e as reclamações chegam até a gerência do programa. (FLORIANI; SCHRAMM, 2004).

O mesmo tem acesso a reuniões da equipe multidisciplinar, as prescrições médicas. Sua função é de colocar o paciente sempre à frente. Ele é quem assume os cuidados preventivos, autos cuidados. Este deve estar a par de todo o regulamento do Home Care para que não cometa nenhuma falta, podendo assim perder a autorização de serviço do Home Care.

O cuidador deve ser treinado para evitar desconforto ao paciente, e para saber ponderar o lado amoroso da família com o lado técnico da equipe multidisciplinar. (GIACOMIN et al., 2005).

3. METODOLOGIA DO TRABALHO

O presente artigo traz uma pesquisa que buscou revelar a experiência da implantação de serviços de atendimento domiciliar de atenção à saúde – Home Care em um grande Hospital do Centro-oeste. Tal atendimento é entendido como uma modalidade do serviço de saúde, onde suas atividades são voltadas para o atendimento ao paciente e seus familiares em um ambiente extra-hospitalar, visando promover, manter e/ou restaurar a saúde de forma a preservar a independência do paciente, enquanto as complicações causadas pelas diversas patologias são minimizadas.

Desta forma, este tema foi escolhido por tratar-se de um assunto extremamente interessante, e também por ser uma nova modalidade de assistência que promete ser uma alternativa para a redução dos custos de internações hospitalares, humanizar e qualificar a assistência à saúde do paciente, além de modificar de forma qualitativa e quantitativa o mercado de trabalho para os profissionais da área da saúde.

O referente artigo fundamenta-se em referenciais bibliográficos, formando uma pesquisa exploratória, de caráter qualitativo e estudo de caso, colaborando nas informações conceituais, históricas e relevantes à atuação de toda a equipe multiprofissional e de gestores da saúde no modelo de assistência domiciliar - Home Care.

4. A EXPERIÊNCIA DO CRER- CENTRO DE REABILITAÇÃO E READAPTAÇÃO DR. HENRIQUE SANTILLO NA IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO DOMICILIAR

O CRER- Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo é constituído como Instituição Filantrópica, sem fins lucrativos, e está localizado na cidade de Goiânia, cito Av. Vereador José Monteiro, nº 1655, CEP – 74.653-230, Setor Negrão de Lima.

Tem por objetivo prestar atendimento de excelência a pessoas com limitações funcionais decorrentes de disfunções físicas, cognitivas e auditivas. Disponibiliza à população, atualmente, 27.089 m² de área construída, 133 leitos de internação, 20 leitos de UTI, 8 salas de cirurgia, 7 ginásios de terapia, 4 piscinas de hidroterapia/atividades aquáticas além de serviços de Oficina Ortopédica, Centro de Diagnóstico por Imagem e Laboratório de Anatomopatologia.

Inaugurado em 25/09/2002, o CRER tem se firmado como referência pela responsabilidade, transparência e celeridade com que são conduzidos todos os seus processos administrativos por parte de sua gestora, a Associação Goiana de Integralização e Reabilitação (AGIR).

Entidade de personalidade jurídica de direito privado e fins não econômicos, qualificada como Organização Social (OS), nos termos da Lei Federal 9.637/98 e Lei Estadual 15.503/05, a AGIR reinveste no CRER todo recurso angariado através do contrato de gestão com a Secretaria Estadual de Saúde (SES), ou ainda através de doações recebidas, possibilitando sua manutenção, inovação e ampliação dos serviços prestados à sociedade.

O modelo de reabilitação do Centro descende de uma compilação de diversas experiências bem sucedidas no Brasil associada a influências do modelo Canadense praticado no *Institut de Réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal*, com adaptações à realidade brasileira, levando-se em consideração tanto aspectos econômicos quanto culturais. Em seu cerne, o programa se baseia em três pilares: a abordagem interdisciplinar, o plano de intervenção individualizado e o modelo de interdependência.

A Instituição conta com uma equipe multiprofissional, com características interdisciplinares, composta por Médicos de diversas especialidades, Fisioterapeutas, Terapeutas Ocupacionais, Técnicos em Órteses Próteses, Enfermeiros, Psicólogos, Neuropsicólogos, Fonoaudiólogos, Educadores Físicos, Musicoterapeutas, Arte-terapeutas e Nutricionistas que prestam assistência tanto em nível ambulatorial quanto de internação.

Diariamente são realizados 4,7 mil procedimentos, distribuídos nas clínicas de amputados, deficiência neuromuscular, hanseníase, lesão medular, encefálicas, mielomeningocele, paralisia cerebral, traumatologia e ortopedia.

A unidade é amplamente requisitada por pacientes vindos de todo o território nacional em busca dos procedimentos diferenciados oferecidos via SUS, como a hidroterapia, equoterapia, ressonância com sedação e cirurgia de joelho, que estão entre os procedimentos mais requisitados na unidade.

Atualmente, o CRER tem a Certificação de seu Sistema de Gestão da Qualidade certificado segundo a norma NBR 9001:2008, e está em fase de certificação de Acreditação Hospitalar ONA tipo 1. Recentemente, também, foi certificado como hospital de ensino pelos ministérios da Saúde e da Educação.

4.1. IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO DOMICILIAR

Iniciado em 2014, o Serviço de Atendimento Domiciliar do CRER (Programa CRER em Casa) atualmente atende 25 pacientes, e seu objetivo é atender aos clientes/pacientes, com dificuldades motoras e politraumatizados, grande incapacitados, com intervenções multiprofissionais, em regime de atendimento domiciliar, oriundos das clínicas de Lesão Medular (LM) e/ou Lesões Encefálicas Adquiridas (LEA), que apresentem condições de serem assistidos em domicílio.

O que motivou o CRER a implantar este programa foi justamente a necessidade de assistir a uma demanda crescente de pacientes que necessitam de internação para reabilitação, pois tais internações são de longa permanência.

Sendo assim, o CRER procurou viabilizar uma forma de assistir estes pacientes (com indicação clínica para atendimento domiciliar e conforme as legislações vigentes) e desonerar a fila de espera por leitos de internação para reabilitação e conseqüentemente possibilitar a permanência do paciente no núcleo familiar, prestando serviços de qualidade que primam pela melhora da qualidade de vida do nosso paciente/cliente.

No estudo, procurou-se analisar os aspectos sociais e econômico-financeiros para implantação do programa (conforme é possível analisar ao decorrer do mesmo) decidindo por sua implantação.

Para atender ao público supramencionado é traçado um programa de intervenção multiprofissional em domicílio, a partir da alta hospitalar do CRER ou da indicação pelas equipes na Avaliação Global, quando serão analisadas e indicadas as condutas mais adequadas a cada caso, focando nos seguintes objetivos:

- Prezar pela Qualidade de Vida do Paciente, mantendo o paciente no seio familiar mesmo necessitando de alguma assistência à saúde;
- Diminuir o tempo de internação hospitalar para pacientes com indicação clínica de assistência domiciliar;
- Diminuir o impacto da internação hospitalar para pessoas idosas;
- Diminuir as complicações oriundas do processo de internação;
- Oferecer atendimento de qualidade;
- Reduzir custos da Internação Hospitalar.

Para isso, O CRER instituiu contratos de reabilitação (termo de compromisso) com pacientes e/ou familiares, e implantou normativa que é seguida de forma criteriosa para elegibilidade do paciente, como se observa na próxima seção.

4.2. A IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO LOGÍSTICO DE ATENDIMENTO DOMICILIAR – PROGRAMA CRER EM CASA

Serão indicados para o programa pacientes que possuam condições de acompanhamento clínico em nível domiciliar com impedimentos para participarem do programa regular de internação para reabilitação.

Normativas de Assistência do Programa CRER em Casa:

- a) Os encaminhamentos serão feitos pela Reunião Clínica de Alta da Internação ou pelas Avaliações Globais de LEA e LM;
- b) Os pacientes e familiares candidatos a serem incluídos no programa devem, após serem totalmente orientados quanto as regras de participação, assinarem o Termo de Compromisso;

- c) O tipo de atendimento proposto não poderá comprometer a atividade principal da Instituição que é à atenção em reabilitação e readaptação do grande incapacitado, com sequelas neurológicas;
- d) Serão oferecidos atendimentos domiciliares ao paciente grande incapacitado, sob o enfoque do Técnico em Enfermagem, em regime que pode abranger 24:00 horas (pacientes que necessitem de administração endovenosa de antibióticos de horário), e sob o ponto de vista da equipe Multiprofissional em dias e horários pré-fixados, de segunda a sábado.
- e) A proposta para as pessoas em uso de antibioticoterapia é que o Técnico em Enfermagem vá à casa do paciente ministrar à pessoa a dose unitária do medicamento a cada horário de uso previsto;

4.3. ESTIMATIVA DE CUSTO CRER – CRER EM CASA

EMAD - Tipo 1 - Custo com Pessoal	R\$	38.485,39
EMAD - Tipo 2 - Custo com Pessoal	R\$	31.629,18
EMAP - Custo com Pessoal	R\$	14.810,37
Apolo administrativo das equipes	R\$	3.886,58
Subtotal (I)	R\$	88.811,52
Custo estimado mensal de Insumos para 25 pacientes	R\$	66.782,25
Custo estimado mensal de transporte próprio para as equipes	R\$	14.000,00
Subtotal (II)	R\$	80.782,25
Total custo estimado mensal p/ 03 equipes + Insumos p/ 25 pacientes	R\$	169.593,77
Receita mensal das equipes	R\$	186.000,00
Diferença de Receita - Custo	R\$	(163.593,77)
Resultado Acumulado Ano	R\$	(763.125,24)
Capacidade de atendimento		25
Média de Permanência na Internação Domiciliar		30
CUSTO MENSAL POR PACIENTE	R\$	6.783,75
CUSTO DIÁRIO POR PACIENTE	R\$	226,13

Tabela 1 - Quadro Geral - Estimativa Total de Custos Mensais / Capacidade operativa - Fonte: CRER - Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo.

EMAD - Tipo 1 - Custo com Pessoal					
Item	Profissional	CHS	Qtde	Custo Unitário	Custo Total
1	Médico (s)	40h	1	R\$ 20.358,66	R\$ 20.358,66
2	Enfermeiro (s)	40h	1	R\$ 6.543,65	R\$ 6.543,65
3	Fisioterapeuta e/ou Assistente Social	30h	1	R\$ 4.936,79	R\$ 4.936,79
4	Tec. Enfermagem (40h)	120h	3	R\$ 2.215,43	R\$ 6.646,29
SubTotal (I)					R\$ 38.485,39

Tabela 2 - Custo com pessoal técnico mensal (EMAD TIPO 1) - Fonte: CRER - Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo.

EMAD Tipo 2 - Custo com Pessoal Mensal					
Item	Profissional	CHS	Qtde	Custo Unitário	Custo Total
1	Médico (s)	40h	1	R\$ 10.179,33	R\$ 10.179,33
2	Enfermeiro (s)	40h	1	R\$ 4.907,73	R\$ 4.907,73
3	Assistente Social	30h	1	R\$ 4.936,79	R\$ 4.936,79
4	Fisioterapeuta e/ou Terapeuta Ocupacional	30h	1	R\$ 4.959,05	R\$ 4.959,05
5	Tec. Enfermagem (40h)	120h	3	R\$ 2.215,43	R\$ 6.646,28
SubTotal (II)					R\$ 31.629,18

Tabela 3 - Custo com pessoal técnico mensal (EMAD TIPO 2) - Fonte: CRER - Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo.

EMAP - Custo com Pessoal					
Item	Profissional	CHS	Qtde	Custo Unitário	Custo Total
1	Assistente Social	30h	1	R\$ 4.986,79	R\$ 4.986,79
2	Psicólogo	30h	1	R\$ 4.986,79	R\$ 4.986,79
3	Terapeuta Ocupacional	30h	1	R\$ 4.986,79	R\$ 4.986,79
SubTotal (I)					R\$ 14.960,37

Tabela 4- Custo com pessoal técnico mensal (EMAP) - Fonte: CRER - Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo.

Apoio administrativo - Pessoal					
Item	Profissional	CHS	Qtde	Custo Unitário	Custo Total
1	Auxiliar Administrativo	12X36	2	R\$ 1.943,29	R\$ 3.886,58
SubTotal (III)					R\$ 3.886,58

Tabela 5- Custo com pessoal administrativo mensal - Fonte: CRER - Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo.

Custos Mensal de Materiais e Insumos		
Descrição	Custo Unitário	Custo Total
Custo estimado mensal de insumos por paciente	R\$ 2.671,29	R\$ 66.782,25
Custo estimado mensal de transporte próprio por paciente	R\$ 509,00	R\$ 14.899,00
Total geral do custo estimado mensal para as 83 equipes + insumos para 25 pacientes		R\$ 116.298,01

Tabela 6- Custo mensal com pessoal Administrativo- Fonte: CRER - Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo.

Síntese de Resultados- CRER em Casa (Home Care) - SUS	
Receita mensal	R\$ 186.899,00
Custo Médio Total	R\$ 123.593,77
Diferença de Receita - Custo	R\$ (63.593,77)

Tabela 7- Síntese de Resultados CRER em Casa (Home Care) - SUS. Fonte: CRER - Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo.

Faturamento médio de Internação Hospitalar - SUS	
Número de leitos de reabilitação	66
Média de Permanência na Internação (em dias)	25
Faturamento médio leito / dia de reabilitação	R\$ 29,07
Faturamento médio mensal por leito	R\$ 726,84
Faturamento médio mensal total de internação hospitalar	R\$ 47.971,47
Projeção mensal de faturamento para 25 pacientes	R\$ 17.444,17

Tabela 8- Faturamento Médio de Internação Hospitalar - SUS . Fonte: CRER - Centro de Reabilitação e Readaptação.

Custo médio de Internação Hospitalar de Reabilitação - SUS	
<i>Custo médio do leito/dia de reabilitação *</i>	<i>R\$ 664,61</i>
<i>Custo médio mensal de um leito de reabilitação *</i>	<i>R\$ 19.938,30</i>
<i>Projeção mensal para 25 pacientes</i>	<i>R\$ 498.457,50</i>

Tabela 9- Custo Médio de Internação Hospitalar - SUS . Fonte: CRER - Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo.

Síntese de Resultados - Internação Hospitalar de Reabilitação - SUS		
Projeção mensal de Receitas para 25 pacientes	R\$	17.444,17
Projeção mensal de custos para 25 pacientes	R\$	498.457,59
Diferença de Receita - Custo	R\$	(481.013,33)

Tabela 10- Síntese de Resultados: CIER em Casa (Home Care) - SUS. Fonte: CIER - Centro de Reabilitação e Readaptação Dr.

Henrique Santillo.

Notas:

1 - Custo com pessoal refere-se o salário + provisões de 13ª e 1/3 de férias + FGTS + Pis sobre folha;

2 - O quadro de pessoal está de acordo com o Portaria do Ministério da Saúde para o SUS, com exceção do Agente Administrativo;

3 - Os insumos tratam-se de medicamento, material hospitalar, oxigênio e etc;

4 - O custo estimado com transporte própria, foi considerado 02 veículo com todos os custos proporcionalizados + 04 motoristas de 12X36, entretanto deverá ser avaliado a frota atual com o serviço a ser implantada.

5 - Foi projetado o atendimento para 25 pacientes/mês para o referido serviço.

5. ANÁLISE DA PESQUISA

Fica evidenciado pelos dados colhidos e aqui exibidos que a tendência do mercado em direcionar-se para a Assistência Domiciliar à Saúde é muito forte e promete um campo amplo de trabalho para os profissionais de saúde. Para o sistema atual de saúde é uma solução de baixo custo e com resultados surpreendentes, que estejam enfocados em sistemas públicos ou privados de assistência.

A família também foi evidenciada, sendo a base, a raiz da estrutura social do indivíduo. É nela que a pessoa doente encontra seu habitat natural, podendo ser ela mesma, sem máscaras ou cobranças. Qualquer que seja a necessidade do paciente, a ação da família pode abranger cuidados de higiene e lazer, além do suporte emocional, garantindo uma recuperação mais rápida.

Notamos então que a Assistência Domiciliar também cumpre um papel social, uma vez que auxilia e orienta a família, visando a reinserção do paciente no convívio familiar e social.

Atualmente os hospitais, independentemente de suas fontes de recursos, no caso do Sistema Único de Saúde (SUS) em sua maioria insuficiente, e por motivos comerciais e de demanda, cresceram e foram obrigados a absorver os valores da alta tecnologia nos últimos tempos, encarecendo internações e demais serviços médicos hospitalares, aumentando os custos e, portanto os passivos destes estabelecimentos. Tal cenário inevitavelmente impõe ao "hospital empresa" a utilizar recursos e ferramentas de gestão inovadoras e a quebrar paradigmas buscando viabilizar o atendimento ao paciente.

A experiência da implantação do serviço de atendimento domiciliar pelo CIER, conforme podemos notar, reduziu substancialmente os custos da Instituição com a internação hospitalar, o custo médio de uma internação hospitalar pode ser superior a 65,98% se comparado com o custo médio de uma internação domiciliar.

Os dados também refletem que, estimadamente tal serviço provocará uma economia de 5 milhões de reais /ano. Vale também destacar que 52% dos custos dos serviços de Home Care são custos de pessoal e 40% são custos com insumos, o que obriga a instituição a otimizar suas operações e procurar alternativas de redução de custos de tal serviço.

A internação domiciliar traz inúmeros benefícios ao paciente e sua família, pois torna o atendimento mais humanizado, proporciona maior comodidade e conforto, melhora a qualidade de vida do paciente, diminui o índice de infecção e número de reinternação.

De tal modo podemos entender que a assistência domiciliar vem desenvolvendo a cada ano e se firmando como modalidade de saúde essencial para o serviço hospitalar por gerar maior rotatividade de leitos, redução de custos e especialmente, a humanização do paciente, fazendo da doença um vínculo família paciente profissional da saúde.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O artigo apresentado explicitou a realidade do atendimento domiciliar, sua história, diversos conceitos, sua viabilidade, aplicabilidade e a importância da qualidade neste serviço. Vimos todos os

fundamentos da equipe de profissionais de saúde que são peças primordiais, são eles que fazem a diferença para um bom atendimento, encontrando para eles mesmos um novo conceito na produção do cuidado para pessoas com necessidades especiais.

Ao mesmo tempo, percebemos a importância da inclusão dos conceitos de gestão no ambiente Hospitalar, e o quanto diversas áreas da administração estão subentendidas nos atos de saúde, permitindo a implantação de tais serviços de forma coerente, cobrindo a sua sustentabilidade socioeconômica.

Considero que, conforme retratado na experiência CRER, é possível prestar uma assistência atendendo todas as necessidades dos pacientes com redução significativa de custos, dos riscos próprios do ambiente hospitalar e do tempo de recuperação e auxiliando no processo de desconcentração do atendimento médico hospitalar pilar do atual modelo assistencial em saúde.

No caso em tela, O CRER, não conseguiu gerar dividendos e/ou lucro, mas conseguiu reduzir os custos, aperfeiçoar sua capacidade instalada e reforçar sua marca junto à comunidade, devido alcance social do programa.

No entanto, há casos em que o home care custa mais caro do que uma internação convencional. Dessa forma, é preciso avaliar cada caso, embora muitas vezes o atendimento domiciliar provoque uma melhora em pacientes que demandam um nível de atenção maior..

Sendo assim constato que a modalidade de Assistência Domiciliar “home care” é uma grande ferramenta estratégica para os estabelecimentos hospitalares e ao mesmo tempo, para quem quer investir, é uma boa oportunidade de mercado e também de trabalho para os profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

AMARAL, J. J. F. Como fazer uma pesquisa bibliográfica. **Acta Paul Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 213-219, 2004.

AMARAL, N. et al. Assistência domiciliar à saúde (home care): sua história e sua relevância para o sistema de saúde atual. **Revista de Neurociências**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 111-117, 2001.

FALCÃO, H. A. **Home Care**: uma alternativa ao atendimento da Saúde. Rio de Janeiro: UFRJ, 2004.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Atenção domiciliar na saúde suplementar**: dispositivo da reestruturação produtiva. Rio de Janeiro: UFRJ, 2008.

FREITA, A.; DOMINGUES, M. M.; ZARVOS, C. J. **Home Care**: o médico em casa. São Paulo: CUAM, 2005.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1991.

HORNGREN, C. T. **Introdução à contabilidade de gerencial**. 5. ed. Rio de Janeiro: Prentice/Hall do Brasil, 1985.

KERBER, N. P. C.; KIRCHHOF, A. L. C.; CEZAR-VAZ, M. R. Considerações sobre a atenção domiciliária e suas aproximações com o mundo do trabalho na saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, mar. 2008.

MALAGÓN-LONDONO, G.; MOREIRA, R. G.; LAVERDE, G. P. **Administração hospitalar**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003, p. 56.

PEL, T. C. **Atenção à saúde no domicílio**: modalidades que fundamentam a prática. Paraná: UFP, 2006.

PUCCINI, P. T.; CECÍLIO, L. C. O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1342-1353, 2004.

SCHUTZ, V.; LEITE, J. L.; FIGUEIREDO, N. M. A. **Como administrar cuidados domiciliares: o custo e o preço do preparo e do trabalho da enfermagem uma experiência**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2007.

TEIXEIRA, J. M. C. Sistemas médicos, técnicos e administrativos do hospital moderno: sua orientação. In: GONÇALVES, E. L. **O hospital e a visão administrativa contemporânea**. 2. ed. São Paulo: Pioneira, 1989.