

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA ADMINISTRAÇÃO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Claudia da Silva Thomaz

ANÁLISE DE CUSTO DE PACIENTES EM TRATAMENTO DE
ANTIBIOTICOTERAPIA NO DOMICÍLIO

INDAIAL

2021

CLAUDIA DA SILVA THOMAZ



Documento assinado digitalmente

Claudia da Silva Thomaz

Data: 15/07/2021 20:17:32-0300

CPF: 071.163.689-30

Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

ANÁLISE DE CUSTO DE PACIENTES EM TRATAMENTO DE ANTIBIOTICOTERAPIA NO DOMICÍLIO.

Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Administração Pública do Centro Sócio-Econômico da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para a obtenção do grau de Bacharel em Administração Pública.

Área de concentração: Gestão da Saúde Orientador: Prof. Luiz Claudio Ribeiro Machado, MSc.

**INDAIAL
2021**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Thomaz, Claudia da Silva

Análise de custo de pacientes em tratamento de
antibioticoterapia no domicílio / Claudia da Silva
Thomaz ; orientador, Luiz Claudio Ribeiro Machado,
2021.

69 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro
Sócioeconômico, Graduação em Administração
Pública, Florianópolis (Polo Indaial), 2021.

Inclui referências.

1. Administração. 2. desospitalização precoce, custo do
tratamento, Serviço de Atenção Domiciliar. I. Machado, Luiz
Claudio Ribeiro. II. Universidade Federal de Santa
Catarina. Graduação em Administração Pública. III. Título.

Claudia da Silva Thomaz

**ANÁLISE DE CUSTO DE PACIENTES EM TRATAMENTO DE
ANTIBIOTICOTERAPIA NO DOMICÍLIO**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do Título de Bacharel em Administração Pública e aprovado em sua forma final pelo Departamento de Ciências da Administração da Universidade Federal de Santa Catarina.

Indaial, 13 de julho de 2021.

Examinadores:



Prof. LUIZ CLAUDIO RIBEIRO MACHADO
Universidade Federal Rural de Pernambuco



Parecerista ALEXSANDRO BEZERRA CORREIA BILAR
Universidade Federal Rural de Pernambuco

“Não tente ser uma pessoa de sucesso. Em vez disso, seja uma pessoa de valor”
(Albert Einstein)

RESUMO

O presente trabalho vem analisar o processo de desospitalização promovido pelo Serviço de Atenção Domiciliar de Blumenau, e desvendar se este acarreta em uma real otimização de custo e leitos no tratamento de pacientes em uso de antibioticoterapia para o SUS. A pesquisa tem como objetivo analisar o impacto financeiro do processo de desospitalização precoce realizado pelo SAD nas entidades hospitalares, Hospital Santo Antônio e Hospital Santa Izabel, localizados na cidade de Blumenau/SC, em relação a antibioticoterapia. Para tanto, primeiramente, foi identificada a amostra do estudo, os pacientes que foram submetidos a esse processo de desospitalização precoce para término do tratamento com antibioticoterapia no domicílio no ano de 2019. Este estudo se caracteriza como quantitativo porque utilizou as informações repassadas pelos hospitais, pelo SAD e pelo Serviço de Controle e Avaliação do município para cruzar os dados obtidos. A obtenção de dados é secundária, utilizando informações do prontuário médico dos pacientes, assim como de tabelas encaminhadas pelos hospitais e informações colhidas junto ao setor de controle e avaliação da prefeitura de Blumenau, bem como indicadores extraídos da plataforma CNES. O medo de obtenção dos resultados foi quantitativo, sendo apresentados em gráficos e tabelas com o intuito de promover a análise gerencial do estudo. Esta pesquisa tem a natureza aplicada porque utiliza teoria consolidada como cadernos do ministério da saúde, síntese histórica, documentação bibliográfica e métodos estatísticos, buscando produzir conhecimento a respeito desse assunto. A pesquisa demonstrou que a desospitalização precoce promove a otimização de leitos assim como a redução dos custos hospitalares, entretanto o mesmo não ocorre com os gastos públicos, porque os custos com o Serviço de Atenção Domiciliar também são financiados pelo SUS. Fica evidente que a dificuldade que os hospitais têm em custear o tratamento de seus pacientes está mais relacionado ao desconhecimento dos gestores a respeito dos reais custos dos procedimentos que realizam do que ao sub-financiamento deste. Os dados evidenciaram que o Serviço de Atenção Domiciliar promove a otimização de custos e leitos tanto para os hospitais, quanto para a rede pública de saúde e acima de tudo proporciona a integralidade do cuidado, alavancando um atendimento mais humanizado e centrado no paciente.

Palavras-chave: Hospital. SAD. Desospitalização. Custo. Leito.

ABSTRACT

The present work analyzes the de-hospitalization process promoted by the Home Care Service of Blumenau, and unravels if this leads to a real cost and bed optimization in the treatment of patients using antibiotic therapy for the SUS. The research aims to analyze the financial impact of the early dehospitalization process carried out by SAD in hospital entities, Hospital Santo Antônio and Hospital Santa Izabel, located in the city of Blumenau/SC, in relation to antibiotic therapy. For this, first, the study sample was identified, the patients who underwent this process of early dehospitalization to end treatment with antibiotic therapy at home in 2019. This study is characterized as quantitative because it used the information provided by the hospitals, by SAD and by the Control and Evaluation Service of the municipality to cross-reference the obtained data. Data collection is secondary, using information from the patients' medical records, as well as from tables sent by the hospitals and information collected from the control and evaluation sector of the city hall of Blumenau, as well as indicators extracted from the CNES platform. The fear of obtaining the results was quantitative, being presented in graphs and tables in order to promote the study's managerial analysis. This research has an applied nature because it uses consolidated theory such as health ministry notebooks, historical synthesis, bibliographical documentation and statistical methods, seeking to produce knowledge about this subject. The research showed that early dehospitalization promotes the optimization of beds as well as the reduction of hospital costs, however the same does not occur with public spending, because the costs of the Home Care Service are also financed by the SUS. It is evident that the difficulty that hospitals have to pay for the treatment of their patients is more related to the lack of knowledge of managers about the real costs of the procedures they perform than to the underfunding of this. The data showed that the Home Care Service promotes the optimization of costs and beds for both hospitals and the public health network and, above all, provides comprehensive care, leveraging a more humanized and patient-centered care.

Keywords: Hospital. SAD. Dehospitalization. Cost. Bed.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Bairros de Blumenau.....	36
FIGURA 2 – Pacientes distribuídos por bairro	56

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 (Mil corresponde a milhares de R\$) – Custo da internação hospitalar	45
GRÁFICO 2 – Custo tratamento no domicílio.....	47
GRÁFICO 3 – Economia com a desospitalização.....	48
GRÁFICO 4 – Custo médio das internações SUS HSA.....	50
GRÁFICO 5 - Custo médio das internações SUS HSI.....	50
GRÁFICO 6 – Custo médio anual das internações SUS.....	51
GRÁFICO 7 – Custo SAD.....	53
GRÁFICO 8 – Idade dos pacientes.....	54
GRÁFICO 9 – Média de permanência em internação SUS, por especialidade	55

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Tipos de vinculação com o SUS.....	22
QUADRO 2 - Pontos aferidos conforme a classificação do porte hospitalar	25
QUADRO 3 – Diária enfermagem/quarto.....	31
QUADRO 4 – Diária UTI.....	32

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Valor médio anual por AIH	24
TABELA 2 - Valor de repasse da secretaria de estado de SC conforme o porte da instituição	25
TABELA 3 - Número de leitos por setor no HSA	39
TABELA 4 - Número de leitos por setor no HSI.....	41
TABELA 5 – Média de permanência.....	58
TABELA 6 – Média de permanência SUS.....	58

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
	TEMA E PROBLEMA DE PESQUISA.....	14
	OBJETIVOS	14
	Objetivo Geral.....	14
	Objetivos Específicos.....	14
	JUSTIFICATIVA	15
	ESTRUTURA DO TRABALHO.....	15
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	17
	PROGRAMA MELHOR EM CASA	17
	REDE HOSPITALAR E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....	20
	CENTRO DE CUSTO HOSPITALAR	26
3	METODOLOGIA DA PESQUISA	34
	CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA	34
	Descrição do objeto do estudo	35
	Serviço de atenção domiciliar de Blumenau.....	35
	Hospital Santo Antônio (HSA)	38
	Hospital Santa Isabel (HSI).....	40
	CLASSIFICAÇÃO DA PESQUISA	41
	DELIMITAÇÃO DO UNIVERSO DA PESQUISA.....	42
	TÉCNICA DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS	42
	LIMITAÇÕES DA PESQUISA.....	44
4	RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS DA PESQUISA.....	45
5	CONCLUSÃO.....	60
	REFERÊNCIAS	62
	ANEXO I.....	68

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho vem analisar a real otimização dos custos gerada pela desospitalização precoce ministrada pelo Serviço de Atenção Domiciliar, doravante denominado apenas pela sigla “SAD”, serviço instituído pela Portaria nº.2.527/2011 através do Ministério da Saúde. A criação do SAD ocorreu por meio do programa Melhor em Casa com a proposta de fornecer atendimento humanizado para pacientes em internação domiciliar. Sua finalidade é a otimização dos custos através da desospitalização precoce, tendo como intuito a liberação de leitos hospitalares e o fornecimento da continuidade do tratamento ao paciente no conforto de seu lar, diminuindo assim as reinternações e conseqüentemente, o custo do paciente para o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011b).

Analisando o SAD de Blumenau desde 2011, ano de seu surgimento, é possível constatar a necessidade de uma reestruturação administrativa através da reformulação do processo de trabalho. É perceptível a carência de dados relativos à desospitalização,

, particularmente no que tange aos pacientes submetidos à desospitalização precoce para término do tratamento no domicílio. Uma das preocupações nesse processo diz respeito ao custo desses pacientes submetidos ao tratamento de infecções com antibiótico (antibioticoterapia) em internação domiciliar.

Por ser um serviço relativamente novo, o SAD carece ainda de estudos sistematizados, seja na perspectiva clínico assistencial, como na dimensão dos custos dos recursos envolvidos nesse processo e, entre eles, o da antibioticoterapia. Melo, Verdi e Silva (2017, p.21) colocam que “a implantação e a sistematização dos processos de avaliação e a possibilidade de comparar os resultados, conforme critérios e indicadores predefinidos, são recentes e pouco frequentes como ação sistematizada na RAS-SUS” (RAS – Rede de Atenção à Saúde).

A necessidade dessa pesquisa surge devido à escassez de indicadores que evidenciem a real eficácia do processo de desospitalização precoce, e o que isso de fato acarreta na otimização dos recursos financeiros e de leitos hospitalares decorrentes desse método. A criação de indicadores que evidenciem a real eficácia desse processo de alta precoce e o que isso de fato acarreta na otimização dos recursos financeiros e de leitos hospitalares é de suma importância. Conforme descrito no Caderno de Atenção Domiciliar Volume 1 elaborado pelo Ministério da Saúde, a fixação de critérios e a construção de instrumentos de acompanhamento, avaliação de resultados, metas e indicadores além de melhorar o nível de resposta efetiva à saúde da população, proporciona o alcance de eficiência gestora no uso de recursos escassos (BRASIL, 2012).

Ao final desse relatório, será possível mensurar, após a devida análise dos dados que atualmente são tratados, aparentemente, de forma meramente subjetiva, o real custo/benefício da antibioticoterapia no SAD, adotando uma abordagem mais profissional através de um olhar gerencial.

TEMA E PROBLEMA DE PESQUISA

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) de Blumenau desconhece alguns indicadores referentes às atividades desenvolvidas na instituição, entre eles a desospitalização. Este estudo vem analisar a questão do processo de desospitalização promovida pelo Serviço de Atenção Domiciliar de Blumenau, e descobrir se este método acarreta em uma real otimização de custo e leitos no tratamento de pacientes em uso de antibioticoterapia para o SUS ?

OBJETIVOS

A seguir delimitam-se os objetivos deste estudo.

Objetivo Geral

O objetivo geral deste estudo é analisar o impacto financeiro para o SUS, do processo de desospitalização precoce realizado pelo SAD nas entidades hospitalares filantrópicas, Hospital Santo Antônio e Hospital Santa Izabel, localizados na cidade de Blumenau/SC em relação à antibioticoterapia.

Objetivos Específicos

Para alcançar o objetivo geral, foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

- a) Descrever o processo de desospitalização precoce do SAD na cidade de Blumenau/SC;
- b) Especificar os critérios e indicadores utilizados para a análise do custo do paciente em tratamento com antibioticoterapia cadastrado no SAD de Blumenau/SC;
- c) Estimar os custos de pacientes em tratamento com antibioticoterapia cadastrados no SAD e relacioná-los à taxa de desocupação de leitos alcançada através da desospitalização precoce realizada pelo SAD de Blumenau.

JUSTIFICATIVA

Conforme a obra publicada pelo Programa Melhor em Casa através do Ministério da Saúde as informações são essenciais para os gestores públicos em todas as esferas na tomada de decisão, na avaliação da efetividade e do impacto da política e na prestação de contas à sociedade (BRASIL, 2016a)

Foi optado por este tema, porque ao analisar o banco de dados do SAD Blumenau observou-se a inexistência de dados que demonstram o número de atendimentos realizados a pacientes vindos de internação hospitalar. Para tanto, esta pesquisa pretende exibir qual é o impacto desse processo na disponibilização de leitos SUS na cidade de Blumenau, assim como na redução do custo de tratamento para a rede pública de saúde.

Os benefícios advindos com este estudo são os de, fornecer dados à coordenação do SAD, de maneira a gerar subsídio na tomada de decisão e na implantação de mudanças institucionais, tendo em vista que a produção, a sistematização e a análise das informações são procedimentos fundamentais para se avaliar o processo de trabalho (BRASIL, 2016a). Avaliar se este programa do Ministério da Saúde está conseguindo atingir as metas de trabalho, entre elas gerar economia para os cofres públicos e proporcionar maior rotatividade de leitos nas instituições hospitalares. Demonstrar aos hospitais os benefícios advindos do processo de desospitalização precoce, de modo a estimular e ampliar este processo.

ESTRUTURA DO TRABALHO

Trata-se de estudo descritivo quantitativo, de caráter retrospectivo utilizando amostra não probabilística intencional, desenvolvido junto ao Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) do município de Blumenau. Adota uma extração de dados secundários, pois os dados serão coletados através de levantamento documental do prontuário e da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) dos pacientes, encaminhados pelo Hospital Santo Antônio (HSA) e Hospital Santa Isabel (HSI), para continuidade do tratamento com antibioticoterapia no domicílio, no período de (janeiro/2019 a dezembro/2019). E tem sua natureza de classificação como aplicada.

Sua finalidade é básica, uma vez que busca aprofundar o conhecimento a respeito da desospitalização precoce. Segundo Zanella (2013, p.32) “a pesquisa teórica procura melhorar o próprio conhecimento”.

Quanto ao objetivo, sustenta-se em livros e manuais do Ministério da Saúde, síntese histórica e dados governamentais. Validando a pesquisa como descritiva, uma vez que esta “procura conhecer a realidade estudada, suas características e seus problemas” (ZANELLA,

2013, p. 34).

A abordagem se caracteriza como quantitativa, segundo Zanella (2013), este tipo de pesquisa se utiliza de métodos estatísticos para coletar e medir os resultados obtidos. Os dados coletados nesse estudo foram armazenados em planilha do Excel 2016, após foram analisados e tratados na ferramenta Power BI.

No presente estudo, alguns aspectos apresentaram limitações como o levantamento dos insumos gastos na preparação do antibiótico com seu real custo, que será demonstrado apenas como aproximado devido à falta de padronização na preparação e realização do procedimento.

Os repasses efetuados pelo governo Federal e Estadual ao hospital Santo Antônio e Santa Isabel não serão demonstrados por dotação específica e sim através de bloco de repasse, devido à dificuldade em se obter essa informação individualizada. Foram excluídos os encaminhamentos de pacientes que utilizaram antibiótico fornecido e custeado pela rede de atenção básica e os que apresentavam inconsistência de dados.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Como fundamentos para essa pesquisa serão explanados alguns temas-chave que compõem os pilares deste estudo, demonstrando como se constituem as redes de atenção à saúde. A coleção para entender a gestão do SUS elaborada pelo Ministério da Saúde de 2011 informa que, além da simples criação e funcionamento de um serviço de saúde é preciso que ocorra o planejamento e gerenciamento de informações que orientem os gestores sobre a real necessidade da saúde da população (TANCREDI; BARRIOSS; FERREIRA *apud* BRASIL, 2011a).

Nesse primeiro tópico está descrito como ocorreu a evolução do tratamento no domicílio até o surgimento do Programa Melhor em Casa. Explicar-se-á o que levou os órgãos governamentais a aderirem a uma política de descentralização do tratamento hospitalar e a legislação que fornece embasamento a esse tipo de atendimento.

PROGRAMA MELHOR EM CASA

O Caderno de Atenção Domiciliar elaborado pelo MS descreve que em tempos passados o processo de adoecimento era vivenciado no domicílio, fazendo parte da dinâmica das famílias e envolvia todos os habitantes do lar (BENJAMIM, 1993 *apud* BRASIL, 2012). Com o surgimento dos hospitais e de tecnologias revolucionárias para tratamento de agravos de saúde, o processo de cura das enfermidades foi aos poucos centralizado nas instituições hospitalares. “A consequência desse modelo de atenção, o chamado modelo médico hegemônico liberal ou modelo da medicina científica” (SILVA *apud* BRASIL, 2012, p.9), ocasionou a elevação dos custos das internações devido a incorporação excessiva de tecnologias com uma contrapartida ineficiente de resultados (BRASIL, 2012).

A expectativa de vida da população brasileira vem aumentando a cada década, passando de 45,5 em 1940 para 76,3 em 2018 (IBGE, 2019). Acompanhando esse avanço do envelhecimento, as doenças crônico-degenerativas assim como outros agravos incapacitantes vêm subindo, atingindo 75,5% dos idosos, sendo 69,3% entre os homens e 80,2% entre as mulheres (VERAS; PARAHYBA, 2007), aumentando também o número de pessoas que necessitam de cuidados continuados e mais intensivos.

No entanto, com a predominância da cultura de tratamento centralizado no âmbito hospitalar, a tendência é o prolongamento da vida e do sofrimento (NOGUEIRA, 2003), pois “a institucionalização dessas pessoas gera hospitalizações, por vezes, desnecessárias

provocando a ocupação de leitos hospitalares de forma dispensável” (BRASIL, 2012, p.9).

O Caderno de Atenção Domiciliar elabora pelo Ministério da Saúde, realiza uma explanação sobre o modelo de atenção à saúde predominante no Brasil e constata que ainda é centrado no hospital e na ciência curativa, de forma a fragmentar o cuidado tornando-o mecânico. Porém essa abordagem vem sofrendo mudanças (BRASIL, 2012) com a crise do modelo médico hegemônico liberal e de novas necessidades decorrentes do envelhecimento populacional e da transição epidemiológica, as “demandas por melhor qualidade da atenção, por cuidados integrais e contínuos têm fortalecido práticas anti-hegemônicas e na formulação de novas estratégias e mecanismos para o cuidado em saúde” (SILVA et al., 2010, p 167).

Desta forma, a atenção domiciliar se transforma em uma alternativa ao cuidado hospitalar, criando a possibilidade do cuidado no âmbito do lar, resgatando a visão do domicílio como espaço de produção de cuidado (MEHRY; FEUERWERKER, 2008). O uso do domicílio como espaço de atenção foi retomado em 1947 como alternativa para racionalizar a utilização dos leitos hospitalares, reduzir os custos da assistência e estabelecer uma lógica de cuidado embasada na humanização, em uma tentativa de superar a crise do modelo de atenção hospitalar. A partir de então, as experiências desse tipo multiplicaram-se na América do Norte e Europa (REHEM; TRAD, 2005).

No Brasil, as experiências em atenção domiciliar, nessa época, foram mais sucintas, pois o interesse em abarcar esse tipo de iniciativa partiu dos municípios, hospitais, ou operadoras de saúde. Estes não contavam com políticas de incentivo ou regulamentação de financiamento por parte da União, expandindo-se no país com maior força somente a partir da década de 90 e criando a necessidade de regulamentação por parte do governo através de legislação própria de funcionamento, já que sua proposição não fez parte do projeto original do SUS, tendo sido incorporada ao sistema como complementar (CARVALHO, 2009).

Dessa forma, após inúmeras publicações de portarias anteriores, que tratavam a propósito da regulamentação da atenção domiciliar, porém careciam de orientação técnica ou orientação sobre como aconteceriam os repasses de verba para os municípios, foi publicada a Portaria nº 2.029, em agosto de 2011. Fica instituída a atenção domiciliar no âmbito do SUS, trazendo como um de seus eixos centrais a desospitalização. Seu objetivo foi proporcionar celeridade no processo de alta hospitalar através do fornecimento de cuidado continuado no domicílio (BRASIL, 2011b).

Entende-se como desospitalização o processo que começou a ocorrer no Brasil a partir da década de 70 com a reforma psiquiátrica, fato que ocasionou a desinstitucionalização de pessoas com transtornos mentais para serem cuidadas em serviços ambulatoriais, surge aí na

primeira vez da história do Brasil o conceito de processo de desospitalização. Processo que teve como objetivo inicial apenas retirar o paciente do manicômio e transferi-lo para que outra equipe de saúde continuasse o cuidado, hoje está vinculada ao modelo de atenção à saúde proposto pelos princípios do SUS, como estratégia de cuidado.

Visando à prevenção de internações desnecessárias; objetivando a implementação de “alta precoce”, possibilitando maior rotatividade de leitos hospitalares; buscando a manutenção de períodos prolongados longe da internação hospitalar em pacientes crônicos; prevenindo sucessivas reinternações; e em cuidados paliativos (CP) por meio do trabalho em equipe, visando ao controle sintomático, à qualidade de vida e ao preparo para morte (BRASIL, 2020d, p.45)

Em outubro a Portaria MS nº 2.029 foi revogada pela portaria GM/MS nº 2.527, que redefine a atenção domiciliar e propõe mudanças no texto. Amplia também o número de municípios elegíveis para implantação das equipes de atenção domiciliar, estabelecendo as normas de cadastro dos Serviços de Atenção Domiciliar, o rol de profissionais que irá compor as Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multidisciplinares de Apoio (EMAP) e habilitação dos estabelecimentos de saúde aos quais estão vinculadas, regras de cadastramento e valores de incentivo (BRASIL, 2011b).

Subsequente à Portaria GM/MS nº 2.527 o Governo Federal lançou o programa Melhor em Casa no dia 8 de novembro de 2011 como sua prioridade, e, desde então, está sendo desenvolvida em parceria com os Estados e municípios (BRASIL, 2011b). Conforme a obra de cooperação técnica da Organização Pan-Americana de Saúde e Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS) publicada pelo Ministério da Saúde (MS), o programa Melhor em Casa veio para além de fornecer o atendimento no domicílio, mas para conectar a Atenção Domiciliar com todos os serviços da rede de atenção à saúde, com fluxos em todos os sentidos (desde a atenção básica até a alta complexidade) e como dispositivo da política de urgência e emergência (BRASIL, 2014a). Dessa forma, segundo a Portaria nº 2.527, de outubro de 2011, a AD constitui-se como uma

modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2011b).

A mesma portaria nº 2.527, de outubro de 2011 define que a criação do SAD em municípios com população igual ou superior a 40 mil habitantes será composta por EMAD tipo 1, onde, para cada 100 mil habitantes poderá ser cadastrada uma nova EMAD. Para municípios com população entre 20 a 40 mil habitantes serão compostos por EMAD tipo 2 e para cada 3 EMAD o município poderá cadastrar uma EMAP (BRASIL, 2011b).

Essa classificação determina o valor que será repassado mensalmente aos municípios pelo governo federal. EMAD tipo 1 recebem mensalmente R\$50.000,00 (cinquenta mil reais) por equipe de EMAD. EMAD tipo 2 recebem mensalmente R\$34.000,00 (trinta e quatro mil reais), e para cada EMAP o repasse será de R\$6.000,00 (seis mil reais) (MELO; VERDI; SILVA, 2017). O município de Blumenau está cadastrado desde 2011 no programa Melhor em Casa e conta atualmente com 3 EMAD e 1 EMAP cadastrada, devido a seu número populacional está estimado em 309.011 mil habitantes (IBGE, 2010), isso representa um repasse mensal de R\$156.000,00 (cento e cinquenta e seis mil reais) para o município manter o SAD de Blumenau (SANTA CATARINA, 2019).

Segundo Portaria nº6, de 28 de setembro de 2017 o financiamento do SAD ocorre através do repasse de recursos federais por meio de transferências efetuadas pelo Fundo Nacional de Saúde diretamente aos fundos de saúde estaduais, enviado no bloco de atenção de Média e Alta Complexidade (MAC), conforme pactuado na Comissão Intergestora Bipartite - CIB (BRASIL, 2017). A mesma Portaria nº 6, de 28 de setembro de 2017, informa que para ocorrer esse repasse mensal o SAD deve alimentar o Sistema de Informação para a Atenção Básica (SISAB), comprovando a prestação dos atendimentos (BRASIL, 2017).

Porém “a portaria GM/MS nº. 204/2007 estabelece que os recursos referentes a cada bloco de financiamento devem ser aplicados nas ações e serviços de saúde relacionados ao próprio bloco” (BRASIL, 2011a, p.42). Isso significa que o repasse mensal que o SAD recebe tem restrições para ser empregado, ficando vedada a sua utilização para pagamento de servidores inativos; servidores ativos; gratificação de função de cargos comissionados; pagamento de assessorias ou consultorias prestadas por servidores públicos pertencentes ao quadro do próprio município ou do estado; e obras de construções novas, exceto as que se referem a reformas e adequações de imóveis já existentes utilizados para a realização de ações e/ou serviços de saúde (BRASIL, 2011a).

No próximo tópico, descreve-se como ocorre a articulação do SUS com a rede hospitalar, assim como os tipos de convênio e repasse.

REDE HOSPITALAR E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

O SUS tem como elemento fundamental o trabalho em rede, buscando oferecer atendimento integral ao cidadão. Para que isso ocorra o SUS abrange os atendimentos na baixa, média e alta complexidade, incluindo as organizações hospitalares, a qual compõe a Atenção Terciária dentro da saúde (BRASIL, 2011a).

Os atendimentos de baixa complexidade acontecem na atenção primária, considerada porta de entrada ao sistema de saúde, sendo executado na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Os serviços de média complexidade acontecem na atenção secundária com a prestação de serviços que necessitam de recursos tecnológicos e profissionais especializados com o intuito de apoiar o diagnóstico e o tratamento (BRASIL, 2011a).

Um dos serviços que fornece esse tipo de atendimento é o SAD. Já na atenção terciária, acontecem os atendimentos de alta complexidade com procedimentos que envolvem alta tecnologia e custo. A principal área que compõem a alta complexidade é a área hospitalar. A atenção secundária e terciária são responsáveis por “consumir em torno de 40% dos recursos da União alocados no Orçamento da Saúde (Média e Alta Complexidade– MAC – e Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC)” (BRASIL, 2011a, p.7).

Constam nos gráficos comparativos do sistema Fundo Nacional de Saúde que “No ano de 2019, as transferências de recursos federais do SUS para média e alta complexidade no Brasil representaram R\$ 54,9 bilhões, portanto, o dobro das transferências para atenção primária (R\$ 24,6 bilhões)” (BRASIL, 2019b).

Devido à dimensão e complexidade que o SUS toma, algumas parcerias entre o Poder Público e as entidades privadas são necessárias para a prestação de serviço à saúde pública. Hoje, “quase 54% da população dependente do SUS é atendida em uma Santa Casa, ou seja, numa entidade filantrópica” (TEIXEIRA, 2018, p.83), segundo o relatório final do grupo de trabalho instiduido através da Câmara dos Deputados destinado a discutir a tabela SUS, essas instituições representam 37,6% do total do número de entidades que prestam serviço para o SUS, disponibilizando quase 129 mil leitos (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2019).

Essa parceria entre as entidades privadas e o sistema público na área da saúde é de extrema importância, pois o SUS “ainda padece de crônico problema de financiamento, custeio, acesso, gestão e efetiva implantação na geografia continental brasileira”. (TEIXEIRA, 2018, p.39). O mesmo ocorre com a rede de unidades hospitalares no Brasil a qual possui diversos tipos de vinculação com o SUS. Entre elas:

QUADRO 1 - Tipos de vinculação com o SUS

Tipo de Vinculação que a rede Hospitalar detém como SUS		
Regime Público	Regime Privado	Regime Universitário
Hospital Próprio	Hospitais Contratados (privados não filantrópicos e não universitários)	Hospitais Universitários de Ensino (privado ou público)
Hospitais Federais	Hospitais Contratados, optante pelo SIMPLES	Hospitais Universitários de Pesquisa (privado ou público)
Hospitais Estaduais	Hospitais Filantrópicos	Hospitais Universitários de Pesquisa, isentos de imposto de renda e da contribuição sobre o lucro líquido
Hospitais Municipais	Hospitais Filantrópicos isentos de imposto de renda e da contribuição sobre o lucro líquido	Hospital Universitário de ensino e pesquisa privado
	Hospitais de Sindicatos	

FONTE: Adaptado do Ministério da Saúde - TABNET/SUS/DATASUS.

As vinculações sejam elas contratos/convênios, privados com fins lucrativos, filantrópicos, universitários, entre outros, que cada estabelecimento de saúde detém com a rede pública, além do tipo de prestação de serviço e o nível de complexidade dos procedimentos que adota, irão estipular o tipo e o valor de repasse que serão feitos pelo SUS (BRASIL, 2011a). Neste estudo, serão aprofundados apenas os hospitais de natureza filantrópica, por ser o tipo de registro que o HSI e HSA possuem com o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) (BRASIL, 2020a).

Os hospitais filantrópicos não são caracterizados como terceirização e muito menos privatização, mas uma parceria pública privada instituída juridicamente com entidade sem fins lucrativos.

Poder-se-ia supor que as empresas hospitalares sem fins lucrativos não devem obter lucro. Não é neste sentido, todavia, que uma entidade se caracteriza como “sem finalidade lucrativa”. Não lucrativo não significa que o hospital não possa obter lucro, mas sim, que nenhuma das partes dos lucros líquidos do hospital pode ser dirigida em benefício de qualquer cidadão (ABBAS, 2002, p. 11)

Trata-se de uma concessão de atribuição, pelo Poder Público a empresas ou entidades, de explorar ou executar serviço de responsabilidade do Estado, utilizando-se do bem público, este firmado mediante contrato. “O relacionamento entre o Poder Público e as entidades sem fins lucrativos começou a ser institucionalizado e foi formalizado por meio da Lei Federal n.

91/35, que foi revogada somente em 15 de dezembro de 2015 pela Lei n. 13.204, no seu artigo 9º, I.” (TEIXEIRA, 2018, p.63).

As entidades classificadas como filantrópicas recebem do governo benefício pela prestação de seus serviços, como a isenção de receita mediante o não pagamento de alguns impostos. Os valores dos impostos não pagos devem ser revertidos em benefício e serviços prestados à população, e isso deve ser provado documentalmente.

Essa imunidade tributária ocorre de duas maneiras, uma é para entidades jurídicas de direito privado sem fins lucrativos portadoras de Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS), o qual lhe dá isenção de pagamento sobre “IPTU, ISSQN, IR, IOF, ICM, IPI, cota patronal do INSS, PIS e COFINS, dentre outros”. A outra se aplica a “entidade sem fins lucrativos que não possui CEBAS basicamente não paga apenas o IR – Imposto de Renda” (TEIXEIRA, 2018, p.171).

O Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social na Área de Saúde (CEBAS) é concedido pelo Ministério da Saúde a pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, reconhecidas como Entidade Beneficente de Assistência Social para a prestação de serviços na área de saúde. Os serviços com CEBAS devem enviar mensalmente a informação da produção não SUS alimentando o Sistema de Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial. Sistema Comunicação de Informação Ambulatorial e Hospitalar – CIHA (*apud* SANTA CATARINA, 2019, p.28).

O Ministério da Saúde faz uso de uma base de dados nacional, o DATASUS, descrita no Manual técnico do Sistema de Informação Hospitalar para recolher informações que integram todos os sistemas de informação do SUS. Entre eles o Sistema de Informação Hospitalar (SIH), que é responsável por alimentar simultaneamente o DATASUS e a Secretaria Estadual de Saúde (SES) através do processamento de dados referentes à internação hospitalar, que são enviados mensalmente pelos gestores de estabelecimentos que detenham vinculação com o SUS (BRASIL, 2007b).

“Até março de 2006, o processamento das informações do SIH era centralizado no DATASUS e, a partir de abril de 2006, compete ao gestor estadual ou municipal o processamento por meio do Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado (SIHD) ” (BRASIL, 2011a, p.44). Esse sistema é o que aprova ou não o repasse de verba aos estabelecimentos através do processamento da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) (BRASIL, 2007b).

A finalidade do AIH (Sistema SIHSUS) é registrar todos os atendimentos provenientes de internações hospitalares que foram financiadas pelo SUS, e a partir deste processamento, gerar relatórios para que os gestores possam fazer os pagamentos dos estabelecimentos de saúde. Além disso, o nível Federal recebe mensalmente uma base de dados de todas as internações autorizadas (aprovadas ou não para pagamento) para que possam ser repassados às Secretarias de Saúde os

valores de Produção de Média e Alta complexidade, além dos valores de CNRAC, FAEC e de Hospitais Universitários – em suas variadas formas de contrato de gestão (BRASIL, 2011a, p.44)

Conforme descrito por Brasil (2007b), o valor de repasse federal é realizado por AIH individualizada, acompanhando a tabela única de remuneração pela Assistência à Saúde na modalidade hospitalar, esse valor é fixo independente da natureza jurídica e do tipo de vinculação que o prestador tem com o SUS. O repasse federal desse valor acontece de duas formas aos Estados e municípios, através do FAEC ou do teto MAC, conforme previsto na portaria GM/MS n. 204/2007 (BRASIL, 2007a).

No entanto, os estados e municípios também aplicam recursos próprios para as instituições hospitalares, inclusive está estipulado na Emenda Constitucional nº 29 que os municípios têm a obrigação de direcionar um percentual mínimo de 15% de sua arrecadação com gastos em saúde. Esses recursos se originam da arrecadação de impostos e são alocados para cobrir gastos com folha de pagamento, manutenção e investimentos em geral, os quais os repasses federais não cobrem ou são insuficientes (ARAÚJO; GONÇALVES; MACHADO, 2017).

Um mesmo paciente não pode ter mais de uma AIH no mesmo período de internação, estando incluídos todos os procedimentos realizados pelo paciente desde sua entrada no hospital até sua saída. Nessa tabela de procedimentos estão incluídos os valores referentes a diárias, taxas de sala, materiais hospitalares e medicamentos.

Esses valores são fixados pelo ministério da saúde e são financiados com recursos do teto MAC e também pelo FAEC, conforme o atributo de nível de complexidade e forma de financiamento definido para cada procedimento da tabela do Sistema de Informações Hospitalares (SIH). (BRASIL, 20011, p.33)

O Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS) informa que o valor médio pago por AIH no ano de 2019 ao HSI foi de R\$5.300,03 (cinco mil e trezentos reais e três centavos), e de R\$1.738,54 (mil setecentos e trinta e oito reais e cinquenta e quatro centavos) ao HSA. Somente no mês de novembro de 2019 a Secretaria de Estado de Santa Catarina (SES) realizou repasse de R\$5.943.874,39 (cinco milhões novecentos e quarenta e três mil oitocentos e setenta e quatro reais e trinta e nove centavos) de recursos provenientes do FAEC e R\$56.657.121,00 (cinquenta e seis milhões seiscentos e cinquenta e sete mil cento e vinte um reais) do teto MAC a média e alta complexidade (BRASIL, 2020d).

TABELA 1 - Valor médio anual por AIH

Valor Médio da AIH por ano de atendimento segundo Estabelecimento				
Hospital	2017	2018	2019	2020
Hospital Santo Antônia	1.354,30	1.633,61	1.738,54	1.455,20
Hospital Santa Isabel	4.568,37	5.595,60	5.300,62	5.380,03

FONTE: Adaptado do Ministério da Saúde - TABNET/SUS/DATASUS

As instituições hospitalares que detêm vinculação com o SUS no estado de Santa Catarina também recebem aporte de recurso do Estado para seu custeio e manutenção. Esse valor é determinado conforme o porte do hospital, o qual receberá pontuação conforme o “número de leitos, número de leitos de UTI adulto, número de leitos de UTI pediátrica, número de leitos de UTI neonatal, taxa de ocupação geral, quantidade de clínicas com internação, exames diagnósticos disponibilizados, número de altas complexidades habilitadas, rede temática com serviço habilitado” (SANTA CATARINA, 2019, p.9). Tanto o HSA quanto o HSI foram classificados como hospital de porte IV:

QUADRO 2 - Pontos aferidos conforme a classificação do porte hospitalar

Microrregião de Saúde	Região de Saúde	Município	Estabelecimento	Pontos	Porte/Mot.	PA Hosp.	Porte Final
Vale do Itajaí	Médio Vale do Itajaí	Blumenau	Hospital Santo Antônio	24	IV	IV -SM - Matem	IV
Vale do Itajaí	Médio Vale do Itajaí	Blumenau	Hospital Santo Antônio	24	IV	IV -SM - Matem	IV

Fonte: Adaptado da Secretaria de Estado da Saúde (2019).

A pontuação resultante dos indicadores avaliados para designar o porte do hospital, será usada como parâmetro para definir o percentual de recursos que será destinado a cada instituição. Os hospitais que encontram-se sob gestão municipal, (caso em que se encontram o HSA e HSI) receberam o aporte desses recursos através da realização de convênio para efetivação do repasse do incentivo diretamente a unidade no valor mensal de R\$1.000.000,00. (um milhão de reais) (SANTA CATARINA, 2019).

TABELA 2 - Valor de repasse da secretaria de estado de SC conforme o porte da instituição

Unidades	R\$ Mês por Unidade	Nº Unidades	Total Mês
Porte V	R\$ 2.000.000,003		R\$ 6.000.000,00
Porte IV	R\$ 1.000.000,009		R\$ 9.000.000,00
Porte III	R\$ 450.000,0014		R\$ 6.300.000,00
Porte II	R\$ 70.000,0037		R\$ 2.590.000,00
Porte I	R\$ 30.000,0015		R\$ 450.000,00
Porte I	R\$ 30.000,0015		R\$ 450.000,00
UIS	R\$ 20.000,007		R\$ 40.000,00
SM	R\$ 10.000,0011		R\$ 110.000,00
Hosp. Porte III, II e I (fixo SM)	R\$ 10.000,0031		R\$ 310.000,00
Complemento SM (Nº Leitos)	R\$ 500,00825		R\$ 412.000,00
Total Mês			R\$ 25.312.500,00
Total Ano			R\$ 303.750.000,00

Fonte: Adaptado da Secretaria de Estado da Saúde (2019).

Esses dados demonstram o investimento que o Estado tem para manter uma rede

hospitalar em funcionamento, e que apesar de causar impacto o vultoso valor repassado ainda é singelo conforme aponta o relatório do Ministério da Fazenda em sua descrição dos aspectos fiscais da saúde em comparação com o PIB. No ano de 2018 os gastos com saúde representaram apenas 1,8% do PIB, deixando o Brasil na 64ª posição entre 183 países no ranking mundial de gastos públicos com saúde (BRASIL, 2018).

Esse cenário restritivo de financiamento na saúde brasileira não é apenas um problema de falta de recursos, mas de gestão e ineficiência do sistema público brasileiro, criando a necessidade de se planejar muito bem o uso dos recursos destinados à saúde “de maneira que seja possível traçar cenários de evolução das despesas que sejam consistentes com a melhora da qualidade da saúde, mas que, ao mesmo tempo, sejam fiscalmente factíveis” (BRASIL, 2018, p. 9).

A seguir, será explanado como acontece a elaboração dos centros de custo hospitalares, explicando como esses podem variar de instituição para instituição, assim como a forma que o governo federal preconiza para financiar esses custos hospitalares.

CENTRO DE CUSTO HOSPITALAR

Os hospitais brasileiros sofrem para elaborar seus custos devido à complexidade que esse exige de seu administrador, atrelados muitas vezes à má administração, esse problema ocorre segundo Oliveira 1988 (apud ABBAS, 2001, p. 12) porque

Somente 1% dos hospitais brasileiros possui administração profissional, que conta com administrador hospitalar graduado e que possui uma visão dinâmica e futurista. A maioria conta com uma direção administrativo-financeira ocupada por médicos que não possuem preparo técnico para administrar uma empresa de tamanha complexidade administrativa.

Esse despreparo gerencial, muitas vezes, causa deficiências na composição dos custos hospitalares que, por vezes, provocam o aumento da tabela de preços sem o devido conhecimento e análise do real custo dos procedimentos realizados nas instituições hospitalares, desencadeando o repasse de valores indevidos para o consumidor final. “Enquanto uma diária no exterior gira em torno de U\$ 90 dólares, aqui no Brasil, em um bom hospital, a diária chega a custar U\$ 500 dólares (OLIVEIRA 1988 apud ABBAS, 2001, p. 12).

Todavia mesmo que exista um administrador à frente da gestão hospitalar, este sofre grande influência da classe médica na gestão de custos, esse fato ocorre porque o trabalhador da saúde geralmente tem “como premissa a ideia de que controlar o custo da assistência pode acarretar na diminuição de recursos e, conseqüentemente, perda de qualidade” (KOS, 2015, p.4). A solução para sanar esse impasse é através de uma gestão hospitalar que conheça

realmente seu custo de funcionamento e não apenas os seus gastos. Para ter esse embasamento é necessário que a instituição disponha de “sistemas com informações confiáveis e tempestivas para subsidiar a análise, tomada de decisão e adoção de medidas corretivas em todas as fases do gerenciamento” (KOS, 2015, p.4).

A composição de custos na rede hospitalar é de suma importância pois, segundo o Programa Nacional de Gestão de Custos – PNGC, é uma ferramenta gerencial que facilita a tomada de decisão dos gestores porque, além de fornecerem dados fiscais, serve como eficaz instrumento de acompanhamento de prestação de serviço, permitindo também implantar medidas que possibilitem corrigir e melhorar o desempenho das unidades, redefinindo as prioridades, aumentando a produtividade, promovendo a racionalidade dos recursos, entre outras medidas administrativas (BRASIL, 2006).

Segundo Abbas (2001, p.19) o controle de custos visa fundamentalmente determinar e analisar o custo total dos serviços prestados a cada paciente, levando-se em consideração a finalidade do sistema, a apuração e a análise de um hospital, ou seja, o cômputo do custo de cada cliente e de cada tipo de serviço prestado.

Para poder elaborar o controle de custos hospitalar é necessário a utilização de sistemas que auxiliem a realizar essa análise, porém escolher um sistema é uma tarefa árdua tendo em vista que diferente das demais organizações onde o foco principal é a geração de lucro os hospitais concentram seus recursos no restabelecimento da saúde do paciente, tornando complexa a alocação de recursos.

Entende-se como sistema de custeio as formas como os custos são registrados e transferidos dentro da instituição (VIANA FILHO; NIVEIROS FILHO; PÁSSARI, 2018). Quanto a sua classificação, estes podem ser classificados conforme sua variabilidade para o volume de produção (variáveis ou fixos) ou conforme sua alocação para o produto (direta ou indireta). A mesma autora afirma que os sistemas de custeio mais utilizados são: o sistema por centros de custos, por ordem de produção e por processo de produção, esses não sendo necessariamente excludentes, podendo ser mutuamente utilizados (ABBAS, 2001).

Os centros de custos utilizam uma divisão por categorização de custos, nos hospitais essa divisão pode ocorrer por unidades, seções ou setores, de modo que a instituição pode optar por agrupar ou não esses centros de custos. Quanto a categorização dos centros de custo, essas podem seguir o Manual de Apuração de Custos Hospitalares do Ministério da Saúde (1988), que agrupa o centro de custos em três categorias: Centros de Custos de Atividades Gerais, Centros de Custos Intermediários e Centros de Custo Final. Alguns hospitais, contudo, seguem a classificação de Centros de Custos sugerida pela Resolução CIP 4-71, de 13 de janeiro de 1971, que apresenta quatro grupos de centros de custos: Centros de Custos de Base, Centros de

Custos Intermediários, Centros de Custos Especiais, Centros de Custos de Produção (ABBA, 2001). Existem ainda autores como ROCCHI (1982, p.21) que agrupa os centros de custos em três categorias:

Centros Auxiliares e de Apoio (CAA): Atuam auxiliando o funcionamento de outros centros de custo e/ou prestando serviços para todo o estabelecimento como, por exemplo, os Serviços de Limpeza;
 Centros Geradores de Receita (CGR): correspondem aos centros de custos que prestam ou fornecem atendimento e serviços diretamente aos pacientes, por exemplo, o Centro Cirúrgico;
 Centros Administrativos (CA): correspondem aos centros de custos responsáveis pelos trabalhos de supervisão, controle e informação como, por exemplo, a Contabilidade.

O sistema por ordem de produção começou a ser implementado nas instituições hospitalares devido ao aumento dos custos intermediários, provocados pelo aumento de gastos como o desenvolvimento de novas tecnologias e o treinamento das equipes.

Esse fato desencadeou o crescimento dos custos indiretos e a diminuição, em forma proporcional, dos custos diretos, tornando atrativo para os hospitais a possibilidade de identificar o tipo e a quantidade de produtos intermediários aplicados no tratamento e restabelecimento do paciente, através do sistema por ordem de produção utilizando dados da conta corrente do paciente, do laboratório, da radiologia, da farmácia, dos prontuários para compor seu custo (ABBAS, 2001).

Um dos principais métodos utilizados na composição de custo através de ordem de produção é o sistema de Custeio Baseado em Atividades – ABC, esse sistema utiliza a gestão de atividade como base na mensuração, origem e medição dos custos, aplicando direcionadores para alocar as despesas indiretas, fornecendo uma avaliação precisa das atividades e serviços prestados na instituição.

Katia Abbas (2001, p.38) informa que “O ABC parte do princípio de que não é o produto ou serviço que consome recursos, mas sim, os recursos são consumidos pelas atividades e estas, por sua vez, são consumidas pelo produto ou serviço”. A autora cita que o ABC aponta a relação entre recursos consumidos, atividades executadas e objetos de custos, produto ou serviço para se chegar o índice com o que foi gasto, sendo uma ferramenta muito interessante para os hospitais por trazer as seguintes vantagens:

fornecimento de informações de custos mais exatas que representem a realidade;
 demonstração de vantagens em se produzir todos os serviços no próprio hospital ou optar pela terceirização;
 estudo de tendências e comparação de custos por diagnóstico, por atendimento médico ou por pacientes de diferentes planos de saúde (ABBAS, 2001, p. 88).

A Gestão Baseada em Custeio por Atividades – ABM busca o eficaz gerenciamento

dos resultados através da utilização de banco de dados. Sua principal ferramenta também é o ABC, porém “enquanto o ABC é o processo técnico ou a mecânica para levantamento das atividades, rastreamento dos custos para as atividades e condução dessas atividades para produtos, clientes; o ABM é um processo que utiliza as informações geradas pelo ABC para gerenciar uma empresa ou um negócio” (CHING, 1997, p. 57).

Segundo a PNGC, os métodos de gestão de custos mais utilizados pelas instituições de saúde são: custeio por absorção, custeio direto ou variável e custeio por atividade (BRASIL, 2006).

Conforme a PNGC (2006, p.16) “o método de custeio por absorção é o único método aceito pela legislação brasileira e talvez, por essa razão, seja o mais utilizado pelas instituições”. Esse método faz apropriação integral dos custos diretos, indiretos, fixos e variáveis e até mesmo os custos administrativos, compondo desse modo todos os custos envolvidos na prestação do serviço, porém as despesas não incorporam os custos, sendo alocadas diretamente na apuração dos resultados, ou seja, “todos os custos incorridos, tanto os fixos quanto os variáveis, são apropriados aos centros de custos para depois serem rateados entre os serviços prestados” (ABBAS, 2001, p. 93).

Para Kudlawicz e Corbari (2010, p.7) “uma das formas de acumulação de custos pela metodologia do custeio por absorção é o custo por departamento, no qual os custos ligados a fabricação ou prestação de serviços devem ser acumulados por departamento”, porém sua apuração também é possível através de centro de custos, viabilizando sua utilização por instituições hospitalares (BRASIL, 2006).

Dessa forma, em se tratando de hospitais, a segmentação em áreas especializadas é facilmente identificada, como internação, centro cirúrgico, lavanderia, nutrição, administração, laboratório, etc. [...] O sistema de custeio por absorção controla os custos e o desempenho da entidade e dos centros de custos (áreas de atividades específicas), podendo comparar os custos estimados, com os valores orçados. Isto indicará, de uma forma geral, quanto os custos da instituição excederam os valores orçados (BRASIL, 2006).

O método de custeio direto ou variável separa os custos que não sofrem alteração influenciada pelo volume de produção, chamados de custos fixos (manutenção predial, limpeza, segurança) dos custos variáveis que sofrem alteração conforme o volume de prestação de serviço (salário, exames, medicamentos, insumos).

Nesse método, os custos fixos são alocados diretamente aos resultados, pois são considerados despesa. Este método não é permitido pela legislação fiscal, porque fere o princípio fundamental da competência ao antecipar a despesa, portanto serve somente para fins gerenciais para as instituições que o aplicam (VIANA FILHO; NIVEIROS FILHO; PÁSSARI,

2018).O método de custeio por atividade ou ABC tem o intuito de diminuir as distorções provocadas pelo rateio dos custos indiretos através da identificação das atividades desenvolvidas, direcionando seus custos e alocando esses para a atividade final.

Esse sistema tem como benefício

diminuir o desperdício e aumentar a produtividade; maior organização; reduzir custos e implementar o programa de qualidade total sem impacto na linha operacional; implementar um sistema de pagamento por desempenho; e elaborar um orçamento baseado no desempenho (CREPALDI apud VIANA FILHO; NIVEIROS FILHO; PÁSSARI, 2018, p.4).

De acordo com o PNGC, os hospitais são um ótimo campo para a aplicação desse método, por se tratar de instituições complexas que utilizam recursos de forma muito heterogênea (BRASIL, 2006).Consta no livro elaborado pelo Ministério da Saúde: Introdução à Gestão de Custos em Saúde que os dados produzidos por esses instrumentos de análise de custo devem ser capazes de:

produzir informações capazes de atender a quatro objetivos maiores: subsidiar o planejamento e o controle de operações, bancar o planejamento estratégico institucional, sustentar a formulação de políticas públicas para a Saúde e promover o desenvolvimento de pesquisas, especialmente aquelas relacionadas com avaliações de custo-benefício e custo-efetividade. (BRASIL, 2013a, p.129).

Mas, como acontece a alocação desses recursos financeiros para os hospitais? Essa política de pagamento das operadoras de saúde para as instituições hospitalares pode ocorrer utilizando inúmeros modelos, entre eles: *fee for service* – pagamento por procedimento; *capitation* - orçamentação global ou parcial; modelos prospectivos de pagamento baseados no *diagnosis related groupings*; pagamento por pacotes – *bundles*, entre outros. Os modelos predominantemente são o de pagamento por diárias hospitalares (*per diem*) ou pagamento por procedimentos (*fee for service*) (PRESTES, 2019).

O modelo de pagamento por diárias hospitalares (*per diem*) segundo Prestes (2019) tem os valores sendo estabelecidos por dia de permanência do paciente. Comumente a diária hospitalar inclui a “hotelaria” do hospital, a depender de o paciente estar internado em quarto, enfermaria ou Unidade de Terapia Intensiva (UTI). É um modelo análogo ao *fee for service*, uma vez que o valor das diárias é acrescido de gastos com materiais, medicamentos, Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapias (SADT) e honorários médicos, remunerados por item e de acordo com a produção.

Conforme descrito pelo Grupo de trabalho sobre remuneração dos hospitais, instituído pela Associação Brasileira de Medicina de Grupo – ABRAMGE; Associação Nacional dos Hospitais Privados – ANAHP; Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas – CMB; Confederação Nacional de Saúde – CNS; Federação Brasileira

de Hospitais – FBH; Federação Nacional de Saúde Suplementar – FENASAÚDE; União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde – UNIDAS; UNIMED do Brasil – UNIMED; Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS (2012) o período que compõe uma diária é de até 24 horas, sendo definido por cada instituição hospital seu horário de início e fim, não importando se houve apenas meio período de internação, pois as frações de período de internação são contabilizadas como diária total. Os mesmos autores afirmam que a diária de enfermaria/quarto contempla os seguintes itens:

QUADRO 3 – Diária enfermaria/quarto

(continua)

<p>Aposentos com móveis padronizados (ex.: cama);</p> <p>Roupa de cama e banho para o paciente e acompanhante (no caso de direito a acompanhante), conforme padrão interno;</p> <p>Higienizações concorrente e terminal, incluindo materiais de uso na higiene e desinfecção do ambiente;</p> <p>Dieta do paciente por via oral;</p> <p>Cuidados de enfermagem;</p> <p>Paramentação (máscara, gorro, propé, avental) descartável ou não, utilizada pela equipe multidisciplinar e paciente;</p> <p>Dosador para medicação via oral; copos descartáveis; bolinha de algodão para medicação parenteral e punções venosas; anti-séptico (álcool 70%), hastes de algodão para a higiene ocular, ouvido e nariz;</p> <p>Avaliação nutricional da alimentação ao paciente, pela nutricionista;</p> <p>Higiene pessoal do paciente, incluindo materiais como: espátula, gaze, dentifrício, sabonete e higienizante bucal;</p> <p>Serviços e taxas administrativas (registro do paciente, da internação, documentação do prontuário, troca de apartamento, transporte de equipamentos), cuidados pós morte;</p> <p>Luvas de procedimentos e demais Equipamentos de Proteção Individual (EPI's);</p> <p>Atendimento médico por plantonista de intercorrências clínicas à beira do leito (primeiro atendimento).</p> <p>E não compreendem:</p> <p>Despesas do acompanhante (alimentação, telefonemas, etc.);</p> <p>Dietas enterais industrializadas, via sonda nasogástrica, gastrostomia, jejunostomia, ileostomia ou via oral e suplementos especiais;</p> <p>Enfermagem particular - que deverá ser cobrada diretamente do paciente ou responsável;</p> <p>Materiais descartáveis não relacionados como compreendidos;</p>

Medicamentos;
 Hemocomponentes e Hemoderivados;
 Equipamentos e aparelhos para tratamento ou diagnóstico;
 Oxigênio, nitrogênio, ar comprimido, protóxido de hidrogênio, óxido nitroso, óxido nítrico e demais gases e vácuo;
 Exames para diagnóstico, fisioterapia ou qualquer outra terapia;
 Honorários Médicos;
 Procedimentos médicos realizados nas unidades de internação

Fonte: GRUPO DE TRABALHO SOBRE REMUNERAÇÃO DOS HOSPITAIS, (2012, p. 10 e 11).

O Grupo de trabalho sobre remuneração dos hospitais além disso, relata que no leito de UTI está contemplado os seguintes itens:

QUADRO 4 – Diária UTI

- Todos os itens compreendidos nas diárias básicas;
 - Monitor cardíaco;
 - Oxímetro de pulso;
 - Desfibrilador/cardioversor;
 - Nebulizador;
 - Monitor de P.A. não invasiva;
 - Aspirador;
 - Bomba de Seringa;
 - Bomba de infusão;
 - Capnógrafo;
 - Equipamentos modulares que contemplem os itens anteriores;
 - Utilização do instrumental permanente usado em procedimentos médicos e de enfermagem (ex. bandeja);
 - Honorários médicos do intensivista plantonista e do intensivista diarista, quando não contratados diretamente com a operadora.
- E não contempla:**
- Todos os itens não compreendidos nas diárias básicas;
 - Respirador/Ventilador;
 - Honorários dos médicos assistentes

Fonte: GRUPO DE TRABALHO SOBRE REMUNERAÇÃO DOS HOSPITAIS (2012, p. 13).

Já o modelo de pagamento por procedimento (*fee for service*) pressupõe a existência de uma tabela com o valor estabelecido para cada procedimento ou item utilizado. O Sistema Único de Saúde realiza o pagamento para os hospitais conveniados utilizando o modelo de pagamento por procedimento, através do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos conhecido como SIGTAP.

Esse sistema foi instituído através da Portaria GM n° 2848 de 2007 e disponibiliza uma tabela unificada que engloba todos os procedimentos, medicamentos, órteses/próteses e materiais cobertos pelos SUS, assim como informa quais instituições hospitalares e profissionais de saúde estão habilitados para poder executar o procedimento.

Esse sistema determina os valores relativos à competência federal de financiamento que será repassado para as instituições hospitalares referentes a cada procedimento, assim como informa as regras e atributos utilizados para que o pagamento aconteça. Porém esse modelo desde sua criação sofreu pouca ou nenhuma alteração e se tornou ineficiente, desencadeando um problema grave de defasagem nos valores da tabela do SUS, segundo o Conselho de Medicina essa discrepância pode chegar a mais de 90% em relação à inflação.

Um exemplo claro desse dado está nos exames mais utilizados no diagnóstico de câncer, os quais estão sem reajuste de valor na tabela SUS há mais de dez anos, segundo o relatório final do grupo de trabalho destinado a discutir a tabela SUS “As diferenças atuais entre o valor de transferência federal e o valor utilizado no mercado de saúde suplementar variam de duas a cinco vezes, sendo menores no SUS” (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2019, p.28).

Os municípios e estados muitas vezes são forçados a complementar o valor praticado na tabela para não correrem o risco de ficarem sem prestação do serviço. 80% dos recursos recebidos por hospitais filantrópicos têm sua origem municipal ou estadual. O relatório final do grupo de trabalho destinado a discutir a tabela SUS “lembrou ainda que menos de 50% dos recursos aplicados em saúde pública, atualmente, são federais, o que está sobrecarregando os outros entes” (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2019, p. 14).

3 METODOLOGIA DA PESQUISA

Este tópico aborda os procedimentos metodológicos que caracterizam a pesquisa quanto a sua natureza, quanto a sua abordagem, assim como sua classificação quanto aos meios e fins utilizados, da mesma maneira delimita o universo da pesquisa através da definição da população alvo.

CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Conforme Richardson (2007), a pesquisa quantitativa abrange ações tanto na coleta quanto na análise de informações, empregando técnicas estatísticas para analisar e tratar dados numéricos. Levando-se em conta que esta pesquisa lida com números e modelos estatísticos para explicar os dados obtidos por meio de registros contidos no prontuário médico dos pacientes, utilizando-se de instrumentos matemáticos multivariados como média, adotando técnicas computacionais para compilar e organizar os dados no programa Microsoft Excel 2016, armazenando os mesmos em planilhas do PowerBi (BAUER, 2017).

Além disso, essa pesquisa utilizou dados secundários repassados pelos hospitais estudados referentes às despesas relativas a AIH dos pacientes estudados. Esses dados enviados pelos hospitais foram cruzados com os valores repassados pelo SUS para custear essas AIH, esses dados de repasse SUS foram obtidos junto ao serviço de controle e avaliação do município de Blumenau.

De acordo com a literatura, os dados secundários devem ser utilizados na fase exploratória da pesquisa. “Normalmente, com a finalidade de esclarecer a questão de pesquisa e/ou descobrir estratégias de abordagem do tema anteriormente utilizadas” Fayyad; Piatetsky-Shapiro (*apud* PARANHOS et al, 2016).

Diante do exposto, pode-se evidenciar que essa pesquisa é quantitativa com dados contínuos que podem assumir qualquer valor dentro do intervalo conforme Birochi (2017, p.47) ao utilizar “técnicas estatísticas, matemáticas e computacionais, para investigar fenômenos sociais empregando modelos matemáticos, teorias e/ou hipóteses relacionadas aos fenômenos estudados” para explicar os dados obtidos.

Sua natureza se mostra como aplicada, pois, este estudo apoia-se em teoria consolidada como cadernos do ministério da saúde, síntese histórica, documentação bibliográfica e métodos estatísticos, com o intuito de investigar se existe algum benefício na desospitalização precoce para a realização de antibioticoterapia no domicílio, buscando produzir conhecimento a respeito

desse assunto utilizando procedimentos empíricos para a aplicação dos dados. Esta aceção vai de encontro ao que está descrito no Manual Frascatti da OECD (2002) que define a pesquisa aplicada como uma investigação que objetiva a aquisição de novos conhecimentos, com escopo prático.

Descrição do objeto do estudo

No próximo tópico serão explanadas as entidades envolvidas no processo de desospitalização: SAD de Blumenau, HSA e HSI, descrevendo sua história e explicando como ocorrem os encaminhamentos e atendimentos realizados por estes serviços.

Serviço de atenção domiciliar de Blumenau

O SAD de Blumenau teve seu início em 2005 como um atendimento meramente provisório para sanar a demanda existente nos Ambulatórios Gerais da região de Blumenau, sendo composto por apenas um profissional auxiliar de enfermagem, o qual prestava atendimento domiciliar aos pacientes cadastrados nesses Ambulatórios. Logo se observou a necessidade de incluir um profissional médico para fornecer suporte aos atendimentos realizados (RINGENBERG, 2017).

A busca por esse tipo de atendimento não parou de crescer, gerando a necessidade de se desenvolver um projeto denominado Internação Domiciliar, com o objetivo de buscar recursos junto ao MS. Após a elaboração do projeto, a equipe de internação domiciliar foi se estruturando, contando em 2008 com um médico, um enfermeiro, uma fonoaudióloga e um motorista (RINGENBERG, 2017).

Em 2011, com a Portaria nº 2029 do MS que instituiu o atendimento domiciliar no âmbito do SUS foi fundado de fato o SAD de Blumenau, um serviço disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Blumenau (SEMUS), contando com duas Equipes Multiprofissional de Atendimento Domiciliar (EMAD) formadas cada uma por um médico, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem e um motorista, e uma Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP) formados por dois fisioterapeutas, uma nutricionista e uma fonoaudióloga. No entanto, a habilitação do SAD de Blumenau junto ao MS, para que pudesse receber recursos federais só ocorreu em 2012 (RINGENBERG, 2017).

Posteriormente a sua fundação viu-se a necessidade de ampliar os atendimentos, tendo em vista o aumento da demanda em busca dos atendimentos prestados pelo programa.

responsável pelo atendimento em 17 bairros que representam 104.374 dos habitantes de Blumenau, já a EMAD 2 é responsável pelo atendimento em 11 bairros que totalizam 105.152 habitantes e a EMAD 3 atende 7 bairros que apresentam uma população de 99.485 habitantes (BLUMENAU, 2021).

No ano de 2019, a EMAD 1 cadastrou 422 pacientes, sendo que desses 15 vieram encaminhados para realizar o tratamento com antibioticoterapia, na EMAD 2 foram cadastrados 407 desses 12 eram para antibioticoterapia e EMAD 3 cadastrou 481 atendimentos no decorrer do ano de 2019, sendo que 9 foram para tratamento com antibioticoterapia (SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR DE BLUMENAU, 2020).

O fluxo de entrada no SAD de Blumenau ocorre por meio do Sistema de Regulação do município de Blumenau (SISREG) onde os encaminhamentos são analisados, este pode ser solicitado através da unidade básica de saúde, hospital assim como demais Centros de referência.

Encaminhamentos não condizentes são devolvidos para a unidade solicitante e as solicitações aceitas são direcionadas para o SAD, este dispõe de até 72 horas a partir do recebimento do encaminhado para estar realizando a avaliação de elegibilidade. É durante essa avaliação que é definido de fato se o paciente vai ou não ser cadastrado e atendido pelo SAD. A avaliação ocorre por meio da utilização de instrumento de pontuação para analisar a complexidade do cuidado ao paciente, verificando se o paciente se enquadra ou não nos critérios de admissão do SAD.

No caso de pacientes internados, o hospital solicita a avaliação pelo SISREG e a equipe faz a avaliação no hospital enquanto o paciente ainda estiver internado, já estabelecendo um primeiro contato com os familiares e orientando aos mesmos a preparação do domicílio para receber o paciente da melhor forma possível (RINGENBERG, 2017, p.8)

Podem ocorrer também encaminhados pelos Hospitais Santo Antônio e Santa Isabel para o SAD de Blumenau através de busca ativa, conforme preconizado pelo programa Melhor em Casa. Essa captação de pacientes ocorre duas vezes na semana (toda terça-feira e quinta-feira de manhã), durante essa visita são analisadas todas as demandas e averiguado se o paciente se enquadra no programa.

Após constatação da necessidade pela equipe do SAD o hospital faz a solicitação de atendimento via SISREG, inclusive as demandas por antibioticoterapia, onde “o hospital dispensa a medicação com o paciente no momento da alta, e a continuidade é feita no domicílio”(RINGENBERG, 2017, p. 14). Esse processo é um dos eixos centrais do programa AD, a desospitalização precoce, pois acarreta em uma redução de custos por meio da

substituição ou abreviação da internação hospitalar (SILVA et al., 2010).

Ao explicar o tema coloca que na verdade, o que a AD proporciona não é uma redução de custos, e sim o uso mais adequado dos recursos, pois o leito, ao ser desocupado devido à possibilidade de o paciente ser cuidado no domicílio, não é desativado, sendo imediatamente ocupado por outro que realmente necessita dessa modalidade de atenção. Em última análise, pode-se afirmar que, com a AD, se gasta menos para fazer o mesmo pelo paciente com certas características. Assim, trata-se de uma otimização dos recursos, e não de usar menos recursos, fato verdadeiro só se houvesse desativação de leitos hospitalares por uma redução da demanda, o que, hoje, não é uma realidade (BRASIL, 2012 p.11)

A Portaria nº825 de 25 de abril de 2016 publicada pelo MS, define o SAD como serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, fornecendo subsídio para a promoção de alta antecipada para continuidade do tratamento no domicílio.

Em seguida será feita uma descrição a respeito do hospital Santo Antônio relatando sua história e sua importância para a cidade de Blumenau.

Hospital Santo Antônio (HSA)

A história do HSA teve início em 22 de agosto de 1860 com o surgimento do Kranken-UnterstützungsVerrein – Sociedade de Mútua Assistência em Enfermidades, com o objetivo de atender as necessidades dos colonos da região em suas residências (HOSPITAL SANTO ANTÔNIO, 2020). O fundador da cidade de Blumenau, Dr. Hermann Bruno Otto Blumenau desempenhou papel fundamental nessa história, pois “consciente da necessidade de um atendimento médico hospitalar eficiente, apresentou um orçamento que previa a construção de um Hospital e arranjos internos de enfermagem, camas, roupas, etc.” (HOSPITAL SANTO ANTÔNIO, 2020) ao Governo da Província.

Contudo, sem respostas positivas do Governo da Província a Sociedade de Mútua Assistência em Enfermidades edificou por conta própria uma singela casa de saúde na atual rua Itajaí, com o intuito de realizar a prestação de serviços hospitalares de forma gratuita (HOSPITAL SANTO ANTÔNIO, 2020). Sem o apoio do Governo da Província a manutenção do hospital era provida pelas contribuições dos imigrantes que residiam na colônia (DAY, 2011).

Conforme consta no histórico do Hospital Santo Antônio (2020), “a modesta construção ruiu em 22 de fevereiro de 1874 em consequência de um forte temporal”. O então diretor da colônia Dr. Hermann Blumenau deu início a uma nova construção nesse mesmo ano, sendo concluída em 1876 com o nome de Hospital de Caridade de Blumenau, passando a denominar-

se Hospital Santo Antônio somente em 1948 (DAY, 2011).

O hospital que teve sua origem através de uma parceria administrativa entre a associação de imigrantes e o administrador da colônia, rompeu essa sociedade administrativo em 1880 com a emancipação da colônia, passando a ser gerido inteiramente pela Sociedade de Mútua Assistência em Enfermidades (HOSPITAL SANTO ANTÔNIO, 2020). Desde então sofreu inúmeras mudanças administrativas, passando a ser dirigido em 1916 pela administração do Estado, que o administrou até 1924 quando entregou a instituição ao Município, este o transformando em entidade de direito público em 1971(HOSPITAL SANTO ANTÔNIO, 2020).

No Estatuto Social (2017) consta que a fundação Hospitalar de Blumenau, mantedora do Hospital Santo Antônio é uma entidade com personalidade jurídica de direito privado, filantrópica, de caráter beneficente de assistência social e de promoção de saúde, sem fins lucrativos que tem por objetivo a prestação de serviço médico-hospitalar, assim como o desenvolvimento de atividades que visam o aperfeiçoamento de seu corpo clínico de enfermagem e outros profissionais de saúde.

No ano de 2019 o HSA contava com 198 leitos e aproximadamente 750 colaboradores vinculados direta ou indiretamente à instituição, e um corpo clínico com mais de 150 profissionais. Estrutura essa utilizada para realizar uma média de cerca de 260.000 atendimentos anuais (HOSPITAL SANTO ANTÔNIO, 2016).

TABELA 3 - Número de leitos por setor no HSA

Setor	Leitos Existentes	Leitos SUS
Cirurgia Geral	42	33
Ortopedia traumatologia	10	10
Clínica Geral	62	53
Saúde Mental	10	10
UTI Adulto - Tipo II	15	15*
UTI Pediátrica - Tipo II	10	10
UTI Neonatal - Tipo II	10	10
Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional	12	12
Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru	4	4
Obstetrícia Cirúrgica	10	8
Obstetrícia Clínica	22	18
Pediatria Clínica	11	8
Pediatria Cirúrgica	4	3
Total Geral (menos complementar)	198	154

FONTE: Adaptado de Ministério da Saúde – CNES/DATASUS (2019)

No ano de 2017 o hospital obteve uma média diária de internações SUS de 89,64% e uma média diária de atendimento ambulatorial SUS de 95,23%, valor esse muito acima dos

60% preconizados pelo Ministério da Saúde. Esses atendimentos geraram um repasse de R\$ 8.234.416,00 (oito milhões duzentos e trinta e quatro mil quatrocentos e dezesseis reais) (provenientes de recurso SUS (RAITZ, 2018)). A fundação hospitalar também usufrui dos seguintes subsídios fiscais: “I - Imunidade do imposto de renda e contribuição social e imunidade de IOF sobre operações bancárias; II - Isenção da COFINS; III- Imunidade do ISS no município de Blumenau; IV- Isenção de contribuição previdenciária patronal e; V- Isenção da contribuição devida a terceiros” (RAITZ, 2018, p.10). Essas isenções geraram um total de R\$ 8.894.877,00 (oito milhões oitocentos e noventa e quatro mil oitocentos e setenta e sete reais) de desobrigação previdenciário no ano de 2017 para o HSA (RAITZ, 2018).

No próximo tópico será explanado o contexto histórico do HSI, seu estatuto e os principais impactos gerados para a cidade de Blumenau.

Hospital Santa Isabel (HSI)

O HSI foi fundado em 04 de outubro de 1909, porém sua história começou muito antes, em 1895 com a chegada das irmãs da divina providência ao vale do Itajaí, que realizavam atendimento itinerante aos enfermos da região. Posteriormente a convite do Dr. Ernst Sappelt, que atendia na região de Blumenau, reservou um quarto dentro do Colégio Sagrada Família para auxiliar o médico nos atendimentos dos doentes, entretanto logo o local se tornou insuficiente para suprir a demanda.

Com o auxílio da elite blumenauense reformaram e ampliaram a casa ao lado do Colégio Sagrada Família, transformando o local no HSI. Em 15 de outubro de 1916 as reformas foram concluídas e o espaço passou a contar com o total de 40 leitos de enfermaria, dali em diante o hospital só cresceu e se aprimorou (HOSPITAL SANTA ISABEL, 2020).

Em 1º de abril de 2015 a gestão do hospital passou da Sociedade Divina Providência para Congregação de Santa Catarina, entidade civil registrada como “associação, sem fins lucrativos, de direito privado” (ACSC, 2015a), a qual está presente em sete Estados brasileiros prestando serviços médico-hospitalares. Possui diversos contratos de prestação de serviço com o SUS por meio da formulação de pactuações com o Poder Público (ACSC, 2015a).

No ano de 2019 o HSI contava com mais de 28 mil metros quadrados de área construída e mais de 260 leitos, entre eles 10 leitos na UTI Coronariana e 20 leitos na UTI Geral. Para atender a demanda o hospital conta com uma equipe formada por cerca de 1.200 funcionários, um corpo clínico de 365 médicos e diversos profissionais terceirizados. Apresenta uma média anual de 15 mil internações e um percentual em torno de 70% de pacientes SUS atendidos em

seu serviço de emergência (ACSC, 2020b).

TABELA 4 - Número de leitos por setor no HSI

Leitos	Leitos Existentes	Leitos SUS
Cirurgia Geral	122	60
Clinica Geral	107	105
UTI Adulto - Tipo III	20	20*
UTI Adulto - Tipo II	10	4*
Obstetrícia Cirúrgica	21	1
Pediatria Clínica	5	3
Total Geral (menos complementar)	260	169

FONTE: Adaptado de Ministério da Saúde – CNES/DATASUS (2019)

O hospital conta com um convênio de prestação de serviço junto a Secretaria de Estado da Saúde (SES), o qual se compromete a destinar o mínimo de 60% dos seus atendimentos dia ao SUS, em contrapartida o Estado fica incumbido de realizar transferência de recurso financeiro para auxiliar no custeio e manutenção dos serviços de saúde no valor de R\$ 3.396.619,50 (três milhões trezentos e noventa e seis mil seiscentos e dezenove reais e cinquenta centavos) mês (HOSPITAL SANTA ISABEL, 2020).

CLASSIFICAÇÃO DA PESQUISA

Quanto aos fins, trata-se de uma pesquisa descritiva, uma vez que buscou analisar o impacto gerado pela desospitalização precoce nos hospitais, assim como a efetividade do SAD na prestação desse serviço e o impacto financeiro que isto gera para o SUS. Conforme Gil (2007) a pesquisa descritiva tem por finalidade expor determinado fato com o objetivo de aprofundar a sua compreensão sobre a realidade estudada. Objetivo esse buscado neste estudo quando o mesmo almeja descrever o número alcançado pelo SAD na prestação desse tipo de atendimento assim como o impacto que isso acarreta na disponibilização de leitos SUS. E quanto aos meios Gil (2007, p.147) coloca que:

Para fins de pesquisa científica são considerados documentos não apenas os escritos utilizados para esclarecer determinada coisa, mas qualquer objeto que possa contribuir para a investigação de determinado fato ou fenômeno. Assim, a pesquisa documental tradicionalmente vale-se dos registros cursivos, que são persistentes e continuados.

Descrição essa que vai de encontro ao método que foi utilizado para embasar este estudo, pois os dados coletados foram retirados do prontuário médico dos pacientes, assim como de tabelas encaminhadas tanto pelo HSA quanto pelo HSI. Foram obtidas também informações junto ao setor de controle e avaliação da prefeitura de Blumenau e extraído indicadores da plataforma CNES. Constatando-se então que se trata de uma pesquisa descritiva

que se utiliza de registros estatísticos e registros escritos fornecidos por instituição governamental (GIL, 2007).

DELIMITAÇÃO DO UNIVERSO DA PESQUISA

A população alvo deste estudo foram os pacientes atendidos pelo Serviço de Atenção Domiciliar de Blumenau, o qual é composto por 3 equipes de atendimento (composta cada uma por um médico, um enfermeiro, um fisioterapeuta e três técnicos de enfermagem) e uma equipe de apoio (composta por um nutricionista, um psicólogo, um fonoaudiólogo e dois assistentes sociais), essas equipes juntas atendem uma média de 70 pacientes por mês, podendo chegar a capacidade máxima de até 180 pacientes mês (BRASIL, 2012).

Para o desenvolvimento deste estudo, foi utilizada uma amostragem intencional, constituindo um tipo de amostragem não probabilística que segundo Prodanov e Freitas (2013, p. 98 e 99)

selecionar um subgrupo da população com base nas informações disponíveis, possa ser considerado representativo de toda a população[...] É o tipo mais simples de amostra não probabilística, já que o pesquisador se dirige intencionalmente a grupos de elementos dos quais deseja saber a opinião.

Para essa amostra foram selecionados dentre as várias comorbidades atendidas pelo SAD (como pacientes oncológicos, AVC, TCE, demência, entre outros) apenas os pacientes que obtiveram alta antecipada para realizar o término do tratamento com antibiótico no domicílio, encaminhados tanto do HSA quanto do HSI no período entre janeiro de 2019 a dezembro de 2019, gerando um total 36 pacientes, porém para a efetivação da pesquisa foram utilizados os dados de 29 pacientes. Uma vez que os pacientes descartados estavam apresentando dados incompletos, essas lacunas nas informações poderiam gerar informações duvidosas, podendo distorcer o resultado da pesquisa.

A necessidade dessa pesquisa surge devido à escassez de indicadores que evidenciem a real eficácia do processo de desospitalização precoce, e o que isso de fato acarreta na otimização dos recursos financeiros e de leitos hospitalares decorrentes desse método.

TÉCNICA DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

Conforme Provanov e Freitas (2013) os dados correspondem a todas as informações necessárias ao pesquisador no desenvolvimento de uma pesquisa. Esse levantamento de dados pode ser realizado de duas formas: utilizando fonte de dados primários, caracterizados como

pesquisa documental por utilizar fonte de dados restrita a documentos elaborados “no momento em que o fato ou fenômeno ocorre, ou depois” (LAKATOS; MARCONI, 2001 p. 174).

Já a pesquisa que utiliza fonte de dados secundários é trágada por dados já disponíveis em revistas, artigos científicos, livros, entre outros, caracterizando como pesquisa bibliográfica a que utiliza como apoio exclusivo esse tipo de coleta de dados. Ainda segundo Lakatos e Marconi (2001, p.183) os dados secundários “proporcionam o exame de um tema sob novo enfoque ou abordagem, chegando a conclusões inovadoras”.

Este estudo utilizou como estratégia de pesquisa a análise de arquivos particulares oriundos de instituições de ordem pública (SAD e Serviço de Controle e Avaliação do município de Blumenau). Para obter estes dados e poder utilizá-los na pesquisa, foi solicitado junto a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) de Blumenau a autorização para desenvolvimento de pesquisa em campo dentro de setores da SEMUS, o qual se encontra em anexo neste trabalho. Também foram utilizados arquivos de instituições de ordem privadas (HSA e HSI), utilizando a coleta de dados secundários para o desenvolvimento da pesquisa.

Para Gil (1999) a pesquisa documental torna-se particularmente importante para detectar mudanças na população, na estrutura social, nas atitudes e valores sociais, assim como na obtenção de dados quando o problema de pesquisa requer muitas informações dispersas pelo espaço.

Os documentos solicitados ao SAD correspondem aos registros contidos no prontuário médico dos pacientes submetidos a desospitalização precoce para término do tratamento com antibioticoterapia no domicílio.

Através da análise desses prontuários foi possível obter dados como: data de início e fim do tratamento medicamentoso no domicílio; endereço completo do paciente para estipular a quilometragem de deslocamento entre o domicílio e o SAD; valor do combustível no período da coleta de dados e média de quilometragem mensal efetuada pelo veículo utilizado na prestação desse serviço (para calcular o custo de deslocamento); o hospital de origem do encaminhamento; quantas vezes por dia foram administradas as medicações; qual a via de acesso utilizada na administração do medicamento; quais os materiais utilizados no preparo e administração do antibiótico; quais os profissionais envolvidos na realização do procedimento, (para estipular a média hora profissional); valor salarial recebido pelos profissionais que atuaram na prestação desse serviço (para estipular o custo da mão de obra).

A obtenção de dados junto ao HSA, HSI e ao Serviço de Controle e Avaliação ocorreu através da solicitação da AIH de cada paciente, documento este que auxiliou na extração dos seguintes dados: valor da diária de cada paciente; custo da AIH de cada paciente; valor

repassado aos hospitais pelo SUS referentes a cada AIH e quantidade de dias de desospitalização precoce proporcionados em decorrência da antecipação de alta.

Após a obtenção desses dados os mesmos foram tabulados em planilha do Excel e transformados em gráficos no PowerBi, auxiliando na obtenção de respostas às questões de pesquisa.

Com o intuito de preservar a identidade e o sigilo médico dos pacientes estudados, os dados foram armazenados utilizando a classificação dos pacientes como P1, P2, P3 P29, em virtude de preservar suas identidades. Só foram coletados dados relevantes ao tema problema da pesquisa, não se adentrando a histórico clínico, evolução e prescrição médica, levando em consideração as questões éticas envolvidas.

LIMITAÇÕES DA PESQUISA

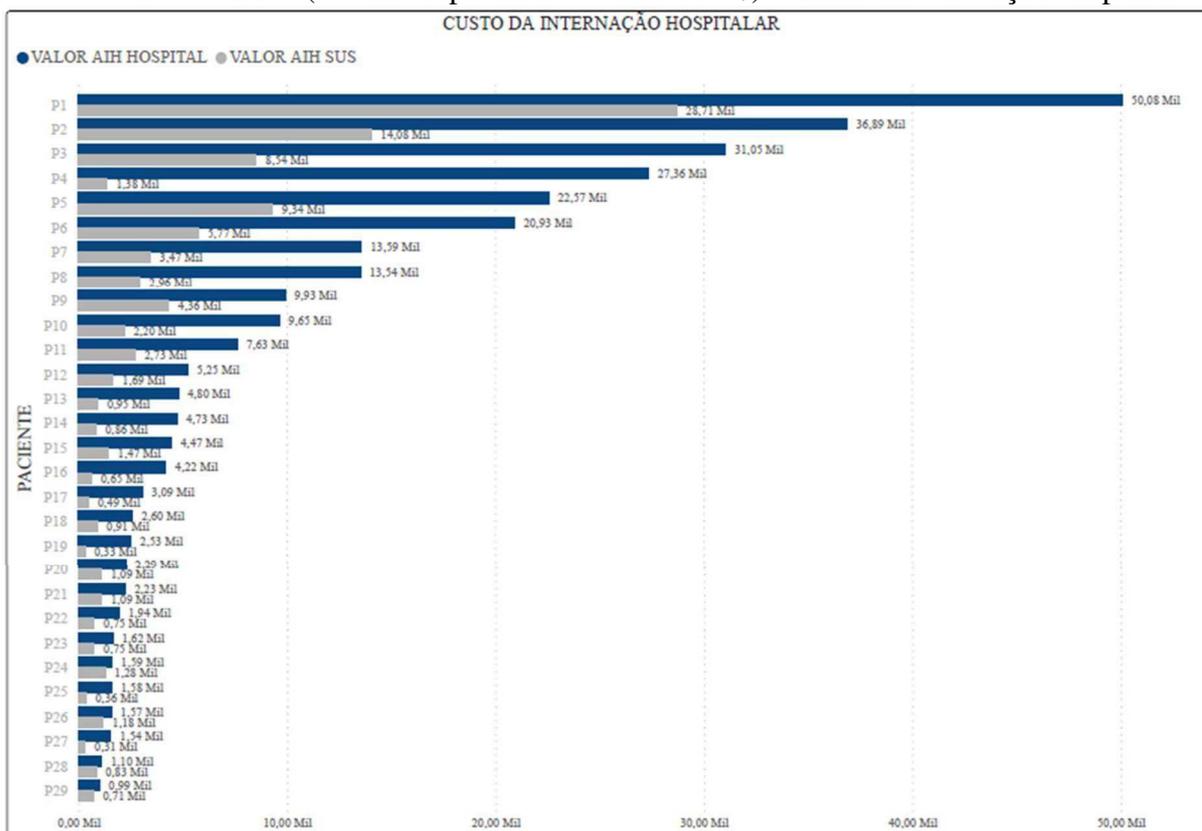
No presente estudo, alguns aspectos apresentaram limitações, como o levantamento dos insumos gastos na preparação do antibiótico com seu real custo, que será demonstrado apenas como aproximado, devido à falta de padronização na preparação e realização do procedimento. Os repasses efetuados pelo Governo Federal e Estadual ao hospital Santo Antônio e Santa Isabel não foram demonstrados por dotação específica e sim através de bloco de repasse, devido à dificuldade em se obter essa informação individualizada. Foram excluídos os encaminhamentos de pacientes que utilizaram antibiótico fornecido pela rede de atenção básica e os que apresentavam inconsistência de dados.

A escolha do ano para a realização desse estudo também foi considerada uma das delimitações vivenciadas nessa pesquisa, pois não foi possível realizar este estudo com os dados do ano de 2020 tendo em vista a ocorrência da pandemia ocasionada pela COVID-19. Acontecimento que gerou a suspensão das buscas ativas realizadas pelo SAD nos hospitais pesquisados e conseqüentemente a interrupção das altas especiais para o tratamento de antibioticoterapia no domicílio, não sendo possível coletar dados do ano de 2020.

4 RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS DA PESQUISA

O Gráfico 1 demonstra que existe uma grande discrepância entre o valor despendido pelo SUS para custear o tratamento dos 29 pacientes em relação ao que foi gasto pelo hospital Santo Antônio e Santa Isabel, quanto na diferença de custo individualizado de cada paciente.

GRÁFICO 1 (Mil corresponde a milhares de R\$) – Custo da internação hospitalar



Fonte: Elaborado pelo autor (2021)

Observando o custo de cada AIH gerada pelo hospital e este comparado com o quanto o SUS repassa para custear essa internação é possível verificar que o P24 custou para o hospital R\$ 1.594,00 (mil quinhentos e noventa e quatro reais) e o SUS repassou R\$ 1.279,00 (mil duzentos e setenta e nove reais) para custear essa internação, cobrindo 80% do valor total do tratamento, porém o P4 custou para o hospital R\$ 27.359,00 (vinte e sete mil trezentos e cinquenta e nove reais) e o SUS repassou apenas R\$ 1.383,00 (mil trezentos e oitenta e três reais) para custear essa internação, ou seja apenas 5% do custo total do tratamento. Isso ocorreu porque o SUS trabalha com convênios para prestar atendimento hospitalar, os hospitais que aceitam firmar contrato com a rede pública, caso do HSI e HSA, recebem o pagamento de sua produção através do modelo de pagamento por procedimento, ou seja, acatam os valores estabelecidos pelo MS para cada procedimento contemplado na tabela SIGTAP (CÂMARA

DOS DEPUTADOS, 2019).

O P1 ficou 35 dias internado por infecção bacteriana não especificada, enquanto o P29 permaneceu 1 dia internado por pneumonia, essa diferença de patologia requer tratamentos totalmente distintos e custo individualizado, estando condicionado à complexidade e ao tipo de tratamento. Enquanto alguns pacientes demandam pouco tempo de tratamento, existem pacientes com complicações severas que exigem cuidados mais específicos e permanência maior no hospital, desencadeando essa grande variação de custo de um paciente para outro (KOS, 2015). Cada patologia consta na tabela do SIGTAP com valor já fixado para o hospital realizar o tratamento, o qual engloba todos os procedimentos, exames, tipo de leito e quantidade de diárias cobertas pelo SUS, aqueles procedimentos realizados pelo hospital que não estão contemplados nessa patologia, ou aqueles procedimentos declarados de forma errônea não são pagos.

Os prestadores de serviço alegam que a tabela SIGTAP sofreu poucos reajustes desde sua criação, a qual apresenta um problema grave de defasagem. Segundo o Conselho de Medicina essa discrepância pode chegar a mais de 90% em relação à inflação. (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2019). No entanto, não é possível se basear apenas nesses valores transferidos para o hospital custear o tratamento dos pacientes, sem antes ponderar que os mesmos recebem várias outras contrapartidas da União, Estados e municípios, seja através de subsídios fiscais, incentivos, aporte, transferências de recursos para manutenção e custeio ou subsídios de compensação.

Um dos incentivos realizados pela União ocorre através de Redes Temáticas de Atenção à Saúde (Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências - RUE, Rede de Atenção Psicossocial - Raps, Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência e a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas), os valores repassados são incorporados nos limites de MAC estaduais e municipais para financiamento das ações dos hospitais que aderiram a essas redes, caso do HSA e HSI (BRASIL, 2014b).

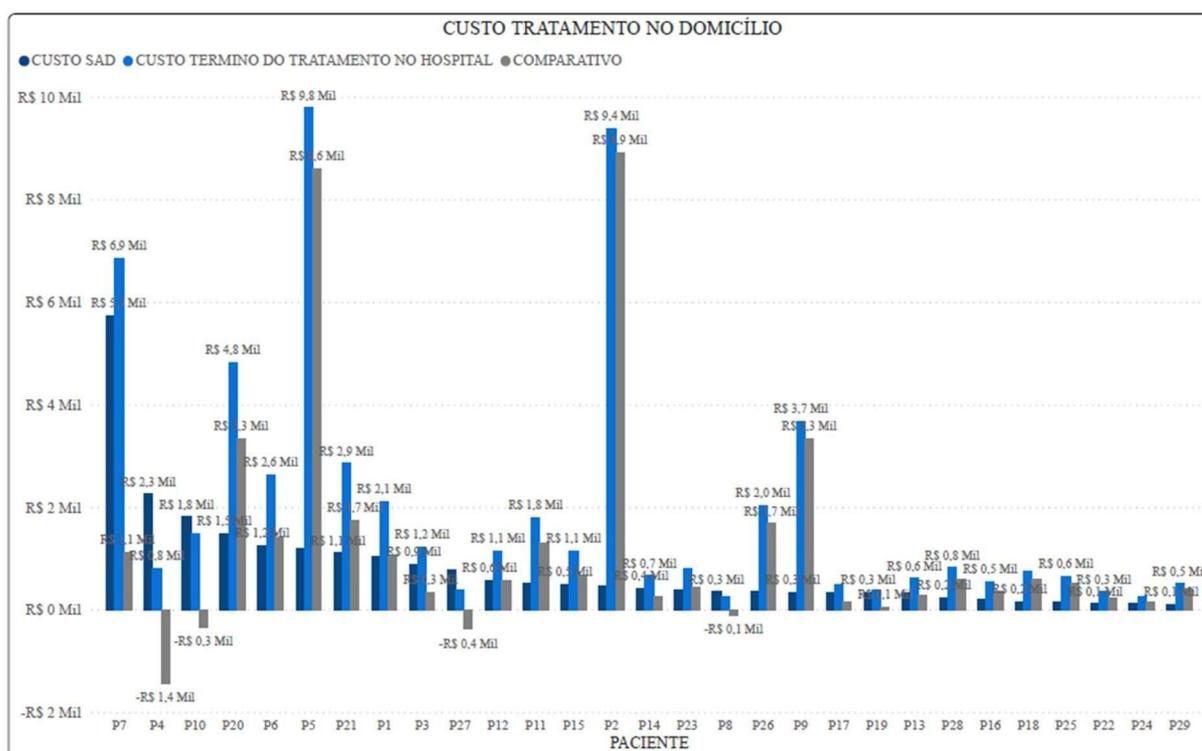
“No ano de 2009, as transferências de recursos federais do SUS para média e alta complexidade no Brasil representaram R\$ 25,3 bilhões” (BRASIL, 2011a, p.16). Já o Estado realiza aporte através de convênios hospitalares, como o da Política Hospitalar Catarinense, que no ano de 2019 repassou R\$ 303.750.000,00 (trezentos e três milhões setecentos e cinquenta mil reais) para auxiliar na manutenção e custeio das instituições Hospitalares conveniadas, caso do HSA e HSI. (SANTA CATARINA, 2019).

O município também aloca recursos para os hospitais, uma dessas formas é através de subvenções, as quais são financiadas por recursos próprios do município ou através de emendas

parlamentares. No ano de 2019, o município de Blumenau realizou o aporte de R\$ 13.132.000,00 (treze milhões cento e trinta e dois mil reais) através de subvenção social para custeio e manutenção do HSI e HSA (BLUMENAU, 2019). Somente o HSA recebeu no ano de 2017 a isenção de R\$ 8.894.877,00 (oito milhões oitocentos e noventa e quatro mil oitocentos e setenta e sete reais) de desobrigação previdenciário (RAITZ, 2018). O HSI recebe mensalmente do Estado o valor de R\$ 3.396.619,50 (três milhões trezentos e noventa e seis mil seiscentos e dezenove reais e cinquenta centavos) para auxiliar no custeio e manutenção dos serviços de saúde (HOSPITAL SANTA ISABEL, 2020).

O Gráfico 2 demonstra o custo que o SAD teve para realizar o término do tratamento com antibiótico no domicílio, assim como o quanto custaria para o SUS se esses pacientes tivessem continuado seu tratamento no hospital. Comparando esses dados é possível analisar quais desses pacientes seriam mais viáveis financeiramente para o SUS ter mantido no hospital para término do tratamento em vista a ter realizado a desospitalização antecipada.

GRÁFICO 2 – Custo tratamento no domicílio



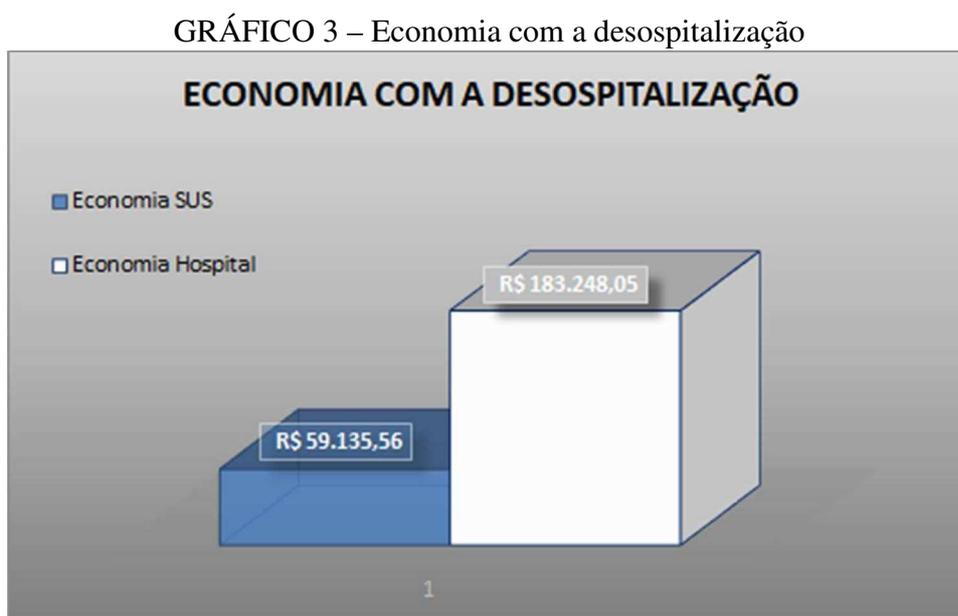
Fonte: Elaborado pelo autor (2021)

Analisando o gráfico pode-se observar que o P5 custou para o SAD realizar o tratamento no domicílio o valor de R\$ 1.185,00 (mil cento e oitenta e cinco reais) e se esse paciente continuasse seu tratamento na instituição hospitalar esse custo seria de R\$ 9.784,00 (nove mil setecentos e oitenta e quatro reais) para o SUS, ou seja, 726% mais caro terminar esse

tratamento do hospital. No entanto, existem pacientes que apresentam uma inversão nessa proporção como o P4, que custou para o SAD o valor de R\$ 2.252,00 (dois mil duzentos e cinquenta e dois reais) e se continuasse seu tratamento no hospital teria custado para o SUS R\$ 1.442,00 (mil quatrocentos e quarenta e dois reais), ou seja, um custo 56% menor.

Essa dissonância de valores ocorre primeiramente em relação ao quadro clínico do paciente, enquanto o P5 recebeu tratamento para infecção generalizada (septicemia) pós-transplante o P4 foi tratado para doença na articulação (artropatia), essa classificação reflete na quantidade de dias e demais procedimentos que estão englobados no valor que consta na tabela SIGTAP para custear essa patologia, ou seja, o P5 teve um percentual de 41% de transferência para os hospitais enquanto o P4 o SUS repassou 5%. Os quatro pacientes que se mostraram inviáveis para término do tratamento no domicílio (P4, P8, P10 e P27) estão entre os pacientes que apresentaram os menores valores de repasse de custeio do SUS aos hospitais.

O Gráfico 3 demonstra que os cofres públicos economizaram R\$ 59.135,56 (cinquenta e nove mil cento e trinta e cinco reais e cinquenta e seis centavos) com a desospitalização antecipada dos 29 pacientes, enquanto que os hospitais obtiveram uma economia de R\$ 183.248,05 (cento e oitenta e três mil duzentos e quarenta e oito reais e cinco centavos) encaminhando os pacientes para término do tratamento no domicílio, demonstrando que os hospitais obtiveram uma redução de custos 32% maior que a do SUS.



Fonte: Elaborado pelo autor (2021)

No entanto, é impróprio afirmar que o SUS economizou R\$ 59.135,56 (cinquenta e nove mil cento e trinta e cinco reais e cinquenta e seis centavos) pois o SAD é um programa que também é financiado pelo Governo Federal, o qual envia mensalmente R\$156.000,00 (cento e cinquenta e seis mil reais), para sua manutenção e custeio (SANTA CATARINA, 2019).

Na verdade, o que a AD proporciona não é uma redução de custos, e sim o uso mais adequado dos recursos. [...] Em última análise, pode-se afirmar que, com a AD, se gasta menos para fazer o mesmo pelo paciente com certas características. Assim, trata-se de uma otimização dos recursos, e não de usar menos recursos. (BRASIL, 2012, p.11).

O real propósito do SAD é gerar assistência mais humana e resolutiva, diminuindo internações desnecessárias e mantendo o cuidado do paciente no conforto de seu lar, próximo de seus familiares e amigos, sem ter que se desvincular destes para realizar seu tratamento em longos períodos de internação, trazendo o cuidado para o âmbito domiciliar ampliando a visão do cuidado na Atenção Primária. (BRASIL, 2020b)

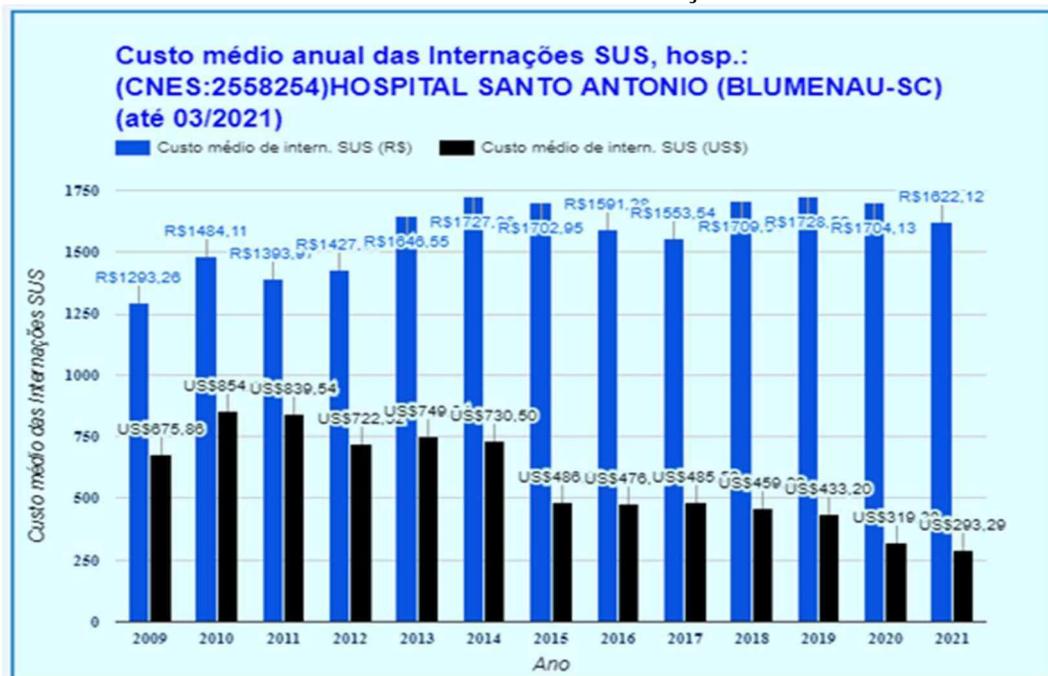
O valor do custo de internação repassado pelos hospitais analisados contemplam o custo da unidade em que o paciente estava internado e o custo de internação que contém: o gasto com materiais e medicamentos (inclusive o antibiótico liberado para término do tratamento no domicílio), os gastos fixos com procedimentos considerando os dias de internação e o valor da diária hospitalar.

Nesse cálculo, não estão contemplados os honorários médicos, a fisioterapia, os exames laboratoriais e os exames de imagem, porque esses valores são remunerados pelo SUS em forma de pacote, sendo eles de procedimentos cirúrgicos ou clínicos. Somando a AIH dos 29 pacientes, esses geraram um custo de R\$ 291.376,19 (duzentos e noventa e um mil trezentos e setenta e seis reais e dezenove centavos) para os hospitais estudados.

O valor médio que o HSA recebeu para custear a AIH dos 17 pacientes encaminhados para desospitalização precoce foi de R\$ 2.684,61 (dois mil seiscentos e oitenta e quatro reais e sessenta e um centavos).

O Gráfico 4 demonstra o valor médio anual que o SUS repassou por AIH para custear as internações realizadas no HSA no ano de 2019, totalizando uma média de R\$ 1.728,52 (mil setesentos e vinte e oito reais e cinquenta e dois centavos) (DATASUS, 2021).

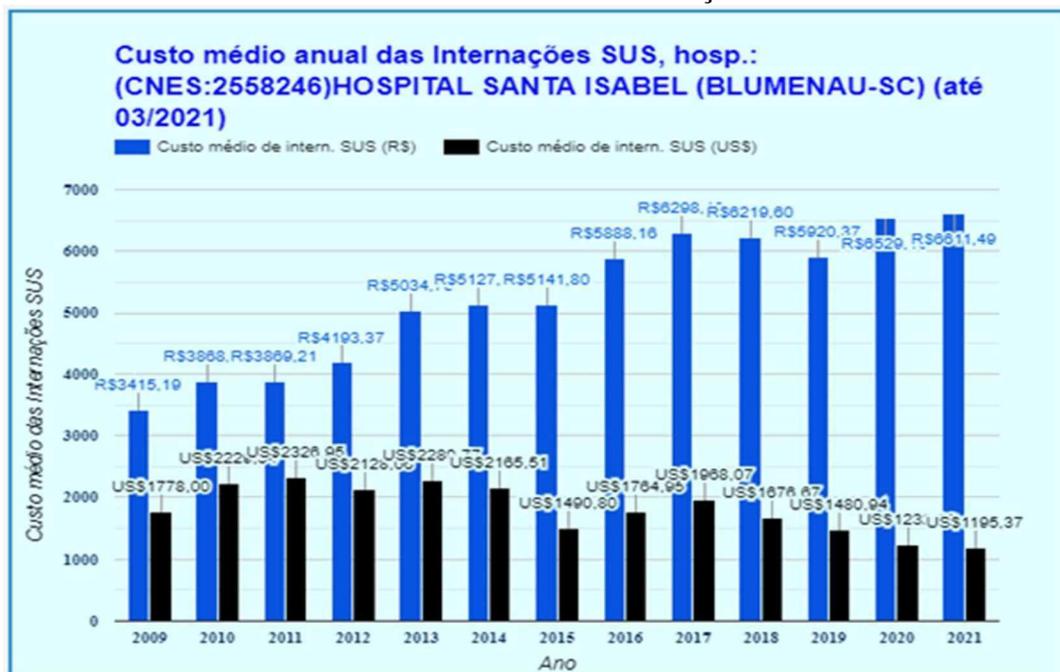
GRÁFICO 4 – Custo médio das internações SUS HSA



Fontes:DATASUS/SIHSUS (2021)

O Gráfico 5 demonstra o custo médio anual de internação no HSI. Analisando o HSI, os 12 pacientes que sofreram desospitalização precoce geraram um repasse médio de R\$ 4.467,84 (quatro mil quatrocentos e sessenta e sete reais e oitenta e quatro centavos) por AIH, enquanto que a média anual custeada pelo SUS no ano de 2019 ficou em R\$ 5.920,37 (cinco mil novecentos e vinte reais e trinta e sete centavos) (DATASUS, 2021).

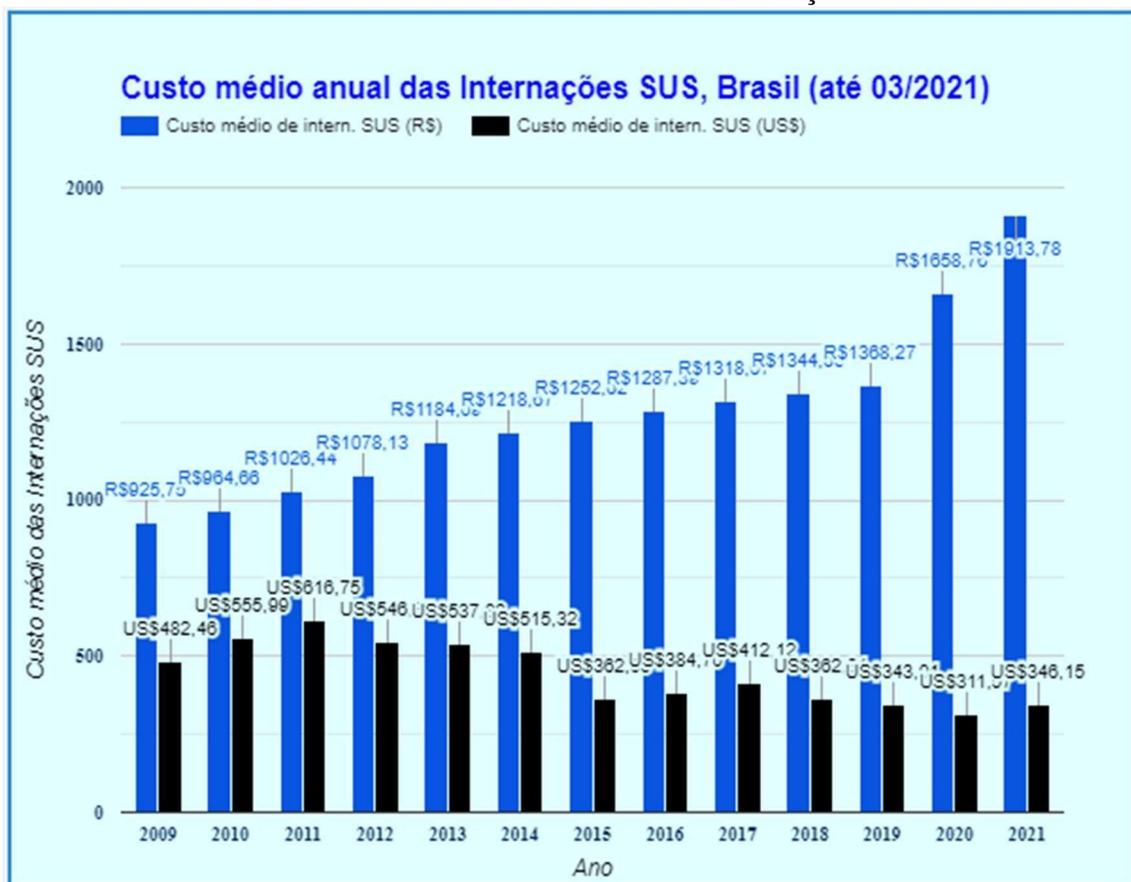
GRÁFICO 5 - Custo médio das internações SUS HSI



Fontes:DATASUS/SIHSUS (2021)

Segundo Oliveira 2016 apud Viana Filho; Niveiros Filho; Pássari (2018, p.5) “uma diária no exterior gira em torno de U\$ 90 dólares, aqui no Brasil, em um bom hospital, a diária chega a custar U\$ 500 dólares”. É possível notar que o valor médio das internações vem aumentando gradativamente, no período de 2009 a 2019 esse valor teve um reajuste de 48% conforme dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS). Uma das possíveis causas que explica esse crescimento é o aumento da complexidade do atendimento nas internações, ocasionadas pela elevada utilização de tecnologia que estão sendo agregadas aos procedimentos.

GRÁFICO 6 – Custo médio anual das internações SUS



Fontes: DATASUS/SIHSUS (2021)

Os hospitais vêm incorporando em seus atendimentos cada vez mais meios tecnológicos, o que acaba desencadeando altos custos para sua aquisição e manutenção. No entanto, é questionável até que ponto essa incorporação tecnológica agrega de fato resultados positivos na qualidade e prestação de atendimento para paciente, muitas vezes portadores de doenças crônico-degenerativas ou em fim de vida, pois apesar de sua utilização ser essencial não substitui a atuação do profissional de saúde.

O uso tecnológico de forma indiscriminada, além de fragmentar o atendimento pode acabar se tornando em alguns casos um meio fútil de prolongar o sofrimento e acabar acarretando no aumento de gasto hospitalar (BRASIL,2014a).

A consequência desse modelo de atenção, o chamado modelo médico hegemônico liberal ou modelo da medicina científica (SILVA, 2006), é o que gera a ineficiência, constatada nos crescentes custos gerados pela incorporação acrítica de tecnologias com uma contrapartida decrescente de resultados.

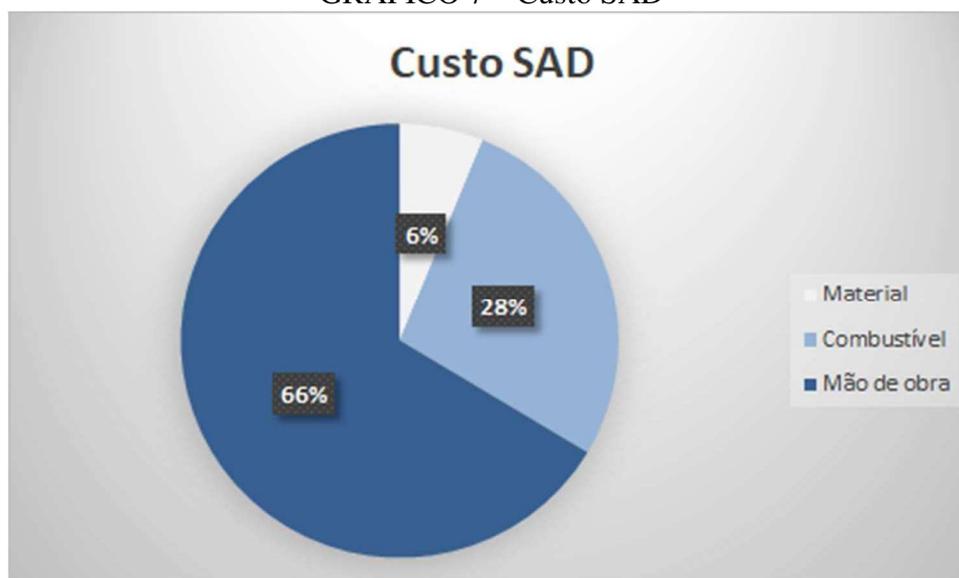
A manutenção da assistência centrada no hospital acaba por gerar, além da superlotação destes – ocupados, principalmente, por pessoas idosas com doenças crônico-degenerativas –, uma elevação dos custos da assistência à saúde e exposição do paciente a riscos, comprometendo a qualidade de vida e de saúde (BRASIL,2014a, p.56)

Para se descobrir o quanto custou para que o SAD realizasse esses atendimentos foram realizados os seguintes cálculos:

- A soma do valor hora dos profissionais que prestaram o atendimento, entre eles o motorista, enfermeiro e técnico de enfermagem. Nesse cálculo foi contemplado o valor de gratificação por desempenho de função pago para cada profissional, totalizando a média de R\$ 15.530,29 (quinze mil quinhentos e trinta reais e vinte e nove centavos) de mão de obra para realizar os 29 atendimentos;
- O custo do deslocamento desses profissionais até o domicílio, valor obtido multiplicando o valor do litro da gasolina pelos quilômetros rodados, totalizando R\$ 6.416,02 (seis mil quatrocentos e dezesseis reais e dois centavos) gastos com gasolina para realizar os 29 atendimentos;
- E a soma do valor gasto com os insumos utilizados no preparo e administração do antibiótico, totalizando R\$1.447,75 (mil quatrocentos e quarenta e sete reais e setenta e cinco centavos). Nesse cálculo não está presente o custo do antibiótico utilizado no tratamento, uma vez que é de responsabilidade do hospital disponibilizar este insumo, visto que o valor do antibiótico a ser realizado já foi repassado integralmente para o hospital.

O Gráfico 7 demonstra os três valores somados para se obter o custo total para que o SAD realizasse o atendimento aos 29 pacientes, totalizando de R\$ 23.394,10 (vinte e três mil trezentos e noventa e quatro mil e dez centavos). Contudo pode-se observar que mais da metade desse valor foi desembolsado para custear a mão de obra dos profissionais.

GRÁFICO 7 – Custo SAD



Fonte: Elaborado pelo autor (2021)

As despesas com pessoal abrangem a maior parte das receitas correntes líquidas das instituições públicas, somente no ano de 2010 as despesas com pessoal e encargos sociais representaram 75,9% dos gastos totais com saúde custeados com recurso próprio proveniente dos municípios, isso demonstra que apesar dos municípios investirem recursos na saúde, grande parte destes já está comprometidos para custear folha de pagamento (ARAÚJO; GONÇALVE; MACHADO 2017), causando uma rigidez orçamentária. “Por rigidez orçamentária entende-se o grau de liberdade que o gestor tem em alocar seus recursos segundo suas prioridades” (BRASIL, 2008, p.88).

Para evitar o comprometimento dos recursos foi instituída a Lei de Responsabilidade Fiscal – LRF, Lei Complementar nº101/2000, a qual determina medidas de controle para os gastos com funcionários públicos. Segundo essa lei, os gastos são limitados da seguinte maneira: 50% para a União, 60% para Estados e 60% para os municípios, caso o ente público exceda esse limite estará sujeito a várias penalidades. (BRASIL, 2000).

Os servidores públicos acarretam em uma mão de obra mais cara por muitas vezes se tratar de cargos de confiança, além de serem uma mão de obra selecionada mediante concurso público, tendo como principal atrativo justamente o salário. Mas, esse cenário de custo elevado com folha de pagamento não é exclusivo de instituições públicas, Blanski; Silva; Oliveira (2015, p.84) relatam que para os hospitais “a folha de pagamento é o grupo de maior representatividade de gasto, compreendendo em torno de 60% do total das despesas”, seguidos pelos contratos médicos, contratos administrativos e material/medicamento. Grande parte das subvenções municipais repassadas às instituições hospitalares conveniadas com o SUS também são utilizadas para pagar a folha de pagamento destas instituições.

Para os estados, as despesas com pessoal no ano de 2004 corresponderam a cerca de 30% dos gastos totais na área da saúde (BRASIL, 2008). Essa porcentagem de gasto é elevada porque os estados também auxiliam no custeio da folha de pagamento dos hospitais que detem convênio com o SUS, uma vez que os recursos da produção da tabela SIGTAP não abarca todas as despesas necessárias para o custeio e operacionalização dos hospitais. Sendo necessário uma contrapartida dos recursos do Estado (BLANSKI; SILVA; OLIVEIRA, 2015).

Referente à idade dos pacientes, ao analisar o Gráfico 8 é possível perceber que existem duas faixas etárias predominantes na desospitalização precoce, a primeira é de 0 até 10 anos de vida. Essa faixa etária representa 38% do total de encaminhamentos, sendo que 100% desses pacientes vieram encaminhados do HSA. Hospital com selo de amigo da criança e conveniado na Rede Cegonha, o HSA é referência materno/infantil na região de Blumenau, possuindo em suas instalações uma pediatria com 27 leitos, 10 leitos de UTI neonatal, 10 leitos de UTI pediátrica e um berçário (HOSPITAL SANTO ANTÔNIO, 2020).

Essa faixa etária tem número expressivo na desospitalização precoce por se tratar, em sua grande maioria, de internações por quadro infeccioso agudo de pneumonia, fato que facilita o manejo e o tratamento no domicílio. Outro ponto que promove uma desospitalização antecipada neste grupo é a contribuição para a diminuição dos riscos de infecções hospitalares ou ocorrência de eventos adversos, tendo em vista que quanto maior o tempo de internação maior a exposição e a probabilidade do paciente desenvolver outro foco infeccioso (BRASIL, 2020c).

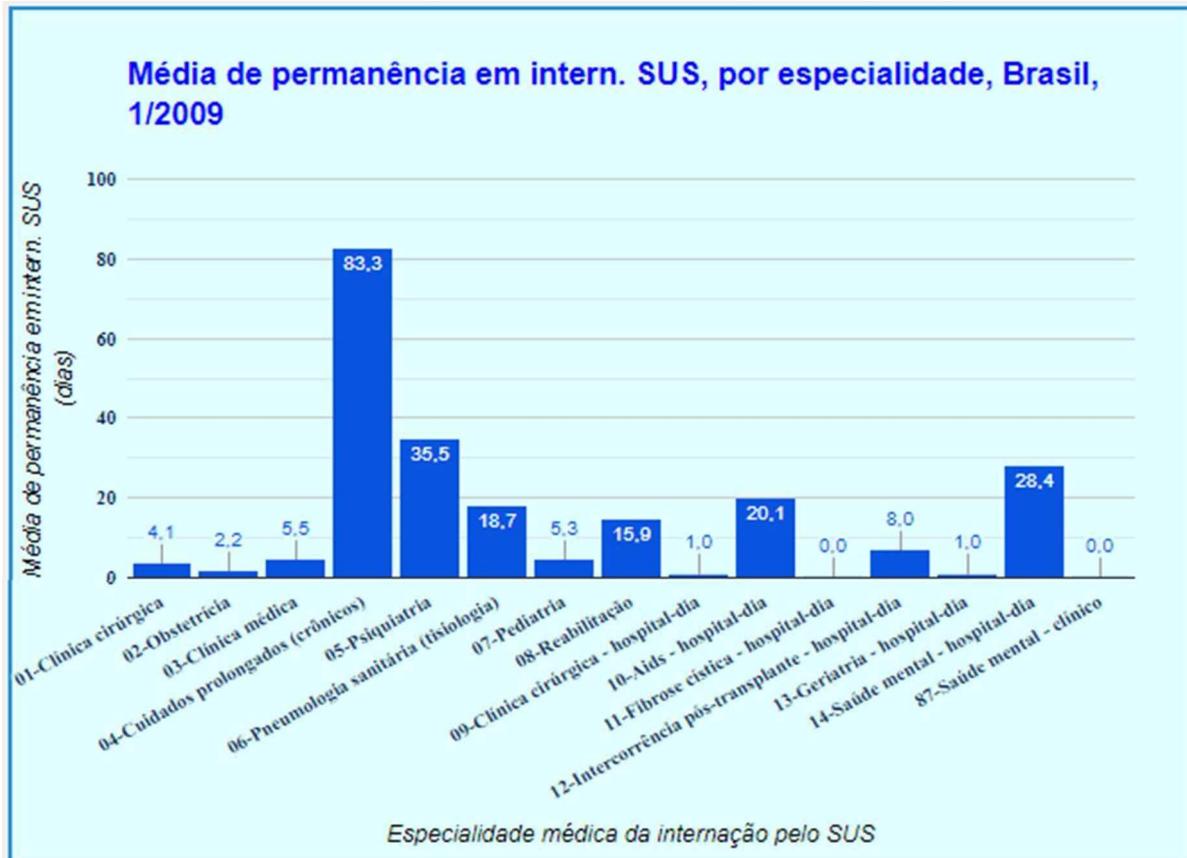
GRÁFICO 8 – Idade dos pacientes



Fonte: Elaborado pelo autor (2021)

A segunda faixa etária é formada por pacientes entre 65 a 85 anos, representando também 38% do total de encaminhamentos, sendo que 73% destes encaminhamentos se originaram no HSI. Esse grupo tem como característica o tratamento de patologias desencadeadas por doenças crônicas.

GRÁFICO 9 – Média de permanência em internação SUS, por especialidade



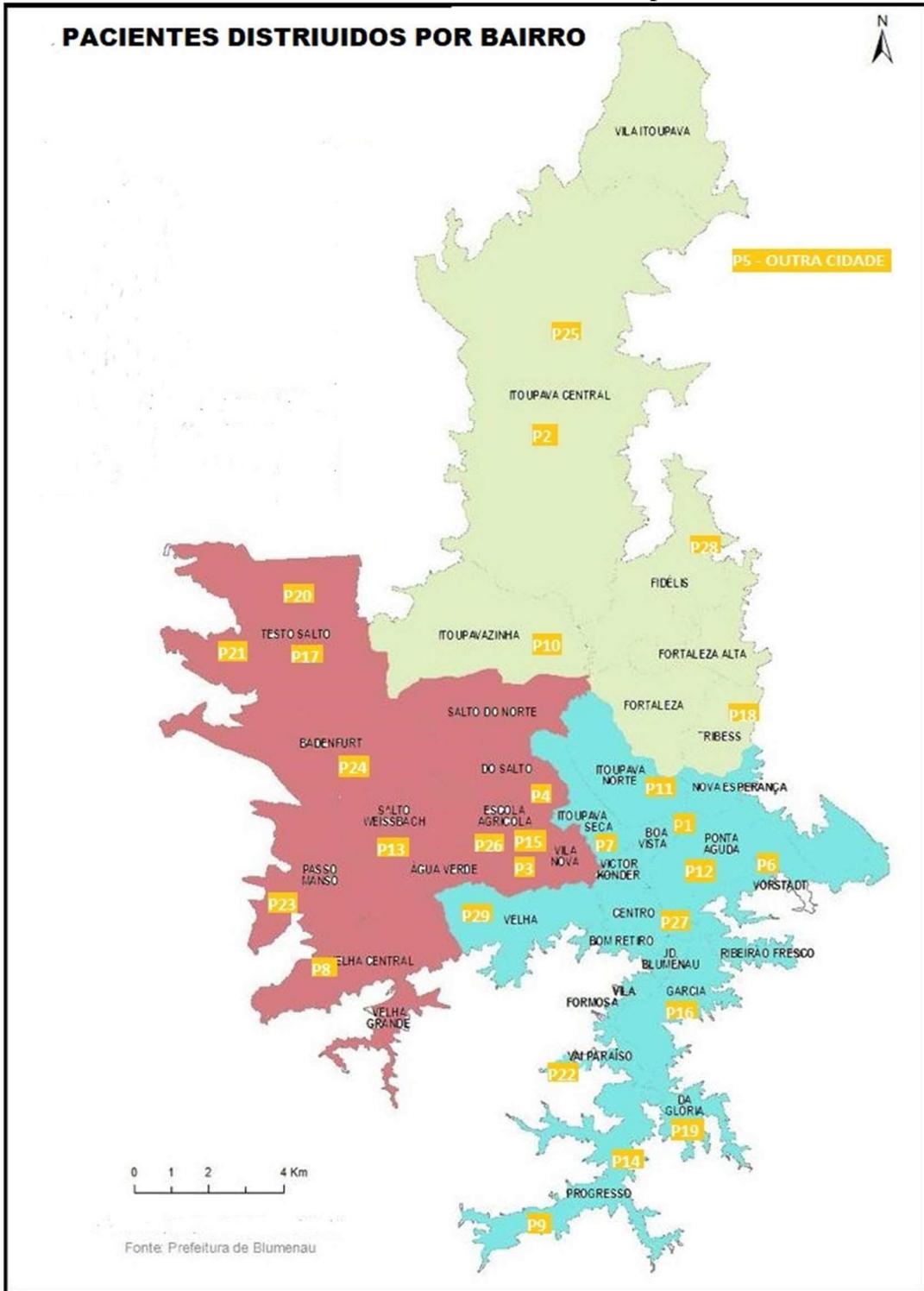
Fontes: DATASUS/SIHSUS (2021)

Com a mudança do perfil demográfico e epidemiológico a população está vivendo mais e envelhecendo em maior número, aumentando a faixa populacional de idosos. Hoje esse grupo representa o grupo populacional que mais consome recursos hospitalares, pois as internações são mais frequentes e prolongadas (IBGE, 2020).

As doenças crônicas representam 72% das causas de morte, sendo responsáveis por 60% dos ônus das patologias no mundo, tendo estimativa para o ano de 2020 de 80% das doenças nos países em desenvolvimento, sendo apontadas como as principais causas de internações prolongadas (BRASIL, 2013a, p. 5).

A Figura 2 demonstra a concentração por equipe de EMAD dos encaminhamentos, sendo possível observar que a EMAD I e II obtiveram uma quantidade de encaminhamentos muito equilibrada, enquanto a EMAD III, mesmo atuando em uma área muito maior, recebeu uma quantidade muito inferior de encaminhamentos. Desconsiderando os encaminhamentos que foram excluídos da pesquisa, a EMAD I realizou o atendimento de 12 pacientes para antibioticoterapia, a EMAD II realizou 11 atendimentos e a EMAD III apenas 6 atendimentos.

FIGURA 2 – Pacientes distribuídos por bairro



FONTE: Adaptado do Serviço de Atenção Domiciliar de Blumenau (2020)

Esse fato ocorre porque mesmo a EMAD III atuando em uma área de 89,45 Km² essa região apresenta uma densidade demográfica de 8.877 habitantes por Km² (Blumenau, 2021), já a EMAD I e II atendem a região central do município, que conseqüentemente apresenta uma densidade demográfica muito maior com uma média de 31.504,5 habitantes por Km², ou seja, uma densidade populacional de 22.627,5 habitantes por Km² maior do que o da EMAD III. Fica evidente que apesar da equipe três atuar na maior extensão territorial do município, com bairros localizados a 25 Km do centro da cidade, esses bairros são consistidos, em sua grande maioria, de região rural com baixa densidade demográfica, justificando a quantidade inferior de encaminhamentos (BLUMENAU, 2021).

A desospitalização precoce envolve três atores: os hospitais, o SAD e a rede básica de saúde. Analisando o tempo de internação em cada serviço foi verificado que a somatória do tempo de tratamento no hospital foi de 269 dias, já o número de dias em tratamento no domicílio representa o maior período de tempo, totalizando 277 dias. No entanto, não necessariamente todos esses dias de tratamento no domicílio foram realizados pelo SAD, isso ocorre devido a uma parceria existente entre as unidades da rede básica de saúde de Blumenau. Conforme preconizado pelo MS, as Rede de Atenção à Saúde (RAS) são de extrema importância para a promoção do cuidado porque esses “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010)

Os pacientes que têm condições de se locomover até sua unidade básica de saúde realizam seu tratamento por meio desta, e nos dias e horários que a unidade encontra-se fechada, como nos finais de semana e feriados, o SAD é responsável por esse atendimento dando suporte para as unidades de saúde. Portanto, dos 277 dias de tratamento no domicílio, apenas 210 destes foram realizados pelo SAD.

Analisando a Tabela 5, os dados de internação dos 29 pacientes, observou-se que a média de internação do HSI e HSA aproximou-se de 9,9 dias. Por sua vez, a média de tratamento domiciliar foi inferior, resultando em 9,6 dias. No sistema de informação hospitalar do SUS (SIH/SUS) o HSA no ano de 2019 registrou a média de 3,2 dias de internação hospitalar para um total de 16.490 pacientes atendidos naquele ano. Já o HSI registrou a média de 4,7 dias de internação hospitalar para um total de 10.677 pacientes institucionalizados no ano de 2019 (BRASIL, 2000d).

TABELA 5 – Média de permanência

Unidade	Média Permanência
HSA	6,4
HSI	13,4
SAD	7,2
Domicílio	9,6

Fonte: Elaborado pelo autor (2021)

Examinando a Tabela 6 observa-se que a média anual de dias em internação hospitalar foi de 3,95 dias, os quais foram comparados com os 9,6 dias de tratamento realizado no domicílio, sendo possível constatar através de uma fórmula matemática simples $\frac{x}{a} = \frac{y}{b}$ que a cada 9,6 dias de tratamento realizados no domicílio atendendo a um único paciente, este liberou 2,43 leitos/dias para os hospitais atenderem outros pacientes, ou seja, a desospitalização precoce promoveu uma otimização de 70,47 leitos/dias no ano de 2019 permitindo aos hospitais prestarem atendimento a 17,84 pacientes a mais.

TABELA 6 – Média de permanência SUS

MÉDIA DE PERMANÊNCIA EM INTERN. SUS, POR ESPECIALIDADE, MUN.:BLUMENAU-SC, 12/2019					
ESPECIALIDADE	MÉDIA DE PERMANÊNCIA EM INTERN. SUS.	TOTAL DE DIAS EM INTERN. SUS	TOTAL DE INTERNAÇÕES SUS	QTD AIH/INTERN.	QTD AIH.
01-Clinica cirúrgica	2,95 dias	3.284	1.114	1,12	1.244
02-Obstetrícia	2,36 dias	552	234	1,00	234
03-Clinica médica	4,84 dias	3.997	825	1,04	854
04-Cuidados prolongados (crônicos)	0,00 dias	0	0	0,00	0
05-Psiquiatria	5,43 dias	38	7	1,00	7
06-Pneumologia sanitária (tisiologia)	0,00 dias	0	0	0,00	0
07-Pediatria	5,15 dias	829	161	1,00	161
08-Reabilitação	0,00 dias	0	0	0,00	0
09-Clinica cirúrgica - hospital-dia	0,00 dias	0	0	0,00	0
10-Aids - hospital-dia	0,00 dias	0	0	0,00	0
11-Fibrose cística - hospital-dia	0,00 dias	0	0	0,00	0
12-Intercorrência pós-transplante - hospital-dia	0,00 dias	0	0	0,00	0
13-Geriatria - hospital-dia	0,00 dias	0	0	0,00	0
14-Saúde mental - hospital-dia	0,00 dias	0	0	0,00	0
87-Saúde mental - clínico	4,30 dias	258	60	1,00	60
TOTAL	3,73 dias	8.958	2.401	1,07	2.560

Fontes:DATASUS/SIHSUS (2021)

Especificamente falando do SAD, este liberou 1,82 leitos/dias, ou seja, a desospitalização precoce realizada somente pelo SAD promoveu uma otimização de 52,78 leitos/dias no ano de 2019, fato que permitiu aos hospitais realizarem o atendimento de 13,36 pacientes a mais. Se os hospitais utilizassem a capacidade total do SAD de atendimento de 180 pacientes mês, com encaminhamentos para desospitalização precoce, este geraria 327,6 vagas de leito/dia para os hospitais, e multiplicados por doze meses teríamos um potencial ano de desocupação de 3.931 leitos/dias, ou seja, haveria a possibilidade de 995 pacientes a mais serem atendidos em leito hospitalar, otimizando a capacidade de prestação de serviço das instituições hospitalares. Porém, em 2019 o número geral de pacientes atendidos pelo SAD foi de 70 pacientes/mês, demonstrando que houve uma subutilização do serviço.

Na verdade, o que o SAD proporciona não é uma redução de leitos, e sim uma otimização destes, “pois o leito, ao ser desocupado devido à possibilidade de o paciente ser cuidado no domicílio, não é desativado, sendo imediatamente ocupado por outro que realmente necessita dessa modalidade de atenção”. (BRASIL, 2012, p.11).

Foi possível observar que o impacto da desospitalização precoce ministrado pelo SAD ainda é singelo em comparação ao volume de pacientes institucionalizados, demonstrando que apesar de ser extremamente benéfico para os hospitais, estes ainda subutilizam os serviços do SAD, levando-se em consideração que o serviço tem uma capacidade mensal de atender uma média de 180 pacientes, sendo que no ano de 2019 esse percentual girou em torno de 70 pacientes mês, valor bem inferior à sua capacidade de plenitude produtiva. (BRASIL, 2012).

Para que o SAD consiga de fato impactar na otimização de custos e leitos se faz necessário uma melhor articulação entre o programa e a rede hospitalar. “É fundamental reformular o pensamento de que o hospital é o “melhor e único” local para o cuidar”(BRASIL, 2020c, p. 109). Este pensamento centrado no hospital só irá mudar com a elaboração de propostas e estratégias que demonstrem aos gestores que essa flexibilidade no tratamento pode auxiliar, e muito, a eficiência dos recursos que são escassos e a melhorar qualidade na prestação do serviço.

5 CONCLUSÃO

Analisando a real otimização de recurso e leitos acarretados pela desospitalização precoce ministrada pelo Serviço de Atenção Domiciliar, conforme preconizado pela Portaria nº2.527/2011 que o instituiu, o SAD veio para promover a liberação de leitos e fornecer a continuidade do tratamento no domicílio, proporcionando um atendimento mais humanizado e centrado no paciente. Buscou-se, neste trabalho, mensurar o quanto o serviço está sendo eficiente em implementar este processo de desinstitucionalização do paciente, assim como avaliar o impacto desse método para a rede hospitalar.

Fica evidente que na história a centralidade do cuidado sempre esteve atrelada ao âmbito hospitalar e na ciência curativa, ocasionando por vezes um cuidado mecânico, realizado de forma fragmentada, acarretando hospitalizações desnecessárias e provocando a ocupação de leitos de forma dispendiosa. Com o passar do tempo, essa percepção vem sofrendo alterações, principalmente nas últimas décadas começou-se a perceber o domicílio como espaço de produção de cuidado. As instituições hospitalares aos poucos também começam a perceber que com o atendimento continuado no domicílio de pacientes que se enquadram no desenvolvimento de tal tratamento, é possível desenvolver uma forma de melhorar a gestão da ocupação e promoção de leitos na rede pública de saúde, assim como melhorar o planejamento hospitalar e a gestão de seus recursos, que muitas vezes são escassos.

O Serviço de Atenção Domiciliar vem se mostrando um dos principais atores dessa mudança, transformando o tratamento em uma rede de cuidado onde o centro desse processo é o paciente. Com os dados apurados foi possível verificar que esse processo de trabalho proporcionou a liberação de 70 leitos/dia no ano de 2019, permitindo maior rotatividade destes nos hospitais estudados. Outro apontamento que também ficou evidente foi a otimização de custos, foi possível perceber que com a adoção deste processo os hospitais conseguiram uma redução significativa de seus custos, já para a rede pública de saúde não houve real economia financeira, porque os custos do SAD também são financiados pelo SUS. No entanto, não se pode utilizar essa prerrogativa para afirmar que o processo de desospitalização se torna inviável para a rede pública, pelo contrário, é um processo amplamente defendido no âmbito da saúde pública por promover a integralidade do cuidado, a otimização de leitos e por favorecer o processo na diminuição de empregabilidade do uso de tecnologias que não vão agregar real benefício no tratamento do paciente.

Referente aos custos hospitalares, alegam que os valores repassados pelo SUS estão defasados, acarretando em subfinanciamento da rede hospitalar, no entanto é importante

salientar que o financiamento da rede hospitalar não ocorre exclusivamente com verba federal, com repasse apenas dos valores que constam na tabela do SIGTAP. Esta rede também é financiada por entes federativos como os Estados e Municípios, através de convênios, contratos, subvenções, incentivos, aporte e transferência de recursos para sua manutenção e custeio (principalmente de folha de pagamento), além de isenções fiscais, demonstrando que por vezes os gestores hospitalares não conhecem os reais custos dos procedimentos que realizam, pois não possuem controle permanente dos seus gastos. É possível constatar que a melhora na eficiência da alocação de recursos é fundamental para promover a melhora na qualidade de seus gastos.

Apesar dos grandes avanços alcançados pelo SAD de Blumenau nesses 10 anos desde sua criação foi possível observar que este programa ainda está engatinhando na questão da desospitalização. É notório que para a rede hospitalar a desospitalização precoce é um instrumento de otimização de custos e leito, trazendo grande benefício para a rede hospitalar, no entanto é possível observar que esse processo vem ocorrendo de forma tímida dentro dos hospitais analisados. Isso ocorre devido a predominância do modelo hospitalocêntrico, onde este ainda é percebido como único meio de promover a cura. Demonstrando que se faz necessário um trabalho árduo com a gestão hospitalar, promovendo uma melhora na articulação do SAD com o hospital, proporcionando uma aproximação mais intensa para análise e discussão sobre os pacientes com potencial de desospitalização precoce.

REFERÊNCIAS

ABBAS, Katia. **Gestão de Custos em Organizações Hospitalares**. 2001. 138 f. Dissertação (Doutorado) - Curso de Engenharia de Produção, Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

ACSC. **Estatuto Social da Associação Congregação de Santa Catarina**. 2015 Disponível em: <http://www.santaisabel.com.br/upl/lai/LAI - Estatuto Social -03-02-2016 16-07-13.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2020a.

ACSC. **Hospital Santa Isabel SC**. Disponível em: <https://www.acsc.org.br/casas/hospital-santa-isabel-sc/>. Acesso em: 24 mar. 2020b.

BAUER, Martin W.; GASKELL, George. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Editora Vozes Limitada, 2017.

BIROCHI, Renê. **Metodologia de estudo e de pesquisa em administração**. Departamento de Ciências da Administração. Florianópolis. UFSC, 2017.

BLANSKI, Márcia Beatriz Schneider; SILVA, Christian Luiz; OLIVEIRA, Antonio Gonçalves. **Sistemas de custeio na gestão hospitalar**. Curitiba: Ed. UTFPR, 2015.

BLUMENAU. **Bairros**: Divisão Administrativa. 2021. Disponível em: <https://www.blumenau.sc.gov.br/secretarias/secretaria-de-desenvolvimento-urbano/pagina/historia-sobre-municipio/divisa-administrativa-bairros>. Acesso em: 14 mar. 2021.

BLUMENAU. Secretaria Municipal de Promoção da Saúde. **Convênio nº14/2019**. Convênio que entre si celebra o município de Blumenau - Secretaria Municipal de Promoção da Saúde/FMS, e a Associação Congregação de Santa Catarina visando a concessão de recursos financeiros a título de subvenções sociais, 2019.

BLUMENAU. Secretaria Municipal de Promoção da Saúde. **Convênio nº15/2019**. Convênio que entre si celebra o município de Blumenau - Secretaria Municipal de Promoção da Saúde/FMS, e a Fundação Hospitalar de Blumenau visando a concessão de recursos financeiros a título de subvenções sociais, 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. 1. ed. Brasília, v. 4: CONASS, 2011a.

BRASIL. Fundo Nacional de Saúde. **Gráfico comparativo por ano**. 2019b. Disponível em: <https://consultafns.saude.gov.br/#/comparativo>. Acesso em: 03 maio 2020.

BRASIL. **Gestão e Financiamento do Sistema Único de Saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília, CONASS, 2008.

BRASIL. **Lei Complementar nº 101**, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas volta das para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília: 5 maio 2000

BRASIL. Ministério da Fazenda. Secretário do Tesouro Nacional. **Aspectos Fiscais da Saúde**

no **Brasil.** 2018. Disponível em: <https://www.tesouro.fazenda.gov.br/documents/10180/318974/AspectosFiscaisSa%C3%BAde2018/a7203af9-2830-4ecb-bbb9-4b04c45287b4>. Acesso em: 11 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **CIHA**: Sistema de comunicação de informação hospitalar e ambulatorial. 2019c. Disponível em: <http://ciha.datasus.gov.br/CIHA/index.php?area=08&item=01>. Acesso em: 01 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de apuração de custos hospitalares**. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Atenção domiciliar no SUS**: resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_sus_resultados_laboratorio_inovacao.pdf. Acesso em: 02 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Introdução à Gestão de Custos em Saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle**. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Brasília, DF, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção A Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde**. 2020a. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Cabecalho_Reduzido_Compentencia.asp?VCod_Unidade=4202402558246. Acesso em: 07 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 1 v.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. **Manual de monitoramento e avaliação**: Programa Melhor em Casa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. **Manual técnico do Sistema de Informação Hospitalar**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007b. Série A. Normas e Manuais Técnicos.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. **Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde**. Brasília, Ministério da Saúde, 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos.

Departamento de Economia da Saúde. **Programa Nacional de Gestão de Custos: Manual Técnico de Custos - conceitos e metodologia.** Brasília. Editora do ministério da saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro. **Desospitalização: reflexões para o cuidado em saúde e atuação multiprofissional.** Brasília, Ministério da Saúde, 2020c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS). **Procedimentos hospitalares do SUS.** Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/qisc.def>. Acesso em: 03 de maio 2020d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 963**, de 27 de maio de 2013. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 101, p. 30 de 28 maio 2013b.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria n. 2029**, de 27 de outubro de 2011. Institui a atenção domiciliar no âmbito do sistema unico de saúde (SUS). Brasília, DF. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2029_24_08_2011.html. Acesso em: 03 dez. 2020e.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.527**, de 27 de outubro de 2011: Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. 28 out 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação Nº 6**, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos Recursos Federais para as ações e os serviços de saúde do sistema único de saúde. Brasília: 2016b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006_03_10_2017.html>. Acesso em: 02 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota técnica. **Descrição das variáveis disponíveis para tabulação.** Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sih/cxdescr.htm>>. Acesso em: 15 jan. 2020f.

CABRAL, Leane Lima Dias. **Qualidade percebida dos serviços hospitalares: uma avaliação utilizando o método dos Fatores Críticos de Sucesso e a escala SERVQUAL.** Recife: O Autor, 2007.

CÂMARA DOS DEPUTADOS, Comissão de Seguridade Social e Família. **Grupo de trabalho destinado a discutir a tabela SUS: relatório final. RELATÓRIO FINAL.** 2019. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cssf/arquivos/relatorio-final-do-gt-da-tabela-sus#:~:text=O%20financiamento%20da%20aten%C3%A7%C3%A3o%20especializada%20%C3%A9%20compartilhado%20por%20todos%20os%20entes%20federativos.&text=O%20componente%20FAEC%20tem%20a,transferidos%20ap%C3%B3s%20apura%C3%A7%C3%A3o%20da%20produ%C3%A7%C3%A3o..> Acesso em: 26 maio 2021

CARVALHO, Luis Claudio de. **A disputa de planos de cuidado na atenção domiciliar.** Rio de Janeiro: UFRJ, 2009.

CHING, Hong Yuh. Gestão baseada em custeio por atividades = ABM – Activity

Based Management. São Paulo: Atlas, 1997.

DAY, Beto Adalberto. **Hospital Santo Antônio**: in Blog: Adalberto Day. Blumenau, 27 maio 2011. Disponível em: <https://adalbertoday.blogspot.com/2011/05/hospital-santo-antonio.html>. Acesso em: 09 maio 2020.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GRUPO DE TRABALHO SOBRE REMUNERAÇÃO DOS HOSPITAIS. **Sistemáticas de remuneração dos hospitais que atuam na saúde suplementar**: conta aberta aprimorada / tabela compacta. São Paulo, 2012.

HOSPITAL SANTA ISABEL (Brasil). **Histórico**. Disponível em: <http://www.santaisabel.com.br/historia>. Acesso em: 24 mar. 2020.

HOSPITAL SANTA ISABEL (Florianópolis). **Convênio nº2019TR000841, que entre si celebra, por intermédio da secretaria de estado da saúde, com a interveniência da casa civil, e a associação congregação de Santa Catarina, mantedora do hospital Santa Isabel com sede no município de Blumenau**. Disponível em: http://www.santaisabel.com.br/upl/convenios/Termo_de_Convenio_2019TR000841-30-12-2019_12-18-17.pdf. Acesso em: 26 mar. 2020.

HOSPITAL SANTO ANTÔNIO (Blumenau). Fundação Hospitalar de Blumenau. **Histórico**. 2020. Disponível em: <http://www.hsan.com.br/o-hospital/historico/>. Acesso em: 09 maio 2020.

HOSPITAL SANTO ANTÔNIO. Fundação Hospitalar de Blumenau. **Estatuto social da fundação hospitalar de Blumenau – Hospital Santo Antônio**. Blumenau, SC, 31 mar. 2017. Disponível em: https://issuu.com/hsa3/docs/estatuto_2017_digitalizado. Acesso em: 10 maio 2020.

HOSPITAL SANTO ANTÔNIO. Fundação hospitalar de Blumenau. **Relatório social 2016**. 2016. Disponível em: https://issuu.com/hsa3/docs/relatorio_social_2016_hsa_finalizad. Acesso em: 10/05/2020.

IBGE-INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico do Brasil**. Santa Catarina: IBGE, 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/blumenau/panorama>>. Acesso em: 02 jan. 2020.

IBGE-INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Em 2018, expectativa de vida era de 76,3 anos**. Estatística Social, 2019. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/26104-em-2018-expectativa-de-vida-era-de-76-3-anos>>. Acesso em: 05 maio. 2020.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia e científica**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2001.

KOS, Sonia Raifuret *al.* **Repasse do SUS vs custo dos procedimentos hospitalares: é possível cobrir os custos com o repasse do SUS?**. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CUSTOS, 22.,

2015, Foz do Iguaçu.

KUDLAWICZ, Claudineia; CORBARI, Célia, Corbari. Custos na prestação de serviços: uma aplicação do custo por departamento em uma organização hospitalar. In: XVII CONGRESSO BRASILEIRO DE CUSTOS, 17., 2010, Belo Horizonte. **Anais CBC**. Belo Horizonte: Cbc, 2010. p. 1-16. Disponível em: <https://anaiscbc.emnuvens.com.br/anais/article/view/886/886>. Acesso em: 16 maio 2021.

MELO, Cristina Maria Meira de; VERDI, Débora Spalding; SILVA, Kênia Lara. **Monitoramento e avaliação de serviço de Atenção Domiciliar**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2017.

NOGUEIRA, Roberto Passos. A segunda crítica social da saúde de Ivan Illich. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 7, n. 12, p. 185-190, fev. 2003.

OECD (2002). **Fracati Manual**: Proposed standard practice for surveys on research and experimental development. OECD. Paris: OECD PublicationsService.

PARANHOS, Ranulfo; FIGUEIREDO FILHO, Dalson Britto; ROCHA, Enivaldo Carvalho da; SILVA JÚNIOR, José Alexandre da; FREITAS, Diego. Uma introdução aos métodos mistos. **Sociologias**, [S.L.], v. 18, n. 42, p. 384-411, ago. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/15174522-018004221>.

PRESTES, Andréa. **Manual do gestor hospitalar**. Organizadores: Andréa Prestes, José Antônio Ferreira Cirino, Rosana Oliveira e Viviã de Sousa. Brasília: Federação Brasileira de Hospitais, 2019.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. de. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

RAITZ, Sidnei. Actus auditoria independente. **Demonstração contábil em**: 31 de dezembro de 2017. Fundação Hospitalar de Blumenau. Hospital Santo Antônio. Blumenau, SC, 02 fev. 2018. Disponível em: https://issuu.com/hsa3/docs/balan_o_2017. Acesso em: 09 maio 2020.

REHEM, Tânia Cristina Moraes Santa Bárbara; TRAD, Leny Alves Bomfim. **Assistência domiciliar em saúde**: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, [s.n.], p. 231- 242, 2005. Suplemento.

RICHARDSON, R. J. *Pesquisa social: métodos e técnicas*. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

RINGENBERG, Sheila. **Proposta de elaboração de protocolo de atendimento de fisioterapia no serviço de atenção domiciliar de Blumenau**. 2018. 15f. Monografia (Especialização) - Curso de Especialização em Gestão em Saúde, Instituto Federal Catarinense, Blumenau, 2017.

ROCCHI, Carlos Antonio de. **Apuração de custos em estabelecimentos hospitalares**. *Revista Brasileira de Contabilidade*, Brasília, n. 41, p.19-27, 1982.

SANTA CATARINA, Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de planejamento, controle e avaliação. Gerencia de controle e avaliação de sistema de saúde. **Teto MAC mensal**:

Competência novembro de 2019. Santa Catarina: Secretaria de estado da saúde, 2019.
Disponível em:

<<http://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/programacao-pactuada-integrada-ppi/teto-financeiro-dos-municipios/teto-financeiro-mac-dos-municipios-2019>>. Acesso em: 03 jan. 2020.

SANTA CATARINA, Secretaria de Estado da Saúde. **Política hospitalar catarinense**. Aprovado Por Meio da Deliberação Nº 181/2019, de 22/08/2019, da Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Florianópolis, 2019.

SILVA JUNIOR, Aluísio Gomes da. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2006.

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

TANCREDI, Francisco Bernadini; BARRIOS, Susana Rosa Lopez; FERREIRA, José Henrique Germann. **Planejamento em saúde**. In: Planejamento em saúde. 1998. p. 61-61.

TEIXEIRA, Josenir. **Opiniões 4: A Saúde e o Terceiro Setor polemiza**. São Paulo: Josenir Teixeira Advocacia, 2018.

VERAS, Renato; PARAHYBA, Maria Isabel. O anacronismo dos modelos assistenciais para os idosos na área da saúde: desafios para o setor privado. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 10, p. 2479-2489, 2007.

VIANA FILHO, José Ribeiro; NIVEIROS FILHO, Sofia Ines; PÁSSARI, Isis Augusta Araújo. GESTÃO DE CUSTOS HOSPITALARES: um estudo de caso no hospital santa casa de misericórdia e maternidade de rondonópolis: mt. **Controladoria, Gestão de Custos e Finanças**, [S.L.], p. 150-170, 27 dez. 2018. Antonella Carvalho de Oliveira. <http://dx.doi.org/10.22533/at.ed.22318271210>.

ZANELLA, Liane Carly Hermes. **Metodologia de pesquisa**. 2. ed. reimp. Florianópolis, Departamento de Ciências da Administração, UFSC, 2013.

ANEXO I

ETSUS BLUMENAU
"DR. LUIZ EDUARDO CAMINHA"

PREFEITURA
BLUMENAU

ETSUS BLUMENAU - DR. LUIZ EDUARDO CAMINHA
Rua Dois de Setembro 1510 - Itoupava Norte - 89052-000
Fone: (47) 3322-4271

**FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO DE PESQUISA EM CAMPO,
DENTRO DE SETORES DA SEMUS.**

Observação: Este formulário destina-se a todos os alunos da Graduação ou Pós Graduação que desejam desenvolver pesquisa nos Ambulatórios, ESFs e demais setores da Secretária Municipal de Saúde de Blumenau, o mesmo deverá ser entregue via e-mail juntamente com a cópia do projeto. O formulário deve ser devidamente preenchido (digitado), com no mínimo 20 dias de antecedência da apresentação para o Comitê de Ética da Instituição de Ensino. Após a conclusão do trabalho, enviar uma cópia para o email: capacitacao.etsus@blumenau.sc.gov.br

<p>Título do trabalho: Análise de Custo de Pacientes em Tratamento com Antibióticoterapia no Domicílio.</p> <p>Acadêmico(a): Claudia da Silva Thomaz</p> <p>Curso: Administração Pública</p> <p>Orientador(a): Mário de Souza Almeida</p> <p>Tipo de trabalho: (x) Trabalho de Conclusão de Curso () Dissertação () Monografia</p> <p>Instituição vinculada: Polo de Indaial.</p> <p>Curso Origem: UFSC.</p> <p>Objetivo geral do trabalho: O objetivo geral desse estudo é analisar o impacto financeiro de pacientes em uso de antibioticoterapia cadastrados no SAD de Blumenau no período compreendido ao ano de 2019.</p> <p>Objetivo Específico:</p> <p>a) Mensurar o custo do paciente em tratamento com antibioticoterapia cadastrado no SAD;</p> <p>b) Realizar um estudo comparativo de pacientes em tratamento de antibioticoterapia encaminhados pelos hospitais Santo Antônio e Santa Isabel para o serviço de atenção domiciliar;</p> <p>c) Descrever a taxa de desocupação de leitos alcançada através da desospitalização precoce, realizada pelo SAD Blumenau.</p> <p>Metodologia da Pesquisa: Trata-se de estudo descritivo determinadamente quantitativo, de caráter retrospectivo utilizando amostras não probabilísticas censitárias, desenvolvido junto ao Serviço de Atenção Domiciliar – SAD do município de Blumenau. Os dados serão coletados através de levantamento documental do prontuário dos pacientes, encaminhados pelo Hospital Santo Antônio e Hospital Santa Isabel para continuidade do tratamento com antibioticoterapia no domicílio, no período de (janeiro/2019 a dezembro/2019).</p> <p>Para a coleta de dados dos materiais empregados no tratamento desses pacientes e respectivos custos, será elaborado um instrumento composto de três partes. Na parte I tem-se o registro de dados do paciente como: tipo de antibiótico utilizado no tratamento, número de dias do tratamento e tipo de acesso utilizado na administração do antibiótico; na parte II, a identificação do custo diária do paciente, contemplando quantidade de material utilizado no tratamento e número de dias de desospitalização antecipada; e, na parte III o custo envolvido no deslocamento da equipe para a prestação do serviço contendo: o custo total do combustível, o valor hora do profissional que irá prestar o atendimento e a quilometragem total do deslocamento para a prestação do atendimento.</p> <p>Para cálculo do custo será elaborada uma listagem com os retrospectivos pacientes atendidos no ano de 2019 e os respectivos medicamentos utilizados e encaminhado via e-mail para o setor de faturamento de ambos os hospitais, com a solicitação do valor unitário (em reais) da diária/medicação, de cada um dos pacientes. Após foi levantado junto ao SAD o valor da hora do profissional, a distância percorrida custo do combustível e custo da diária</p>

Rua Dois de Setembro, 1510 - Itoupava Norte
Blumenau/SC - CEP: 89052-000
E-mail: capacitacao.etsus@blumenau.sc.gov.br

da internação domiciliar. Os dados foram coletados, organizados e armazenados em banco de dados formato Excel.

Termo de Compromisso

Comprometo-me após a realização da pesquisa, encaminhar um relatório final contendo com a produção científica vinculada a referida pesquisa para o SEGES.

Blumenau, ____ / ____ / ____

(Nome completo)

CAMPO DESTINADO A GERENCIA OU COORDENAÇÃO DO SERVIÇO

Data / recebimento: 27/11/19

- Aprovo a execução / aplicação do trabalho em questão.
 Aprovo parcialmente a execução / aplicação do trabalho em questão.
 Indeferido a execução / aplicação do trabalho em questão.

Motivo: Importante para sobermos impactos na eficiência do tratamento e financeiro.

Data / encaminhamento: 27/11/19

Assinatura e carimbo: _____


Edira Fátima Fernandes
Coordenação Municipal de
Atenção Básica
Matrícula: 230587

CAMPO DESTINADO A DIRETORIA

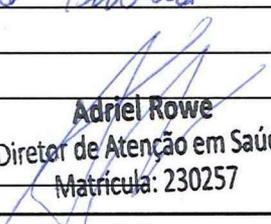
Data / recebimento: 29/11/19

- Aprovo a execução / aplicação do trabalho em questão.

Motivo: Tema relevante à Saúde Pública.

Data / encaminhamento: 29/11/19

Assinatura e carimbo: _____


Adriel Rowe
Diretor de Atenção em Saúde
Matrícula: 230257

Rua Dois de Setembro, 1510 - Itoupava Norte
Blumenau/SC - CEP: 89052-000
E-mail: capacitacao.etsus@blumenau.sc.gov.br