



**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
ESCOLA DE SAÚDE DO EXÉRCITO
(Es Apl Sv Sau Ex / 1910)**

Cap. JOSÉ **CELESTINO** BORGES FILHO

**IMPLEMENTAÇÃO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR NO HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE
PORTO ALEGRE**

**RIO DE JANEIRO
2021**

Cap. JOSÉ **CELESTINO** BORGES FILHO

**IMPLEMENTAÇÃO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR NO HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE
PORTO ALEGRE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Escola de Saúde do Exército, como requisito
parcial para aprovação no Curso de
Aperfeiçoamento de Oficiais Médicos.

Orientadora: Maj. **Cláudia** de Andrade **Medeiros**

**RIO DE JANEIRO
2021**

CATALOGAÇÃO NA FONTE
ESCOLA DE SAÚDE DO EXÉRCITO/BIBLIOTECA OSWALDO CRUZ

B732i Borges Filho, José Celestino.
 Implementação do Serviço de Atenção Domiciliar no Hospital
 Militar de Área de Porto Alegre. / José Celestino Borges Filho. – 2021.
 25 f.
 Orientadora: Maj. Cláudia de Andrade Medeiros.
 Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) – Escola de
 Saúde do Exército, Programa de Pós-Graduação em Aplicações
 Complementares às Ciências Militares, 2021.
 Referências: f. 25.

1. ATENÇÃO DOMICILIAR. 2. HOME CARE. 3. EXÉRCITO
BRASILEIRO. I. Medeiros, Cláudia de Andrade (Orientadora). II.
Escola de Saúde do Exército. III. Título.

CDD 610.696

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial deste trabalho.

Cap. JOSÉ **CELESTINO** BORGES FILHO

**IMPLEMENTAÇÃO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR NO HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE
PORTO ALEGRE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Escola de Saúde do Exército, como requisito
parcial para aprovação no Curso de
Aperfeiçoamento de Oficiais Médicos.

Orientadora: Maj. **Cláudia** de Andrade **Medeiros**

Aprovada em 16 de Agosto de 2021.

COMISSÃO DE AVALIAÇÃO

Maj. **Cláudia** de Andrade **Medeiros**
Orientadora

Cap. Otávio **Augusto** Brioschi Soares
Avaliador

2º Ten. **Fernanda** Vieira Costa **Orlandini**
Avaliadora

*Ao meus amados familiares,
pelo incentivo e amor em todos
os meus projetos de vida!*

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora Dra. Cláudia de Andrade Medeiros por ajudar a trilhar meu caminho no mundo acadêmico. Agradeço o suporte dos meus familiares para o êxito dessa jornada.

O homem não teria alcançado o possível se, repetidas vezes, não tivesse tentado o impossível.

Max Weber

RESUMO

Atenção domiciliar é uma nova modalidade de atenção à saúde integrada às seculares redes de atenção ambulatorial e hospitalar. Começou a ter importância histórica devido à transição demográfica e epidemiológica em nosso país. A nossa população vem envelhecendo e elevando as frequências de doenças crônicas não transmissíveis, cuja característica é desencadear um processo de incapacidade muitos anos antes de da morte. Estas pessoas com necessidades de cuidados de longo prazo acabam por sobrecarregar as redes de saúde existentes. A situação de hospitais sempre lotados e custos elevados na assistência forçou os gestores a pensar em ambientes alternativos de assistência a um custo racional. O presente estudo disserta sobre atenção domiciliar no âmbito do Exército Brasileiro. As bases históricas, legislações, portarias que permitiram o Hospital Militar de Área de Porto Alegre criar um Serviço de Atenção Domiciliar alternativo ao atendimento ambulatorial e hospitalar. Este trabalho pode comprovar que a auto-gestão de saúde em paciente em domicílio foi capaz de atingir o que se propôs. Ampliou o número de beneficiários atendidos de 32 em quatro de setembro de 2017 para 88 em quatro de setembro de 2019, um crescimento de 275% em dois anos. Da mesma forma foi capaz de reduzir a incidência de internações hospitalares em 14,48% em dois anos.

Palavras-chave: Assistência Domiciliar. Atendimento Domiciliar. Atenção Domiciliar. Exército Brasileiro. Hospital Militar de Área de Porto Alegre.

ABSTRACT

Home care is a new modality of health care integrated to the secular outpatient and hospital care networks. It began to have historical importance due to the demographic and epidemiological transition in our country. Our population has been aging and increasing the frequency of non-communicable chronic diseases, whose characteristics are to trigger a process of disability many years before death. These people with long-term care needs end up overloading existing health networks. The situation of always full hospitals and high care costs forced managers to think about alternative care environments at a rational cost. This study is a dissertation on home care within the Brazilian Army. The historical bases, legislation, ordinances that allowed the Porto Alegre Area Military Hospital to create a Home Care Service. This work can prove that self-management of health in patients at home was able to achieve what was proposed. It increased the number of beneficiaries served from 32 on September 4, 2017 to 88 on September 4, 2019, an increase of 275% in two years. Likewise, it was able to reduce the incidence of hospital admissions by 14.48% in two years.

Keywords: Home care. Brazilian army. Hospital Militar de Área de Porto Alegre.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Custo anual versus média de pacientes atendidos pelo Programa de Internação Domiciliar -----	21
Figura 2 –	Total de atendimentos domiciliares por ano versus incidência de internações hospitalares por ano -----	23

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Características da amostra acompanhada -----	19
Tabela 2 –	Diagnóstico médico principal que levou ao atendimento domiciliar -----	20

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD	Atendimento Domiciliar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CTI	Centro de Tratamento Intensivo
EB	Exército Brasileiro
FUSEx	Fundo de Saúde do Exército
HMAPA	Hospital Militar de Área de Porto Alegre
IH	Internação Hospitalar
OCS	Organizações Civis de Saúde
PAD	Programa de Atendimento Domiciliar Multiprofissional
PID	Programa de Internação Domiciliar
SSEx	Serviço de Saúde do Exército
SIGH	Sistema Integrado de Gestão Hospitalar
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	HISTÓRICO DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR.....	13
3	RELEVÂNCIA DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR.....	15
3.1	Importância da Assistência Domiciliar para o Exército Brasileiro e para o Hospital Militar de Área de Porto Alegre.....	15
4	METODOLOGIA.....	16
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	17
6	CONCLUSÕES.....	23
7	REFERENCIAS.....	24

IMPLEMENTAÇÃO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR NO HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE PORTO ALEGRE.

JOSÉ CELESTINO BORGES FILHO¹
CLÁUDIA DE ANDRADE MEDEIROS²

1. INTRODUÇÃO

Segundo a portaria 825 de 25 de abril de 2016 do Ministério da Saúde (Brasil, 2016), a atenção domiciliar é uma nova modalidade de atenção à saúde integrada às redes de atenção já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados.

Essa nova forma de praticar assistência à saúde tem ganhado importância porque atua em deficiências recorrentes de saúde pública e privada como otimização de leitos e recursos hospitalares, além de propor que o doente e sua família sejam partes igualmente responsáveis pela assistência à saúde no conforto do seu lar.

O Exército Brasileiro (EB), não alheio aos problemas conjunturais que também atingem o Sistema de Saúde do Exército (SSEx), promulgou as Normas sobre Atenção Domiciliar no âmbito do Exército Brasileiro (EB 30-N-20.011) (Brasil, 2020), na tentativa de atuar nesses problemas.

O presente trabalho teve como objetivo apresentar ao leitor a forma com que o Hospital Militar de Área de Porto Alegre (HMAPA) implementou o serviço de atendimento domiciliar para se adaptar às Normas sobre Atenção Domiciliar no âmbito do Exército Brasileiro (EB 30-N-20.011) e apresentar os benefícios desta ação aos gestores do Sistema de Saúde do Exército.

2. HISTÓRICO DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

As referências mais antigas da interface entre atenção domiciliar e hospitalar são datadas do século XIII A.C. no Egito Antigo. No Brasil, o primeiro serviço de assistência

¹ Médico Geriatra, Escola de Aperfeiçoamento de Oficiais. E-mail: jcbfilho2002@yahoo.com.br

² Médica, Escola de Saúde do Exército.

domiciliar foi criado no Hospital do Servidor Público do estado de São Paulo em 1967. Da década de setenta em diante cresceu o número de empresas privadas de prestação de atendimento domiciliar no nosso país (Amaral, 2001).

A assistência domiciliar sofreu diversos aprimoramentos até se efetivar como política de estado. A nossa carta magna de 1988 (Brasil, 1988) introduziu a ordem de que “a saúde é um direito de todos e um dever do estado” e criou o Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS através dos seus princípios e diretrizes passou a perseguir a “universalidade de acesso e integralidade da atenção”. Em 2006 a política nacional da pessoa idosa (Brasil, 2006) reforçou o princípio da integralidade e ampliou a atuação em saúde no domicílio. Também em 2006 a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) através da Resolução da Diretoria Colegiada forneceu as primeiras diretrizes técnicas para prática da assistência domiciliar (Brasil, 2006). O Ministério da Saúde começou a efetivamente realizar atenção domiciliar dentro do SUS através da portaria 2527 de 27 de outubro de 2011 com a implementação do programa “Melhor em Casa” (Brasil, 2011). Desde essa data, a atenção domiciliar no SUS sofreu aprimoramentos (Brasil, 2012) (Brasil, 2013) até chegar em 2016 na portaria atual (Brasil, 2016).

Antes de 2011, a atenção domiciliar era feita nos meios acadêmicos de ensino e pesquisa (hospitais universitários) ou através de empresas particulares que começaram a existir para cumprir demandas particulares e principalmente judiciais.

A regulamentação técnica e previsão jurídica da assistência domiciliar à saúde como política de estado praticada pelo SUS propiciou que outras operadoras de saúde incluíssem a assistência domiciliar como parte integrante da prestação de serviço em saúde. A partir desse momento, a assistência domiciliar em saúde deixou de ser tratada pelas operadoras como ações judiciais fora da sinistralidade. Vem sendo paulatinamente oferecida como mais um braço da rede integrada de saúde das mais diversas operadoras de saúde.

O Sistema de Saúde do Exército, atento às novas frentes de atuação do serviço de saúde, iniciou a discussão da atenção domiciliar em 2016 e vem aprimorando continuamente a atuação através da citada norma técnica de 2020 (Brasil, 2020).

3. RELEVÂNCIA DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

3.1. Importância da Assistência Domiciliar para o Exército Brasileiro e para o Hospital Militar de Área de Porto Alegre

O Brasil vem sofrendo uma transição epidemiológica da sua população. Se traduz em um envelhecimento com modificação no perfil de saúde da população. Em detrimento a processos agudos cujos desfechos evoluem para cura ou óbito, tornam-se predominantes as doenças crônico-degenerativas, que levam lenta e progressivamente a limitações físicas anos antes do acometimento da morte (CHAIMOWICZ, 1997).

O país que passa por um envelhecimento acelerado e concomitantemente possui altas taxas de doenças crônico-degenerativas, logicamente vai possuir um número elevado de pessoas dependentes de assistência continuada de serviços, gerando um ônus progressivo para o sistema, para o paciente e para os familiares.

A realidade dos Serviços de Saúde do Exército não é diferente da realidade brasileira. Especificamente no Hospital Militar de Área de Porto Alegre eram comuns casos de idosos que se tornaram moradores do hospital porque passaram a ser totalmente dependentes de cuidados de terceiros e não tinham esse suporte de cuidados fora do ambiente hospitalar. Aos gestores do SSEX tornou-se imperativo propor um modelo de atuação em saúde complementar ao modelo atual quando o paciente não mais se beneficia da infraestrutura nosocomial. A assistência domiciliar criou possibilidade da gestão ativa de leitos hospitalares uma vez que otimiza a ocupação de casos agudos de alta rotatividade, mais elegíveis às complexidades hospitalares. Oportunizou também a gestão ativa de recursos humanos em que a mão de obra hospitalar ultra especializada estivesse focada a realizar procedimentos altamente complexos e essencialmente hospitalares, por exemplo cirurgias. Por fim, criar o braço assistencial de atendimento domiciliar permitiu liberar mais leitos hospitalares sem que fosse necessário construir mais hospitais, permitiu maior controle sobre os recursos diagnósticos e terapêuticos e permitiu o aumento da complexidade assistencial dos hospitais militares ao realizarem procedimentos dentro da própria força e reduzirem os custos de encaminhamento às Organizações Civis de Saúde (OCS).

4. METODOLOGIA

Os dados analisados foram obtidos pelo prontuário eletrônico do HMAPA chamado Sistema Integrado de Gestão Hospitalar (SIGH). A população abrange todos beneficiários do Fundo de Saúde do Exército (FUSEx) com prontuário ativo no SIGH. O critério de inclusão da amostra foi o beneficiário receber pelo menos um atendimento domiciliar de qualquer um dos profissionais do serviço no período analisado. Esses dados foram totalmente informatizados somente a partir do dia quatro de setembro de dois mil e dezessete. Os dados completamente informatizados de todos pacientes atendidos pelo Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD/HMAPA) iniciaram-se a partir dessa data. Não se utilizaram dados de prontuário físico.

A pesquisa é quantitativa de natureza aplicada com objetivo descritivo usando procedimentos documentais. Levantou-se dados de dois anos, desde quatro de setembro de dois mil e dezessete, quando o banco de dados estava completamente informatizado até o dia quatro de setembro de dois mil e dezenove. Optou-se por não incluir os dados relativos ao ano de dois mil e vinte, devido ao infortúnio da pandemia de COVID-19, que mudou sensivelmente a forma de se realizar atendimento domiciliar, criando circunstâncias peculiares que não poderiam ser comparáveis com os anos anteriores.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Pode-se dividir a atenção domiciliar no HMAPA em antes de março de 2017 e após essa data. Em março de 2017 a Diretoria de Saúde do Exército disponibilizou a “Norma técnica sobre atenção domiciliar no Exército Brasileiro”. Antes dela, não havia orientação técnica, previsões orçamentárias, jurídicas nem legais para a realização de atendimento domiciliar por militares dentro do SSEX. A atenção domiciliar era realizada por empresas terceirizadas devido a demandas judiciais ou por necessidade do próprio hospital em desospitalizar pacientes crônicos que estavam na condição de moradores do hospital. Não existiam critérios uniformes para quem deveria receber atendimento domiciliar dentro do Exército. Cada Organização Militar de Saúde neste vasto país tinha seus próprios critérios de inclusão e exclusão. A equipe de saúde militar não realizava assistência direta àqueles que

recebiam o atendimento domiciliar, mas atuavam como auditores das empresas civis que realizavam diretamente esse trabalho.

A partir de 2017, o critério de inclusão nesse tipo de assistência em saúde passou a ser uniforme em todas as regiões do país. Tornou a assistência domiciliar um direito de todos os beneficiários, algo que antes era conseguido principalmente com judicialização. Essa regulamentação criou um aumento de procura àqueles que se enquadravam nos critérios, por isso também foi necessário que as Organizações Militares de Saúde passassem a atuar diretamente na assistência domiciliar dos seus beneficiários, concorrendo com as empresas civis de assistência domiciliar conveniadas ao Fundo de Saúde do Exército.

A normatização separa a atenção domiciliar em dois programas diferentes baseado na gravidade de doença e na necessidade de suporte intensivo à vida. Existem o Programa de Atenção Domiciliar Multiprofissional (PAD) e o Programa de Internação Domiciliar (PID).

O PAD é caracterizado por atendimento em domicílio de profissionais de nível superior das diversas áreas da saúde, tais quais enfermagem, medicina, serviço social, nutrição, fisioterapia, odontologia, terapia ocupacional, psicologia, fonoaudiologia e farmácia. O beneficiário é incapaz de se deslocar até a rede ambulatorial de Saúde do Exército, está clinicamente estável e sem necessidade de suporte intensivo à vida. Os profissionais de saúde vão ao encontro do paciente em domicílio para realizar consulta de tratamento e reabilitação de doenças, além de prevenção e promoção à saúde. Todos os outros cuidados diários que possam ser realizados por leigos, como banho, vestimenta, alimentação e higiene ficam a cargo da família.

O PID é caracterizado pela montagem de um aparato hospitalar próximo a um Centro de Tratamento Intensivo (CTI) na casa do paciente. O beneficiário está clinicamente instável, necessitando suporte intensivo à vida. O nome “Internação Domiciliar” remete a uma obrigatoriedade de ser cuidado por profissionais de saúde vinte e quatro horas por dia presencialmente, sob forma de plantão de técnicos de enfermagem, assim como ocorre dentro do hospital. Obviamente também deve ter a aceitação da família com a troca do ambiente hospitalar pela conveniência do ambiente domiciliar. Da mesma forma que um paciente recebe alta da internação hospitalar ele também pode receber alta da internação domiciliar mediante critérios de estabilidade clínica.

Em março de 2017 foi publicado em Boletim Interno a criação do Programa de Atendimento Domiciliar do Hospital Militar de Área de Porto Alegre (PAD/HMAPA). Os

profissionais de saúde nomeados passaram a realizar atendimento domiciliar além de auditar em empresas civis prestadoras de Programa de Internação Domiciliar.

O critério maior de inclusão para o beneficiário receber atendimento domiciliar é (1) ser restrito ao leito ou ao lar que impossibilite o deslocamento até a rede de atendimento ambulatorial de forma temporária ou definitiva. Sinalizado pela escala de KATZ (Katz, 1959) com dependência na transferência e na continência (caracterizado pelo uso de fralda). Outros critérios menores também são aceitos, desde que o critério maior esteja presente: (2) impossibilidade de alimentar-se e hidratar-se por via oral sem auxílio com necessidade de alimentação por sonda ou Nutrição Parenteral Total, sinalizado pela escala de KATZ com dependência na alimentação; (3) Necessidade de realização de curativos complexos com profissionais de enfermagem; (4) Traqueostomizados com necessidade de ventilação mecânica ou de aspiração de vias aéreas inferiores; (5) Necessidade de oxigenioterapia domiciliar prolongada. Sinalizados pelo consenso de ODP da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia de 2000 (ODP, 2000).

Tabela 01 – Características da amostra acompanhada

início: 04 setembro de 2017		final: 04 setembro de 2019	
Número total de pacientes atendidos no período		232	
Sexo Feminino	151	65,09%	
Sexo Masculino	81	34,91%	
Faixa Etária			
menos de 60 anos	15	6,47%	
60 a 69 anos	17	7,33%	
70 a 79 anos	46	19,83%	
mais de 80 anos	154	66,38%	

Na tabela 01 descrevemos as características da população acompanhada pelo PAD/HMAPA de quatro de setembro de 2017 a quatro de setembro de 2019. Os dados de março a setembro de 2017 não foram apresentados porque apenas a partir de quatro de setembro de 2017 ficou disponível um sistema informatizado de gestão de pacientes. Dados anteriores a quatro de setembro somente poderiam ser adquiridos mediante pesquisa ativa

de prontuários físicos. Dados de setembro de 2019 a setembro de 2020 não foram apresentados porque a partir de março de 2020 a pandemia do COVID-19 alterou profundamente a organização da atenção em saúde, fato que tornaria esse período não comparável com as demais.

Na data de quatro de setembro de 2017 a quatro de setembro de 2019 foram atendidos um total de 232 pacientes. Deles 151 (65,09%) eram do sexo feminino. 154 (66,38%) deles tinham 80 anos ou mais. Apenas 15 (6,47%) tinham menos de 60 anos de idade.

Na tabela 02 descrevemos qual a condição de saúde que levou diretamente à perda funcional e a consequente indicação de assistência domiciliar.

Tabela 02 – Diagnóstico médico principal que levou ao atendimento domiciliar

início	04 setembro de 2017		final	04 setembro de 2019	
Número total de pacientes atendidos no período			232		
Diagnóstico Principal (levou ao déficit funcional e AD):					
Causas Externas (Politrauma, TCE, Afogamento)			8	3,45%	
Causas Osteoarticulares (Artrose, Osteomielite, Frac. Osteop.)			18	7,76%	
Causas Neurológicas (ELA, AVE, Parkinson, Demências, Meningite, RM)			152	65,52%	
Causas Cardiovasculares (CI, IC, Arritmias, DRC, DM, Obesidade)			16	6,90%	
Causas Pulmonares (Fibrose, Enfisema, O2 domiciliar)			13	5,60%	
Causas Oncológicas			25	10,78%	
Número de Altas por óbito			102	43,97%	
Número de Altas por melhora funcional ou a pedido			42	18,10%	
Número de pacientes em atendimento em 04 set 2019			88	37,93%	
Ajustado PID			13	14,77%	
Ajustado PAD (ou migração PID para PAD)			75	85,23%	

A maior parte dos pacientes acompanhados (65,52%) eram portadores de doenças neurológicas debilitantes, tais como Esclerose Lateral Amiotrófica, Retardo grave do Desenvolvimento Neuropsicomotor, sequelas de Acidente Vascular Encefálico, sequelas graves de meningo-encefalite, demências e doença de Parkinson. Doenças oncológicas eram

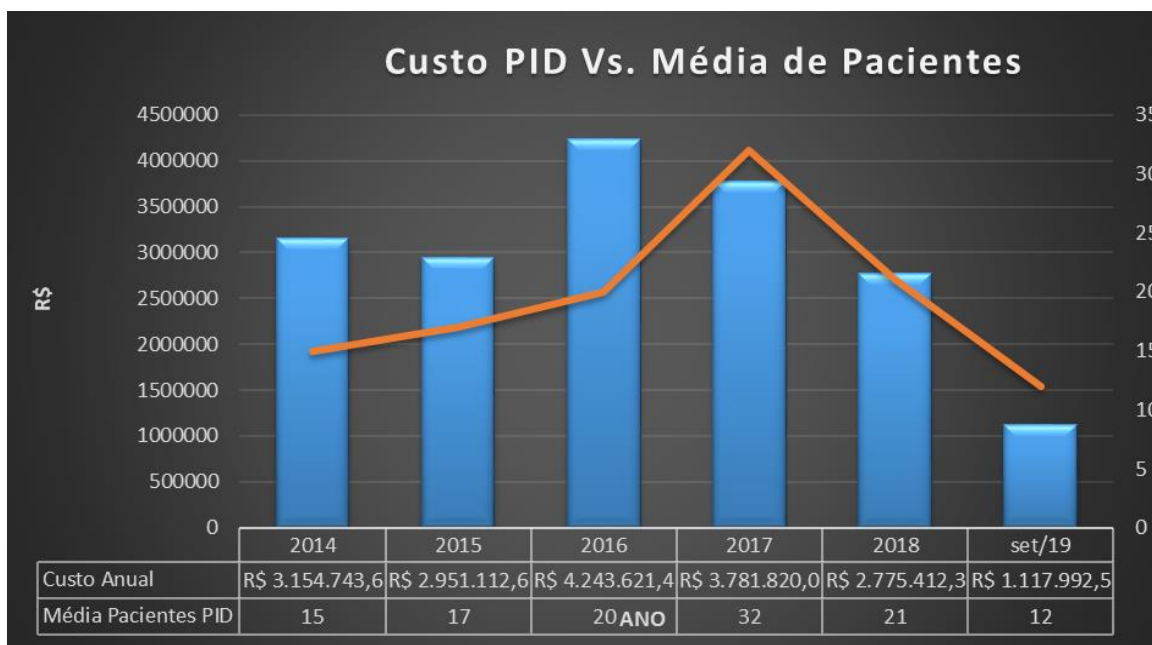
a segunda causa de indicação de acompanhamento domiciliar com 25 pacientes (10,78%). Causas externas (secundárias a acidentes), pulmonares, cardiovasculares e osteoarticulares contaram com menos de 10% de indicação cada uma.

Nesse período, 102 beneficiários (43,97%) tiveram alta da atenção domiciliar por óbito e outros 42 (18,1%), por melhora funcional que permitiu o acompanhamento ambulatorial ou a pedido por necessidade de mudar de cidade que não fosse de abrangência do Hospital de Área de Porto Alegre.

No dia quatro de setembro de 2019, um total de 88 pacientes eram acompanhados pelo PAD/HMAPA. 75 deles (85,23%) recebiam o Programa de Atendimento Domiciliar Multiprofissional, diretamente por profissionais de saúde militares. 13 deles (14,77%) recebiam das empresas civis o Programa de Internação Domiciliar.

A figura 01 mostra a média mensal de pacientes atendidos no PID pelas empresas civis de atendimento domiciliar desde 2014 até setembro de 2019 e o respectivo custo anualizado deste atendimento. Não há dados de custos de atendimento aos pacientes do PAD, pois esse atendimento é realizado pelo próprio SSEX. O intuito é saber qual a relação da normatização do atendimento domiciliar em relação aos custos em saúde.

FIGURA 01 – Custo anual versus média de pacientes atendidos pelo Programa de Internação Domiciliar.



Neste primeiro gráfico podemos notar que a média mensal de pacientes em PID aumentou até 2017. A partir da normatização da atenção domiciliar no SSEX e da criação do PAD/HMAPA deu-se amparo técnico-jurídico para que os beneficiários que eram atendidos pelo Programa de Internação Domiciliar migrassem para o Programa de Atendimento Domiciliar Multiprofissional. Essa migração fez com os beneficiários deixassem de ser atendidos pelas empresas civis de atenção domiciliar e passassem a ser atendidos pelos próprios militares através do PAD/HMAPA. A existência do PAD/HMAPA a partir de 2017 também deu amparo para que o PID continuasse sendo um programa de exceção e com critérios de inclusão bem restritos. Esse gráfico também destaca que o atendimento domiciliar antes da normatização técnica era dispendioso e para poucos.

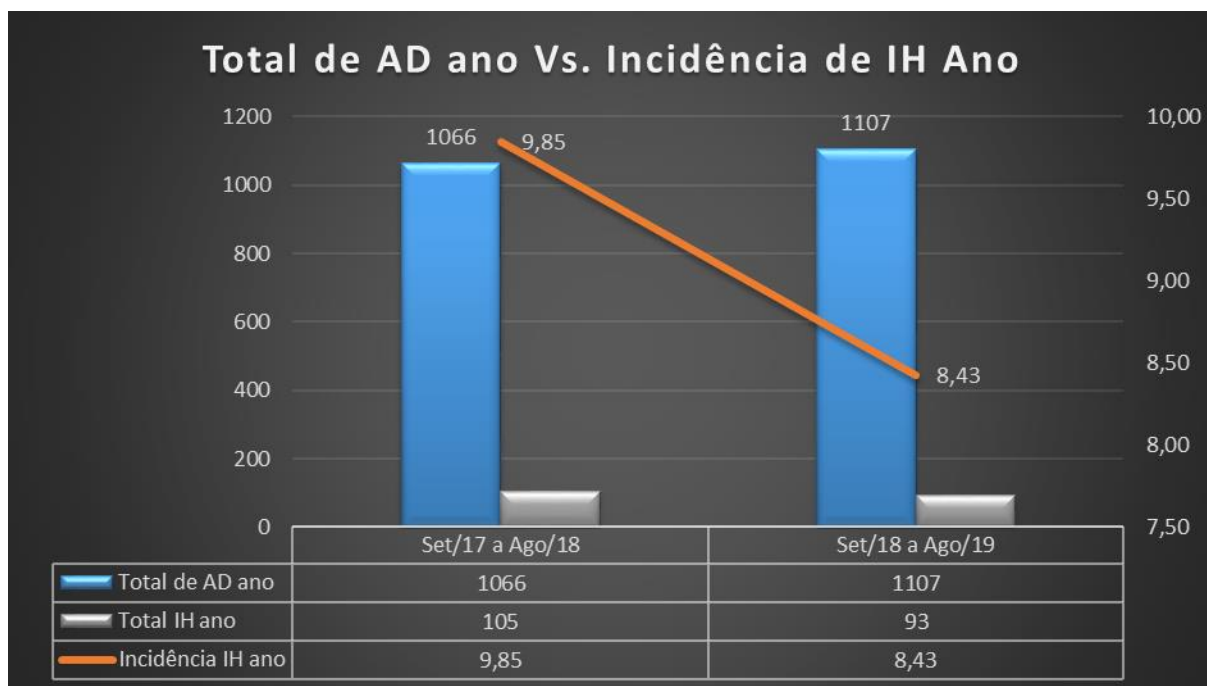
Dispendioso porque em 2014, 2015 e 2016 todos os atendimentos domiciliares eram exclusivamente realizados através de PID. Em todos os casos era montado uma CTI dentro do domicílio do paciente, independente da gravidade do quadro clínico e da necessidade de suporte intensivo à vida. O técnico de enfermagem não raro era desviado de sua função de profissional de saúde responsável por realizar procedimentos técnicos específicos para ser cuidador e realizar atividades não complexas como banho, vestimenta e alimentação que poderiam ser realizados por leigos ou familiares. O ápice dos custos ocorreu em 2016 quando em um ano foi gasto mais de quatro milhões de Reais para atender uma média de 20 beneficiários mensais apenas na cidade de Porto Alegre e na região de cobertura do Hospital Militar de Área de Porto Alegre. Esse valor para atender um número tão reduzido de beneficiários poderia levar qualquer serviço de saúde ao colapso.

Para poucos porque a inclusão para atendimento domiciliar era dependente de ordem judicial ou de necessidade interna do hospital ou do serviço de saúde local. Não havia previsão legal que responsabilizasse o Exército a realizar atendimento fora da sua rede de atenção à saúde. Dessa feita, em 2014 apenas 15 beneficiários eram atendidos mensalmente em domicílio. Em 2015 apenas 17. Em 2016 apenas 20. Em 2017 chegou ao ápice de 32 beneficiários atendidos mensalmente. Após a normatização e com a consequente diferenciação dos atendimentos domiciliares de acordo com a gravidade do paciente em PID e PAD o número de beneficiários atendidos subiram para 88 em quatro de setembro de 2019. 75 deles em PAD e 13 deles em PID. Resumindo, a partir de 2017 com a previsão técnica, jurídica e orçamentária da atenção domiciliar o HMAPA através da gestão ativa

conseguiu aumentar o número total de atendimentos domiciliares, reduzir o número de pacientes complexos em PID e reduzir dos custos anuais.

Na figura 02 dividimos em dois períodos de um ano (setembro de 2017 a setembro de 2018 vs. Setembro de 2018 a setembro de 2019). Mostramos o número total de atendimentos domiciliares realizados no período de um ano aos beneficiários e o total de internação hospitalar a pacientes acompanhados pelo serviço também em período de um ano. Do primeiro para o segundo período houve um crescimento de 3,84% no total de atendimentos domiciliares (AD) ao ano. Do primeiro para o segundo período houve uma redução de 14,41% na incidência de internações Hospitalares (IH) ao ano. Resumindo, o atendimento domiciliar continuado foi responsável por reduzir a incidência de internações hospitalares, contribuindo com a redução dos casos de sinistralidade por hospitalização ou reospitalização.

FIGURA 02 - Total de atendimentos domiciliares por ano versus incidência de internações hospitalares por ano



6. CONCLUSÃO

Com base nos resultados apontados pela presente pesquisa foi possível concluir que a criação do SAD/HMAPA foi importante para ampliar o número de atendimentos

domiciliares a um número maior de beneficiários associado também a um controle mais eficiente dos custos. A nova modalidade de atenção domiciliar é ferramenta útil para gestores hospitalares, uma vez que tem capacidade de aumentar os leitos hospitalares disponíveis sem a necessidade de construir mais hospitais.

7. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 825, de 25 de Abril de 2016. Brasília, 2016.

BRASIL. Ministério da Defesa. Exército Brasileiro. Departamento Geral do Pessoal. Portaria nº 178 - DGP, de 08 de setembro de 2020. Brasília, 2020.

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

BRASIL. Senado Federal. Constituição Federal de 1988. Brasília, DF, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2528, de 19 de outubro de 2006. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução de Diretoria Colegiada de número 11. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. São Paulo: Anvisa; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2527, de 27 de outubro de 2011. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1533, de 16 de julho de 2012. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Brasília, 2013.

CHAIMOWICZ F. Health of Brazilian elderly just before of the 21st century: current problems, forecasts and alternatives. Rev Saude Publica. 1997;31(2):184-200.

KATZ S, Chinn AB. Multidisciplinary studies of illness in aged persons II: a new classification of functional status in Activities of Daily Living. *J Chronic Dis.* 1959;9(1):55-62.

Oxigenoterapia domiciliar prolongada (ODP). *Jornal de Pneumologia* [online]. 2000, v. 26, n. 6 [acessado 29 setembro 2021], pp. 341-350.