



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE ECONOMIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E ECONOMIA DA SAÚDE

ANDRÉ FILIPE DAS CHAGAS PESSÔA

**ANÁLISE DE CUSTO DOS ATENDIMENTOS DOMICILIARES JUDICIALIZADOS
A PACIENTES DE ALTA COMPLEXIDADE EM PERNAMBUCO EM 2018**

RECIFE

2022

ANDRÉ FILIPE DAS CHAGAS PESSÔA

**ANÁLISE DE CUSTO DOS ATENDIMENTOS DOMICILIARES JUDICIALIZADOS
A PACIENTES DE ALTA COMPLEXIDADE EM PERNAMBUCO EM 2018**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Gestão e Economia da Saúde.

Área de concentração: Avaliação de Serviços em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Adriana Falangola Benjamin Bezerra

Coorientadora: Profa. Ma. Camilla Maria Ferreira de Aquino

RECIFE

2022

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na fonte:

Bibliotecária Ângela de Fátima Correia Simões, CRB4-773

P475a

Pessôa, André Filipe das Chagas

Análise de custo dos atendimentos domiciliares judicializados a pacientes de alta complexidade em Pernambuco em 2018 / André Filipe das Chagas Pessôa. - 2022.

54 folhas: il. 30 cm.

Orientadora: Prof.^a Dra. Adriana Falangola Benjamin Bezerra e Coorientadora Prof.^a Ma. Camilla Maria Ferreira de Aquino.

Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde) – Universidade Federal de Pernambuco, CCSA, 2022.

Inclui referências e anexos.

1. Serviços de cuidados de saúde domiciliares - Pernambuco. 2. Economia da saúde. 3. Sistemas de custeio. I. Bezerra, Adriana Falangola Benjamin (Orientadora). II. Aquino, Camilla Maria Ferreira de (Coorientadora). III. Título.

330.9 CDD (22. ed.)

UFPE (CSA 2023 – 058)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E ECONOMIA DA SAÚDE

ANDRE FILIPE DAS CHAGAS PESSOA

TÍTULO DO TRABALHO:

**"ANÁLISE DE CUSTO DOS ATENDIMENTOS DOMICILIARES JUDICIALIZADOS A
PACIENTES DE ALTA COMPLEXIDADE EM PERNAMBUCO EM 2018"**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre Profissional em Gestão e Economia da Saúde.

Aprovada em: 05/07/2022

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. MOACYR JESUS BARRETO DE MELO REGO (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof.^a Dr.^a KEILA SILENE DE BRITO E SILVA (Examinadora Externa)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof.^a Dr.^a JULIANA GONCALVES DE ARAUJO (Examinadora Externa)
Universidade de Pernambuco

A meus pais, Marinalva Chagas e Edson Pessôa

A minha mãe de afeto, Maria Antônia

A meus irmãos, Victor e Hugo, e

A meus sobrinhos, Gabriel e Hugo Daniel.

Eles são o antes imediato, o contemporâneo e a continuidade do meu núcleo de amor.

AGRADECIMENTOS

Ao Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento do Ministério da Saúde (DESID/MS), por financiar o Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde (PPGGES), vinculado ao Centro de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal de Pernambuco (CCSA/UFPE).

Aos docentes do PPGGES, pelo conhecimento compartilhado; e demais colaboradores do Programa, pelo suporte.

Aos colegas do curso, pela vivência e construção coletiva nas aulas; especialmente à Camila Claudino, pelo incentivo ao longo desta jornada.

À amiga de infância, Geivianni Cavalcanti, pelo apoio.

Aos colegas do Núcleo de Ações Judiciais da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (NAJ - SES/PE), pelo companheirismo.

À Profa. Dra. Keila Brito e aos alunos do bacharelado em saúde coletiva do Centro Acadêmico de Vitória - UFPE (Aline Evelin, Felipe Maia, Grazielle Gonçalves, Laís Arruda e Victor Arruda), pela contribuição neste trabalho.

À Diretoria Geral de Assistência Integral à Saúde (DGAIS - SES/PE), por disponibilizar dados essenciais para a elaboração deste estudo.

E, de modo especial, àquelas que, com paciência e maestria, conduziram-me nesta pesquisa:

A Profa. Ma. Camilla Aquino, minha coorientadora, que foi um pilar importante para o meu entendimento de custos na saúde.

E a Profa. Dra. Adriana Falangola, minha orientadora, cuja orientação transcendeu o contexto desta obra. Com ela renovei a esperança em acreditar que o Sistema Único de Saúde funciona e é de todos!

Mas o direito dos mais miseráveis dos homens, o direito do mendigo, do escravo, do criminoso, não é menos sagrado, perante a justiça, que o do mais alto dos poderes. Antes, com os mais miseráveis é que a justiça deve ser mais atenta, e redobrar de escrupulo; porque são os mais mal defendidos, os que suscitam menos interesse, e os contra cujo direito conspiram a inferioridade na condição com a míngua nos recursos.

(BARBOSA, 1920 apud RODRIGUES, 2019, v. 271, p. 9)

RESUMO

O atendimento domiciliar traz vantagens para o paciente frente à assistência hospitalar, por diminuir o risco de contrair infecções nosocomiais e oferecer o conforto do ambiente doméstico. Nas últimas três décadas, o setor de serviços de saúde domiciliar cresceu significativamente no Brasil. No Sistema Único de Saúde (SUS), a atenção domiciliar é a modalidade mais ampla e envolve ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças, e reabilitação, sendo prestada no âmbito da atenção básica por meio do trabalho multiprofissional na Estratégia de Saúde da Família. O atendimento domiciliar, inserido na atenção domiciliar, é o conjunto de atividades programadas de caráter ambulatorial, enquanto que, a Internação Domiciliar (ID) consiste na atenção em tempo integral a paciente com quadro clínico mais complexo e com necessidade de tecnologia especializada. Os casos de ID sob gestão da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE), são todos judicializados e prestados de modo terceirizado. Diante da carência de estudos a este respeito, o presente estudo buscou estimar os custos do serviço de ID prestado pela SES/PE. O estudo traz uma avaliação econômica parcial de caráter quantitativo, retrospectivo e exploratório, a partir do método de Custeio Baseado em Atividades. Os dados foram coletados junto à SES/PE e remetem à prestação do serviço no ano de 2018. Esses dados foram organizados, em planilhas do Excel, segundo atividades realizadas no cuidado ao paciente, as quais foram definidas por meio de consultas a especialistas e análise documental. O valor estimado do serviço de ID, por paciente, foi de R\$ 16.114,58 (US\$ 4.158,81) ao mês. A análise dos dados evidenciou a realização de 12 atividades no serviço de ID e que a equipe de enfermagem é a categoria que assume a maior parte dessas atividades, correspondendo a 71,5% do total dos custos. Por outro lado, a assistência dos fisioterapeutas motor e respiratório e do fonoaudiólogo são as atividades de mais baixo custo, equivalendo cada uma delas a 2% do total dos custos. Conclui-se que existe a possibilidade de redução de custos na prestação do serviço, caso assumido pela gestão, sem a utilização da oferta terceirizada. A não inclusão de custos indiretos no cálculo se apresenta como uma limitação do estudo. Por se tratar de um estudo de custos de caráter inédito, espera-se contribuir para o conhecimento no campo da economia da saúde, fomentando a elaboração de novos estudos na área, e auxiliar os gestores na tomada de decisão sobre a prestação deste serviço no SUS.

Palavras-chave: serviços de assistência domiciliar; economia da saúde; sistemas de custos em saúde; judicialização da saúde.

ABSTRACT

Home care brings advantages to the patient compared to hospital care, as it reduces the risk of contracting nosocomial infections and offers the comfort of the home environment. In the last three decades, the home health services sector has grown significantly in Brazil. In the Unified Health System (SUS), home health care is the broadest modality and involves actions of health promotion, prevention and treatment of diseases, and rehabilitation, being provided in the context of primary care through multi-professional work in the Family Health Strategy program. Home care, inserted in home health care, is the set of programmed activities of an outpatient nature, whereas, Home Hospitalization (HH) consists of full-time care for patients with a more complex clinical condition and in need of specialized technology. The HH cases managed by the Pernambuco State Health Department (SES/PE), are all judicialized and outsourced. Given the lack of studies in this regard, this study sought to estimate the costs of the HH services provided by the SES/PE. The study provides a partial economic evaluation of a quantitative, retrospective and exploratory nature, based on the Activity-Based Costing method. Data were collected from the SES/PE and refer to the provision of HH services in 2018. The data were organized, in Excel spreadsheets, according to activities performed in patient care, which were defined through consultations with experts and document analysis. The estimated value of HH per patient was BRL 16,114.58 (\$ 4,158.81) per month. Data analysis showed the performance of 12 activities in the HH services and that the nursing team is the category that assumes most of them, corresponding to 71.5% of total costs. On the other hand, motor and respiratory physiotherapy and speech therapy are the lowest cost activities, each corresponding to 2% of the total costs. It is concluded that there is a possibility of cost reduction in the provision of the service, if assumed by the management, without the use of outsourced supply. The non-inclusion of indirect costs in the calculation presents itself as a limitation of the study. As this is an unprecedented cost study, it is expected to contribute to knowledge in the field of health economics, encouraging the development of new studies in the area, and to assist managers in decision-making on the provision of this service in SUS.

Keywords: home care services; health care economics; health care costing systems; health's judicialization.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Distribuição geográfica dos pacientes em regime de atendimento domiciliar - Pernambuco, 2018	32
Quadro 1 -	Atividades e procedimentos realizados no atendimento domiciliar a pacientes de alta complexidade - Secretaria Estadual de Saúde de PE, 2018	33
Quadro 2 -	Frequência e duração dos procedimentos realizados no atendimento domiciliar a pacientes de alta complexidade - Secretaria Estadual de Saúde de PE, 2018	34
Quadro 3 -	Bens duráveis e de consumo utilizados no atendimento domiciliar a pacientes de alta complexidade - Secretaria Estadual de Saúde de PE, 2018	36

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Valor (R\$) da hora de trabalho de cada categoria profissional que assiste o paciente de alta complexidade em domicílio - Secretaria Estadual de Saúde de PE, dezembro de 2018	35
Tabela 2A -	Valor (R\$) e quantidade dos insumos utilizados nos cuidados diários em atendimento domiciliar a pacientes de alta complexidade - Secretaria Estadual de Saúde de PE, 2018	37
Tabela 2B -	Valor (R\$) e quantidade dos insumos utilizados no atendimento domiciliar a pacientes de alta complexidade - Secretaria Estadual de Saúde de PE, 2018	38
Tabela 3 -	Valor (R\$) e quantidade dos suplementos nutricionais utilizados no atendimento domiciliar a pacientes de alta complexidade - Secretaria Estadual de Saúde de PE, 2018	38
Tabela 4 -	Valor (R\$) e quantidade dos medicamentos utilizados no atendimento domiciliar a pacientes de alta complexidade - Secretaria Estadual de Saúde de PE, 2018	39
Tabela 5 -	Taxa anual de depreciação e prazo de vida útil dos equipamentos utilizados no atendimento domiciliar a pacientes de alta complexidade - Secretaria Estadual de Saúde de PE, 2018	40
Tabela 6 -	Valor (R\$) de compra e valor (R\$) depreciado dos equipamentos utilizados no atendimento domiciliar a pacientes de alta complexidade - Secretaria Estadual de Saúde de PE, 2018	41
Tabela 7 -	Custo por atividade desenvolvida e custo mensal do atendimento domiciliar a pacientes de alta complexidade - Secretaria Estadual de Saúde de PE, 2018	42

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABC	Custeio Baseado em Atividades
a.C.	antes de Cristo
AD	Atenção Domiciliar
AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BiPAP	<i>Bilevel Positive Airway Pressure</i>
CFFa	Conselho Federal de Fonoaudiologia
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
COFFITO	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
DESID	Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento
DGAIS	Diretoria Geral de Assistência Integral à Saúde
EMAD	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipe Multiprofissional de Apoio
FIPE	Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas
IPCA	Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
NEAD	Núcleo Nacional das Empresas de Serviços de Atenção Domiciliar
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAD	Plano de Atenção Domiciliar
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RN	Resolução Normativa
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SEAS	Secretaria Executiva de Atenção à Saúde

SES/PE Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco

SUS Sistema Único de Saúde

TO Terapeuta Ocupacional

UTI Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	REVISÃO DE LITERATURA	16
2.1	A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE	16
2.2	ATENDIMENTO DOMICILIAR (<i>HOME CARE</i>)	17
2.2.1	Desafios e panorama atual	20
2.3	ECONOMIA DA SAÚDE	21
2.3.1	Gestão de custos	22
2.3.2	Métodos de custeio	24
3	OBJETIVOS	26
3.1	OBJETIVO GERAL	26
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	26
4	MÉTODO	27
4.1	DESENHO DO ESTUDO	27
4.2	LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO	27
4.3	COLETA DE DADOS	28
4.4	PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS	28
4.5	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	30
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	31
5.1	PERFIL DOS PACIENTES EM ATENDIMENTO DOMICILIAR NO ESTADO DE PERNAMBUCO NO ANO DE 2018	31
5.2	ATIVIDADES REALIZADAS NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO DOMICILIAR NO ESTADO DE PERNAMBUCO	33
5.3	ITENS UTILIZADOS NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO DOMICILIAR OFERTADO PELA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO	36
5.4	CUSTOS DIRETOS DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NA REALIZAÇÃO DO ATENDIMENTO DOMICILIAR NO ESTADO DE PERNAMBUCO	42
6	CONCLUSÃO	47
	REFERÊNCIAS	48
	ANEXO A - APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA	53
	ANEXO B - ANUÊNCIA DA SES/PE PARA COLETA E USO DE DADOS	54

1 INTRODUÇÃO

O Supremo Tribunal Federal tem entendido que o Poder Judiciário possui competência e legitimidade institucional para compulsar o Estado a fornecer medicamentos e tratamentos não contemplados no Sistema Único de Saúde (SUS). Em função disso, as decisões judiciais vêm remodelando a estrutura dos entes públicos brasileiros exigindo, portanto, uma análise da postura que o Judiciário tem adotado no enfrentamento da judicialização da saúde pública (SCHULZE, 2015).

Com o aumento exponencial das ações judiciais como forma de garantia de acesso a bens e serviços na política de saúde e a impossibilidade de previsão orçamentária dos gastos por elas acarretados, é gerada uma demanda sobre os gestores do sistema de saúde, o que cria tensões e exige capacidade gerencial para o cumprimento das decisões judiciais favoráveis aos requisitantes (CHIEFFI; BARATA, 2009).

Dentre os variados objetos de ações judiciais impetradas contra o Poder Executivo (nas três esferas: Federal, Estadual e Municipal), figuram o fornecimento de medicamentos, tratamentos, órteses e próteses e serviços domiciliares (LAVEZO, 2019).

A atenção à saúde abrange dois modelos: o hospitalar e o domiciliar. O modelo domiciliar aparece em função das diversas alterações que a sociedade brasileira sofreu no decorrer das últimas décadas, como o acentuado envelhecimento populacional que, por conseguinte, evidenciou um aumento das doenças crônicas; o avanço tecnológico que aumentou a taxa de sobrevivência das pessoas; e a busca pela individualização e humanização da assistência à saúde (LACERDA *et al.*, 2006).

Segundo o Ministério da Saúde, a Atenção Domiciliar (AD) é um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, proporcionando ao usuário um cuidado mais humanizado e circunstanciado à sua rotina e dinâmica familiar. Além disso, a AD potencializa uma melhor gestão dos leitos hospitalares e o uso racional dos recursos disponíveis (BRASIL, 2016).

Drucker (2007) observa que o atendimento domiciliar traz vantagens incontestáveis para o paciente frente à assistência hospitalar, como a diminuição do risco de contrair infecções nosocomiais, além do conforto e da estimulação social oferecidos pelo ambiente doméstico.

No atual contexto pandêmico da COVID-19, por exemplo, a internação domiciliar de pacientes não infectados pelo vírus SARS-CoV-2 passa a ser uma estratégia de proteção à contaminação. Somado a isto, a equipe multiprofissional, presente no domicílio, teria um

importante papel na educação e promoção da saúde, proporcionando ensinamentos como as medidas de higiene das mãos, a etiqueta respiratória, entre outros (AZEVEDO, 2020).

Considerando a relevância da AD, o presente trabalho traz uma análise do custo dos atendimentos domiciliares prestados a pacientes de alta complexidade, no estado de Pernambuco. A carência de pesquisa nessa seara, apresentou-se como um aspecto motivador à realização deste estudo. Outro fator que reforça o investimento na realização da pesquisa é o fato da Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde, Eixo 9 – Programas e Políticas em Saúde, contemplar a Avaliação de Custo de Serviço de Atenção Domiciliar entre as prioridades a serem investigadas e fomentadas pelo poder público, seja por meio de editais ou de outros tipos de apoios (BRASIL, 2018).

De acordo com Santos, Hortale e Arouca (2012), a formação em um mestrado profissional deve ter compromisso com a experiência proveniente do mundo laboral e a temática aqui explorada apresenta sintonia com o requisito sugerido pelos autores, reforçando a pertinência do estudo. Diante destes argumentos, buscou-se apurar e fornecer dados e informações estratégicas que possam subsidiar os gestores na tomada de decisões sobre a prestação do serviço de Atenção Domiciliar.

Para se obter os resultados deste estudo, empregou-se o método de custeio baseado em atividades. Sistemáticamente, mapearam-se as atividades desenvolvidas por cada profissional no atendimento domiciliar, estimou-se o tempo empregado em cada uma delas e apuraram-se quais e o quanto de equipamentos e materiais foram utilizados nesses procedimentos.

Na sequência desta seção introdutória, será apresentada a revisão de literatura, perpassando pela judicialização da saúde; pelo atendimento domiciliar; e trazendo alguns conceitos dentro da economia da saúde, com foco em custos. Em seguida, serão enunciados, respectivamente, os objetivos da pesquisa, o método escolhido e os resultados junto com a discussão. O último capítulo trará a conclusão, a qual será seguida pelas referências.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

A saúde, como um direito fundamental assegurado há 30 anos pelo artigo 196 da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), é um produto social a ser construído coletiva e individualmente e ainda não se constitui de fato em pleno acesso aos bens e serviços no âmbito do SUS. Exige permanente ação do Estado para garantir recursos para o financiamento da saúde pública e reduzir as desigualdades socioeconômicas (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

A judicialização da saúde pode ser compreendida como um fenômeno oriundo da vulnerabilidade do texto constitucional ou, ainda, da ineficiência dos Poderes Públicos em garantir direitos sociais. Sendo assim, o processo de judicialização da saúde compreende um movimento no qual o Poder Judiciário se torna a instituição mediadora do viver (SILVA; RAMOS; CRUZ, 2019).

De acordo com Diniz, Machado e Penalva (2014), deve-se entender a judicialização da saúde como uma questão ampla e diversa de reclame de bens e direitos nas cortes: são insumos, instalações, medicamentos, assistência em saúde, entre outras demandas. Esses eventos podem se caracterizar como falhas da política (quando o bem demandado já é objeto de uma política pública, mas sua obtenção não foi possível pela esfera administrativa), ou mesmo entraves à compreensão da política para sua operacionalização nas diferentes esferas do Poder Público, e, como resultado, a judicialização tanto pode ser um recurso para a garantia do justo em saúde quanto uma interferência indevida do Poder Judiciário no funcionamento da política de saúde.

Muitos juízes que trabalham em casos sobre direito à saúde sentem que estão cumprindo sua função constitucional e que essas ondas de ações judiciais são um marco na democratização de uma cultura de direitos num País onde o Estado é incapaz de resolver essas questões administrativamente. Por outro lado, os administradores públicos argumentam que o Judiciário está exorbitando sua função e que a judicialização desvia orçamentos e aumenta as desigualdades no acesso a serviços de saúde (BIEHL; PETRYNA, 2016).

Os ativistas da AIDS (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*) foram um dos primeiros no País a obter êxito no direito constitucional à saúde, com o acesso a medicamentos (SCHEFFER; SALAZAR; GROU, 2005). No ano de 1996, quando respostas globais à AIDS eram pautadas basicamente em prevenção, o Brasil tornou-se referência ao sancionar uma lei

aprovando uma política de distribuição livre e universal de medicamentos antirretrovirais (BRASIL, 1996).

No Brasil, é crescente o número de demandas judiciais na área da saúde, porém com padrões desiguais de informações disponíveis nas diferentes regiões, em especial no Nordeste, onde poucos estudos sobre o tema foram desenvolvidos. Este aumento na demanda judicial acarreta inegável impacto nas contas públicas e dificulta a consecução dos princípios organizacionais do SUS (NUNES; RAMOS, 2016).

Dados do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) a respeito de processos relativos à saúde, em tramitação e já concluídos/arquivados, no estado de Pernambuco, mostraram um aumento considerável das decisões entre os anos de 2008 e 2017, indo de 529 para 6.261 decisões na primeira instância e de 307 para 3.810 na segunda instância (CNJ, 2019).

Nos últimos anos, as solicitações por serviços de saúde a serem prestados em domicílio se proliferaram no âmbito dos contratos privados. Contudo, devido à tendência da negativa administrativa desses atendimentos por parte dos planos de saúde, os demandantes tendem a judicializar essa cobertura. Ressalte-se que tal problemática seja, ainda que com particularidades, igualmente compartilhada pelos serviços públicos de saúde (DAHINTEN; DAHINTEN, 2020).

No SUS, a atenção domiciliar é prestada no âmbito da atenção básica por meio do trabalho multiprofissional na Estratégia de Saúde da Família (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006), contudo os casos de internação domiciliar de alta complexidade demandam judicialização, logo convém estimar os custos desse serviço por meio de fontes públicas, a fim de otimizar a gestão de gastos no SUS.

2.2 ATENDIMENTO DOMICILIAR (*HOME CARE*)

Remotas referências na assistência à saúde descrevem cuidados domiciliares e hospitalares desde o Egito Antigo, no século XIII antes de Cristo (a.C.), onde ocorria atendimento à família do faraó Zoser nas dependências do palácio. Na Grécia Antiga, também há registros de atendimento médico na residência do paciente e em templos. No século V a.C., Hipócrates escreveu um tratado ressaltando a importância que as condições do domicílio têm no bom êxito do atendimento médico. Contudo, foi no final do século XIX, em Boston, onde um grupo de enfermeiras foi montado especificamente para desenvolver ações de saúde em domicílio, que se iniciou a assistência domiciliar em saúde como forma organizada de cuidado (TAVOLARI; FERNANDES; MEDINA, 2000).

No Brasil, o primeiro grupo organizado voltado à assistência domiciliar iniciou suas atividades no final dos anos 1960, no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, com o objetivo de desospitalizar doentes crônicos estáveis para diminuir a taxa de ocupação de leitos do hospital. No início da década de 1990, surgiram no setor privado as primeiras empresas que prestavam assistência domiciliar, levando, em poucos anos, a uma forte expansão desse segmento econômico (TAVOLARI; FERNANDES; MEDINA, 2000). No serviço público, foi só em 2002 que a assistência domiciliar foi regulamentada no SUS, quando equipes multidisciplinares passaram a atuar em domicílio nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora (BRASIL, 2002).

Como consequência direta dessa explosão no número de instituições que fazem atendimento domiciliar, identificou-se a necessidade da parametrização legal com normas específicas, a fim de se garantir a qualidade dos serviços prestados. Porém, apenas em 2006, quando da publicação pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 11, ocorreu o marco regulatório do funcionamento de serviços que prestam atenção domiciliar. Contemporaneamente, surgia o Núcleo Nacional das Empresas de Serviços de Atenção Domiciliar (NEAD), com o propósito de auxiliar no desenvolvimento da atividade, tomando como base as boas práticas de gestão e o fomento à pesquisa (MALAGUTTI, 2012).

Em 2010, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por meio da Resolução Normativa (RN) nº 211, atualizou o rol de procedimentos e eventos em saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, fazendo figurar a previsão de cobertura da assistência domiciliar (ANS, 2010).

Muitos termos têm sido utilizados no Brasil para designar a atenção domiciliar à saúde, como: atendimento domiciliar, atenção domiciliar, visita domiciliar, cuidado domiciliar, internação domiciliar e outros tantos. Essas expressões são utilizadas como sinônimos, devido à tradução e à interpretação das locuções em inglês *home care* ou *home health care*, e por vezes geram dúvidas. No entanto, há diferenças significativas na oferta de serviços no domicílio (LACERDA *et al.*, 2006).

A maior objeção conceitual consiste em diferenciar atenção domiciliar, assistência domiciliar, atendimento domiciliar, cuidado domiciliar e internação domiciliar. Eis que a atenção domiciliar é a modalidade mais ampla envolvendo ações de promoção à saúde; prevenção e tratamento de doenças; e reabilitação. A assistência domiciliar é um conjunto de atividades programadas e continuadas de caráter ambulatorial e está inserida na atenção domiciliar. A internação domiciliar, por sua vez, consiste na atenção em tempo integral a

paciente com quadro clínico mais complexo e com necessidade de tecnologia especializada, sendo um tipo de assistência domiciliar (ANVISA, 2006). Lacerda *et al.* (2006) conferem sinonímia entre os vocábulos “assistência domiciliar”, “atendimento domiciliar” e “cuidado domiciliar”.

Outras terminologias de relevância para a conjuntura deste trabalho, também são definidas pela ANVISA (2006):

- a) Admissão em atenção domiciliar - Processo que se caracteriza pela indicação, elaboração do plano de atenção domiciliar e início da prestação do serviço.
- b) Alta da atenção domiciliar - Ato que determina o encerramento da prestação do serviço em função de: internação hospitalar, alcance da estabilidade clínica, cura, pedido do paciente e/ou responsável, óbito.
- c) Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) - Profissionais que compõem a equipe técnica com a função de prestar assistência clínico-terapêutica e psicossocial.
- d) Plano de Atenção Domiciliar (PAD) - Documento que contempla um conjunto de medidas que orienta a atuação de todos os profissionais envolvidos de maneira direta e/ou indireta na assistência a cada paciente desde sua admissão até a alta.
- e) Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) - Instituição pública ou privada responsável pelo gerenciamento e operacionalização de assistência e/ou internação domiciliar.

Antes da internação domiciliar, o SAD deve atentar se o domicílio do paciente possui alguns critérios de inclusão, como: suprimento de água potável, fornecimento de energia elétrica, meio de comunicação de fácil acesso, possibilidade de acesso para veículos e ambiente específico para o paciente que seja arejado e com dimensões mínimas para a instalação de um leito e respectivos equipamentos (ANVISA, 2006).

De acordo com Silva *et al.* (2014), outro parâmetro importante a se considerar com a transferência da assistência ao usuário do âmbito hospitalar para o domiciliar é que será exigido dos familiares capacidade emocional suficiente para participar ativamente da assistência, que será compartilhada com a equipe multiprofissional.

O Conselho Federal de Medicina (CFM) regulamentou a necessidade de todas as empresas, públicas e privadas, prestadoras de assistência à internação domiciliar serem registradas no Conselho Regional de Medicina do estado onde operam, bem como de possuírem, por força de convênio, contrato ou similar, hospital de retaguarda que garanta a reinternação do paciente em caso de intercorrência ou alguma condição que impeça a continuidade do tratamento domiciliar (CFM, 2003).

2.2.1 Desafios e panorama atual

Em 11 de março de 2020, a COVID-19 foi caracterizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como pandemia, trazendo uma excessiva pressão sobre a estrutura organizacional dos sistemas de saúde. Como consequência, diversas diretrizes concernentes ao combate da COVID-19 foram extensamente implementadas e direcionadas aos segmentos de gestão e operação dos profissionais da saúde do setor hospitalar e de atenção primária, contudo pouca importância neste cenário foi dada ao setor de AD. Sequer planejou-se integrar a AD como estratégia de suporte e amparo para a redução da tensão sofrida pelo sistema hospitalar nos auge da pandemia (BRUZAMOLIN, 2020).

A pandemia da COVID-19 alterou o planejamento da assistência ao paciente e, conseqüentemente, o setor de atendimento domiciliar sofreu influências compulsórias. O gerenciamento da cadeia de suprimentos evidenciou falhas graves na indústria farmacêutica, de insumos médicos e de equipamentos de proteção individual (ANDRADE; MARROCHI, 2020).

Moura (2020) relata que o setor de AD, além das dificuldades com logística de materiais, equipamentos e medicamentos, teve que lidar minuciosamente com as restrições de deslocamento de pessoas. O questionamento das famílias em permitir a entrada dos profissionais de saúde em suas residências por oferecer riscos à manutenção das condições clínicas dos pacientes e demais residentes tornou-se um entrave desafiador. Neste contexto, Sachett (2020) acrescenta que a tele-saúde e os recursos tecnológicos disponíveis tornaram-se fundamentais para o cumprimento dos planos terapêuticos, diminuindo o risco da transmissão viral para os pacientes de home care.

O Censo NEAD/FIPE (Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas) de Atenção Domiciliar (2020), estima que, caso o setor de atenção domiciliar encerrasse seus serviços, seriam necessários 20.763 leitos hospitalares adicionais ao ano para suprir essa demanda. Tal quantitativo representa 4,87% do total de leitos hospitalares do país e equivale ao total de leitos públicos e privados do estado de Pernambuco.

Dados atuais do DATASUS, indicam a presença de 1.114 estabelecimentos que prestam serviço de atenção domiciliar isolado (*home care*) no País. Aproximadamente ¼ dessas empresas (precisamente 247 unidades), estão sediadas na região nordeste. Pernambuco, atrás do Ceará e da Bahia com 101 e 51 unidades respectivamente, ranqueia a terceira posição na região com 21 firmas instaladas, sendo quase 70% delas (14 unidades), na Região Metropolitana do Recife (BRASIL, 2022a). Há de se considerar uma margem de erro para

esses dados, visto que a atualização do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) nem sempre é simultânea à realidade.

Estima-se que em 2019 o setor tenha gerado uma receita de R\$ 10,6 bilhões, sendo 57,5% desta receita proveniente de internações domiciliares (6,1 bilhões) e 42,5% de atendimentos domiciliares (4,5 bilhões) (NEAD/FIPE, 2020). Observa-se que nas últimas três décadas, o setor de serviços de saúde domiciliar experimentou um significativo crescimento no Brasil. Paralelamente, acirrou-se a concorrência que, por conseguinte, amplificou os desafios da gestão financeira inerentes à natureza da prestação do serviço. A partir de então, gerenciar uma empresa de atenção domiciliar passou a ser um grande desafio devido às mudanças vivenciadas no mercado, sendo importantíssimo que a empresa detenha ações estratégicas para a sua manutenção financeira, como o mapeamento e a otimização de custos (BOLONHEZI; MARROCHI, 2021).

2.3 ECONOMIA DA SAÚDE

A economia da saúde é responsável pela promoção do uso racional e eficiente dos recursos públicos, a partir da construção de uma cultura do uso de informações econômicas para a tomada de decisão. Envolvendo profissionais da área de saúde e da área meio (administrador, economista, contador, estatístico), objetiva proporcionar condições para que as ações e serviços de saúde sejam prestados com eficiência e equidade para melhor acesso do usuário, atendendo aos princípios da universalidade, igualdade e integralidade da atenção à saúde, estabelecidos constitucionalmente para o SUS (BRASIL, 2022b).

Campos (1988, p. 333) foi além ao afirmar que a economia da saúde:

Não é um mero saco de ferramentas, mas sobretudo um modo de pensar que tem a ver com a consciência de escassez, a imperiosidade das escolhas e a necessidade de elas serem precedidas de avaliação dos custos e consequências das alternativas possíveis, com vista a melhorar a repartição final dos recursos.

O economista estadunidense Kenneth Arrow foi um dos primeiros a teorizar consistentemente a respeito da economia da saúde, no início dos anos 1960, quando trouxe à luz as dificuldades de aplicação da análise econômica às questões da saúde (CAMPOS, 1988).

No Brasil, foi criado em 2003, no Ministério da Saúde, o Departamento de Economia da Saúde, sendo lotado na Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Posteriormente, em 2007, após uma reestruturação interna, este Departamento teve suas

atividades transferidas para a Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde, assumindo, em 2009, a denominação de Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento (DESID) (BRASIL, 2013).

O DESID tem como principais atribuições institucionalizar e fortalecer a economia da saúde no âmbito do SUS, acompanhar e consolidar os gastos em ações e serviços públicos em saúde das três esferas de governo, bem como fomentar e realizar estudos econômicos de custos para subsidiar as decisões do Ministério da Saúde na implementação da Política Nacional de Saúde (BRASIL, 2013).

2.3.1 Gestão de custos

O consumo de bens e serviços são necessidades inerentes à condição humana. Nos primórdios da civilização, o homem só utilizava os bens naturais no mesmo estado em que eram encontrados na natureza. Com o desenvolvimento da civilização, surgiu o sistema de trocas e conseqüentemente vieram as primeiras empresas. Anos após, as descobertas ultramarinas ampliaram os mercados e o aparecimento de novos bens de consumo, possibilitando a revolução comercial. A organização da produção foi então modificada com o mercantilismo, por meio do surgimento das primeiras indústrias. Todo esse processo evolutivo culminou com a Revolução Industrial, iniciada na Inglaterra no século XVIII, impondo, aos poucos, a necessidade de maior controle dos custos (DUTRA, 2010).

A partir de então, o sistema contábil precisou adaptar os procedimentos de apuração do resultado em empresas comerciais (as que revendem mercadorias compradas de outrem) para as empresas industriais (as que adquirem matéria-prima e, por meio de fatores de produção, transformam-na em produtos destinados à venda). A solução foi preterir a contabilidade financeira, que apura resultados por meio de balanço patrimonial, em favor da contabilidade de custos, que controla todos os gastos efetuados na atividade industrial, denominados custos de produção (NEVES; VICECONTI, 2003).

Zucchi (1992) define contabilidade de custos como aquela que identifica, registra e mensura os valores relativos a duas contas: estoques, que compõem o balanço patrimonial, e custos dos produtos vendidos, que compõem a demonstração de resultado do exercício, sendo uma importante ferramenta para a tomada de decisões relativas à economia de custos dentro das empresas.

Ao contrário do setor privado, as experiências com sistemas de custos no setor público são bem recentes, tanto no Brasil quanto nos países de economia desenvolvida. As

preocupações com a gestão de custos no setor público não estão relacionadas com a avaliação de estoque ou com a apuração de lucro, como acontece no setor privado, mas sim com o desempenho dos serviços. Sem uma avaliação de resultados e de custos, a administração pública abre margem para encobrir ineficiências (ALONSO, 1999).

No presente estudo, a estimativa dos custos é assumida como uma avaliação econômica parcial, definida por Sancho e Dain (2012) como a avaliação que contempla a descrição ou o exame das consequências e dos custos (descrição do custo-resultado).

Neves e Viceconti (2003) alertam sobre a necessidade de uniformizar o entendimento de determinados termos concernentes à contabilidade. Algumas terminologias de importância para este estudo são conceituadas a seguir pelo Glossário Temático da Economia da Saúde (BRASIL, 2013):

- a) Custo: valor de todos os recursos gastos na produção de um bem ou serviço.
- b) Custo direto: custo apropriado diretamente ao produto ou serviço prestado, por meio de alguma medida de consumo, não sendo necessária nenhuma metodologia de rateio. Exemplos: mão de obra direta, material, medicamentos.
- c) Custo fixo: custo que independe do volume de produção e não é passível de alteração no curto prazo. Exemplos: gastos com depreciação, aluguel e pessoal.
- d) Custo indireto: parcela do custo total que não pode ser apropriada a um produto ou serviço específico por depender de critérios de rateio e relacionar-se com um ou mais bens ou serviços. Exemplos: aluguel, energia, água, telefone, combustível.
- e) Custo variável: custo que depende do volume de produção e é passível de alteração no curto prazo. Exemplos: insumos e impostos relacionados diretamente às vendas.
- f) Despesa: montante de recursos gastos, em determinado período, que não se identifica com a produção dos bens ou serviços da atividade fim.
- g) Gasto: despesa, perda ou desembolso com bens ou serviços adquiridos e produzidos. Refere-se também ao sacrifício financeiro para a obtenção de um produto ou serviço qualquer, não importando a origem dos recursos, representado por entrega ou promessa de ativos, independentemente de ter sido efetuado o pagamento.

Na apuração de custos, tão importante quanto o entendimento dos conceitos apresentados, é a escolha do método de custeio, que deverá ser norteada pelos anseios dos gestores em obter dados que melhor justifiquem suas tomadas de decisões.

2.3.2 Métodos de custeio

Estimar custos em cuidados de saúde é um desafio, principalmente devido à forma fragmentada com que esses serviços são entregues aos usuários. Qualquer método de custeio preciso, deve considerar o custo total de todos os recursos empregados na prestação do serviço. Isso significa rastrear a sequência e a duração de todos os processos clínicos e administrativos envolvidos (KAPLAN; PORTER, 2011).

Os métodos de custeio surgiram da contabilidade de custos e determinam a forma de valoração dos objetos de custeio, sendo os principais: custeio por absorção, custeio variável e custeio baseado em atividades (ABC) (GONÇALVES; ZAC; AMORIM, 2009; MEGLIORINI, 2007).

Ainda segundo Megliorini (2007), se o objetivo for atender os usuários externos, o custeio por absorção deve ser utilizado; se for conhecer a margem de contribuição, deve-se optar pelo custeio variável; mas se a demanda requer o rastreamento dos custos, identificando fontes de desperdícios e a realização de atividades desnecessárias, o custeio por ABC é o método apropriado. Em algumas situações, o emprego de mais de um método concomitantemente, pode ser necessário. Sendo assim, deve-se evitar a máxima de que um método é, por definição, melhor do que outro (MARTINS, 2010).

Gonçalves, Zac e Amorim (2009) afirmam que o custeio por absorção é o mais utilizado por atender os critérios contábeis, societários e fiscais na apresentação de relatórios externos, além de incorporar todos os custos de produção (fixos, variáveis, diretos e indiretos) aos bens elaborados, ainda que por meio de procedimentos de rateio. O método de custeio variável é utilizado para fins internos e gerenciais, sendo caracterizado por segregar os custos fixos dos variáveis e alocar aos produtos apenas os custos variáveis.

De acordo com Martins (2010), o avanço tecnológico e a crescente complexidade dos sistemas de produção, que possibilitam fabricar uma série de produtos e modelos numa mesma planta, exigem um tratamento adequado na alocação dos custos indiretos aos produtos e serviços. A arbitrariedade no rateio desses custos, outrora tolerada, poderia provocar enormes distorções nos dias de hoje e é neste cenário que o método ABC tem se consolidado como uma valiosa ferramenta de gestão de custos.

Falk (2000) aponta que o método ABC traz como vantagem a possibilidade de melhoria contínua na prestação dos serviços, sendo viável diminuir as despesas sem, no entanto, comprometer a qualidade. Além disso, oferece níveis de detalhamento do processo de prestação de serviço mais elevados do que nos sistemas tradicionais de custos e consegue

perceber melhor o uso dos recursos, auferindo o custo do processo com maior precisão (BITTENCOURT, 1999). Bittencourt (1999) também pontua que o método apresenta limitações, dentre as quais, a complexa construção da rede de informações e a necessidade de acompanhamento constante das atividades e dos direcionadores de custos.

O serviço de atendimento domiciliar a pacientes de alta complexidade, que muito se assemelha à assistência prestada em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) hospitalar, concentra processos clínicos complexos que dependem de mão de obra especializada, tecnologias avançadas e insumos farmacêuticos de alto valor financeiro. Portanto, os custos devem ser incluídos na avaliação dos resultados obtidos, uma vez que desempenham papel importante na tomada de decisões (ALVEAR *et al.*, 2013b).

Neste contexto, o emprego do método de custeio baseado em atividades permite estabelecer a relação de causalidade entre as atividades realizadas no serviço de atendimento domiciliar, proporcionando uma visão estratégica e global da incidência das atividades no custo diário do atendimento (ALVEAR *et al.*, 2013a).

Para sobreviver em um mercado competitivo, os serviços de saúde precisam alcançar um alto nível de eficiência, eliminando desperdícios e reduzindo custos. Logo, faz-se necessário que os gestores recebam informações precisas e tempestivas para uma eficaz tomada de decisão (MARTINS, 2010).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Estimar o custo dos atendimentos domiciliares, via judicial, a pacientes de alta complexidade no estado de Pernambuco.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as atividades realizadas no Serviço de Atendimento Domiciliar no estado de Pernambuco;
- Calcular os custos diretos das atividades desenvolvidas na realização do atendimento domiciliar no estado de Pernambuco.

4 MÉTODO

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Este estudo tem como proposta realizar uma avaliação econômica parcial empregando o método de Custeio Baseado em Atividades, ou método de custeio ABC, do inglês *Activity-Based Costing* (GONÇALVES; ZAC; AMORIM, 2009).

Trata-se de uma pesquisa de caráter quantitativo e voltada a apresentar resultados que possam ser aplicados numa realidade circunstancial, possuindo perfil retrospectivo e exploratório (GIL, 2008).

4.2 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO

O estudo teve como foco os pacientes de alta complexidade sem ventilação mecânica, ou seja, aqueles que possuem necessidade de cuidado multiprofissional mais frequente e uso de equipamento ou agregação de procedimento de maior complexidade (BRASIL, 2016), sob regime de atendimento domiciliar por via judicial, no estado de Pernambuco. Tais pacientes estão sob a responsabilidade da Diretoria Geral de Assistência Integral à Saúde (DGAIS), integrante da Secretaria Executiva de Atenção à Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SEAS - SES/PE). Trata-se de um serviço prestado integralmente de modo terceirizado e tendo a judicialização como única via de acesso, uma vez que o Estado não o oferta de maneira regulada, em que são conhecidos os gastos da SES junto ao fornecedor.

A pesquisa utilizou dados do ano de 2018, fornecidos pela Coordenação do Serviço de Atenção Domiciliar da DGAIS - SES/PE. A escolha do ano considerou que o montante de pacientes sob esse regime de atendimento permaneceu constante entre janeiro e dezembro (38 pacientes), e que neste ano celebrou-se novo contrato entre a SES/PE e o prestador de serviço, o que significa a atualização dos dados em relação a valores monetários e às atividades contratadas.

4.3 COLETA DE DADOS

A coleta de dados, que ocorreu entre outubro de 2020 e outubro de 2021, utilizou-se de múltiplas fontes, desde dados disponíveis em sites oficiais à obtenção de informações oriundas de consulta a especialistas e a gestores e técnicos da SES/PE.

No método de custeio ABC, os custos são estruturados e organizados de acordo com as atividades. As atividades, por sua vez, são conjuntos de procedimentos que consomem recursos. Tais recursos, denominados direcionadores de custos, podem ser classificados em bens de consumo, bens duráveis e capital humano (MARTINS, 2010).

Os dados referentes aos bens duráveis e de consumo foram obtidos a partir da análise de fichas de avaliação e monitoramento e de prescrições dos pacientes, fornecidas pela DGAIS, tal qual de discussões com gestores da DGAIS e de consultas a especialistas com experiência em UTI. Posteriormente, todos os itens catalogados tiveram seus valores coletados do sistema e-fisco, da Secretaria da Fazenda do estado de Pernambuco, disponível em <https://efisco.sefaz.pe.gov.br/sfi_com_sca/PRMontarMenuAcesso>, ou de sites de vendas no varejo.

Os dados referentes aos honorários dos profissionais envolvidos nas atividades (enfermeiro, fisioterapeuta motor, fisioterapeuta respiratório, fonoaudiólogo, médico, nutricionista e técnico em enfermagem), foram extraídos do portal da transparência do estado de Pernambuco, disponível em <<http://web.transparencia.pe.gov.br/despesas/remuneracao/>>.

4.4 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

A partir dos dados coletados, o processamento e a análise dos dados seguiram as seguintes etapas:

- a) Identificação e mapeamento das atividades e procedimentos realizados no atendimento domiciliar aos pacientes de alta complexidade, correlacionando-os por categoria profissional;
- b) Estimação do tempo (em horas) que os profissionais necessitam para executar cada procedimento;
- c) Apuração qualitativa e quantitativa dos equipamentos, insumos, suplementos nutricionais e medicamentos utilizados em cada procedimento.

Com os elementos obtidos dessa triangulação entre atividades realizadas, tempo gasto e bens duráveis e de consumo utilizados nos atendimentos domiciliares, foi elaborado um banco de dados em planilhas no *Microsoft Office Excel®* (2007), o qual era organizado à medida que era alimentado.

Para fins de cálculo, a unidade monetária considerada no presente estudo foi o Real (R\$), considerando a cotação da moeda no ano de análise.

Para estimar a frequência das visitas que cada profissional realizava e o tempo empregado nos procedimentos, as prescrições foram tomadas como base, bem como consultas a especialistas em cuidado domiciliar e legislações pertinentes (COFFITO, 2014; CFFa, 2016).

Buscou-se em listas de certames da SES, anteriores ao ano de 2018, disponível em <<http://www.upenet.com.br/>>, por nomes de candidatos aprovados em cada categoria profissional, bem como pela carga horária, e, posteriormente, com os nomes dos profissionais e por meio do portal da transparência do estado de Pernambuco, obteve-se o valor recebido por cada categoria no mês de dezembro do ano de 2018.

A partir da remuneração paga mensalmente a cada profissional (incluindo o 13º salário e o terço de férias), obteve-se o valor da hora de trabalho, ou fração desta, por meio de regra de três simples. Para o presente estudo, considerou-se que o ano possui 52 semanas e que o profissional que trabalha na escala de 1 plantão de 12 horas a cada 60 horas de descanso, cumpre 122 plantões ao ano. Vale ressaltar que o estado de Pernambuco não paga adicional noturno.

No que tange aos bens duráveis e de consumo utilizados na rotina dos pacientes, foi feito um levantamento a partir de fichas de avaliação e monitoramento e de prescrições dos pacientes. Com as devidas listas organizadas, consultou-se especialistas (médico, nutricionista, enfermeiros, fisioterapeutas e fonoaudiólogo) para estimar a quantidade utilizada no ciclo de 24 horas. Por fim, buscou-se no sistema e-fisco o valor pago pelo estado de Pernambuco no ano de 2018 para todos esses itens.

No e-fisco foi considerado o valor de liquidação no filtro “origem de preço”; e ao serem apresentados mais de um valor, a média aritmética entre os valores encontrados era aplicada. Na ausência de informação no ano de 2018, buscou-se o valor do item em outros anos, na seguinte sequência: 2017, 2019, 2016, 2020, 2015 e 2014.

Valores de anos anteriores a 2018 foram atualizados pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), utilizando a calculadora Cálculo Exato, disponível em <<https://calculoexato.com.br/parprima.aspx?codMenu=FinanAtualizaIndice>>. Valores de

anos posteriores a 2018 foram ajustados pela taxa de desconto por meio da equação 1. Para itens cujo valor de compra não foi localizado no e-fisco, calculou-se a média aritmética entre três valores praticados no varejo.

Equação 1:

$$\text{Preço 2018} = \text{Preço } n / (1+0,05) ^ \wedge$$

Onde:

n - ano disponível

^ - quantidade de períodos (anos) que distanciam o ano disponível do ano base (2018)

Com as atividades e procedimentos mapeados, sabendo o tempo gasto em cada procedimento, bem como relacionando os bens duráveis e de consumo qualitativa e quantitativamente a cada procedimento, estimou-se o custo direto de cada atividade prestada aos pacientes.

Saliente-se que insumos e medicamentos prescritos como “se necessário”, não foram considerados no cálculo das atividades; e que para os equipamentos, foi considerada a depreciação anual, com base em percentuais padronizados pela Receita Federal do Brasil (RECEITA FEDERAL DO BRASIL, 2017), para se obter o valor do bem referente à fração do tempo de uso. Considere-se que a taxa de depreciação anual pode, por vezes, não refletir a realidade dos equipamentos.

4.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O presente estudo é parte do projeto de pesquisa intitulado “Avaliação da judicialização no estado de Pernambuco – entre o direito à saúde e os limites econômicos: um estudo qualitativo e de custo”, aprovado na Chamada Pública FACEPE 10/2017 – Programa Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde PPSUS – Pernambuco CNPq/MS/SES/FACEPE.

Este projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, sob o número CAAE 91352017.5.0000.5208 (ANEXO A).

Todo o procedimento de coleta de dados do presente estudo ocorreu mediante a anuência da SES/PE, cumprindo todos os requisitos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (ANEXO B).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 PERFIL DOS PACIENTES EM ATENDIMENTO DOMICILIAR NO ESTADO DE PERNAMBUCO NO ANO DE 2018

O grupo de pacientes em atendimento domiciliar no estado de Pernambuco em 2018 é heterogêneo quanto à idade, a qual varia entre 01 e 90 anos, com uma média de 46 anos, sendo 21% deles menores de 18 anos. Em relação ao sexo, 61% dos atendidos são do sexo masculino.

Resultados no mesmo sentido foram demonstrados em um estudo de custos, utilizando o método ABC, envolvendo as UTIs de dois hospitais públicos no Chile, em que a idade média dos pacientes foi de 57 anos e 57% deles eram do sexo masculino (ALVEAR *et al.*, 2013a).

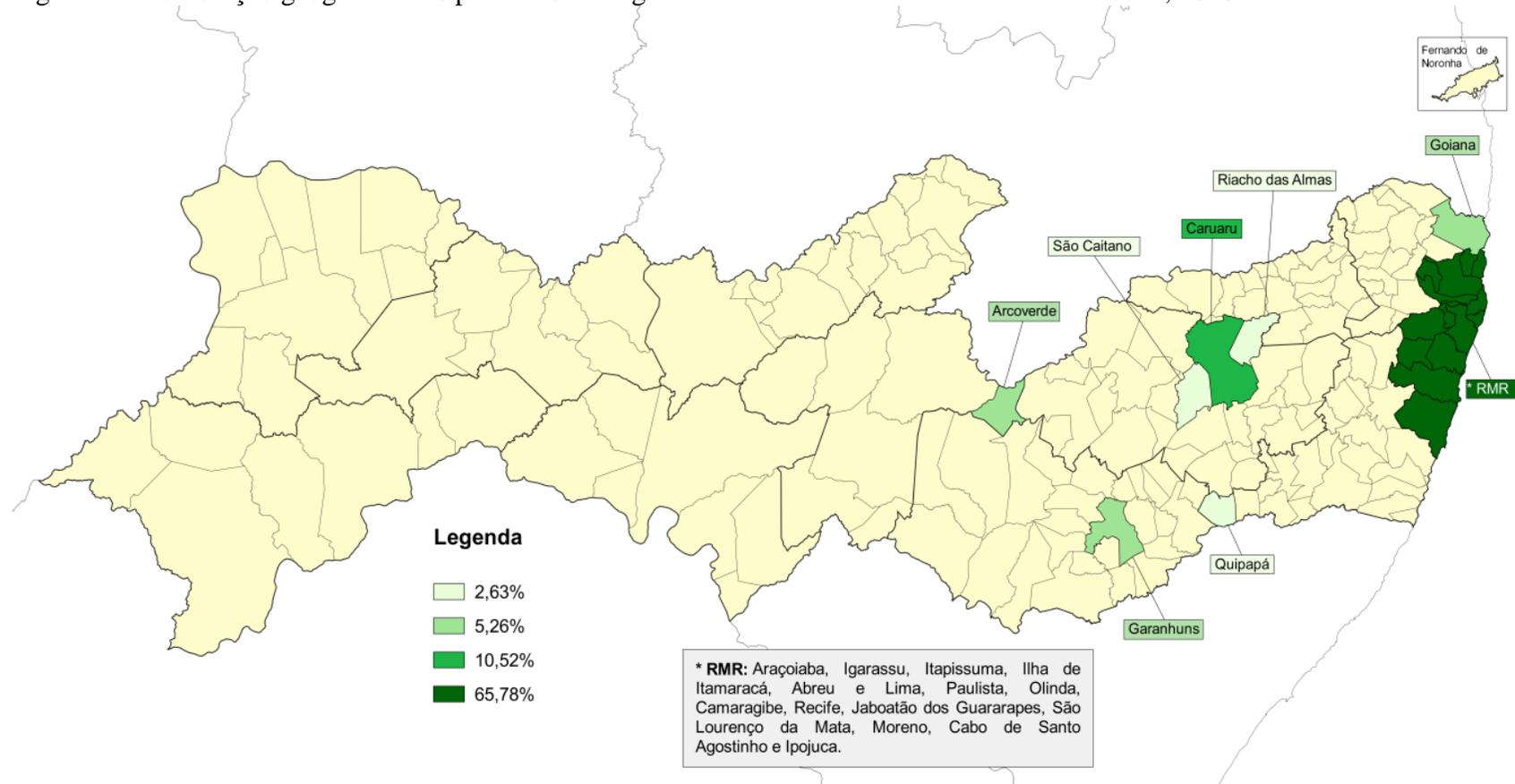
Os casos estudados são pacientes de alta complexidade, sem suporte de ventilação mecânica invasiva, em que 71% das causas de internação correspondem a distúrbios ou sequelas que afetam o sistema neurológico. Em uma população ampla de usuários de AD, a qual inclui diversos níveis de complexidade, inclusive com o uso da ventilação mecânica, o perfil diagnóstico dos usuários é distinto à amostra deste estudo.

Dados do último Censo de Atenção Domiciliar, levantado pelo NEAD e pela FIPE, indicam os sistemas nervoso e respiratório, com 29,6% e 19,1% respectivamente, como as principais causas primárias da enfermidade dos pacientes em regime de internação domiciliar no Brasil (NEAD/FIPE, 2020).

Aproximadamente 66% dos beneficiários de atendimento domiciliar pesquisados vivem na Região Metropolitana do Recife, onde há grande diversidade de serviços de saúde e capital humano. Por outro lado, apenas cerca de 3% deles residem em municípios de pequeno porte, onde não há hospital geral ou especializado (BRASIL, 2022a; IBGE, 2010), fator limitante para o atendimento das demandas de saúde dos munícipes.

A Figura 1 ilustra a distribuição geográfica desse grupo de pacientes no estado de Pernambuco.

Figura 1 - Distribuição geográfica dos pacientes em regime de atendimento domiciliar - Pernambuco, 2018.



Fonte: Elaborada pelo autor (software: QGIS, versão 3.22.5).

* RMR: Região Metropolitana do Recife.

5.2 ATIVIDADES REALIZADAS NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO DOMICILIAR NO ESTADO DE PERNAMBUCO

No ano de 2018, os pacientes de alta complexidade em atendimento domiciliar no estado de Pernambuco por via judicial, foram assistidos por uma EMAD, composta por: enfermeiro, fisioterapeuta motor, fisioterapeuta respiratório, fonoaudiólogo, médico, nutricionista e técnico em enfermagem.

A partir do exercício profissional, foram identificadas as atividades e os procedimentos realizados no atendimento domiciliar (Quadro 1).

Quadro 1 - Atividades e procedimentos realizados no atendimento domiciliar a pacientes de alta complexidade - Secretaria Estadual de Saúde de PE, 2018.

ATIVIDADES	PROCEDIMENTOS
Assistência da enfermagem	Implantar/substituir sondas (de gastrostomia e nasoenteral)
Assistência do fisioterapeuta motor	Sessão de fisioterapia motora
Assistência do fisioterapeuta respiratório	Sessão de fisioterapia respiratória
Assistência do fonoaudiólogo	Sessão de fonoterapia
Assistência do nutricionista	Elaborar/manter o plano nutricional
Assistência médica	Prescrever medicamentos e terapias
Consulta de enfermagem	Inspecionar o serviço
Assistência do técnico em enfermagem	Cuidados diários: administrar medicamentos, dieta e suplementos nutricionais; aferir sinais vitais (pressão e temperatura) e glicose; aspirar vias aéreas superiores; checar oximetria; fazer curativos (gastrostomia e traqueostomia); fazer descompressão abdominal; fazer massagem de conforto; hidratar lábios; higienizar cânula de traqueostomia; higienizar equipamentos; mudar decúbito; nebulizar; realizar cateterismo vesical de alívio; realizar higiene (corporal, íntima e oral); trocar fralda
Troca de materiais especiais	Cuidados a cada dois dias: fazer curativo na região sacra; trocar equipo da bomba de infusão contínua; trocar equipo para nutrição enteral
Realização de outros cuidados	Cuidados a cada três dias: trocar filtro higroscópico; trocar frasco coletor de dieta enteral da bomba de infusão contínua
Troca de curativo preventivo especial	Cuidados a cada cinco dias: fazer curativo em região trocantérica
Troca de colchão	Cuidados a cada 30 dias: trocar o colchão caixa de ovo

Fonte: Elaborado pelo autor.

O Quadro 1 evidencia que técnicos em enfermagem e enfermeiros são os profissionais com mais atribuições no atendimento domiciliar, sendo os cuidados diários ao paciente a atividade central da equipe de enfermagem. Corroborando esses achados, o último Censo de Atenção Domiciliar destaca que aproximadamente 46% da força de trabalho no setor é formada por técnicos em enfermagem e enfermeiros (NEAD/FIPE, 2020).

Pesquisa realizada em operadoras de planos de saúde no município de Belo Horizonte/MG, na modalidade de atenção domiciliar com uso intensivo de tecnologias, também justifica os achados deste estudo ao destacar a necessidade da assistência de técnicos em enfermagem 24 horas por dia, bem como que a coordenação do cuidado no domicílio é responsabilidade dos enfermeiros, os quais gerenciam o plano de cuidados ao paciente e mobilizam os demais profissionais da equipe para assistência (SILVA *et al.*, 2012).

Por se tratar de pacientes de alta complexidade, a visita regular médica e da enfermagem ocorre uma vez por semana. A assistência do técnico em enfermagem, por sua vez, ocorre em tempo integral. Pacientes submetidos à terapia de nutrição parenteral, recebem regularmente uma visita mensal do nutricionista. As frequências da fonoterapia e das fisioterapias apontadas no Quadro 2, refletem a média prescrita no grupo estudado.

Ressalte-se que apenas 13% dos pacientes receberam assistência, e de forma irregular, de terapeuta ocupacional (TO). Costigan *et al.* (2019) informam que o papel do TO na reabilitação de pacientes em UTI ainda não está bem estabelecido. Além do mais, essa categoria profissional não é parte efetiva da EMAD, configurando apenas a Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP) (BRASIL, 2016). Por esses motivos, não foi considerado neste estudo os honorários do terapeuta ocupacional.

Quadro 2 - Frequência e duração dos procedimentos realizados no atendimento domiciliar a pacientes de alta complexidade - Secretaria Estadual de Saúde de PE, 2018.

PROCEDIMENTO	FREQUÊNCIA	DURAÇÃO
Implantar/substituir sondas (de gastrostomia e nasoenteral)	1 vez a cada 60 dias	30 minutos
Visita do nutricionista	1 visita na admissão para elaborar o plano nutricional; 1 visita após 15 dias para revisar o procedimento; e após, 1 visita mensal	1 hora
Visita da enfermagem	1 vez por semana	
Visita médica		
Fonoterapia	3 vezes por semana	
Fisioterapia motora	5 vezes por semana	
Fisioterapia respiratória		
Cuidados diários do técnico em enfermagem	Diária	24 horas
Cuidados do técnico em enfermagem a cada 2 dias	A cada 2 dias	25 minutos
Cuidados do técnico em enfermagem a cada 3 dias	A cada 3 dias	10 minutos
Cuidados do técnico em enfermagem a cada 5 dias	A cada 5 dias	
Cuidados do técnico em enfermagem a cada 30 dias	A cada 30 dias	

Fonte: Elaborado pelo autor.

A Tabela 1 apresenta a carga horária, a remuneração e o valor da hora de trabalho para cada categoria profissional da EMAD. Os profissionais de saúde de nível superior, não médicos, envolvidos no serviço de atendimento domiciliar são classificados pela SES/PE como analistas em saúde.

Tabela 1 - Valor (R\$) da hora de trabalho de cada categoria profissional que assiste o paciente de alta complexidade em domicílio - Secretaria Estadual de Saúde de PE, dezembro de 2018.

CATEGORIA PROFISSIONAL	SALÁRIO	AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO	REMUNERAÇÃO	CARGA HORÁRIA	REMUNERAÇÃO (13º SALÁRIO + 1/3 FÉRIAS) ANUAL / MENSAL / PLANTÃO	VALOR DA HORA
ANALISTA EM SAÚDE, FUNÇÕES: - ENFERMEIRO ASSISTENCIAL OU UTEÍSTA - FISIOTERAPEUTA MOTOR - FISIOTERAPEUTA RESPIRATÓRIO - FONOAUDIÓLOGO - NUTRICIONISTA	2.583,27	70,00	2.653,27	12h x 60h	35.283,60 / 2.940,30 / 289,20 (122 plantões de 12 horas)	24,10
- MÉDICO (CLÍNICA MÉDICA OU PEDIATRA OU INTENSIVISTA DE ADULTO / PEDIÁTRICO)	6.257,79	-	6.257,79	24h/semana	83.437,20 / 6.953,10 / 1.604,56 (52 plantões de 24 horas)	66,85
- ASSISTENTE EM SAÚDE: TÉCNICO EM ENFERMAGEM	1.157,18	70,00	1.227,18	12h x 60h	16.269,06 / 1.355,75 / 133,35 (122 plantões de 12 horas)	11,11

Fonte: Elaborada pelo autor.

5.3 ITENS UTILIZADOS NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO DOMICILIAR OFERTADO PELA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

Os itens utilizados no serviço de atendimento domiciliar no estado de Pernambuco foram listados em bens duráveis (equipamentos) e bens de consumo (insumos, suplementos nutricionais e medicamentos) (Quadro 3).

De modo similar, pesquisa realizada em hospital público de Belo Horizonte/MG, onde foi utilizado o método ABC para estimar o custo de intervenção cirúrgica na diáfise do fêmur, identificou os recursos consumidos no processo, dividindo-os em grupos: mão de obra, órtese e prótese, materiais, instrumentos, água, energia elétrica e custos indiretos (GONÇALVES; ZAC; AMORIM, 2009).

Quadro 3 - Bens duráveis e de consumo utilizados no atendimento domiciliar a pacientes de alta complexidade - Secretaria Estadual de Saúde de PE, 2018.

BENS DURÁVEIS E DE CONSUMO	ITENS
Equipamentos	aspirador de secreção, berço, BiPAP, bomba de infusão contínua, cadeira de banho, cadeira de rodas, cama hospitalar (acompanha colchão e suporte de soro), cânula de traqueostomia, escada beira leito, esfigmomanômetro, estetoscópio, glicosímetro, kit nebulização, máscara de venturi, monitor multiparâmetro, <i>nobreak</i> , oxímetro de pulso, termômetro digital, ventilador pulmonar
Insumos	água destilada (ampola 10ml), álcool 70% (bisnaga 100ml), algodão (rolo 500g), Bepantol® (creme 30g), Cepacol® (300ml), cilindro de O ₂ (8m ³), clorexidina degermante 2% (1L), colchão caixa de ovo, compressa de gaze hidrofílica 11 fios (pacote), creme de barreira (60g), Curativo Opsite® (5cm e 10cm), Curativo Permafoam® (15x15cm e <i>tracheostomy</i>), equipo (da bomba de infusão contínua e para nutrição enteral), esparadrapo (5cm), filtro higroscópico, fralda descartável, frasco coletor de dieta enteral da bomba de infusão contínua, lanceta, luva (de procedimento e estéril), Micropore®, seringa 20ml, sondas (aspiração de vias aéreas superiores, gastrostomia, nasoenteral, retal, uretral n°6), soro fisiológico 0,9% (frasco 500ml), TCM Derma® (loção 200ml), tira reagente para glicemia, triclosan (1L)
Suplementos nutricionais	Fiber Mais® (sachê 5g), Frebini® energy fibre (500ml), Frebini® original fibre (500ml), Nutri Dextrin® (400g)
Medicamentos	adrenalina 1 mg/ml (ampola 1ml), Aerolin® spray, Artane® 2mg, atropina 0,25 mg/ml (ampola 1ml), Busonid® 32mcg (6ml), butilbrometo de escopolamina 10 mg/ml (20ml), cefalexina 250 mg/5ml (100ml), Colact® 667 mg/ml (120ml), Depura® 14.000 UI/ml (10ml), domperidona 1 mg/ml (100ml), fenobarbital 40 mg/ml (20ml), Frisium® 10mg, maleato de dexclorfeniramina 0,4 mg/ml (120ml), Muvinalx® (sachê 14g), nistatina + óxido de zinco (pomada 60g), nitrazepam 5mg, omeprazol 20mg, risperidon 1mg, Seretide® spray 25/125mcg, simeticona 75 mg/ml (10ml), Trok-N® (creme 30g), valproato de sódio 50 mg/ml (100ml), Vannair® 6/200mcg, Xylestesin® (geleia 30g)

Fonte: Elaborado pelo autor.

A sequência de tabelas abaixo (Tabelas 2A, 2B, 3 e 4), traz o valor e a quantidade utilizada dos insumos, suplementos nutricionais e medicamentos nas atividades e procedimentos identificados.

Tabela 2A - Valor (R\$) e quantidade dos insumos utilizados nos cuidados diários em atendimento domiciliar a pacientes de alta complexidade - Secretaria Estadual de Saúde de PE, 2018.

INSUMOS	VALOR UNITÁRIO	QUANTIDADE / DIA	VALOR / DIA
Água destilada (ampola 10ml)	0,14	21	2,94
Álcool 70% (bisnaga 100ml)	2,92	1	2,92
Algodão (rolo 500g)	9,80	125g	2,45
Bepantol® (creme 30g)	10,59	0,5g	0,17
Cepacol® (300ml)	9,85	10ml	0,32
Cilindro de O ₂ (8m ³)* / 1m ³ = 1000L	55,20	266,66L	1,84
Clorexidina degermante 2% (1L)	14,99	20ml	0,29
Compressa de gaze hidrofílica 11 fios (pacote)	0,42	15	6,30
Creme de barreira (60g)	47,00	4g	3,13
Curativo Opsite® (5 x 8,5cm)	1,34	1	1,34
Curativo Permafoam® <i>tracheostomy</i> (8 x 8cm)	43,60	1	43,60
Esparadrapo (5cm x 4,5m)	3,51	5cm	0,03
Fralda descartável	0,95	5	4,75
Lanceta	0,17	4	0,68
Luva de procedimento (par)	0,17	30 pares	5,10
Luva estéril (par)	1,36	14 pares	19,04
Micropore® (50mm x 10m)	3,92	50cm	0,19
Seringa 20ml	0,54	1	0,54
Sonda para aspirar vias aéreas superiores	0,59	10	5,90
Sonda retal	0,89	2	1,78
Sonda uretral n° 6	0,60	2	1,20
Soro fisiológico 0,9% (frasco 500ml)	3,32	45ml	0,29
TCM Derma® (loção 200ml)	7,93	20ml	0,79
Tira reagente para glicemia	0,54	4	2,16
Triclosan (1L)	13,62	34ml	0,46
TOTAL			108,21

Fonte: Elaborada pelo autor.

* Considerou-se suporte mínimo de O₂ a uma fração de 21%.

Os insumos listados na Tabela 2A são utilizados nos cuidados diários aos pacientes, e os insumos listados na Tabela 2B são utilizados em cuidados realizados a cada 2, 3, 5, 30 e 60 dias.

Tabela 2B - Valor (R\$) e quantidade dos insumos utilizados no atendimento domiciliar a pacientes de alta complexidade - Secretaria Estadual de Saúde de PE, 2018.

INSUMOS	VALOR UNITÁRIO	QUANTIDADE
Colchão caixa de ovo	74,40	1 unidade a cada 30 dias
Curativo Opsite® (10cm x 10m)	174,66	20cm a cada 5 dias (4 cm/dia)
Curativo Permafoam® (15 x 15cm)	94,92	
Equipo da bomba de infusão contínua	20,04	1 unidade a cada 2 dias
Equipo para nutrição enteral	2,70	
Filtro higroscópico pediátrico	11,60	1 unidade a cada 3 dias
Frasco coletor de dieta enteral da bomba de infusão contínua	0,71	
Sonda de gastrostomia	183,33	1 unidade a cada 60 dias
Sonda nasoenteral	8,90	

Fonte: Elaborada pelo autor.

Após analisar as Tabelas 2A e 2B, percebe-se que os insumos mais caros estão relacionados à realização de curativos complexos (cobertura estéril especial que tem a finalidade de prevenir a contaminação ou infecção, manter a integridade e acelerar a cicatrização da pele), inerentes a pacientes de cuidados prolongados.

Os suplementos nutricionais, cujo valor e quantidade estão detalhados na Tabela 3, foram alocados para compor os custos da assistência do nutricionista, profissional responsável pela elaboração e manutenção do plano nutricional.

Tabela 3 - Valor (R\$) e quantidade dos suplementos nutricionais utilizados no atendimento domiciliar a pacientes de alta complexidade - Secretaria Estadual de Saúde de PE, 2018.

SUPLEMENTOS NUTRICIONAIS	VALOR UNITÁRIO	QUANTIDADE / DIA	VALOR / DIA
Fiber Mais® (sachê 5g)	3,01	1	3,01
Frebini® energy fibre (500ml)	35,75	2 bolsas	71,50
Frebini® original fibre (500ml)	35,75	1 + 1/2 bolsas	53,62
Nutri Dextrin® (400g)	49,98	66g	8,24
TOTAL			136,37

Fonte: Elaborada pelo autor.

A Tabela 4 apresenta o valor e a quantidade dos medicamentos, itens designados para compor os custos da assistência médica, por ser o médico quem os prescreve. Os cálculos necessários para a equivalência entre mililitros e gotas, foram feitos baseados em informações contidas nas bulas dos respectivos medicamentos, disponíveis no bulário da ANVISA <<https://consultas.anvisa.gov.br/#/bulario/>>.

Tabela 4 - Valor (R\$) e quantidade dos medicamentos utilizados no atendimento domiciliar a pacientes de alta complexidade - Secretaria Estadual de Saúde de PE, 2018.

MEDICAMENTOS	VALOR UNITÁRIO	QUANTIDADE / DIA	VALOR / DIA
Adrenalina 1 mg/ml (ampola 1ml)	2,90	4	11,60
Aerolin® spray (200 doses)	21,27	23 doses	2,44
Artane® 2mg comprimido	0,22	4	0,88
Atropina 0,25 mg/ml (ampola 1ml)	0,39	3	1,17
Busonid® spray 32mcg (6ml = 120 doses)	22,00	1 dose	0,18
Butilbrometo de escopolamina 10 mg/ml (20ml = 400 gotas)	9,11	59 gotas	1,34
Cefalexina 250 mg/5ml (100ml)	6,00	10ml	0,60
Colact® 667 mg/ml (120ml)	13,80	2,5ml	0,28
Depura® 14.000 UI/ml (10ml = 280 gotas)	53,90	5 gotas	0,96
Domperidona 1 mg/ml (100ml)	14,15	24ml	3,39
Fenobarbital 40 mg/ml (20ml = 800 gotas)	2,91	100 gotas	0,36
Frisium® 10mg comprimido	0,63	1	0,63
Maleato de dexclorfeniramina 0,4 mg/ml (120ml)	3,26	15ml	0,40
Muvinlax® (sachê 14g)	1,67	2	3,35
Nistatina + óxido de zinco (pomada 60g)	19,98	2g	0,66
Nitrazepam 5mg comprimido	0,19	4	0,76
Omeprazol 20mg cápsula	0,10	2	0,20
Risperidon 1mg comprimido	0,46	1	0,46
Seretide® spray 25/125mcg (120 doses)	100,56	4 doses	3,35
Simeticona 75 mg/ml (10ml = 300 gotas)	1,84	120 gotas	0,73
Trok-N® (creme 30g)	9,04	2g	0,60
Valproato de sódio 50 mg/ml (100ml)	5,20	2,7ml	0,14
Vannair® 6/200mcg (120 doses)	72,96	4 doses	2,43
Xylestesin® (geleia 30g)	2,18	8g	0,58
TOTAL			37,49

Fonte: Elaborada pelo autor.

A natureza do serviço de atendimento domiciliar a pacientes de alta complexidade requer o emprego de itens de alta densidade tecnológica, neste estudo classificados como bens duráveis, ou seja, os que permitem seu uso por um período razoável de tempo. A partir do conceito de bem durável, define-se que a “taxa anual de depreciação será fixada em função do prazo durante o qual se possa esperar a utilização econômica do bem pelo contribuinte, na produção dos seus rendimentos” (RECEITA FEDERAL DO BRASIL, 2017). A Tabela 5 ilustra esse conceito.

Tabela 5 - Taxa anual de depreciação e prazo de vida útil dos equipamentos utilizados no atendimento domiciliar a pacientes de alta complexidade - Secretaria Estadual de Saúde de PE, 2018.

BENS	TAXA ANUAL DE DEPRECIAÇÃO	PRAZO DE VIDA ÚTIL (ANOS)
Aparelhos e instrumentos de uso médico-hospitalar: aspirador de secreção, BiPAP, bomba de infusão contínua, cânula de traqueostomia, esfigmomanômetro, estetoscópio, glicosímetro, kit nebulização, máscara de venturi, monitor multiparâmetro, oxímetro de pulso, termômetro digital, ventilador pulmonar	10%	10
Mobiliário: berço, cadeira de banho, cadeira de rodas, cama hospitalar, escada beira leito		
Aparelho elétrico: <i>nobreak</i>		

Fonte: Elaborada pelo autor.

Logo, entende-se que para os equipamentos, foi utilizado o seu valor depreciado como ponto de partida para os cálculos (Tabela 6).

Tabela 6 - Valor (R\$) de compra e valor (R\$) depreciado dos equipamentos utilizados no atendimento domiciliar a pacientes de alta complexidade - Secretaria Estadual de Saúde de PE, 2018.

EQUIPAMENTO	VALOR DE COMPRA	VALOR DEPRECIADO	FRAÇÃO 24h DE USO	FRAÇÃO 1h DE USO
Aspirador de secreção manual portátil	24,40	2,44	0,006	-
Berço	1.415,02	141,50	0,38	-
BiPAP	7.685,55	768,55	-	0,08
Bomba de infusão contínua	5.854,08	585,40	1,60	-
Cadeira de banho	200,00	20,00	0,05	-
Cadeira de rodas	2.756,18	275,61	0,75	-
Cama hospitalar	1.990,73	199,07	0,54	-
Cânula de traqueostomia	68,06	6,80	0,01	-
Escada beira leito	181,40	18,14	0,04	-
Esfigmomanômetro	226,94	22,69	0,06	0,002
Estetoscópio	34,05	3,40	0,009	0,0003
Glicosímetro	89,05	8,90	0,02	-
Kit nebulização	4,89	0,48	0,001	-
Máscara de venturi	20,18	2,01	0,005	-
Monitor multiparâmetro	13.696,30	1.369,63	3,75	0,15
<i>Nobreak</i>	8.498,00	849,80	2,32	-
Oxímetro de pulso	2.249,93	224,99	0,61	0,02
Termômetro digital	13,66	1,36	0,003	0,0001
Ventilador pulmonar	39.814,45	3.981,44	10,90	0,45
TOTAL			21,05	

Fonte: Elaborada pelo autor.

À exceção do BiPAP (*Bilevel Positive Airway Pressure*), que é de uso do fisioterapeuta respiratório, todos os outros itens da Tabela 6 compuseram os custos dos cuidados diários prestados pelo técnico em enfermagem, profissional que acompanha o paciente em tempo integral.

5.4 CUSTOS DIRETOS DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NA REALIZAÇÃO DO ATENDIMENTO DOMICILIAR NO ESTADO DE PERNAMBUCO

O método de custeio ABC estrutura e organiza os custos de acordo com atividades, que podem ser entendidas como ações constitutivas elementares, associando recursos humanos, equipamentos e matéria-prima a cada uma delas dentro do serviço (MARTINS, 2010). A Tabela 7 elucida esses custos, apresentando valores em real e em dólar estadunidense, com o intuito de facilitar a comparação desses dados com os de outros países.

Tabela 7 - Custo por atividade desenvolvida e custo mensal do atendimento domiciliar a pacientes de alta complexidade - Secretaria Estadual de Saúde de PE, 2018.

ATIVIDADES	BENS DURÁVEIS / BENS DE CONSUMO / HONORÁRIOS	VALORES EM R\$ E EM US\$*			
		CUSTO POR ATIVIDADE	CUSTO MENSAL DO ATENDIMENTO		
Assistência do fisioterapeuta motor (5 vezes/semana)	Esfigmomanômetro, monitor multiparâmetro, oxímetro de pulso, termômetro digital (fração 1h de uso)	0,17			
	Luva de procedimento (02 pares)	0,34			
	Honorários (1h)	24,10			
	TOTAL	24,61	6,35	492,20	127,02
Assistência do fisioterapeuta respiratório (5 vezes/semana)	BiPAP, esfigmomanômetro, monitor multiparâmetro, oxímetro de pulso, termômetro digital, ventilador pulmonar (fração 1h de uso)	0,70			
	Luva de procedimento (02 pares)	0,34			
	O ₂ (1h)	0,07			
	Honorários (1h)	24,10			
TOTAL	25,21	6,50	504,20	130,12	
Assistência do fonoaudiólogo (3 vezes/semana)	Estetoscópio, monitor multiparâmetro, oxímetro de pulso (fração 1h de uso)	0,17			
	Compressa de gaze hidrofílica 11 fios (05 pacotes)	2,10			
	Luva de procedimento (04 pares)	0,68			
	Honorários (1h)	24,10			
TOTAL	27,05	6,98	324,60	83,77	
Assistência do nutricionista (13 vezes/ano)	Suplementos nutricionais	136,37			
	Honorários (1h)	24,10			
	TOTAL	160,47	41,42	173,84	44,86

(continua)

Tabela 7 - Custo por atividade desenvolvida e custo mensal do atendimento domiciliar a pacientes de alta complexidade - Secretaria Estadual de Saúde de PE, 2018.

		VALORES EM R\$ E EM US\$*			
ATIVIDADES	BENS DURÁVEIS / BENS DE CONSUMO / HONORÁRIOS	CUSTO POR ATIVIDADE	CUSTO MENSAL DO ATENDIMENTO		
Assistência médica (semanal)	Esfigmomanômetro, estetoscópio, monitor multiparâmetro, oxímetro de pulso, termômetro digital (fração 1h de uso)	0,17			
	Medicamentos	37,49			
	Honorários (1h)	66,85			
	TOTAL	104,51	26,97	418,04	107,88
Consulta de enfermagem (semanal)	Honorários (1h)	24,10			
	TOTAL	24,10	6,22	96,40	24,87
Assistência da enfermagem (a cada 60 dias)	Água destilada (02 ampolas 10ml)	0,28			
	Compressa de gaze hidrofílica 11 fios (02 pacotes)	0,84			
	Luva de procedimento (02 pares)	0,34			
	Micropore® (50cm)	0,19			
	Seringa 20ml (03 unidades)	1,62			
	Sonda de gastrostomia	183,33			
	Sonda nasoenteral	8,90			
	Xylestesin® geleia (4g)	0,29			
	Honorários (30 minutos)	12,05			
TOTAL	207,84	53,64	103,92	26,81	

(continua)

Tabela 7 - Custo por atividade desenvolvida e custo mensal do atendimento domiciliar a pacientes de alta complexidade - Secretaria Estadual de Saúde de PE, 2018.

		(conclusão)			
		VALORES EM R\$ E EM US\$*			
ATIVIDADES	BENS DURÁVEIS / BENS DE CONSUMO / HONORÁRIOS	CUSTO POR ATIVIDADE	CUSTO MENSAL DO ATENDIMENTO		
Assistência do técnico em enfermagem (diária)	Equipamentos (fração 24h de uso)	21,05			
	Insumos	108,21			
	Honorários (2 plantões de 12h)	266,70			
	TOTAL	395,96	102,20	11.878,80	3.065,65
Troca de materiais especiais (a cada 2 dias)	Água destilada (01 ampola 10ml)	0,14			
	Compressa de gaze hidrofílica 11 fios (01 pacote)	0,42			
	Curativo Permafoam® (15 x 15cm)	94,92			
	Equipo da bomba de infusão contínua	20,04			
	Equipo para nutrição enteral	2,70			
	Luva de procedimento (02 pares)	0,34			
	Luva estéril (01 par)	1,36			
	Honorários (25 minutos)	4,62			
	TOTAL	124,54	32,14	1.868,10	482,11
Realização de outros cuidados (a cada 3 dias)	Filtro higroscópico pediátrico	11,60			
	Frasco coletor de dieta enteral da bomba de infusão contínua	0,71			
	Luva de procedimento (02 pares)	0,34			
	Honorários (10 minutos)	1,85			
TOTAL	14,50	3,74	145,00	37,42	
Troca de curativo preventivo especial (a cada 5 dias)	Curativo Opsite® (10cm x 10m) 10cm por lado (total 20cm)	3,49			
	Luva de procedimento (01 par)	0,17			
	Honorários (10 minutos)	1,85			
	TOTAL	5,51	1,42	33,06	8,53
Troca de colchão (a cada 30 dias)	Colchão caixa de ovo	74,40			
	Luva de procedimento (01 par)	0,17			
	Honorários (10 minutos)	1,85			
	TOTAL	76,42	19,72	76,42	19,72
TOTAL			16.114,58	4.158,81	

Fonte: Elaborada pelo autor.

* Cotação 31/12/2018 - Banco Central do Brasil.

Observou-se que dentre as atividades realizadas no Serviço de Atendimento Domiciliar, aquelas prestadas pelos profissionais da enfermagem compõem 71,5% (R\$ 848,87) do total dos custos: 52% correspondendo às atividades dos técnicos em enfermagem (R\$ 616,93), e 19,5% referentes às dos enfermeiros (R\$ 231,94). A assistência do nutricionista (R\$ 160,47) e a assistência médica (R\$ 104,51) configuram-se como a terceira e quarta atividades de maior custo, condizendo respectivamente com 13,5% e 9% do total dos custos. A assistência dos fisioterapeutas motor (R\$ 24,61) e respiratório (R\$ 25,21) e do fonoaudiólogo (R\$ 27,05) são as atividades de menor custo, equivalendo cada uma delas a 2% do total dos custos.

Não foram encontrados, na literatura pesquisada, trabalhos de custos aplicando o método ABC em atenção domiciliar, impossibilitando a comparação direta com os resultados deste estudo. No entanto, em comparação com os achados de Alvear *et al.* (2013a), em estudo realizado em UTIs de hospitais públicos chilenos, utilizando o método ABC, encontrou-se similaridade nos valores, atualizados para dezembro de 2018, dos procedimentos equivalentes desempenhados pelos médicos (R\$ 146,37 / US\$ 37,77) e fisioterapeutas, motor e respiratório, (R\$ 55,44 / US\$ 14,30). As atividades realizadas pela equipe de enfermagem (R\$ 397,47 / US\$ 102,57) compuseram 66,32% do total dos custos. Fonoaudiólogo e nutricionista não configuraram a equipe multidisciplinar do referido estudo.

O estudo inclui apenas os custos diretos, estando o ônus de custos indiretos, como energia e água, sob a responsabilidade do demandante e não incluído nos cálculos. Ressalte-se que o domicílio habitado por família inscrita em programas sociais do Governo Federal, com renda mensal de até três salários mínimos e que tenha entre seus membros algum enfermo cujo tratamento exija o uso continuado de equipamentos que demandem consumo de energia elétrica, será beneficiado, caso requeira, com a tarifa social de energia elétrica (BRASIL, 2011).

Ratificando este fato, Silva *et al.* (2014), em estudo realizado sobre a perspectiva da redução de custos/racionalização de gastos na atenção domiciliar, evidenciaram a transferência de gastos implícitos no cuidado domiciliar, como água, luz, lavanderia e dieta, para as famílias.

Tomando como base o valor do serviço de atendimento domiciliar apurado, por paciente, de R\$ 16.114,58 ao mês, a estimativa do custo anual desta prestação, na perspectiva da SES/PE, alcançou um montante de R\$ 193.374,96 por paciente, significando uma diária de R\$ 537,15 / US\$ 138,62. Considerando o valor dessa diária para os 38 pacientes de alta

complexidade da amostra estudada, o total do custo mensal é de R\$ 612.351,00, ou seja, R\$ 7.348.212,00 ao ano.

Estudo realizado por Alvear *et al.* (2013b) em UTIs de hospitais públicos da região de Maule/Chile, empregando o método ABC, estimou uma diária quatro vezes mais cara, R\$ 2.243,45 / US\$ 578,98 por paciente, valor ajustado para dezembro de 2018. A diferença no valor das diárias entre UTI e AD pode ser justificada pela natureza do serviço, uma vez que em uma UTI a equipe multidisciplinar encontra-se disponível em tempo integral, bem como a unidade hospitalar, diferentemente do domicílio do paciente, assume os custos indiretos, como contas de água, energia elétrica, telefone, serviços de limpeza e segurança, dentre outros.

É válido mencionar que no ano de 2018, a SES/PE teve um gasto de R\$ 30.292.245,15 com o prestador de serviço de *home care* para atender 104 pacientes (de diferentes graus de complexidade), atingindo um custo médio mensal de R\$ 24.272,63 por paciente, denotando um valor mais elevado se comparado com os dados deste estudo. Sob outro ponto de vista, Silva *et al.* (2014), em estudo envolvendo serviços na AD, destacam vantagens na terceirização, como o aumento da produtividade e da eficiência, e a racionalização de gastos pela transferência dos custos trabalhistas para os agentes terceiros contratados.

Contrariando esta linha de raciocínio, Druck (2016) afirma que o processo de terceirização que vem ocorrendo no serviço público de saúde, em prol de uma suposta e não comprovada eficiência, indica a renúncia do Estado com o social e a desordem nas relações público-privado, com a transferência de altas somas de recursos públicos para instituições privadas, sem critérios rígidos de avaliação e controle de como esse capital é utilizado. Berry *et al.* (2021), consideram ainda que as organizações de saúde que terceirizam seus serviços visando a redução de custos, podem, a longo prazo, comprometerem sua reputação e viabilidade devido a inconsistências no padrão de atendimento.

6 CONCLUSÃO

O estudo apresentou uma estimativa de custo do atendimento domiciliar, via judicial, a pacientes de alta complexidade no estado de Pernambuco, no ano de 2018, indicando uma diferença de aproximadamente R\$ 8.158,05 por paciente, ao mês, entre os valores do serviço realizado com recursos próprios da SES/PE e do serviço ofertado pelo prestador.

Por meio do método de custeio ABC, foram identificadas doze atividades realizadas no Serviço de Atendimento Domiciliar, sendo a maior parte delas, executadas pelos profissionais da enfermagem.

Analisando os direcionadores de custos de cada uma das atividades, o estudo mostrou que os cuidados prestados pelo técnico em enfermagem, estimados em R\$ 616,93, caracterizaram-se como as atividades de maior custo, seguidas pelas atividades realizadas pela enfermagem, estimadas em R\$ 231,94.

Observou-se também que, devido à necessidade de cuidados de alta complexidade, o serviço exigiu o uso de equipamentos de alta densidade tecnológica que possuem custo elevado, característicos de uma UTI. E no que tange aos recursos humanos, verificou-se que à exceção dos técnicos em enfermagem, as demais categorias realizavam visitas periódicas ou em caso de necessidade, reduzindo o importe de horas dispensadas ao cuidado domiciliar.

A não inclusão de custos indiretos no cálculo, como as despesas com telefonia e deslocamento dos profissionais de saúde, apresenta-se como uma limitação deste estudo. Outrossim, a pandemia de COVID-19 impôs um ritmo desafiador para o tempo de elaboração deste trabalho, uma vez que muito dos esforços da SES/PE estiveram concentrados no combate ao novo coronavírus durante o ano de 2020 e boa parte do ano de 2021, o que levou à necessidade de reorganizar o cronograma de atividades por mais de uma vez. No entanto, essas dificuldades não comprometeram o alcance dos resultados inicialmente delineados.

Por se tratar de um estudo de custos de caráter inédito, espera-se contribuir para o conhecimento no campo da economia da saúde, fomentando a elaboração de novos estudos na área, e subsidiar a tomada de decisão pela gestão, em especial na SES/PE, tendo como princípio a contínua discussão entre o limite dos recursos financeiros e a crescente demanda por serviços no setor da saúde.

Numa época em que a transparência no uso de recursos públicos é uma exigência no campo do direito dos cidadãos e cidadãs à informação, inclusive legalmente instituído, é mister que a utilização de ferramentas, como estudos desta natureza, capazes de analisar o desempenho da aplicação desses recursos, seja uma prática efetiva dos gestores.

REFERÊNCIAS

- ALONSO, M. Custos no serviço público. **Revista do Serviço Público**, Brasília, n. 1, p. 37-63, jan./mar. 1999.
- ALVEAR, S. et al. Costeo basado en actividades: una metodología de gestión en tratamientos intensivos. **Revista médica de Chile**, Santiago, v. 141, n. 11, p. 1371-1381, 2013a.
- ALVEAR, S. et al. Costos reales de tratamientos intensivos por paciente y día cama. **Revista médica de Chile**, Santiago, v. 141, n. 2, p. 202-208, 2013b.
- ANDRADE, M. C.; MARROCHI, F. A. R. Estratégias de contingência adotadas frente à pandemia; suprimentos. **Revista NEAD**, a. 5, n. 7, p. 14-16, 2020. Disponível em: <<https://www.neadsaude.org.br/revista/>>. Acesso em: 03 mar. 2022.
- AZEVEDO, P. C. A hospitalização domiciliária na pandemia COVID-19. **Gazeta Médica**, v. 7, n. 2, 2020.
- BARBOSA, R. **Oração aos moços**. Brasília: Edições do Senado Federal, v. 271, p. 9, 2019.
- BERRY, L. L. et al. The high stakes of outsourcing in health care. **Mayo Clinic Proceedings**, v. 96, n. 11, p. 2879-2890, nov. 2021.
- BIEHL, J.; PETRYNA, A. Tratamentos jurídicos: os mercados terapêuticos e a judicialização do direito à saúde. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 23, n. 1, p. 173-192, 2016.
- BITTENCOURT, O. N. S. **O emprego do método de custeio baseado em atividades – Activity-Based Costing (ABC) – como instrumento de apoio à decisão na área hospitalar**. 1999. Dissertação (Mestrado em Administração) – Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1999.
- BOLONHEZI, A.; MARROCHI, F. A. R. O desafio da gestão financeira na atenção domiciliar. **Revista NEAD**, a. 6, n. 10, p. 6-7, 2021. Disponível em: <<https://www.neadsaude.org.br/revista/>>. Acesso em: 03 mar. 2022.
- BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. Relatório Analítico Propositivo. **Judicialização da saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução**. p. 58-60, 2019. Disponível em: <<https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2011/02/95da70941b7cd226f9835d56017d08f4.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2022.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/pt/inicio.html>>. Acesso em: 18 mar. 2022.
- BRASIL. Ministério da Economia. Secretaria Especial da Receita Federal. **Instrução n. 1.700, Anexo III, de 14 de março de 2017**.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução n. 211, de 11 de janeiro de 2010**.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução n. 11, de 26 de janeiro de 2006.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.** Disponível em: <<http://cnes2.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 10 fev. 2022a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Economia da Saúde no MS.** Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/economia-da-saude>>. Acesso em: 07 maio 2022b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 825, de 25 de abril de 2016.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde.** Brasília: 2018. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_prioridades_pesquisa_ms.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento. **Glossário temático: economia da saúde.** 3. ed. Brasília: 2013.

BRASIL. Ministério de Minas e Energia. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial n. 630, de 08 de novembro de 2011.**

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Constituição da República Federativa do Brasil, art. 196, 1988.**

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei n. 9.313, de 13 de novembro de 1996.**

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei n. 10.424, de 15 de abril de 2002.**

BRUZAMOLIN, R. D. Contextualização da pandemia da COVID-19 no Brasil e no mundo. **Revista NEAD**, a. 5, n. 7, p. 6-10, 2020. Disponível em: <<https://www.neadsaude.org.br/revista/>>. Acesso em: 03 mar. 2022.

CAMPOS, A. C. Economia da saúde: da autonomia científica aos conteúdos de ensino. **Estudos de Economia**, Lisboa, v. 8, n. 4, jul./set. 1988.

CHIEFFI, A. L.; BARATA, R. B. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 8, p. 1839-1849, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. **Resolução n. 444, de 26 de abril de 2014.**

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. **Resolução n. 488, de 18 de fevereiro de 2016.**

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução n. 1.668, de 07 de maio de 2003.**

COSTIGAN, F. A. et al. Occupational therapy in the ICU: a scoping review of 221 documents. **Critical Care Medicine**, EUA, v. 47, n. 12, p. 1014-1021, 2019.

DAHINTEN, A. F.; DAHINTEN, B. F. Os planos de saúde e a cobertura de home care. **Revista de Direito Sanitário**, v. 20, n. 2, p. 177-195, 2020.

DINIZ, D.; MACHADO, T. R. C.; PENALVA, J. A judicialização da saúde no Distrito Federal, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 591-598, 2014.

DRUCK, G. A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. Supl. 1, p. 15-43, 2016.

DRUCKER, L. P. Rede de suporte tecnológico domiciliar à criança dependente de tecnologia egressa de um hospital de saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 5, p. 1285-1294, 2007.

DUTRA, R. G. **Custos: uma abordagem prática**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

FALK, J. A. Metodologia ABC de Custos Hospitalares. **Anais do Congresso Brasileiro de Custos - ABC**, 7., 2000, Recife. Disponível em: <<https://anaiscbc.emnuvens.com.br/anais/article/view/2997>>. Acesso em: 8 fev. 2023.

GIACOMOZZI, C. M.; LACERDA, M. R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 645-653, 2006.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008. p. 26-27.

GONÇALVES, M. A.; ZAC, J. I.; AMORIM, C. A. Gestão estratégica hospitalar: aplicação de custos na saúde. **Revista de Administração FACES Journal**, v. 8, n. 4, p. 161-179, 2009.

KAPLAN, R. S.; PORTER, M. E. How to solve the cost crisis in health care. **Harvard Business Review**, p. 47-52, 54, 56-64, 2011.

LACERDA, M. R. et al. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. **Saúde e Sociedade**, v. 15, n. 2, p. 88-95, 2006.

LAVEZO, M. O. Judicialização da saúde - NATS e o home care. **Revista NEAD**, a. 4, n. 5, pag 10-11, 2019. Disponível em: <<https://www.neadsaude.org.br/revista/>>. Acesso em: 02 mar. 2022.

MALAGUTTI, W. **Assistência domiciliar: atualidades da assistência de enfermagem**. Rio de Janeiro: Rubio, 2012. p. 2.

MARTINS, E. **Contabilidade de custos**. 10. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MEGLIORINI, E. **Custos: análise e gestão**. 2. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

MOURA, A. F. Estratégias de contingência adotadas frente à pandemia; logística. **Revista NEAD**, a. 5, n. 7, p. 16-19, 2020. Disponível em: <<https://www.neadsaude.org.br/revista/>>. Acesso em: 03 mar. 2022.

NEAD-FIPE. **Censo de Atenção Domiciliar**, São Paulo, 2020. p. 2, 16, 17 e 23. Disponível em: <<https://www.neadsaude.org.br/outros/>>. Acesso em: 03 mar. 2022.

NEVES, S.; VICECONTI, P. E. V. **Contabilidade de custos**. 7. ed. São Paulo: Frase, 2003.

NUNES, C. F. O.; RAMOS, A. N. Judicialização do direito à saúde na região nordeste, Brasil: dimensões e desafios. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 24, n. 2, p. 192-199, 2016.

OLIVEIRA, M. R. M. et al. Mediação como prevenção à judicialização da saúde: narrativas dos sujeitos do judiciário e da saúde. **Escola Anna Nery**, v. 23, n. 2, p. 1-8, 2019.

SACHETT, J. A. G. Adaptação para o atendimento profissional de saúde em tempos de COVID-19: contribuições da telessaúde para o “novo normal”. **Journal Health NPEPS**, v. 5, n. 2, 2020.

SANCHO, L. G.; DAIN, S. Avaliação em saúde e avaliação econômica em saúde: introdução ao debate sobre seus pontos de interseção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 765-774, 2012.

SANTOS, G. B.; HORTALE, V. A.; AROUCA, R. **Mestrado profissional em saúde pública: caminhos e identidade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

SCHEFFER, M.; SALAZAR, A. L.; GROU, K. B. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **O remédio via justiça: um estudo sobre o acesso a novos medicamentos e exames em HIV/AIDS no Brasil por meio de ações judiciais**. Brasília: 2005.

SCHULZE, C. J. Judicialização da saúde: importância do conjunto probatório e da oitiva do gestor. **Direito à Saúde - Para Entender a Gestão do SUS**. 1. ed. 2015. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/colecao2015/CONASS-DIREITO_A_SAUDE-ART_12B.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2022.

SILVA, D. M.; RAMOS, E.; CRUZ, S. A. A judicialização da saúde e a gestão biopolítica da vida: o poder judiciário e as estratégias de controle do sistema de saúde. **Revista Direito e Práxis**, v. 10, n. 3, p. 1745-1768, 2019.

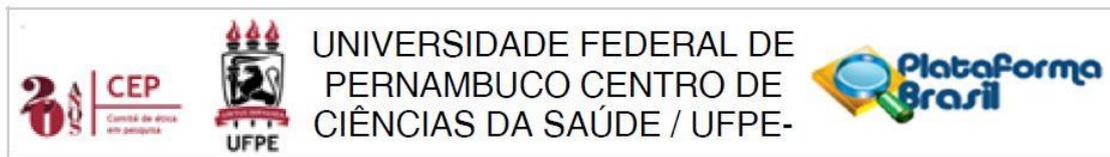
SILVA, K. L. et al. Desafios da atenção domiciliar sob a perspectiva da redução de custos/racionalização de gastos. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, v. 8, n. 6, p. 1561-1567, 2014.

SILVA, K. L. et al. Serviços de atenção domiciliar na saúde suplementar e a inserção da enfermagem em Belo Horizonte/MG. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 3, p. 408-414, 2012.

TAVOLARI, C. E. L.; FERNANDES, F.; MEDINA, P. O desenvolvimento do "Home Health Care" no Brasil. **Revista Administração em Saúde**, v. 3, n. 9, p. 15-18, 2000.

ZUCCHI, A. L. **Contabilidade de custos: uma introdução**. 1. ed. São Paulo: Scipione, 1992.

ANEXO A - APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA JUDICIALIZAÇÃO NO ESTADO DE PERNAMBUCO - ENTRE O DIREITO À SAÚDE E OS LIMITES ECONÔMICOS: UM ESTUDO QUALITATIVO E DE CUSTO

Pesquisador: Keila Silene de Brito e Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 91352017.5.0000.5208

Instituição Proponente: Centro Acadêmico de Vitória de Santo Antão

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.816.364

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.740-600

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2126-8588

E-mail: cepccs@ufpe.br

ANEXO B - ANUÊNCIA DA SES/PE PARA COLETA E USO DE DADOS



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA EXECUTIVA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE
DIRETORIA GERAL DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE
GERÊNCIA DE DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL

Recife, 05 de junho de 2018

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Declaro estar ciente da realização da pesquisa: **Avaliação da Judicialização no Estado de Pernambuco – Entre o Direito à Saúde e os Limites Econômicos: Um Estudo Qualitativo e de Custo**, da pesquisadora: **Kella Silene de Brito e Silva**, aluna da Universidade Federal de Pernambuco – Centro Acadêmico de Vitória de Santo Antão, nas dependências do Núcleo de Ações Judiciais - Secretaria Executiva de Coordenação Geral, da Secretaria Estadual de Saúde/PE, e afirmo que esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, condicionada à aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Sendo assim autorizo sua execução, desde que a mesma cumpra com os requisitos da Res. CNS 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins de pesquisa.


Cláudia Lins

Gerente de Desenvolvimento Profissional

Secretaria de Saúde de Pernambuco
Mário Cláudia F. Souza Lins
Gerente de Desenvolvimento Profissional
Matrícula nº 226.937-7

Rua Dona Maria Augusta Nogueira, 519 – Bongá – Recife – PE
CEP: 50.751-530 - Fone: 3184-0031/ 3184-0032/ 3184-0033