



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
INSTITUTO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA

ANA CLARA SOARES VIOLA

CUSTO-EFETIVIDADE E ATENÇÃO AOS PACIENTES COM NEOPLASIAS:
UMA REVISÃO DA LITERATURA

Rio de Janeiro

2013

ANA CLARA SOARES VIOLA

CUSTO-EFETIVIDADE E ATENÇÃO AOS PACIENTES COM NEOPLASIAS:
UMA REVISÃO DA LITERATURA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de bacharel em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Leyla Gomes Sancho

Rio de Janeiro

2013

FOLHA DE APROVAÇÃO

ANA CLARA SOARES VIOLA

CUSTO-EFETIVIDADE E ATENÇÃO AOS PACIENTES COM NEOPLASIAS:
UMA REVISÃO DA LITERATURA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de bacharel em Saúde Coletiva.

Aprovado em: 25 de fevereiro de 2013.

Prof^a. Dr^a. Leyla Gomes Sancho (Orientadora)
IESC/UFRJ

Prof^a. Dr^a. Ligia Bahia
IESC/UFRJ

Prof. Dr. Ricardo Tavares
UFRJ

Aos portadores de neoplasia que na luta pela cura merecem melhores condições de tratamento e para aqueles em tratamento paliativo, melhores condições de vida nos momentos finais.

AGRADECIMENTOS

A escolha do tema teve como pano de fundo a participação no Projeto de Pesquisa InovaHospi coordenado pela professora Marilene de Castilho Sá, onde atuei como bolsista de Iniciação Científica.

A orientação da Professora Marilene foi de extrema importância. Agradeço a ela pelo grande contribuição no momento inicial de elaboração desta monografia.

Agradeço a professora Ligia Bahia pelo acolhimento no primeiro ano de graduação.

Aos meus amigos de turma que ao longo desses 4 anos contribuíram para o meu crescimento pessoal e acadêmico.

A professora Leyla Sancho que em poucas palavras seria difícil descrever a sua enorme compreensão, amizade, carinho e belíssima orientação na elaboração deste trabalho.

Orientador não é só aquele que orienta o aluno na elaboração do trabalho, mas aquele que é capaz de motivá-lo. Obrigada pela orientação e companheirismo.

Ao João Carlos pela amizade e companheirismo ao longo deste ano, proporcionando momentos de diversão e amadurecimento pessoal.

Agradeço aos meus pais, irmã e cunhado que com o imenso amor, amizade e paciência souberam me ensinar a fazer as melhores escolhas e aproveitar da melhor maneira as oportunidades da vida, contribuindo, assim, para todas as minhas conquistas.

Por fim, agradeço a Deus por sempre estar presente em minha vida e por seus mandamentos terem feito de mim parte do que sou.

RESUMO

VIOLA, Ana Clara Soares. **Custo-Efetividade e atenção aos pacientes com neoplasias**: uma revisão da literatura. Monografia (Graduação em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

Os estudos de custo-efetividade de tipos alternativos de assistência para pacientes portadores de neoplasia podem ser de grande valor no sentido de orientar a oferta de serviços pelo Sistema Único de Saúde. Para identificar o tipo de assistência mais custo-efetiva, domiciliar ou hospitalar, foi realizada revisão da literatura nas bases BVS, PubMed e Scopus, onde foram encontrados 288 resumos não duplicados, dos quais apenas 4 artigos foram incluídos para a revisão. Dos quatro artigos utilizados apenas um considerou a atenção domiciliar mais cara que a hospitalar. Vale ressaltar que dos 288 resumos nenhum estava relacionado a estudo no Brasil. Talvez a preferência pela atenção hospitalar por corporações bem como a pressão de grupos profissionais corrobore para a negligência em se discutir a atenção domiciliar como alternativa a internação hospitalar. Diante da importância da questão e do número reduzido de estudos que discutam a relação de custoefetividade entre a atenção domiciliar em comparação a hospitalar para pacientes com câncer, se ressalta a necessidade de aprofundar-se no debate para que este seja norteador nas tomadas de decisão no setor saúde.

Descritores: Atenção domiciliar. Atenção hospitalar. Custo-efetividade. Neoplasia.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Síntese da Metodologia	21
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Comparação entre os custos da atenção domiciliar e a hospitalar na França em 2001	23
Quadro 2 - Mortalidade Proporcional segundo capítulo da CID-10 para a população brasileira no período de 2001 a 2010.....	34

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Síntese da Revisão de Literatura	28
---	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Série temporal dos óbitos na população brasileira segundo capítulo da CID-10 no período de 2001 a 2010.....	33
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD	Atenção Domiciliar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BIREME	Biblioteca Regional de Medicina
BTS	<i>British Thoracic Society</i>
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DPOC	Doença pulmonar obstrutiva crônica
DRG	Custo da hospitalização
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HC	<i>Home Care</i>
HH	<i>Home Hospitalisation Intervention</i>
IAMSPE	Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual
INCA	Instituto Nacional de Câncer
MMC	<i>Median Mean Monthly Costs</i>
NCBI	<i>National Center of Biotechnology Information</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
QALY	<i>Quality-Adjusted-Life-Year</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
VNS	<i>Visitting Nurse Associattion</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 MODELO ASSISTENCIAL	13
1.2 TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA	14
1.3 NEOPLASIAS.....	15
2 OBJETIVOS	16
2.1 OBJETIVO GERAL	16
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
3 JUSTIFICATIVA	17
4 O CUSTO-EFETIVIDADE E O TIPO DE ATENÇÃO AO PORTADOR DE CÂNCER: REVISÃO DA LITERATURA	19
5 REVISÃO DE LITERATURA	22
6 A TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA E A MORTALIDADE POR NEOPLASIA	29
6.1 TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA.....	29
6.2 TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E O PERFIL DE MORTALIDADE DA POPULAÇÃO BRASILEIRA.....	29
6.3 MORTALIDADE POR NEOPLASIA	30
6.4 DOENTES TERMINAIS E O MODELO ASSISTENCIAL HOSPITALAR.....	32
7 MODELO ASSISTENCIAL HOSPITALAR	35
7.1 BREVE HISTÓRICO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR	35
7.2 CARACTERÍSTICAS E CRÍTICAS AO MODELO HOSPITALOCÊNTRICO	36
8 ASSISTÊNCIA DOMICILIAR: CONCEITO, SURGIMENTO E EVOLUÇÃO	38
8.1 CONCEITO DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR	38
8.2 SURGIMENTO E EVOLUÇÃO DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR	39
8.3 ASSISTÊNCIA DOMICILIAR NO BRASIL.....	40
9 CUSTO-EFETIVIDADE	43
9.1 AVALIAÇÃO ECONÔMICA EM SAÚDE – CONCEITOS	43
9.2 CUSTO-MINIMIZAÇÃO, CUSTO-UTILIDADE E CUSTO-EFETIVIDADE	44
9.3 ESTUDOS DE CUSTO-EFETIVIDADE: APLICAÇÕES NA PRÁTICA.....	45
9.3.1 Em relação às neoplasias	46
9.3.2 Em relação a outras patologias	48
10 CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONCLUSÃO	54
REFERÊNCIAS	56

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a partir do movimento da reforma sanitária na década de 1980, estabeleceu-se o Sistema Único de Saúde (SUS) como sistema de saúde brasileiro o qual pressupõe os princípios da integralidade, equidade e universalidade. As ações e serviços públicos de saúde são organizados de forma hierarquizada e regionalizada e constituem um sistema único, norteados de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização; atendimento integral, com prioridade as atividades preventivas e participação da comunidade (BRASIL, 1998).

O SUS encontra-se em constante processo de mudança desde sua criação, tendo em vista a necessidade de reformulação de suas diretrizes de forma a adequá-las ao contexto histórico e aos princípios formuladores do sistema de saúde brasileiro, contribuindo assim para o seu desenvolvimento.

O princípio da integralidade foi proposto no período da reforma sanitária no Brasil onde foi utilizado como bandeira de luta e conseqüentemente introduzido na constituição no capítulo da saúde em 1988. Segundo Mattos, trata-se de uma palavra polissêmica, podendo ser sistematizada em três conjuntos de sentidos: a integralidade como traço da boa medicina, a integralidade como modo de organizar as práticas e a integralidade como respostas governamentais a problemas específicos de saúde (PEREIRA; LIMA, 2008).

Seu significado traz consigo a ideia de forma articulada das ações de promoção da saúde, prevenção dos fatores de risco, recuperação dos danos e reabilitação da saúde de forma a garantir a continuidade da atenção nos diferentes níveis de complexidade dos serviços; integralidade do profissional no que diz respeito a sua atuação e ações intersetoriais que articulem as políticas públicas com o objetivo último de se alcançar condições de vida e saúde adequada.

O princípio da Universalidade faz referência ao acesso universal e equitativo às ações e serviços de saúde e está relacionado ao campo do direito e à ideia de justiça, dado que se trata da distribuição de um bem público e comum a todas as pessoas (PEREIRA; LIMA, 2008). Este princípio caracteriza a saúde como um direito de cidadania, ao ser definido pela Constituição Federal como um direito de todos e um dever do Estado.

Já o princípio da equidade, sendo o paradigma da justiça adotado pelo SUS, através do conceito formulado por Margaret Whitehead, busca a redução das

diferenças desnecessárias e evitáveis (PEREIRA; LIMA, 2008). Na perspectiva da justiça como equidade, para Amartya Sen (apud SILVA, 2000), o Estado deve oferecer condições para o indivíduo realizar seus funcionamentos (as várias coisas que uma pessoa pode considerar valioso ter ou fazer) para conseguir o que deseja, sendo assim, o Estado estaria garantindo a liberdade do indivíduo desenvolver suas capacidades para escolher o tipo de vida que desejar de acordo com sua identidade e necessidades individuais.

As teorias de justiça no campo da saúde pública visando à equidade na distribuição de bens propõem critérios para a distribuição de recursos e bens em saúde de forma a contemplar o conceito de equidade. Para Fraser (2001) as identidades, ou seja, as singularidades de cada indivíduo devem ser consideradas para a distribuição justa dos bens/serviços.

Para que os princípios norteadores do SUS sejam contemplados se faz necessário que o modelo assistencial de saúde seja organizado de modo a correspondê-los.

1.1 MODELO ASSISTENCIAL

Atualmente, o modelo assistencial brasileiro de atenção à saúde encontra-se em momento de transição onde há a permanência do modelo médico-assistencial, hospitalocêntrico e curativo, juntamente com o modelo proposto a partir da Lei 8080 de 1990, que estabelece como prioridade do SUS, as ações de prevenção de agravos, promoção e reabilitação.

Isto significa que mesmo que o modelo proposto no período reforma sanitária tenha avançado em estratégias de promoção, prevenção e mais recentemente com a expansão da atenção primária através das clínicas da família, não se pode dizer que este modelo supera o médico-assistencial e hospitalocêntrico. Segundo Teixeira (2004), ao discutir sobre a necessidade de mudanças do modelo médico-assistencial em vista do processo de transição epidemiológica, afirma que: “o processo de mudança do modelo está longe de se completar. Não se tem nem mesmo certeza de que se complete, a persistirem as pressões de toda sorte para manutenção do modelo assistencial ainda hegemônico, que confere importância desproporcional à medicina clínica, hospitalar, de alta tecnologia e dependente dos fármacos.”

O modelo hospitalocêntrico caracteriza-se pela centralização das atividades médicas-assistenciais em ambiente hospitalar onde se concentra tecnologias especializadas, o saber médico e local para diagnóstico, observação, registro, tratamento, reabilitação e cura em regime de internação em leito hospitalar.

Em 1970 começam a surgir críticas ao modelo hospitalocêntrico a despeito da gestão e da assistência prestada.

Sendo assim, no contexto social da década de 70, caracterizada pela crise econômica mundial, pelo crescimento de periferias e desigualdade no acesso aos serviços de saúde, novas formas de assistência começam a ser pensadas como alternativa ao modelo hospitalocêntrico.

No Brasil, as iniciativas que visavam à reforma da prática assistencial se voltaram para a ampliação dos serviços de atenção primária de modo a atingir a população social e economicamente excluída, buscando a universalidade da assistência.

Atualmente, pode se dizer que a política de reorganização do modelo assistencial se espelha na atenção à saúde prestada por equipe multiprofissional no âmbito da atenção primária à saúde através da Estratégia da Saúde da Família (ESF). A assistência à saúde prestada pela ESF por meio de visitas domiciliares constitui um importante avanço para a prevenção e promoção da saúde e representa a possibilidade de superação do modelo médico assistencial.

1.2 TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA

O processo de transição epidemiológica é resultado principalmente do envelhecimento da população (transição demográfica), dado o processo de urbanização, redução da fecundidade e das ações de promoção e recuperação da saúde.

O perfil epidemiológico que emerge ao longo deste processo é caracterizado pela redução da mortalidade por doenças transmissíveis e pelo aumento da mortalidade de doenças crônico-degenerativas; sendo atualmente, as doenças do aparelho circulatório e as neoplasias os grupos de maior incidência.

A frequência das doenças crônicas e a longevidade atual dos brasileiros (aumento da expectativa de vida) são as duas principais causas do crescimento das taxas de idosos portadores de incapacidades (COSTA, 2000).

Este quadro requer inovações no modelo assistencial de saúde para que contemple a prevenção das doenças crônicas e degenerativas, a assistência à saúde dos idosos dependentes, o suporte aos cuidadores familiares, a busca de novos ambientes, que não os convencionais hospitais, para o tratamento e reabilitação.

Vale ressaltar, diante do exposto, que o contexto de alta prevalência de doenças crônico-degenerativas requer novas alternativas assistenciais, onde a atenção domiciliar (AD) se faz pertinente aos pacientes portadores dessas doenças, em geral idosos e muita das vezes dependentes. Nesta perspectiva, a proposta de AD busca garantir assistência mais custo-efetiva para pacientes em fase final e em reabilitação, tendo em vista o uso indiscriminado, em âmbito hospitalar, de tecnologias que não são necessariamente as mais eficazes.

1.3 NEOPLASIAS

As neoplasias continuam sendo uma das principais causas de morte nos países desenvolvidos, apesar dos sofisticados métodos de tratamento. Nos últimos tempos, a prestação dos cuidados paliativos para pacientes com câncer tem se tornado característica significativa da evolução dos cuidados de saúde. Os cuidados paliativos significam simultânea atenção médica e de enfermagem às necessidades emocionais e sociais do paciente (TZALA, 2005).

Estudos recentes têm mostrado que pacientes com câncer, assim como seus amigos e familiares preferem cuidados paliativos em um ambiente familiar/doméstico, particularmente nos últimos meses de vida (TZALA, 2005).

Novos modelos de atenção, alternativos ao hospitalar, devem ser pensados considerando sua potencialidade custo-efetiva, adequando-se ao atual contexto socioeconômico e ao momento de transição demográfica e epidemiológica, caracterizado pelo envelhecimento populacional e a carga tripla de doença.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

O presente estudo tem como objetivo evidenciar à luz da literatura qual alternativa é mais custo efetiva para pacientes portadores de neoplasias, a assistência domiciliar ou a hospitalar.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Discutir sobre modelos assistências e suas limitações frente à alta prevalência de doenças crônicas;
- Apresentar conceitos de avaliação econômica em saúde e sua contribuição para a tomada de decisão em saúde.

3 JUSTIFICATIVA

A atenção hospitalar no Brasil se caracteriza pelo uso indiscriminado de tecnologias, deficiência de leitos para comportar a demanda, precariedade de gestão qualificada, dentre outros aspectos que contribuem para que este modelo não seja suficiente para enfrentar as mudanças sociais, bem como a complexidade do processo saúde-doença.

Este modelo ainda enfrenta grandes desafios e estratégias de mudanças se fazem necessárias. Para que de fato o SUS garanta o acesso universal, integral e equitativo à população, numa rede de serviços mais resolutiva, que seja mais custo-efetiva, acolhedora, satisfatória e capaz de garantir a autonomia e dignidade humana é preciso inovações no campo da saúde coletiva que contribuam para a qualificação do SUS diante deste cenário.

No que tange ao perfil epidemiológico atual da população brasileira, as doenças do aparelho circulatório e as neoplasias representam a primeira e a segunda principal causa de mortalidade, consecutivamente. Em consequência deste fato ocorre o aumento da prevalência de idosos internados em leitos hospitalares por longa duração, bem como o crescente número de idosos dependentes por sequelas dessas doenças.

Vale ressaltar que alguns tipos de neoplasias constituem um grupo importante de doenças no que tange ao quadro de diagnóstico tardio, por exemplo, o câncer de próstata e mama (apesar de melhorias neste quadro) reduzindo a probabilidade de cura. Nesta perspectiva se faz pertinente além de estratégias de ampliação do diagnóstico precoce, alternativas assistências a pacientes crônicos com baixa possibilidade de cura, como é o caso dos cuidados paliativos domiciliares.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007) “a atenção domiciliar no setor público justifica-se pelo grau de humanização que essa atenção traz para o atendimento ao usuário/família, pela possibilidade de desospitalização, com liberação de leitos para doentes que realmente deles necessitam e também pela redução de complicações decorrentes de longas internações hospitalares com redução dos custos envolvidos em todo o processo de hospitalização”.

Sendo assim, o presente trabalho tem como motivação a busca por estratégias alternativas ao modelo de atenção a saúde hospitalar para a assistência aos portadores de neoplasias, as quais sejam mais custo-efetiva, construída numa

perspectiva de rede horizontal onde haja compromisso e responsabilização pela saúde do usuário, assim como almeje o desenvolvimento da autonomia e a apropriação do indivíduo sobre as formas que melhor o satisfaça, ao minimizar ou solucionar o processo de doença que lhe causa sofrimento.

4 O CUSTO-EFETIVIDADE E O TIPO DE ATENÇÃO AO PORTADOR DE CÂNCER: REVISÃO DA LITERATURA

Diante da necessidade de melhorar os cuidados prestados a doentes crônicos bem como sua satisfação, num contexto de despesas crescentes para cuidados de longa duração, observa-se a crescente demanda por novos estudos sobre a potencialidade da AD como alternativa ao atual modelo hospitalar.

A fim de contribuir para a temática buscou-se evidenciar à luz da literatura qual alternativa é mais custo-efetiva para pacientes portadores de neoplasias, a assistência domiciliar ou a hospitalar.

Para tanto, optou-se por revisar os artigos que comparassem os custos ou custo-efetividade de ambas as alternativas, como estratégia diante da precariedade de artigos.

4.1 METODOLOGIA

Para, no entanto, vislumbrar o cenário sobre pesquisas que se reportam a esse tipo de avaliação procedeu-se uma revisão da literatura sobre a temática. A revisão da literatura pautou-se em bases de dados eletrônicas da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), portal de informação na área de saúde relacionado à BIREME - Biblioteca Regional de Medicina, acessado no endereço <<http://regional.bvsalud.org/>>; a base de dados PubMed, relacionada ao NCBI - *National Center of Biotechnology Information*, acessado no endereço <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>>; e a base de dados Scopus, ligada à Elsevier, acessada no endereço <<http://www.scopus.com/home.url>>.

O levantamento das produções científicas de interesse ocorreu durante os meses de março, abril e maio de 2012. Através do DeCS- Descritores em Ciências da Saúde (<http://decs.bvs.br/>)- se selecionou as palavras-chave de interesse. Para a busca na Pubmed e na BVS se utilizou como descritores: "*inpatient*", "*home care*", "*cost effectiveness*", e "*neoplasms*". Utilizamos o operador booleano "AND" para formar a chave de busca. Utilizou-se corte temporal para o refinamento do resultado da busca no período de 2002 a 2012. Os artigos foram recuperados nos idiomas português, espanhol e inglês.

Cruzou-se os descritores mencionados em nossa estratégia de busca o que permitiu encontrar nove artigos na PubMed e 8 artigos na BVS, sendo que entre estes, apenas 3 eram diferentes dos encontrados na PubMed.

Na base de dados Scopus, foram utilizados os descritores: "*home care*", "*costs analysis*", e "*cancer*", dada a particularidade dos descritores utilizados pelas diferentes bases de dados. Utilizou-se, como já descrito, o operador booleano "AND", e também o corte temporal para o período de 2002 a 2012, e os mesmos idiomas. O resultado encontrado foi de 281 títulos.

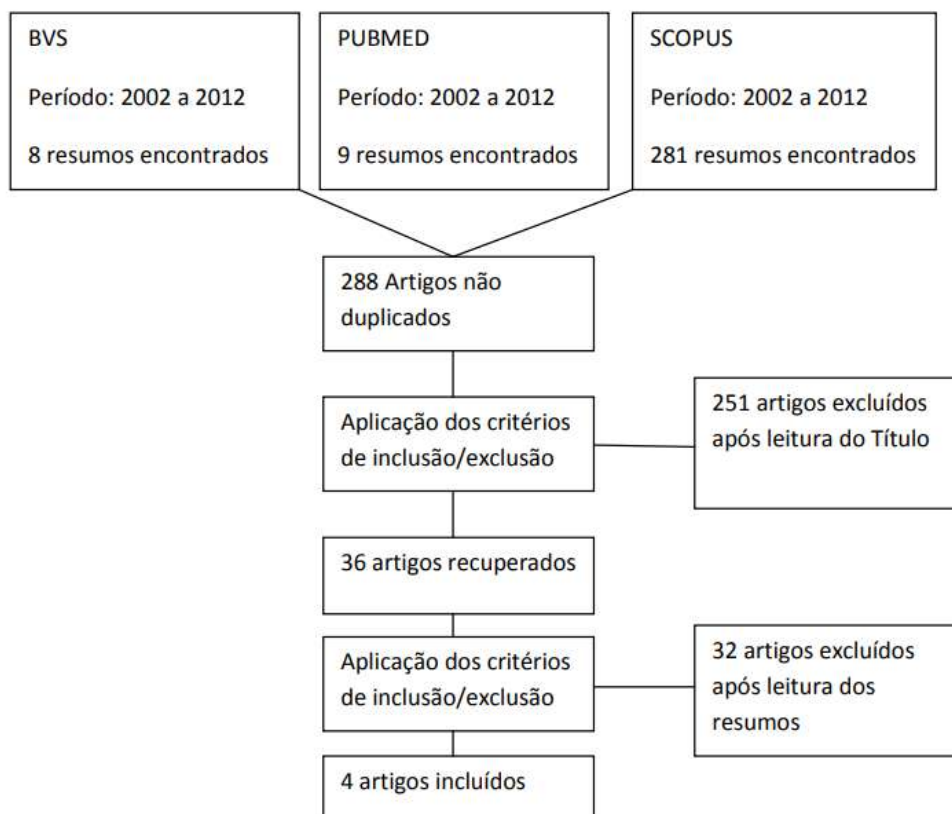
Sendo assim, o resultado da busca resultou no total de 288 artigos não duplicados.

Para a seleção de artigos que compuseram a revisão da literatura selecionou-se os resumos não duplicados das bases de dados utilizadas. Destes resumos, se estabeleceu critérios de inclusão e exclusão para a leitura completa do texto.

Para que o resumo fosse considerado pertinente ao estudo em uma primeira etapa de seleção, a expressão "*cost-effectiveness*", "*cost*", "*cost analysis*" ou "*economic*" deveriam estar contidas no título.

Após a leitura dos títulos dos artigos, foram excluídos 251. Dos 36 artigos restantes, após a leitura dos resumos, apenas 4 foram incluídos para o estudo. Os 32 artigos foram excluídos após a leitura dos resumos por não compararem o custo ou custo-efetividade entre a atenção domiciliar e hospitalar para o tratamento de pacientes portadores de câncer.

Do total de artigos encontrados não duplicados (288), apenas 4 foram incluídos para a revisão da literatura, os quais encontravam-se na base Scopus e que tinham como objetivo comparar o custo ou custo-efetividade da atenção domiciliar e hospitalar para o tratamento de pacientes com câncer.

Figura 1 - Síntese da Metodologia

5 REVISÃO DE LITERATURA

Diante do escasso número de artigos encontrados optou-se por fazer uma síntese dos artigos e descrever os resultados mais relevantes para compor a discussão.

O artigo "*Cancer treatment at home or in the hospital: what are the costs for French public health insurance? Findings of a comprehensive-cancer centre*", teve como objetivo avaliar o custo do programa do tratamento em casa para pacientes com câncer e seu potencial interesse para o seguro público de saúde (na França o sistema de saúde é dado por meio do seguro público, onde os trabalhadores pagam ao Estado pelo direito a usufruírem dos serviços de saúde) em relação ao tratamento em ambiente hospitalar.

O estudo optou por observar os custos da AD e comparar com os custos teóricos da atenção hospitalar. O custo da AD foi observado durante um estudo prospectivo entre os pacientes que receberam atendimento domiciliar coordenado pelo Departamento (Centre Léon Bérard); os custos hospitalares teóricos foram reconstruídos para estes mesmos pacientes de acordo com o ponto de vista do *French Diagnosis - Related Groups (DRGs)*, que são usados para calcular financiamento do governo para os hospitais.

Para a avaliação econômica, os custos para as famílias não foram levadas em consideração e os autores ressaltaram que os custos para a AD dependem da maneira como esse tipo de atendimento é organizado (RAPHAEL, 2005).

Para a avaliação do melhor serviço em relação aos custos, o artigo, cita alguns itens para o cálculo dos custos da AD, são eles:

- Os serviços de saúde realizados pelos profissionais, enfermeiros e fisioterapeutas;
- As análises de laboratório, dispositivos médicos e medicação;
- Locação de equipamentos médicos;
- Compra de equipamentos médicos; e
- Coordenação, corresponde aos custos de operar a AD, está relacionado aos profissionais, aos custos de transportes, ligações telefônicas e matérias de escritório. Os custos da coordenação foram calculados para cada pacientes de acordo com o número de dias que receberam tratamento durante o estudo.

O estudo após apresentar os custos da AD e da atenção hospitalar para as três categorias de tratamento: Quimioterapia, Cuidados paliativos e Outros tratamentos, conclui que para os três tipos de tratamento a AD apresentou os custos mais baixos (RAPHAEL, 2005).

Quadro 1 - Comparação entre os custos da atenção domiciliar e a hospitalar na França em 2001

Comparação entre os custos da atenção domiciliar e a hospitalar na França em 2001(euros).			
	N° de pacientes	Custos Totais para a Atenção Domiciliar	Custos Totais para a Atenção Hospitalar
Quimioterapia	34	225.5	318.0
Cuidados Paliativos	33	1201.7	3489.7
Outros Tratamentos	15	1047.6	2603.6
Todos os tratamentos combinados	82	776.6	2012.5

Fonte: Raphaël et al., (2005).

O estudo sugere que alternativas à internação hospitalar podem gerar uma economia substancial para o seguro público de saúde na França.

Outra conclusão do artigo dispôs que formas mais adequada de distribuição do financiamento dos serviços de saúde devem ser estudadas para que respondam tanto as necessidades da internação quanto as necessidades sociais e psicológicas dos indivíduos (RAPHAEL, 2005).

Já o artigo "*Cost of home palliative care compared with conventional hospital care for patients with haematological cancers in Greece*" através de um estudo retrospectivo de análise de custo-minimização comparou-se o custo estimado do cuidado paliativo em casa para pacientes com câncer hematológico que

necessitavam de transfusão sanguínea e o custo da mesma terapia através do cuidado convencional hospitalar.

Vale ressaltar que os estudos de custo-minimização constituem um tipo de avaliação econômica, onde se comparam alternativas cuja efetividade é a mesma, sendo assim, opta-se pelo tratamento mais barato.

Os custos foram medidos pela média por paciente de ambos os regimes, excluindo os custos de transfusões sanguíneas e os custos de medicamentos que eram comuns a ambos. Essas estimativas foram baseadas em dados coletados a partir dos registros hospitalares dos pacientes acompanhados.

Segundo o texto, o cuidado domiciliar é significativamente mais caro que o cuidado convencional hospitalar. Alguns fatores explicam esse fato, tais como o número de testes sanguíneos no programa de cuidado paliativo em casa é maior do que o realizado no hospital, os exames de sangue são realizados no grupo hospitalar apenas durante admissões ao hospital, enquanto um acompanhamento regular do grupo de cuidados paliativos em casa exige exames de sangue a serem realizadas a cada semana. Outro fator refere-se ao aumento das constantes despesas adicionais independentemente se o paciente recebeu transfusão sanguínea. Por fim, quando os pacientes domiciliados com cuidados paliativos necessitam ir à clínica para a transfusão, os custos envolvidos são maiores em comparação aos pacientes internados em hospitais (TZALA, 2005).

Apesar dos resultados mostrarem que a AD é mais cara que a hospitalar, o estudo faz uma reflexão sobre medidas a serem adotadas pelos programas de cuidado paliativo em casa para pacientes com câncer hematológico no sentido de que a AD se tornem uma alternativa mais barata à hospitalização. Ademais, algumas questões fundamentais sobre a eficiência técnica do programa devem ser examinadas, por exemplo o número de exames de sangue realizados, cuja frequência poderia ser melhor ajustada às necessidades dos pacientes, ao se questionar se todos os testes realizados no programa de atenção domiciliar paliativo foram exigidos. Outra questão abordada seria uma melhor coordenação entre a equipe do programa de cuidados paliativos em casa e os médicos assistentes que poderia reduzir a frequência e os tipos de testes para cada paciente, dependendo da condição do paciente. Também foi referido no artigo se há necessidade e benefícios de visitas semanais do enfermeiro, bem como se a frequência das visitas refletem as reais necessidades dos pacientes (TZALA, 2005).

O artigo “*Cost analysis of a domiciliary program of supportive and palliative care for patients with hematologic malignancies*” considerou que o *Home Care* (HC) para a gestão de muitas doenças é considerada vantajosa, quer em termos de qualidade de atendimento, como em relação à redução de custos (CARTONI, 2007). Segundo o artigo, “estudos de custo e custo-efetividade têm sugerido que tanto para os pacientes em fase terminal devido ao câncer, quanto para os pacientes durante o tratamento anti-câncer ativo, o *home care* é um serviço eficiente ao reduzir o uso inadequado de leitos hospitalares disponíveis e o custo unitário da prestação de cuidados, em comparação com os convencionais leitos de hospital” (CARTONI, 2007).

O objetivo deste estudo foi analisar a utilização dos recursos e os custos de um programa de HC para quatro diferentes grupos de prognóstico de pacientes com doenças hematológicas, onde incluiu-se o câncer, de acordo com a fase da doença (terminal, avançada, fase crônica e alta precoce para doença curável). Dentre as doenças hematológicas dos pacientes selecionados, encontra-se a Leucemia, Mieloma, Linfoma, Síndromes mieloproliferativas crônicas, e outras.

Este estudo discutiu o uso de recursos (humanos; recursos para transfusão; o uso de materiais e medicamentos incluindo a sua preparação e recursos laboratoriais) bem como os custos diretos durante dois anos do programa HC realizados na instituição dos pesquisadores-autores do artigo, de acordo com as diferentes fases da doença e expectativas de vida dos pacientes atendidos (CARTONI, 2007).

Os custos do programa de HC foram comparados com o DRG (custo da hospitalização) correspondente aos dos pacientes hematológicos hospitalizados durante o ano de 2004. O MMC (*Median Mean Monthly Costs*) de HC para pacientes crônicos foi inferior ao menor DRG (síndromes mieloproliferativas crônicas, u3,511.0). O MMC dos outros três grupos de pacientes tratados em casa foi inferior ao DRG segundo (não leucemia aguda: u7, 245,0) na ordem decrescente de preço, enquanto o maior MMC para o HC (alta precoce, com mais de 4 transfusões : u9, 550,2) era ainda menor do que a mais alta DRG (DRG 473, leucemia mielóide ou linfóide aguda). Os doentes com leucemia aguda, em fase terminal, com mais do que 4 significa transfusões mensais teve o maior dos cuidados domiciliários MMC (U11, 080,0; dados não mostrados) em comparação com os pacientes com outras doenças

malignas hematológicas, mas menor do que a quantidade da carga de DRG correspondente.

Para os autores os custos do programa de HC para os pacientes com doenças hematológicas diferem em relação à fase da doença e da necessidade de transfusão. Esta diferença pode ser explicada pelo maior número de consultas médicas e de enfermagem, de transfusões exigidas pelos grupos de pacientes na fase terminal da sua doença e aqueles que tiveram alta precoce do hospital (CARTONI, 2007).

O artigo concluiu que para o sistema de saúde os custos da assistência são a soma dos dispendidos pelos prestadores de cuidados de saúde e aqueles advindos dos pacientes e suas famílias. Portanto, os custos de cuidados em casa mantidos pelos pacientes e suas famílias também devem ser investigados para averiguar o peso econômico da doença, na perspectiva da família, em termos de cuidado não reembolsáveis das drogas, dos equipamentos médicos e o custo da perda de produtividade (CARTONI, 2007).

Por último o artigo "*Economic and patient-reported outcomes of outpatient home-based versus inpatient hospital-based chemotherapy for patients with colorectal cancer*", teve como objetivo comparar através de relatos dos pacientes e à luz da econômica o tratamento em casa e o hospitalar da quimioterapia para pacientes com câncer colo retal, que segundo os dados é o mais prevalente na população coreana (JOO, 2011).

Os pacientes selecionados no estudo estão inscritos no estágio 3 da doença e realizaram o tratamento de quimioterapia em casa ou em ambiente hospitalar. Os custos foram calculados com base em registros hospitalares referente ao custo médio por sessão de quimioterapia (dado que o custo varia por paciente), comparando os valores (soma dos custos diretos e indiretos) entre a quimioterapia efetivada em casa e a hospitalar.

Os custos diretos foram definidos como os custos com profissionais de saúde, diárias hospitalares, exames, etc. Os custos indiretos (consistem no custo da perda de produção) foram definidos como despesas de transporte efetuadas em visitas hospitalares, bem como os custos de oportunidade para pacientes e cuidadores para o tempo gasto em consultas ambulatoriais e internação.

Além da análise econômica dos custos, a perspectiva individual quanto ao tipo de assistência (domiciliar ou hospitalar) também foi levada em consideração no estudo. A satisfação dos pacientes em relação ao ambiente no qual recebe o

tratamento foi avaliada através das visitas dos pesquisadores com aplicação de questionários respondidos pelos próprios pacientes.

O resultado explicitado no artigo refere que os pacientes em tratamento de quimioterapia domiciliar apresentaram maior satisfação dos que os pacientes hospitalizados, e após o ajuste por análise multivariada, o resultado permaneceu o mesmo. Para os autores, receber quimioterapia em casa é menos estressante e traz melhores resultados psicológicos para os pacientes, além de reduzirem os custos em diárias hospitalares (JOO, 2011).

A satisfação e a preferência do pacientes são dois elementos importantes para avaliar a qualidade dos tratamentos alternativos, na perspectiva de uma avaliação econômica.

Outro resultado do estudo demonstra que o tratamento da quimioterapia em casa para pacientes com câncer colo retal reduz o custo em 16,6% por sessão de quimioterapia, em comparação ao tratamento hospitalar. A redução é atribuída principalmente pelos custos médicos e pelos custos de oportunidade dos profissionais de saúde (JOO, 2011).

Em relação ao nível educacional dos pacientes que preferiram receber cuidados domiciliares, a maior parcela se inscreve no nível do ensino médio ou superior se comparado com o grupo de terapia de base hospitalar (97,5% versus 75,0%, $p < 0,005$).

Como conclusão os autores enfatizam que o tratamento de quimioterapia em casa diminui o desconforto da vida diária, a preocupação com a quimioterapia e a carga dos cuidadores, bem como reduz os custos associados à quimioterapia, ao evitar a hospitalização do paciente (JOO, 2011). Porém, dois elementos foram menos satisfatórios para os pacientes tratados em casa do que para os hospitalizados: lidar com os efeitos colaterais e o manejo do local de injeção.

Considerando a maior satisfação e a redução dos custos, o tratamento de quimioterapia em casa para pacientes no terceiro estágio do câncer colo retal é potencialmente mais custo-efetiva e aceita popularmente que o tratamento hospitalar (JOO, 2011).

Tabela 1 - Síntese da Revisão de Literatura

Estudo (ano do custeio)	Base de dados	Tipo de estudo	País/moeda	Doença	Tratamento	Perspectiva	Resultados
TZALA et al. (2005)	Scopus	Custo (comparativo)	Grécia/Euros	Câncer hematológico	-Transusão sanguínea	Sistema de saúde	AH foi mais barata (= 436.34) que a AD. Custo Adicional (521.69)
RAPHAEL et al. (2005)	Scopus	Custo (comparativo)	França/Euros	Câncer	-Quimioterapia -Cuidados paliativos -Outros tratamentos	Sistema de saúde	A AD foi mais barata que AH (DRG) para todos os tipos de tratamento. (2012.5 versus 776.6, P < 0.001).
CARTONI et al. (2007)	Scopus	Custo (comparativo)	Roma/Euros	Câncer hematológico	-Cuidados paliativos	Sistema de saúde	Para todas as fases a AD foi mais barata que a AH (DRG). Fase terminal =4.232,50 Alta precoce do hospital com doença curável =3.986,40 Fase Avançada =2.303,80 Fase crônica =1.488,33
HYE et al. (2011)	Scopus	Custo e Satisfação do paciente (comparativo)	Coreia/KW	Câncer colorretal	-Quimioterapia	Sistema de Saúde	A atenção domiciliar é mais satisfatória para os pacientes e mais barata que a hospitalar (2,030,383 versus 1,694,216).

6 A TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA E A MORTALIDADE POR NEOPLASIA

6.1 TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA

O fenômeno de transição demográfica é uma realidade mundial com início no final do século XIX em alguns países da Europa Ocidental, espalhando-se pelo resto do Primeiro Mundo, no século passado, e se estendeu, nas últimas décadas, por vários países do Terceiro Mundo, inclusive o Brasil (CARVALHO, 2003).

Segundo Sabroza, este processo representa a relação entre crescimento e estrutura das populações e os diferentes padrões de mortalidade e natalidade, nas diferentes etapas de desenvolvimento. Esta relação resulta no envelhecimento populacional, o qual está relacionado com a modificação na estrutura etária acompanhado do aumento da expectativa de vida de 40 anos para mais de 70 (SABROZA).

De acordo com Gro Harlem Brundtland (OMS, 2012), Diretor-Geral, OMS, 1999: “O envelhecimento da população é, antes de tudo, uma estória de sucesso para as políticas de saúde pública, assim como para o desenvolvimento social e econômico.” Nessa perspectiva, a incorporação de técnicas específicas para controle de doenças e da natalidade é sem dúvida contribuinte para a mudança na estrutura etária (SABROZA).

No Brasil, este fenômeno tem ocorrido de forma rápida ao longo das últimas décadas, projeções populacionais indicam que em 2020 teremos a sexta maior população idosa do mundo, correspondendo a 32 milhões de pessoas. Esse panorama traz uma série de mudanças e novas necessidades a um país pouco preparado para enfrentá-las.

Além disso, a dimensão do financiamento cada vez mais passa a ser utilizada como justificativa para as precárias condições assistenciais dos serviços públicos.

6.2 TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E O PERFIL DE MORTALIDADE DA POPULAÇÃO BRASILEIRA

O processo de envelhecimento populacional proporcionado pelo declínio da fecundidade, redução da mortalidade infantil e melhorias nas condições de vida, tem

inscrito a longo prazo profundas mudanças no padrão de morbidade, invalidez e morte da população brasileira.

Segundo Mendes, o Brasil vivencia uma transição epidemiológica diferente das formas clássicas dos países desenvolvidos. A tripla carga de doenças é utilizada para definir esse perfil singular brasileiro. Essa definição envolve o recente desafio das doenças crônicas e de seus fatores de riscos, como o tabagismo, o sobrepeso, a obesidade, a inatividade física, o estresse e a alimentação inadequada, bem como as doenças infecciosas que ainda fazem parte do perfil brasileiro, como a desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; o terceiro componente da tripla carga é o crescimento acelerado das causas externas no país (MENDES, 2010).

O fenômeno da transição epidemiológica que resulta em mudanças no perfil de morbimortalidade da população é demonstrado pelos dados da Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar do IBGE de 2008 o qual apresenta que 79,1% dos brasileiros de mais de 65 anos de idade relataram ser portadores de, pelo menos, uma das doze doenças crônicas selecionadas (MENDES, 2010).

Segundo o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), as doenças do aparelho circulatório são as primeiras causas de morte entre os idosos brasileiros. As neoplasias constituem o segundo grupo de causas de morte desta população, seguidas por doenças do aparelho respiratório, doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, doenças do aparelho digestivo, causas externas e doenças infecciosas e parasitárias.

6.3 MORTALIDADE POR NEOPLASIA

As neoplasias estão entre as principais causas de morte no perfil de mortalidade da população brasileira, ocorrendo predominantemente em adultos e idosos. Tal fato se assemelha aos países de renda alta e média que passaram pela transição demográfica e epidemiológica há mais tempo.

Segundo o DATASUS a partir do ano de 2003 as neoplasias passaram a compor o segundo grupo de doenças de maior incidência de mortalidade no Brasil segundo capítulos da CID-10 (Gráfico 1 e Quadro 2).

O crescimento dos óbitos por câncer tem sido tema de estudos epidemiológicos em relação à magnitude e a letalidade da maioria das afecções que compõem este grupo de causas e os estudos de custo-efetividade de programas de prevenção para

alguns tipos específicos como, por exemplo, o câncer de colo de útero (terceiro tipo de câncer mais comum entre as mulheres), mama (de maior incidência entre as mulheres em todo o mundo) e cavidade oral (terceiro entre os homens e oitavo entre as mulheres). Segundo a Organização Mundial de Saúde, atualmente no mundo há mais de 10 milhões de casos novos de câncer e mais de 6 milhões de mortes (WHO, 2002).

Além dos aspectos epidemiológicos, as neoplasias caracterizam-se como um problema de saúde pública também na dimensão social e econômica, levando em consideração os anos de vida perdidos, o impacto para a previdência social, o impacto para as famílias e para os serviços de saúde. Vale ressaltar, que tal grupo de causas de óbitos torna-se ainda mais preocupante quando consideramos o potencial preventivo, segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2012), “um terço dos casos novos de câncer que ocorrem anualmente no mundo poderiam ser prevenidos”.

Segundo Silva (2006), “Das doenças crônicas degenerativas, o câncer é uma das que mais trazem transtornos aos indivíduos e seus familiares. Sofrimentos de diversas dimensões acometem tanto os portadores da doença como seus familiares e cuidadores. Entender o impacto do câncer nos indivíduos é essencial para estabelecer estratégias de cuidados”.

Com o desenvolvimento da ciência e o aprimoramento tecnológico, aumentou-se a possibilidade de cura e tratamento para as doenças que afligem a população humana fazendo aumentar a expectativa de vida da população.

O desenvolvimento científico resultou na busca do tratamento e da cura das doenças, tornando estes o objetivo da medicina, gerando discussões a respeito dos limites das ciências médicas em ajudar a aliviar a dor e outros sintomas associados a pacientes terminais (SALES, 2003).

Nesta perspectiva, a medicina passou a assumir o caráter de luta contra a própria natureza humana, em outras palavras, a ciência passa a negar a lei natural da vida, como se esta pudesse ser controlada através dos conhecimentos da nova epidemiologia que, segundo Castiel (2011) é chamada de ‘epidemiologia da imortalidade’.

Nesse contexto onde saúde e cuidado vêm sendo questionados, deparamonos com a necessidade de mudanças de paradigma a respeito da morte bem como do cuidado ao paciente terminal, possibilitando a emergência de novos modelos

assistenciais onde os cuidados paliativos domiciliares fortalecem-se como uma alternativa de cuidados aos portadores de neoplasias.

6.4 DOENTES TERMINAIS E O MODELO ASSISTENCIAL HOSPITALAR

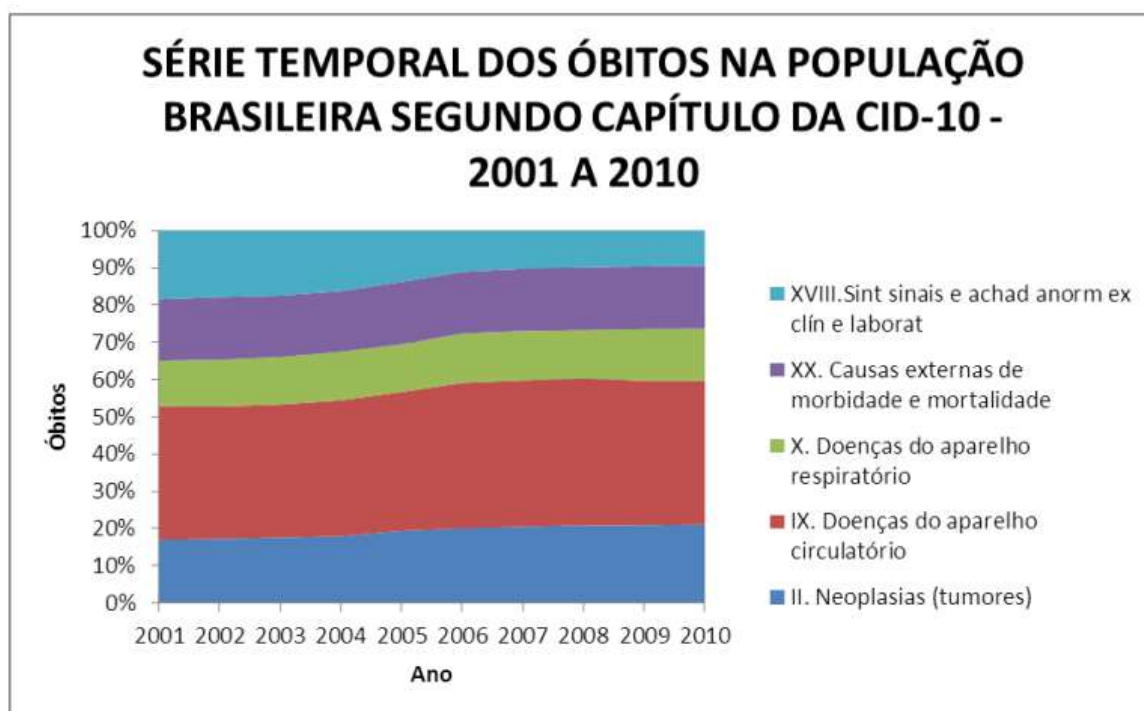
Como alternativa de assistência ao doente com neoplasia, seja para reabilitação ou cuidados paliativos, levando em consideração a realidade brasileira onde os recursos são escassos e a humanização na assistência se coloca como desafio, aponta-se a assistência domiciliar como alternativas para suprir as necessidades demandadas pela população portadora de neoplasia.

Segundo a OMS (WHO, 2002), no mundo, a maioria dos doentes com câncer apresenta-se em estado avançado da doença. Segundo Giovanella (2011), a maioria dos pacientes tem seu diagnóstico feito nas fases avançadas, comprometendo a eficácia do tratamento e reduzindo a sobrevida em 5 anos. Para os pacientes, a única opção de tratamento realista é o alívio da dor e cuidados paliativos. Os cuidados paliativos estão disponíveis para melhorar a qualidade de vida para pacientes com câncer.

A medicina paliativa, segundo a OMS (SALES, 2003) é a assistência médica integral e ativa a pacientes com doenças em estado avançado e incuráveis, onde o tratamento específico já não é mais eficaz.

Por fim, tendo em vista a necessidade de novas alternativas assistenciais que considerem a qualidade de vida como prioridade e sejam capazes de responder as necessidades sociais, psicológicas e espirituais dos indivíduos bem como ser mais custo-efetiva, os cuidados paliativos em casa surgem como uma possibilidade para o tratamento de pacientes portadores de neoplasias em fase terminal que respondam a essas características.

Gráfico 1 - Série temporal dos óbitos na população brasileira segundo capítulo da CID-10 no período de 2001 a 2010



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

Quadro 2 - Mortalidade Proporcional segundo capítulo da CID-10 para a população brasileira no período de 2001 a 2010

Mortalidade Proporcional por Residência segundo Capítulo CID-10 - Brasil - Período de 2001 a 2010										
Capítulo CID-10	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
IX. Doenças do aparelho circulatório	27,40	27,22	27,34	27,88	28,20	29,35	29,44	29,51	29,02	28,71
II. Neoplasias (tumores)	13,04	13,22	13,44	13,75	14,64	15,10	15,41	15,57	15,62	15,74
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	12,58	12,88	12,64	12,45	12,68	12,44	12,51	12,62	12,57	12,60
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório	14,12	13,65	13,31	12,39	10,37	8,29	7,66	7,35	7,16	7,00
X. Doenças do aparelho respiratório	9,39	9,64	9,74	9,98	9,67	9,97	9,97	9,75	10,38	10,48
Outras	23,48	23,39	23,53	23,55	24,43	24,84	25,01	25,20	25,25	25,47
TOTAL	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
<i>Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM</i>										

7 MODELO ASSISTENCIAL HOSPITALAR

O conceito de modelo assistencial definido por Carvalho e Ribeiro, (CARVALHO, 1998) é “a maneira como são organizadas e combinadas, em uma sociedade, as diversas ações de intervenção no processo saúde-doença”.

Além disso, trata-se da maneira de se combinar as tecnologias e técnicas para resolver problemas de saúde e atender às necessidades individuais e coletivas bem como a maneira de organizar os saberes e instrumentos de trabalho (PAIM, 2001).

7.1 BREVE HISTÓRICO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

A conformação dos hospitais ao longo dos anos passou por diversas transformações associadas ao progresso científico e tecnológico, ao momento político, histórico e cultural, estabelecendo-se como centro do sistema de saúde, onde concentravam-se as atividades médico-assistenciais e curativas e a atenção a saúde era sinônimo de assistência hospitalar, estes, chamados de hospitalocêntricos.

Em seu surgimento, no século IV D.C., suas atividades eram associadas às ordens religiosas e destinadas aos pobres. Funcionavam pela tutela e orientação católica que tinha como missão, prioritariamente, a salvação espiritual, exercendo papel importante na passagem da vida para a morte. Esse momento caracteriza os hospitais como Hospital Medieval (GIOVANELLA, 2011).

No Século XVIII, como resultado das transformações econômicas e sociais associadas à 1ª Revolução Industrial surgem os Hospitais Modernos, os hospitais deixam de ser exclusividade da igreja, passando a responsabilidade para Estados e cidades. Isto significa que os investimentos se tornam majoritariamente públicos, deste modo, os preceitos religiosos aos poucos desaparecem. É neste momento que se propicia as condições para que os hospitais tornem-se local de estudo, investigação, tratamento e formação médica (GIOVANELLA, 2011).

Segundo Giovanella (2011), “essas são as condições que a medicina se torna hospitalar e o hospital se medicaliza, circunstância que fundam o hospital moderno”. A partir do Século XX, inovações na prática terapêutica se desenvolveram às custas do emprego mais intensivo de tecnologia pesada e dispendiosa, onde a medicina se estabelece, cada vez mais, como científica e hospitalar, bem como conquista sua legitimidade social. As pessoas não mais tinham medo de serem internadas, ao

contrário, desejavam o tratamento hospitalar. Deste modo, a base de modelo de atenção à saúde se estabelece (GIOVANELLA, 2011).

7.2 CARACTERÍSTICAS E CRÍTICAS AO MODELO HOSPITALOCÊNTRICO

As características do hospital moderno acima descrito e os investimentos financeiros da década de 40 propiciaram as condições para que a assistência à saúde se tornasse predominante hospitalar, o que caracteriza o modelo assistencial como hospitalocêntrico.

Os hospitais constituem um conjunto heterogêneo de estabelecimento de saúde, que podem ser classificados quanto ao porte do estabelecimento (número de leitos hospitalares); o perfil assistencial (hospital de clínicas básicas, hospital geral, hospital especializado, hospital universitário e de ensino e pesquisa); o nível de complexidade das atividades prestadas (hospital de nível secundário, de nível terciário ou quaternário) e quanto a sua função dentro do serviço de saúde (hospital local, regional, de referência estadual ou nacional) (GIOVANELLA, 2011).

Atualmente estes estabelecimentos são caracterizados pelo uso excessivo de tecnologias especializadas, o que contribui para que o investimento dos recursos financeiros destinados à saúde não sejam alocados de forma eficiente e justa, por exemplo, o uso excessivo de tecnologias por tempo prolongado no tratamento para pacientes em fase final de vida, tratamento estes que não são necessariamente os mais efetivos.

Além disso, o modelo hospitalocêntrico não contempla a saúde de forma horizontal, ou seja, buscando a integralidade das atividades/assistência no interior e fora das unidades de saúde.

A fragmentação da assistência à saúde é um reflexo da deficiência da política de saúde brasileira que não contempla as ações inter e multidisciplinares dos programas e estratégias, entre os profissionais das equipes e entre os diferentes serviços/estabelecimentos.

O uso indiscriminado de tecnologias custosas, o aumento de tamanho e complexidade dos hospitais contribuem para que se tornem organizações de larga escala, colocando novos problemas para a administração e gestão hospitalar. Em 1970 começam a surgir críticas ao modelo hospitalocêntrico a despeito da gestão e da assistência prestada. Tais críticas se debruçam sobre os limites deste modelo em

contemplar uma atenção que seja de fato efetiva, equitativa e comprometida com necessidades prioritárias em saúde.

Além disso, as discussões a despeito dos limites do modelo tem como escopo a reafirmação das finalidades ou propósitos da atenção à saúde. Segundo Paim (2001), “trata-se de deslocar o eixo recuperar a saúde de indivíduos doentes, para prevenir riscos e agravos e promover a saúde das pessoas e dos grupos populacionais”.

Muitos desafios se colocam no atual contexto histórico para o sistema de saúde a exemplo os processos de transição demográfica e epidemiológica que requerem mudanças no modelo assistencial e principalmente na política de saúde para que atendam às novas necessidades.

Ressalta-se a necessidade de modelos alternativos de assistência à doentes crônicos capazes de transformar a prática de saúde de forma a contribuir para o sucesso e desenvolvimento do Sistema Único de Saúde de maneira mais custoefetiva quando comparado ao modelo assistencial hospitalar.

8 ASSISTÊNCIA DOMICILIAR: CONCEITO, SURGIMENTO E EVOLUÇÃO

8.1 CONCEITO DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

Internação domiciliar, hospitalização domiciliar, assistência domiciliar, fazem parte da variedade de denominações de um modelo assistencial alternativo/complementar ao modelo de assistência hospitalar. Apesar das inúmeras nomenclaturas o conceito de internação domiciliar é definido, segundo Cotta (apud MACIEL, 2007) como: “[...] uma alternativa assistencial do setor saúde que consiste em um modelo organizativo capaz de dispensar um conjunto de atenções e cuidados médicos e de enfermagem de cunho hospitalar, mas todavia necessitam vigilância ativa e assistência complexa”.

Segundo a Organização Mundial da Saúde a Assistência Domiciliar é definida como sendo “a provisão de serviços de saúde por prestadores formais e informais com o objetivo de promover, restaurar e manter o conforto, função e saúde das pessoas num nível máximo, incluindo cuidados para uma morte digna. Serviços de assistência domiciliar podem ser classificados nas categorias de preventivos, terapêuticos, reabilitadores, acompanhamento por longo tempo e cuidados paliativos”.

No Brasil, segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2003), através da Resolução de Diretoria Colegiada da ANVISA RDC 11, de 26 de janeiro de 2006, que dispõe sobre o Regulamento Técnico contendo as Normas de funcionamento de Serviços que prestam Assistência Domiciliar, adota as seguintes definições:

Assistência Domiciliar: Termo genérico que representa diversas modalidades de atenção à saúde desenvolvidas no domicílio, entre elas o Atendimento e a Internação Domiciliar.

Atenção Domiciliar: termo que envolve ações de promoção à saúde, prevenção de doenças e complicações, abrangendo a assistência e reabilitação desenvolvidas no domicílio.

Atendimento Domiciliar: conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas por meio de ações preventivas e/ou assistenciais com participação de equipe multiprofissional.

Internação Domiciliar: conjunto de atividades caracterizadas pela atenção em tempo integral para pacientes com quadros clínicos mais complexos e com necessidade de tecnologia especializada de recursos humanos, equipamentos, materiais, medicamentos, atendimento de urgência/emergência e transporte.

Serviço de Assistência Domiciliar – SAD: instituição pública ou privada responsável pelo gerenciamento e operacionalização de atendimento e/ou internação domiciliar.

No âmbito do SUS, através da portaria GM N° 2529 de 20 de outubro de 2006, segundo o Art. 2º, a Internação Domiciliar, é o conjunto de atividades prestadas no domicílio às pessoas, clinicamente estáveis, que exijam intensidade de cuidados acima das modalidades ambulatoriais, mas que possam ser mantidas em casa, sendo atendidos por equipe específica (BRASIL, 2006).

8.2 SURGIMENTO E EVOLUÇÃO DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

O novo perfil de hospital que se criou após a revolução tecnológica e científica do século XIX, começou a apresentar consequências negativas e limitações na prestação do cuidado. A respeito destas consequências, pode-se citar o crescente aparecimento de infecções provenientes do próprio ambiente ocasionadas principalmente pelo aumento das internações hospitalares e da circulação de estudantes e professores; o uso excessivo de tecnologias especializadas e a fragmentação das atividades nos serviços de saúde, como citados anteriormente.

Os fatores acima citados foram determinantes para que se estabelecesse as discussões por buscas de novas formas de assistência, alternativas ao modelo hospitalar e que fossem mais humanitárias, mais custo-efetivas e conseqüentemente que melhorassem a qualidade na assistência.

Como resultado da busca por alternativas que suprissem as novas necessidades surgiram iniciativas como a implementação do hospital-dia e as internações de curta permanência e a hospitalização domiciliar, modalidade esta já existente, mas que ganhou força nos debates como sendo potencialmente capaz de responder aos novos desafios.

Segundo Cotta (apud MACIEL, 2007), que discute o HC como uma proposta a ser considerada na estratégia de desospitalização no Brasil, a assistência domiciliar começa a conviver com o atendimento hospitalar desde o século XVIII, quando surgem os primeiros hospitais de caráter comunitário laico, ou seja, que não é exclusividade da igreja e passam a ser responsabilidade dos Estados.

O primeiro registro de assistência domiciliar (AD) organizada se deu no estado da Carolina do Sul (EUA), no século XIX, por intermédio de mulheres da Sociedade Beneficente de Charlestone, que desenvolviam programas de atendimento a doentes pobres. Ainda nesse período, houve a criação da *Visiting Nurse Association* (VNAS), que congregava várias agências (empresas) de AD. Os serviços de AD eram

financiados por famílias ricas que somadas às doações, compunham um fundo para financiar os serviços prestados às camadas mais pobres. Vale ressaltar a influencia nessas empresas do modelo da prática de enfermagem introduzido por Florence Nightingale, na Inglaterra e que repercutiu por todo o mundo, influenciando as empresas de AD que surgiam (MACIEL, 2007).

8.3 ASSISTÊNCIA DOMICILIAR NO BRASIL

O home care foi introduzido no Brasil inicialmente como uma solução voltada à redução dos custos relacionados com o financiamento dos serviços de saúde prestados, bem como solução para desocupar vagas em leitos hospitalares dado que neste período os leitos já se mostravam incapazes de comportar a demanda (PORTAL HOME CARE, 2012).

Segundo o Portal Home Care (2012), para as empresas de plano de saúde a necessidade de redução de gastos em vista de maiores lucros era o que atraía a implementação da nova alternativa assistencial. A expectativa era de redução de pelo menos de 30% sobre aquilo que os planos de saúde estavam gastando com a manutenção de seus usuários enfermos nas instituições hospitalares (PORTAL HOME CARE, 2012).

No Brasil, a assistência domiciliar originou-se de iniciativas públicas contrariamente a origem nos EUA. Em 1967, é criado pela primeira vez, pelo o Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSPE), o serviço de assistência domiciliar próprio de um hospital público que tinha como principal objetivo o atendimento de pacientes com doenças crônicas a fim de desocupar os leitos hospitalares.

A concepção de AD utilizada pela IAMSPE era a de um prolongamento do tratamento hospitalar a fim de solucionar o problema das vagas bem como os custos hospitalares, sendo a internação hospitalar reduzida com a alta precoce (MENDES, 2001).

Logo em sua formação, foram definidos critérios para que o paciente pudesse se integrar no serviço de AD, são eles:

- Pacientes crônicos que pudessem ser acompanhados em domicílio;
- Pacientes que não necessitavam de atendimento médico diário;

- Pacientes de evolução prolongada cujo tratamento fosse fundamentalmente repouso;
- Pacientes oriundos dos serviços de ortopedia e cirurgia que pudessem se restabelecer em casa;
- Pacientes que tinham enfermidades ou condições sociais que impossibilitavam ou dificultavam a ida ao hospital.

Atualmente este serviço pioneiro no Brasil de Assistência Domiciliar (SAD) do IAMSPE mantém seu foco nos doentes crônicos, com sequelas ou sem possibilidade de cura. Trabalha na prevenção de novos agravos e favorece a reabilitação física, psíquica e social do paciente.

Recentemente, outras instituições já incorporaram este tipo de iniciativa em seus serviços, como hospitais públicos, seguradoras de saúde e cooperativas médicas. Vale ressaltar a recente criação de empresas específicas de assistência domiciliar no Brasil.

O serviço de atendimento domiciliar pelo SUS, embora previsto pela Portaria Federal 2.416, de 23 de Março de 1998 (BRASIL, 1998), ainda não pode ser considerado um serviço disponível à toda população, visto que ainda não é implementado em nível nacional. Sabe-se que certas prefeituras, como a de Londrina, oferece este tipo de serviço, porém os processos que integram os sistemas de utilização são desconhecidos, bem como os sistemas gestores destas unidades e serviços de AD. Em resumo, a prática do HC pelo SUS, ainda encontra dificuldades organizacionais, técnico-operacionais e de gestão que impossibilitam seu funcionamento a nível nacional.

Em 1998, entra em vigor a Portaria Federal nº 2.416, de 23 de março de 1998, que estabelece requisitos para credenciamento de Hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no SUS. Segundo a portaria, são estabelecidos oito critérios para a realização da internação domiciliar, dentre os quais se destaca o critério número 8, que diz:

São condições prioritárias para a internação domiciliar: pacientes com idade superior a 65 anos com pelo menos três internações pela mesma causa/procedimento em um ano; pacientes portadores de condições crônicas tais como: insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica, doença vascular cerebral e diabetes; pacientes acometidos por trauma com fratura ou afecção ósteo-articular em recuperação e pacientes portadores de neoplasias malignas. (BRASIL, 1998, p. 1).

Mais recentemente, em 2006, é criada a Portaria nº 2.529 de 19 de outubro de 2006 (BRASIL, 2006), a qual Institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS. No Art. 8º são estabelecidos como prioridade de eleição os seguintes grupos populacionais para compor a internação domiciliar: I - idoso; II - portadores de doenças crônico-degenerativas agudizadas; III - portadores de patologias que necessitem de cuidados paliativos; e IV - portadores de incapacidade funcional, provisória ou permanente. Contudo, é permitido que outras prioridades, além das definidas, possam ser estabelecidas pelo gestor em âmbito local.

9 CUSTO-EFETIVIDADE

9.1 AVALIAÇÃO ECONÔMICA EM SAÚDE – CONCEITOS

A partir da década de 40 do século passado, os hospitais passaram a receber grandes investimentos financeiros para seu desenvolvimento tecnológico e científico. Sendo assim, a atenção à saúde tornou-se predominantemente uma assistência hospitalar.

Contudo, como exposto no capítulo III esse modelo chamado de hospitalocêntrico passou a ser alvo de críticas principalmente durante o movimento sanitário.

Nesta perspectiva, utiliza-se a avaliação econômica em saúde para que os custos e benefícios da assistência hospitalar sejam mais bem avaliados e também para que as críticas sejam pautadas pelos resultados das técnicas avaliativas e assim compará-las com os resultados de outras formas de assistência, permitindo a escolha pela assistência mais custo-efetiva.

Segundo a OMS, o Brasil está entre os países com maior população, superior a 180 milhões de habitantes, mas com recursos em Saúde muito inferiores aos despendido por países desenvolvidos. Em 2002, no Brasil, os gastos em saúde, por habitante, foram em média de US\$ 206 sendo muito inferior aos descritos em países como Canadá, correspondendo a US\$ 2.222, Reino Unido (US\$ 2.031), Estados Unidos (US\$ 5.274) e Uruguai (US\$ 361) (BRASIL, 2008).

Vale ressaltar que 75% da população brasileira é dependente exclusivamente do SUS e mesmo a porcentagem que possui planos de saúde recorre ao SUS para tratamentos especializados como o do câncer e transplantes (BRASIL, 2008).

O SUS apresenta inúmeros desafios para a implantação de políticas e serviços de saúde pública, a exemplo, adoção de iniciativas que visem à melhoria da qualidade da assistência acompanhada de monitoramento e avaliação das mesmas; necessidade de expansão da oferta e cobertura de serviços e incorporação de novas tecnologias de modo sustentável evitando o uso desmedido e dispendioso.

Neste contexto, como uma das possíveis vertentes para a tomada de decisão, se faz necessário a utilização dos resultados da aplicação das técnicas de avaliação econômica. Segundo Drummond (apud FERREIRA) “consiste numa análise comparativa de programas ou investimentos alternativos, em termos de custos e

consequências (ganhos em saúde), tendo como objetivo final a escolha entre essas diferentes alternativas num cenário de escassez de recursos e a estimação do custo de oportunidade de cada alternativa”.

Os custos de oportunidade refletem o que é gasto com determinado produto mais o valor intrínseco associado ao mesmo (benefício), na medida em que os recursos poderiam estar sendo empregados em outros setores ou atividades mais rentáveis.

Para que, no entanto, se possa escolher a melhor técnica para avaliar o objeto de interesse desta monografia, vale a pena introduzir três técnicas de avaliação econômica, as quais são mais pertinentes ao estudo, são elas: Custominimização, custo-utilidade e custo-efetividade.

9.2 CUSTO-MINIMIZAÇÃO, CUSTO-UTILIDADE E CUSTO-EFETIVIDADE

As técnicas de custo-minimização e de custo-utilidade são as comumente utilizadas para uma avaliação econômica. Além disso, vale ressaltar os estudos de custo-utilidade são considerados um tipo especial de estudo de custo-efetividade.

Os estudos de custo-minimização são utilizados quando as alternativas comparadas têm o mesmo efeito, ou seja, a efetividade é a mesma entre as alternativas sob comparação. Contudo, o cálculo da diferença de custos entre as alternativas deve ser feito para a tomada de decisão.

Já os estudos de custo-utilidade, ajustam as medidas que compõem o denominador dos estudos de custo-efetividade através das medidas de QALY (*Quality-Adjusted-Life-Year*), ou seja, os anos de vida salvos ajustados pela qualidade de vida. Para os ajustes utilizam-se medidas psicométricas ou econométricas.

Por fim, os estudos de custo-utilidade permitem comparar diferentes alternativas de intervenção em saúde as quais são direcionadas para condições de saúde diferenciadas, ou seja, pode comparar o tratamento de câncer com o tratamento para pacientes renais.

Os estudos de custo-efetividade fazem parte do grupo de estudos que avaliam a eficiência de intervenções na área da saúde, ou seja, comparam as despesas monetárias atualizadas das diferentes alternativas de intervenções com os resultados esperados, traduzidos em medidas de efetividade, referentes ao impacto para a saúde.

Assim, a razão de custo-efetividade é definida como a diferença entre os custos monetários de duas intervenções dividida pela diferença entre as suas consequências em termos de saúde (efetividade), que expressa o benefício em saúde, podendo ser medida considerando os anos de vida salvos, expectativa de vida, redução da morbidade, potenciais impactos psicossociais, internações evitadas, dentre outros, ou seja, os resultados desses estudos são expressos em termos de custos por unidade de consequência.

Cálculo de Custo-Efetividade (CE):

$$CE_{2-1} = \frac{\text{Custo}_2 - \text{Custo}_1}{\text{Efetividade}_2 - \text{Efetividade}_1}$$

Quando se trata de escolher qual alternativa de serviço ou tratamento em saúde é mais custo-efetiva, deve-se levar em consideração o custo marginal, que equivale a diferença entre valores da parcela de custo da razão de custo-efetividade de diferentes alternativas, que conseqüentemente apresenta a escolha com melhor custo de oportunidade (SANCHO,2007).

Para Pearce (2001) "A análise de custo-efetividade relaciona-se com o equilíbrio dos prováveis benefícios com os encargos prováveis de tratamento tanto para o indivíduo, como também para a sociedade. É a comparação de benefícios medidos em melhorias específicas ou gerais no estado de saúde por causa de uma intervenção ou estratégia de atendimento, contra os custos de uma intervenção particular".

9.3 ESTUDOS DE CUSTO-EFETIVIDADE: APLICAÇÕES NA PRÁTICA

Tendo em vista a precariedade de artigos que discutissem o objeto de estudo desta monografia, além dos artigos referentes à neoplasia, buscou-se 2 artigos que comparassem o custo-efetividade entre a atenção domiciliar e a hospitalar para pacientes com AVC ou doença pulmonar.

9.3.1 Em relação às neoplasias

Segundo Pearce (2001) as medidas de qualidade de vida devem ser incorporadas aos estudos de custo-efetividade, portanto nota-se que algumas pesquisas biomédicas apenas consideram a sobrevida como medida de efeito, sem que seja ajustada para a qualidade de vida.

Além da qualidade de vida, no artigo “*More than just money’– widening the understanding of the costs involved in cancer care*” (PEARCE, 2001) são citados alguns fatores essenciais a serem medidos para a escolha do melhor serviços ou tratamento em saúde, onde considera não só os custos, mas também a qualidade da assistência, são eles:

- equidade (atendimento que está sendo distribuído de forma justa);
- acessibilidade (cuidado estar disponível e não ser indevidamente limitado pelo tempo ou distância);
- aceitabilidade (um serviço prestado de forma a satisfazer as expectativas razoáveis);
- eficácia (atingir o benefício pretendido) e
- adequação (atendimento das necessidades reais dos indivíduos, famílias e comunidades).

Observe que este estudo está dizendo que um estudo de avaliação econômica deve incorporar conceitos que transcendem aos utilizados neste tipo de estudo. Ou seja, a avaliação econômica é mais um fator a ser considerado na perspectiva de uma avaliação de tecnologias ou intervenção de saúde. Levando em consideração o objeto desta monografia, essas medidas podem ser abordadas das seguintes maneiras:

- *Equidade*: Para a equidade leva-se em consideração a distribuição justa do serviço, para tanto, devemos avaliar se a alternativa A é mais capaz de atender a população sem prejuízos injustos para parcela dos indivíduos em comparação à alternativa B. Consideramos prejuízos injustos quando estes são decorrentes, por exemplo, da não disponibilidade de leitos hospitalares.

- *Eficiência*: Relaciona-se, por exemplo, com o uso excessivo/ineficiente de recursos tecnológicos em determinados pacientes que ocupam leitos hospitalares sem que tenha resultados efetivos, sendo este um critério de eficiência de alocação dos recursos que influencia diretamente na equidade de distribuição de serviços.
- *Acessibilidade*: Ao comparar a alternativa A ou B devemos avaliar qual delas é mais acessível em termos de disponibilidade, independente do tempo que o paciente necessita e a da distância do local de moradia e do serviço de saúde. Sendo assim, devemos novamente levar em consideração o tempo de uso de tecnologias assim como o tempo de internação em leitos hospitalares. Considerando os recursos escassos tanto financeiros, tecnológicos e humanos e o uso excessivo de tais recursos para pacientes em fase final poderíamos considerar os cuidados paliativos domiciliares possivelmente capazes de responderem melhor à acessibilidade do que os cuidados hospitalares quando estes não fazem mais sentido para o tratamento de doenças em estágio final.
- *Aceitabilidade*: Qual alternativa de assistência é capaz de produzir maiores níveis de satisfação para o usuário?
- *Eficácia*: Considera se os recursos disponíveis na alternativa A, além de estarem alocados de forma eficiente, trazem melhores benefícios, numa perspectiva ideal, que a alternativa assistencial B.
- *Adequação*: Qual alternativa responde melhor às necessidades psicológicas e físicas do paciente?

Ainda sobre as medidas a serem consideradas, abordagens na perspectiva do paciente e de seus familiares devem ser incorporadas nas avaliações econômicas (PEARCE, 2001).

Os custos emocionais, sociais, físicos decorrentes do câncer e do tratamento devem ser mais explorados nas análises de custo do tratamento do câncer. Vale ressaltar que os custos indiretos, que consistem no custo da perda de produção, da doença e do tratamento relacionado com os encargos, muitas vezes não são reconhecidos e o peso é suportado por pacientes e familiares, chamado de *out of pocket* (PEARCE, 2001).

Ainda segundo o artigo, é ressaltado o problema da medição do custoefetividade de forma multidimensional (levando em consideração medidas

subjetivas do ponto de vista do paciente) juntamente como preocupações em mensurar a qualidade do atendimento. Para os autores, capturar toda a extensão do ônus econômico e humano do câncer no nível de situações individuais é imensamente desafiador para os pesquisadores. A complexidade desta questão sugere que uma ampla gama de metodologias de pesquisa sejam necessárias, tais como a combinação de ambas as perspectivas, evidências qualitativas e quantitativas e a adoção de estudo de caso e de coorte (PEARCE, 2001).

Para os autores, o local de tratamento é um problema particularmente importante nos custos de serviços. Cuidados hospitalares, por exemplo, são mais prováveis em envolver despesas gerais mais elevadas e necessidade por contratação de mais profissionais (PEARCE, 2001).

9.3.2 Em relação a outras patologias

O artigo "*Comparisons of the cost-effectiveness among hospital chronic care, nursing home placement, home nursing care and family care for severe stroke patients*" teve como objetivo comparar o custo e a efetividade a longo prazo de tratamentos institucionais e domiciliar em pacientes com AVC e sequelas físicas severas (CHIU, 2001).

Quando um membro da família tem um acidente vascular cerebral, a família enfrenta enormes encargos financeiros, social e emocional na prestação de cuidados em casa, portanto essas variáveis devem ser consideradas.

Para o estudo, quatro tipos de cuidados a longo prazo foram incluídos: cuidados hospitalares em unidade de cuidados crônicos, cuidados em casa de repouso (*nursing home care*), atendimento domiciliar de enfermagem (*home nursing care*) e cuidado da família.

Este estudo comparou o custo e a efetividade destes quatro tipos de cuidados a longo prazo para pacientes com AVC e com graves deficiências físicas. A efetividade foi avaliada em termos de atividades de vida diária (ADL). A idade do paciente, sexo e quantidade de atendimento dado pelas famílias foram usadas como variáveis independentes.

De novembro de 1995 até março de 1996, 313 pacientes hospitalizados que sofreram AVC com sequelas físicas severas e tratados em um dos cinco hospitais da

área metropolitana de Taipei foram acompanhados. Um membro da família responsável por cuidados foi entrevistado no primeiro dia de hospitalização.

Cada paciente foi seguido desde o dia da alta hospitalar até o final do terceiro mês após a alta para medir o custo da prestação de cuidados de família.

Estes 313 pacientes foram divididos em quatro grupos de acordo com o tipo de cuidados a longo prazo utilizado: (1) 106 que foram admitidos em um tratamento crônico em uma unidade hospitalar; (2) 60 que receberam cuidados de enfermagem em casa de repouso (3) 60 que receberam tratamento de enfermagem domiciliar e (4) 87 que retornaram para casa sem receber tratamento profissional de longa duração.

Mudanças das funções físicas nos pacientes foram examinadas, tais como a diferença entre atividades de rotina (ADL), medida no momento da alta e no final do terceiro mês após a alta.

Elaborou-se um questionário para obter informações sobre o estado físico funcional do paciente em cada período previamente escolhido, o grau de envolvimento do membro da família na prestação de cuidados em casa e dados pessoais do paciente.

O custo da família, por mês, para cuidar foi definido como pagamentos por parte da família para a unidade de saúde ou agência para atendimento a pacientes, os gastos *out-of-pocket* (desembolso) com produtos diversos (despesas por dia para alimentação, vestuário, instalações e fraldas), o custo do trabalho de cuidador e transporte incorridos pela família. Vale ressaltar que nenhum apoio do governo está disponível para cuidados de longa duração em Taiwan, os pagamentos da família aos serviços de saúde ou agências para atendimento a pacientes foi diretamente calculado a partir de contas mensais do hospital, agência de atendimento domiciliar ou casa de repouso (*nursing home*).

O custo do trabalho familiar de cuidar do paciente foi calculado com base no custo equivalente da prestação de cuidados executadas por auxiliares de saúde. O custo de transporte foi definido como a taxa de deslocamento (como tomar um táxi ou ônibus público) e o valor do tempo gasto na viagem.

Como resultado, foram observadas diferenças significativas no nível da prestação de cuidados fornecidos pelas famílias entre os quatro grupos, indicando um maior envolvimento da família no cuidado de pacientes que ficaram em casa daqueles pacientes que utilizaram cuidados de longa duração institucional.

Os resultados do estudo mostraram que quando o custo da mão de obra familiar foi incluído no cálculo do custo total, os custos da família de cuidar de pacientes em casa durante os 3 meses após a alta hospitalar eram significativamente maior do que os custos da família de cuidar de pacientes em asilos e unidades hospitalares de cuidados crônicos.

Além disso, os valores de ADL de pacientes com AVC com graves deficiências físicas funcionais não eram significativamente diferentes entre as famílias que usavam lares de idosos ou tratamento de enfermagem domiciliar. No entanto, as pontuações ADL de pacientes que foram atendidos em unidades hospitalares de cuidados crônicos foram significativamente melhores. Essas descobertas sugerem que a atenção domiciliar profissional e as casas de repouso não melhoram a pontuação de ADL para pacientes com AVC com incapacidade funcional grave de forma tão eficaz como unidades de cuidados crônicos em hospitais, e que as casas de repouso são mais baratas do que os cuidados em uma unidade de terapia crônica de um hospital.

Os resultados indicaram que cuidar de pacientes em casa não é só mais caro, mas também menos efetivo no que concerne à melhora em suas atividades de rotina (ADL), comparando a tratamento em casas de repouso e tratamento crônico em unidades hospitalares (CHIU, 2001).

O artigo "*Home hospitalisation of exacerbated chronic obstructive pulmonary disease patients*" discute o custo-efetividade entre a internação hospitalar e a domiciliar para pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) (HERNANDEZ, 2003).

O estudo foi realizado com pacientes com exacerbações da DPOC admitidos na sala de emergência de dois hospitais terciários na área de Barcelona. Postulou-se que a internação domiciliar, com acesso gratuito a telefonemas para enfermeira especializada deve gerar um melhor resultado na redução dos custos diretos do que a hospitalização.

Os autores consideraram, além dos custos, os seguintes indicadores para o estudo: 1) a menor taxa de recaídas em sala de emergência (ER = *emergency room*), 2) melhoria na qualidade da saúde relacionado com a qualidade de vida (HRQL), e 3) melhor auto-gestão da doença pelos pacientes.

Os custos foram calculados para cada grupo a partir da perspectiva do segurador público, de tal forma que a análise de custo foi restrita a custos de saúde

diretos. Os custos indiretos implicados no programa tais como o tempo de trabalho perdido do paciente e cuidados informais não foram avaliados neste estudo. Para os autores, esta metodologia pode afetar os resultados, dada a sua limitação de não incluir os custos indiretos citados, comprometendo assim o real valor econômico da assistência.

Ao longo de um período de 1 ano, 222 pacientes com exacerbações da DPOC foram incluídos no estudo entre os internados no pronto-socorro de dois hospitais terciários, Hospital Clínic e Hospital de Bellvitge of Barcelona, Espanha. Os dois principais critérios para inclusão no estudo foram exacerbação da DPOC como uma das principais causas de encaminhamento para a sala de emergência (ER) e ausência de quaisquer critérios para internação imperativa, como indicado pela *British Thoracic Society* (BTS); ou seja, sinais tais como as mudanças agudas no peito mostradas na radiografia, confusão aguda, o nível de comprometimento da consciência e pH arterial <7.35.

Os critérios de exclusão para a não participação no estudo foram: 1) indivíduos que não vivem na área de abrangência ou admitidos a partir de um lar de idosos (11,5%, n = 72), 2) câncer de pulmão e outras neoplasias avançadas (5,9%, n = 37); 3) extremamente pobres condições sociais (5,2%, n = 33); 4) graves comorbidades neurológicas ou cardíacas (4,8%, n = 30); analfabetismo 5) (4,8%, n = 30) e 6) sem telefone em casa (2,8%, n = 18).

Os 222 pacientes foram alocados no grupo de tratamento *Home Hospitalisation Intervention* (HH) ou para o grupo de controle (tratamento convencional = hospitalar).

A intervenção HH teve três objetivos principais: 1) alta imediata ou precoce do hospital foi incentivada pela equipe especializada com o objetivo de evitar ou reduzir o tempo de internação hospitalar; 2) abordagem abrangente terapêutica foi adaptada em uma base individual, de acordo com às necessidades detectadas pela equipe especializada, e 3) apoio ao paciente por um enfermeiro qualificado e especializado em doenças respiratórias ou através de visitas domiciliares ou telefonema.

Um máximo de cinco consultas de enfermagem em casa foram permitidas durante as 8 semanas de seguimento, mas os telefonemas à enfermeira eram ilimitados. A intervenção seria considerada um fracasso, se um dos dois seguintes eventos ocorressem: paciente reincidente e necessidade de encaminhamento ao pronto-socorro; ou necessidade de mais de 5 visitas de enfermagem em casa durante o período de acompanhamento.

Cinco pacientes (4,1%) no grupo HH e 7 controles (6,9%) morreram durante as 8 semanas de seguimento. A taxa de reinternações hospitalares durante este período foi de 25%, sem diferenças entre os grupos. No grupo controle, no entanto, a taxa de recidivas que requereram nova admissão em sala de emergência, porém sem necessidade de reinternações subsequentes quase duplicou o valor indicado pelo paciente HH ($p < 0.01$).

Além disso, 68% dos pacientes em HH tiveram alta sem requerer hospitalização em comparação com 39% dos pacientes de controle. Por conseguinte, o tempo de hospitalização foi também significativamente menor no grupo HH do que nos controles (1,7 versus 4,2 dias). Hospitalização maior que 3 dias foi necessária em 48% dos controles, mas apenas 17% dos pacientes HH. A duração média da estadia dos pacientes hospitalizados do grupo controle foi de 8,1 dias.

No grupo HH, a duração média de hospitalização em casa foi 3,56 dias. Durante as 8 semanas de seguimento, o número de visitas de enfermagem em casa foi de $1,66 \pm 1,03$ e o número de telefone da enfermeira para os pacientes foi de $1,56 \pm 1,31$. Da mesma forma, o número de telefonemas para a enfermeira foi de $0,76 \pm 1,34$, de tal modo que o número total de chamadas telefônicas foi de $2,33 \pm 2,05$.

O grupo controle mostrou um aumento no custo médio por paciente em relação ao grupo HH, em termos de duração da hospitalização e das visitas em salas de emergência. Por outro lado, o grupo controle apresentou custos mais baixos para a prescrição do que HH. Durante o período de acompanhamento, não houve diferenças entre os dois grupos quanto ao uso das seguintes três categorias: visitas a médico da atenção primária, transporte e apoio social. O custo da saúde global média por paciente no grupo HH foi de apenas 62% do custo médio calculado para os pacientes de controle (€1,255 versus €2,033; $p = 0.003$).

Após a síntese dos artigos acima e dos utilizados no capítulo da revisão bibliográfica algumas considerações devem ser ressaltadas:

O artigo sobre DPOC concluiu que o HH é mais barato que a hospitalização, contudo, os autores ressaltaram a limitação no cálculo dos custos, pois não consideraram os custos dos cuidados informais (HERNANDEZ, 2003). Ao contrário, o artigo sobre AVC considerou os custos do cuidado familiar, bem como os custos para a família relativa às despesas adicionais, e concluiu que a atenção domiciliar é mais cara que a hospitalar (CHIU, 2001).

Observa-se, portanto que quando são levados em consideração os custos informais, por exemplo, do trabalho familiar e os custos para a família com despesas adicionais, a atenção domiciliar tende a ser mais cara que a hospitalar.

Vale ressaltar que três artigos utilizados na revisão bibliográfica, Joo (2011), Cartoni (2007) e Raphael (2005), também ressaltaram a importância de incluir na avaliação econômica os custos para a família.

Além dos custos, segundo Chiu (2001), há um maior envolvimento familiar na prestação do cuidado em ambiente domiciliar em comparação ao hospitalar, o que contribui para maiores encargos não só financeiros, mas possivelmente físicos e psicológicos, sendo necessária a mensuração dos danos à família para a avaliação da efetividade do tratamento.

Para a avaliação da efetividade pode ser utilizado a medida do grau de realização das atividades de rotina, identificando se houve ou não redução neste indicador. Este pode ser avaliado através de questionários aplicados aos pacientes e seus familiares.

Segundo Hernandez (2003) os indicadores de efetividade podem ser: menor taxa de recaídas; melhoria na qualidade da saúde relacionado com a qualidade de vida e melhor auto-gestão da doença pelos pacientes.

Vale ressaltar o critério de exclusão utilizado por Hernandez (2003), que excluiu do estudo indivíduos de condições sociais extremamente pobres e analfabetos. Não é explicado o motivo, mas esta questão deve ser pensada em estudos de atenção domiciliar quando se trata de países onde esta situação é relevante, como o caso do Brasil.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONCLUSÃO

Com a modificação da estrutura etária brasileira, caracterizada pelo envelhecimento populacional, cresce a demanda por estratégias no setor saúde bem como no sistema previdenciário para arcar com as situações emergentes.

No setor saúde, no que tange a população idosa, é emergencial novas propostas de melhoria da qualidade do cuidado que sejam mais custo-efetivas principalmente para pacientes crônicos.

Diante do atual contexto onde a assistência meramente curativa e hospitalar é alvo de críticas pelos estudiosos do campo da saúde coletiva, faz-se pertinente a adequação da assistência às atuais necessidades da população idosa. Ressaltam-se os portadores de doenças crônicas e a ocupação por longo tempo em leitos hospitalares públicos onde as precárias condições de mão-de-obra e recursos financeiros se fazem presente no Brasil.

Por meio da revisão da literatura, mesmo com a precária quantidade de artigos, observa-se que 3 dos 4 artigos concluíram que a atenção domiciliar para pacientes com câncer é mais barata do que a hospitalar. Infelizmente, não foram encontrados artigos que discutissem o custo-efetividade do objeto de estudo.

É intrigante a falta de artigos sobre o tema tendo em vista o panorama atual. Talvez a preferência pela atenção hospitalar por grupos corporativos bem como a pressão de grupos profissionais corrobore para a negligência em se discutir a atenção domiciliar como alternativa a internação hospitalar.

Diante da importância da questão e o número reduzido de estudos que discutissem sobre o custo-efetividade da atenção domiciliar em comparação a hospitalar para pacientes com câncer, ressalta-se a necessidade de se aprofundar o debate para que este seja norteador nas tomadas de decisão no setor saúde.

Vale ressaltar que apesar do SUS oferecer serviços de atenção domiciliar para o grupo de pacientes em questão, nenhum artigo nacional foi encontrado, o que nos faz questionar a qualidade gerencial e administrativa do SUS. Apesar da contribuição de artigos internacionais, estudos nacionais devem ser feitos para que representem a realidade brasileira.

Para tanto, o contexto em que vivem as famílias brasileiras, suas condições sócio-econômicas, culturais, bem como a situação de moradia devem ser levadas em consideração nos estudos que avaliem a melhor alternativa assistencial.

No Brasil é comum a existência de habitações precárias, sem infraestrutura adequada para a prestação de serviços de AD, acredita-se que ambientes públicos, como escolas, podem ser utilizados para o encontro da equipe com os pacientes em tratamento de reabilitação inscritos no programa, desde que o serviço esteja organizado e adequado às necessidades individuais.

Pode-se concluir que a internação em casa de determinados doenças, podem gerar melhores resultados a custos mais baixos do que o tratamento convencional. Por isso, esse tipo de assistência deve ser incorporado para a continuidade da atenção à saúde para pacientes crônicos.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Consulta Pública nº 81, de 10 de outubro de 2003. Brasília, DF, 2003.
- BRASIL. (Constituição 1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**: envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Desafios para gestão no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.416, de 23 de março de 1998**. Brasília, DF, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.529, de 19 de outubro de 2006**. Brasília, DF, 2006.
- CARTONI, C. et al. Cost analysis of a domiciliary program of supportive and palliative care for patients with hematologic malignancies. **Haematologia: The Hematology Journal**, v. 92, n. 5, p. 666-673, may 2007.
- CARVALHO, A. L.; RIBEIRO, J. M. Modelos de atenção à saúde. In: CARVALHO, A. L.; GOULART, F. A. **Gestão em saúde**: unidade II: planejamento da atenção à saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
- CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, n. 3, p. 725-733, 2003.
- CASTIEL, L. D. **Das loucuras da razão ao sexo dos anjos**: biopolítica, hiperprevenção, produtividade científica. [S. l.]: Fiocruz, 2011. 188 p.
- CHIU, L.; SHYU, W. C.; LIU, Y. H. Comparisons of the costeffectiveness among hospital chronic care, nursing home placement, home nursing care and family care for severe stroke patients. **Journal of Advanced Nursing**, v. 33, n. 3, p. 380-386, 2001.
- COSTA, M. F. L. et al. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. **Informe Epidemiológico do SUS**, v. 9, p. 23-41, 2000.
- FERREIRA, L. N. N. Avaliação económica no sector da saúde. **Dos Algarves**, n. 13, jun. 2005. Disponível em: <<http://www.dosalgarves.com/revistas/N13/7rev13.pdf>>. Acesso em: 01 set. 2012.
- FRASER, N. Da redistribuição ao reconhecimento?: dilemas da justiça na era pós-socialista. In: SOUZA, J. **Democracia hoje**: novos desafios para a teoria democrática contemporânea. [Brasília]: Ed. UnB, 2001.

- GOULART, F. A. A. Cenários epidemiológicos, demográficos e institucionais para os modelos de atenção à saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, v. 8, n. 2, p. 17-26, 1999.
- HERNANDEZ, C. et al. Home hospitalisation of exacerbated chronic obstructive pulmonary disease patients. **European Respiratory Journal**, n. 21, p. 58-67, 2003.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 12 ago. 2012.
- JOO, H. et al. Economic and patient-reported outcomes of outpatient home-based versus inpatient hospital-based chemotherapy for patients with colorectal cancer. **Support Care Cancer**, v. 19, p. 971-978, 2011.
- MACIEL, H. F. V. **Análise descritiva de um programa de assistência ao paciente pediátrico “internado” no domicílio**. 2007. 127 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.
- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.
- MENDES, W. **Home care**: uma modalidade de assistência à saúde. Rio de Janeiro: UERJ: UnATI, 2001. 112 p.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. Envelhecimento ativo: um projeto de política de saúde. In: ENCONTRO MUNDIAL SOBRE ENVELHECIMENTO, 2., 2002, Madrid. [Anais...]. Madri, Espanha, 2002.
- PAIM, J. S. **Modelos assistenciais**: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. [S. l.]: UFBA, 2001. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/6168/1/Paim%20JS.%20Texto%20Modelos%20Assistenciais.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2012.
- PEARCE, S. More than just money: widening the understanding of the costs involved in cancer care. **Journal of Advanced Nurse**, v. 33, n. 3, p. 371-379, 2001.
- PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2008.
- GIOVANELLA, L. (org). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.
- PORTAL HOME CARE. Disponível em: <<https://portalthomecare.com.br>>. Acesso em: 14 jun. 2012.
- RAPHAEL, R. et al. Cancer treatment at home or in the hospital: what are the costs for French public health insurance? **Health Policy**, v. 72, n. 2, p. 141-148, 2005.

SABROZA, P. C. Concepções sobre saúde e doença. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/UserFiles/File/13%20CNS/SABROZA%20P%20ConcepcoesSaudeDoenca.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2012.

SALES, C. A. **O cuidado no cotidiano da pessoa com neoplasia**: compreensão existencial. 2003. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

SANCHO, L. G. **Avaliação econômica em saúde**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2007.

SILVA, H. B. M. **Amartya Sen**: desenvolvimento como liberdade (2000) - resumo. [Rio de Janeiro]: UFRJ, [2000]. Disponível em: <<http://sefp.files.wordpress.com/2010/01/amartya-sen-desenvolvimento-como-liberdade.pdf>>. Acesso em: 02 set. 2012.

SILVA, R. C. F. Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 10, p. 2055-2066, 2006.

TEIXEIRA, C. F. Transição epidemiológica, modelo de atenção à saúde e previdência social no Brasil: problematizando tendências e opções políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 841-843, 2004.

TZALA, S. et al. Cost of home palliative care compared with conventional hospital care for patients with haematological cancers in Greece. **The European Journal of Health Economics**, v. 6, n. 2, p. 102-106, 2005.