

Internamento domiciliar via SUS no Brasil, o impacto do programa “Melhor em Casa”

SUS Homecare in Brazil, the impact of the “Best at Home” program

Atención domiciliaria a través del SUS en Brasil, el impacto del programa “Mejor en Casa”

Recebido: 13/04/2022 | Revisado: 21/04/2022 | Aceito: 28/04/2022 | Publicado: 30/04/2022

Jhony Marcelo Bogado Gabardo

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8961-4460>
Universidade Estadual de Maringá, Brasil
E-mail: jhony0022@gmail.com

Matheus Jacometo Coelho de Castilho

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1254-5150>
Universidade Estadual de Maringá, Brasil
E-mail: castilhomjc@gmail.com

Ademilson José Bernardineli

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6442-1339>
Universidade Estadual de Maringá, Brasil
E-mail: adejb@hotmail.com

Hana Paula Schuroff

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6806-0937>
Universidade Estadual de Maringá, Brasil
E-mail: hanaschuroff@gmail.com

Constanza Pujals

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0057-2335>
Universidade Estadual de Maringá, Brasil
E-mail: constanza.pujals@gmail.com

Maria Dalva de Barros Carvalho

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1377-3331>
Universidade Estadual de Maringá, Brasil
E-mail: mdbarvalho@gmail.com

Sandra Marisa Pelloso

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8455-6839>
Universidade Estadual de Maringá, Brasil
E-mail: smpelloso@gmail.com

Raíssa Bocchi Pedroso

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0076-1032>
Universidade Estadual de Maringá, Brasil
E-mail: raissap@gmail.com

Resumo

Introdução: A população brasileira passa por intenso envelhecimento e consequente aumento de multimorbidade impactando os serviços de saúde. Em 2011 o Ministério da Saúde criou o programa “Melhor em Casa” com o intuito de promover o internamento domiciliar como possibilidade de expandir leitos hospitalares ao domicílio do cliente e assim, humanizar o atendimento e diminuir custos. **Objetivos:** Analisar internamentos domiciliares do Sistema Único de Saúde (SUS) no período de 2008-2019 e correlacionar com custo de internação, variáveis clínicas e epidemiológicas. **Método:** Estudo quantitativo baseado em dados do Sistema de Internação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) no período de 2008 a 2019, disponíveis na plataforma eletrônica do Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Para análise de tendência foi utilizado o teste de Mann-Kendall e para análise do efeito de intervenção foram ajustados modelos ARIMA, considerando os dados de 2008-2011 sem intervenção e de 2012-2019 com intervenção. **Resultados:** Houve tendência crescente no número de internamentos domiciliar de 2008 a 2019 ($\tau = 0,152$ e $p = 0,537$), assim como do custo médio por internamento ($\tau = 0,061$ e $p = 0,837$) e do sexo feminino sobre o masculino ($\tau = 0,606$ e $p = 0,007$). Houve tendência decrescente da média de dias por internamento ($\tau = -0,576$ e $p = 0,011$) e da taxa de mortalidade ($\tau = 0,212$ e $p = 0,373$). **Conclusão:** com custo inferior a 10% do valor diário de um internamento hospitalar, a atenção domiciliar diminui mortalidade e média de dias de internamento. Portanto, com o envelhecimento populacional, programas de internamento domiciliar como o “Melhor em Casa” tornam-se fundamentais.

Palavras-chave: Serviços hospitalares de assistência domiciliar; Serviços de Assistência Domiciliar; Custos em saúde; Envelhecimento.

Abstract

Introduction: The Brazilian population undergoes intense aging and a consequent increase in multimorbidity, impacting health services. In 2011, the Ministry of Health created the “Best at Home” program with the aim of promoting home care as a possibility to expand hospital beds at the client's home and thus humanize care and reduce costs. **Objectives:** To analyze home hospitalizations of the Unified Health System (SUS) in the period 2008-2019 and correlate with hospitalization cost, clinical and epidemiological variables. **Method:** Quantitative study based on data from the Hospitalization System of the Unified Health System (SIH/SUS) from 2008 to 2019, available on the electronic platform of the Department of Informatics of the SUS (DATASUS). For trend analysis, the Mann-Kendall test was used and for analysis of the intervention effect, ARIMA models were adjusted, considering data from 2008-2011 without intervention and from 2012-2019 with intervention. **Results:** There was an increasing trend in the number of home admissions from 2008 to 2019 ($=0.152$ and $p=0.537$), as well as in the average cost per hospitalization ($=0.061$ and $p=0.837$) and for females over males ($=0.606$ and $p=0.007$). There was a downward trend in the average number of days per hospital stay ($= -0.576$ and $p=0.011$) and in the mortality rate ($=0.212$ and $p=0.373$). **Conclusion:** with a cost of less than 10% of the daily value of a hospital stay, home care reduces mortality and average days of hospitalization. Therefore, with population aging, home care programs such as “Best at Home” become fundamental.

Keywords: Hospital home care services; Home assistance services; Health coast; Aging.

Resumen

Introducción: La población brasileña sufre un intenso envejecimiento y el consiguiente aumento de la multimorbilidad, impactando los servicios de salud. En 2011, el Ministerio de Salud creó el programa “Mejor en Casa” con el objetivo de promover la atención domiciliaria como posibilidad de ampliar camas hospitalarias en el domicilio del cliente y así humanizar la atención y reducir costos. **Objetivos:** Analizar las hospitalizaciones domiciliarias del Sistema Único de Salud (SUS) en el período 2008-2019 y correlacionarlas con el costo de hospitalización, variables clínicas y epidemiológicas. **Método:** Estudio cuantitativo basado en datos del Sistema de Hospitalización del Sistema Único de Salud (SIH/SUS) de 2008 a 2019, disponible en la plataforma electrónica del Departamento de Informática del SUS (DATASUS). Para el análisis de tendencias se utilizó la prueba de Mann-Kendall y para el análisis del efecto de la intervención se ajustaron modelos ARIMA, considerando datos de 2008-2011 sin intervención y de 2012-2019 con intervención. **Resultados:** Hubo una tendencia creciente en el número de ingresos domiciliarios de 2008 a 2019 ($=0,152$ y $p=0,537$), así como en el costo promedio por hospitalización ($=0,061$ y $p=0,837$) y del sexo femenino sobre el masculino ($=0,606$ y $p=0,837$). $p=0,007$). Hubo una tendencia a la baja en el promedio de días por estancia hospitalaria ($= -0,576$ y $p=0,011$) y en la tasa de mortalidad ($=0,212$ y $p=0,373$). **Conclusión:** con un costo inferior al 10% del valor diario de una estancia hospitalaria, la atención domiciliaria reduce la mortalidad y el promedio de días de hospitalización. Por ello, con el envejecimiento de la población, los programas de atención domiciliaria como “Best at Home” se vuelven fundamentales.

Palabras clave: Servicios hospitalarios de atención domiciliaria; Servicios de assistência a domicilio; Costos de salud; Envejecimiento.

1. Introdução

Internamentos domiciliares oferecem suporte para pacientes com necessidades de cuidados em saúde, contribuindo para uma forma de viver o mais independente possível, em suas próprias casas e comunidades (Palesy et al., 2018; Silva et al., 2018). Os cuidados domiciliares têm origem em tempos remotos, porém, sua institucionalização e profissionalização podem ter começado nos Estados Unidos, em 1947, com o objetivo de criar leitos em um ambiente mais favorável à recuperação dos pacientes no pós-guerra.

Um grande avanço foi obtido a partir da década de 1970, com o aumento dos serviços de atenção domiciliar, sob as mais diversas modalidades (Braga et al., 2016). Quanto aos objetivos dessa modalidade de cuidado é uma forma de agir sobre a vida, com o objetivo de prolongá-la por meio de monitoramento, fiscalização, controle e análise, sendo uma estratégia que contribuiu para a melhoria dos níveis de saúde da população (Oliveira & Kruse, 2016).

O Brasil passou rapidamente de um perfil de mortalidade típico de uma população jovem para um perfil de enfermidades complexas, típicas na terceira idade (Wachs et al., 2016), esta população consome mais os serviços de saúde e demandam mais hospitalizações por multimorbidade crônicas somadas a processos agudos, que cursam com um tempo de ocupação maior do leito e conseqüentemente maiores custos para saúde (Cerezer et al., 2017).

Considerando o desafio de redução dos custos hospitalares e melhorias dos níveis de saúde e bem-estar dos pacientes, surge a necessidade de se pensar na desospitalização (Cerezer et al., 2017; Wachs et al., 2016). A medida representa uma tentativa de rompimento com o modelo focado no internamento hospitalar para novos modelos como o internamento domiciliar (Oliveira & Kruse, 2016; Siclovan, 2018).

Em 24 de agosto de 2011, a Portaria GM/MS nº 2.029⁸ definiu a Atenção Domiciliar (AD) no SUS e instituiu o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) por meio do “Programa Melhor em Casa” com o lema: a segurança do hospital no conforto do seu lar. De acordo com essa estratégia, o domicílio seria um local para favorecer a liberdade e rotina do cliente e família, evitar hospitalizações desnecessárias, quando possível, diminuindo gastos e humanizando o atendimento. Assim sendo, o programa passa a contar com uma equipe multiprofissional mínima, composta por médico, enfermeiro, fisioterapeuta ou assistente social e técnicos de enfermagem, podendo ainda serem inclusos outros profissionais.

Desde 2011, ano em que o programa foi criado, foram realizados mais de 28,9 milhões de procedimentos nas residências familiares totalizando 500 mil famílias atendidas. O Distrito Federal e 25 dos 26 estados brasileiros aderiram ao programa. Com mais de 1.657 equipes multiprofissionais que totalizam 11 mil profissionais disponíveis no mínimo 12 horas por dia, cada equipe do programa atende, em média, de 30 a 60 pacientes por mês (Lara, 2021a).

O programa está em 732 municípios brasileiros, com mais de 1,6 mil equipes multiprofissionais ativas, até 2021, e, o Ministério da Saúde (MS), já investiu cerca de R\$ 540 milhões no programa (Lara, 2021b). Entre os atendimentos, 26% são em idosos com mais de 80 anos. Além da doença, as equipes têm um papel importante para identificar casos de abandono ou maus tratos. Antes da admissão é realizada uma visita pela equipe do programa para avaliar a condição clínica, de moradia e a necessidade do paciente e capacidade da equipe em suprir essa demanda.

Considerando a escassez de estudos de abrangência brasileira, que avaliem o padrão de utilização da atenção domiciliar, o estudo busca mostrar a evolução do setor e embasar o planejamento de políticas públicas. Para esse objetivo foi avaliado o número de internamentos domiciliares brasileiros realizados pelo sistema de atenção domiciliar do Sistema Único de Saúde (SAD-SUS), representado principalmente pelo Programa “Melhor em Casa”, bem como suas variáveis temporais, patologias principais de internamento, custos e perfil do cliente.

2. Metodologia

Delineamento do estudo: Estudo quantitativo, descritivo, longitudinal e analítico com busca em base de dados secundários. Os estudos quantitativos modulam os fenômenos humanos por meio de leis matemáticas que expressam relações de causa e efeito entre variáveis de estudo (Severino, 2017).

Banco de dados e pesquisa: Os dados foram coletados no site oficial do departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS) na área de produção hospitalar (SIH/SUS) pelo código de internamento domiciliar N° 0301050074, disponíveis de forma completa no período de 2008 a 2019. Realizou-se o download direto dos dados pela plataforma e para as variáveis sexo de cada indivíduo e CID-10 principal de internamento foi utilizado para download o software R (versão 3.5). Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) (Organization, 2021) e a Associação Psiquiátrica Americana (APS) (Association, 2014) a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID) é uma ferramenta epidemiológica que monitora incidência e prevalência e foi desenvolvida pela OMS.

População de estudo: Foram incluídos no estudo pacientes de ambos os sexos, de todas as idades e todas as patologias referenciadas por meio do CID-10 e que foram atendidos em programas de internamentos domiciliares via SUS no Brasil, no período de 2008-2019, e lançados os dados na plataforma. O ano de 2020 e 2021 não foram inseridos para

excluímos o viés devido à pandemia do COVID-19, além de os dados estarem incompletos na plataforma no momento da pesquisa.

Análise descritiva: A princípio foram obtidos gráficos de linhas que representam as séries temporais para realizar a análise descritiva dos resultados. O gráfico de linhas de uma série temporal apresenta os valores da variável em questão para cada ano do período avaliado, em ordem, ligados por uma única linha.

Análise de tendência: Para verificar a existência de tendência nas séries, foi utilizado o teste não paramétrico de Mann-Kendall, que avalia a presença de tendência em uma série temporal, seja linear ou não linear (Machiwal & Jha, 2012) através do software R (versão 3.5). Séries temporais são uma forma de organizar no tempo as informações quantitativas (Antunes & Cardoso, 2015).

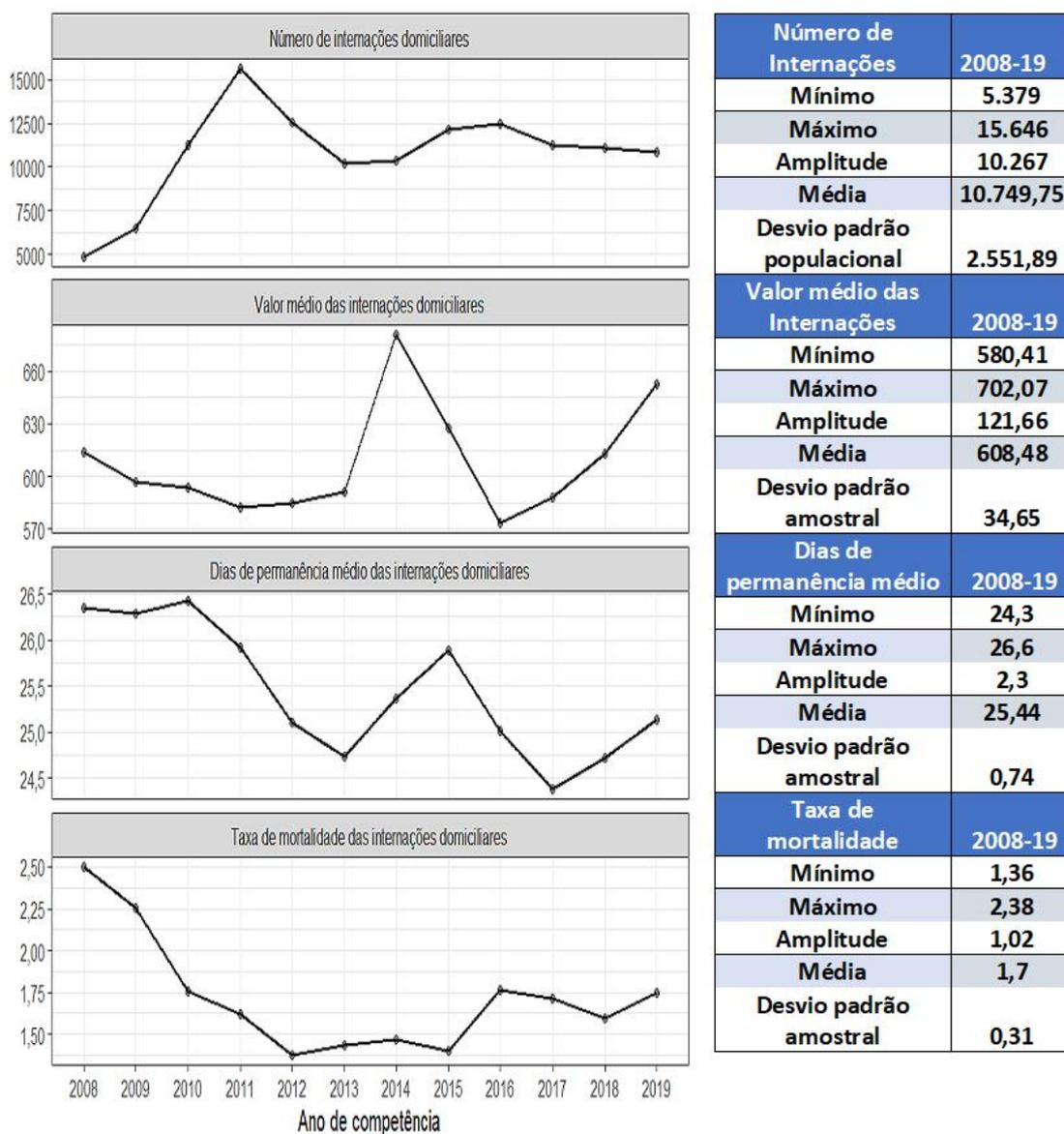
Análise do efeito de intervenção: Para avaliar o possível efeito de intervenção do “Programa Melhor em Casa”, instaurado em 2011, foram ajustados modelos ARIMA com intervenção, considerando os dados de 2008 a 2011 como sem intervenção, e de 2012 a 2019 com intervenção. Para cada série de interesse o modelo ARIMA selecionado foi o que apresentou os menores valores para os critérios de informação de Akaike (AIC) e Bayesiano (BIC).

Procedimentos éticos: A coleta de dados foi realizada no DATASUS, sendo assim, não houve contato direto ou indireto com pacientes e participantes. Portanto o projeto não inflige riscos de nenhum tipo a nenhuma pessoa da comunidade, não sendo necessário passar pelo Comitê de Ética nem ter autorização por Termos de Consentimento Livres e Esclarecidos (TCLE) segundo as resoluções 466/2012-CNS e 510/2016-CNS. No entanto cabe salientar que o devido cuidado e rigor de pesquisa, processamento dos dados e publicação foram cumpridos.

3. Resultados

O número de internações aumentou de 5.379 em 2008 para 15.646 em 2011, decrescendo a partir de então para 9.554 em 2019 (Figura 1), caracterizando uma tendência crescente no período de 2008-2019 ($\tau = 0,152$ e $p=0,537$, Tabela 1). Quanto ao valor médio de custo das internações, este foi de R\$ 614,00 em 2008 e manteve-se abaixo dos R\$ 600,00 entre 2009 e 2013, sendo que no ano de 2014 houve um aumento para R\$ 680,00, valor que decresceu até 2016 e voltou a subir no restante do período como mostrado na Figura 1.

Figura 1 - Gráficos de linhas do número, valor médio, dias de permanência médio e taxa de mortalidade das internações domiciliares e tabela com valores calculado das variáveis.



Fonte: Dados da pesquisa.

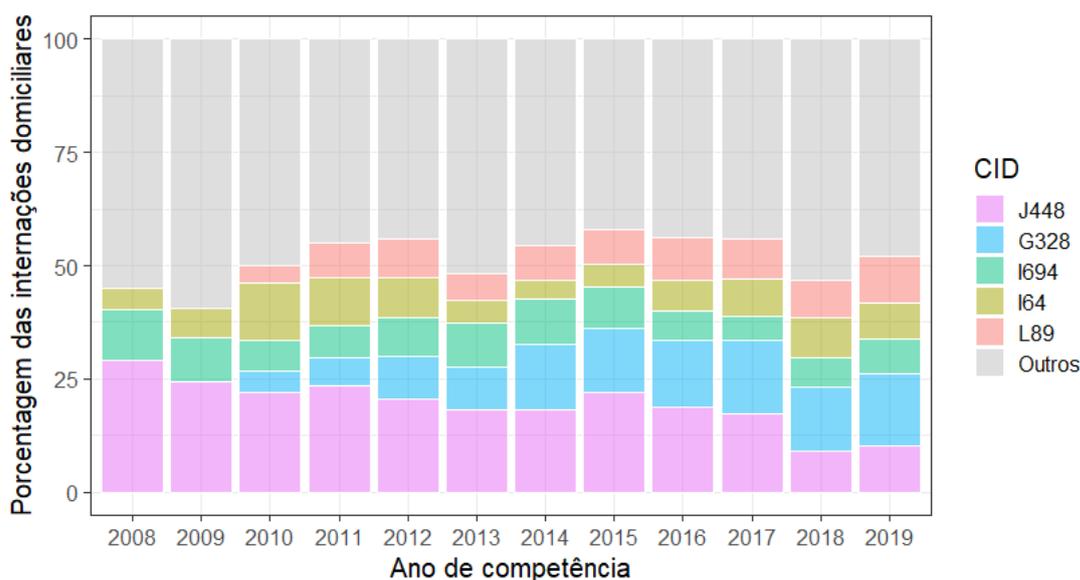
A média de permanência na internação domiciliar apresentou pouca oscilação no período avaliado, mantendo-se entre 24,4 dias (2017) e 26,4 dias (2010). Importante destacar que a taxa de mortalidade, apresentou o valor máximo no primeiro ano do período analisado (2,50) e decaiu até 2012, mantendo-se abaixo de 1,50 até 2015, ano a partir do qual apresentou um leve crescimento, variando em torno de 1,70 (Figura 1).

Durante todo o período avaliado, a porcentagem de homens e mulheres manteve-se equilibrada, próxima aos 50%. No entanto, nota-se um decréscimo progressivo na porcentagem de homens, e consequentemente acréscimo na porcentagem de mulheres ao longo do período, sendo que em 2008 os homens eram maioria com 51,8% dos casos, chegando a representar apenas 46,4% dos casos em 2018.

Dos 14.400 CID-10 existentes os cinco mais frequentemente observados correspondem a aproximadamente 50% das internações domiciliares e foram, em ordem decrescente, doença pulmonar obstrutiva crônica (J448), transtornos degenerativos

do sistema nervoso (G328), sequelas de acidente vascular cerebral (I694), acidente vascular cerebral (I64) e úlcera de decúbito (L89), como apresentado na figura 2.

Figura 2 - Gráfico de barras referente a porcentagem de internações domiciliares, por CID-10. Legenda: J448: Outras formas especificadas de doença pulmonar obstrutiva crônica; G328: outros transtornos degenerativos especificados do sistema nervoso em doenças classificadas em outra parte; I694: sequelas de acidente vascular cerebral não especificado como hemorrágico ou isquêmico; I64: acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico; L89: úlcera de decúbito; Outros: outros CIDs somados 14.395 códigos.



Fonte: Dados da pesquisa.

Uma tendência de decréscimo para doença pulmonar obstrutiva crônica é apresentada na Tabela 1, CID-10 J448 ($\tau=-0,727$ e $p \leq 0,001$) de 30% para 10% dos internamentos no período. Já para transtornos degenerativos do sistema nervoso CID-10 G328 ($\tau=0,818$ e $p \leq 0,001$) e úlcera de decúbito, CID-10 L89 ($\tau=0,727$ e $p \leq 0,001$), observou-se tendência de aumento, sendo que não eram observados nos anos de 2008 e 2009, chegando há cerca de 15% e 10% dos casos, respectivamente.

Quando avaliamos ao longo do tempo, há uma tendência de decréscimo quanto aos dias de internamento ($\tau=-0,576$ e $p=0,011$). Há também uma tendência negativa para o sexo masculino, ou seja, a porcentagem de internação de homens tende a diminuir ao longo do período ($\tau=-0,606$ e $p=0,007$) e consequentemente a de mulheres aumentar ($\tau=0,606$ e $p=0,007$), como apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 – Avaliação de tendência em série temporal das variáveis internamento domiciliar, sexo e CID, no período de 2008 a 2019 no Brasil.

| Variável | | τ | Tendência | Valor p |
|--------------------------|---------------------------|--------|-----------|---------|
| Internações domiciliares | Número | 0,152 | ↑ | 0,537 |
| | Valor médio | 0,061 | ↑ | 0,837 |
| | Dias de permanência médio | -0,576 | ↓ | 0,011* |
| | Taxa de mortalidade | -0,212 | ↓ | 0,373 |
| Sexo | Masculino | -0,606 | ↓ | 0,007* |
| | Feminino | 0,606 | ↑ | 0,007* |
| CID | J448 | -0,727 | ↓ | ≤0,001* |
| | G328 | 0,818 | ↑ | ≤0,001* |
| | I694 | -0,364 | ↓ | 0,115 |
| | I64 | 0,030 | ↑ | 0,945 |
| | L89 | 0,727 | ↑ | ≤0,001* |
| | Outros | -0,303 | ↓ | 0,193 |

* P valor significativo, acima de 0,05. J448: Outras formas especificadas de doença pulmonar obstrutiva crônica; G328: outros transtornos degenerativos especificados do sistema nervoso em doenças classificadas em outra parte; I694: sequelas de acidente vascular cerebral não especificado como hemorrágico ou isquêmico; I64: acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico; L89: úlcera de decúbito; Outros: outros CIDs somados 14.395 códigos. Fonte: dados da pesquisa. Fonte: Autores.

É notável que o efeito da intervenção avaliada (Tabela 2) foi significativo apenas para a porcentagem de casos referentes ao CID I694 (sequelas de acidente vascular cerebral) e outros CID ($p=0,028$ e $p=0,032$, respectivamente), sendo que em ambos os casos o efeito foi negativo, isto é, a participação do CID I694 e a somatória dos outros CIDs, diminuiu a partir de 2012, se comparados ao período pré-intervenção (até 2011), uma vez que as estimativas dos coeficientes de regressão foram negativas (-1,068 e -5,772, respectivamente).

Tabela 2 – Resultados do efeito da intervenção avaliados por meio da regressão com modelos ARIMA das séries de interesse.

| Variável | ARIMA | Intervenção | | |
|--------------------------|---------------------------|-------------|----------|--------|
| | | Estimativa | Valor p | |
| Internações domiciliares | Número | (0,0,1) | -416,527 | 0,787 |
| | Valor médio | (0,0,0) | 17,147 | 0,341 |
| | Dias de permanência médio | (0,1,0) | -0,824 | 0,085 |
| | Taxa de mortalidade | (1,0,0) | -0,384 | 0,081 |
| Sexo | Masculino | (0,1,0) | 1,552 | 0,338 |
| | Feminino | (0,1,0) | -1,552 | 0,338 |
| CID | J448 | (0,1,0) | -3,126 | 0,368 |
| | G328 | (0,1,0) | 2,264 | 0,122 |
| | I694 | (2,0,0) | -1,068 | 0,028* |
| | I64 | (0,0,1) | -0,734 | 0,698 |
| | L89 | (0,1,0) | 1,100 | 0,597 |
| | Outros | (0,0,0) | -5,772 | 0,032* |

* valor $p < 0,05$. J448: Outras formas especificadas de doença pulmonar obstrutiva crônica; G328: outros transtornos degenerativos especificados do sistema nervoso em doenças classificadas em outra parte; I694: sequelas de acidente vascular cerebral não especificado como hemorrágico ou isquêmico; I64: acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico; L89: úlcera de decúbito; Outros: outros CIDs somados 14.395 códigos. Fonte: Dados da pesquisa.

Para as demais séries avaliadas, o efeito da intervenção não se mostrou significativo ao nível de 5% de significância.

4. Discussão

O estudo analisou as internações domiciliares via SUS, no Brasil, através do DATASUS no período de 2008-2019 e correlacionou com a evolução dos custos, com os CID-10 da internação, com o número de internações e sexo dos pacientes. Bem como criou uma linha de tendência interrompida no ano de 2011 para avaliação do impacto da criação do “Programa Melhor em Casa”, sobre o internamento domiciliar.

A de se destacar a crise econômica mundial com início no mercado imobiliário americano (2008-2013), a crise econômica e política no Brasil (2014-2017) e a crise mundial de saúde devido ao COVID-19 com início em 2019 e ainda persistindo em 2022. Como não se trata de uma crise momentânea, o congelamento dos gastos públicos por muito tempo levou ao enfraquecimento das políticas sociais. Além disso, a queda na margem de lucro causada pela política de controle de preços elevou as taxas de desemprego, que atingiram a média de 8,7% em 2015, a maior desde 2010 e chegando a 12% no final de 2016 (Spiecker et al., 2021). Tais crises impactaram direta e indiretamente a variação dos dados encontrados.

Levando-se em consideração que um internamento domiciliar completo com média de 25,4 dias custou R\$:608,48 no período de 2008-2019, tendo uma média de custo diário de R\$:23,95. Quando se compara com a média diária do custo do internamento hospitalar no SUS considerando a Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e outros leitos como enfermaria somados foi de R\$: 286,73 em 2019 (José Finkelstein & Borges Junior, 2020) e o custo médio diário do internamento hospitalar no SUS de um paciente séptico em 2015 foi de R\$297,80 (SICLOVAN, 2018), ou os custo por sessão de hemodialise através da tabela disponibilizada pela Associação Brasileira dos Centros de Diálise e Transplante em março 2020 foi de R\$: 301,34, e em março 2021 foi de R\$: 314,27 (Fernandes, 2021). Fica evidente uma discrepância nos valores.

O número preconizado pela OMS é de 3 leitos/mil habitantes, no entanto no SUS a uma relação de 2,3 leitos/mil habitantes (José Finkelstein & Borges Junior, 2020). Com isso internação domiciliar utiliza-se como método para aumentar vagas disponíveis nos hospitais não alterando a mortalidade (Alves et al., 2017; Gonçalves-Bradley et al., 2017; Rajão & Martins, 2020), no entanto há um déficit na oferta de serviços *homecare* no contexto nacional e internacional (Braga et al., 2016). Por isso programas de internamento domiciliar se tornam uma ótima alternativa complementar ao internamento hospitalar financeiramente e logisticamente, quando bem indicado, por custar até menos de 10% dos custos de um internamento hospitalar.

A atenção domiciliar cresce e se consolida em países desenvolvidos, enquanto países em desenvolvimento ainda lutam com problemas de estrutura, doenças infectocontagiosas e violência (Emiliano et al., 2017) e é notável uma tendência mundial para a integração e avanço da assistência domiciliar que diminui o tempo de internamento hospitalar (Silva et al., 2018). No Brasil, a atenção domiciliar está associada ao sexo feminino, baixo poder socioeconômico, doenças crônicas, incapacidade funcional e quedas (Wachs et al., 2016).

Segundo os dados analisados nesse artigo o número total de internações domiciliares no Brasil e o valor médio de custo por internamento aumentou, a taxa de mortalidade diminuiu e a média de dias de permanência diminuiu com tendência decrescente. A porcentagem de homens e mulheres internados manteve-se equilibrada com tendência negativa ao sexo masculino.

Os usuários de serviço de internamento domiciliar custam menos aos setores de saúde da Austrália do que se recebessem assistência convencional (Nishimura et al., 2019). Sendo que a maior parte dessa economia ocorre no setor de atendimento aos idosos. Há divergências quanto à redução de gastos através dos programas de *homecare* e como calcular e comparar esses custos, com achados que mostram uma redução de gastos globais na saúde (Emiliano et al., 2017; Nishimura et

al., 2019). Embora haja estudos que apresentam não haver evidências suficientes para comprovar tal afirmação (Alves et al., 2017; Gonçalves-Bradley et al., 2017). No entanto não foram encontrados estudos que afirmam o aumento dos custos totais de saúde devido a programas de internação domiciliar.

A inserção do programa “Melhor em Casa” em 2011, considerado efeito de intervenção na análise não apresentou alteração estatística com significância nas características descritas, exceto nos CID-10 de internamentos. Vale ressaltar que a criação do programa pode ter assumido grande parte da internação domiciliar nacional, antes feita de outras formas e então concentrada no programa, não variando significativamente nos dados e tendências.

Apesar do arcabouço legal, a constituição de um programa específico e volume de produção, a atenção domiciliar não parece, ainda, efetivamente inserida como um dos vértices da Rede de Atenção à Saúde (Rajão & Martins, 2020). Vale ressaltar que os pacientes que recebem atendimento em casa ficam mais satisfeitos com o atendimento recebido (Gonçalves-Bradley et al., 2017; Nishimura et al., 2019), porém, destaca-se a escassez de literatura sobre a avaliação do cuidado domiciliar e a necessidade de um investimento em treinamentos teórico e prático, visto que há uma mudança do perfil demográfico e epidemiológico da população idosa no país, especialmente os portadores de dependência funcional (de Oliveira et al., 2021)

Como limitações do estudo destacamos que é uma análise de dados secundários, que estão, portanto, sujeitos a limitações da fonte, devendo ser levadas em consideração a subnotificação e a coleta de dados incompletos. Essas limitações são provavelmente mais pronunciadas nas áreas rurais o que pode levar à sub-representações dos achados. Bem como não foi realizado correção monetária ou inflacionária dos valores apresentados o que pode impactar no valor real financeiro.

5. Conclusão

A atenção domiciliar apresentou diminuição da mortalidade e da média de dias por internamento no período analisado, sendo um serviço com custo inferior a 10% do valor diário de um internamento hospitalar. Com o envelhecimento populacional e aumento de doenças crônicas e multimorbidade, programas de internamento domiciliar como o “Melhor em Casa” se tornam fundamentais, sendo de grande importância para desospitalização, melhor gerenciamento de vagas, diminuição de reinternações, humanização do atendimento junto a família e liberdade do paciente em sua casa.

Foram encontrados poucos estudos sobre o tema apesar da importância e implicações, sendo esse o primeiro estudo de abrangência nacional no longo prazo. Seriam interessantes novos estudos, principalmente, sobre custos envolvidos no internamento domiciliar para análise da viabilidade do sistema. Para o futuro esperamos aumento da procura e disponibilidade do serviço.

Referências

- Alves, M., Vieira, M. B., Costa, J., & Carneiro, A. V. (2017). Analysis of the Cochrane Review: Early Discharge Hospital at Home. *Cochrane Database Syst Rev*, 2017; 6: CD000356. *Acta Medica Portuguesa*, 30(12), 835-839.
- Antunes, J. L. F., & Cardoso, M. R. A. (2015). Uso da análise de séries temporais em estudos epidemiológicos. *Epidemiologia E Servicos De Saude*, 24, 565-576.
- Association, A. P. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed Editora.
- Braga, P. P., Sena, R. R. d., Seixas, C. T., Castro, E. A. B. d., Andrade, A. M., & Silva, Y. C. (2016). Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. *Ciencia & Saude Coletiva*, 21, 903-912.
- Cerezer, L. G., Lampert, M. A., Barberena, L. d. S., Brondani, C. M., & Rizzatti, S. d. J. S. (2017). Avaliação da (Evaluación de la) capacidade funcional de pacientes em atenção domiciliar. *Salud (i) ciencia (Impresa)*, 525-531.
- de Oliveira, C. M. V., Maciel, M. E. B., Lima, C. G., Gallindo, G. D., de Souza Simões, J. P., da Silva Carvalho, V. P., & dos Santos, S. C. (2021). Entraves na assistência domiciliar ao idoso: análise da produção científica. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(1), 411-429.

Emiliano, W., Telhada, J., & do Sameiro Carvalho, M. (2017). Home health care logistics planning: a review and framework. *Procedia Manufacturing*, 13, 948-955.

Fernandes, T. d. P. (2021). Gestão de custos: Aplicação em uma clinica de hemodiálise.

Gonçalves-Bradley, D. C., Iliffe, S., Doll, H. A., Broad, J., Gladman, J., Langhorne, P., Richards, S. H., & Shepperd, S. (2017). Early discharge hospital at home. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(6).

José Finkelstein, B., & Borges Junior, L. H. (2020). A capacidade de leitos hospitalares no Brasil, as internações no SUS, a migração demográfica e os custos dos procedimentos. *JBES: Brazilian Journal of Health Economics/Jornal Brasileiro de Economia da Saúde*, 12(3).

Lara, M. (2021a). *Há 10 anos, programa “Melhor em Casa” cuida da saúde e dá qualidade de vida a brasileiros com doenças crônicas*. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021-1/novembro/ha-10-anos-programa-201cmelhor-em-casa201d-cuida-da-saude-e-da-qualidade-de-vida-a-brasileiros-com-doencas-cronicas>

Lara, M. (2021b). *Melhor em Casa: Ministério da Saúde habilita 116 novas equipes para atendimento domiciliar*. Ministério da Saúde. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021-1/novembro/melhor-em-casa-ministerio-da-saude-habilita-116-novas-equipes-para-atendimento-domiciliar>

Machiwal, D., & Jha, M. K. (2012). *Hydrologic time series analysis: theory and practice*. Springer Science & Business Media.

Nishimura, F., Carrara, A. F., & Freitas, C. E. d. (2019). Efeito do programa Melhor em Casa sobre os gastos hospitalares. *Revista de saude publica*, 53, 104.

Oliveira, S. G., & Kruse, M. H. L. (2016). Genesis of home care in Brazil at the start of the twentieth century. *Revista gaucha de enfermagem*, 37.

Organization, W. H. (2021). *International Classification of Diseases*. www.who.int www.who.int

Palesy, D., Jakimowicz, S., Saunders, C., & Lewis, J. (2018). Home care in Australia: an integrative review. *Home health care services quarterly*, 37(2), 113-139.

Rajão, F. L., & Martins, M. (2020). Home Care in Brazil: an exploratory study on the construction process and service use in the Brazilian Health System. *Ciencia & Saude Coletiva*, 25, 1863-1877.

Severino, A. J. (2017). *Metodologia do trabalho científico*. Cortez editora.

Siclovan, D. M. (2018). The effectiveness of home health care for reducing readmissions: an integrative review. *Home health care services quarterly*, 37(3), 187-210.

Silva, K. L., Sena, R. R. d., & Castro, W. S. (2018). A desospitalização em um hospital público geral de Minas Gerais: desafios e possibilidades. *Revista gaucha de enfermagem*, 38.

Spiecker, E. M., Mincoff Barbanti, P. C., Egger, P. A., de Barros Carvalho, M. D., Pelloso, S. M., Rovey de Souza, M., de Andrade, L., Staton, C. A., Alves, M. L., Menezes de Souza, E., Pedroso, R. B., & Nickenig Vissoci, J. R. (2021). Influence of the global crisis of 2008 and the brazilian political oscillations of 2014 on suicide rates: An analysis of the period from 2002 to 2017. *SSM Popul Health*, 13, 100754. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.100754>

Wachs, L. S., Nunes, B. P., Soares, M. U., Facchini, L. A., & Thumé, E. (2016). Prevalência da assistência domiciliar prestada à população idosa brasileira e fatores associados. *Cadernos De Saude Publica*, 32, e00048515.