

A estratégia de *home care* para redução de custos de internação hospitalar: o caso de uma operadora de plano de saúde

RESUMO

Com o crescimento dos custos assistenciais, seja pela concorrência, ou pelo desenvolvimento de novas tecnologias, a gestão dos custos é indispensável para a sobrevivência de qualquer empresa de saúde. Nesse contexto, o serviço de *home care* tem sido utilizado como estratégia de redução de custos nas operadoras de saúde em substituição à internação hospitalar. O presente estudo teve como objetivo descrever o perfil dos usuários e o impacto no custo da prestação do serviço de *home care* por uma operadora de saúde. É um estudo de caso, com abordagens qualitativa e quantitativa, desenvolvido a partir de análise documental, com objetivo descritivo. A coleta de dados se deu por meio de entrevistas e análise de documentos disponibilizados pela empresa, e a análise de dados foi por estatística descritiva e de análise de conteúdo. Como resultado observou-se a incidência maior de usuários de idade avançada (58% acima de 80 anos), do sexo feminino (67%), oriundos da desospitalização (64,9%) e como patologia mais recorrente a hipertensão (289 incidências), seguida de alguma demência (191 incidências) e Alzheimer (172 incidências), denotando a cronicidade dos pacientes. No que diz respeito aos custos, ao comparar um paciente no programa assistência domiciliar com a internação hospitalar, verificou-se uma economia de 80%. Já na comparação entre internação hospitalar e o programa de internação domiciliar, a economia foi apenas de 31%, devido ao alto custo com pessoal, visto que os pacientes de internação domiciliar dispõem de técnico de enfermagem 12 ou 24 horas por dia.

Palavras-chaves: Custos hospitalares. *Home Care*. Análise de Custos.

Área Temática: 4. Custos aplicados ao setor privado e terceiro setor.

1 INTRODUÇÃO

Os planos de saúde surgiram nos planos de previdência das empresas junto ao movimento de urbanização e industrialização na década de 1940, como a Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI), criada em 1944, e evoluindo até o modelo que se tem atualmente, não limitado aos planos de previdência das empresas, mas organizados em diferentes modalidades (ANS, 2021).

Nesse contexto, a expansão do setor de saúde suplementar, por meio dos planos de saúde, iniciada na década de 1980, foi acompanhada pelo crescimento no número de queixas de interrupção de atendimento, aumento de preços e negativas de cobertura para determinados procedimentos, impulsionando debates acerca da regulamentação do setor, o que culminou, em 2000, na criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), com o objetivo de regulamentar o setor (Sato, 2007).

Assim, diante do alto nível de regulação existente por meio da ANS, e da crescente concorrência e competitividade do setor, as operadoras de saúde necessitaram buscar estratégias de melhorias do serviço prestado e de redução de custos, visando sua sustentabilidade (Feitosa et al., 2010).

Surge, então, a oferta do serviço de *home care* (atendimento domiciliar) pelas operadoras de saúde, visando a desospitalização e, conseqüentemente, redução de custos. O custo dessa assistência, quando comparado ao da assistência no ambiente

hospitalar, tem sido objeto de estudo, cujos resultados têm reafirmado relevantes reduções de custos, já que os custos da internação se mostram mais expressivos (Ribeiro, 2004; Borges Júnior, 2018; Reis, 2018; Feitosa et al., 2010).

O conhecimento detalhado sobre os custos por meio de um sistema de contabilidade de custos permite um controle mais preciso, visando a diminuição ou substituição de itens mais onerosos e possibilitando uma melhoria na análise da lucratividade, estabelecimento de taxas de serviços, planejamento estratégico e gerenciamento de pessoal (Falk, 2008).

O direcionamento da contabilidade de custos no segmento de saúde teve como foco principal a apuração do custo dos serviços prestados. Todavia, a necessidade de controle e avaliação das atividades operacionais tornou o conjunto de informações geradas pela contabilidade de custos um insumo básico à gestão de instituições de saúde, tornando-a central para a tomada de decisões operacionais (UNIMED, 2019).

Em face do exposto, surge o seguinte problema de pesquisa: Qual impacto da adoção do programa *home care* nos custos de uma operadora de saúde do Estado do Rio Grande do Norte (RN)?

Pretende-se, portanto, com esse estudo, verificar o impacto no custo da prestação do serviço de assistência hospitalar, quando adotada a estratégia de *home care* por uma operadora de saúde localizada no RN. Para atingir esse objetivo geral, foram traçados os seguintes objetivos específicos:

- Descrever o serviço de *home care* da operadora de saúde;
- Descrever o perfil dos pacientes atendidos no serviço de *home care* da operadora de saúde;
- Apresentar o fluxo percorrido pelo paciente no serviço de *home care*;
- Comparar os custos de atendimento de um paciente no serviço de *home care* com os custos desse mesmo atendimento na internação hospitalar;
- Identificar os pontos positivos e negativos do *home care* na visão do gestor, bem como os tipos de controles executados.

Para o desenvolvimento desse estudo, foi calculado o custo/mês médio de pacientes que se encontravam no programa *home care* da empresa em estudo, com fraturas de fêmur e sequelas de um acidente vascular cerebral, de forma comparativa com os gastos caso eles estivessem em internação hospitalar, com o intuito de comprovar se essa estratégia trouxe redução de custo para a operadora.

Este estudo visa também colaborar com as discussões na área de gestão de custos e seus impactos para as empresas, além de reafirmar a continuidade de um serviço que reduz o custo assistencial, aumenta a disponibilidade dos leitos hospitalares e a qualidade de vida dos pacientes em cuidados paliativos, conforme comprovado pelo estudo de Ribeiro et al. (2018), no qual concluíram que os cuidados domiciliares proporcionam uma diminuição no risco de internações em UTI e de múltiplas hospitalizações, e oportunizam mais visitas do que no hospital, resultando em maior satisfação dos familiares e do paciente em cuidados paliativos.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Considerando a crescente concorrência no mercado de saúde suplementar e a necessidade das empresas se manterem competitivas, estas vêm buscando, cada vez mais, o melhoramento da qualidade dos seus serviços aliado a estratégias de redução de custos. Nas operadoras de saúde, a estratégia de ofertar o serviço de *home care*,

tem sido idealizada como uma opção para incentivar a desospitalização, aumentando a rotatividade dos leitos e reduzindo os custos de internação.

2.1 Plano de saúde: história, legislação e *home care*

De acordo com a RDC nº 39/2000, as operadoras de saúde são classificadas em administradora, cooperativa médica, cooperativa odontológica, autogestão, medicina de grupo, odontologia de grupo ou filantropia (ANS, 2000).

Apesar de já existir, desde 1998, a Lei Federal nº 9.656, de 03 de junho, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, somente em 28 de janeiro de 2000, por meio da Lei Federal de nº 9.961 foi criada a ANS, para regular a atuação dos planos de saúde. De acordo com Feitosa et al. (2010), o surgimento da ANS se deu pela necessidade de uma intervenção regulatória no mercado de prestação de serviços em saúde, devido às constantes reclamações da população, tanto em relação aos aumentos abusivos por parte das empresas de plano de saúde quanto a restrições à cobertura dos planos ofertados.

A medida provisória nº 2.177-44 de 2001, que atualizou amplamente a Lei nº 9.656/1998, conceitua Operadora de Plano de Assistência à Saúde como sendo pessoas jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de:

prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor (Brasil, 2001).

Segundo dados da ANS, em agosto de 2021, no mercado de plano de saúde no Brasil, sem considerar os planos puramente odontológicos, existiam 702 operadoras em atividade, 19.300 planos ativos, acobertando 48,2 milhões de beneficiários, correspondendo uma taxa de cobertura de 24,87% da população do Brasil, gerando uma receita de R\$ 58,4 bilhões no primeiro trimestre daquele ano. No RN há 549 mil beneficiários de planos privados (17% da população do estado).

Apesar da taxa de cobertura dos planos ser menor que $\frac{1}{4}$ da população, demonstrando um mercado vasto de possibilidades de crescimento e expansão de cobertura das operadoras de saúde, não se percebe um crescimento muito expressivo nos últimos 10 anos, quando medida a quantidade de beneficiários cobertos, que passou de 44.937.350 em dezembro de 2010 para 47.564.363 beneficiários em dezembro de 2020, representando um acréscimo de apenas 5,85% (ANS, 2021).

Contudo, o número de empresas no mesmo período sofreu um decréscimo de 31,96%, passando de 1045 empresas em dezembro de 2010 para 711 em dezembro de 2020 (ANS, 2021). Esta situação demonstra que grandes empresas têm, aos poucos, absorvido os beneficiários de outras empresas, caracterizando um mercado estável em relação à quantidade de beneficiários, mas bastante agressivo quanto aos concorrentes que atuam nele.

Com a expansão do setor, o alto nível de regulação e a competitividade desse segmento, as operadoras necessitam encontrar estratégias capazes de assegurar sua sustentabilidade, por meio de redução de custos, sem prejudicar a qualidade dos serviços oferecidos aos usuários (Feitosa et al, 2010).

Conforme já mencionado, as operadoras e os planos comercializados por elas são regulamentados segundo a Lei Federal nº 9.656/1998 e pelas regulamentações da ANS. No que diz respeito aos serviços obrigatórios ofertados, compete à ANS elaborar o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei nº 9.656/1998, e suas excepcionalidades.

Um serviço atualmente oferecendo é o *home care*, também conhecido como assistência domiciliar, que consiste na assistência ao paciente no âmbito da sua residência. De acordo com Tiozzi e Marin (2004), o Serviço de Assistência Domiciliar (SAD), do qual a internação domiciliar faz parte, surgiu no final do século XIX, nos Estados Unidos, por meio de um movimento denominado “Associação de Enfermeiras Visitantes”; porém, há registros de que em 1813 já existiam as assistências domiciliares informais, sendo de exclusiva responsabilidade das mulheres.

Apesar desse registro histórico, esse modo de assistência passou por um período de desuso a partir do aumento desenfreado de oferta de leitos e do estímulo ao consumo (para médicos e para usuários) de internações hospitalares, gerando uma longa tradição do modelo de saúde hospitalocêntrico. Porém, esse modelo tem perdido espaço para a “nova” assistência domiciliar, bem diferente da registrada em 1813, impulsionada pela tendência de desospitalização e pela busca constante de redução do custo da assistência médico-hospitalar (Malik & Schiesari, 1998).

Não há registro da história da assistência domiciliar no Brasil. Baseado em depoimentos de pessoas que viveram o desenvolvimento dessa modalidade, pode-se restabelecer um elo entre as várias ações pregressas e as compreensões mais atuais. Diferente do movimento dos EUA, de origem comunitária, no Brasil o estado teve presença indutora das atividades de atenção à saúde com a criação do Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (Samdu), criado em 1949, provavelmente a primeira atividade planejada de assistência domiciliar do país (Mendes, 2001).

Outro grande marco foi a criação, em 1967, de um sistema de atenção domiciliar para atender aos pacientes com doenças crônicas, pelo Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo. Sua administração imaginava que uma assistência domiciliar fosse o prolongamento do tratamento hospitalar e poderia permitir a alta precoce, diminuindo o tempo de permanência (Mendes, 2001).

A partir de então, surgiram vários outros serviços, privados e públicos, cada qual se moldando às necessidades de sua clientela. No Brasil, foi implantado o serviço de assistência domiciliar, denominado Programa de Saúde da Família (PSF), voltado para o cuidado preventivo, com o mesmo intuito de prevenir internações desnecessárias e/ou manutenção de pacientes crônicos (Tiozzi & Marin, 2004).

2.2 Atenção domiciliar

O atendimento domiciliar tem como objetivo acelerar a recuperação do paciente e promover redução dos custos, e, dessa forma, ser uma saída mais humana e econômica para pacientes portadores de doenças crônicas ou de longa duração (Fogaça, 2021).

A assistência domiciliar sempre aparece ligada ao atendimento de doente idoso com patologia crônica. Em que pese o volume de atendimento ser maior nos idosos, com doenças crônico-degenerativas, a modalidade atinge todas as faixas, desde o recém-nascido, a patologias de curta duração e/ou de caráter agudo (Mendes, 2001).

De modo geral, os programas de atenção domiciliar são desenhados, preferencialmente, para atender pacientes com agravos e doenças crônicas, em sua maioria, idosos. São portadores de feridas crônicas, distrofias neuromusculares, sequelados de Acidente Vascular Cerebral (AVC) ou de politrauma, portadores de Alzheimer, de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, pacientes oncológicos sem possibilidades terapêuticas, dentre outros (Silva et al., 2013).

A Resolução COFEN nº 464/2014, que regulamenta a atuação da enfermagem na atenção domiciliar, considera como atenção domiciliar as ações desenvolvidas no domicílio da pessoa, que visem a promoção de sua saúde, a prevenção de agravos e tratamentos de doenças, bem como a sua reabilitação e ainda os cuidados paliativos. Conforme essa Resolução, as modalidades da atenção domiciliar são:

- a) Atenção domiciliar - compreende todas as ações educativas ou assistenciais desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem no domicílio, direcionadas ao paciente e seus familiares;
- b) Internação domiciliar - prestação de cuidados domiciliares sistematizados de forma integral, contínua e ininterrupta, com oferta de tecnologia, recursos humanos, equipamentos, materiais e medicamentos a pacientes que demandam assistência semelhante à oferecida em ambiente hospitalar; e
- c) Visita domiciliar - considera um contato pontual da equipe de enfermagem para avaliação das demandas exigidas pelo usuário, bem como o ambiente onde vivem, visando estabelecer um plano assistencial.

Fabricio et al. (2004), definem que, de forma geral, o atendimento domiciliar, a internação domiciliar e a visita domiciliar são atividades exercidas por profissionais e/ou equipes de saúde na residência do cliente, visando executar procedimentos mais complexos, que exigem formação técnica para tal. Percebe-se que, para cada modalidade, são exercidas diversas atividades, de forma diferenciada, que irão impactar tanto no controle da prestação de serviço como nos custos.

Segundo o Parecer Técnico nº 05/GEAS/GGRAS/DIPRO/2018 da ANS, que emite conteúdo acerca da cobertura da assistência domiciliar pelos planos de saúde, tanto a Lei nº 9.656/1998 quanto o Rol de Procedimentos, cujas regras estão estabelecidas pela Resolução Normativa nº 428/2017, não contemplam a assistência domiciliar como procedimento básico coberto obrigatoriamente pelos planos de saúde. Frisa-se ainda que a referida Resolução não prevê cobertura obrigatória para quaisquer procedimentos executados em domicílio, ficando as operadoras livres para oferecer tais serviços sob sua iniciativa ou mediante expressa previsão no instrumento contratual. Contudo, caso a operadora opte por oferecer a internação domiciliar como alternativa à internação hospitalar, deverá obedecer às exigências previstas nos normativos vigentes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e na própria Lei citada acima (ANS, 2018).

Como a atenção domiciliar na saúde suplementar não é parte do rol de procedimentos obrigatórios, nem é regulada pela ANS, as operadoras optam por utilizar esse “guarda-chuva”, reservando para si mesmas os critérios de inclusão dos usuários em programas de atenção oferecidos como “benefícios” (Silva et al., 2013).

Além das vantagens apontadas para o prestador da assistência, Moraes et al. (2010) afirmam que, apesar de todas as tecnologias e estruturas presentes no ambiente hospitalar, este pode, muitas vezes, representar isolamento e falta de autonomia para o paciente, sendo o domicílio um local seguro, que pode possibilitar mais liberdade ao paciente, além de facilitar sua adaptação.

Quando o paciente está hospitalizado, existe um rompimento com seu ambiente habitual e, assim, mudam seus costumes, hábitos e capacidade de autorrealização e autocuidado, o que naturalmente causa uma insegurança. É possível reestabelecer esse vínculo com a assistência domiciliar, pois ela permite que o paciente retorne ao convívio familiar (Fogaça, 2021).

2.3 Custos hospitalares e custos para tomada de decisão

A economia em saúde vem ganhando papel extremamente relevante em todo o mundo. Os recursos utilizados na prestação da assistência médica, por um lado, apresentam demanda crescente em função das novas opções que a tecnologia oferece e, por outro, a insuficiência de recursos do setor público e da população justifica a necessidade de estudos e práticas na área (Bonacim & Araújo, 2010).

Informação mais detalhada sobre custos oferece maior esclarecimento sobre seu comportamento e variáveis que lhe influenciam nos diversos serviços. Um sistema de contabilidade de custos facilita um controle mais preciso para fins de diminuição ou substituição de itens mais onerosos na composição dos custos, permite melhor análise da lucratividade, estabelecimento de taxas de serviços, planejamento estratégico e gerenciamento de pessoal (Falk, 2008).

Toda e qualquer empresa, independente do porte/estrutura, do ramo e da forma tributária, necessita de informações que possam auxiliar os gestores em suas tomadas de decisão. A Unimed (2019), em sua Cartilha de Orientações para Custos em Serviços Próprios, ressalta a importância das informações geradas pela área de custos, aplicadas como instrumentos de avaliação, controle e tomada de decisão:

Ainda, diante de ambientes competitivos e de forte elevação dos custos, são imprescindíveis ferramentas gerenciais e um sistema de custos bem estruturado, não só com o objetivo de se conhecer o custo dos serviços, mas principalmente para servir de instrumento gerencial disseminando a informação aos gestores e delegando responsabilidade em gerenciar cada um, impactando os resultados operacionais desdobrados de diversas maneiras (paciente, cliente, serviços etc.), apoiando a análise sobre decisões de investimentos e calculando o custo da capacidade ociosa.

De acordo com Falk (2008), um sistema de contabilidade de custos estabelece padrões para cada atividade, seja de recursos humanos, materiais ou outros recursos empregados na atividade, que irão permitir serem comparados com os resultados alcançados no dia a dia e, com isso, terem sua performance avaliada.

Desta forma, é necessário um conhecimento aprofundado sobre a classificação dos gastos (custos e despesas) com o intuito de definir um sistema que possa responder demandas de informações gerenciais por parte dos gestores e, de forma geral, dos processos operacionais.

2.3.1 Classificação dos custos hospitalares

O detalhamento dos custos gera um maior esclarecimento sobre seu comportamento e os fatores que impactam nos diversos serviços do hospital, permitindo melhor gerenciamento dos custos em nível departamental, por procedimento e mesmo por prestador ou provedor do serviço (Falk, 2008).

Para Falk (2008), o custo, muitas vezes, depende da razão pela qual se quer apura-lo, e que, nem sempre, o custo para fins de relatórios financeiros é o mesmo

para fins de controle gerencial ou para tomadas de decisões estratégicas. A razão pela qual se quer apurar o custo pode levar ao custo fixo, ao variável, ao perdido, ao marginal, ao de oportunidade, ao histórico ou ao de reposição. Portanto, é de extrema importância definir qual o objeto de custo, ou seja, o item para o qual se quer saber o custo, pois, a depender do seu objeto, um custo indireto, pode se tornar direto e mudar a forma como será tratado.

Quanto à sua classificação, os custos podem ser divididos em diretos e indiretos, de acordo com a forma de alocação ao objeto de custo e, em relação ao nível de atividades, em fixos e variáveis (UNIMED, 2019). Já o custo marginal é definido como a mudança nos custos totais relacionados a uma mudança em volume (Falk, 2008). É o custo para, ao invés de produzir uma unidade, produzir duas ou atender duas pessoas ao invés de uma.

Segundo Dallora (2007), para a implantação de alguns sistemas de custeio, torna-se necessário dividir a instituição em centros de custos, podendo ser classificados em produtivos, auxiliares e administrativos.

O custo dos recursos vinculados a um departamento ou centro de custo operacional compõe-se de vários elementos: colaboradores, supervisão, equipamentos, ocupação e outros recursos indiretos e de apoio. A maioria dessas categorias tem relação direta de alocação, contudo alguns outros exigem definição de critérios mais elaborados (Falk, 2008).

Acerca do estudo de custos relacionado às organizações de serviços de saúde, muitas são as formas de evidenciação dessas informações, entre estas o custo por paciente hospitalizado, custo médio por dia de leito, custo por especialidade, etc. A análise de sua variação é o fundamento para a implementação da estratégia baseada no baixo custo (Feitosa et al., 2010).

2.3.2 Classificação dos custos no *home care*

No *home care* tem-se, como custos diretos, os profissionais empregados, os materiais e medicamentos utilizados, os serviços de terceiros e locação de equipamentos. Como custos indiretos, tem-se os custos da estrutura de funcionamento do setor, bem como o pessoal administrativo e auxiliar.

Os custos diretos dos profissionais podem ser distribuídos de forma direta e proporcionalmente ao atendimento prestado para cada paciente, pelo tempo e quantidade de visitas que cada profissional faz ao domicílio.

Os custos indiretos, por sua vez, podem ser rateados de diversas maneiras a depender do método de custeio adotado pelo plano de saúde. A empresa desse estudo utiliza o custeio por absorção.

2.4 Pesquisas relacionadas

Estudos anteriores apontam para essa redução de custos, como, por exemplo, o de Ribeiro (2004), que apurou que o gasto com 64 pacientes em assistência domiciliar foi 69,9% menor do que se estivessem em internação hospitalar. Também Fisher (2010), em seu estudo, concluiu que o valor médio da diária de internação hospitalar era de R\$ 736,09, enquanto era de apenas R\$ 39,64 no atendimento domiciliar. Feitosa et al. (2010), por sua vez, levantaram dados que sugerem que o atendimento médico domiciliar reduz em torno de 60% dos custos da operadora de saúde. Ainda Borges Júnior (2018), em sua tese, concluiu que o custo do cuidado domiciliar é 21,5 vezes menor do que o cuidado hospitalar. Por fim, Reis (2018), em

suas análises, apurou que o custo médio paciente/dia do *home care* era de R\$ 28,26, enquanto o custo em internação hospitalar seria de R\$ 296,46.

3 METODOLOGIA

Seguindo a tipologia proposta por Beuren (2003), a presente pesquisa é do tipo descritiva, visto que seu objetivo é descrever o perfil dos pacientes do programa *home care* da empresa estudada e relacionar o custo do paciente dentro do programa com o custo caso o paciente estivesse hospitalizado.

No que se refere aos procedimentos, o presente estudo é do tipo estudo de caso. Conforme Yin (2001) este procedimento é mais utilizado quando o autor deseja estudar o “como” e o “por que” e não possui controle sobre os acontecimentos, investigando um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real. Também trata-se de uma pesquisa documental, visto que foram utilizados documentos como fonte primária (relatórios, planilhas, manuais) da empresa em estudo, materiais estes que não receberam nenhum tratamento analítico anterior, corroborando a definição desse procedimento por Gil (2008).

A abordagem do problema da presente pesquisa é qualitativa e quantitativa. Quantitativa uma vez que se caracteriza pelo emprego de instrumentos estatísticos, frequentemente utilizados em estudos descritivos buscando correlacionar as variáveis, e qualitativa devido aos destaques às características não observadas por meio de instrumentos estatísticos, identificado por meio de entrevista ao gestor no presente estudo (Beuren, 2003).

3.1 Abrangência e objeto de estudo

A pesquisa foi realizada em uma operadora de saúde situada no RN, dentro do seu programa de *home care*. A seleção se deu pela disponibilidade dos dados e por se tratar de uma operadora de saúde na qual seus pacientes podem utilizar o programa de *home care* ou o serviço hospitalar da rede assistencial, de acordo com os critérios de elegibilidade, possibilitando a realização da comparação dos custos.

3.2 Coleta e análise dos dados

Como instrumentos de pesquisa foram utilizados os documentos que, de acordo com Beuren (2003), são fontes valiosas de coleta de dados nas pesquisas em ciências sociais e que agilizam o processo investigatório, e entrevistas que são uma técnica de obtenção de informações em que o investigador se apresenta pessoalmente à população selecionada e formula perguntas, com o objetivo de obter dados necessários para responder à questão estudada (Beuren, 2003).

As informações quantitativas, dos anos de 2020 e 2021, foram retiradas de documentos da empresa estudada (manuais setoriais, procedimentos operacionais, relatórios em Excel com informações gerais dos pacientes e dos custos envolvidos).

Os dados qualitativos foram coletados por meio de entrevistas com a gestora administrativa do *home care* e da supervisão de enfermagem. No caso da gestora, por meio de uma entrevista semiestruturada, buscou-se obter a visão do negócio, seus pontos fortes e fracos, bem como os controles utilizados.

Na entrevista com a supervisão de enfermagem buscou-se conhecer melhor como é a realizada a classificação dos pacientes, principais patologias tratadas e o fluxo deles dentro do programa, informações que auxiliaram na construção do perfil da população e na escolha da amostra.

Para definir o perfil do *home care* da empresa em estudo, foram utilizados os números absolutos de pacientes que se encontravam registrados no dia 23/06/2021, visto que esse número varia diariamente, com as entradas e saídas de pacientes, sendo essa a população de estudo. Essa população foi subdividida nos programas PAD (Programa de Atendimento Domiciliar) e PID (Programa de Internação Domiciliar), por gênero, por complexidade, por situação no programa, e por motivos de inserção no programa, e os dados foram apresentados em número absolutos e percentuais. Também foram elencados o número de profissionais envolvidos na operação do *home care* e a quantidade de sessões de terapias realizadas mensalmente para demonstrar o tamanho do serviço.

O fluxo das atividades de internação no *home care* foi descrito a partir das informações existentes no Manual de Atenção Domiciliar (2021) e das entrevistas.

No que diz respeito ao estudo do comparativo de custos de internações, foi constituída a amostra intencional por dois pacientes, sendo um de cada programa do *home care* (PID e PAD). Os critérios considerados na escolha desses pacientes foram a condição dentro do programa e que eles fossem oriundos da desospitalização. Os dados dos custos hospitalares foram retirados de relatórios de custos da rede prestadora e considerado o custo médio, preservando a identidade dos pacientes, conforme informações disponibilizadas pela empresa.

Para os dados relativos a medicamentos e materiais, considerou-se o mesmo valor dos relatórios de custos do programa *home care*, pois os tratamentos dentro do hospital e no *home care* foram realizados em momentos distintos, o que poderia trazer diferenças significativas nesses custos específicos, e, com isso, buscou-se simular o mesmo plano terapêutico nas duas situações.

4 ANÁLISE DE RESULTADOS

4.1 Perfil do *home care* na empresa em estudo

O SAD na empresa em estudo teve início no ano de 2009 e, atualmente, tem por objetivo reorganizar o processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar com vistas a reduzir a demanda por atendimento hospitalar e a ampliar a autonomia dos usuários, proporcionando cuidado aos pacientes no ambiente familiar.

O serviço é subdividido em PAD – um conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas, desenvolvidas em domicílio; e PID – um conjunto de atividades caracterizadas pela atenção, em tempo integral, aos pacientes com quadros clínicos mais complexos e com necessidades de tecnologia especializada, de recursos humanos, equipamentos, materiais, medicamentos, atendimentos de urgência/emergência e transporte.

Conforme se observa no Gráfico 1, em junho de 2021 o serviço de *home care* em estudo conta com 709 pacientes ativos, sendo 617 no PAD e 92 no PID. Esse número varia muito, visto que todos os dias podem ocorrer novas admissões, altas e saídas por outros motivos, como óbito, por exemplo. Contudo, como pode ser visto no Gráfico 1, esse número se manteve estável ao longo de 2020.

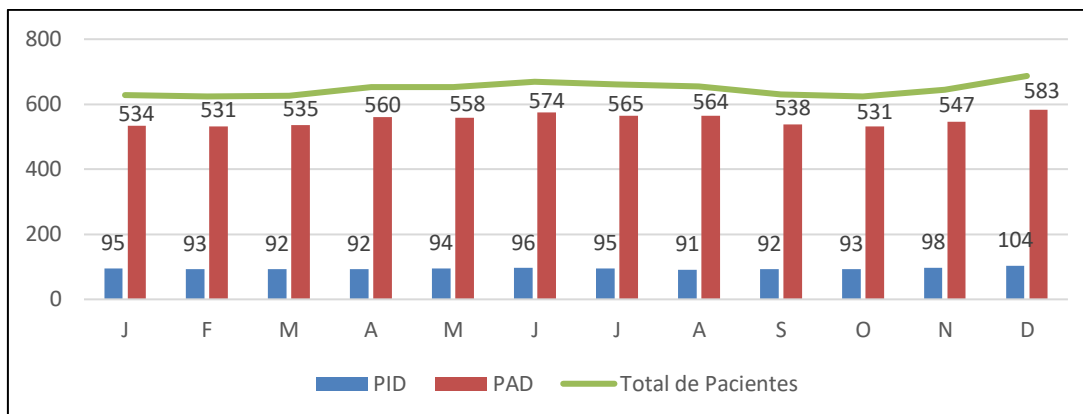


Gráfico 1. Pacientes ativos no *home care* por mês em 2020

Fonte: Elaborado pelos autores

Para atender a esses 709 pacientes, o serviço de *home care* na empresa conta com 139 colaboradores próprios, distribuídos nas funções apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1

Quantidade de colaboradores por função

Função	Quant.	Função	Quant.	Função	Quant.
Gerente Administrativo	1	Aprendiz Administrativo	2	Médico	10
Supervisor Atendimento	2	Farmacêutico	2	Enfermeiro	25
Analista Administrativo	1	Auxiliar de Farmácia	10	Técnico de Enfermagem	35
Assistente Administrativo	1	Motorista	16	Auxiliar de Enfermagem	4
Auxiliar Administrativo	14	Motociclista	1	Assistente Social	5
Fisioterapia	7	Nutricionista	2	Fonoaudiólogo	1
Total	139				

Fonte: Elaborada pelos autores

Além dos colaboradores próprios da empresa, as sessões de fisioterapia (cerca de 5.000/mês) e fonoaudiologia (cerca de 1.130/mês) são realizadas por terceiros, bem como o acompanhamento por técnicos de enfermagem de todos os pacientes do programa PID, seja por 12 horas (13 pacientes), ou 24 horas (79 pacientes) diárias.

4.2 Perfil dos pacientes que se utilizam do *home care*

Entre os 709 pacientes ativos, havia 473 (67%) do sexo feminino e 236 (33%) do sexo masculino. No PID e no PAD a proporção segue a mesma tendência, com o PID apresentando 56 (61%) do gênero feminino e 36 do gênero masculinos (39%); no PAD, havia 417 do gênero feminino (68%) e 200 do gênero masculino (32%).

Considerando a pirâmide etária, tem-se uma pirâmide invertida, na qual a maior quantidade dos pacientes no programa se encontra no topo da pirâmide, nas faixas acima de 80 anos, com 396 pacientes (56%), conforme apresentado no Gráfico 2.

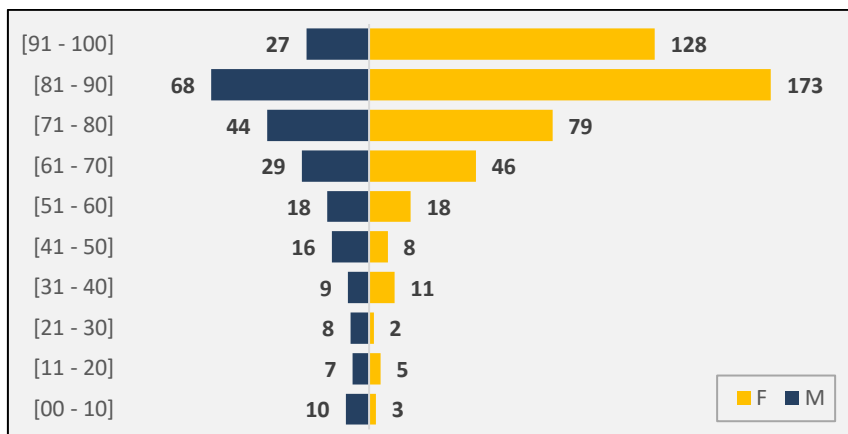


Gráfico 2. Faixa etária e quantidade por sexo

Fonte: Elaborado pelos autores

Ainda analisando o Gráfico 2, percebe-se que a diferença entre as quantidades de homens e mulheres cresce à medida que as idades vão crescendo, exceto na faixa etária entre 91 e 100 anos. Essa pirâmide corrobora a pirâmide etária do Brasil, na qual tem-se uma quantidade maior de mulheres que de homens nas faixas superiores, ou seja, à medida que se tem uma expectativa de vida maior, há maior probabilidade de utilização de plano de saúde em decorrência dessa expectativa. No que diz respeito ao PID, 33 pacientes (36%) se encontram nas faixas acima de 80 anos, e no PAD, 380 (62%).

Ao avaliar a quantidade de dias em que cada paciente se encontra no programa, tem-se uma média de 520 dias, com 4.909 dias para o paciente mais antigo, que continua ativo, tendo ingressado em 2008. Quando analisados apenas os pacientes PID, essa média sobe para 820 dias, e no PAD a média cai um pouco, para 475 dias.

Para a inserção no programa, é realizada uma avaliação de cada paciente e é preenchida a tabela de classificação por complexidade. O resultado dessa avaliação está evidenciado na Tabela 2.

Tabela 2

Classificação por complexidade

Característica	Grupos	Quant.
Idade	Até 60 anos	0
	Acima de 60 anos	1
Doença Crônica	Não	0
	Sim	2
Cognição	Confuso e/ou agitado	6
	Semicomatoso	8
	Comatoso	10
Estado Nutricional	Emagrecido	1
	Obesidade	1
	Obesidade mórbida	2
	Caquético	2
Dieta	Via oral	0
	Por gastrostomia	2
	Por SNE	4
	Por jejunostomia	6
	Nutrição Parenteral	86
Mobilidade	Com auxílio de dispositivos	1

	Com auxílio de terceiros	3
	Totalmente acamado	5
	Com controle de esfínteres	0
	Sem controle de esfínteres	1
Eliminações	Uso de sondas	3
	Ostomias: colostomias, ileostomias, cistostomias e outras	3
	Uso de sonda e ostomias	4
Autocuidado	Independente	0
	Dependente parcial	1
	Dependente total	4
	Ausente	0
Úlcera por pressão	Estágio I	2
	Estágio II	4
	Estágio III	6
	Estágio IV	8
	Não classificável	10
	Ausente	0
Outras Feridas	Pequena	2
	Média	4
	Grande	6
	Ausente	0
Dispositivos Invasivos	Acesso venoso periférico	2
	Drenos cirúrgicos	4
	Acesso venoso profundo	6
	Sem necessidade de aspiração	0
Secreção pulmonar	Sem necessidade de aspiração com traqueostomia	6
	Com necessidade de aspiração sem traqueostomia	9
	Com necessidade de aspiração e com traqueostomia	24
	Independente	0
Oxigenoterapia	Dependente intermitente	3
	Dependente contínuo	6
	Ausente	0
Suporte Ventilatório	Dependente de Bipap (não invasivo) intermitente	3
	Dependente de Bipap (não invasivo) contínuo	6
Ventilação mecânica invasiva	(Ventiladores e Bipap) intermitente	86
	(Ventiladores e Bipap) contínuo	86

Fonte: Elaborada pelos autores

O paciente recebe uma pontuação para cada resposta da Tabela 2, e a soma dessas pontuações é utilizada para definir uma classificação para aquele paciente. As classificações possíveis estão apresentadas no Quadro 1.

Classificação			
			Marcar Abaixo:
Não elegível		até 10	
Assistência domiciliar	Baixa Complexidade	11 a 30	
	Média Complexidade	31 a 49	
	Alta Complexidade	50 a 86	
Internação Domiciliar		87 ou mais	

Quadro 1. Classificação no *home care* quanto a pontuação atingida

Fonte: Manual Setorial da empresa (2019)

De acordo com o Quadro 1, caso a pontuação final da Tabela 2 seja de até 10 pontos, esse paciente não é elegível ao programa do *home care*; entre 11 e 30 pontos, o paciente é elegível à assistência domiciliar de baixa complexidade; entre 31 e 49 pontos, o paciente é elegível à assistência domiciliar de média complexidade; entre 50 e 86 pontos, o paciente é elegível à assistência domiciliar de alta complexidade; e se a pontuação for igual ou superior a 87 pontos, o paciente é elegível ao programa de internação domiciliar. Essa classificação também irá nortear o plano terapêutico que será ofertado a cada paciente.

No Gráfico 3 são apresentadas as quantidades de pacientes que estão no *home care* de acordo com sua classificação. Ressalta-se que os pacientes classificados como não elegíveis permanecem no programa, pois, apesar da classificação, necessitam de alguma intervenção específica (medicação injetável de uso exclusivo hospitalar, oxigenoterapia ou curativo complexo).

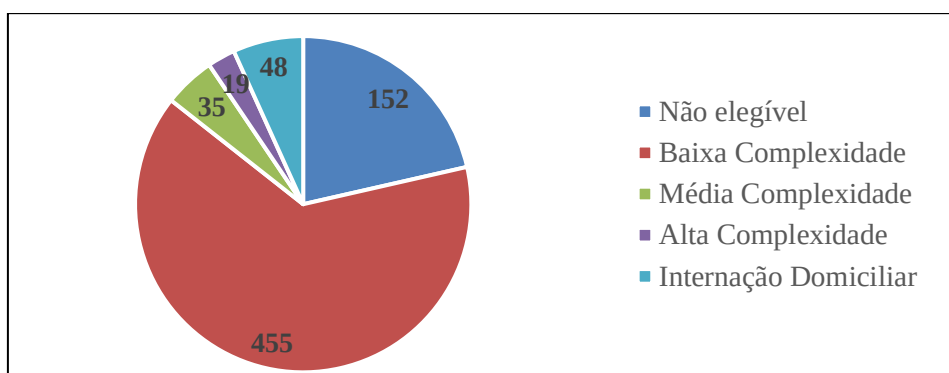


Gráfico 3. Pacientes segundo Classificação por Complexidade

Fonte: Elaborado pelos autores

Como se observa no Gráfico 3, 64% dos pacientes foram classificados como de baixa complexidade, 5% como de média complexidade e 3% como de alta complexidade. Tem-se ainda 7% classificados como elegíveis diretos (que somaram mais de 86 pontos) para a internação domiciliar e 21% não elegíveis (menos de 10 pontos) segundo pontuação obtida na metodologia de classificação.

Ainda sobre a condição desses pacientes, dos 709 em *home care*, 342 (48%) acamados, sendo 83 destes incluídos no PID, o que representa 90% do total de pacientes deste programa.

Um ponto a destacar é que, quando analisados os procedimentos realizados pelo *home care*, 377 pacientes (53%) realizam fisioterapia e 203 (28%) realizam fonoterapia, cujas sessões custam, aproximadamente, R\$ 29,40 e R\$ 26,66, respectivamente, com profissionais terceirizados.

4.3 Principais motivos de inserção de pacientes no programa

Quando considerada a origem do paciente no momento de inserção no *home care*, 35,1% (249) são oriundos do domicílio, e 64,9% (460) de desospitalização, sendo este um dos principais objetivos do *home care* (realizar a desospitalização dos pacientes, economizando custos e liberando leitos para novos pacientes). No PID, o percentual de pacientes oriundos de desospitalização é ainda maior, 93,5% (86).

Após a classificação por complexidade, o paciente tem definido seu status no *home care*, dependendo do programa inserido e do tratamento que estiver recebendo. No Gráfico 4, se apresentam os status dos pacientes que compuseram esse estudo.

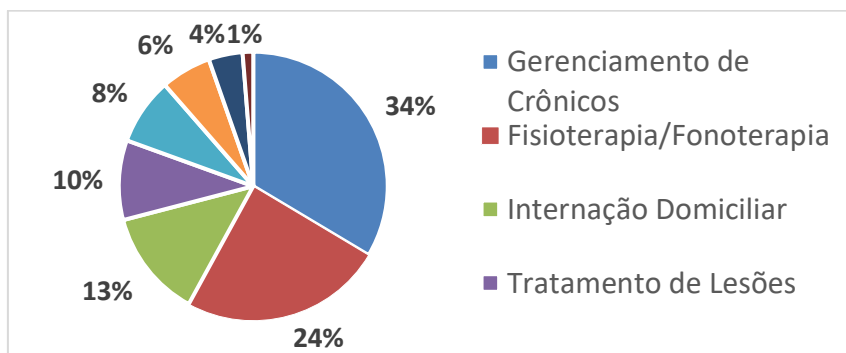


Gráfico 4. Situação dos pacientes no *home care*

Fonte: Elaborado pelos autores

De acordo com o Gráfico, se verifica que 34% dos pacientes no programa são doentes crônicos e 24% realizavam alguma fisioterapia, seja ela respiratória ou motora, e fonoterapia. O menor percentual, 1%, se refere àqueles pacientes que foram classificados por liminar judicial.

No que diz respeito às principais patologias encontradas nos pacientes do *home care*, as cinco maiores incidências estão apresentadas no Gráfico 5.

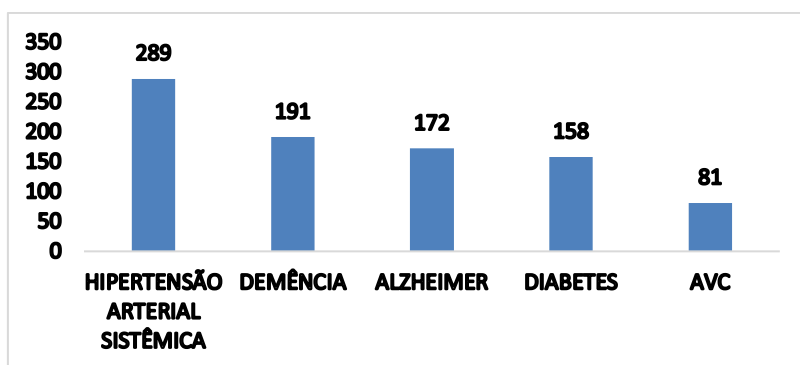


Gráfico 5. Cinco principais incidências de patologias

Fonte: elaborado pelo autor (2021)

A hipertensão é a patologia mais prevalente, presente em 41% dos pacientes, seguida da demência, presente em 27% dos casos, Alzheimer (24%), diabetes (22%) e AVC (11%). Ademais, há 1.370 ocorrências divididas em 430 patologias diferentes, que não foram agrupadas para este estudo.

No que diz respeito ao PID, 26% dos pacientes apresentam hipertensão, com 24 ocorrências, e 25% apresentam sequelas de AVC, com 23 ocorrências, sendo as duas patologias mais incidentes no programa. Quando agrupadas as síndromes, as neuromusculares apresentam maior incidência, com 112 ocorrências, ou seja, todos os pacientes atualmente inseridos no PID possuem pelo menos uma síndrome neuromuscular (hereditária ou adquirida) em seu diagnóstico.

4.4 Fluxo das atividades de internação no *home care*

O fluxo das atividades de internação do *home care* é composto de sete etapas:

- PRIMEIRA ETAPA: O processo se inicia com a solicitação para inclusão, partindo do hospital onde o paciente se encontra internado ou da sua família;
- SEGUNDA ETAPA: Ao chegar a solicitação, a primeira análise realizada é a administrativa, que visa checar dados contratuais e adimplência. Ressalta-se que a inserção do paciente no programa não gera nenhum custo a mais;
- TERCEIRA ETAPA: É realizada uma triagem multiprofissional, na qual são avaliadas as condições do paciente, sua elegibilidade ao programa, grau de complexidade e classificação do programa (PID ou PAD). A equipe responsável por realizar a triagem é composta por funcionários do quadro da empresa, sendo a sua composição variável que depende da condição clínica do paciente e da solicitação médica;
- QUARTA ETAPA: Após a triagem multiprofissional, é realizada uma vistoria domiciliar, com o intuito de verificar condições de acesso e a existência de um cuidador efetivo em tempo integral, além de realizar um primeiro contato com o ambiente no qual será prestada a assistência;
- QUINTA ETAPA: Caso esteja tudo em conformidade para o atendimento do *home care*, é realizada a assinatura do termo de inclusão do paciente.
- SEXTA ETAPA: A assistência ao paciente é realizada com base na classificação realizada pela triagem multidisciplinar e no seu estado de saúde; e
- SÉTIMA ETAPA: A alta do programa pode ocorrer por alta médica, por óbito, término do tratamento, inadimplência, solicitação do cliente ou quando não atender mais aos critérios de elegibilidade.

4.5 Comparativo de custos – hospitalização e *home care* (PAD e PID)

Os custos dos programas aumentam conforme aumenta a complexidade do estado de saúde do paciente. Comparando o PAD com o PID, percebe-se que o PID, por possuir um técnico de enfermagem a partir de 12 horas/dia na residência (um dos maiores custos), passa a ser considerado o programa que mais consome custos no *home care*.

Para o desenvolvimento do estudo, inicialmente, se buscou comparar o custo diário de um paciente de complexidade alta e com o diagnóstico de sequela de AVC, ingressante no PID, com o custo diário do mesmo paciente caso estivesse na internação hospitalar. A escolha do perfil para comparação se deu pelas características do paciente inserido no PID se aproximarem mais das condições de um paciente em internação hospitalar, incluindo o acompanhamento assistencial 24 horas/dia e considerando os mesmos custos de material e medicamentos, conforme Tabela 3.

Ressalta-se que os custos hospitalares foram retirados de relatórios da empresa, considerando o mesmo plano terapêutico, caso o paciente estivesse em internação hospitalar ao invés de estar inserido no *home care*. Para tanto foi considerado o custo da diária média da rede hospitalar que atende aos beneficiários da empresa, e o custo médio de uma visita médica, da sessão de fisioterapia e da sessão de fonoterapia nos hospitais da rede. No caso do material e medicamentos foram utilizados os mesmos valores desses itens utilizados no *home care*. Cabe destacar que o item “Diária”, custo exclusivo do internamento hospitalar, inclui sessão de fisioterapia, sessão de fonoterapia, equipamentos e recolhimento de resíduo, sendo esta a razão pela qual estes itens estão com valor zero na Tabela 3.

Tabela 3

Custo diário do Paciente X no PID com complexidade alta

Item	Home care (R\$)	Hospital (R\$)	Diferença (R\$)
Diária	0,00	490,00	-490,00
Profissionais	400,15	200,00	200,15
Material e Medicamento	121,93	121,93	0,00
Sessão Fisioterapia	23,52	0	-53,78
Sessão Fonoterapia	7,11	0	-70,19
Equipamentos	15,91	0	15,91
Recolhimento de Resíduos	7,60	0	7,60
Oxigênio	67,55	125,93	-58,38
Total	643,77	937,86	-294,09

Fonte: Elaborada pelos autores

O paciente X, portador de síndrome neuromuscular, sequela de um AVC, se encontra no PID, com custos diários médios de R\$ 643,77, sendo a maior parcela os custos dos profissionais que o acompanham, que inclui um técnico de enfermagem 24 horas/dia, gerando um custo com pessoal maior que o custo da internação hospitalar, já que no hospital o custo desse profissional é rateado por vários pacientes, visto que este presta assistência a mais de um paciente durante o mesmo período. Em contrapartida, a diária do hospital, que contém custos de infraestrutura, impactam nos custos da internação hospitalar, fazendo com que seja mais vantajosa a assistência desse paciente em domicílio, havendo uma economia de R\$ 294,09, cerca de 31% mais barato.

Na Tabela 4 é apresentada uma análise comparativa dos custos de um paciente inserido no PAD, com complexidade baixa e diagnóstico de fratura de fêmur, no *home care* e este mesmo paciente numa internação hospitalar.

Tabela 4

Custo diário do Paciente Y no PAD com complexidade baixa

Atividade	Home care (R\$)	Hospital (R\$)	Diferença (R\$)
Diária	0,00	490	-490,00
Profissionais	38,60	200	-161,40
Material e Medicamento	93,82	93,82	0,00
Sessão Fisioterapia	11,76	0	-65,54
Recolhimento de Resíduos	7,6	0	7,60
Total	151,78	783,82	-632,04

Fonte: Elaborada pelos autores

Se considerado o paciente Y, ingressante no PAD, com uma fratura de fêmur, precisando de fisioterapia, medicação e curativos dentro da assistência domiciliar, tem-se uma diferença bem maior entre os custos da sua assistência em domicílio e na internação hospitalar. Como no PAD não há um técnico disponível no domicílio do paciente, os custos diretos diminuem consideravelmente quando comparados com a internação hospitalar. Percebe-se que a assistência domiciliar gerou uma economia de R\$ 632,04 para o plano de saúde, representando 80% a menos do valor deste

paciente caso estivesse em internação hospitalar. Ressalta-se que, caso não existisse a possibilidade de continuar o tratamento na assistência domiciliar, esse paciente estaria, muito provavelmente, numa internação hospitalar, gerando, diariamente, um custo 5,6 vezes maior para a empresa, mesmo que por um período mais curto.

Diante do exposto, observa-se que o programa de *home care*, nas suas duas modalidades (PAD e PID), traz economia para a operadora de saúde, especialmente no que se refere à diária de internação hospitalar, serviço que inclui toda a infraestrutura complexa de um hospital (estrutura física, manutenção, limpeza, alimentação, profissional, custo administrativo, dentre outros). O serviço que se destaca com maior custo no *home care*, quando comparado à internação hospitalar, é o de profissionais; no entanto, não supera a economia que se tem com a diária de internação hospitalar, o que reafirma a vantagem de oferecer este serviço aos usuários que se enquadram no perfil. Destaca-se, ainda, uma economia mais significativa nos custos relativos ao paciente com perfil de inclusão no PAD.

4.6 Visão do programa *home care* pelo gestor

Quando questionado ao gestor quais são os pontos positivos e negativos do *home care* para a empresa, ele coloca como positivos a possibilidade de fornecer assistência no domicílio dos pacientes, minimizando o risco de infecções hospitalares, bem como oferecendo uma assistência de igual qualidade e com um custo menor para a empresa. Outro ponto levantado, e que também impacta no custo, é que a prestação de assistência pelo *home care* reduz o tempo de hospitalização dos pacientes.

Como ponto negativo foi relatado que o relacionamento com os familiares, em muitos casos, é delicado, pois alguns não entendem os critérios de elegibilidade do *home care*, o que pode levar a insatisfações quando é informado que o paciente não apresenta as condições necessárias para a assistência ser realizada em domicílio.

Um ponto destacado pelo gestor é que, para realizar a assistência da melhor forma no domicílio, e garantir que a experiência do paciente seja a melhor possível, uma grande logística precisa acontecer, que envolve gerenciamento de rotas, controle de dispensação de medicamentos, controle de pessoal, disponibilidade de equipamentos, gerenciamento de serviços terceirizados, entre outros.

Quando perguntado quais controles são executados, foram apresentados alguns indicadores em ferramentas como Excel e Power BI: tempo de desospitalização dos pacientes, agudizações, controle de reinternações, controle de compra e manutenção de produtos e serviços entregues em domicílio.

Por fim, ao questionar os motivos que levaram a empresa a implantar o serviço de *home care*, o gestor informou que não estava na empresa à época da implantação, mas reforçou os pontos positivos levantados anteriormente, destacando que o custo evitado ao fornecer uma assistência de qualidade e com menor custo do que a hospitalização, é um dos motivos da empresa manter esse serviço aos seus beneficiários, mesmo sem constar no rol de procedimentos obrigatórios da ANS.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo descrever o perfil dos usuários e o impacto no custo da prestação do serviço de *home care* por uma operadora de saúde no Estado do Rio Grande do Norte. Nesse contexto, observou-se que este serviço na empresa estudada está subdividido em Programa de Assistência Domiciliar (PAD) e Programa de Internação Domiciliar (PID), a depender da complexidade do quadro clínico do paciente e da assistência necessária. A inserção do paciente neste

programa dá-se a partir da solicitação de inclusão, passando pela análise contratual e de adimplência, triagem multiprofissional para definição da classificação (PAD ou PID), avaliação do domicílio e assistência até o momento da alta do programa.

Na época do estudo, 709 pacientes estavam inseridos no serviço de *home care*, sendo em sua maioria mulheres (67%) e quase metade (48%) acamados. Esses pacientes são oriundos, em sua maior parte, da desospitalização (64,9%) e cerca de 1/3 apresenta alguma doença crônica. O diagnóstico mais prevalente observado foi a hipertensão arterial sistêmica, presente em 41% dos pacientes, seguido de demência (27%), doença de Alzheimer (24%), diabetes (22%) e AVC (11%). Esses achados se mostram semelhantes aos resultados encontrados por Ribeiro (2004), cujo diagnóstico mais frequente entre os pacientes atendidos nesse tipo de serviço foi relacionado ao aparelho circulatório (25%).

Ao comparar o custo da assistência prestada a um paciente em atendimento pelo serviço de *home care* e essa mesma assistência na internação hospitalar, observou-se uma importante economia no *home care* – 31% de economia no PID e 80% de economia no PAD – sendo a maior economia referente ao custo da diária da internação hospitalar. Essa vantagem econômica também foi observada nos estudos de Feitosa et al. (2010) e Ribeiro (2004), que encontraram uma economia de 60% e 69,9%, respectivamente.

Os resultados da redução de custo encontrados no presente estudo estão de acordo com a visão do gestor, que relatou a economia como um dos pontos positivos do serviço de *home care*, além da minimização dos riscos de infecções hospitalares e redução do tempo de hospitalização. Por outro lado, o gestor colocou como um ponto negativo a insatisfação de familiares diante das situações em que o paciente não se enquadra nos critérios de elegibilidade para inserção no programa.

O presente estudo teve como limitação a ausência de algumas informações que poderiam dar maior robustez para a apuração de custos e, consequentemente, uma comparação mais detalhada entre os custos do serviço de *home care* e da internação hospitalar, como o custo administrativo do serviço de *home care* (funcionários, energia, água, combustível, dentre outros), e um maior detalhamento do custo da diária da internação hospitalar, visto que este valor é muito variável, a depender do contrato dos hospitais com a operadora de saúde. Desta forma, sugere-se que sejam realizados novos estudos com esta temática, a fim de aprofundar a análise no que diz respeito aos métodos de custeio e seus diferentes métodos de rateio, trazendo informações valiosas para a tomada de decisão da empresa, além de identificar outros pontos estratégicos para a redução de custo na empresa estudada, bem como em outras operadoras de saúde e de assistência à saúde.

REFERÊNCIAS

ANS, Agência Nacional de Saúde Suplementar. (2021). *Manual de Tópicos da Saúde Suplementar para o Programa Parceiros da Cidadania: uma abordagem sob a perspectiva regulatória*. Rio de Janeiro.

ANS, Agência Nacional de Saúde Suplementar. (2000). Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 39, de 27 de outubro de 2000. Dispõe sobre a definição, a segmentação e a classificação das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde. Brasília, DF.

ANS, Agência Nacional de Saúde Suplementar. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/sala-de-situacao>. Acesso em: 13/07/2021.

Beuren, I. M. (Org). (2003). *Como Elaborar Trabalhos Monográficos em Contabilidade*. São Paulo: Atlas.

Bonacim, C. A. G., & Araújo, A. M. P. (2010). Gestão de custos aplicada a hospitais universitários públicos: a experiência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP. *Rev. Adm. Pública*, 44(4), 903-931.

Borges Júnior, L. H. (2018). *Análise do custo-efetividade de um Serviço de Atenção Domiciliar*. Uberlândia, MG. Tese de doutorado. Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia.

Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. (2018). *Parecer Técnico nº 05/GEAS/GGRAS/DIPRO/2018*. Cobertura: Assistência domiciliar (home care). Brasília, DF.

Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. (2017). *Resolução Normativa nº 428*, de 7 de novembro de 2017. Disponível em: <http://twixar.me/wqMn>. Acesso em: 13/07/2021.

Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. (2014). *Resolução COFEN nº 464/2014*. Normatiza a Atuação da Equipe de Enfermagem na Atenção Domiciliar. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucofen-2672001_4304.html. Acesso em: 21/09/2021.

Brasil. (1998). *Lei nº 9.656*, de 03 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF.

Brasil. (2000). *Lei nº 9.961*, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF.

Brasil. (2001). Medida Provisória nº 2.177-44. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 24 ago. 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/mpv/2177-44.htm. Acesso em: 13/07/2021.

Dallora, M. E. L. do V. (2007). *Gerenciamento de custos de material de consumo em um hospital de ensino*. Ribeirão Preto, SP. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Falk, J. A. (2008). *Gestão de custos para hospitais: conceitos, metodologias e aplicações*. São Paulo: Atlas.

Feitosa, A. V., Peter, M. G. A., Machado, M. V. V., Catrib, A. M. F., & Rodrigues, M. D. N. (2010, novembro). Estratégias para redução de custos em operadoras de plano de saúde. *Anais do Congresso Brasileiro de Custos*, Belo Horizonte, MG, Brasil, 17.

Fischer, V. M. R. (2010). Modelo de atenção integral à saúde como redutor de custos para a operadora de saúde e satisfação ao usuário. *In: J Braga Júnior, D. B. (org.). Prata da Casa 3: escritas do cotidiano de uma equipe que cuida*. São Paulo: Oboré.

Fogaça, R. (2021). *Gestão de recursos e logística em home care: a operacionalização dos insumos sob a ótica de gestores de empresas privadas do ramo*. São Paulo, SP/ Dissertação de mestrado Universidade Nove de Julho, São Paulo, 93 p.

Gil, A. C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas.

Malik, A. M., & Schiesari, L. M. C. (1998). Qualidade na Gestão Local de Serviços e Ações de Saúde. *e-Coleções FSP/USP*. São Paulo, Universidade de São Paulo.

Mendes, Walter. (2001). *Home Care: uma modalidade de assistência à saúde*. Rio de Janeiro (RJ), UERJ, UnATI.

Moraes, N. A., Oliveira, S. G., Denardin-Budó, M. L., & Quintana, A. M. (2010). Internação domiciliar e internação hospitalar: semelhanças, vantagens e desvantagens para o paciente. *Anais da Jornada Psicologia e Saúde: Perspectivas Atuais de Intervenções em Saúde*, Santa Maria, RS, Brasil, 2.

Reis, G. F. M. (2018). *Atenção domiciliar: análise do perfil dos pacientes na utilização de recursos e custos em uma cidade do sudeste do Brasil*. São José do Rio Preto, SP. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, 87 p.

Ribeiro, C. A. (2004). *Assistência domiciliar: qualidade e racionalização de recursos*. São Paulo, SP. Tese de doutorado em Saúde Pública. Universidade de São Paulo.

Ribeiro, S. Z. R. S., Vidal, S. A., Oliveira, A. G., Silva, M. I. C., Vicente, C. D., & Lopes, L. G. F. (2018). Custos e qualidade de vida de pacientes em cuidados paliativos. *Revista de Enfermagem UFPE On line*. 12(6), 1688-1695.

Sato, F. R. L. (2007). A teoria da agência no setor da saúde: o caso do relacionamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar com as operadoras de planos de assistência supletiva no Brasil. *Revista de Administração Pública*, 41(1), 49-62.

Silva, K. L.; Sena, R. R., Feuerwerker, L. C. M., Souza, C. G., Silva, P. M, & Rodrigues, A. T. (2013). O direito à saúde: desafios revelados na atenção domiciliar na saúde suplementar. *Saúde e Sociedade*, 22(3), 773–784.

Tiossi, M., & Marin, A. (2004). *Home Care* baseado em evidências. *Revista Uningá*, 1(1), 87-92.

Unimed. (2019). *Cartilha de Orientações para Custos em Serviços Próprios*. Porto Alegre, RS.

Yin, R. K. (2001). *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre, Bookman.