



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências Sociais e Humanas

Avaliação Económica e Financeira de um Serviço de Saúde

**O caso do Serviço Domiciliário de Ortopedia do Centro
Hospitalar Cova da Beira**

Luís Norberto Rocha da Cruz

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Gestão de Unidades de Saúde
(2º ciclo de estudos)

Orientador: Professora Doutora Anabela Almeida

Covilhã, Maio de 2014

Agradecimentos

Muito obrigado à Professora Doutora Anabela Almeida, orientadora deste trabalho, pelo apoio, paciência e confiança depositada. A sua sabedoria e objectividade foram determinantes na execução desta dissertação.

À Universidade da Beira Interior, pelo reconhecimento da relevância actual da área da Saúde, em concreto no que respeita à gestão das unidades que a integram.

Agradeço a colaboração e disponibilidade do Gabinete de Estudos, Planeamento e Informação; do Gabinete do Cidadão; do Gabinete de Acompanhamento Estratégico e do Serviço Financeiro do Centro Hospitalar Cova da Beira. Agradeço aos meus colegas do Serviço de Ortopedia da mesma instituição o excelente trabalho, dedicação e empenho no projecto do Serviço Domiciliário.

Agradeço por fim, aos meus familiares e à Paula pelo apoio inextinguível.

Resumo

Os últimos anos têm trazido inúmeros desafios à saúde em Portugal, ao nível da generalização do acesso das populações a cuidados de saúde de qualidade, na tentativa da diminuição das assimetrias regionais, mas também, e cada vez mais, ao nível da eficiência e do controlo da despesa. Este equilíbrio, associado ao recente agravamento da conjuntura económica e social, exige um esforço adicional para a garantia da eficiência e eficácia do sistema de saúde (Deloitte, 2011). Perante esta realidade, é essencial maximizar os ganhos em saúde obtidos com os recursos disponíveis, e para isto, a tomada de decisão deve apoiar-se em avaliações criteriosas que levem em consideração aspectos clínicos e económicos (Vanni et al., 2009). A avaliação económica na área da saúde apresenta uma multiplicidade de aplicações, que no quadro de escassez dominante obriga à análise sistemática dos vários cursos de acção que identifiquem as alternativas mais eficientes.

Tendo em consideração os custos actuais no sector da saúde, Martins (2009) refere existir uma mudança ao nível hospitalar, pois o elevado investimento tecnológico exige que se rentabilize cada dia de internamento. Por conseguinte, os hospitais actualmente assumem-se, como centros especializados de tratamento, onde não há lugar para o completo restabelecimento da pessoa doente. Assim, a assistência domiciliária surge como uma resposta às necessidades de saúde dos indivíduos, que não necessitando de internamento hospitalar, precisam de acompanhamento no domicílio e de uma assistência em cuidados de saúde e apoio social (Augusto, 2002).

O objectivo deste estudo passa por realizar uma avaliação económica e financeira de um serviço de saúde, descrever a sua actividade e a tipologia dos seus utentes. Metodologicamente tem um propósito exploratório, segue uma abordagem quantitativa, recorrendo ao estudo de caso: o Serviço Domiciliário de Ortopedia (SDO) do Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB). O estudo incidiu sobre o ano de 2013, tendo os dados sido obtidos por análise documental e informação requerida a serviços da instituição hospitalar.

Com base nas evidências empíricas, constatou-se que o SDO prestou cuidados a 223 utentes nos concelhos de Belmonte e Covilhã após a alta hospitalar, que esta valência apresenta vantagens em termos financeiros quer para os utentes, quer para o CHCB, e ainda que os índices de satisfação global com o serviço prestado são bastante elevados.

Palavras-chave

Avaliação económica; saúde; cuidados domiciliários

Abstract

Recent years have brought many challenges to health in Portugal, in terms of general access of populations to quality health care, in an attempt to reduce regional disparities, but also, and increasingly, the level of efficiency and control spending. This balance, together with the recent worsening economic and social situation requires an additional guarantee for the efficiency and effectiveness of the health system (Deloitte, 2011). In this sense, it is essential to maximize health gains obtained through the use of available resources, and for this, decision making must be based on careful evaluations that take into account clinical and economic aspects (Vanni et al., 2009). The economic evaluation in health care presents a multitude of applications, in the context of a dominant scarcity requires a systematic analysis of various courses of action to identify the most efficient alternative.

Taking into account the current costs in the health sector, Martins (2009) states there is a change at hospital level as the high technology investment requires you to monetize each day of hospitalization. Therefore, hospitals are assumed at present as specialized treatment centers, where there is no place for the full restoration of the sick person. Thus, home care allows covering the health needs of individuals who do not require hospitalization, require monitoring at home and an assist in health care and social support (Augusto, 2002).

The aim of this study involves conduct a financial and economic evaluation of an health service, describing its activity and the type of its users. The present study has an exploratory purpose, follows a quantitative approach, using the case study: the Serviço Domiciliário de Ortopedia (SDO) of the Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB). The study focused on the year 2013 and the data were obtained through document analysis and information required of the hospital services.

Based on empirical evidence, it was found that the SDO has provided care to 223 users in the counties of Covilhã and Belmonte after discharge, the service has advantages in financial terms for either users and to the CHCB and that the indices overall satisfaction are quite high.

Keywords

Economic evaluation; health; home care

Índice

Agradecimentos.....	iii
Resumo.....	v
Palavras-chave.....	v
Abstract.....	vii
Keywords.....	vii
Lista de Figuras.....	xi
Lista de Tabelas.....	xiii
Lista de Gráficos.....	xv
Lista de Acrónimos.....	xvii
1. Introdução	1
2. Avaliação Económica em Saúde.....	3
2.1. Definição e componentes	3
2.2. Tipos de avaliação económica.....	5
2.3. Análise de sensibilidade	13
3. Cuidados Domiciliários	15
3.1. A casa como habitat natural dos cuidados.....	15
3.2. Cuidados domiciliários como modalidade de intervenção.....	16
3.3. A equipa multidisciplinar em cuidados domiciliários.....	18
4. Metodologia.....	23
4.1. Objectivos e Questões de investigação	23
4.2. Procedimento de colheita de dados	24
4.3. Caracterização da organização e serviço em estudo.....	24
4.3.1 Centro Hospitalar da Cova da Beira, E.P.E.	24
4.3.2 Serviço Domiciliário de Ortopedia	26
4.4. Caracterização geral da amostra.....	28
5. Apresentação, Análise e Discussão dos Resultados	33
5.1. Análise da actividade do SDO em 2013.....	33
5.1.1 Análise financeira	35

5.1.2 Satisfação dos utentes.....	37
5.2. Discussão dos resultados	39
6. Conclusão	41
6.1. Síntese dos Resultados.....	41
6.2. Considerações finais	42
Referências bibliográficas.....	43
ANEXOS	47
Anexo I - Autorização do CHCB para a realização do estudo	49
Anexo II - Questionários usados pelo GEPI.....	53

Lista de Figuras

Figura 1 - Avaliação económica de um Programa de Saúde.....	4
Figura 2 - O papel dos membros da equipa multidisciplinar.....	19

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Tipos de Avaliação no sector da Saúde.....	6
Tabela 2 - Características dos tipos de análises económicas.....	12
Tabela 3 - Estatísticas relativas à idade e segundo o sexo.....	29
Tabela 4 - Distribuição por grupos etários e segundo o sexo.....	29
Tabela 5 - Distribuição por localidade e segundo o sexo.....	30
Tabela 6 - Distribuição da amostra por diagnóstico e segundo o sexo.....	30
Tabela 7 - Distribuição da amostra por dias de internamento e segundo o sexo.....	31
Tabela 8 - Número de visitas domiciliárias no período 2004-2012.....	34
Tabela 9 - Dados relativos ao serviço de internamento de Ortopedia em 2013.....	34
Tabela 10 - Custos com o SDO em 2013.....	36
Tabela 11 - Proveitos do SDO em 2013.....	37
Tabela 12 - Índices de satisfação dos cuidados prestados.....	38

Lista de Gráficos

Gráfico 1 - Evolução mensal das visitas do SDO.....	35
Gráfico 2 - Motivos que levaram à escolha pelo SDO.....	38

Lista de Acrónimos

ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
ARS	Administração Regional de Saúde
CHCB	Centro Hospitalar Cova da Beira
EPE	Entidade Pública Empresarial
FCSUBI	Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior
GEPI	Gabinete de Estudos, Planeamento e Informação
JCI	<i>Joint Commission International</i>
SDO	Serviço Domiciliário de Ortopedia
SNS	Serviço nacional de saúde
UBI	Universidade da Beira Interior
QALY	<i>Quality Adjusted Life Year</i>
WHO	<i>World health organization</i>

1. Introdução

Os últimos anos têm trazido inúmeros desafios à saúde em Portugal, ao nível da generalização do acesso das populações a cuidados de saúde de qualidade, na tentativa da diminuição das assimetrias regionais, mas também, e cada vez mais, ao nível da eficiência e do controlo da despesa. Este equilíbrio, associado ao recente agravamento da conjuntura económica e social, exige um esforço adicional para a garantia da eficiência e eficácia do sistema de saúde (Deloitte, 2011).

A saúde, muitas vezes referida como um valor para o qual não é possível atribuir um preço, teoricamente deveria beneficiar de recursos ilimitados, sem qualquer tipo de restrições às necessidades que decorrem da prestação dos cuidados. Infelizmente, a escassez dos recursos face às necessidades humanas ilimitadas, obriga a pensar constantemente o que fazer com o tempo e rendimento que possuímos. Nas palavras de Samuelson (1999, p.14) *“a sociedade tem de, em cada período, fazer uma escolha, decidir quais as necessidades que vão ser satisfeitas e quais as que não vão ser”*. Contudo, neste sector, por estarem em causa questões de igualdade e equidade o estabelecimento de prioridades torna-se particularmente melindroso. Como o mercado não resolve de forma satisfatória estas questões, dadas as suas reconhecidas imperfeições, Ferreira (2005) afirma caber aos governos, aos políticos, aos administradores, gestores, decisores em geral, a difícil missão de estabelecer prioridades e de fazer escolhas (quem beneficiará de um novo hospital, de um determinado serviço, de um novo tratamento, etc.).

Neste sentido, é essencial maximizar os ganhos em saúde obtidos por meio do uso dos recursos disponíveis, e para isto, a tomada de decisão deve apoiar-se em avaliações criteriosas que levem em consideração aspectos clínicos e económicos (Vanni et al, 2009). A avaliação económica na área da saúde apresenta uma multiplicidade de aplicações, que no quadro de escassez dominante obriga à análise sistemática dos vários cursos de acção que identifiquem as alternativas mais eficientes.

Outra vertente da realidade actual, mostra-nos que o aumento da esperança de vida e o acesso a cuidados de saúde adequados, acarretam uma conjuntura peculiar, nomeadamente o envelhecimento e a prevalência de doenças crónico-degenerativas geradoras de situações de dependência, a médio e a longo prazo. Assim, a alteração das curvas de transição epidemiológica e demográfica, juntamente com o ímpeto economicista para a precocidade das altas hospitalares, determinam o incremento da importância dos cuidados de saúde prestados no domicílio (Duarte, 2010). Esta realidade origina também de forma inequívoca, uma mudança ao nível hospitalar, pois o elevado investimento tecnológico exige que se rentabilize cada dia de internamento. Por conseguinte, as instituições assumem-se como

centros especializados de tratamento, onde não há lugar para o completo restabelecimento dos doentes, levando a um aumento do número de pessoas, que necessitam de cuidados de saúde após a alta.

Friedman (2006) descreve os cuidados domiciliários como cuidados integrais de saúde proporcionados no domicílio a pessoas dependentes e, por decorrência, às suas famílias, com o propósito de promover a saúde e minorar os efeitos da doença e da incapacidade. Segundo a World Health Organisation (WHO, 2008) procuram satisfazer as necessidades sociais e de saúde das pessoas nas suas casas, através da provisão de cuidados de saúde de qualidade, por cuidadores formais e informais, com a utilização de tecnologia adequada, mantendo a continuidade dos cuidados. Para Stanhope & Lancaster (1999), estes cuidados representam a componente do cuidado de saúde global continuado. Desta forma, os cuidados prestados aos indivíduos e às famílias, nos seus locais de residência, têm por finalidade promover, manter ou recuperar a saúde, maximizando o nível de independência ou minimizando os efeitos da doença.

Tendo por escopo a avaliação económica e financeira de um serviço de saúde, a análise efectuada incide sobre o Serviço Domiciliário de Ortopedia do Centro Hospitalar da Cova da Beira EPE. A escolha deste serviço deve-se ao facto de desenvolver a sua acção num campo tido como uma das apostas a desenvolver na área da saúde, pelos motivos supracitados e ainda pelo conhecimento privilegiado enquanto profissional do mesmo.

Desta forma, esta dissertação tem como objectivos:

- Caracterizar o serviço em estudo e a tipologia dos utentes;
- Avaliar os seus custos directos, indirectos e intangíveis;
- Realizar uma avaliação económica do serviço estudado.

Quanto à organização, o trabalho inicia-se com o enquadramento teórico do conceito, e as principais técnicas de avaliação económica utilizadas na área da saúde, seguindo-se o enquadramento dos cuidados domiciliários no contexto actual e como modalidade de intervenção. Continuamente desenvolve-se e clarifica-se a metodologia, onde se expõem os objectivos e as questões de investigação, o procedimento da colheita de dados e a caracterização da amostra. A apresentação dos resultados, a sua análise e discussão, acontecem no ponto seguinte. Para finalizar, são apresentadas as conclusões finais, seguido das referências bibliográficas e alguns anexos considerados pertinentes.

2. Avaliação Económica em Saúde

2.1. Definição e componentes

A avaliação económica pode ser definida como uma análise comparativa de investimentos alternativos, em termos de custos e consequências, tendo como objectivo final a escolha, num cenário de escassez de recursos (Drummond et al., 1997). De acordo com Pereira (2009), na área da saúde conceptualiza uma ferramenta que mediante a comparação das consequências directas e indirectas, por um lado, e os custos, por outro, proporciona aos decisores um conjunto de opções em que se evidenciam as implicações económicas, de saúde e bem-estar entre diferentes alternativas.

Lourenço & Silva (2008), reforçam que deve ser usada como fonte de informação para o processo de tomada de decisão, pois permite ajudar a determinar que tipo de serviços se devem prestar, onde, como e a que nível deve ocorrer essa prestação. Para os mesmos autores, estes estudos preocupam-se em responder essencialmente a dois tipos de questões:

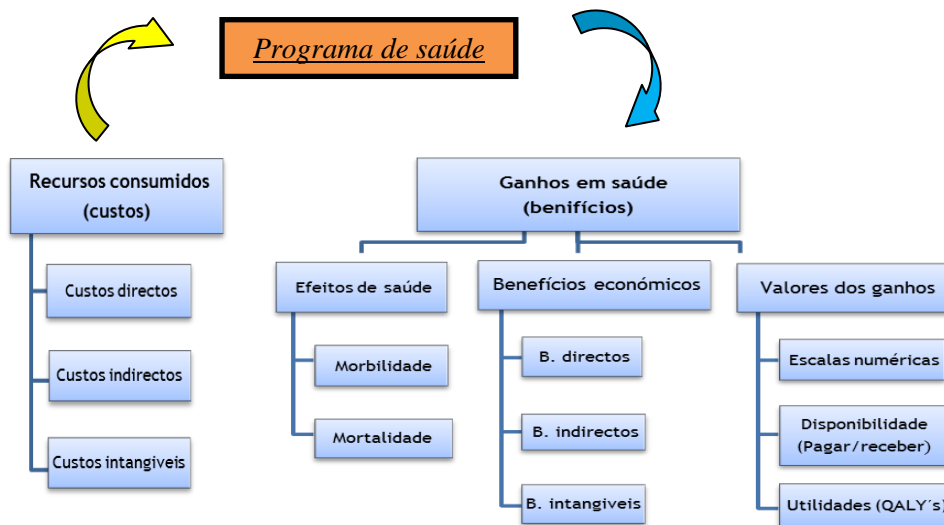
- Vale a pena investir neste bem ou serviço de saúde tendo em conta as outras utilizações que os mesmos recursos poderiam ter se fossem aplicados noutras actividades?
- Consideramos aceitável que os recursos de cuidados de saúde necessários para que este bem ou serviço de saúde possa ser prestado, sejam gastos desta forma e não de um modo alternativo?

Neste sentido, a preocupação é identificar a relação entre custos e consequências nas várias opções disponíveis, pois é com base nesta informação que se podem tomar decisões de modo explícito, de forma socialmente eficiente, considerando que as escolhas geram ganhos efectivos em saúde.

Freitas (2005) refere que o princípio da optimização conduz grande parte do esforço da avaliação económica, seja através da maximização do produto de saúde para um dado orçamento, seja pela minimização dos custos para um dado resultado. Este princípio baseia-se na ideia que as mudanças estruturais adequadas podem conduzir a melhorias dos serviços a menores custos, e isto é válido mesmo quando os diferentes sistemas de saúde têm estruturas básicas diferentes e têm métodos diferentes de calcular custos.

Torrance (1986), citado por Ferreira (2000), vem corroborar o que atrás foi dito, ao definir a avaliação económica de programas no sector da saúde, como a comparação dos recursos consumidos num programa (custos) com os ganhos em saúde criados pelo mesmo (benefícios).

Figura 1 - Avaliação económica de um Programa de Saúde



Fonte: Adaptado de Torrance, 1986

A análise comparativa dos custos de programas alternativos é comum a todas as formas de avaliação económica, pelo que é fundamental que estes sejam identificados, medidos e valorizados correctamente. Sendo estes:

Custos directos - custos directamente associados à prestação do serviço de saúde, como os gastos do Serviço Nacional de Saúde (SNS) com os programas (cuidados primários, internamentos hospitalares, cuidados domiciliários, desenvolvimento, formação, etc.), e os custos suportados pelos utentes e respectivas famílias (apoio a idosos, transportes, medicação, etc.). Podem ser fixos (ocorrem quer o doente seja tratado ou não - por exemplo, custos de capital, electricidade, limpeza, etc.) ou variáveis (apenas ocorrem quando o serviço é prestado - por exemplo, reagentes e materiais descartáveis, análises clínicas, medicamentos, etc.). Também existem custos directos não clínicos, que ocorrem noutros sectores (despesas de deslocação dos utentes até aos serviços de saúde, custos do apoio social a crianças ou idosos, pensões de invalidez, etc.).

Custos indirectos - custos associados à diminuição de produtividade que a doença ou tratamento provoca no utente e respectiva família (tempo de ausência do trabalho, acréscimo de tarefas domésticas, tempo despendido em consultas médicas, tempo de lazer perdido, etc.). No entanto, este tipo de custos é difícil de calcular, e segundo Lourenço & Silva (2008), os únicos custos indirectos que é possível determinar de uma forma consistente são o tempo de trabalho perdido por baixa médica, a reforma antecipada e a diminuição da produtividade no trabalho. O impacto destes custos é bastante variável entre doenças e tratamentos e normalmente é significativo nos estudos de avaliação económica. Contudo, devido à dificuldade técnica do seu cálculo é pouco frequente encontrarem-se estudos que os considerem.

Custos intangíveis - são extremamente difíceis ou mesmo impossíveis de determinar, embora ocorram e por isso seja desejável que sejam considerados sempre que possível. Incluem aspectos como a ansiedade, dor ou sofrimento com uma doença.

Assim como os custos, também os ganhos em saúde, obtidos com o programa podem ser medidos de diferentes maneiras. Os designados *Efeitos de saúde* podem ser medidos em unidades que tenham a ver com o programa, como o número de casos detectados, casos evitados (prevenidos), anos de doença evitados, dias de hospitalização evitados, número de vidas salvas ou anos de vida ganhos.

No que diz respeito à medição dos *Benefícios económicos* provocados pelo programa, estes podem ser de três tipos:

Benefícios directos - poupança em custos, porque o programa tornou os indivíduos mais saudáveis e conseqüentemente, usam menos recursos de saúde (redução de gastos do SNS, por exemplo).

Benefícios indirectos - representados pelos ganhos obtidos pela sociedade com a produção efectuada pelos indivíduos, pois ao melhorarem e estarem vivos retornam ao trabalho.

Benefícios intangíveis - representam o valor da redução da dor, desconforto e sofrimento do utente/família, provocado pela aplicação do programa.

Por fim e segundo Torrance (1986), pode ser medido o *Valor dos ganhos*, para o utente, família ou para a sociedade, independentemente de qualquer consequência económica. Este valor pode ser medido de três formas: com escalas numéricas; utilizando disponibilidades monetárias baseadas nas disposições a pagar ou receber; ou utilizando os anos de vida ajustados pela qualidade de vida (QALYs¹), baseados em medidas de utilidade.

2.2. Tipos de avaliação económica

No sector da saúde, a existência de assimetria de informação, de externalidades, de grande intervenção do Estado e de imprevisibilidade da necessidade, torna necessário recorrer a diferentes formas de avaliação económica, como forma de se poderem tomar decisões fundamentadas, uma vez que não estão assegurados os pressupostos fundamentais de funcionamento de mercado (Ferreira, 2000).

¹ Quality Adjusted Life Years (QALYs) traduz-se em português por Anos Ajustados pela Qualidade de Vida (AAQs).

Existem essencialmente duas formas de efectuar avaliações económicas: estudos de custos e análises de custos/resultados. A avaliação económica de programas de saúde pode assumir formas distintas, tendo em conta se são comparadas duas ou mais alternativas ou, se por outro lado, se limita a um só programa. Se inclui a análise de custos e consequências, ou só uma destas dimensões.

As múltiplas opções possíveis encontram-se resumidas na tabela 1, onde as avaliações económicas completas aparecem no quadrante inferior direito. As restantes formas de avaliar são avaliações parciais, que podem ser um ponto de partida para avaliações mais completas.

Tabela 1 - Tipos de Avaliação no sector da Saúde

		Examinam-se todos os custos e consequências das alternativas?		
		Não		Sim
Comparam-se duas ou mais alternativas?	Não	Examina só consequências	Examina só custos	Descrição de custos e resultados
		Descrição dos resultados	Descrição de custos	
	Sim	Avaliação de eficácia ou de efectividade	Avaliação de custos	<u>Avaliação económica completa:</u> Minimização de custos Custo-efectividade Custo-utilidade Custo-benefício

Fonte: Adaptado de Drummond et al., 1997

É comum classificar os estudos de avaliação económica de programas de saúde em quatro tipos, que apresentam diferenças apenas na forma de medição das consequências, uma vez que todos envolvem a consideração de custos.

Análise de Minimização de Custos

Neste tipo de análise são comparadas, em termos de custos, alternativas com as mesmas consequências. São valorizados todos os encargos de cada alternativa: a mais eficiente é a que incorre em menos despesa. É uma análise simples, que apenas entra em linha de conta com os custos, umas vezes apenas com os custos directos e, noutras ocasiões, com os custos indirectos. Se as alternativas apresentam efeitos equivalentes, então a mais eficiente será aquela que apresentar menores custos. Por exemplo, se considerarmos duas alternativas A e B, cujos custos sejam 10000 e 5000 € respectivamente e ambas evitarem 5 mortes, a escolha da opção B será óbvia.

Habitualmente, os investigadores não designam os estudos por Análise de Minimização de Custos, designando-os por Análises Custo-Efectividade e simplificando-os visto que se verifica

que as consequências são equivalentes, ou são designados desta forma porque existe um conhecimento prévio da equivalência das consequências. Neste sentido, a Análise de Minimização de Custos é muitas vezes considerada como uma forma especial de Análise Custo-Efectividade, em que as consequências são equivalentes (Drummond et al., 1997).

Análise de Custo-Benefício

Tradicionalmente este tipo de análise ocupa uma posição de destaque nas avaliações económicas, especialmente entre economistas e gestores, por ser considerada a mais abrangente, e que realmente contempla todos os aspectos da eficiência. Por ser um método no qual os custos e benefícios são relatados usando uma unidade comum (unidades monetárias), os resultados destes estudos podem ser comparados com os resultados de estudos de uma ampla gama de programas públicos, nomeadamente quando se pretendem comparar grandes intervenções na área da saúde com outros investimentos públicos (comparar o investimento de âmbito nacional no controlo da hipertensão arterial e a construção de uma auto-estrada). Nesta perspectiva, permitem avaliar por exemplo, o quanto a sociedade, está disposta a pagar pelos efeitos de programas ou políticas, com os custos de oportunidade dos mesmos.

Os custos de oportunidade reflectem o que é gasto com determinado produto, somado ao valor intrínseco associado ao mesmo, na medida em que os recursos poderiam estar a ser alocados noutros sectores ou actividades mais rentáveis. Num mercado competitivo, o custo de oportunidade é reflectido no preço de mercado. Entretanto, em sectores não estáveis ou com desequilíbrios, o custo real pode não reflectir o custo de oportunidade (Drummond et al., 1997).

No fundo a Análise Custo-Benefício compara os benefícios e os custos associados a diferentes alternativas, valorizando-os em termos monetários, e actualizando-os para o momento da tomada de decisão, para que se possa determinar a alternativa que maximiza a razão entre benefícios e custos. De facto, como os custos e os benefícios dos programas de saúde se manifestam, muitas vezes, ao longo dos anos e os indivíduos preferem efectuar determinadas despesas no futuro e usufruir dos benefícios no momento presente (preferência temporal), torna-se necessário actualizar os custos e os benefícios para o momento da tomada de decisão, para que possam ser comparados

A taxa de actualização usualmente utilizada é a taxa convencionada de 5% (Giraldes, 1997). Assim, depois de identificados, medidos e valorizados os custos e os benefícios sociais, é necessário actualizá-los e compará-los através do seguinte rácio:

$$\frac{\sum_{t=1}^n Bt \times \frac{1}{(1+r)^t}}{\sum_{t=1}^n Ct \times \frac{1}{(1+r)^t}}$$

onde:

r - taxa de actualização ou desconto

n - período de tempo de duração do programa

Bt - valor dos benefícios, no ano t

Ct - valor dos custos, no ano t

Se o rácio for superior a 1, então o projecto é socialmente eficiente. Pelo contrário, se o rácio for inferior a 1, então o projecto é socialmente ineficiente.

Nas Análises de Custo-Benefício, atribui-se aos benefícios ou impactos de uma acção em saúde um valor monetário. Os resultados destas análises são apresentados em benefícios líquidos (benefícios da intervenção menos os custos da intervenção). Os benefícios líquidos podem ser utilizados e comparados a uma variedade de actividades com medições não similares de impactos para a saúde, uma vez que estes impactos são também medidos em valor monetário. Assim, este tipo de estudo pode ter uma maior utilidade na medida que permite, uma comparação dentro e entre os sectores da economia. Os resultados indicam se uma estratégia específica se direcciona para o ganho líquido ou perda líquida. Esta informação pode auxiliar os decisores a realizar selecções entre vários programas ou estratégias dentro de um programa.

Contudo, este tipo de análise tem sido muito criticada por causa da monetarização dos custos e conseqüências, uma vez que muitos investigadores consideram que a vida humana está a ser comparada e valorizada.

A principal limitação ou dificuldade dos estudos de custo-benefício é a transformação monetária do benefício clínico. Quanto vale, em termos monetários, salvar uma vida? Mais precisamente, qual é a disposição da sociedade a pagar para reduzir a probabilidade de morte? A vida de uma pessoa idosa vale tanto quanto a vida de uma criança? É verdadeiro atribuir valores monetários diferentes a uma vida com limitações físicas e uma vida sem incapacidade? Se sim, a sociedade atribui mais ou menos valor às pessoas com incapacidades físicas do que aquelas que não as apresentam?

A atribuição de valores monetários na área da saúde, e especialmente à vida humana, é uma tarefa difícil e controversa. O valor de evitar dor e sofrimento (custo intangível) apresenta um problema idêntico. Esta forma de análise, devido à dificuldade de quantificar

monetariamente a vida e os resultados em saúde de uma forma geral, não é muito utilizada na avaliação de programas de saúde (Drummond et al., 1997).

Análise de Custo-Efectividade

A Análise Custo-Efectividade compara as despesas actualizadas de diversos projectos com os resultados esperados, traduzidos em indicadores físicos (custo por morte evitada, por ano de vida salvo). Isto é, os resultados são expressos em termos de custos por unidade de consequência (unidades monetárias por cada caso de vidas salvas, por cada caso de doença X evitada ou por cada ano de vida ganho) ou em termos de consequências por unidade de custo (anos de vida ganhos por cada euro gasto, casos de doença detectados por cada euro gasto) (Ferreira, 2005).

Ao contrário da monetarização, os impactos são medidos considerando o efeito natural mais apropriado ou unidades físicas. As unidades de medição para estes estudos podem incluir número de doenças evitadas, internamentos evitados, casos detectados, número de vidas salvas ou anos de vida ganhos. A unidade de medida seleccionada deve ser aquela com o impacto mais relevante para a análise.

Para Muenning & Khan, (2002), estes estudos permitem identificar as intervenções de saúde que alcançariam o maior impacto na sociedade por unidade de investimento. Esta metodologia assume que os recursos disponíveis para gastar em saúde são limitados, quer na perspectiva da sociedade, da organização ou do doente.

Actualmente são as análises de avaliação económica em saúde mais vulgarmente realizadas. Os dados de efectividade e de impactos em “unidades de saúde” são os que mais aparecem na literatura e são também os mais facilmente compreendidos pelos usuários das informações. Os estudos de custo-efectividade de uma intervenção em saúde, por definição, comparam duas (ou mais) estratégias alternativas de intervenção para prevenção, diagnóstico ou tratamento de determinada condição de saúde.

Por exemplo, a escolha entre diferentes medicamentos anti-hipertensivos, o uso de dosagens alternativas de um mesmo medicamento, comparação entre tratamento não-farmacológico e medicamentoso ou entre cuidados domiciliários e internamento. É calculada de acordo com o seguinte rácio, sendo escolhida a alternativa mais custo-efectiva:

$$\frac{\sum_{t=1}^n C_t \times \frac{1}{(1+r)^t}}{\text{Unidades Naturais}} \\ (\text{ex. mortes evitadas})$$

onde:

r - taxa de actualização ou desconto

n - período de tempo de duração do programa

C_t - valor dos custos, custos líquidos ou custos económicos líquidos para a sociedade, no ano t .

Nesta análise, os custos (numerador), são definidos em unidades monetárias, pelo que existe a necessidade de os actualizar, de acordo com o conceito de preferência temporal. No entanto, uma vez que este tipo de análise também considera os efeitos (denominador), coloca-se a questão da necessidade de desconto (actualização) dos benefícios. Este é um assunto bastante controverso, pois a aplicação da técnica de desconto aos efeitos poderá ter sérias consequências sobre a avaliação de programas de prevenção, penalizando-os. Por outro lado, o desconto de anos de vida ganhos no futuro atribui um peso menor às gerações futuras, em favor das presentes. Embora esta ideia faça sentido quando se trata da alocação de recursos ou investimentos, parece difícil imaginar os indivíduos a investirem em saúde ou a efectuarem trocas de anos saudáveis ao longo do tempo. No entanto, muitos investigadores aconselham o uso de uma taxa de desconto sobre os efeitos, pois consideram que a aplicação de um tratamento diferente ao sector da saúde poderá levar a inconsistências na alocação dos recursos ou ao adiamento de decisões de investimento (Drummond et al., 1997).

Esta avaliação é muito utilizada no sector da saúde, tanto em estudos de medicamentos, como de tratamentos e outras intervenções terapêuticas. A título de exemplo, pode-se referir o estudo de Szeto & Devlin (1996), em que é efectuada uma Análise Custo-Efectividade dos exames médicos de mamografia na Nova Zelândia, relativamente à alternativa de não fazer este tipo de exames, ou o de Félix et al. (2005), onde é desenvolvida uma avaliação deste tipo, na utilização do Eletriptano no tratamento das crises de enxaqueca em Portugal em alternativa a outros fármacos.

Do ponto de vista da tomada de decisão, a análise de estudos de custo-efectividade com unidades diferentes (por exemplo, número de casos de sífilis evitados versus número de casos de cancro da mama evitados) pode ser difícil e especialmente arbitrária, pois a valorização ocorre de modo subjectivo. Pereira (2009) refere ainda, que a sua utilização na formulação de pacotes de serviços pode trazer conflitos de interesse entre as necessidades individuais dos doentes e as necessidades globais da sociedade.

Análise Custo-Utilidade

As sociedades modernas exigem cada vez mais que os programas de saúde adoptados pelos agentes nos sistemas de saúde, para além de prolongarem a vida aos destinatários, apresentem também um efeito na qualidade de vida geral ou pelo menos na qualidade de vida relacionada com a saúde (Lourenço & Silva, 2008).

Neste sentido a Análise Custo-Utilidade é uma forma especial de análise custo-efectividade, em que o efeito é medido pelos anos ajustados pela qualidade de vida (QALYs) ganhos, que são valores de utilidade que podem ser medidos. Neste tipo de análise, os resultados dos programas de saúde são valorizados em unidades físicas, em combinação com elementos qualitativos. Isto é, a comparação entre diferentes programas é feita com base na relação custo/sobrevida, em que esta última é medida por um elemento qualitativo, os QALYs, tendo-se em conta, tanto o tempo, como a qualidade da sobrevivida obtida com o programa. Esta análise é bastante utilizada no sector da saúde por se centrar, não só em aspectos económicos, mas também em aspectos tão importantes como a utilidade dos estados de saúde e a qualidade de vida obtida pela aplicação do programa.

Drummond et al. (1997) referem ser uma técnica útil porque leva em consideração ajustamentos da qualidade de vida para um dado conjunto de resultados de tratamento, enquanto simultaneamente proporciona um resultado genérico para comparação de custos e resultados em diferentes programas.

Como esta análise utiliza uma unidade comum de medida, os QALYs ganhos, permitem o estabelecimento de comparações entre programas. Os QALYs constituem uma única medida dos ganhos em saúde, captando tanto o efeito na quantidade de vida, como na qualidade de vida e permitindo a agregação entre todos os indivíduos afectados. Um ano de boa saúde (ano saudável) de um determinado indivíduo corresponde a um QALY, pelo que um ano de vida com um nível de saúde baixo (x), em que $x < 1$, vale x QALYs. Ajustando o valor de um ano de vida futura a um valor corrente, a uma taxa r , é possível calcular o valor corrente dos QALYs esperados por um indivíduo, considerando o seu “perfil de saúde” e a sua vida futura. Como as intervenções cirúrgicas e os tratamentos alteram o “perfil de saúde” esperado e a vida futura do indivíduo, geram diferentes QALYs. A diferença entre os QALYs gerados com ou sem intervenção/programa corresponde ao ganho (ou perda) em QALYs provocado pela intervenção/programa. Neste sentido, os QALYs constituem uma medida de comparação de custos e consequências de diferentes alternativas e obtêm-se ajustando o período de tempo afectado pelo resultado do programa, pelo valor de utilidade (numa escala de 0 a 1) do estado de saúde final. Quando se procede à comparação entre diferentes programas, deverá calcular-se os valores dos custos por QALYs ganhos por cada programa, devendo ser escolhida a alternativa que apresente valores de custo por QALY mais baixos. Compatível com o tipo de decisão dos gestores na área da saúde, este tipo de análise incorpora expressamente a qualidade de vida associada aos ganhos de saúde (Ferreira, 2002).

A medição das utilidades através de métodos directos, tem-se revelado uma tarefa difícil e muito dispendiosa, principalmente a nível do tempo exigido para efectuar a medição, que exige múltiplas interações com o doente. Como resultado destas dificuldades, a sua adopção para medir as utilidades e em consequência os QALYs, associados ao efeito de programas de saúde não tem sido muito comum em estudos aplicados de avaliação económica. Em alternativa, têm sido avaliadas, indirectamente, através da utilização de sistemas de classificação multi-atributo de estados de saúde, desenvolvidos e validados para o efeito. São sistemas de classificação de estado de saúde, desenvolvidos a partir da teoria Multi-atributo da Utilidade, que incorporam explicitamente o carácter multidimensional do conceito saúde, inquirindo o indivíduo, através da administração de questionários, em várias dimensões de estado de saúde (dimensão física, dimensão social, dimensão mental, dimensão de mobilidade, etc.) que variam em função do instrumento adoptado.

Para que estes instrumentos de avaliação multi-atributo sejam úteis em estudos de avaliação económica é necessário que deles seja possível calcular um índice único, que reflecta a utilidade do estado de saúde decorrente da aplicação do programa de saúde. Esta transposição de um perfil de saúde para uma escala intervalar que represente as valorações em termos de utilidade é efectuada através de algoritmos que foram desenvolvidos para cada instrumento de medição, tendo como base valorações de estado de saúde obtidas através dos métodos directos, tais como *Time Trade-Off* (TTO) e *Standard Gamble* (SG). Os instrumentos (escalas) de medição de estado de saúde mais conhecidos, e que são valorativos, isto é permitem, através de um algoritmo adequado, calcular uma utilidade cardinal que reflecte a utilidade do estado de saúde do indivíduo, são o EuroQol (EQ-5d), Health Utility Index (HUI), Quality of Well-Being Scale (QWB) e o Short Form Health Survey (SF-36).

A seguinte tabela sintetiza os vários tipos de avaliação.

Tabela 2 - Características dos tipos de análises económicas

Tipo de estudo	Identificação das Consequências	Medida e avaliação das Consequências	Medida e avaliação de custos
Minimização de custos	Idênticas em todos os aspectos relevantes.	Nenhuma	Monetário
Custo-Benefício	Um ou múltiplos efeitos, não necessariamente comuns às alternativas. Os efeitos comuns podem ser alcançados em diferentes graus pelas alternativas.	Monetário	Monetário
Custo-Efectividade	Um efeito comum a ambas as alternativas.	Unidades Naturais: - Anos de vida ganhos - Internamentos evitados	Monetário
Custo-Utilidade	Um ou múltiplos efeitos, não necessariamente comuns às alternativas. Os efeitos comuns podem ser alcançados em diferentes graus pelas alternativas.	Anos de vida ajustados pela qualidade de vida - QALYs	Monetário

Fonte: Adaptado de Pereira (2009)

A literatura consultada indica que quando um investigador começa a desenvolver um determinado estudo nem sempre está certo de qual será a sua forma final, pelo que se torna difícil escolher previamente o tipo de avaliação económica a utilizar. A escolha de uma análise custo-efectividade em determinado estudo poderá parecer a mais adequada, porque se está a medir a eficácia, ou porque se estão a comparar duas alternativas com o mesmo objectivo. Contudo, só será possível aplicá-la se as suas consequências forem equivalentes. No entanto, esta suposição não poderá ser feita previamente, antes de se efectuar o estudo, sendo apenas possível verificar tal pressuposto depois do conhecimento dos resultados. Por outro lado, é importante especificar o ponto de vista da avaliação económica, pois este pode ir do doente e família, ao hospital, ao sector de saúde ou à sociedade, tudo depende da questão colocada e do objectivo do estudo.

2.3. Análise de sensibilidade

Todas as análises têm o seu grau de incerteza, imprecisão ou controvérsia acerca de alguns aspectos metodológicos. Muitas vezes os investigadores colocam questões do tipo: e se os custos e os benefícios indirectos tivessem sido excluídos da análise? e se tivesse sido utilizada uma taxa de desconto de 3%, em vez de 5%? e se os custos tivessem sido valorizados de outra forma? Os autores mais cautelosos deverão identificar as áreas metodologicamente mais críticas ou de incerteza e tentar refazer a análise, empregando diferentes assunções ou estimativas, por forma a testar a sensibilidade dos resultados e das conclusões a estas mudanças (Ferreira, 2005).

O mesmo autor refere, que a análise de sensibilidade testa o impacto da alteração dos pressupostos do programa em estudo sobre os resultados obtidos. Permite comparar, por exemplo, as consequências da alteração dos critérios de estimação dos custos e benefícios ou do uso de taxas de desconto diferentes na actualização de custos e benefícios, sobre os resultados do estudo. Se após a realização de uma análise de sensibilidade, as alterações em causa modificarem significativamente os resultados do estudo, então a validade das suas conclusões terá que ser revista e deverá ser feito um esforço no sentido de reduzir a incerteza e/ou melhorar a precisão das variáveis críticas. Mas, se pelo contrário, as alterações não provocarem modificações significativas nos resultados do estudo, então não estão em causa as conclusões do estudo, sendo estas robustas, ou pelo menos a confiança nos resultados será sem dúvida maior.

Uma análise de sensibilidade é normalmente efectuada em três fases (Drummond et al, 1997):

- Identificação dos parâmetros que envolvem incerteza, para os quais é necessário desenvolver a análise;

- Especificação do intervalo de variação em que se considera que os factores poderão variar;
- Calcular os resultados do estudo, com base nas combinações das estimativas, mais ou menos conservadoras.

Vanni et al. (2009) identificam três tipos principais de análise de sensibilidade: univariada, multivariada e análise de Monte Carlo. No primeiro caso, varia-se somente um parâmetro de cada vez, já no segundo, a variação de mais de um parâmetro é feita simultaneamente. A análise de Monte Carlo varia todos os parâmetros ao mesmo tempo, realizando centenas de simulações com as possíveis combinações de valores. Enquanto as primeiras análises citadas nos mostram a sensibilidade do modelo a parâmetros específicos, a última mostra a robustez global do modelo.

Brigs & Sculpher (1995) citados por Ferreira (2000) procederam a uma revisão de cerca de noventa artigos publicados durante o ano de 1992, por forma a verificarem como aqueles estudos de avaliação económica lidavam com a incerteza. Verificaram que, embora alguns desenvolvessem uma boa análise de sensibilidade, a maioria, ou não considerava a incerteza, ou desenvolvia inadequadamente este tipo de análise.

Em síntese, a importância do recurso à análise de sensibilidade em qualquer avaliação económica, deriva do facto de permitir verificar que a conclusão do estudo não é afectada por determinado pressuposto, pelo que a sua falta de convicção ou segurança não porá em risco as conclusões do estudo, ou ainda, que a conclusão do estudo depende de determinados pressupostos, pelo que deve ser repensada.

3. Cuidados Domiciliários

3.1. A casa como habitat natural dos cuidados

A ideia de casa está tradicionalmente associada à ideia de família, de tal forma que a palavra costuma ser usada com este significado. De acordo com Garcia (1997) é na família que se reúnem os ambientes físico, social e afectivo. Deste modo, é da maior importância para atingirmos a saúde dos indivíduos, que eles não sejam considerados isoladamente, mas dentro do contexto em que vivem. A casa é um lugar estratégico para a prevenção e promoção da saúde e como refere Martins (2009) para a pessoa dependente e a necessitar de cuidados de saúde, é o seu espaço, o meio onde se move, apesar das dificuldades, com maior autonomia e segurança.

Para Duarte (2010), os cuidados acontecem no lar, e acarretam, por conseguinte, contornos peculiares na relação. O domicílio como espaço de relação entre profissional e o utente, implica formas de agir e de interagir que serão determinantes para as estratégias adoptadas pelos intervenientes no processo dos cuidados. A proximidade da vida diária e objectos familiares ocasiona conforto e comportamentos propícios ao desenvolvimento favorável do processo de transição da pessoa e da família.

Lopes (2005) menciona que a casa é o espaço de conforto físico e emocional, de memórias e de associações. Os cuidados domiciliários são prestados no espaço onde a pessoa prefere permanecer quando o mal-estar se instala. Permitem que as pessoas permaneçam juntas, unem a família, o que é particularmente importante perante a doença, pois previnem ou adiam a institucionalização, promovem a cura, permitem maior liberdade e, em contraste com a instituição, são cuidados personalizados, adequados às necessidades específicas da pessoa.

Colliére (1989) identifica dois tipos de cuidados:

- Cuidados quotidianos e habituais, “*care*”, que estão ligados à função da manutenção e continuidade da vida, que pretendem cuidar, sustentar e mantê-la de uma forma permanente fornecendo-lhe a energia necessária (água, luz, calor, apoio afectivo e psicossocial entre outros).
- Cuidados de reparação, “*cure*”, que se destinam a reparar as alterações provocadas por um obstáculo que surgiu à vida, assegurando-lhe a continuidade através de tudo o que depende do tratamento da doença e tem como objectivo curar.

Na opinião específica de Resende (2006), com a evolução e desenvolvimento dos cuidados prestados, os objectivos da prestação de cuidados domiciliários passaram a adquirir outro significado, nomeadamente aquilo a que se pode designar, de cuidado de saúde relacional. Isto é, a realização e prestação destes cuidados, para além da técnica necessária e fundamental, pressupõem e necessitam do estabelecimento de uma relação terapêutica (profissional - indivíduo - família) que se proporciona através de competências relacionais, exigidas cada vez mais aos profissionais de saúde.

De acordo com a mesma autora a casa é o espaço libertador das normas institucionais para o profissional, para a pessoa e para a família, facilitando a gestão do tempo e o controlo com base nas necessidades daquelas e não nas da organização. O contexto da casa adiciona uma dimensão pessoal à natureza da interacção, admitindo a intrusão da afectividade.

Martins (2009) reforça que o envolvimento da família nos cuidados de saúde constitui desde sempre um acto de vida, pelo que desde sempre foi natural envolver os membros da família e proporcionar um tipo de cuidados centrados nesta. Por outro lado, a tendência actual dá-se no sentido de considerar o domicílio como o lugar privilegiado para os cuidados, reconhecendo-se o hospital como local de passagem transitória no decurso do processo de doença só quando o doente necessite.

3.2. Cuidados domiciliários como modalidade de intervenção

As mudanças nas características das sociedades contemporâneas determinam novas necessidades em saúde e conduzem ao aparecimento de um grupo significativo de doentes para os quais, independentemente da idade e dos problemas decorrentes da sua perda de autonomia, urge organizar respostas adequadas. A importância dos cuidados domiciliários aos desafios epidemiológicos, demográficos, sociais e económicos que o mundo atravessa, é evidenciada pela WHO (2004):

“Com a dupla preocupação da incidência das doenças e as mudanças demográficas, particularmente o aumento da população idosa, a necessidade de cuidados de longa duração e cuidados de reabilitação aumentou significativamente. Devido à escalada do custo dos cuidados de saúde, é premente os Estados estenderem os serviços de saúde para além dos hospitais.”

A resposta a estas necessidades requer um compromisso público e um ímpeto social e político, conduzindo a mudanças na cultura, atitudes e educação global de todos os profissionais, na comunidade e na instituição, nos sectores da saúde e social, bem como em cuidadores informais envolvidos no cuidado da pessoa (WHO, 2008). Exige portanto compromisso humano e organização flexível mais do que medicamentos e intervenções dispendiosas, e deve ser uma preocupação de todos os governos.

Perante esta realidade e segundo Guerreiro (2006), cabe aos serviços comunitários levar os cuidados ao local onde o utente e família vivem, uma vez que a pessoa tem esse direito e o Estado tem o dever de manter o cidadão no seu local de residência, que é onde normalmente a sua qualidade de vida pode ser melhor mantida.

Assim a assistência domiciliária permite a cobertura das necessidades de saúde dos indivíduos, que não necessitando de internamento hospitalar, necessitam de acompanhamento no domicílio e de uma assistência em cuidados de saúde e apoio social (Augusto, 2002). Nesta perspectiva os cuidados domiciliários assumem-se progressivamente como uma alternativa à hospitalização tradicional.

Tendo em consideração os custos actuais no sector da saúde, Martins (2009) refere existir uma mudança ao nível hospitalar, pois o elevado investimento tecnológico exige que se rentabilize cada dia de internamento. Por conseguinte, as instituições hospitalares assumem-se, actualmente, como centros especializados de tratamento, onde não há lugar para o completo restabelecimento da pessoa doente.

Em termos nacionais esta realidade encontra-se plasmada nas orientações e evidências do Plano Nacional de Saúde (2012-2016). No que se refere ao nível das decisões políticas, preconiza-se a priorização do acesso e a qualidade da resposta dos Cuidados de Saúde Primários, Cuidados Continuados Integrados, Cuidados Comunitários e de Saúde Pública, como base para a satisfação de necessidades de saúde próxima e em primeira linha para a libertação de recursos nos cuidados hospitalares. Mais especificamente no objectivo:

- Investir num sistema/rede de cuidados domiciliários que permita às pessoas manterem-se apoiadas em casa, de forma o mais independente e autónoma possível (PNS 2012-2016).

Nesta perspectiva, ainda segundo o PNS 2012-2016 face ao previsível aumento da despesa, a sustentabilidade do sistema exige medidas tanto do lado dos custos como da captação de receitas, isto é, do modelo de financiamento. A redução dos custos unitários da prestação de cuidados pode ser conseguida por três vias complementares:

- Recurso a novas tecnologias de comunicação.
- Utilização da contratualização e da revisão da comparticipação dos doentes como instrumentos para controlar custos, assinalar prioridades, aumentar a eficiência e progressividade do sistema e a qualidade dos serviços prestados.
- Incentivo à passagem de cuidados institucionais para **cuidados domiciliários**, formais ou informais.

Parece ficar claro que os cuidados domiciliários têm também benefícios económicos, já que esta modalidade assistencial pode contribuir para a diminuição do número de internamentos nos hospitais e noutras instituições, reduzindo os custos decorrentes dos mesmos.

Amaral et al. (2001) corroboram que este tipo de intervenção caracteriza-se por diversos benefícios sociais e económicos, tais como:

- Humanização do atendimento;
- Maior rapidez na recuperação do utente;
- Diminuição no risco de infecção hospitalar;
- Optimização das camas hospitalares para pacientes que delas necessitem;
- Redução do custo/dia do internamento;
- Prevenção e minimização de eventuais sequelas.

Stanhope & Lancaster (1999) referem ainda outras vantagens como: a conveniência do utente; o controlo do utente sobre o meio; a capacidade de individualizar serviços e de proporcionar um ambiente de menor tensão para a exposição de preocupações e de necessidades; e o contacto do profissional com o utente e família no seu meio envolvente.

Afigura-se portanto evidente, e segundo Rice (2004), que no presente e no futuro, as tomadas de decisão devem incluir os cuidados domiciliários como uma aproximação sustentada para prevenir a necessidade de institucionalização desnecessária, em agudos ou em cuidados de longa duração, e manter as pessoas em suas casas e na comunidade, tanto tempo quanto possível. Deste modo, Resende (2006) acrescenta que a prestação destes cuidados, mais que um lugar (alternativo ou opcional), constitui sim, uma modalidade de intervenção. Desta forma, é um dos instrumentos mais indicados para se começar a trabalhar o indivíduo, a família e a comunidade na prestação de assistência à sua saúde, dentro do seu contexto social, desde que seja realizada mediante um processo racional e com objectivos definidos que estejam dentro dos princípios de eficiência.

3.3. A equipa multidisciplinar em cuidados domiciliários

A evolução do conhecimento produziu diversidade nas possibilidades de assistência à saúde, impulsionando o desenvolvimento, difusão e aparecimento de áreas inexistentes ou obscuras. Esse facto, trouxe ao contexto, potencialidades diagnósticas e/ou terapêuticas de uma rica multiplicidade de áreas profissionais e subdivisões de especialidades já consagradas (Amaral et al., 2001).

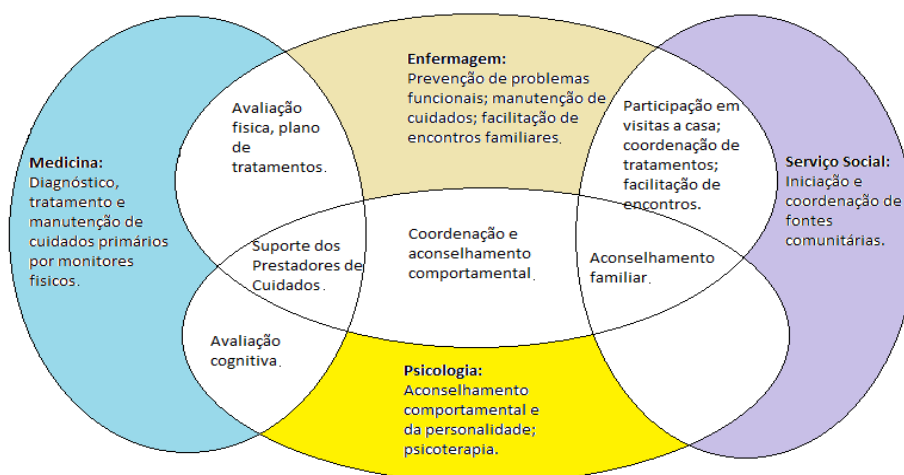
Assim para Chiab (2001), a importância de uma equipa multiprofissional, visa propiciar que os vários profissionais, com as suas respectivas áreas de conhecimento e diferentes propostas de

trabalho e de actuação, possam agir em conjunto, sem estabelecimento de hierarquia, no sentido estrito da palavra. As acções do grupo devem ser preparadas e executadas de forma organizada e integrada, baseadas na ética comum a todos, em benefício do utente.

Neste contexto, os cuidados domiciliários decorrem de um conjunto de actividades que resultam de uma planificação prévia, desenvolvida pelos profissionais que integram a equipa multidisciplinar, com o objectivo de proporcionar cuidados de saúde, incluindo a promoção, protecção, tratamento e reabilitação com a responsabilização do utente e da sua família, em colaboração com os profissionais (Torra, 1990).

O acompanhamento dos casos em cuidados domiciliários, segundo Oliveira (2007), pode ser sustentado na base de dois modelos: multidisciplinares ou interdisciplinares. Com maior tradição nos países Anglo-Saxónicos, o modelo interdisciplinar apresenta a figura do gestor de casos, como preponderante. É nele que está centrado todo o processo de acompanhamento, e independentemente da instituição de acompanhamento, é esta figura que faz a gestão integrada do utente. O modelo multidisciplinar pressupõe a existência de uma equipa, a qual constitui a base de toda a organização do trabalho, tendo como objectivo principal a criação de uma resposta ideal de atenção. É nos princípios deste modelo que se baseia maioritariamente a intervenção dos profissionais portugueses. Normalmente inclui médico e enfermeiro, que são dois elementos chave na constituição da equipa. Consoante as necessidades do utente, outros profissionais podem ser envolvidos, designadamente, médico geriatra, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, terapeuta da fala, assistente social, psicólogo, entre outros. Quanto ao pessoal não técnico, incluem-se normalmente os cuidadores informais. A coordenação desta equipa segundo Marreli (2001) citado por Oliveira (2007) está normalmente a cargo do enfermeiro responsável, geralmente um *registered nurse* que assume a liderança de todo o processo.

Figura 2 - O papel dos membros da equipa multidisciplinar



Fonte: Elon et al. (2000) in Oliveira (2007)

O êxito do funcionamento destas equipas depende, em grande medida, da clara comunicação e coordenação da equipa, no sentido de prestar um serviço que corresponda à resolução dos problemas do utente e das famílias, os quais são, normalmente, além de complexos, também multidimensionais. Provavelmente o elemento mais importante na criação de uma equipa realmente efectiva é a compreensão e interiorização do papel de cada um dentro da própria equipa (Andersson et al., 2001).

Para os mesmos autores, a especificidade destas equipas implica a reunião de um conjunto de características. Entre elas salientam-se:

- Flexibilidade e criatividade para utilizar o conhecimento e a tecnologia de forma adequada a cada utente;
- Capacidade para trabalhar independentemente, sem no entanto deixar de reconhecer os seus limites, procurando conselhos quando necessário;
- Capacidade para avaliar todas as dimensões de uma determinada situação e comunicá-lo, de forma clara e concisa, a toda a equipa, seja oralmente seja por escrito;
- Respeito e zelo pela habitação do utente, independentemente das suas condições;
- Capacidade de estabelecer empatia com os utentes e famílias, no sentido de definir objectivos em comum;
- Capacidade de criar motivação nos utentes, favorecendo atitudes positivas que promovam a independência e cumplicidade no plano dos cuidados.

Os profissionais também deverão orientar a sua conduta sob um determinado conjunto de parâmetros, de modo a que a sua actuação resulte numa resposta articulada e efectiva. Entre os parâmetros destacam-se:

- Confidencialidade de toda a informação relativa ao utente;
- Documentação de toda a intervenção;
- Participação nas reuniões da equipa;
- Cooperação e coordenação entre todos os elementos da equipa;
- Consideração do utente como elemento interveniente na definição de objectivos, planificação e execução do plano de cuidados;
- Participação frequente em formação contínua.

Pela revisão da literatura torna-se evidente, que para os enfermeiros este desafio assume contornos mais profundos, pela proximidade e natureza que o seu desempenho profissional faculta. Componente, desde há séculos das funções de enfermagem, cuidar de doentes no domicílio apresenta, na actualidade, modificações profundas nomeadamente a complexidade das situações cuidadas (Duarte, 2010).

Desta forma, o cuidado domiciliário prestado pelo enfermeiro em termos metodológicos, inicia-se pelo diagnóstico dos problemas, a partir dos quais será planeada toda a intervenção, de modo a avaliar a autonomia dos utentes/família, as dificuldades e as dúvidas, no sentido do estabelecimento de uma comunicação eficaz. Pela sua complexidade, esta abordagem pressupõe um trabalho em equipa assente numa lógica de parcerias, aproveitando as competências e os recursos de toda a comunidade (Silva et al., 2002) citados por Martins (2009).

O processo de planeamento e realização de uma visita domiciliária por estes profissionais divide-se em cinco fases (Stanhope & Lancaster, 1999), cada uma com diferentes actividades que se complementam.

- Fase de Iniciação - É o primeiro contacto entre o enfermeiro e a família. Uma visita domiciliária surge como resultado de um encaminhamento de um serviço de saúde ou social, ou ainda a partir da identificação de um caso. Nesta fase deverá ser iniciada a colheita de dados.
- Fase de Pré-visita - Iniciar contacto efectivo com a família (por telefone por exemplo), marcar a visita de acordo com a disponibilidade da família e do enfermeiro e ainda rever os dados de encaminhamento e/ou registos familiares. Planear as actividades, preparar o material necessário e seleccionar a informação que pretende transmitir de acordo com os dados que possui.
- Fase no Domicílio - Constitui a visita efectiva no domicílio. Num primeiro momento o enfermeiro deve apresentar-se, seguindo-se um espaço para a família poder estabelecer uma relação de proximidade com o mesmo. Este processo é contínuo durante a visita. Os cuidados a prestar deverão ser integrais e personalizados numa perspectiva holística. Avalia-se também a frequência e intensidade das visitas, que é variável consoante as necessidades da família e prioridades de intervenção dos cuidados de enfermagem.
- Fase de Términus - É neste período que se faz a recapitulação da visita com a família e o planeamento quando necessário de futuras visitas. Auscultam-se preocupações e necessidades referentes à saúde daquela família.
- Fase de Pós-visita - Fazer o registo da visita e o plano para as visitas seguintes em suportes de informação utilizados por toda a equipa de saúde. Este procedimento permite assegurar a continuidade de cuidados.

De acordo com Oliveira (2007), a visão que o enfermeiro detém sobre os serviços de saúde é muito próxima da do utente, o que significa que, mais do que qualquer outro profissional, o enfermeiro encontra-se preparado para avaliar e manter a interacção entre o utente e o sistema de saúde e entre os restantes profissionais.

Desta forma apesar da complexidade crescente dos cuidados domiciliários, a estrutura fragmentada dos cuidados de saúde, a superespecialização no domínio da saúde tendente a equipas pluridisciplinares (e, necessariamente, a vários enfoques nos cuidados), a rapidez de circulação da informação (nem sempre conducente ao cabal esclarecimento das pessoas), a transformação do tipo de família, os constrangimentos socio-políticos e a solidão crescente do indivíduo constituem premissas que, equacionadas em conjunto com o local onde ocorrem os cuidados, tornam o cuidar de um indivíduo em sua própria casa um desafio.

4. Metodologia

Barañano (2008), relativamente à metodologia, descreve-a como um conjunto de abordagens, técnicas e processos utilizados pela ciência para formular e resolver problemas de aquisição objectiva do conhecimento, de uma maneira sistemática. Assim, a selecção da metodologia deve adequar-se à natureza dos fenómenos, ao objecto da pesquisa, aos objectivos delineados e, às limitações pessoais e outros elementos que possam surgir no campo da investigação. Neste sentido, tendo em vista a avaliação económica e financeira de um serviço de saúde, o presente estudo tem um propósito exploratório, uma abordagem quantitativa de modo a obter dados objectivos, recorrendo ao estudo de caso.

De acordo com Yin (2003), o uso do estudo de caso como técnica de investigação depende do tipo de questões de investigação, do controlo que o investigador possa ter sobre os acontecimentos e do enfoque do estudo. Neste contexto, o estudo de caso afigura-se particularmente adequado, quando procuramos compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos, nos quais estão simultaneamente envolvidos diversos factores. Este parece ser o caso dos serviços hospitalares, pois enfrentam circunstâncias particulares, como sejam a sua história, localização, a dimensão, os recursos físicos e humanos ou até mesmo as especialidades médicas.

4.1. Objectivos e Questões de investigação

OBJECTIVOS DA INVESTIGAÇÃO

A investigação tem como objectivos:

- Caracterizar o serviço em estudo e a tipologia dos utentes;
- Avaliar os seus custos directos, indirectos e intangíveis;
- Realizar uma avaliação económica do serviço estudado.

QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Pretende-se com o estudo responder a várias questões, sendo a questão central a seguinte:

- O serviço analisado é vantajoso do ponto de vista social e financeiro?

Do decorrer da investigação são esperadas também resposta para outras questões:

- Existem vantagens entre a opção de cuidados domiciliários e internamento convencional?
- Quais os custos directos, indirectos e intangíveis do serviço em estudo?

4.2. Procedimento de colheita de dados

Relativamente à colheita de dados, estes foram obtidos pela análise dos processos de todos os utentes que foram acompanhados pelo SDO no ano de 2013, e pelos documentos e informação fornecida por serviços do CHCB, nomeadamente o Gabinete de Estudos, Planeamento e Informação (GEPI), o Gabinete do Cidadão, o Gabinete de Acompanhamento Estratégico e o Serviço Financeiro, após a respectiva autorização do Conselho de Administração para a realização do estudo. (Anexo I)

Depois de recolhidos os dados, foi realizada uma análise descritiva com recurso ao programa *Microsoft Excel*®. Assim, para a análise descritiva recorreu-se a:

- medidas estatísticas absolutas (n);
- medidas estatísticas relativas (%);
- medidas de tendência central - média (x);
- medidas de dispersão - desvio padrão (s) e coeficiente de variação (CV).

4.3. Caracterização da organização e serviço em estudo

4.3.1 Centro Hospitalar da Cova da Beira, E.P.E.

O CHCB é uma instituição constituída por dois hospitais (Pêro da Covilhã e Hospital do Fundão), e pelo Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental. Foi inaugurado em Janeiro de 2000 e está situado na Região da Cova da Beira, estrategicamente implantado no sopé da Serra da Estrela, ponto mais alto de Portugal Continental.

Foi construído segundo padrões de elevada qualidade, sujeito às mais rigorosas exigências tecnológicas e constitui uma valiosa resposta para uma população de cerca de 100 000 habitantes, distribuídos pelos concelhos de Covilhã, Fundão, Belmonte e Penamacor, num raio de 1.352 Km².

O CHCB organiza-se em cinco áreas de actuação: a Área de Prestação de Cuidados, Área de Suporte à Prestação de Cuidados, Área de Apoio à Gestão e Logística Geral, Área de Inovação, Ensino e Formação e Área de Consultoria Interna.

A Área de Prestação de Cuidados está organizada através de Departamentos, Serviços e Unidades, sendo cada uma dirigida por responsável próprio. Engloba as seguintes funções de prestação de cuidados:

- Internamento;
- Cirurgia do Ambulatório;
- Consulta Externa;
- Hospital de Dia;

- Urgência;
- Serviços Domiciliários;
- Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica;
- Unidade de Psicologia Clínica;
- Serviços Farmacêuticos.

A Área de Suporte à Prestação de Cuidados engloba as valências:

- Gestão de Doentes;
- Serviços Religiosos;
- Serviço Social.

A Área de Apoio à Gestão e Logística Geral organiza-se essencialmente nos seguintes serviços:

- Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação;
- Serviço de Higiene, Saúde e Segurança no Trabalho;
- Serviço de Instalações e Equipamentos;
- Serviço de Logística Hospitalar;
- Serviço Financeiro;
- Serviço de Recursos Humanos.

A Área de Inovação, Ensino e Formação engloba o Serviço de Documentação e Biblioteca, o Centro de Investigação Clínica, o Serviço de Apoio ao Ensino e Serviço de Formação. Estas áreas desenvolvem-se em cooperação com a Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior (FCSUBI) e Escolas Superiores de Saúde da região.

A Área de Consultoria Interna encontra-se organizada, essencialmente pelas seguintes estruturas:

- Serviço de Comunicação, Marketing e Eventos;
- Serviço de Apoio ao Planeamento;
- Serviço Jurídico e Contencioso;
- Gabinete de Gestão da Qualidade.

Os órgãos de Apoio Técnico são de carácter consultivo e têm por função colaborar com o órgão de Administração, a pedido deste ou por iniciativa própria, nas matérias da sua competência. Estão constituídas as seguintes Comissões de Apoio Técnico:

- Comissão de Ética;
- Comissão de Humanização e Qualidade de Serviços;
- Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar;
- Comissão de Farmácia e Terapêutica;
- Comissão Técnica de Certificação da Interrupção Voluntária da Gravidez;

- Comissão Mista CHCB/UBI
- Comissão de Enfermagem;
- Conselho dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica;
- Equipa de Gestão de Altas;
- Comissão do Internato Médico.

Devido à sua reputação, e excelente prestação de cuidados de saúde, o CHCB recebeu em Abril de 2010, a acreditação pela *Joint Commission International (JCI)*. Esta atribuição é uma garantia e um reconhecimento internacional de elevada qualidade, confiança e segurança para todos os utentes que procuram esta unidade hospitalar. Em Julho de 2013 recebeu a re-acreditação por mais três anos, obtendo a certificação de Centro Médico Académico o que representa o reconhecimento internacional como hospital universitário, ou seja, uma unidade de saúde assistencial, de ensino e investigação que cumpre os mais elevados padrões de qualidade exigidos pela JCI.

4.3.2 Serviço Domiciliário de Ortopedia

O serviço de Ortopedia encontra-se localizado no 4º piso do Hospital Pêro da Covilhã, e tem como missão tratar doentes no âmbito de ortotraumatologia, dispondo de 26 camas de internamento, para ambos os géneros. Conta com uma equipa multidisciplinar de 10 médicos ortopedistas (dos quais 4 se encontram a realizar o internato da especialidade), 17 enfermeiros, 10 assistentes operacionais e 1 técnica de secretariado.

A consciência colectiva destes profissionais, da falta de uma resposta especializada na comunidade aos utentes do foro ortopédico, fez com que em Setembro de 2004 fosse iniciado o projecto de acompanhamento dos mesmos no domicílio, após a alta hospitalar. Esta valência tem como principal objectivo proporcionar ao utente o regresso ao seu ambiente o mais precocemente possível, tendo em vista os ganhos em saúde que isso implica quer para o utente quer para a instituição.

Têm ainda como objectivos específicos:

- Permitir a continuidade dos cuidados prestados aos utentes do internamento, na comunidade;
- Assegurar a acessibilidade dos utentes a cuidados de enfermagem adequados às suas necessidades, sem despesas onerosas, quer de tempo, quer monetárias;
- Permitir um acompanhamento dos utentes submetidos a grandes cirurgias ortopédicas, com a finalidade de despistar complicações a médio prazo (embolias e infecções cirúrgicas) no período de convalescença;

- Realizar educação para a saúde do utente e família, inseridos num meio ambiente menos hostil que o hospitalar, com maior disponibilidade de tempo e atenção, quer por parte dos profissionais quer do sistema familiar;
- Assegurar cuidados de enfermagem da área da reabilitação aos utentes que deles necessitem e que não possam recorrer a serviços de fisioterapia;
- Diminuir o tempo de internamento.

A operacionalização deste serviço passa pelo destacamento de um enfermeiro da equipa de Ortopedia para o serviço domiciliário, no horário das 8 às 16 horas, de segunda-feira a sexta-feira, e ocasionalmente aos fins-de-semana e feriados. O agendamento das visitas é feito tendo em conta o número de utentes a visitar e a área geográfica, com a finalidade da optimização dos percursos. O transporte até à casa dos utentes faz-se com um veículo do CHCB, conduzido pelo enfermeiro. Ocasionalmente poderá ser acompanhado por um assistente operacional ou assistente social, quando a situação assim o exige. A inclusão dos utentes deste serviço é realizada pela equipa de enfermagem ou por pedido dos médicos assistentes dos mesmos, durante o internamento.

Os critérios de inclusão de utentes são:

- Internamento no serviço de Ortopedia;
- Residência nos concelhos da Covilhã e Belmonte;
- Impossibilidade de acesso a cuidados de saúde na comunidade;
- Necessidade de cuidados diferenciados e de reabilitação que não poderiam ser prestados de outra forma e iriam prolongar o internamento.
- Utentes em risco, seja este de ordem física, mental ou social, falta de apoio familiar, risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, risco de abandono familiar, risco de infecção cirúrgica.

O processo de planeamento e a realização das visitas decorre de acordo com as cinco fases descritas por Stanhope & Lancaster (1999) no enquadramento teórico. Assim, numa primeira fase, ainda no internamento é apresentado o SDO ao utente/família e demonstrada a disponibilidade da equipa na continuidade dos cuidados. Nesta fase é elaborado um processo individual (informático e em suporte de papel) com a informação clínica, planificação dos cuidados e outras informações relevantes como a morada, consultas médicas, esquema de fisioterapia e o agendamento das visitas. Numa segunda fase, designada de pré-visita, são verificados os processos dos utentes agendados para o dia, em algumas situações as visitas são confirmadas telefonicamente, e é preparado o material necessário. Na fase do domicílio são prestados os cuidados, verifica-se a evolução de cada utente, são esclarecidas dúvidas e realizados ensinamentos. Na fase de término, é feita a recapitulação e o planeamento de futuras visitas. Por fim na fase de pós-visita é realizado o registo das actividades no processo individual e o plano para as visitas seguintes. Este procedimento permite assegurar a continuidade dos cuidados prestados.

Ao longo dos 9 anos de existência do Serviço Domiciliário de Ortopedia, foram realizadas aproximadamente 11000 visitas (valores de Dezembro de 2013).

As actividades desenvolvidas com maior frequência pela equipa sintetizam-se em:

- Vigilância e tratamento das feridas operatórias;
- Treino de marcha com meios auxiliares;
- Treino de utilização de ajudas técnicas;
- Aplicação de imobilizações;
- Mobilização articular (manual/mecânica),
- Ensinos ao utente e família sobre prevenção de quedas e úlceras de pressão, posicionamentos, esquema terapêutico, etc.
- Verificação das condições habitacionais, apoio familiar e rede social.

4.4. Caracterização geral da amostra

Segundo Milone & Angelini (1993), a amostra é um subconjunto, representativo ou não, da população em estudo. Essa representatividade da amostra ocorre quando ela apresenta as mesmas características gerais da população da qual foi extraída. A amostra do estudo em causa corresponde à totalidade da população, os 223 utentes seguidos pelo SDO do CHCB no decorrer do ano de 2013, nos concelhos da Covilhã e Belmonte.

Tendo conhecimento de que a análise descritiva se centra no estudo de características peculiares e não semelhantes das unidades observadas (por exemplo, de pessoas, cidades, famílias), utiliza-se para descrever os dados através de indicadores estatísticos (Pestana & Gageiro, 2003). Neste sentido na caracterização da amostra, utilizamos frequências absolutas e relativas, média, desvio padrão e coeficiente de variação. Para a análise do coeficiente de variação, que permite comparar a percentagem de dispersão de uma variável face à outra, seleccionamos os graus de dispersão apresentados por Pestana & Gageiro (2003): $CV \leq 5\%$ - dispersão fraca; $15\% < CV \leq 30\%$ - dispersão moderada e $CV > 30\%$ - dispersão elevada.

Pela análise da Tabela 3, verificamos que a amostra é constituída por 223 indivíduos, 119 do sexo feminino (53,4 %) e 104 do sexo masculino (46,6 %). Podemos observar que a idade dos utentes oscila entre um mínimo de 12 e um máximo de 99 anos, correspondendo a uma idade média de 67,5 anos, um desvio padrão de 17,5 anos e um coeficiente de variação de 25.9 % que nos indica a existência de uma dispersão moderada em torno da média.

Analisando as estatísticas relativas à idade em função do sexo, verificamos que a média de idades para o sexo feminino (70,8 anos) é superior à do sexo masculino (52,5 anos). Os elementos do sexo masculino apresentam um coeficiente de variação de 75,2 % o que nos

indica a existência de uma dispersão elevada. Já o sexo feminino apresenta valores de coeficiente de variação de 24,6% indicativos de uma dispersão moderada.

Tabela 3 - Estatísticas relativas à idade segundo o género

Categorias	n	%	Min.	Máx.	Média	S	CV%
Feminino	119	53,4	12	99	70,8	17,4	24,6
Masculino	104	46,6	13	92	52,5	39,5	75,2
Total	223	100	12	102	67,5	17,5	25,9

Analisando os resultados em função da distribuição dos elementos da amostra por grupos etários (Tabela 4), constata-se que o grupo etário com maior representatividade é o dos 70-79 anos (27,8%), seguindo-se o grupo com idades compreendidas entre os 60-69 anos com 19,7%. O grupo etário menos representativo (4%) é o que agrupa os sujeitos com idades entre os 10 e 29 anos, embora este por conveniência abranja um intervalo temporal de 20 anos.

Particularizando esta análise em função do sexo, verificamos que, para o sexo feminino, o grupo etário 70-79 anos é aquele que compreende mais elementos (27,7%). No que concerne ao sexo masculino, podemos observar que o grupo etário dos 70-79 é também o mais representativo (27,9%), e que ambos os grupos 50-59 e 60-69 anos apresentam a mesma frequência (19,2%). Os homens que pertencem ao grupo etário dos 90-99 anos são os que possuem menor representatividade (2,9%).

Tabela 4 - Distribuição por grupos etários e segundo o sexo

Sexo	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Grupos Etários						
10-29	5	4,2	4	3,8	9	4,0
30-39	4	3,4	7	6,7	11	4,9
40-49	5	4,2	10	9,6	15	6,7
50-59	8	6,7	20	19,2	28	12,6
60-69	24	20,2	20	19,2	44	19,7
70-79	33	27,7	29	27,9	62	27,8
80-89	28	23,5	11	10,6	39	17,5
90-99	12	10,1	3	2,9	15	6,7
Total	119	100	104	100	223	100

Pela análise detalhada dos dados apresentados na Tabela 5, considerando como meio urbano a Covilhã (39,5%) e pela proximidade o Tortosendo (12,6%), o Canhoso (2,2%) e o Teixoso (8,0%), podemos observar que 62,3% dos utentes residem neste meio. Complementarmente, considerando as restantes localidades como pertencentes ao meio rural, 37,7% dos utentes residem nestas localidades. Constata-se ainda, não existirem diferenças significativas entre os locais de residência e o género. Dada a atomização geográfica, optou-se na tabela pela especificação dos locais de residência de pelo menos 5 utentes, sendo englobadas em Outras, as restantes freguesias dos concelhos da Covilhã e Belmonte.

Tabela 5 - Distribuição por localidade e segundo o sexo

Sexo	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Localidade						
Covilhã	47	39,5	41	39,4	88	39,5
Tortosendo	15	12,6	13	12,5	28	12,6
Teixoso	9	7,3	9	8,6	18	8,0
Unhais da Serra	5	4,2	2	1,9	7	3,1
Cortes do Meio	2	1,7	5	4,8	7	3,1
Caria	1	0,8	5	4,8	6	2,7
Canhoso	5	4,2	0	0,0	5	2,2
Ferro	3	2,5	2	1,9	5	2,2
Paul	4	3,4	1	1,0	5	2,2
Orjais	2	1,7	3	2,9	5	2,2
Outras	26	21,8	23	22,1	49	22,2
Total	119	100	104	100	223	100

Relativamente à caracterização clínica da amostra, verificamos a existência de um vasto leque de patologias pelo que houve a necessidade de as agrupar genericamente. Assim constatamos que as fracturas do fémur representam 32,5% dos casos, as patologias osteoarticulares do joelho (17,1%) e anca (16,7%), as fracturas do úmero (6,3%) e do rádio (4%). Relativamente à análise por género, verificamos que no sexo feminino as fracturas do fémur e a coxartrose são as mais representativas, respectivamente 44,9% e 14,4%. Já no sexo masculino as patologias mais representativas são as osteoarticulares, 21,9% do joelho e 19% no caso da anca.

Tabela 6 - Distribuição da amostra por diagnóstico e segundo o sexo

Sexo	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Diagnóstico						
Fractura do fémur	53	44,9	19	18,1	72	32,5
Gonartrose	15	12,7	23	21,9	38	17,1
Coxartrose	17	14,4	20	19,0	37	16,7
Lesão meniscal do joelho	7	5,9	8	7,6	15	6,8
Fractura do úmero	5	4,2	9	8,6	14	6,3
Fractura tibia e perónio	8	6,8	5	4,8	13	5,9
Fractura do rádio	3	2,5	6	5,7	9	4,0
Outras	11	8,5	14	14,3	25	11,2
Total	119	100	104	100	223	100

No que respeita aos dias que os utentes permaneceram internados no hospital, pela tabela seguinte constata-se que o grupo com maior representatividade é o dos 1-5 dias de internamento (44,4%), seguindo-se do grupo 6-10 dias com 36,3 %. Apenas 19,3% dos indivíduos estiveram internados mais de 15 dias. Concluímos também que o tempo médio de internamento foi de 7,6 dias. Particularizando esta análise em função do sexo, verificamos

que 10,6% dos homens estiveram internados mais de 10 dias, ao contrário das mulheres com uma representatividade de 6,6%.

Tabela 7 - Distribuição da amostra por dias de internamento e segundo o sexo

Sexo	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Dias de internamento						
1-5	48	40,3	51	49,0	99	44,4
6-10	47	39,5	34	32,7	81	36,3
11-15	16	13,4	8	7,7	24	10,8
16-20	3	2,5	5	4,8	8	3,6
21-25	3	2,5	3	2,9	6	2,7
26-30	1	0,8	2	1,9	3	1,3
>31	1	0,8	1	1,0	2	0,9
Total	119	100	104	100	223	100

5. Apresentação, Análise e Discussão dos Resultados

5.1. Análise da actividade do SDO em 2013

O ano de 2013 foi particularmente exigente na procura da sustentabilidade económico-financeira do Serviço Nacional de Saúde (SNS), com uma diminuição de financiamento para as Entidades Públicas Empresariais do Ministério da Saúde de 2,8% face ao ano de 2012, circunstância que se reflectiu na subsequente afectação de recursos às instituições do SNS (ACSS, 212). O ano fica ainda marcado pela entrada em vigor do Contrato-Programa 2013-2015, apresentando uma evolução face ao anterior que vigorava desde 2007. Este contrato é marcado pelo reforço do peso das medidas de qualidade e acesso, evolução das modalidades de pagamento em função do cidadão e responsabilização das entidades hospitalares pelos encargos gerados.

Na esteira do ocorrido em 2012, o processo de contratualização para 2013 reflecte a reestruturação da oferta hospitalar e a adopção de medidas centralizadas de redução/contenção da despesa. Neste enquadramento, a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), emitiu um conjunto de orientações à elaboração do plano de desempenho de cada instituição das quais destacamos:

- *Devem ser privilegiados os cuidados prestados em ambulatório (médicos e cirúrgicos), incentivando a transferência de cuidados de internamento para o ambulatório;*
- *O cumprimento do previsto no número anterior deve dar lugar a uma **diminuição efectiva do número de camas e à melhoria da eficiência nas demoras médias dos serviços em função da produção e casuística de internamento da instituição, atendendo às melhores práticas de gestão clínica.***

O processo de contratualização definido como o relacionamento estabelecido entre financiadores, compradores e prestadores dos cuidados de saúde, no qual se explicitam os resultados de saúde que se desejam para os níveis de financiamento que se disponibilizam, pressupõe a autonomia e responsabilidade de todos os interlocutores (ACSS, 2102). Para o efeito, conta com a participação dos diferentes intervenientes, Administração Central do Sistema de Saúde, Administrações Regionais de Saúde e Entidades Prestadoras (Hospitais, Centros Hospitalares, Unidades Locais de Saúde).

Neste sentido para o ano de 2013, o CHCB contratualizou com a ARS centro a realização de 1100 visitas pelo SDO. Este valor foi definido tendo por base o histórico dos anos anteriores, principalmente o ano de 2012, e ainda o alinhamento estratégico, face às orientações da ACSS atrás descritas.

A tabela seguinte resume a actividade, no que se refere ao número de visitas entre 2004-2012, sendo importante referir que no período de Novembro de 2011 a Março de 2012 o serviço se encontrou inactivo por insuficiência de recursos humanos.

Tabela 8 - Número de visitas domiciliárias no período 2004-2012

Ano	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Número de visitas	356	1694	1439	1412	1125	966	950	783	921

Fonte: Gabinete de Estudos, Planeamento e Informação do CHCB, (2013)

Recorrendo a dados fornecido pelo GEPI do CHCB, o serviço de internamento de Ortopedia assistiu um total de 866 utentes, dos quais 223 foram posteriormente acompanhados no domicílio, o que representa 25,8% do total.

No que concerne à demora média os 8,5 dias comparam com 7,6 dias, o que mostra uma diminuição de 0,9 dia/utente seguido em SDO. O cálculo para os 223 utentes, demonstra uma diminuição de 200,7 dias de internamento. A tabela 9 mostra ainda que no serviço permaneceram em média 20,1 utentes internados por dia, ou seja uma taxa de ocupação de 77,5%.

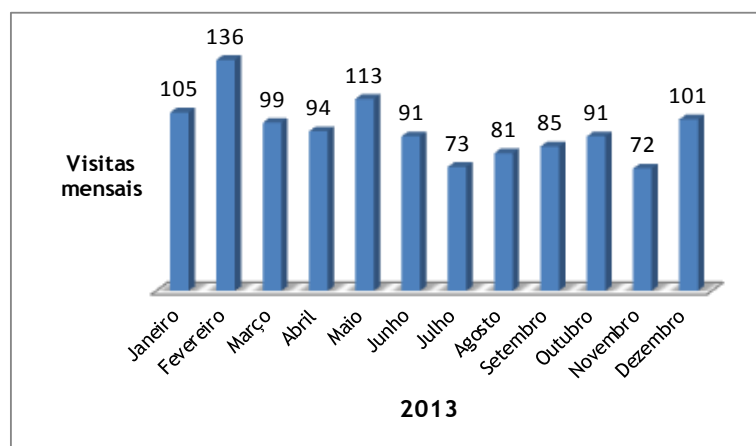
Tabela 9 - Dados relativos ao serviço de internamento de Ortopedia, 2013

	2013
Lotação	26
Doentes saídos:	
- Altas do serviço	844
- Transferências internas	22
Total	866
Nº de doentes saídos/dia	2,4
Demora média	8,5
Taxa de ocupação	77,5%
Existência média diária	20,1

Fonte: Gabinete de Estudos, Planeamento e Informação do CHCB, (2013)

Face ao objectivo delineado, dados fornecidos pelo Gabinete de Acompanhamento Estratégico do CHCB mostram que durante o ano de 2013 o SDO realizou 1141 visitas, ou seja mais 41 visitas que o previsto, ou um acréscimo de 3,7% em termos relativos. O Gráfico 1 mostra o desempenho da actividade mensal.

Gráfico 1 - Evolução mensal das visitas do SDO



Fonte: Gabinete de Acompanhamento Estratégico, do CHCB (2013)

Importa referir que no ano em análise, o acompanhamento dos utentes pelo SDO ocorreu em 238 dias. Esta situação é justificada, pelo agendamento das visitas se fazer mediante critérios clínicos, número de utentes/dia e área geográfica a percorrer, pelo que nem todos os dias houve necessidade de realizar visitas. A média de visitas realizadas traduziu-se em 4,8 utentes/dia, o que vai de encontro ao tempo preconizado pelo SDO para este tipo de cuidados que é de 1h e 15 min por utente, que incluem o tempo de deslocação, o tratamento e o registo dos cuidados prestados (5h 75min). O tempo remanescente inclui o horário de refeição do profissional, preparação do material e organização processual (2h 15min).

5.1.1 Análise financeira

Definida no enquadramento teórico, como a comparação dos recursos consumidos num programa (custos) com os ganhos em saúde criados pelo mesmo (benefícios), a avaliação económica em saúde é muito mais que a análise dos gastos e proveitos financeiros. Contudo neste ponto será feita a análise nesta perspectiva, recorrendo a dados disponibilizados pelo Serviço Financeiro do CHCB, dados estes oriundos da contabilidade analítica. Após a verificação dos mesmos foram pedidos esclarecimentos adicionais ao responsável do serviço, no sentido da sua clarificação e compreensão. Desta verificação concluiu-se que alguns valores se encontravam desajustados, pelo que houve a necessidade de elaborar estimativas para uma mais fiel percepção dos custos do ano em estudo.

A tabela seguinte faz a síntese destes valores e das correcções operadas:

Tabela 10 - Custos com o SDO em 2013

	Dados Fornecidos	Dados Estimados
CUSTOS TOTAIS	35.113,40 €	26.259,36 €
CUSTO DAS MATÉRIAS CONSUMIDAS	3.569,00 €	5.674,40 €
Medicamentos	2.665,50 €	2.665,50 €
Material De Consumo Clínico	903,10 €	903,10 €
Combustível		2.105,80 €
CUSTOS COM PESSOAL	31.544,40 €	20.584,96 €
• Remuneração Base	20.508,10 €	13.388,69 €
Pessoal De Enfermagem	20.461,30 €	13.341,89 €
Pessoal Assistente Operacional	46,80 €	46,80 €
• Outros Custos Com Pessoal	11.036,30 €	7.196,27 €
Encargos Sobre Remunerações	5.769,50 €	3.762,03 €
Subsídio De Férias E Natal	3.717,70 €	2.424,14 €
Subsídio De Refeição	1.480,60 €	965,43 €
Outros Custos Com Pessoal	68,50 €	44,67 €

Nos Custos Totais, encontram-se contabilizados os recursos materiais (medicação, material de consumo clínico e combustível) e os custos com pessoal (remunerações; descontos para a Segurança Social e Caixa Geral de Aposentações; subsídios de férias, natal e refeição). O valor da despesa com combustível, não se encontrava disponível nos dados fornecidos, pelo que houve a necessidade de ser estimado. Tendo em consideração que viatura usada nas deslocações não se encontra exclusivamente adstrita ao SDO, a contabilização precisa deste valor é muito difícil de realizar. Deste modo, estimou-se que os enfermeiros percorreram 80 Km por dia, pelo que o valor anual foi de 19 040 Km. Segundo a Pordata (2013), o valor médio da gasolina 95 no ano em estudo foi de *1,58 euros*, para um consumo dito normal, o valor apurado foi de *2.105,80 euros*.

No que diz respeito aos custos com pessoal, segundo as informações do Serviço Financeiro, estes são valores médios, pois os enfermeiros do SDO têm remunerações diferentes, pelos diferentes vínculos à instituição e posicionamento na carreira profissional. Os dados fornecidos reflectiam ainda o valor/ano para um profissional em exclusividade no SDO, todavia esta realidade não se verificou, pois em 2013, dos 365 dias, as visitas decorreram em 238, pelo que os valores foram ajustados por um rácio de 0,6521 (238/365 dias). Este cálculo permite uma avaliação mais ajustada destes custos.

Após as considerações anteriores, chegamos a um Custo Total anual estimado de **26.259,36 euros**, o que se traduz num Custo Unitário estimado de **23,01 euros** por utente visitado.

Relativamente aos proveitos do SDO, para o ano de 2013 a ACSS definiu um preço a pagar às Entidades Prestadoras de *34,48 euros* por visita domiciliária. Este valor compara com o valor pago em 2012 de *36,38 euros* e o valor para 2014 de *33,10 euros*, o que mostra uma diminuição progressiva, que vai de encontro à política geral de redução de despesa no MS.

Tabela 11 - Proveitos do SDO em 2013

PROVEITOS TOTAIS	39.341,7 €
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS	39.341,7 €
Serviços Domiciliário	39.341,7 €
Outras Prestações De Serviços	0,0 €
OUTROS PROVEITOS	0,0 €
Outros Proveitos	0,0 €

Os Proveitos Totais das 1141 visitas cifraram-se em *39.341,7 euros*, o que resultou num saldo positivo directo de *13.082,34 euros*.

Contudo, a redução dos custos de internamento produzidos pela diminuição da demora média destes utentes, onde se encontram, por exemplo, custos com hotelaria (tratamento de roupa e alimentação), representa também economias importantes. Tendo em consideração o valor desta diminuição em 0,9 dias, face à demora média do Serviço de Ortopedia (8,5 dias), os 223 utentes seguidos em SDO, significaram uma redução de 200,7 dias de internamento hospitalar. Assumindo apenas a poupança com o regime hoteleiro a valores de 2012, que se cifraram nos *32,63 euros* por utente/dia, esta diminuição significou uma poupança de *6.548,84 euros*.

Em termos gerais, verifica-se que a actividade é lucrativa para a instituição, quer do ponto de vista operacional, quer do ponto de vista das poupanças geradas pela diminuição da demora média, tomando apenas em linha de conta o regime hoteleiro.

5.1.2 Satisfação dos utentes

Segundo a literatura, para se assegurarem os padrões de qualidade dos serviços prestados aos utentes, é necessário melhorar continuamente os processos e os produtos da organização, visando uma filosofia de enfoque nos utilizadores do serviço. Do mesmo modo a auscultação efectuada aos utentes quanto à opinião que possuem dos serviços que lhe são prestados, é uma forma que a organização tem de reajustar as suas políticas institucionais às necessidades da população.

Com o intuito de avaliar o grau de satisfação dos utentes com os cuidados prestados pelo SDO, o Gabinete do Cidadão do CHCB, levou a cabo um estudo durante o mês de Outubro de 2013,

cujos principais resultados são aqui apresentados. Foram inquiridos telefonicamente 85 utentes, dos 126 que haviam beneficiado de apoio domiciliário durante o primeiro semestre do ano. Esta amostra equivale a 67% do universo estudado, salientando-se que os restantes não responderam devido ao não atendimento das chamadas efectuadas pelo CHCB. Ressalve-se ainda a idoneidade do estudo, uma vez que as questões colocadas foram aplicadas por um colaborador externo ao serviço avaliado. (Anexo II)

Às questões apresentadas, que se encontram na seguinte tabela, os utentes responderam com “ *muito bom*”, “*bom*”, “*razoável*” e “*mau*”, os índices de satisfação apresentados foram calculados recorrendo ao cálculo das médias ponderadas.

Tabela 12 - Índices de satisfação dos cuidados prestados

INDICADORES DE AVALIAÇÃO	ÍNDICE SATISFAÇÃO
Cuidados prestados pelos enfermeiros	100%
Cordialidade e Simpatia	100%
Explicações sobre os tratamentos	100%
Orientações e ensinamentos	99%
Tempo dedicado no tratamento	100%
Horários praticados pelo serviço domiciliário	100%
Os cuidados no domicílio facilitam o utente	99%
ÍNDICE DE SATISFAÇÃO GLOBAL	100%

Fonte: Gabinete do cidadão do CHCB (2013)

Os utentes responderam ainda a um conjunto de quatro questões, com o objectivo de perceber quais as razões que os levaram a optar pelo apoio domiciliário após o internamento, que se encontram sintetizadas no gráfico seguinte.

Gráfico 2 - Motivos que levaram à escolha pelo SDO



Fonte: Gabinete do cidadão do CHCB, (2013)

Não ter necessidade de incomodar os familiares (96%), não ter custos com transportes (96%) ou ainda não ter de se deslocar (96%) pesou bastante na decisão tomada. Contudo, o conhecimento por parte da equipa da situação clínica (99%), merece maior importância na escolha dos utentes.

Em suma, a análise efectuada aos dados recolhidos da opinião expressa pelos sujeitos no período em análise, mostram que o índice de satisfação foi bastante elevado. O estudo conclui que a maioria dos inquiridos consideram muito vantajoso a existência do SDO, tanto na questão organizacional (social, económica) e relacional, como na questão da confiança e segurança na prestação de cuidados e factores para a sua vida e de familiares.

5.2. Discussão dos resultados

Após a análise dos dados obtidos, reflectiremos neste ponto, sobre as características da amostra, e seguidamente sobre a análise financeira e satisfação dos utentes com o SDO.

A nossa amostra é constituída por 223 indivíduos: 119 sexo feminino 104 sexo masculino, com uma média de idades de 67,5 anos, oscilando entre um mínimo de 12 e um máximo de 92 anos. O grupo etário com maior representatividade é o dos 70-79 anos. No intuito de contextualizar a nível nacional a representatividade da nossa amostra, constatamos que segundo os Censos de 2011, a população residente em Portugal corresponde a 10.555.853 pessoas, sendo 47,86% do sexo masculino, e 52,14% do sexo feminino. A relação de mulheres para homens é de 107 para 100 respectivamente. A proporção de pessoas idosas (65 ou mais anos) na população total aumentou, representando em 2011, 19% (Pordata, 2013). Os resultados dos Censos 2011 confirmam também estes valores. Com base nestas informações podemos concluir que a nossa amostra, parece ser representativa da população portuguesa em geral. Relativamente à proveniência dos elementos da amostra, os resultados mostram o meio urbano com (62,3%) e o rural (37,7%). Importa referenciar alguns dados nacionais, que caracterizam a população portuguesa face à sua zona e local de residência. No que se refere ao local de residência, em 2011, 65,5% da população vivia em áreas urbanas (WHO, 2012). Segundo a mesma instituição em 2015, 69,2% da população portuguesa viverá nas duas principais áreas metropolitanas. Neste sentido, verificamos a tendência para a desertificação das zonas rurais, o que é congruente com a amostra.

No nosso estudo, o tempo médio de internamento foi de 7,6 dias nos utentes seguidos em SDO face à média geral do serviço de 8,5 dias. Constatou-se que a maioria dos doentes permaneceu internada de 1 a 5 dias, e pequena parcela da amostra esteve internada mais de 15 dias. Dados estes que vêm de encontro aos apresentados pelo Alto Comissariado da Saúde (2013), onde a demora média em internamento hospitalar em Portugal, no ano de 2012, foi 8,4 dias.

No que diz respeito aos diagnósticos clínicos de admissão, verificamos a existência de um vasto leque de patologias, constatando-se que as fracturas do fémur representam 32,5% dos casos, as patologias osteoarticulares do joelho (17,1%) e anca (16,7%), as fracturas dos membros superiores com 6,3% no caso do úmero e 4% no rádio. Na análise por género, verificamos que no sexo feminino as fracturas do fémur e a coxartrose são as mais representativas, respectivamente 44,9% e 14,4%. Já no sexo masculino as patologias mais representativas são as osteoarticulares, 21,9% do joelho e 19% no caso da anca.

Relativamente a análise dos dados financeiros obtidos, chegamos a um Custo Total anual de 26.259,36 euros, o que se traduz num Custo Unitário estimado de 23,01 euros por utente visitado. No que diz respeito aos proveitos, para o ano de 2013 a ACSS definiu um preço a pagar às Entidades Prestadoras de 34,48 euros por visita domiciliária. Este valor compara com o valor pago em 2012 de 36,38 euros e o valor para 2014 de 33,10 euros, o que mostra uma diminuição progressiva, que vai de encontro à política geral de redução de despesa no Ministério da Saúde. Os Proveitos Totais das 1141 visitas cifraram-se em 39.341,7 euros, o que resultou num saldo positivo directo da actividade de 13.082,34 euros. Contudo, a redução dos custos de internamento produzidos pela diminuição da demora média destes utentes, onde se encontram por exemplo custos com hotelaria (tratamento de roupa e alimentação) representa também economias importantes. Tendo em consideração o valor desta diminuição em 0,9 dias, face à demora média do Serviço de Ortopedia (8,5 dias), os 223 utentes seguidos em SDO, significaram uma redução de 200,7 dias de internamento hospitalar. Assumindo apenas a poupança com o regime hoteleiro a valores de 2012, que se cifraram nos 32, 63 euros por utente/dia, esta diminuição significou uma poupança de 6.548,84 euros.

Tendo por premissa a definição de Santana (2007) que a satisfação é uma reacção emocional e uma avaliação cognitiva das estruturas (características do prestador de cuidados, os seus recursos e as condições físicas e organizacionais), do processo e dos resultados dos cuidados prestados pelo serviço, nos domínios técnicos, relacional e de conforto. Apresentamos os resultados de um estudo realizado pelo Gabinete do Cidadão do CHCB, sobre o grau de satisfação dos utentes do SDO com os cuidados prestados. Este estudo foi levado a cabo durante o mês de Outubro de 2013, inquirindo telefonicamente 85 utentes, dos 126 que haviam beneficiado de apoio domiciliário durante o primeiro semestre do ano. As questões apresentadas incidiram sobre os cuidados prestados pelos enfermeiros, cordialidade e simpatia, explicações sobre tratamentos, orientações e ensinamentos e o tempo dedicado no tratamento. A estas questões os utentes reponderaram com “*muito bom*”, “*bom*”, “*razoável*” e “*mau*”. Os índices de satisfação apresentados foram calculados recorrendo ao cálculo das médias ponderadas, e os resultados demonstraram altos níveis de satisfação global.

O estudo conclui ainda que a maioria dos inquiridos consideraram muito vantajoso a existência do SDO, tanto na questão organizacional (social, económica) e relacional, como na questão da confiança e segurança na prestação de cuidados e factores para a sua vida e de familiares.

6. Conclusão

Com o término deste trabalho, a reflexão é um momento importante, de forma a reconhecer o que realmente foi realizado, tendo em conta o que foi anteriormente programado. Neste ponto procede-se à síntese dos resultados face aos objectivos e questões de investigação. Realiza-se ainda uma análise às limitações do estudo, quer no âmbito metodológico quer no alcance dos resultados obtidos e das suas implicações para investigações futuras.

6.1. Síntese dos Resultados

Atendendo aos resultados deste estudo pode concluir-se que:

- O SDO deu reposta a 223 utentes dos concelhos da Covilhã e Belmonte ao longo do ano de 2013, após a alta hospitalar. O que corresponde a 25,8% dos 886 utentes internados no serviço de Ortopedia;
- Os utentes seguidos têm uma média de idade de 67,5 anos, com um desvio padrão de 17,5 anos, o que mostra uma população tendencialmente envelhecida;
- As fracturas do fémur representaram 32,5% dos casos acompanhados, as patologias osteoarticulares do joelho (17,1%) e anca (16,7%). Destacando-se a alta incidência (44,9%) das fracturas do fémur no sexo feminino;
- O SDO realizou 1141 visitas em 2013, ultrapassando os objectivos propostos que previam a realização de 1100 visitas;
- Os utentes do SDO apresentaram uma demora média inferior em 0,9 dias que os restantes utentes que não foram acompanhados, o que significou no computo geral uma diminuição de 200,7 dias de internamento;
- Em termos gerais, verificou-se que a actividade é lucrativa do ponto de vista financeiro para a instituição, quer do ponto de vista operacional, quer do ponto de vista das poupanças geradas pela diminuição da demora média, tomando apenas em linha de conta o regime hoteleiro;
- Em termos de satisfação, os utentes mostraram-se globalmente satisfeitos com os cuidados prestados e consideraram muito vantajoso a existência do SDO, tanto na questão organizacional (social, económica) e relacional, como na questão da confiança e segurança na prestação de cuidados para a sua vida e de familiares.

6.2. Considerações finais

Como em qualquer trabalho, o fim deveria marcar um novo “iniciar”. Esta afirmação encontra substrato no desejo de colmatar as limitações verificadas, ainda que estas subsistam sempre. Uma das principais limitações associadas ao estudo prendeu-se com o facto de incidir sobre um serviço no qual exerceu funções como enfermeiro, o que à partida não garantiria total imparcialidade, no meu ponto de vista, na aplicação de um questionário para avaliar a satisfação dos utentes, inicialmente previsto. Pelo que, o recurso ao estudo realizado por um organismo da instituição permitiu colmatar esta circunstância pessoal. Outra limitação esteve relacionada com a utilização de dados secundários na avaliação financeira, uma vez que estes se revelaram escassos. Por outro lado a contabilização dos custos de um serviço de saúde, quando este se encontra inserido numa organização de elevada complexidade acaba por ser um exercício sempre incompleto, pelas dificuldades em reflectir todos os custos e todos os proveitos, muitos deles potenciais.

Pelo que, futuras investigações poderão analisar melhor a diminuição da demora média relacionada com a assistência domiciliária, os custos inerentes com a minimização dos riscos de infecção hospitalar e as questões relacionadas com a qualidade de vida dos utentes seguidos no domicílio.

Relativamente aos objectivos propostos, considero que de facto, foram atingidos, sendo também dada resposta às questões levantadas. Penso ficar ainda demonstrado, que sempre que o utente reúna condições para deixar o internamento, os cuidados domiciliários são a resposta mais conveniente.

Sendo pioneiro no CHCB, o SDO é neste momento visto como exemplo a seguir por outros serviços da instituição, pelo que especialidades como a Medicina Interna se encontram já com uma valência domiciliária e o serviço de Cirurgia têm também um projecto para avançar neste sentido, acrescentando assim valor a vários níveis para a instituição e comunidade.

Em suma, demonstrou-se a importância da realização de avaliações económicas em serviços de saúde, para perspectivar e fomentar a implementação de estratégias inovadoras na prestação dos cuidados. Não posso deixar de referir o quão enriquecedor foi esta investigação, contribuindo para a minha evolução pessoal e principalmente profissional, permitindo-me interiorizar informações pertinentes, contextualizá-las em gestão e perceber o seu impacto no sector da saúde.

Termino com uma afirmação de Barros (2007, p.25), *“a Saúde tem características diferentes, mas não é tão diferente de tudo o resto como às vezes se procura pensar, e considero que o comportamento económico na saúde pode, e deve, ser analisado”*

Referências bibliográficas

ADMINISTRAÇÃO CENTRAL SERVIÇO SAÚDE (2012). *Contrato programa 2013 - Metodologia para definição de preços e fixação de objectivos*. Disponível em URL: http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Metodologia_HH_ULS_2013.pdf

ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE (2013). *Indicadores e metas do SNS*. [Consult. Fevereiro. 2014] Disponível em URL: <http://www.acs.min-saude.pt/pns/sistema-desauade/demora-media-em-internamento-hospitalar/>

AMARAL, N.; CUNHA, M.; OLIVEIRA, A.; GABBAY, A. (2001). *Assistência Domiciliar à Saúde: sua História e sua Relevância para o Sistema de Saúde Actual*. «Revista Neurociências», São Paulo, 9(3): 111-117.

ANDERSON, R.; BREUNINGER, C.; HAROLD, C.; POOLE, L. (2001). *Pocket Guide to Home Care Standards: Complete Guidelines for Clinical Practice, Documentation, and Reimbursement*. New York, Springhouse Home Care.

AUGUSTO, B. (2002). *Cuidados Continuados: Família, Centro de Saúde e Hospital como parceiros do Cuidar*. Coimbra, Formasau.

BARAÑANO, A. M. (2008). *Métodos e técnicas de investigação em Gestão: Manual de apoio à realização de trabalhos de investigação*. Lisboa, Edições Silabo.

BARROS, P.P. (2007). *A eficiência em Medicina Interna*. «Medicina Interna Hoje», Lisboa, 4: p. 18-25

CAMPOS, A. C. (1986). *Avaliação Económica de Programas de Saúde*. «Cadernos de Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública», Lisboa, 10, p.13-35

CHIAB, T. (2001). *Assistência ao idoso terminal: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo. Atheneu

COLLIÉRE, M. F. (1989). *Promover a Vida: Da Prática das Mulheres de Virtude aos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa, Indústrias Gráficas

DELOITTE (2011). *Saúde em análise: Uma visão para o futuro*. Deloitte. Disponível em URL: [www.deloitte.com/.../pt\(pt\)_lshc_saudeemanalise_04022011.pdf](http://www.deloitte.com/.../pt(pt)_lshc_saudeemanalise_04022011.pdf)

DGS. (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Direcção Geral da Saúde. Ministério da Saúde. Lisboa. [Consult. Outubro de 2013]. Disponível em URL: <http://pns.dgs.pt/pns-2012-2016/>

DRUMMOND, M., O'BRIEN, B., STODDART, G. e TORRANCE, G. (1997). *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*, Oxford Medical Publications, Oxford University Press, 2ªed.

DRUMMOND, M; MCGUIRE, A. (2001). *Economic evaluation in health care: merging theory with practice*.Oxford University Press.

DUARTE, S. (2010).*Continuidade em Cuidados Domiciliários: O papel do enfermeiro*. Tese de Doutoramento em Enfermagem, Universidade de Lisboa

FÉLIX, J.; INES, M.; ACOSTA, C. (2005). *Análise probabilística de custo-efectividade: utilização do eletriptano no tratamento das crises de enxaqueca em Portugal*. «Acta Médica Portuguesa», Lisboa,18 (1), p. 77-87.

FERREIRA, L.N. (2000). *Análise económica de um programa de promoção do acesso de doentes com cataratas*. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde da Faculdade de Economia Universidade de Coimbra.

FERREIRA, L.N. (2002). *Utilidades, QALYs e medição da Qualidade de Vida*. «Associação Portuguesa de Economia da Saúde», DOCUMENTO DE TRABALHO nº 1/2002.

FERREIRA, L.N. (2005). *Avaliação Económica no Sector da Saúde*. «Dos Algarves. Revista da ESGHT, Universidade do Algarve»,Faro,13: p.43-49.

FREITAS, M. (2005). *Avaliação económica em saúde*. Disponível em URL: http://www.saudepublica.web.pt/01Administracao/011Economia/EconomiaSaude_MarioFreitas.htm

FRIEDMAN, Y. (2006). *Mapping the literature of home health nursing*. «Journal Medical Association», 94(2): p. 49-55

GARCIA, E. (1997). *Visita Domiciliária. Tratar ou Cuidar*. «Servir», Lisboa, 45: p. 26-28

GEPI (2013). *Avaliação do Grau de Satisfação dos Utentes com o Serviço Domiciliário de Ortopedia*, CHCB

GIRALDES, M. R. (1997). *Economia da saúde: Da teoria à prática*. Lisboa: Editorial Estampa.

GUERREIRO, I. (2006). *Cuidados Continuados e Paliativos Desafios*. «Gestão & Saúde». Lisboa, 74: p.21-26

GONÇALVES, M. S. (2000). *A Avaliação Económica de Projectos e Programas de Saúde. A Análise Custo Benefício e a Sua Aplicação a Investimentos Hospitalares*. Tese para Doutoramento em Medicina, ICBAS, Universidade do Porto

- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - Censos 2011. [Consult. 15 Fev. 2014]. Disponível em URL: www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_main
- LOPES, M.J. (2005). *Os utentes e os enfermeiros: construção de uma relação*. Tese para Doutoramento em Gerontologia. ICBAS, Universidade do Porto
- LOURENÇO, O.; SILVA, V. (2008). *Avaliação económica de programas de saúde: essencial sobre conceitos, metodologia, dificuldades e oportunidades*. «Revista Portuguesa de Clinica Geral», Lisboa, 24: p.729-752.
- MARTINS, M. (2009). *Cuidados domiciliários em Pediatria*. «Sinais Vitais», Lisboa, 100: p.29-33.
- MILONE, G.; ANGELINI, F. (1993). *Estatística Geral*. São Paulo, Atlas.
- MOREIRA, I.M. (2001). *O doente terminal em contexto familiar*. Coimbra, Formasau.
- MUENNING, P.; KHAN, K.(2002). *Designing and conducting cost-effectiveness analyses*. «Medicine and health care» (1.ª ed.). San Francisco: Jossey-Bass.
- OLIVEIRA, L. (2007). *Contextos do Serviço de Apoio Domiciliário: A dinâmica entre necessidade e serviços*. Dissertação de Mestrado em Geriatria e Gerontologia, Universidade de Aveiro.
- PEREIRA, E. (2009). *Avaliação económica das tecnologias da saúde* «Salutis Scientia, Revista de Ciências da Saúde da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa», Lisboa, Vol. 1: p.32-40.
- PESTANA, M.; GAGEIRO, J. (2003). *Análise de dados para ciências sociais: a Complementaridade do Spss*. Lisboa, Edições Silabo.
- PORDATA (2013). *Base de dados de Portugal Contemporâneo* Fundação Francisco Manuel dos Santos. [Consult. Março de 2014] Disponível em URL:[http:// www.pordata.pt/](http://www.pordata.pt/)
- RESENDE, M. A. (2006). *Cuidados Domiciliários: Uma modalidade de intervenção*. «Nursing», Lisboa, 216: p. 7-10.
- RICE, R. (2004). *Prática de Enfermagem nos cuidados domiciliários: conceitos e aplicação*. Lisboa, Lusociência.
- SANTOS, J. M. (2002). *Parceria nos Cuidados: uma metodologia de trabalho centrada no doente*. Porto, Universidade Fernando Pessoa.
- STANHOPE, M.; LANCASTER, J. (1999). *Enfermagem Comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*. 1ª ed. Lisboa, Lusociência.

SAMUELSON, P.A.; NORDHAUS, W.D. (1999). *Economia*. Tradução de Elsa Fontainha. Instituto Superior de Economia e Gestão. 16ªedi., Lisboa, McGraw-Hill.

SANTANA, S. (2007). *Motivação profissional, qualidade de cuidados percebidos e satisfação dos utentes*. «Sinais Vitais»,15: p. 24-37.

SZETO, K; DEVLIN,N. (1996). *The cost-effectiveness of Mammography Sreening: Evidence from Microsimulation Model New Zealand*. «Health Policy», 38: p.101-115.

TORRA, J.E. (1990). *Atención Domiciliaria y Atención Primaria de Salud*. «Revista de Enfermeria Rol»,125: p.37-43.

TORRANCE, G. W. (1986). *Measurement of Health State Utilities for Economic Appraisal*. «Journal of Health Economics», 5: p. 1-30.

VANNI,T.; MENDES, P.;RIBEIRO, R.; NOVAES, H. (2009). *Avaliação económica em saúde: aplicações em doenças infecciosas*. «Caderno de Saúde Pública», Rio de Janeiro, 25(12): p. 2543-2552.

WHO (2004). *Comprehensive Community and Home-based Health Care Model*. [Consult. Agosto de 2013]. Disponível em URL: http://www.searo.who.int/LinkFiles/Publications_Healthcaremodel.pdf

WHO (2008). *Home Care in Europe*. [Consult. Agosto de 2013] Disponível em URL: <http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/200811032>

WHO (2012). *World Health Statistics 2012* [Consult. Março de 2014] Disponível em URL: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2012_Full.pdf

YIN, R.K. (2003). *Case study research: Design and Methods*. 3ªedi.,London, ediNewbury Park:SAGE Publications.

ANEXOS

Anexo I - Autorização do CHCB para a realização do estudo

Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.
A/C Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de Administração
Quinta do Alvito
6200 – 251 Covilhã

Covilhã, 8 de Outubro de 2013

Título do Estudo: Análise Económica e Financeira de uma Unidade de Saúde

Assunto: Pedido a realização de Estudo

Exmo. Senhor, Presidente do Conselho de Administração do CHCB

Vimos por este meio requerer a V. Exa. autorização para a realização do estudo referido em epígrafe.

No sentido de facilitar a avaliação por V. Exas., abaixo apresentamos um resumo dos aspetos mais relevantes:

Nome do Investigador	Lúis Norberto Rocha da Cruz
Instituição de Origem	Universidade da Beira Interior
Serviços do CHCB que participam no estudo	Serviço Domiciliário de Ortopedia
Objetivos	Caracterizar a Unidade de Saúde em estudo. Avaliar os seus custos directos, indirectos e intangíveis. Realizar uma análise financeira global.
Metodologia	Estudo de caso
População do Estudo	Utentes do Serviço Domiciliário de Ortopedia
Informação de Segurança	O Investigador notificará espontaneamente todos os acontecimentos adversos
Duração prevista do estudo	6 meses (Setembro de 2013 a Fevereiro de 2014)

O investigador compromete-se a iniciar o estudo apenas após ter obtido todos os pareceres e autorizações necessárias.

Com os melhores cumprimentos,

O investigador

João Roberto Rocha da Luz

Centro Hospitalar Cova da Beira
Presente em reunião do C.A
Em 20/10/02
Despacho
Presidente do C.A. Prof. Doutor Miguel Castelo Branco
Vogal do C.A. Prof.ª Dra. Anabela Almeida
Vogal do C.A. Técnica Superior Orminda Sucena
Directora Clínica Dra. Rosa Maria Ballesteros
Enfermeiro Director Enf. António João Rodrigues

Anexo II - Questionários usados pelo GEPI



Questionário de avaliação da satisfação do utente do Serviço Domiciliário de Ortopedia

Com este questionário pretendemos avaliar o grau de satisfação dos utentes a quem são prestados cuidados pela equipa do Serviço Domiciliário de Ortopedia. É importante a sua opinião, para podermos melhorar e modificar a nossa intervenção nesta área. Assim, solicitamos a sua colaboração e disponibilidade, assegurando a confidencialidade e o anonimato. O mesmo deverá ser remetido ao Gabinete do Utente no envelope em anexo que não necessita de selo.

Para tratamento de dados estatísticos faculte-nos a seguinte identificação:

Sexo: Masculino Feminino Idade: _____

Local de Residência: _____

Data: ____/____/____

1. Assinale (com um X em cada indicador) o seu grau de satisfação/insatisfação em relação ao serviço que lhe foi prestado pelo Serviço Domiciliário de Ortopedia:

	Muito Bom	Bom	Razoável	Mau	Muito Mau
Cuidados prestados pelos enfermeiros					
Cordialidade e simpatia					
Explicações sobre os tratamentos e evolução da sua situação clínica					
Orientações e ensinamentos para ter e fazer no domicílio					
Tempo dedicado pelo enfermeiro no tratamento					
Horários praticados pelo Serviço Domiciliário					

2. Na sua opinião, o que defende:

a) Mais tempo de Internamento Hospitalar? Sim Não

b) Logo que possível estar junto da família com o apoio do pessoal de enfermagem e/ou hospitalar? Sim Não



Centro
Hospitalar
Cova da Beira, E.P.E.

Questionário ao utente – Serviço Domiciliário de Ortopedia

Questões aplicadas via sondagem telefónica

1. Numa escala de 1 a 5 (sendo o 1 equivalente a Muito Bom e o 5 a Muito Mau) como avalia os cuidados que lhe foram prestados no domicílio pelos enfermeiros:

Muito Bom (1)	Bom (2)	Razoável (3)	Mau (4)	Muito Mau (5)

2. Numa escala de 1 a 5 (sendo o 1 equivalente a Muito Bom e o 5 a Muito Mau) como avalia a cordialidade e a simpatia dos enfermeiros que lhe prestaram os cuidados no domicílio:

Muito Bom (1)	Bom (2)	Razoável (3)	Mau (4)	Muito Mau (5)

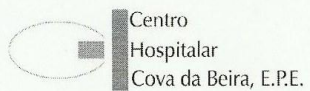
3. Numa escala de 1 a 5 (sendo o 1 equivalente a Muito Bom e o 5 a Muito Mau) como avalia as explicações que lhe foram sendo prestadas pelos enfermeiros, acerca da evolução da sua situação clínica:

Muito Bom (1)	Bom (2)	Razoável (3)	Mau (4)	Muito Mau (5)

4. O que defende:

a) Mais tempo de Internamento Hospitalar.....

b) Logo que possível estar junto da família com o apoio do pessoal de enfermagem e/ou hospitalar.....



Questionário ao utente – Serviço Domiciliário de Ortopedia

5. Concorda com os horários praticados actualmente?

Sim

Não

6. Sugestões:

Identificação:

Sexo: _____

Idade: _____

Residência: _____

Data de aplicação: ____/____/____