

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PPGA – PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO EM SAÚDE

**Programa de atendimento domiciliar para pessoas portadoras
de deficiência física do Município de Canoas/RS**
A proposta do Projeto Cuidar: Saúde em Casa

ELISANDRA DE SOUZA

PORTO ALEGRE

2005

AUTOR: ELISANDRA DE SOUZA

**Programa de atendimento domiciliar para pessoas portadoras de
deficiência física do Município de Canoas/RS**

A proposta do Projeto Cuidar: Saúde em Casa

Monografia apresentada ao Programa de Pós-graduação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito para obtenção do título de especialização em Gestão em Saúde.

Orientador: Ronaldo Bordin

PORTO ALEGRE

2005

Resumo

O projeto trata de uma proposta de atendimento domiciliar para pessoas portadoras de deficiência física do Município de Canoas, realizando um atendimento personalizado para pessoas que estão em seus leitos necessitando de tratamento especializado de reabilitação. A equipe interdisciplinar é formada por médico, fioterapeuta, enfermeira, nutricionista, psicóloga, assistente social, auxiliar de enfermagem e estagiário de fisioterapia. Elaborou-se uma planilha de custos para apurar os gastos com o projeto, conseguimos através dela elaborar diretrizes e planejar o melhor desenvolvimento do projeto, possibilitando um melhor aproveitamento dos recursos utilizados.

Abstract

This work presents a Home Care project for disabled people from Canoas City, state of Rio Grande do Sul, Brazil, offering a customized assistance for people ill in bed, in need of specialized treatment. Interdisciplinary team is composed by a doctor, physiotherapist, nurse, nurse assistant, psychologist, social assistant and physiotherapist trainee. A cost spreadsheet was made in order to evaluate expenses, then it was possible to define procedures and plan the best project, allowing the best use of resources.

SUMÁRIO

1	Introdução.....	6
2	Definição do Problema.....	7
3	Justificativa.....	9
4	Revisão Teórica.....	10
5	Objetivos.....	13
5.1	Objetivo Geral.....	13
5.2	Objetivos Específicos.....	13
6	Métodos.....	14
7	Conceitos Fundamentais.....	15
8	Planilhas de Custos.....	19
9	Conclusão.....	30
	Referências.....	31
	Anexos.....	32
	Anexo A – Registro de atendimento domiciliar.....	33
	Anexo B – Autorização para inclusão de pessoa portadora de deficiência no programa de atendimento domiciliar.....	34

1. INTRODUÇÃO

Ao se analisar as políticas de saúde no País, enxergamos as dificuldades de se fazer cumprir os direitos da população. É imprescindível considerarmos o desafio representado pela implementação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Algumas variáveis estruturais impõem barreiras à consolidação do SUS, como a marcante desigualdade social no País, as características do federalismo brasileiro e a persistência de traços do modelo médico-assistencial privatista sobre o qual o sistema de saúde foi construído. Devido às dificuldades de se realizar políticas voltadas para a saúde da população, fica quase impossível concretizar os preceitos de universalidade, integralidade e equidade amparada pela Constituição Federal.

Este trabalho tem a ambição de auxiliar na organização de atenção a pessoas portadoras de deficiência física no Município de Canoas, beneficiando pessoas com dificuldade em receber atendimento especializado de reabilitação, com intuito de proporcionar melhora na qualidade de vida, através do “Programa de atendimento domiciliar para pessoas portadoras de deficiência física do Município de Canoas/RS - a proposta do Projeto Cuidar: Saúde em Casa”.

O projeto norteia a implantação do atendimento domiciliar em saúde para pessoas portadoras de deficiência física do município de Canoas (RS), oferecendo ao sistema de saúde um serviço especializado e inovador, visando a reabilitação nas esferas secundária e terciária, reduzindo a ocupação de leitos hospitalares e proporcionando a melhoria na qualidade de vida da comunidade, conduzindo a saúde do município a ser referenciada ao nível estadual e federal.

A Associação Canoense de Deficientes Físicos é uma organização não governamental que visa a reabilitação e ressocialização da pessoa portadora de deficiência física (PPDF). Este projeto é tem como meta atender os portadores de deficiência física do Município de Canoas (RS), pessoas carentes de atenção básica em saúde pela dificuldade de deslocamento e falta de serviços especializados.

2. DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

Canoas é o 4º município mais populoso no Estado do Rio Grande do Sul, com aproximadamente 306.000 habitantes, uma densidade demográfica de 2336 hab./km² e o segundo maior PIB do estado do Rio Grande do Sul (RS). Isto quer dizer que, além de crescer produtiva e economicamente, seu incremento populacional resulta também em uma demanda cada vez maior de pessoas em busca de serviços para os diversos departamentos de saúde da cidade.

Para inovar com este suporte e já prevendo a adesão ao protocolo de gestão plena da saúde para Canoas, não basta dezenas de postos de saúde de atenção básica, pois significativa parte da população requer cuidados específicos, os quais os postos de saúde não podem oferecer. São os casos que necessitam de programas e cuidados em fisioterapia, enfermagem, nutrição, assistente social e psicologia, entre outros.

Economicamente existem dois tipos de benefícios resultantes da desconcentração dos serviços de saúde. O primeiro inclui os que estão diretamente ligados à racionalização do uso dos recursos. Esta racionalização pode acontecer tanto através do atendimento domiciliar (reduzindo os custos de hotelaria) quanto pela diminuição do número de atendimentos em hospitais e postos de saúde (significando uma menor sobrecarga na rede de unidades e menor necessidade de investimentos para ampliação da estrutura física).

Socialmente o atendimento domiciliar permite o aumento da oferta de leitos hospitalares, o que é extremamente importante num país como o Brasil, onde existe má distribuição de leitos e carência em muitos municípios, incluindo Canoas. Oferece, ainda, maior dignidade para os pacientes terminais e de fase crônica e seus familiares, e contribui para a redução da infecção hospitalar. As formas de atendimento domiciliar facilitam o acesso da população aos serviços de saúde, reduzindo a necessidade de deslocamento, muitas vezes penoso para os doentes. As visitas domiciliares trazem resultados positivos através da possibilidade de antecipação do diagnóstico, personalização do atendimento e possibilidade de maior orientação aos pacientes e aos familiares.

O “Relatório sobre a prevalência de deficiência, incapacidade e desvantagens” (Ministério da Saúde, 2003), realizado durante a última década pela Coordenadoria Nacional para Integridade da Pessoa Portadora de Deficiência, Associação Fluminense de Reabilitação

e Ministério da Justiça. Apontou a existência de um total de 24,5 milhões de pessoas com deficiência no Brasil, sendo 22,9% destes portadores de deficiência motora e 4,1% de física.

Com base nestes dados a ACADEF busca estruturar um projeto voltado ao atendimento desta demanda específica, hoje não assistida pelo sistema de saúde.

3. JUSTIFICATIVA

A Associação Canoense de Deficientes Físicos tem como proposta de política social voltada à saúde das pessoas portadoras de deficiência física do Município de Canoas (RS) um programa de atendimento domiciliar. Este programa visa a reabilitação do paciente e promover melhoria na qualidade de vida do mesmo.

O tratamento será dirigido às pessoas residentes de Canoas que necessitem de cuidados em saúde no domicílio, sejam elas vítimas de acidentes de trânsito, de trabalho, de violência urbana ou que possam vir a adquirir seqüelas devido a algum tipo de doença traumato-ortopédica, neurológicas e respiratórias agudas ou com distúrbios orgânicos-viscerais e necessidades fisiológicas suprimidas devido a traumas agudos/crônicos, como o traumatismo cranioencefálico ou acidentes raquimedulares.

Para as famílias e cuidadores, a equipe irá prestar um suporte orientador, instrutivo e educativo quanto ao ato de cuidar das necessidades de saúde básicas de uma pessoa com trauma grave, prevenindo e/ou tratando das seqüelas que tais doenças e traumas propiciam como, por exemplo, escaras (úlceras de decúbito), infecções diversas, encaminhando cada uma delas ao profissional qualificado para o tratamento.

É importante frisar que o acompanhamento beneficiará aquelas pessoas que tenham sofrido algum tipo de trauma grave agudo, ou seja, que tenham sofrido o trauma de um até seis meses ou crônico (mais de 6 meses) ou ainda para aquelas que apresentam quadro tardio de doença neurossensorial e sistêmica que comprometa as atividades básicas de vida diária (ABVD) e para pessoas que tenham sofrido alguma intervenção cirúrgica de alta complexidade como por exemplo, cirurgias de tórax, cardíacas, amputações traumáticas e que estejam estáveis clinicamente.

4. REVISÃO TEÓRICA

Em busca de referências teóricas para elaboração do projeto proposto, deparasse com uma busca árdua, dificultada pela falta de bibliografia. Foi buscado publicações junto a Biblioteca da Escola de Administração e, para surpresa, nada foi encontrado sobre o tema. O mesmo ocorreu na Biblioteca da Faculdade de Medicina, ainda que contando com o auxílio da bibliotecária. Pensou-se até em desistir, mas o tema proposto é de tal relevância que continua-se as buscas com o intuito de embasar este projeto, agora pelos bancos de dados do Centro Latino Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde (BIREME), um centro especializado da OPAS (Organização Pan-americana da Saúde). Foram empregadas as bases dos campos de busca de Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), fazendo uso dos descritores “deficiente físico” e “deficiência física” – sem resultados objetivos quanto ao foco em estudo.

De positivo nas buscas empreendidas, foi o “Relatório sobre a prevalência de deficiências, incapacidades e desvantagens” (Ministério da Saúde, 2004), realizado na última década pela Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (CORDE), Associação Fluminense de Reabilitação e Ministério da Justiça, através da metodologia de entrevistas domiciliares da Organização Pan-americana de Saúde (OPS). Trata-se de um estudo em 21 cidades brasileiras, entre 1991 e 2002, sendo uma aproximação da realidade brasileira.

O que vemos neste trabalho é a confirmação de que entre a prevalência da incapacidade e o grau de desenvolvimento social, nível de renda e pobreza existe uma relação clara: “Grande parte da população de Pessoas Portadoras de Incapacidades (PPIs) são miseráveis: 46% contra 29% da população com deficiência no sentido amplo”.

A partir dos anos 80, colocou-se na pauta dos governos a necessidade de formulação de políticas públicas voltadas para essa população. Na área da saúde, a partir dos anos 90, há uma mudança de foco, inclusive com a participação de entidades sem fins lucrativos, com a profissionalização da assistência.

A Constituição Federal de 1988 garante de forma inequívoca os direitos fundamentais da população com deficiência, abrindo caminhos para a regulação, formulação e implementação de políticas voltadas para essa população.

Em 1991 o Ministério da Saúde, como gestor federal do Sistema Único de Saúde, assume a responsabilidade pela regulamentação, implantação e promoção da assistência, à saúde, iniciando um trabalho de articulação com os vários setores interessados e instâncias de governo, no sentido da inclusão de ações de atenção à saúde da população com deficiência no SUS.

Anterior ao estudo realizado sobre a prevalência de deficiências, incapacidades e desvantagens, as políticas públicas voltadas para essa população tomavam como referência estimativa da Organização Mundial da Saúde – OMS, segundo a qual 10% da população de um país, em tempos de paz, é portadora de algum tipo de deficiência.

A Lei 7.853, de 24 de outubro de 1989 traz a obrigatoriedade da inclusão de questões específicas sobre a população portadora de deficiência nos censos nacionais, como condição essencial para o conhecimento da realidade brasileira e indispensável para sustentar a definição de políticas coerentes com a necessidade e particularidades do País.

Atendendo o que preconiza a Lei, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, incluiu no Censo Demográfico de 1991, pela primeira vez, questões referentes a essa população, atestando a presença de 2.198.988 deficientes numa população de 146.815.750 habitantes, o que representa 1,49% de deficientes (Jannuzzi e Jannuzzi, 1994).

Tomando-se como referência a estimativa da OPS, anteriormente citada, o percentual de pessoas portadoras de deficiências encontradas pelo Censo Demográfico de 1991, no Brasil, é extremamente baixo. Jannuzzi e Jannuzzi (1994) encontram na metodologia utilizada algumas razões que podem explicar o baixo percentual de deficientes encontrados em relação à população geral, quais sejam: a definição de fração amostral distinta – 10% para municípios com população superior a 150.000 habitantes e 20% para os demais municípios; o conceito de deficiências adotado pelo IBGE, o qual engloba apenas os grandes lesados e os que tenham passado por algum tipo de diagnóstico (clínico, pedagógico, etc.); o provável ocultamento por parte dos informantes, fruto do preconceito que envolve a questão das deficiências, no Brasil; e as dificuldades do pesquisador em identificar deficiências. Estas razões potencialmente, na visão desses autores, tiveram um impacto decisivo na qualidade dos dados levantados. Isso pode explicar, também, o alto percentual de respostas registradas no item “sem declaração” – 0,36% encontrado no mesmo Censo. Quanto à distribuição por tipo de deficiência, os dados levantados em 1991 apontam a presença de: 0,45% de deficientes mentais; 0,41% deficientes físicos; 0,11% de deficientes auditivos; 0,09% deficiência visual; 0,05% de deficiência

múltipla. Com relação ao sexo, a população com deficiências distribui-se da seguinte forma: 44,4% do sexo feminino e 55,6% do sexo masculino (IBGE, 1991).

5 OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar um programa de atendimento domiciliar para pessoas portadoras de deficiência física do Município de Canoas (RS).

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Definir a equipe interdisciplinar responsável pelo atendimento domiciliar;
- Elaborar planilha de custos;
- Definir critérios para realizar o atendimento domiciliar;
- Elaborar um fluxograma de atendimento.

6. MÉTODOS

O presente projeto foi realizado na Associação Canoense de Deficientes Físicos, através do método de pesquisa-ação, tendo como base o autor Michel Thiollent.

"Pesquisa-ação é um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo"(THIOLLENT, 1986, p.14)

Neste trabalho, a pesquisa-ação está caracterizada pela interação do pesquisador e grupo pesquisado, no caso, a equipe multidisciplinar, na adequação de ferramentas que serão utilizadas com intuito de atendermos os objetivos geral e específicos do projeto.

Primeiramente buscou-se embasamento teórico sobre o assunto, busca esta, que foi bem dificultada pela falta de bibliografia sobre o referido tema.

Depois de várias tentativas frustradas de pesquisa junto a biblioteca e a internet, consegui localizar um ótimo trabalho realizado pela Coordenadoria Nacional para Integridade da Pessoa Portadora de Deficiência, Associação Fluminense de Reabilitação e Ministério da Justiça, se trata do "Relatório sobre a prevalência de deficiência, incapacidade e desvantagens", realizado durante a última década e publicado no ano passado. Tomei então este relatório como base teórica para a realização do meu projeto de pesquisa.

Em seguida foi definido o tema com base na necessidade da Entidade (ACADEF) e com o meu interesse de pesquisa. Sendo assim, partimos para a definição da problemática, na qual o tema ganhou sentido, e se definiu a população a ser analisada, as pessoas portadoras de deficiência física do Município de Canoas (RS). Após, se definiu o objetivo geral do projeto, qual seja: elaborar um programa de atendimento domiciliar para pessoas portadoras de deficiência física do Município de Canoas (RS), desdobrado em objetivos específicos.

Efetou-se a coleta das informações necessária para atender os objetivos específicos, como informações sobre média salarial dos profissionais, quais as especialidades mais necessárias para a reabilitação do paciente, custo de material, deslocamento, etc.

Por último, realizou-se as simulações da planilha de custos e processos simulando várias situações, do melhor ao pior quadro clínico.

7. CONCEITOS FUNDAMENTAIS

ATENDIMENTO DOMICILIAR

O atendimento domiciliar é caracterizado pela efetivação de todo atendimento realizado por profissionais da saúde no domicílio, para pessoas com problemas agudos, que em caráter temporário ou permanente estão impossibilitadas de comparecer a Unidade de Saúde.

CUIDADOR

O cuidador pode ser um membro da família ou da comunidade, que deve atuar como um colaborador da equipe de saúde e da família, pois o cuidador não possui vínculo legal com a instituição prestadora de serviço. O cuidador tem o mesmo objetivo do atendimento a domicílio, ou seja “manter nas melhores condições de saúde e conforto do paciente”.

Geralmente o cuidador não tem formação técnica na área da saúde, é um membro da família ou amigo, embora sem ter formação técnica específica se dispõe a assumir da melhor forma possível esta função; sendo em alguns casos uma pessoa da comunidade que através de experiência de vida presta serviço informal, ainda temos uma gama de técnicos de enfermagem que exercem sua profissão nesta modalidade de atividade.

O cuidador deve ser treinado pela equipe de saúde para realizar as tarefas básicas ao nível do domicílio, é importante estar definido e claro as responsabilidades da equipe, família e cuidador, em continuo processo de trocas de saberes, poderes e responsabilidades.

FUNDAMENTAÇÃO DO ATENDIMENTO

O atendimento domiciliar potencializa a ação das equipes de saúde atuando em Atenção Primária Básica: integridade, universalidade, equidade, acesso e continuidade.

ABORDAGEM A FAMÍLIA

A abordagem integral à família faz parte do contexto da assistência domiciliar por envolver diversos fatores no processo saúde-doença da família. A saúde é um processo multidimensional no qual interagem sistemas biológicos, psicológicos, sociais, culturais, familiares e ambientais. A construção de ambientes saudáveis para a pessoa em tratamento envolve, além da tecnologia médica, o reconhecimento das potencialidades terapêuticas presentes nas relações familiares. Assistir no domicílio é cuidar da saúde da família com integralidade e dinamicidade.

AUTORIZAÇÃO DA FAMÍLIA

Para realizar o atendimento domiciliar (AD) é necessário o consentimento da família. O tratamento não deve ser imposto, a família deve estar ciente do processo de cuidar da pessoa assistida. Para a realização do atendimento domiciliar necessitamos que haja uma autorização da família (Anexo B).

EQUIPE INTERDISCIPLINAR

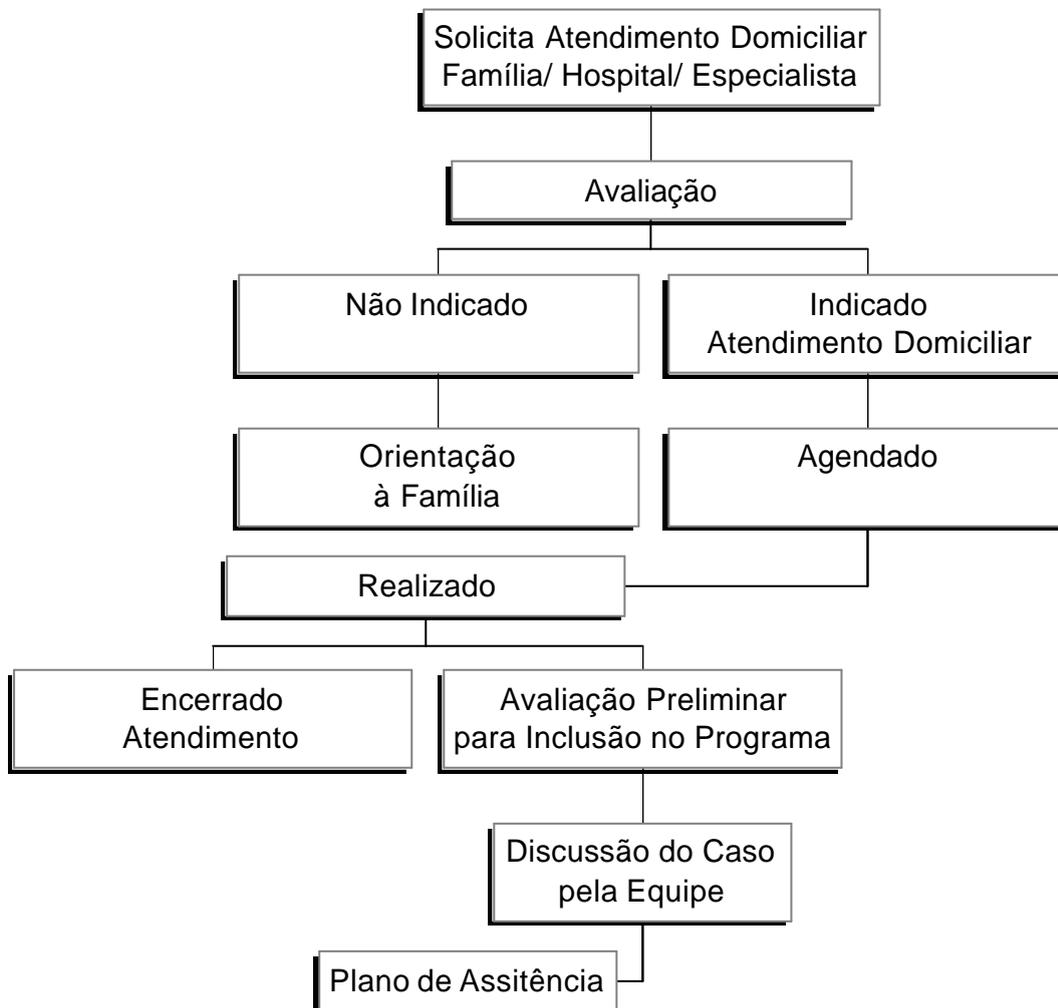
Para que o tratamento obtenha sua eficácia é necessário o trabalho em equipe, pois todas as formações são importantes e intercomplementares. A troca de informações e conhecimentos sobre o paciente, o conhecimento das competências das disciplinas envolvidas, o estabelecimento de respeito profissional entre os integrantes no trabalho em equipe são imprescindíveis para uma resolutividade efetiva. O conhecimento entre os processos de tratamento de cada disciplina é essencial, os profissionais deve ter conhecimento do tratamento de cada paciente como um todo, sabendo os reflexos de seus procedimentos perante aos outros.

OPERACIONALIZAÇÃO DO ATENDIMENTO DOMICILIAR

A estrutura fundamental do atendimento domiciliar (AD) é o trabalho em conjunto da equipe de saúde e da família do paciente, incluindo o cuidador.

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO

Fluxo do Atendimento Domiciliar



INCLUSÃO NO PROGRAMA

Para o paciente ser incluído no programa de atendimento domiciliar é necessário que atenda a algumas exigências, conforme relação que segue:

- Consentimento da família e/ou da pessoa enferma;
- Existência do cuidador;
- Condições de infra-estrutura física no domicílio para assistência domiciliar;
- Condições clínicas do paciente;
- Morar no Município de Canoas (RS).

Esses dados serão averiguados através da visita domiciliar que tem o objetivo de entrevistar o paciente e/ou familiares. Anexo A.

DESLIGAMENTO DO PROGRAMA

- Ausência do cuidador;
- Não aceitação do acompanhamento por parte do paciente e/ou familiar;
- Alteração das condições clínicas (recuperação ou agravamento);
- Óbito.

8. PLANILHAS DE CUSTO

Com intuito de aproveitar ao máximo os recursos humanos e financeiros do programa e principalmente apresentar uma situação o mais próxima da realidade possível, elaborou-se uma planilha integrada onde contempla os custos do processo com a finalidade de buscar sustentação ao programa de atendimento domiciliar.

Tendo em vista o aproveitamento adequado da equipe interdisciplinar e a minimização dos custos do programa, buscando atingir o máximo a demanda existente, seguimos com a simulação de custos através do levantamento da equipe, salário, carga horária, deslocamento e quantidade de atendimentos. Levando em consideração a complexibilidade dos atendimentos, pois cada tratamento será definido conforme a necessidade de cada paciente. Levantamos o kit básico de atendimento para dois níveis: médio e grave, ou seja de menor complexibilidade e de maior. O custo de deslocamento da equipe também foi considerado através de uma planilha de composição de quilômetro rodado, realizando duas situações considerando os dados geográficos do município, a primeira de 4 km de distancia (ida e volta 8 km) e a segunda simulação com 8 km de distancia (ida e volta 16km).

A implantação do controle de processos e custos estimados é uma ferramenta gerencial pois temos como calcular os custos estimados por paciente, podendo assim buscar recursos para sustentação do programa. É necessário gerenciar os processos observando as orientações do tratamento obtendo assim os resultados estimados com o programa.

Planilha referente a demanda da equipe interdisciplinar considerando número e complexibilidade do atendimento mês.

Simulação A

Demanda

	Médio	Grave
Qtde Pacientes	4	7

Recursos Humanos	Atendimento mês		Qtde Profissionais Requerida	Ociosidade
	Médio	Grave		
Médico	8	28	0,38	63%
Enfermeira	16	56	0,75	25%
Aux. Enfermagem	48	140	0,90	10%
Fisioterapeuta	24	70	0,98	2%
Estagiário Fisiosioterapia	48	140	0,90	10%
Assistente Social	4	7	0,05	95%
Nutricionista	16	28	0,21	79%
Psicologa	16	56	0,34	66%
Motorista	48	140	0,90	10%
Secretária	0	0	-	100%
Total	228	665		

Considerando que os casos de média complexibilidade tem como base a seguinte frequência de visitas mensais: médico 2, enfermeira 4, auxiliar de enfermagem 12, fisioterapeuta 6, nutricionista 4, psicologa 4, estagiária fisioterapeuta 12, assistente social 1. E de alta complexibilidade a frequência se torna maior, conforme segue: médico 4, enfermeira 8, auxiliar de enfermagem 20, fisioterapeuta 10, nutricionista 4, psicologa 8, estagiária fisioterapeuta 20, assistente social 1. Conforme consta na “planilha de custos com recursos humanos x atendimentos”.

Realizando a simulação de demanda com 4 casos de média complexibilidade e 7 casos graves, podemos verificar que alguns dos profissionais ficam com a ociosidade bem mais

elevada do que outros, já prevendo este tipo de acontecimento podemos buscar soluções como por ex.: contratar profissionais por atendimento, buscar parceiros, alterar carga horária e até mesmo buscar apoio do município através de funcionários cedidos. Como podemos ver nesta situação o Auxiliar de enfermagem, o Fisioterapeuta e Estagiário de fisioterapia terão sua capacidade máxima de atendimento preenchida. No caso da assistente social a mesma profissional que irá realizar o trabalho na equipe interdisciplinar também atenderá a demanda a instituição no núcleo da ACADEF, assim como poderá ser realizado com outros profissionais.

Simulação B

Demanda

	Médio	Grave
Qtde Pacientes	10	3

Recursos Humanos	Atendimento mês		Qtde Profissionais Requerida	Ociosidade
	Médio	Grave		
Médico	20	12	0,33	67%
Enfermeira	40	24	0,67	33%
Aux. Enfermagem	120	60	0,86	14%
Fisioterapeuta	60	30	0,94	6%
Estagiário Fisioterapia	120	60	0,86	14%
Assistente Social	10	3	0,06	94%
Nutricionista	40	12	0,25	75%
Psicóloga	40	24	0,30	70%
Motorista	120	60	0,86	14%
Secretária	0	0	-	100%
Total	570	285		

Tendo como base o mesmo parâmetro de consultas por mês para os dois níveis de complexibilidade (médio e grave) da simulação anterior.

Considerando 10 casos de médio e 3 de alta complexibilidade, podemos verificar que o quadro de ocupação alterou, mas não com tanta agressividade. Podemos concluir que algumas áreas se tornam mais interessante ser terceirizadas, ter uma parceria com órgão público ou até mesmo aproveitar o profissional para outros projetos, como é o caso da ACADEF. A Associação Canoense de Deficientes Físicos tem o atendimento no núcleo da

Instituição, assim quando o integrante da equipe não estiver em atendimento domiciliar poderá realizar o atendimento no núcleo, atendendo a demanda já existente na instituição.

Podemos concluir que a demanda por profissional não oscila tanto, com exceção do médico, enfermeira e fisioterapeuta.

Com a planilha de gerenciamento de demanda podemos definir quantos profissionais será necessário para compor a equipe interdisciplinar.

Planilha de custo material mês considerando kit X quantidade de atendimentos mês

Complexibilidade	Valor Un.	Quant. Atend.	Total	Frete	Total c/frete
Média	86,37	120	10.364,40	35,00	10.399,40
Alta	115,05	60	6.903,00	35,00	6.938,00

Simulação A

Considerando a quantidade e complexibilidade da simulação A anterior, podemos planejar o custo estimado referente ao kit utilizado em cada consulta domiciliar. Neste caso totalizando 120 visitas mês de média e 60 visitas mês de alta complexibilidade. Com esta planilha podemos ter o custo estimado de material que será utilizado para gerenciamento do programa, podendo calcular o valor estimado por paciente.

Simulação B

Complexibilidade	Valor Un.	Quant. Atend.	Total	Frete	Total c/frete
Média	86,37	48	4.145,76	35,00	4.180,76
Alta	115,05	140	16.107,00	35,00	16.142,00

O número de atendimento e a complexibilidade do tratamento realizado tem um valor considerável no total das despesas, pois o material é um dos custos mais elevado neste programa. Neste caso totalizando 48 visitas de média e 140 visitas de alta complexibilidade.

A despesa com material não é um custo fixo, pois só existirá conforme a necessidade dos atendimentos, por isso se torna importante gerenciar o custo individual.

Composição dos kits de média e alta complexibilidade

Média Complexibilidade

Kit para curativos (especial)

1 frasco de soro fisiológico de 250 ml	0,48
1 rolo de fita adesiva hipoalérgica 2,5x 10m	2,08
60 folhas de gazes 7,5x7,5	1,05
Algodão	5,28
ataduras	0,47
Cateteres	0,30
Curativos hidrocolóides	46,56
esparadrapo	3,69
Gaze queijo	3,69
Lâminas de bisturi	0,18
Luvas de procedimento	0,59
Pomada colagenase	20,00
Seringa/agulhas	2,00
Total Kit	86,37

Alta complexibilidade

Kit sondagem nasoentérica:

1 seringa de 10 ml	2,00
1/2 tubo de lidocaina geléia	3,00
10 folhas de gaze 7,5x7,5	1,05
20 cm de fita adesiva antialérgica	2,08
Seringa/agulhas	2,00
Sonda nasoentérica 2 um	88,13
Subtotal	96,26

Kit para sondagem vesical:

1 frasco de soro fisiológico 125 ml	0,39
1/2 tubo de lidocaina geléia 2%	3,00
2 seringas de 10 ml	2,00
25 folhas de gazes 7,5x7,5	1,05
50 ml de iodoform aquoso	3,00
Luvas estéreis	0,59
Seringa/agulhas	2,00
Sonda vesical	0,30
Subtotal	12,33

Kit para verificação de Glicemia Capilar

Algodão	5,28
Lancetas	0,10
Tiras reagentes	1,08
Subtotal	6,46
Total kit	115,05

PLANILHA DE CUSTOS COM RECURSOS HUMANOS X ATENDIMENTOS

Equipe	Nível atendimento mês		Ordenado	Custo (ord+encargo)	Jornada mensal	Custo / hora	Custo mês	
	Médio	Grave					Médio	Grave
Médico	2	4	1.800,00	3.420,00	96	35,63	71,25	142,50
Enfermeira	4	8	1.800,00	3.420,00	96	35,63	142,50	285,00
Aux. Enfermagem	12	20	500,00	950,00	210	4,52	54,29	90,48
Fisioterapeuta	6	10	1.800,00	3.420,00	96	35,63	213,75	356,25
Estagiário Fisio	12	20	500,00	950,00	210	4,52	54,29	90,48
Assistente Social	1	1	1.800,00	3.420,00	210	16,29	16,29	16,29
Nutricionista	4	4	1.800,00	3.420,00	210	16,29	65,14	65,14
Psicóloga	4	8	1.800,00	3.420,00	210	16,29	65,14	130,29
Motorista	12	20	500,00	950,00	210	4,52	54,29	90,48
Secretária			400,00	760,00	210	3,62	0,00	0,00
Total	57	95	12.700,00	24.130,00		Total	736,93	1.266,89

Planilha de custos com recursos humanos X atendimentos

Esta planilha tem a finalidade de simular o custo referente aos recursos humanos envolvidos no programa. Considerando o número de consultas realizadas, podemos simular o total de horas trabalhadas de acordo com as planilhas anteriormente apresentadas, ou seja levando em consideração a quantidade e complexibilidade dos atendimentos.

O custo mencionado no campo “custo ordenado mais encargos”, tem como base 90% sobre o valor do salário. Os salários ilustrados na planilha que segue são baseados no funcionalismos público, estão dentro da realidade do Município de Canoas (RS).

Esta planilha é uma ferramenta gerencial para prever custos estimados do programa proposto e programas similares.

Podemos utilizar esta ferramenta alterando o número de consultas dos níveis de complexibilidade conforme o caso, tomamos a frequência mensal base lançada no campo “nível de atendimento mês” poderá ser realizado caso a caso, conforme a necessidade do paciente. Se existir demandas diferentes adequaremos personalizando o tratamento, pois o objetivo é a reabilitação e o bem estar do paciente, buscando a sua qualidade de vida e de sua família. Poderemos realizar a planilha por paciente e juntarmos os resultados, assim obtendo um resultado mais preciso.

Planilha de simulação de gastos com deslocamento

Simulação C

Planilha de Composição de Preço de Quilômetro Rodado

Descrição do Veículo: Kombi
Valor do Veículo: 20.000,00

Combustível	
Consumo médio	8
Preço por litro	2,40
Custo por Km	0,30

Óleo do Motor	
Consumo 2,5lt / 7.500km Un.	9,00
Preço total	22,50
Custo por Km	0,003

Pneus e Câmaras	
Consumo vi da útil 35.000km	4 un
Valor unitário	130,00
Valor total	520,00
Custo p/ km	0,01

Manutenção	
20% valor do veículo para cada 100.000km	
Valor do veículo	20.000,00
Custo p/ Km	0,04

Depreciação	
75% valor veículo para cada 100.000km	
Valor calculado	15.000,00
Custo p/ Km	0,15

Seguro Obrigatório	
Quilometragem anual 30.000km	
Valor do Seguro	500,00
Custo p/ km	0,017

Custo médio por viagem

Combustível	0,30
Óleo do Motor	0,003
Pneus e Câmaras	0,01
Manutenção	0,04
Depreciação	0,15
Seguro Obrigatório	0,017
Total do Custo p/ Km rodado	0,52
Distância	4
Total do Custo	4,20

Simulação D

Planilha de Composição de Preço de Quilômetro Rodado

Descrição do Veículo: Kombi
Valor do Veículo: 20.000,00

Combustível	
Consumo médio	8
Preço por litro	2,40
Custo por Km	0,30

Óleo do Motor	
Consumo 2,5lt / 7.500km Un.	9,00
Preço total	22,50
Custo por Km	0,003

Pneus e Câmaras	
Consumo vida útil 35.000km	4 un
Valor unitário	130,00
Valor total	520,00
Custo p/ km	0,01

Manutenção	
20% valor do veículo para cada 100.000km	
Valor do veículo	20000
Custo p/ Km	0,04

Depreciação	
75% valor veículo para cada 100.000km	
Valor calculado	15000
Custo p/ Km	0,15

Seguro Obrigatório	
Quilometragem anual 30.000km	
Valor do Seguro	500,00
Custo p/ km	0,017

Custo médio por viagem

Combustível	0,30
Óleo do Motor	0,003
Pneus e Câmaras	0,01
Manutenção	0,04
Depreciação	0,15
Seguro Obrigatório	0,017
Total do Custo p/ Km rodado	0,52
Distância	8
Total do Custo	8,39

As simulações C e D consideram os dados geográficos do Município de Canoas / RS, podendo ser alterado conforme a realidade do atendimento.

A simulação C considera o percurso médio de 4 quilômetros de distância, totalizando 8, ou seja quatro de ida e 4 de volta.

A simulação D considera a distância média de 8 quilômetros, perfazendo um total de 16 km pelo atendimento.

Para compor esta planilha de km rodado, realizou-se um levantamento dos custos mais relevantes que devem ser considerados, como o tipo de carro, consumo médio por litro de gasolina, valor do litro de gasolina, depreciação, pneus o desgaste do veículo como um todo.

Esta planilha é eletrônica, e podemos alterar conforme a alteração do valor da gasolina, valor dos pneus, troca de veículo por um com o consumo maior ou menor. Assim obtemos o valor do km rodado.

Através do valor do km rodado podemos simular diferentes distâncias, conforme os endereços dos nossos pacientes, calculando assim o consumo por paciente obtendo o custo estimado mais próximo da realidade.

Exemplo de simulação de custo por paciente

Paciente A

Nível de complexibilidade	alto
Distância média deslocamento	3km
Kits de material /mês	20

Custo	Classificação	Valor
Deslocamento	3km	62,40
Material	20 kits	2.301,00
Equipe interdisciplinar		1.266,89
Total tratamento mês		3.630,29

Simulando um caso de nível alto de complexibilidade, e levando em consideração uma distância média de deslocamento de 3km (ida e volta 6km), e considerando o número de 20 consultas mês para efeito de material e cálculo de todos os recursos necessários. Contatamos que gastaríamos em média R\$ 3.630,29 mensais.

Podemos através desta ferramenta chegar o mais próximo dos valores reais, com intuito de prevermos os gastos do projeto. Desta forma podemos determinar diretrizes diversas, como número de pessoas que o programa atenderá, ou melhor, quanto precisamos para colocar o projeto em prática e atender a demanda do Município.

9. CONCLUSÃO

A proposta do Projeto Cuidar: Saúde em Casa é realmente desafiadora porém de cunho social relevante. Considerando a falta de bibliografia sobre o assunto reforça a triste idéia de que este tipo de paciente sofre carência elevada em relação a assistência. A elaboração deste trabalho tem a ambição de tocar as pessoas envolvidas na formação de políticas básicas de saúde do Município de Canoas / RS, sensibilizando e mostrando um público carente e necessitado de assistência especializada.

Este trabalho tem o propósito de planejar as ações de tratamento de pessoas portadoras de deficiência física no Município de Canoas, buscando melhoria na qualidade de vida dos pacientes e da família, concebendo a atenção à saúde e reabilitação da PPDF.

Para desenvolver este projeto elaborou-se um ferramenta gerencial, uma planilha integrada onde podemos simular várias situações referentes aos custo do programa como:

- Custo de deslocamento, através da planilha de km rodado,
- Custo com recursos humanos,
- Custo de material utilizado.

Esta ferramenta tem o objetivo de estimar os custos do programa com mais precisão, desta forma a ACADEF buscará os recursos necessários junto a empresas privadas, parceiros e principalmente ao governo municipal.

Este trabalho tem como base o tratamento personalizado para atender a demanda do Município de Canoas/RS, auxiliando na reabilitação da PPDF e desafogando a rede pública de saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Assistência à Saúde. Manual de Legislação em Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Justiça. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. Associação Fluminense de Reabilitação. Relatório sobre a prevalência de deficiências, incapacidades e desvantagens. Rio de Janeiro: Ministério da Justiça. CORDE. AFR, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde; organizado por José Mauro Ceratti Lopes. Porto Alegre: Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, 2003.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. 33. ed.. São Paulo: Saraiva, 2004.

SILVIA, Fernando Só. Rimed. *Manual de Home Care*. São Paulo: Rimed, 2002.

THIOLLENT, Michel. *Pesquisa-ação nas organizações*. São Paulo: Atlas, 1997.

THIOLLENT, Michel. *Metodologia da Pesquisa-ação*. 13. ed., São Paulo: Cortez, 2004.

www.bireme.br

ANEXOS

ANEXO A

REGISTRO DE ATENDIMENTO DOMICILIAR

1- Paciente: _____ D.N: _____

Nome do familiar responsável: _____ Telefone: _____

2- Profissional: _____

3- Motivo da Visita: _____

4- Conclusão após a avaliação:

não inclusão do paciente no programa

agendado o plano de assistência (para inclusão no programa)

outros:

5- Data da visita: ____/____/____

6- Encaminhamento do caso após a visita:

Encerramento do atendimento

Orientada Revisão Domiciliar

Orientada Revisão Ambulatório

Internação

Mantido no programa, próxima visita dia:

Alta do programa

outros:

7- Será preenchida pelo Coordenador do Programa:

Não incluir no programa

Inclui, data inclusão:

Número de internações nos últimos 12 meses: _____

Assinatura Responsável pela Visita

ANEXO B

AUTORIZAÇÃO PARA INCLUSÃO DE PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA NO PROGRAMA DE ATENDIMENTO DOMICILIAR Saúde em Casa – ACADEF

O Sr(a). _____

Endereço: _____ N.º: _____

Complemento: _____ Fone: _____

RG: _____ CPF: _____

Nº Cartão SUS: _____

Está sendo incluído no Programa de Atendimento Domiciliar. Este Programa destina-se a atender no domicílio os pacientes que preencherem os critérios de inclusão estabelecidos pela equipe de saúde, conforme segue:

- Paciente deve residir no Município de Canoas/RS,
- Consentimento da família e/ou da pessoa enferma, cumprimento do plano de cuidados estabelecidos pela equipe de saúde,
- Condições clínicas do paciente, a família tem o compromisso de avisar imediatamente qualquer alteração no estado de saúde do paciente.
- Existência do cuidador,
- Condições de infra-estrutura física no domicílio para assistência domiciliar.

O paciente receberá da equipe de saúde um prontuário, que deverá acompanhar o paciente em toda consulta, com intuito de instruir o profissional da evolução do caso e acompanhamento do plano de atendimento domiciliar.

Assinatura do Responsável – Data