

**GISCIENE MAGALHÃES AGUSTINHO DE JESUS**

**DESOSPITALIZAÇÃO NO ÂMBITO PÚBLICO:  
Análise da desospitalização no hospital Pronto Socorro João XXIII**

Belo Horizonte

2017

GISCILENE MAGALHÃES AGUSTINHO DE JESUS

## **DESOSPITALIZAÇÃO NO ÂMBITO PÚBLICO**

### **Análise da desospitalização no hospital Pronto Socorro João XXIII**

Monografia apresentada ao curso de Especialização em Administração Pública, Planejamento e Gestão Governamental da Fundação João Pinheiro, como requisito parcial para a obtenção do título de especialista.

Orientadora: Professora Doutora Carolina Portugal Gonçalves da Motta.

Belo Horizonte

2017

GISCILENE MAGALHÃES AGUSTINHO DE JESUS

**DESOSPITALIZAÇÃO NO ÂMBITO PÚBLICO**

**Análise da desospitalização no hospital Pronto Socorro João XXIII**

Monografia apresentada ao curso de Especialização em Administração Pública, Planejamento e Gestão Governamental da Fundação João Pinheiro, como requisito parcial para a obtenção do título de especialista.

Aprovada na Banca Examinadora

---

Carolina Portugal Gonçalves da Motta, Doutora, Fundação João Pinheiro

---

Nome, titulação, instituição a que pertence.

Belo Horizonte, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

Dedico este trabalho aos meus filhos, João Pedro e Joana Jolie, pela paciência e sabedoria nos momentos de ausência, ao meu esposo Waldir por ser meu porto seguro nos momentos de dificuldades e a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a conclusão dessa etapa.

“Felizes são os que vivem e morrem em suas casas, pois em suas casas até os pobres são reis”. (Lopes Félix da Vega).

## RESUMO

A Constituição Federal de 1988 rege sobre um direito fundamental, que expressamente o coloca em patamar elevado, com extrema importância na existência do ser humano, a saúde. A saúde, uma vez classificada como direito fundamental, tornou-se norma de eficácia plena, logo, o que está relacionado à saúde deve ser efetivo, eficiente e protegido, tanto na esfera assistencial externa como na área hospitalar. Um dos caminhos para a evolução da saúde no Brasil e no mundo é a desospitalização, na qual há uma transição de níveis de cuidados, possibilitando aliviar a carência de leitos hospitalares e melhorar a qualidade de atendimento por meio da personalização e humanização do atendimento. Essa tendência propõe a redução de custos nas despesas dos hospitais e no sistema público, sem prejuízo para os pacientes. Utilizando a metodologia descritiva, de natureza qualitativa, da documentação indireta (documental e bibliográfica) e da direta (pesquisa de campo), tem como objetivo analisar a desospitalização no hospital João XXIII, mediante as necessidades dos pacientes. Este trabalho apresenta seus benefícios, impactos, desafios e o acesso à judicialização do direito à saúde (quando não há efetividade). Analisa também, as dificuldades que prejudicam a desospitalização no hospital Pronto Socorro João XXIII, verificando-se nesse contexto a desospitalização em âmbito público. Os resultados mostraram as dificuldades em desospitalizar quando há poucas estruturas de gestão internas e deficiência em programas sociais (políticas públicas). Com ética, seriedade, responsabilidade e respeito, a desospitalização deve buscar o melhor para o paciente, para a família, para o hospital e para a fonte pagadora, o Sistema Único de Saúde (SUS).

**Palavras-chave:** Saúde. Desospitalização. Judicialização. Constituição. SUS.

## ABSTRACT

The Federal Constitution of 1988 rules on fundamental right, which expressly places it at a high level, with extreme importance in the existence of the human being, health. Health, once classified as a fundamental right, has become a norm of full effectiveness, so that what is related to health must be effective, efficient and protected both in the external assistance sphere and in the hospital area. One of the paths to health evolution in Brazil and in the world is de-hospitalization, in which there is a transition of levels of care, making it possible to alleviate the shortage of hospital beds and improve the quality of care through personalization and humanization of care. This tendency proposes the reduction of costs in the expenses of the hospitals and in the public system, without prejudice to the patients. This work uses the descriptive methodology, of qualitative nature and indirect documentation (documentary and bibliographic) and direct (field research). With the objective of de-hospitalization, this paper presents its benefits, impacts and challenges and access to the judicialization of the right to health (when there is no effectiveness). It analyzes the difficulties that hinder the de-hospitalization in the Hospital Pronto Socorro João XXIII, verifying if in this context there is an effectiveness in the de-hospitalization in public scope. The result to denote the difficulty the desospitalization when little structure with the administration interneer the deficiency the program sociable (politics public). With ethics, seriousness, responsibility and respect, de-hospitalization should seek the best for the patient, the family, the hospital and the paying source, the Sistema Único de Saúde (SUS).

**Keywords:** Health. De-hospitalization. Judiciary. Constitution. SUS.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CF	Constituição Federal
HPS	Hospital Pronto Socorro
NIR	Núcleo Interno de Regulação
PID	Programa de Internação Domiciliar
SUS	Sistema Único de Saúde
PSF	Programa Saúde em Família
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AD	Atendimento Domiciliar
NOB	Normas Operacionais Básicas
ACP	Ação Civil Pública
TAC	Termo de Ajustamento de Conduta
CNS	Conselho Nacional de Saúde
MS	Ministério da Saúde
PPI	Programação Pactuada Integrada
NOAS	Norma Operacional Assistência Saúde
TQT	Traqueotomia
PNM	Pneumonia



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>2</b>	<b>BREVES COMENTÁRIOS SOBRE SAÚDE, ÉTICA, SUS.....</b>	<b>13</b>
<b>2.1</b>	<b>O direito à saúde na Constituição do Brasil.....</b>	<b>14</b>
<b>2.2</b>	<b>O sistema único de saúde do Brasil.....</b>	<b>15</b>
<b>3</b>	<b>PRINCÍPIO DA EFICIÊNCIA E DA EFICÁCIA NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA.....</b>	<b>18</b>
<b>3.1</b>	<b>Eficácia e eficiência no âmbito público.....</b>	<b>19</b>
<b>3.2</b>	<b>Gestão com eficiência.....</b>	<b>20</b>
<b>3.2.1</b>	<b>A permanência hospitalar.....</b>	<b>21</b>
<b>4</b>	<b>DESOSPITALIZAÇÃO.....</b>	<b>24</b>
<b>4.1</b>	<b>Conceito do termo desospitalização.....</b>	<b>24</b>
<b>4.2</b>	<b>Tipos de desospitalização.....</b>	<b>25</b>
<b>4.3</b>	<b>Objetivos da desospitalização.....</b>	<b>26</b>
<b>4.4</b>	<b>Os desafios e os benefícios da desospitalização.....</b>	<b>27</b>
<b>4.5</b>	<b>Desospitalização e a gestão hospitalar.....</b>	<b>28</b>
<b>4.6</b>	<b>O papel do serviço social na desospitalização.....</b>	<b>29</b>
<b>5</b>	<b>JUDICIALIZAÇÃO.....</b>	<b>31</b>
<b>5.1</b>	<b>Conceito.....</b>	<b>31</b>
<b>5.2</b>	<b>Judicialização do direito à saúde.....</b>	<b>31</b>
<b>5.3</b>	<b>A judicialização e o orçamento público.....</b>	<b>34</b>
<b>6</b>	<b>GESTÃO NO ÂMBITO HOSPITALAR.....</b>	<b>37</b>
<b>6.1</b>	<b>Serviços de urgência e emergência.....</b>	<b>39</b>
<b>6.2</b>	<b>Métodos Kanban.....</b>	<b>41</b>
<b>6.2.1</b>	<b>Funções do Kanban.....</b>	<b>41</b>
<b>6.2.2</b>	<b>Como adaptar o sistema Kanban no ambiente hospitalar.....</b>	<b>42</b>
<b>6.3</b>	<b>Planejamentos da alta hospitalar.....</b>	<b>43</b>
<b>6.4</b>	<b>Reinternações.....</b>	<b>45</b>
<b>7</b>	<b>O HOSPITAL JOÃO XXIII.....</b>	<b>47</b>
<b>7.1</b>	<b>Estrutura do Hospital João XXIII.....</b>	<b>47</b>
<b>7.2</b>	<b>Análise de dados e resultados das entrevistas.....</b>	<b>49</b>
<b>8</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>54</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>56</b>
	<b>ANEXO A - Portaria nº 1.208, de 18 de junho de 2013.....</b>	<b>60</b>
	<b>ANEXO B - Portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011.....</b>	<b>61</b>

## 1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 determinou que a saúde é um direito fundamental e social que deve ser garantida pelo Estado, por meio de políticas e ações públicas que permitam o acesso a todos os meios adequados para o bem-estar do cidadão. Diferentemente de outros países, o sistema de saúde brasileiro é unitário e igualitário e garante o acesso gratuito, integral e universal à população. O Brasil tem um único sistema de saúde, o SUS, com financiamento público, e complementado pela denominada medicina suplementar, convênios, seguros e medicina privada (CASTRO, 2004). Está estabelecido na Constituição Federal, tendo como princípios doutrinários a universalidade, a equidade e a integralidade, sendo regido também pela Lei nº 8.080/1990.

A saúde é um preceito fundamental previsto na Constituição Federal, sendo um direito merecedor de maior proteção do Estado. É um direito de todos e dever do Estado garantir, mediante políticas sociais e econômicas, a promoção, proteção e recuperação, de forma igualitária e universal. Quando se fala em saúde, o Estado deve atuar de forma eficiente e ativa, para melhor corresponder a quem dela necessite. Ao se falar em omissão desse preceito, há uma busca desse direito, por parte do pólo passivo, perante vias judiciais, para uma possível efetivação. É a chamada judicialização de saúde, muito comum ultimamente.

Mesmo com a atuação desse sistema, o SUS, ainda há dificuldades em efetivar o direito à saúde, sendo necessário o acesso à judicialização, surgindo a oportunidade de conquistá-lo. Parte-se do princípio de que o judiciário, quando demandado, pode ser um instrumento de formação de políticas públicas (DALLARI et al., 1996). É o desafio em formular estratégias políticas e sociais orquestradas com outros mecanismos e instrumentos de garantia democrática, que possam aperfeiçoar os sistemas de saúde e de justiça com vistas à efetividade do direito à saúde.

Atualmente, a procura por instituições capazes de auxiliar, seja na prevenção ou nos cuidados à saúde é intensa, sendo elas amparadas pelo sistema único de saúde, o SUS, que é o sistema utilizado no Brasil. Na esfera pública, os hospitais especificamente, os de urgência e emergência, possuem um grande fluxo de pessoas que requerem a sua melhora da “saúde” com um espaço de tempo diferenciado. Em busca de melhorias no atendimento e

consequentemente a concretização de que todos podem ser acolhidos, em uma determinada instituição, faz - se necessário a chamada desospitalização, qual seja, encaminhar o paciente a outro ambiente para dar continuidade ao tratamento, “desafogando” assim, leitos que realmente seriam utilizados para clientes em fase de urgência e emergência.

A gestão de leitos, nesse âmbito hospitalar, é de extrema importância, haja vista a necessidade de atendimento ao público em grande escala. Em um hospital de grande porte, referencial, não somente em nosso Estado, mas nacionalmente, como o Pronto-Socorro João XXIII, o gerenciamento de leitos é imprescindível. A instituição presta serviço público de urgência e emergência, com caráter transitório, onde é necessária a liberação de leito de maneira ágil, para que ocorra um posterior atendimento. O conhecimento e o entendimento sobre a desospitalização, a análise dos desafios e benefícios encontrados no ato, juntamente com seus preceitos normativos pré e pós a desospitalização, apesar de ser um tema com escassas abordagens, são relevantes.

A literatura sobre o futuro da gestão hospitalar fala em redução da necessidade de leitos hospitalares e coloca em foco a desospitalização, que consiste em retirar o paciente do hospital e realizar os cuidados no domicílio quando estes já não são de alta complexidade e sim de alta dependência (NETO; MALIK, 2007). Dessa forma, a desospitalização se torna um desafio em aliar redução de custos à qualidade do serviço. Em uma esfera hospitalar, o gerenciamento é um importante objeto de pesquisa em serviços de saúde, em razão do seu papel singular na assistência e do seu alto custo. Na assistência hospitalar atual do Brasil, estima-se que setenta por cento dos gastos do Sistema Único de Saúde (SUS) são destinados aos hospitais (NETO; MALIK, 2007). Além do gerenciamento hospitalar é necessário o gerenciamento e inovações de políticas sociais, que ainda é escassa.

O trabalho tem como objetivo geral identificar as dificuldades da desospitalização e o uso da judicialização na desospitalização do Pronto Socorro João XXIII (HPS), tendo como objetivo específico apresentar conceitos e características da desospitalização; sistematizar o acesso ao leito; compreender a normatização constitucional frente ao tema; identificar os principais problemas que prejudicam a desospitalização; e, analisar as políticas públicas que possam diminuir a média de permanência de pacientes no hospital.

Após o levantamento de dados de variadas fontes documentais e bibliográficas, foi utilizado também entrevistas abertas (com três profissionais do hospital), de forma não estruturada. Nesse contexto, se formula a pergunta: a judicialização é um meio para a desospitalização. Metodologicamente a pesquisa se classifica em descritiva, de natureza qualitativa para a qual se verifica a percepção de profissionais sobre a desospitalização no hospital João XXIII. Como técnica de pesquisa, utilizou-se a pesquisa documentação indireta (documental e bibliográfica) e a documentação direta (pesquisa de campo). Este estudo partirá da hipótese de que a judicialização pode ser usada na desospitalização, porém, nem sempre é eficaz.

Desta forma, este trabalho está dividido em oito seções, sendo a primeira essa introdução. No segundo capítulo aborda-se algumas questões sobre a política de saúde do SUS e questões éticas. No terceiro capítulo trabalha-se com o tema da eficiência e eficácia no serviço público. No quarto, com o tema da desospitalização, no quinto sobre a judicialização, no sexto sobre a gestão hospitalar e no sétimo trata-se sobre o João XXIII e os dados das entrevistas. Por fim, no oitavo capítulo escreve-se as conclusões do trabalho.

## 2 BREVES COMENTÁRIOS SOBRE SAÚDE, ÉTICA, SUS

A saúde uma vez classificada como direito fundamental, tornou-se uma norma de eficácia plena, logo, o que está relacionado à saúde deve ser efetivo, eficiente e protegido, tanto na esfera assistencial externa- como postos de saúde, domicílio, casas de abrigo, unidades de pronto atendimento etc.- como na área hospitalar. José Afonso da Silva, em sua meritória obra sobre Direito Constitucional, ensina que os direitos fundamentais não são a contraposição dos cidadãos administrados à atividade pública, como uma limitação ao Estado, mas sim uma limitação imposta pela soberania popular aos poderes constituídos do Estado que dele dependem (SILVA, 2001, p. 178). A atenção à saúde engloba um conjunto de ações e serviços.

Um dos caminhos para evolução da saúde no Brasil e no mundo, é a desospitalização, uma vez que se enquadra como uma transição do nível de cuidados. É uma necessidade mundial da organização dos serviços de saúde, possibilitando aliviar a carência de leitos hospitalares e melhorar a qualidade de atendimento por meio da personalização e humanização do atendimento. Essa tendência propõe a redução de custos nas despesas dos hospitais e no sistema público, sem prejuízo para os pacientes. Porém, essa ainda não é a realidade atual.

Quanto à saúde (desospitalização) e o serviço público, um dos pontos essenciais é a ética. Agir com ética no serviço público é mais do que uma obrigação. No caso em tela, se torna muitas vezes questionável, por pessoas inexperientes no assunto, o fato de desospitalizar um ser que ainda requer cuidados, seja, emocional ou físico, referindo-se a condutas éticas. Alguns conceitos sobre a ética se colocam presentes nesse tema.

Para Aristóteles, o que realmente realiza o homem e o faz feliz é a posse ativa da sabedoria prática, ou seja, daquela razão que permite agir do modo certo na situação adequada. Agir do modo certo na situação adequada exige discernimento e lucidez que são os maiores bens que as pessoas deveriam buscar. A pessoa de discernimento é aquela que mostra na prática uma forma sábia de viver.

Para Kant, uma ação só é eticamente correta se for movida exclusivamente por uma boa intenção. O bem mais importante a ser buscado na conduta humana é agir a partir da consciência do que deve ser feito. Em outras palavras, agir bem é agir com base no dever.

Para Stuart Mill o bem de uma ação depende não tanto da intenção, mas das consequências que ela tem. Uma conduta só pode ser avaliada como boa se for útil, no sentido de fazer bem ao maior número possível de pessoas e mal ao menor número possível. Uma ação pode ser muito bem-intencionada, mas ela será ruim se acabar sendo prejudicial aos outros.

## **2.1 O direito à saúde na Constituição do Brasil**

A saúde é um preceito fundamental prevista na Constituição Federal de 1988, nos artigos 6º e nos 196 a 200, sendo direito merecedor de maior proteção do Estado. É direito de todos e dever do Estado garantir, mediante políticas sociais e econômicas, a promoção, a proteção e a recuperação, de forma igualitária e universal. Quando se fala em saúde, o Estado deve atuar de forma eficiente e ativa, para melhor corresponder a quem dela necessite.

Telles (1996), afirma que os direitos sociais são parte dos direitos fundamentais do homem, sendo normas constitucionais que buscam a igualdade de situações sociais desiguais e assim proporcionam condição mais compatível com o exercício efetivo da liberdade. Uma vez classificada como direito fundamental, a saúde foi qualificada como norma constitucional de eficácia plena, garantindo assim uma assistência jurídico-institucional para sua efetivação. Além disso, foi constituída como cláusula pétrea, esse, por se associar diretamente ao direito da vida não pode ser excluída da Constituição (ASENSI, 2010).

No artigo 196, da CF/1988, a saúde é estabelecida como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). O Estado assume, então, a responsabilidade de garantir a saúde de sua população, tornando-a direito fundamental

(FERRAZ; VIEIRA, 2009). Isso resulta na obrigatoriedade de organizar um sistema de saúde que contemple seus princípios e diretrizes.

## **2.2 O sistema único de saúde do Brasil**

A atenção à saúde engloba um conjunto de ações e serviços. O Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecido pela Constituição Federal de 1988 – artigos 196 a 200, é regulamentado pela Lei nº 8.080/1990, que traz a definição do SUS e os princípios que os norteiam. O SUS é parte componente da Seguridade Social, e baseado nos princípios doutrinários de universalidade, equidade e integralidade, bem como nos princípios operacionais de descentralização, regionalização/hierarquização e participação social (BRASIL, 1988; FLEURY; OUVÉNEY, 2008).

O Brasil tem um único sistema de saúde, o SUS, com financiamento público, e complementado pela denominada medicina suplementar, convênios, seguros e medicina privada (CASTRO, 2004). Em setembro de 2000, foi aprovada a Emenda Constitucional nº 29 (EC-29), que determinou a vinculação das receitas dos três níveis União, Estado e Município (SOUZA, 2002) e a destinação da parte desta ao SUS. Assim, a partir de junho de 2001, pela NOB SUS 01, o volume de recursos transferidos pelo Ministério da Saúde para os Estados e os Municípios passou a ser subdividido e parte do recurso enviado direto para a atenção primária, atenção secundária e assistência de alta complexidade. Esse compete prioritariamente ao SUS, pois é responsável pela maior parte das internações no Brasil e o repasse financeiro da alta complexidade é baseado principalmente em quatro itens segundo Souza (2002): a frequência das Autorizações de Internações Hospitalares (AIH), os valores totais das AIH pagas, a distribuição geográfica dos hospitais no Brasil, a intensidade da utilização do sistema, representada pela taxa de ocupação, a taxa de rotatividade e o prazo médio de permanência.

Desde a Constituição Federal de 1988, uma série de leis, portarias e documentos administrativos foram elaborados a fim de organizar o sistema para cumprir seus princípios. Entretanto, a cobertura universal, integral e equânime de forma regionalizada e hierarquizada torna a gestão desse sistema bastante complexa e burocrática, requerendo bons mecanismos para promover e realizar assistência em saúde de forma eficiente (NORONHA et al., 2008). Além disso, a interpretação dos conceitos de universalidade, integralidade e

equidade são bastante divergentes, sendo fator condicionante às solicitações de direitos relacionados à saúde via processo judicial. Chieffi e Barata (2010), apontam como desafio da gestão do SUS a demanda judicial para acesso a medicamentos ou procedimentos que não são contemplados pelo sistema. Vieira (2008) também identifica que a natureza dos processos é tanto por necessidades pertinentes quanto por solicitações não contempladas nas políticas de saúde.

A Constituição Federal de 1988 instituiu o SUS como mecanismo de garantia do direito à saúde, considerado direito fundamental a partir da afirmação no artigo 6º da saúde enquanto direito social. Para tanto, na Lei nº 8.080, de 1990, esse sistema foi definido como “o conjunto de ações e serviços públicos de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (BRASIL, 1990).

No artigo 200 da Constituição estão detalhadas as atividades que o contemplam: 1) atendimento individual ou coletivo, compreendendo as ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação; 2) atendimento ambulatorial, hospitalar, de apoio a diagnóstico e domiciliar geridos pelos governos municipais, estaduais e federal; 3) ações de todas as complexidades e custos, ou seja, de vacinas e consultas básicas a cirurgias cardiovasculares e transplantes; 4) intervenções nos sistemas ambientais e sanitários, controlando desde a produção e circulação de bens e prestação de serviços, bem como os vetores e hospedeiros; 5) controle de qualidade dos serviços e ações prestadas, bem como pesquisas e produção de insumos, medicamentos, sangue e hemoderivados e equipamentos (NORONHA et al., 2008).

Os três princípios que norteiam o SUS foram estabelecidos na Constituição de 1988 e descritos na Lei nº 8.080: “[...] acesso universal e igualitário às ações e serviços [...] atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 1990). Para o Ministério da Saúde (2000), o princípio da universalidade é a garantia imediata de acesso às ações e aos serviços de saúde a todos que dele necessitem, enfatizando ações preventivas e reduzindo o tratamento de agravos. O princípio da integralidade é a consideração das necessidades de saúde específicas de grupos ou pessoas em todos os níveis de complexidade. O princípio da equidade é o atendimento às



necessidades de saúde de acordo com as diferenças regionais, de forma a reduzir as disparidades.

O Ministério da Saúde define acesso como o atendimento nas práticas de produção de saúde, com regulação da atenção à saúde: a acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem aos serviços e o acesso permite o uso oportuno dos serviços para alcançar os melhores resultados possíveis. É a forma como a pessoa experimenta o serviço de saúde (SOUZA et al., 2008).

Já a cobertura, é definida como uma oferta sistematizada e contínua, de forma integral, universal e equânime. Ela pode ser referida como cobertura real - proporção da população que efetivamente se beneficiou de determinada intervenção, que de fato usou os serviços - ou cobertura potencial, que mede a quantidade de pessoas que seriam beneficiadas com a capacidade de oferta daquele serviço (SILVA, 2005; SOBERON, 1998).

O financiamento do SUS é moldado na alta resolutividade quando se leva em conta a taxa de rotatividade, ocupação e permanência. Um estudo feito por Guedes e outros (2008) coloca que o hospital deve limitar-se aos cuidados agudos e intensivos e à atenção ambulatorial de maior densidade. Silva e outros (2005) salientam que a redução do tempo de internação hospitalar, valoriza novos espaços e novas formas de organização das tecnologias, o Programa de Saúde da Família, o Programa de Internação Domiciliar.

### **3 PRINCÍPIO DA EFICIÊNCIA E DA EFICÁCIA NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**

Princípios são normas que determinam condutas obrigatórias, sendo impedidos comportamentos incompatíveis a eles. O artigo 37 da CF traz em seu caput cinco princípios fundamentais nos quais a Administração Pública deve se pautar, são eles: legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência. A administração pública deve sempre buscar melhores resultados, exigindo de seus agentes produtividade, presteza, aperfeiçoamento e rendimento. Visando a alcançar sua primordial finalidade, o bem comum da coletividade, a administração pública deverá observar alguns princípios.

Dando maior destaque a um princípio específico, o da eficiência, que veio para exigir que a atividade administrativa fosse desempenhada com produtividade, presteza, perfeição e rendimento funcional. A eficiência se torna um dever para o agente público, visando aperfeiçoar os serviços e as atividades prestados, buscando otimizar os resultados e atender o interesse público com maior índices de adequação, eficácia e satisfação. Esse princípio possui três características que são a prestabilidade, onde o atendimento fornecido pela administração pública deve ser útil ao cidadão, a presteza, onde os agentes públicos devem atender o cidadão com rapidez, e a economicidade, pela qual a satisfação do cidadão deve ser alcançada do modo menos oneroso possível ao serviço público.

Vários textos constitucionais e infraconstitucionais ressaltam a importância do princípio da eficiência, visando à boa prestação de serviços, do modo mais simples, mais rápido, e mais econômico, elevando a relação custo/benefício do trabalho público. Portanto, é direito do administrado exigir a observância desse princípio para desfrutar de um serviço público de qualidade.

Para Di Pietro,

O princípio da eficiência apresenta, na realidade, dois aspectos: pode ser considerado em relação ao modo de atuação do agente público, do qual se espera o melhor desempenho possível de suas atuações e atribuições, para lograr os melhores resultados; e em relação ao modo de organizar, estruturar, disciplinar a administração pública, também com o mesmo objetivo de alcançar os melhores resultados na prestação do serviço público. (DI PIETRO, 2011, p.84).

A eficiência tem como principal objetivo alcançar os melhores resultados na prestação do serviço público. Esse é o entendimento de Meirelles (2006, p. 96): “é o mais moderno princípio da função administrativa, que já não se contenta em ser desempenhada apenas com legalidade, exigindo resultados positivos para o serviço público e satisfatório atendimento das necessidades da comunidade e de seus membros”.

O princípio da eficiência pode ser entendido como finalidade e resultado, sendo atuante no serviço público de forma imparcial, neutra, participativa, transparente, sem burocracias, em busca da rentabilidade social. O serviço público requer uma conjunção do controle externo e interno, pautando-se em princípios básicos, capazes de doar-lhe substancialidade e eficácia, para que assim consiga atuar de forma eficiente. É importante ressaltar que a eficiência, transmite sentido relacionado ao modo pela qual se processa o desempenho da atividade, portanto, diz respeito à conduta dos agentes, enquanto que a eficácia tem relação com os meios e instrumentos empregados pelos agentes no exercício de suas funções.

### **3.1 Eficácia e eficiência no âmbito público**

Eficiência e eficácia são palavras semelhantes, com algumas diferenças na definição e utilização de ambos os termos. No caso em tela, para que ocorra de fato o que se deseja é necessário que ambas se encontrem. A eficácia mede a relação entre o efeito da ação, e os objetivos pretendidos. É uma afirmação independente, enquanto a eficiência é uma condição, que nem sempre está atrelada à eficácia. Ou seja, eficiência tem haver com dinamismo e rapidez e eficácia tem haver com durabilidade e qualidade.

Peter Drucker, o pai da Administração Moderna, define os termos da seguinte forma:

A eficiência consiste em fazer certo as coisas: geralmente está ligada ao nível operacional, como realizar as operações com menos recursos – menos tempo, menor orçamento, menos pessoas, menos matéria-prima, etc... Já a eficácia consiste em fazer as coisas certas: geralmente está relacionada ao nível gerencial.

Eficácia está relacionada à escolha e, depois de escolhido o que fazer, fazer esta coisa de forma produtiva leva à eficiência. A eficácia é o grau em que os resultados de uma organização correspondem às necessidades e aos desejos do ambiente externo,

abrangendo um plano mais amplo, não se limitando apenas no cumprimento de um trabalho, mas sim na resolução total de uma situação.

### **3.2 Gestão com eficiência**

Relacionado ao gasto público, é importante que a eficiência econômica direcione um grande percentual das despesas para os gastos sociais, como por exemplo, saúde. Sendo os recursos escassos, a qualidade do gasto deve ser discutida sob o enfoque de se gastar melhor, sem que isso signifique aumento das despesas em todas as áreas, para evitar desperdícios e aumentar a produtividade sem prejudicar a qualidade do serviço.

Para Wildavsky, citado por Bromley e Bustelo, (1992), a eficiência econômica significa alcançar um objetivo ao menor custo ou obter a máxima quantidade de um possível objetivo por meio de uma dada quantidade de recursos.

Segundo Cooter e Ulen (2000), citado por Leal (2008), a mais tradicional visão da eficiência (oriunda da economia) preocupa-se, sobretudo, com os custos relacionados aos meios utilizados para o alcance de um resultado. Nesse sentido, a presente perspectiva identifica eficiência com economicidade, que impõe ao administrador o dever indeclinável de buscar a melhor combinação de inputs a menor custo.

Gabardo (2003) diz que a eficiência não se restringe à ordem econômica, mas é nesse “locus” que reside a sua maior relevância. Para Oliveira (2004), uma escolha social não pode ter como único critério norteador o da eficiência econômica. Equidade e justiça também são importantes. Políticas de distribuição de renda costumam ter custo significativo de eficiência econômica e, no entanto, continuam a ser perseguidas em nome de uma maior equidade social.

Derani (2002), citado por Meirelles (2005), diz que uma administração pública eficiente é aquela capaz de cumprir todas as suas funções em atendimento aos princípios e regras afetas à sua atividade, de modo a concretizar a sua finalidade – a ampliação do bem-estar ou de distribuição equitativa da riqueza social por todos os integrantes da sociedade.

Ainda sobre o assunto, Menezes acrescenta:

Compreendendo o princípio da eficiência administrativa em uma dimensão ética, vinculada aos demais princípios constitucionais que fazem a estrutura do Estado Democrático de Direito, vê-se a sua função de limitar a lógica do capital, cuja atenção está mais emblematicamente voltada para os resultados. Em nome do princípio da eficiência, os particulares prestadores do serviço público não podem se guiar pela maximização do lucro e devem estabelecer como foco a qualidade, a satisfação do usuário, o interesse coletivo e a garantia da equidade. A eficiência na prestação do serviço público é encontrada na satisfação social, na disponibilização do serviço à sociedade e no atendimento aos princípios da gestão administrativa dos serviços públicos. (MENEZES, 2005, p. 60).

A eficiência, sendo um princípio constitucional, abarca a ética, a satisfação da sociedade, a qualidade, a economicidade além da questão econômica. A eficiência é de suma importância nas discussões sobre a administração pública como prestadora de serviços. Prestação esta que se dá mediante ação ordenada e coordenada na forma de políticas públicas, como processo político de escolha de prioridades de governo que incorpora os meios e as ações, ambos enquanto instrumentos e espaços de atuação do agir e da manifestação de poder, não sendo, portanto, abstratos nem isolados um do outro (SUBIRATS, 1992; OZLACK, 1975, apud CÂMARA, 2009).

### 3.2.1 A permanência hospitalar

A média de permanência é o indicador que mede a eficiência, eficácia e efetividade da gestão da instituição hospitalar como um todo. Este indicador é considerado como um dos mais importantes, pois reflete financeiramente na receita e no custo hospitalar.

O impacto na receita ocorre porque a tabela do SUS estabelece limites de permanência para cada procedimento realizado nos pacientes. Quando o paciente ultrapassa esse limite de diárias estabelecidas na tabela de procedimentos do SUS, o hospital não recebe a compensação financeira equivalente pelas diárias a mais.

Já o impacto no custo ocorre porque cada dia de internação a mais do que o autorizado na tabela do SUS, gera o custo do paciente-dia, que é o valor correspondente a todos os gastos com o paciente em um dia de internação, quanto maior o tempo maior o custo. Este valor não é recuperado porque não haverá pagamento integral pelo sistema, no caso de

permanência maior. Quando a permanência é alta, pode-se dizer que o giro do paciente no leito é baixo e situações como esta, geram um déficit capaz de inviabilizar o hospital.

Portanto, pode-se dizer que este fato compromete a gestão financeira e torna-se inviável para o hospital. Para que o serviço prestado pelo hospital atenda aos critérios estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde, é necessário um controle muito próximo de toda situação, que permita identificação de falhas e correção do que for possível corrigir em tempo hábil.

A limitação de recursos destinados ao setor deve estimular os administradores a identificar os pontos críticos no processo de assistência médico-hospitalar, a fim de melhorar e aprimorar esse processo, procurando, desse modo, incrementar a eficiência e a produtividade institucional sem arriscar ou comprometer a qualidade dos serviços prestados”.(VILAR apud COSTA E SILVA, 2003).

Diante dessas considerações, se faz necessário uma gestão efetiva que consiga envolver todos os setores influentes na redução da permanência dos pacientes. Carvalho (1999, p.157 apud COSTA; SILVA, 2003), cita alguns fatores internos que contribuem para o desenvolvimento da média de permanência nos hospitais:

1. o hospital pode não dispor de um corpo clínico com profissionais suficientes para atender à demanda fazendo-se necessário, às vezes, aguardar a vinda de um profissional de fora para começar ou continuar um tratamento;
2. Em hospital de grande porte e de emergência, em certos casos, o médico residente ou interno, apesar de não estar suficientemente preparado para atender um determinado tipo de paciente, arrisca a vida do mesmo praticando uma cirurgia para a qual não tem ainda a necessária competência. Como resultado frequentemente surge complicações que forçosamente interferem na permanência do paciente;
3. O corpo clínico não está constantemente a par da evolução das técnicas médicas e cirúrgicas, através de leitura de revistas especializadas, de frequência às reuniões e de discussões de casos clínicos ou cirúrgicos do hospital;
4. A morosidade nos serviços complementares de diagnósticos e terapêuticos pode contribuir decisivamente, sobre a maior ou menor permanência do paciente no hospital;
5. A administração inadequada dos recursos hospitalares também pode contribuir para o aumento da média de permanência. Ex. Falta de material e falta de pessoal hospitalar de qualidade; e,

6. Finalmente, um motivo que tem aumentado muito a média de permanência no Brasil é a famigerada e indesejável infecção hospitalar.

Costa e Silva (2003) identificaram alguns fatores internos específicos que interferem na alta do paciente e também identificados no hospital estudado, sendo:

- 1 Ausência de protocolos de procedimentos médicos, divergindo na conduta terapêutica;
- 2 Ausência de visita diária da equipe médica aos pacientes internados;
- 3 Ausência de um sistema de auditoria atuante, para avaliação contínua do tempo de internação.

## **4 DESOSPITALIZAÇÃO**

Neste capítulo verifica-se os conceitos, tipos, objetivos, desafios e a importância do termo desospitalização.

### **4.1 Conceito do termo desospitalização**

O termo desospitalização surgiu após a Segunda Guerra Mundial como dispositivo no modelo de atenção a pacientes psiquiátricos que estavam isolados pela sociedade nos hospitais (MACHADO et al.,2005).

A desospitalização é a saída de um paciente do âmbito hospitalar, de forma segura, possibilitando e promovendo os cuidados necessários em um outro ambiente. Dessa forma, significa reduzir o tempo de internação hospitalar para o mínimo possível, permitindo a continuidade de tratamento em domicílio, com eficiência e com processos assistenciais estruturados. Esse ato ocorre quando o paciente hospitalizado possui uma satisfatória estabilidade clínica de seu estado de saúde, mas necessita de complementação do tratamento iniciado na hospitalização, assim como, de equipamentos e recursos médicos que dão suporte à vida. Àqueles que não estejam plenamente recuperados ou quando evoluem para internação prolongada, bem como, os que estão sem chances de recuperação, ou seja, em um estado “vegetativo”.

Para Delgado (1990), desospitalização é o conjunto de procedimentos destinados a transformar um modelo assistencial baseado na segregação hospitalar em uma prática assistencial que não isole o paciente da comunidade, além de incluir a reintegração social dos segregados e definindo um novo papel a ser desempenhado pelas instituições que até então cumpriam função asilar. A família encontra-se inserida nesse contexto como um elemento fundamental no processo de desospitalização e reabilitação do indivíduo. Se considerarmos que a base da vida é a família, é necessário pensar no cliente como um indivíduo que tem uma vida fora do hospital (trabalho, lazer, amigos, família).

Zem-Mascarenhas e Barros (2009) afirmam que a desospitalização está associada à humanização e oferece ao indivíduo uma recuperação mais rápida no domicílio.



Complementarmente, haveria uma redução da necessidade de leitos hospitalares, refletindo no futuro da gestão hospitalar (NETO; MALIK, 2007).

O ato de desospitalização, tanto no que se refere aos pacientes quanto aos profissionais e à instituição, traz vários benefícios, visto que o paciente tem redução no tempo de tratamento e menor risco de infecção, os profissionais podem desenvolver uma assistência individualizada ambulatorial e a instituição tem redução de custos hospitalares, além da disposição de leitos para outras demandas (AZEVEDO et al., 2010, p.274).

A desospitalização acarreta a responsabilidade de todos os profissionais envolvidos propiciando condições para a continuidade e a integralidade do cuidado fora do hospital.

## **4.2 Tipos de desospitalização**

Os tipos de desospitalização são os seguintes:

- Home care e atenção domiciliar (AD)

O home care é uma especialidade que vem crescendo e possui visão diferente da hospitalar, uma vez que suas atividades são dedicadas aos cuidados com os pacientes, juntamente com seus familiares, de forma individualizada em ambiente extra hospitalar. A metodologia utilizada é no sentido de melhorar a estabilidade da saúde física, mental, social e emocional dos pacientes atendidos. Este é um atendimento privado, que não utiliza os serviços do Programa Saúde da Família (PSF).

Em domicílio (Atenção Domiciliar), a concessão para tratamento é feita por solicitação médica, diante da possibilidade de um familiar se dispuser a auxiliar o paciente em suas necessidades e atividades da vida cotidiana (cuidador) e de um domicílio adequado. Geralmente é acompanhado pelos postos de saúde do município, com o programa Saúde em Família.

Silva et al.(2005, p. 392), afirmam que “hoje, a utilização do domicílio como espaço de atenção busca racionalizar a utilização dos leitos hospitalares e os custos da atenção, além de construir uma nova lógica de atenção centrada na vigilância à saúde e na humanização da atenção”. Pode-se aceitar a definição do Ministério da Saúde (MS) ao orientar que no “domicílio”, a família tem papel essencial no cuidado, pois sua participação ou não pode delinear a forma, a eficácia e a evolução do cuidado e a qualidade de vida do paciente em AD.”(BRASIL, 2012a, p. 43).

O cuidado domiciliar, realizado por familiares aos usuários com dependências cognitivas e físicas, é cada vez mais comum e necessário para suprir as grandes demandas pelos leitos hospitalares e os riscos que as hospitalizações prolongadas podem gerar nos indivíduos acometidos pelas diversas doenças (SOUZA et al., 2014).

- Hospital-dia

O hospital-dia realiza, em nível ambulatorial, procedimentos diagnósticos e terapêuticos, antigamente executados em regime de internação, de cirurgias ambulatoriais até quimioterapias diversas. Às vezes se realizam, em regime ambulatorial, procedimentos de risco, cuja porcentagem de complicações é elevada. Por isso, o relacionamento próximo com hospitais de referência se faz imprescindível. As operadoras de saúde mostram hesitação em remunerar esses eventos nessas unidades, talvez baseadas na equivocada premissa de que, se não necessita de internação, o procedimento pode ser considerado dispensável (NETO; MALIK, 2007, p.834).

- Institucional

Neste caso, o tratamento ocorre em outra instituição capacitada para dar continuidade às necessidades do indivíduo, mas estas podem não ser necessariamente hospitalares, como por exemplo, casas de recuperação, asilos, etc...

### **4.3 Objetivos da desospitalização**

O objetivo da desospitalização não é dar alta precocemente ao paciente. É fornecer o suporte para que o tratamento tenha continuidade em outro ambiente que não o

hospitalar. Assim, promove uma alternativa para a gestão e a economia de recursos, ocorre a educação e conhecimento em saúde, há prevenção de complicações e ocorre o mais essencial que é o incentivo de promoção à saúde, bem como libera a vaga para outros pacientes que necessitam da mesma.

A promoção da saúde visa o fortalecimento do indivíduo para refletir e agir sobre os condicionantes da saúde. Vai além da instrução de procedimentos técnicos de comportamentos desejáveis, uma vez que ter informação não é o suficiente para a melhoria da qualidade de vida. Promover a saúde resulta em escolhas que geralmente não estão totalmente ligadas ao conhecimento, mas integralmente aos valores de cada indivíduo (CZERESNIA, 2003).

#### **4.4 Os desafios e os benefícios da desospitalização**

Há vários desafios que são enfrentados para chegar ao processo de desospitalização, como falta de comunicação e orientação da equipe de profissionais do hospital para com o paciente e os familiares no processo de alta, oferecer atenção necessária para a família que no momento é a mais preocupada quanto a levar o paciente para a casa e que a pessoa doente receba atendimento adequado. Essa falta de comunicação traz insegurança e medo para família, levando-a a impedir muitas vezes o processo de alta.

Outro grande desafio da desospitalização são as reinternações hospitalares, pois traz desconforto ao paciente e a seus familiares. Por isso, é importante conhecer todos os perfis dessa população, com o intuito de prestar melhor atendimento hospitalar e, principalmente, planejar com mais atenção os cuidados que serão necessários após a alta, a fim de evitar uma reinternação não programada. Ainda há um grande desafio ao público envolvido em razão da compreensão sobre o motivo da desospitalização e o que se espera da continuidade do atendimento, mesmo sendo uma das formas de humanizar a recuperação do paciente.

Em relação aos benefícios, a desospitalização é bastante salutar, pois, traz tanto para os pacientes, reduzindo os riscos de infecção hospitalar, como para os seus familiares, sendo o maior deles a permanência do paciente no seio familiar. Como benefícios podemos citar também a humanização da atenção, maior conforto para o usuário e sua família; a

minimização de intercorrências clínicas; aumenta a disponibilização de leitos para os usuários que necessitam de internação hospitalar; há tendência ao menor uso de exames/medicamentos de forma desnecessária; há o aumento dos leitos de retaguarda às urgências/emergências; ocorre a otimização de recursos; promove autonomia dos usuários e familiares, mediante a capacitação de familiares, cuidadores e o próprio usuário para o cuidado dentro de seu próprio ambiente.

São atribuídas também como benefícios da desospitalização: (1) a diminuição do risco de contrair infecções; (2) a diminuição da taxa de morbidade e mortalidade por episódio de infecção; (3) o aumento da resposta terapêutica; (4) o curto tempo de internação; (5) o aumento da qualidade de vida; (6) mais conforto para o paciente e sua família; (7) o cuidado mais humanizado; (8) a diminuição do risco de propagação da infecção na comunidade; e (9) a diminuição do risco de reinternação com infecção (VASCONCELOS et al., 2015).

Enfim, os benefícios da desospitalização no tempo correto para o paciente, proporciona maior chance de esclarecimento e envolvimento familiar, diminuição de riscos e maior estímulo e continuidade para o tratamento.

#### **4.5 Desospitalização e a gestão hospitalar**

A literatura sobre o futuro da gestão hospitalar fala em redução da necessidade de leitos hospitalares e coloca em foco um fenômeno conhecido como desospitalização, que consiste em retirar o paciente do hospital e realizar os cuidados no domicílio quando estes já não são de alta complexidade e sim de alta dependência (NETO; MALIK, 2007). "Entre os princípios norteadores do SUS, o princípio da integralidade é o que mais implica na desospitalização" (GUEDES; MATEUS; KALINKE, 2008, p.74).

O estudo de Guedes e outros (2008) expõe que o ponto chave para a desospitalização é a organização de linhas de cuidado. Isso exige ações gerenciais resolutivas da equipe de saúde centradas no acolher, informar e encaminhar por dentro de uma rede, na qual o paciente saiba sobre a estrutura do serviço e da rede assistencial.

Neto e Malik (2007) falam de modelos de cuidado alternativos àqueles prestados em ambiente hospitalar e de outros que complementam a assistência hospitalar, ajudando a dar a desejada integralidade à atenção. Em decorrência da redução de custos, da demanda por leitos hospitalares, bem como dos riscos que a hospitalização prolongada pode causar, os pacientes recebem alta assim que os problemas mais agudos são resolvidos (CESAR; SANTOS, 2005). Reduzir taxas de re-hospitalização atraiu a atenção dos responsáveis políticos como a maneira de melhorar a qualidade do cuidado e de reduzir custos (JENCKES; WILLIANS; COLEMAN, 2009).

Cesar e Santos (2007) analisa diversos aspectos que interferem na alta hospitalar: repercussões sociais, adequação das orientações às demandas de cuidados, interação familiar, o idoso cuidador de outro idoso, sentimentos desencadeados pelo agravo à saúde e carência financeira. Uma compilação das recomendações imprescindíveis para o planejamento da alta é, segundo Clinical (2005): Nível I - reuniões familiares e equipe, avaliação das necessidades pré-alta, plano de cuidados ligação com unidades de saúde da comunidade (referência e contra referência), informações gerais e educação, dificuldade em atividades da vida diária deve receber terapia ocupacional ou multidisciplinar intervenções orientadas. Isso deve incluir a formação, como necessário, em técnicas de cuidados pessoais, estratégias de comunicação, a manipulação física (CLINICAL, 2005).

#### **4.6 O papel do serviço social na desospitalização**

O serviço social é parte integrante da equipe profissional, tendo papel fundamental na intermediação da orientação de alta, bem como encaminhamentos necessários. O código de ética do serviço social (BONETTI, 2001) pauta-se pelo compromisso de atender as necessidades concretas dos usuários, perceber as necessidades intrínsecas em cada situação e garantir ao usuário e familiares o acesso efetivo aos benefícios e programas de saúde disponíveis. Isto implica em transformar possibilidades em efetividades. Nesse espaço dramático se institui um momento estratégico de intervenção que se abre à reflexão por referência à natureza e às potencialidades das práticas educativas.

O serviço social, sendo de caráter interventivo, busca compatibilizar o cotidiano do usuário com a prática institucional, com as políticas vigentes, com a equalização do saber técnico e popular, na concretização de direitos sociais, tendo como competências

elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública direta ou indireta. É de extrema importância para a desospitalização, contudo, nem sempre é possível a conclusão do ato, em razão de dificuldades alheias ao profissional.

A maioria dos autores entendem que o planejamento da alta hospitalar com práticas interdisciplinares, ressalta a importância do assistente social e a convivência profissional-paciente-família estimula a relação social e permite a troca de informações que é fundamental para reduzir as complicações pós-alta e reduzir as readmissões e a alta permanência, que contribui para segurar a saúde para atender as necessidades do paciente.

## **5 JUDICIALIZAÇÃO**

Os principais motivos da judicialização são o descumprimento do direito à saúde pelos poderes Executivo e Legislativo; a essencialidade do direito à saúde; a maturidade e fortalecimento do poder judiciário e o crescimento da consciência dos cidadãos acerca dos seus direitos. A judicialização da saúde como via de acesso à assistência tem definições diversas.

### **5.1 Conceito**

A judicialização pode ser definida como a decisão, pelo Poder Judiciário, de questões relevantes do ponto de vista político, podendo ser relacionadas à educação, saúde, segurança e outras (BARROSO, 2011).

É um movimento de discussão, no campo do Direito, dos conflitos político-sociais. Parte-se do princípio de que o Judiciário, quando demandado, pode ser um instrumento de formação de políticas públicas (DALLARI et al., 1996).

É o surgimento do protagonismo do Poder Judiciário na efetivação de direitos, principalmente de cunho social e coletivo, como estratégia de mobilização de recursos e argumentos para a defesa e conquista de direitos (ASENSI, 2010).

### **5.2 Judicialização do direito à saúde**

São diversas as publicações que tratam do fenômeno “Judicialização da Saúde”, tanto do ponto de vista jurídico quanto da gestão do sistema de saúde. No Brasil, as principais condições facilitadoras da judicialização das políticas se originaram no processo de redemocratização e reconstitucionalização do país. Merece destaque a promulgação da Constituição Federal de 1988, com um estilo de texto aberto à interpretação, de cláusulas indeterminadas e universalização do acesso à justiça, que também se tornou direito fundamental (VERBICARO, 2008). Essas condições instigaram a atuação do Judiciário nas relações sociais e têm acarretado maior impacto nas questões relacionadas à saúde. A forma na qual a Constituição Federal de 1988 foi elaborada, bem como as falhas do legislativo e das instituições reguladoras, obrigam o judiciário a exercer o papel de mediador e controlador de

conflitos entre os poderes assim como recebe uma sobrecarga de atuação (WERNECK *et al.*, 1999).

Paralelo ao fenômeno da judicialização, Asensi (2010) acrescenta o conceito de juridicização para indicar a atuação fiscalizadora e controladora do Ministério Público diante das instituições e estabelecimentos de saúde, de forma que ofereçam o serviço de acordo com as demandas, tendo esse órgão atuado, principalmente, com dois instrumentos formais: o de Ação Civil Pública (ACP) e o Termo de Ajustamento de Conduta (TAC).

Ao pensar que a judicialização representa, uma ampliação da inclusão social e uma debilidade do Legislativo, ela passa a ser vista de forma positiva, deixando de ser uma ameaça e assumindo, para certos autores, a posição de maior aliada do SUS, já que sinaliza as necessidades, aponta as dificuldades e impulsiona os gestores a modificar processos, criar ou alterar políticas (FLEURY, 2012).

É de extrema importância a formulação de estratégias políticas e sociais que aperfeiçoem os sistemas de saúde e de justiça para efetivação do direito à saúde, sendo acessível a todos. Acessibilidade pode ser definida como caráter ou qualidade do que é acessível, excluindo as etapas de percepção de necessidades e o processo de tomada de decisão na procura de serviços pelos indivíduos. Além da entrada nos serviços, indica também o grau de desajuste entre as necessidades dos pacientes e os serviços e recursos utilizados. A acessibilidade não se restringe apenas ao uso ou não de serviços de saúde, mas inclui a adequação dos profissionais e dos recursos tecnológicos utilizados para atender às necessidades de saúde dos pacientes (DONABEDIAN, 1988).

O fenômeno da judicialização reforça a necessidade de melhor planejamento para que gestão de recursos seja mais eficaz de forma a melhor aproximar da real necessidade de assistência à saúde. Há gargalos nas linhas de cuidado e dificuldades na garantia da integralidade da atenção, ou seja, nos dispositivos legais o sistema oferta o serviço de forma universal, mas não consegue atender integralmente às demandas dentro de um tempo oportuno. Além disso, essas ações judiciais indicam uma dificuldade do SUS para suprir as diversas necessidades de utilização dos serviços, discutidas por Campos (2004) em atendimento ao direito à vida. O aumento das demandas por procedimentos de média e alta complexidade e, conseqüentemente, a dificuldade de acesso são justificadas por Spedo e



outros (2011), devido à reprodução do modelo hegemônico baseado em procedimentos e em uma baixa resolutividade da atenção básica. Outra justificativa é percebida por Fleury (2012), ao discutir o modelo de Estado comprador de serviços, não mais provedor ou gestor, e a introdução da lógica de mercado na gestão dos serviços, que tende a distorcer o direito à saúde.

Destaca Fleury (2012) que a judicialização pode ser aliada do SUS, por sinalizar as deficiências e estimular a reflexão para novas políticas, de forma a reduzir a distância entre o SUS estabelecido no arcabouço normativo e o SUS que executa as ações e serviços de saúde. A avaliação dos processos judiciais aponta para as necessidades emergentes de melhoria no acesso aos procedimentos de média e alta complexidade, no que diz respeito ao tempo de espera para o atendimento e cuidado integral.

A judicialização passa a “funcionar” como via de acesso a ações que são componentes do rol de ofertas do SUS, tendo em vista o elevado percentual de procedimentos contemplados na Tabela Unificada do SUS, os fatores tempo de diagnóstico e ausência de vagas podem ser fortes indícios das dificuldades de acesso, uma vez que o procedimento mais demandado foi internação, inclusive internação em CTI. Conforme parâmetros da OMS, para cada um milhão de habitantes, devem ser disponibilizados 330 leitos de UTI. Entretanto, em Minas Gerais, estão registrados, atualmente, 3.923 leitos de UTI, em torno de 40% a menos do recomendado.

Conforme afirmam Campos e Amaral (2007), que as respostas à pressão por incorporação de procedimentos de alto custo têm sido mais rápidas do que as ações para a desospitalização. Dessa forma, esses dados podem ser indicadores da necessidade de reprogramação do número de leitos, de intensificação no gerenciamento dos existentes e, principalmente, do desenvolvimento de políticas que incentivem a desospitalização e assegurem a eficácia da atenção básica. Assim, as barreiras de acesso ao atendimento no SUS não podem ser negligenciadas, porquanto, reforça a necessidade da busca do atendimento pelo meio judicial, diante da dificuldade de acesso, e de planejamento para que a gestão de recursos seja mais eficaz de forma a melhor aproximar da real necessidade de assistência à saúde.

### 5.3 A judicialização e o orçamento público

A Portaria GM/MS nº 1.101/02 foi publicada com o intuito de orientar os gestores no aperfeiçoamento da gestão do SUS, auxiliar na elaboração do planejamento e da programação pactuada e integrada da assistência à saúde e colaborar para o acompanhamento, controle, avaliação e auditoria dos serviços de saúde no âmbito do SUS, focando a necessidade da oferta de serviços assistenciais (BRASIL, 2002). No período que antecede a revisão de parâmetros operacionais contidos na Portaria GM/MS nº 1.101, de 2002, e considerando a descentralização um princípio constitucional do SUS, foram estabelecidas cinco normas operacionais que, além de definirem o processo de gestão dos serviços públicos de forma descentralizada, definiram os critérios de alocação de recursos, propondo a Programação Pactuada e Integrada (PPI), com a proposta de melhor atender às reais necessidades de cada região: as Normas Operacionais Básicas (NOB) nº 01/91, nº 01/93, nº 01/96 e as Normas Operacionais de Assistência à Saúde nº 01/2001 (NOAS/01) e nº 02/02 (BRASIL, 2006).

A Norma Operacional de Assistência à Saúde 01/2001 tem como principais objetivos o alcance da integralidade, da equidade e o cuidado à saúde. Nessa norma, o sistema de saúde municipal foi caracterizado como um conjunto de estabelecimentos, organizados em rede regionalizada e hierarquizada, e disciplinados segundo subsistemas, um para cada município (o SUS - Municipal), voltado ao atendimento integral de sua própria população e inserido de forma indissociável no SUS, em suas abrangências estadual e nacional, não necessitando que os estabelecimentos desse subsistema municipal sejam, obrigatoriamente, de propriedade da prefeitura, nem terem sede no território do município (BRASIL, 2007).

Essa norma detalha a PPI, ressaltando que ela envolve as atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, de vigilância sanitária e de epidemiologia e controle de doenças, constituindo-se como um instrumento essencial de reorganização do modelo de atenção e da gestão do SUS, de alocação dos recursos e de apresentação do pacto estabelecido entre as três esferas de governo. Além disso, caracteriza o processo de elaboração da programação pactuada entre gestores e integrada entre esferas de governo. Ela se estabelece, ainda, de forma integral, conforme o conjunto de atividades relacionadas a uma população específica e desenvolvidas num território determinado, independente da vinculação institucional do órgão responsável pela execução dessas atividades. Dessa forma, a União

define normas, critérios, instrumentos e prazos, aprova a programação de ações sob seu controle, incorpora as ações sob sua responsabilidade direta e aloca os recursos disponíveis, cujo resultado é deliberado pelo Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2007).

A programação das internações realizadas em leitos complementares também é orientada pela distribuição do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (BRASIL, 2007). Em geral, os recursos de pré ou pós-pagamentos são programados e pagos pelo nível federal. Entretanto, o custo real dos serviços muitas vezes extrapola os valores faturados ou estimados com base nas tabelas, cabendo aos gestores a sua complementação, por meio de custeio direto ou indireto. Há uma tendência de rompimento da lógica de pagamento por produção, com novas modalidades de financiamento e co-financiamento baseados em custeio com recursos estaduais e/ou municipais e federais (hospitais de pequeno porte, hospitais de ensino, centros de especialidades odontológicas) (BRASIL, 2007).

As ações judiciais têm gerado impacto no orçamento público e nas políticas de saúde, uma vez que pressiona o investimento em ações de saúde não programadas e altera o fluxo de acesso e cobertura aos serviços de saúde ao atender prioritariamente os indivíduos que solicitaram o atendimento por meio do Judiciário. Isso gerou reações dos poderes legislativo e executivo.

A formulação da Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011, que acrescenta o capítulo VIII, no título II – do Sistema Único de Saúde, na Lei nº 8.080/90, dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do SUS. Nela a assistência terapêutica é definida como a dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, que estejam em conformidade com os protocolos clínicos ou nas relações de medicamentos estabelecida pelos gestores de cada esfera governamental – federal, estadual e municipal – e a oferta de procedimentos terapêuticos em regime domiciliar, ambulatorial e hospitalar definidos em tabelas elaboradas pelo gestor federal. Foram atribuídas à Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS as funções de incorporação, exclusão ou alteração de medicamentos, produtos ou procedimentos na relação de medicamentos contemplados pelo SUS e estabelecidos os critérios de incorporação de tecnologias.

Para complementar o orçamento, o Estado contribui com recursos por meio da Câmara de Compensação, normatizada pela Deliberação CIB-SUS 404, de dezembro de 2007. Esses recursos são disponibilizados com os objetivos de reajustar o custo médio das internações hospitalares de média complexidade e ressarcir o que extrapolou, além do pactuado ou não pactuados na PPI (BRASIL, 2007).

## 6 GESTÃO NO ÂMBITO HOSPITALAR

Bittencourt e Hortale (2009) discorrem sobre a superlotação nos Serviços de Emergências Hospitalares, como um fenômeno mundial que tem como principal marcador o aumento do tempo de permanência nas unidades de emergência. A falta de leitos de retaguarda é a principal causa do fenômeno e a consequência é o atraso no diagnóstico e tratamento, com aumento da taxa de mortalidade.

Nas últimas décadas, em decorrência da crescente conscientização dos direitos do paciente aliado a um aumento da oferta dos serviços de saúde, percebe-se o movimento global pela qualidade da assistência e gestão hospitalar. Na sociedade contemporânea a qualidade passa a ser considerado um requisito indispensável para sobrevivência econômica e, certamente, uma responsabilidade ética e social para as instituições de saúde. (HEISLER, 2012)

O gerenciamento de leitos pressupõe a utilização de leitos disponíveis em sua utilização máxima dentro de critérios técnicos definidos pela instituição, visando à diminuição da espera para internação e transferências externas. O núcleo Interno de Regulação de Leitos é um espaço institucional onde se define, a partir de critérios clínicos, as prioridades de internação nos leitos hospitalares e leitos de retaguarda, melhorando o fluxo de saída do serviço de emergência hospitalar (BITTENCOURT, 2009).

Bittencourt (2009) define em linhas gerais as funções de um NIR (Núcleo Interno de Regulação de Leitos): 1- apoiar o fluxo de saída do Serviço de Emergência Hospitalar; 2- regular os leitos da Unidade de Internação, com base no critério de admissão por risco; 3-monitoração do tempo médio de permanência, com utilização de ferramentas como Kanban utilizado nas fábricas da Toyota e atualmente adaptado para a gestão hospitalar.

O NIR organiza a transferência do cuidado, mediante a referência do paciente para a rede, promove a interface da Unidade de saúde com o Complexo Regulador e Redes de Atenção local (Central de Leitos, Coordenações Distritais, Centros de Saúde, Equipes de Saúde da Família, Hospitais ou Clínicas de Apoio e Equipes de Atenção Domiciliar) (BITTENCOURT, 2009).

Na assistência hospitalar do Brasil e do mundo não há como saber se os leitos disponíveis são suficientes e de boa qualidade, apesar de ser excessivamente caros, estima-se que setenta por cento dos gastos do Sistema Único de Saúde (SUS) são destinados aos hospitais (NETO; MALIK, 2007).

A baixa resolutividade dos problemas em saúde aumenta as readmissões e a permanência do paciente torna-se oneroso para o hospital e para o sistema de saúde, que depende de recursos públicos (que muitas vezes são escassos). Com isso, diminui a verba disponível, aumenta o racionamento dos gastos, diminui a qualidade da assistência e, conseqüentemente, torna-se menos resolutivo, recomeçando o ciclo vicioso. Esse ciclo vicioso pode ser percebido ao analisar as reinternações, alta permanência e baixa rotatividade nos hospitais do Brasil e do mundo, o que revela a qualidade da assistência prestada e desencadeia a sobrecarga ao sistema de saúde refletindo diretamente na saúde da população.

Há dados que sugerem que uma a cada cinco hospitalizações sofre um evento adverso após a alta hospitalar, levando o paciente a procurar novamente o atendimento em pronto-socorro, o que gera novas internações (JACK; CHETTY; ANTHONY, 2009).

Uma prática capaz de interferir tanto nas reinternações, alta permanência e na seguridade da saúde do paciente diminuindo os custos, é o planejar a alta do hospital para que haja transferência de cuidados da alta complexidade para o domicílio do paciente com segurança. Para isso, é necessária orientação e troca de informações efetiva entre profissional, paciente e familiar. O planejamento da alta é benéfico para o paciente e interfere significativamente nas porcentagens das reinternações (MAMON; STEINWACHS; FAHEY, 1991).

Os gestores buscam alternativas para viabilizar a desospitalização dos usuários como estratégia para diminuir o tempo de internação, mas necessitam aprimorar a sistematização do processo de desospitalização no sentido de terem instrumentos mais eficazes para auxiliar os profissionais no processo de alta. Um dos instrumentos possíveis de ser utilizado e que pode auxiliar na alta hospitalar é o método Kanban. Este será descrito neste capítulo.

## 6.1 Serviços de urgência e emergência

O Serviço de Emergência é a unidade destinada às necessidades dos pacientes urgentes, emergentes e críticos, executados por uma equipe multiprofissional com relação interdisciplinar, caracterizado por um contínuo assistencial que integra várias áreas assistenciais, e realizado em ambiente extra-hospitalar ou intra-hospitalar. Especificamente, nas unidades hospitalares, a assistência prestada pode ser dividida em três áreas principais, a saber: pronto atendimento, pronto socorro e emergência (GOMES, 1994). Para Gomes (1994), os serviços de emergência hospitalar podem ser considerados como uma das áreas de maior complexidade de assistência e com maior fluxo de atividades de profissionais e usuários.

No atual cenário de gestão em sistemas de saúde, especialmente nas redes de atenção às urgências e emergências, percebe-se o avanço do movimento global pela qualidade em decorrência da crescente conscientização dos direitos dos pacientes e, também pelo aumento de oferta de serviços. A qualidade, na sociedade contemporânea, passa a ser considerado um requisito indispensável para sobrevivência econômica e, certamente, uma responsabilidade ética e social para as instituições de saúde. Cabe lembrar que a qualidade nos serviços de emergência está relacionada a fatores como a superlotação, conforme lembra Novaes e Paganini (1992) que sinalizam que o ambiente tumultuado e estressante dificulta a prestação de um serviço com qualidade, quando por vez, manter o controle da situação parecem ser impossível. Isto soma-se a falta de leitos para a internação e o aumento de doentes crônicos, entre outros, resultam na superlotação dos serviços de emergência e nas inúmeras dificuldades para o atendimento com qualidade.

Siqueira et al. (2007) afirma que a estruturação do acesso ao serviço de emergência, a classificação de risco adequada e baseada em protocolos validados, conjuntamente com a equipe capacitada e adoção de processos assistencial que possibilitem atendimentos dentro das melhores práticas, são pontos para o aumento da qualidade nesses serviços. Além disso, a autora (Siqueira op. cit.) menciona que informar pacientes e familiares sobre a assistência prestada deve ser encarado pela equipe como um direito a ser respeitada, assim como, a utilização de formulários compactos atrelados aos protocolos assistenciais podendo garantir uma melhora significativa na qualidade assistencial. Entretanto as estratégias para melhora da qualidade nos serviços de emergência devem estar focalizadas nas necessidades do paciente, não indo só ao encontro dos resultados esperados pelo gestor.

Devem-se levar em consideração as necessidades da instituição, e também suas responsabilidades e expectativas sobre o cuidado.

O atendimento de urgência e emergência constitui uma forma diferenciada de assistência à saúde, cujas decisões são estabelecidas num pequeno espaço de tempo. A superlotação em serviços de urgência e emergência é um “fenômeno” contemporâneo global, impactando fortemente sobre a gestão clínica e a qualidade assistencial (MEDEIROS e SANTOS, 2010; BITTENCOURT e HORTALE, 2009).

A superlotação nos serviços de urgência e emergência é um problema sistêmico e a solução desse problema, não é pontual ou local, envolvem todos os atores da rede de saúde nos diferentes níveis de atenção (ALBINO, GROSSEMAN, RIGGENBACH, 2007; BITTENCOURT E HORTALE, 2009). Contudo, especialmente no âmbito hospitalar, um conjunto de medidas tem sido adotado para minimizar os riscos contra a vida para os pacientes que esperam pelo atendimento inicial ou mesmo pela transferência para o local de cuidado definitivo.

A Classificação de Risco (CR) emerge como uma dessas medidas importantes, independentemente do protocolo ou sistema adotado (desde que possua cinco níveis de estratificação de risco e seja validado), podendo ser implantada nos serviços de urgência e emergência tendo alguns objetivos, tais como: a reorganização dos fluxos operacionais e a reorganização das rotinas assistenciais. Entretanto, o gerenciamento de fluxo não é garantido apenas pela classificação inicial dos pacientes. Torna-se necessário a reclassificação do risco dos pacientes em observação/internação periodicamente e a associação de outras ferramentas gerenciais, tal como o Sistema Kanban.

O sistema Kanban nas emergências hospitalares pode ser entendido como uma ferramenta de qualificação do gerenciamento do cuidado, por sítios assistenciais. Dessa forma, através dessa ferramenta podemos identificar o paciente, identificar a equipe responsável, localizar o paciente na emergência, indicar o tempo de permanência, entre outros. Agregado a ele, é preconizado, no monitoramento, a reclassificação de risco dos pacientes em observação/internados na Emergência, sendo realizadas pela enfermagem a cada 12 horas, utilizando-se um protocolo de Classificação de Risco validado.



Portanto, reclassificação de risco e o sistema kanban são tecnologias de intervenção que dispararam mudanças no modo de operar os processos de trabalho, alinhando os modelos de atenção e de gestão.

## **6.2 Métodos Kanban**

O sistema Kanban é um método de controle que inicialmente foi aplicado aos processos de produção na indústria e que pode ser uma nova ferramenta de apoio à gestão de leitos. Kanban um termo de origem japonesa e significa literalmente “cartão” ou “sinalização”. Nesses cartões são colocadas indicações sobre uma determinada tarefa, por exemplo, “para executar”, “em andamento” ou “finalizado”. A utilização de um sistema Kanban permite um controle detalhado de produção com informações sobre quando, quanto e o que produzir.

A implementação do sistema Kanban em uma emergência hospitalar visa a qualificação do gerenciamento do cuidado, por sítios assistenciais. Agregado a esse sistema, é preconizado, no monitoramento, a reclassificação de risco dos pacientes em observação/internados na Emergência, sendo realizadas pela enfermagem a cada 12 horas, utilizando-se o protocolo de Classificação de Risco. Esta rotina poderá permitir a realocação de pacientes por gravidade e por especialidade, facilitando a realização de consultorias, a gestão e programação de transferências e adequação das necessidades de intensidade de cuidado. Além disso, sinalizará para as equipes da assistência e de gestão quais os pacientes com permanência elevada.

### **6.2.1 Funções do Kanban**

Moura (1989) destaca que as funções do Kanban se resumem em seis pontos:

1. O Kanban estimula a iniciativa por parte dos empregados da área. Por exemplo, ele é um meio efetivo de delegar autoridade aos chefes de departamentos. Os chefes, com a autoridade de expedir o Kanban, podem, por sua vez, promover a participação do grupo ao discutir a emissão e o retorno do Kanban com seus subordinados. Os chefes de departamentos podem tentar reduzir o número de kanbans através de treinamento e melhoramento do trabalho.

2. O Kanban é um meio de controle de informações. Ele separa as informações necessárias das desnecessárias, alcançando, desta forma, resultados máximos com um mínimo de informações.

3. O Kanban controla o estoque. É possível fazer um controle direto do estoque na área, visto que o Kanban sempre acompanha as peças ou os materiais. O estoque total é controlado em termos do número de Kanbans em circulação.

4. O Kanban ressalta o senso de propriedade entre os empregados. É estabelecida uma meta visível de desempenho no trabalho para uma estação de trabalho e os empregados que fazem parte dela se empenham para atingir a meta através de meios inovadores. Este tipo de motivação do grupo garante a implantação bem sucedida do sistema de produção “Just-in-time”.

5. O Kanban simplifica os mecanismos de administração do trabalho, através do controle de informações e estoque, renovando a organização da empresa.

6. O controle de informações e estoque também permite a administração visual do trabalho na área. Os empregados podem confirmar visualmente o estoque de vez em quando, ao observarem o número de contenedores com peças. Isto estimula sugestões para reduzir mais os estoques.

#### 6.2.2 Como adaptar o sistema Kanban no ambiente hospitalar

Segundo Moura (1989), o Sistema Kanban não funcionará se as pessoas da operacional não seguirem as regras. O posto de trabalho deverá ser organizado para tornar a adesão fácil. O autor sugere implantar controles visuais e, assim, as pessoas podem dizer de imediato se está ocorrendo algum problema. No ambiente hospitalar, o Kanban também não funcionará se não houver o comprometimento das pessoas envolvidas no processo. Os postos de enfermagem serão adequados para que o controle seja feito visualmente, caso isso não ocorra o Kanban perderá suas características. O Kanban terá a função de avisar visualmente os profissionais da saúde, inclusive os médicos o que está acontecendo com o paciente dele.

A equipe de auditoria será responsável por controlar a permanência do paciente agindo diretamente na decisão do médico responsável, o mesmo terá que justificar o porquê do seu paciente estar na situação “ultrapassada” identificada com a cor vermelha e não obteve alta, e a equipe de enfermagem será responsável por atualizar o quadro com os “cartões” do Kanban. A Clínica Médica é responsável pelo atendimento médico hospitalar em tratamento

clínico pelo SUS. Também conhecida como Medicina Interna, é a especialidade que trata de pacientes adultos, incluindo o estudo das doenças não cirúrgicas, não obstétricas e não ginecológicas. A Clínica Cirúrgica é a unidade hospitalar onde permanecem os pacientes no período pré e pós – operatório, ou são preparados para o procedimento cirúrgico.

### **6.3 Planejamentos da alta hospitalar**

O enfermeiro é legalmente responsável pelo planejamento e gerenciamento da alta hospitalar e pode ser responsabilizado civil e penalmente caso ocorra algum dano ao paciente.

A Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, no artigo 11, parágrafo 3º, incumbe privativamente ao enfermeiro: planejamento, organização, coordenação e avaliação dos serviços de assistência a enfermagem, e na alínea p, como parte integrante da equipe, participação na operacionalização do sistema de referência e contra referência do paciente nos diferentes níveis de atenção. No parágrafo 6º, prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela. Sendo então o enfermeiro essencial no gerenciamento do plano da alta. "A gerência de serviços de saúde tem sido uma prática realizada por enfermeiras, as quais têm utilizado para isso a sua capacidade de saber organizar e sistematizar rotinas, já legitimando" (ELMEL; FRACOLLI, 2003).

Com o planejamento da alta, pode-se confirmar e concretizar ainda mais os fundamentos jurídicos e normativos do sistema de saúde brasileiro. Como a lei orgânica de saúde nº 8.080/90, que se refere à promoção, proteção da saúde e o que pode ser conseguido por meio da contra referência e do plano de alta.

É de responsabilidade dos profissionais, principalmente dos enfermeiros, e do sistema de saúde, assegurar os cuidados pós-alta do paciente para uma qualidade de vida, evitando agravos a sua saúde e altos gastos do sistema de saúde para que este se torne um pouco mais economicamente viável, sustentável e resolutivo. Todavia, essa é uma realidade pouco estudada e aplicada. Em razão desse fato, é essencial avaliar os reais benefícios da desospitalização e do planejamento da alta do paciente e nos custos para o sistema de saúde.

Maciel e Araújo (2003) e Chrizostimo e Rosas (2004) apontam que a consulta de enfermagem pré e pós-alta é um momento ímpar para avaliar as condições em que o paciente se encontra para a alta, bem como para sanar dúvidas e reencaminhar, se necessário, uma vez que o enfermeiro é um dos profissionais que mais conhece a rede de referência do SUS. "A consulta de enfermagem precisa ser inserida no cotidiano do enfermeiro. A tabela de financiamento do SUS contempla esse procedimento, tendo remuneração específica na consulta de nível superior" (CHRIZOSTIMO; ROSAS, 2004).

Há também experiências do chamado "enfermeiro de ligação" que "é o profissional que integra os serviços extra-hospitalares, comunicando e encaminhando o paciente após a alta hospitalar para sua unidade de abrangência" (GUEDES; MATEUS; KALINKE, 2008, p.75). O estudo de Jack e outros (2009) explicam as fases da alta estruturada que deve ser abordada pela equipe interdisciplinar. Com essa intervenção, diminuiu a utilização hospitalar em 30%. O custo gerado para o sistema de saúde foi 33,9% menor no grupo que recebeu a intervenção de alta estruturada.

Os componentes da alta estruturada são separados em três fases, com a seguinte estruturação:

**Quadro 1 – Componentes da alta hospitalar estruturada**

<b>FASES</b>	<b>ETAPAS</b>
FASE 1 Componente intra-hospitalar	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informar o paciente sobre seus diagnósticos.</li> <li>2. Lembrar o paciente de fazer acompanhamento e exames em nível ambulatorial.</li> <li>3. Discutir resultados de exames com o paciente.</li> <li>4. Organize serviços para o pós-alta.</li> <li>5. Confirme o plano medicamentoso com o paciente.</li> <li>6. Reconciliar o plano de alta seguindo recomendações.</li> <li>7. Revisar passos a serem seguidos caso ocorram intercorrências após a alta.</li> <li>8. Fazer um resumo de alta para quem for acompanhar o paciente em ambulatório.</li> <li>9. Avaliar o grau de entendimento do paciente pedindo que o mesmo explique em suas próprias palavras o que entendeu daquilo que foi explicado.</li> </ol>
FASE 2 Orientações de cuidados após o hospital	<ol style="list-style-type: none"> <li>10. Plano de alta por escrito contendo: diagnóstico de alta, com morbididades relevantes, lista das medicações que devem ser usadas, programação de seguimento ambulatorial, datas para realizar exames, informação de como obter resultados de exames que ainda não estão prontos no momento da alta.</li> </ol>
FASE 3 Telefonema do farmacêutico	<ol style="list-style-type: none"> <li>11. Reforçar o plano de alta, revisar medicações, resolver dúvidas.</li> </ol>

**Fonte: Annals of Internal Medicine (2009).**

#### **6.4 Reinternações**

Castro e outros (2005) citam fatores associados nas readmissões em um hospital geral brasileiro: características individuais, aspectos clínicos, características dos serviços, local de residência e acesso aos cuidados de saúde. Mamon e outros (1991) também relaciona as dificuldades nas atividades de vida diária como um preditor nas reinternações. Miasso e colaboradores (2005) enfatiza os erros de medicação domiciliares. Guedes e outros (2008) abordam a falta de monitoramento do sistema de saúde após a alta. Silva e colaboradores (2005) aponta para a necessidade de ampliar o vínculo com as Unidades

Básicas de Saúde e Equipes de saúde da Família, bem como sistematizar a referência e contra referência entre a atenção primária, secundária e terciária.

Para reduzir as reinternações e assegurar a continuidade do cuidado no domicílio é necessário que a alta hospitalar seja planejada e sistematizada, sendo o enfermeiro fundamental no gerenciamento e execução do plano de cuidados, além de ser o responsável legal por essa ação. Porém, esse planejamento deve ser sistematizado e pautado em bases científicas comprovadas e o profissional ter conhecimento da rede de saúde como um todo. O plano de alta deve ser iniciado na admissão do paciente e com o envolvimento da família. Sendo assim, é possível vislumbrar a integralidade da assistência e uma representação social mais justa para a enfermagem, mediante uma prática simples e nem por isso menos importante.

A estratégia de alta programada deve ser uma prática reforçada entre os profissionais que compõem a equipe hospitalar com estabelecimento de critérios de elegibilidade e negociação com o paciente e com a família (BRASIL, 2012a).

A prática de reunir profissionais para o compartilhamento entre os profissionais de saúde do plano terapêutico do paciente para oferecer condutas para o cuidado durante a hospitalização e planejar o processo de alta, é uma das ferramentas necessárias à desospitalização. Nesse caso, ocorre a alta programada, para que os profissionais de saúde reservem um espaço para discussão dos casos passíveis de transferência do hospital para a assistência domiciliar, visando a continuidade do cuidado.

## **7 O HOSPITAL JOÃO XXIII**

### **7.1 Estrutura do Hospital João XXIII**

Tem como cenário o Hospital João XXIII, inaugurado em 1973, tendo a missão de atuar como centro de referência no atendimento a pacientes vítimas de poli-traumatismo, grandes queimados, intoxicações e situações clínicas e ou cirúrgicas com risco de morte. Está localizado na capital do Estado de Minas Gerais.

O Complexo Hospitalar João XXII está constituído como centro especializado na atenção às urgências, com serviço de pronto-socorro funcionando ininterruptamente com capacidade operacional de 75 leitos; podendo, em situações excepcionais ou de extrema necessidade, incorporar mais 64 leitos emergenciais. Possui 110 leitos credenciados para pacientes críticos em tratamento intensivo, sendo distribuídos em unidade de tratamento de grandes queimados, 45 leitos, ainda, 47 leitos destinados ao atendimento de trauma adulto e infantil, 48 leitos de terapia intensiva clínica e 24 leitos de cuidados progressivos.

Está habilitado em alta complexidade de traumato-ortopedia, neurocirurgia, cirurgia vascular, terapia nutricional, além de ser centro de referência para tratamento de queimados. Sendo referência do grande trauma, presta assistência médica permanente nas seguintes especialidades: anestesiologia, cirurgia plástica, cirurgia geral, cirurgia vascular, cirurgia torácica, neurocirurgia, ortopedia, otorrinolaringologia, patologia clínica, imagenologia, clínica médica, pediatria, oftalmologia e toxicologia clínica. Possui também atendimento especializado em cirurgia buço-maxilo-facial. Para atendimento conta com equipe multidisciplinar que totaliza 3.100 servidores, sendo 2.479 de profissionais da saúde.

O Hospital João XXIII forma juntamente com o Hospital Maria Amélia Lins e Galba Veloso Ortopédico o complexo de urgência/emergência da rede FHEMIG, sendo essas duas últimas unidades referências para cirurgias eletivas ortopédicas.

Atualmente, o gerenciamento de leitos no Hospital João XXIII é centrado na figura da gerência de enfermagem, que por vezes conta com a ajuda da gerência assistencial, ou da coordenação médica de plantão, não tendo protocolos pré-definidos para tal. Tem como prioridade o fluxo de escoamento dos pacientes da sala de recuperação pós-anestésica do

bloco cirúrgico da urgência, dos pacientes da unidade de terapia intensiva e dos pacientes da sala de politrauma, e posteriormente os usuários dos outros setores.

Tal atividade não conta com a apreciação de uma Comissão Interna de Regulação de leitos. É realizada diariamente, prioritariamente durante as manhãs. Em função de se tratar de um processo dinâmico nas quais decisões sobre transferências e liberação de vagas para pacientes podem e devem ser tomadas a qualquer horário do dia, tem nesse aspecto um ponto negativo. Não existem protocolos institucionais que direcionem tal processo e nas salas de emergência não se aplicam instrumentos que quantifiquem indicadores importantes, como média de permanência ou taxa de ocupação dos pacientes, além de instrumentos formais de definição de prioridades para a internação.

O processo de gerenciamento de leitos no Hospital João XXIII consiste em uma rotina determinada culturalmente, caracterizada pela entrega diária de uma planilha à gerência de enfermagem e ao chefe de equipe, que sinaliza os leitos vagos em todos os andares de internação do hospital. Em seguida, esses servidores percorrem os setores da emergência realizando uma busca ativa, questionando quais são as necessidades de vagas apontadas pelos plantonistas da emergência.

Tal processo se mostra relativamente eficaz no fluxo de pacientes graves dos setores priorizados. Por outro lado, apresenta algumas desvantagens e a principal delas é a personificação do processo, deixando-o vulnerável a condutas individuais, além de se tornar centrado no serviço e não no usuário. Ressalta-se que o processo de regulação interna está “descolado” do processo externo de regulação, como a busca de leitos externos e transferências de pacientes de outras instituições para o Hospital João XXIII.

O Hospital João XXIII faz a regulação da sua capacidade, no entanto as rotinas são particularizadas em coordenações assistenciais, deixando-as sobrecarregadas. Torna-se, portanto, necessário criar um processo uniforme para os turnos de trabalho, formalizando e responsabilizando atores para o processo de gerenciamento de leitos.

Conforme explicitado, os responsáveis pela gestão de leitos não utilizam os dados de indicadores de monitoramento de média de permanência e taxa de ocupação como recurso para a gestão dos leitos. O Hospital João XXIII monitora formalmente junto ao



Ministério da Saúde os seguintes indicadores: números de pacientes que foram acolhidos na unidade de urgência do hospital e classificados segundo gravidade do caso; número de pacientes atendidos pelo médico; número total de pacientes que foram atendidos pelo médico e permaneceram em observação na unidade de urgência; número de pacientes que foram atendidos pelo médico e permaneceram em observação por mais de 24 horas na unidade de urgência; número de pacientes que chegaram à unidade de urgência do hospital e evoluíram para óbito após 24 horas de atendimento.

Esses indicadores são monitorados diariamente, desde fevereiro de 2012, e constituem importante ferramenta de gestão para subsidiar intervenções necessárias. O gerenciamento do cuidado hospitalar é um importante objeto de pesquisa em serviços de saúde, em razão do seu papel singular na assistência e do seu alto custo.

Por exemplo, para se ter uma ideia do custo envolvido tem-se que, analisando o valor no mês de fevereiro de 2017, em média, o custo gerado por cliente/dia foi em torno de:

- 9º ANDAR – Unidade de Tratamento de Queimados Intensivos: R\$ 2.881,86;
- 8º ANDAR – Unidade de Tratamento de Queimados: R\$ 1.065,48;
- RETORNO DE QUEIMADOS - Equipe Multidisciplinar: R\$ 269,33;

Já no setor de Clínica Médica, onde a internação ocorre com maior permanência, o custo é de R\$ 900,35, em fevereiro de 2017.

## **7.2 Análise de dados e resultados das entrevistas**

Algumas reflexões concretas sobre o caso analisado, foram vistas e interpretadas por profissionais do hospital João XXIII, da seguinte forma:

A desospitalização, em um modo geral, foi mencionada como

uma alta hospitalar humanizada e com segurança. Nem sempre o lugar do paciente é no hospital. Na admissão do paciente em um hospital já é necessário pensar juntamente com a equipe multidisciplinar e a família a desospitalização deste indivíduo. Desospitalização também não deixa de ser um conceito novo no mercado de saúde e que funciona como uma alternativa para a disponibilizar mais leitos hospitalares, proporcionando atendimento domiciliar para pacientes que podem ser tratados em casa. A tendência já vem sendo estudada e implantada principalmente por hospitais mais modernos, que entendem que as ampliações de suas instalações têm um futuro limitado. E é aí que entram os serviços de home care. Antes visto como concorrentes da internação hospitalar, os serviços de cuidados com a

saúde em ambiente domiciliar passaram a ser um aliado dos hospitais, uma vez que liberam leitos para pacientes que realmente necessitam de internação para cirurgias ou outros procedimentos passíveis de serem realizados somente em ambiente hospitalar. (LMPS, Assistente Social)

Percebe-se a importância da desospitalização e as tendências para ampliação desse ato. A visão da outra funcionária entrevistada demonstrou a mesma necessidade de desospitalização, porém, com foco para a demanda de assistência de diversos profissionais internos e externos, assim como, para a importância da família nesse processo.

Entendo por desospitalização, o processo que desencadeia na alta hospitalar do paciente que tem condições de continuar o tratamento em casa, ou seja, todo um trabalho de articulação dos profissionais do hospital com a família e a rede sócio assistencial e de saúde do município de domicílio do paciente para que o mesmo receba alta do hospital, mas tenha condições de dar continuidade ao tratamento. A desospitalização não é dar alta precocemente para o paciente e sim uma forma de garantir uma alta segura, fornecendo todo o suporte para que o paciente tenha condições de continuar seu tratamento em casa. A partir do momento em que um paciente ocupa um leito hospitalar, sem necessidade de estar de fato internado, o mesmo está coibindo o direito de outro cidadão que necessita de atendimento a ser hospitalizado e tratado. (VDRO, Assistente Social)

Em uma colocação mais ampla, a desospitalização é analisada com métodos e formas para que seja conduzida de forma favorável, tanto para a Instituição quanto para o paciente, de acordo com a visão do servidor.

É necessário trabalhar com a desospitalização desde o dia em que o paciente chega ao hospital. Quando ele chega, já tem que se pensar em um tratamento, propondo intervenções, pensando também o que ele vai precisar no pós-alta. Ela precisa ser de uma forma multidisciplinar, onde cada profissional vai poder avaliar quais as interferências físicas, sociais e psíquicas, podendo tudo isso ser trabalhado. Há cuidados que terão que ser em casa, onde a enfermagem irá atuar, ensinando a família. (IH, Coordenadora)

A respeito da desospitalização no hospital João XXIII, foram mencionadas por entrevistados situações que impedem que o ato ocorra com mais agilidade, como as de usuários com vulnerabilidade social e, foram citadas também as fragilidades existentes em outras instituições que poderiam dar suporte no momento da desospitalização.

A desospitalização ocorre com pessoas em diferentes níveis de complexidade assistencial, como por exemplo, pacientes que não precisam de uma internação hospitalar para receber medicação intravenosa, podendo receber esse cuidado em casa. Há ainda os pacientes crônicos com patologias mais severas, que se encontram acamados e dependentes de ventilação mecânica e que precisam de todo o suporte necessário para manutenção da assistência com qualidade. Quando se trata de desospitalização no SUS é um grande desafio. A assistente social, na grande maioria das vezes, se depara

com uma situação de vulnerabilidade social dos usuários muito grande, dificultando a saída do paciente do hospital. Paralelamente a esta situação vive-se também a grande falta de políticas públicas que ampare estes pacientes que não necessitam permanecer internados, porém, necessitam de cuidados. As instituições que foram criadas para dar apoio a estes pacientes, unidade básica de saúde, também estão fragilizadas, sem recursos o que dificulta ainda mais esta engrenagem. (LMPS, Assistente Social).

Para que se torne eficiente a desospitalização é necessário um trabalho em conjunto, com multiprofissionais que ofereçam informações para os próprios profissionais, juntamente com o paciente e os familiares. De acordo com relatos de servidores do hospital analisado, esse encontro de informações é muito importante, mas ainda é pouco encontrado no ambiente de trabalho.

No HPS JXXIII, vejo que a desospitalização como um longo caminho ainda a ser percorrido, visto que tal questão ainda é pouco discutida pelos profissionais e não contamos muito com a ajuda do médico que é um profissional fundamental neste processo. Várias vezes a alta é dada sem uma prévia discussão com a equipe assistencial e sem uma preparação da família para tal o que gera uma ansiedade na família e resistência em levar o paciente para casa. É muito importante que a família compreenda o benefício que o paciente terá em dar continuidade ao seu tratamento no domicílio, daí a importância do médico em esclarecer o diagnóstico e os tratamentos propostos. Observo que aqui no HPS não há de fato o envolvimento dos profissionais neste processo, muitas das vezes, os médicos dão alta ao paciente e este fica 'a cargo do Serviço Social'. Neste processo, o assistente social se vê sozinho, sem o apoio da equipe no acompanhamento e sensibilização da família. Outro ponto importante é que muito das vezes esta alta não é sinalizada com antecedência para o Serviço Social, o que torna o processo mais moroso, visto a necessidade de auxiliar a família a providenciar os equipamentos necessários, realizar contato com a rede sócio assistencial e de saúde para o acompanhamento domiciliar, entre outras ações. (VDRO, Assistente Social)

Na desospitalização é necessário um envolvimento interdisciplinar entre as equipes. Essa necessidade, também foi observada no hospital analisado por uma entrevistada.

Hoje no hospital pronto socorro João XXXIII, não há um projeto que trabalhe isso de forma efetiva. Temos uma equipe, que às vezes não consegue atuar de forma interdisciplinar, pensando no sentido da alta. Temos a gestão de leitos onde gere vagas já existentes. Existem algumas ferramentas como o método Kanban que já é um projeto para implantação no hospital, avaliando o paciente enquanto internado. (IH, Coordenadora)

Algumas dificuldades externas, também atrasam no processo de desospitalização. Essas dificuldades também foram percebidas, pelos entrevistados. A partir disso, eles mencionam que a desospitalização

poderia ser diferente com criação de políticas públicas eficazes, criação de casas de apoio, criação de casa de recuperação de dependentes químicos, criação de asilos, enfim, investir no social da população.(LMPS- Assistente Social)

A partir do momento em que se encontram dificuldades perceptíveis na desospitalização, é necessário mudanças para que possa haver melhorias. A partir disso, então, um dos entrevistados apresentou o seguinte relato de como vê que seria a desospitalização ideal:

Acredito que melhoraria com a criação de uma comissão de desospitalização, composta por uma equipe multidisciplinar para o acompanhamento dos casos, atendimento e orientação à família. Que a equipe médica sinalizasse com antecedência as altas para que o Serviço Social auxilie a família na preparação do domicílio para o melhor acesso do mesmo, bem como contatos com a rede sócia assistencial e de saúde. Que houvesse a realização, por parte da equipe de enfermagem e fisioterapia, de treinamento aos familiares (cuidadores de referência do paciente) dentro da unidade hospitalar, a fim de gerar mais segurança na família na ocasião da alta. Também julgo ser de grande relevância a abordagem precoce à família do paciente para identificação do cuidador de referência, criação de vínculo com a equipe para que a desospitalização aconteça de forma mais tranquila.(VDRO, Assistente Social)

Segundo Moura (1989), o Sistema Kanban não funcionará se as pessoas da operacional não seguirem as regras e também não funcionará se não houver o comprometimento das pessoas envolvidas no processo. A partir disso, tem-se a percepção de IH, coordenadora do setor de queimados, que a gestão de leitos no hospital referido, precisa melhorar.

A gestão de leitos funciona com poucos funcionários, insuficientes, mas há projetos de melhoria referente á isso. É necessário estruturar o núcleo de gestão de leitos, pois atualmente funciona como parte de um projeto, necessita de mais funcionários multidisciplinares, corpo clínico e assistencial (que trabalha com a alta), pessoas com poder de decisão, um gestor com uma equipe mais envolvida, que entenda como é esse processo, dando diretrizes e levantando indicadores. Um trabalho em conjunto, tem-se uma alta segura, eficaz. Uma conscientização da equipe como um todo. (I.H, coordenadora).

Durante as reflexões sobre a desospitalização no HPS João XXIII, foram exemplificados dois casos ocorridos que poderiam ter dificultado em uma possível desospitalização. No primeiro caso, demonstra a falta de políticas sociais que sustentam o paciente fora do âmbito hospitalar.

Um paciente morador de rua, que deu entrada no HPS vítima de queimadura, teve amputação do membro inferior. Após estudo social do caso, foi verificado que o paciente veio para BH há 4 meses, residia em Poções/BA, não tinha bom convívio com os familiares, usuário de drogas e também permanecia na ruas. Paciente após a alta hospitalar não tem um local para ser encaminhado, pois o pai que foi localizado na cidade de Poções não deseja

recebê-lo, existe a dificuldade de locomoção do paciente e em BH não há casa de apoio disponível para recebê-lo devido a sua situação de dependência. Em BH temos abrigos públicos. Por exemplo, a Casa de Apoio, que recebe paciente através de cadastro na prefeitura. (LMPS, Assistente Social)

Já no segundo caso, demonstra uma desospitalização não programada, com falta de orientações por parte dos profissionais, ocasionando uma reinternação, que talvez pudesse ser evitada:

Um paciente sexo masculino, 24 anos, procedente de Belo Horizonte, vítima de acidente de carro com diagnóstico de TCE [(traumatismo crânio-encefálico)] grave. Permaneceu internado no HPS por cerca de dois meses. Recebeu alta médica em uso de gastrostomia, TQT [(traqueostomia)], acamado, contactuando pouco. Na ocasião da alta hospitalar, assistente social de referência do andar estava de férias, paciente foi liberado sem ter sido realizado contato com a rede sócio assistencial, bem como sem a família ter sido orientada com relação aos cuidados necessários com o paciente. Paciente retornou para a unidade cerca de uma semana após a alta com diagnóstico de PNM [(pneumonia)]. Familiares relataram que o mesmo ainda não estava sendo acompanhado pelo posto de saúde. Se a desospitalização do paciente tivesse sido programada com antecedência, a família iria receber as orientações necessárias pela equipe de enfermagem, nutrição, fisioterapia, entre outros. O serviço Social teria referenciado o caso para a atenção domiciliar o que provavelmente evitaria a reinternação. (VDRO, Assistente Social).

Alguns autores refletem sobre o atendimento de urgência e emergência como uma forma diferenciada de assistência à saúde, tendo a superlotação, um impacto forte sobre a gestão clínica e a qualidade assistencial (MEDEIROS e SANTOS, 2010; BITTENCOURT e HORTALE, 2009). Onde a solução desse problema, envolvem todos os atores da rede de saúde nos diferentes níveis de atenção (ALBINO, GROSSEMAN, RIGGENBACH, 2007; BITTENCOURT E HORTALE, 2009).

Para a realização deste trabalho houve vários problemas que impossibilitaram o alcance de um número maior de entrevistados, como a ocorrência de profissional em licença médica e outros que negaram responder a entrevista. Assim, foram realizadas três entrevistas, com as seguintes profissionais: duas assistentes sociais (uma da emergência e outra da unidade de queimados), a coordenadora da enfermagem do hospital João XXIII.

No próximo capítulo aborda-se as conclusões do presente estudo.

## 8 CONCLUSÃO

Nos diversos itens estudados pude concluir que a saúde é imprescindível a todos, sendo o hospital analisado, bastante criterioso, tendo atendimento amplo, com diversidades em especialidades, com exclusividade em alguns tratamentos, buscando a eficiência e a eficácia no atendimento, apesar de suas limitações.

Em se tratando da judicialização, em um modo geral, se percebeu que ela é mais utilizada quando se trata de medicamentos, aparelhagem e objetos que garantam que o indivíduo tenham uma vida saudável, mesmo que pós- internação.

Na análise da percepção de servidores sobre a desospitalização do hospital João XXIII conclui-se que a judicialização na desospitalização – para garantir o direito do paciente a permanecer internado – não é tão relacionada, pois, as deficiências do atendimento hospitalar público – como de ausência de servidores, falta de políticas públicas para auxiliarem a população, verbas insuficientes para as demandas públicas e o aumento da população que utiliza o sistema público de saúde – fazem com que a população não veja este tipo de judicialização como algo a ser aplicado na desospitalização. Ainda, em relação a esses fatos, verifica-se que possivelmente o poder judiciário não conseguiria dar resolutividade, de imediato.

A solução para a desospitalização no hospital João XXIII, seria talvez a formação de um núcleo interno de regulador de leitos, como apontado por um dos entrevistados, para a formação de um gerenciamento interno de vagas, a inclusão do plano terapêutico singular, em todos os setores do hospital em questão, ou seja, cada paciente teria um planejamento específico de sua alta. Ou seja, é importante que seja montado um fluxograma de alta estruturada, tendo início desde a chegada do cliente – o que poderia ser feito com o uso do método Kanban que já em andamento para ser implantado no João XXIII.

A análise da desospitalização não deve se encerrar com esse trabalho. Outros estudos que comparem casos de desospitalização, averiguando os custos de cada tipo, bem como o feito para outras instituições de saúde, são importantes para embasar a decisão dos

gestores públicos hospitalares acerca desta questão, bem como auxiliar na formulação de políticas públicas nesta temática.

## REFERÊNCIAS

- ASENSI, Felipe Dutra. **Indo além da judicialização: O Ministério Público e a saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Escola de Direito do Rio de Janeiro da FGV, Centro de Justiça e Sociedade, 2010.
- AZEVEDO, M.C.C.V. et al. **As crianças portadoras de mucopolissacaridose e a enfermagem: uma experiência da desospitalização da assistência**. Revista Mineira de Enfermagem, Belo Horizonte, v.14, n.2, p.271-76, abr./jun. 2010.
- BARROSO, L. R. **Constituição, democracia e supremacia judicial: direito e política no Brasil contemporâneo**. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2006.
- BARROSO, Luís Roberto. **Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial**. 2007.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988.
- \_\_\_\_\_. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Estabelece critérios sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes**. Diário Oficial da União, Brasília, 20 set. 1990.
- BRASIL. Lei n. 8080, 19 de setembro de 1990. **Lei orgânica de saúde que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes**. Ministério da Saúde, Brasília: 1990.
- BRASIL. Lei no. 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990.
- BITTENCOURT RJ, Hortale VA. **Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática**. 2009.
- CARVALHO, Maria do Carmo Brant. **Alguns apontamentos para o debate**. In: RICO, Elizabeth de Melo; RAICHELIS, Raquel (Orgs.). *Gestão Social – uma questão em debate*. São Paulo: Educ/IEE/PUCSP, 1999.p. 19-29.
- CASTRO, Mônica Silva Monteiro de. **A utilização das internações hospitalares no Brasil: Fatores associados, grandes usuários, reinternações e efeito da oferta de serviço sobre o uso**. 2004. 112 f. Tese (Doutorado) Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. São Paulo.
- CESAR, Alessandra Mendonça, SANTOS, Beatriz Regina Lara dos. **Percepção dos cuidadores familiares sobre um programa de alta hospitalar**. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v.58, n.6, p. 647-652, 2005.



CHRIZOSTIMO, Miriam Marinho, ROSAS, Ann Mary Machado Tinoco Feitosa. **Trilogia da promoção em saúde, consulta de enfermagem e gestão em saúde: o entrelaçar reflexivo.** Revista Informe-se sobre promoção em saúde, São Paulo, v.2, n.2, p. 09-10, 2004.

CLINICAL, Guidelines for stroke rehabilitation and recovery. **National health and medical research council ?National Stroke Foundations.** Australian, 2005.

COSTA, Margarida Alves Eloy; SILVA, Juacy Cavalcante. **Custos em serviços de saúde.** Brasil, 2003 (trabalho acadêmico realizado pela Universidade Federal do Ceará).

CZERESNIA, D. **O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção.**

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (orgs.) **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

DALLARI, S. G. et al. **Advocacia em saúde no Brasil contemporâneo.** Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 30, n. 6, dez. 1996.

DELGADO, P. G. G. **Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil.** In: Costa, N.R, Tundis (org). **Cidadania e loucura: política de saúde mental no Brasil.** Petrópolis: Vozes, 1990.

DONABEDIAN, A. **Losespacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica.** Mexico: Biblioteca de La Salud, 1988.

ELMEL, Regina Célia, FRACOLLI, Lislaine Aparecida. **Processo de trabalho de gerência: uma revisão de literatura.** Revista da escola de Enfermagem da USP. São Paulo, v: 37 n.2, p. 89-86, 2003.

FERRAZ, Octávio Luiz Motta; VIEIRA, Fabíola Sulpino. **Direito à saúde, recursos escassos e equidade: Os riscos da interpretação judicial dominante.** Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, v. 52, n. 1, p. 223-251, 2009.

FLEURY, S.; OUVERNEY, A. M. **Política de saúde: uma política social.** In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.

FLEURY, Sonia. **Judicialização pode salvar o SUS.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 36, n. 93, p. 159-162, abr./jun. 2012.

GABARDO, Emerson. **Eficiência e Legitimidade do Estado: Uma análise das estruturas simbólicas do direito político.** São Paulo: Manole, 2003.

GUEDES, Josiel Chaves, MATEUS, Roseli Maria, KALINKE, Luciana Puchalski et al. **Monitoramento de enfermagem após a alta hospitalar.** Boletim de Enfermagem, Paraná, v.1, p.72-81, 2008.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito administrativo.** 24. Ed. São Paulo: Atlas, 2011.

JACK, Brian W., CHETTY Veerappa K., ANTHONY, David et al. **A Reengineered Hospital Discharge Program to Decrease Rehospitalization - A Randomized Trial.** *Annals of Internal Medicine*, Boston, v.150, n.3, p. 178-188, feb. 2009.

JENCKS, Stephen F., WILLIAMS, Mark V. COLEMAN, Eric A. **Rehospitalizations among Patients in the Medicare Fee-for-Service Program.** *The New England Journal of Medicine*, Chicago, v.360, n.14, p. 1418-1428, Oct. 2009.

LEAL, Fernando. **Propostas para uma abordagem teórico-metodológica do dever constitucional de eficiência.** *Revista eletrônica de direito do Estado*, ago./set./out. Salvador, 2008. Disponível em: <<http://www.direitodoestado.com/revista/REDAE-15-AGOSTO-2008-FERNANDO%20LEAL.pdf>>. Acesso em: 12.01.2017.

MACHADO, Vanessa Cristina; CALDANA, Regina Helena Lima. **Desospitalização em psiquiatria: o desejo de permanecer internado-um estudo de caso.** In: *Formação em psicologia: desafios da diversidade na pesquisa e na prática* [S.l: s.n.], 2005.

MAMON, Joyce, STEINWACHS, Donald M., FAHEY, Maureen et al. **Impact of hospital discharge planning on meeting patient needs after returning home.** *Health Services Research*, Baltimore, v.27, n.2, p. 155-175, may 1991.

MEIRELLES, Hely Lopes. **Direito administrativo brasileiro.** 32. Ed. São Paulo: Malheiros, 2006.

MEIRELLES, Hely Lopes. **Direito Administrativo Brasileiro.** 33. Ed. São Paulo: Malheiros, 2005.

MELLO, Celso Antônio Bandeira de. **Curso de direito administrativo.** 13. Ed. São Paulo: Malheiros, 2001.

MENEZES, Anderson de. **Teoria Geral do Estado.** 8. Ed. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2005.

NETO, Gonzalo Vecina; MALIK, Ana Maria. **Tendências na assistência hospitalar.** *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.12, n.4, p. 825-839, jul./ago. 2007.

NORONHA, J. C.; Lima, L. D.; Machado, C. V. **O Sistema Único de Saúde – SUS.** In: **Giovanella, Lígia et al. (Org.). Políticas e sistema de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo.** 20. Ed. São Paulo: Malheiros, 2001.

SOUZA, E. C. F. et al. **Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde.** *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, sup.1, p. 100-110, 2008.

SOUZA, R. R. **Construindo o SUS: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo. (Dissertação).** Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da UERJ, 2002.

TELLES, Vera da Silva in Cadernos de Pesquisa. **Novas faces da cidadania: identidades políticas e estratégias culturais.** São Paulo: Cebrap, no. 4 de julho de 1996.

VASCONCELOS, J.F. et al. **Desospitalização para cuidado domiciliar: impactos clínico e econômico da linezolida.** *Jornal Brasileiro Economia & Saúde*, v. 7, n. 2, p. 110-115, 2015.

VERBICARO, Loiane Prado. **Um estudo sobre as condições facilitadoras da judicialização da política no Brasil.** *Revista DireitoGV*, n. 4, 2008.

VIANNA, Luiz Werneck, et al. **A judicialização da política e das relações sociais no Brasil.** Rio de Janeiro: Revan, 1999.

ZEM-MASCARENHAS, S.H.; BARROS, A.C.T. **O cuidado no domicílio: a visão da pessoa dependente e do cuidador.** *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 11, n.1, p.45-54, 2009.

## ANEXO A - Portaria nº 1.208, de 18 de junho de 2013

*Dispõe sobre a integração do Programa Melhor em Casa (Atenção Domiciliar no âmbito do SUS) com o Programa SOS Emergências, ambos inseridos na Rede de Atenção às Urgências.*

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando o disposto no art. 198 da Constituição, que estabelece as ações e serviços públicos que integram uma rede regionalizada e hierarquizada que constitui o Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando o art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que estabelece os princípios e as diretrizes do SUS, de universalidade do acesso, integralidade da atenção e descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo;

Considerando a Portaria nº 1.600/GM/MS, de 8 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS;

Considerando a Portaria nº 963/GM/MS, de 27 de maio de 2013, que redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); e

Considerando a Portaria nº 1.663/GM/MS, de 6 de agosto de 2012, que dispõe sobre o Programa SOS Emergências no âmbito da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), resolve:

Art. 1º Fica instituída a integração do Programa Melhor em Casa (Atenção Domiciliar no âmbito do SUS) com o Programa SOS Emergências, ambos inseridos na Rede de Atenção às Urgências.

Art. 2º A integração da Atenção Domiciliar com o Programa SOS Emergências tem como objetivos:

I - evitar internações hospitalares desnecessárias de pacientes atendidos nas Portas de Entradas Hospitalares de Urgência que compõem o Programa SOS Emergências;

II - proporcionar o abreviamento de internações hospitalares, quando indicado clinicamente, possibilitando ampliação dos leitos de retaguarda para as Portas de Entradas Hospitalares de Urgência que compõem o Programa SOS Emergências;

III - humanizar o cuidado aos pacientes em internação hospitalar e atendidos nas Portas de Entradas Hospitalares de Urgência que compõem o Programa SOS Emergências, possibilitando que sejam acompanhados no ambiente domiciliar pelas Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD).

Art. 3º Cada Hospital que compõe o Programa SOS Emergências contará com uma Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD).

Parágrafo único. A Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD), prevista no "caput" deste artigo deverá estar integrada ao Serviço de Atenção Domiciliar do Programa Melhor em Casa do respectivo Município no qual o Hospital encontra-se localizado, quando existir.

Art. 4º A Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD), de que trata o art. 3º desta Portaria, tem as seguintes atribuições:

I - trabalhar integrada com o território (Serviço de Atenção Domiciliar, integrado ou não ao Programa Melhor em Casa e Equipes de Atenção Básica), realizando a transição do cuidado para estas equipes;

II - responsabilizar-se pelo cuidado dos usuários desospitalizados, quando forem classificados como modalidades AD2/AD3 de Atenção Domiciliar e não existir EMAD no território (Município não aderiu ao Melhor em Casa ou aderiu, mas ainda não existe cobertura na área de residência do usuário). Neste caso, a Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) deverá realizar o cuidado de forma articulada à atenção básica;

III - realizar busca ativa no hospital (Portas de Entradas Hospitalares de Urgência e nos leitos) para identificar usuários elegíveis para a Atenção Domiciliar, a partir de protocolos de elegibilidade;

IV - apoiar a equipe do hospital na implantação do protocolo para desospitalização em todo o hospital, de forma articulada ao Núcleo Interno de Regulação;

V - matricular os setores e as equipes do hospital na identificação de pacientes elegíveis para a Atenção Domiciliar, bem como na sua abordagem e de seus familiares, preparando-os para uma desospitalização segura;

VI - apoiar na identificação e capacitação do cuidador ainda no ambiente hospitalar, possibilitando desospitalização mais segura, maior autonomia do cuidador e do paciente, e diminuindo a necessidade e frequência de reinternações; e

VII - participar das reuniões do Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH), compartilhando o processo de planejamento para a implantação e desenvolvimento das atividades relacionadas à Atenção Domiciliar.

Art. 5º Para habilitação do Hospital inserido no Programa SOS Emergências e implantação da Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD), o gestor municipal ou estadual deverá enviar ao Ministério da Saúde o Projeto de Implantação.

§ 1º O Projeto de Implantação observará os seguintes quesitos:

I - objetivos do projeto: apresentação clara das pretensões da gestão do sistema, traduzidas em impactos esperados;

II - características técnicas do Programa de Atenção Domiciliar;

III - descrição do funcionamento do SAD, com garantia de cobertura de 12 (doze) horas diárias, inclusive nos finais de semana e feriados;

IV - descrição do mobiliário, equipamentos e veículos para locomoção das equipes EMAD;

V - descrição do programa de qualificação do cuidador; e VI - proposta local de Acompanhamento, Monitoramento e Avaliação.

§ 2º Compete ao Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS) fazer a análise técnica do Projeto de Implantação, segundo diretrizes e critérios de adequação e disponibilidade financeira.

§ 3º Caberá ao Ministério da Saúde habilitar os referidos estabelecimentos de saúde, por meio de portaria específica.

Art. 6º O incentivo financeiro para custeio da EMAD Tipo 1 será definido em portaria específica, bem como será repassado mensalmente pelo Ministério da Saúde, na modalidade fundo a fundo.

Parágrafo único. Cada Hospital inserido no Programa SOS Emergências poderá ter uma Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar - EMAD Tipo 1, não sendo esta contabilizada no cálculo do teto máximo de equipes estabelecido pela Portaria nº 963/GM/MS, de 27 de maio de 2013.

Art. 7º A integração do Programa Melhor em Casa (Atenção Domiciliar no âmbito do SUS) com o Programa SOS Emergências respeitará as diretrizes e a organização da atenção domiciliar, bem como as regras de manutenção dos repasses dos incentivos financeiros e suas causas de suspensão estabelecidas na Portaria nº 963/GM/MS, de 27 de maio de 2013.

Art. 8º Os recursos orçamentários, objeto desta Portaria, correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.301.2015.20AD.0003 - Piso de Atenção Básica Variável - Saúde da Família - Melhor em Casa.

Art. 9º As definições desta Portaria não alteram as normas vigentes relativas às obrigações dos serviços especializados e/ou centros de referência de atendimento ao usuário do SUS, previstas em portarias específicas, tais como atenção a usuários oncológicos e de Terapia Renal Substitutiva (Nefrologia - TRS).

Art. 10 Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

## ANEXO B - Portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011

### *Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).*

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único, do art. 87 da Constituição, e

Considerando o disposto no art.198 da Constituição de 1988, que estabelece as ações e serviços públicos que integram uma rederegiionalizada e hierarquizada que constitui o Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando o art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que estabelece os princípios e diretrizes do SUS, de universalidade do acesso, integralidade da atenção e descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo;

Considerando o art. 15, inciso IV, da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que institui o Estatuto do Idoso;

Considerando a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) nº 11, de 26 de janeiro de 2006, que dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar;

Considerando a Portaria nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde 2006 -Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto;

Considerando a Portaria nº 699/GM/MS, de 30 de março de 2006, que regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão;

Considerando o Decreto nº 7.508, de 29 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 1990;

Considerando a Portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS;

Considerando a Humanização como Política transversal na Rede de Atenção à Saúde do SUS, expressa no documento: "HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS" de 2008; e

Considerando a atenção domiciliar como incorporação tecnológica de caráter substitutivo ou complementar à intervenção hospitalar, resolve:

Art. 1º Esta Portaria institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo as normas para cadastro e habilitação dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) e os valores do incentivo para o seu funcionamento.

Art. 2º Para efeitos desta Portaria considera-se:

I - o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) como um serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP);

II - Atenção Domiciliar como nova modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde; e

III - cuidador como a pessoa com ou sem vínculo familiar, capacitada para auxiliar o paciente em suas necessidades e atividades da vida cotidiana;

Art. 3º A Atenção Domiciliar tem como objetivo a reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial e hospitalar, com vistas à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de pacientes internados, a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários.

Art. 4º A Atenção Domiciliar é um dos componentes da Rede de Atenção às Urgências e deverá ser estruturada de forma articulada e integrada aos outros componentes e a Rede de Atenção à Saúde, a partir do Plano de Ação Regional, conforme estabelecido na [Portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011](#).

## CAPÍTULO I DAS DIRETRIZES DE ATENÇÃO DOMICILIAR

Art. 5º A Atenção Domiciliar deve seguir as seguintes diretrizes:

I - ser estruturado na perspectiva das redes de atenção à saúde, tendo a atenção básica como ordenadora do cuidado e da ação territorial;

II - articular com os outros níveis da atenção à saúde, com serviços de retaguarda e incorporado ao sistema de regulação;

III - ser estruturado de acordo com os princípios de ampliação do acesso, acolhimento, equidade, humanização e integralidade da assistência;

IV - estar inserido nas linhas de cuidado por meio de práticas clínicas cuidadoras baseadas nas necessidades do usuário, reduzindo a fragmentação da assistência;

V - adotar modelo de atenção centrado no trabalho de equipes multiprofissionais e interdisciplinares; e

VI - estimular a participação ativa dos profissionais de saúde envolvidos, do usuário, da família e do cuidador.

## CAPÍTULO II DA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO DOMICILIAR

### Seção I

#### Do Serviço e Atenção Domiciliar (SAD)

Art. 6º O SAD deverá estar cadastrado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

Art. 7º A EMAD deverá atender a uma população adscrita de 100 (cem) mil habitantes, com base no local de residência do usuário, e poderá estar alocada nos diversos tipos de serviços de atenção à saúde tais como hospital, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Unidades Básicas de Saúde (UBS), devendo estar vinculada administrativamente ao SAD.

Art. 8º Não serão admitidas superposições de EMAD em uma mesma base territorial ou populacional de 100.000 habitantes.

Art. 9º Para dar suporte e complementar as ações de saúde da atenção domiciliar quando clinicamente indicadas, será designada 1 (uma) EMAD para, no mínimo, 3 (três) EMAD.

Art. 10. Para admissão do usuário no SAD, deverá haver concordância do usuário e familiar, com assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido.

Art. 11. O SAD se organizará em três modalidades, de acordo com os níveis de complexidade e frequência de atendimento: Atenção Domiciliar tipo 1 (AD1), Atenção Domiciliar tipo 2 (AD2) e Atenção Domiciliar tipo 3 (AD3).

### Seção II

#### Das Modalidades de Atenção Domiciliar

Art. 12. A modalidade AD1 destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde.

Art. 13. A prestação da assistência na modalidade AD1 é de responsabilidade das equipes de atenção básica, incluindo equipes de Saúde da Família, por meio de visitas regulares em domicílio, no mínimo, uma vez por mês.

Parágrafo único. As equipes de atenção básica, incluindo equipes de Saúde da Família que executarão as ações na AD1 serão apoiadas pelos Núcleos de Apoio às Equipes de Saúde da Família e ambulatórios de especialidades e de reabilitação.

Art. 14. Os equipamentos, os materiais permanentes e de consumo e os prontuários dos pacientes atendidos na modalidade AD1 deverão estar instalados na estrutura física das próprias Unidades Básicas de Saúde.

Art. 15. São critérios de inclusão para cuidados na modalidade AD1, a existência das seguintes situações:

I - apresentar problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde;

II - necessitar de cuidados de menor complexidade, incluídos os de recuperação nutricional, e de menor frequência, dentro da capacidade de atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS); e

III - não se enquadrar nos critérios previstos para o AD2 e AD3 descritos nesta Portaria.

Art. 16. A modalidade AD2 destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuos, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção.

Parágrafo único. Para admissão de usuários nesta modalidade é indispensável à presença de um cuidador identificado.

Art. 17. A prestação de assistência à saúde na modalidade AD2 é de responsabilidade da EMAD e da EMAP, ambas designadas para esta finalidade.

§ 1º A EMAD realizará visitas regulares, no mínimo, uma vez por semana.

§ 2º A EMAP realizará visitas em domicílio a critério clínico, quando solicitado pela EMAD.

Art. 18. Na modalidade AD2 deverá ser garantido, se necessário, transporte sanitário e retaguarda de unidades assistenciais de funcionamento 24 horas, definidas previamente como referência para o usuário, nos casos de intercorrências.

Art. 19. São critérios de inclusão para cuidados na modalidade AD2, a existência de, pelo menos, uma das seguintes situações:

I - demanda por procedimentos de maior complexidade, que podem ser realizados no domicílio, tais como: curativos complexos e drenagem de abscesso, entre outros;

II - dependência de monitoramento frequente de sinais vitais;

III - necessidade frequente de exames de laboratório de menor complexidade;

IV - adaptação do paciente e /ou cuidador ao uso do dispositivo de traqueostomia;

V - adaptação do paciente ao uso de órteses/próteses;

VI - adaptação de pacientes ao uso de sondas e ostomias;

VII - acompanhamento domiciliar em pós-operatório;

VIII - reabilitação de pessoas com deficiência permanente ou transitória, que necessitem de atendimento contínuo, até apresentarem condições de frequentarem serviços de reabilitação;

IX - uso de aspirador de vias aéreas para higiene brônquica;

X - acompanhamento de ganho ponderal de recém-nascidos de baixo peso;

XI - Necessidade de atenção nutricional permanente ou transitória; XII- necessidade de cuidados paliativos;

XIII - necessidade de medicação endovenosa ou subcutânea; ou

XIV- necessidade de fisioterapia semanal.

Art. 20. A modalidade AD3 destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, com necessidade de maior frequência de cuidado, recursos de saúde, acompanhamento contínuo e uso de equipamentos, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção à saúde.

Parágrafo único. Para admissão de usuários nesta modalidade é indispensável à presença de um cuidador identificado.

Art. 21. A prestação de assistência à saúde nesta modalidade é de responsabilidade da EMAD e da EMAP, ambas designadas para esta finalidade.

§ 1º A EMAD realizará visitas regulares em domicílio, no mínimo, uma vez por semana.

§ 2º A EMAP realizará visitas em domicílio a critério clínico, quando solicitado pela EMAD.



Art. 22. Na modalidade AD3 deverá ser garantido transporte sanitário e retaguarda para as unidades assistenciais de funcionamento 24 horas, definidas previamente como referência para o usuário, nos casos de intercorrências.

Art. 23. São critérios de inclusão para cuidados na modalidade AD3, as seguintes situações:

I - existência de pelo menos uma das situações admitidas como critério de inclusão para a AD2; e

II - necessidade do uso de, no mínimo, um dos seguintes equipamentos/procedimentos:

a) oxigenoterapia e Suporte Ventilatório não invasivo (Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas (CPAP), Pressão Aérea Positiva por dois Níveis (BIPAP), Concentrador de O<sub>2</sub>);

b) diálise peritoneal; e

c) paracentese.

Art. 24. São critérios para não inclusão no SAD, em qualquer das três modalidades, a presença de pelo menos uma das seguintes situações:

I - necessidade de monitorização contínua;

II - necessidade de assistência contínua de enfermagem;

III - necessidade de propedêutica complementar, com demanda potencial para a realização de vários procedimentos diagnósticos, em sequência, com urgência;

IV - necessidade de tratamento cirúrgico em caráter de urgência; ou

V - necessidade de uso de ventilação mecânica invasiva contínua.

Parágrafo único. O descumprimento dos acordos assistenciais entre a equipe multiprofissional avaliadora e o usuário e familiares ou cuidadores poderão acarretar na exclusão do usuário do SAD, com garantia de continuidade do atendimento ao usuário em outro tipo de serviço adequado ao seu caso.

Art. 25. Uma EMAD poderá prestar assistência, simultaneamente, a pacientes inseridos nas modalidades de atenção domiciliar tipo 2 e tipo 3 e deverá ter a seguinte composição mínima:

I - 2 médicos (as) com carga horária mínima de 20 horas semanais ou 1 médico (a) com carga horária de 40 horas semanais;

II - 2 enfermeiros (as) com carga horária mínima de 20 horas semanais ou 1 enfermeiro (a) com carga horária de 40 horas semanais;

III - 1 (um) fisioterapeuta com carga horária de mínima de 30 horas por semana ou 1 (um) ou assistente social com carga horária mínima de 30 horas por semana; e

IV - 4 (quatro) auxiliares/técnicos de enfermagem com carga horária de 40 horas por semana.

Art. 26. O SAD deverá organizar o trabalho da EMAD no formato de cuidado horizontal (diarista) de segunda a sexta-feira, 12 horas/dia e garantir o cuidado nos finais de semana e feriados, podendo utilizar, nesses casos, o regime de plantão, de forma a assegurar a continuidade da atenção.

Art. 27. Cada EMAD deve atender a uma população adscrita de 100 (cem) mil habitantes, utilizando como parâmetro de referência uma equipe de EMAD para 60 (sessenta) pacientes.

Art. 28. Uma EMAD poderá prestar assistência, simultaneamente, a pacientes inseridos nas modalidades de atenção domiciliar tipo 2 e tipo 3 e será constituída por, no mínimo, 3 (três) profissionais de saúde de nível superior, com carga horária semanal mínima de 30 horas, eleitos entre as seguintes categorias: assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, farmacêutico e terapeuta ocupacional.

Parágrafo único. O SAD que não contar com EMAD e que optarem pelo Assistente Social na Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar EMAD deverá garantir reabilitação aos usuários por meio dos Núcleos de Apoio às Equipes de Saúde da Família e /ou ambulatórios de reabilitação.

Art. 29. As modalidades de AD2 e AD3 deverão contar com infraestrutura especificamente destinada para o seu funcionamento, que contemple: equipamentos, material permanente e de consumo, aparelho telefônico e veículo(s) para garantia da locomoção das equipes.

Parágrafo único. Os equipamentos e os materiais citados no caput, bem como os prontuários dos pacientes atendidos nas modalidades AD2 e AD3 deverão ser instalados na estrutura física de uma unidade de saúde municipal, estadual ou do Distrito Federal, a critério do gestor.

Art. 30. Nas três modalidades de Atenção Domiciliar, as equipes responsáveis pela assistência têm como atribuição:

I -trabalhar em equipe multiprofissional e integrada à rede de atenção à saúde;

II -identificar e treinar os familiares e/ou cuidador dos usuários, envolvendo-os na realização de cuidados, respeitando limites e potencialidades de cada um;

III - abordar o cuidador como sujeito do processo e executor das ações;

IV - acolher demanda de dúvidas e queixas dos usuários e familiares e/ou cuidador como parte do processo de Atenção Domiciliar;

V - elaborar reuniões para cuidadores e familiares;

VI - utilizar linguagem acessível a cada instância de relacionamento;

VII - promover treinamento pré e pós-desospitalização para os familiares e/ou cuidador dos usuários;

VIII - participar da educação permanente promovida pelos gestores; e

IX - assegurar, em caso de óbito, que o médico da EMAD, nas modalidades AD2 e AD3, ou o médico da Equipe de Atenção Básica, na modalidade AD1, emita o atestado de óbito.

### CAPÍTULO III

#### DA HABILITAÇÃO DO SAD

Art. 31. Para a organização da Atenção Domiciliar como componente da Rede de Atenção às Urgências serão obedecidas as fases para a sua constituição, previstas na [Portaria nº 1.600/GM/MS, de 2011](#) da Rede de Atenção às Urgências.

Art. 32. Para a Habilitação dos Serviços, criação de equipes e/ou ampliação de equipes de serviços já habilitados nas modalidades AD2 e AD3, o gestor deverá enviar ao Ministério da Saúde o detalhamento do Componente Atenção Domiciliar (AD) do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências, aprovado pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde do Distrito Federal e pela Comissão Intergestores Regional (CIR), de acordo com os seguintes requisitos:

I -especificar o número de serviços e/ou equipes EMAD e EMAP, que estão sendo criados ou ampliados com o impacto financeiro, observando o critério populacional de 100.000 habitantes para cada EMAD e, no mínimo, 300.000 habitantes para cada EMAP;

II-descrever a inserção do SAD na Rede de Atenção à Saúde, incluindo a sua grade de referência, de forma a assegurar a retaguarda de especialidades, métodos complementares de diagnóstico, internação hospitalar e remoção do usuário dentro das especificidades locais (transporte sanitário, SAMU);

III - apresentar a proposta de infraestrutura para o SAD, incluindo área física, mobiliário, equipamentos e veículos para locomoção das equipes EMAD e EMAP;

IV - informar o estabelecimento de saúde inscrito no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES) em que cada EMAD deverá estar alocada;

V - descrever o funcionamento do SAD, com garantia de cobertura de 12 (doze) horas diárias, inclusive nos finais de semana e feriados;

VI - informar o programa de qualificação do cuidador;

VII - informar o programa de educação permanente para as equipes de EMAD e EMAP; e

VIII - descrever as estratégias de monitoramento e avaliação dos indicadores do serviço, tomando como referencia indicadores da literatura nacional e internacional, incluindo aqueles estabelecidos pela Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) -nº 11, de 26 de janeiro de 2006.

Parágrafo único. Caso o proponente seja a Secretaria Estadual de Saúde, o detalhamento do Componente Atenção Domiciliar (AD) do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências deverá ser pactuado com o gestor municipal de saúde do município no qual o SAD em questão estará alocado.

## CAPÍTULO IV

### DOS ESTABELCIMENTOS COM HABILITAÇÃO EM INTERNAÇÃO DOMICILIAR

Art. 33 Os Estabelecimentos de Saúde credenciados no serviço 13.01-internação domiciliar até a data da publicação desta Portaria permanecerão habilitados e continuarão recebendo por meio de Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

Parágrafo único. Após a publicação desta Portaria, não poderão ser habilitados novos estabelecimentos de saúde na modalidade internação domiciliar (Código 13.01).

Art. 34 Somente os estabelecimentos públicos, atualmente habilitados em internação domiciliar (Código 13.01), poderão optar pela adequação aos critérios previstos nesta Portaria, tornando-se um serviço de atenção domiciliar, habilitado pelo Código 13.02.

Parágrafo único. A adequação dos serviços de internação domiciliar para serviços de atenção domiciliar, de acordo com o disposto no caput deste Artigo, deverá seguir o trâmite e requisitos dispostos no capítulo III desta Portaria.

## CAPÍTULO V

### DO FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO DOMICILIAR

Art. 35. O SAD que preencher os requisitos constantes nesta Portaria estará apto a receber os recursos financeiros de custeio para sua manutenção, por meio de transferência fundo a fundo.

§ 1º O Ministério da Saúde repassará os recursos na forma de incentivo mensal no valor de R\$ 34.560,00 (trinta e quatro mil e quinhentos e sessenta reais) para cada EMAD que prestar atendimento nas modalidades AD2 e AD3 e o valor de R\$ 6.000,00 (seis mil reais) para cada EMAP, após recebimento de documentação pelo Ministério da Saúde enviada pela CIB, que comprove a aprovação da habilitação do serviço e a criação de cada equipe.

§ 2º O valor de R\$ 34.560,00 (trinta e quatro mil e quinhentos e sessenta reais) previsto no parágrafo anterior corresponde a 80% (oitenta por cento) do valor de referência para custeio da EMAD.

## CAPÍTULO VI

### DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 36. Deverá ser incluída na Tabela de Habilitações do SCNES, a habilitação do Serviço de Atenção Domiciliar conforme a tabela 1 disposta no Anexo a esta Portaria.

Art. 37. Deverá ser incluído no Serviço Especializado, 113 -Serviço de Atenção Domiciliar, no módulo de Serviço Especializado do SCNES, as classificações conforme tabela 2 disposta no Anexo a esta Portaria.

Parágrafo único. Os serviços de Atenção Domiciliar aos quais se refere esta portaria somente serão cadastrados em unidades cujas mantenedoras sejam as secretarias municipais de saúde, ou secretarias estaduais de saúde, ou o Distrito Federal.

Art. 38. Os recursos orçamentários objeto desta Portaria correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.301.1214.20AD - Piso de Atenção Básica Variável, quando o proponente for uma Secretaria Municipal de Saúde ou a Secretaria de Saúde do Distrito Federal, e onerar o Programa de Trabalho 10.302.1220.8585 - Atenção à Saúde para procedimentos de Média e Alta Complexidade, quando o proponente for uma Secretaria Estadual de Saúde.

Art. 39. As definições dessa Portaria não alteram as normas vigentes relativas às obrigações dos serviços especializados e/ou centros de referência de atendimento ao usuário do SUS, previstas em portarias específicas, tais como atenção a pacientes oncológicos e de Terapia Renal Substitutiva (Nefrologia - TRS).

Art. 40. Esta Portaria entra em vigor na data da sua publicação.

Art. 41. Fica revogada a [Portaria nº 2.529/GM/MS, de 19 de outubro de 2006, publicada no Diário Oficial da União nº 202, de 20 de outubro de 2006, Seção 1, páginas 145-148.](#)

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA