

CUSTO DIRETO DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) POR DOENÇA DE ALZHEIMER EM PACIENTES IDOSOS

Michele Jane Sousa da Silva

Tânia Maria Seix

Graduandas do Curso de Tecnologia em Gestão Hospitalar da Faculdade LS

Ângela Arndt

Professora Mestre titular do Curso de Tecnologia em Gestão Hospitalar da Faculdade LS

Resumo

Estudo descritivo e documental sobre o custo direto das internações por doença de Alzheimer no SUS em pacientes idosos. A Doença de Alzheimer (DA) é uma doença neurodegenerativa, que causa declínio na perda da memória, suas causas principais, são percebidas pela diminuição das funções cognitivas, que causam um prejuízo nas atividades diárias dos pacientes, sendo a população idosa a mais afetada pela morbidade. O objetivo primário visa estimar o custo direto entre os anos de 2012 e 2016. A coleta de dados foi realizada no Sistema de Informação Hospitalar (SIH) do Datasus, base de dados do Ministério da Saúde. Os resultados demonstraram gastos no montante de R\$ 11.546.217,42, sendo o custo médio das internações corresponde ao valor de R\$ 1.933,39 para um total de 5.972 hospitalizações de pessoas idosas com Doença de Alzheimer para uma taxa de mortalidade de 16,4%. A literatura revisada demonstra um crescimento alarmante da doença onde envelhecimento da população o fator essencial da epidemia global iminente da demência, sendo que entre 2010 a 2050, o número de pessoas com demência irá aumentar em 422% no Brasil, o que retrata o ritmo distinto do envelhecimento populacional do país.

Palavras-chave: Custo direto de serviços; Doença crônica; Hospitalização; Alzheimer.

Introdução

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) que garante assistência integral e gratuita para a totalidade da população. As doenças crônicas são morbidades que acompanham o paciente para o resto de sua vida, ou seja, não há cura. Alguns autores alertam sobre a correlação direta entre os processos de transição demográfica e epidemiológica:

De um modo geral a queda inicial da mortalidade concentra-se seletivamente entre as doenças infecciosas e tende a beneficiar os grupos mais jovens da população. Estes “sobreviventes” passam a conviver com fatores de risco para doenças crônico-degenerativas e, na medida em que cresce o número de idosos e aumenta a expectativa de vida, tornam-se mais frequentes as complicações daquelas moléstias. Modifica-se o perfil de saúde da população; ao invés de processos agudos que “se resolvem” rapidamente através da cura ou do óbito, tornam-se predominantes as doenças crônicas e suas complicações, que implicam em décadas de utilização dos serviços de saúde. São exemplos as seqüelas do acidente vascular cerebral e fraturas após quedas, as limitações provocadas pela insuficiência cardíaca e doença pulmonar obstrutiva crônica, as amputações e cegueira provocados pelo diabetes e a dependência determinada pela demência de Alzheimer (CHAIMOWICZ, 1997, p. 189).

A Mal de Alzheimer, conhecida internacionalmente como DA (doença de Alzheimer) é um desequilíbrio no cérebro, uma demência que afeta o idoso, caracterizado por uma deterioração significativa na integridade física, mental e social, desencadeando uma situação de dependência cada vez maior do paciente com a família, cujos membros da família se tornam cuidadores informais, até que comprometimentos mais graves levem à internação hospitalar, (LUZARDO, 2006). A doença de Alzheimer recebeu esse nome em homenagem ao Doutor Aloés Alzheimer, no ano de 1910. Ele observou e descreveu as alterações no tecido cerebral de uma mulher que mostrou os primeiros sintomas demências por volta dos 51 anos, (PITTELLA, 2005).

No Brasil, a característica da população idosa, vem se modificando, no decorrer dos anos. Existem três fatores para o crescimento da população idosa: o primeiro deles é o aumento da expectativa de vida dessa população, o segundo é a diminuição da taxa de mortalidade entre os idosos em meados da década de 40 (1940), esses fatores contribuem 3 3 para uma população idosa bastante numerosa, e o terceiro é a queda da taxa de 3 fecundidade na década de 60, (VERMELHO et al., 2004). As quedas sofridas por pessoas idosas é um dos principais problemas de saúde, devido á sua alta incidência, gerando complicações na saúde e estes idosos acabam se internando precocemente nas instituições, gerando altos custos assistenciais, por terem que ficar longos períodos internados, a maioria das lesões graves e fraturas nos idosos é conseqüência de quedas, sendo que o idoso portador de Alzheimer tem probabilidade de queda maior que os demais, (HORIKAWA et al., 2005).

Estudos mostram que a demência afeta de forma indireta a perda de cálcio no organismo pelo baixo peso e desnutrição, tonturas pelo uso dos remédios, instabilidades por causa do sistema sensorial, as perturbações podem ser discretas mais contribuem para aumento dos riscos de quedas. Os acidentes são a quinta causa de morte em pacientes com idosos e as quedas constituem dois terços dessas mortes acidentais, (FREITAS et al., 2006).

O Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH-SUS) é alimentado pelas Autorizações de Internações Hospitalares (AIHs), criado em 1983 com o objetivo de proporcionar o pagamento dos serviços hospitalares prestados por hospitais públicos e

conveniados ao SUS. O SIH-SUS superou sua finalidade inicial e passou a constituir uma fonte de dados epidemiológicos fundamental, não só por ser a única com informações de morbidade hospitalar de abrangência nacional, que fornece dados de internações da rede do SUS, onde ocorrem aproximadamente 70% das internações no Brasil, (LAURENTI, BUCHALLA, CARATIN, 2000).

O objetivo deste artigo é estimar o custo direto das internações do tratamento de um paciente, com doença de Alzheimer no Sistema Único de Saúde, calculando o valor total das internações (AIH), por região geográfica e faixa etária, estimando o valor médio das internações e apresentando a Taxa de Mortalidade dos pacientes nos períodos das internações, de acordo com o Sistema Único de Saúde (SUS), contribuindo assim, para o conhecimento dos componentes dos gastos com internações, sabendo-se que as instituições de saúde, enfrentam dificuldades financeiras, por conta do desconhecimento dos custos reais de seus serviços prestados.

Material e métodos

Este estudo teve como objetivo geral, estimar o custo direto das internações hospitalares no sistema único de saúde (SUS), dos pacientes com doença de Alzheimer. As pesquisas científicas podem ser classificadas quanto a sua finalidade como explicativa, exploratória e descritiva, de acordo com o objetivo geral, uma vez que este se fundamenta em problema da qual se tem pouco conhecimento, este estudo pode ser classificado como exploratório, (GIL, 2010). Também pode ser classificado pela natureza da pesquisa como aplicada, pois esse conhecimento se busca para ter aplicação prática, Quanto ao instrumento de coleta de dados, além do referencial bibliográfico publicado em artigos disponíveis, na base de dados indexada do Google Acadêmico, livros e teses e dissertações sobre o tema que responderam os descritores: custos diretos de serviços, doença crônica; hospitalização e Alzheimer; sendo ainda, documental, uma vez que, utiliza informações do Ministério da Saúde sobre os recursos financeiros dos gastos nas internações do SUS por doença de Alzheimer, (GIL, 2010). Quanto à forma de trabalhar os resultados, também pode ser classificada como quantitativa, uma vez que utilizamos a estatística descritiva para estimar o custo direto das internações no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIA/SUS) do DATASUS, disponível para consulta pública. O período analisado corresponde a 1º. de janeiro de 2012 a 31 de dezembro de 2016, e corresponde ao valor total por região brasileira, da CID 10 – Transtornos mentais e comportamentais –doença de Alzheimer. Os resultados serão apresentados em tabelas elaboradas a partir do software Excel.

Definição e contextualização da doença

A Doença de Alzheimer (DA) é uma doença neuro-degenerativa, que causa declínio na perda da memória, suas causas principais, são percebidas pela diminuição das funções cognitivas, que causam um prejuízo nas atividades diárias dos pacientes. A DA tem suas fases, caracterizadas por fase leve, devido um pequeno comprometimento nas realizações de suas atividades diárias e cognitivas, nesta fase os pacientes não são tão debilitados, com menos necessidades de ajuda para realizações nas atividades, eles conseguem desenvolver quase tudo sozinhos, sem precisar da ajuda de cuidadores ou mesmo da família (BOTTINO et al., 1995)

Apesar das dificuldades nos diagnósticos dessa doença existe um consenso que a maior parte das ocorrências é devido a doença de Alzheimer, essa doença tem sido identificada como o maior problema de saúde pública para o futuro, ainda que atualmente suas consequências, sejam pouco percebidas pela falta de informação dos profissionais de saúde e do público em geral, (REITZ 2012),

Na maioria dos casos de pacientes, acometidos pelas doenças demenciais são diagnosticadas pelos médicos clínicos, esse fato pode ser dar por falta de profissionais especializados, ou por falta de um poder aquisitivo melhor, para a busca desses profissionais especializados, onde uma pequena minoria usufrui desses especialistas, com esse déficit de uma atenção especializada, muitas vezes esses pacientes tem diagnósticos atrasados em relação ao quadro de demência já instalados, não conseguindo identificar os sinais e sintomas. Esse sinal vem se demonstrando ao longo dos anos onde os pacientes estão debilitados, convivendo em família sem maiores confortos mesmo porque algumas famílias se dispõem a cuidarem desse pacientes em casa, sem intervenção hospitalares, mas se esses pacientes tivessem um diagnóstico precoce teria uma melhor qualidade de vida (BENETT,2003).

Impactos econômicos da doença de Alzheimer

O impacto econômico da (DA) ocorre devido ao uso das tecnologias mais avançadas para esses pacientes, mesmo porque a expectativa de vida de um paciente com DA é de 10 A 20 anos com o convívio da doença. Hoje existem tratamentos eficazes para minimizar os sintomas da doença, porém como consequência, o custo elevado do tratamento da DA em um cenário mundial de progressão da expectativa de vida associada as tecnologia em saúde, demanda ações de gestão e da promoção da saúde.

No Brasil, os cálculos ainda são bem dispersos, o que se pode calcular são estatísticas epidemiológicas da DA ficando em evidência que é difícil calcular o valor desse pacientes em nível do Brasil, chegando apenas a valores aproximados. Os maiores impactados com o custo desses pacientes ficam a cargo das famílias ficando em torno de 90% a 100%, isso porque na maioria dos casos, não há relevância social da doença nos serviços oferecidos pelo Estado. A fase onde se gasta menos é a fase (1) da doença, porém, gera um impacto econômico para o cuidador não remunerado, que geralmente são da família, deixando de ter uma vida econômica ativa. Já a fase (3) da doença, os custos são bem elevados, que em muitos casos, associa-se as internações hospitalares, gerando ônus financeiros para o sistema público de saúde (SUS), por estarem bastante debilitados e dependentes (HEBERT et al., 2000).

Custo direto da doença de Alzheimer

O custo econômico introduzido por uma doença, ou problema de saúde, pode ser classificado em duas grandes categorias: os custos diretos e indiretos (HODGSON; MEINERS, 1982). Os diretos referem-se aos custos médicos e não-médicos relacionados ao tratamento, diagnóstico e reabilitação da doença e os indiretos referem-se à perda de produção e produtividade trazidos pela doença ou problema de saúde, como aquele gerado por limitações físicas ou psicológicas e que impactam nas atividades de vida diária da pessoa idosa. Pode-se agregar à análise do custo econômico da doença, uma terceira categoria de

custos: aqueles comumente definidos como psicossociais ou intangíveis, cuja mensuração é difícil ou mesmo impossível (PINHEIRO, 1999).

Os custos com transporte e locomoção para tratamento, diagnóstico e reabilitação, com dietas especiais, mudanças ambientais, tal como adaptação da residência do paciente às suas limitações físicas, impostas pela doença, são exemplos de elementos que compõem os custos-não-médicos impostos pela doença.

Os custos médicos são aqueles impostos pelas ações e prescrições médicas, tal como exames, procedimentos diagnósticos, consultas, internações, cirurgias, materiais de alto custo, reabilitação e outros (LUNES, 1997).

O custo intangível que reflete o quê não é facilmente medido ou valorado, como ter autonomia, sofrimento ou dor, associados ao tratamento e incapacidades, que aumentam a probabilidade do paciente sofrer maus tratos.

A análise de custos é comum a todos os tipos de análise econômica. A principal característica que distingue os tipos de análise econômica é a maneira como as conseqüências de um programa na área de saúde são medidas. São quatro os tipos de análise econômica para avaliação de custo/conseqüências: análise custo-minimização (ACM), análise custo-efetividade (ACE), análise custo-utility (ACU) e análise custo-benefício (ACB). Nesta, as conseqüências devem ser medidas em unidades monetárias, permitindo que o analista faça uma comparação direta entre os custos incrementais e suas conseqüências incrementais (quanto a mais custaria um programa para obter-se um maior benefício). A diferença entre eles representa o benefício "líquido" do programa. Resumidamente, espera-se que os benefícios excedam os custos, um saldo benéfico "líquido" positivo, indicando que o programa merece ser considerado para implantação (KOWALSKI, FERRAZ, 2005, p.118).

Os custos diretos dos recursos-médico hospitalares refletem uma assistência à saúde, cuja demanda cresce rapidamente em função do envelhecimento populacional, o que não deixa de ser um mercado altamente lucrativo para a indústria hospitalar. A busca por modelos assistenciais está no topo das agendas de todos os países do mundo. O aumento desordenado dos custos da assistência, a frustração de pagadores (operadoras), provedores (sistema público e privado) e consumidores (excluídos do processo social de controle), e a disponibilidade de informações na mídia, internet e outros meios de comunicação produzem um perfil de assistência que modificou a relação médico paciente (MALTA, 2004). O controle da prática de uma medicina voltada para o consumo de procedimentos, exames e medicamentos, está sob a guarda dos fabricantes de materiais hospitalares e dos laboratórios que fabricam os medicamentos de última geração. Na verdade, tornou-se um mercado financeiro onde todos recebem o seu percentual sobre a produção.

A complexidade que envolve o sistema de saúde suplementar está distante de ser simplificada.

De forma bem resumida podemos dizer que existe o beneficiário do ato médico (paciente), aquele que dá as ordens (médico), aquele que presta o serviço (laboratório, clínica hospital), aquele que assume o risco (plano de saúde) e aquele que financia o sistema (indivíduo ou empresa). O grau de interdependência dos participantes do sistema é total: planos de saúde dependem de médicos, hospitais e laboratórios, pois são estes que "operam" a saúde. Estes, por sua vez, dependem dos planos para viabilizar o acesso aos seus serviços. Esta é a dinâmica da interdependência do sistema de saúde suplementar. Paradoxalmente, o que vemos no

dia-a-dia é a prática de ações isoladas, unilaterais e impostas, que desconsideram o real impacto desta prática sobre as partes envolvidas e de longo prazo sobre o sistema como um todo (LONDRES, 2006, p. 60).

A remuneração dos recursos médico-hospitalares decorre da prestação efetiva de um serviço, ou pela promessa de prestação futura, sendo que no caso do SUS, seja pela rede própria ou conveniada, o custo hospitalar é um gasto gerado diretamente pelo consumo de serviços de saúde, que somente é reconhecido como tal no momento de sua utilização.

Consequências da doença de Alzheimer para a família e os cuidadores

A doença de Alzheimer e suas manifestações clinicam acometem esses pacientes de forma parcial e integral, mas os principais cuidadores são a família nos casos leves, mas de fato em todas as fases existe um cuidador responsável por esses pacientes. Os cuidadores são os mais abalados financeiramente e psicologicamente devido a sobrecarga do cuidar tendo que se adaptar a nova realidade, mudando totalmente sua rotina. É necessário um grau de compreensão da família e do cuidador, pois é uma responsabilidade árdua, exigindo sensibilidade e paciência. O que ocorre em muitos casos é uma intolerância por conta do cuidador em relação ao idoso, por conta do desgaste emocional. Há uma necessidade de acompanhamento psicológicos desses cuidadores para conseguirem um equilíbrio emocional, para essa nova realidade dos parentes acometidos pela doença (TAUB et al., 2004).

Um estudo sobre o 'custo da doença' foi realizado pela da Alzheimer Disease International (ADI) em 2010. Ele demonstrou que o custo global da demência para a sociedade em 2010 foi de US\$604 bilhões de dólares. Isso equivale a aproximadamente 1% do produto interno bruto (PIB) mundial – se a demência fosse um país em 2010, ela estaria classificada como a 18ª maior economia mundial. Cerca de 70% destes custos são contraídos por países de renda alta na América do Norte e Europa Ocidental. O custo global de US\$604 bilhões de dólares pode ser dividido em custos 'informais' do tratamento (parcela de contribuição não monetária de assistência de familiares, amigos e vizinhos, estimada em termos de horas de apoio com as principais atividades do cotidiano) e custos 'diretos' com os quais despesas são contraídas. Os custos diretos podem ser subdivididos em custos médicos diretos do tratamento (na utilização de serviços de saúde) e custos sociais diretos do tratamento (para o pagamento de cuidados em domicílio e custos com casas de assistência). Os custos do tratamento médico foram modestos em todas as regiões do mundo, principalmente em países de renda baixa e média. Os custos diretos com assistência social também foram modestos em países de baixa e média renda, pois as opções de assistência paga para suplantar ou complementar a parcela de contribuição dos cuidadores em família são limitadas. Em países de renda alta os custos com a assistência social direta e informal são mais equilibrados.

Estatísticas globais da DA

É a forma mais comum das doenças demencias em idosos, chegando a ser a quarta causa de morte nos países que são mais desenvolvidos, 22% de pessoas com mais de 80 anos adquirem DA, quase metade dos pacientes das casas de repouso estão com DA, é um problema que custa muito aos cofres públicos. (GWYTHER, 1985).

A mulher no Brasil desenvolve (59%) mais demência do que o homem que

desenvolve (41%), mas uma forte possibilidade é o fato de que a mulher vive mais que o homem, em média sete anos e a idade é o principal fator de risco para o desenvolvimento de Doença de Alzheimer. (HERRERA, CARAMELLI, NITRINI, 1998).

Nos Estados Unidos, cinco milhões de pessoas têm Alzheimer, idosos com Alzheimer quando se internam, ficam três vezes mais tempo internados que os pacientes sem a doença e gastam 21 vezes que a população em geral. No Brasil acredita-se que tenhamos 1,5 milhões de idosos com Alzheimer, 63% das consultas ambulatoriais, são para pessoas idosas, 48% das internações hospitalares são de idosos, metade das vagas das UTI é preenchida por idosos e 80% das consultas domiciliares e atendimentos de home care são para idosos de acordo com pesquisa (ABAPAZ, 2016).

Com base nos últimos dados disponíveis na ADI, calculamos que havia 35,6 milhões de pessoas convivendo com a demência em todo o mundo em 2010, sendo que a expectativa é que esse número terá quase dobrado a cada 20 anos, para 65,7 milhões em 2030 e para 115,4 milhões em 2050. Atualmente, 58% de todas as pessoas com demência vivem em países de rendas baixa e média. A expectativa é de que até 2050 isso chegue a 71%. Nos próximos 20 anos, prevemos que haverá um aumento de 40% no número de pessoas com demência na Europa, um aumento de 63% na América do Norte, um aumento de 77% no cone sul da América Latina (p. ex. Argentina e Chile) e um aumento de 89% nos países desenvolvidos do Pacífico asiático. Esses números contrastam com um crescimento de 117% no leste asiático, um aumento de 107% no sul da Ásia, um aumento que varia de 134 a 146% no restante da América Latina e aumento de 125% no Norte da África e Oriente Médio.

Um achado importante das análises e revisões sistemáticas realizadas para o Relatório Mundial de Alzheimer de 2009 foi o de que a prevalência da demência por idade demonstrou uma variação relativamente baixa entre as regiões mundiais. A prevalência estimada por idade nos EUA, na América Latina e nos países do Caribe está resumida na Quadro 1.

Quadro 1 - Prevalência da demência por idade (apresentada em %) nos EUA, na América Latina e no Caribe (Relatório Mundial de Alzheimer de 2009).

Região	No. de Estudos	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-90	90 ou +	Todas idades (60+)
EUA	8	1,1	1,9	3,4	6,3	11,9	21,7	47,5	6,5
América Latina	11	1,3	2,4	4,5	8,4	15,4	28,6	63,9	8,5
Caribe	2	1,3	2,6	4,9	8,5	16,0	33,2		8,1

Fonte: Relatório ADI, 2009.

No entanto, a prevalência da demência dependeu em grande medida da idade, dobrando a cada incremento de idade de 5,5 anos na América do Norte e América Latina. O envelhecimento da população é, portanto, um fator essencial da epidemia global iminente da demência.

De 2010 a 2050, o número de pessoas com demência irá aumentar em 422% no Brasil, o que retrata o ritmo distinto do envelhecimento populacional no país.

Resultados

Da Análise dos componentes do gasto total das internações por região, na tabela 1, ou seja, gasto total das internações por região e total geral e estrutura etária. O valor total das internações dos pacientes com Doença de Alzheimer no Brasil pelo SUS, no período de 2012-2016 corresponderam a R\$ 11.546.217,42. Sendo as regiões que tiveram maiores custos de internações: a região Sudeste por ser mais populosa e a região sul superando o valor nacional médio por população. O custo médio das internações corresponde ao valor de R\$ 1.933,39 para um total de 5.972 hospitalizações.

Tabela 1 – Valor total das Internações Hospitalares do SUS. Lista de Morbidades CID 10-Doença de Alzheimer, por local de internação e faixa etária, no período de 2012-2016. Brasil, 2017.

Região	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais	Total
Região Norte	21.424,81	22.893,01	38.143,55	82.461,37
Região Nordeste	212.174,59	287.268,55	598.557,87	1.098.001,01
Região Sudeste	1.324.985,22	2.560.615,23	4.979.959,73	8.865.560,18
Região Sul	331.241,96	449.642,00	560.460,75	1.341.344,71
Região Centro-Oeste	22.675,74	60.250,01	75.924,40	158.850,15
Total	1.912.502,32	3.380.668,80	6.253.046,30	11.546.217,42

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

A tabela 2 mostra taxa de mortalidade do paciente, de acordo com região e faixa etária. Dessa forma, procura-se medir a amplitude do efeito da mudança da estrutura etária que deverá ocorrer no Brasil, nas cinco regiões do País em relação aos gastos com internações, foi realizada pesquisa pelo (SIH, SUS) calculando também o número de óbitos

Tabela 2 – Taxa de Mortalidade por faixa etária, segundo Região. Lista de Morbidade CID 10-Doença de Alzheimer, período de 2012-2016.

Região	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais	Total
Região Norte	12	3,39	18,99	12,27
Região Nordeste	17,31	17,39	19,05	18,31
Região Sudeste	12,62	14,23	19,47	17,29
Região Sul	7,39	10,78	17,23	13,79
Região Centro-Oeste	12	9,2	12,78	11,43
Total	11,4	13,03	18,67	16,14

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Em relação aos custos das internações, a Doença de Alzheimer (DA) ocupa a terceira colocação entre as doenças que causam maiores despesas, muito embora a taxa de mortalidade prevalente entre os pacientes atendidos seja alta e corresponda a 16,14% no período analisado. A Região Sudeste (São Paulo, Belo Horizonte, Rio de Janeiro e Vitória) embora verificado aumento significativo das taxas mortalidade por doença de Alzheimer para ambos os sexos e grupos etários, elas foram inferiores às observadas nas regiões Nordeste (Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte e Sergipe), o que cabe uma investigação sobre as correlações existentes que provocaram este aumento. Na Região Sudeste, concentra-se o maior pólo econômico e comercial, sendo a região mais desenvolvida economicamente do país. Dessa forma, ela se concretiza há mais tempo com maior oferta de programas e serviços de saúde, de recursos humanos capacitados e recursos tecnológicos disponíveis à população, o que talvez explique estes achados.

Discussão

As quedas são uma grande preocupação em relação ao envelhecimento, quando acontecem iniciam o processo de doença aguda, porém quando associada a doença de Alzheimer, além de lesões, incapacidade e morte, quando não causam danos físicos graves, resultam em danos psicológicos, contribuindo para o alto custo das internações e para a morbidade e mortalidade (CARVALHO FILHO; PAPALEO NETTO, 2006). Esses gastos poderiam ser minimizados se existissem programas de prevenção da doença, pois na maioria das vezes, os pacientes conseguem até certo tempo conviverem com a família, mas como a doença vai se agravando, eles se debilitam muito e acabam buscando as instituições de saúde, quando estão no estado crítico da doença, o custo direto elevado dos pacientes com (DA) se dá devido ao uso de um tratamento mais eficazes e com tecnologias mais avançadas, onde a prevenção não é introduzida e a manutenção do tratamento é caro para o sistema único de saúde (SUS). O Perfil epidemiológico gera grandes despesas com tratamentos médicos e hospitalares. O idoso consome mais serviços de saúde, as internações são mais constantes e a ocupação do leito é maior do que o de outras faixas etárias. Em geral, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento médico e de equipes multidisciplinares permanentes e intervenções contínuas. Estudos têm demonstrado que o idoso, em relação às outras faixas etárias, consome muito mais recursos do sistema de saúde. As AIH restringem-se aos procedimentos realizados apenas em internações, todos os gastos ambulatoriais e com medicamentos não são incluídos nesta análise. É importante ressaltar também que as AIH informam apenas sobre as internações financiadas pelo SUS, ou seja, pagas pelo serviço público de saúde, deixando de incluir qualquer internação ocorrida no âmbito particular ou financiada por planos de saúde. No entanto, as internações financiadas pelo sistema público parecem representativas do padrão de gastos e de causas de morbidade da população, uma vez que 72% da população brasileira utilizam os serviços de saúde oferecidos pelo SUS como única fonte de atenção à saúde, (NUNES, 2004). A Fragilidade associada à gravidade da doença leva esses pacientes portadores da doença de Alzheimer a mais dias de internação. O setor hospitalar passa por crise na saúde, pela ineficiência de uma má gestão hospitalar, que influencia todo um contexto, pois em uma situação de recursos

escassos, uma gestão eficiente se torna imprescindível para as instituições de saúde, uma razão importante para isso, é que o mal de Alzheimer antes tratados em regime hospitalar, hoje é possível a atenção ambulatorial ou domiciliar, considerando que precisamos apenas de uma influencia da oferta de serviços de saúde na qual diminuiria as admissões desnecessárias das internações hospitalares no sistema único de saúde (SUS), grandes números de internações poderiam ser evitados, permitindo assim que esses gastos com internação fossem aplicados em outros serviços de saúde.

Considerações finais

A inexistência de um programa comunitário para detecção, avaliação, tratamento e controle do paciente com DA, tem como consequência custos individuais e sociais ascendentes. A alta mortalidade desta doença, por falta de orientação as famílias, que muitas vezes não possuem aporte socioeconômico para dar o suporte necessário ao paciente, torna-se um desafio ao tratamento. Nas cinco principais capitais brasileiras as internações dos pacientes com doenças de Alzheimer esta cada vez mais crescendo. A minimização dos custos diretos hospitalares na avaliação e tratamento do paciente com DA, podem ser alcançados, tratando o paciente com DA já diagnosticado, mantendo-o em acompanhamento contínuo e sob controle em unidades de saúde onde os custos indiretos pouco influenciem o custo das consultas e das internações, esperamos que esta análise venha contribuir para uma visão ampliada do problema, encontrando ações específicas de integralidade da saúde.

Referências

BOTTINO C. M.V et al., **Reabilitação cognitiva em doença com Alzheimer** Rev. arq Neuropsiquiatria, v 1, n 60, p70-79, 2002.

BRASIL. **Apoio ao portador de Parkinson e Alzheimer Associação Bahiana de Parkinson e Alzheimer**. Disponível em <http://www.abapaz.org.br>, Acesso em: 15 Maio 2017.

BRASIL, Ministério da saúde. **Sistema de informações hospitalares do SUS (SIH/SUS)**. Disponível <http://www.datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/publicacoes/referencias-em-saude>. Acesso em 15 Maio 2017.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5.ed., São Paulo:Atlas, 2010

GWYTHER, L. P. **Cuidados com portadores da doença de Alzheimer**: um manual para cuidadores e casas especializadas. Rio de Janeiro: CIP-Brasil, v.01, p.36, 1985.

HERRERA, E.J; CARAMELLI, P; NITRINI, R. **Estudo epidemiológico populacional de demência na cidade de Catanduva**, Estado de São Paulo, Brasil. Ver. Psiquiatr.clín.; v.25, n.2, p.70-3, 1998.

HODGSON, T.A.; MEINERS, M.R. **Cost-of-illness methodology: guide to current practices and procedures.** Milbank Mem. Fund Q., v. 60, p. 429-62, 1982.

KOWALSKI, S.C.; FERRAZ, M.B. **Avaliação da saúde em termos monetários: método de valoração por contingência.** Sinopse de Reumatologia; v. 4, p. 117-9, 2005.

LAURENTI, R.; BUCHALLA, C. M.; CARATIN, C. V. S. **Ischemic heart disease. Hospitalization, length of stay and expenses in Brazil from 1993 to 1997.** Arquivos Brasileiros de Cardiologia, Rio de Janeiro, v. 74, n. 6, p. 488-492, 2000.

LONDRES, A. **Saúde é coisa séria.** Rio de Janeiro: Ediouro, 2006.

LUZARDO, A.R., GORINI, M.I.P; SILVA, A.P.S. **Características de idosos com Doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria,** v.15, n.4, p.587-94, 2006.

LUNES, R.F. **Impacto econômico das causas externas no Brasil: um esforço de mensuração.** Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 38-46, 1997.

MALTA, D.C. et al. **Perpectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais.** Ciência e Saúde Coletiva, v. 9, n. 2, p. 433-444, 2004.

MATOS, Afonso José de, **GESTÃO DE CUSTOS HOSPITALARES: Técnicas, Análises e Tomada de decisão.** 3. ed. STS, São Paulo, v.3, p. 104, 2005.

PITTELLA, J.E.H. **Neuropatologia da doença de Alzheimer. In: Tavares A, organizador. Compêndio de neuropsiquiatria geriátrica.** Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2005. p. 235-48.

PINHEIRO, R.S. **Estudo sobre variações no uso de serviços de saúde: abordagens metodológicas e a utilização de grandes bases de dados nacionais.** Tese de doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1999.

PORTELA, M. C. et al. **Algarismo para a composição de dados por internação a partir do sistema de informações hospitalares do sistema único de saúde (SIH-SUS). Composição de dados por internação a partir do SIH-SUS.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 771-774, 1997.

VERMELHO, L.L; MONTEIRO; M.F.G. **Transição demográfica e epidemiológica.** In: Medonho RA, Carvalho DM, Bloch KV, Luiz RR, Werneck GL. Epidemiologia. São Paulo (SP): Ed. Atheneu; 2004. p. 91-103.

HERBERT, L.E et. al. **Alzheimer disease in the USA population: prevalence estimates using the 2000 census.** Arch Neural, v. 60, n. 8, p. 1119-1122, 2003.

TAUB, A., ANDREOLI, S. B.; BERTOLUCCI, P. H. **Dementia caregiver burden: Reliability of the Brazilian version of the Zarit caregiver burden interview.** Caderno de Saúde Pública, v.20, n.2, p. 372-376, 2004.