



## Possíveis consequências da implantação do regime de hospital-dia em um hospital público

Possible consequences of the implementation of the day-hospital system in a public hospital

Carlos José Estevam Lioti<sup>1</sup>, Ana Maria Rigo Silva<sup>2</sup>, Luiz Cordoni Junior<sup>2</sup>

### Palavras-chave

Hospital-dia  
Leitos  
Custos hospitalares  
Administração hospitalar  
Gestão em saúde

### Keywords

Day-hospital  
Beds  
Hospital costs  
Hospital administration  
Health management

### RESUMO

O objetivo do artigo foi comparar a oferta de leitos, custos e receitas entre as internações ocorridas em regime convencional e as internações possíveis de ocorrência em regime de hospital-dia. O estudo foi desenvolvido no Hospital Universitário de Londrina. Foram identificados 829 casos possíveis de atendimento em regime de hospital-dia, conforme critérios fixados pelo Ministério da Saúde, de um universo de 9.425 internações no período de janeiro a novembro de 2007. O comparativo de leitos, custos e receitas levou em conta uma disponibilidade de 20 leitos, um dia de internação, 22 dias úteis no mês e 11 meses no ano. A partir destas condições foram projetados três cenários, sendo: I, o mesmo número de atendimentos daquele ocorrido no regime convencional; II, com uma taxa de ocupação de 80% dos leitos, e III, com 100% de ocupação dos leitos. Os resultados se mostraram favoráveis quanto à ampliação de leitos, à redução de custos e ao aumento nas receitas quando comparados ao regime convencional.

### ABSTRACT

The objective of this study was to compare beds, costs and prescriptions offered in conventional hospital admissions and those which could have occurred in a day-hospital regime. The study was carried out in the Londrina State University Hospital. Of the 9,425 admissions registered between January and November 2007, a total of 829 cases that could have been treated in a day-hospital, according to criteria established by the Brazilian Ministry of Health, were identified. The comparison of beds, costs and prescriptions took into account the availability of 20 beds, a one day stay, 22 business days in the month and 11 months in the year. Based on these conditions, three scenarios were carried out: I, with the same number of admissions that occurred in the conventional system; II, with 80% bed occupancy rate; and III, with 100% bed occupancy. The results suggested that there would be an increase of beds, a reduction of costs and an increase of prescriptions in a day-hospital compared to the conventional system.

**Recebido em:**  
18/09/2012

**Aprovado em:**  
02/11/2012

**Conflito de interesse:**  
nada a declarar

**Fonte de financiamento:**  
nenhuma

1. Mestre em Gestão de Serviços de Saúde pela Universidade Estadual de Londrina (UEL) – Londrina (PR), Brasil.  
2. Doutores em Saúde Pública; Docentes do Departamento de Saúde Coletiva da UEL – Londrina (PR), Brasil.

## INTRODUÇÃO

Considerando-se o processo de criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a sua importância para a sociedade, a necessidade da gestão eficiente para o sistema, o valor da humanização nos serviços de saúde e a importância da estruturação das redes de saúde — com especial atenção à falta de leitos — tornou-se relevante avaliar quais ações na área da saúde podem ser implementadas e quais recursos podem ser otimizados visando dar respostas positivas à população.

Segundo o Ministério da Saúde, “a oferta de serviços do SUS já está no caminho irreversível da eficácia, mas ainda bastante longe da imprescindível otimização dos resultados em relação aos recursos disponíveis”<sup>1</sup>. É inquestionável que ainda há muito a ser feito em relação à eficiência, apesar dessa busca já se manifestar há vários anos em praticamente todos os instrumentos normativos com vistas à estruturação sistêmica do setor<sup>2</sup>.

Neste contexto, uma das propostas que se apresenta para a otimização da rede pública de saúde, em atendimento à crescente demanda de serviços hospitalares, é a introdução do serviço de hospital-dia (HD), que pode dar respostas positivas em favor do sistema.

O regime de HD é definido como a assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial para a realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos que requeiram a permanência do paciente na unidade por um período máximo de 12 horas<sup>3</sup>. A Portaria GM/MS nº 44, de 10 de janeiro de 2001<sup>3</sup>, especifica seis tipos de regimes de HD para os seguintes atendimentos: saúde mental, AIDS, geriatria, fibrose cística, procedimentos cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, e para intercorrências após o transplante de medula óssea. Ao todo são mais de 440 procedimentos previstos nas tabelas do Sistema de Informações Hospitalares (SIH), do SUS, que podem ser realizados nesta modalidade de serviço.

Dentre inúmeras vantagens, pode-se afirmar que a assistência ofertada no HD objetiva a melhoria da qualidade de vida dos pacientes como uma alternativa à hospitalização tradicional, pois busca preservar os vínculos familiares e sociais do usuário na medida em que este não é afastado do convívio diário com a família e com a sociedade. O HD também se apresenta como uma possibilidade de redução de custos na assistência aos pacientes, podendo estar inserido em ambulatórios, policlínicas de especialidades, hospitais, ou mesmo integrado às estruturas que se caracterizam por prestar atendimento exclusivo em determinada especialidade, como

aos portadores do HIV/AIDS, por exemplo. Sabe-se que o atendimento em HD é menos oneroso, contudo, pouco se tem aprofundado na avaliação socioeconômica desse tipo de unidade de saúde<sup>4</sup>.

Outra vantagem do HD é a agilidade no atendimento aos usuários, evitando-se, dessa forma, que a postergação de atendimentos de procedimentos mais simples, como aqueles passíveis de atendimentos neste tipo de regime, venham a evoluir para casos mais graves, os quais passam a requerer atendimentos de urgência ou emergência, ou que necessitem de tratamentos mais complexos, com o resultante impacto na questão da superlotação dos hospitais, afetando diretamente a qualidade e o custo da assistência.

Em vista da importância quantitativa e qualitativa dos serviços prestados pelo Hospital Universitário (HU) de Londrina à comunidade regional, justificou-se uma análise das internações passíveis de atendimento em um serviço de HD que, em tese, podem responder satisfatoriamente às questões de eficiência, de humanização, da ampliação de leitos e da otimização dos serviços prestados pelo referido hospital. O objetivo do presente artigo foi comparar a oferta de leitos, custos e receitas entre as internações ocorridas no regime convencional com as passíveis de ocorrência em regime de HD.

## METODOLOGIA

Estudo desenvolvido no Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina (UEL), tendo por base os dados das internações no período de janeiro a novembro de 2007. Do universo das internações nesse período foram selecionadas aquelas que tiveram as Autorizações de Internações Hospitalares (AIHs) emitidas para o SUS, classificáveis como de atendimento em HD com base no rol de procedimentos elencados pelas Portarias nº 44, de 10 de janeiro de 2001<sup>3</sup>, e nº 893 – SAS/MS, de 07 de novembro de 2002<sup>5</sup>. A coleta de dados se deu por meio de relatórios fornecidos pela Assessoria de Tecnologia e Informação (ATI) do HU, com base em bancos de dados informatizados das seguintes unidades: I – Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME): dados sociodemográficos e de internação dos pacientes; II – Divisão de Convênios (DC): número de procedimentos e receitas faturadas para o SUS através de AIHs; III – Assessoria Técnica da Diretoria de Enfermagem (AT/DE): grau de dependência de cuidados de enfermagem; e, IV – Divisão de Finanças e Orçamento (DFO): custo de internação.

As variáveis avaliadas foram: I – características socio-demográficas dos pacientes (sexo, idade e procedência);

II – características das internações dos pacientes (tempo de internação e grau de dependência de cuidados de enfermagem: classificado de I a IV, sendo o grau I aquele paciente que requer cuidados mínimos de enfermagem, e o grau IV aquele que é totalmente dependente dos cuidados de enfermagem)<sup>6</sup>; III – comparativo da oferta de leitos, custos e receitas entre o regime convencional e o projetado para o HD. Para estas análises foram estimados três cenários para o regime de HD: cenário I, mantendo-se o mesmo número de atendimentos daquele ocorrido no regime convencional; cenário II, com uma taxa de ocupação de 80% dos leitos, seguindo a taxa média de ocupação dos leitos do HU apurada no período de março, abril e maio de 2010; e cenário III, com 100% de taxa de ocupação dos leitos. A) a oferta de leitos no regime convencional teve por base o número de casos atendidos pelo HU no período considerado, classificados como passíveis de atendimento em regime de HD. A oferta de leitos no regime de HD teve por base uma projeção/estimativa de pacientes considerando-se uma disponibilidade de 20 leitos, um dia de internação para cada paciente, 22 dias úteis no mês e 11 meses no ano. B) Para o cálculo do custo das internações em regime convencional foi utilizada a mesma metodologia aplicada pelo HU. Foram consideradas todas as despesas de custeio (fixas e variáveis) do mês, não sendo computadas as despesas de capital, que são aquelas necessárias para a criação/instalação do serviço, as quais não foram objeto deste estudo. Foram levados em conta: o total de pacientes atendidos pelo HU no período mencionado; o total de dias de permanência dos pacientes; o custo total real despendido com os pacientes (valores referentes a 2007 foram corrigidos para agosto de 2009 pelo índice IGP-DI FGV). Para o cálculo do custo estimado das internações em regime de HD foram levados em conta os requisitos estabelecidos pelas Portarias nº 2.415/1998<sup>7</sup> e Portaria nº 44/2001<sup>3</sup>, e calculadas todas as despesas de custeio necessárias para a manutenção de um serviço de HD, com base na seguinte fórmula: (a) um procedimento por paciente; (b) um dia de permanência por paciente; (c) 20 leitos estimados para o HD; (d) 22 dias úteis no mês; (e) taxa de ocupação dos leitos e, (f) período de 11 meses. Desta forma:  $a/b \times c \times d \times e \times f = g$ . C) A receita das internações em regime convencional foi aquela efetivamente recebida pelo HU através do SUS em 2007, com base nas AIHs emitidas proporcionais ao tempo de internação dos pacientes, conforme dados fornecidos pelo hospital. A receita estimada das internações em regime de HD levou em conta os valores pagos pelo SUS com base na tabela de procedimentos faturados pelo HU no período do estudo. Foi obtida

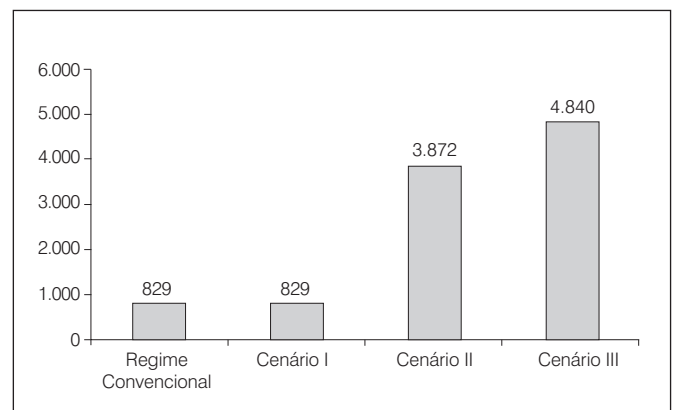
tomando-se o valor da remuneração de cada procedimento pago pelo SUS em 2007 e multiplicando-o pela projeção do número de atendimentos para os mesmos procedimentos no período, proporcionalmente aos 829 casos atendidos no regime convencional, considerando a fórmula referida no custo estimado das internações em regime de HD.

A pesquisa foi autorizada pela Direção Superintendente do HU de Londrina, e o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Londrina, tendo em vista que as informações armazenadas nos bancos de dados do HU/UJEL foram oriundas dos registros dos prontuários dos pacientes.

## RESULTADOS

No período de janeiro a novembro de 2007, o HU processou 9.425 internações, das quais 829 seriam executáveis em regime de HD, representando 8,8% desse total. Dessas internações, mais de um terço dos usuários tinham entre 20 e 39 anos de idade, e aproximadamente um quarto estava na faixa de 40 a 59 anos. A maioria (68,4%) residia no município de Londrina, seguidos pelos residentes nos municípios que integram a região metropolitana de Londrina (15,7%). Quase a metade das internações (49,7%) teve um tempo máximo de permanência de até três dias, ou seja, de curta duração. Os casos que exigiam cuidados de enfermagem nos graus I e II (mínimos) somaram 45,2% do total.

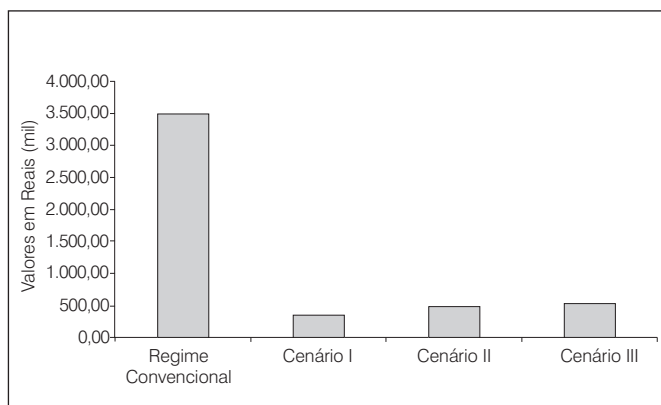
Considerando os 3 cenários analisados, a estimativa de pacientes passíveis de atendimento em HD foi de 829 pacientes/ano no cenário I; 3.872 pacientes/ano no cenário II e 4.840 pacientes/ano no cenário III (Figura 1).



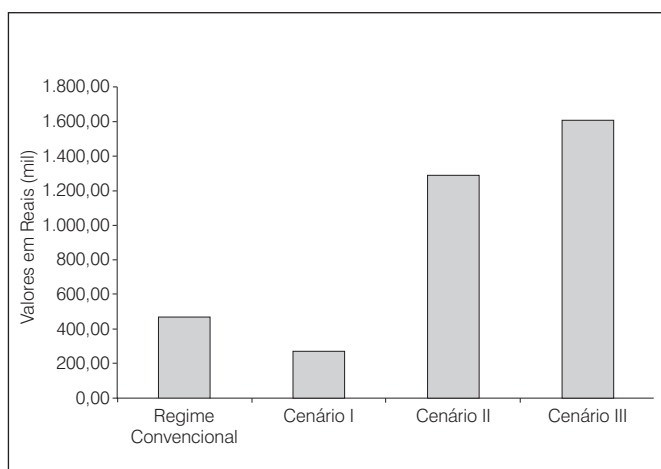
**Figura 1.** Comparativo do número de atendimentos ocorridos no regime convencional com o estimado para o regime de hospital-dia, Hospital Universitário, Londrina (PR), 2007.

Para os três cenários projetados, o custo do regime convencional mostrou-se superior (Figura 2). O custo médio por dia de permanência ocorrido no regime convencional (R\$ 659,83) foi 5,9 vezes maior que o custo médio estimado por dia no regime de HD (R\$ 111,99) no cenário III. Da mesma forma, neste cenário o custo médio por paciente ocorrido no regime convencional (R\$ 4.215,24) foi 37,6 vezes maior que o estimado para o HD (R\$ 111,99).

Relativo às receitas (Figura 3), a situação foi inversa ao custo: os cenários II e III tiveram valores notadamente maiores quando comparados ao valor da receita no regime convencional. A receita média, estimada por dia de permanência para os cenários I, II e III em R\$ 332,28, foi 3,7 vezes maior que a ocorrida no regime convencional (R\$ 89,10).



**Figura 2.** Comparativo do custo ocorrido no regime convencional com o estimado para o regime de hospital-dia, Hospital Universitário, Londrina, PR, 2007.



**Figura 3.** Comparativo da receita ocorrida no regime convencional com a estimada para o regime de hospital-dia, Hospital Universitário, Londrina (PR), 2007.

A Figura 4 apresenta um comparativo geral dos custos e receitas entre o regime convencional e o regime de HD, havendo uma diferença positiva em favor deste último nos três cenários estimados.

## DISCUSSÃO

A presente pesquisa demonstrou que 8,8% das 9.425 internações realizadas pelo HU no período de janeiro a novembro de 2007, em regime convencional, eram passíveis de atendimento em regime de HD. Apesar desse percentual encontrado no HU ser quase a metade daquele encontrado para o município de Londrina<sup>8</sup> (18,96), vale lembrar que os dados para Londrina levam em conta os procedimentos faturados em todos os hospitais do município, com diferentes características (secundário e terciário) e complexidades (média e alta). O HU, por sua vez, é um hospital terciário e de alta complexidade, sendo inclusive referência para o Ministério da Saúde em inúmeros procedimentos com essas características, o que torna esse percentual relevante.

Nos Estados Unidos, onde o setor da saúde enfrenta uma longa crise justamente por conta dos altos custos dos procedimentos, as cirurgias feitas em HD já representam quase 80% do total. No Brasil, o percentual, ainda que significativo, está próximo a 35%. Mas a tendência apontada por profissionais da área é de alcançar a realidade americana em alguns anos<sup>9</sup>.

Na pesquisa nacional desenvolvida por Forgia e Couttolenc<sup>10</sup>, ficou demonstrado que quase 30% das internações hospitalares no Brasil ocorrem por condições que poderiam ser tratadas em ambulatório, o que dá uma ideia da potencial demanda de serviços de HD. Ainda segundo os autores, "embora cirurgias ambulatoriais e outras iniciativas para a redução de custos venham ganhando mais espaço, a ineficiência e os custos resultantes da dependência excessiva do hospital permanecem altos"<sup>10</sup>.

O montante de leitos ocupados por pacientes passíveis de atendimento em HD observado no presente estudo nos permite visualizar vantagens adicionais no que diz respeito à ampliação de leitos. Caso o HU dispusesse de um serviço de HD, exceto alguns por casos que evoluíram para uma internação mais complexa, a maioria absoluta dos leitos convencionais que foi ocupada por estes pacientes passíveis de atendimento em regime de HD poderia ter sido disponibilizada para outros pacientes que, de fato, teriam requerido um atendimento de média e alta complexidade. Portanto, o número de atendimentos do HU

em 2007 poderia ter sido de 10.254 casos, sendo: 9.425 casos efetivamente ocorridos mais 829 pacientes passíveis de atendimento em regime de HD que ocuparam os leitos convencionais, quando poderiam estar no regime de HD, o que representaria um aumento de 8,8% dos atendimentos no regime convencional. Tais dados permitem afirmar que a inserção do serviço de HD possibilita um aumento na oferta do número de leitos, tanto para o regime convencional quanto para o de HD.

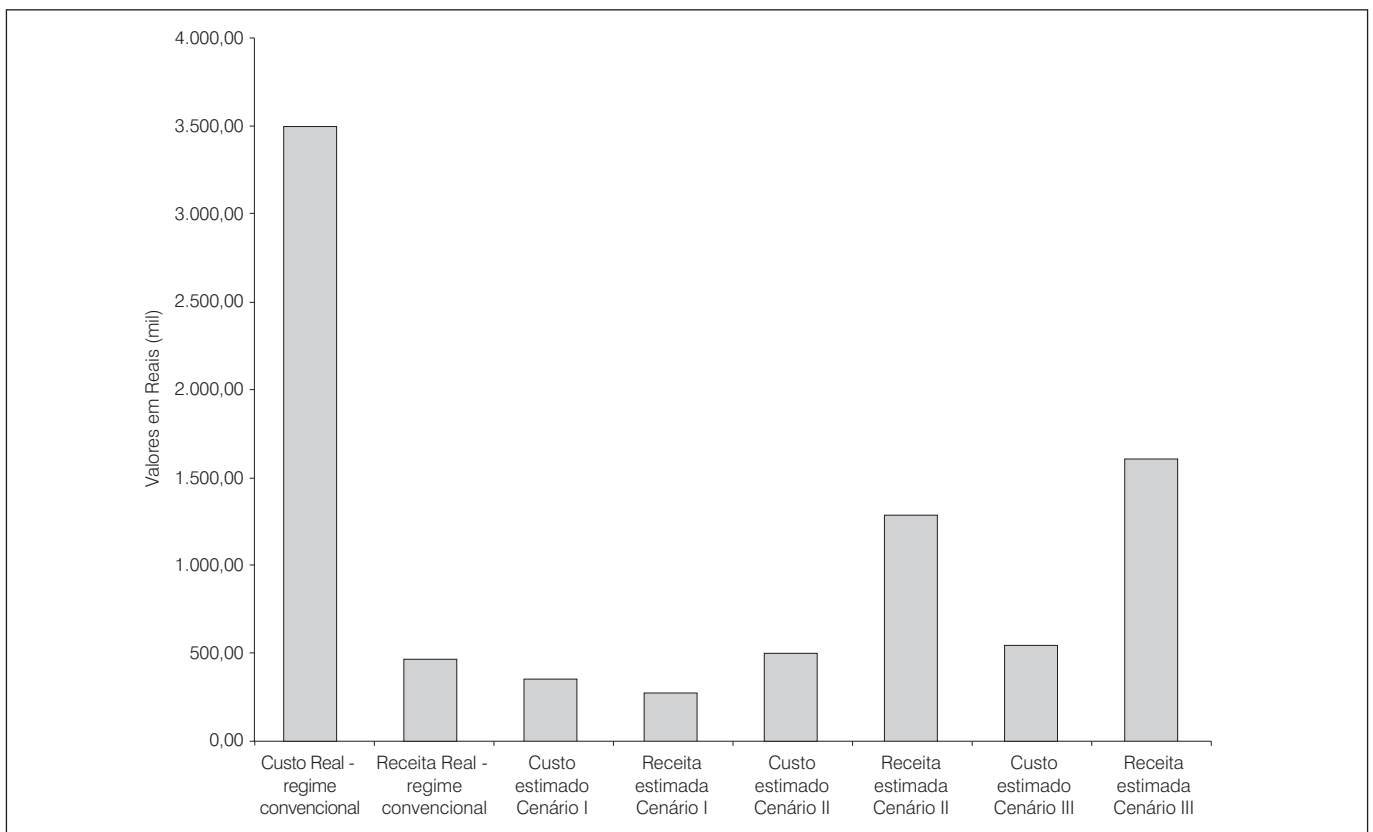
Além disso, é possível avaliar que na hipótese da existência de um serviço de HD no HU, poderia ter ocorrido um maior número de atendimentos totais no período, somados os atendimentos no regime convencional mais a estimativa de atendimento no regime de HD, sendo: 829 a mais no cenário I; 3.872 a mais no cenário II; e 4.840 a mais no cenário III. Ainda que a demanda total não atingisse as estimativas dos cenários II e III, qualquer outro número de atendimento em regime de HD, que provavelmente seria maior do que os 829 casos ocorridos, propiciaria um impacto positivo no sistema de saúde pela abertura

de novas vagas de internação e, ao mesmo tempo, maior receita financeira ao hospital pela captação de recursos provenientes deste serviço.

Vale lembrar que segundo dados do SAME/HU, até junho de 2010 havia mais de 2.300 laudos de AIHs cirúrgicas que estavam no aguardo da liberação pelo gestor municipal (demanda reprimida), muitas das quais seriam passíveis de atendimento em regime de HD.

Quanto às características sociodemográficas dos pacientes classificados como passíveis de atendimento em HD, destaca-se no perfil da idade que o maior percentual dos casos se enquadra em adulto/jovem, sugerindo uma maior compatibilidade com as características de um serviço de HD, o qual dispõe de uma estrutura operacional menos complexa que o regime convencional, portanto, mais adequada a esta faixa de idade.

Em relação à procedência dos pacientes, ficou evidente que a maioria daqueles atendidos pelo HU em 2007, passíveis de atendimento em HD, tinha



**Figura 4.** Comparativo dos custos e receitas ocorridas no regime convencional com os custos e as receitas estimadas para o regime de hospital-dia, Hospital Universitário, Londrina (PR), 2007.

residência no município de Londrina, com 68,4% dos casos. Somados àqueles residentes em outros municípios da região metropolitana de Londrina (15,7%), totalizaram mais de 84% dos pacientes. Considerando as características de um serviço de HD como sendo a assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, que requer uma permanência do paciente na unidade por um período máximo de 12 horas, conforme preconiza a Portaria nº 44/2001/MS<sup>3</sup>, este fator é de grande importância, pois se houver a necessidade de o paciente se deslocar do hospital até a sua residência, e vice-versa, quanto maior a proximidade, maior será o conforto e a facilidade de acesso. Da mesma forma acontece com a eficiência do tratamento dos mesmos, pois a frequência aos serviços, nesse caso, é de fundamental importância para o seu êxito.

Os pacientes que tiveram internação entre um e três dias totalizaram 49,7% dos casos. Mesmo que se considere o intervalo entre um e seis dias, o total seria de 70,6% dos casos. Esse tempo é compatível com as características de um serviço de HD, que prevê uma permanência de curta duração do paciente na unidade de serviço. Apesar de o HU ser caracterizado como terciário e de alta complexidade, a maioria absoluta dos 829 pacientes atendidos no hospital em 2007 teve curto tempo de internação.

Internações mais longas, quando desnecessárias, podem inflacionar a taxa de ocupação de leitos. Além disso, não existem evidências de que o tempo médio de permanência mais longo resulte em maior qualidade de atenção, ou que possam melhorar os resultados para o paciente. Segundo Forgia e Couttolenc<sup>10</sup>, permanências mais longas do que o necessário desperdiçam recursos hospitalares e podem dificultar o acesso a leitos por pacientes com condições mais graves, ou até mesmo correndo risco de morte. Destacam ainda os autores que, no regime de HD, o risco de o paciente contrair infecções hospitalares é reduzido a níveis mínimos, com ganhos para o paciente, devido à recuperação mais rápida, e para o hospital, pela redução de custos com materiais médico-hospitalares e medicamentos.

Considerando que o regime de HD, por suas características, requer um menor grau de dependência de cuidados de enfermagem, os resultados também corroboram estas características, visto que os casos classificados em grau I e II representam 45,2% do total. Caso os 829 pacientes fossem atendidos em um serviço específico de

HD, muito provavelmente a média do grau de dependência de cuidados de enfermagem ficaria mais próxima do grau I do que do grau II.

Com base nos dados levantados por este estudo, não é possível afirmar objetivamente que o HD possibilite um atendimento mais humanizado aos usuários. Para tanto, é recomendável a realização de um estudo mais específico e aprofundado para tratar do tema. No entanto, é possível inferir essa possibilidade em razão do menor tempo de internação dos pacientes, diretamente relacionado à menor possibilidade de infecção hospitalar, à possibilidade de manutenção do convívio familiar, além do ambiente diferenciado e especialmente projetado para este fim.

Segundo Salzano e Cordas<sup>11</sup>, o tratamento em HD possibilita a autonomia dos pacientes, reduz o nível de dependência das equipes profissionais e preserva o relacionamento familiar, o que está de acordo com as políticas de humanização do Ministério da Saúde, as quais destacam a existência de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares, como as de cuidados domiciliares.

Outra questão importante está no planejamento hospitalar, que deve levar em conta os serviços ofertados e os procedimentos mais relevantes e recorrentes para o aporte de recursos físicos, financeiros e humanos, tendo o HD como uma alternativa desses serviços.

Em relação aos custos, os cálculos obtidos permitem afirmar que o custo estimado de internação no regime de HD é menor que o da internação convencional nos 3 cenários propostos, sendo 89,8% menor no cenário I (829 pacientes), 85,8% menor no cenário II (3.872 pacientes), e 84,5% menor no cenário III (4.840 pacientes) quando comparados com os custos reais das internações dos 829 pacientes passíveis de atendimento em regime de HD atendidos no regime convencional.

Quanto ao custo médio por dia de permanência, haveria uma redução de 34,8% no regime de HD para o cenário I; de 80,5% para o cenário II; e de 83,9% para o cenário III, quando comparado com o regime convencional. Também o custo médio estimado por paciente no regime de HD teria uma redução de 89,8% no cenário I; de 97,0% no cenário II; e de 97,3% no cenário III, em relação ao custo médio por paciente no regime convencional.

Nas experiências obtidas pelo Sanare Day Hospital de São Paulo<sup>12</sup> e Fleury Hospital Dia<sup>13</sup>, como também em pesquisas/estudos de vários autores, como Behle<sup>14</sup>,



Silveira<sup>4</sup>, Capomolla<sup>15</sup>, Tousignant<sup>16</sup> e Finkelsztein<sup>17</sup>, demonstrou-se uma redução significativa nos custos do tratamento de pacientes em regime de HD quando comparados com o regime convencional.

Se por um lado houve redução significativa dos custos, também é possível verificar que as receitas estimadas para o regime de HD nos cenários II e III, com base nos dados do HU, também se mostram superiores àquelas obtidas no regime convencional.

As receitas financeiras estimadas para o serviço de HD teriam um decréscimo de 58,4% para o cenário I (829 pacientes), um aumento de 272,6% para o cenário II (3.872 pacientes), e um aumento de 340,8% para o cenário III (4.840 pacientes) em relação àquelas efetivamente ocorridas no regime convencional, considerando o pagamento pelo SUS de um procedimento por paciente e a média de permanência de um dia por paciente. Numa projeção de atendimento de 1.563 casos por ano no regime de HD, equivalente a uma média de 142 casos por mês, o valor da receita estimada seria igual ao valor da receita real obtida pelo HU, relativo aos 829 casos atendidos no regime convencional.

Vale ressaltar que os cálculos para a receita estimada levou em conta apenas um dia de internação, enquanto a receita obtida no regime convencional levou em conta todo o período de internação dos pacientes, que variou de um a 63 dias.

A demanda por novos serviços, a necessidade da incorporação de novas tecnologias e a disponibilidade de insumos de última geração, por exemplo, têm forçado uma elevação constante dos custos hospitalares. Por outro lado, as fontes de receitas, principalmente dos hospitais públicos ou integrantes do SUS, na maioria das vezes estão fora da governabilidade destas organizações. O desafio de equilibrar custos crescentes, que são impostos pelo mercado fornecedor, com receitas instáveis ou imprevisíveis, tem exigido dos hospitais cada vez mais criatividade e competência para a gestão dos seus negócios. Conforme Carvalho<sup>2</sup>, sem dúvida o caminho para a sustentabilidade da assistência médico-hospitalar pública passa pela busca e adoção de diretrizes, metodologias e instrumentos voltados ao aumento da receita e à redução dos custos.

## CONCLUSÃO

O HD mostra-se como alternativa viável e favorável, quantitativa e qualitativamente, resultando em benefícios

para três dos segmentos da área da saúde: gestor, prestador e usuário. Uma das vantagens imediatas seria a maior disponibilidade de leitos, tanto pela oferta adicional de leitos no regime de HD quanto pelo aumento da disponibilidade dos mesmos no regime convencional, decorrente do redirecionamento dos pacientes passíveis de atendimento em HD e que estão ocupando leitos convencionais.

Seria possível também proporcionar atendimentos mais ágeis e em maior número ao sistema de saúde, visto que os serviços médico-hospitalares a serem prestados no regime de HD são menos complexos do que aqueles ocorridos no regime convencional. E ainda, como reflexo direto desses dois benefícios, haveria uma maior eficiência da rede hospitalar disponível pela possibilidade de um melhor arranjo físico de suas instalações e otimização dos recursos materiais, humanos e financeiros de forma mais eficiente e compatível com as necessidades requeridas pela sociedade.

O hospital, por sua vez, seria beneficiado pelo menor custo de internação no regime de HD, conforme demonstrado, quando comparado com o regime convencional, e por uma maior receita faturada em vista da possibilidade de serem realizados mais procedimentos mensais, em razão de suas características de atendimento de menor complexidade.

E quanto aos pacientes, pressupõe-se que haveria um atendimento mais humanizado por conta da disponibilidade de um ambiente mais harmonioso e adequado aos procedimentos passíveis de atendimento em HD, pelo menor tempo de internação a que os pacientes estariam sujeitos e, complementarmente, pelo menor risco de infecção hospitalar, já que dos procedimentos seriam menos complexos e pela menor exposição e interação com o ambiente hospitalar.

Por fim, é possível afirmar que a introdução do serviço de HD, entendido como um novo arranjo organizacional, num hospital universitário ou em instituições hospitalares equivalentes, seria factível e justificável por suas inúmeras vantagens técnicas, operacionais e financeiras. Cabe aos gestores da saúde uma reavaliação das suas políticas de investimentos, que leve em conta o regime de HD como uma proposta viável para o enfrentamento de parte dos problemas do Sistema Único de Saúde em resposta às inúmeras demandas de serviços de saúde requeridos pela sociedade.

## CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Carlos José Estevam Lioti, Ana Maria Rigo Silva, participaram da concepção, delineamento, análise, interpretação de dados, redação e revisão do artigo. Luiz Cordoni Junior, participou do delineamento e revisão do artigo.

## AGRADECIMENTOS

Ao Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina pela autorização e apoio técnico à pesquisa.

## REFERÊNCIAS

1. Conselho Nacional de Saúde. A prática do controle social: conselhos de saúde e financiamento do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
2. Carvalho DMT. Financiamento da assistência médico-hospitalar no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;12(4):879-92.
3. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria nº 44/2001. [cited 2008 Jul 17]. Available from: <http://www.planalto.gov.br>
4. Silveira LM. A dinâmica do hospital-dia no atendimento aos portadores do HIV/aids: a experiência do centro de pesquisa Hospital Evandro Chagas/Fiocruz. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. 2001. [cited 2009 Nov 5]. Available from: [http://teses.icict.fiocruz.br/pdf/silveira\\_lmbm.pdf](http://teses.icict.fiocruz.br/pdf/silveira_lmbm.pdf)
5. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 893/2002. [cited 2008 Jul 17]. Available from: <http://www.saude.pr.gov.br>
6. Martins EAP, Haddad MCL. Validação de um instrumento que classifica os pacientes em quatro graus de dependência do cuidado de enfermagem. *Rev Latinoam Enferm*. 2000;8(2):74-82.
7. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria nº 2.415/1998. [cited 2008 Jul 17]. Available from: <http://www.saude.pr.gov.br>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Informações de Saúde: demográficas e socioeconômicas [Internet]. [cited 2009 May 7]. Disponível em: [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)
9. Caetano, R. Hospitais buscam melhorar o atendimento ao paciente [Internet]. [cited 2010 Mar 15]. Available from: <http://www.decisionreport.com.br/publicque/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm>
10. Forgia GM, Couttolenc BF. Desempenho Hospitalar no Brasil: em busca da excelência. São Paulo: Singular; 2009.
11. Salzano FT, Cordas TA. Hospital-dia (HD) para transtornos alimentares: revisão da literatura e primeiras impressões do HD do ambulatório de bulimia e transtornos alimentares do IPqHCFMUSP (AMBULIM). *Rev Psiquiatr Clín*. 2003;30(3):86-94.
12. Sanare Day Hospital: conceito [Internet]. [cited 2009 Jan 10]. Available from: <http://www.sanaredayhospital.com.br/>
13. Hospital do Futuro. Revista saúde em dia [Internet]. [cited 2009 Jan 10]. Available from: <http://www.fleury.com.br>
14. Behle I. O sistema hospital-dia na assistência às gestantes com intolerância aos hidratos de carbono e diabetes mellitus. *Rev Ginecol Obstet*. 1997;8(3):120-32.
15. Capomolla S, Febo S, Ceresa M, Caporotondi A, Guazzotti G, La Rovere MT, et al. Cost/utility ratio in chronic heart failure: comparison between heart failure management program delivered by day-hospital and usual care. *J Am Coll Cardiol*. 2002;40(7):1259-55.
16. Tousignant M, Hébert R, Desrosiers J, Hollander MJ. Economic evaluation of a geriatric day hospital: cost-benefit analysis based on functional autonomy changes. *Age Ageing*. 2003;32:53-9.
17. Finkelsztejn A. Tratamento do surto de esclerose múltipla em hospital-dia: estudo de custo-minimização. [Dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2007. [cited 2009 Nov 3]. Available from: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/13414>